



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Ο ρόλος των γενικών γιατρών στον έλεγχο των δαπανών υγείας, σε υγειονομικά συστήματα με περιορισμό στην πρόσβαση. Η περίπτωση της Ελλάδας”

ΖΙΩΓΑΣ ΗΛΙΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Κ. ΕΙΡΗΝΗ ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ

ΤΡΙΠΟΛΗ 2012

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην κυρία Δασκαλοπούλου, χωρίς την συμβολή της οποίας θα ήταν αδύνατη η εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Σας ευχαριστώ πολύ!

I. Επεξήγηση συντομογραφιών

A.E.Π: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Γ.Ι: Γενικός Ιατρός

Ε.Ι: Ειδικός Ιατρός

Ε.Ο.Π.Υ.Υ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ε.Σ.Υ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ι.Σ.Α: Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών

Κε.Σ.Υ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

Κ.Υ: Κέντρο Υγείας

Κ.Ε.Ν: Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

Ο.Γ.Α: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο.Π.Α.Δ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασία και Ανάπτυξης

Ο.Α.Ε.Ε: Οργανισμός Ασφάλισης Επαγγελματιών Ελλάδας

Π.Φ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Π.Φ.Υ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ι.Κ.Α: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

D.R.G: Diagnosis Related Group

H.M.Os: Health Maintenance Organizations (Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας)

II. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>Περίληψη</u>σελ.10	σελ.10
<u>Summary</u>σελ.11	σελ.11
<u>Εισαγωγή</u>σελ.12	σελ.12
<u>Κεφάλαιο 1. Η πρωτοβάθμια υγεία και οι Γ.Ι στο επίκεντρο των αλλαγών για την συγκράτηση του κόστους.</u>	
1.1 Εισαγωγή.σελ.15	σελ.15
1.2 Καθορισμός της έννοιας της ΠΦ και του Γ.Ι.....σελ.15	σελ.15
1.3 Η οικονομική αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ και η συμμετοχή των Γ.Ι.σελ.17	σελ.17
1.4 Οι κύριοι παράγοντες που δρουν στην αγορά υγείας και οι σχέσεις που αναπτύσσονται.....σελ.20	σελ.20
1.5 Το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης και του ηθικού κινδύνου στην πρωτοβάθμια αγορά υγείας.....σελ.21	σελ.21
1.5.1 Οι Γ.Ι υπέρμαχοι των ασφαλισμένων ή φύλακες της κοινωνίας;σελ.22	σελ.22
1.5.1.1 Η διπλή διαδρομή στο πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης και του ηθικού κινδύνου.....σελ.23	σελ.23
1.5.1.2 Διαφορές σε σχέση με την κλασική θεωρία.....σελ.24	σελ.24
1.6 Η σχέση Γ.Ι- ασφαλισμένων πρέπει να έχει μακροχρόνια προοπτική.....σελ.24	σελ.24
1.7 Η συνάρτηση χρησιμότητας Γ.Ι και ασφαλισμένων.....σελ.25	σελ.25
1.7.1 Η συνάρτηση χρησιμότητας των ασθενών.....σελ.25	σελ.25
1.7.2 Η συνάρτηση χρησιμότητας των Γ.Ι.....σελ.26	σελ.26
1.8 Συμπέρασμα.....σελ.27	σελ.27
<u>Κεφάλαιο 2: Τα οικονομικά κίνητρα και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά των Γ.Ι</u>	
2.1 Εισαγωγή.....σελ.28	σελ.28
2.2 Πόσο σημαντικά είναι τα συστήματα πληρωμής, τι στρεβλώσεις μπορεί να δημιουργήσουν;.....σελ.28	σελ.28
2.2.1. Η αμοιβή με μισθό.....σελ.29	σελ.29
2.2.2. Η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (FFS).σελ.29	σελ.29
2.2.2.1 Απλή μορφή Fee - For – Service (FFS).....σελ.29	σελ.29

2.2.2.2 Fee-For-Service, ελλιπή πληροφόρηση και προκλητή ζήτηση.....σελ.	30
2.2.2.3 Άλλες προεκτάσεις της αμοιβής FFS.....σελ.	31
2.2.3. Η αμοιβή κατά κεφαλή.....σελ.	32
2.2.4 Σύγκριση των παραπάνω μεθόδων κατά ζεύγη.....σελ.	34
2.3 Κλειστοί προϋπολογισμοί.....σελ.	36
2.3.1 Το παράδειγμα κλειστών προϋπολογισμών στο HB και στην Γερμανία.....σελ.	36
2.4 Συμπέρασμα.....σελ.	38
2.5 Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την gatekeeper συμπεριφορά των Γ.Ι.....σελ.	41
2.5.1 Η σημασία της λίστας εγγεγραμμένων ασφαλισμένων ανά Γ.Ι.....σελ.	41
2.5.2 Η ύπαρξη και ο βαθμός ανταγωνισμού στην αγορά της πρωτοβάθμιας φροντίδας μεταξύ των Γ.Ι.....σελ.	41
2.5.3 Η επίδραση των ασθενών στην αποτελεσματική εφαρμογή του συστήματος gatekeeping.....σελ.	43
2.5.4 Τα χαρακτηριστικά των Γ.Ι.....σελ.	44
2.5.5 Κλινικά πρωτόκολλα (οδηγίες).....σελ.	44
2.5.6 Δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε δευτεροβάθμια φροντίδα...σελ.	45
2.6 Συμπέρασμα.....σελ.	46
<u>Κεφάλαιο 3: Η εμπειρία άλλων χωρών με gatekeeping σύστημα.</u>	
3.1 Εισαγωγή.....σελ.	47
3.2 Υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι το gatekeeping σύστημα υπερτερεί στον έλεγχο των δαπανών υγείας;.....σελ.	47
3.3 Παραδείγματα χωρών με συνύπαρξη gatekeeping και non- gatekeeping συστημάτων.....σελ.	51
3.4 Το fundholding σύστημα στο HB.....σελ.	54
3.5 Συγκριτική ανάλυση HB και ΗΠΑ, στην επίδραση των Γ.Ι στις δαπάνες υγείας. Γιατί οι Γ.Ι στο HB έχουν καταφέρει το στόχο του ελέγχου των δαπανών;.....σελ.	56
3.5.1 Ο πληθυσμός των ΗΠΑ δαπανά περισσότερο για την υγεία και ζει λιγότερο σε σχέση με το HB.....σελ.	56
3.5.2 Διερεύνηση του υγειονομικού περιβάλλοντος των δύο χωρών...σελ.	58
3.6 Συμπέρασμα.....σελ.	60

Κεφάλαιο 4. Η πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα και η θέση των Γ.Ι στο σύστημα υγείας.

4.1 Εισαγωγή.....	σελ.62
4.2 Η ΠΦ και Γ.Ι το αδύνατο σημείο του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	σελ.62
4.3 Αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης με βάση το κριτήριο του κόστους.....	σελ.63
4.3.1 Ελεύθερη πρόσβαση σε υψηλότερα επίπεδα νοσηλείας.....	σελ.64
4.3.2 Υπερκατανάλωση ακριβών διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων.....	σελ.65
4.4 Οργανωτική διάσπαση μεταξύ των τριών επιπέδων νοσηλείας.....	σελ.68
4.5 Νοσοκομειακός προσανατολισμός και υψηλή εξειδίκευση.....	σελ.69
4.5.1 Διαχρονική υποχρηματοδότηση της Π.Φ.....	σελ.69
4.5.2 Επάνδρωση των δομών ΠΦ με επαγγελματίες με νοσοκομειακή προσέγγιση.....	σελ.70
4.6 Κυριαρχία του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος.....	σελ.71
4.7 Ιατρικός πληθωρισμός – Έλλειψη Γ.Ι.....	σελ.72
4.8 Συμπέρασμα.....	σελ.74

Κεφάλαιο 5. Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ διευκολύνει την διαδικασία για gatekeeping σύστημα στην Ελλάδα;

5.1 Εισαγωγή.....	σελ.75
5.2 Προϋπάρχουσες απόψεις σχετικές με τον ενιαίο φορέα υγείας και τον περιορισμό στην πρόσβαση.....	σελ.75
5.3 Ο νέος Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ).....	σελ.77
5.4 Ποια προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίσει ο ΕΟΠΥΥ.....	σελ.80
5.4.1 Ο περιορισμός της εισόδου σε δευτεροβάθμιο επίπεδο.....	σελ.81
5.4.2 Η υψηλή φαρμακευτική δαπάνη.....	σελ.83
5.5 Παράγοντες που προκαλούν το υψηλό κόστος στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	σελ.85
5.5.1 Η σχέση γιατρού και ασθενή.....	σελ.86
5.5.1.1 Ανάπτυξη ολοκληρωμένης φροντίδας, με βάση τους Γ.Ι.....	σελ.87
5.5.2 Η χρηματοδοτική διάσπαση.....	σελ.88
5.5.2.1 Η διαπραγματευτική δύναμη του ΕΟΠΥΥ.....	σελ.88
5.6 Ο ρόλος των Γ.Ι στη διαχείριση των πόρων του ΕΟΠΥΥ.....	σελ.89
5.7 Συμπέρασμα.....	σελ.90

Κεφάλαιο 6. Προτάσεις για αλλαγή σε σύστημα υγείας με περιορισμό στην πρόσβαση.

6.1 Εισαγωγή.....	σελ.92
6.2 Το πρόβλημα της αριθμητικής έλλειψης των Γ.Ι.....	σελ.92
6.2.1 Αυξημένη λίστα ασφαλισμένων.....	σελ.95
6.3 Πως θα λυθεί το πρόβλημα της συνεργασίας και αποδοχής του ρόλου τους με προμηθευτές δευτεροβάθμιας φροντίδας;.....	σελ.96
6.3.1 Ανάμειξη των Γ.Ι στην νοσοκομειακή αποζημίωση των εσωτερικών ασθενών.....	σελ.96
6.3.2 Διαπραγματευτική ισχύ στους ΓΙ μέσω παροχής προϋπολογισμών για αγορά δευτεροβάθμιων υπηρεσιών και φαρμάκων.....	σελ.99
6.4 Κίνητρα των ασφαλισμένων για εγγραφή σε λίστα Γ.Ι και αντικίνητρα για αυτοπαραπομπή.....	σελ.101
6.5 Πολιτικές παρέμφασης στην προσφορά (ιατρικό δυναμικό).....	σελ.102
6.6 Σύναψη συμβολαίων μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και Γ.Ι.....	σελ.104
6.6.1 Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης.....	σελ.104
6.6.2 Προτάσεις για μικτό τρόπο πληρωμής των Γ.Ι.....	σελ.107
6.6.3 Δημιουργία αλγορίθμου.....	σελ.110
6.7 Ο ΕΟΠΥ παραγωγός υπηρεσιών ή μόνο αγοραστής.....	σελ.111
6.8 Αυτοαπασχολούμενοι ή μόνιμοι Γ.Ι;.....	σελ.112
6.9 Συμπέρασμα.....	σελ.114
<u>Κεφάλαιο 7. Ο ανασχηματισμός της Π.Φ στην Ελλάδα σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Κίνδυνοι και ευκαιρίες.</u>	
7.1 Εισαγωγή.....	σελ.115
7.2 Η οικονομική κρίση είναι ανασταλτικός παράγοντας για την μετασχηματική διαδικασία;.....	σελ.115
7.3 Αρνητική συσχέτιση οικονομικών συνθηκών και χρήσης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών.....	σελ.116
7.4 Ευκαιρίες οικονομικής ανάπτυξης, με επίκεντρο το νέο ρόλο των ΓΙ...σελ.118	
7.5 Συμπέρασμα.....	σελ.120
<u>Συμπεράσματα.</u>	σελ.121
<u>Βιβλιογραφία.</u>	σελ.124

III. ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

1. Διάγραμμα 1.1: Ταξινόμηση επιλεγμένων χωρών του ΟΟΣΑ με βάση την βαθμολογία που αφορά την αποτίμηση της ΠΦ στην συνεισφορά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, σε βάθος τριών δεκαετιών (1970,1980,1990).....σελ.19
2. Σχήμα 2.1 : Κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών υπό συνθήκες προκλητής ζήτησης.....σελ.31
3. Πίνακας 2.2: Σύνοψη των κινήτρων που σχετίζονται με διαφορετικά συστήματα αμοιβών των Γ.Ι.....σελ.39
4. Διάγραμμα 3.1: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε όρους αγοραστικής ισοδυναμίας US\$, σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ με περιορισμό στην πρόσβαση και με ελεύθερη πρόσβαση. Έτος 2009..σελ.49
5. Διάγραμμα 3.2: Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας σε όρους αγοραστικής ισοδυναμίας US\$ σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ με περιορισμό στην πρόσβαση και με ελεύθερη πρόσβαση. Έτος 2007.....σελ.49
6. Διάγραμμα 3.3: Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας ΗΒ και ΗΠΑ σε αγοραστική ισοδυναμία \$ για τα έτη 1990-2009.....σελ.57
7. Διάγραμμα 3.4: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ΗΒ και ΗΠΑ. Έτη 1990-2009.....σελ.57
8. Διάγραμμα 3.5: Προσδόκιμο επιβίωσης στις ΗΠΑ και στο ΗΒ.....σελ.58
9. Διάγραμμα 3.6: Ετήσιος ρυθμός αύξησης των μισθών (% σε πραγματικούς όρους) ΓΙ και ΕΙ, σε διάφορες χώρες.....σελ.60
10. Διάγραμμα 4.1: Ρυθμός αύξησης των δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ πάνω από τον μ.ο. – 2000 – 2009.....σελ.64
11. Διάγραμμα 4.2 Μαγνητικοί και Αξονικοί / Ένα εκατ. στην Ελλάδα και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2009σελ.66
12. Διάγραμμα 4.3 Μαγνητικές και Αξονικές εξετάσεις / 1.000 κατ. στην Ελλάδα και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2008.....σελ.67
13. Διάγραμμα 4.4 Συνολική κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη σε αγοραστική ισοδυναμία US\$, στην Ελλάδα και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ Έτος 2008σελ.68
14. Πίνακας 4.1: Κατανομή δημοσίων δαπανών στην Ελλάδα, κατά επίπεδο φροντίδας (%), για μια σειρά ετών.....σελ.69
15. Διάγραμμα 4.5 Χρηματοδότηση των επιπέδων φροντίδας στην Ελλάδα για μια σειρά ετών (1977,1982,1983,1991).....σελ.70
16. Διάγραμμα 4.6 Πυκνότητα γιατρών / 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2009.....σελ.72
17. Διάγραμμα 4.7 Ποσοστιαία αναλογία των ΓΙ στο σύνολο του ιατρικού πληθυσμού και πυκνότητα των Γ.Ι / 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2009.....σελ.73
18. Διάγραμμα 4.8 Σχέση της κατά κεφαλή φαρμακευτικής δαπάνης και της πυκνότητας των Γιατρών / 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2007.....σελ.73
19. Διάγραμμα 5.1: Ποσοστιαία συμμετοχή των τεσσάρων ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ, ως προς τον αριθμό των ασφαλισμένων (άμεσα και έμμεσα). Έτος 2011.....σελ.78
20. Διάγραμμα 5.2: Δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων στα κρατικά νοσοκομεία για τα έτη 2001 – 2005.....σελ.82

21. Διάγραμμα 5.3: Δαπάνες του ΙΚΑ σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τα έτη 2005 – 2009.....σελ.83
22. Διάγραμμα 5.4: Εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης των Ασφαλιστικών ταμείων σε δις ευρώ. Έτη 2004-2009.....σελ.84
23. Πίνακας 5.1:Εξωνοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη σε ποσότητες και αξίες (σε δραχμές) τα έτη 1990 – 1996.....σελ.84
24. Πίνακας 6.1: Εναλλακτικές επιλογές κάλυψης του πληθυσμού στην Ελλάδα με Γ.Ι.....σελ.94
25. Σχήμα 6.1: Προτεινόμενη διαδικασία αποζημίωσης εσωτερικών ασθενών στην οποία οι ΓΙ λειτουργούν ως ελεγκτικός μηχανισμός του ΕΟΠΥΥ (περιλαμβάνει 4 βήματα).....σελ.98
26. Σχήμα 6.2: Ροή των ασφαλισμένων στο σύστημα υγείας όπου η μη τήρηση των κανόνων παραπομπής από την πλευρά του ασφαλισμένου συνεπάγεται οικονομική συμμετοχή στο κόστος των δαπανών.....σελ.102
27. Πίνακας 6.2: Προβλεπόμενος μισθός για τους ΓΙ με βάση την λίστα εγγεγραμμένων.....σελ.105
28. Διάγραμμα 6.1: Πηγές του εισοδήματος των ΓΙ στο ΗΒ.....σελ.106
29. Σχήμα 6.3: Κατηγορίες εισερχόμενων δεδομένων (inputs) για την δημιουργία αλγόριθμου, η τιμή του οποίου θα χρησιμοποιηθεί ως στοιχείο υπολογισμού της αμοιβής των Γ.Ι.....σελ.111
30. Διάγραμμα 7.1: Μεταβολές στην χρήση ΠΦΥ σε 5 χώρες λόγω της οικονομικής κρίσης του 2007.....σελ.118

IV. Περίληψη.

Σκοπός της παρούσας Διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει εάν οι χώρες όπου οι Γ.Ι ενεργούν ως μηχανισμός ελέγχου της εισόδου στο σύστημα υγείας παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα στον έλεγχο των δαπανών τους. Ο τρόπος με τον οποίο οι συγκεκριμένες χώρες επιτυγχάνουν το στόχο επίσης αναλύεται. Τέλος, εξετάζεται η περίπτωση εισαγωγής στο ελληνικό σύστημα υγείας ενός συστήματος με περιορισμό των ασφαλισμένων στην ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μέσω των Γ.Ι.

Από την ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας και την ανάλυση των δεδομένων του ΟΟΣΑ διαπιστώνεται ότι πράγματι ένα σύστημα στο οποίο οι Γ.Ι ενεργούν ως gatekeepers (φύλακες) οδηγεί σε χαμηλότερες δαπάνες υγείας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται πιο οικονομικά όταν παρέχεται στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας από τους Γ.Ι. Σε ένα gatekeeping σύστημα υγείας, η επίδραση στην εξοικονόμηση πόρων προέρχεται από την περιορισμό της προκλητής ζήτησης, ως αποτέλεσμα της μείωσης της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση και του ηθικού κινδύνου.

Το υπάρχον σύστημα της ελεύθερης πρόσβασης στην Ελλάδα σε συνδυασμό με το υγειονομικό περιβάλλον, με κύρια χαρακτηριστικά τον ιατρικό υπερπληθωρισμό, τον οργανωτικό κατακερματισμό μεταξύ των επιπέδων περίθαλψης και την χρηματοδοτική διάσπαση, διαπιστώθηκε ότι οδηγεί στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών. Το αποτέλεσμα είναι η Ελλάδα να έχει έναν από τους υψηλότερους ρυθμούς αύξησης των δαπανών υγείας μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών. Οι δαπάνες για δευτεροβάθμιες υπηρεσίες, ακριβές διαγνωστικές εξετάσεις και η φαρμακευτική δαπάνη είναι από τις υψηλότερες στις χώρες του ΟΟΣΑ. Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας αποδείχθηκε ότι δεν μπορεί να διορθωθεί με οριακές παρεμβάσεις και χρειάζεται δραστική μεταβολή σε βασικά στοιχεία της λειτουργίας, με την εισαγωγή φραγμών στην πρόσβαση. Για να διατηρηθεί η ισότητα υπό συνθήκες πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης απαιτείται μια μείωση των βαθμών ελευθερίας των ασφαλισμένων, με βάση τους Γ.Ι.

Από τα στοιχεία που υπάρχουν συμπεραίνεται ότι η αλλαγή σε ένα σύστημα υγείας όπου οι Γ.Ι θα έχουν ρόλο φύλακα είναι μια επιλογή που μπορεί να μειώσει το συνολικό κόστος υγείας στην Ελλάδα. Αυτή η επιλογή είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη για τον έλεγχο των δαπανών καθώς το υγειονομικό περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα ένα gatekeeping σύστημα είναι σημαντικός παράγοντας για την αποτελεσματικότητά του.

V. Summary

The purpose of the present Master Thesis (MSc) is to investigate whether countries where the G.Ps act as a mechanism of controlling access into the healthcare system have shown better results in the effective management and control of their expenses. Also, the way these countries achieve the latter goal is analyzed. Finally, we consider the case of introducing into the Greek national health system a set of parameters that would ultimately lead to limiting the members with free access to health services through the vital contribution of General Practitioners.

Through an extensive review of both international and Greek literature and the analysis of relevant OECD data, the present MSc Thesis asserts that a system in which G.Ps act as gatekeepers can actually lead to lower healthcare costs. Health care services are delivered more effectively, in economic terms, when GPs are responsible for providing the necessary primary care services. In a gatekeeping healthcare system, resource saving effects result from the reduction of induced demand, the latter being the subsequent outcome of reductions in information asymmetry and moral hazard.

The prevailing system of open access in Greece in conjunction with the wider health environment, characterized by hyperinflation in medical staff, and the organizational fragmentation between the different levels of care and their corresponding financial divisions, was found to lead to the phenomenon of the so-called induced demand on health-care services. As a result, Greece manifests today one of the highest rates of growth in health expenses, among all developed countries. Spending on secondary services, pricey diagnostic tests plus high pharmaceutical costs are among the highest in the OECD countries. It has been shown that the induced demand for health care services cannot be deterred through scant interventions except for in the case where a drastic change in key structural elements of the system is introduced, and more specifically the case of introducing barriers to access. Nevertheless, maintaining the principle of parity under full insurance coverage, presupposes a reduction of the insured persons' degrees of freedom under G.P surveillance.

Overall, the analysis undertaken here suggests that switching to a health care system where G.Ps undertake a gatekeeping role, is a change that can reduce overall health costs in Greece. This change however is a necessary but not sufficient condition for maintaining control over costs as the health environment in which a gatekeeping parameter system is introduced constitutes a crucial factor for its effectiveness.

Εισαγωγή

Η αγορά των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και δεν λειτουργεί όπως οι ανταγωνιστικές αγορές άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Οι βασικές ιδιαιτερότητες εντοπίζονται στην μειονεκτική θέση του ασθενή – καταναλωτή, στην ασυμμετρία της πληροφόρησης μεταξύ ιατρών και ασθενών και στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών ως αποτέλεσμα της κυρίαρχης θέσης του γιατρού – παραγωγού.

Σήμερα σχεδόν όλες οι ανεπτυγμένες χώρες είναι αντιμέτωπες με το οξύ πρόβλημα του αυξανόμενου κόστους υγείας. Οι δαπάνες υγείας όμως, δεν μπορούν να καταναλώνουν περισσότερο από ένα καθορισμένο ποσοστό του ΑΕΠ (μακροοικονομική αποτελεσματικότητα) και τα αποτελέσματα στην υγεία πρέπει να είναι τόσο υψηλά όσο και η αναλογία δαπανών στο ΑΕΠ (μικροοικονομική αποτελεσματικότητα).

Οι συνεχής ανασχηματικές διαδικασίες για την επίτευξη των παραπάνω, από την προηγούμενη δεκαετία έως και σήμερα, αποδεικνύουν ότι σχεδόν καμία χώρα δεν έχει καταφέρει να επιτύχει αυτούς τους στόχους (Rico, Saltman and Boerma, 2003). Παράγοντες όπως, η ανάπτυξη νέων φαρμάκων, η εξέλιξη της τεχνολογίας στις υπηρεσίες υγείας, η γήρανση του πληθυσμού προκαλούν ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας. Έτσι όλες οι χώρες προσπαθούν να συγκρατήσουν την μεγέθυνση μέσα σε ανεκτά οικονομικά όρια με διάφορες μεθόδους.

Ένας από τους μηχανισμούς που χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες για την συγκράτηση των δαπανών σε ανεκτά επίπεδα, είναι ο περιορισμός στην ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως στις δευτεροβάθμιες. Για τον σκοπό αυτό έχει δοθεί στους γενικούς γιατρούς (Γ.Ι) ο ρόλος του φύλακα στο σύστημα υγείας. Στις gatekeeping χώρες, όπως το ΗΒ και η Ολλανδία, οι Γ.Ι είναι το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας. Κανείς ασφαλισμένος δεν μπορεί να αναζητήσει δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας (νοσοκομειακές και ειδικών γιατρών) χωρίς παραπομπή από τον Γ.Ι. Με αυτό τον τρόπο γίνεται προσπάθεια να περιοριστεί η πιθανότητα πρόκλησης μη αναγκαίων δαπανών, καθώς ο Γ.Ι. έχει καλύτερη γνώση από τον ασθενή για την αναγκαιότητα της ακριβότερης εξειδικευμένης φροντίδας.

Στην παρούσα εργασία θα αναπτυχθεί η διεθνής εμπειρία από την χρησιμοποίηση των γενικών γιατρών (Γ.Ι) ως φύλακες στο σύστημα υγείας, δηλαδή ως μηχανισμού για τον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Σε αυτό το

πλαίσιο ο σκοπός της εργασίας είναι διπλός: *πρώτον*, να διαπιστώσει εάν χώρες με περιορισμό στην πρόσβαση μέσω των Γ.Ι έχουν επιτύχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τον έλεγχο του κόστους και *δεύτερον*, εάν ένα gatekeeping σύστημα είναι κατάλληλο για τον έλεγχο των δαπανών υγείας στην περίπτωση της Ελλάδας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, το βασικό ερευνητικό ερώτημα της εργασίας μπορεί να οριστεί ως εξής:

Υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις που να στηρίζουν την άποψη ότι ο περιορισμός στην πρόσβαση στο ελληνικό σύστημα υγείας μέσω των Γ.Ι μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στον έλεγχο των δαπανών υγείας;

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα διαιρέθηκε στα ακόλουθα υποερωτήματα:

1. Πώς το υγειονομικό περιβάλλον επηρεάζει την συμπεριφορά των Γ.Ι ως gatekeepers;
2. Ποιος είναι ο ρόλος των οικονομικών κινήτρων;
3. Ποια είναι η σχέση μεταξύ των Γ.Ι και των ασφαλισμένων;
4. Ποια είναι η εμπειρία άλλων χωρών με gatekeeping σύστημα;
5. Πως μπορούν να αντιμετωπιστούν τα δομικά προβλήματα στο ελληνικό σύστημα υγείας, τα οποία αποτελούν εμπόδια στην εισαγωγή ενός gatekeeping συστήματος;
6. Ποιες προοπτικές υπάρχουν με την σύσταση του ΕΟΠΥΥ;
7. Ποια είναι η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στη διαδικασία των αλλαγών;

Η δομή της εργασίας έχει ως εξής:

Στο κεφάλαιο 1, αναπτύσσεται η υπεροχή στην οικονομική αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας προσανατολισμένο στην Π.Φ. και στους Γ.Ι. Στην συνέχεια, με την προσαρμογή της θεωρίας εντολέα – εντολοδόχου περιγράφεται η σχέση μεταξύ ΓΙ και ασθενών, των ΓΙ με τους τρίτους - πληρωτές και τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασυμμετρία στην πληροφόρηση. Επίσης μελετάται το περιεχόμενο της συνάρτησης χρησιμότητας των Γ.Ι και των ασφαλισμένων και απαντώνται τα ερωτήματα 1 και 3.

Στο κεφάλαιο 2 γίνεται μια ανασκόπηση των οικονομικών κινήτρων που είναι ενσωματωμένα στα διαφορετικά συστήματα πληρωμών και των άλλων παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την gatekeeper συμπεριφορά των Γ.Ι και απαντάται το ερώτημα 2.

Στο κεφάλαιο 3, αναπτύσσονται επιχειρήματα σύμφωνα με τα οποία χώρες όπου οι ΓΙ ενεργούν ως φύλακες έχουν επιτύχει τον έλεγχο των δαπανών σε καλύτερο βαθμό από ότι άλλες με ελεύθερη πρόσβαση. Στη συνέχεια, γίνεται σύγκριση των συστημάτων σε χώρες όπου ταυτόχρονα παρουσιάζονται μικτά συστήματα και μπορεί να παρατηρηθούν συμπεριφορές ασφαλισμένων υπό gatekeeping σύστημα και με απευθείας πρόσβαση στο σύστημα. Στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται σύγκριση των συστημάτων του ΗΒ και των Η.Π.Α ώστε να αναλυθεί το υγειονομικό περιβάλλον στο οποίο οι πρακτικές gatekeeping έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και απαντάται το ερώτημα 4.

Στο κεφάλαιο 4 γίνεται μια αποτίμηση της οικονομικών συνεπειών που προκλήθηκαν από την ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών στο ελληνικό σύστημα υγείας. Αναλύονται ο ρόλος και η σημασία της ΠΦ και των Γ.Ι στο σύστημα υγείας της χώρας συνολικά καθώς και τα χαρακτηριστικά του υγειονομικού περιβάλλοντος που αναγνωρίζονται ως οι αιτίες που οδήγησαν το σύστημα σε αδικαιολόγητα υψηλές δαπάνες υγείας.

Το κεφάλαιο 5 βασίζεται στα αποτελέσματα του κεφαλαίου 4 και αναφέρεται στην ενδελεχή ανάλυση των προοπτικών που δημιουργούνται από την ενοποίηση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων προς την κατεύθυνση του μετασχηματισμού του ελληνικού συστήματος υγείας σε σύστημα με περιορισμό στην πρόσβαση και απαντάται το ερώτημα 6.

Στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται προτάσεις που έχουν σαν στόχο την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εξομάλυνση των δυσκολιών εφαρμογής στο ελληνικό σύστημα υγείας ενός συστήματος παραπομπών μέσω των Γ.Ι και απαντάται το ερώτημα 5.

Στο κεφάλαιο 7 αναπτύσσεται κατά πόσο η διαδικασία μετασχηματισμού είναι εφικτή σε περίοδο οικονομικής κρίσης και απαντάται το ερώτημα 7.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τα τελικά συμπεράσματα.

Κεφάλαιο 1. Η πρωτοβάθμια υγεία και οι Γ.Ι στο επίκεντρο των αλλαγών για την συγκράτηση του κόστους.

1.1 Εισαγωγή.

Η αναμόρφωση των συστημάτων υγείας, στα πλαίσια μιας προσπάθειας για τον έλεγχο του κόστους, αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό όλων των ευρωπαϊκών χωρών, όπως και άλλων χωρών σε όλο τον κόσμο. Οι μεταβολές στη δημογραφία, στα ιατρικά επιτεύγματα και στα οικονομικά της υγείας, προσανατολίζουν τις αλλαγές αυτές προς την κατεύθυνση της ΠΦ και της ενίσχυσης του ρόλου των Γενικών Ιατρών (Οικογενειακών Ιατρών) ως gatekeepers (φύλακες) του συστήματος.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθεί η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας και του γενικού γιατρού, καθώς και εάν ένα σύστημα υγείας με προσανατολισμό στην ΠΦ και τους Γ.Ι μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματικό τρόπο για τον έλεγχο των δαπανών υγείας. Επίσης, θα αναπτυχθεί το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου και της ασύμμετρης πληροφόρησης που αποτελούν την θεωρητική βάση ενός συστήματος με έλεγχο των ασφαλισμένων στην πρόσβαση σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες (gatekeeping).

1.2 Καθορισμός της έννοιας της ΠΦ και του Γ.Ι.

Σε αυτό το τμήμα θα γίνει ο καθορισμός των εννοιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των γενικών γιατρών.

Ενώ ο ορισμός της εξειδικευμένης δευτεροβάθμιας φροντίδας είναι σχετικά απλός και ορίζεται από τις υπηρεσίες εκείνες που διανέμονται από ένα συγκεκριμένο αριθμό ειδικών γιατρών, συνήθως σε νοσοκομειακό περιβάλλον, ο ορισμός της έννοιας της ΠΦ είναι πιο σύνθετος. Προσπάθειες προσδιορισμού που έχουν γίνει στις ΗΠΑ και άλλες χώρες έχουν δώσει ένα πλήθος ορισμών (Atun, 2004).

Στη διακήρυξη της Άλμα-Ατα (1977) ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χρησιμοποίησε 100 λέξεις για να περιγράψει την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μεταξύ άλλων (και σε σχέση με το αντικείμενο της παρούσης εργασίας), περιλαμβάνονται οι έννοιες: θεμελιώδης, κοινωνικά αποδεκτή, οικονομικά ανεκτή στο κόστος, εστίαση στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, πρώτο σημείο επαφής, και συνεχιζόμενη διαδικασία φροντίδα υγείας. Οι συνθήκες της πρώτης επαφής, της συνέχειας, του μεγάλου εύρους και του συντονισμού, περιλαμβάνονται στους περισσότερους ορισμούς από τους συναφείς επαγγελματικούς οργανισμούς των χωρών, των διεθνών οργανισμών και των διάφορων επιτροπών.

Η ΠΦ συχνά ορίζεται από τον *τύπο ειδικότητας* των γιατρών οι οποίοι παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Στην Ευρώπη είναι οι Γ.Ι. Στην Αμερική, ωστόσο, η ΠΦ περιλαμβάνει επιπλέον και τους γενικούς παθολόγους (για ενήλικες) και τους γενικούς παιδίατρους (για παιδιά). Έτσι όταν προσπαθούμε να ποσοτικοποιήσουμε τα αποτελέσματα της ΠΦ δεν μπορούμε να υποθέσουμε ότι όλοι οι τύποι ειδικότητας έχουν ισοδύναμη συμμετοχή στην ΠΦ (Starfield, 1994).

Σύμφωνα με τον Mackenzie (1982), *η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποκρυσταλλώνει την αναγκαιότητα της γενικής ιατρικής περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο επίπεδο περίθαλψης*. Από αυτή την ειδικότητα εξαρτάται η **αρχή της παραπομπής**, η οποία έχει σταδιακά εισαχθεί από τις αρχές του 20 αιώνα και είναι θεμελιώδης σε συστήματα υγείας πολλών χωρών. Η εμφάνιση των πρώτων ΓΙ, με την σημερινή διάσταση που τους αποδίδουμε, έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο και ο αγώνας τους για αναγνώριση και στάτους κατέλαβε κεντρική θέση και διάρκεσε το πρώτο μισό του 19^{ου} αιώνα. Από το 1840 και μετά σχηματίστηκαν πάνω από το 80% των επαγγελματικών χαρακτηριστικών με ένα ευρύ πλαίσιο λειτουργιών. Ο αυξανόμενος αριθμός και ο πλούτος της μεσαίας τάξης μπορούσε να διατηρήσει αυτή τη νέα γενιά ιατρών.

Η Γενική / Οικογενειακή ιατρική είναι μια ειδικότητα προσανατολισμένη προς την πρωτοβάθμια φροντίδα. Η αναβάθμιση της φροντίδας μέσω του γενικού/οικογενειακού¹ ιατρού επιτυγχάνεται ως εξής (WONCA, 2002):

1. Αναπτύσσει την προσωποκεντρική προσέγγιση, επικεντρωμένη στο άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα.
2. Η διαδικασία συμβουλευτικής συνέντευξης γίνεται στα πλαίσια της προσωπικής σχέσης και με υπευθυνότητα για την μακροχρόνια εξέλιξη της υγείας του ασθενή.
3. Ο Γ.Ι διαθέτει μια ειδική διαδικασία λήψης απόφασης προσδιοριζόμενη από τις έννοιες του επιπολασμού και της επίπτωσης των ασθενών στην κοινότητα.
4. Διαχειρίζεται τα προβλήματα υγείας στις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές τους προεκτάσεις, σε κάποιο πρώιμο στάδιο της εξέλιξής τους.

¹ Wonca, (2002): Οι όροι Γενική Ιατρική και Οικογενειακή Ιατρική είναι συνώνυμοι και χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν εκείνους τους γιατρούς που έχουν λάβει μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη γενική ιατρική, τουλάχιστον μέχρι το επίπεδο που έχει προσδιορισθεί με κατευθυντήριες οδηγίες της Ε.Ε.

5. Ο συντονιστικός ρόλος έχει σαν αποτέλεσμα την εξασφάλιση της ομαδικής συνεργασίας και την καλύτερη διαχείριση των πόρων.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα και οι Γ.Ι αναγνωρίζονται ευρέως ως ο ακρογωνιαίος λίθος ενός εξισορροπημένου συστήματος υπηρεσιών υγείας. Τα άλλα δομικά επίπεδα (δευτεροβάθμια περίθαλψη, τριτοβάθμια και επείγουσα φροντίδα) για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά χρειάζονται ολοκλήρωση (ενοποίηση) με την ΠΦ, ώστε να έχουν έγκυρη πληροφόρηση για τους ασθενείς (Starfield, 1994).

1.3 Η οικονομική αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ και η συμμετοχή των Γ.Ι.

Ένα σύστημα υγείας είναι οικονομικότερο, δηλαδή αποτελεσματικότερο σε όρους κόστους, όταν είναι προσανατολισμένο στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τους Γ.Ι ή όταν είναι προσανατολισμένο στην εξειδικευμένη φροντίδα με τους ειδικούς γιατρούς;

Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα απαιτεί αποτίμηση επιμέρους σημαντικών παραμέτρων η οποία και είναι μια δύσκολη διαδικασία, καθιστώντας το ερώτημα αυτό ένα ανοικτό ζήτημα στη σχετική βιβλιογραφία. Ωστόσο ο Atun, (2004) θεωρεί ότι *καμία μελέτη δεν έχει βρεθεί που να υποστηρίζει ότι υπάρχουν οικονομικά πλεονεκτήματα όταν οι ειδικοί γιατροί (E.I) αποτελούν την βάση του συστήματος.* Αντίθετα, υπάρχει ένα πλήθος διεθνών μελετών που δείχνουν ότι δίνοντας μεγαλύτερη ισχύ στην ΠΦ και τους Γ.Ι αυτό σχετίζεται με μειωμένες συνολικές δαπάνες υγείας.

Σύμφωνα με τους Starfield (1994) και την Διεθνή Ένωση των γενικών ιατρών (WONCA, 2002), είναι σημαντικό να συνυπολογιστεί ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι επικεντρωμένες στα προβλήματα *πριν καταστούν δυσεπίλυτα και κοστοβόρα.*

Η είσοδος σε εξειδικευμένη φροντίδα μπορεί να ωθήσει τους ασθενείς διαδοχικά σε *εν δυνάμει περιττές διαγνωστικές εξετάσεις.* Οι παραπομπές σε E.I μπορεί να αυξήσουν δυσανάλογα τις δαπάνες υγείας. Για κάθε δολάριο που ξοδεύεται στη ΠΦΥ, έχει υπολογιστεί ότι αναλογούν δύο σε E.I και τέσσερα στη νοσοκομειακή φροντίδα. (Forrest and Reid,1997). Επίσης, οι E.I παρέχουν πιο ακριβή φροντίδα υγείας από ότι οι Γ.Ι *για συγκρίσιμα προβλήματα υγείας* (Starfield, Shi and Macinko, 2005).

Συνεπεί με τα παραπάνω είναι τα ευρήματα από διεθνή σύγκριση χωρών (Starfield and Shi, 2002, στο Starfield, Shi and Macinko, 2005) όπου έδειξαν ότι χώρες με αδύναμη ΠΦ έχουν σημαντικά υψηλότερες δαπάνες υγείας ($r=0,61$,

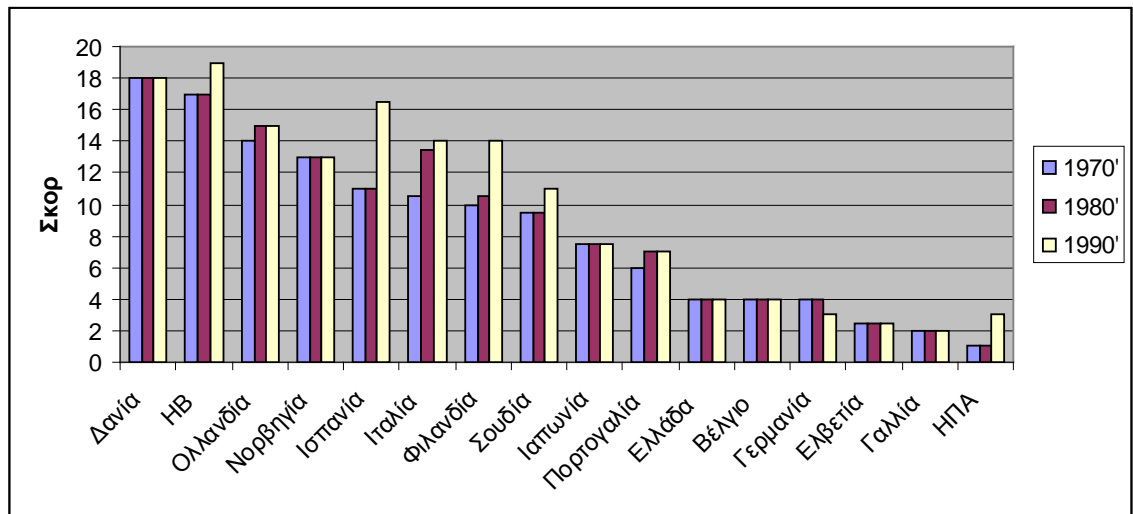
$p < 0,001$). Στην μελέτη των Macinko, Starfield, Shi, (2003), αποτυπώθηκε η θετική συσχέτιση των χωρών με ισχυρή ΠΦ (όπου οι ΓΙ λειτουργούν ως gatekeepers) και του επίπεδου υγείας του πληθυσμού. Έτσι, η ΠΦ και οι Γ.Ι δεν σχετίζονται μόνο με χαμηλότερες δαπάνες, αλλά και με καλύτερα αποτελέσματα.

Στο **Διάγραμμα 1.1** γίνεται η ταξινόμηση χωρών του ΟΟΣΑ με βάση την βαθμολογία που αφορά την αποτίμηση της ΠΦ μέσω της συνεισφοράς της στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, σε βάθος τριών δεκαετιών (1970,1980,1990). Μεταξύ των δέκα συστατικών στοιχείων της δομής της ΠΦ, που σχετίζονται με την ύπαρξη καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας, και τα οποία ελήφθησαν υπόψη στην διαμόρφωση της βαθμολογίας τα τέσσερα είναι:

1. η κυριαρχία των Γ.Ι ως καλύτερης θεωρούμενης ειδικότητας για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας,
2. το χαρακτηριστικό της πρώτης επαφής (όπου οι Γ.Ι ενεργούν ως φύλακες στη δευτεροβάθμια φροντίδα),
3. η ύπαρξη λίστας για την διαμόρφωση μακροχρόνιων σχέσεων,
4. και ο οικογενειακός προσανατολισμός.

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα οι χώρες με gatekeeping σύστημα (ΗΒ, Δανία, Ολλανδία, Ιταλία, Νορβηγία, Ισπανία) έχουν υψηλότερη βαθμολογία από χώρες με προσανατολισμό στους Ε.Ι και τη δευτεροβάθμια φροντίδα (ΗΠΑ, Ελβετία, Ελλάδα, Γαλλία, Γερμανία, Βέλγιο). Ένα εξίσου σημαντικό συμπέρασμα είναι ότι χώρες με υψηλή απόδοση την δεκαετία του 1970 υπερτερούν και τις επόμενες δεκαετίες. Αυτό υποδηλώνει ότι οι προσπάθειες ανασχηματισμού των συστημάτων υγείας για στροφή στη ΠΦ και την ενδυνάμωση του ρόλου των Γ.Ι είναι μια δύσκολη και μακρόχρονη διαδικασία.

Διάγραμμα 1.1: Ταξινόμηση επιλεγμένων χωρών του ΟΟΣΑ με βάση την βαθμολογία που αφορά την αποτίμηση της ΠΦ στην συνεισφορά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, σε βάθος τριών δεκαετιών (1970,1980,1990).



Πηγή: Οι βαθμολογίες των χωρών από την μελέτη των Macinko, Starfield and Shi, (2003).

Στην εργασία των Brekke, Nuscheler, Straume, (2007), μελετώνται οι ανταγωνιστικές επιδράσεις της αυστηροποίησης της πρόσβασης των ασφαλισμένων στη δευτεροβάθμια φροντίδα, εστιάζοντας στον ρόλο των Γ.Ι ως πηγή ενημέρωσης - πληροφόρησης. Ο ανταγωνισμός των νοσοκομείων βρέθηκε να ενισχύεται από τον υψηλό βαθμό παρακολούθησης των ασθενών από τους Γ.Ι. Στην εργασία υποστηρίζεται ότι, γενικά, υπάρχουν δύο κύριες απόψεις για την εισαγωγή gatekeeping μέσω των Γ.Ι στην αγορά υγείας. Η πρώτη, υποστηρίζει ότι Γ.Ι ως φύλακες συντελούν στον έλεγχο του κόστους μειώνοντας τις μη αναγκαίες παρεμβάσεις. Η δεύτερη, υποστηρίζει ότι η δευτεροβάθμια φροντίδα χρησιμοποιείται πιο αποτελεσματικά καθώς οι Γ.Ι έχουν συνήθως καλύτερη πληροφόρηση από ότι οι ασθενείς σχετικά με το κόστος της υπηρεσίας που προσφέρεται από τους δευτεροβάθμιους προμηθευτές. Στην πραγματικότητα, δίνοντας οι Γ.Ι στους ασθενείς την κατάλληλη πληροφόρηση μεταβάλλεται η φύση του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών δευτεροβάθμιας φροντίδας. Εάν η πρόσβαση γίνεται απευθείας, η επιλογή των ασθενών για νοσοκομειακή φροντίδα μπορεί να είναι ατελής. Έτσι ο οικονομικός ρόλος των Γ.Ι ως φύλακες στη δευτεροβάθμια αγορά είναι θεμελιώδης (Brekke, Nuscheler and Straume, 2007).

Ο μηχανισμός με τον οποίο οι Γ.Ι ενεργούν ως φύλακες όλου του συστήματος υγείας στηρίζεται στο χαρακτηριστικό της πρώτης επαφής με την ΠΦΥ. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς δεν μπορούν να επισκεφτούν Ε.Ι χωρίς σύσταση από τους

Γ.Ι (εκτός, βέβαια, από τα επείγοντα περιστατικά). Από τη στιγμή που οι Ε.Ι είναι οι χρήστες ακριβών εξετάσεων και διαδικασιών, η μεσολάβηση τους έχει ένα μετρήσιμο κίνδυνο από ιατρογενή επιπλοκή (cost-inflating effect). Έτσι η διαμεσολάβηση των Γ.Ι είναι προστατευτική στη μείωση των μη αναγκαίων και επικίνδυνων (για την υγεία) εξετάσεων (Starfield, 1994).

Στην Αμερική οι δαπάνες για την φροντίδα των ηλικιωμένων (υπό Medicare σύστημα) ήταν χαμηλότερες σε περιοχές της χώρας με υψηλή αναλογία γιατρών της ΠΦ και του πληθυσμού. Χώρες των οποίων τα συστήματα υγείας είναι προσανατολισμένα στην ΠΦΥ έχουν κατορθώσει καλύτερα αποτελέσματα στην ικανοποίηση του πληθυσμού και ταυτόχρονα χαμηλότερο κόστος υγείας συνολικά (Starfield B, 1994; Starfield, Shi and Macinko, 2005).

Ωστόσο, η άποψη της πρώτης επαφής από τους Γ.Ι έχει θεωρηθεί (ιδιαίτερα στις ΗΠΑ) ως εμπόδιο στην ελεύθερη επιλογή και άρα ασύμβατη με τη θεωρία του ανταγωνισμού της αγοράς στη διανομή των υπηρεσιών υγείας (Fang, Liu and Rizzo, 2008). Όπως όμως θα αναφερθεί στη συνέχεια (2.2.3) το χαρακτηριστικό της πρώτης επαφής και της παραπομπής αποτελεί ένα από τα τρία δομικά στοιχεία του συστήματος gatekeeping.

1.4 Οι κύριοι παράγοντες που δρουν στην αγορά υγείας και οι σχέσεις που αναπτύσσονται.

Σύμφωνα με τον Hurst (1991), οι κύριοι παράγοντες που δρουν στην αγορά υγείας είναι τέσσερεις και οι εναλλακτικές σχέσεις που αναπτύσσουν, θεσμικές και μη, είναι αρκετές:

- ο πληθυσμός που δέχεται τις υπηρεσίες,
- το πρώτο και δεύτερο επίπεδο των προμηθευτών υγείας,
- το τρίτο μέρος – πληρωτής
- η κυβέρνηση ως ρυθμιστής.

Όλα τα συστήματα υγείας πρέπει να σχεδιάσουν διαδικασίες που να ορίζουν πως θα χρησιμοποιηθούν οι πόροι του συστήματος, ποιες υπηρεσίες θα παραχθούν και ποιος θα τις παράσχει.

Σύμφωνα με τον Street (2007), υπάρχουν δύο αντίθετες τοποθετήσεις, για το ποιος πρέπει να διαμορφώνει αυτές τις σχέσεις. Η μια αναφέρεται στο *μηχανισμό της αγοράς* και η άλλη στην *κρατική παρέμβαση*.

Όμως, από τη δεκαετία του 1990, στο ΗΒ κυρίως, αλλά και σε άλλες χώρες με gatekeeping σύστημα, χρησιμοποιείται και ένας ενδιάμεσος τρόπος. Αντί να αποφασίζουν οι καταναλωτές (ασθενείς) για τον εαυτό τους ή το κράτος για αυτούς, αυτός ο ρόλος έχει ανατεθεί στους Γ.Ι. Έτσι επεκτείνεται η παραδοσιακή σχέση εντολέα – αντιπροσώπου και οι Γ.Ι αναλαμβάνουν οικονομική υπευθυνότητα, μέσω ατομικών προϋπολογισμών με τα οποία καλύπτουν την φαρμακευτική δαπάνη των εγγεγραμμένων στη λίστα τους και μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ο σκοπός είναι να γίνουν οι Γ.Ι περισσότερο υπεύθυνοι σχετικά με την κατανάλωση πόρων που προκαλείται από τις αποφάσεις τους για παραπομπή σε ανώτερα επίπεδα φροντίδας. Σύμφωνα με τον Street (2007) και τους Lewellyn and Grant (1996), δεν αρκεί μόνο η παροχή ΠΦ στο σύστημα υγείας από τους ΓΙ, αλλά πρέπει να παίζουν ένα κεντρικό διαχειριστικό ρόλο προκειμένου να διαδραματίσουν ρόλο φύλακα στο σύστημα υγείας.

1.5 Το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης και του ηθικού κινδύνου στην πρωτοβάθμια αγορά υγείας.

