



ΕΘΝΙΚΗ  
ΣΧΟΛΗ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994



**Προς ένα Υπόδειγμα Ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας  
Φροντίδας Υγείας:  
Μέθοδοι κατανομής των πόρων και αποζημίωσης των  
προμηθευτών**

Σκρουμπέλος Α, Ζάβρας Δ, Κυριόπουλος Γ  
Τομέας Οικονομικών της Υγείας  
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

# Περίγραμμα

- Εισαγωγή
- Τρέχουσα πρακτική και εμπειρία
- Το διαρθρωτικό εγχείρημα
- Αναμενόμενα αποτελέσματα
- Συμπεράσματα

# Εισαγωγή

- Ο βασικός στόχος όλων των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων αποτυπώνεται στο τρίπτυχο κλινική αποτελεσματικότητα, οικονομική αποδοτικότητα και ισότητα στην πρόσβαση και στα αποτελέσματα
- Σημαντικοί παράγοντες διαμόρφωσης αλλά και εργαλεία επίτευξης των παραπάνω στόχων είναι η μέθοδος κατανομής των πόρων, οι μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών και η οργάνωση των παραγωγικών συντελεστών

# Τρέχουσα πρακτική

- Αναδρομική χρηματοδότηση των δαπανών:
  - Βασική υπόθεση η απουσία κινδύνου και η πεποίθηση ότι οι περιφέρειες και οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας λειτουργούν βάσει των αρχών της ισότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας
  - Απουσία κινήτρων συγκράτησης της δαπάνης
- Πολλαπλές μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών
- Απουσία σχεδιασμού κατανομής και οργάνωσης των παραγωγικών συντελεστών

# Η εμπειρία της τρέχουσας πρακτικής

- Δυσχέρεια στην πρόσβαση και κυρίως στη συνέχεια της φροντίδας.
- Μικρή ανταποκρισιμότητα στις προσδοκίες των πολιτών.
- Εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές, οι οποίες εντείνουν τις ανισότητες.
- Αδυναμία στην ανάσχεση του κύματος της ζήτησης προς τα νοσοκομεία.
- Χαμηλές επιδόσεις σε κλινικές δραστηριότητες διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων και έλλειμμα στις πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου.

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα

## Προοπτική χρηματοδότηση: Κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός

- Δύναται να λειτουργήσει ως εργαλείο ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης
- Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου εξαρτάται από:
  - τον τρόπο υπολογισμού του ύψους του προϋπολογισμού και
  - το πόσο αυστηρός είναι ο προϋπολογισμός.

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα

$$RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot cm_i \cdot smr_i / P_n) \cdot THE$$

