



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών στις χώρες της
Ευρωπαϊκής ένωσης. Συγκριτική ανάλυση.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σκούρτης Γεώργιος

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Κ. Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων
Μ.Κοντούλη-Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Λ. Ανδρούτσου, Διδάκτωρ

Κόρινθος, Μάϊος 2013

Copyright © Γεώργιος Σκούρτης, 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Μηχανισμοί Πληρωμών.....	12
1.1 Μισθός (salary).....	12
1.2 Κατά πράξη και περίπτωση (fee for service).....	14
1.3 Κατά κεφαλήν πληρωμή (capitation).....	16
1.4 Αποζημίωση ανάλογα με την περίπτωση.....	20
1.5 Σύγκριση των μεθόδων αποζημίωσης των ιατρών.....	21
1.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα αποζημίωσης των ιατρών.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Περιγραφή των τρόπων αποζημίωσης των ιατρών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	25
2.1 Αυστρία.....	25
2.1.1 Πληρωμή ιατρών στον ιδιωτικό τομέα.....	27
2.2 Βέλγιο.....	31
2.3 Βουλγαρία.....	37
2.4 Γαλλία.....	38
2.4.1 Σύντομη ανασκόπηση του Γαλλικού Συστήματος Υγείας.....	38
2.4.2 Η αγορά της υγείας κι οι σχέσεις αγοραστών-προμηθευτών.....	39
2.4.3 Μηχανισμοί πληρωμών.....	41
2.4.3.1 Ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.....	41
2.4.3.2 Η επιπρόσθετη πληρωμή για την καλή απόδοση.....	45
2.4.3.3 Συνολικά εισοδήματα.....	47
2.4.3.4 Ιατροί που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία.....	47
2.5 Γερμανία.....	49
2.5.1 Η πληρωμή των ιατρών στις νομοθετημένες ρυθμίσεις της ασφάλισης υγείας.....	50
2.5.2 Ποιοτικά στοιχεία της αγοράς υγείας.....	56
2.5.3 Ρυθμίσεις ιδιωτικού τομέα.....	57
2.6 Δανία.....	58
2.6.1 Γενικά στοιχεία.....	58
2.6.2 Μηχανισμοί αποζημίωσης των ιατρών.....	59
2.6.2.1 Γενικοί ιατροί.....	59
2.6.2.2 Ειδικοί ιατροί.....	60

2.7 Δημοκρατία της Τσεχίας.....	61
2.7.1 Οι συμβάσεις.....	61
2.7.2 Μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών.....	62
2.8 Ελλάδα.....	64
2.8.1 Μηχανισμοί πληρωμών.....	64
2.8.2 ΕΟΠΥΥ.....	66
2.8.3 Ανεπίσημες πληρωμές.....	70
2.9 Εσθονία.....	72
2.10 Ηνωμένο Βασίλειο.....	74
2.10.1 Η αγορά της υγείας κι οι σχέσεις αγοραστών-προμηθευτών.....	75
2.10.2 Πληρωμή με βάση το αποτέλεσμα (PbR-Payment by Results).....	75
2.10.3 Πληρωμή των ιατρών.....	76
2.10.4 Γενικοί ιατροί.....	79
2.10.5 Σφαιρικό ποσό-Global sum.....	80
2.10.6 Αναβαθμισμένες υπηρεσίες.....	81
2.10.7 Παροχή φροντίδας εκτός ωραρίου.....	81
2.10.8 QOF.....	82
2.10.9 Δαπάνες NHS για πρωτοβάθμια περίθαλψη κι έσοδα GP.....	83
2.10.10 GPs στις αγροτικές κι υποβαθμισμένες περιοχές.....	84
2.11 Ιρλανδία.....	84
2.11.1 Πληρωμή γενικών ιατρών.....	84
2.11.2 Πληρωμή ειδικών νοσοκομειακών ιατρών.....	85
2.12 Ισπανία.....	87
2.12.1 Μηχανισμοί πληρωμής των ιατρών.....	87
2.13 Ιταλία.....	89
2.13.1 Σύντομη ανασκόπηση του συστήματος υγείας.....	89
2.13.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα.....	90
2.13.3 Μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών.....	90
2.13.3.1 Γενικοί ιατροί και παιδίατροι.....	90
2.13.3.2 Νοσοκομειακοί ιατροί.....	93
2.14 Κύπρος.....	94
2.15 Λετονία.....	95
2.16 Λιθουανία.....	98
2.17 Λουξεμβούργο.....	99

2.18 Μάλτα.....	100
2.19 Ολλανδία.....	100
2.19.1 Σύντομη ανασκόπηση του ολλανδικού μοντέλου.....	100
2.19.2 Οι σχέσεις στην αγορά υγείας.....	101
2.19.3 Μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών.....	102
2.20 Ουγγαρία.....	104
2.20.1 Οικογενειακοί ιατροί.....	104
2.20.2 Αποζημίωση ειδικών ιατρών σε δημόσιο κι ιδιωτικό τομέα.....	107
2.21 Πολωνία.....	108
2.21.1 Αποζημίωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα.....	108
2.21.2 Αποζημίωση στον δημόσιο τομέα.....	109
2.22 Πορτογαλία.....	109
2.22.1 Μηχανισμοί πληρωμής των ιατρών.....	110
2.23 Ρουμανία.....	112
2.23.1 Οικογενειακοί ιατροί.....	113
2.23.2 Ειδικοί ιατροί στην πρωτοβάθμια φροντίδα.....	113
2.24 Σλοβακία.....	114
2.24.1 Γενικοί ιατροί.....	115
2.24.2 Ειδικοί ιατροί.....	115
2.25 Σλοβενία.....	116
2.25.1 Σχέσεις αγοράς υγείας-προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.....	116
2.25.2 Μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών.....	117
2.26 Σουηδία.....	119
2.26.1 Ιδιώτες ιατροί.....	119
2.27 Φινλανδία.....	120
2.27.1 Απασχόληση των ιατρών.....	120
2.27.2 Μηχανισμοί πληρωμών.....	121
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Συγκριτική Ανάλυση.....	123
3.1 Πληρωμή με μισθό στα νοσοκομεία. Ιδιωτικό έργο ιατρών.....	124
3.2 Κίνητρα απόδοσης στους νοσοκομειακούς ιατρούς.....	125
3.3 Γενικοί ιατροί, αποζημίωση κι επιδόματα.....	126
3.4 Η κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση κυριαρχεί στην ιδιωτική άσκηση της ιατρικής.....	130
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	131

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....134

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 Παραδείγματα επίσημων τιμών στο γενικό κατάλογο ιατρικών διαδικασιών τον Οκτώβριο του 2008 (Γαλλία).....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2 Ετήσιο εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων ιατρών (Γαλλία)	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3 Αποζημιώσεις συμβεβλημένων ιατρών, οι 20 κορυφαίες σύμφωνα με τον τζίρο, με αριθμό πόντων ανά υπηρεσία, 2002 (Γερμανία)....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4 Δείκτες για την πρωτοβάθμια φροντίδα που παρέχεται από τους συμβεβλημένους με την Υποχρεωτική Ασφάλιση Υγείας ιατρούς. Αλλαγές στον αριθμό των ιατρών, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την αποζημίωση κατά την περίοδο 1980-2001 (σε τρέχοντες τιμές).....	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5 Οι ετήσιοι μισθοί (€) των ιατρών των δημόσιων νοσοκομείων ανάλογα με τον τύπο της σύμβασης και το καθεστώς εργασίας (Ισπανία).....	89

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.1 Δομή αμοιβών συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών ανάλογα με τις ειδικότητες (Αυστρία).....	31
ΓΡΑΦΗΜΑ 2.2 Μέσος μηνιαίος μισθός το 2010 των υπαλλήλων στον τομέα της υγείας και στην εθνική οικονομία (σε συγγρικά φιορίνια) (Ουγγαρία)...	108
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.1 Ιδιωτική απασχόληση νοσοκομειακών ιατρών.....	125
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.2 Επίδομα ανάλογα με την απόδοση.....	126
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.3 Πληρωμή επιπρόσθετων αμοιβών στους GP.....	127
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.4 Γενικός ιατρός ως «πύλη εισόδου».....	128
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.5 Εξάρτηση αποζημίωσης GP από την ηλικία των ασθενών του καταλόγου τους.....	129
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.6 Επιβολή ανώτατου ορίου αποζημίωσης ιατρών.....	131

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα συστήματα πληρωμών καθορίζουν τον τύπο και τη αξία των υπηρεσιών για τις οποίες γίνονται οι πληρωμές. Δημιουργούν κίνητρα για τους ιατρούς να παρέχουν περισσότερες ή λιγότερες υπηρεσίες, να εξετάζουν περισσότερους ή λιγότερους ασθενείς και πιθανώς να ελέγχουν το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών (Robinson,2001). Στην πραγματικότητα, οι πληρωμές για τους ιατρούς αποτελούν μία από τις μεγαλύτερες δαπάνες στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, γεγονός που συντελεί στην ανάδειξη του μηχανισμού πληρωμών ως ένα από τα κρίσιμα θέματα για τους φορείς χάραξης της πολιτικής που αναζητούν να διατηρήσουν ή να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα, την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, να στελεχώσουν υπο-εξυπηρετούμενες περιοχές και παράλληλα να ελέγχουν τις δαπάνες. Ειδικότερα, το ζήτημα ελέγχου των δαπανών υγείας, λόγω και της οικονομικής κρίσης, απασχολεί έντονα τα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη. Παρόλα αυτά λίγα είναι γνωστά για τις επιδράσεις των διαφορετικών τύπων πληρωμών όσον αφορά αυτούς τους στόχους, γεγονός που αφήνει χώρο για την εκπόνηση μελετών.

Σε γενικές γραμμές μπορεί να διατυπωθεί το συμπέρασμα ότι σχεδόν όλες οι χώρες χρησιμοποιούν συνδυασμούς των τριών βασικών μεθόδων πληρωμών (μισθός, κατά πράξη και περίπτωση, κατά κεφαλή), οι οποίοι παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία. Τούτη μπορεί να οφείλεται στις διαφορές στους κυβερνητικούς στόχους υγειονομικής περίθαλψης, τη δομή και την οργάνωση των συστημάτων υγείας και την κουλτούρα των ιατρών. Μπορεί επίσης να αντανακλά την έλλειψη συναίνεσης όσον αφορά το ποιο σύστημα πληρωμών έχει την πιο θετική επίδραση στη συμπεριφορά των ιατρών. Παρατηρούνται διαφορές κυρίως όσον αφορά το ρόλο του οικογενειακού ιατρού ως πύλης εισόδου στο σύστημα υγείας, την παροχή επιπλέον οικονομικών κινήτρων στους ιατρούς με τη μορφή μόνους απόδοσης κι άλλων επιδομάτων και το ύψος των αποδοχών.

Στο παρακάτω πόνημα γίνεται μια ανάλυση του τρόπου πληρωμής των ιατρών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με βάση βιβλιογραφικά δεδομένα που προέρχονται κυρίως από τη σειρά «Health systems in transition» του European Observatory on Health Systems and Policies (Ευρωπαϊκό

Παρατηρητήριο των Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας). Σκοπός του είναι η συνολική καταγραφή και σύγκριση των μηχανισμών πληρωμών των ιατρών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η παρούσα εργασία μπορεί να λειτουργήσει ως αναφορά για τη μελέτη των μηχανισμών πληρωμών.

Λέξεις-Κλειδιά

Μηχανισμοί πληρωμών

Μισθός

Κατά πράξη και περίπτωση

Κατά κεφαλήν

Γενικός ιατρός

Ειδικός ιατρός

Συμβάσεις

Ασφαλιστικά ταμεία υγείας

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας πρέπει να διέπεται από τις παρακάτω βασικές αρχές (Θεοδώρου και συν., 1995, Σουλιώτης Κ, 2007 όπως αναφέρεται στο Τούντας, 2008:386).

- Η αρχή της μακροοικονομικής αποδοτικότητας σύμφωνα με την οποία το ποσό που διατίθεται από τον εθνικό προϋπολογισμό για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού δεν πρέπει να αυξάνεται πάνω από ένα όριο, πέρα από το οποίο δεν αναμένεται βελτίωση του επιπέδου υγείας.
- Η αρχή της μικροοικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων στην υγεία πρέπει να γίνεται με στόχο την επίτευξη δεδομένων στόχων με το μικρότερο δυνατό κόστος ή στη μεγιστοποίηση του αποτελέσματος όταν οι πόροι είναι δεδομένοι.
- Η αρχή της ισότητας, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα, σύμφωνα με τις οικονομικές δυνατότητες του καθένα

Οι αρχές αυτές εξειδικεύονται σε δύο κυρίως τομείς, στον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομείων και στον τρόπο πληρωμής των ιατρών, που είναι και το θέμα του παρόντος πονήματος.

Τα συστήματα πληρωμών καθορίζουν τον τύπο και τη αξία των υπηρεσιών για τις οποίες γίνονται οι πληρωμές. Δημιουργούν κίνητρα για τους ιατρούς να παρέχουν περισσότερες ή λιγότερες υπηρεσίες, να εξετάζουν περισσότερους ή λιγότερους ασθενείς και πιθανώς να ελέγχουν το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η πολιτική πληρωμών θα έπρεπε να ευθυγραμμίζεται με τους στόχους του συστήματος υγείας. Ιδανικά, τα διάφορα συστήματα πληρωμών θα έπρεπε να εξασφαλίζουν στους πληρωτές και τους ασθενείς την αντίστοιχη αξία (σε ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας) των χρημάτων που δαπανώνται. Επίσης πρέπει να διαμορφώνονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι δαπάνες υγείας να είναι ελεγχόμενες και μέσα στα όρια του αντίστοιχου προϋπολογισμού. Άλλα στοιχεία που θα έπρεπε να χαρακτηρίζουν τα συστήματα υγείας είναι η προώθηση της κοινής ευθύνης κι η ανάπτυξη καλύτερης συνεργασίας ανάμεσα στους προμηθευτές. Παράλληλα, το ιδανικό σύστημα πληρωμών θα έπρεπε να είναι εφαρμόσιμο, δηλαδή όχι υπερβολικά επαχθές, και διαχειρίσιμο όσον αφορά τα διοικητικά έξοδα, καθώς κι εύκολα κατανοητό τόσο για τους ιατρούς όσο και τους άλλους.