Η σταθερή ορθολογική βάση πίσω από την ύπαρξη του gatekeeping συστήματος είναι θεμελιωμένη στην θεωρία του ηθικού κινδύνου και της ασύμμετρης πληροφόρησης, κατά την τυποποιημένη ερμηνεία της από τους Arrow (1963) και Pauly (1968) (Hromadkova, 2007).

Σύμφωνα με τον Arrow (1963) ο γιατρός ενεργεί ως εντολοδόχος εκ μέρους των τρίτων - πληρωτών. Τα προβλήματα εμφανίζονται διότι ένα ασφαλισμένο άτομο δεν είναι ευαίσθητο στις τιμές και ο πάροχος ιατρικής φροντίδας μπορεί να προκαλέσει ζήτηση στην κατανάλωση μη αναγκαίας και ακριβής φροντίδας, γνωστό ως φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.² Το χειρότερο είναι ότι μπορεί να υπάρξει αναποτελεσματική χρήση της ιατρικής φροντίδας όταν δεν γίνεται υποκατάσταση με καλύτερη αναλογία τιμής – ποιότητας.

Επιπλέον, λόγω του ηθικού κινδύνου³, τα άτομα (με ασφάλιση) έχουν την τάση να διεκδικούν περισσότερες υπηρεσίες και να υποκαθιστούν λιγότερο

² Η θεωρία της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τους γιατρούς είναι από τα βασικά θέματα στα οικονομικά της υγείας. Τα θεωρητικά υπόβαθρα στηρίζεται στην υπόθεση της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση μεταξύ των γιατρών και των ασθενών (Grytten and Sorensen, 2001).

³ Οι ερευνητές της υγείας δίνουν ιδιαίτερη σημασία σε αυτό το φαινόμενο (καταναλώνοντας περισσότερο σε μηδενικές τιμές από ότι σε θετικές). Αυτό το θεωρούν ηθικό ή δεοντολογικό πρόβλημα και παρέκκλιση από την σωστή ανθρώπινη συμπεριφορά. Ωστόσο, η επιδίωξη για περισσότερη φροντίδα υγείας υπό ασφάλιση παρά με απουσία της δεν είναι αναγκαστικά αποτέλεσμα δολιότητας, αλλά ίσως ορθολογικής οικονομικής συμπεριφοράς (Pauly, 1968).

κοστοβόρες υπηρεσίες από ακριβότερες δευτεροβάθμιες. Το πώς γίνονται αυτές οι επιδράσεις δεν είναι ξεκάθαρο, αλλά παρατηρείται ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον φαινόμενο: *τα άτομα δεν καταναλώνουν ιατρικές υπηρεσίες με βάση το πόσο άρρωστοι είναι και οι διαγνωστικές εξετάσεις που ζητάνε οι γιατροί δεν προκύπτουν από την ιατρική τους κατάρτιση (ειδικότητα)* (Pauly, 2006).

Σε κάθε περίπτωση και τα δύο είναι ζητήματα που αφορούν την gatekeeping λειτουργία των Γ.Ι, καθώς η συγκράτηση του κόστους είναι μια από τις βασικές επιδιώξεις. Σύμφωνα με τις προβλέψεις των θεωρητικών υποδειγμάτων το gatekeeping σύστημα μπορεί να μειώσει το επίπεδο των δαπανών υγείας με τον περιορισμό της πρόσβασης στην δευτεροβάθμια φροντίδα, ως αποτέλεσμα της μείωσης του κινδύνου της ασύμμετρης πληροφόρησης και του ηθικού κινδύνου.

1.5.1 Οι Γ.Ι υπέρμαχοι των ασφαλισμένων ή φύλακες της κοινωνίας;

Σε ένα σύστημα υγείας που επιθυμεί τον έλεγχο των δαπανών υγείας, η ορθολογικοποίηση λαμβάνει χώρα και στην πλευρά της προσφοράς. Έτσι προκύπτει η αναγκαιότητα του ρόλου των ΓΙ ως gatekeepers στις περιττές ιατρικές παρεμβάσεις. Η ανάγκη για χρησιμοποίηση με οικονομία των πόρων σημαίνει, επίσης, ότι οι Γ.Ι χρειάζεται να απορρίψουν πολλές φορές τις επιθυμίες των ασθενών τους.

Οι Γ.Ι αναμένεται να μην λαμβάνουν υπόψη τους μόνο τις προσδοκίες των ασθενών τους αλλά επίσης και το κοινωνικό όφελος, με την αίσθηση ότι οι παραπομπές που είναι μη αναγκαίες πρέπει να αποφευχθούν μειώνοντας έτσι το συνολικό κόστος. Σύμφωνα με την Dusheiko et al. (2006) η ιατρική ηθική έχει την τάση να επικεντρώνεται μόνο στο ατομικό όφελος του ασθενή που παράγεται από κάθε επιπλέον χρήση υπηρεσίας υγείας και όχι στην επίπτωση του κόστους για τους πληρωτές.

Το οριακό όφελος από την ιατρική παρέμβαση των Γ.Ι μπορεί να μην είναι εμφανές ή επίμαχο και πολλές φορές αντιμετωπίζουν την επιλογή εάν πρέπει να συνεχίσουν ως το τέλος το έργο τους. Αυτές οι καταστάσεις δείχνουν τον *πυρήνα της διαμάχης* του ρόλου των Γ.Ι. Η τυπική σχέση εντολέα – εντολοδόχου είναι μεταξύ Γ.Ι και ασθενή, αλλά και η σχέση μεταξύ πληρωτών (ταμείων υγείας, κράτους, εργοδοτών) και Γ.Ι μπορεί επίσης να περιγραφεί ως σχέση εντολέα – εντολοδόχου (Dusheiko et al, 2006). ***Το κύριο σημείο είναι ότι ο Γ.Ι έχει δύο αντιπροσώπους και οι πράξεις του μπορεί να συγκροούνται με έναν από τους δύο.*** Εάν, για παράδειγμα, είναι εντολέας το κεντρικό κράτος, τότε η παραπομπή σε υψηλότερα επίπεδα μπορεί

να περιγραφεί «στη γκριζα ζώνη»⁴ της μη αναγκαιότητας. Αντίθετα, εάν εντολέας είναι ο ασθενής τότε **μπορεί να ιδωθεί ως χρήσιμη, στο ίδιο σημείο της γκριζας ζώνης** (Tjerbo, 2010).

Αυτή η δυαδικότητα του ρόλου του Γ.Ι είναι θεμελιώδης στο gatekeeping σύστημα. Ο γιατρός είναι και αφιερωμένος στον ασθενή, αλλά και φύλακας για την κοινωνία. Η ισορροπία των ρόλων στο ασαφές ιατρικό περιβάλλον μπορεί να είναι δύσκολη και εξαρτάται από διάφορες μεταβλητές στο περιβάλλον των Γ.Ι (Tjerbo, 2010; Gonzalez, 2010).

1.5.1.1 Η διπλή διαδρομή στο πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης και του ηθικού κινδύνου.

Στη σχέση Γ.Ι – ασθενή, φαίνεται ότι, γενικά, ο Γ.Ι έχει περισσότερη πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας του ασθενή. Ωστόσο, το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης έχει δύο διαδρομές, διότι πολλές φορές το πλεονέκτημα σε όρους πληροφόρησης το έχει ο ασφαλισμένος.

Ο ασθενής έχει περισσότερη πληροφόρηση από τον Γ.Ι σχετικά με τις προτιμήσεις του και τις αξίες οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την επιλογή θεραπείας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ατελή αντιπροσώπευση όταν ο Γ.Ι δεν έχει την σωστή θεώρηση σχετικά με το περιεχόμενο της συνάρτησης χρησιμότητας των ασφαλισμένων. Αρκετά προβλήματα του ηθικού κινδύνου μπορεί να εμφανιστούν εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης και των αντίθετων επιδιώξεων μεταξύ των δύο μερών (Smolders, 2006).

Ο Γ.Ι μπορεί να υπολειτουργεί σε όρους της προσπάθειας την οποία καταβάλλει εάν λειτουργεί στα πλαίσια ενός συστήματος πληρωμής (π.χ με σταθερό μισθό) όπου η επιπρόσθετη φροντίδα μπορεί να μειώσει το εισόδημα του. Θα μπορούσε να ελαχιστοποιήσει την προσπάθειά του παραπέμποντας περισσότερους ασφαλισμένους από το κοινωνικά επιθυμητό. Επίσης, οι Γ.Ι θα μπορούσαν λόγω του πλεονεκτήματος σε πληροφόρηση που έχουν να προκαλέσουν αύξηση της ζήτησης, από ότι θα ήθελαν οι ίδιοι ασφαλισμένοι εάν είχαν την ίδια πληροφόρηση. Αυτές οι καταστάσεις εμφανίζονται συνήθως όταν οι Γ.Ι αμείβονται ανά επίσκεψη.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι και το «τόσο πολύ» και το «τόσο λίγο», ως αποτέλεσμα των αντίθετων επιδιώξεων, στις παραπομπές στους ΕΙ συνοδεύεται με

⁴ Ως «γκριζα ζώνη» θεωρείται το σημείο εκείνο στο οποίο η ιατρική παρέμβαση μπορεί να γίνει αποτελεσματικά τόσο από τους Γ.Ι σε πρωτοβάθμιο επίπεδο όσο και από τους ειδικούς γιατρούς σε νοσοκομειακό επίπεδο (π.χ χειρουργικές επεμβάσεις μικρής βαρύτητας).

ανεπιθύμητες επιπτώσεις. Από την μια εάν έχουμε πολλές παραπομπές σε ακριβή δευτεροβάθμια φροντίδα, ενώ δεν χρειάζεται, *το κόστος θα μπορούσε να μειωθεί*. Από την άλλη όμως τα προβλήματα υγείας μπορεί να χειροτερέψουν και να αυξηθεί το κόστος εάν δεν γίνει έγκαιρη παραπομπή σε δευτεροβάθμιο επίπεδο.

1.5.1.2 Διαφορές σε σχέση με την κλασική θεωρία.

Αν και η αλληλοεπίδραση μεταξύ Γ.Ι – ασφαλισμένου συχνά περιγράφεται ως σχέση εντολέα-εντολοδόχου, αρκετά στοιχεία από αυτή την σχέση διαφέρουν από την κλασική θεωρία (Smolders, 2006):

Πρώτον, το συμβόλαιο αμοιβής δεν καταρτίζεται από τον εντολέα (ασφαλισμένο) αλλά από το τρίτο μέρος (κυβέρνηση, ασφαλιστικές εταιρίες).

Δεύτερον, αποκλίνει από την κλασική θεωρία καθώς δεν μπορούν να περιληφθούν στο συμβόλαιο τα αποτελέσματα της σχέσης. Υπάρχει ένα πρόβλημα στο να οριστεί και να μετρηθεί το επίπεδο της κατάλληλης υγείας. *Και να υπήρχε όμως τρόπος να παρατηρήσουμε τα αποτελέσματα θα υπήρχε πρόσθετο πρόβλημα να καθορίσουμε τις εισροές στον εντολοδόχο για να επιφέρει αυτά τα αποτελέσματα*. Λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης οι Γ.Ι θα έχουν το κίνητρο της αύξησης της αμοιβής, μέσω της τεχνητής διόγκωσης των προσπαθειών τους και των αποτελεσμάτων τους.

Τρίτον, ενώ η κλασική εκδοχή θεωρεί ότι η συνάρτηση χρησιμότητας εντολέα-εντολοδόχου είναι ανεξάρτητη, η σχέση Γ.Ι-ασφαλισμένων είναι γενικά αναγνωρισμένη ως *αλληλοεξαρτώμενη σε ένα προκαθορισμένο σημείο*. Στον επαγγελματικό του ρόλο ο Γ.Ι προσπαθεί τουλάχιστον κατά ελάχιστο να ενεργεί με βάση τις προτιμήσεις του ασφαλισμένου. Αυτό οδηγεί σε άλλη ιδιαιτερότητα, στην έμφαση για επικοινωνία των πληροφοριών μάλλον, παρά στο παζάρεμα των προτιμήσεων του κάθε μέρους, όπως συχνά συμβαίνει στην κλασική θεωρία, και η μακροχρόνια σχέση διευκολύνει αυτή την επικοινωνία.

1.6 Η σχέση ΓΙ- ασφαλισμένων πρέπει να έχει μακροχρόνια προοπτική.

Σύμφωνα με τον Arrow (1963), η σχέση γιατρού - ασφαλισμένου πρέπει να διακρίνεται από *εμπιστοσύνη* και πολλές φορές εκδηλώνεται ως ένα είδος υποκατάστασης στην απουσία ιδεατής ασφάλισης.⁵ Η εμπιστοσύνη ως κοινωνικός θεσμός ενισχύεται από την ύπαρξη μακροχρόνιας προοπτικής. Οι ασθενείς, μη

⁵ Η ιδανική ασφάλεια θα έπρεπε να περιλαμβάνει όχι μόνο το ασφάλιστρο ενάντια στην ασθένεια, αλλά επίσης και την ασφάλιση ενάντια στην αποτυχία του οφέλους από την ιατρική φροντίδα (Arrow,1963)

έχοντας πολλές φορές την δυνατότητα να μετρήσουν την απόδοση των Γ.Ι, αντικαθιστούν αυτήν την αδυναμία με το εάν εμπιστεύονται τον Γ.Ι.

Ο μακροχρόνιος χαρακτήρας, όμως, παρέχει και ένα σημαντικό μηχανισμό για σωστή (ενσυνείδητη) επαγγελματική συμπεριφορά των Γ.Ι. Η μακροχρόνια σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους μειώνει τον κίνδυνο της καταχρηστικής εκμετάλλευσης, με στόχο να μεγιστοποιήσει την συνάρτηση χρησιμότητάς του σε βάρος του ασθενή (και εντολέα του). Επιπλέον μέσω της επίδρασης της φήμης ('του καλού ονόματος') του γιατρού που δημιουργείται στα πλαίσια μιας τέτοιας σχέσης διασφαλίζονται και τα μελλοντικά του έσοδα.

1.7 Η συνάρτηση χρησιμότητας Γ.Ι και ασθενών.

Πριν να αναφερθούμε στα εμπειρικά ευρήματα σχετικά με τα κίνητρα (οικονομικά και άλλα) που εξασφαλίζουν ότι οι Γ.Ι ενεργούν με βάση το συμφέρον των ασφαλισμένων και της κοινωνίας είναι σημαντικό να γνωρίζουμε την φύση της συνάρτησης χρησιμότητας των Γ.Ι και των ασθενών. Έτσι σε αυτή την τελευταία υποενότητα του κεφαλαίου θα αναπτυχθεί η συνάρτηση χρησιμότητας των ασθενών και στη συνέχεια των Γ.Ι.

1.7.1 Η συνάρτηση χρησιμότητας των ασθενών.

Είναι εμφανές ότι η υγεία αποτελεί σημαντικό ορισμό στη συνάρτηση χρησιμότητας των ασφαλισμένων. Γενικά, οι άνθρωποι, σε ότι έχει σχέση με την υγεία τους είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν χρόνο και χρήμα. Όπως ο Smolders (2006) έχει επισημάνει, αρκετοί ερευνητές βλέπουν την υγεία ως το μόνο σχετικό ορισμό στη συνάρτηση χρησιμότητας των ασθενών.

Άλλοι ερευνητές ωστόσο, διαφωνούν και υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς δεν ενδιαφέρονται μόνο για τα αποτελέσματα της θεραπείας, αλλά επίσης και για την διαδικασία (Laurant et al 2008). Η Gonzalez (2010) συμπεραίνει ότι μια βασική ιδιότητα που λαμβάνουν υπόψη οι ασφαλισμένοι είναι το κατά πόσο λαμβάνεται υπόψη η καλή πληροφόρηση που έχουν οι ίδιοι για την υγεία τους και επομένως η διαμόρφωση των συνθηκών ώστε να διασφαλίζεται ότι μπορούν να επισκεφθούν απευθείας τους ειδικούς γιατρούς (οι ασφαλισμένοι γενικά επιθυμούν απευθείας παραπομπή σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες). Σύμφωνα με τους Fang, Liu and Rizzo (2008) οι ασθενείς επιθυμούν την παραπομπή σε ειδικούς γιατρούς εξαιτίας της ανάγκης για επιβεβαίωση της κατάστασης της υγείας τους ή λόγω της άποψης ότι οι Γ.Ι δεν έχουν επαρκή κλινική εμπειρία.

Παρόμοιες απόψεις ανάπτυξαν οι Muinen et al. (2003), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η δυνατότητα της διαρκούς επικοινωνίας θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά στη σχέση Γ.Ι – ασθενή. Η *ποιότητα* της πληροφόρησης και της επικοινωνίας φαίνεται να είναι σημαντική επεξηγηματική μεταβλητή της συνάρτησης χρησιμότητας και η ύπαρξη των δύο αυτών στοιχείων είναι απαραίτητη σε ένα υγειονομικό περιβάλλον όπου οι Γ.Ι έχουν κεντρικό ρόλο ως gatekeepers (Boerma and Fleming, 1997).

Επίσης και η *ποσότητα* της δεχόμενης πληροφόρησης από τους Γ.Ι είναι σημαντική ιδιότητα. Σύμφωνα με την Muinen et al. (2003) οι ασφαλισμένοι επιθυμούν περισσότερη πληροφόρηση, ιδιαίτερα όταν έχουν αναπτύξει οικεία σχέση με τον Γ.Ι. Αυτό συσχετίζεται και με την επιθυμία τους για λιγότερο οικονομικό κίνδυνο, που μπορεί να οφείλεται στην κατάσταση της υγείας τους (Page et al., 2011). Άλλος σημαντικός παράγοντας είναι ο χρόνος αναμονής (οι ασφαλισμένοι προτιμούν συντομότερο χρόνο αναμονής για επίσκεψη).

1.7.2 Η συνάρτηση χρησιμότητας των Γ.Ι.

Τα περισσότερα υποδείγματα ανάλυσης της χρησιμότητας των Γ.Ι περιλαμβάνουν ως βασικές επεξηγηματικές μεταβλητές το εισόδημα που μπορούν να αποκτήσουν οι Γ.Ι και την δυνατότητα για ελεύθερο χρόνο (Braendle and Zweifel, 2006; Grytten and Sorensen, 2001). Προφανώς υπάρχει μια σχέση υποκατάστασης μεταξύ των δύο.

Αν και τα οικονομικά κίνητρα είναι σημαντικός παράγοντας που εξηγεί την συμπεριφορά των Γ.Ι, είναι γενικά αποδεκτό ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζεται και από παράγοντες όπως, τα ήθη και ο επιδεικνυόμενος αλτρουισμός για την ευημερία των ασφαλισμένων (Zweifel, 1981; Dionne 1985, στο Braendle and Zweifel, 2006). Άλλοι παράγοντας που μπορεί να περιλαμβάνονται στη συνάρτηση χρησιμότητας των Γ.Ι είναι η υπόληψη και το κοινωνικό στάτους. Τέλος, η ικανοποίηση που απολαμβάνουν από την εργασία τους και η δυνατότητα για αυτονομία είναι μεταβλητές – παράγοντες που φαίνεται ότι αυξάνουν την χρησιμότητα των Γ.Ι (Braendle and Zweifel, 2006).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι ασθενείς αποστρέφονται τον κίνδυνο, που εμφανίζεται από τον συνδυασμό της απρόβλεπτης εξέλιξης της υγείας τους και του πιθανού υψηλού κόστους. Αυτό μπορεί επίσης να συμβαίνει και για τους Γ.Ι, καθώς μπορεί να αποφεύγουν τους ασφαλισμένους, οι οποίοι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο απρόβλεπτης εξέλιξης της υγείας τους (π.χ ηλικιωμένοι). Ο κίνδυνος ή η αβεβαιότητα

είναι ένα από τα αρνητικά στοιχεία της συνάρτησης χρησιμότητας⁶. Προφανώς όσο μεγαλύτερη είναι η αποστροφή για το ρίσκο που αναλαμβάνουν σε σχέση με τους ασφαλισμένους, τόσο μεγαλύτερη θα πρέπει να είναι η επιπλέον αμοιβή (premium risk), η οποία δίνει στο Γ.Ι την ίδια χρησιμότητα. Σύμφωνα με τους Braendle and Zweifel (2006) το μοντέλο πληρωμών⁷ επηρεάζει την συνάρτηση χρησιμότητας των Γ.Ι. Για παράδειγμα, ένα μοντέλο πληρωμών που βασίζεται στην αμοιβή κατά πράξη θα προκαλεί την επιθυμία για περισσότερες ώρες εργασίας, μέχρι το σημείο όπου η οριακή χρησιμότητα της εργασίας είναι υψηλότερη. Αντίθετα, ένα μοντέλο πληρωμών που βασίζεται στην κατά κεφαλή αμοιβή δεν φαίνεται να επηρεάζει την επιθυμία για επιπλέον εργασία.

1.8 Συμπέρασμα.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία αποδεικνύεται ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται πιο οικονομικά όταν παρέχεται στον χώρο της ΠΦ από τους Γ.Ι (Atun, 2004; Forrest and Reid, 1997; Starfield and Shi, 2002; Starfield, Shi and Macinko, 2005). Αυτό συμβαίνει διότι σε ένα gatekeeping σύστημα υγείας, η επίδραση στην εξοικονόμηση πόρων προέρχεται από την περιορισμό της προκλητής ζήτησης, ως αποτέλεσμα της μείωσης της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση και του ηθικού κινδύνου (Starfield, 1994; Brekke, Nuscheler and Straume, 2007), φαινόμενα τα οποία αποτελούν την θεωρητική βάση υποστήριξης της εφαρμογής του gatekeeping συστήματος (Hromadkova, 2007; Grytten and Sorensen, 2001). Μέσα από τη βελτίωση της μακροχρόνιας σχέσης των Γ.Ι και των ασφαλισμένων σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, δημιουργούνται οι συνθήκες για τον περιορισμό των μη αναγκαίων και ακριβών παραπομπών σε ανώτερα επίπεδα περίθαλψης, αυξάνοντας έτσι το κοινωνικό όφελος.

⁶ Οι γυναίκες Γ.Ι, γενικά, έχουν μεγαλύτερη αποστροφή στον κίνδυνο σε σχέση με τους άντρες Γ.Ι (Braendle and Zweifel, 2006).

⁷ Σύμφωνα με τους Grytten and Sorensen, (2001) Γ.Ι που έχουν ως προτεραιότητα την οικογένεια, τον ελεύθερο χρόνο και την παροχή υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο προτιμούν την σύναψη συμβολαίου αμοιβής με μισθό.

Κεφάλαιο 2: Τα οικονομικά κίνητρα και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά των Γ.Ι

2.1 Εισαγωγή.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναπτυχθούν τα βασικά συστήματα πληρωμής τα οποία χρησιμοποιούνται για την αμοιβή των Γ.Ι, ποια κίνητρα παρέχουν και πως επηρεάζουν τον ρόλο τους να ενεργήσουν ως φίλτρο στην ακριβότερη δευτεροβάθμια φροντίδα. Επίσης θα συζητηθεί ο μηχανισμός παροχής προϋπολογισμού στους Γ.Ι για αγορά δευτεροβάθμιων υπηρεσιών.

Καθώς όμως, τα οικονομικά κίνητρα είναι μόνο ένας παράγοντας που επηρεάζει την συμπεριφορά των Γ.Ι, θα συζητηθούν ποιοι άλλοι παράγοντες μπορεί να επιδράσουν στις διαδικασίες αποφάσεων των Γ.Ι

2.2 Πόσο σημαντικά είναι τα συστήματα πληρωμής, τι στρεβλώσεις μπορεί να δημιουργήσουν;

Στην βιβλιογραφία είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι η δομή των πληρωμών των Γ.Ι έχει σημαντική επίπτωση στο κόστος του συστήματος υγείας, καθώς επιδρούν σημαντικά στην *διάγνωση και την παραπομπή*. Οι δύο παραπάνω αποφάσεις έχουν μεγάλη επίδραση στην δυναμική του συνολικού κόστους (Gosden, Peterson and Torgerson, 1999). Σύμφωνα με τους Weel and Mar (2004) οι Γ.Ι και γενικότερα οι γιατροί της ΠΦ διανέμουν το 90% της συνολικής παραγόμενης υγειονομικής φροντίδας. Έτσι, ο τρόπος που μια χώρα αποζημιώνει τους Γ.Ι είναι *κρίσιμο γεγονός*.⁸

Γενικά ο μηχανισμός πληρωμής στον οποίο ο προμηθευτής έχει το *μεγαλύτερο οικονομικό ρίσκο* σε σχέση με την θεραπεία, θεωρείται ένα αποτελεσματικό εργαλείο στη μείωση της υπερκατανάλωσης υπηρεσιών υγείας (και συνεπακόλουθα του κόστους). Αντίθετα η *μεταφορά του οικονομικού ρίσκου στην πλευρά της ζήτησης* (π.χ με την μορφή συμμετοχής στο κόστος των ασφαλισμένων), αν και μπορεί να είναι αποτελεσματικός τρόπος στη μείωση της συνολικής κατανάλωσης, έχει το μειονέκτημα της *σοβαρής οικονομικής διακινδύνευσης των ασθενών* σε περίπτωση σοβαρών παθήσεων (Lu and Jonsson, 2008).

⁸ Τα συστήματα πληρωμών επηρεάζουν επίσης και την απόφαση των γιατρών για επιλογή των ειδικοτήτων πρωτοβάθμιας φροντίδας (Gosten et al., 2006).

Οι βασικές κατηγορίες συστημάτων πληρωμής των Γ.Ι είναι η αμοιβή με μισθό, η κατά κεφαλή και η κατά πράξη και περίπτωση⁹ (Gosten et al., 2006).

2.2.1. Η αμοιβή με μισθό.

Οι Γ.Ι αμείβονται με ένα σταθερό χρηματικό ποσό ανά ώρα εργασίας. Αυτή η μέθοδος είναι απλή διαχειριστικά και δεν παρέχει κίνητρα για εσκεμμένη πρόκληση ζήτησης υπηρεσιών υγείας και εξασθενίζει την σχέση μεταξύ αμοιβής και παραγωγής υπηρεσιών (Gosden, Peterson and Torgerson, 1999). Ωστόσο συνδέεται με αναποτελεσματικότητα όσον αφορά την gatekeeping συμπεριφορά των Γ.Ι, καθώς δεν έχουν καμία ανάμειξη στο οικονομικό ρίσκο των παραγόμενων υπηρεσιών τους και έτσι δεν έχουν κίνητρα να περιορίσουν το κόστος. Επίσης συσχετίζεται και με άλλα αρνητικά χαρακτηριστικά, όπως αποφυγή χρόνιων περιστατικών και μείωση της προσπάθειας των Γ.Ι παραπέμποντας στη δευτεροβάθμια φροντίδα πιο συχνά (Gosden, Peterson and Torgerson, 1999).

2.2.2. Η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (Fee - For – Service, FFS).

Με αυτή τη μέθοδο οι Γ.Ι αμείβονται ανά μονάδα παρεχόμενης φροντίδας (συμβουλευτική, επίσκεψη, συνταγογράφηση, κ.ά.) και η αποζημίωση πραγματοποιείται μετά την παροχή της υπηρεσίας. Αν και είναι λιγότερο δημοφιλής μέθοδος σε σχέση με παλαιότερα, παραμένει κυρίαρχος μηχανισμός πληρωμής σε πολλές χώρες, όπως η ΗΠΑ και ο Καναδάς.

2.2.2.1 Απλή μορφή Fee - For – Service (FFS).

Σε απλή μορφή το έσοδο για τον Γ.Ι από κάθε ασφαλισμένο σε περιβάλλον FFS μπορεί να εκφραστεί ως (Lu and Jonsson, 2008):

$$\begin{aligned}\Pi^{\text{ffs}} &= \mathbf{Fq} - \mathbf{cq} \\ &= (\mathbf{F}-\mathbf{c})\mathbf{q}\end{aligned}$$

όπου \mathbf{F} δηλώνει την αμοιβή στο γιατρό για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία \mathbf{q} και \mathbf{c} το σταθερό οριακό κόστος ανά υπηρεσία. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η παροχή περισσότερων υπηρεσιών σχετίζονται με αύξηση του εισοδήματος για τον Γ.Ι όπου $\mathbf{F} > \mathbf{c}$. Συνεπακόλουθα ο Γ.Ι έχει αυξημένο οικονομικό κίνητρο να μεγιστοποιήσει την παραγωγή υπηρεσιών του (ακόμη και αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες αποδίδουν ελάχιστο όφελος στους ασθενείς).

Με αμοιβή κατά πράξη οι Γ.Ι θα διευρύνουν την παραγωγή υπηρεσιών έως το σημείο που το οριακό κόστος μια μοναδιαίας υπηρεσίας είναι λιγότερο από το οριακό

⁹ Δεν γίνεται αναφορά στη μέθοδο πληρωμής με βάση τους στόχους (target payment), καθώς θα μπορούσε να ταξινομηθεί ως μια παραλλαγή της κατά πράξη και αμοιβής μεθόδου (Gosten et al 2006).

έσοδο (αμοιβή). Αυτό μπορεί από τη μια να οδηγήσει σε υπερβολικές δαπάνες και από την άλλη, να εκθέσει τους ασθενείς σε μη αναγκαίες και εν δυνάμει επικίνδυνους χειρισμούς. Επιπλέον έχουν το κίνητρο της ελαχιστοποίησης των συμβουλευτικών συναντήσεων, αυξάνοντας έτσι την ωριαία αμοιβή τους.

Σύμφωνα με τους (Grytten, Carlsen and Skau, 2006) στην περίπτωση που με ρυθμιστική κρατική παρέμβαση μειωθεί η αμοιβή για κάθε ιατρική πράξη (F) έχουμε δύο αποτελέσματα. Πρώτον, το αποτέλεσμα υποκατάστασης που οδηγεί στην κατεύθυνση χαμηλότερου όγκου θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς γίνονται λιγότερο επικερδής σε σχέση με άλλες δραστηριότητες. Δεύτερο, το εισοδηματικό αποτέλεσμα που οδηγεί στην κατεύθυνση της αύξησης της ποσότητας των θεραπευτικών υπηρεσιών καθώς οι Γ.Ι προσπαθούν να αντισταθμίσουν την απώλεια του εισοδήματος από την μείωση της ανά μονάδα αμοιβή. Το πιο από τα δύο αποτελέσματα επικρατεί δεν είναι ξεκάθαρο και το εάν αυξάνεται ή μειώνεται η παραγόμενη θεραπευτική ποσότητα γίνεται ένα καίριο ερώτημα προς εμπειρική διερεύνηση.

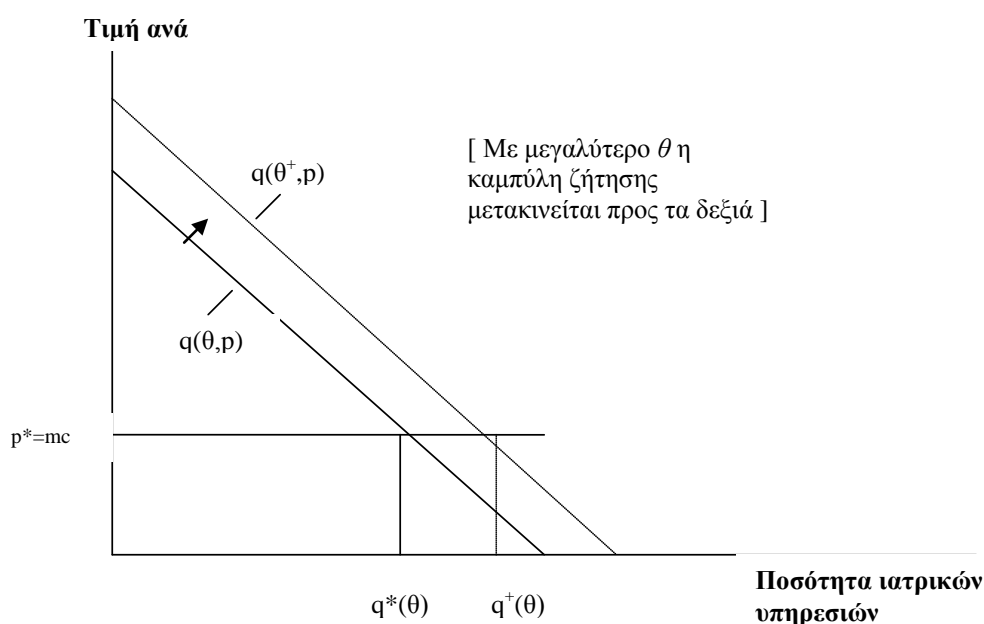
2.2.2.2 Fee - For – Service, ελλιπής πληροφόρηση και προκλητή ζήτηση.

Σύμφωνα με τους Gosten et al. (2006), η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, ως αναδρομική μέθοδος αποζημίωσης, αυξάνει τον κίνδυνο της ασύμμετρης πληροφόρησης και έτσι οι Γ.Ι μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς στην κατανάλωση περισσότερων υπηρεσιών και εξετάσεων από αυτές που θα ήθελαν να καταναλώσουν εάν είχαν πλήρη πληροφόρηση - ενημέρωση.

Όπως φαίνεται στο **σχήμα 2.1** με πλήρη πληροφόρηση ο ασφαλισμένος θα προτιμήσει την ποσότητα ιατρικών υπηρεσιών $q^*(\theta, p^*)$, ως αποτέλεσμα της σοβαρότητας της ασθένειας θ και της αγοραίας τιμής p^* . Τώρα υποθέτοντας ότι ο ασθενής έχει ελλιπή πληροφόρηση σχετικά με την σοβαρότητα της ασθένειας και δεχόμενος¹⁰ την ψευδή ιατρική διάγνωση για την σοβαρότητα της ασθένειάς του θ^+ από την αληθή θ , η καμπύλη ζήτησης μετακινείται από το σημείο $q(\theta, p)$ στο $q(\theta^+, p)$. Συνεπακόλουθα, ο ασθενής θα επιλέξει q^+ αντί q^* , και ως εκ τούτου τα έσοδα για τον Γ.Ι αυξάνουν από $(F-c)q^*$ σε $(F-c)q^+$ (Lu and Jonsson, 2008).

¹⁰ Με δεδομένο ότι τα ιατρικά έσοδα έχουν θετική συσχέτιση με την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών, μια ολοκληρωτικά ιδιοτελή συμπεριφορά από την πλευρά του ΓΙ θα ήταν η διόγκωση της σοβαρότητας της ασθένειας χωρίς όριο. Όμως, υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί στην επιθυμία ή την δυνατότητα των προμηθευτών να το κάνουν, όπως ασθήματα αλτροτισμού, ψυχικό κόστος, αρνητική επίπτωση στην υγεία των ασφαλισμένων λόγω υπερχρήσης ιατρικών υπηρεσιών, απροθυμία των ασφαλισμένων και απώλεια φήμης (και πελατείας), κίνδυνος από την αναζήτηση δεύτερης ιατρικής γνώμης. (Lu and Jonsson, 2008)

Σχήμα 2.1 : Κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών υπό συνθήκες προκλητής ζήτησης



Πηγή: Lu and Jonsson (2008).

2.2.2.3 Άλλες προεκτάσεις της αμοιβής FFS.

Σε αντίθεση με άλλους τρόπους πληρωμής (π.χ κατά κεφαλή), στα πλαίσια του συστήματος **FFS** το οικονομικό ρίσκο των συνολικών δαπανών από την υπερβολική χρήση των υπηρεσιών μεταφέρεται στον ίδιο τον χρήστη και στην ασφάλεια υγείας αντί του Γ.Ι. Με το κίνητρο, όμως, να μεγιστοποιήσουν την ποσότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν μόνοι τους και ενεργώντας ως φύλακες, οι γιατροί είναι λιγότερο πιθανό να παραπέμπουν τους ασθενείς σε εξειδικευμένη και νοσοκομειακή θεραπεία. Οι Γ.Ι, αυτοπεριορίζουν την δυνατότητά τους για πρόκληση ζήτησης, διότι η υπερβολική διόγκωση της σοβαρότητας της ασθένειας θα μπορούσε να οδηγήσει τους ασφαλισμένους στην αναζήτηση νοσοκομειακής εξειδικευμένης φροντίδας. Αν και αυτό φαίνεται να δυναμώνει τον gatekeeper ρόλο τους, μπορεί να μην είναι επιθυμητό στην περίπτωση της μη κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης (Lu and Jonsson, 2008).

Έτσι από την μια πλευρά, το FFS αυξάνει την παραγωγικότητα των ΓΙ και φαίνεται να επιβραβεύει αυτούς που δουλεύουν πιο σκληρά και μπορούν να προσελκύσουν ασφαλισμένους. Από την άλλη όμως, μπορεί να εξελιχθεί σε

‘πρόβλημα’ εάν έχει ως επακόλουθο την συμπεριφορά των Γ.Ι με βάση επιχειρηματικές πρακτικές (Weel and Mar, 2004). Ως μέσο περιορισμού αυτών των πρακτικών η κεντρική κυβέρνηση έχει την δυνατότητα του ελέγχου των δαπανών με ρυθμιστικές διαδικασίες μέσω της μείωσης της τιμής της ανά μονάδα παρεχόμενης ποσότητας. Εάν, όμως, οι Γ.Ι και γενικότερα οι γιατροί της ΠΦ, αντιδράσουν στην μείωση αυτή αυξάνοντας την ποσότητα, τότε οι αρχές δεν θα έχουν επιτύχει κανένα έλεγχο στις δαπάνες (Grytten, Carlsen and Skau, 2006). Αναλύοντας το ζήτημα αυτό στο υγειονομικό περιβάλλον της Νορβηγίας (χώρα gatekeeping) οι Grytten, Carlsen and Skau (2006) διαπιστώνουν ότι δεν παρατηρείται επίδραση εισοδηματικού αποτελέσματος στις ιατρικές υπηρεσίες που διερευνήθηκαν όπως π.χ. στις συμβουλευτικές υπηρεσίες, στις διαγνωστικές εξετάσεις και στις ιατρικές επισκέψεις με μεγαλύτερη των 20 λεπτών διάρκεια.

Ένα άλλο ζήτημα είναι η σχέση μεταξύ του συστήματος Fee For Service και των αντικινήτρων των Γ.Ι να εμπλακούν σε διαδικασίες πρόληψης, διότι δεχόμενοι αμοιβή για κάθε πράξη οποιαδήποτε ενέργεια πρόληψης μπορεί να επιδράσει αρνητικά στα μελλοντικά κέρδη τους. Επίσης, ο μηχανισμός της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση δίνει ελάχιστα κίνητρα στους Γ.Ι για μεταβίβαση εργασιών σε περισσότερο αποτελεσματικούς παρόχους ή για καινοτομία προς την κατεύθυνση μείωσης του κόστους (Lu and Jonsson, 2008). Τέλος, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η μέθοδος πληρωμή-κατά-πράξη έχει υψηλό συναλλακτικό κόστος παρακολούθησης των συμβολαίων και χωρίς ένα αξιόπιστο μηχανισμό ελέγχου καταγραφής των δραστηριοτήτων είναι δύσκολη η παρακολούθηση των χρεώσεων των Γ.Ι.

2.2.3. Η αμοιβή κατά κεφαλή.

Όπως αναπτύχθηκε στο τμήμα 2.2.2 η μέθοδος FFS έχει συσχετιστεί με τον κίνδυνο της προκλητής ζήτησης. Για να αποφευχθεί το φαινόμενο αυτό, συχνά εφαρμόζονται διαφορετικά συστήματα πληρωμής, τα οποία μεταφέρουν τον οικονομικό κίνδυνο στην πλευρά της προσφοράς (supply-side cost-sharing). **Ένας από τους πιο συνηθισμένους μηχανισμούς πληρωμής, σε υγειονομικό περιβάλλον gatekeeping, είναι η αμοιβή κατά κεφαλή¹¹.** Οι Γ.Ι λαμβάνουν ένα σταθερό χρηματικό ποσό ανά ασφαλισμένο, το οποίο συμπεριλαμβάνει όλες τις

¹¹ Για να είναι πραγματικότητα το gatekeeping σε ένα σύστημα υγείας πρέπει να συντρέχουν τα κάτωθι τρία κριτήρια: *λίστα* εγγεγραμμένων ασφαλισμένων με ένα συγκεκριμένο ΓΙ για καθορισμένο χρονικό διάστημα, σύστημα πληρωμής κυρίως με αμοιβή *κατά κεφαλή*, και εξειδικευμένη δευτεροβάθμια φροντίδα συνήθως (εκτός από επείγουσες περιπτώσεις) μετά από *παραπομπή* από Γ.Ι (Shaumans, 2008).

προσδοκώμενες ιατρικές δαπάνες των ασφαλισμένων για ένα προκαθορισμένο χρονικό ορίζοντα. Έτσι οι Γ.Ι είναι υπεύθυνοι για όλες τις ιατρικές δαπάνες που προκαλούνται στους ασφαλισμένους στα πλαίσια συγκεκριμένων χρονικών ορίων. Σε ένα τέτοιο σύστημα θα πρέπει να ελέγχουν το κόστος για να αυξήσουν τα έσοδά τους (Lu and Jonsson, 2008).

Ο οικονομικός κίνδυνος για την παροχή φροντίδας μεταφέρεται από τους πληρωτές στους Γ.Ι, οι οποίοι έχουν κίνητρα να ελαχιστοποιήσουν το κόστος με τον περιορισμό της υπερχρήσης των υπηρεσιών υγείας. Επίσης με στόχο την μεγιστοποίηση του εισοδήματος τους θα καταβάλουν προσπάθειες ώστε να αυξήσουν το μέγεθος των εγγεγραμμένων στη λίστα τους στο υψηλότερο επιτρεπόμενο επίπεδο. Αυτό θα οδηγήσει σε ανταγωνισμό μεταξύ των Γ.Ι, ο οποίος μπορεί να έχει θετική έκβαση στην πλευρά της προσφερόμενης ποιότητας (ο ανταγωνισμός όμως μεταξύ των Γ.Ι δεν έχει πάντα θετικές επιπτώσεις στον έλεγχο του κόστους, όπως θα αναπτυχθεί στο τμήμα 2.5.2).

Επομένως, χρειάζεται ένα σύστημα με λίστα ασθενών εγγεγραμμένων σε κάθε Γ.Ι. Η διαδικασία εγγραφής κάνει πιο δύσκολη την ενδεχόμενη επιθυμία των ασφαλισμένων για αλλαγή Γ.Ι, από ότι για παράδειγμα με την αμοιβή για υπηρεσίες. *Αυτό δυννητικά κάνει την σχέση Γ.Ι – ασφαλισμένων να έχει μακροχρόνια προοπτική*, με θετικά αποτελέσματα όπως προαναφέρθηκε. Επίσης, δίνεται έμφαση στην προληπτική φροντίδα στο βαθμό που αυτή μπορεί να μειώσει το μελλοντικό κόστος (Gosten et al., 2006).

Πίσω όμως από τις θετικές επιδράσεις, υπάρχουν αρκετά αρνητικά αποτελέσματα. Καταρχήν, προκειμένου οι Γ.Ι να αποφύγουν οποιονδήποτε οικονομικό κίνδυνο ή ακόμη να αποκομίσουν μεγαλύτερο όφελος, είναι πιθανό να κάνουν χρήση των υπηρεσιών *σε χαμηλότερο, από το αναγκαίο, επίπεδο*. Οι Γ.Ι έχουν ουσιαστικά κίνητρο να μειώσουν την προσπάθεια θεραπείας καθώς σε περίπτωση που διαθέσουν περισσότερο χρόνο, αυτό δεν θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη αμοιβή (η αμοιβή τους είναι σταθερή). Κατά δεύτερο, *αυξάνεται η πιθανότητα για παραπομπή σε υψηλότερα επίπεδα φροντίδας ακόμη και όταν αυτό δεν είναι αναγκαίο*. Έτσι όμως εξασθενεί ο ρόλος του φύλακα για τους Γ.Ι με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους (Weel and Mar, 2004). Επιπλέον, αυξάνει ο κίνδυνος της επιλεκτικής επιλογής των ασφαλισμένων με προτίμηση σε αυτούς που αντιμετωπίζουν μικρότερο κίνδυνο να νοσήσουν, καθώς οι ασθενείς με χρόνια προβλήματα χρειάζονται την διάθεση περισσότερου χρόνου εκ μέρους του γιατρού τους. Οι γιατροί σε αυτή την περίπτωση

θα αναγκαστούν να έχουν μικρότερη λίστα δηλαδή μικρότερο αριθμό ασθενών εγγεγραμμένων στη λίστα τους. Βέβαια με κατάλληλες μεθόδους μπορεί να αποφευχθεί αυτή η επιπλοκή (π.χ διαχωρισμός με βάση την ηλικία, το φύλο, κα).

2.2.4 Σύγκριση των παραπάνω μεθόδων κατά ζεύγη.

Κατά κεφαλή αμοιβή και αμοιβή κατά πράξη.

Όπως αναπτύχθηκε παραπάνω οι ασφαλισμένοι μπορεί να αναζητήσουν υπηρεσίες σε διαφορετικούς τύπους προμηθευτών, όπως Γ.Ι και μια πολυποικιλία από άλλες εξειδικεύσεις. Σε ένα στατικό πλαίσιο, οι Γ.Ι υπό καθεστώς κατά-κεφαλήν-αμοιβής έχουν μεγαλύτερο κίνητρο για μείωση των ιατρικών υπηρεσιών συγκρινόμενοι με τους Γ.Ι υπό καθεστώς αμοιβής κατά πράξη. Ως αποτέλεσμα, ο μηχανισμός της κατά κεφαλή αμοιβής εκτιμάται ως σημαντικός τρόπος μείωσης των συνολικών δαπανών. Αυτό όμως δεν ισχύει σε όλους τους τύπους φροντίδας και προμηθευτών. Όταν, για παράδειγμα, οι Γ.Ι δεν έχουν την γενική οικονομική ευθύνη για τις νοσοκομειακές και φαρμακευτικές δαπάνες που προκαλούν οι ασφαλισμένοι, δεν έχουν κίνητρο να μην παραπέμψουν σε υψηλότερα επίπεδα φροντίδας, αυξάνοντας έτσι τις συνολικές δαπάνες (Lu and Jonsson, 2008).

Σύμφωνα με τους Weel and Mar (2004) όταν η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και οι υποδομές διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ χωρών, αυτή η διαφορετικότητα μπορεί να εξηγηθεί από τα οικονομικά κίνητρα. Για παράδειγμα, το Βέλγιο με αμοιβή κατά πράξη των Γ.Ι, έχει ως επακόλουθο το 46% των συναντήσεων με τους ασφαλισμένους να γίνεται με επίσκεψη στο σπίτι, με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και τους Γ.Ι να ενεργούν σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Αντίθετα, στην Ολλανδία οι Γ.Ι αμείβονται κατά ασφαλισμένο και η αναλογία τέτοιων επισκέψεων στο σπίτι είναι πολύ χαμηλή. Επίσης, ενώ στην αμοιβή κατά κεφαλή το πρόβλημα είναι να αποφασιστεί ποιο επίπεδο φροντίδας είναι ικανοποιητικό, στην αμοιβή κατά πράξη το βασικό πρόβλημα είναι να προσδιοριστεί το σημείο πέρα από το οποίο θα έχουμε υπερχρήση υπηρεσιών.

Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει και ο Hurst (1991) μέσα από μια ενδελεχή ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία και η Ιταλία (χώρες οι οποίες πλήρωναν τους Γ.Ι με fee for service μέχρι το 1989) είχαν υψηλότερο ρυθμό αύξησης στις επισκέψεις, στη συνταγογράφηση και οξύ πρόβλημα με τις εισαγωγές στα νοσοκομεία, σε σύγκριση με την Ολλανδία και το ΗΒ. Η σύγκριση μεταξύ Γαλλίας (Fee for service) και ΗΒ. (κυρίως capitation and

salary) δείχνει ότι οι Γ.Ι στη Γαλλία δέχονται περισσότερες επανεξετάσεις, ζητούν περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις, συνταγογραφούν περισσότερα φάρμακα και δουλεύουν περισσότερες ώρες. Οι Γάλλοι ασθενείς σπάνια περιμένουν για ραντεβού με Γ.Ι, ή ειδικούς ή για είσοδο στο νοσοκομείο, σε αντίθεση με τους Βρετανούς ασθενείς.

Αμοιβή με μισθό και αμοιβή κατά πράξη

Ο Gosden, Peterson and Torgerson (1999), επισκοπώντας 23 μελέτες σχετικές με την επίδραση της αμοιβής με μισθό στη συμπεριφορά των Γ.Ι συγκρινόμενα με την αμοιβή FFS, βρήκαν ότι:

- οι Γ.Ι με μισθό διαθέτουν περισσότερο χρόνο ανά επίσκεψη
- αφιερώνουν περισσότερο χρόνο σε θέματα διαχείρισης των ασθενών τους και σε προληπτικές εξετάσεις (με αυτό τον τρόπο μειώνουν μελλοντικά τον χρόνο που πρέπει να αφιερώνουν ανά ασθενή)
- Προκαλούν λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις. Επίσης έχουν χαμηλότερα επίπεδα νοσοκομειακή χρήσης.

Αμοιβή με μισθό και αμοιβή κατά κεφαλή

Αν και οι δύο πληρωμές ανήκουν στην εκ των προτέρων μέθοδο (προοπτική) αποζημίωσης των Γ.Ι, διαφέρουν στην μονάδα πληρωμής, έτσι τα κίνητρα που παρέχουν διαφέρουν. Το βασικό χαρακτηριστικό των δύο μεθόδων είναι ότι διασπών την σχέση πληρωμής και παραγόμενων αποτελεσμάτων ή κατά ελάχιστο εξασθενούν αυτή τη σχέση (Gosden, Peterson and Torgerson, 1999).

Στη κατά κεφαλήν μέθοδο οι Γ.Ι έχουν κίνητρα να αυξήσουν την λίστα εγγεγραμμένων, αυξάνοντας έτσι το εισόδημά τους. Πράγματι, μπορεί να προσπαθήσουν να προσελκύσουν ασφαλισμένους δημιουργώντας καλή φήμη για το επίπεδο των υπηρεσιών και των παροχών τους. Γενικά, όταν ανταποκρίνονται στα κίνητρα και οι δύο μέθοδοι μπορεί να ενθαρρύνουν τον περιορισμό του κόστους (Gosten et al., 2006). Επίσης έχουν πολλά κοινά (αρνητικά) χαρακτηριστικά, όπως αποφυγή χρόνιων περιστατικών, συντομότερο χρόνο επίσκεψης (π.χ μόνο συνταγογράφηση) και μείωση της δικής τους προσπάθειας παραπέμποντας στους Ε.Ι πιο συχνά.