Όπου

**RHE** κλειστός-σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής

**P<sub>i</sub>** πληθυσμός περιοχής

**f<sub>i</sub>** πληθυσμός γυναικών περιοχής

**b<sub>i</sub>** αριθμός γεννήσεων περιοχής

**a<sub>i</sub>** πληθυσμός άνω των 65 ετών

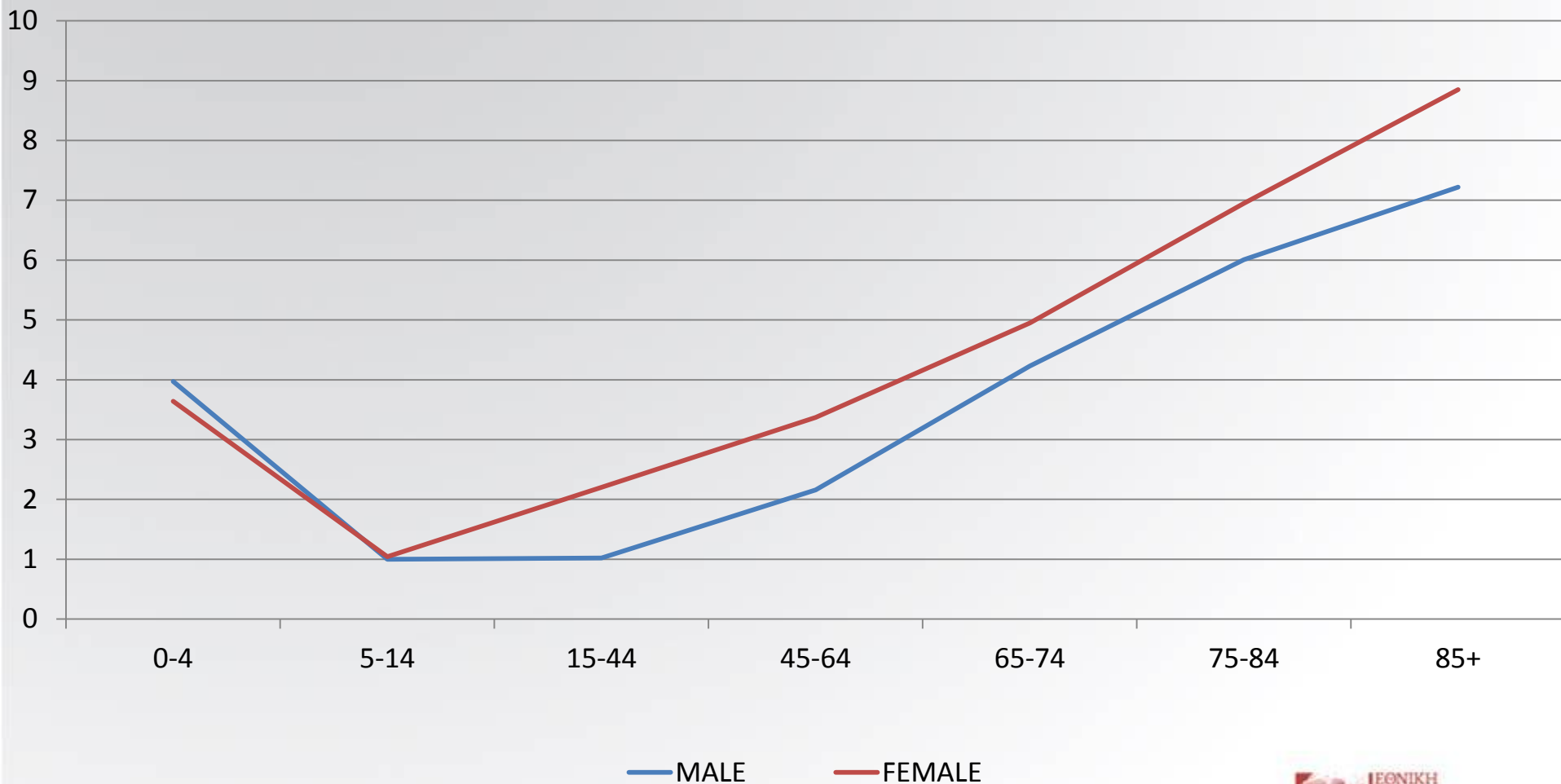
**cm<sub>i</sub>** πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής

**smr<sub>i</sub>** προτυποποιημένα ηλικία θνησιμότητας περιοχής

**p<sub>n</sub>** πληθυσμός χώρας

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα

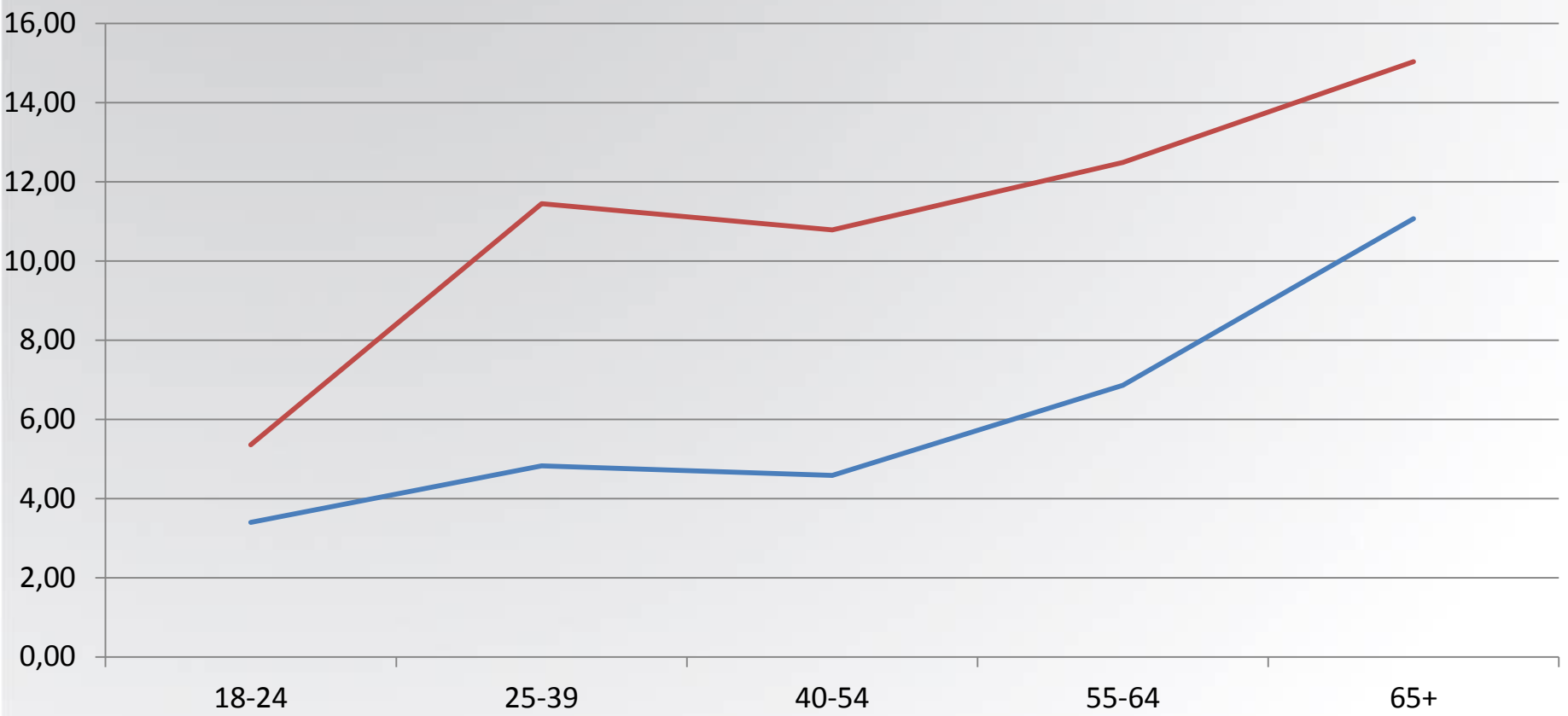
## Χρήση υπηρεσιών υγείας ανά φύλο και ηλικία