Στην πραγματικότητα, οι πληρωμές για τους ιατρούς αποτελούν μία από τις μεγαλύτερες δαπάνες στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, γεγονός που συντελεί στην ανάδειξη του μηχανισμού πληρωμών ως ένα από τα κρίσιμα θέματα για τους φορείς χάραξης της πολιτικής που αναζητούν να διατηρήσουν ή να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα, την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, να στελεχώσουν υπο-εξυπηρετούμενες περιοχές και παράλληλα να ελέγχουν τις δαπάνες. Ειδικότερα, το ζήτημα ελέγχου των δαπανών υγείας, λόγω και της οικονομικής κρίσης, απασχολεί έντονα τα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη. Παρόλα αυτά λίγα είναι γνωστά για τις επιδράσεις των διαφορετικών τύπων πληρωμών όσον αφορά αυτούς τους στόχους (Scott,1995). Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στον τρόπο πληρωμής των ιατρών στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που ίσως να οφείλεται στις διαφορές στους κυβερνητικούς στόχους υγειονομικής περίθαλψης, τη δομή και την οργάνωση των συστημάτων υγείας και την κουλτούρα των ιατρών. Η ποικιλία αυτή μπορεί επίσης να αντανακλά την έλλειψη συναίνεσης όσον αφορά το ποιο σύστημα πληρωμών έχει την πιο θετική επίδραση στη συμπεριφορά των ιατρών. Οι περισσότερες χώρες πειραματίζονται με διάφορους συνδυασμούς των παραπάνω μηχανισμών, καθώς κανείς δεν αγγίζει την τελειότητα.

Με μια πρώτη ανάγνωση παρατηρείται ότι οι ιατροί στα συστήματα υγείας τύπου Bismarck πληρώνονται κατά πράξη και περίπτωση ενώ στα εθνικά συστήματα τύπου Beveridge με μισθό. Στις περισσότερες όμως των περιπτώσεων εφαρμόζονται συνδυασμοί των τριών βασικών μεθόδων αποζημίωσης ώστε να αξιοποιηθούν τα πλεονεκτήματα του καθενός. Σύμφωνα με τους Saltman και Figueras (Saltman R.B., Figueras J. 1997) έχει διαπιστωθεί ότι η πληρωμή κατά κεφαλήν και με μισθό βοηθάει στον έλεγχο της κατανάλωσης και στη συγκράτηση των δαπανών, ενώ η κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση συνδυάζεται με πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών.

Με γνώμονα τους στόχους της πολιτικής υγείας που αναπτύχθηκαν στην πρώτη παράγραφο υπήρξε αυξανόμενο ενδιαφέρον σε πολλές χώρες για τη βελτίωση των μηχανισμών πληρωμών των ιατρών, συνδυάζοντας διαφορετικά στοιχεία παραδοσιακών μεθόδων πληρωμών (μισθός, κατά πράξη και περίπτωση, κατά κεφαλήν πληρωμή) και εισάγοντας νέους τύπους

αποζημιώσεων (όπως η πληρωμή ανάλογα με την απόδοση). Βασικοί τρόποι, ωστόσο, που επιδιώκεται ο παραπάνω στόχος είναι η επιβολή ανώτατων ορίων στην αμοιβή των ιατρών (Γερμανία) κι η αναθεώρηση του τρόπου αποζημίωσης τους με επικρατέστερη παρέμβαση την αντικατάσταση της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής με την εισαγωγή πάγιας αντιμισθίας ή του συστήματος capitation για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Αντίστοιχο παράδειγμα αποτελεί κι η πρόσφατη μεταρρύθμιση στην Ελλάδα με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και την αναμόρφωση των μηχανισμών πληρωμών των συμβεβλημένων, με τον ενιαίο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, ιατρών. Τούτο το γεγονός αποτέλεσε και το έναυσμα για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης. Τόσο το μέγεθος όσο κι οι τρόποι αποζημίωσης των ιατρών, που αποτελεί και το κύριο αντικείμενο της παρούσης έρευνας, ποικίλλουν ιδιαίτερα ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ).

Η προσπάθεια για την επίτευξη της μεγιστοποίησης του υγειονομικού αποτελέσματος σε συνδυασμό με τον έλεγχο των δαπανών για τις υγειονομικές υπηρεσίες έχει αναδείξει το θέμα του τρόπου αποζημίωσης των προμηθευτών των συστημάτων υγείας. Εξ αυτών το ιατρικό προσωπικό αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα για την διαμόρφωση της προσφοράς στο χώρο της υγείας και τη διαμόρφωση των προτύπων προσφοράς και κατανάλωσης των υγειονομικών υπηρεσιών (Σουλιώτης, 2000).

Οι ιατροί κατέχουν μοναδική και κορυφαία θέση στα συστήματα υγείας η οποία οφείλεται, εν πολλοίς, στην αποκλειστικότητα στην πληροφόρηση την οποία διαθέτουν. Τούτο το πλεονέκτημα επιτρέπει στους ιατρούς να κατευθύνουν τη ζήτηση και να διαμορφώνουν την προσφορά, κατέχοντας μια εξέχουσα θέση στο μηχανισμό της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (Abel Smith B. 1976). Επομένως, η μελέτη του τρόπου πληρωμής τους αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στο βαθμό που ο τελευταίος επηρεάζει το ρόλο τους στο σύστημα υγείας (Σουλιώτης, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Μηχανισμοί Πληρωμών

Ακολουθεί περιγραφή των τριών βασικών μηχανισμών πληρωμών των ιατρών στις χώρες της ΕΕ κι η σύντομη αναφορά σε έναν τέταρτο μηχανισμό που χρησιμοποιείται κυρίως εκτός Ευρώπης.

1.1 Μισθός (salary)

Μισθός είναι η πληρωμή ενός συμφωνημένου πάγιου ποσού χρημάτων ως αντάλλαγμα για την παροχή υπηρεσιών σε οποιοδήποτε φορέα υγείας (δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών) με συγκεκριμένο ωράριο. Οι ιατροί μπορεί να είναι μόνιμοι ή σε καθεστώς σύμβασης, μερικής ή πλήρους απασχόλησης, αποκλειστικής ή όχι, αλλά σε κάθε περίπτωση περιορίζεται η αυτονομία τους. Το μέγεθος του μισθού συνήθως καθορίζεται σύμφωνα με τα προσόντα, την ιεραρχία, το επίπεδο ευθύνης και την προϋπηρεσία των ιατρών. Συχνά σχετίζεται και με τους μισθούς σε άλλες θέσεις δημόσιων λειτουργών. Δεν επηρεάζεται συνήθως από τον αριθμό των ασθενών που περιθάλπονται, τη σοβαρότητα των περιστατικών ή το κόστος των υπηρεσιών. Συνήθως παρέχονται πρόσθετες πληρωμές για την υπερωριακή απασχόληση με τη μορφή εφημεριών. Οι μισθολογικές κλίμακες μπορούν να τίθενται ενιαία εντός της χώρας ή να ποικίλλουν ανάμεσα στις περιοχές μιας χώρας (περίπτωση Αυστρίας) ή τα νοσοκομεία (τούτο αφορά κυρίως τα ιδιωτικά νοσοκομεία).

Η αμοιβή με αντιμισθία μειώνει την παραγωγικότητα κι αυξάνει την παραοικονομία λόγω των χαμηλών μισθών που αποτελούν τον κανόνα. Χαρακτηριστικό αυτού του μάλλον παθητικού συστήματος αποζημιώσεων είναι η απουσία κινήτρων, η οποία έχει κάποιες θετικές και κάποιες αρνητικές επιδράσεις. Στα θετικά του συγκαταλέγεται το ότι δεν υπάρχει κίνητρο μη παροχής υπηρεσιών σε οποιοδήποτε ασθενή. Από τη στιγμή που το ποσό αποζημίωσης είναι εκ των προτέρων καθορισμένο, οι ιατροί δεν έχουν κανένα λόγο να αρνηθούν την παροχή υπηρεσιών σε οποιοδήποτε ασθενή, εκτός του ότι συνήθως δεν έχουν τέτοιο δικαίωμα. Στα θετικά για τους ίδιους τους ιατρούς προσμετράται η επαγγελματική σταθερότητα, ιδίως σε χώρες όπου επικρατεί οικονομική ανασφάλεια. Ταυτόχρονα μειώνονται οι δαπάνες υγείας που αντιστοιχούν σε κάθε ιατρό. Επίσης, οι ιατροί δεν έχουν κίνητρο προσφοράς υπερβολικής φροντίδας από τη στιγμή που ο βαθμός ή ο τύπος της θεραπείας δεν είναι πιθανό να αυξήσουν το μέγεθος της αποζημίωσής τους, επομένως δεν επιβαρύνουν τεχνητά τον προϋπολογισμό των ασφαλιστικών φορέων. Από την άλλη όμως δεν υπάρχει και το κίνητρο να περιορίσουν την ποσότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς. Κατ' αυτόν τον τρόπο, και στο όνομα πολλές φορές της «αμυντικής ιατρικής» πραγματοποιούνται περισσότερες από τις απαραίτητες διαγνωστικές και

θεραπευτικές πράξεις αυξάνοντας έτσι τις λειτουργικές δαπάνες του συστήματος υγείας.

Παρακάτω αναφέρονται κάποια επιπλέον αρνητικά στοιχεία της πληρωμής των ιατρών με αντιμισθία. Καταρχάς, οι ιατροί δεν έχουν κίνητρο να παρέχουν τη βέλτιστη ή επιθυμητή φροντίδα από τη στιγμή που γνωρίζουν ότι η αποζημίωση τους δεν πρόκειται να αυξηθεί. Δεν υπάρχει δηλαδή το κίνητρο για την επίτευξη της ικανοποίησης του ασθενούς για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που του παρέχονται. Προφανής συνέπεια αυτού είναι ότι δε «χτίζεται» μια στενότερη σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή.

Ίσως το μεγαλύτερο πλεονέκτημα στην αποζημίωση των ιατρών με μισθό έγκειται στην απλότητα της διοίκησης του συστήματος. Δεν υπάρχουν λίστες ασθενών ούτε μεταβλητοί λογαριασμοί ιατρών που πρέπει να εξοφληθούν. Η προαγωγή των ιατρών εξαρτάται από τα χρόνια υπηρεσίας κι οι δαπάνες είναι προκαταβολικά γνωστές, κάτι που διευκολύνει το σχεδιασμό του προϋπολογισμού του συστήματος.

Το μείζον μειονέκτημα τούτου του μηχανισμού είναι ότι δεν υπάρχουν κίνητρα για τους ιατρούς να βελτιώσουν την εργασιακή τους απόδοση, να κάνουν κάτι παραπάνω από αυτά που απαιτούνται ώστε να κρατήσουν τη δουλειά τους.

Εντούτοις, οι κυβερνήσεις μπορούν να υιοθετήσουν κάποια μέτρα για να μετριάσουν κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες και να ενισχύσουν τις θετικές επιδράσεις ενός μηχανισμού πληρωμών που βασίζεται στο μισθό. Τέτοια είναι:

- Οι κυβερνήσεις μπορούν να προσφέρουν μη χρηματικά κίνητρα στους ιατρούς όπως βραβεία, ευνοϊκές αποσπάσεις κτλ.
- Μπορεί να υιοθετηθούν και χρηματικά κίνητρα. Παράδειγμα αποτελούν τα χρηματικά μπόνους που σχετίζονται με την απόδοση, τα οποία έχουν δοκιμαστεί με επιτυχία σε πολλές χώρες.
- Οι κυβερνήσεις μπορούν να εφαρμόσουν συστήματα ποιοτικού ελέγχου με βάση αντικειμενικά κριτήρια όπως ο αριθμός των χειρουργείων που εκτελεί ο ιατρός ή των περιστατικών νοσηρότητας που αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει.

1.2 Κατά πράξη και περίπτωση (fee for service)

Αφορά την πληρωμή με βάση την αντιστοίχιση μιας τιμής για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία. Οι ιατροί αποζημιώνονται ανάλογα με το είδος και τον

αριθμό των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς. Ειδική τιμή καθορίζεται για κάθε υπηρεσία, η οποία μπορεί να είναι σταθερή ή και να ποικίλλει. Στην περίπτωση που οι τιμές είναι σταθερές, ιατροί και πληρωτές συμφωνούν στην αρχή κάθε έτους τα κοστολόγια όλων των υπηρεσιών κι όλοι οι λογαριασμοί του έτους διαμορφώνονται με βάση αυτή τη συμφωνία. Όταν οι τιμές είναι μεταβλητές τέτοια κοστολόγια δεν υπάρχουν κι οι ιατροί χρεώνουν τις συνηθισμένες τιμές. Στις περισσότερες χώρες, οι τιμές που αντιστοιχούν στις διάφορες υπηρεσίες αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης ανάμεσα στους αγοραστές υπηρεσιών υγείας (π.χ. τα Υπουργεία Υγείας ή οι ασφαλιστές υγείας) και τους προμηθευτές (ιατρούς). Σε κάποιες χώρες ωστόσο, μεμονωμένα οι ιατροί έχουν την ευελιξία να θέτουν τις αμοιβές για όλους ή μέρος των ασθενών τους (π.χ. οι ιατροί του Τομέα 2 στη Γαλλία όπου θα γίνει αναφορά παρακάτω). Τα τιμολόγια αμοιβών μπορούν είτε να τίθενται ενιαία εντός της χώρας ή να ποικίλλουν ανάμεσα στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, όπως γίνεται στην Αυστρία ή γινόταν στην Ελλάδα. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο πληρωμών, τα επίπεδα αποζημιώσεων επηρεάζονται από τον αριθμό και τον τύπο των παρεχόμενων υπηρεσιών και τις αμοιβές που πληρώνονται για αυτές τις υπηρεσίες.