2.3 Κλειστοί προϋπολογισμοί.

Δίνοντας ένα σταθερό ποσό χρημάτων (προϋπολογισμό) στους Γ.Ι για αγορά υπηρεσιών φροντίδας υγείας (δευτεροβάθμια φροντίδα, φάρμακα, κα) δεν επηρεάζεται μόνο ο τρόπος αμοιβής, αλλά δημιουργούνται επιπρόσθετα κίνητρα για επιλογές που θα έχουν μεγαλύτερη οικονομικά αποτελεσματικότητα. Στη συνέχεια αναλύονται δύο παραδείγματα χωρών με σκοπό να αναγνωριστούν οι συνθήκες οι οποίες απαιτούνται για αποτελεσματική εφαρμογή των budget συστημάτων.

2.3.1 Το παράδειγμα κλειστών προϋπολογισμών στο ΗΒ και στην Γερμανία.

Το αυξανόμενο φαρμακευτικό κόστος είναι συνηθισμένο πρόβλημα για τους διαμορφωτές πολιτικών υγείας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Στο ΗΒ (χώρα gatekeeping) μεταξύ 1991 και 1999 οι Γ.Ι fundholders ήταν υπεύθυνοι για το κόστος της συνταγογράφησης, και στην Γερμανία (χώρα με ελεύθερη πρόσβαση) χρησιμοποιείται συνολική κάλυψη για την φαρμακευτική δαπάνη, από το 1993.

Στο ΗΒ οι fundholding πρακτικές απαιτούν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών (περίπου 10.000 εγγεγραμμένους) έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο οικονομικός κίνδυνος της τυχαίας διακύμανσης της νοσηρότητας. Σε περίπτωση πλεονασματικού προϋπολογισμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για βελτιωμένες υπηρεσίες ή ως επιπλέον έσοδο για τους Γ.Ι (μπόνους) (Dusheiko et al., 2006; Lewellyn and Grant, 1996). Έτσι δίνεται το κίνητρο για αναζήτηση χαμηλότερων τιμών στην αγορά υπηρεσιών προκαλώντας ανταγωνισμό, σε μια προσπάθεια να έχουν πλεονασματικό προϋπολογισμό. Οι Γ.Ι συμμετέχουν σε εθελοντική βάση¹² (Lewellyn and Grant, 1996).

Οι θετικές επιδράσεις από το fundholding έχουν αναλυθεί εκτενώς από την βιβλιογραφία (Street, 2007; Corney and Kerrison, 1997; Whynes, Braines and Tolley, 1995). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι αυτή η επίδραση οφείλεται όχι στην συνταγογράφηση λιγότερων ποσοτήτων, αλλά εξαιτίας της αλλαγής στα φθηνότερα (generic) φάρμακα. Αυτό παρατηρήθηκε ιδιαίτερα στο πρώτο κύμα fundholders (Corney and Kerrison, 1997).

Αντίθετα στη Γερμανία το συνολικό προϋπολογισμένο ποσό επιμερίστηκε στις περιφέρειες. Ένας πλεονασματικός προϋπολογισμός δεν χρησιμοποιούνταν για

¹² Πολλοί Γ.Ι ήταν ενθουσιώδεις που μέσω του fundholding προγράμματος ανέλαβαν ρόλο μάντζεμντ στη διαχείριση των πόρων (όπως απαιτεί το πρόγραμμα) και παράλληλα ασκούσαν την ιατρική ειδικότητα ως γενικού γιατρού. Αυτό τους καθιστούσε «ανεξάρτητους επιχειρηματίες» σε αντίθεση με το νοσοκομειακό περιβάλλον όπου οι λειτουργίες του μάντζεμντ και της ιατρικής είναι διασπασμένες. (Lewellyn and Grant, 1996)

αντιστάθμισμα ενός ελλειμματικού μια άλλης περιφέρειας. Σύμφωνα με τον νόμο, στην περίπτωση υπέρβασης του προϋπολογισμού οι ιατρικές ενώσεις πλήρωναν το έλλειμμα. Στο γερμανικό σύστημα αρχικά δεν υπήρχαν θετικά κίνητρα. Μετά την εισαγωγή του προγράμματος, ο αριθμός των συνταγογραφημένων φαρμάκων είχε πτωτική τάση και υπολογίστηκε σε επίπεδο χαμηλότερο του 1991 (έτος βάσης υπολογισμού του προϋπολογισμού). Στη συνέχεια όμως εμφανίστηκαν προβλήματα καθώς η υπέρβαση σε 9 περιφέρειες προκάλεσε το 'ράγισμα' στο σύστημα. Τα δύο κύρια προβλήματα ήταν η αμεροληψία του συστήματος και οι απρογραμματίστες επιδράσεις. Οι γιατροί θεώρησαν το σύστημα άδικο διότι, δεν υπήρχε σχετικά ανά γιατρό προϋπολογισμός για αγορά φαρμάκων. Έτσι, δεν ήταν ξεκάθαρο πως πρέπει να επιβληθούν τα πρόστιμα. Σε ομάδες γιατρών με μεγάλη αναλογία συνταγογράφησης λόγω της ειδικότητας (Γ.Ι και παθολόγους) υπήρχε ο οικονομικός κίνδυνος στα όρια της πτώχευσης (Delnoij and Brenner, 2000).

Όσον αφορά τις ακούσιες επιδράσεις πιστεύεται ότι οδήγησε σε ταυτόχρονη αύξηση στο ρυθμό παραπομπών και την είσοδο στα νοσοκομεία. Ωστόσο η αιτιώδης σχέση μεταξύ αυτού του φαινομένου και της εισαγωγής του συστήματος είναι σε αμφισβήτηση, διότι μαζί με την εισαγωγή του συστήματος προϋπολογισμού υπήρξαν και άλλες σημαντικές αλλαγές στο σύστημα υγείας της Γερμανίας (Delnoij and Brenner, 2000).

Τι μπορούμε να μάθουμε από το παράδειγμα της Γερμανίας και της Βρετανίας;

Υπάρχουν αρκετά συμπεράσματα τα οποία πρέπει να εκτιμηθούν με προσοχή για την αποτελεσματικότητα του μπάτζετ συστήματος και των συνθηκών κάτω από τις οποίες μπορεί να λειτουργήσει (Delnoij and Brenner, 2000):

Πρώτον, το γερμανικό παράδειγμα δείχνει ότι η κάλυψη σε εθνικό επίπεδο ή σε μεγάλες περιφέρειες προκαλεί αρνητικές συνέπειες με την πρόκληση συγκρούσεων μεταξύ προσωπικών και συλλογικών επιδιώξεων. Αυτή η διαμάχη μπορεί να γεφυρωθεί κάνοντας τους προμηθευτές υπεύθυνους σε μικρο-επίπεδο, π.χ σε επίπεδο ατόμων ή μικρών ομάδων όπως στην περίπτωση των Γ.Ι στην Αγγλία με το fundholding σύστημα.

Δεύτερον, πρέπει να παρέχεται συνεχόμενη ανατροφοδότηση για την συμπεριφορά τους. Οι γιατροί χρειάζεται να γνωρίζουν πόσο από τον προϋπολογισμό έχουν καταναλώσει και σε ποιες υπηρεσίες. Χωρίς τέτοια πληροφορία δεν μπορούν να παρακολουθούν την συμπεριφορά τους με στόχο να διατηρούνται εντός των ορίων του προϋπολογισμού.

Τρίτον, από το fundholding παράδειγμα μαθαίνουμε ότι είναι πιο εύκολα διαχειρήσιμο ένα σύστημα προϋπολογισμού όταν περιλαμβάνει τα γενικά έξοδα. Η αύξηση του νοσοκομειακού κόστους μετά την εισαγωγή του προγράμματος δείχνει ότι πρέπει να καταγράφονται οι απρογραμμάτιστες επιπτώσεις.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι οι διαμορφωτές των πολιτικών πρέπει να ισορροπούν μεταξύ (Delnoij and Brenner, 2000):

- της παροχής ικανοποιητικής πληροφόρησης στους κατόχους του προϋπολογισμού (Γ.Ι) από τη μια, και στην εκρηκτική αύξηση του συναλλακτικού κόστους από την άλλη, και
- να κάνουν τους Γ.Ι υπόλογους μόνο για τις δαπάνες που μπορούν οι ίδιοι να ελέγξουν και να μην παρέχουν σε αυτούς την δυνατότητα για μετακύλιση των δαπανών σε υψηλότερα επίπεδα φροντίδας για τα οποία δεν είναι υπόλογοι.

Η επιλογή του προϋπολογιστικού μοντέλου πληρωμών εξαρτάται από τα πολιτικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας και το τεχνικό πλαίσιο (τεχνοδομή), όπως πληροφοριακά συστήματα, στο οποίο το προϋπολογιστικό σύστημα πρέπει να εφαρμοστεί.

2.4 Συμπέρασμα.

Σε αυτό το τμήμα του κεφαλαίου έγινε μια εισαγωγή στα βασικά μοντέλα πληρωμών των Γ.Ι. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει δείξει ότι τα συστήματα πληρωμής παίζουν σημαντικό ρόλο στην συμπεριφορά των Γ.Ι ως φύλακα στο σύστημα υγείας. Ωστόσο, η εικόνα δεν είναι τελείως ξεκάθαρη σχετικά με το πιο σύστημα αμοιβών ενισχύει την θέση τους περισσότερο ως gatekeeper, καθώς το κάθε ένα έχει δομικές αδυναμίες. Επίσης, η παροχή προϋπολογισμού στους Γ.Ι ώστε να αποκτήσουν οικονομική συνυπευθυνότητα έχει αξία σε χώρες όπου οι Γ.Ι έχουν θέση gatekeepers.

Έτσι στο 6^ο κεφάλαιο όπου θα επιχειρηθεί να διαμορφωθεί ένα σύνθετο σύστημα αμοιβών με βάση το οποίο θα πρέπει να αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ τους Γ.Ι, θα ληφθούν υπόψη τα αποτελέσματα των βασικών μεθόδων πληρωμής όπως αναπτύχθηκαν στην παρούσα ενότητα.

Στον **πίνακα 2.2** γίνεται μια σύνοψη των βασικών χαρακτηριστικών.

Πίνακας 2.2: Σύνοψη των κινήτρων που σχετίζονται με διαφορετικά συστήματα αμοιβών των Γ.Ι

Σύστημα	Κίνητρα
Με μισθό	<p>Μη ύπαρξη κινήτρων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Για περιορισμό του κόστους • Για προσέλκυση ασφαλισμένων • Για περιορισμό παραπομπών σε Ε.Ι • Για παροχή φροντίδας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο <p>Ελαχιστοποίηση της προσπάθειας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Για επιλογή χαμηλού ρίσκου ασθενών • Για συντομότερες ιατρικές παρεμβάσεις • Για χαμηλό ρυθμό εργασίας <p>Πλεονεκτήματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διαχειριστικά η πιο απλή • Δεν προκαλεί σκόπιμη πρόκληση δαπανών • Εκ των προτέρων γνώση των εσόδων – εξόδων • Μικρή αβεβαιότητα – οικονομική ασφάλεια • Εξασθενίζει την σχέση αμοιβής (εισοδήματος) και παραγωγής υπηρεσιών
Κατά πράξη	<p>Μειονεκτήματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ζητήματα ηθικού κινδύνου και προκλητής ζήτησης • Διαχειριστικά η πιο σύνθετη • Αναδρομική μέθοδος αποζημίωσης • Αντικίνητρα σε διαδικασίες πρόληψης (επηρεάζει τα μελλοντικά κέρδη) • Δεν δημιουργεί συνθήκες συνεργατικότητας • Κίνδυνος επιχειρηματικών πρακτικών <p>Πλεονεκτήματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η πιο ελκυστική μέθοδος για τους Γ.Ι • Λιγότερο πιθανή η παραπομπή για εισαγωγή σε νοσοκομειακή φροντίδα • Αυξάνει την παραγωγικότητα • Σε περιβάλλον gatekeeping η μείωση της αμοιβής ανά

	<p>μονάδα δεν προκαλεί αύξηση της παραγόμενης ποσότητας ιατρικών υπηρεσιών</p>
Κατά κεφαλή	<p>Ελαχιστοποίηση της προσπάθειας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Για όσο το δυνατόν συντομότερες επισκέψεις ασφαλισμένων • Συχνές παραπομπές σε υψηλότερα επίπεδα φροντίδας • Επιλογή χαμηλού ρίσκου ασθενών <p>Πλεονεκτήματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παροχή προληπτικών εξετάσεων και μακροχρόνιας θεραπευτικής φροντίδας • Προσπάθεια επέκτασης των εγγεγραμμένων στη λίστα • Διαχειριστικά απλή • Εκ των προτέρων γνώση των εσόδων – εξόδων (προοπτική μέθοδος) • Εξασθενίζει την σχέση αμοιβής (εισοδήματος) και παραγωγής υπηρεσιών
Προϋπολογισμός	<p>Πλεονεκτήματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εθελοντική συμμετοχή των Γ.Ι • Επένδυση σε πληροφορικές δομές – δημιουργία συνθηκών ανατροφοδότησης • Πρόκληση ανταγωνισμού στην αγορά υγείας • Κίνητρα για μεγιστοποίηση της παροχής φροντίδας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο • Κίνητρα για περιορισμό των δαπανών λόγω κάλυψης της δαπάνης από τον ατομικό προϋπολογισμό <p>Μειονεκτήματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Υποκατάσταση με υπηρεσίες που δεν καλύπτονται στον προϋπολογισμό - Απρογραμματίστε επιπτώσεις • Επιμερισμός ευθυνών σε ατομικό επίπεδο-Οικονομική ρίσκο των Γ.Ι • Επιλογή χαμηλού ρίσκου ασθενών

2.5 Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την gatekeeper συμπεριφορά των Γ.Ι.

Καθώς το σύστημα αποζημίωσης, όμως, δεν είναι ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει την αποτελεσματική λειτουργία των γιατρών, είναι σκόπιμο να αναλυθούν και άλλες μεταβλητές που σχετίζονται με την συναρτησιακή σχέση των Γ.Ι όταν αυτοί λειτουργούν ως gatekeepers στο σύστημα επηρεάζοντας το ύψος των δαπανών υγείας.

Σε αυτή την υποενότητα θα συζητηθούν μερικοί από τους εξωτερικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την συμπεριφορά των Γ.Ι, όπως η λίστα των εγγεγραμμένων, ο ανταγωνισμός μεταξύ των Γ.Ι για προσέλκυση ασφαλισμένων, ο ρόλος των ασθενών, η δυνατότητα πρόσβασης σε δευτεροβάθμιο επίπεδο φροντίδας, τα κλινικά πρωτόκολλα, καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των Γ.Ι.

2.5.1 Η σημασία της λίστας εγγεγραμμένων ασφαλισμένων ανά Γ.Ι.

Η αποτελεσματικότητα εφαρμογής των εργαλείων πολιτικής για συγκράτηση του κόστους σε περιβάλλον gatekeeping εξαρτάται από την ύπαρξη σταθερής λίστας με εγγεγραμμένους ασφαλισμένους ανά Γ.Ι. Για παράδειγμα το fundholding σύστημα είναι πιθανό να επιτύχει σε χώρες όπου οι Γ.Ι έχουν σταθερές λίστες ασθενών και λειτουργούν ως φύλακες στην εξειδικευμένη θεραπεία. Σύμφωνα με τους ισχυρισμούς των Delnoij and Brenner (2000, p.164), «πως θα μπορούσαν οι Γ.Ι να παρακολουθούν και να ελέγχουν τον προϋπολογισμό τους εάν ο κάθε ασφαλισμένος μπορεί να επισκεφθεί άλλους γιατρούς χωρίς οι ίδιοι να το γνωρίζουν;». Αυτό σημαίνει ότι οι gatekeeping πρακτικές δεν μπορεί να είναι επιλογή για συστήματα υγείας χωρίς ύπαρξη λίστας, όπως συνέβη στη Γερμανία, τη Γαλλία, και αλλού (Delnoij and Brenner, 2000).

2.5.2 Η ύπαρξη και ο βαθμός ανταγωνισμού στην αγορά της πρωτοβάθμιας φροντίδας μεταξύ των Γ.Ι.

Η αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών είναι ένας τρόπος για βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας στο χώρο του τομέα υγείας και γενικά στο δημόσιο τομέα. Πολλές διαδικασίες ανασχηματισμού σε πρωτοβάθμιο επίπεδο αποβλέπουν σε αυτό, με σκοπό να αυξηθεί ο ανταγωνισμός από την πλευρά της προσφοράς του συστήματος της ΠΦΥ.

Σύμφωνα με τους Iversen and Luras (2002), η εισαγωγή του ανταγωνισμού στη Νορβηγία, είχε επίδραση στα οικονομικά κίνητρα των Γ.Ι που οφειλόταν στη

μείωση των ασθενών. Αυτή η μείωση προέκυψε ως αλλαγή του ανώτατου επιτρεπόμενου ορίου εγγραφής στη λίστα. Έτσι οι Γ.Ι έχουν λιγότερους ασφαλισμένους από το επιθυμητό επίπεδο. Αυτό έγινε προκειμένου να αυξηθεί ο αριθμός των Γ.Ι που θα συνάψουν συμβάσεις με τις περιφέρειες (αύξηση προμηθευτών). Τα αποτελέσματα της αύξησης του ανταγωνισμού ήταν:

- Η μείωση των εγγεγραμμένων οδήγησε σε μια αύξηση των ιατρικών εξετάσεων και άλλων δραστηριοτήτων που προκαλεί εισόδημα στους Γ.Ι, σε μια προσπάθεια αντιστάθμισης της μείωσης του εισοδήματος.
- Μια άλλη επίδραση, η οποία παρατηρήθηκε κυρίως στις αστικές περιοχές, ήταν οι Γ.Ι να γίνουν περισσότερο επιρρεπείς στην παραπομπή ασθενών σε υψηλότερα επίπεδα νοσηλείας από το φόβο να χάσουν ασθενείς / πελάτες από άλλους Γ.Ι / ανταγωνιστές, λόγω ακριβώς του αυξανόμενου ανταγωνισμού.

Ο Tjerbo (2010), στην εργασία “Does competition among general practitioners increase or decrease the consumption of specialist health care?” επιχείρησε να απαντήσει στο ερευνητικό ερώτημα εάν ο ανταγωνισμός μεταξύ των Γ.Ι για ασθενείς, αυξάνει την κατανάλωση εξειδικευμένης φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον Tjerbo (2010), από τις θεωρητικές αναζητήσεις μπορούν να εξαχθούν σαφή ευρήματα όσον αφορά την αύξηση των δαπανών για εξειδικευμένη θεραπεία όταν η αναλογία Γ.Ι στον πληθυσμό μεγαλώνει. Αυξάνοντας τον ανταγωνισμό για ασθενείς αυξάνεται το κόστος για εξειδικευμένη νοσηλεία, διότι ο ανταγωνισμός οδηγεί στο φόβο για χάσιμο πελατών. Οι Γ.Ι, έτσι, μπορεί να γίνουν περισσότερο υποστηρικτές των ασθενών τους *παρά gatekeepers για την κοινωνία* (σπάζοντας έτσι την ισορροπία στη δυαδικότητα του ρόλου τους, υποενότητα 1.5.1). *Το επιχείρημα βασίζεται στην υπόθεση ότι οι ασφαλισμένοι επιθυμούν σταθερά την παραπομπή σε Ε.Ι και την εισαγωγή σε νοσοκομεία και έτσι οι Γ.Ι είναι ευάλωτοι (λόγω ακριβώς του ανταγωνισμού) στις προσδοκίες τους.*

Άλλες, όμως, υποθέσεις μπορεί να οδηγήσουν σε άλλες προβλέψεις. Έχοντας περισσότερο διαθέσιμο χρόνο, που δημιουργείται από τον μεγαλύτερο ελεύθερο χώρο στη λίστα, οι Γ.Ι μπορεί να κάνουν περισσότερες σε αριθμό και χρόνο ιατρικές συμβουλευτικές (consultation). Αυτό μπορεί να οδηγεί σε μείωση των παραπομπών σε εξειδικευμένο επίπεδο, απλά γιατί προσφέρουν από μόνοι τους περισσότερες υπηρεσίες.

Αυτό δεν μπορεί να συμβεί για όλες τις υπηρεσίες, αλλά είναι πιθανό για μέρος των εξωτερικών ασθενών και αυτές των ιδιωτών Ε.Ι. Σε πολλές περιπτώσεις οι Γ.Ι παραπέμπουν ασθενείς τους οποίους θα μπορούσαν να θεραπεύσουν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι αυτό είναι πραγματικότητα. Έτσι μια γκρίζα ζώνη μπορεί να υπάρχει εκεί όπου οι ασθενείς μπορούν να δεχθούν φροντίδα και σε πρωτοβάθμιο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο. *Συνεπώς, αυξάνοντας τον ανταγωνισμό μπορεί να έχουμε επίδραση και στις δύο κατευθύνσεις.* Ωστόσο αυτή η προοπτική, ανεξάρτητα της έννοιας της ποιότητας, έχει σημαντικό επακόλουθο από την πλευρά του κόστους. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από δευτεροβάθμιο επίπεδο φροντίδας είναι πολύ πιο κοστοβόρες από αυτές σε επίπεδο Γ.Ι.

Έτσι, ο gatekeeping ρόλος των Γ.Ι δεν μειώνεται στη περίπτωση που υπόκεινται σε έλλειψη ασθενών. Σε αυτή την περίπτωση οι Γ.Ι παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες οι ίδιοι, μειώνοντας έτσι τις παραπομπές και εισαγωγές σε εξειδικευμένη νοσηλεία (Tjerbo, 2010).

2.5.3 Η επίδραση των ασθενών στην αποτελεσματική εφαρμογή του συστήματος gatekeeping.

Η συμπεριφορά των ασθενών είναι καθοριστικός παράγοντας για το κάθε σύστημα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα και την καταλληλότητα. Μελέτες έχουν δείξει ότι 30-60% των παραπομπών οφείλονται στην *πίεση* των ασθενών, αλλά και την *προσδοκία* ότι θα τους γίνει παραπομπή.

Στην ερευνητική της εργασία η Gonzalez (2010) στάθμισε το όφελος σε ένα περιβάλλον στο οποίο η πίεση των ασθενών για παραπομπή σε εξειδικευμένη φροντίδα είναι έντονη και σε σχέση με την γνώση που έχουν για την κατάσταση της υγείας τους. Σε σχέση με τα κίνητρα βρέθηκε ότι ένα σύστημα χωρίς περιορισμό στην πρόσβαση (non-gatekeeping) είναι προτιμότερο μόνο όταν συντρέχουν και τα δύο:

- α) η πίεση των ασθενών για παραπομπή είναι πολύ υψηλή και
- β) η ποιότητα της πληροφορίας που έχουν οι ίδιοι για την υγεία τους είναι ακριβής (στην περίπτωση αυτή το να ενεργήσει ο Γ.Ι ως αντιπρόσωπος μπορεί να είναι πολύ κοστοβόρο).

Έτσι σύμφωνα με την ίδια, όταν αναζητούμε το καλύτερο σύστημα πρόσβασης στη δευτεροβάθμια φροντίδα σε ένα πλαίσιο όπου η γνώση-πληροφόρηση των ασθενών για την υγεία τους είναι πολύ ακριβής, θα είναι καλύτερα να χρησιμοποιήσουμε την αυτοπληροφόρηση των ασθενών ως κριτήριο αντί την

διάγνωση των Γ.Ι. Εφόσον ο ασθενής γνωρίσει την κατάσταση της υγείας του σε μεγάλο βαθμό η προστιθέμενη αξία από την ιατρική διάγνωση είναι μικρή.

Τα παραπάνω έχουν σημαντική οικονομική επίδραση. Σε περίπτωση μη έγκυρων πληροφοριών η αυτοπαραπομπή των ασφαλισμένων είναι πολύ αναποτελεσματική, εάν όμως αντίθετα είναι πολύ ακριβής το όφελος χρησιμοποιώντας non-gatekeeping σύστημα υπερτερεί συγκριτικά με το υψηλό κόστος παροχής κινήτρων στους Γ.Ι. Ωστόσο κάποιος περιμένει αυτή η ακριβής πληροφόρηση να υπάρχει εκεί όπου υπάρχουν χρόνια ή κληρονομικά νοσήματα. Για καταστάσεις αμφίβολες όπου είναι πιθανό να επιλεγούν λάθος ειδικοί γιατροί το gatekeeping σύστημα προσφέρει το πλεονέκτημα του κατάλληλου 'ταιριάσματος' μεταξύ ασθενών και κατάλληλης (οικονομικότερης) θεραπείας.

Στην εργασία των Forrest et al. (1999) βρέθηκε ότι η επιθυμία των γονέων για παραπομπή των παιδιών τους εξασθενεί την gatekeeping συμπεριφορά των Γ.Ι και η πιθανότητα παραπομπής είναι σημαντικά υψηλότερη (1,44 με $P < 0,001$) σε σχέση με ένα σύστημα ελεύθερης πρόσβασης. Σε παρόμοια θέση κατέληξε και η Pati (2003) η οποία υποστηρίζει ότι η συγκράτηση του κόστους των παιδιατρικών δαπανών μέσω gatekeeping διευθέτησης δεν είναι αποτελεσματικός τρόπος ελέγχου του κόστους.

Επιπλέον, η ανάπτυξη του διαδικτύου έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο καθώς έχει αυξήσει την πληροφόρηση των ασθενών για την καταλληλότητα της θεραπείας και της χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας. Επίσης επηρεάζεται και η ζήτηση των ασθενών για νέες θεραπείες και αυτή την πίεση την αισθάνονται οι Γ.Ι πολλές φορές με το φόβο της αντιδικίας που μπορεί να προκύψει με τους ασθενείς τους (Smolders, 2006).

2.5.4 Τα χαρακτηριστικά των Γ.Ι.

Η συμπεριφορά των Γ.Ι ως φύλακες στο σύστημα επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Νεότεροι και άπειροι Γ.Ι σχετίζονται θετικά με υψηλότερο ρυθμό παραπομπών. Επίσης Γ.Ι με ιδιαίτερη προτίμηση σε μια ειδικότητα (π.χ οφθαλμολογία) μπορεί να έχουν υψηλότερο ρυθμό παραπομπών σε αυτή την ειδικότητα (Donnell, 2000).

2.5.5 Κλινικά πρωτόκολλα (οδηγίες).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες προσδιορίζουν πως οι Γ.Ι θα πρέπει να ενεργήσουν όταν έχουν να αντιμετωπίσουν ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας. Παρόλο που

τυγχάνουν ευρείας αποδοχής, εντούτοις δεν είναι εκτός κριτικής επειδή υπάρχουν δυσκολίες εφαρμογής. Εάν εφαρμοζόταν όλες οι τυποποιημένες διαδικασίες ο μέσος όρος των συμβουλευτικών επισκέψεων θα διπλασιαζόταν (Smolders, 2006).

Η αποδοχή των πρωτόκολλων μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό των αποκλίσεων στις αποφάσεις για παραπομπές σε υψηλότερα επίπεδα φροντίδας των Γ.Ι. Η απόκλιση αυτή έχει προκαλέσει την προσοχή των διαμορφωτών πολιτικής, λόγω των οικονομικών επιπτώσεων.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των Γ.Ι για παραπομπή σε Ε.Ι παραμένουν σε μεγάλο βαθμό ανεξήγητοι. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών εξηγούν λιγότερο από 40% της διακύμανσης στη σχετική απόφαση και τα χαρακτηριστικά των Γ.Ι λιγότερο από το 10%. Η στόχευση, όμως, σε υψηλό ή χαμηλό ρυθμό παραπομπών δεν πρέπει να είναι πρωταρχική επιδίωξη των κλινικών οδηγιών. Η ανάλυση θα πρέπει να επικεντρωθεί στον αυξανόμενο αριθμό των απαραίτητων παραπομπών (Donnell, 2000).

2.5.6 Δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε δευτεροβάθμια φροντίδα.

Αρκετές μελέτες (Donnell, 2000; McGregor, McKee and O'Neill, 2006; Tjerbo, 2010), έχουν προσπαθήσει να εντοπίσουν τους παράγοντες που εξηγούν την τυχαία διακύμανση, στην απόφαση των Γ.Ι για παραπομπή ή όχι σε υψηλότερα επίπεδα νοσηλείας. Μεταξύ των παραγόντων που ευθύνονται για αυτή τη διακύμανση είναι και η πρόσβαση (διαθεσιμότητα) σε ειδικευμένες υπηρεσίες.

Σύμφωνα με τον Donnell (2000) η απόσταση από το νοσοκομείο μπορεί να επηρεάσει την απόφαση για παραπομπή. Υψηλότερος ρυθμός παραπομπών συσχετίζεται με μικρότερες αποστάσεις από νοσοκομεία. Μελέτη στη Μ. Βρετανία έδειξε ότι ταξινομώντας τους Γ.Ι ως αγροτικούς γιατρούς (rural) έχουν σημαντικά χαμηλότερο ρυθμό παραπομπών από ότι οι Γ.Ι σε αστικές περιοχές. Η διαθεσιμότητα εξειδικευμένης φροντίδας φαίνεται να επηρεάζει τον ρυθμό παραπομπών. Το άνοιγμα ενός κοντινού γενικού νοσοκομείου οδηγεί σε αύξηση του ρυθμού των εισαγωγών.

Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις εργασίες των McGregor, McKee and O'Neill (2006) και Tjerbo (2010), όπου η δυνατότητα για άμεση πρόσβαση σε τοπικούς προμηθευτές με εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, επιδρά στην χρησιμότητα των Γ.Ι ως gatekeepers. Αντίθετα όπου οι νοσοκομειακές υπηρεσίες δεν είναι εύκολα προσβάσιμες σε τοπικό επίπεδο, αυτό είναι πιθανό να κάνει τους Γ.Ι να αναλάβουν μεγαλύτερη υπευθυνότητα για την καλή υγεία των

ασθενών τους, παρέχοντας κλινικές υπηρεσίες (δηλ. λειτουργούν ως εξωτερικά ιατρεία).

2.6 Συμπέρασμα.

Στην παραπάνω υποενότητα αναπτύχθηκαν οι παράγοντες οι οποίοι εκτός από τα οικονομικά κίνητρα μπορούν να επηρεάσουν την συμπεριφορά των Γ.Ι. Ωστόσο, η συζήτηση δεν εξάντλησε όλους αυτούς τους παράγοντες. Για παράδειγμα τα ήθη που επικρατούν σε μια χώρα και τα προσωπικά κίνητρα είναι σημαντικές μεταβλητές και μπορούν να διορθώσουν τις αναποτελεσματικότητες ενός συστήματος πληρωμών. Έτσι οι συζήτηση σχετικά «με τους άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την gatekeeper συμπεριφορά των Γ.Ι.» μπορεί να συμπληρωθεί και με άλλα στοιχεία. Ωστόσο, κύριος στόχος ήταν να δειχθεί ότι τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι τα μόνα που επηρεάζουν την θέση των Γ.Ι στο σύστημα υγείας.

Κεφάλαιο 3: Η εμπειρία άλλων χωρών με gatekeeping σύστημα.

3.1 Εισαγωγή.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξεταστεί εάν οι Γ.Ι έχουν πράγματι συμβάλει στο στόχο του ελέγχου των δαπανών με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία των εμπειρικών μελετών. Σε αυτή την περίπτωση θα αναμένουμε εμπειρικά δεδομένα που να καταδεικνύουν την σημαντική επίδραση της λειτουργίας των Γ.Ι στην κατανάλωση χαμηλότερου επιπέδου υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς τους, ιδιαίτερα δε των ακριβών δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας, και άρα στη μείωση του επιπέδου των δαπανών υγείας.

Έτσι στο πρώτο τμήμα του κεφαλαίου θα αναπτυχθούν τα επιχειρήματα, σύμφωνα με τα οποία χώρες όπου οι Γ.Ι ενεργούν ως φύλακες έχουν επιτύχει τον έλεγχο των δαπανών σε καλύτερο βαθμό από ότι άλλες με ελεύθερη πρόσβαση. Στη συνέχεια θα γίνει σύγκριση των συστημάτων σε χώρες όπου ταυτόχρονα παρουσιάζονται μικτά συστήματα και μπορεί κάποιος να παρατηρήσει την συμπεριφορά ασφαλισμένων υπό gatekeeping σύστημα και με απευθείας πρόσβαση στο σύστημα. Και τέλος θα γίνει σύγκριση των συστημάτων δύο χωρών (ΗΒ και ΗΠΑ).

3.2 Υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι το gatekeeping σύστημα υπερτερεί στον έλεγχο των δαπανών υγείας;

Σήμερα στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες παρατηρούνται δύο κύρια συστήματα φροντίδας υγείας. Σε χώρες όπως η Ολλανδία, η Ιταλία, η Νορβηγία, η Ισπανία και το ΗΒ, υπερिशύχει το σύστημα gatekeeping και έτσι οι Γ.Ι έχουν τον έλεγχο στην πρόσβαση των ασθενών στα άλλα επίπεδα φροντίδας ή σε άλλους εξειδικευμένους γιατρούς. Υπάρχουν άλλες χώρες, όπως η Γερμανία, το Βέλγιο, η Σουηδία, η Φιλανδία, η Γαλλία, όπου ο ρόλος των Γ.Ι ως gatekeepers είναι πολύ περιορισμένος, καθώς οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν μεταξύ Γ.Ι και ειδικών. Πολλές χώρες στις οποίες το σύστημα υγείας είναι υπό ανασχηματισμό (πρώην Ανατολική Ευρώπη)¹³ σχεδιάζουν συστήματα βασισμένα σε gatekeeping στρατηγικές. Επίσης, η επιδίωξη για συγκράτηση του κόστους φαίνεται να οδηγεί

¹³ Το Σοβιετικό σύστημα υγείας ήταν θεμελιωμένο στην υψηλή εξειδίκευση, με έμφαση στον τεχνολογικό εξοπλισμό και υποεκτιμώντας την σχέση γιατρού και ασθενή. Σήμερα, χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, όπως η Λιθουανία, μετασχηματίζουν το σύστημα υγείας με βάση την ΠΦ και χρησιμοποιώντας τους Γ.Ι ως φύλακες στο σύστημα, σε μια προσπάθεια να το καταστήσουν οικονομικά βιώσιμο (Jarusevicine, 2005).

πολλές χώρες που λειτουργούν με σύστημα απευθείας πρόσβασης σε μια αλλαγή προς ένα gatekeeping σύστημα (Gonzalez, 2010).

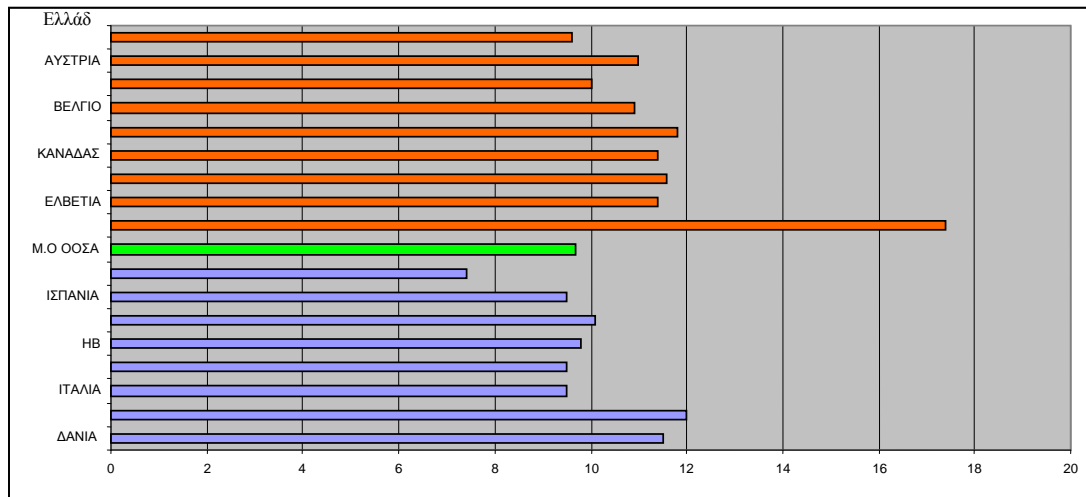
Οι διαμάχες των ερευνητών για τα υπέρ και τα κατά των δύο συστημάτων κρατούν για πολλά χρόνια. Δεν πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι η αποτίμηση πολιτικών είναι δύσκολη διαδικασία και η διεθνής εμπειρία σχετικά με το gatekeeping σύστημα φαίνεται να είναι περίπλοκη. Σύμφωνα με τους ισχυρισμούς των Gervas, Fernandez and Starfield (1994) και Halm (1997) εφόσον οι εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσοκομειακές έχουν την μεγαλύτερη συνεισφορά στο συνολικό κόστος υγείας, όλες οι χώρες πρέπει να καταδεικνύουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης αυτών των μορφών περίθαλψης, όταν βέβαια δεν είναι απαραίτητες. Σε ένα σύστημα όπου οι Γ.Ι ενεργούν ως φύλακες όπως αναπτύχθηκε στο πρώτο κεφάλαιο, θεωρείται ότι αυτό επιτυγχάνεται. Έτσι, οι ασφαλισμένοι έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στην απευθείας πρόσβαση στη νοσοκομειακή και την εξειδικευμένη φροντίδα και το σύστημα υγείας οδηγείται σε χαμηλότερες δαπάνες.

Το 1998, οι ευρωπαϊκές χώρες με gatekeeping σύστημα δαπανούσαν λιγότερα για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, από ότι χώρες με απευθείας πρόσβαση σε Ε.Ι (7,8% προς 8,6%) (Kay, 2002; Whynes, Braines, and Tolley, 1995), Σύμφωνα με τον Forrest (2003), αυτό οφείλεται ουσιαστικά στο γεγονός ότι το gatekeeping σύστημα μεταβάλλει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς δέχονται υπηρεσίες φροντίδας.

Σε αυτή την ενότητα θα γίνει ανασκόπηση των εμπειρικών ευρημάτων που αφορούν την συναρτησιακή σχέση των ΓΙ με τον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

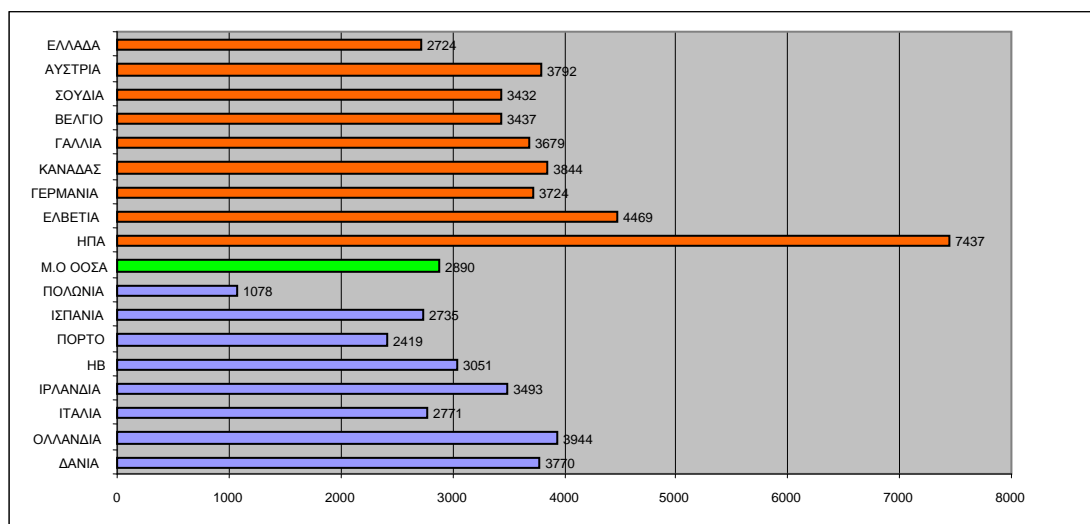
Στα **διαγράμματα 3.1 και 3.2** απεικονίζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, για διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ, με περιορισμό στην πρόσβαση μέσω Γ.Ι και χωρίς περιορισμό.

Διάγραμμα 3.1: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε όρους αγοραστικής ισοδυναμίας US\$, σε χώρες του ΟΟΣΑ με περιορισμό στην πρόσβαση και με ελεύθερη πρόσβαση. Έτος 2009



Πηγή: OECD Health Data 2011: www.stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA

Διάγραμμα 3.2: Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας σε όρους αγοραστικής ισοδυναμίας US\$ σε χώρες του ΟΟΣΑ με περιορισμό στην πρόσβαση και με ελεύθερη πρόσβαση. Έτος 2007



Πηγή: OECD Health Data 2011: www.stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA

Κατά μέσο όρο, η γενική εικόνα δείχνει ότι οι χαμηλότερες δαπάνες υγείας εμφανίζονται στις gatekeeping χώρες (Πολωνία, Ισπανία, Πορτογαλία, ΗΒ, Ιρλανδία,

Ιταλία, Ολλανδία, Δανία). Τέσσερις gatekeeping χώρες έχουν κατά κεφαλή δαπάνες και συνολικές δαπάνες χαμηλότερες από τον μέσο όρο των αντίστοιχων δαπανών του συνόλου των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ. Επίσης χαρακτηριστικό είναι ότι οι δαπάνες των non-gatekeeping χωρών βρίσκονται πολύ πιο πάνω από το μέσο όρο. Ωστόσο, πίσω από αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να υπάρχουν και άλλοι ενδογενείς παράγοντες (εκτός της ύπαρξης Γ.Ι), οι οποίοι να οδηγούν σε ένα χαμηλότερο επίπεδο δαπανών (Smolders, 2006). Στη συνέχεια αναλύονται τα βασικά συμπεράσματα σχετικών επιστημονικών εργασιών.

Οι Delnoij et al. (2000) στην εργασία τους με τίτλο “Does general practitioner gatekeeping curb healthcare expenditure” προσπάθησαν να απαντήσουν στο εάν τα συστήματα υγείας με τους Γ.Ι ενεργώντας ως φύλακες έχουν οδηγήσει σε χαμηλότερες δαπάνες υγείας σε σχέση με εκείνα με ελεύθερη πρόσβαση. Μετά τον έλεγχο όλων των παραγόντων οι οποίοι θα μπορούσαν να επιδράσουν στο επίπεδο και στον ρυθμό των δαπανών, όπως το ΑΕΠ και η συμμετοχή της δημόσιας χρηματοδότησης, και χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή όχι μόνο τη συνολική δαπάνη, αλλά επίσης και την εξωνοσοκομειακή δαπάνη¹⁴, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ύπαρξη της ανεξάρτητης μεταβλητής των Γ.Ι ως gatekeeper ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) **για τις δαπάνες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης**¹⁵. Η εξωνοσοκομειακή δαπάνη είχε μικρότερο ρυθμό αύξησης σε χώρες με Γ.Ι ως φύλακες. *Δεν βρέθηκαν σημαντικές επιδράσεις του gatekeeping στο επίπεδο ή το ρυθμό αύξησης των συνολικών δαπανών.* Όσον αφορά στη μη-επιβεβαίωση (επαλήθευση) της βασικής τους υπόθεσης, οι ερευνητές διευκρινίζουν ότι οι συνολικές δαπάνες υγείας είναι χαμηλότερες στις gatekeeping χώρες γεγονός που σημαίνει **ότι χρειάζεται να κατανοηθεί ο μηχανισμός του gatekeeping σε μικροεπίπεδο.** Η διερεύνηση αυτού του μηχανισμού στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας δεν ήταν εφικτή λόγω της χρήσης δεδομένων σε μάκρο επίπεδο (high aggregation level). Σε παρόμοια θέση κατέληξε και ο Barros (1998) στην εργασία του “The black box of health care expenditure growth determinants”, όπου δεν βρήκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της μεταβλητής των Γ.Ι και της συγκράτησης του ρυθμού των συνολικών δαπανών υγείας. Το μειονέκτημα ήταν ότι χρησιμοποιώντας σε μεγάλο βαθμό

¹⁴ Η εξωνοσοκομειακή δαπάνη αποτελεί μια συνιστώσα του συνολικού κόστους. Οι άλλες είναι η νοσοκομειακή και η φαρμακευτική δαπάνη.

¹⁵ «Ως εξωνοσοκομειακή περίθαλψη νοούνται οι υπηρεσίες εκείνες, οι οποίες παρέχονται σε ασθενείς που δεν είναι απαραίτητο να εισαχθούν και να νοσηλευθούν στο νοσοκομείο προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημά τους» (Μωραϊτης, 1996, σελ175).

γενικευμένα δεδομένα δεν ήταν δυνατό να ανιχνευθεί ο *μηχανισμός επίδρασης των Γ.Ι σε μικροεπίπεδο*, όπως και στην παραπάνω εργασία. Ο Barros (1998, pp.536) θεωρεί «ότι η ανάλυση δεν είναι αληθής όταν γίνεται σε επίπεδο δαπανών υγείας» και όχι ρυθμού ανάπτυξης.

Άλλες ερευνητικές εργασίες (Etter and Perneger, 1998; Forrest, 2003; Martin et al., 1989; Schillinger, 2000), επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των Delnoij et al. (2000) δείχνοντας ότι η θέση των Γ.Ι ως φύλακες έχει ως αποτέλεσμα τον έλεγχο των δαπανών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά σε εμπειρικές διαπιστώσεις χωρών με συνύπαρξη των δύο συστημάτων, όπου ο μηχανισμός της επίδραση των Γ.Ι στον έλεγχο των δαπανών σε μικροεπίπεδο είναι πιο κατανοητός.

3.3 Παραδείγματα χωρών με συνύπαρξη gatekeeping και non- gatekeeping συστημάτων.

Χώρες με συστήματα υγείας, όπως η Ελβετία και η ΗΠΑ, όπου παραδοσιακά έχουν διαχωριστεί οι προμηθευτές υγείας με τους πληρωτές και υφίστανται ανεξέλεγκτες επιπτώσεις στο κόστος υγείας, συνεχώς αναπτύσσουν οργανισμούς (ονομαζόμενοι HMOs)¹⁶ οι οποίοι παρέχουν ένα επίπεδο υπηρεσιών σε προκαθορισμένο πληθυσμό με σταθερές πληρωμές, σε μια προσπάθεια να ξαναανακαλύψουν τα εργαλεία (έλεγχο στη χρήση υπηρεσιών υγείας) που οδήγησαν χώρες όπως το ΗΒ στον επιτυχή έλεγχο της συγκράτησης του κόστους υγείας.

Σε αυτές τις χώρες, σε αντίθεση με το σύστημα υγείας των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών μπορεί κάποιος να παρατηρήσει την συμπεριφορά ασφαλισμένων υπό gatekeeping σύστημα και με απευθείας πρόσβαση στο σύστημα υγείας (Greenhow, Howitt and Kinnersley, 1998).

Οι Etter and Perneger (1998) στην εργασία τους ανέλυσαν τις οικονομικές επιπτώσεις από το σχέδιο ασφαλιστικής κάλυψης του πανεπιστημίου της Geneva (Ελβετία) που μετασηματίστηκε σε ένα οργανισμό (1992), όπου οι Γ.Ι χρησιμοποιήθηκαν ως φύλακες στην πρόσβαση σε εξειδικευμένη θεραπεία. Το ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας περιλάμβανε τους σπουδαστές και η διαχείριση στην παροχή της φροντίδας περιλάμβανε δυο μηχανισμούς: Πρώτον, η πρόσβαση σε

¹⁶ Παρόλη την επιτυχία στον περιορισμό του κόστους οι HMOs είναι ο πιο αυστηρός τύπος διευθυνόμενης φροντίδας υγείας και βρίσκονται υπό συνεχώς αυξανόμενη κριτική λόγω αυτής της αυστηρότητας στην πρόσβαση. Η δυσαρέσκεια των ασφαλισμένων οφείλεται στην λειτουργία των Γ.Ι ως gatekeepers στο σύστημα, δυσκολεύοντας την ελεύθερη πρόσβαση σε εξειδικευμένες και ακριβές υπηρεσίες υγείας και περιορίζοντας την ελευθερία επιλογής (Fang, Liu, Rizzo, 2008).

υψηλότερα επίπεδα γινόταν με τον έλεγχο τον Γ.Ι, και μόνο στα παιδιατρικά, στα γυναικολογικά και στα έκτακτα περιστατικά η πρόσβαση ήταν ελεύθερη. Δεύτερον, *εισαγωγή κλειστών προϋπολογισμών στη βάση ανά ασθενή.*

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του προγράμματος στους φοιτητές του πανεπιστημίου (η=1575), που επέλεξαν τη συγκεκριμένη μέθοδο gatekeeping, συγκρινόμενα με τους υπόλοιπους φοιτητές που προτίμησαν τον παραδοσιακό τρόπο πληρωμής χωρίς έλεγχο στην πρόσβαση (η=3384), έδειξαν τις κάτωθι αλλαγές στις δαπάνες υγείας:

- Τα άτομα που δεν επέλεξαν την μέθοδο gatekeeping προκάλεσαν 35% **υψηλότερες δαπάνες** από αυτούς που την αποδέχτηκαν ($p = 0,001$).
- Μεταξύ των ετών 1992 και 1993 *οι δαπάνες ανά άτομο μειώθηκαν 9%* στην μέθοδο gatekeeping και *αυξήθηκαν 11%* με το συγκρινόμενο δείγμα ($p = 0,004$).
- Μεταξύ των δύο ετών οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη παρέμειναν αμετάβλητες και στα δύο δείγματα.
- Στη μέθοδο gatekeeping οι δαπάνες για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις μειώθηκε μεταξύ των δύο ετών, ενώ για παρόμοιες δαπάνες είχαμε αύξηση στο συγκρινόμενο δείγμα.
- Οι δαπάνες για **εξωνοσοκομειακή περίθαλψη** μειώθηκαν στη μέθοδο gatekeeping 17,3% στους άνδρες ($p=0,001$), αλλά παρέμεινε αμετάβλητη στις γυναίκες¹⁷(-3,7%- $p=0,057$). Στο συγκρινόμενο δείγμα οι δαπάνες αυξήθηκαν ισοδύναμα μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Τα παραπάνω ενισχύονται από τα αποτελέσματα των Martin et al. (1989) όπου με τη μέθοδο της τυχαίας δοκιμασίας προσδιόρισαν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος ασφαλιστικής κάλυψης της United Healthcare. Ο οργανισμός με τυχαία επιλογή πρόσφερε το βασικό του πρόγραμμα σε δύο ομάδες ασφαλισμένων. Η μια ομάδα λειτουργούσε με gatekeeping σύστημα (η=1.419) και η άλλη με εναλλακτικό πρόγραμμα έχοντας τις ίδιες παροχές χωρίς gatekeeper (η=1.408). Τα βασικά αποτελέσματα του πειράματος αυτού ήταν:

¹⁷ Το πιο σημαντικό εύρημα στην συγκεκριμένη εργασία, είναι στην καταγραφή των δαπανών που παρατηρήθηκαν ραγδαίες διαφορές μεταξύ των ανδρών (στα συγκρινόμενα δείγματα), αλλά παρέμειναν **σταθερές** μεταξύ των γυναικών. Αυτό το γεγονός υποδηλώνει ότι το gatekeeping ήταν ένας αποτελεσματικός τρόπος του ελέγχου του κόστους, **καθώς η ελεύθερη πρόσβαση σε γυναικολόγους διατηρήθηκε και υπό gatekeeping σύστημα.**

- Το gatekeeper πρόγραμμα είχε 6% χαμηλότερες συνολικές χρεώσεις ανά εγγεγραμμένο από ότι το πρόγραμμα χωρίς gatekeeper.
- Υπήρξαν μικρές διαφοροποιήσεις στη νοσοκομειακή χρήση και χρέωση.
- Οι εξωνοσοκομειακές χρεώσεις ήταν 21% χαμηλότερες κατά άτομο και ανά έτος στο πρόγραμμα με gatekeeper. Αυτό επιτεύχθηκε λόγω των λιγότερων επισκέψεων σε Ε.Ι και οι ασφαλισμένοι με gatekeepers είχαν περισσότερες επισκέψεις σε γιατρούς της ΠΦ.