# Το διαρθρωτικό εγχείρημα

Χρήση υπηρεσιών υγείας χρονίως και μη χρονίως πασχόντων



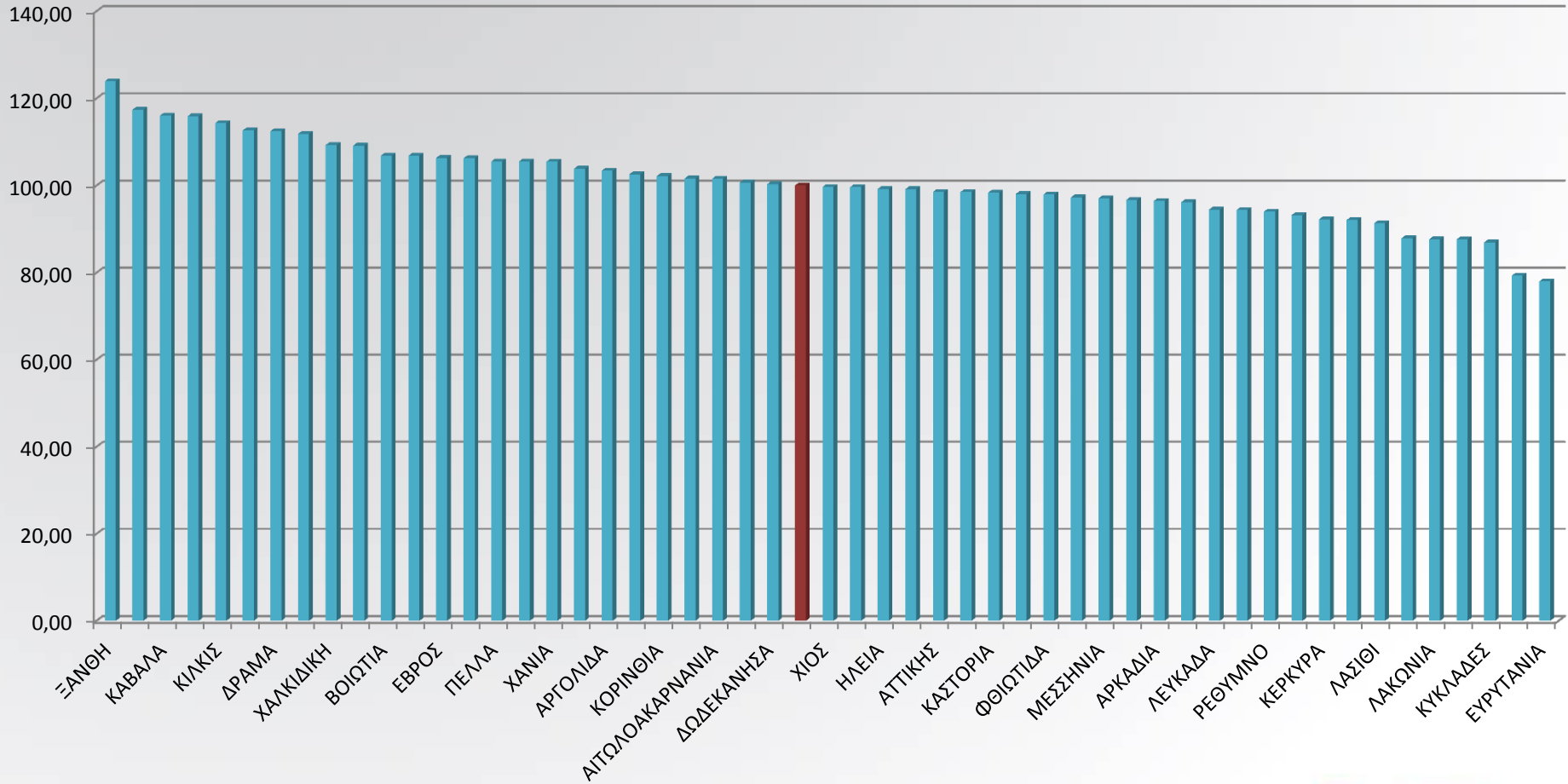
Μη χρονίως πάσχοντες

Χρονίως πάσχοντες



# Το διαρθρωτικό εγχείρημα

## SMR



# Το διαρθρωτικό εγχείρημα (γενικός γιατρός, παθολόγος)

$$HE_{gp} = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j) + [(a_i + cm_i)] \cdot c_{prim}$$

Όπου

$HE_{gp}$  αποζημίωση οικογενειακών γιατρών

$n_i$  πληθυσμός

$c_i$  κατά κεφαλή αμοιβή

$n_j$  πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο

$c_j$  κατά αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο

$a_i$  αριθμός ηλικιωμένων

$cm_i$  αριθμός χρονίως πασχόντων

$c_{prim}$  πρόσθετη αποζημίωση

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα (γενικός γιατρός, παθολόγος)

$$HE_{gp} = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j) + [(a_i + cm_i)] \cdot c_{prim}$$

Όπου

$HE_{gp}$  αποζημίωση οικογενειακών γιατρών

$n_i$  πληθυσμός

$c_i$  κατά κεφαλή αμοιβή

$n_j$  πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο

$c_j$  κατά αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο

$a_i$  αριθμός ηλικιωμένων

$cm_i$  αριθμός χρονίως πασχόντων

$c_{prim}$  πρόσθετη αποζημίωση

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα (παιδιάτρος)

$$HE_p = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j)$$

Όπου

$HE_p$  αποζημίωση παιδιάτρων

$n_i$  πληθυσμός παιδιών

$c_i$  κατά κεφαλήν αμοιβή

$n_j$  πληθυσμός εμβολιασθέντων

$c_j$  κατά κεφαλή αμοιβή για εμβολιασμό

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα (ειδικός γιατρός)

$$HE_{ms} = \sum Q_i \cdot \bar{P}_i = Q_1 \cdot \bar{P}_1 + \dots + Q_n \cdot \bar{P}_n$$

$$\frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{Q_i \cdot \bar{P}_i + \dots + Q_n \cdot \bar{P}_n}{Q_t}$$

$$\frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{\sum w_i \cdot \bar{P}_i}{Q_t}$$