Η μέθοδος προβλέπει την αποζημίωση των ιατρών βάσει των πραγματικών υπηρεσιών που παρέχουν. Οι ιατροί καταγράφουν λεπτομερώς τις εκτελούμενες πράξεις, αναφέροντας τόσο το είδος όσο και την ποσότητά τους, και στέλνουν τις σχετικές πληροφορίες ανά τακτά χρονικά διαστήματα στον πληρωτή (κυβέρνηση ή ασφαλιστικό ταμείο συνήθως). Σ' αυτό το επίπεδο το σύστημα προβλέπει ενδεδειγμένο έλεγχο των παραστατικών πριν την εκκαθάρισή τους και τη διαταγή πληρωμής. Γίνεται εύκολα κατανοητό ότι το σύστημα είναι πολύπλοκο και συνοδεύεται από υψηλές διοικητικές δαπάνες. Γενικώς, η αύξηση των δαπανών υγείας είναι κοινός τόπος σε χώρες όπου εφαρμόστηκε το δεδομένο σύστημα πληρωμών, όπως έχει δείξει η εμπειρία.

Η αμοιβή κατά πράξη παρέχει στους ιατρούς τη δυνατότητα καθορισμού των τιμών κι εφαρμόζεται κυρίως σε ιδιωτικά συστήματα υγείας. Είναι σαφές ότι οι ιατροί που αποζημιώνονται μ' αυτή τη μέθοδο έχουν ισχυρό οικονομικό κίνητρο να προσφέρουν όσο το δυνατόν περισσότερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Πολλές φορές ο όγκος των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μεγαλύτερος από τον ιατρικώς απαραίτητο αυξάνοντας ανάλογα τις συνολικές

δαπάνες υγείας. Δηλαδή, παρατηρείται ένα φαινόμενο προκλητής ζήτησης κατά το οποίο μάλιστα πολλές φορές οι ανάγκες υγείας των καταναλωτών προσδιορίζονται από τους ιατρούς, οι οποίοι τείνουν να αυξήσουν την προσφορά των υπηρεσιών τους. Μία από τις θετικές συνέπειες τούτου είναι ότι οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας που απαιτούν εξειδικευμένους τύπους θεραπείας είναι πολύ πιθανότερο να λάβουν την αναγκαία περίθαλψη. Σημαντικό χαρακτηριστικό του συστήματος είναι ότι οι ασθενείς μπορούν να αλλάξουν ιατρό οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία διαδικασία. Εξασφαλίζεται μ' αυτόν τον τρόπο η ελευθερία επιλογής από τη μεριά των ασθενών κατά την οποία οι τελευταίοι λαμβάνουν υπόψη τους ποιοτικά κι οικονομικά κριτήρια. Ο δεύτερος τύπος κριτηρίων σχετίζεται με το κατά πόσο ο ιατρός επιλέγει να λειτουργεί ως ελεύθερος επαγγελματίας ή στο πλαίσιο συμβάσεων με ασφαλιστικούς φορείς (Σουλιώτης,2000).

Υπάρχουν κάποια μέτρα που μπορούν να υιοθετηθούν από τις κυβερνήσεις για τη βελτίωση του συστήματος και την όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση των αρνητικών στοιχείων του:

- Η αύξηση του ελέγχου χρήσης των υπηρεσιών υγείας, η οποία όμως συνοδεύεται με υψηλό κόστος εφαρμογής.
- Το ευρέως εφαρμοζόμενο σύστημα των συμμετοχών των ασθενών στην αποζημίωση των ιατρών.
- Η εισαγωγή ανώτατων επιπέδων αποζημιώσεων των συμβεβλημένων ιατρών το οποίο θα συνδυάζεται με ένα ανώτατο όριο παρεχόμενων υπηρεσιών.

1.3 Κατά κεφαλήν πληρωμή (capitation)

Σύμφωνα με το σύστημα της κατά κεφαλήν πληρωμής, οι ιατροί λαμβάνουν ένα δεδομένο ποσό χρημάτων για τους εγγεγραμμένους ασθενείς της λίστας τους ως αντάλλαγμα της δέσμευσής τους να παρέχουν ένα δεδομένο επίπεδο φροντίδας υγείας και να προσφέρουν μια καθορισμένη δέσμη υπηρεσιών για μια δεδομένη χρονική περίοδο (συνήθως ένα χρόνο), ανταποκρινόμενοι στις ανάγκες τους. Σε αυτήν την περίπτωση, η αποζημίωση των ιατρών επηρεάζεται από τον αριθμό των ασθενών της λίστας τους και το ποσό που αντιστοιχεί σε κάθε ασθενή, ο καθορισμός του οποίου αποτελεί αντικείμενο διαπραγμάτευσης ανάμεσα στους αγοραστές υπηρεσιών υγείας και τους προμηθευτές. Το ποσό συχνά προσαρμόζεται ανάλογα με επιμέρους χαρακτηριστικά των ασθενών

όπως η ηλικία και το φύλο. Τούτο το σύστημα πληρωμών έχει χρησιμοποιηθεί διαχρονικά για την πληρωμή των γενικών ιατρών.

Οι εγγεγραμμένοι μπορεί να είναι κάτοικοι μιας συγκεκριμένης περιοχής ή μπορούν να επιλέγονται ειδικά σύμφωνα με κάποια κριτήρια και να περιλαμβάνονται σε μια λίστα. Στην πρώτη περίπτωση, γνωστή σαν γεωγραφική κατά κεφαλήν πληρωμή, ο ιατρός αμείβεται ώστε να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλο τον πληθυσμό μιας δεδομένης γεωγραφικής περιοχής. Στη δεύτερη περίπτωση, γνωστή σαν κατά κεφαλήν μηχανισμός πληρωμών με λίστα, ο ιατρός λαμβάνει αποζημίωση ανά εγγεγραμμένο άτομο στη λίστα του ούτως ώστε να προσφέρει τις απαραίτητες υπηρεσίες σε όλα τα άτομα που περιλαμβάνονται στη λίστα του (Chawla et al,1998) .

Το καθορισμένο πακέτο υπηρεσιών μπορεί να περιλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τύπους υπηρεσιών. Οι ιατροί που συμβάλλονται με ένα τέτοιο σύστημα πληρωμών είναι συνήθως υπεύθυνοι για όλες τις δαπάνες παροχής της συνολικής δέσμης των προβλεπόμενων υπηρεσιών, στις οποίες μπορεί να περιλαμβάνονται διαγνωστικές εξετάσεις, επισκέψεις και κάποιες μικρές επεμβάσεις.

Η αποζημίωση των ιατρών κάτω από αυτό το σύστημα καθορίζεται συνήθως σύμφωνα με έναν τύπο που συχνά εξυπηρετεί στην εξασφάλιση της ισότητας στην κατανομή των πόρων ανάμεσα στις διάφορες περιοχές σε συμφωνία με τις διαφορετικές ανάγκες του πληθυσμού. Ο τύπος αυτός συνήθως βασίζεται σε μεταβλητές στις οποίες αξιόπιστες πληροφορίες είναι διαθέσιμες κι εύκολες στη συλλογή. Τέτοιες είναι συνήθως ο αριθμός των ατόμων, η ηλικία και το φύλο. Άλλες μεταβλητές όπως η οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, αστικοποίηση, νοσηρότητα και θνησιμότητα, ο αριθμός των ανάπηρων και των ατόμων που βρίσκονται σε φάση αποκατάστασης ή έχουν προβλήματα σχετιζόμενα με κατάχρηση ουσιών κι άλλοι επιδημιολογικοί δείκτες έχουν επίσης προταθεί και χρησιμοποιούνται σε μερικές περιπτώσεις. Κατ' αυτόν τον τρόπο οι ιατροί λαμβάνουν ένα δεδομένο ποσό ανά εγγεγραμμένο και αφού εξυπηρετήσουν τις δαπάνες που συνδέονται με την άσκηση του έργου τους, το υπόλοιπο ποσό αποτελεί το καθαρό κέρδος τους.

Παραλλαγή κι εξέλιξη του τελευταίου μηχανισμού αποτελεί η θεσμοθέτηση κλειστού προϋπολογισμού για κάθε ιατρό (fundholding), βάσει του οποίου

καλύπτονται οι φαρμακευτικές, διαγνωστικές και κάθε είδους λειτουργικές δαπάνες των ιατρών αλλά η αμοιβή για τις υπηρεσίες περίθαλψης που προσφέρουν παρέχεται από την κατά κεφαλή πληρωμή.

Και σ' αυτό το σύστημα πληρωμών υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Στα πλεονεκτήματα περιλαμβάνονται τα εξής:

- Παρέχεται ελευθερία και κίνητρα στους ιατρούς ώστε να αυξήσουν τον αριθμό των ατόμων του καταλόγου τους και μπορεί να εξασφαλίζεται ισοκατανομή των ιατρών μέσω παροχής κινήτρων για την αποκέντρωση.
- Οι ιατροί έχουν κίνητρο να κάνουν αποτελεσματική τη φροντίδα υγείας, ξεκινώντας από τη βάση της, δηλαδή την πρόληψη. Τούτο εξηγείται από το γεγονός ότι η προληπτική ιατρική μπορεί να εξοικονομήσει πόρους που θα δαπανούνταν σε ακριβές μελλοντικές θεραπείες, κάτι που θα μπορούσε ανάμεσα στα άλλα να αυξήσει τα εισοδήματα των ιατρών.
- Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι εξασφαλίζεται, περισσότερο απ' ότι με τους άλλους μηχανισμούς, η ελευθερία στην επιλογή ιατρού από το χρήστη των υπηρεσιών υγείας.
- Στα περισσότερα συστήματα υγείας που χρησιμοποιούν την παραπάνω μέθοδο πληρωμής οι ασθενείς λαμβάνουν το μεγαλύτερο μερίδιο της φροντίδας υγείας από τον ίδιο ιατρό, γεγονός που αυξάνει την αποτελεσματικότητα αλλά κι ενδυναμώνει τη σχέση ιατρού-ασθενούς.
- Ο ασθενής συνήθως λαμβάνει μόνο τις απαραίτητες υπηρεσίες, καθώς η αμοιβή του ιατρού είναι προκαθορισμένη κι εξαρτάται από τον αριθμό των ασθενών στον κατάλόγο του κι είναι ανεξάρτητη από τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ως εκ τούτου υπερβολικές θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι λιγότερο πιθανό να συμβούν.
- Το ποσό που απαιτείται για την πληρωμή των ιατρών είναι προβλέψιμο με μεγάλη ακρίβεια, γεγονός που συντείνει στον καλύτερο έλεγχο των δαπανών.

Στα μειονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνονται τα εξής:

- Οι ιατροί έχουν κίνητρο να εγγράφουν σχετικά υγιείς ασθενείς, οι οποίοι είναι πιθανό να απαιτούν λιγότερη συχνή κι επομένως λιγότερο δαπανηρή φροντίδα, ενώ ασθενείς με περιπλεγμένα προβλήματα υγείας ενδέχεται να αποκλειστούν από τις λίστες των ιατρών.

- Υφίσταται κίνητρο παροχής περιορισμού της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών χάριν μείωσης των λειτουργικών εξόδων των ιατρών.
- Είναι πολύ πιθανό να μην παρασχεθεί υψηλής ποιότητας θεραπεία, καθώς τέτοιου είδους θεραπείες είναι συνήθως πιο δαπανηρές.
- Παρατηρείται το φαινόμενο αυξημένης συχνότητας παραπομπών ασθενών σε επόμενα επίπεδα περίθαλψης, δηλαδή σε πιο ειδικούς ιατρούς και νοσοκομεία, για λόγους εξοικονόμησης λειτουργικών δαπανών.
- Τέλος, σε πολλές περιπτώσεις η διαδικασία αλλαγής ιατρού είναι περίπλοκη.
- Η συγκεκριμένη μέθοδος συνδέεται με αυξημένο κόστος οργανωτικών δαπανών για τη δημιουργία των καταλόγων των εγγεγραμμένων ασθενών. Υψηλές δαπάνες προκαλούνται επίσης κι από τον καθορισμό των κατά κεφαλή πληρωμών και την παρακολούθηση των ιατρών, όπου αυτή γίνεται, για να εξασφαλιστεί ότι η κατάλληλη ποιότητα φροντίδας παρέχεται στους ασθενείς.

Σε γενικές γραμμές μπορεί να ειπωθεί ότι πρόκειται για μια χρήσιμη μέθοδο αποζημίωσης των ιατρών αν εισάγονται τα σωστά κίνητρα για την πιθανή βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας και της ποιότητας αυτής και της ικανοποίησης του ασθενούς. Αρκετοί μελετητές μάλιστα θεωρούν ότι παρέχει τον καλύτερο τρόπο ελέγχου των δαπανών, χωρίς να παραγνωρίζουν το σοβαρό μειονέκτημα της αύξησης των παραπομπών για πιο εξειδικευμένη περίθαλψη. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το σύστημα αυτό ενσωματώνεται σε όλες τις προτάσεις για την εισαγωγή ανταγωνιστικών μεθόδων στα πλαίσια του κοινωνικού χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας και θεωρείται ως το πλέον κατάλληλο για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή τους (Κοντούλη-Γείτονα Μ., 1997:53) . Οι κυβερνήσεις κι οι πληρωτές μπορούν να υιοθετήσουν πολλά μέτρα ώστε να εξασφαλίσουν ότι τα αντικίνητρα των ιατρών μετριάζονται ενώ τα θετικά κίνητρα ενισχύονται:

- Μπορούν να επιβάλλουν μια ανοικτή εγγραφή, όπως μια δεδομένη γεωγραφική ή διοικητική περιοχή. Αυτό αποτρέπει τους ιατρούς από το να επιλέγουν τους σχετικά υγιείς ασθενείς για τις λίστες τους. Παράλληλα, το πιθανό ρίσκο των ιατρών ελαχιστοποιείται, από τη στιγμή

που η διεύρυνση της πληθυσμιακής βάσης από την οποία επιλέγονται οι εγγεγραμμένοι μειώνει τις πιθανότητες σχετικώς ασθενών ατόμων να κυριαρχούν σε ένα δεδομένο κατάλογο.