Στην εργασία τους οι Forrest and Reid (1997), αντιπαρέβαλαν τον αριθμό των παραπομπών σε εξειδικευμένο επίπεδο για ασφαλισμένους στις ΗΠΑ μεταξύ των ΗΜΟς όπου οι Γ.Ι ενεργούν ως φύλακες και ασφαλιστικών προγραμμάτων όπου δεν απαιτείται παραπομπή από Γ.Ι. Η ανάλυση χρησιμοποίησε δεδομένα έξι συνεχόμενων ετών (1989-1994) από το Εθνική Επιθεώρηση Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Οι αυτοπαραπομπές σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ήταν 37% λιγότερο πιθανό να συμβούν σε ασφαλισμένους των ΗΜΟς.
- Η αναλογία των νέων παραπομπών σε Ε.Ι με αυτοπαραπομπή μειώθηκε για τα ΗΜΟς από 35,4% σε 30%, ενώ σε προγράμματα χωρίς φύλακα αυξήθηκε ελαφρώς από 49,9% σε 51,9%. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι Γ.Ι ως φύλακες έχουν σημαντική επίδραση στο πως οι ασθενείς αναζητούν εξειδικευμένη φροντίδα.

Στην εργασία των Halm et al. (1997) γίνεται μια προσπάθεια να αποτιμηθεί η στάση των γιατρών σχετικά με τις επιδράσεις του gatekeeping συστήματος συγκρινόμενο με τον παραδοσιακό τρόπο φροντίδας. Το δείγμα περιλάμβανε 202 γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην περιοχή της Μασαχουσέτης. Είναι γιατροί οι οποίοι λειτουργούν ως gatekeepers στα ΗΜΟς και παραδοσιακοί γιατροί της ΠΦ μη –gatekeepers. Οι γιατροί θεωρών ότι το gatekeeping (συγκρινόμενο με την παραδοσιακή φροντίδα) είχε θετική επίδραση στον έλεγχο του κόστους, την συχνότητα, και στη καταλληλότητα των προστατευτικών υπηρεσιών, και στη συνολική γνώση των προβλημάτων των ασθενών ($p < 0,001$). Αντίθετα, το gatekeeping θεωρείται ότι έχει αρνητικές επιπτώσεις μέσω της αύξησης της γραφειοκρατίας και της μείωσης της συνολικής ποιότητας υγείας. Συνολικά, 72% των γιατρών θεώρησαν το gatekeeping σύστημα καλύτερο από το συγκρινόμενο σύστημα της ελεύθερης πρόσβασης.

Όπως αναφέρθηκε στη αρχή αυτής της ενότητας η Ελβετία και η ΗΠΑ είναι χώρες όπου υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ προμηθευτών υγείας και πληρωτών και πλήρης κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα. Έτσι, αν και η σύγκριση μεταξύ αυτών των δύο και άλλων Ευρωπαϊκών χωρών είναι αρκετά δύσκολη, καθώς ελάχιστες χώρες έχουν τόσο ανεπτυγμένη την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας, τα παραπάνω αποτελέσματα είναι σύμφωνα με αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν σε χώρες με gatekeeping σύστημα.

3.4 Το fundholding σύστημα στη Μ. Βρετανία.

Σε αυτή την υποενότητα επιχειρείται μια προσπάθεια αποτίμησης του fundholding συστήματος στο ΗΒ, καθώς είναι η κατεξοχήν χώρα στην οποία οι Γ.Ι λειτουργούν ως φύλακες έχοντας διευρυμένη συνυπευθυνότητα στον οικονομικό έλεγχο του συστήματος της υγείας.¹⁸ Μέχρι το 1996 οι Γ.Ι που διατηρούσαν προϋπολογισμό για την αγορά δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας (fundholders), κάλυπταν το 50% του πληθυσμού στη Βρετανία και επέλεξαν το πρόγραμμα σε *εθελοντική βάση*. Όταν το πρόγραμμα έφθασε σε πλήρη ανάπτυξη ο κάθε Γ.Ι ήταν υπεύθυνος για 10.000 εγγεγραμμένους (Oliver, 2005).

Το ερώτημα είναι, ποια ήταν η επίδραση τους στις συνολικές δαπάνες υγείας; Το ερώτημα αυτό δεν μπορεί να απαντηθεί μονοδιάστατα. Η αποτίμηση των περισσότερων πολιτικών, όπως άλλωστε προαναφέρθηκε, είναι πολύ δύσκολη διεργασία.¹⁹

Παραπομπές στη δευτεροβάθμια φροντίδα.

Σύμφωνα με τον Street (2007), τα στοιχεία δείχνουν ότι το fundholding σύστημα²⁰ παρότρυνε τους Γ.Ι να μειώσουν τον ρυθμό εισαγωγών στην δευτεροβάθμια φροντίδα. Ωστόσο, ο Donnell (2000) θεωρεί ότι η επίδραση

¹⁸ Το σύστημα fundholding ήταν πιθανώς η πιο σημαντική οικονομική διαρρύθμιση στο NHS. Καθιερώθηκε από την συντηρητική κυβέρνηση το 1991, η οποία θεωρούσε ότι μέσω των αγορών θα μπορούσε να επιτευχθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Ο περιορισμός του κόστους, η πρόκληση του ανταγωνισμού και οι αποφάσεις για διανομή των πόρων πιο κοντά στους ασφαλισμένους, έκανε τους Γ.Ι να έχουν σημαντικό ρόλο στην τοπική αγορά της υγείας (Weller and Maynard, 2004; Oliver, 2005).

¹⁹ Την δυσκολία αυτή την ενίσχυσε η στάση της συντηρητικής κυβέρνησης με το να είναι αντίθετη σε προσπάθειες αποτίμησης του προγράμματος, με το σκεπτικό ότι θα μπορούσε να εκληφθεί ως έλλειψη αφοσίωσης στο fundholding σύστημα. Πίσω από αυτό βέβαια κρύβεται η αντιπαράθεση των δύο κομμάτων (εργατικών και συντηρητικών) για την εφαρμογή του προγράμματος (Street, 2007; Dushieko et al., 2006).

²⁰ Ένας από τους βασικούς στόχους του προγράμματος ήταν ο έλεγχος της πρόσβασης στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Έτσι το πώς επέδρασε τελικά, έχει ενδιαφέρον όχι μόνο για την Μ.Βρετανία, αλλά και για τις πολιτικές που εφαρμόζονται διεθνώς. Σε χώρες gatekeeping (Ισραήλ, Ν.Ζηλανδία) η εφαρμογή αντίστοιχων προγραμμάτων είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση των δαπανών (Dushieko et al., 2006)

fundholding στο ρυθμό παραπομπών δεν είναι ξεκάθαρη. Πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος η διαφορά ήταν μικρή, σε ότι αφορά ειδικά τον πρώτο χρόνο, με τον ρυθμό να αυξάνει και για τους fundholders και για τους non-fundholders²¹. Ωστόσο τον δεύτερο χρόνο ο ρυθμός για τους fundholders ήταν χαμηλότερος 115,4 παραπομπές σε Ε.Ι ανά 1000 ασθενείς το χρόνο σε αντίθεση με 120,3 παραπομπές ανά 1.000 ασθενείς για τους συγκρινόμενους non-fundholders. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Dushieko et al. (2006), οι οποίοι διαπιστώνουν ότι ο ρυθμός εισαγωγής σε νοσοκομεία για ασθενείς με καταρράκτη ήταν 12% χαμηλότερος υπό fundholding σύστημα, από ότι εκείνοι που προέρχονταν από Γ.Ι χωρίς fundholding πρακτικές. Οι μηχανισμοί που χρησιμοποιούν οι fundholders για το έλεγχο του ρυθμού δεν είναι ξεκάθαροι, αλλά μπορεί να περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές δραστηριότητες, πρωτόκολλα και συνεργασία με άλλες ειδικότητες (Donnell, 2000).

Σε κάθε περίπτωση, το πρόβλημα στο ΗΒ δεν είναι ο αυξημένος ρυθμός των εισαγωγών σε νοσοκομεία και παραπομπών σε Ε.Ι. **Οι Γ.Ι διαχρονικά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ενεργώντας σαν φύλακες στη δευτεροβάθμια φροντίδα, έτσι ο ρυθμός εισαγωγών στα νοσοκομεία είναι χαμηλότερος από οποιαδήποτε άλλη χώρα.** Κατά συνέπεια, η οριακή επίδραση στο ρυθμό εισαγωγών λόγω του fundholding ήταν αναμενόμενη (Street, 2007).

Το φαρμακευτικό κόστος.

Η αύξηση του φαρμακευτικού κόστους στο ΗΒ την δεκαετία 1983-1993 είχε σαν αποτέλεσμα η φαρμακευτική δαπάνη να αντιστοιχεί στο 11% των συνολικών δαπανών του εθνικού συστήματος υγείας του ΗΒ. Σύμφωνα με τους Whynes, Braine and Tolley (1995) τα πρώτα τρία κύματα²² fundholders είχαν καταφέρει σημαντική μείωση στο φαρμακευτικό κόστος ανά ασθενή σε σχέση με τους μη fundholders την ίδια περίοδο. Η συνταγογραφική τους συμπεριφορά περιλαμβάνει μια σημαντικά υψηλή αναλογία σε αντίγραφα φάρμακα. Το γεγονός ότι τα πρώτα κύματα fundholders είχαν καλές επιδόσεις στους στόχους συνδυάζεται με την διαδικασία

²¹ Σημείωση: Τόσο οι Γ.Ι στους οποίους είχε δοθεί ατομικός προϋπολογισμός για την διαχείριση και πληρωμή των δαπανών, των εγγεγραμμένων στη λίστα, για καθορισμένες δευτεροβάθμιες υπηρεσίες και την φαρμακευτική δαπάνη (fundholders) όσο και αυτοί που δεν μετείχαν σε αυτή την πρακτική (non-fundholders), λειτουργούν ως gatekeepers. Αλλά οι πρώτοι είχαν μεγαλύτερη οικονομική συνυπευθυνότητα και έπρεπε να υπολογίζουν όλες τις παρενέργειες των αποφάσεών τους.

²² Η δυνατότητα για εγγραφή στο σύστημα fundholding δινόταν τον Απρίλιο, ο οποίος στο ΗΒ αποτελεί την αρχή του οικονομικού έτους. Έτσι ο μήνας Απρίλιος είναι η απαρχή της δημιουργίας ενός νέου κύματος Γ.Ι ως fundholders.

επιλογής, η οποία ήταν αυτοεπιλογή στη βάση απόδοσης και δυνατοτήτων. Το τέταρτο κύμα κατάφερε αρνητικό ρυθμό αύξησης στο συνταγογραφικό κόστος, σε αντιδιαστολή με τα άλλα δύο γκρουπ. Η αλλαγή στο *αριθμό των ποσοτήτων των φαρμάκων* και στο *ρυθμό αύξησης των αντιγράφων* ήταν αυτό που έκανε την διαφορά και κάλυψε το έδαφος από τα πρώτα κύματα Γ.Ι μέσα σε ένα χρόνο. *Αυτό το εύρημα είναι άξιο προσοχής για χώρες με ανεξέλεγκτες φαρμακευτικές δαπάνες, το πως μπορούν δηλαδή να υπάρξουν τόσο γρήγορες επιδράσεις όταν υπάρχει στρατηγική διαχείρισης στο φαρμακευτικό κόστος.*

Πολλές μελέτες, επίσης, έχουν δείξει ότι η επίδραση στο φαρμακευτικό κόστος μπορεί να έχει μόνο *βραχυχρόνιο χαρακτήρα* και να οφείλετε στην αλλαγή της συνταγογράφησης στα φθηνότερα generic φάρμακα (Kay, 2002; Corney and Kerrison, 1997).

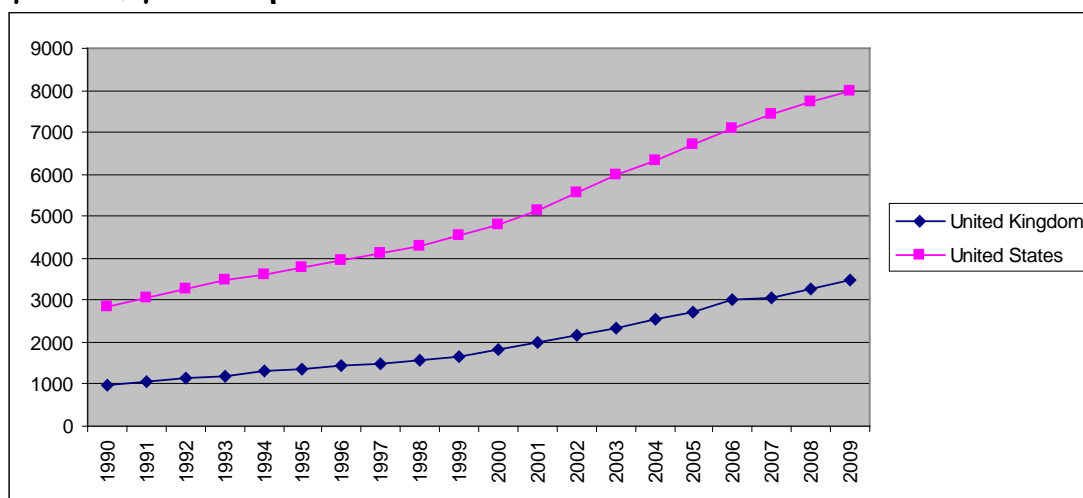
3.5 Συγκριτική ανάλυση ΗΒ και ΗΠΑ, στην επίδραση των Γ.Ι στις δαπάνες υγείας. Γιατί οι Γ.Ι στο ΗΒ έχουν καταφέρει το στόχο του ελέγχου των δαπανών;

Σε αυτό το τμήμα διερευνούνται οι διαφορές μεταξύ του υγειονομικού περιβάλλοντος που επιδρά στην διαμόρφωση διαφορετικού επιπέδου δαπανών στο ΗΒ (gatekeeping σύστημα) και στις ΗΠΑ (non-gatekeeping σύστημα).

3.5.1 Ο πληθυσμός των ΗΠΑ δαπανά περισσότερα για την υγεία και ζει λιγότερο σε σχέση με το ΗΒ.

Από τα διαγράμματα 3.3, 3.4 και 3.5 φαίνεται ότι στις δαπάνες υγείας μεταξύ των δύο χωρών υπάρχει ένα χάσμα, ενώ αντίθετα μετρώντας τα παραγόμενα αποτελέσματα ως το προσδόκιμο επιβίωσης στο σύνολο του πληθυσμού φαίνεται ότι δεν έχει σημασία μόνο πόσο δαπανά μια χώρα για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, αλλά και το εάν το σύστημα λειτουργεί αποτελεσματικά.

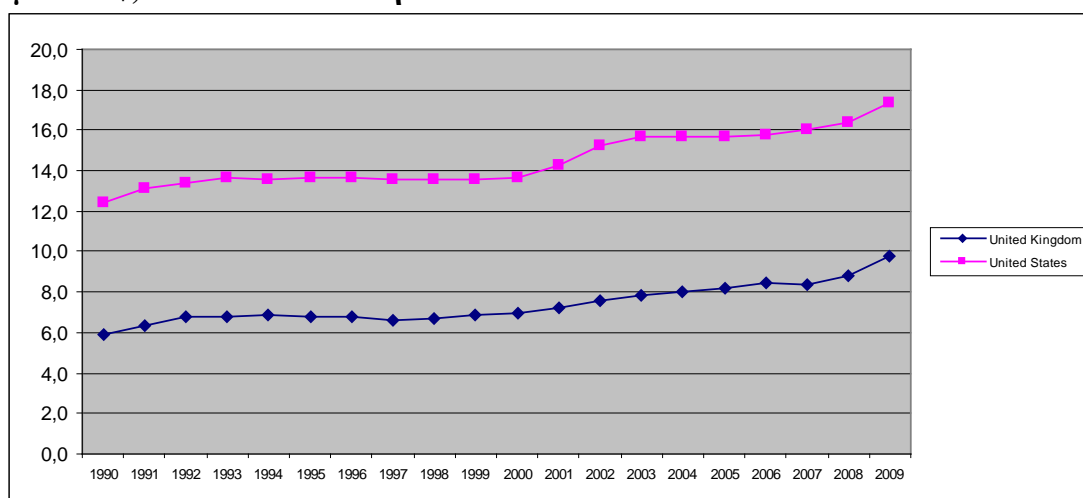
Διάγραμμα 3.3: Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας ΗΒ και ΗΠΑ σε αγοραστική ισοδυναμία US \$ για τα έτη 1990-2009



Πηγή: OECD Health Data 2011: www.stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA

Η μέση κατά κεφαλή δαπάνη το χρονικό διάστημα 1990 – 2009 ήταν 1.978 δολάρια στο ΗΒ και 5.086 στις ΗΠΑ (περίπου 2,5 φορές μεγαλύτερη).

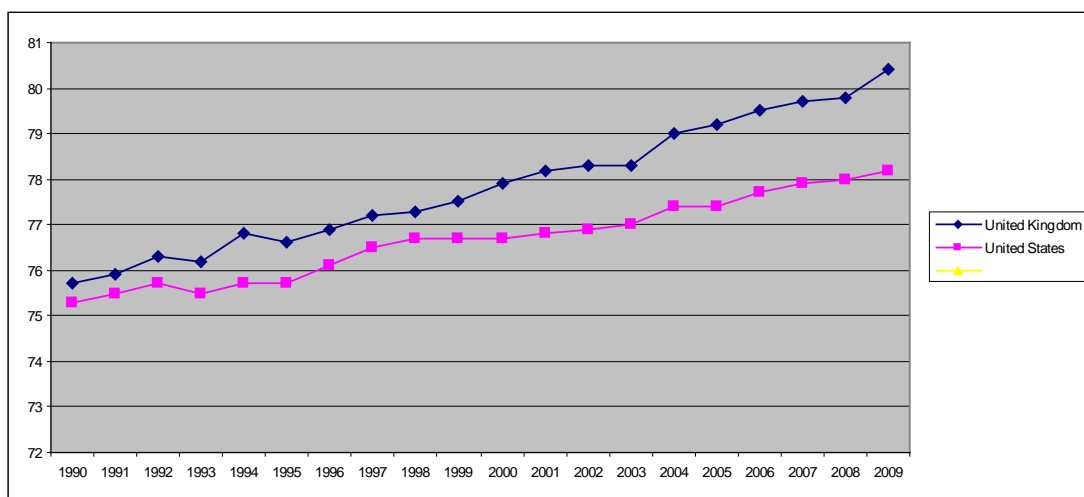
Διάγραμμα 3.4: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε αγοραστική ισοδυναμία US \$, ΗΒ και ΗΠΑ. Έτη 1990-2009



Πηγή: OECD Health Data 2011: www.stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA

Η ΗΠΑ δαπανούν σχεδόν το διπλάσιο ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με το ΗΒ, για την υγεία. Το 2009 το ποσοστό ανήλθε σε 9,8 στο ΗΒ και 17,4 στις ΗΠΑ. Κάτι αναμενόμενο, καθώς δικαιολογείται από τις διπλάσιες σχεδόν κατά κεφαλή δαπάνες, αλλά και την μεγάλη μεταξύ τους διαφορά στη φαρμακευτική δαπάνη (919 και 381 δολάρια κατά κεφαλή αντίστοιχα το 2009, δηλαδή 2,4 φορές μεγαλύτερη στις ΗΠΑ).

Διάγραμμα 3.5: Προσδόκιμο επιβίωσης στις ΗΠΑ και το ΗΒ.



Πηγή: OECD Health Data 2011: www.stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA

Ενώ κάποιος θα ανέμενε, τουλάχιστον, ο πληθυσμός των ΗΠΑ με τα ποσά που δαπανά ως χώρα να ζει περισσότερο, εντούτοις στο διάγραμμα φαίνεται ότι συμβαίνει το αντίθετο και μάλιστα ενώ στο ΗΒ το προσδόκιμο ζωής έχει ανοδική τάση, στις ΗΠΑ αυτή η προοπτική του δείκτη αποτύπωσης της υγείας φαίνεται να μένει στάσιμη.

3.5.2 Διερεύνηση του υγειονομικού περιβάλλοντος των δύο χωρών.

Σύμφωνα με τον Forrest (2003), στο ΗΒ ο αριθμός των Ε.Ι συγκριτικά με τους Γ.Ι είναι μικρός. Οι Γ.Ι αποτελούν περίπου το 50% του συνόλου του ιατρικού προσωπικού και απολαμβάνουν ευρείας υποστήριξης. Αντίθετα στις ΗΠΑ υπάρχει μεγάλος αριθμός Ε.Ι με ελεύθερη πρόσβαση και υπάρχει αντίδραση των οργανώσεων τους με τη θέση των Γ.Ι ως gatekeepers. Στα προγράμματα υγείας των ΗΠΑ με κανονισμούς gatekeeping οι ασθενείς είναι δυο φορές πιο πιθανό να παραπεμφθούν σε εξειδικευμένη ακριβή φροντίδα από ότι να παραπέμψουν οι Γ.Ι στο ΗΒ τους ασφαλισμένους (δηλαδή δεν έχει σημασία μόνο το εάν οι Γ.Ι έχουν ρόλο φύλακα, αλλά και το πλαίσιο το οποίο τους περιβάλλει).

Έτσι, το υγειονομικό περιβάλλον των ΗΠΑ που χαρακτηρίζεται από υπερπληθωρισμό σε Ε.Ι ευθύνεται για τον υψηλό ρυθμό εισαγωγής σε ακριβότερη εξειδικευμένη φροντίδα. Αυτός ο υψηλός ρυθμός είναι φυσικά ένας από τους λόγους των υπερβολικά υψηλών δαπανών υγείας στις ΗΠΑ και πιστεύεται ότι εάν διορθωθεί αυτή η στρέβλωση θα υπάρχει προσδοκία για χαμηλότερες δαπάνες υγείας (Starfield, Shi and Macinko, 2005).

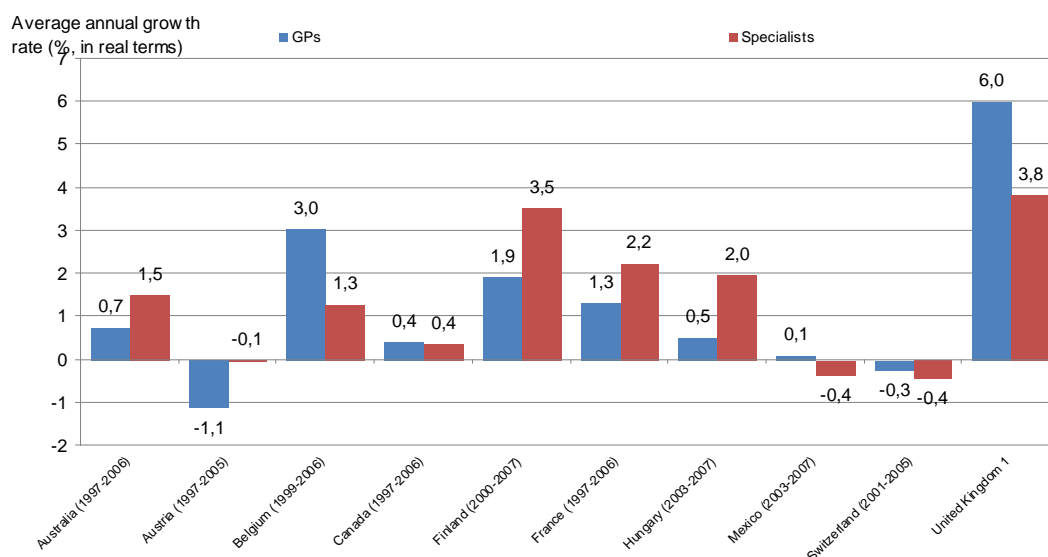
Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν οι Forrest et al. (2002). Στην μελέτη τους περιλαμβάνουν δύο δείγματα με ασφαλισμένους, οι οποίοι έχουν την ίδια δομή στην διαδικασία παραπομπής, για να συγκριθεί ο ρυθμός παραπομπών σε Ε.Ι, στις δύο χώρες. Το δείγμα των ΗΠΑ (n= 384.693) αποτελείται από ασθενείς πέντε ΗΜΟς, στα οποία οι ΓΙ λειτουργούν ως gatekeepers. Το δείγμα του ΗΒ (n=757.680) προήλθε από την βάση δεδομένων παρακολούθησης των ΓΙ.

Μεταξύ των πέντε ΗΜΟς το 30% - 36,8% των ασθενών ανά έτος είχαν παραπομπή σε Ε.Ι, ενώ στο ΗΒ 13,9%. Έτσι στις ΗΠΑ οι Γ.Ι παραπέμπουν σε Ε.Ι περίπου έναν στους τρεις ασθενείς, αντίθετα στο ΗΒ η αναλογία είναι ένας στους επτά. Η χαμηλή διαθεσιμότητα των Ε.Ι και η προκύπτουσα μακρά διάρκεια αναμονής στη λίστα, στο ΗΒ, είναι ένας σημαντικός επεξηγηματικός λόγος για αυτές τις διαφορές. Μόλις το 1% των ασθενών στις ΗΠΑ περιμένουν τέσσερις μήνες ή παραπάνω για μικροχειρουργικές επεμβάσεις, συγκρινόμενο με το 33% στο ΗΒ.

Σύμφωνα με τον Green (2004), οι Γ.Ι στις ΗΠΑ δεν είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο άσκησης των καθηκόντων τους και τον **τρόπο αμοιβής τους**. Τα δύο αυτά υποβαθμίζουν τον ρόλο της γενικής ιατρικής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας γενικότερα, με αποτέλεσμα οι Ηνωμένες Πολιτείες να χαρακτηρίζονται από μεγάλες δαπάνες στο σύστημα υγείας και χαμηλή αποδοτικότητα λόγω της μη αποτελεσματικής κατανομής των πόρων.

Αντίθετα οι Γ.Ι στο ΗΒ είναι οι καλύτερα αμειβόμενοι γιατροί σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και τυγχάνουν ευρείας αποδοχής. Επιπλέον η μισθολογική τους θέση συνεχώς ισχυροποιείται και όπως αποτυπώνεται στο διάγραμμα 3.6 η ετήσια αύξηση των αποδοχών τους είναι σημαντικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των Ε.Ι.

Διάγραμμα 3.6: Ετήσιος ρυθμός αύξησης των μισθών (% σε πραγματικούς όρους) ΓΙ και ΕΙ, σε διάφορες χώρες.



Πηγή: OECD Health Data 2011

Επίσης, για την απόδοση των υγειονομικών συστημάτων των δύο χωρών σημαντικό ρόλο παίζει ο λιγότερο εντατικός / υπερεξειδικευμένος χαρακτήρας των Γ.Ι στο ΗΒ και το ευρύτερο πεδίο άσκησης των ιατρικών πράξεων (Forrest et al., 2002). Έτσι, παρά τις μεγάλες αλλαγές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) από το 1948, η δομική λειτουργία των ΓΙ παραμένει σε γενικές γραμμές άθικτη (Weller and Maynard, 2004). Αντίθετα το υγειονομικό σύστημα των ΗΠΑ βρίσκεται υπό συνεχή αναζήτηση μεθόδων για περιορισμό του κόστους της υγείας.

3.6 Συμπέρασμα.

Συνοψίζοντας τα κύρια συμπεράσματα των διαθέσιμων εμπειρικών μελετών, μπορούμε να πούμε ότι τα ευρήματα είναι αρκετά διφορούμενα όσον αφορά στον γενικότερο στόχο του περιορισμού του κόστους. Αν και δεν βρίσκονται πάντα θετικές επιδράσεις σε όλες τις συνιστώσες των δαπανών υγείας, η μεταβλητή των ΓΙ ως gatekeepers συμβαίνει να έχει αρνητική επίδραση και ποτέ δεν έχει καταγραφεί θετική συσχέτιση στις δαπάνες υγείας. Αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένδειξη ότι οι Γ.Ι ως φύλακες πράγματι έχουν θετική συνεισφορά στον περιορισμό της αύξησης των δαπανών.

Ειδικότερα, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι Γ.Ι έχουν επιτύχει τον στόχο του ελέγχου των δαπανών στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα (Etter and Perneger,

1998; Forrest, 2003; Martin et al., 1989; Delnoij et al., 2000). Επίσης η ανάλυση των δεδομένων από τις χώρες του ΟΟΣΑ έχει δείξει ότι οι χώρες με gatekeeping σύστημα έχουν καλύτερα αποτελέσματα στις δαπάνες υγείας (σε μακροεπίπεδο).

Η συμβολή των Γ.Ι ως gatekeepers έχει την ίδια θετική επίδραση στη μείωση του κόστους, ανεξάρτητα του ασφαλιστικού συστήματος ή του τρόπου χρηματοδότησης των χωρών. Όπως αναλύθηκε, σε χώρες με ανεπτυγμένη την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας, τα αποτελέσματα των ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων τύπου ΗΜΟς, όταν λειτουργούν με περιορισμό στο δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής δευτεροβάθμιων υπηρεσιών (σε μικροεπίπεδο) είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρήθηκαν σε χώρες με gatekeeping σύστημα, αν και σε μικρότερο βαθμό.

Αντίθετα, σημαντικός παράγοντας είναι το υγειονομικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται οι πρακτικές gatekeeping των Γ.Ι. Από την ανάλυση των συνθηκών που επικρατούν στα υγειονομικά συστήματα των ΗΠΑ και ΗΒ αποδεικνύεται ότι χώρες με αριθμητική κυριαρχία σε Ε.Ι, δυσκολεύουν την συμπεριφορά των Γ.Ι ως φίλτρο στο σύστημα και ελαχιστοποιούν τις θετικές τους επιδράσεις (Forrest, 2003; Starfield, Shi, Macinko, 2005; Forrest et al., 2002; Green, 2004).

Επίσης, η παροχή ατομικών κλειστών προϋπολογισμών για την κάλυψη των δαπανών των εγγεγραμμένων ασθενών παράλληλα με τον ρόλο των Γ.Ι ως φύλακα έχει θετική συσχέτιση με την μείωση του κόστους (Etter and Perneger, 1998; Street, 2007; Dushieko et al., 2006; Whynes, Braine and Tolley, 1995).

Έτσι από τις ενδείξεις που υπάρχουν μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι πολιτικές που ενθαρρύνουν την στροφή των χωρών από τους ειδικούς γιατρούς στους Γ.Ι και την πρωτοβάθμια φροντίδα είναι μια επιλογή που μειώνει το συνολικό κόστος υγείας. Αυτή η επιλογή είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη για τον έλεγχο των δαπανών και οι διαμορφωτές των πολιτικών υγείας πρέπει να δημιουργούν τις συνθήκες που οδηγούν σε αποτελεσματική εφαρμογή των πρακτικών περιορισμού στην πρόσβαση μέσω των Γ.Ι.

Στα επόμενα κεφάλαια θα αναλυθούν οι οικονομικές επιπτώσεις λόγω της ελεύθερης πρόσβασης του πληθυσμού στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας, καθώς και εάν είναι αναγκαίος ο μετασχηματισμός σε χώρα με περιορισμό στην πρόσβαση καθιστώντας τους Γ.Ι φύλακες στο σύστημα υγείας.

Κεφάλαιο 4. Η πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα και η θέση των

Γ.Ι στο σύστημα υγείας.

4.1 Εισαγωγή.

Η Ελλάδα, όπως όλες οι ανεπτυγμένες χώρες, αντιμετωπίζει έντονα προβλήματα λόγω της μεγέθυνσης των δαπανών για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στον πληθυσμό. Έτσι σε αυτό το κεφάλαιο θα επιχειρηθεί να αναλυθεί το ποια είναι η ισχύς στο σύστημα της ΠΦ και ποια είναι η θέση των Γ.Ι, καθώς, με βάση τις διαπιστώσεις στα προηγούμενα κεφάλαια, οι δύο αυτοί παράγοντες συνιστούν εξαιρετικά κρίσιμες επιλογές για την συγκράτηση του κόστους υγείας.

4.2 Η ΠΦ και οι ΓΙ το αδύνατο σημείο του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η αποσπασματική ανάπτυξη και ο σχηματισμός του συστήματος υγείας είναι παράλληλος με την ανάπτυξη του ελληνικού κράτους (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). Έτσι, σύμφωνα με τον Μωραΐτη (2000) αποτελεί κοινοτυπία η επανάληψη της άποψης ότι το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί τον αδύναμο κρίκο του συστήματος και ότι για να αρθούν το χρόνια δομικά προβλήματα του ΕΣΥ, η ανάπτυξη ενός ενιαίου ολοκληρωμένου υποσυστήματος, *στη βάση της αρχής της παραπομπής μέσω Γ.Ι, είναι επιτακτική ανάγκη.*

Στο σχεδιασμό και στη φιλοσοφία του ΕΣΥ υπάρχουν δομικές αντινομίες που αναπτύχθηκαν από τον ουτοπικό ισχυρισμό ότι μπορεί υπό συνθήκες πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης να υπάρξει ταυτοχρόνως πλήρης ελευθερία στην πρόσβαση. Δηλαδή η αντινομία βρίσκεται στην ύπαρξη της ταυτόχρονης θεώρησης ότι είναι δυνατό να παρέχεται *ισότιμη και δωρεάν υγεία, με απεριόριστη ελευθερία* (Mosialos, Allin and Davaki, 2005).

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2000) αυτό ο στόχος είχε ήδη αποδειχτεί χίμαιρα στο σύνολο σχεδόν των βιομηχανικών χωρών στη δεκαετία του '50 και '60, λόγω των δημοσιονομικών προβλημάτων που δημιουργούσε. *Στην πραγματικότητα δεν είναι οικονομικά δυνατή η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη με μηδενικές τιμές και ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.* Οι παρενέργειες οφείλονται στην συνδυαστική δράση της πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης (ηθική βλάβη) και του μη περιορισμού στην προσφορά (μέσω Γ.Ι).

Στη συνέχεια του κεφαλαίου θα αναλυθούν οι οικονομικές επιπτώσεις από την μη ύπαρξη ενός συστήματος ελέγχου της πρόσβασης του πληθυσμού σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

4.3 Αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης με βάση το κριτήριο του κόστους.

Σύμφωνα με τους Abel-Smith κ.ά. (1994), με δεδομένο το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού η Ελλάδα θεωρείται ότι δαπανά μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία. Αυτό την εντάσσει στην κατηγορία των χωρών όπως η Γερμανία, το Βέλγιο, και η Ολλανδία που λόγω του μεγαλύτερου κατά κεφαλήν εισοδήματος δαπανούν περισσότερα για την υγεία. Οι συνέπειες, όμως, που υφίσταται η χώρα είναι παράλληλες με αυτές των ΗΠΑ²³ (Forrest, 2003).

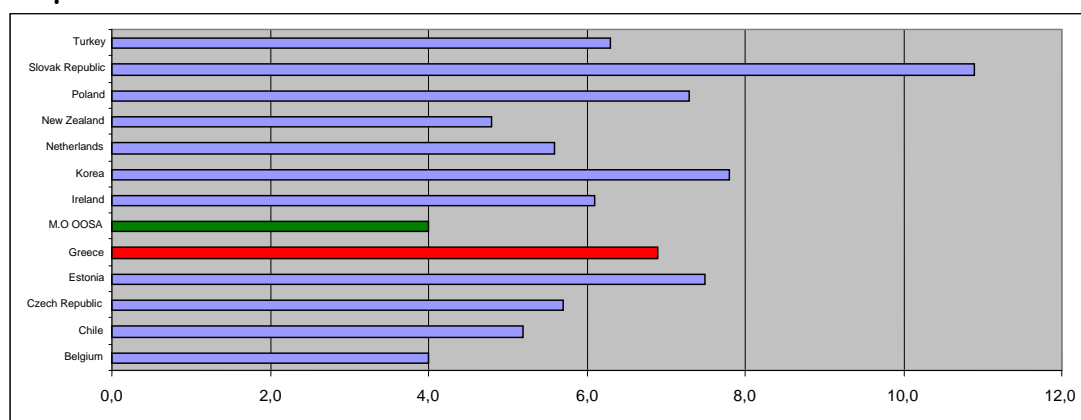
Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2000) δεδομένου του βαθμού των στρεβλώσεων του τομέα της υγείας στην Ελλάδα είναι σχετικά αποδοτικός. Το ότι η χώρα δαπανά μόνο το 8% του ΑΕΠ, χωρίς σύστημα παραπομπών μέσω Γ.Ι και πληθώρα προμηθευτών, είναι επιτυχία αλλά όμως δεν είναι τυχαίο. Στην πραγματικότητα οι τιμές δεν είναι μηδενικές στο σημείο της κατανάλωσης όπως επισήμως αναφέρεται. *Οι άτυπες πληρωμές, οι συμπληρωμές, το υψηλό κόστος χρόνου, κ.α, συγκρατούν το σύστημα από οικονομική κατάρρευση και βελτιώνουν την αποδοτικότητα*. Αλλά, βεβαίως, παραβιάζεται το κριτήριο της ισότητας.

Όπως αποτυπώνεται στο **διάγραμμα 4.1** η Ελλάδα με 6,9 % μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία, συγκαταλέγεται ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ με τον υψηλότερο ρυθμό αύξησης (μ.ο 4,0%)²⁴.

²³ Συνυπολογίζοντας την σημαντικότητα της παραοικονομίας στο χώρα της υγείας, την οποία ο ΟΟΣΑ υπολόγισε σε 29% των συνολικών δαπανών, η Ελλάδα, το 2005, κατατάσσεται στην δεύτερη θέση στην παγκόσμια κατάταξη με 12,9% του ΑΕΠ, μετά τις ΗΠΑ και πριν την Ελβετία. (ΟΟΣΑ, 2009).

²⁴ Κατά την πενταετία 1992-1997 ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας είναι παρεμφερής ή κάπως πιο βραδύς της οικονομικής μεγέθυνσης. Πρόσφατα όμως οι δαπάνες αυξάνονται ταχύτερα από την οικονομική μεγέθυνση σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ (ΟΟΣΑ, 2005).

Διάγραμμα 4.1: Ρυθμός αύξησης των δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ πάνω από τον μ.ο. – 2000 - 2009



Πηγή: OECD, Health Data 2011

4.3.1 Ελεύθερη πρόσβαση σε υψηλότερα επίπεδα νοσηλείας.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το δικαίωμα των πολιτών για ελεύθερη προσπέλαση με μηδενικές τιμές τη στιγμή της ανταλλαγής δεν ισχύει στην πραγματικότητα, καθώς εξαρτάται από τις ίδιες πληρωμές ή παραπληρωμές. Σε μερικές περιπτώσεις που έχουν τεθεί περιορισμοί στην πρόσβαση (π.χ ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α) αυτοί οι φραγμοί δεν λειτουργούν ουσιαστικά. Έτσι ο βαθμός ελευθερίας στις υγειονομικές υπηρεσίες του δημόσιου τομέα είναι πολύ μεγάλος, ενώ στις ιδιωτικές υπάρχει πλήρη ελευθερία. *Ο μηχανισμός παραπομπής και προσανατολισμού στα επόμενα επίπεδα μέσου των Γ.Ι, όπως γίνεται σε πολλές χώρες, είναι ανύπαρκτος.* Το χειρότερο, ενώ η πρόσβαση είναι θεωρητικά ελεύθερη στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, αυτή επιτυγχάνεται συνήθως μέσω διαπραγμάτευσης του χρήστη και του γιατρού, διαδικασία που οδηγεί σε παραπληρωμές²⁵ (OECD, 2009). Αυτοί οι ισχυρισμοί ενισχύονται από τους Mosialo, Allin and Davaki (2005), οι οποίοι θεωρούν ότι το πρώτο σημείο επαφής γιατρού ασφαλισμένου δεν είναι ο ΓΙ, αλλά τα ιδιωτικά ιατρεία των Ε.Ι, καθώς η πρόσβαση είναι ελεύθερη χωρίς gatekeeping σύστημα.

Η μη ύπαρξη αποτελεσματικού ελέγχου των παραπομπών σε Ε.Ι και οι ανεξέλεγκτες εισαγωγές στα νοσοκομεία, προκαλούν αδικαιολόγητα υψηλή χρέωση των ασφαλιστικών ταμείων για φαρμακευτική δαπάνη και υψηλούς κόστους

²⁵ «Καταρχήν, ο ασθενής μπορεί ελεύθερα να έχει πρόσβαση ως εξωτερικός ασθενής με ένα ειδικευμένο γιατρό σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, αλλά όμως πρέπει να περιμένει αρκετές εβδομάδες ή μήνες για να κλείσει ένα ραντεβού. Αντίθετα, για το ίδιο ραντεβού, με τον ίδιο γιατρό, στο ίδιο νοσοκομείο μπορεί να επιτευχθεί σχεδόν αμέσως κατόπιν ιδιωτικής πληρωμής.» (Oecd, 2009, p.10)

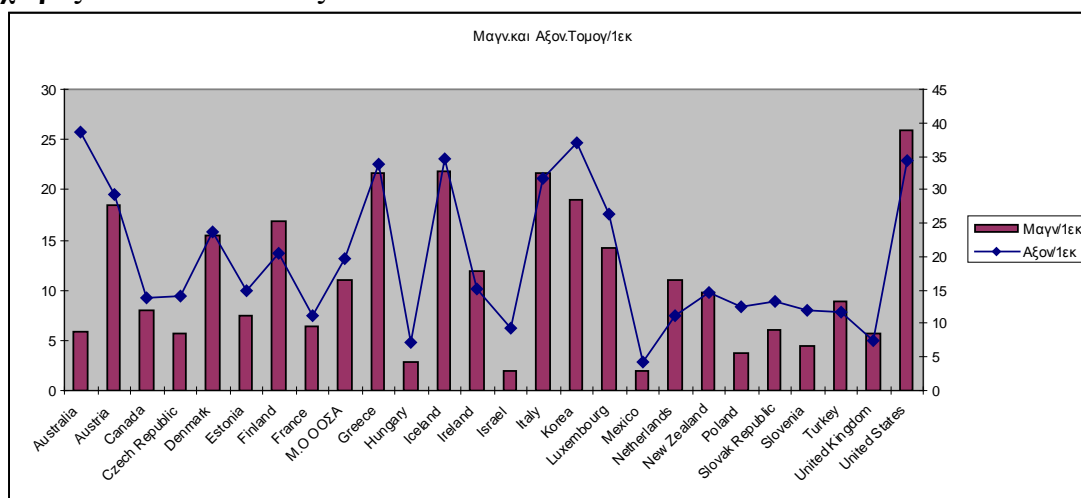
διαγνωστικές εξετάσεις. Έτσι τα φαινόμενα εικονικής ζήτησης και υπερκατανάλωσης υπηρεσιών επιβαρύνουν τα δημόσια οικονομικά και τον οικογενειακό προϋπολογισμό (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2010) η συμμετοχή της υγείας στο συνολικό εθνικό χρέος, λόγω της υπερκατανάλωσης και των παραοικονομικών φαινομένων, την τελευταία δεκαετία, είναι πάνω από 50 δις ευρώ. Η Ελλάδα όπως επισημαίνεται έχει επιλέξει τον πιο ακριβό τρόπο για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας: μέσω των νοσοκομείων παρά μέσω της ΠΦ, μέσω των ΕΙ παρά των ΓΙ και μέσω των ακριβών διαγνωστικών εξετάσεων παρά της κλινικής εξέτασης. (OECD, 2009).

4.3.2 Υπερκατανάλωση ακριβών διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων

Το σύστημα ευνοεί τα νοσοκομεία και τους Ε.Ι παρά την ΠΦ και τους Γ.Ι και αυτό αποδεικνύεται από την κατανάλωση ακριβών διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 4.2, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2009, στην Ελλάδα ο αριθμός των αξονικών και των μαγνητικών τομογράφων (ανά 1 εκατ. Πληθυσμό) είναι από τους υψηλότερους στον κόσμο και σχεδόν ίσος με αυτόν των ΗΠΑ. Υπάρχουν 33,8 αξονικοί τομογράφοι ανά 1 εκ πληθυσμού, ένας αριθμός πολύ υψηλότερος από το 22,1 του μ.ο των χωρών του ΟΟΣΑ και 21,6 μαγνητικοί τομογράφοι, σχεδόν διπλάσιοι από το μ.ο των χωρών του ΟΟΣΑ που είναι 12 μαγνητικοί ανά 1 εκ.

Το αναμενόμενο είναι οι πιο πλούσιες χώρες να έχουν την μεγαλύτερη αναλογία Μαγνητικών και Αξονικών τομογράφων, λόγω του υψηλού κόστους απόκτησης τους. Έτσι χώρες όπως η Πολωνία, το Μεξικό και η Ουγγαρία είναι φυσιολογικό να έχουν μικρή αναλογία. Το αντίθετο όμως συμβαίνει στην περίπτωση της Ελλάδας (ΟΟΣΑ, 2005). Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των τομογράφων ανήκει στον διαρκώς αυξανόμενο ιδιωτικό τομέα των διαγνωστικών κέντρων και μόνο ένας μικρός αριθμός ανήκει στα δημόσια νοσοκομεία.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2 Μαγνητικοί και Αξονικοί / Ένα εκατ. στην Ελλάδα και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2009



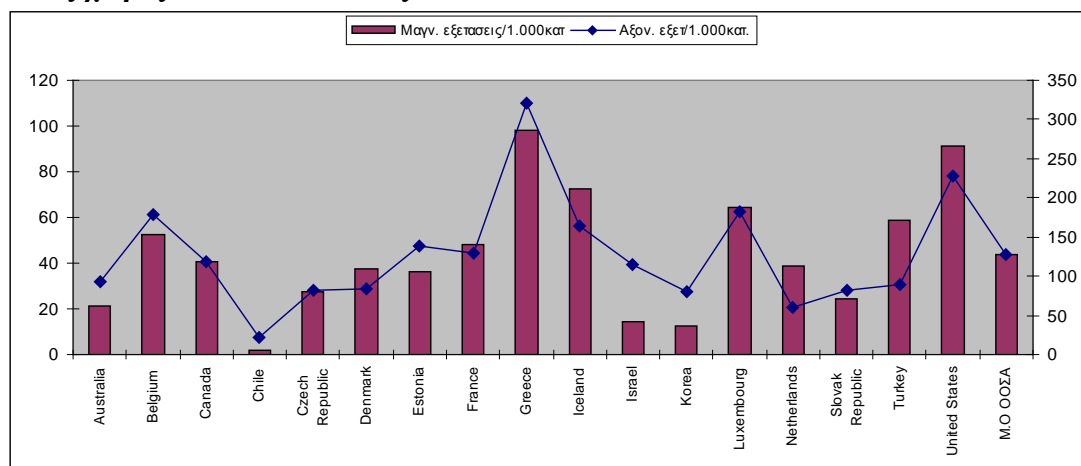
Πηγή: OECD, Health Data 2011

Στο διάγραμμα 4.3 αποδεικνύεται ότι η Ελλάδα δεν έχει μόνο μια από τις μεγαλύτερες αναλογίες αξονικών και μαγνητικών τομογράφων, αλλά είναι η πρώτη χώρα στη κατάταξη στις σχετικές διενεργούμενες ακριβές εξετάσεις.²⁶ Το 2008 πραγματοποιήθηκαν 97,9 μαγνητικές και 320 αξονικές τομογραφίες, όταν ο μ.ο των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 43,6 μαγνητικές και 127 αξονικές τομογραφίες. Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (σε συνέντευξη στην Φυντανίδου στην εφημ. το Βήμα, 27/11/2011) η υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία ενοχοποιείται για το μεγάλο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τον καθηγητή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας πραγματοποιούνται κατ' έτος 2.200.000 αξονικές τομογραφίες και περίπου 1.100.000 μαγνητικές, επίδοση που της δίνει την πρώτη θέση στον κόσμο.

Έτσι η ιατρική των απεικονίσεων (αξονικές, μαγνητικές) εξαιτίας των υψηλών τιμών προκαλεί μεγάλη κινητικότητα για επενδύσεις στον τομέα αυτό. Αντίθετα όμως στην τεχνολογία των υπερήχων (μια κατάλληλη και ήπια τεχνολογία) λόγω των χαμηλών τιμών η Ελλάδα κατέχει μια από τις κατώτερες θέσεις χρησιμοποίησης σε ευρωπαϊκή κλίμακα. Ο Κυριόπουλος (2011) υπολογίζει ότι αν η κατανάλωση αξονικών και μαγνητικών ήταν στην Ελλάδα, από το 1990, τόση όση και στη Γαλλία και στη Γερμανία με τις αντίστοιχες τιμές, η χώρα θα είχε όφελος 10 δις ευρώ.

²⁶ Αν το βιοτικό επίπεδο της Ελλάδας κρίνονταν με βάση την παραγγελία διαγνωστικών εξετάσεων Θα ανέρχονταν στο επίπεδο των πλουσιότερων χωρών (Μουτσόπουλος, 2011).