$$W_i = \frac{Q_i}{Q_t}$$

Όπου

$HE_{ms}$  συνολική δαπάνη για το σύνολο των ειδικοτήτων

$W_i$  συμβολή της εκάστοτε ειδικότητας στο συνολικό όγκο υπηρεσιών

$\bar{P}_i$  μέση αμοιβή των υπηρεσιών της εκάστοτε ειδικότητας

$Q_i$  ποσότητα υπηρεσιών της εκάστοτε ειδικότητας

$Q_t$  συνολική ποσότητα υπηρεσιών



# Αναμενόμενα αποτελέσματα

- Αποτροπή του φαινομένου της προκλητής ζήτησης (supplier induced demand) με την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων του νόμου του Milton Roemer (νόμος του Jean-Baptiste Say στην υγεία) με την εισαγωγή συνθηκών εσωτερικού ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών
- Μείωση των παραπληρωμών λόγω του εσωτερικού ανταγωνισμού
- Προώθηση μορφών αποζημίωσης στη βάση του global budgeting και της προοπτικής αποζημίωσης μειώνοντας το ενδεχόμενο ηθικού κινδύνου (moral hazard).
- Βελτίωση των επιλογών των χρηστών και της κυριαρχίας τους ως καταναλωτές

# Αναμενόμενα αποτελέσματα

- Προσανατολισμός της προσφοράς στις περιοχές όπου υπάρχει ανάγκη δημιουργώντας κίνητρα για μετακίνηση προμηθευτών σε απομακρυσμένες περιοχές “αντιστρέφοντας” τον αντίστροφο νόμο του Julian Hart (inverse care law).
  - Τόσο λόγω των πρόσθετων αμοιβών για ηλικιωμένους εγγεγραμμένους
  - όσο και λόγω της ανάγκης εύρεσης περιοχών χαμηλής συγκέντρωσης ιατρών
- Βελτίωση της ισότητας στην πρόσβαση και ανάσχεσης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης μέσω της αποφόρτισης περιοχών από την υψηλή συγκέντρωση ιατρών γεγονός το οποίο αποδεικνύεται ότι σχετίζεται θετικά με φαινόμενα προκλητής ζήτησης (Illich I, 1976) Γκρέγκορ Σ., Λιάτσου Μ., Κυριόπουλος Γ., 2002

Hurt JT. The Inverse Care Law. Lancet. 1971; i: 405-12

Walley et al, Primary Health care: making Alma-Ata a reality. Lancet. 2008; 372: 1001-07

Illich I. (1976) Medical Nemesis: the expropriation of health. Random House Inc.