- Ενδέχεται να ενθαρρυνθεί ο ανταγωνισμός ανάμεσα στους ιατρούς. Αν οι ασθενείς έχουν την επιλογή να αλλάζουν περιοδικά τον ιατρό τους δημιουργούνται συνθήκες υγιούς ανταγωνισμού ανάμεσα στους ιατρούς, ο οποίος εστιάζεται κυρίως στον τομέα της ποιότητας της φροντίδας.
- Οι κυβερνήσεις μπορούν να ορίσουν το πακέτο των υπηρεσιών ώστε να περιλαμβάνει πολλές υπηρεσίες οι οποίες κανονικά θα παρέχονταν σε ένα υψηλότερο επίπεδο φροντίδας. Έτσι, αν οι οικογενειακοί ιατροί έχουν το δικαίωμα να εκτελούν απλές διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις, θα μειωθούν οι παραπομπές των ασθενών σε διαγνωστικά κέντρα κι ειδικούς ιατρούς.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο ΟΟΣΑ το 2010 (OECD, 2010) συνιστούσε τη μεταρρύθμιση του συστήματος πληρωμών των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις χώρες όπου αυτοί αμείβονται μόνο με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής και την προσθήκη στοιχείων ανταμοιβής ανάλογα με την απόδοσή τους.

1.4 Αποζημίωση ανάλογα με την περίπτωση

Σύμφωνα με αυτό το σύστημα οι ιατροί πληρώνονται ένα καθορισμένο ποσό ανάλογα με το κάθε επεισόδιο ασθένειας. Το ποσό που χρεώνεται ανά περίπτωση καθορίζεται με βάση καθορισμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Εφαρμόζεται κυρίως εκτός Ευρώπης (Η.Π.Α., Βραζιλία, Αργεντινή) με εξαίρεση τη Γερμανία.

Οι ιατροί έχουν ιδιαίτερο κίνητρο να συγκρατήσουν τις δαπάνες ανά περίπτωση, καθώς αμείβονται με βάση τη διάγνωση κι όχι το πραγματικό θεραπευτικό περιεχόμενο, το οποίο μπορούν να εξειδικεύσουν. Κατ' επέκταση, η πραγματοποίηση μη απαραίτητων θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι απίθανο να συμβεί με αυτό το σύστημα. Από την άλλη πλευρά ελλοχεύει ο κίνδυνος της υποβάθμισης της ποσότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, ασθενείς με περίπλοκα προβλήματα υγείας, που απαιτούν ειδικές θεραπείες υψηλού κόστους, ενδέχεται να αντιμετωπίσουν πρόβλημα μειωμένης πρόσβασης στη φροντίδα υγείας.

Η παραπάνω μέθοδος πληρωμών συνδέεται με υψηλές δαπάνες οργάνωσης του συστήματος. Η μεγαλύτερη δυσκολία έγκειται στην κατάρτιση των διάφορων διαγνωστικών ομάδων. Παρά ταύτα μπορεί να προκαλέσει κι εξοικονόμηση αρκετών οικονομικών πόρων για το σύστημα υγείας, αν και πολλές φορές εις βάρος της ποιότητας. Το ζητούμενο είναι ο συνδυασμός των δύο στόχων.

1.5 Σύγκριση των μεθόδων αποζημίωσης των ιατρών

Σύμφωνα με τις μεθόδους της κατά κεφαλήν πληρωμής και της πληρωμής με μισθό οι ιατροί, σε γενικές γραμμές, γνωρίζουν εκ των προτέρων το συνολικό ποσό που έχουν λαμβάνειν πριν την παροχή της φροντίδας. Αυτές οι μέθοδοι αποζημιώσεων χαρακτηρίζονται προοπτικές κι ίσως να ενθαρρύνουν τους ιατρούς στη συγκράτηση του κόστους. Αντίθετα, σύμφωνα με την κατά πράξη και περίπτωση μέθοδο πληρωμής οι ιατροί αποζημιώνονται για κάθε υπηρεσία που παρέχουν (συνήθως η αμοιβή εξαρτάται από τον τύπο της υπηρεσίας) κι αυτό συμβαίνει σε δεύτερο χρόνο. Αυτή η μέθοδος αποζημιώσεων καλείται αναδρομική και συνδέεται εμφανώς με κίνητρο παροχής περισσότερων υπηρεσιών προκειμένου οι ιατροί να αυξήσουν τα εισοδήματά τους. (Nonnemaker et al, 2009). Τούτο μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (Evans, 1974) όπου οι ασθενείς λαμβάνουν περισσότερες υπηρεσίες από αυτές που χρειάζονται και πιθανότατα θα επέλεγαν οι ίδιοι αν είχαν τις σχετικές γνώσεις.

Παρότι τόσο η κατά κεφαλήν πληρωμή όσο κι ο μισθός θεωρούνται προοπτικές μέθοδοι πληρωμών διαφέρουν στο καθεστώς πληρωμών κι επομένως στα κίνητρα που παρέχουν στους ιατρούς. Η μισθωτή εργασία συχνά δεν συνοδεύεται με κίνητρα για παροχή επιπλέον και ποιοτικότερων υπηρεσιών. Ενδέχεται επίσης οι ιατροί να προσπαθούν να προσελκύσουν ασθενείς στα ιατρεία τους δημιουργώντας καλή φήμη για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας.

Γενικώς, όπου οι ιατροί ανταποκρίνονται σε αυτά τα κίνητρα, στις μεθόδους της με μισθό και κατά κεφαλήν πληρωμής μπορεί να ενθαρρυνθεί η ελλιπής περίθαλψη των ασθενών ενώ ιατροί που αποζημιώνονται κατά πράξη και περίπτωση ενδέχεται να παρέχουν υπερβολική κι αχρείαστη περίθαλψη (Woodward, 1984).

Οι ιατροί που πληρώνονται κατά πράξη και περίπτωση έχουν κίνητρο να βλέπουν περισσότερους ασθενείς και να παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες από τους μισθωτούς ιατρούς, από τη στιγμή που το εισόδημά τους συνδέεται απευθείας με τον όγκο των εκτελούμενων πράξεων. Στην πράξη, ωστόσο, οι περισσότερες χώρες έχουν εισαγάγει ένα μέγιστο όριο στον αριθμό και τον τύπο των υπηρεσιών που μπορούν να εκτελέσουν (κι έπειτα να διεκδικήσουν αποζημίωση για αυτές) οι ιατροί.

Στο κατά κεφαλήν σύστημα πληρωμής, οι ιατροί γενικώς έχουν οικονομικό κίνητρο να εγγράψουν στις λίστες τους όσο δυνατόν περισσότερους ασθενείς, γεγονός το οποίο τους ωθεί στην προσπάθεια αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ταυτόχρονα όμως αυξάνεται το ενδεχόμενο εμφάνισης φαινομένων μειωμένης εξυπηρέτησης των ασθενών σε περίπτωση μικρού αριθμού εναλλακτικών επιλογών ιατρών, λόγω και της μείωσης του διαθέσιμου χρόνου για κάθε ασθενή. Παράλληλα αυξάνεται ο εργασιακός φόρτος των ιατρών με αποτέλεσμα, πολλές φορές, την ελάττωση της εργασιακής τους απόδοσης. Λογική συνέπεια είναι η αύξηση του αριθμού των παραπομπών στα νοσοκομεία, λόγω της διόγκωσης των καταλόγων ασθενών των ιατρών. Ως εκ τούτου στην πράξη, πολλές χώρες έχουν επιβάλλει μια οροφή στο συνολικό αριθμό ασθενών ανά γενικό ιατρό (General Practitioner-GP, όπως θα αναφέρεται συχνά στο κείμενο) (π.χ. η Δημοκρατία της Τσεχίας, η Δανία κι η Ουγγαρία). Από την άλλη μεριά πολλές φορές υπάρχει κίνητρο για παροχή υπηρεσιών προληπτικής φροντίδας, κυρίως στην περίπτωση των γενικών ιατρών, κάτι το οποίο μπορεί να προκαλέσει μείωση των μελλοντικών δαπανών υγείας (Shimmura, 1988).

Τα κίνητρα που αναφέρθηκαν προηγουμένως μπορούν να αντισταθμίζονται, πλήρως ή μερικώς, από κίνητρα από τη μεριά της ζήτησης για τους ανθρώπους που χρησιμοποιούν υπηρεσίες γενικών ιατρών ή ειδικών. Για παράδειγμα, οι κατά πράξη και περίπτωση πληρωμές στους ιατρούς συνοδεύονται συχνά από κάποιας μορφής συμμετοχή των ασθενών στις πληρωμές, η οποία περιορίζει τη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών από τους ασθενείς παρά το γεγονός ότι οι ιατροί έχουν κίνητρο να παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες.

Αξίζει να αναφερθεί η υπόθεση που έχει διατυπωθεί ότι η κατά κεφαλήν μέθοδος πληρωμής ελαττώνει τις δαπάνες αλλά επίσης μειώνει την ποιότητα της φροντίδας συγκριτικά με την κατά πράξη και περίπτωση μέθοδο πληρωμής

κι ότι ένα σύστημα πληρωμών που αποσυνδέει την παραγωγή έργου από την πληρωμή, όπως ο μισθός, ίσως να ήταν περισσότερο αποτελεσματικός από μεθόδους αποζημιώσεων οι οποίες σχετίζονται με την απόδοση (Gosden, 1999).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση των υποχρηματοδοτούμενων συστημάτων υγείας (Τούντας, 2008). Οι ιατροί που αμείβονται κατά κεφαλήν ή με μισθό εμφανίζουν την τάση, λόγω οικονομικών κινήτρων, να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς ως ιδιωτικούς τους «πελάτες» για να αποσπάσουν επιπλέον παράνομες αμοιβές. Γι' αυτό το λόγο θεωρείται αναγκαία η εξασφάλιση ικανοποιητικής αποζημίωσης. Ενώ στην κατά κεφαλήν πληρωμή περιορίζεται η ελευθερία επιλογής ιατρού, σε αντίθεση με την κατά πράξη, από την άλλη μεριά παρέχονται κίνητρα για μια πιο συντονισμένη κι ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας. Θα πρέπει όμως να αξιολογείται ορθά η νοσηρότητα του πληθυσμού και να προσαρμόζονται ανάλογα οι κατά κεφαλήν αμοιβές ώστε να μην υπάρχουν περιθώρια για επιπλέον απολαβές που δεν αντιστοιχούν στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού για περίθαλψη. Αν συνδυάζεται η κατά κεφαλήν πληρωμή στους γενικούς ιατρούς με μισθούς στους κλινικούς όπως στη Μ. Βρετανία παρατηρείται το φαινόμενο της δημιουργίας μεγάλων σειρών αναμονής. Στη Δανία, που εφαρμόζει το ίδιο σύστημα δεν παρατηρείται κάτι ανάλογο (Fleming, 1993), γεγονός που οφείλεται, σε γενικές γραμμές, στο ότι τα διαφορετικά συστήματα πληρωμών επιδρούν με διαφορετικό τρόπο στα συστήματα υγείας ανάλογα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα .

Τελευταία, πολλές χώρες έχουν εισαγάγει διαφορετικούς συνδυασμούς μεικτών μεθόδων πληρωμών των ιατρών σε μια προσπάθεια να ξεπεράσουν τις ελλείψεις των παραδοσιακών μεθόδων και να παρέχουν την κατάλληλη αναλογία κινήτρων για να βελτιώσουν την αποδοτικότητα, την ποιότητα και την πρόσβαση στη φροντίδα διατηρώντας παράλληλα κάποιον έλεγχο του κόστους . Σκοπός σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η εκμετάλλευση των θετικών στοιχείων της κάθε μεθόδου και την ίδια στιγμή η μετρίαση των αρνητικών. Για παράδειγμα, ο συνδυασμός του μισθού με την κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή εισάγει οικονομικά κίνητρα για την αύξηση της απόδοσης των ιατρών που δεν υφίστανται όταν αυτοί αμείβονται καθαρά με μισθό. Μεικτά συστήματα πληρωμών εφαρμόζονται από τις περισσότερες χώρες με

χαρακτηριστικά παραδείγματα την Αυστρία, τη Δημοκρατία της Τσεχίας, τη Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο . Σε αυτές τις περιπτώσεις συνδυάζονται οι μέθοδοι της κατά κεφαλήν και κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής, με τη δεύτερη να αντιπροσωπεύει ένα σχετικά μεγάλο μέρος της συνολικής ιατρικής αποζημίωσης .Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις οι νοσοκομειακοί ιατροί αμείβονται με μισθό. Παρόμοιο μεικτό σύστημα πληρωμών προβλέπεται και για την αποζημίωση των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ Ελλήνων ιατρών.

1.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα αποζημίωσης των ιατρών

Σύμφωνα με μελέτη του ΟΟΣΑ (Fujisawa, Lafortune, 2008) τα επίπεδα αποζημιώσεων διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο του ιατρού. Σχεδόν σε όλες τις χώρες, η αποζημίωση των ειδικών ιατρών είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη των γενικών. Για παράδειγμα, στην Ολλανδία και το Λουξεμβούργο, όπου το φαινόμενο είναι περισσότερο έντονο, η αποζημίωση των αυτοαπασχολούμενων ειδικών ιατρών είναι περισσότερο από δύομισι φορές υψηλότερη από αυτή των αυτοαπασχολούμενων γενικών ιατρών. Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι ανάμεσα στους ειδικούς ιατρούς, τα επίπεδα αποζημιώσεων ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με την ειδικότητα. Για παράδειγμα, οι παιδίατροι λαμβάνουν περίπου τα ίδια μεγέθη αποζημιώσεων με τους γενικούς ιατρούς και πολύ λιγότερο από τους γυναικολόγους, τους χειρουργούς και τους αναισθησιολόγους.

Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη υπάρχει ένα χάσμα στην αποζημίωση GP κι ειδικών ιατρών με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο, γεγονός που φαίνεται ότι επηρεάζει αρνητικά την επιλογή της ειδικότητας της γενικής ιατρικής από τους τελειόφοιτους ιατρούς.

Γενικά, η αποζημίωση των ιατρών τείνει να είναι υψηλότερη στις χώρες όπου αυτοί είναι αυτοαπασχολούμενοι κι αποζημιώνονται κατά πράξη και περίπτωση σε σύγκριση με τις χώρες όπου είναι μισθωτοί. Για παράδειγμα, είναι 2,5 φορές υψηλότερες στην Ολλανδία και 50% στο Λουξεμβούργο (Fujisawa, Lafortune, 2008). Στις χώρες όπου συνυπάρχουν κι οι δύο παραπάνω τύποι αποζημίωσης των ιατρών, η πληρωμή των αυτοαπασχολούμενων τείνει να είναι ουσιαδώς υψηλότερη από τους μισθωτούς. Μοναδική εξαίρεση και σε αυτήν την περίπτωση αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι μισθοί των δύο κατηγοριών είναι συγκρίσιμοι. Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η μόνη χώρα όπου οι μισθωτοί ιατροί έχουν επίπεδα αποζημιώσεων που το 2004 ήταν συγκρίσιμα με αυτά των συναδέλφων τους,

των υπόλοιπων χωρών της Δυτικής Ευρώπης, που αμείβονταν κατά πράξη και περίπτωση (Nonnemaker, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Περιγραφή των τρόπων αποζημίωσης των ιατρών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

2.1 Αυστρία

Το σύστημα υγείας της χώρας στηρίζεται στην υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, όπου πρακτικά όλοι οι πολίτες είναι υποχρεωτικά ασφαλισμένοι κι απολαμβάνουν την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος του κράτους είναι ρυθμιστικός αν και συμμετέχει στην κάλυψη των δαπανών υγείας σε ποσοστό περίπου 25%.

Οι πολίτες μπορούν ελεύθερα να επιλέξουν ανάμεσα στους παρέχοντες υπηρεσίες υγείας, η πλειοψηφία των οποίων ασκούν το έργο τους σε ιδιωτικά ιατρεία. Η γενική θεώρηση είναι ότι οι συμβεβλημένοι με ασφαλιστικούς φορείς ιατροί είναι η πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με το σχέδιο που έχει εκπονηθεί από τα ασφαλιστικά ταμεία και τους ιατρικούς συλλόγους, ο αριθμός των ιατρών ανά περιοχή είναι καθορισμένος. Ο στόχος αυτού του ρυθμιστικού μέτρου είναι η αποφυγή ανισορροπιών στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας.

Το 2003, μόνο 43% των 19209 αυτοαπασχολούμενων γιατρών είχε σύμβαση με ένα ή περισσότερους ασφαλιστικούς φορείς με τους μισούς περίπου να είναι γενικοί ιατροί (Hofmarcher, Rack, 2006). Το 2004 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανέρχονταν στο 25%. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι αμοιβές των συμβεβλημένων ιατρών είναι συνήθως αρκετά χαμηλότερες από τους συναδέλφους τους που δεν έχουν σύμβαση.

Τα έξοδα προς τους ιδιώτες ιατρούς χρηματοδοτούνται από υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές, κυρίως από ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλεια και συμμετοχή του οικογενειακού προϋπολογισμού. Η πληρωμή των ιδιωτών ιατρών είναι σχεδιασμένη ούτως ώστε τα έξοδα λειτουργίας κι οι επενδύσεις των ιατρών να μπορούν να αποσβεστούν. Τα ιατρικά επιμελητήρια διαπραγματεύονται σε ετήσια βάση γενικές συμφωνίες με την Αυστριακή Ομοσπονδία των Ιδρυμάτων Κοινωνικής ασφάλισης για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Η συμφωνία περιλαμβάνει ρυθμίσεις των αποζημιώσεων, του όγκου των παροχών υγείας κι ένα πλάνο "χωρητικότητας". Σε αυτήν τη βάση ατομικές συμβάσεις ανατίθενται σε μέρος των ιατρών που ασκούν ιδιωτικά το

επάγγελμά τους. Οι συμβεβλημένοι ιατροί πληρώνονται με ένα μεικτό σύστημα κατά κεφαλήν πληρωμής και κατά πράξη και περίπτωση για υπηρεσίες, οι οποίες ξεφεύγουν από το πλαίσιο των βασικών παροχών. Η διάκριση των πληρωμών ποικίλλει ανάλογα με την ειδικότητα, το κρατίδιο κι εν μέρει τον τύπο της ασφάλειας υγείας. Οι συμφωνίες για τους περιορισμούς στις ιατρικές πράξεις συνδυάζονται μερικώς με φθίνουσες κλίμακες πληρωμών. Η χρήση των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα υγείας καταγράφονται από επόπτες ιατρούς που απασχολούνται στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Ιατροί που δουλεύουν σε νοσοκομεία ή ιδρύματα αποκατάστασης πληρώνονται με μισθό. Επιπρόσθετες αμοιβές υπάρχουν ανάλογα με τα κρατίδια ούτως ώστε οι συγκρίσεις είναι δύσκολες. Ένα ποσοστό των εργαζομένων στο δημόσιο σύστημα υγείας είναι δημόσιοι υπάλληλοι, για τους οποίους υπάρχουν ξεχωριστές ρυθμίσεις αμοιβών. Η εργασία στον ιδιωτικό τομέα σύμφωνα με συμβόλαια απασχόλησης είναι επίσης πιθανή. Επιπρόσθετα, οι ιατροί έχουν την ευκαιρία να κερδίζουν επιπλέον εισόδημα θεραπεύοντας ιδιωτικά ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Αυστριακού Ιατρικού Επιμελητηρίου η αρχική ακαθάριστη αμοιβή των ιατρών προσεγγίζει τα 50000 ευρώ το χρόνο, ποσό που με την πάροδο των χρόνων μπορεί να φτάσει στα 75000 ευρώ.

Η πρόσθετη ασφάλιση είναι επίσης μια σημαντική πηγή συμπληρωματικού εισοδήματος για τους γιατρούς που δουλεύουν σε δημόσια νοσοκομεία. Καθώς τα επίπεδα αμοιβών στο δημόσιο τομέα θεωρούνται σχετικά χαμηλά, η ασφάλιση αυτή αντιμετωπίζεται ως κίνητρο για να κρατήσει τους ιατρούς στα δημόσια νοσοκομεία. Για να το εκφράσουμε με διαφορετικό τρόπο, οι μισθοί στον δημόσιο τομέα μπορούν να κρατηθούν σχετικά χαμηλά, καθώς οι αμοιβές από τους ασθενείς “ειδικής κατηγορίας” , που έχουν πρόσθετη ασφάλιση, συνιστούν ένα βασικό κομμάτι του ιατρικού εισοδήματος. Στην περίπτωση των ανώτερων, ιεραρχικά, ιατρών αυτά τα χρήματα ενδέχεται να αποτελούν πολλές φορές το μισθό τους. Σε παράρτημά του το 1997, το Εθνικό Ελεγκτικό Γραφείο άσκησε κριτική στο γεγονός ότι τα εισοδήματα από τις πρόσθετες αμοιβές, σε συνδυασμό με τις προσαυξήσεις για διαμονή σε κλίνη πρώτης κατηγορίας στα νοσοκομεία, δημιουργεί κίνητρο για αύξηση των εισαγωγών στα νοσοκομεία. Από τα περίπου 630 εκατομμύρια ευρώ που πληρώθηκαν για συμπληρωματική

ασφάλιση υγείας το 1996, περίπου 60% καταναλώθηκε για τις ιατρικές αμοιβές. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ρυθμίσεις πληρωμών ποικίλλουν ανάλογα με το κρατίδιο, ιδιαίτερα όσον αφορά την απόδοση τμήματος της αμοιβής στους ιδιοκτήτες των ιδιωτικών νοσοκομείων. Επιπρόσθετα, υπάρχουν διαφορές κι όσον αφορά τη διανομή των αμοιβών ανάμεσα στους ιατρούς και στο υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό. Το ύψος του πρόσθετου εισοδήματος για τους ιατρούς εξαρτάται από τον αριθμό των κλινών υψηλής κατηγορίας σε ένα τμήμα. Ο αριθμός αυτός, με τη σειρά του, εξαρτάται από το συνολικό αριθμό των κλινών σε μια κλινική. Δε μπορεί να υπερβαίνει, όμως, το 25% των συνολικών κλινών σε μια κλινική. Η σύνδεση του αριθμού των κλινών ειδικής κατηγορίας με τον αριθμό των τυπικών κλινών εμπεριέχει ένα κίνητρο για την μεγαλύτερη δυνατή πλήρωσή τους. Το Εθνικό Ελεγκτικό Γραφείο σημείωσε επίσης ότι για τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλίνες ειδικής κατηγορίας αναμένονται μακρύτερες παραμονές, προκαλώντας κατ' αυτόν τον τρόπο μεγαλύτερη ανάγκη κλινών.

2.1.1 Πληρωμή ιατρών στον ιδιωτικό τομέα

Τα περισσότερα από τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν τις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασφαλισμένους τους σύμφωνα με ένα μεικτό σύστημα αμοιβών, στο οποίο οι εφάπαξ πληρωμές (για τις βασικές υπηρεσίες) κι η αποζημίωση κατά πράξη και περίπτωση συνυπάρχουν. Οι αμοιβές που χρεώνονται από τους συμβεβλημένους ιατρούς διακανονίζονται με τα ταμεία του Γενικού Νομοσχεδίου για την Κοινωνική Ασφάλεια (αυτά είναι τα εννέα τοπικά ασφαλιστικά ταμεία, τα ταμεία των ασφαλιστικών εταιρειών υγείας, ο οργανισμός κοινωνικής ασφάλισης των αγροτών κι ο ασφαλιστικός οργανισμός για τους αυτό-απασχολούμενους) σε τριμηνιαία βάση. Όλα τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία ρυθμίζουν τους λογαριασμούς τους σε μηνιαία βάση, σύμφωνα με την οποία υπάρχουν μεταβλητά όρια στο ποσό χρέωσης ανάλογα με το κρατίδιο για το οποίο γίνεται λόγος. Το Γενικό Νομοσχέδιο για την Κοινωνική Ασφάλεια (ASVG-Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) περιέχει έναν τομέα που ορίζει ότι η αποζημίωση των συμβεβλημένων ιατρών πρέπει κυρίως να πραγματοποιηθεί με βάση το σύστημα της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής. Στην πράξη, το ποσοστό των αμοιβών που έχουν ενταχθεί στο σύστημα της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής όπως ορίζεται από τις ρυθμίσεις πληρωμών ποικίλλει αξιοσημείωτα ανάλογα με την

ειδικότητα (Γράφημα 2.1). Ιατροί οι οποίοι ειδικεύονται στις τεχνικές ειδικότητες(ακτινολόγοι, εργαστηριακοί) αμείβονται σχεδόν αποκλειστικά κατά πράξη και περίπτωση. Από την άλλη μεριά, στην περίπτωση των γενικών ιατρών, οι απλές υπηρεσίες καλύπτουν μόνο το ένα πέμπτο των ολικών. Για την κατηγορία των ειδικών ιατρών (δεν περιλαμβάνονται οι ειδικότητες της φυσικής ιατρικής, ακτινολογίας κι οι εργαστηριακές ειδικότητες) ένα ποσοστό 61% περίπου του συνολικού κύκλου εργασιών εντάσσεται σε ένα σύστημα κατά πράξης και περίπτωσης πληρωμής. Ο μέσος όρος για όλους τους συμβεβλημένους ιατρούς είναι 48%.

Οι περισσότεροι γενικοί ιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι. Τα δεδομένα ποσά ανά δεδομένη νόσο (flat rates), τα επιδόματα της βασικής πρακτικής, οι κατά κεφαλήν πληρωμές, οι αποζημιώσεις κατά πράξη και περίπτωση κι οι αμοιβές για τις κατ' οίκον επισκέψεις συνιστούν τη συνολική αμοιβή. Στην περίπτωση των ειδικών, μόνο το ένα τρίτο όλων των τιμολογημένων ποσών εξηγείται από αυτές τις υπηρεσίες. Το καθορισμένο ποσό για τις βασικές υπηρεσίες πληρώνεται για την ευρεία πλειοψηφία των ασφαλισμένων για μια περίοδο τριών μηνών, ανεξάρτητα από το πόσο συχνά χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες. Το επίπεδο του ποσού ποικίλλει ανάλογα με το κρατίδιο και την ειδικότητα. Η αμοιβή ανά κουπόνι υγείας για τους γενικούς ιατρούς στα ταμεία του ASVG έφτασε σε μια μέση τιμή των 40,75 ευρώ το 2003. Αυτή η αμοιβή ανά κουπόνι υγείας αποτελείται από πολλά αντικείμενα. Στην περίπτωση των γενικών ιατρών, γύρω στο 2% προέρχεται από τα flat rates, 28% από τα επιδόματα βασικής πρακτικής, 22% από το σύστημα της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση και το 2% από τις επισκέψεις κατ' οίκον. Τα υπόλοιπα χρήματα προέρχονται από αμοιβές για τις εφημερίες, επιδόματα ταξιδιών, το κόστος για αντικατάσταση ιατρού της ίδιας ειδικότητας, ιατρική κάρτα εξέτασης μητέρας-παιδιού, υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σπίτι κι η πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων υγείας(τσεκ-απ). Η μέση αμοιβή ανά περίπτωση για τους ειδικούς ιατρούς ήταν ανάμεσα στα 35 ευρώ για τους δερματολόγους και 86,20 ευρώ για τους παθολόγους (Hofmarcher & Rack, 2006).