Διάγραμμα 4.3 Μαγνητικές και Αξονικές εξετάσεις / 1.000 κατ. στην Ελλάδα και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2008

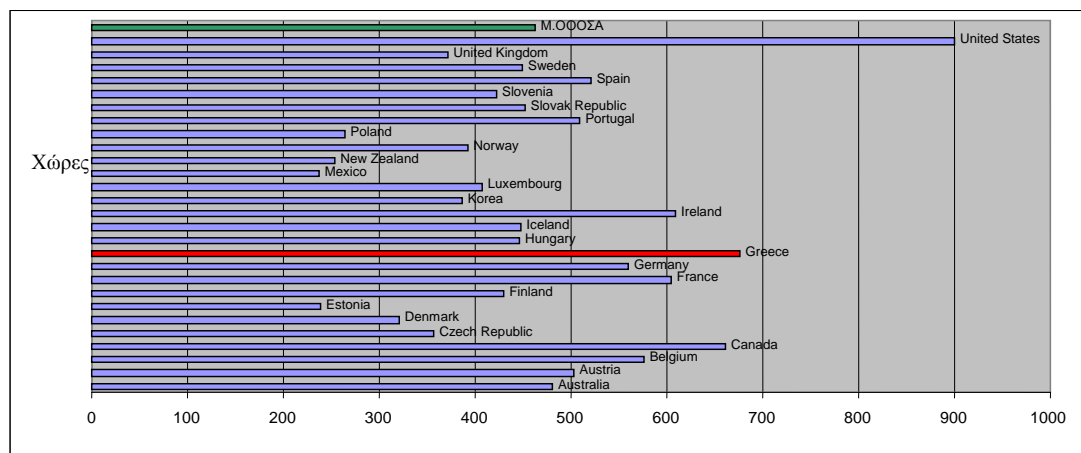


Πηγή: OECD, Health Data 2011

Σύμφωνα με τον OECD (2009), η εμπειρία των χωρών ΗΠΑ, Ελβετία και Ελλάδα αποδεικνύει ότι σε αυτές τις χώρες οι δαπάνες υγείας συνεχίζουν να αυξάνονται σε πολύ υψηλά επίπεδα, χωρίς κανένα εμφανές όφελος στην υγεία του πληθυσμού. Αυτό επιβεβαιώνει τους ισχυρισμούς του Arrow (1963) που θεωρεί ότι λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης οι ασθενείς αισθάνονται άρρωστοι, αλλά δεν είναι σίγουροι εάν αυτό είναι πραγματικότητα.

Παρόμοια είναι και η κατάσταση στην κατανάλωση φαρμάκων, όπου στην Ελλάδα η φαρμακευτική δαπάνη αντιστοιχεί σε χώρα 50εκ.κατοίκων και όχι στο πραγματικό μέγεθος του ελληνικού πληθυσμού. Στο διάγραμμα 4.4 η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ανέρχεται σε 676,7 US\$ και κατατάσσεται στη δεύτερη θέση μεταξύ 27 χωρών του ΟΟΣΑ, με πρώτη τις ΗΠΑ με 900 US\$, όταν ο μ.ο των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 462 US\$.

Διάγραμμα 4.4 Συνολική κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη σε αγοραστική ισοδυναμία US\$, στην Ελλάδα και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ Έτος 2008



Πηγή: OECD, Health Data 2011

4.4 Οργανωτική διάσπαση μεταξύ των τριών επιπέδων νοσηλείας.

Η διάσπαση και ο κατακερματισμός της παραγωγικής διαδικασίας στις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας μας, διαπιστώνεται τόσο μεταξύ των τριών επιπέδων περίθαλψης, όσο και στη *άσκοπη δυνατότητα των ασφαλισμένων να περιπλανιούνται χωρίς περιορισμούς στα διάφορα τμήματα του συστήματος*. Υπό αυτή την έννοια δημιουργούνται στρεβλώσεις που αφορούν τη διάσπαση της συνέχειας της φροντίδας με αρνητική συνέπεια την αύξηση του κόστους. Η έλλειψη ενός συστήματος παραπομπών έχει ως αποτέλεσμα την φτωχή πληροφόρηση και την διάσπαση στην ενότητα μεταξύ εξωνοσοκομειακής φροντίδας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας. Με επιστημονικούς και τεχνικούς όρους το δίλλημα σχετίζεται με την ανάπτυξη περιορισμών και φραγμών στην πρόσβαση (Mosialos, Allin and Davaki, 2005).

Συνεπή με τα παραπάνω είναι και το γενικό συμπέρασμα της ειδικής επιτροπής των εμπειρογνομόνων (Μωραϊτης κ.ά., 1995, σελ 67) που κατέληξε στην διαπίστωση: «το ελληνικό σύστημα υγείας είναι έντονο προσανατολισμένο στη θεραπεία και βασίζεται στη χρήση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Χωρίς καμία συνέχεια στη φροντίδα δημιουργείται η εντύπωση ότι οι ασθενείς περιφέρονται *μάλλον άσκοπα στο εσωτερικό του συστήματος, προκαλώντας περιττές δαπάνες*. Έτσι, με τα διεθνή μέτρα, το κόστος υγείας, εάν υπολογιστεί ορθά, είναι υψηλό για μια χώρα με το βιοτικό επίπεδο της Ελλάδας.»

4.5 Νοσοκομειακός προσανατολισμός και υψηλή εξειδίκευση.

Στο σύνολο των βιομηχανικών χωρών - με εξαίρεση το ΗΒ και τις Σκανδιναβικές χώρες – η υπερεξειδίκευση και ο υψηλός καταμερισμός της εργασίας αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του υγειονομικού τομέα. Η ΠΦ και η γενική ιατρική αποτελούν δευτερεύουσες προτεραιότητες (Κυριόπουλος, 1996). Σύμφωνα με τον Μπένο (1996) η νοσοκομειο-κεντρική και ιατροκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αποτελούν το αρνητικό υπόστρωμα στο οποίο στηρίζονται και αναπαράγονται οι αντιστάσεις ενάντια στην ανάπτυξη της ΠΦ και του ρόλου των Γ.Ι ως φύλακες.

4.5.1 Διαχρονική υποχρηματοδότηση της Π.Φ

Ενώ οι πιέσεις στο σύστημα εμφανίζονται κυρίως στο πρωτοβάθμιο επίπεδο με την υψηλή χρήση των υπηρεσιών ΠΦ, η νοσοκομειακή χρήση υπηρεσιών εμφανίζει πτώση. Όπως στις περισσότερες χώρες η μείωση προέρχεται από τον συντομότερο χρόνο παραμονής στα νοσοκομεία και από τον αυξανόμενο αριθμό των μικροχειρουργικών επεμβάσεων σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο (OECD, 2011).

Παρόλα αυτά το σύνολο των δημοσίων επενδύσεων κατευθύνεται στην νοσοκομειακή περίθαλψη και στην βιοϊατρική τεχνολογία. Από την ανάλυση σχετικών οικονομικών μεγεθών προκύπτει ότι η ΠΦ διαχρονικά καταλαμβάνει μικρότερο ειδικό βάρος στο υγειονομικό σύστημα.

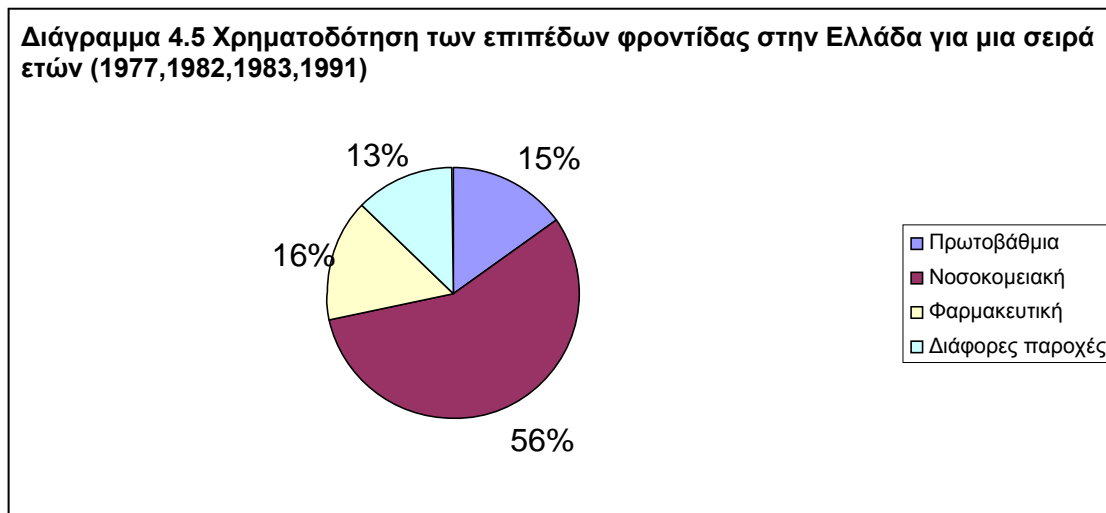
Στον πίνακα 4.1 περιγράφεται αναλυτικά η κατανομή των δημοσίων δαπανών στα διάφορα επίπεδα για μια σειρά ετών.

Επίπεδα φροντίδας	1977	1982	1983	1991
Πρωτοβάθμια	17,6	15,5	15,8	12,45
Νοσοκομειακή	51,2	54,6	55,1	63,54
Φαρμακευτική	17,5	14,6	14	15,84
Διάφορες παροχές	13,7	15,3	15,1	6,71
σύνολο	100,00	100,00	100,00	100,00

Πηγή: Μωραΐτης κ.ά., (1995)

Από τον πίνακα φαίνεται ο νοσοκομειοκεντρικός προσανατολισμός των πόρων, καθώς και ότι η αναλογία δαπανών μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας

φροντίδας έχει επιδεινωθεί σε βάρος της πρώτης. Σύμφωνα με τον Πολύζο (2007) το ποσοστό των δαπανών που διατίθενται διαχρονικά για την νοσοκομειακή περίθαλψη είναι περίπου 60% και είναι από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών της Ε.Ε, ενώ η χρηματοδότηση της ΠΦ (15-18%) δείχνει τη μειωμένη έμφαση που της δίνεται. Στο διάγραμμα 4.5 αποτυπώνεται διαχρονικά η μέση ποσοστιαία αναλογία



Πηγή: όπως παραπάνω

4.5.2 Επάνδρωση των δομών ΠΦ με επαγγελματίες με νοσοκομειακή προσέγγιση.

Έρευνες στην Αμερική έδειξαν ότι η σύνθεση των ειδικοτήτων παίζει ρόλο στις δαπάνες υγείας. Σε αυτές η ποσοστιαία αναλογία των ΓΙ σχετίζεται με συνεπή αρνητική σχέση με το επίπεδο αποζημίωσης Medicare ανά δικαιούχο. Ειδικότερα μια υψηλότερη αναλογία Γ.Ι είναι σχετιζόμενη με 6,9% (\$367) χαμηλότερες δαπάνες ανά ασφαλιζόμενο. Επίσης, έχει συσχετιστεί όχι μόνο με χαμηλότερες δαπάνες στο Medicare, αλλά και με υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας (Gernew et al., 2009).

Στην Ελλάδα, όμως, η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχει ως αποτέλεσμα να επανδρώνεται η ΠΦ με επαγγελματίες οι οποίοι έχουν νοσοκομειακή προσέγγιση, εκπαίδευση και εμπειρία. Σύμφωνα με τους Μωραΐτη κ. συν (1995) τα Κ.Υ έχουν στελεχωθεί με ιατρικό προσωπικό στην πλειοψηφία τους με νοσοκομειοκεντρική βάση. Επίσης σε μεγάλο αριθμό των ενιαίων θέσεων «γενικής ιατρικής – παθολογίας» και μάλιστα σε διευθυντικές, χωρίς καμία μετεκπαίδευση, υπηρετούν παθολόγοι.

Ακόμη και ο θεσμός του ΓΙ που εφαρμόζεται μερικώς στο ΙΚΑ από τη δεκαετία του '60, λόγω της έλλειψης πολιτικής υποστήριξης, στην πραγματικότητα η

ανάπτυξη των μονάδων υγείας του ΙΚΑ στηρίζεται σε επαγγελματίες υγείας με νοσοκομειακό προσανατολισμό (Κυριόπουλος, 1996). Σύμφωνα με την Ελληνική Ένωση Γ.Ι (2008) το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚεΣΥ), ένα όργανο που χαράζει πολιτικές υγείας, δεν έχει στη σύνθεσή του την βασική ειδικότητα της ΠΦΥ, την γενική ιατρική. Ως εκπρόσωπος για την ΠΦΥ είναι γιατρός με υψηλή εξειδίκευση!

Ο νοσοκομειακοκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας αποκαλύπτεται από το γεγονός ότι, για το έτος 2000, αφομοιώνεται το 49,2% του ιατρικού προσωπικού και το 90% του νοσηλευτικού. Επίσης, η έλλειψη αστικού τύπου ΠΦ έχει ως αποτέλεσμα το συνωστισμό των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, τα οποία έχουν άλλο ρόλο (επείγουσα παραπομπή) (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (1996) ένας μικρός αριθμός διευθυντικών ιατρικών στελεχών, με πρόσβαση στους μηχανισμούς λήψης αποφάσεων, ακύρωσε βασικές αρχές του ΕΣΥ και την προοπτική προσανατολισμού στην ΠΦΥ.

4.6 Κυριαρχία του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος.

Ο υγειονομικός τομέας έχει μετατραπεί από μια μικρομεσαία βιοτεχνία ιατρικής περίθαλψης κατά τη δεκαετία του '70, σε ένα σύγχρονο ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα. Η ισχυρή επίδραση που ασκεί *προσανατολίζει την επενδυτική δραστηριότητα στην κατεύθυνση του νοσοκομειακού μοντέλου*, γιατί με αυτό εξυπηρετούνται καλύτερα τα οικονομικά συμφέροντα της βιοϊατρικής τεχνολογίας (Γεωργούση, Κυριόπουλος και Μπεαζόγλου, 2000).

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (1996) η πολιτική υποβάθμισης της ΠΦ δεν είναι μόνο τεχνικό πρόβλημα σχεδιασμού και διαχείρισης αλλά σχετίζεται με την κυριαρχία του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος και τη συγκέντρωση πόρων στο νοσοκομειακό σύστημα. Κάθε προσπάθεια ανασυγκρότησης προς όφελος της ΠΦ και ενός ολιστικού προτύπου ήταν ατελέσφορη καθώς το ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα αντιστάθηκε και συνέχισε να απορροφά το μέγιστο των πόρων. Η αντίφαση μεταξύ των διακηρύξεων για την ανάπτυξη της ΠΦ με βάση τους Γ.Ι και των αποτελεσμάτων των πολιτικών ανέδειξαν ότι η κυρίαρχη πολιτική τάξη ευνόησε το νοσοκομειακό σύμπλεγμα και τη βιομηχανία φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας.

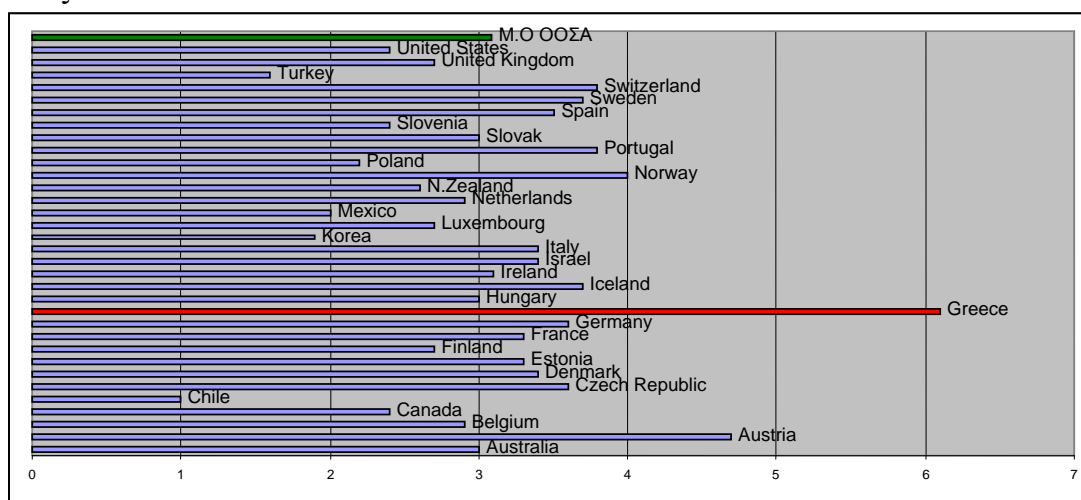
Οι παραπάνω διαπιστώσεις δεν αποτελούν αποκλειστικά Ελληνικό φαινόμενο. Στις Ευρωπαϊκές χώρες με ασφαλιστικά συστήματα οι αλλαγές στην ΠΦ βρίσκουν αντίσταση από την κυριαρχία των ειδικών και νοσοκομειακών γιατρών. Από τα μέσα

του '90 πολλές χώρες με κοινωνική ασφάλιση υγείας (Γερμανία, Γαλλία, κα) άρχισαν να μετασηματίζουν το σύστημα με σκοπό να προωθήσουν το gatekeeping σύστημα. Πρόσφατη μελέτη στη Γαλλία έδειξε ότι το πρόγραμμα στρεβλώθηκε εξαιτίας των έντονων αντιδράσεων από τις ιατρικές ενώσεις (Rico, Saltman and Boerma, 2003).

4.7 Ιατρικός πληθωρισμός – Έλλειψη Γ.Ι.

Παρά το γεγονός ότι ο θεσμός του οικογενειακού γενικού γιατρού ξεκίνησε από την Ελλάδα και διατηρήθηκε για περισσότερο από δύο χιλιάδες χρόνια, στην σύγχρονη Ελλάδα δεν βρήκε πρόσφορο έδαφος για να αναπτυχθεί. Στο διάγραμμα 4.6 αποτυπώνεται η αναλογία γιατρών (όλων των ειδικοτήτων) ανά 1000 κατοίκους. Η Ελλάδα με αναλογία 6,1 γιατρούς είναι με μεγάλη διαφορά η πρώτη χώρα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Διπλάσια αναλογία από το μ.ο του ΟΟΣΑ που είναι 3,1 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους.

Διάγραμμα 4.6 Πυκνότητα γιατρών / 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2009

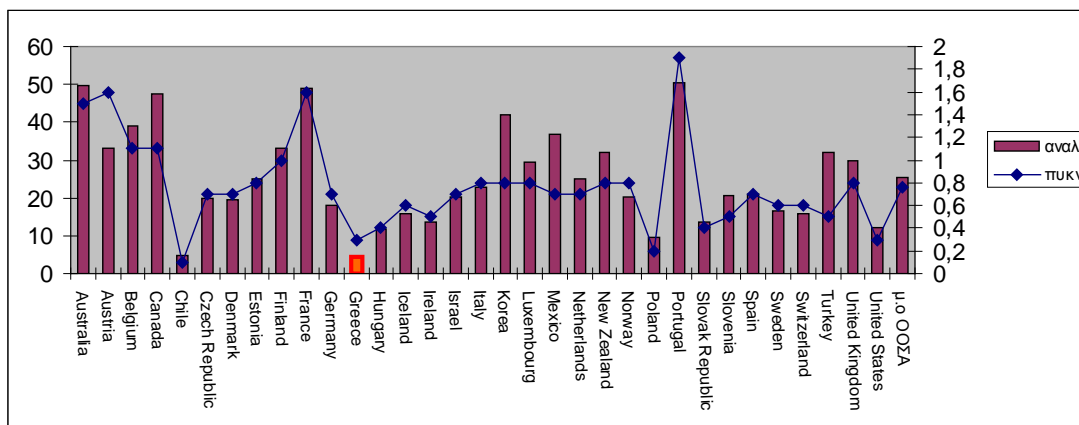


Πηγή: OECD, Health Data 2011

Στο διάγραμμα 4.7 καταγράφεται η ποσοστιαία αναλογία των Γ.Ι σε σχέση με το σύνολο των ειδικοτήτων, καθώς και η πυκνότητά τους ανά 1.000 κατοίκους, στην Ελλάδα και τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ²⁷. Από το διάγραμμα φαίνεται ότι στην Ελλάδα το ποσοστό των Γ.Ι στο σύνολο των γιατρών είναι 4,5 % με μ.ο του ΟΟΣΑ 25,3%. Επίσης η πυκνότητα των Γ.Ι ανά 1.000 κατοίκους είναι 0,3% με μ.ο του ΟΟΣΑ 0,77%.

²⁷ Σύμφωνα με τον Στάθη (2005), η αναλογία πληθυσμού/γιατρών είναι μια κυμαινόμενη μεταβλητή και η σύγκριση αποκτά επιστημονικό ενδιαφέρον μόνο μεταξύ χωρών που επικρατούν παραπλήσιες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ή αποτελούν μέλη ευρύτερων οικονομικών περιοχών. Έτσι, για την Ελλάδα η σύγκριση γίνεται συνήθως μεταξύ των χωρών της Ε.Ε ή του ΟΟΣΑ και σπανιότερα του γίνεται επίκληση των δεδομένων του Π.Ο.Υ.

Διάγραμμα 4.7 Ποσοστιαία αναλογία των ΓΙ στο σύνολο του ιατρικού πληθυσμού και πυκνότητα των Γ.Ι / 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2009

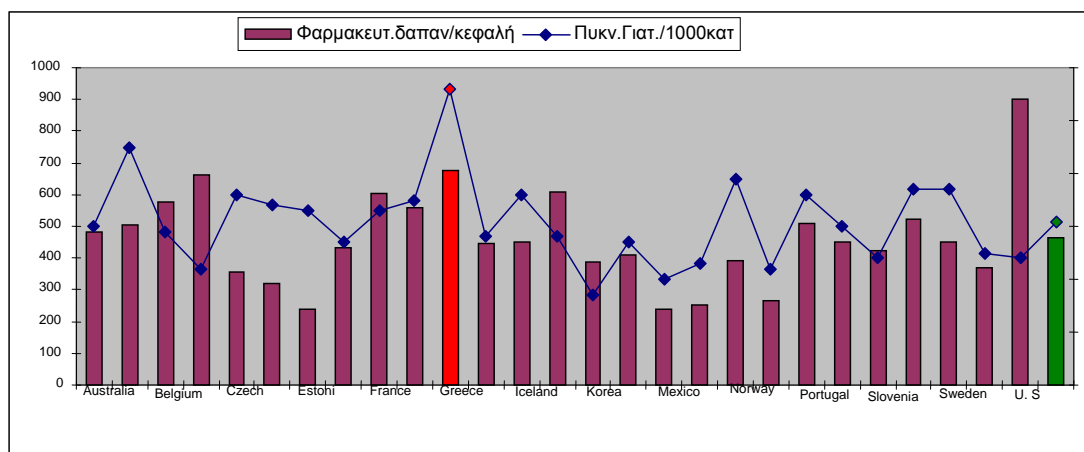


Πηγή: OECD, Health Data 2011

Σύμφωνα με τον Στάθη (2005) η ραγδαία αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών) στην Ελλάδα, αλλά και τα παραοικονομικά φαινόμενα μπορούν να αποδοθούν στον υψηλό πληθωρισμό του ιατρικού σώματος. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τους ισχυρισμούς του Forrest (2003), ότι η διαχείριση της ζήτησης των ασθενών για εξειδικευμένη φροντίδα σε ένα περιβάλλον με υπερπληθώρα Ε.Ι είναι πολύ δύσκολη καθώς προωθούν προσδοκίες για απευθείας πρόσβαση εξαρτώμενοι από την εισβολή της τεχνολογίας σε βάρος της ελαχιστοποίησης της μεσολάβησης της ΠΦΥ.

Στο διάγραμμα 4.8 καταδεικνύεται η σχέση της κατά κεφαλή φαρμακευτικής δαπάνης και της πυκνότητας των γιατρών. Η Ελλάδα με μια μεγάλη αναλογία σε γιατρούς έχει τις υψηλότερες δαπάνες για φάρμακα μετά τις ΗΠΑ.

Διάγραμμα 4.8 Σχέση της κατά κεφαλή φαρμακευτικής δαπάνης και της πυκνότητας των Γιατρών / 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ. Έτος 2007



Πηγή: OECD, Health Data 2011

Η παραπάνω εικόνα φανερώνει τις αιτίες για την φαρμακευτική δαπάνη η οποία δεν αναλογεί σε χώρα με πληθυσμό 10 εκ. Σύμφωνα με τις Μπουλουτζά και Διαμάντη (2011) έξι στους δέκα Έλληνες, το 2010, έκαναν χρήση αντιβιοτικών χωρίς να υπάρχει καμία αιτία και αυτή η χρήση οφείλεται σε συνυπαιτιότητα γιατρών και πολιτών.

4.8 Συμπέρασμα.

Ο αποδυναμωμένος ρόλος της ΠΦΥ και των Γ.Ι στην Ελλάδα είχε ως αποτέλεσμα, η συνδυαστική δράση της πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης και του μη περιορισμού του πληθυσμού στην πρόσβαση να επιτείνει το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου (από την πλευρά των ασθενών) και της ασύμμετρης πληροφόρησης (από την πλευρά των γιατρών) με μεγάλες οικονομικές επιπτώσεις στο κόστος της υγείας.

Η ανάλυση των δεδομένων των στοιχείων του ΟΟΣΑ δείχνει ότι η Ελλάδα είναι η χώρα με την μεγαλύτερη αναλογία γιατρών στον πληθυσμό και παράλληλα με την μικρότερη αναλογία σε Γ.Ι. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υπερκατανάλωση ακριβών διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων. Αυτή η θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των γιατρών και των δαπανών υγείας επιβεβαιώνεται και από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο εδάφιο 3.5, όπου η ΗΠΑ με αναλογία Γ.Ι και Ε.Ι σε πλήρη ανισοροποία είναι η χώρα με το υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ στην υγεία. Επίσης πολλές οικονομετρικές μελέτες του ΟΟΣΑ δείχνουν ότι οι συνολικές κατά κεφαλή δαπάνες υγείας σχετίζονται θετικά με την πυκνότητα του ιατρικού πληθυσμού, ιδιαίτερα όταν η μέθοδος πληρωμής είναι FFS (OECD, 2009). Η μη ανάπτυξη του θεσμού των Γ.Ι και της ΠΦ δεν οφείλεται στην έλλειψη ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, αλλά στην κυριαρχία οικονομικών συμφερόντων και της αδυναμίας των διαμορφωτών πολιτικής να επιβάλλουν τις θέσεις τους, έτσι όπως αυτές εκφράστηκαν σε ένα πλήθος μελετών. Οι αλλαγές που απαιτούνται είναι ξεκάθαρες. Πολλές ήδη βρίσκονται στη βάση υλοποίησης, όπως η δημιουργία του ενιαίου φορέα υγείας.

Κεφάλαιο 5. Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ διευκολύνει την διαδικασία για gatekeeping σύστημα στην Ελλάδα;

5.2 Εισαγωγή.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναλύθηκαν οι οικονομικές επιπτώσεις λόγω της ελεύθερης πρόσβασης των πολιτών σε ένα υγειονομικό περιβάλλον με μεγάλο αριθμό Ε.Ι.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναπτυχθούν οι προοπτικές που ανοίγονται με την σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, για την εισαγωγή στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα ενός συστήματος παραπομπών μέσω τον Γ.Ι.

5.2 Προϋπάρχουσες απόψεις σχετικές με τον ενιαίο φορέα υγείας και τον περιορισμό στην πρόσβαση.

Το ζήτημα της μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη απασχόλησε πολλές φορές την κεντρική διοίκηση. Ήδη από το 1968 υπήρχε συγκεκριμένο πλάνο ανασχεδιασμού όπου εισήγαγε ένα σύστημα ελέγχου βασισμένο στους γενικούς γιατρούς. Στη συνέχεια το 1976 οι προσπάθειες ανασχηματισμού συνεχίζονταν χωρίς όμως να καταλήγουν σε νόμους. Οι προτεραιότητες ήταν σχεδόν ίδιες, με την εισαγωγή του θεσμού των ΓΙ, αλλά και την ενοποίηση των βασικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ), που θα περιλάμβανε το 85% του πληθυσμού. Στο νόμο 1397 που εισήγαγε το ΕΣΥ μεταξύ των αρχών ήταν η ανάπτυξη της ΠΦ και ενός συστήματος παραπομπών (Tragakes and Polyzos, 1998).

Ωστόσο, οι σχεδιασμοί παρέμεναν ακαδημαϊκές σκέψεις χωρίς ποτέ να γίνουν μέρος της πολιτικής ατζέντας. Βασικός λόγος ήταν η αντίδραση των ιατρικών ενώσεων και με την πολιτική δύναμη που διέθεταν ακύρωναν κάθε προσπάθεια εξορθολογισμού του συστήματος. Η νομοθέτηση και η εφαρμογή αποτύγχανε λόγω της έλλειψης πολιτικής βούλησης και το εγχείρημα για ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων το 1984 εγκαταλείφθηκε, καθώς η προσπάθεια εστιάστηκε στην αλόγιστη επέκταση του νοσοκομειακού τομέα, προς όφελος συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων (νοσοκομειακών γιατρών) και των προνομιούχων ασφαλιστικών ταμείων (Mosialos, Allin and Davaki, 2005).

Προς την κατεύθυνση υποβολής προτάσεων συγκροτήθηκε επιτροπή από ομάδα ξένων εμπειρογνομόνων (Abel κ. συν, 1994) για γενική καθολική εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γενικού γιατρού, *κατά το βρετανικό πρότυπο*. Η τελική πρόταση που επιμελήθηκε η ομάδα προέβλεπε την επιλογή των Γ.Ι από τους

ασφαλισμένους και την *κατά κεφαλή αμοιβή και παροχή προϋπολογισμού* για αγορά δευτεροβάθμιων υπηρεσιών και φαρμάκων (όπως οι Γ.Ι fundholders στο ΗΒ).

Η Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων προσδίδει ιδιαίτερη βαρύτητα στο οικονομικό ρόλο των Γ.Ι. Στο κεφάλαιο 6, υπό τον τίτλο «Η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα» αναφέρεται ο ρόλος του ΓΙ ως «φύλακα-gatekeeper» των υπηρεσιών υγείας. Ο Γ.Ι παρουσιάζεται ως το άτομο – μονάδα αναφοράς, το οποίο καλείται να δημιουργήσει τη λίστα των ασφαλισμένων με βάση την οποία θα καθορίζεται και η αμοιβή του. Ως ανώτατο προτεινόμενο όριο εγγεγραμμένων είναι 3.000 άτομα. Υπό καθεστώς αυτοαπασχόλησης, καλείται να παίζει κυρίως το ρόλο του συντονιστή-διαχειριστή στην παραπεμπτική διαδικασία, ρόλος που προτείνεται να ενισχυθεί με την παροχή κλειστών κονδυλίων. Από τους εισηγητές θεωρείται δεδομένο ότι η πραγμάτωση αυτού του ρόλου θα συμβάλλει αποφασιστικά στον έλεγχο της σπατάλης. *Ως βασική προϋπόθεση η επιτροπή θεώρησε την ενοποίηση των κλάδων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων, υποστηρίζοντας ότι όσο παραμένει η υφιστάμενη διάσπαση θα παραμένουν και τα προβλήματα.*

Η κριτική στην πρόταση αυτή εστιάζεται σε δυο κυρίως σημεία. Το πρώτο αφορά στο ότι η διαχείριση προϋπολογισμών από τους Γ.Ι της χώρας θεωρήθηκε ως ανέφικτος στόχος και απλή μεταφορά τεχνογνωσίας από άλλες χώρες. Το δεύτερο σημείο κριτικής αφορούσε στο ότι η επιτροπή προχώρησε σε υπεραπλούστευση του υγειονομικού περιβάλλοντος στην Ελλάδα μη αναγνωρίζοντας τη δυσκολία της εφαρμογής του διαμεσολαβητικού ρόλου των Γ.Ι.

Το κενό επιχειρεί να καλύψει η μελέτη της Ειδικής Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας για το θεσμό του ΓΙ (Μωραΐτης και συν, 1995), η οποία προτείνει την οργανωτική συνένωση των υπηρεσιών ΠΦ σε επίπεδο γεωγραφικής περιοχής. Ουσιαστικά προτείνεται η οργανωτική συνένωση των ΚΥ και των μονάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Οι δύο προτάσεις επιχειρούν να συνδέσουν τα προβλήματα με την ανάγκη συγκρότησης ενός ενιαίου φορέα υγείας. Πέρα από τις διαφορές οι μελέτες είχαν ως κεντρικό σημείο αναφοράς την εισαγωγή των Γ.Ι²⁸ ως ρυθμιστές τους συστήματος

²⁸ Σύμφωνα με τους Μωραΐτη και συν (1995) την πρωτοβάθμια φροντίδα μπορούν και πρέπει να την παρέχουν αποκλειστικά οι οικογενειακοί γιατροί. Αν και στο παρελθόν ως οικογενειακοί γιατροί έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες ειδικότητες ή ακόμη και γιατροί χωρίς ειδικότητα, ανάλογα με τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες, σήμερα ο ρόλος αυτός ανήκει αποκλειστικά στους

υγείας. Οι διαφωνίες περιστρέφονται σε διάφορα τεχνικά και επιστημονικά θέματα και όχι στην αναγκαιότητα της εισαγωγής των Γ.Ι ως gatekeepers και ουσιαστικά την μετατροπή του ελληνικού συστήματος υγείας από σύστημα με ελεύθερη πρόσβαση σε σύστημα με περιορισμό στην πρόσβαση.

Η εισαγωγή του θεσμού των Γ.Ι με κυριαρχικό χαρακτήρα σε θέματα τεχνικών ελέγχου του κόστους, καθώς και η δημιουργία δικτύων ΠΦΥ προβλεπόταν στο ν.2519/97. Παράλληλα με το δικαίωμα επιλογής των ΓΙ από τον ασφαλισμένο και την αμοιβή του με κατά κεφαλή αμοιβή, δινόταν η δυνατότητα για κυριαρχία του καταναλωτή. Ούτε όμως και αυτό το εγχείρημα είχε επιτυχή κατάληξη. Έτσι η αποδυνάμωση των δύο αυτών παραγόντων ήταν πολιτική επιλογή υπό το βάρος συντεχνιακών πιέσεων.

5.3 Ο νέος Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)

Με το ν. 3918/2011 συστήνεται ο νέος Οργανισμός ως ΝΠΔΔ με τη υπαγωγή του αφενός στο υπουργείο Υγείας ως προς τα θέματα που έχουν σχέση με την παροχή, έλεγχο και την κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας και αφετέρου του υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως προς τα θέματα που αφορούν το κόστος των υπηρεσιών υγείας, την οικονομική διαχείριση, τον έλεγχο και τη χρηματοδότηση αυτού (άρθρο 16).²⁹

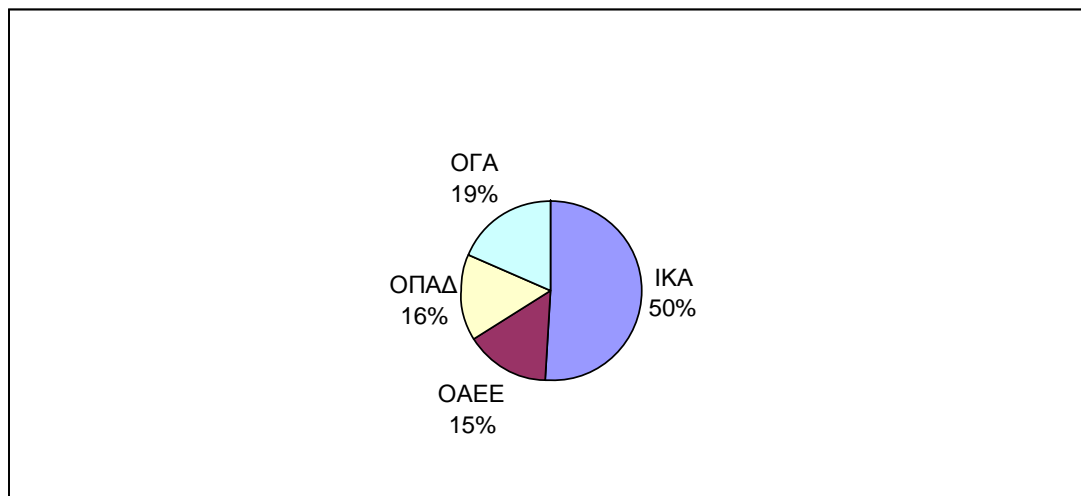
Προέρχεται από την συνένωση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων της χώρας, του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ και το σύνολο των άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένων, ανέρχεται στα 10.953.400³⁰. Στον ΕΟΠΥΥ περιλαμβάνεται σχεδόν το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, 9,5 εκατ. Έλληνες (Μπουλούτζα, 2011). Στο διάγραμμα 5.1 αποτυπώνεται η ποσοστιαία αναλογία των ασφαλισμένων, ανά Ταμείο.

γενικούς γιατρούς και ο όρος γενικός και οικογενειακός γιατρός είναι ταυτόσημος. Ο πρώτος όρος αφορά την ιατρική εξειδίκευση και ο δεύτερος τον τρόπο άσκησης του ιατρικού έργου.

²⁹ Πρακτικά ο ΕΟΠΥΥ είναι ένας φορέας που ανήκει στα ασφαλιστικά ταμεία και τους ασφαλισμένους και όχι στο Υπουργείο Υγείας, για το λόγο αυτό η εποπτεία του είναι διυπουργική.

³⁰ Ένα ποσοστό από τα 10.953.400 εκ. πρόκειται για τους νόμιμα εγκατεστημένους αλλοδαπούς με ασφαλιστική κάλυψη.

Διάγραμμα 5.1: Ποσοστιαία συμμετοχή των τεσσάρων ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥ, ως προς τον αριθμό των ασφαλισμένων (άμεσα και έμμεσα). Έτος 2011



Πηγή: Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, Επικεφαλής Μόσιαλος (2011)

Σκοπός του νέου Οργανισμού (ν. 3918/2011, άρθρο 17) είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας βάσει ενιαίου κανονισμού για όλους τους ασφαλισμένους. Όπως αναφέρεται στον Νόμο «*Βασική του αποστολή είναι ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή όλων των ειδών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ανεξάρτητα της νομικής μορφής των παρόχων (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας), συμπεριλαμβανομένων και των συμβεβλημένων γιατρών.*»

Με την σύσταση επιχειρείται επίσης και η *οργανωτική ενοποίηση* όλων των προμηθευτών ΠΦ, καθώς (αρ.17) στους σκοπούς του ΕΟΠΥΥ περιλαμβάνεται η συνεργασία μεταξύ Κ.Υ και αγροτικών ιατρείων του ΕΣΥ, μονάδων Π.Φ των Ο.Τ.Α και άλλων ΝΠΔΔ, όπου μαζί με τις μονάδες του ΕΟΠΥΥ (δηλαδή τις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ) και τους συμβεβλημένους ιατρούς του συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα.³¹

Τα παραπάνω αποτελούν σημαντική αλλαγή καθώς μεταβάλλεται το τοπίο στην ΠΦΥ με τη δημιουργία μονοψωνίου από την πλευρά της ζήτησης. Όμως, και πάλι δεν απαντάται το κρίσιμο ζήτημα της ελεύθερης πρόσβασης των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας. Είναι σημαντικό το ότι προς αυτή την κατεύθυνση βρίσκονται σε εξέλιξη διεργασίες. Έτσι, σε πόρισμα που καταρτίστηκε πρόσφατα από την ειδική επιτροπή του Υπουργείου Υγείας και θα παραδοθεί άμεσα για εφαρμογή, γίνεται

³¹ Με κοινή απόφαση των συναρμόδιων υπουργείων δύναται να εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ και άλλα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου που δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών υγείας (αρθ.16.).

εισήγηση για την επιβολή μέτρων που αλλάζουν τον χαρακτήρα του ΕΣΥ. Μεταξύ άλλων προβλέπεται (Ευθυμιάδου, 2011):

- Δραστικός περιορισμός των θέσεων για λήψη ειδικότητας όπου υπάρχει πληθωρισμός γιατρών.
- Άμεση κατάργηση των υπεράριθμων θέσεων ειδικευόμενων.
- Παροχή κινήτρων για όσους γιατρούς επιλέγουν ειδικότητες που παρουσιάζουν ελλείψεις, όπως η γενική ιατρική και η γηριατρική.

Και το σημαντικότερο

- θέτουν θέμα προτεραιότητας της εισαγωγής του θεσμού του Γ.Ι στα πλαίσια της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων. Η επιτροπή προτείνει να γίνει άμεσος σχεδιασμός ενός δικτύου οικογενειακών γιατρών αποτελούμενο από Γ.Ι με δυνατότητα εγγραφής στη λίστα έως 2.000 πολιτών. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατό να καλυφθεί ο πληθυσμός με Γ.Ι γίνεται πρόταση αυτό να γίνει από ειδικούς παθολόγους.

Το παραπάνω αποτελεί σημαντική διόρθωση στη στρεβλωτική προοπτική όπου δινόταν η δυνατότητα για σύναψη συμβολαίων με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ως οικογενειακών γιατρών (π.χ καρδιολόγοι, αγγειολόγοι, κτλ).³² Από την ανάλυση που προηγήθηκε αυτό των ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν μόνοι οι Γ.Ι.

Ανάλογες είναι και οι θέσεις που διατύπωσε η Πανελλήνια Ιατρική Εταιρεία Διευθυντών ΕΣΥ (2011) για τον ΕΟΠΥΥ, όπου προτείνει την αποφυγή συμπράξεων γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων, καθώς κανένας γιατρός δεν θα είναι τελικά υπεύθυνος για την συνολική υγεία των ασφαλισμένων και θα αυξηθεί το κόστος των υπηρεσιών.

Στο υγειονομικό αλλά και οικονομικό περιβάλλον στο οποίο διαδραματίζονται οι αλλαγές, ήδη απαντώνται έντονες αντιδράσεις από τις ιατρικές οργανώσεις, για τον αριθμό των γιατρών και τις ειδικότητες που θα πρέπει να συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον έντονη διαμάχη μεταξύ ΕΟΠΥΥ και ιατρικού

³² Σύμφωνα με τους Μωραΐτη και συν (1995, σελ. 22) «η ανάθεση ρόλου οικογενειακού γιατρού σε ειδικούς γιατρούς άλλων ειδικοτήτων αποτελεί ανορθολογική χρησιμοποίηση των πόρων. Και τούτο διότι ο ειδικός γιατρός δεν έχει τις αναγκαίες γνώσεις για τη σφαιρική προσέγγιση των καθημερινών προβλημάτων υγείας της οικογένειας, ανεξάρτητα από φύλο και ηλικία, με αποτέλεσμα να περιορίζεται το ενδιαφέρον του για την άσκηση οικογενειακής ιατρικής ή να ιατροκοποιεί κάθε σύμπτωμα ή πρόβλημα υγείας, προσαρμόζοντας το συνήθως στα πλαίσια της βασικής του ειδικότητας. Παράλληλα η οικογένεια αναγκάζεται να εξυπηρετείται από περισσότερους από έναν ειδικούς με αποτέλεσμα να διασπάται η συνέχεια της φροντίδας».

σώματος υπάρχει στο θέμα των αμοιβών (θέματα που θα αναπτυχθούν στο έκτο κεφάλαιο).

Όπως αναπτύχθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια οι αλλαγές σε άλλες χώρες που είχαν στόχο την ισχυροποίηση της Π.Φ και των Γ.Ι στρεβλώθηκαν ή ακυρώθηκαν από τις αντιδράσεις των ιατρικών ενώσεων. Έτσι, στην Ελλάδα με υπερπληθυσμό γιατρών και ανισορροπία στον αριθμό μεταξύ Γ.Ι και ειδικών γιατρών οι αντιδράσεις είναι αναμενόμενες.

5.4 Ποια προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίσει ο ΕΟΠΥΥ.

Τα προβλήματα στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι ανάλογα, αν και σε μεγαλύτερη ένταση, με αυτά των άλλων ανεπτυγμένων χωρών. Έτσι οι υπεύθυνοι άσκησης πολιτικής στην Ελλάδα δεν χρειάζεται να ‘ξαναφεύρουν τον τροχό’ καθώς οι διεθνείς συγκρίσεις του ανασχηματισμού άλλων συστημάτων υγείας μπορούν να προσφέρουν ευκαιρίες μάθησης (OECD, 2009). Οι περισσότερες χώρες άλλωστε, φαίνεται να μοιράζονται τους ίδιους στόχους στην πολιτική υγείας (Hurst, 1991).

Γενικά, χώρες που βρίσκονται σε διαδικασία ανασχηματισμού εισαγάγουν πρακτικές περιορισμού στην πρόσβαση μέσω των Γ.Ι (gatekeeping σύστημα) καθώς βασικός στόχος είναι ο έλεγχος των δαπανών που προκαλείται λόγω της άσκοπης κίνησης των ασφαλισμένων στα διάφορα επίπεδα του συστήματος της υγείας.

Τα περιθώρια βελτίωσης του υπάρχοντος συστήματος στην Ελλάδα στην κατεύθυνση της περιστολής των δαπανών δεν είναι σημαντικά. Η εισαγωγή της συνπληρωμής και άλλων πρακτικών,³³ αποδείχθηκε, στην Ελλάδα και διεθνώς ανεπιτυχής. Είναι δύσκολο να τεθεί ένα μεγάλο ποσοστό στην συνασφάλιση που θα ήταν αποτελεσματικό. Η ασυμμετρία της πληροφόρησης μαζί με το κίνητρο του γιατρού να πληρώνεται κατά πράξη και περίπτωση και η επιθυμία των ασφαλισμένων για όσο το δυνατότερο περισσότερες και πιο εξειδικευμένες διαγνώσεις και θεραπείες θέτουν τα θεμέλια μιας εφιαλτικής προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Έτσι το καινούργιο σύστημα δεν πρέπει να έχει συνέχεια με το προηγούμενο (Δολγέρας, 2000).

Όπως αναπτύχθηκε στο κεφάλαιο 4 το προηγούμενο σύστημα στηρίχθηκε στην κυριαρχία των ειδικών γιατρών και την ελεύθερη πρόσβαση των ασφαλισμένων.

³³ Για παράδειγμα: η εισαγωγή τιμών για υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας μπορεί να επιφέρει τις εξής συνέπειες: α) αποφυγή επισκέψεων σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα πρώτα στάδια του συμπτώματος πριν προκληθεί επιδείνωση της υγείας και σε επόμενα στάδια απαιτηθεί υψηλότερο κόστος, και β) υποκατάσταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με νοσοκομειακή περίθαλψη που κοστίζει περισσότερο (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1994).

Το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία μεγάλων και χρόνιων οικονομικών ελλειμμάτων, που απειλούν την βιωσιμότητα του συστήματος της υγείας.

Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ χωρίς οικονομικά ελλείμματα.

Το μεγάλο πρόβλημα σύμφωνα με τον Ζηλίδη (2011) είναι η διαχείριση της οικονομικής κρίσης, με κύριο χαρακτηριστικό τα ελλείμματα και την παντελή έλλειψη τήρησης του προϋπολογισμού. Η αποφυγή των ελλειμμάτων και η ανάγκη τήρησης του προϋπολογισμού είναι το μείζων θέμα για την επιβίωση της ασφάλισης υγείας. Οι συνέπειες της δημιουργίας ελλειμμάτων θα έχουν ως αποτέλεσμα την περικοπή παροχών και υπηρεσιών. Παρόμοιους ισχυρισμούς εκφράζει και ο Μιχαλόπουλος (2003), καθώς θεωρεί ότι οι δημόσιες οργανώσεις δεν μπορεί πλέον να είναι αυτό που ήταν στην εποχή της κεϋνσιανής οικονομικής λογικής και μέσα σε αυτό το κλίμα η προσέγγιση της δημόσιας υγείας επηρεάζεται όλο και περισσότερο από την νέο – κλασική οικονομική σκέψη.

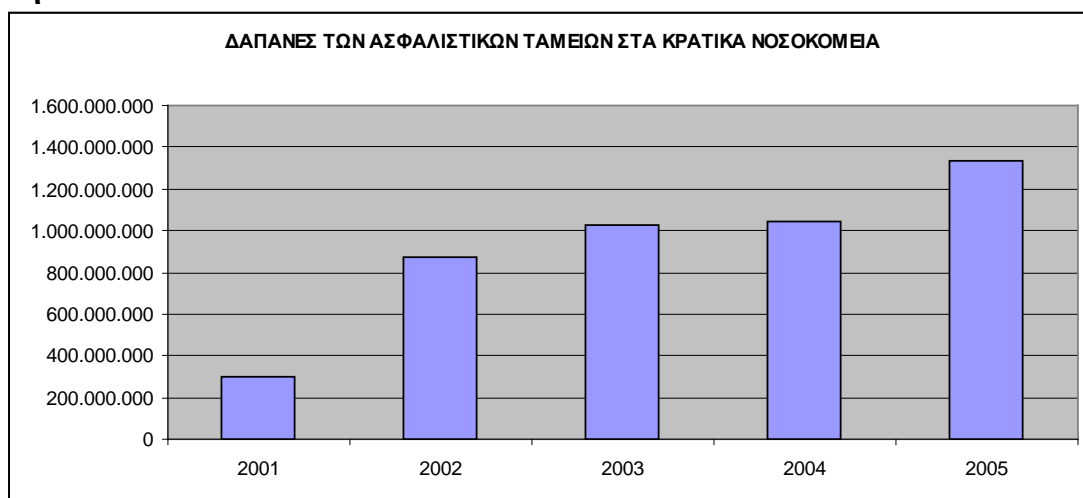
Έτσι για τον ΕΟΠΥΥ η αποφυγή δημιουργίας ελλειμμάτων πρέπει να είναι πρωταρχικός στόχος. Προς αυτή την κατεύθυνση κινούμενος, πρέπει να ελέγξει την αδικαιολόγητη είσοδο και χρέωση σε δευτεροβάθμιες και νοσοκομειακές υπηρεσίες, καθώς και την φαρμακευτική κατανάλωση.

5.4.1 Ο περιορισμός της εισόδου σε δευτεροβάθμιο επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2000) η δημιουργία ελλειμμάτων στο σύστημα υγείας δεν μπορεί να διορθωθεί με οριακές παρεμβάσεις και χρειάζεται δραστική μεταβολή σε βασικά στοιχεία της λειτουργίας, όπως η εισαγωγή φραγμών στην πρόσβαση.