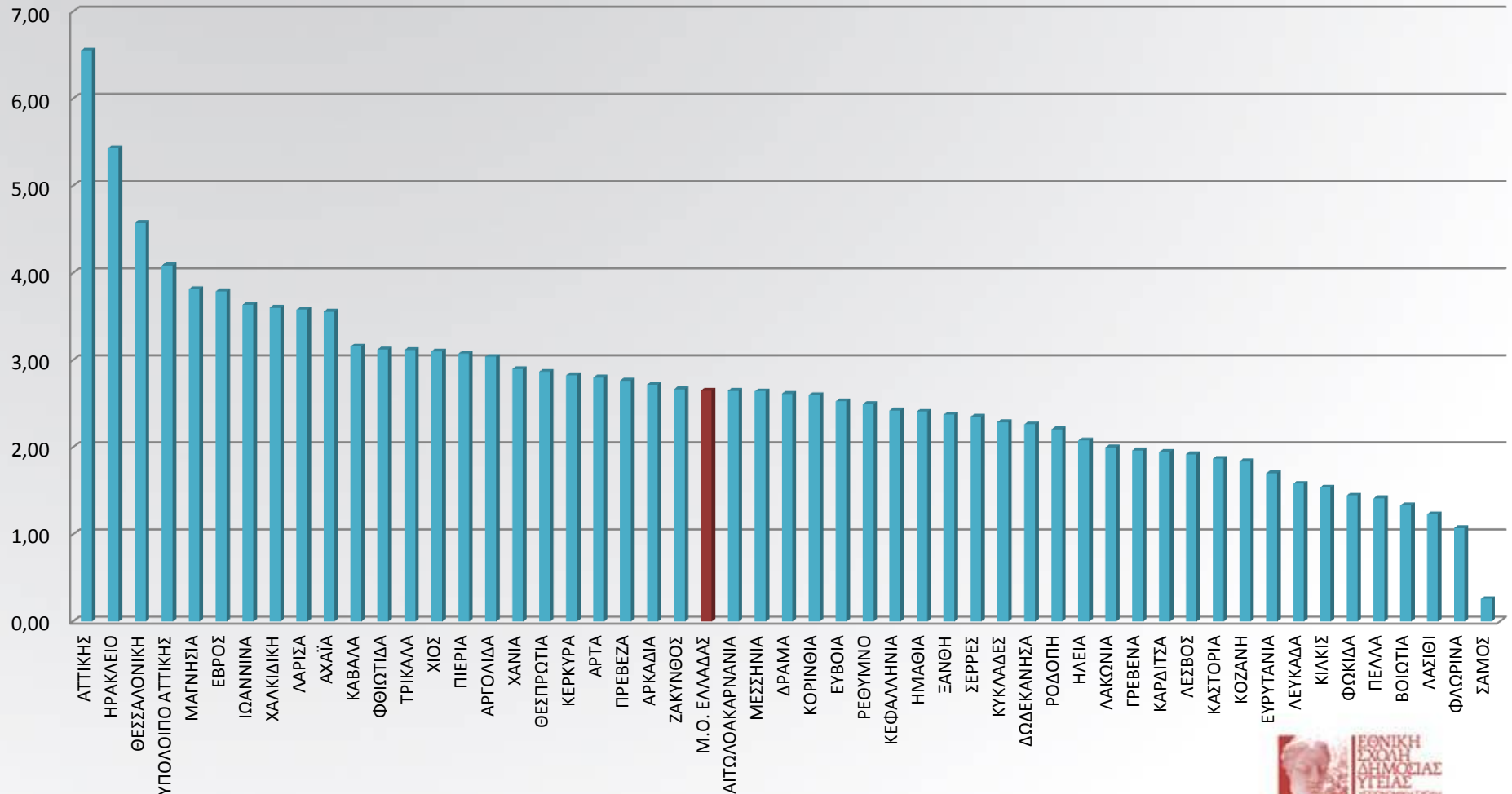
Γκρέγκορ Σ., Λιάτσου Μ., Κυριόπουλος Γ. (2002). Ο άριστος αριθμός ειδικών ιατρών και γενικών ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό στην Ελλάδα. Ιατρική; 82(1): 65-71