Το επίπεδο του ποσού που πληρώνεται ως αντίτιμο βασικών υπηρεσιών βασίζεται σε μια φθίνουσα κλίμακα σε μερικά κρατίδια κι εξαρτάται από τον αριθμό των δελτίων υγείας που τιμολογείται ανά ιατρό κι ανά λογιστική περίοδο. Αυτό το μέτρο έχει σκοπό να εξασφαλίσει τη δικαιότερη κατανομή

ανάμεσα στους ιατρούς, δεδομένων των περιορισμών του προϋπολογισμού. Κάποια μεμονωμένα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν τους ιατρούς αποκλειστικά κατά πράξη και περίπτωση σε μια μηνιαία βάση. Οι αμοιβές καθορίζονται με τακτικές διαπραγματεύσεις ανάμεσα στα ασφαλιστικά ιατρεία και τους ιατρικούς συλλόγους. Και τα δύο μέρη υπολογίζουν το κόστος των νέων υπηρεσιών κι επακόλουθα διαπραγματεύονται το ύψος των προσαρμογών το οποίο ίσως να είναι απαραίτητο. Οι πιο συχνοί λόγοι για διαφωνίες στις διαπραγματεύσεις είναι ο χρόνος που χρεώνεται για κάθε επίσκεψη κι η αξιοποίηση του εξοπλισμού. Εάν δε μπορεί να επιτευχθεί συμφωνία, η αντίστοιχη περίπτωση μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια κατάσταση στην οποία δεν υπάρχουν ισχύοντα συμβόλαια. Διαιτητικά δικαστήρια καλούνται να λύσουν τις διαφωνίες σχετικά με την εφαρμογή κι ερμηνεία των συμβολαίων. Γενικώς, τα τελευταία χρόνια υπήρξε μια τάση προς την αποζημίωση των ιδιωτών ιατρών κατά πράξη και περίπτωση.

Υπάρχουν διαφορετικές μορφές πληρωμών των ιατρών ανάλογα με το ασφαλιστικό ταμείο που εξετάζεται. Τα ταμεία που δραστηριοποιούνται σε εθνικό επίπεδο πληρώνουν με τη μορφή των ποσοστών. Πραγματοποιείται διακανονισμός ανάμεσα στους ιατρούς και τα ασφαλιστικά ταμεία. Η αποζημίωση των ασθενών είναι η μέθοδος που συμφωνήθηκε να εφαρμόζεται όταν ένα άτομο που καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση επισκέπτεται ένα μη συμβεβλημένο με το ασφαλιστικό του ταμείο ιατρό. Μέχρι το 1996, το κόστος επίσκεψης σε ένα μη συμβεβλημένο ιατρό αποζημιωνόταν πλήρως σύμφωνα με τις αμοιβές που είχαν συμφωνηθεί με τους συμβεβλημένους ιατρούς. Η αποζημίωση που λαμβάνουν οι ασθενείς τώρα φτάνει το 80% του ποσού που έχει συμφωνηθεί με τους συμβεβλημένους ιατρούς για τις αντίστοιχες υπηρεσίες. Αντίστοιχο μοντέλο αποζημίωσης ισχύει επίσης για τους ασφαλισμένους σε ιδιωτικούς φορείς. Οι ασθενείς πρέπει να αιτηθούν για αποζημίωση μετά την επίσκεψη σε έναν ιατρό, σύμφωνα με τις αμοιβές που καθορίζονται στα συμβόλαια που έχουν υπογράψει με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

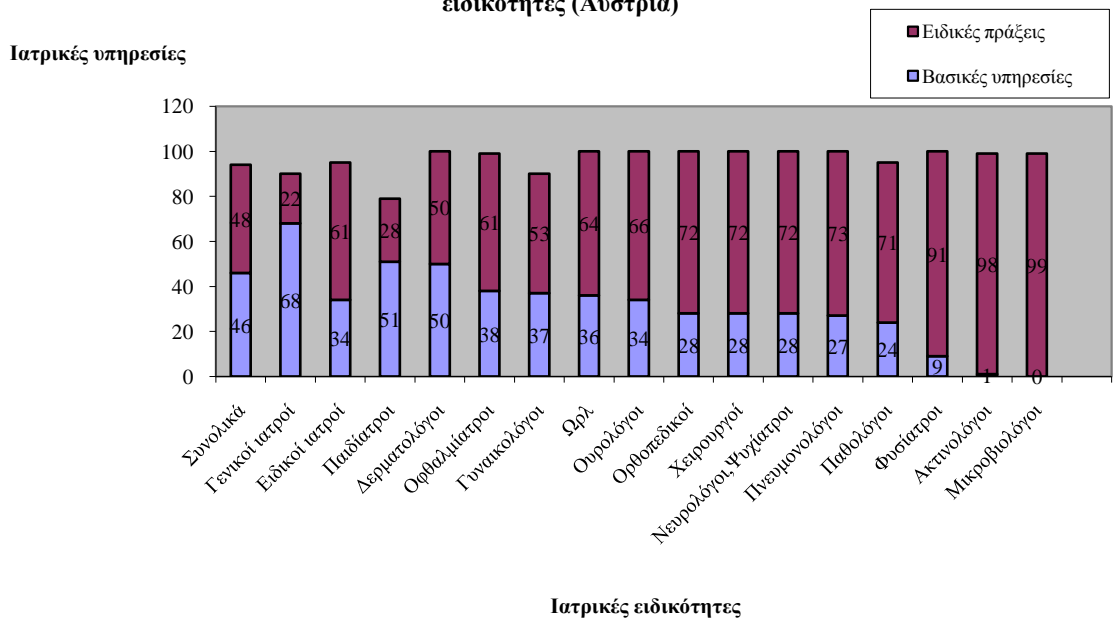
Ωστόσο, οι αμοιβές δε θα έπρεπε να εξισώνονται με το εισόδημα στην περίπτωση των ιατρών στον ιδιωτικό τομέα, καθώς το κόστος συντήρησης ενός ιατρείου(π.χ. το ενοίκιο, ο λογαριασμός του ηλεκτρικού ρεύματος) κι οι μισθοί των υπαλλήλων που πιθανώς απασχολούνται σε αυτό(γραμματείες κ.α.) πρέπει

να καλυφθούν από αυτές. Το επίπεδο των γενικών εξόδων για την ιατρική εργασία εξαρτάται από την ειδικότητα κι υπολογίζεται κατά μέσο όρο σε περίπου 50% επί των εσόδων, σύμφωνα με δεδομένα της Ομοσπονδίας των Ιδρυμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης της Αυστρίας και του Ιατρικού Συλλόγου Αυστρίας (Hofmarcher & Rack, 2006).

Η έκθεση εσόδων παρέχει ενδείξεις του επιπέδου του ιατρικού εισοδήματος. Οι άρρενες ειδικοί ιατροί κερδίζουν 178.652 ευρώ το χρόνο στο τρίτο τεταρτημόριο εισοδήματος(ετήσιες αποδοχές από αυτοαπασχόληση) (National Audit Office, 2002 όπως αναφέρεται στον Hofmarcher & Rack, 2006). Αυτό το εισόδημα είναι γύρω στις 3 φορές ψηλότερο από το μέσο όρο των αποδοχών όλων των αυτοαπασχολούμενων και 41% πάνω από το αντίστοιχο των αρρένων δικηγόρων, δηλαδή μια συγκρίσιμη κατηγορία εισοδήματος. Σε σύγκριση με το μέσο όρο του εισοδήματος των εργαζομένων που βρισκόταν στο επίπεδο των 23.196 ευρώ το 2000, το μέσο εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων ιατρών μετρήθηκε στα 141051 ευρώ (1999). Οι ιατροί θηλυκού φύλου κερδίζουν σημαντικά λιγότερα από τους άρρενες συναδέλφους τους με μερικές να μην φθάνουν ούτε το 50% του εισοδήματος αυτών. Η σχέση ανάμεσα στα εισοδήματα του μέσου εργαζόμενου και του ιατρού είναι έτσι παρόμοια με την αντίστοιχη στις Η.Π.Α.: σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι ιατροί στις Η.Π.Α. κερδίζουν 5,5 φορές περισσότερα από τον μέσο εργαζόμενο. Αντίστοιχα, στο Ηνωμένο Βασίλειο κερδίζουν 3,2 φορές περισσότερα και στον Καναδά μόνο 1,4 φορές (ΟΟΣΑ, 2003).

Ωστόσο, μία συγχρονική σύγκριση των εισοδημάτων δεν προσφέρει μια πλήρη εικόνα της εισοδηματικής κατάστασης των ιατρών. Δε λαμβάνει υπόψη ότι οι ιατροί αρχίζουν τις σταδιοδρομίες τους σχετικά αργά σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα λόγω της μακριάς διάρκειας της εκπαίδευσης κι ειδίκευσής τους. Μόνο οι συγκρίσεις των εισοδημάτων που αποκτώνται στο σύνολο της επαγγελματικής ζωής των διαφορετικών κατηγοριών εργαζομένων θα παρείχαν πειστικά στοιχεία για τις διαφορές τους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.1 Δομή αμοιβών συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών ανάλογα με τις ειδικότητες (Αυστρία)



Πηγή: Ομοσπονδία Αυστριακών Ιδρυμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης, 2005(111), *HIS Health Econ Calculations, 2005* (<http://www.ihs.ac.at>), όπως παρατίθεται στον Hofmarcher, Rack, 2006.

2.2 Βέλγιο

Στο Βέλγιο το σύστημα υγείας ακολουθεί τον τύπο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, το οποίο ρυθμίζεται από συμβάσεις και συμφωνίες μεταξύ αντιπροσώπων των ασφαλιστικών ταμείων και των προμηθευτών φροντίδας υγείας, π.χ. στο θέμα του καθορισμού των αμοιβών.

Κύριος μηχανισμός πληρωμών είναι η κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση. Υπάρχουν δύο συστήματα πληρωμών: η απευθείας πληρωμή (κυρίως για την περιπατητική φροντίδα) όπου ο ασθενής πληρώνει για το συνολικό κόστος των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει και στη συνέχεια λαμβάνει μια αποζημίωση από το ταμείο ασθενείας του για μέρος των εξόδων κι ένα σύστημα πληρωμών τριών μερών (κυρίως για φάρμακα και νοσοκομεία πάλι για περιπατητικούς ασθενείς) όπου το ταμείο ασθενείας πληρώνει τον πάροχο υγείας απευθείας κι ο ασθενής είναι υπεύθυνος μόνο για την κάλυψη των καθορισμένων συμμετοχών στις πληρωμές, των συμπληρωματικών πληρωμών και των υπηρεσιών που δεν καλύπτονται από τα ταμεία. Το δεύτερο σύστημα μπορεί να εφαρμοστεί κάτω από ειδικές συνθήκες για να βελτιώσει την οικονομική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Η συμμετοχή του ασφαλισμένου είναι 25% για τις επισκέψεις σε

γενικούς ιατρούς, 35% για τις κατ' οίκον επισκέψεις αυτών και 40% για τις επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς (Gerkens & Merkur, 2010).

Η αποζημίωση των υπηρεσιών εξαρτάται από τον τύπο της υπηρεσίας που παρέχεται, το εισόδημα και την κοινωνική κατάσταση του ασθενούς(επιλεκτική επιστροφή ή όχι) όπως επίσης και το συσσωρευμένο ποσό συμμετοχών στις πληρωμές που έχει ήδη πληρωθεί μέσα στο έτος. Για τις πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, πολλά μέτρα έχουν ληφθεί για να εξασφαλίσουν την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας (π.χ. το σύστημα μέγιστης χρέωσης).

Ένα σημαντικό ποσοστό των προμηθευτών φροντίδας υγείας πληρώνονται κατά πράξη και περίπτωση. Για τους μισθωτούς εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, οι μισθοί κι η εξέλιξη της καριέρας τους συζητούνται μέσα από μια σειρά συγκεντρωτικών συμβάσεων. Ο σχεδιασμός για τους ιατρούς, τους οδοντίατρους και το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό πραγματοποιείται από την Επιτροπή για το Σχεδιασμό της Ιατρικής Φροντίδας. Το βασικό μοντέλο χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι η διττή αποζημίωση σύμφωνα με τον τύπο των υπηρεσιών που παρέχονται: κόστος διαμονής, νοσηλευτικές δαπάνες στις κλινικές ή στα χειρουργεία και στην αποστείρωση χρηματοδοτούνται μέσω ενός συστήματος σταθερού προϋπολογισμού, ενώ οι ιατρικές υπηρεσίες κι οι παραϊατρικές δραστηριότητες(π.χ. η φυσιοθεραπεία) πληρώνονται στον αντίστοιχο επαγγελματία υγείας κατά πράξη και περίπτωση.

Η φροντίδα υγείας στο Βέλγιο είναι κυρίως ιδιωτική, καθώς οι ιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι. Οι περισσότεροι ιατροί, είτε γενικοί είτε ειδικοί, πληρώνονται με ένα σύστημα κατά πράξης και περίπτωσης αποζημίωσης. Ο ασθενής πληρώνει την καθορισμένη για την επίσκεψη αμοιβή απευθείας στον ιατρό κι έπειτα επιστρέφεται άμεσα μέρος των χρημάτων στους ασθενείς από τα ταμεία ασθενείας τους. Λιγότερο από το 1% των ιατρών με κλινική πρακτική είναι μισθωτοί. Οι περισσότεροι από αυτούς ασκούν την ιατρική στα πλαίσια συστημάτων ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης τα οποία ανήκουν και διοικούνται από τους ίδιους τους ιατρούς κι όπου συνήθως, αλλά όχι πάντα, οι ιατροί πληρώνονται από το Εθνικό Ίδρυμα Ασφάλισης για την Υγεία και την Αναπηρία (NIHDI-National Institute for Health and Disability Insurance) σύμφωνα με το σύστημα της κατά κεφαλήν πληρωμής(capitation). Οι υπόλοιποι από τους μισθωτούς ιατρούς παρέχουν άλλες ιατρικές και

κοινωνικές υπηρεσίες όπως η προληπτική φροντίδα κι ίσως να εργάζονται σε νοσοκομεία (κυρίως πανεπιστημιακά).