Από τα στοιχεία της ελληνικής στατιστικής υπηρεσίας προκύπτει ότι οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων προς τα κρατικά νοσοκομεία μεταξύ των ετών 2001- 2005 αυξήθηκαν κατά 340 %. Στο διάγραμμα 5.2 αποτυπώνεται η ραγδαία αύξηση. Ανάλογη ήταν και η αύξηση στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Διάγραμμα 5.2: Δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων στα κρατικά νοσοκομεία για τα έτη 2001 - 2005



Πηγή: ΕΣΥΕ

Μεγάλο μέρος των δαπανών αυτών είναι αποτέλεσμα της *υπερκατανάλωσης των υλικών και της υπερτιμολόγησης, η οποία αυξάνει το ιατρικό κίνητρο της υπερχρήσης και δεν αντιπροσωπεύει το πραγματικό κόστος νοσηλείας (κίνδυνος της ασύμμετρης πληροφόρησης)*. Οι τιμές των υλικών που χρεώνουν τα νοσοκομεία είναι εξωπραγματικές, πολλές φορές 150% - 200% μεγαλύτερες χωρών όπως της Γερμανίας και του ΗΒ (Μόσιαλος, 2009). Έτσι, ο ΕΟΠΥΥ έχει κάθε λόγο να περιορίσει τις μη αναγκαίες εισαγωγές στα νοσοκομεία και αυτό θα αποτελέσει σημαντικό λόγο περιορισμού των αιτιών που δημιουργούν οικονομικά ελλείμματα.

Σε χώρες όπου οι ΓΙ είναι οι ρυθμιστές του συστήματος, ο ρόλος τους δεν σταματά μόνο στον έλεγχο της πρόσβασης σε νοσοκομειακές υπηρεσίες, αλλά όταν κριθεί αναγκαίο έχουν τον έλεγχο και την διαπραγμάτευση των δαπανών που προκαλούνται στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

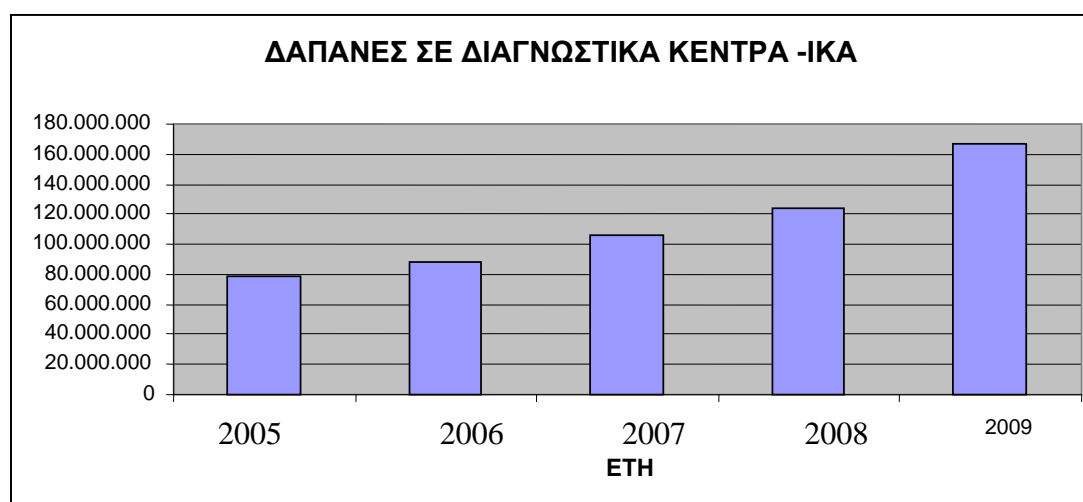
Ενδιαφέρον έχει η περίπτωση της κατάργησης του συστήματος fundholding στο ΗΒ από την εργατική κυβέρνηση το 1997, χαρακτηριζοντάς το γραφειοκρατικό και κοστοβόρο. Ωστόσο, μερικά χρόνια μετά, το 2005, το επανάφερε με ελάχιστες αλλαγές. Ένας βασικός λόγος για την επαναφορά είναι ότι με την αλλαγή του συστήματος πληρωμών των νοσοκομείων στην βάση της Πληρωμής με Βάση το Αποτέλεσμα, τα νοσοκομεία έχουν ισχυρά κίνητρα να αυξήσουν το επίπεδο των δραστηριοτήτων τους. Έτσι, κάνοντας τους ΓΙ οικονομικά υπόλογους η κυβέρνηση

ελπίζει ότι θα αναχαιτίσει την μεγέθυνση της νοσοκομειακής δραστηριότητας³⁴ (Street, 2007).

Λόγω της ανυπαρξίας μηχανισμού ελέγχου στις παραπομπές των ασφαλισμένων, τα ασφαλιστικά ταμεία καταβάλουν συχνά αδικαιολόγητα μεγάλα ποσά για υπηρεσίες υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, κάτι το οποίο αναπτύχθηκε στην υποενότητα 4.4.

Στο διάγραμμα 5.3 αποτυπώνεται η αύξηση των δαπανών για το ΙΚΑ σε διαγνωστικά κέντρα, με μια αύξηση μεταξύ των ετών 2005-2009 της τάξης του 111%. Ανάλογος ρυθμός αύξησης παρατηρείται και στα άλλα ταμεία.

Διάγραμμα 5.3: Δαπάνες του ΙΚΑ σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τα έτη 2005 - 2009



Πηγή: Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, Επικεφαλής Μόσιαλος (2011)

Είναι προφανές ότι για να διατηρηθεί η ισότητα υπό συνθήκες πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης απαιτεί μια μείωση των βαθμών ελευθερίας των ασφαλισμένων, με βάση των Γ.Ι. Υπό αυτή την οπτική απαιτείται ο περιορισμός της πρόσβασης του πληθυσμού.

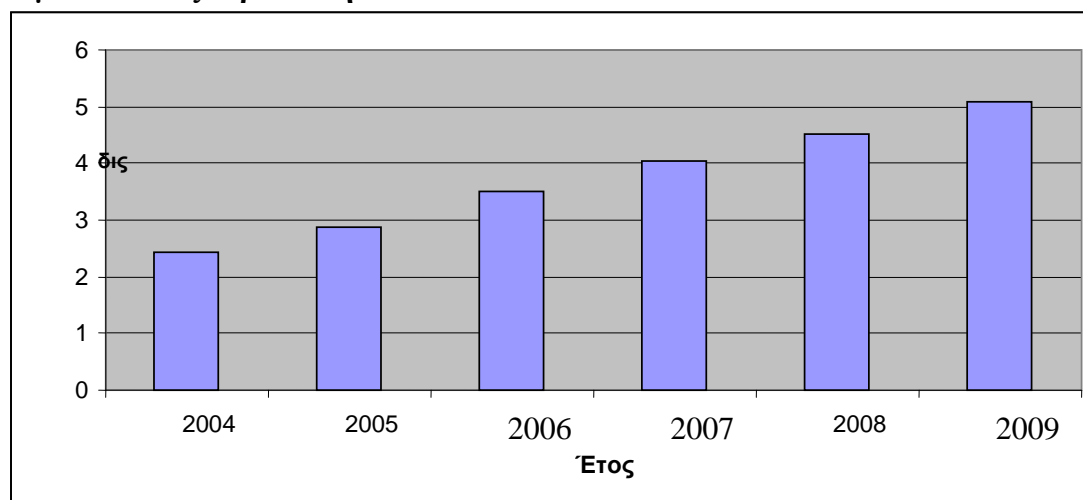
5.4.2 Η υψηλή φαρμακευτική δαπάνη.

Μεταξύ των ετών 2000-2007, οι κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες διπλασιάστηκαν σε πραγματικούς όρους. Αυτή η αύξηση βρέθηκε ότι δεν οφείλεται στις υψηλές τιμές των φαρμάκων, αλλά μάλλον στην υψηλή συνταγογράφηση και κατανάλωση και σε μια κατεύθυνση προς ακριβότερα φάρμακα (OECD, 2011)

³⁴ Αντίστοιχο κίνδυνο διατρέχει ο ΕΟΠΥΥ από την εισαγωγή ως μεθόδου πληρωμής των νοσοκομείων των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (DRGs).

Στο διάγραμμα 5.4 φαίνεται ότι οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων για φάρμακα από 2,43 δις ευρώ το 2004 έφτασαν σχεδόν τα 5 δις το 2009 (αύξηση 109,5%). Με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης σχεδόν 22%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4: Εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης των Ασφαλιστικών ταμείων σε δις ευρώ. Έτη 2004-2009



Πηγή: Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, Επικεφαλής Μόσιαλος (2011)

Στον **πίνακα 5.1** παρουσιάζεται η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική κατανάλωση κατά την εξαετία 1990-1996, σε ποσότητες και αξίες σύμφωνα με στοιχεία της Φαρμέτρικα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1

Εξωνοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη σε ποσότητες και αξίες (σε δραχμές) τα έτη 1990 - 1996		
Έτος	Ποσότητες	Αξίες
1990	216.830.204	144.895.351
1991	214.483.299	185.122.465.836
1992	219.808.131	235.358.673.348
1993	234.921.268	308.233.043.291
1994	240.688.659	363.903.568.396
1995	252.526.119	415.953.193.810
1996	272.267.233	490.063.935.822
Αύξηση	25%	238%
Πηγή: Τερζή (2000)		

Η αύξηση παρουσιάστηκε τόσο στις ποσότητες των χορηγούμενων φαρμάκων όσο και στις καταβαλλόμενες δαπάνες. Ενώ όμως η αύξηση της χρήσης ήταν 25,5%, η

αύξηση των φαρμάκων σε όρους αξίας ήταν 238%. Οι δαπάνες είναι το γινόμενο δύο παραγόντων:

$$\text{Δαπάνες} = Q * P,$$

Όπου Q = όγκος πωλήσεων

και P = τιμές των φαρμάκων.

Το γεγονός ότι ο πρώτος παράγοντας αυξάνει 25,5% και ο δεύτερος 238%, σύμφωνα με την Τερζή (2000) οδηγεί στο συμπέρασμα ότι συνταγογραφήθηκαν προϊόντα υψηλότερης αξίας και αυτό αποδίδεται στην τάση των γιατρών να συνταγογραφούν νέα ακριβότερα φάρμακα, παρόμοια άποψη δηλαδή με αυτή που εξέφρασε και η έκθεση του OECD (2011).

Ως μέτρα αντιμετώπισης προτείνονται η διαμόρφωση λίστας φαρμάκων για την Π.Φ σε συνδυασμό με την ανάπτυξη του θεσμού του Γ.Ι και την ανάπτυξη κατάλληλης υποδομής για την ανάλυση και ανατροφοδότηση της συνταγογραφίας, ιδιαίτερα στα αντίγραφα φάρμακα³⁵.

Η διεθνή εμπειρία δείχνει ότι η δημιουργία κινήτρων και η ενεργή συμμετοχή των Γ.Ι έχει θετικά αποτελέσματα στον έλεγχο του φαρμακευτικού κόστους. Έτσι, η εισαγωγή προϋπολογιστικού συστήματος σε ατομικό επίπεδο δημιουργεί συνθήκες αποτελεσματικής διαχείρισης του φαρμακευτικού κόστους κυρίως μέσω της συνταγογράφησης φθηνών (γενόσημων) φαρμάκων από τους Γ.Ι.

Η προς τα κάτω επίδραση στο φαρμακευτικό κόστος, ιδιαίτερα το χρονικό διάστημα αμέσως μετά την εισαγωγή του είναι σημαντική (Strurm et al., 2003). Ωστόσο οι τύποι προϋπολογιστικών συστημάτων για να έχουν επιτυχία πρέπει να τηρούν ορισμένες προϋποθέσεις. Για παράδειγμα, η παροχή προϋπολογισμού σε ατομικό επίπεδο είναι πιθανό μόνο σε συστήματα όπου οι Γ.Ι έχουν σταθερές λίστες και λειτουργούν ως φύλακες στα άλλα επίπεδα φροντίδας και επίσης είναι πολύ ευκολότερο να εισαχθεί όταν ο πληρωτής είναι ένας παρά πολλοί (Delnoij and Brenner, 2000).

5.5 Παράγοντες που προκαλούν το υψηλό κόστος στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Ένας από τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλει στην αύξηση των δαπανών υγείας, είναι η διόγκωση της ζήτησης των υπηρεσιών. Η ανάλυση και ο προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ γιατρού και ασφαλισμένου, αλλά και ο τρόπος

³⁵ Η συνταγογράφηση αντίγραφων φαρμάκων στην Ελλάδα αντιπροσωπεύει μόνο το 10% της φαρμακευτικής αγοράς όταν στην Γερμανία και άλλες χώρες είναι 60% (Oecd, , 2009),

χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας που θα αναλυθούν σε αυτό το τμήμα, είναι στοιχεία που ευνοούν και αναπαράγουν την προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

5.5.1 Η σχέση γιατρού και ασθενή.

Τα παραπάνω προβλήματα της υπερκατανάλωσης υπηρεσιών και φαρμάκων ανακύπτουν από την σχέση των ασθενών με τους γιατρούς, η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλό βαθμό επικοινωνίας και εμπιστοσύνης και την έλλειψη συντονισμού και συνέχειας στη φροντίδα. Πολλές φορές η υπερκατανάλωση υπηρεσιών προκαλείται από την *συνυπευθυνότητα* τόσο του γιατρού (ασυμμετρία στην πληροφόρηση) όσο και του ασφαλισμένου (ηθικός κίνδυνος).

Το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από χαμηλή υπόληψη και οι ασθενείς οδηγούνται σε μια δεύτερη ιατρική γνώμη. Το 40% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ καταφεύγει σε ιδιώτες γιατρούς εξαιτίας της έλλειψης εμπιστοσύνης. Οι Έλληνες έχουν δείκτη εννιά ιατρικών επισκέψεων την χρονιά, από τους υψηλότερους διεθνώς (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). Ο πολίτης βιώνει την απουσία Γ.Ι και περιπλανάται άσκοπα και χωρίς καθοδήγηση από γιατρό σε γιατρό κατασπαταλώντας πόρους και αγωνιώντας εάν απευθύνθηκε στον κατάλληλο γιατρό (Ζηλίδη, 2004).

Σύμφωνα με τον Μποδοσάκη (1996) το πρόβλημα στη σχέση γιατρού και ασθενή εντοπίζεται στην διαίρεση της ιατρικής. Η διαίρεση ξεκίνησε κατά βασική λειτουργία (π.χ παθολογία), συνέχισε κατά συστήματα (π.χ νευρολογία), προχώρησε στη διαίρεση κατά όργανα (π.χ ηπατολογία) και σήμερα είναι στη διαίρεση κατά νοσήματα (π.χ υπερτασιολογία), με πιθανότητα η διαίρεση να φθάσει κατά συμπτώματα (π.χ πυρετολόγους). Αναγνωρίζοντας την ανάγκη της ιατρικής εξέλιξης ο συγγραφέας αναρωτιέται μήπως σε όλη αυτή την πορεία έχει ξεχαστεί η βασική αρχή της ιατρικής και συνεχίζοντας θεωρεί ότι ο ρόλος του Γ.Ι στις σύγχρονες κοινωνίες είναι αυτός που ο Ιπποκράτης προφήτευσε, *πολυσχιδής και συνθετικός*.

Έτσι, σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (1996) ο αποκλεισμός της άσκησης της ιατρικής από τον κοινωνικό της χαρακτήρα είχε ως αποτέλεσμα να αναπτυχθούν δομές ΠΦ που βασίζονται στην υψηλή εξειδίκευση και την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία, αλλά χωρίς πολλά στοιχεία που διασφαλίζουν την συνέχεια στην φροντίδα και την ανάπτυξη εμπιστοσύνης στην σχέση γιατρού – ασθενή. Σύμφωνα με τον Σολωμό (1996) ο Γ.Ι γνωρίζει καλύτερα από κάθε άλλο ειδικό γιατρό τον ασθενή, καθώς και το οικογενειακό και εργασιακό του περιβάλλον. Διατηρεί τον ιατρικό του φάκελο με προηγούμενα προβλήματα και λειτουργώντας σαν φύλακας αποφασίζει

για την αναγκαιότητα παραπομπής σε περισσότερο εξειδικευμένη και δαπανηρή φροντίδα, εφόσον επιβάλλεται.

5.5.1.1 Ανάπτυξη ολοκληρωμένης φροντίδας, με βάση τους Γ.Ι.

Οι μοντέρνες ολιστικές απόψεις για την υγεία και την ασθένεια οδηγούν σε ορισμένες βασικές παραδοχές όπως (Adamakidou and Kalokerinou, 2010):

- Την συνεχιζόμενη φροντίδα
- Την άμεση πρόσβαση στη ΠΦ
- Την 24ώρη λειτουργία
- Την διάθεση όλων των αναγκαίων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων

Με την ύπαρξη αυτών δημιουργούνται οι συνθήκες ώστε ένα συνηθισμένο πρόβλημα να επιλύεται σε τοπικό επίπεδο και να αποφεύγεται η μη αναγκαία και κοστοβόρα νοσοκομειακή επίσκεψη.

Στην βάση των παραπάνω αρχών το βρετανικό μοντέλο, το οποίο βασίζεται στην ανάπτυξη του θεσμού των Γ.Ι, θεωρείται ότι μπορεί να καλύψει αυτές τις παραδοχές σε μεγάλο βαθμό. Έτσι επιτυγχάνεται η διαχειριστική αυτονομία της ΠΦ και η ανεξαρτησία της από τα νοσοκομεία. Ο ρόλος των Γ.Ι στο σύστημα είναι κεντρικός, έχοντας βασικό καθήκον να διαχειρίζεται την κίνηση των ασφαλισμένων στο σύστημα υγείας, παρέχοντας παράλληλα μια ικανοποιητική δέσμη φροντίδας υγείας στους εγγεγραμμένους στη λίστα (Adamakidou and Kalokerinou, 2010).

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2000) με τον υψηλό καταμερισμό της εργασίας στον υγειονομικό τομέα, η τελική παραγωγή και η διανομή δεν ελέγχονται. Η ύπαρξη όμως ενός ενιαίου φορέα δίνει την δυνατότητα για μια ολιστική και ολοκληρωμένη φροντίδα. Στη δημιουργία του ολοκληρωμένου αυτού δικτύου ο ρόλος του Γ.Ι είναι θεμελιώδης, καθώς όχι μόνο θα παρέχει υπηρεσίες, αλλά δια μέσου αυτού ο χρήστης θα παραπέμπεται σε ειδικούς γιατρούς και στη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη.

Η διεθνής εμπειρία είναι χρήσιμη για τον ΕΟΠΥΥ. Για παράδειγμα στα προγράμματα οργανωμένης φροντίδας (ΗΜΟς, κτλ) ο ρόλος του ΓΙ παραμένει ρυθμιστικός και επιτελικός. Σύμφωνα με τους Forrest and Reid (1997), όταν οι ασφαλισμένοι αναζητούν ειδική θεραπεία μέσω των ΗΜΟς³⁶, τότε μπορεί να βελτιωθεί το ποσοστό αναγκαίων παραπομπών στα νοσοκομεία. Για τις εισόδους στα

³⁶ Στην Ελλάδα οι μονάδες υγείας του ΙΚΑ θεωρείται ότι μοιάζουν με τα αμερικάνικα ΗΜΟς, καθώς και τα δύο είναι ιατροασφαλιστικά σχήματα παροχής υπηρεσιών υγείας.

νοσοκομεία, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι αυτές συνδέονται με σοβαρή ασθένεια (και άρα αναγκαιότητα) όταν η παραπομπή έχει γίνει από Γ.Ι σε σύγκριση με τις περιπτώσεις αυτοπαραπομπής. Ο Tjerbo (2010) υποστηρίζει ότι ο τρόπος που οι ασθενείς ρέουν μεταξύ των επιπέδων καθώς και ο τρόπος με τον οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις σε πρωτοβάθμιο επίπεδο έχει τεράστια οικονομική σημασία.

5.5.2 Η χρηματοδοτική διάσπαση.

Το μοντέλο της μικτής χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση, παρουσιάζει προβλήματα και αδυναμίες, καθώς κρίνεται γραφειοκρατικό, αναποτελεσματικό και δαπανηρό. Επιπλέον η ασφαλιστική πολυμορφία έχει οδηγήσει σε κατακερματισμό του συστήματος χρηματοδότησης, τόσο στις πηγές του όσο και στους μηχανισμούς χρηματοδότησης του. Αυτή η διάσπαση είχε ως αποτέλεσμα να αντανακλώνται οι κοινωνικές ανισότητες και σε οικονομικό επίπεδο. Η μέση κατά κεφαλή δαπάνη πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι στον ΟΠΑΔ διπλάσια εκείνης του ΙΚΑ και του ΟΓΑ και τετραπλάσια του ΟΑΕΕ³⁷ (Ζηλίδης, 2004).

Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων προκαλεί και την ενοποίηση του μηχανισμού χρηματοδότησης, ως απάντηση στις υφιστάμενες οργανωτικές δυσλειτουργίες. Ο ΕΟΠΥΥ θα διαχειρίζεται το σύνολο των δημοσίων πόρων για την υγεία (δηλαδή τόσο του κρατικού προϋπολογισμού όσο και των κοινωνικών ασφαλίσεων).

5.5.2.1 Η διαπραγματευτική δύναμη του ΕΟΠΥΥ.

Αποστολή του νέου Οργανισμού είναι η συγκέντρωση και ενιαία διαχείριση των πόρων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών της χώρας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ). Αυτό δείχνει την μεγάλη *μονοψωνιακή δύναμη* που μπορεί να έχει ως βασικός φορέας της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Όλα τα έσοδα, ανεξάρτητα από την πηγή τους, συγκεντρώνονται σε ένα ταμείο το οποίο έχει την δυνατότητα διαπραγμάτευσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του. Αυτή η δυνατότητα διαπραγμάτευσης θα δώσει τον εκ των προτέρων καθορισμό των ποσοτήτων και των τιμών των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι, θα αποφευχθεί η δημιουργία οικονομικών ελλειμμάτων που επιβαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό.

³⁷ Οι γιατροί του ΟΠΑΔ αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση, χωρίς κανένα περιορισμό στην πρόσβαση. Οι δαπάνες των ασφαλισμένων του ΟΓΑ δικαιολογούνται όταν προκαλούνται σε δημόσιες δομές (Κ.Υ, εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων) όπου οι γιατροί αμείβονται με μισθό, στις δομές του ΙΚΑ υπάρχει μια στοιχειώδης διαδικασία παραπομπής και οι γιατροί αμείβονται με μισθό.

Σύμφωνα με τον Μόσιαλο (2009) το σύστημα, έως σήμερα, είναι ανοιχτό ως προς την χρηματοδότησή του, με συνέπεια το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία να πληρώνουν αναδρομικά οποιαδήποτε πράξη. Αυτό ακριβώς πρέπει να ρυθμιστεί από το συντονιστικό όργανο των Ταμείων που δεν θα συνενώνει απλώς τις πηγές χρηματοδότησης σε ένα κοινό φορέα, αλλά θα διαμορφώνει τις συνθήκες αγοράς των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, λόγω της κάλυψης σχεδόν όλου του πληθυσμού, θα διευκολύνει την δυνατότητα εγγραφής όλων των μελών μιας οικογένειας στη λίστα των Γ.Ι και την παροχή προϋπολογισμού για την κάλυψη των προκαλούμενων δαπανών.

Σε χώρες χωρίς ένα μοναδικό πληρωτή στο σύστημα υγείας έχουν παρατηρηθεί δυσκολίες εφαρμογής. Στην Ολλανδία, για παράδειγμα, στην ασφάλιση υγείας υπάρχουν 20 δημόσια ταμεία υγείας και σημαντικός αριθμός από ιδιωτικές ασφάλειες υγείας. Οι Γ.Ι έχουν στη λίστα τους ασθενείς που ανήκουν σε διαφορετικά δημόσια ταμεία – πληρωτές και ιδιωτικές ασφάλειες υγείας. Αυτό σημαίνει ότι οι Γ.Ι πρέπει να κατανέμουν τον προϋπολογισμό τους σε όλους αυτούς τους τρίτους πληρωτές. Αυτό είναι δύσκολο και με μεγάλο συναλλακτικό κόστος (Delnoij and Brenner, 2000).

5.6 Ο ρόλος των Γ.Ι στη διαχείριση των πόρων του ΕΟΠΥΥ.

Όπως αναπτύχθηκε στο τμήμα 5.4 η δημιουργία ελλειμμάτων στην παρούσα οικονομική κρίση θα είχε καταστροφικές συνέπειες στην επιβίωση του νέου οργανισμού.

Σε αυτό το περιβάλλον με το νέο ενιαίο σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας και χρηματοδότησης ο ρόλος των Γ.Ι μπορεί να είναι σημαντικός καθώς μέσω αυτών μπορεί:

- Να εφαρμοστούν προγράμματα κλειστών προϋπολογισμών σε ατομικό επίπεδο όπου η αποτελεσματικότητα είναι μεγαλύτερη. Σύμφωνα με τον Ζηλίδη (2004) η λειτουργία του προϋπολογισμού είναι συνυφασμένη με τη δημιουργία ενός πλαισίου διαπραγματεύσεων μέσα στο σύστημα υγείας. Μέσα στα πλαίσια της εσωτερικής αγοράς όλες οι πληρωμές του ΕΟΠΥΥ για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες θα γίνονται με το σύστημα της κατά κεφαλή αποζημίωσης ανά εγγεγραμμένο στη λίστα των Γ.Ι, αποκλείοντας έτσι την κατά πράξη αποζημίωση, και αποφεύγοντας την δημιουργία ελλειμμάτων (Ζηλίδης, 2010).

- Να μειωθεί ο κίνδυνος της ασύμμετρης πληροφόρησης και του ηθικού κινδύνου και να θωρακιστεί το σύστημα από την προκλητή ζήτηση. Σύμφωνα με τον Δολγέρα (2000) η όποια αλλαγή πρέπει να περιλαμβάνει το θεσμό του Γ.Ι με κατά κεφαλή αμοιβή, σε ρόλο ‘θυρωρού’, γιατί η διαδικασία παραπομπής είναι η μόνη που διασφαλίζει το σύστημα από παρενέργειες.

Έτσι η επιτυχία της ενοποίησης είναι σε συνάρτηση με την εισαγωγή του θεσμού των Γ.Ι σε ρόλο διαχειριστή. Σύμφωνα με τον Ζηλίδη (2010), η καθιέρωση του θεσμού του Γενικού / Οικογενειακού γιατρού θα αντικαταστήσει το σπάταλο και χαοτικό σύστημα, εξασφαλίζοντας υψηλότερη αποτελεσματικότητα και έλεγχο των δαπανών με δημοσιονομική πειθαρχία.

5.7 Συμπέρασμα.

Το ζήτημα της αναγκαιότητας της ενοποίησης των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων και της εισαγωγής του θεσμού των Γ.Ι ως φύλακα στο ελληνικό σύστημα υγείας απασχόλησαν την κεντρική διοίκηση από την δεκαετία του '60. Έτσι, η σύσταση του ΕΟΠΥΥ το 2011 δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την μετεξέλιξη του συστήματος υγείας.

Τα περιθώρια βελτίωσης με το υπάρχον σύστημα, στην Ελλάδα, στην κατεύθυνση της περιστολής των δαπανών δεν είναι σημαντικά. Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών, ως αποτέλεσμα του κινδύνου της ασύμμετρης πληροφόρησης δεν μπορεί να διορθωθεί με οριακές παρεμβάσεις και χρειάζεται δραστική μεταβολή σε βασικά στοιχεία της λειτουργίας, *όπως η εισαγωγή φραγμών στην πρόσβαση*. Είναι προφανές ότι για να διατηρηθεί η ισότητα υπό συνθήκες πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης απαιτείται μια μείωση των βαθμών ελευθερίας των ασφαλισμένων, με βάση τους Γ.Ι.

Ωστόσο, στο νομοσχέδιο που συστήνεται ο ΕΟΠΥΥ δεν ορίζεται ρητά ο ρόλος των Γ.Ι ως gatekeeper στο σύστημα υγείας, καθώς δίνεται η δυνατότητα για σύναψη συμβολαίων με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, ως οικογενειακών γιατρών (π.χ καρδιολόγοι, αγγειολόγοι, κτλ). Όμως, προς την κατεύθυνση της εισαγωγής gatekeeping πρακτικών βρίσκονται σε εξέλιξη διεργασίες από επιτροπή εμπειρογνομόνων του υπουργείου υγείας, η οποία υιοθετώντας την διεθνή εμπειρία προτείνει την άμεση εισαγωγή του θεσμού των Γ.Ι ως φίλτρο στο σύστημα.

Η δημιουργία του ενιαίου φορέα υγείας αποτελεί σημαντική αλλαγή και μεταβάλλει το τοπίο στην ΠΦΥ με τη δημιουργία *μονοψωνίου από την πλευρά της*

ζήτησης. Το εγχείρημα της ενοποίησης, όμως, πρέπει να είναι σε συνάρτηση με την εισαγωγή του θεσμού των Γ.Ι σε ρόλο διαχειριστικό καθώς η αποφυγή των ελλειμμάτων, που είναι το μείζον θέμα για την επιβίωση του συστήματος της υγείας, θα επιτευχθεί με τον περιορισμό της αδικαιολόγητης εισόδου σε δευτεροβάθμιες και νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Επισημαίνεται για μια ακόμα φορά ότι, ο στόχος πρέπει να είναι να αντικατασταθεί το σημερινό σπάταλο και χαοτικό σύστημα της ελεύθερης πρόσβασης, με ένα gatekeeping σύστημα εξασφαλίζοντας υψηλότερη αποτελεσματικότητα και έλεγχο των δαπανών με δημοσιονομική πειθαρχία.

Κεφάλαιο 6. Προτάσεις για αλλαγή σε σύστημα υγείας με περιορισμό στην πρόσβαση.

6.1 Εισαγωγή.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναπτυχθούν προτάσεις που διευκολύνουν την εισαγωγή στο ελληνικό σύστημα υγείας ενός συστήματος παραπομπών μέσω των Γ.Ι. Θα επιχειρηθεί να απαντηθούν τα ερωτήματα που αφορούν: την κάλυψη του ελληνικού πληθυσμού με τον ανάλογο αριθμό Γ.Ι, την σχέση τους με τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, καθώς και την στάση των ασφαλισμένων σε σχέση με την μείωση της δυνατότητας για ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Επίσης θα αναπτυχθεί ένα μικτό σύστημα αμοιβών το οποίο ενισχύει τα κίνητρα για gatekeeping συμπεριφορά των Γ.Ι και θα εξεταστεί το ερώτημα αν πρέπει να είναι μόνιμοι απασχολούμενοι σε ένα δημόσιο σύστημα παραγωγής υπηρεσιών υγείας ή αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες.

6.2 Το πρόβλημα της αριθμητικής έλλειψης των Γ.Ι.

Η παρατηρούμενη έλλειψη πολλών ιατρικών ειδικοτήτων προκαλεί ανησυχία σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ. Το μέγεθος, η κατανομή και η σύνθεση του ιατρικού σώματος επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως τα μέτρα περιορισμού στην είσοδο στο ιατρικό επάγγελμα, η αμοιβή και άλλες πτυχές των συνθηκών εργασίας, καθώς επίσης και η ιατρική μετανάστευση (ΟΟΣΑ, 2005).

Ο αριθμός του προσωπικού που χρειάζεται για να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και η αναλογία των γιατρών που απαιτείται για την κατάλληλη παροχή δεν είναι κάτι που μπορεί να προσδιοριστεί με σαφήνεια. Στον Καναδά η αναλογία γιατρών με προσανατολισμό στην ΠΦ είναι 50% του συνόλου των γιατρών, στο ΗΒ 70%. Τα επιδημιολογικά δεδομένα που χρειάζονται για τους υπολογισμούς γενικά λείπουν. Μια πρόσφατη υπόθεση είναι, ότι, το 75-80% στο γενικό πληθυσμό χρειάζονται μόνο πρωτοβάθμιες υπηρεσίες σε ένα έτος. Το υπόλοιπο ποσοστό θέλει παραπομπή σε δευτεροβάθμιο επίπεδο για βραχυχρόνια παρακολούθηση (ίσως 10-12%) ή τριτοβάθμιο επίπεδο για πιο ασυνήθιστα προβλήματα (5-10%). Οι αναλογίες πιθανώς διαφέρουν γεωγραφικά.

Πολλοί αναλυτές στις ΗΠΑ θεωρούν ότι το gatekeeping σύστημα ευθύνεται για χαμηλότερες δαπάνες υγείας στις χώρες της Ευρώπης. Αν και αυτό είναι αληθές, το gatekeeping σύστημα δεν είναι άμεσα υπεύθυνο για χαμηλότερες δαπάνες, μάλλον εμφανίζεται σε κοινωνίες με μεγαλύτερη σπανιότητα υγειονομικών πόρων.

Συστήματα με περιορισμό στην πρόσβαση έχουν αναπτυχθεί με επιτυχία σε χώρες με περιορισμένο αριθμό Ε.Ι. (Forrest, 2003).

Οι Mosialos, Allin and Davaki (2005) ισχυρίζονται ότι ένα σύστημα ελέγχου των παραπομπών στην Ελλάδα, βασισμένο στους Γ.Ι, δεν είναι εύκολα εφαρμόσιμο λόγω του μεγάλου αριθμού Ε.Ι και της σχετικής έλλειψης Γ.Ι και προτείνουν την συνεργασία ομάδων ΕΙ οι οποίοι θα λειτουργούν το σύστημα παραπομπών. Ωστόσο, στην παρούσα οικονομική συγκυρία δεν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα συντεχνιακά συμφέροντα αλλά το κοινωνικό συμφέρον. Η άποψη ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί ένα αποτελεσματικό σύστημα gatekeeping με βάση τους Γ.Ι, διότι αυτό δεν ευνοείται από μερικές χιλιάδες ειδικών γιατρών, δεν φαίνεται πλέον να έχει ορθολογική βάση και οι στρεβλώσεις μπορούν να διορθωθούν. Άλλωστε τα μέτρα που λαμβάνονται σε άλλες επαγγελματικές ομάδες είναι πιο επίπονα, έχουν αναγκαστικό χαρακτήρα και αφορούν μεγαλύτερο αριθμό πολιτών.

Στη συνέχεια θα αναλυθεί εάν στην Ελλάδα υπάρχει η κρίσιμη μάζα Γ.Ι πάνω στην οποία μπορεί να γίνει εισαγωγή ενός gatekeeping συστήματος.

Πόσοι Γ.Ι υπάρχουν:

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2009, ο αριθμός των γιατρών με ειδικότητα στην γενική / οικογενειακή ιατρική είναι 3.124, η πυκνότητα ανά 1.000 κατοίκους είναι 0,3 και η ποσοστιαία αναλογία στο σύνολο των γιατρών 4,5%. Όπως άλλωστε παρουσιάστηκε στο τμήμα 4.7 η Ελλάδα έχει τις δυσμενότερες αναλογίες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

Πόσοι Γ.Ι χρειάζονται:

Στην ελληνική βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές υποθέσεις για τον απαιτούμενο αριθμό των Γ.Ι. Για την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού της χώρας (περίπου 10 εκατομ.) με μέσο αριθμό εγγεγραμμένων ανά λίστα 2.000, έχει υπολογιστεί ότι πρέπει ο αριθμός των ΓΙ να φθάσει τις 5.000 (Ανδριώτη, 1999). Σύμφωνα με τον Ζηλίδη (2005) με μέσο όρο λίστας 1.400 άτομα υπολογίστηκε ότι θα χρειαστούν 6.000 οικογενειακοί γιατροί, από τους οποίους οι 5.000 θα είναι Γ.Ι και οι 1.000 παιδιατρικής ειδικότητας. Οι Μωραΐτης και συν (1995) έχουν προτείνει τον καθορισμό του ορίου σε 3.000 άτομα.

Επίσης έχει προταθεί ο θεσμός του Γ.Ι να αναπτυχθεί αρχικά στις αστικές περιοχές, καθώς στις αγροτικές τον ρόλο της παραπομπής μπορούν να τον διαδραματίσουν τα Κ.Υ. Άλλωστε στις περιοχές αυτές δεν υπάρχουν εγκατεστημένοι

ιδιώτες γιατροί. Έτσι, ο θεσμός εκτιμάται ότι θα αφορά ένα πληθυσμό 8,5 εκατομ. δικαιούχων (Ζηλίδης, 2005).

Ωστόσο, ένα σημαντικό ερώτημα που ανακύπτει από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία είναι *εάν ο ρόλος των Γ.Ι ως gatekeepers είναι σημαντικός σε όλες τις ηλικιακές ομάδες*. Από τη διεθνή βιβλιογραφία αποδεικνύεται ότι η μέθοδος gatekeeping δεν είχε σημαντικά αποτελέσματα αναφορικά με τον περιορισμό του παραγόμενου κόστους σε άτομα της παιδικής ηλικίας, καθώς και στις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία (Etter and Perneger, 1998; Jaruseviciene, 2005; Pati, 2003; Forest et al., 1999)

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα έδειξε ότι αναφορικά με τους ασθενείς της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και τις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία, οι ασθενείς αυτοί απευθύνονται σε μεγάλο βαθμό μέσω αυτοπαραπομπής σε ειδικούς γιατρούς (Ανδριώτη, 1999).

Λόγω της ιδιαιτερότητας αυτής προτείνεται η ανάπτυξη ενός πιο ευέλικτου μοντέλου gatekeeping που να αφήνει μεγάλο περιθώριο ελεύθερης πρόσβασης μόνο στις ιατρικές ειδικότητες που αφορούν άμεσα αυτές τις ομάδες (παιδίατροι και γυναικολόγοι). Σύμφωνα με τον Jaruseviciene (2005) έτσι και αλλιώς οι έφηβοι έχουν την τάση να υποχρησιμοποιούν τις ιατρικές υπηρεσίες

Επομένως περιορίζεται ο πληθυσμός που πρέπει να καλυφθεί υποχρεωτικά. Στον πίνακα 6.1 δίνονται διαφορετικοί υπολογισμοί για τον απαιτούμενο αριθμό των Γ.Ι ώστε να λειτουργήσει αποτελεσματικά ένα σύστημα παραπομπών στην Ελλάδα. Οι υπολογισμοί έγιναν στο σύνολο του πληθυσμού, διότι απώτερος στόχος είναι ο νέος οργανισμός να καλύπτει τους ασφαλισμένους όλων των ασφαλιστικών ταμείων.

Πίνακας 6.1: Εναλλακτικές επιλογές κάλυψης του πληθυσμού στην Ελλάδα με Γ.Ι.

	πληθυσμός κάλυψης*	Αναλογία Ασφ/νων ανά ΓΙ		
		2000/Γ 	2500/Γ 	3000/Γ
Ηλικιακές ομάδες				
Όλες οι ηλικιακές ομάδες	11.040.000	5500	4400	3667
χωρίς την ηλικ. ομάδα 0-14 ετών	9.400.000	4700	3760	3133
χωρίς 0-14 και γυναίκες 20-40	7.800.000	3900	3120	2660
χωρίς 0-14 , γυν. 20-40 και 75-άνω**	7.000.000	3500	2800	2333

Πηγή: ΕΣΥΕ, και προσωπικές εκτιμήσεις με βάση την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στην εργασία.

* Τα δημογραφικά μεγέθη αφορούν το έτος 2004

** Η ηλικιακή ομάδα 75 και άνω μπορεί να επιλέξει ως οικογενειακό γιατρό με ειδικότητα η οποία σχετίζεται με την ύπαρξη τυχόν χρόνιων ή εκφυλιστικών νοσημάτων.

Από τα παραπάνω ανακύπτουν τα κάτωθι:

- Η αδυναμία του ΕΣΥ να υλοποιήσει ένα σύστημα περιορισμού στην πρόσβαση δεν οφείλεται στην αριθμητική έλλειψη Γ.Ι και αυτό θα πρέπει να προβληματίσει τους υπεύθυνους.
- Η αναλογία του αριθμού των Γ.Ι στον πληθυσμό δεν είναι απαγορευτική για την εισαγωγή gatekeeping συστήματος, καθώς υπάρχουν πολλές εναλλακτικές επιλογές.
- Οι αλλαγές μπορεί να γίνουν προοδευτικά και με το θεσμό σε εφαρμογή, διορθώνοντας σε βάθος χρόνου τις στρεβλώσεις από τον ιατρικό πληθωρισμό.
- Μπορεί να δοθούν μεγαλύτεροι βαθμοί ελευθερίας σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού με δυνατότητα επιλογής και των δύο συστημάτων, χωρίς να εξασθενίσει το σύστημα παραπομπών.

6.2.2 Αυξημένη λίστα ασφαλισμένων.

Σύμφωνα με τον Andersen (2007) μεταξύ μεγέθους λίστας ασφαλισμένων ανά Γ.Ι και παραγόμενων υπηρεσιών (κόστους) υπάρχει αρνητική συσχέτιση. Με το σύστημα της λίστας η λογική της προκλητής ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών υπονοεί ότι οι Γ.Ι με μικρές λίστες (χαμηλή εκκίνηση ζήτησης) θα προσπαθήσουν να αυξήσουν την ζήτηση παρέχοντας περισσότερες υπηρεσίες ανά ασθενή σε σχέση με τους Γ.Ι με μεγάλο αριθμό εγγεγραμμένων στη λίστα.

Ωστόσο, οι Godager, Iversen, and Ma (2011), θεωρούν ότι ο καθορισμός σε χαμηλά επίπεδα, (π.χ 1000 ασφαλισμένοι), του ανώτατου επιτρεπόμενου ορίου σε αριθμό εγγεγραμμένων ανά λίστα δημιουργεί καλύτερες συνθήκες διάκρισης των αναγκών των ασθενών. Με λιγότερους εγγεγραμμένους ασθενείς, μειώνεται η οριακή χρησιμότητα του ελεύθερου χρόνου για τους Γ.Ι και αυξάνεται η καθαρή οριακή χρησιμότητα για παροχή υπηρεσιών. Αυτή η επίδραση οδηγεί στην κατεύθυνση της παροχής περισσότερων υπηρεσιών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο από τους ίδιους τους Γ.Ι και μείωσης του αριθμού των παραπομπών και υπηρεσιών σε δευτεροβάθμιο επίπεδο. Αντίθετα, το δικαίωμα για μεγάλο αριθμό εγγεγραμμένων μπορεί να προκαλέσει τον ανταγωνισμό μεταξύ των Γ.Ι για ασθενείς και αυτό μπορεί να εξασθενήσει τον gatekeeper ρόλο, γιατί ο εντονότερος ανταγωνισμός ίσως οδηγήσει

τους Γ.Ι να δώσουν μεγαλύτερη αξία στις προσδοκίες των ασθενών και λιγότερη στο ρόλο τους ως φύλακες (βλέπε 2.5.2). Έτσι η ένδειξη για την τελική συνολική επίδραση είναι ένα ερώτημα προς εμπειρική διερεύνηση.

Η πρακτική ερμηνεία αυτών είναι, ότι δεν έχει σημασία η επικέντρωση τόσο στον απόλυτο αριθμό των εγγεγραμμένων, όσο στη δυνατότητα των Γ.Ι να λειτουργούν αποτελεσματικά. Προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να δημιουργηθούν οι συνθήκες λειτουργίας των ιατρείων των Γ.Ι στην Ελλάδα, ως μικρές επιχειρήσεις. Όπως στη Μ. Βρετανία, όπου οι μεμονωμένοι Γ.Ι έχουν μέσο όρο 2.000 ασφαλισμένους και λειτουργούν ως μικρές επιχειρήσεις, με προσωπικό υγείας, γραμματέα ή γραμματείς και ενός part-time manager.

6.3 Πως θα λυθεί το πρόβλημα της συνεργασίας και αποδοχής του ρόλου τους με προμηθευτές δευτεροβάθμιας φροντίδας;

Σύμφωνα με τον Schaumans (2008), η εισαγωγή στοιχείων gatekeeping μεταβάλλει τις επιχειρηματικές ευκαιρίες στην αγορά της υγείας. Η υποχρεωτική παραπομπή από τους Γ.Ι για πρόσβαση σε Ε.Ι σημαίνει ότι ένα μέρος αυτών ίσως αντιμετωπίσει πρόβλημα επιβίωσης. Ως αποτέλεσμα μπορεί να οδηγήσει σε μια μείωση του αριθμού των ειδικών γιατρών ως το σημείο όπου η αγορά μπορεί να συντηρήσει αυτόν τον αριθμό, χωρίς παρενέργειες. Η αλληλοεπίδραση, όμως, μεταξύ Γ.Ι και Ε.Ι δεν είναι εκ των προτέρων ξεκάθαρη και εξαρτάται από το εάν οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι συμπληρωματικές ή υποκατάστατες.

6.3.1 Ανάμειξη των Γ.Ι στην νοσοκομειακή αποζημίωση των εσωτερικών ασθενών.

Ο ρόλος των Γ.Ι σε χώρες με gatekeeping σύστημα δεν σταματά με την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον, αλλά συνεχίζει να έχει συντονιστικό και διαπραγματευτικό χαρακτήρα για τις πραγματοποιούμενες δαπάνες, ως εσωτερικών ασθενών.

Δίκτυα συνεργατικών μηχανισμών μεταξύ των διάφορων επιπέδων περίθαλψης ξεκίνησαν στο ΗΒ και τις Σκανδιναβικές χώρες, στις οποίες η Π.Φ έχει καθοδηγητικό ρόλο επί των επιπέδων φροντίδας. Η Δανία ήταν η πρώτη χώρα όπου οι Γ.Ι ξεκίνησαν να έχουν συμβουλευτικό και συντονιστικό ρόλο από τα μέσα της δεκαετίας του '90. Σε αυτή τη βάση η εθνική ένωση των Γ.Ι διαπραγματεύεται

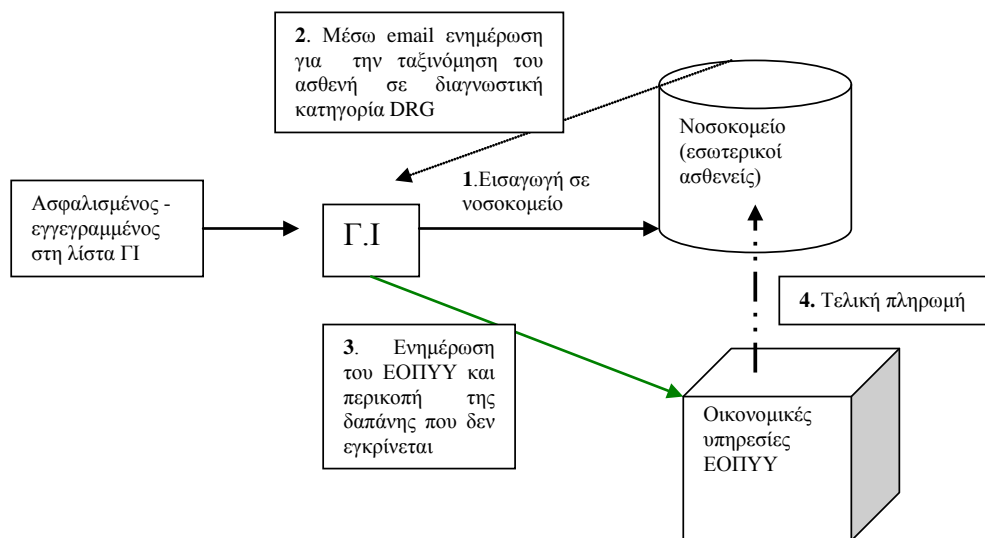
συμπληρωματικές πληρωμές για να αντισταθμίσουν τις νέες ευθύνες τους ως συντονιστές στο σύστημα υγείας (Rico, Saltman and Boerma, 2003).

Τα παραπάνω σχετίζονται άμεσα με τις εξελίξεις στην Ελλάδα στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Από τον Ιανουάριο 2012 σε όλα τα νοσοκομεία θα εφαρμοστεί η μέθοδος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), γνωστά με την διεθνή ονομασία DRGs. Με το νέο τρόπο χρέωσης το κόστος νοσηλείας αυξάνεται περίπου 30% σε σχέση με το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο. Έτσι εάν μέχρι σήμερα τα ταμεία αδυνατούσαν να αποπληρώσουν τις οικονομικές τους υποχρεώσεις στα νοσοκομεία, με το νέο καθεστώς αυτό θα είναι δυσχερέστερο (Κεκελιάδη, 2011). Επιπλέον, τα νοσοκομεία θα έχουν κάθε λόγο να μεγεθύνουν τις χρεώσεις στους ασφαλισμένους, καθώς η δομή των Κ.Ε.Ν επιτρέπει την τεχνητή διόγκωση.

Οι ελεγκτικοί μηχανισμοί των ασφαλιστικών ταμείων αδυνατούν να προσδιορίσουν τις αναγκαίες ιατρικές παρεμβάσεις, καθώς ο προσδιορισμός αυτός απαιτεί σημαντική και χρονοβόρα προσπάθεια (ενδελεχή ανάλυση των στοιχείων του ιατρικού φακέλου) και μεγάλη κατανάλωση πόρων (τεράστιο σώμα ειδικευμένων ελεγκτών ιατρών). Έτσι, ως κύριος ελεγκτικός μηχανισμός του ΕΟΠΥΥ προτείνεται να λειτουργήσουν οι Γ.Ι, καθώς είναι η ιατρική ειδικότητα με το μεγαλύτερο εύρος γνώσεων, αλλά κυρίως έχουν πλήρη και συνεχόμενη γνώση του ιατρικού ιστορικού. Το τελευταίο είναι καθοριστικό για την τελική χρέωση, η οποία προκύπτει από την ταξινόμηση στην διαγνωστική κατηγορία. Έτσι οι Γ.Ι θα λειτουργούν ως gatekeepers και για τις νοσοκομειακές δαπάνες, για όλους τους εγγεγραμμένους στη λίστα, εκτός από τις επείγουσες εισαγωγές.

Στο σχήμα 6.1 παρουσιάζεται μια διαγραμματική αποτύπωση της διαδρομής που προτείνεται στα πλαίσια της παρούσας Διπλωματικής που θα πρέπει να ακολουθείται από την είσοδο του ασφαλισμένου στο νοσοκομείο έως την τελική πληρωμή από τον ΕΟΠΥΥ.

Σχήμα 6.1: Προτεινόμενη διαδικασία αποζημίωσης εσωτερικών ασθενών στην οποία οι Γ.Ι λειτουργούν ως ελεγκτικός μηχανισμός του ΕΟΠΥΥ (περιλαμβάνει 4 βήματα).