# Αναμενόμενα αποτελέσματα

## Ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά νομό



Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης

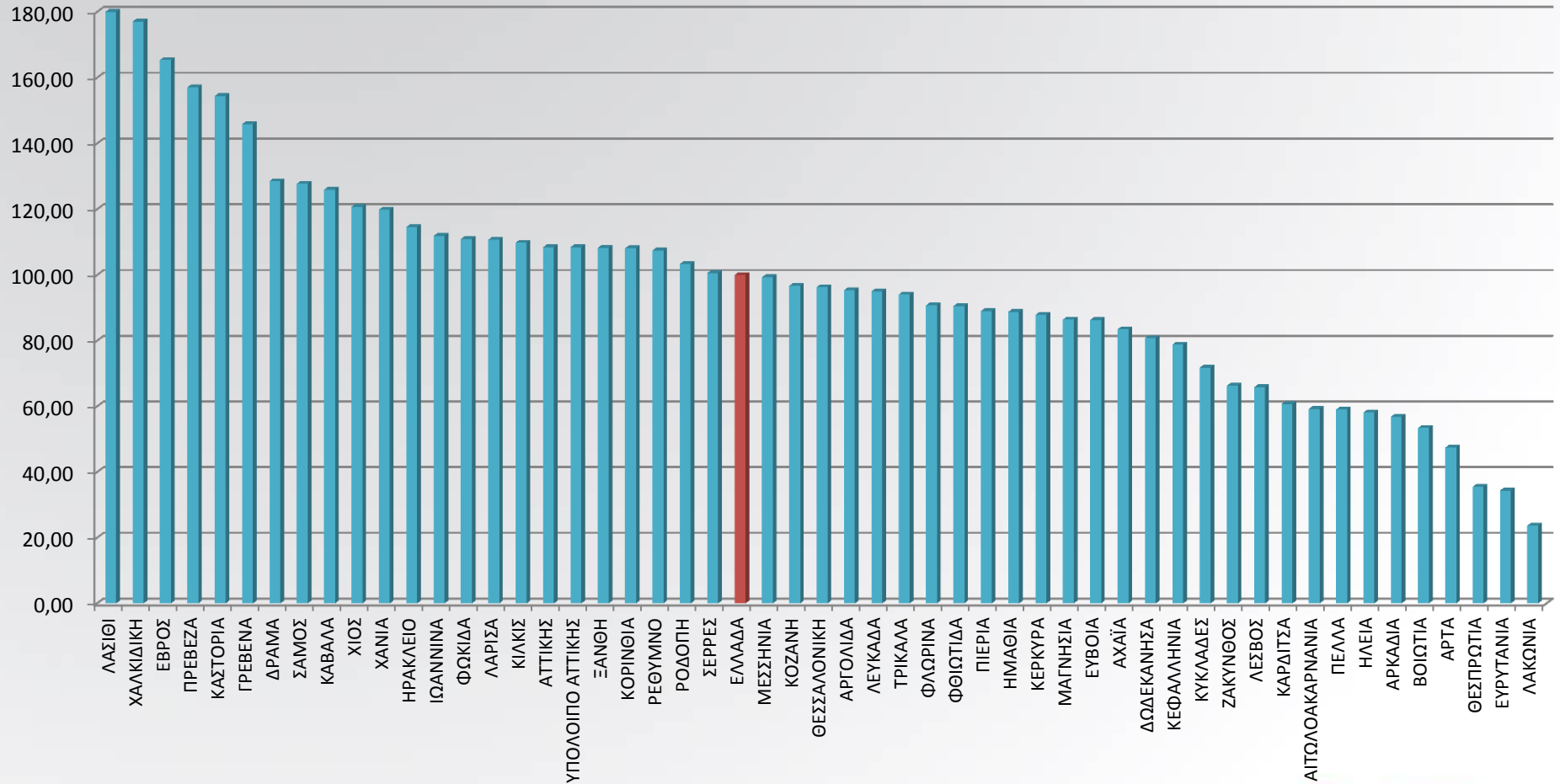


# Αναμενόμενα αποτελέσματα

- Η αποφόρτιση με το μηχανισμό της υποκατάστασης του νοσοκομειακού τομέα
- Διαχείριση των χρονίως πασχόντων εκτός νοσοκομείων
  - οδηγώντας στην μείωση του κόστους και στην βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων
- Προαγωγή της πρόληψης και του προσυμπτωματικού ελέγχου και της συνέχειας της φροντίδας
  - συμβάλλοντας στην προαγωγή της ισότητας στα αποτελέσματα