Οι ειδικοί ιατροί που δουλεύουν στα νοσοκομεία πληρώνονται επίσης κατά πράξη και περίπτωση. Το επίπεδο αμοιβών για τους ειδικούς ιατρούς που δουλεύουν στα νοσοκομεία είναι το ίδιο με το καθορισμένο, από τις εθνικές διαπραγματεύσεις. Θεωρητικά, οι αμοιβές πληρώνονται (από ένα συνδυασμό των χρημάτων των ασφαλισμένων και των ταμείων) άμεσα στους ίδιους τους ιατρούς. Ωστόσο, στην πράξη, οι ειδικοί ιατροί υπογράφουν μια συμφωνία με το νοσοκομείο στο οποίο δουλεύουν, η οποία δίνει το δικαίωμα στο νοσοκομείο να παρακρατά ένα σημαντικό ποσοστό των αμοιβών ως αποζημίωση για την παροχή του χώρου εργασίας, του εξοπλισμού, του προσωπικού και των υπόλοιπων υπηρεσιών που παρέχονται στους ιατρούς.

Η έκταση του επιμερισμού της αμοιβής ανάμεσα στους ειδικούς ιατρούς και στα νοσοκομεία ποικίλλει κι εξαρτάται από στοιχεία όπως η σχετική έλλειψη ή αφθονία των ειδικευμένων ιατρών της ειδικότητας που εξετάζεται στο νοσοκομείο, την ποιότητα των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου, τη φήμη του νοσοκομείου και την εμπειρία και τη φήμη του ιατρού. Ένα σύστημα συγκέντρωσης και διανομής των αμοιβών δουλεύει επίσης στα περισσότερα νοσοκομεία κάτι που σημαίνει ότι όλες οι αμοιβές που λαμβάνονται από όλους τους ιατρούς που δουλεύουν στα νοσοκομεία συγκεντρώνονται και αναδιανέμονται σε μηνιαία βάση. Οι ιατρικές αμοιβές καλύπτουν όλες τις δαπάνες που συνδέονται, άμεσα ή έμμεσα, με την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών σύμφωνα με το νόμο (Άρθρο 154 της Νοσοκομειακής Πράξης, Ιούλιος 2008). Περιλαμβάνουν το κόστος των ιατρικών, νοσηλευτικών, παραϊατρικών, διοικητικών, οποιουδήποτε είδους υποστηρικτικών υπηρεσιών που σχετίζονται με τη χρήση των δωματίων, την αγορά και διατήρηση των αναλωσίμων κι άλλων ειδών εξοπλισμού (που π.χ. δεν περιλαμβάνεται στο βασικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου) που συνδέονται με την περίθαλψη και νοσηλεία του ασθενούς (Van de Sande et al. 2010, αναφέρεται σε Gerken, Merkur, 2010).

Δεδομένα, προερχόμενα από μια διανοσοκομειακή έρευνα, θα μπορούσαν να αναδείξουν τη συνεισφορά των ιατρών στα νοσοκομεία (Dexia, 2010 όπως αναφέρεται σε Gerken, Merkur, 2010). Το 2009, το μέσο ποσοστό συνεισφοράς των ιατρών στα νοσοκομεία ήταν γύρω στο 40% (το μέγεθος του

δείγματος της έρευνας ήταν 70 νοσοκομεία). Σύμφωνα με την ίδια πηγή εργαστηριακοί ιατροί κι ακτινολόγοι παραχώρησαν γύρω στο 60% των αποδοχών τους στα νοσοκομεία ενώ οι ιατροί των υπόλοιπων ειδικοτήτων παραχώρησαν κατά μέσο όρο μόνο το 20% των αποδοχών τους στα νοσοκομεία. Αυτή η διαφορά μπορεί να εξηγηθεί κυρίως από το υψηλότερο κόστος λειτουργίας και τις επενδύσεις που απαιτείται στις τεχνικές ιατρικές ειδικότητες. Στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία όπου οι ιατροί είναι μισθωτοί, λαμβάνουν ένα μηνιαίο μισθό ανεξάρτητα από τη δραστηριότητά τους.

Οι αμοιβές για τους γενικούς ιατρούς και τους ειδικούς στα νοσοκομεία και στον ιδιωτικό τομέα αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης σε εθνικό επίπεδο ανάμεσα στην Εθνική Επιτροπή των Ιατρών και τα Ταμεία Ασθενείας του NIHDI. Η κατάληξη σε συμφωνία απαιτεί την έγκριση του Υπουργού Κοινωνικών Υποθέσεων και συνήθως ισχύει για μια περίοδο δύο ετών. Η συμφωνία έπειτα φέρεται προς έγκριση από όλους τους ιατρούς. Η συμφωνία τίθεται σε ισχύ εκτός κι αν το 40% όλων των ιατρών σε μια περιοχή έχουν κοινοποιήσει την άρνησή τους να προσχωρήσουν σε αυτή ή αν ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% των γενικών ιατρών και το 50% των ειδικών ιατρών αρνούνται να την υιοθετήσουν. Αν η συμφωνία απορρίπτεται, η κυβέρνηση έχει τρεις επιλογές: να επιβάλλει τις αμοιβές για κάποιες από τις υπηρεσίες μονομερώς, να υποβάλλει ένα εναλλακτικό σχέδιο συμφωνίας ή να θέσει τα επίπεδα αποζημιώσεων, αφήνοντας τους ιατρούς ελεύθερους να ορίσουν τις αμοιβές τους. Σαν κίνητρο για την τήρηση των προτεινόμενων συμβατικών τιμολογίων, το NIHDI συνεισφέρει οικονομικά σε ένα κονδύλιο που προσφέρει επιπρόσθετες συντάξεις γήρατος ή αναπηρίας στους ιατρούς.

Στο Βέλγιο, οι σχέσεις αγοραστή-προμηθευτή βασίζονται στην “αποζημίωση της ασφάλειας”. Σε αυτήν την περίπτωση δεν υπάρχουν συμβατικές ρυθμίσεις μεταξύ των ασφαλιστών και των επαγγελματιών υγείας (Colombo, 2004). Αν και δεν υπάρχει άμεσος έλεγχος των τιμών για την αποζημίωση των ιατρών, οι αμοιβές καθορίζονται μεταξύ των αντιπροσώπων τους και των ταμείων ασθενείας. Οι ιατροί που δε συμφωνούν με αυτήν τη σύμβαση (μη συμβεβλημένοι ιατροί) μπορούν να ορίσουν τις αμοιβές τους ελεύθερα. Το 2009, περίπου το 80% των ιατρών δέχτηκε κι εφάρμοσε τις αμοιβές που προβλέπονταν στη συμφωνία. Στους συμβεβλημένους ιατρούς που δε σέβονται τα καθιερωμένα κοστολόγια, μπορούν να επιβληθούν οικονομικές

κυρώσεις (Moniteur Belge, 1994, όπως αναφέρεται σε Gerkens, Merkur , 2010). Παρόλα αυτά, οι πληροφορίες, για το αν οι κυρώσεις αυτές πραγματικά εφαρμόζονται, είναι λίγες.

Ωστόσο, η συμφωνία θα προβλέπει συγκεκριμένες συνθήκες κάτω από τις οποίες ακόμα κι οι συμβεβλημένοι ιατροί θα μπορούν να χρεώνουν υψηλότερες αποζημιώσεις (π.χ. ο χρόνος και το μέρος της επίσκεψης). Επίσης, είναι πιθανή η μερική σύμβαση (π.χ. όπου ένας ιατρός δουλεύει σε ένα νοσοκομείο σαν συμβεβλημένος και διατηρεί ιδιωτικό ιατρείο σαν μη συμβεβλημένος).

Οι γενικοί ιατροί δεν έχουν ρόλο εισόδου στο σύστημα υγείας (gatekeeping). Οι ασθενείς έχουν ελευθερία επιλογής του πρώτου ιατρού με τον οποίο θα έρθουν σε επαφή και δεν είναι απαραίτητο αυτός να είναι ο γενικός ιατρός. Επίσης, έχουν το δικαίωμα να αλλάζουν ιατρό οποτεδήποτε, να λαμβάνουν μια δεύτερη γνώμη ή ακόμα να συμβουλευούνται πολλούς ιατρούς για ένα μόνο περιστατικό. Μπορούν ακόμα να έχουν άμεση πρόσβαση στο νοσοκομείο. Η ελεύθερη επιλογή ιατρού είναι ένα σημαντικό δικαίωμα που απολαμβάνουν οι Βέλγοι πολίτες.

Παρά το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής ιατρού χωρίς την αναγκαστική μεσολάβηση του γενικού ιατρού η εθνική Έρευνα Υγείας μέσω Συνεντεύξεων (HIS) το 2004 έδειξε ότι η μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού (95%) είχε οικογενειακό ιατρό κι ότι ο μέσος αριθμός επαφών με αυτόν, κατά τη διάρκεια του έτους, ήταν 4-5. Μόνο 10% των περιπτώσεων ασθενών που επισκέφτηκαν γενικό ιατρό παραπέμφθηκαν σε ειδικό για περαιτέρω έρευνα ή για θεραπεία. Αυτό το χαμηλό ποσοστό θα μπορούσε να αντανάκλα το υψηλό ποσοστό των ασθενών που ψάχνουν άμεσα τη συμβουλή του ειδικού (Van der Heyden et al. 2003, όπως αναφέρεται σε Gerkens, Merkur , 2010). Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα του Κέντρου Γνώσης, είναι πιθανό στο μέλλον η χώρα να αντιμετωπίσει πρόβλημα έλλειψης γενικών ιατρών (Roberfroid et al. 2008). Για να ανταποκριθεί στις μελλοντικές ανάγκες, το Βασιλικό Διάταγμα της 12^{ης} Ιουνίου 2008 αύξησε την ποσόστωση για την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, ανάμεσα στους τελειόφοιτους ιατρικής, από 757 για τα έτη 2008-2011 σε 1230 για τα έτη 2015-2018. Εκτός τούτου, λήφθηκαν μέτρα για την ενίσχυση της ελκυστικότητας της ειδικότητας της γενικής ιατρικής. Δημιουργήθηκε ένα πρόγραμμα, το Impulso I, για την χορήγηση άτοκων δανείων (έως 15000

ευρώ) κι επιδόματα σε ιατρούς που ξεκινούν τη σταδιοδρομία τους στη γενική ιατρική μετά τον Ιούλιο του 2006 σε περιοχές που υπάρχει έλλειψη γενικών ιατρών, η οποία ορίζεται από την ύπαρξη λιγότερων από 90 ανά 100000 πληθυσμού ή σε περιοχές με πυκνότητα πληθυσμού λιγότερο από 125 άτομα ανά km² και με λιγότερους από 120 γενικούς ιατρούς ανά 100000 πληθυσμού. Ένα επιπλέον δάνειο, της τάξης των 30000 ευρώ, χορηγήθηκε στους αυτοαπασχολούμενους γενικούς ιατρούς κατά τη διάρκεια των πρώτων 18 μηνών μετά την έναρξη επαγγέλματος (Βασιλικό Διάταγμα της 15^{ης} Σεπτεμβρίου 2006, όπως αναφέρεται σε Gerkens, Merkur, 2010). Περίπου 5% των γενικών ιατρών ακολούθησαν αυτήν την διαδικασία. Δημιουργήθηκαν επίσης πρόσθετες αποδοχές για να ενθαρρύνουν την προσχώρηση των νέων ιατρών στη γενική ιατρική. Το διαθέσιμο κεφάλαιο κατανέμεται στους γενικούς ιατρούς για κάθε φροντίδα που παρέχουν σε μια δεδομένη περιοχή και πληθυσμό. Από τον Ιούλιο του 2008, αυτές οι αμοιβές καλύπτουν τη διαθεσιμότητα για το Σαββατοκύριακο (48 ώρες την εβδομάδα), τις επίσημες εορτές (24 ώρες ανά εορταστική περίοδο) και τις καθημερινές από τις 7 το πρωί ως τις 8 το βράδυ, τα οποία έχουν κοινοποιηθεί στην αρμόδια ιατρική επιτροπή (NIHDI, 2010h όπως αναφέρεται σε Gerkens, Merkur, 2010).

Από τον Ιανουάριο του 2009, η αμοιβή που πληρώνεται στους γενικούς ιατρούς για κάθε καθολικό ιατρικό αρχείο που τηρούν (GMD-DMG:Global Medisch Dossier, Dossier Medical Global) έχει αυξηθεί στα 27,50 ευρώ. Αυτή η ετήσια αμοιβή πληρώνεται από τους ασθενείς και αποζημιώνεται πλήρως από το NIHDI. Άλλωστε, το 2009, αναγνωρισμένοι γενικοί ιατροί, εγγεγραμμένοι για εφημερίες που οργανώνονται από κύκλους των γενικών ιατρών, που εξέτασαν τουλάχιστον 1250 ασθενείς ανά έτος, κατ' οίκον ή στο ιατρείο, έλαβαν μια πρόσθετη ετήσια αμοιβή ύψους 1043 ευρώ (NIHDI 2010a όπως αναφέρεται σε Gerkens, Merkur, 2010). Δημιουργήθηκε επίσης (με το Βασιλικό Διάταγμα της 12^{ης} Αυγούστου του 2008) το πρόγραμμα Impulso II, το οποίο παρέχει ένα ποσοστό των δαπανών μισθοδοσίας διοικητικών υπαλλήλων, βοηθητικών σε μια ομάδα γενικών ιατρών. Το μέγεθος της βοήθειας αντιστοιχεί στο μισό του μισθολογικού κόστους, με ένα μέγιστο ποσό ύψους 8250 ευρώ ανά χρόνο για μια ομάδα δύο γενικών ιατρών που χειρίζονται τουλάχιστον 500 ιατρικούς φακέλους κι απασχολούν τουλάχιστον 0,5 άτομα πλήρους απασχόλησης. Για ομάδα τριών ή περισσότερων γενικών

ιατρών που τηρούν τουλάχιστον 1000 πλήρεις ιατρικούς φακέλους κι απασχολούν τουλάχιστον ένα διοικητικό υπάλληλο πλήρους απασχόλησης, η οικονομική επιχορήγηση ανέρχεται στο ποσό των 16500 ευρώ ετησίως.