Τα πλεονεκτήματα από την λειτουργία των Γ.Ι ως ελεγκτικού μηχανισμού είναι:

- Δημιουργία οικονομικής ευθυνότητας στους Γ.Ι
- Διασύνδεση των .Γ.Ι με τα τοπικά νοσοκομεία
- Σωστή εφαρμογή των Κ.Ε.Ν
- Απεμπλοκή του ΕΟΠΥΥ από την ανάγκη λειτουργίας ελεγκτικού μηχανισμού και έτσι εξοικονόμηση πόρων
- Εξασφάλιση μόνους στους Γ.Ι ώστε να χρηματοδοτήσουν την λειτουργία των ιατρείων με κατάλληλο προσωπικό και υποδομές, ως μικρές επιχειρήσεις.
- Η κίνηση του κάθε ασφαλισμένου σε άλλα επίπεδα νοσηλείας θα γίνεται παράλληλα με τον ιατρικό του φάκελο, ο οποίος με ευθύνη της γραμματείας του Γ.Ι θα ενημερώνεται κατάλληλα.

Το μειονέκτημα μπορεί να προέρθει από την πιθανότητα της ανάπτυξης σχέσεων παραοικονομίας των προμηθευτών των νοσοκομείων και των Γ.Ι. Βέβαια η

ύπαρξη μόνους έχει ως στόχο την παρεμπόδιση αυτών των φαινομένων. Σύμφωνα με τον Oliver (2005) η ανάπτυξη μακροχρόνιων σχέσεων των Γ.Ι με τους γιατρούς στα τοπικά νοσοκομεία μπορεί να κάνει απρόθυμους τους Γ.Ι να ενεργούν με τρόπο ώστε να αποδυναμώνεται η θέση των νοσοκομειακών γιατρών, περικόπτοντας δαπάνες που προκαλούν οι τελευταίοι.

6.3.2 Διαπραγματευτική ισχύ στους Γ.Ι μέσω παροχής προϋπολογισμών για αγορά δευτεροβάθμιων υπηρεσιών και αγορά φαρμάκων.

Σύμφωνα με την Γείτονα (1996), η ανάθεση ετήσιων προϋπολογισμών, στο Βρετανικό σύστημα, σε ομάδες Γ.Ι, οι οποίοι διαμεσολαβούν και διαπραγματεύονται για λογαριασμό των ασφαλισμένων είχε ως αποτέλεσμα την μείωση της νοσοκομειακής ζήτησης και την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Επίσης παρατηρήθηκε αλλαγή στο συσχετισμό δυνάμεων μεταξύ Γ.Ι και νοσοκομειακών γιατρών, με αποτέλεσμα η σύναψη συμβολαίων με τα νοσοκομεία να τους δίνει τη δυνατότητα να διεκδικούν από θέση ισχύος χαμηλότερες τιμές και βελτιώσεις στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Παρόμοιοι είναι οι ισχυρισμοί των Corney and Kerrison (1997) και Rico, Saltman and Boerma, (2003), οι οποίοι θεωρούν ότι το fundholding πρόγραμμα *αντάλλαξε ισχύ μεταξύ Γ.Ι και νοσοκομειακών γιατρών*. Μεταβιβάζοντας αγοραστική δύναμη στους Γ.Ι ενδυναμώνεται ο ρόλος του συστήματος της ΠΦ στο μηχανισμό της αγοράς (με χαμηλότερες τιμές στις νοσοκομειακές υπηρεσίες και μικρότερο χρόνο αναμονής).

Σύμφωνα, όμως, με τον Κυριόπουλο (1996) η προσπάθεια ανάθεσης διαμεσολαβητικού ρόλου του Γ.Ι προς άλλες υπηρεσίες υγείας, όπως στη νεοφιλελεύθερη εκδοχή του βρετανικού μοντέλου των προϋπολογισμών, χωρίς τις κατάλληλες οργανωτικές και λειτουργικές διαδικασίες, φαίνεται να μεταθέτει το βάρος της ευθύνης για την περικοπή και έλεγχο του κόστους σε ένα μέρος του ιατρικού σώματος. Έτσι και αλλιώς όμως, η Γείτονα (1996) θεωρεί ότι το ιατρικό σώμα σύμφωνα με την προϋπάρχουσα εμπειρία πάλι θα είναι ο διαχειριστής των πόρων. Με την ανάθεση, , προϋπολογισμού στους Γ.Ι καθίστανται συνυπεύθυνοι για τον έλεγχο των εισροών και εκροών στο σύστημα υγείας, τεχνική η οποία εντάσσεται σε σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης του κόστους.

Ο Shortt (2003), υποστηρίζει ότι το φαρμακευτικό κόστος και οι παραπομπές σε ανώτερα επίπεδα φροντίδας είχαν μειωθεί οριακά στο υγειονομικό περιβάλλον στη

Μ. Βρετανία υπό fundholding σύστημα και εκφράζει αμφιβολίες εάν θα μπορούσαν να επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα εάν εφαρμοζόταν σε άλλη χώρα. Στην περίπτωση όμως της Ελλάδας όπου αυτά τα προβλήματα έχουν μεγάλη έκταση τα αποτελέσματα αναμένεται να είναι σημαντικά. Άλλωστε όπως έχει αναφερθεί στο ΗΒ λόγω της επιτυχίας των Γ.Ι ως φύλακες, το βρετανικό σύστημα υγείας δεν αντιμετώπιζε σημαντικά προβλήματα από το φαρμακευτικό κόστος και τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και ήταν αναμενόμενο το οριακό όφελος να είναι μικρό. Στην πραγματικότητα, τον πρώτο χρόνο εφαρμογής υπήρξε απότομη και σημαντική μείωση στην φαρμακευτική δαπάνη.

Η αποτελεσματικότητα ενός gatekeeper συστήματος εξαρτάται από την δυνατότητα των Γ.Ι να συντονίσουν το σύστημα φροντίδας. Σύμφωνα με τους Martin et al. (1989), κίνητρα και ποινές μπορούν να συντελέσουν στο έλεγχο του κόστους αλλάζοντας τον τρόπο λειτουργίας των Γ.Ι και περιορίζοντας την αδικαιολόγητη χρήση των υψηλότερων επιπέδων φροντίδας. Αυτό όμως μπορεί να επιτευχθεί εάν οι Γ.Ι μοιράζονται το οικονομικό ρίσκο της παρεχόμενης φροντίδας, μέσω της παροχής ατομικών προϋπολογισμών

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα χωρών με εισαγωγή ατομικών προϋπολογισμών στο σύστημα υγείας. Στην Ολλανδία, στην Ιταλία και το Ισραήλ, για παράδειγμα, όπου ο ρόλος των Γ.Ι είναι παρόμοιος με αυτόν στο ΗΒ, η εισαγωγή ατομικών προϋπολογισμών έχει επιτυχία με τον περιορισμό του κόστους.

Για να επιτύχει όμως στην εφαρμογή του ένα σύστημα βασισμένο στην ανάθεση ατομικών προϋπολογισμών στους Γ.Ι σημαντικός παράγοντας είναι η *πληροφοριακή υποδομή και η ποιότητα της ανατροφοδότησης που δίνεται στους κατόχους των προϋπολογισμών* (Delnoij and Brenner, 2000). Το παράδειγμα της Γερμανίας είναι πολύ διαφωτιστικό (τμήμα 2.3.1). Η πληροφοριακή υποδομή ήταν το κύριο πρόβλημα της αποτυχίας του συστήματος, σε συνδυασμό με την παροχή ομαδικών προϋπολογισμών και την απουσία σταθερής λίστας εγγεγραμμένων σε Γ.Ι.

Στην Ελλάδα η έναρξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποτελεί θετική εξέλιξη. Ωστόσο, δεν μπορεί να θεωρηθεί ακόμη ότι υπάρχει η διαδικασία της ανατροφοδότησης, καθώς ο σκοπός είναι ο καταλογισμός ποινών και όχι η έγκαιρη πληροφόρηση σχετικά με την συνταγογραφική συμπεριφορά (ποσοστό αντίγραφων φαρμάκων, κτλ). Άλλωστε δεν έχει υιοθετηθεί ακόμη η ανάθεση ατομικού προϋπολογισμού πάνω στον οποίο θα στηρίζεται η διαδικασία της ανατροφοδότησης.

6.4 Κίνητρα των ασφαλισμένων για εγγραφή σε λίστα Γ.Ι και αντικίνητρα για αυτοπαραπομπή.

Καθώς υπό τις παρούσες συνθήκες οι ασφαλισμένοι είναι ελεύθεροι να απευθύνονται σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή απευθείας στα νοσοκομεία, ο περιορισμός στην πρόσβαση μέσω των Γ.Ι μπορεί να θεωρηθεί ως αδικαιολόγητος περιορισμός του δικαιώματος της επιλογής. Οι ασφαλισμένοι θα μπορούσαν να αντιδράσουν σε αυτό εξασκώντας πίεση στους Γ.Ι. Εάν όμως επικρατήσει η πίεση των ασθενών για παραπομπή σε εξειδικευμένη και ακριβή θεραπεία τότε αυτό θα εξασθενήσει την αποτελεσματικότητα του gatekeeping συστήματος. Αυτό συμβαίνει διότι το gatekeeping σύστημα δεν μπορεί να παρέχει τα κατάλληλα κίνητρα στους Γ.Ι σε έντονο πλαίσιο πιέσεων από τους ασθενείς (Gonzalez, 2010).

Σύμφωνα με τον Μάμα (2000) στην αρχή χρειάζονται περισσότεροι βαθμοί ελευθερίας γιατί η κουλτούρα των Ελλήνων προσομοιάζει περισσότερο με την Αμερικάνικη και όχι τη Βρετανική όσον αφορά την συμπεριφορά των ασφαλισμένων.

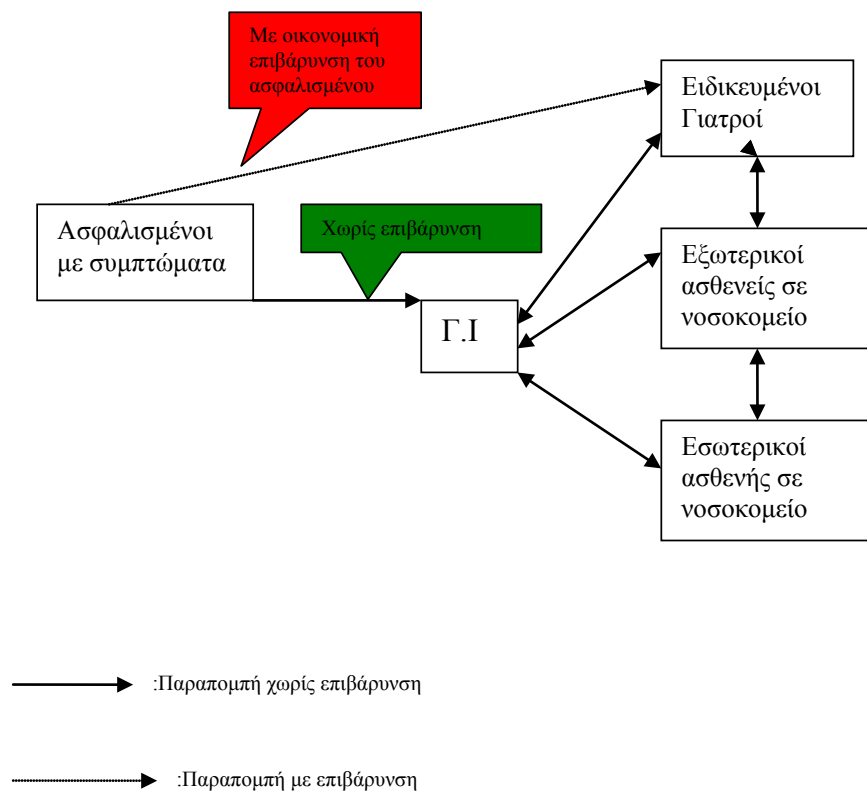
Ωστόσο, ο Ζηλίδης (2005) θεωρεί ότι η επιβολή κανόνων στο σύστημα παραπομπών δεν μπορεί να γίνει με άλλο τρόπο, παρά μόνο με τη θέσπιση αντικινήτρων. Αυτό πρακτικά σημαίνει, *ότι το ασφαλιστικό σύστημα δεν αναλαμβάνει το κόστος των υπηρεσιών που προκλήθηκαν χωρίς την τήρηση των κανόνων από τους ασφαλισμένους*. Εάν, όμως, η προσφυγή σε άλλη ειδικότητα δεν έχει άλλες οικονομικές επιπτώσεις, καθώς δεν συνοδεύεται από άλλες παραπομπές ή διαγνωστικές εξετάσεις, τότε το ενδεχόμενο της υποχρεωτικής παραπομπής από Γ.Ι θα είχε το χαρακτήρα μιας ανούσιας γραφειοκρατίας και το κόστος διαχείρισης θα ήταν υψηλότερο του πιθανού οφέλους. Με αυτή την λογική, σύμφωνα πάντα με τον Ζηλίδη (2005), θα μπορούσαν να δοθούν αρκετοί βαθμοί ελευθερίας στο σύστημα παραπομπών χωρίς κίνδυνο αποσταθεροποίησης του gatekeeper ρόλου των Γ.Ι.

Στο Βέλγιο, για να προκαλέσουν οι αρχές gatekeeping ρόλο στους Γ.Ι, οι ασθενείς πληρώνουν χαμηλότερη συμμετοχή εάν είναι εγγεγραμμένοι σε λίστα και αποδέχονται τον προσωπικό « σφαιρικό ιατρικό φάκελο». Παρόμοια και στην Γαλλία όπου η επιλογή απευθείας ειδικού γιατρού έχει οικονομική επιβάρυνση για τον ασφαλισμένο. Στην Γερμανία από το 2004 τα ασφαλιστικά ταμεία δίνουν οικονομικά κίνητρα στους ασφαλισμένους για να εγγραφούν σε λίστα γενικών / οικογενειακών

γιατρών και να συμμορφώνονται στις υποδείξεις με τους gatekeeping κανόνες (Schaumans, 2008).

Στο σχήμα 6.2, στα πλαίσια της Διπλωματικής εργασίας, αποτυπώνεται η πορεία του ασφαλισμένου ανάλογα με την τήρηση των κανόνων των παραπομπών. Εάν οποιαδήποτε κίνηση εντός του συστήματος της υγείας γίνει μέσω των Γ.Ι δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση. Αντίθετα εάν γίνει με αυτοπαραπομπή τότε θα προβλέπεται οικονομική συμμετοχή. Το ύψος της θα καθορίζεται από τις αρμόδιες υγειονομικές αρχές.

Σχήμα 6.2: Ροή των ασφαλισμένων στο σύστημα υγείας όπου η μη τήρηση των κανόνων παραπομπής από την πλευρά του ασφαλισμένου συνεπάγεται οικονομική συμμετοχή στο κόστος των δαπανών.



6.5 Πολιτικές παρέμβασης στην προσφορά (ιατρικό δυναμικό)

Για τις ανάγκες των κατοίκων της Ελλάδας, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα επαρκούν 30.000 γιατροί, όλων των ειδικοτήτων. Όμως σήμερα υπάρχουν 45.000 υπεράριθμοι, δηλαδή περίπου 75.000 σύνολο. Σύμφωνα με τον Στάθη (2011, σελ. 5) πρέπει «προς το ιατρικό σώμα και ιδιαίτερα στους εν δυνάμει γιατρούς και στους γονείς

τους να δοθεί ειλικρινής πληροφόρηση, σχετικά με το συνεχώς διογκούμενο και μέγιστο πρόβλημα του τομέα υγείας στην Ελλάδα, τον απίστευτο ιατρικό πληθωρισμό και τις δραματικές του παρενέργειες».

Προκειμένου να εξασφαλισθούν αμοιβές για αυτό το πλήθος των γιατρών, με κάθε τρόπο, το αποτέλεσμα ήταν οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα την δεκαετία 1997-2007 να αυξάνονται κατά 6,6%, όταν ο μ.ο στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 4,1%, στην Ισπανία 2,7% και στη Γερμανία 1,7%. Με δεδομένο ότι αυτού του είδους η διαχείριση των οικονομικών υγείας είναι αδύνατο να συνεχισθεί προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ότι οι νέοι κυρίως γιατροί αντιμετωπίζουν άμεσο και δυσεπίλυτο πρόβλημα επαγγελματικής αποκατάστασης (Στάθης, 2011).

Ο Στάθης (2011) θεωρεί ότι οι γιατροί πρέπει να διεκδικήσουν εργασία στο εξωτερικό³⁸ και αυτή τη γυμνή αλήθεια πρέπει να την καταστήσει σαφή η επίσημη πολιτεία. Επίσης, όσον αφορά τα συνδικαλιστικά όργανα θα πρέπει να καταλάβουν ότι ο κρατικός προϋπολογισμός αδυνατεί να χρηματοδοτήσει οποιαδήποτε περιττή δαπάνη που αφορά το ιατρικό σώμα.

Το κόστος εκπαίδευσης και εξειδίκευσης του ιατρικού προσωπικού είναι εξαιρετικά υψηλό, σε σχέση με όλα τα άλλα επαγγέλματα. Η καταβολή κονδυλίων από τον κρατικό προϋπολογισμό για παραγωγή ιατρικού προσωπικού πρέπει να πραγματοποιείται στο ύψος που είναι κοινωνικά αναγκαίο. Επιπλέον, το ιατρικό σώμα χρησιμοποιεί την αυξημένη πολιτική επιρροή του για την μισθολογική του απορρόφηση από τις κρατικές δομές υγείας (Στάθης, 2005).

Σε μια προσπάθεια για δραστική λύση στο πρόβλημα του ιατρικού πληθωρισμού οι Abel-Smith κ.ά. (1994), πρότειναν την δραστική μείωση του μεγέθους της υπάρχουσας ιατρικής σχολής στην Αθήνα και την ίδρυση νέας στην ευρύτερη περιοχή με έμφαση στην οικογενειακή γενική ιατρική. Εάν είχαν υιοθετηθεί εγκαίρως οι επισημάνσεις για τον αναγκαίο προγραμματισμό παραγωγής ιατρικού προσωπικού, οι ΓΙ σήμερα θα αποτελούσαν την πλειοψηφία σε σχέση με τους υπόλοιπους γιατρούς των εξειδικευμένων ειδικοτήτων. Δυστυχώς, όμως η παράλειψη αυτή ήταν συστηματική και γενικευμένη (Στάθης, 2005).

Αν και στη διεθνή βιβλιογραφία δεν καταγράφεται μια σαφής αναλογία πληθυσμού/γιατρών που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως άριστη για οποιοδήποτε

³⁸ Η διεθνής μετανάστευση μπορεί να αυξήσει την ευελιξία στην αγορά εργασίας για γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας (ΟΟΣΑ 2005).

υγειονομικό σύστημα, εντούτοις υπάρχουν τεχνικές που επιτρέπουν υπολογισμούς σε εθνικό επίπεδο και κατά ειδικότητα. Στην χώρα μας η πιο πρόσφατη εργασία είναι το 2002 των Γρέγκορ, Λιάτσου και Κυριόπουλου όπου χρησιμοποιώντας την ποιοτική μέθοδο Delphi κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αναλογία των γιατρών στον πληθυσμό πρέπει να μειωθεί κατά 34,6%, με ταυτόχρονη αύξηση των ΓΙ κατά 619% (Στάθης, 2005).

Χαμηλά επίπεδα πυκνότητας γιατρών αξίζει να σημειωθεί ότι βρίσκονται σε χώρες όπου είχαν σχεδιάσει και ελέγξει την είσοδο στις ιατρικές σχολές εδώ και πολλά χρόνια (π.χ Γαλλία, Ιταλία, Βέλγιο) (OECD, 2006).

Έτσι, ενώ ο κατά μέσο όρο αριθμός των γιατρών αυξάνει στις ευρωπαϊκές χώρες από 3,0 γιατρούς ανά 1.000 άτομα το 2000, σε 3,3 το 2008, αντίθετα στη Γαλλία και την Ιταλία λόγω των περιορισμών στην εισαγωγή στις ιατρικές σχολές από τη δεκαετία του 1980 και 1990, η αναλογία έφτασε στο αποκορύφωμα το 2005 και 2002 αντίστοιχα και άρχισε να μειώνεται στη συνέχεια (OECD, 2010).

Σύμφωνα με την έκθεση του OECD για την Ελλάδα (2009), πρέπει να γίνει άμεσα διαπραγμάτευση μεταξύ των κρατικών αρχών και του ιατρικού σώματος σε αρκετά θέματα όπως: τον αριθμό των εισακτέων στις ιατρικές σχολές³⁹, το επίπεδο των αμοιβών και την σχέση στο σύστημα υγείας των γενικών και ειδικών γιατρών.

6.6 Σύναψη συμβολαίων μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και Γ.Ι.

Με την ψήφιση του νόμου 3819/2011 ανοίγει ο δρόμος για την σύναψη συμφάσεων μεταξύ του Ε.Ο.Π.ΥΥ και των ιατρών οι οποίοι θέλουν να ενταχθούν στο σύστημα. Σύμφωνα με τον Hurst (1991) το μοντέλο των συμβάσεων φαίνεται να έχει την δυναμική για τον συνδυασμό μακροοικονομικής και μικροοικονομικής αποδοτικότητας. Παρέχει, επίσης, την απαραίτητη αυτονομία στους προμηθευτές, μέσω κριτηρίων αυτορρύθμισης. Το ερώτημα, όμως, παραμένει για το ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να πληρώνονται οι γιατροί της ΠΦ.

6.6.1 Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης.

Στην Ελλάδα συνήθως χρησιμοποιούνται δύο τρόποι αμοιβής των γιατρών. Με μισθό, για αυτούς που δουλεύουν σε δημόσιες δομές και κατά πράξη και

³⁹ Το Βέλγιο, δεύτερη χώρα σε πυκνότητα γιατρών μετά την Ελλάδα, προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της υπερκατανάλωσης υπηρεσιών υγείας ήδη από το 1998 προχώρησε σε περιορισμό των εισακτέων στις ιατρικές σχολές (Schaumans, 2008).

περίπτωση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Μέχρι σήμερα οι γιατροί ανάλογα με το ασφαλιστικό ταμείο συνάπτουν διαφορετικό συμβόλαιο και μπορεί να αποκομίζουν πλεονεκτήματα (Mosialos, Allin and Davaki 2005). Αυτούς τους διαφορετικούς τρόπους πληρωμής το αρμόδιο Υπουργείο, μέσω της λειτουργίας του νέου Οργανισμού, επιθυμεί να τους αντικαταστήσει από μία μόνο μέθοδο, τη μέθοδο της αμοιβής με μηνιαία αντιμισθία.

Σύμφωνα με τον πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ ο συνολικός αριθμός των γιατρών με συμβάσεις ξεπερνά τις 20.000 σε όλες τις ειδικότητες. Ο ΕΟΠΥΥ προβλέπει ότι οι αμοιβές των Γ.Ι θα κυμαίνονται από 1.000 έως 2.000 ευρώ ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων. Στον πίνακα 6.2 αποτυπώνονται τα σχετικά διαστήματα:

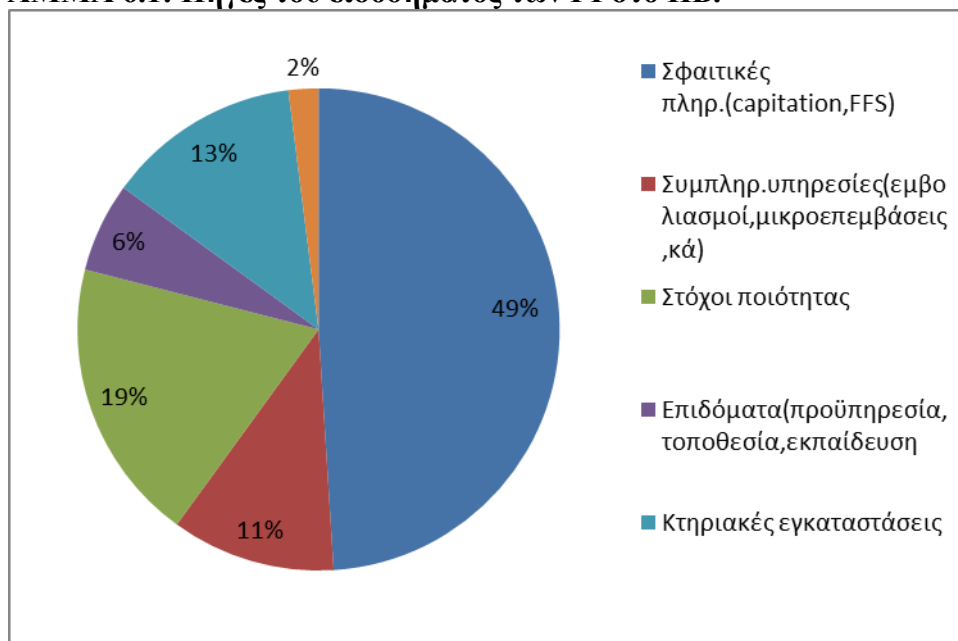
Πίνακας 6.2:

Προβλεπόμενος μισθός για τους ΓΙ με βάση την λίστα εγγεγραμμένων.	
Διάστημα	Μισθός
800-1.200	1.000
1201-1500	1200
1501-1800	1400
1801-2100	1600
2101-2500	1800
2500 και άνω	2000
Πηγή: www.healthview.gr/επικαιρότητα/υπουργείο	

Στις παραπάνω προθέσεις για την αμοιβή των γιατρών ο ΙΣΑ καλεί τα μέλη του να απέχουν από την αποδοχή σύναψης σύμβασης. Θεωρεί ότι με αυτό τον τρόπο υπολογισμού των μισθών δεν είναι δυνατό να λειτουργήσουν ιδιωτικά ιατρεία με όρους ποιότητας. Θεωρεί επίσης τον αριθμό των συμβεβλημένων γιατρών (20.000 για 10εκ) πολύ μικρό για να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες ΠΦ.

Χρήσιμη για την εξαγωγή συμπερασμάτων, θεωρείται η παρουσίαση ενός ενδεικτικού τρόπου διαμόρφωσης των αμοιβών των Γ.Ι στην Μ. Βρετανία (διάγραμμα 6.1). Το μέσο ετήσιο εισόδημα των Γ.Ι, το 2005, ανέρχονταν στις 102.000 στερλίνες, καθιστώντας τους Γ.Ι τους καλύτερα αμειβόμενα γιατρούς στην Ευρώπη (Street, 2007).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.1: Πηγές του εισοδήματος των ΓΙ στο ΗΒ.



Πηγή: Street (2007).

Από την σύγκριση προκύπτει ότι οι ελληνικές αρχές με ανώτατη ετήσια αμοιβή τα 24.000 ευρώ δεν δημιουργούν τα κατάλληλα οικονομικά κίνητρα καθώς:

- Απουσιάζει η συμμετοχή του δημοσίου σε μέρος του λειτουργικού κόστους των ιδιωτικών ιατρείων των Γ.Ι
- Δεν δίνονται τα οικονομικά κίνητρα να λειτουργήσουν ως μικρές επιχειρήσεις.
- Δημιουργεί οικονομικό ρίσκο στους Γ.Ι που ενεργούν ως αυτοαπασχολούμενοι. Έτσι δημιουργεί συνθήκες ανισότητας μεταξύ Γ.Ι στις δημόσιες δομές και στις ιδιωτικές.
- Δεν ευνοείται η ύπαρξη πολυϊατρείων

Επομένως, οι αντιδράσεις των ιατρικών συλλόγων πρέπει να θεωρηθούν εύλογες στο θέμα των αμοιβών, διότι υποστηρίζουν ότι οι δημόσιες αρχές θέλουν να καταστήσουν τα ιδιωτικά ιατρεία μέρος του ΕΣΥ, χωρίς καμία οικονομική συμμετοχή. Από την άλλη όμως ως προς τον αριθμό των γιατρών οι απαιτήσεις δεν φαίνεται να έχουν τεκμηρίωση, γιατί ένας αριθμός 20.000 γιατρών, όλων των ειδικοτήτων αντιστοιχεί σε έναν γιατρό ανά 500 κατοίκους. Το πρόβλημα είναι η κυριαρχία των ειδικών γιατρών και το πως μπορεί να διανεμηθεί η πίτα.

Τι πρέπει να εξασφαλίζει ένα συμβόλαιο πληρωμής.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι του ελέγχου των δαπανών πρέπει να δημιουργηθούν συνθήκες υψηλού διοικητικού επιπέδου.

Έτσι, η δομή των πληρωμών θα πρέπει να οδηγεί στην κατεύθυνση της: α) ύπαρξης πολυϊατρείων, β) ενός εξελιγμένου μοντέλου πληρωμών των Γ.Ι και γ) της χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας. Στοιχεία που σύμφωνα με την βιβλιογραφία απαιτούνται για την προαγωγή της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (Κούτρας, 2011).

Σύμφωνα με τον Μωραΐτη και συν (1995), το πρότυπο της ομάδας γιατρών (2 έως 6 γενικοί γιατροί) υποβοηθούμενοι από άλλο προσωπικό αποτελεί διεθνώς την πλέον επιθυμητή μορφή. Με αυτό τον τρόπο λύνονται πολλά προβλήματα κόστους λειτουργίας, καλύτερης κάλυψη αναγκών, αλληλοσυμπλήρωσης γνώσεων, σύστημα εφημερίας, κτλ

Ως απαραίτητα στοιχεία από την επιτροπή εμπειρογνομόνων προτείνονται, η εύκολη πρόσβαση (κοντά στον πληθυσμό), η ταχύτητα εξυπηρέτησης (επαρκή προσωπικό, ευρύ ωράριο λειτουργίας, αποφυγή γραφειοκρατίας), η επαρκής οργάνωση παραπομπών (γραμματεία παραπομπών, αμφίδρομη ροή πληροφοριών με το νοσοκομείο) και κατάλληλοι χώροι υποδοχής και εξέτασης.

Έτσι στη συνέχεια θα προταθεί μια μικτή μέθοδος αμοιβής αποτελούμενη από στοιχεία και των τριών βασικών μεθόδων, ως η πιο κατάλληλη για την πληρωμή των Γ.Ι στην Ελλάδα, ώστε να δημιουργηθούν τα κίνητρα για gatekeeping συμπεριφορά.

6.6.2 Προτάσεις για μικτό τρόπο πληρωμής των Γ.Ι.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναδείχθηκε ότι οι Γ.Ι είναι ευαίσθητοι στα οικονομικά κίνητρα. Για παράδειγμα, συγκρίνοντας την κατά κεφαλή αμοιβή και την αμοιβή με μισθό, με την κατά πράξη και περίπτωση, η τελευταία βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερη παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Ωστόσο, ενώ τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αμοιβή κατά πράξη οδηγεί σε μεγαλύτερη ποσότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, δεν είναι εύκολο να κρίνει κάποιος ποια είναι η ιδανική ποσότητα ιατρικών υπηρεσιών, καθώς, επίσης και εάν η παραπομπή ή όχι σε ανώτερα επίπεδα νοσηλείας είναι πραγματικά η καλύτερη επιλογή.

Έτσι, ένα αποτελεσματικό συμβόλαιο πρέπει να καθορίζει ένα κατάλληλο σύστημα πληρωμών στο οποίο το συνολικό κόστος ελαχιστοποιείται, εξουδετερώνοντας τις στρεβλώσεις που μπορεί να προέρθουν από τα οικονομικά κίνητρα των Γ.Ι.

Ιδανικά, η καλύτερη αμοιβή θα πρέπει να περιλαμβάνει την μεγιστοποίηση της υγείας του ασθενή από τον Γ.Ι στο χαμηλότερο δυνατό κόστος και ανταμείβοντας τον για την προσπάθεια. Ωστόσο, κάτι τέτοιο πρακτικά είναι πολύ δύσκολο (Smolder, 2006). Σύμφωνα με τους Gosden, Peterson and Torgerson (1999), ένα μικτό σύστημα αμοιβών είναι αναγκαίο για την αποφυγή υπερβολικών κινήτρων για την υπό ή υπέρ – χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Το μικτό σύστημα πληρωμών με κατά κεφαλή αμοιβή και αμοιβή κατά πράξη (capitation and fee-for-service) φαίνεται να προστατεύει τους πάροχους (Γ.Ι) από το οικονομικό ρίσκο χωρίς να προκαλεί αναποτελεσματικά υψηλά επίπεδα χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Τα μικτά συστήματα αμοιβών τα οποία συνδυάζουν ένα σταθερό μέρος (μισθό ή κατά κεφαλή) με ένα μεταβλητό (FFS) μπορεί να προκαλέσουν τα κίνητρα για περιορισμό της προκλητής ζήτησης αποτελεσματικότερα από ότι η κάθε μέθοδος ξεχωριστά (OECD, 2006). Ο Andersen (2007) θεωρεί ότι η *παραγωγικότητα* πρέπει να προσμετράται με τον αριθμό των ασθενών που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα. Σε σχέση με το παραπάνω πρέπει να αναφερθεί ότι, όταν οι ιατρικές υπηρεσίες είναι ρυθμισμένες με βάση **θεραπευτικά πρωτόκολλα**, ο αριθμός των υπηρεσιών ανά ασθενή δεν εξαρτάται από το μέγεθος της λίστας και το αντίστροφο.

Οι Γ.Ι, μεμονωμένα ή ως ομάδα, πρέπει να έχουν την **δυνατότητα παροχής εναλλακτικών**, όπως τηλεφωνική και email συμβουλευτική με χαμηλότερο κόστος. Στην Δανία οι Γ.Ι μπορούν να επιλέξουν μεταξύ τριών τύπων βασικών υπηρεσιών. Σύντομες υπηρεσίες (τηλέφωνο, email), συνήθη συμβουλευτική επίσκεψη και υπηρεσίες που καταναλώνεται περισσότερος χρόνος με *μεγαλύτερη αμοιβή* (πρώτη επίσκεψη, γνωσιακή θεραπεία) (Andersen, 2007).

Μετά την ανάλυση των παραπάνω, διατυπώνεται στα πλαίσια της παρούσας Διπλωματικής η παρακάτω πρόταση για την υλοποίηση ενός αποτελεσματικού σχεδίου πληρωμών των Γ.Ι. Ένα τέτοιο σχέδιο θα πρέπει να περιλαμβάνει τέσσερα μέρη:

1. ένα πάγιο χρηματικό ποσό (μισθός) που θα αντιστοιχεί στο ελάχιστο επιτρεπτό επίπεδο εγγεγραμμένων, κάτω από το οποίο θα διακόπτεται η σύμβαση
2. μια επιπλέον κατά κεφαλή αμοιβή για τους εγγεγραμμένους στην ατομική λίστα, για τον υπολογισμό της οποίας θα λαμβάνονται υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του κάθε ασφαλισμένου (ηλικία, κ.ά)

3. ένα χρηματικό ποσό που θα αντιστοιχεί σε υπερωριακή απασχόληση και θα υπολογίζεται με βάση το σύστημα κατά πράξη και περίπτωση. Ενισχύεται έτσι το κίνητρο των γιατρών για 24ωρη λειτουργία, την ίδρυση ομάδων Γ.Ι (ως πολυϊατρεία).
4. ένα χρηματικό ποσό που θα καθορίζεται με βάση ένα σύνολο προκαθορισμένων κινήτρων (π.χ η δυνατότητα παροχής εναλλακτικών ιατρικών υπηρεσιών, το ποσοστό των χρόνιων πασχόντων, κα). Σε αυτό το τμήμα θα μπορεί να προστεθεί και η τιμή του αλγόριθμου (δες υποτήμα 6.6.3)

Τα παραπάνω αποτελούν ένα σχέδιο πληρωμών που αποτελείται από τον συνδυασμό και των τριών βασικών μεθόδων πληρωμών. Αν και στην βιβλιογραφία συνήθως συναντάται ο συνδυασμός της κατά κεφαλή αμοιβής και της κατά πράξη αμοιβής, στην ελληνική περίπτωση η πρόσθεση και του σταθερού μισθού γίνεται για τους εξής λόγους:

- ✓ Ένας αριθμός Γ.Ι έχει ήδη μόνιμη σχέση εργασίας με τον ΕΟΠΥΥ (κυρίως προέρχονται από τις μονάδες υγείας του ΙΚΑ και των Κ.Υ του ΕΣΥ). Έτσι επιδιώκεται ίση μεταχείριση, καθώς αυτό το μοντέλο μπορεί να εφαρμοστεί και στους Γ.Ι που δουλεύουν στις δημόσιες δομές.
- ✓ Μειώνει το οικονομικό ρίσκο των γιατρών και έτσι θα μεγαλώσει το κίνητρο για εθελοντική συμμετοχή των Γ.Ι στον ΕΟΠΥΥ. Η εθελούσια συμμετοχή είναι σημαντική προϋπόθεση για την λειτουργία του θεσμού των Γ.Ι ως φύλακα.
- ✓ Εξασθενεί την πίεση των ασφαλισμένων προς τους Γ.Ι για παραπομπή σε ειδικούς γιατρούς και ακριβές διαγνωστικές εξετάσεις.

Με την παρακάτω εξίσωση δίνεται ένας ενδεικτικός τρόπος υπολογισμού της αμοιβής των Γ.Ι. (Κυριόπουλος, 2011):

$$HEgp = (ni \cdot ci) + (nj \cdot cj) + [(ai + cmi) \cdot cprim] + (hv \cdot chv)$$

Βάση της εξίσωσης υπολογισμού της αμοιβής των γενικών ιατρών εκτιμήθηκε το ετήσιο εισόδημα, με τις εξής υποθέσεις:

ni = 2000 εγγεγραμμένα άτομα (capitation)

ci = 40 ευρώ κατά κεφαλή αμοιβή

nj = πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο, 26% των εγγεγραμμένων ατόμων

cj = 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

$cprim$ = πρόσθετη αποζημίωση, 10% της κατά κεφαλή αμοιβής

hn = 200 κατ οίκον επισκέψεις

chn = 20 ευρώ αμοιβή για κατ οίκον επίσκεψη (κατά πράξη και περίπτωση)

Με αυτά τα δεδομένα το μέγιστο ετήσιο εισόδημα μπορεί να ανέρθει σε 89.760 ευρώ.

Με 1.500 και 1.000 εγγεγραμμένους το ποσό είναι 67.320 και 44.880 ευρώ, αντίστοιχα. Αυτό το ύψος των αμοιβών απέχει πολύ από τις προθέσεις της κεντρικής διοίκησης και είναι κοντά στο ύψος αμοιβής των Γ.Ι στην Μ. Βρετανία.

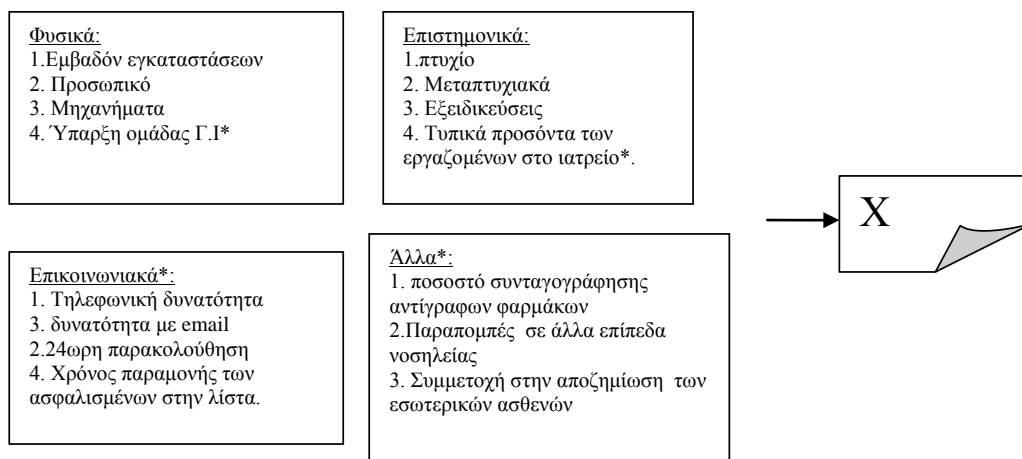
Στην συνέχεια αναλύεται η ανάγκη για την δημιουργία ενός αλγορίθμου η τιμή του οποίου θα μπορεί να προστεθεί στον υπολογισμό της αμοιβής των Γ.Ι.

6.6.3 Δημιουργία αλγορίθμου

Για την *μέτρηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας* της ιατρικής εργασίας ένας **αλγόριθμος**, που μπορεί να μετουσιώσει δεδομένα σε μια εξερχόμενη τιμή αποτελεσματικότητας, είναι αναγκαίο να χαρακτηρίζει την επιχειρησιακή λειτουργία μιας μεγάλης κρατικής δομής όπως ο ΕΟΠΥΥ. Στον αλγόριθμο αυτό, ενδεικτικά ως εισερχόμενα δεδομένα προτείνονται **φυσικά χαρακτηριστικά** (όπως το εμβαδόν του ιατρείου, το προσωπικό, τα μηχανήματα, το ωράριο λειτουργίας,), **επιστημονικά** (όπως βαθμός πτυχίου, εξειδικεύσεις), **επικοινωνιακά** (διαθεσιμότητα εκτός ωραρίου, συνολική παρακολούθηση 24ωρη, λειτουργία ως πολυϊατρεία), και **άλλα** χαρακτηριστικά. Η απεικόνιση γίνεται στο σχήμα 6.3.

Όμως, σύμφωνα με τον Κούτρα (2011), η εισαγωγή ενός αλγορίθμου έχει μεγάλες δυσκολίες εφαρμογής λόγω των υποκειμενικών εισακτέων δεδομένων. Έτσι, από τα εισερχόμενα δεδομένα πρέπει να αποκλειστούν όσα δεν είναι εύκολο να ποσοτικοποιηθούν. Στην μελλοντική του εξέλιξη μπορεί να περιλαμβάνει και στοιχεία των αποτελεσμάτων των ασθενών καθώς και άλλα δεδομένα που στην αρχική του λειτουργία είναι δύσκολο να καταγραφούν (π.χ χρόνος ανά ασθενή). Αυτό θα εξαρτηθεί από την εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων και την δυνατότητα διοικητικής υποστήριξης και παρακολούθησης από το διοικητικό προσωπικό του ΕΟΠΥΥ.

Σχήμα 3: Κατηγορίες εισερχόμενων δεδομένων (inputs) για την δημιουργία αλγόριθμου, η τιμή του οποίου θα χρησιμοποιηθεί ως στοιχείο υπολογισμού της αμοιβής των Γ.Ι.



Πηγή: Κούτρας (2011)
*προσωπική εκτίμηση

6.7 Ο ΕΟΠΥΥ παραγωγός υπηρεσιών ή μόνο αγοραστής

Ο διαχωρισμός του αγοραστή από τον προμηθευτή συνιστά το κεντρικό στοιχείο των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων σε πολλές χώρες. Οι αλλαγές σχεδιάζονται για να διευκολύνουν τον ανταγωνισμό *διαχωρίζοντας την αγοραστική διαδικασία υπηρεσιών υγείας από την παραγωγική, σε δυο διαφορετικούς τύπους οργανισμών* (Abel-Smith et al., 1994). Ακολουθώντας αυτήν την αρχή οι δημόσιες αρχές μετατρέπονται σε αγοραστικούς οργανισμούς χωρίς καμία άμεση ανάμειξη στην πραγματική παραγωγή υπηρεσιών υγείας⁴⁰.

Η λογική πίσω από αυτές τις πολιτικές είναι να χρησιμοποιηθεί ο μηχανισμός των τιμών παρά να σχεδιάζονται μηχανισμοί καθοδήγησης στην διανομή των πόρων.

⁴⁰ Με τις αλλαγές στο σύστημα υγείας, στην Καταλονία (όπως και στην υπόλοιπη Ισπανία) το 1990, προχώρησε ο διαχωρισμός μεταξύ αγοραστών υπηρεσιών και παραγωγών. Ο Οργανισμός Υπηρεσιών Υγείας (Catalan Health Service) είναι ένας κρατικός αγοραστής, ο οποίος δεν διαχειρίζεται καμία υπηρεσία υγείας ή να προσλαμβάνει προσωπικό για παροχή κλινικής ιατρικής φροντίδας. Παίζει το ρόλο του αγοραστή συμβαλλόμενος με δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές (Junoy and Ortun, 2004).

Επιδίωξη είναι να μειωθεί το κόστος για την εξασφάλιση του επιθυμητού επιπέδου ποιότητας και ποσότητας των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνοντας αποδοτικότητα κόστους υπό την επίδραση των συμβολαίων αγοράς. Ωστόσο η αποτελεσματικότητα κόστους μάλλον αποτελεί αντικείμενο εμπειρικών αποτιμήσεων (Junoy and Ortun, 2004).

Ως οικονομική αποτελεσματικότητα ορίζεται η δυνατότητα να αγοραστεί ένα δεδομένο επίπεδο υπηρεσιών στις χαμηλότερες τιμές. Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας στο κόστος των υπηρεσιών υγείας διαφέρει όταν μετράται η αποτελεσματικότητα κατά την παραγωγική διαδικασία από όταν γίνεται με σύναψη συμβολαίου. Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας παρέχει πληροφόρηση για την αποτελεσματικότητα του μετασχηματισμού των εισροών σε εκροές. Ένας προμηθευτής πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να παράγει οικονομικά αποτελεσματικά ένα δεδομένο επίπεδο υπηρεσιών, όμως ως αγοραστής (purchasing agency) μπορεί να αγοράζει με συμβόλαιο, το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών, σε τιμές πάνω από τον ανταγωνισμό ή κάτω (Junoy and Ortun, 2004).

Στην ελληνική περίπτωση, ο αγοραστής θα είναι το ενοποιημένο ταμείο. Ο ΕΟΠΥΥ, όμως, είναι ταυτόχρονα φορέας παροχής υπηρεσιών (με τις μονάδες υγείας του ΙΚΑ) και φορέας αγοράς αυτών των υπηρεσιών (με τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων).⁴¹ Για την λειτουργία του αυτή ασκείται εδώ και χρόνια κριτική στο ΙΚΑ. Η ‘ανωμαλία’ αυτή του ΙΚΑ μεταφέρεται αυτούσια στον νέο οργανισμό, ενώ δεν παύει να υπάρχει και η εποπτεία δύο υπουργείων, γεγονός που δεν διευκολύνει την διαχείρισή του (Βουδούρης, 2011).

Ωστόσο, ο διττός ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής και ως προμηθευτής δεν μπορεί εύκολα να αποτιμηθεί και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση. Σύμφωνα με τους Junoy and Ortun (2004) όταν αποτιμούμε εάν είναι φθηνότερο να αγοράζουμε υπηρεσίες υγείας με συμβόλαιο παρά να εκτελούνται αυτές στο δημόσιο σύστημα, είναι κρίσιμο να διαχωρίσουμε μεταξύ αποτελεσματικότητα κόστους στη δημιουργία συμβολαίων για υπηρεσίες υγείας από την αποτελεσματικότητα στην παραγωγή τους.

⁴¹ Σύμφωνα με τον Ζηλίδη (2004) σχηματικά έχουν διαμορφωθεί τρεις διαφορετικές προτάσεις για το ζήτημα της ενοποίησης της χρηματοδότησης: α) ο ενιαίος φορέας υγείας να έχει ταυτόχρονα την ευθύνη της ενιαίας χρηματοδότηση και της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, β) να έχει την διαχείριση μόνο της ζήτηση υπηρεσιών υγείας μέσω της χρηματοδότησης, και γ) την διατήρηση του υφιστάμενου ασφαλιστικού καθεστώτος του κλάδου υγείας χωρίς τον διαχωρισμό των μονάδων παραγωγής ΠΦ από τον μητρικό ασφαλιστικό κορμό, αλλά την κοινοπρακτική λειτουργία των ταμείων με μεταξύ τους συμφωνίες και συμβάσεις. Σε σχέση με τα παραπάνω με το ν. υιοθετήθηκε η πρώτη πρόταση.

6.8 Αυτοαπασχολούμενοι ή μόνιμοι Γ.Ι;

Στην Ελλάδα υπάρχει μια διαμορφούμενη κατάσταση και είναι δύσκολο να πεισθούν οι ήδη υπηρετούντες Γ.Ι (ΙΚΑ, ΕΣΥ) να χάσουν την μονιμότητα και να γίνουν ελεύθεροι επαγγελματίες. Από την άλλη, και με δεδομένη την ανάγκη για άμεση προσέλκυση σημαντικού αριθμού Γ.Ι από την ελεύθερη αγορά εργασίας, πρέπει να δοκιμαστούν και άλλα εργασιακά σχήματα, όπως συμβάσεις με τον Οργανισμό. Έτσι παρέχεται η δυνατότητα για εισαγωγή στο σύστημα Γ.Ι ως πλήρους απασχόλησης αλλά χωρίς μονιμότητα. Η συνύπαρξη δύο τύπων Γ.Ι μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα, καθώς θα δημιουργηθούν συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ των δύο κατηγοριών και θα επιτρέψει στον Οργανισμό να εξάγει συμπεράσματα για την περαιτέρω οργάνωση και λειτουργία.

Οι αυτοαπασχολούμενοι Γ.Ι θα έχουν κίνητρα να αναπτύξουν ομάδες, επιλέγοντας ικανούς συνεργάτες και να οργανωθούν σωστά ώστε να αποσπάσουν ικανό αριθμό ασφαλισμένων αυξάνοντας έτσι το εισόδημά τους. Έτσι θα κρίνονται συνεχώς και σταθερά από τους ίδιους τους ασφαλισμένους (Μωραΐτης και συν, 1995). Σύμφωνα με την Γείτονα (1996) χωρίς διαμεσολάβηση και διαπραγμάτευση ενός ενιαίου φορέα υγείας πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, μέσω δημόσιων συμβολαίων, δεν μπορεί να υπάρξουν ανταγωνιστικά κίνητρα από την πλευρά των προμηθευτών, με συνέπεια να μην υφίσταται η κυριαρχία του καταναλωτή – ασφαλισμένου.

Η πρόταση των ξένων εμπειρογνομόνων (Abel-Smith et al., 1994), βασισμένη στο βρετανικό πρότυπο, ήταν οι Γ.Ι να είναι ανεξάρτητοι επαγγελματίες και να αμείβονται ως αυτοαπασχολούμενοι. Η ένταξη των Γ.Ι με συμβάσεις ετήσιας διάρκειας και όχι με το πρότυπο της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ενέχει την δυνατότητα αξιολόγησης των Γ.Ι από τους ασφαλισμένους που τους έχουν επιλέξει και αναιρεί τάσεις υπαλληλοποίησης.