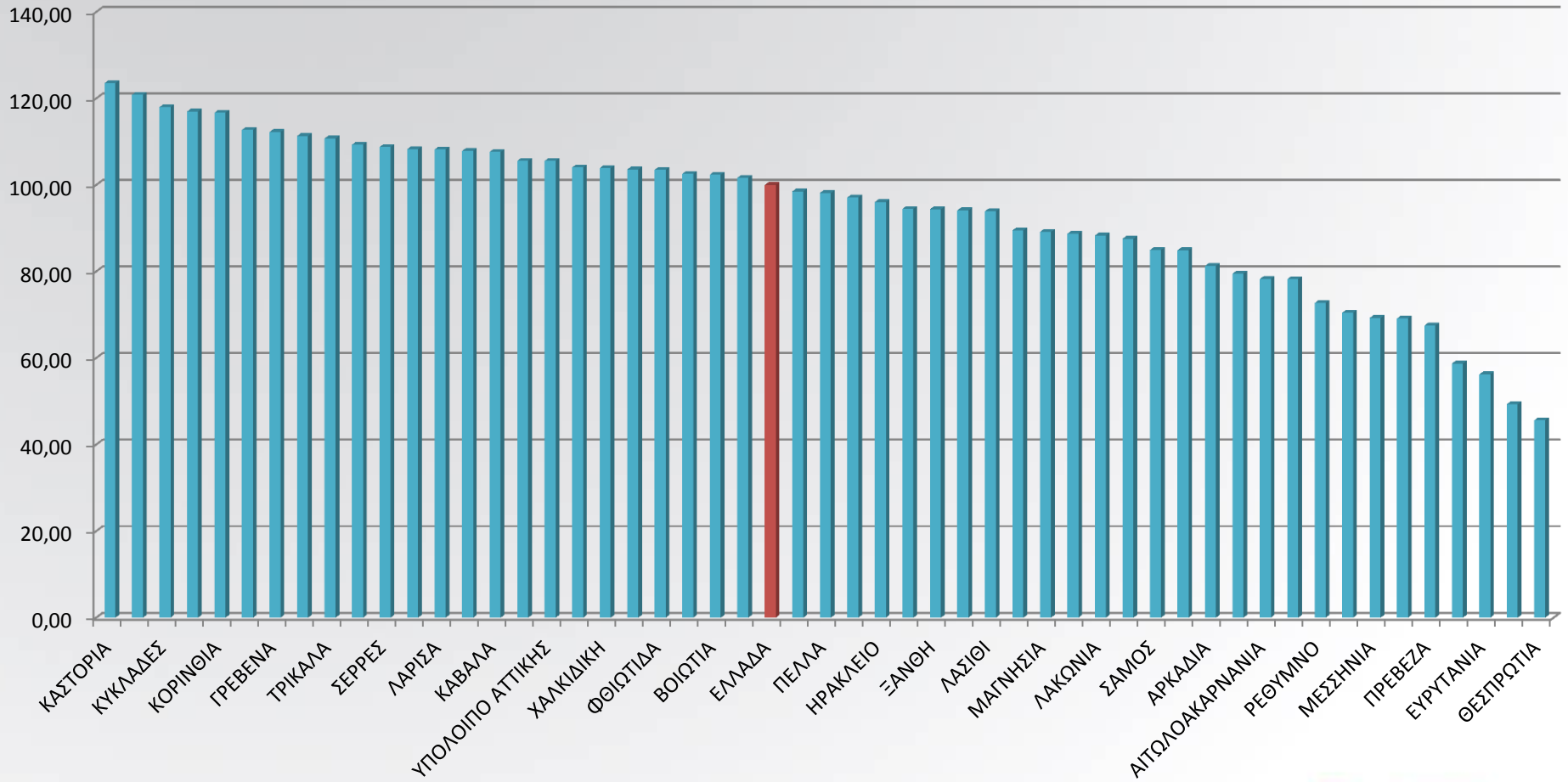
# Αναμενόμενα αποτελέσματα

## SMR ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧ. ΜΗΤΡΑΣ



# Αναμενόμενα αποτελέσματα

## SMR ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



## Αναμενόμενα αποτελέσματα

- Αντιμετώπιση του φαινομένου του “cream skimming” μέσω κίνητρων επιλογής εγγεγραμμένων ηλικίας άνω των 65 ετών και εγγεγραμμένων με χρόνιες παθήσεις
- Αποτροπή του φαινομένου των αδικαιολόγητων παραπομπών σε νοσοκομεία λόγω φόρτου εργασίας, με την εισαγωγή ορίου εγγεγραμμένων ασθενών

# Μελέτη περιπτώσεων

Δαπάνη	2012
Οικογενειακός γιατρός	0,35-0,50 δις €
Οικογενειακός παιδίατρος	0,10-0,15 δις €
Γιατροί ειδικοτήτων	1,20-1,50 δις €
Εργαστηριακές πράξεις	0,50-0,70 δις €
Φαρμακευτική περίθαλψη	2,50-3,00 δις €
<b>Σύνολο</b>	<b>4,65-5,85 δις €</b>
Υπάρχουσα υποδομή	0,60-0,70 δις €
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>5,25-6,55 δις €</b>

## Μελέτη περιπτώσεων

Νομός	Πληθυσμός ως % του συνολικού	Σταθμισμένος πληθυσμός ως % του συνολικού	Ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός	
Αρκαδίας	0,78%	0,90%	47.446.902	59.195.659
Αχαΐας	3,08%	2,48%	129.958.124	162.138.231
Ιωαννίνων	1,66%	1,12%	58.850.409	73.422.891
Σερρών	1,65%	1,84%	96.743.635	120.699.202
Χανίων	1,34%	1,56%	81.694.290	101.923.353