Το πρότυπο των αυτοαπασχολούμενων Γ.Ι έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

1. αξιοποιεί τις υποδομές του ιδιωτικού τομέα
2. επιτρέπει την ελεύθερη επιλογή και δημιουργείται ανταγωνισμός μεταξύ των Γ.Ι για εξασφάλιση εγγεγραμμένων,
3. προσφέρει ευελιξία στις αμοιβές

Σε χώρες όπου οι Γ.Ι είναι αυτοαπασχολούμενοι (Δανία, ΗΒ, Ολλανδία) έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαχείριση των ασφαλισμένων, από ότι σε χώρες με υπαλληλική σχέση (Boerma, Zee and Fleming, 1997). Ωστόσο, η επίπτωση από την

παροχή ΠΦΥ χρησιμοποιώντας επαγγελματίες εκτός του εθνικού συστήματος υγείας χρειάζεται προσεκτική θεώρηση (Corney and Kerrison, 1997).

6.9 Συμπέρασμα.

Από την έρευνα προέκυψε ότι ο αριθμός των Γ.Ι επαρκεί για την κάλυψη του πληθυσμού, καθώς υπάρχουν αρκετές εναλλακτικές επιλογές πάνω στις οποίες μπορεί να γίνει αποτελεσματική εφαρμογή ενός συστήματος με περιορισμό στην πρόσβαση.

Οι βαθμοί ελευθερίας που μπορούν να δοθούν σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού σε συνδυασμό με την δυνατότητα αυξημένης λίστας εγγεγραμμένων και την επιβολή κανόνων στο σύστημα παραπομπών με τη θέσπιση κινήτρων και αντικινήτρων στους ασφαλισμένους εξομαλύνει τις τυχόν δυσκολίες κάλυψης, στα αρχικά στάδια εφαρμογής.

Η υποχρεωτική παραπομπή από τους Γ.Ι για πρόσβαση σε Ε.Ι και νοσοκομειακές υπηρεσίες σημαίνει ότι ένα μέρος αυτών ίσως αντιμετωπίσει πρόβλημα επιβίωσης. Η μεταφορά αγοραστικής δύναμης στους Γ.Ι ενδυναμώνει τον ρόλο της Π.Φ στο μηχανισμό της αγοράς (με χαμηλότερες τιμές στις νοσοκομειακές υπηρεσίες). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο μπορεί οι Γ.Ι να ενεργούν ως κύριος ελεγκτικός μηχανισμός του ΕΟΠΥΥ καθώς είναι η ιατρική ειδικότητα με το μεγαλύτερο εύρος γνώσεων, αλλά κυρίως έχουν πλήρη και συνεχόμενη γνώση του ιατρικού ιστορικού. Έτσι οι Γ.Ι θα λειτουργούν ως gatekeepers και για τις νοσοκομειακές δαπάνες για όλους τους εγγεγραμμένους στη λίστα, εκτός από τις επείγουσες εισαγωγές.

Για να δημιουργηθούν όμως τα κίνητρα για gatekeeping συμπεριφορά των Γ.Ι μια μικτή μέθοδος αμοιβής αποτελούμενη από στοιχεία και των τριών βασικών μεθόδων, είναι η πιο κατάλληλη για την πληρωμή των Γ.Ι στην Ελλάδα.. Η μικτή μέθοδος πληρωμών δημιουργεί συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ των Γ.Ι, τόσο σε αυτούς που απασχολούνται στις δημόσιες δομές όσο και στους αυτοαπασχολούμενους.

Τέλος, για τον διπλό ρόλο του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή και ως προμηθευτή, δεν μπορεί εύκολα να γίνει αποτίμηση και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση, καθώς όταν αποτιμάται εάν είναι φθηνότερο να αγοράζονται υπηρεσίες υγείας με συμβόλαιο παρά να εκτελούνται αυτές στο δημόσιο σύστημα, είναι κρίσιμος ο διαχωρισμός

μεταξύ αποτελεσματικότητας κόστους στη δημιουργία συμβολαίων για υπηρεσίες υγείας από την αποτελεσματικότητα στην παραγωγή τους.

Κεφάλαιο 7. Ο ανασχηματισμός της Π.Φ στην χώρα μας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Κίνδυνοι και ευκαιρίες.

7.1 Εισαγωγή

Η εισαγωγή του θεσμού του γενικού / οικογενειακού γιατρού και η οργάνωση και λειτουργία ενός νέου οργανισμού ο οποίος έρχεται να ενοποιήσει και να υποκαταστήσει τη λειτουργία τεσσάρων άλλων που ήδη λειτουργούν φαίνεται να είναι δύσκολο εγχείρημα. Έτσι στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας θα αναπτυχθεί κατά πόσο η διαδικασία μετασχηματισμού του ελληνικού συστήματος υγείας, σε σύστημα με φραγμούς στην είσοδο, είναι εφικτή σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

7.2 Η οικονομική κρίση είναι ανασταλτικός παράγοντας για την μετασχηματική διαδικασία;

Σύμφωνα με τον Μουτσόπουλο (2011) η χρεοκοπία της χώρας μπορεί να οδηγήσει σε ένα ορθολογικότερο σύστημα παροχής υγείας, με μικρότερο κόστος. Αρκεί να γίνει μελέτη της διεθνούς εμπειρίας, η αναγνώριση των κανόνων καλής λειτουργίας και η εφαρμογή σε όλο το ελληνικό σύστημα υγείας. *Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει 'η συγκυρία είναι ευνοϊκή'* για να επιβληθεί η αποκέντρωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών από τα πολυδάπανα νοσοκομεία και να καθιερωθεί επιτέλους ο θεσμός του Γ.Ι. Η οικονομική κρίση και το κόστος λειτουργίας του νέου οργανισμού και η εισαγωγή των Γ.Ι ως φίλτρο στο σύστημα δεν αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα ούτε για τον Ζηλίδη (2010). Απεναντίας, θεωρεί ότι διευκολύνονται και επιταχύνονται οι διαδικασίες καθώς μειώνονται οι αντιστάσεις από το κυρίαρχο ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα.

Με την ορθολογική χρήση των δαπανών που χρησιμοποιούνται για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, των δαπανών για την λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, την εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, και των δαπανών διοίκησης των κλάδων ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων, η οικονομική εξοικονόμηση θα είναι άμεση και μπορεί να χρηματοδοτήσει την ανάπτυξη του θεσμού των Γ.Ι ως «gatekeeper – φύλακα» στο σύστημα. Επιπλέον τα μεσοπρόθεσμα

οφέλη που θα προέρθουν από τον περιορισμό στην υπερκατανάλωση ακριβών διαγνωστικών εξετάσεων και της δευτεροβάθμιας νοσηλείας θα είναι σημαντικά (Ζηλίδης, 2005).

Σύμφωνα με τον Σουλιώτη (2010) υπό το ασφυκτικό καθεστώς της δημοσιονομικής πειθαρχίας αυτό που έχει σημασία δεν είναι πλέον η διαγνωστική σημασία του προβλήματος, όσο η θεραπευτική αντιμετώπιση του. Κατά καιρούς οι εμπειρογνώμονες και άλλοι έχουν καταθέσει προτάσεις με εμπειρική και επιστημονική τεκμηρίωση από καλές διεθνείς πρακτικές. Τα δεδομένα είναι αμείλικτα, η δαπάνη υγείας είναι σταθερά πάνω από το 9% του ΑΕΠ και με ετήσιο ρυθμό αύξησης μεγαλύτερο του 6%, τα χρέη των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων είναι πάνω από 3δισ, το μέσο κόστος νοσοκομειακής νοσηλείας μεγαλύτερο από 600 ευρώ και με ετήσιο ρυθμό αύξησης 30%.

Σύμφωνα με τον Μάμα (2000) ακόμη και το μικρό μέρος που απαιτείται για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη θα ήταν αρκετό για την χρηματοδότηση της εισαγωγής του θεσμού των Γ.Ι. Επιπλέον, με την λειτουργική σύνδεση της Π.Φ με την νοσοκομειακή περίθαλψη και με το σύστημα παραπομπών θα αποσυμφορηθούν σε μεγάλο βαθμό τα νοσοκομεία και παράλληλα θα έχουμε οικονομία πόρων.

Σε κάθε περίπτωση ο Ζηλίδης (2010) χαρακτηριστικά υποστηρίζει ότι πρέπει να ασκηθεί πολιτική με όσους πόρους υπάρχουν. Όχι με περισσότερους, ούτε με ελλείμματα. Άρα, το ερώτημα δεν είναι πόσοι πόροι απαιτούνται, αλλά πως θα διαχειριστούμε τους διαθέσιμους πόρους για να γίνουν αυτά που πρέπει.

Η εμπειρία στην Ελλάδα δείχνει ότι οι όποιες αλλαγές έγιναν μετά το 1983 όταν πλέον η χώρα είχε περιέλθει σε περίοδο περιστολής των δημόσιων δαπανών, λόγω των μεγάλων δημοσιονομικών ελλειμμάτων. Αντίθετα η περίοδος από το 1950 έως το 1970 που ήταν περίοδος σημαντικής οικονομικής ανάπτυξης δεν έγιναν σημαντικές αλλαγές στο σύστημα της υγείας (Tragakes and Polyzos, 1998).

7.3 Αρνητική συσχέτιση των οικονομικών συνθηκών και της χρήσης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών.

Με δεδομένη την ανάγκη για περιορισμό των ελλειμμάτων στις περισσότερες χώρες οι κυβερνήσεις θα βρεθούν αντιμέτωπες με δύσκολες πολιτικές επιλογές προκειμένου να μπορέσουν να επιτύχουν γρήγορα αποτελέσματα. Πρέπει είτε να ελαττωθεί η κρατική συμμετοχή ή να αυξηθεί η φορολογία (OECD, 2010). Η εισαγωγή πραγματικών μηδενικών τιμών κατά την κατανάλωση χωρίς περιορισμό

στην πρόσβαση θα σήμαινε επιπλέον επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού και της κοινωνικής ασφάλισης, γεγονός το οποίο υπό το καθεστώς της ακραίας οικονομικής κρίσης δεν είναι πραγματοποιήσιμο.

Οι επιπτώσεις της οικονομικής στενότητας στις υπηρεσίες της Π.Φ καταρχήν είναι ένα ερώτημα που χρήζει *εμπειρικής διερεύνησης* (Lusardi, Schneider and Tufano, 2010). Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες η κρίση λειτουργεί *προστατευτικά* στην ατομική υγεία, καθώς η *μείωση της αγοραστικής δύναμης* λειτουργεί αποτρεπτικά στην κατανάλωση επιβλαβών προϊόντων ή στην υπερβολική τους κατανάλωση. Επίσης ο ελεύθερος χρόνος που οφείλεται στην ανεργία ωθεί τα άτομα στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας και την επαναλαμβανόμενη ιατρική φροντίδα (Catalano, 2009).

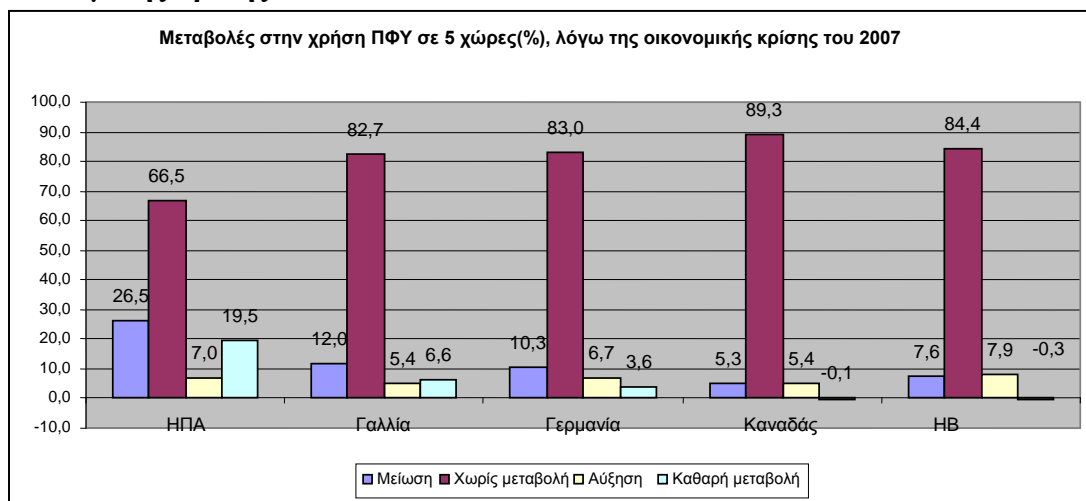
Η γενική παραδοχή όμως είναι πως η κρίση αναμένεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην πρωτοβάθμια υγεία καθώς:

- ✓ Η απώλεια της εργασίας και η απομείωση του πλούτου μπορεί να προκαλέσουν σωματοποίηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές (Catalano, 2009).
- ✓ Προκαλείται μείωση των προαιρετικών δαπανών για υγεία και σύγχυση στον προληπτικό έλεγχο (Lusardi, Schneider and Tufano, 2010).
- ✓ Επηρεάζεται αρνητικά η παιδική θνησιμότητα και η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας μειώνεται περισσότερο στους νέους. Κατά την περίοδο οικονομικών κρίσεων η διάρκεια ζωής μειώνεται. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες τα *έντονα περιστατικά* θα τείνουν να αυξηθούν. Σε αρχικό στάδιο θα μειωθούν οι επισκέψεις, αλλά περνώντας κάποιος χρόνος λόγω της αναβλητικότητας θα αυξηθεί η ζήτηση για υπηρεσίες και όλοι θα καταστούν ασθενείς (Lusardi, Schneider and Tufano, 2010; Catalano, 2009).
- ✓ Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα αυξάνονται παράλληλα με την αύξηση των *οικονομικών ανισοτήτων* και το άνοιγμα της ψαλίδας. Δεν είναι αυτονόητο ότι πλούσιες χώρες έχουν υγιείς πολίτες πριν ληφθούν υπόψη οι δείκτες των εισοδηματικών και κοινωνικών ανισοτήτων. Οι μεγάλες κοινωνικές ανισότητες (χαρακτηριστικό των περιόδων οικονομικών κρίσεων) προδιαθέτουν σε *έντονο χρόνο άγχος* το οποίο με τη σειρά του προδιαθέτει σε μεγάλη νοσηρότητα (Δρίτσας, 2010).

- ✓ Οι οικονομική κρίση είναι αιτία αύξησης του περιστατικών εμφάνισης καρκίνου καθώς και των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Επίσης μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τις αποφάσεις των κρατών όσον αφορά τα διαθέσιμα κεφάλαια για την χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων (Δρίτσας, 2010).

Σε έρευνα που διενεργήθηκε μεταξύ διαφορετικών κρατών και συστημάτων ασφάλισης διαπιστώθηκε ότι σε όλες τις χώρες παρατηρείται ουσιώδης μεταβολή στην αλλαγή της χρήση πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, λόγω της οικονομικής κρίσης το 2007. Το σημαντικό είναι ότι: α) σε χώρα με ιδιωτική ασφάλιση (ΗΠΑ) παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή, β) σε χώρα με καθολική ασφάλιση (ΗΒ) συνολικά δεν παρατηρήθηκε ουσιώδη μεταβολή και γ) σε χώρες όπου από τους χρήστες των υπηρεσιών απαιτείται μεγαλύτερη οικονομική συμμετοχή (Γερμανία, Γαλλία) υπάρχει άξια λόγω μεταβολή (Lusardi, Schneider and Tufano (2010). Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στο διάγραμμα 7.1.

Διάγραμμα 7.1: Μεταβολές στην χρήση ΠΦΥ σε 5 χώρες(%), λόγω της οικονομικής κρίσης του 2007



Πηγή: Lusardi, Schneider and Tufano (2010).

7.4 Ευκαιρίες οικονομικής ανάπτυξης με επίκεντρο το νέο ρόλο των Γ.Ι.

Σύμφωνα με την έκθεση του OECD (2006) οι ενδείξεις που υπάρχουν είναι ότι οι εργασιακές ευκαιρίες διεθνώς μειώνονται για τους ειδικούς γιατρούς και αυξάνουν για τους Γ.Ι. Στην Ελλάδα εξαιτίας της ύπαρξης μεγάλου αριθμού νέων γιατρών, οι οποίοι δυνητικά μπορούν να στραφούν στη γενική ιατρική, είναι εφικτή

μια οικονομική ανάπτυξη σε τοπικό επίπεδο. Η επιστημονική και τεχνική υποστήριξη ενός σχεδίου για την ΠΦ και την γενική ιατρική είναι εφικτή Κυριόπουλος (1996).

Για να αποτελέσουν οι Γ.Ι μοχλό ανάπτυξης, ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες εξάγοντας χρήσιμα συμπεράσματα από άλλες χώρες. Για παράδειγμα, στο ΗΒ η σημαντικότητα που κατέχουν στο σύστημα τους έχει καταστήσει τους καλύτερα πληρωμένους γιατρούς. Ο τρόπος λειτουργίας των ιατρείων τους ταιριάζει με τον όρο «μικρές επιχειρήσεις» καθώς έχουν στην κυριότητά τους τις εγκαταστάσεις και προσλαμβάνουν προσωπικό, μάνατζερ, κá. (Street, 2007; Weller and Maynard, 2004). Οι ανεπαρκείς εγκαταστάσεις αποτελούν εμπόδια στην ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. Οι Γ.Ι πρέπει να καλύπτουν ορισμένα κριτήρια óπως, να έχουν καλά διοικητικά προσόντα και να έχουν αναπτύξει ένα επιχειρηματικό σχέδιο (Kay, 2002).

Σύμφωνα με τον Stansfield (1997), στο ΗΒ οι Γ.Ι εργάζονται σε σύνθετες κτηριακές εγκαταστάσεις. Για να λειτουργήσουν ως ομάδα έχουν δημιουργήσει σημαντικές κτηριακές υποδομές, υψηλού επενδυτικού κόστους. Τα οφέλη από την ανάπτυξη των υποδομών είναι:

1. Υπάρχει μεγαλύτερη προθυμία και εμπιστοσύνη των ασθενών να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες.
2. Διευκολύνεται η συνεργασία μεταξύ των Γ.Ι και άλλων επιστημονικών ομάδων.
3. Διευκολύνει την προσβασιμότητα, π.χ ηλικιωμένοι, έγκυες, κá.
4. Υπάρχει σχέση μεταξύ υποδομών και καλύτερων αποτελεσμάτων.

Ενώ τα ΚΥ και τα πολυϊατρεία έχουν αναγνωριστεί για τον σημαντικό ρόλο που παίζουν στην πρόσβαση στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, η συνεισφορά τους στην οικονομική βιωσιμότητα και οικονομική ανάπτυξη στις περιοχές που είναι εγκατεστημένα πολλές φορές παραγνωρίζεται. Μια επένδυση στα τοπικά κέντρα υγείας και στα πολυϊατρεία των ΓΙ είναι μια επένδυση στην οικονομική ανάπτυξη των τοπικών οικονομιών, αλλά και της οικονομίας γενικότερα (Capital Link, 2007).

Σύμφωνα με την έκθεση της Capital Link (2007), όταν ένα κέντρο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας επιχειρεί μια επενδυτική ανάπτυξη, μια σημαντική οικονομική αναζωογόνηση εμφανίζεται μέσα στις τοπικές κοινωνίες, καθώς προσελκύονται επενδύσεις και άλλες επιχειρήσεις στην κοινότητα. Τα επενδυτικά

σχέδια συνεισφέρουν στην αύξηση της οικονομικής δραστηριότητας, στο οικογενειακό εισόδημα και στην δημιουργία νέων θέσεων εργασίας.

Στην Ελλάδα, στα αστικά κέντρα θα χρειαστεί να ανεγερθούν περίπου 700-1.000 οικογενειακά ιατρεία. Αυτό σημαίνει ότι θα δημιουργηθούν μια σειρά οικονομικών επιδράσεων με τους ακόλουθους τρόπους (Μωραΐτης, 1996):

- Στις τοπικές οικοδομικές επιχειρήσεις.
- Στις τοπικές επιχειρήσεις που θα χρησιμοποιηθούν για την αγορά εξοπλισμού και υπηρεσιών
- Στην δημιουργία νέων θέσεων εργασίας στα ίδια τα ιατρεία όσο και σε άλλες επιχειρήσεις.

Δεδομένου της δυσκινησίας και της αναποτελεσματικότητας της κρατικής μηχανής, μέρος της ευθύνης για την ανεύρεση και διαμόρφωση των χώρων, του εξοπλισμού, της στελέχωσης και της λειτουργίας μεταφέρεται στους συμβεβλημένους Γ.Ι με τον Οργανισμό. Έτσι μπορεί η αναβάθμιση της υγειονομικής υποδομής να αποτελέσει ελκυστικό οικονομικό project, καθώς το επενδυτικό κόστος που είναι πρόβλημα σε συνθήκες δημοσιονομικής κατάρρευσης μπορεί να αντιμετωπιστεί με την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα (Λιαρόπουλος, 2010).

7.5 Συμπέρασμα.

Παρά την οικονομική κρίση η συγκυρία είναι ευνοϊκή για να επιβληθεί η αποκέντρωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών από τα πολυδάπανα νοσοκομεία και να καθιερωθεί ο θεσμός του Γ.Ι. Η κρίση θεωρείται ότι διευκολύνει και επιταχύνει τις διαδικασίες καθώς μειώνονται οι αντιστάσεις από το κυρίαρχο ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα. Έτσι, οδηγούμαστε στο παράδοξο ότι η χρεοκοπία της χώρας μπορεί να οδηγήσει σε ένα ορθολογικότερο σύστημα παροχής υγείας, με μικρότερο κόστος.

Επιπλέον, υπό προϋποθέσεις, η αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής υποδομής, με την κατασκευή οικογενειακών ιατρείων (πολυϊατρείων) μπορεί να αποτελέσει ένα ελκυστικό οικονομικό project και να δημιουργήσει ευκαιρίες οικονομικής ανάπτυξης, καθώς τα κέντρα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (κέντρα υγείας, πολυϊατρεία) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην οικονομική βιωσιμότητα και ανάπτυξη στις περιοχές που είναι εγκατεστημένα.

Συμπεράσματα.

Ανακεφαλαιώνοντας, βασικός στόχος της παρούσας Διπλωματικής εργασίας είναι να αναλύσει την υπάρχουσα γνώση και τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την άποψη ότι ο μηχανισμός του περιορισμού στην πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας μέσω των Γ.Ι μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στον έλεγχο των δαπανών υγείας στην χώρα μας.

Συνοψίζοντας τις διαθέσιμες εμπειρικές μελέτες θα λέγαμε ότι τα ευρήματα δείχνουν ότι, αν και δεν βρίσκονται πάντα θετικές επιδράσεις σε όλες τις συνιστώσες των δαπανών υγείας, η μεταβλητή των ΓΙ ως gatekeepers συμβαίνει να έχει αρνητική επίδραση και ποτέ δεν έχει καταγραφεί θετική συσχέτιση στις δαπάνες υγείας. Τα αποτελέσματα από την ανασκόπηση των εργασιών είναι συνεπή με την κοινά παραδεκτή αίσθηση ότι η ύπαρξη των Γ.Ι ως φύλακα θα τείνει να συνοδεύεται από ένα χαμηλότερο επίπεδο δαπανών υγείας. Ιδιαίτερα αυτό αφορά χώρες με υψηλό ρυθμό εισαγωγών στα νοσοκομεία, αυτοπαραπομπών σε εξειδικευμένους γιατρούς, με αδικαιολόγητες διαγνωστικές εξετάσεις και υψηλή φαρμακευτική δαπάνη, διότι σε αυτές τα περιθώρια βελτίωσης μπορεί να είναι μεγάλα και ορατά σε βραχυχρόνιο ορίζοντα.

Σύμφωνα με την ανάλυση που έγινε στο κεφάλαιο 1 και 3, η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται πιο οικονομικά όταν παρέχεται στον χώρο της ΠΦ από τους Γ.Ι Αυτό συμβαίνει διότι σε ένα gatekeeping σύστημα υγείας, η επίδραση στην εξοικονόμηση πόρων προέρχεται από την περιορισμό της προκλητής ζήτησης, ως αποτέλεσμα της μείωσης της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση και του ηθικού κινδύνου. Όταν λαμβάνονται υπόψη τα οικονομικά κίνητρα και οι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την gatekeeping συμπεριφορά, οι Γ.Ι πάντα έχουν ξεκάθαρη συμμετοχή στον περιορισμό των δαπανών.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει δείξει ότι τα συστήματα πληρωμής παίζουν σημαντικό ρόλο στην συμπεριφορά των Γ.Ι ως φύλακα στο σύστημα υγείας. Επίσης η παροχή προϋπολογισμού στους Γ.Ι ώστε να αποκτήσουν οικονομική συνυπευθυνότητα έχει αξία σε χώρες όπου οι Γ.Ι έχουν θέση gatekeepers.

Σημαντικός παράγοντας είναι το υγειονομικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται οι πρακτικές gatekeeping των Γ.Ι. Από την ανάλυση των συνθηκών

που επικρατούν στα υγειονομικά συστήματα των ΗΠΑ και του ΗΒ αποδεικνύεται ότι χώρες με αριθμητική κυριαρχία σε ειδικούς γιατρούς, δυσκολεύουν την συμπεριφορά των Γ.Ι ως φίλτρο στο σύστημα και ελαχιστοποιούν τις θετικές επιδράσεις

Τα περιθώρια βελτίωσης, στην Ελλάδα, με το υπάρχον σύστημα της ελεύθερης πρόσβαση στην κατεύθυνση της περιστολής των δαπανών δεν είναι σημαντικά. Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών δεν μπορεί να διορθωθεί με οριακές παρεμβάσεις και χρειάζεται δραστική μεταβολή σε βασικά στοιχεία της λειτουργίας, με την εισαγωγή φραγμών στην πρόσβαση. Για να διατηρηθεί η ισότητα υπό συνθήκες πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης απαιτείται μια μείωση των βαθμών ελευθερίας των ασφαλισμένων, με βάση τους Γ.Ι.

Ο αποδυναμωμένος ρόλος της ΠΦΥ και των Γ.Ι στην Ελλάδα είχε ως αποτέλεσμα, η συνδυαστική δράση της πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης και του μη περιορισμού του πληθυσμού στην πρόσβαση να επιτείνει το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου (από την πλευρά των ασθενών) και της ασύμμετρης πληροφόρησης (από την πλευρά των γιατρών) με μεγάλες οικονομικές επιπτώσεις στο κόστος της υγείας.

Κλείνοντας, ένα βασικό συμπέρασμα σε ότι αφορά τα διαθέσιμα στοιχεία καταδεικνύουν ότι οι πολιτικές που ενθαρρύνουν την στροφή από τους ειδικούς γιατρούς στους Γ.Ι και την πρωτοβάθμια φροντίδα είναι μια επιλογή που μπορεί να μειώσει το συνολικό κόστος υγείας στην Ελλάδα. Αυτή η επιλογή είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη για τον έλεγχο των δαπανών και οι αρχές πρέπει να δημιουργούν τις συνθήκες που οδηγούν σε αποτελεσματική εφαρμογή των πρακτικών περιορισμού στην πρόσβαση μέσω των Γ.Ι.

Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ διευκολύνει τις διαδικασίες μετεξέλιξης του συστήματος υγείας. Η αλλαγή στο ελληνικό σύστημα υγείας με την σύσταση του ενιαίου φορέα υγείας και την ενοποίηση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων είναι μια θετική εξέλιξη προς την κατεύθυνση της οικονομικής ορθολογικοποίησης. Ωστόσο, στο νομοσχέδιο που συστήνει τον ΕΟΠΥΥ δεν ορίζεται ρητά ο ρόλος των Γ.Ι ως gatekeeper στο σύστημα υγείας, καθώς δίνεται η δυνατότητα για σύναψη συμβολαίων με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, ως οικογενειακών γιατρών. Προς την κατεύθυνση της εισαγωγής gatekeeping πρακτικών βρίσκονται σε εξέλιξη διεργασίες από επιτροπή εμπειρογνομόνων του υπουργείου υγείας, η οποία προτείνει την άμεση εισαγωγή του θεσμού των Γ.Ι ως φίλτρο στο σύστημα.

Από την ανάλυση (τμήμα 6.2) προέκυψε ότι ο αριθμός των Γ.Ι επαρκεί για την κάλυψη του πληθυσμού, καθώς υπάρχουν αρκετές εναλλακτικές επιλογές πάνω στις

οποίες μπορεί να γίνει αποτελεσματική εφαρμογή ενός συστήματος με περιορισμό στην πρόσβαση. Οι βαθμοί ελευθερίας που μπορούν να δοθούν σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού σε συνδυασμό με την δυνατότητα αυξημένης λίστας εγγεγραμμένων και την επιβολή κανόνων στο σύστημα παραπομπών με τη θέσπιση κινήτρων και αντικινήτρων στους ασφαλισμένους εξομαλύνει τις τυχόν δυσκολίες κάλυψης, στα αρχικά στάδια εφαρμογής.

Η υποχρεωτική παραπομπή από τους Γ.Ι για πρόσβαση σε εξειδικευμένες και νοσοκομειακές υπηρεσίες αποτελεί μεταφορά αγοραστικής και διαπραγματευτικής δύναμης στους Γ.Ι και ενδυναμώνεται ο ρόλος της Π.Φ στο μηχανισμό της αγοράς (με χαμηλότερες τιμές στις νοσοκομειακές υπηρεσίες και στις εξειδικευμένες υπηρεσίες). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο είναι σκόπιμο οι Γ.Ι να ενεργούν ως κύριος ελεγκτικός μηχανισμός του ΕΟΠΥΥ και για τις νοσοκομειακές δαπάνες, για όλους τους εγγεγραμμένους στη λίστα, εκτός από τις επείγουσες εισαγωγές.

Για να δημιουργηθούν όμως τα κίνητρα για gatekeeping συμπεριφορά των Γ.Ι μια μικτή μέθοδος αμοιβής αποτελούμενη από στοιχεία και των τριών βασικών μεθόδων, είναι η πιο κατάλληλη για την πληρωμή των Γ.Ι στην Ελλάδα. Η μικτή μέθοδος πληρωμών δημιουργεί συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ των Γ.Ι, τόσο σε αυτούς που απασχολούνται στις δημόσιες δομές όσο και στους αυτοαπασχολούμενους.

Η οικονομική κρίση θεωρείται ότι διευκολύνει και επιταχύνει τις διαδικασίες καθώς μειώνονται οι αντιστάσεις από το κυρίαρχο ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα. Έτσι, οδηγούμαστε στο παράδοξο ότι η χρεοκοπία της χώρας μπορεί να οδηγήσει σε ένα ορθολογικότερο σύστημα παροχής υγείας, με μικρότερο κόστος. Επιπλέον, η αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής υποδομής, με την κατασκευή οικογενειακών ιατρείων (πολυϊατρείων) και δημόσιων δομών μπορεί να αποτελέσει ένα ελκυστικό οικονομικό project και να δημιουργήσει ευκαιρίες οικονομικής ανάπτυξης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (Αγγλόγλωσση).

1. Adamakidou T., Kalokerinou A., (2010), "New health policies on Primary Health Care in Greece", *Health Science Journal*, **4**, pp.15-23
2. Andersen L., Serritzlew S., (2007), "For what services do general practitioners induce demand? Economic incentives and professional norms", Paper presented at the Department of Economics, University of Copenhagen
3. Arrow K., (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *The American Economic Review*, **5**, pp.941-973.
4. Atun R., (2004), "What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?", Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
5. Berendsen A., Benneker W., Meyboom B., Klazinga N., Schuling J., (2007), "Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study", *Health Services Research*, 7:4
6. Brekke K., Nuscheler R., Straume O., (2007), "Gatekeeping in health care", *Journal of Health Economics*, **26**, pp. 149-170
7. Barros P.P, (1998), "The black box of health care expenditure growth determinants", *Health Economics*, (7), pp.533-544.
8. Braendle A., Zweifel P., (2006), "Measuring GPs' preferences: What makes them accept changes?", Preliminary version, Health Economics Workshop, N-Bergen.
9. Boerma W., Zee J., Fleming D., (1997), "Service profile of general practitioners in Europe", *British Journal of General Practice*, (47), pp. 481-486.
10. Corney R., Kerrison S., (1997), "Fundholding in the South Thames Region:", *British Journal of General Practice*, **47**, pp.553-556.
11. Cavalieri M., (2003), "The role of reputation on GP's decisions under different contractual arrangements", University of Pavia.
12. Catalano R, (2009), "Health, Medical Care, and Economic Crisis", *N Engl J Med*, (360), pp 749-751.
13. Capital Link, (2007), The economic impact of community health centers in the Philadelphia area, www.caplink.org
14. Delnoij D., Brenner G., (2000), "Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholding?" *Health Policy*, **52**(3), pp.157-169.
15. Delnoij D., Merode G., Paulus A., Groenewegen P., "Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure", *Journal of Health Services Research Policy*, **5**(1), pp.22-26
16. Donnell C., (2000), "Variation in referral rates: what can we learn from the literature;", *Family Practice*, (17), pp.462-471.
17. Dusheiko M., Gravelle H., Jacobs R., Smith P., (2006), "The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: Evidence from a natural experiment", *Journal of Health Economics*, **25**, pp.449-478
18. Etter J., Perneger T., (1998), "Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan", *Epidemiol Community Health*, (52), pp.370-376
19. Forrest C., (2003), "Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment," *BMJ*, (326), pp.692-695.

20. Forrest C., Majeed A., Weiner J., Carrol K., Bindman A., (2002), "Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis", *BMJ*, (325), pp. 370-371.
21. Forest C., Glade G., Starfield B., Baker A., Kang M., Reid R., (1999) "Gatekeeping and referral of children and adolescents to specialty care", *Pediatrics*, **104**(1), pp. 28-34
22. Forrest C., Reid R.,(1997), "Passing the baton: HMOs' influence on referrals to specialty care", *Health Affairs*, (16), pp. 157-162.
23. Fang H., Liu H., Rizzo J., (2008), "Has the use of physician gatekeepers declined among HMOs? Evidence from the United States", Asia Health Policy Program working paper 2, Stanford Unifersity
24. Gonzalez P., (2010), "Gatekeeping versus direct – access when patient information matters", *Health Economics*, 19, pp.730 – 754.
25. Greenhow D., Howitt A., Kinnersley P., (1998), "Patient satisfaction with referral to hospital: relationship to expectations, involvement, and information – giving in the consultation", *British Journal of General Practice*, **48**, pp.911-912.
26. Godager G., Iversen T., Ma C., (2011), "Gatekeeping and Access to Health Care", <http://ihea2011.abstractsubmit.org/presentations/34>
27. Ghernew M., Sabik L., Chandra A., Newhouse J., (2009), "Would having more primary care doctors cut health spending growth?", *Health Affairs*, (28), pp.1327-1335.
28. Gervas J., Fernandez M., Starfield B., (1994), "Primary care, Financing and Gatekeeping in Western Europe", *Family Practice*, (11), pp.307-317.
29. Green L., (2004), "How family physicians are funded in the United States", *The Medical Journal of Australia*, **181**(2), pp.113-114.
30. Gosden T, Forland F, Cristiansen I, Sutton M., Leese F., Giuffrida A., Sergison M., (2006), "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians", Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD002215. DOI: 10.1002/14651858.CD002215.
31. Gosden T., Peterson L., Torgerson (1999), "How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour", *Quarterly Journal of Medicine*, **92** (1), pp.47-55
32. Grytten J., Carlsen F., Skau I., "Primary physisians' response to changes in fees", Working paper series, No 18/2006, Department of economics, NTNU, Trondheim, Norway
33. Grytten J., Sorensen R., (2001), "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway", *Journal of Health Economics*, **20**, pp. 379-393
34. Hurst J., (1991), "Reforming health care in seven European nations", *Health Affairs*, **10**, pp.7-21
35. Halm E., (1997), "Is Gatekeeping better than traditional care;", *JAMA*, **278** (20), pp.1677-1681.
36. Hromadkova E., (2007), "Gatekeeping – open door to more effective health care system?" <http://www.docstoc.com/docs/85832635>
37. Iversen T., Ma A., (2011), "Market conditions and general practitioner's referrals", <ftp://ftp.cemfi.es/pdf/papers/wshop/radiology-referral.pdf>

38. Junoy J., Ortun V., (2004), "Cost efficiency in primary care contracting: a stochastic frontier cost function approach", *Health Economics*, (13), pp.1149-1165
39. Jaruseviciene L., (2005), "Appropriateness of gatekeeping in provision of reproductive health care for adolescents in Lithuania: general practitioners perspective", *Training in Research in Sexual health*, Geneva,
40. Kay A., (2002), "The abolition of the GP fundholding scheme: a lesson in evidence-based policy making", *British Journal of General Practice*, (52), pp141-144.
41. Lu M., Jonsson E., (2008), *Financing Health Care*, Wiley –VCH
42. Lusardi A, Schneider D, Tufano P, (2010), " The Economic Crisis and Medical Care Usage", *Harvard Business School*.
43. Laurant M., Hermens R., Akkermans R., Sibbald B., Grol R., (2008), "An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners", *Journal of Clinical Nursing*, **17**, pp.2690-2698
44. Lewellyn S., Grant J, (1996), "The impact of fundholding on primary health care: Account from Scottish GPs", *Financial Accountability & Management*, **12**(2), pp.125-140
45. Mackenzie J., (1982), "The origin of the general practitioner", *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **33**, pp.13-18.
46. Martin D., Diehr P., Price K., Richardson W., (1989), "Effect of a Gatekeeper Plan on Health Services Use and Charges: A Randomized Trial", *American Journal of Public Health*, (79), pp.1628-1632
47. McGregor P., McKee P., O'Neill C., (2006), "GP utilization in Northern Ireland: Exploiting the Gatekeeper function", *The Economic and Social Review*, (37), pp.71-90.
48. Malcomson J., (2003), "Health service gatekeepers", CESifo Working Paper NO.1063, Category 1: Public Finance
49. Malcolm L., (2004), "How general practice is funded in New Zealand", *The Medical Journal of Australia*, **181**(2), pp.106-107.
50. Muinen A., Verhaak P., Bensing J., Bahrs O., Deveugele M., Gask L., Mead N., Perez A., Mersserli V., Peltenburg M., "Communication in general practice: differences between European countries", *Family Practice*, **20** (4), pp.478-485
51. Mosialos E., Allin S., Davaki S., (2005), "Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia", *Health Economics*, (14), pp.152-168
52. Macinko J., Starfield B., Shi L., (2003), "The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998", *Health Service Research*, **38**(3), pp.831-865
53. OECD Health Data, (2011), How does Greece compare, www.oecd.org/greece.
54. OECD, (2010), Health at a Glance: Europe 2010, Summary in English, www.oecd.org/bookshop
55. OECD, public management reviews (2009), "strengthening public administration reform in Greece", Working paper V5
56. OECD, (2006), The supply of physician services in OECD countries, Health working paper No 21, Paris
57. Oliver A., (2005), "The English National Health Service: 1979-2005", *Health Economics*, **14**, pp.575-599

58. Page M., French S., McKenzie J., O'Connor D., Green S., (2011), "Recruitment difficulties in a primary care cluster randomized trial: investigating factors contributing to general practitioners' recruitment of patients", *BMC Medical Research Methodology*, 11:35, <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/35>
59. Pati S., (2003), "Gatekeeping and children's health care costs", *LDI*, **8**(6), pp. 456-460.
60. Pauly, (2006), "Adverse selection and moral hazard: implications for health insurance markets", Oberlin College Health Economics Conference, September 8-10-2006
61. Pauly M., (1968), "The Economics of Moral Hazard: Comment", *The American Economic Review*, **58**(3), pp.531-537
62. Rico A., Saltman R., Boerma W., (2003), "Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care", *Social Policy & Administration*, **37**, pp.592-608.
63. Street A., (2007), "Should GPs hold budgets to purchase hospital services?", *Economia de la Salud*, **6**, pp.88 – 92.
64. Soendergaard B., Kirkeby B., Dinsen C., Herborg H., Kjellberg J., Staehr P., (2006), "Drug-related problems in general practice: results from a development project in Denmark", *Pharm World Sci*, **28**, pp.61-64.
65. Strurm H., Austvoll A., Oxman A., Ramsay C., Vernby A. Kosters J., (2003), Pharmaceutical policies: effects of policies for prescribers using financial incentives, Department of Clinical Pharmacology University Medical Centre Groningen, Netherlands.
66. Stansfield F., Taylor A., (1997), "Management of premises for family doctors: a case for treatment", *Property Management*, **15**(3), pp.150-159
67. Starfield B., Shi L., Macinko J., (2005), "Contribution of primary care to health systems and health", *The Milbank Quarterly*, **83**(3), pp.457-502
68. Starfield B., (1994), "Is primary care essential?", *The Lancet*, (344), pp.1129-1133.
69. Shortt S., (2003), "General practice fundholding in the UK", *Canadian Family Physician*, <http://www2.cfpc.ca/cfp/2003/Mar/vol49-mar-editorials-2.asp>
70. Schillinger D., Domingo K., Vranizan K., Luce J., Bindman B., (2000), "Effects of primary care coordination on public hospital patients", *JMIM*, **15**, pp.329-336
71. Schaumans C., (2008), "Strategic interaction between GPs and specialists: Implications for gatekeeping", *JEL_codes:I11,L10*
72. Smolders N., (2006), *General practitioner's responses to financial incentives and the implications for the remuneration system*, Master Thesis, Master Economics, Tilburg University
73. Tjerbo T., (2010), "Does competition among general practitioners increase or decrease the consumption of specialist health care?", *Health Economics Policy and Law*, (5), pp.53-70.
74. Tragakes E., Polyzos N., (1998), "The evolution of health care reforms in Greece: Charting a course of change", *International Journal of Health Planning and Management*, **13**, pp. 107-130
75. Whynes D., Braines D., Tolley K., (1995), "GP fundholding and the costs of prescribing: further results", *Journal of Public Health Medicine*, **17**(3), pp.323-329.

76. Weel C., Mar C., (2004), "How should GPs be paid?", *The Medical Journal of Australia*, **181**(2), pp.98-99
77. Weller D., Maynard A., (2004), "How general practice is funded in the United Kingdom", *The Medical Journal of Australia*, **181**(2), pp.109-110.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (Ελληνόγλωσση)

1. Abel-Smith B., Calltorp J., Dixon M., Dunning A., Evans R., Holland W., Jarman B., Μόσιαλος Η.,(1994), Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, Αθήνα: Φαρμετρικά
2. Ανδριώτη Δ., (1996), «Ο γενικός γιατρός στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρώπης» στο συλλογιστικό τόμο Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήθης (επιμέλεια έκδοσης), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα:Θεμέλιο, σελ.99-117
3. Γείτονα Μ., (1996), «Ο γενικός γιατρός ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη και στις υγειονομικές υπηρεσίες και ως ρυθμιστής των δαπανών υγείας» στο συλλογιστικό τόμο Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήθης (επιμέλεια έκδοσης), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο, σελ.149-158
4. Δολγέρας Α., (2000), «Η ασφάλιση φροντίδας υγείας των δημόσιων υπαλλήλων» στο συλλογιστικό τόμο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. και Μπεαζόγλου Τ., (επιμέλεια έκδοσης), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο, σελ.102-113
5. Ελληνική Ένωση Γενικής Ιατρικής, (2008), έγγραφο με Αρ.Πρωτ.2/2008/14-02-2008, με θέμα «Η θέση της Ένωσης στη δημόσια διαβούλευση του σχεδίου νόμου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»
6. Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, Επικεφαλής Μόσιαλος Η., Αθήνα Απρίλιος 2011.
7. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, Δελτίο τύπου, «Στατιστικές Φυσικής Κίνησης Πληθυσμού», Πειραιάς, 13/09/2006
8. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, (2011), νόμος υπ. αριθ. 3918, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»
9. Ζηλίδης Χ., (2005), *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η Μεταρρύθμιση 2000-4*, Αθήνα: MediForce
10. Ζηλίδης Χ., (2010), «Τι είδους μεταρρύθμιση χρειαζόμαστε στην ασφάλιση υγείας», Μηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιούνιος 2010, Φύλλο (2), πηγή: εφημ. Βήμα 29/5/2010
11. Κούτρας Μ., (2011), «Οι αμοιβές των ιατρών του ΕΟΠΥΥ», *Επιθεώρηση Υγείας*, **130**(22), σελ.13-16
12. Κυριόπουλος Γ., (2000), «Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: μια απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης» στο συλλογιστικό τόμο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. και Μπεαζόγλου Τ., (επιμέλεια έκδοσης), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο, σελ.15-35

13. Κυριόπουλος Γ., (1996), «Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η γενική ιατρική στην Ελλάδα» στο συλλογιστικό τόμο Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήθης (επιμέλεια έκδοσης), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο, σελ.17-43
14. Λιαρόπουλος Λ., (2010), «Εφαλτήριο ανάπτυξης ο χώρος της υγείας», Μηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, 1, σελ.7-8
15. Μάμας Θ., (2000), «Δίκτυα ΠΦΥ: λύση ή υπεκφυγή;» στο συλλογιστικό τόμο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. και Μπεαζόγλου Τ., (επιμέλεια έκδοσης), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο, σελ.133-145
16. Μποδοσάκης Π., (1996), «Γενικός γιατρός: ο γιατρός της ολιστικής ιατρικής» στο συλλογιστικό τόμο Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήθης (επιμέλεια έκδοσης), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο, σελ.65-69
17. Μουτσόπουλος Χ., (2011), *Ελληνικό σύστημα υγείας. Η λειτουργία του σε καιρό χρεοκοπίας*, Αθήνα: Λιβάνη
18. Μιχαλόπουλος, Ν. (2003), *Από τη Δημόσια Γραφειοκρατία στο Δημόσιο Mmanagement*, Αθήνα: Παπαζήσης.
19. Μωραϊτης Ε., (2000), «Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: εφικτή λύση ή ουτοπία;» στο συλλογιστικό τόμο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. και Μπεαζόγλου Τ., (επιμέλεια έκδοσης), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο, σελ.36-51
20. Μωραϊτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν., (1995), Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα
21. ΟΟΣΑ, Η υγεία με μια ματιά: Δείκτες του ΟΟΣΑ, Έκδοση 2005, Περίληψη στα ελληνικά.
22. Πολύζος Ν, (2007), *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, Αθήνα: Διόνικος.
23. Στάθης Γ., (2011), «Να λεχθεί η αλήθεια προς το ιατρικό σώμα», Επιθεώρηση Υγείας, 130(22), σελ.3-4
24. Στάθης Γ., (2005), *Πληθωρισμός και ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα*, Αθήνα: MediForce
25. Τερζή Γ., (2000), «Κατανάλωση φαρμάκων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» στο συλλογιστικό τόμο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. και Μπεαζόγλου Τ., (επιμέλεια έκδοσης), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο, σελ.121-132
26. WONCA, (2002), Ο Ευρωπαϊκός ορισμός της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, Μετάφραση Σπαθαράκης Γ., σελ.1-60

Ηλεκτρονικές πηγές.

1. Άγνωστος, (2011), «Οι προτάσεις των διευθυντών του ΕΣΥ για τον ΕΟΠΥΥ», <http://www.healthview.gr/επικαιρότητα/υπουργείο/>, [Πρόσβαση: 28/3/2011]
2. Άγνωστος, (2011), «Ξεκινά ο ΕΟΠΥΥ, ποιες θα είναι οι αμοιβές των γιατρών», <http://www.healthview.gr/επικαιρότητα/υπουργείο/>, [Πρόσβαση: 3/10/2011]
3. Άγνωστος, (2011), «Όχι» των γιατρών της Αθήνας στον ΕΟΠΥΥ, http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=15917, [Πρόσβαση: 3/10/2011]
4. Άγνωστος, (2010), «Οι οικονομική κρίση, αιτία αύξησης του καρκίνου», <http://www.healthview.gr/%CE%b5%CF%.....> (ΠΡΟΣΒΑΣΗ 8/10/2010)
5. Βουδούρης Ο., (2011), «Η πολυπλοκότητα του ΕΟΠΠΥ και μια πρόταση πιο λειτουργικού σχήματος», <http://www.odysseas-voudouris.gr/index.php?view>, [Πρόσβαση: 3/10/2011]
6. Δρίτσας Θ, (2010), «Η φτώχεια της υγείας και η υγεία των φτωχών», <http://www.eemyy.gr/index.php?view=article&catid=5%5Apress-releases&id=1933%3>, [Πρόσβαση 1/9/2010].
7. Ευθυμιάδου Δ., (2011), «Τι προβλέπει το πόρισμα της επιτροπής των «σοφών»του υπουργείου υγείας για την αναδιάρθρωση του ΕΣΥ», εφ.Ελευθεροτυπία11/12/2011,<http://www.enet.gr/?i=news.el.ellada&id=331199>, [Πρόσβαση 12/12/2011]
8. Ζηλίδης Χ., (2011), Οι απαιτήσεις της ασφαλιστικής κρίσης στην υγεία και ο ΕΟΠΥΥ, <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=12338&subid=2&pubid=109275160>
9. Κεκελιάδη Κ., (2011), «Πακέτα νοσηλείας με άγνωστο χρηματοδότη», <http://www.makthes.gr/Printer/news/reportage/81465>, [Πρόσβαση: 4/10/2011]
10. Κυριόπουλος Γ., (2011), « Η αναζήτηση της αποδοτικότητας ως προϋπόθεση της υγειονομικής ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, <http://www.nsph.gr/Ygeias/H%20Αναζήτηση%20της%20Αποδοτικότητας%20ΤΕΛΙΚΟ-06-07-2011.pd>.
11. Μπουλουτζιά Π., Διαμάντη Ι., (2011), «Αυξανόμενη χρήση αντιβιοτικών», εφ. Καθημερινή,http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_08/12/2011_465386, [ημερ. Πρόσβασης 9/12/2011]
12. Μπουλουτζιά, (2011), «Σε ένα φορέα Υγείας 9,5 εκατ. Έλληνες», εφ. Καθημερινή,http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_09/09/2011_45540 [ημερ. Πρόσβασης 13/12/2011]
13. Μόσιαλος Η., (2009), «Εξοικονόμηση πόρων στο ΕΣΥ, με μέτρα μηδενικού κόστους», www.imerisia.gr/article.asp?catid=13115&subid=2&pubid=23277174
14. Σουλιώτης Κ., (2010), «Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία ευκαιρία!», <http://mystigma.com/archives/tag/Kyri;akosSoyliotis>, [Πρόσβαση: 4/10/2011]
15. Φυντανίδου Ε., (2011), «Ανοίγει παράθυρο στους ιδιοκτήτες διαγνωστικών κέντρων για κατανάλωση εξετάσεων», εφημερ. το Βήμα, ημ. δημοσίευσης 27-11-2011, <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=432201>