# Μελέτη περιπτώσεων

Νομός	Δαπάνη για οικογενειακούς ιατρούς		Δαπάνη για οικογενειακούς παιδίατρος		Δαπάνη για φαρμακευτική περίθαλψη	
Αρκαδίας	3.163.127	4.518.753	903.751	1.355.626	22.593.763	27.112.515
Αχαΐας	8.663.875	12.376.964	2.475.393	3.713.089	61.884.821	74.261.785
Ιωαννίνων	3.923.361	5.604.801	1.120.960	1.681.440	28.024.004	33.628.805
Σερρών	6.449.576	9.213.680	1.842.736	2.764.104	46.068.398	55.282.077
Χανίων	5.446.286	7.780.409	1.556.082	2.334.123	38.902.043	46.682.452



# Μελέτη περιπτώσεων

Νομός	Δαπάνη για υπάρχουσες υποδομές και προσωπικό		Δαπάνη για εργαστηριακές πράξεις	
Αρκαδίας	5.422.503	6.326.254	4.518.753	6.326.254
Αχαΐας	14.852.357	17.327.750	12.376.964	17.327.750
Ιωαννίνων	6.725.761	7.846.721	5.604.801	7.846.721
Σερρών	11.056.415	12.899.151	9.213.680	12.899.151
Χανίων	9.336.490	10.892.572	7.780.409	10.892.572

# Μελέτη περιπτώσεων

Βάσει της εξίσωσης υπολογισμού της αμοιβής των γενικών ιατρών εκτιμήθηκε το **ετήσιο εισόδημα ενός ιατρού** στην περίπτωση που αυτός δραστηριοποιείται στο νομό Αρκαδίας

$$HE_{gp} = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j) + [(a + cm) \cdot c_{prim}]$$

$n_i$  = 2000 εγγεγραμμένα άτομα

$c_i$  = 40 ευρώ κατά κεφαλή αμοιβή

$n_j$  = πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο, 26% των εγγεγραμμένων ατόμων

$c_j$  = αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο, 10% της κατά κεφαλή αμοιβής

$a$  = πληθυσμός ηλικίας άνω των 65 ετών, 25% των εγγεγραμμένων ατόμων

$cm$  = πληθυσμός με χρόνια νοσήματα, 20% των εγγεγραμμένων ατόμων

$c_{prim}$  = πρόσθετη αποζημίωση, 10% της κατά κεφαλή αμοιβής



## Μελέτη περιπτώσεων

- Ως εκ τούτου υπολογίστηκε ότι το μέγιστο ετήσιο εισόδημα ενός γενικού ιατρού στην Αρκαδία μπορεί να ανέλθει στα 85.760 ευρώ.
- Με διαφορετικές υποθέσεις εκτιμήθηκε ότι με 1500 και 1000 εγγεγραμμένους ανά γενικό ιατρό, το ετήσιο εισόδημα εκτιμήθηκε στα 64.320 και 42.880 αντίστοιχα.

## Μελέτη περιπτώσεων

Ομοίως, εκτιμήθηκε το ετήσιο εισόδημα ενός παιδιάτρου στο νομό Αρκαδίας

$$HE_p = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j)$$

$n_i$  = 500 εγγεγραμμένα άτομα

$c_i$  = 100 ευρώ κατά κεφαλή αμοιβή

$n_j$  = 10% των εγγεγραμμένων ατόμων για εμβολιασμό

$c_j$  = 10% της κατά κεφαλή αμοιβής για κάθε εμβολιασμό

Με βάση τα παραπάνω, το μέγιστο ετήσιο εισόδημα ενός παιδιάτρου στο νομό Αρκαδίας με 500 και 1000 εγγεγραμμένα άτομα εκτιμήθηκε στα 51.000 και 102.000 ευρώ ετησίως

# Συμπεράσματα

- Στην κατεύθυνση αυτή, η συγκρότηση των σφαιρικών προϋπολογισμών κατά περιοχή, δηλαδή η κατανομή των πόρων από τον ΕΟΠΥΥ (δηλαδή το κράτος) διασφαλίζει τον έλεγχο και την ορθολογική κατανομή των δαπανών
- Η εισαγωγή τεχνικών ελεγχόμενου ανταγωνισμού δια των μεθόδων αποζημίωσης, οι οποίες προτείνονται είναι αυτή η οποία εγγυάται την αποδοτικότητα και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Η εισαγωγή συγκεκριμένων κινήτρων αναμένεται να συμβάλει στην προαγωγή της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και της ισότητας στα αποτελέσματα καθώς και στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των πολιτών





ΕΘΝΙΚΗ  
ΣΧΟΛΗ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994



**Ευχαριστώ θερμά για την προσοχή σας...**