2.3 Βουλγαρία

Η γειτονική χώρα, μετά την πτώση του κομμουνιστικού καθεστώτος, υιοθέτησε σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, στο οποίο όμως πολύ σημαντικό ρόλο παίζει, ιδίως τα τελευταία χρόνια, ο ιδιωτικός τομέας.

Στο δημόσιο τομέα της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας οι ιατροί πληρώνονται κυρίως με μισθό. Οι υπηρεσίες των ειδικών κι εργαστηριακών ιατρών αποζημιώνονται σύμφωνα με ένα καθορισμένο σύστημα κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής, σύμφωνα με τη σύμβαση με το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας (EATY).

Το Εθνικό Πλαίσιο Συμβάσεων είναι αυτό που ρυθμίζει όλα τα ζητήματα σχετικά με τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, το σκοπό τους, τους μηχανισμούς πληρωμών, το κόστος των υπηρεσιών, τους δείκτες εκτίμησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τους μηχανισμούς καταγραφής και τήρησης των συμβατικών συμφωνιών. Σύμφωνα λοιπόν με αυτό το πλαίσιο οι σχέσεις αγοραστών-προμηθευτών στο χώρο της υγείας ορίζονται από τα εξής όργανα: το EATY και τους ιατρικούς συλλόγους. Οι διαπραγματεύσεις πραγματοποιούνται σε ετήσια βάση.

Η αποζημίωση των γενικών ιατρών, οι οποίοι λειτουργούν εν είδει πύλης εισόδου στο σύστημα υγείας γίνεται, από το EATY βάση σύμβασης, με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής, ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων της λίστας τους (σύμφωνα με το νόμο της Ασφάλισης Υγείας του 1998). Οι πληρωμές γίνονται σε μηνιαία βάση. Υπάρχει όμως ένα μηνιαίο όριο στον αριθμό των παραπομπών που γίνονται από τους GPs. Επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς χωρίς παραπομπή από GP συνεπάγεται 100% άμεσες πληρωμές εκ μέρους των ασθενών. Προβλέπονται επιπλέον αποζημιώσεις για την εργασία σε αραιοκατοικημένες ή απομακρυσμένες περιοχές υπό δυσμενείς συνθήκες κι επιδόματα για την παροχή των αποκαλούμενων «κοινωνικών υπηρεσιών», όπως οι υπηρεσίες πρόληψης που εξαρτώνται κι από την ηλικία των ατόμων. Καταβολή επιδομάτων προβλέπεται επίσης και για την ανοσοποίηση ατόμων που περιλαμβάνονται στο Πρόγραμμα Παιδικής Υγείας και για τον τακτικό έλεγχο ατόμων που περιλαμβάνονται στο Πρόγραμμα Μητρικής Υγείας. Για

την εξυπηρέτηση ασθενών εκτός λίστας τους, όπως στην περίπτωση ασθενών από απομακρυσμένες περιοχές που είναι ασφαλισμένοι στο υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης, οι GPs αποζημιώνονται από το EATY κατά πράξη και περίπτωση. Σε περίπτωση που δε συμβληθούν με το EATY αποζημιώνονται από τους ασθενείς με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής.

Για τη δευτεροβάθμιο νοσοκομειακό τομέα φροντίδας υγείας, οι μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών ποικίλλουν από ίδρυμα σε ίδρυμα, δημόσιο ή ιδιωτικό. Γενικά, χρησιμοποιούνται συνδυασμοί διαφορετικών ειδών πληρωμών με τις διαφορές του τύπου των διάφορων νοσοκομείων και του ιδιοκτησιακού τους καθεστώτος να καθορίζουν τον κύριο μηχανισμό.

Στα δημόσια νοσοκομεία, οι ιατροί είναι κυρίως μισθωτοί με επιπρόσθετα επιδόματα που σχετίζονται με την απόδοσή τους τα οποία, σύμφωνα με τη σύμβαση με το EATY, αποτελούν κίνητρο από το 2002. Στις περισσότερες περιπτώσεις εφαρμόζεται η κατανομή ποσοστού όχι λιγότερο από 40% του προϋπολογισμού των νοσοκομείων για την αποζημίωση του υγειονομικού προσωπικού. Πολλές φορές αυτό δεν εφαρμόζεται είτε λόγω έλλειψης ικανοτήτων εκ μέρους των διοικητών των νοσοκομείων είτε επειδή δεν ακολουθείται σε όλα τα νοσοκομεία η πληρωμή τους σύμφωνα με κλινικούς αλγόριθμους ή επειδή οι καθορισμένες για τους αλγόριθμους τιμές δεν αντιπροσωπεύουν τα πραγματικά έξοδα των νοσοκομείων και χρειάζεται να χρησιμοποιηθεί μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματος για κάλυψη των δαπανών.

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία, οι τρόποι αποζημίωσης των ιατρών αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης. Στην ειδική περίπτωση των ιδιωτικών νοσοκομείων που έχουν συμβληθεί με το EATY ισχύει η υποχρέωση καταβολής ποσοστού 40% από τα συνολικά εισοδήματα των νοσοκομείων για την κάλυψη του μισθολογικού κόστους των εργαζομένων όλων των κατηγοριών. Στις περισσότερες των περιπτώσεων τα εισοδήματα των ιατρών ενισχύονται από πρόσθετα, σχετιζόμενα με την απόδοση, επιδόματα.

2.4 Γαλλία

2.4.1 Σύντομη ανασκόπηση του Γαλλικού Συστήματος Υγείας

Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα που συνδυάζει στοιχεία δημόσιας κι ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας και τη συμμετοχή του ασφαλιστικού συστήματος. Οι αμοιβές συμφωνούνται μετά από πολυετείς

διαπραγματεύσεις ανάμεσα σε εκπροσώπους της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας και των επαγγελματιών υγείας κι η συμφωνία υπόκειται στην έγκριση του Υπουργείου Υγείας. Οι προμηθευτές υγείας πληρώνονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας ή απευθείας από τους ασθενείς (στις περισσότερες περιπτώσεις), οι οποίοι μετέπειτα αποζημιώνονται από την ασφάλιση υγείας. Αν ο ασθενής είναι εγγεγραμμένος στην εθελοντική ασφάλιση υγείας μπορεί να καλυφθεί και το ποσό της συμμετοχής του από αυτήν την ασφάλιση (το 88% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας).

Υπηρεσίες υγείας παρέχονται τόσο από ιδιωτικούς όσο κι από δημόσιους φορείς. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται, σε περιπατητικό επίπεδο, από ιατρούς που δρουν ως ελεύθεροι επαγγελματίες ενώ η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται τόσο στα εξωτερικά ιατρεία όσο και σε νοσοκομειακό επίπεδο. Περίπου το 50% των ειδικών ιατρών και το 30% των γενικών είναι μισθωτοί υπάλληλοι.

Η πληρωμή των ιατρών γίνεται άμεσα από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας σύμφωνα με τα επίσημα κοστολόγια, ανάλογα με τις υπηρεσίες που παρέχονται. Τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν το 60% των εξόδων των ασφαλισμένων για εργαστηριακές εξετάσεις, το 70% των εξόδων που αφορούν επισκέψεις σε ιατρούς κι οδοντίατρους και το 80% των νοσοκομειακών εξόδων εκτός εξαιρέσεων που καλύπτεται όλο το ποσό. Συγκεκριμένα, για θεραπείες ή διαγνωστικές εξετάσεις που κοστίζουν, σύμφωνα με το επίσημο τιμολόγιο, πάνω από €91, οι ασθενείς καλύπτονται πλήρως. Από τη συμμετοχή στις πληρωμές εξαιρούνται επίσης άτομα που πάσχουν από ένα από τα 30 σαφώς καθορισμένα χρόνια νοσήματα, ασθενείς που λαμβάνουν ειδική νοσοκομειακή θεραπεία ή θεραπεία για την υπογονιμότητα, έγκυες γυναίκες μετά τον πέμπτο μήνα της εγκυμοσύνης, παιδιά με αναπηρίες και συνταξιούχοι.

2.4.2 Η αγορά της υγείας κι οι σχέσεις αγοραστών-προμηθευτών

Οι παροχές υγείας του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στους ασφαλισμένους τους παρέχονται από προμηθευτές φροντίδων υγείας που απασχολούνται τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Οι σχέσεις των ανεξάρτητων επαγγελματιών υγείας με τα ασφαλιστικά ταμεία καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο με συμβάσεις που υπογράφονται από την Εθνική Ένωση των Ασφαλιστικών Ταμείων Υγείας (UNCAM-Union nationale des caisses d'assurance maladie) και τους αντιπροσώπους των

επαγγελματιών, για κάθε κλάδο επαγγελματιών υγείας ξεχωριστά. Αυτές οι συμβάσεις καθορίζουν τις σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με τους ασφαλισμένους και τα ασφαλιστικά ταμεία. Επομένως, η μέθοδος πληρωμής και το ποσό αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας πρέπει να έρχεται σε συμφωνία με τους όρους των συμφωνιών τους ή με τις ελάχιστες συμβατικές ρυθμίσεις που η κυβέρνηση θέτει σε απουσία συμφωνίας (όπως επιβλήθηκαν στους ειδικούς ιατρούς μεταξύ των ετών 1998 και 2005).

Οι διαπραγματεύσεις ανάμεσα στην UNCAM και τους ιατρούς τείνουν να είναι πολύ σκληρές. Εξαιτίας της ισχύος των ιατρικών ενώσεων είναι πολύ σπάνιο η UNCAM να μπορέσει να εφαρμόσει όσα μέτρα θα ήθελε. Η ίδια σύμβαση εφαρμόζεται τόσο στους γενικούς ιατρούς όσο και στους ειδικούς, με εξαίρεση την περίοδο 1998-2005 όταν κι υπήρχε σύμβαση μόνο με τους γενικούς ιατρούς καθώς οι ειδικοί ιατροί δεν είχαν συμφωνήσει. Οι συμβάσεις δεν περιλαμβάνουν μόνο τις συμφωνίες όσον αφορά τις τιμές των ιατρικών υπηρεσιών αλλά και λεπτομέρειες σχετικά με τις δεσμεύσεις και των δύο μερών. Όλοι οι ιατροί υπόκεινται στους κανόνες της συμφωνίας, εκτός αν κάποιος εκδηλώσει καθαρά την επιθυμία του να αποχωρήσει. Σε αντάλλαγμα, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας πληρώνει ένα μέρος των ασφαλιστικών εισφορών των ιατρών (και των άλλων επαγγελματιών υγείας που υπάγονται σε αντίστοιχες συμβάσεις).

Οι συμφωνίες έχουν συνήθως ισχύ διάρκειας τεσσάρων ή πέντε ετών ή ανανεώνονται αυτόματα μέχρι να υπογραφεί μια νέα συμφωνία. Υπάρχουν ωστόσο τακτικές τροποποιήσεις (τουλάχιστον ετήσιες), οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις αλλαγές που ακολουθούν την ετήσια Οικονομική Πράξη της Κοινωνικής Ασφάλειας κι άλλα πιθανά νέα μέτρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το Υπουργείο Υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις διαπραγματεύσεις.

Από το 2002 είχε δοθεί έμφαση στις συλλογικές συμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας κι αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Με κίνητρο μια αύξηση στα επίσημα κοστολόγια αποζημίωσής τους, οι ιατροί συμφώνησαν να σεβαστούν αυτές τις συμβάσεις. Τα θέματα των συμβάσεων μπορούν να ποικίλλουν από τη συνταγογράφηση λιγότερων φαρμάκων της κατηγορίας των αναστολέων της αντλίας πρωτονίων και τη γνωμοδότηση για ανάγκη κάλυψης των εξόδων μεταφοράς των ασθενών σε λιγότερες περιπτώσεις ως την αυξημένη συνταγογράφηση γενοσήμων φαρμάκων.

Μολοταύτα, οι συλλογικές συμβάσεις αποδείχθηκαν αναποτελεσματικές στον έλεγχο της ιατρικής πρακτικής. Σαν αποτέλεσμα αυτού, η Οικονομική Πράξη Κοινωνικής Ασφάλειας του 2009 εισήγαγε μια νέα κατηγορία «ατομικών συμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας της επαγγελματικής πρακτικής» (CAPI- Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) για τους γενικούς ιατρούς (Chevreul et al, 2010). Οι γενικοί ιατροί συμφώνησαν στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων όπως η διαχείριση χρόνιων ασθενειών, η προληπτική ιατρική φροντίδα και στα επίπεδα συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων κι ειδικών κατηγοριών φαρμάκων με αντάλλαγμα τη λήψη πρόσθετων πληρωμών για την απόδοσή τους. Στο μέλλον προβλέπεται ο περιορισμός της επαγγελματικής εγκατάστασης των ιατρών σε περιοχές όπου υπάρχει υψηλή πυκνότητα αυτών με αντάλλαγμα οικονομικά κίνητρα για την εγκατάστασή τους σε υπο-εξυπηρετούμενες περιοχές, κατά το πρότυπο αντίστοιχων περιορισμών που επιβλήθηκαν στους νοσηλευτές.

2.4.3Μηχανισμοί πληρωμών

Οι μέθοδοι πληρωμής των ιατρών ποικίλλουν κι εξαρτώνται από το αν οι ιατροί ασκούν το έργο τους στον ιδιωτικό τομέα ως ανεξάρτητοι επαγγελματίες, αν εργάζονται σε νοσοκομειακά ιδρύματα ή έχουν μεικτή δραστηριότητα στον δημόσιο κι ιδιωτικό τομέα.

2.4.3.1 Ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα

Οι πληρωμές των ιδιωτών ιατρών, είτε γενικών είτε ειδικών, στο Γαλλικό σύστημα υγείας γίνονται παραδοσιακά με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής και στην προοπτική κατάρτιση του προϋπολογισμού για τις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, υιοθετήθηκε μερικώς κι εδώ η τάση που ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του 2000 για την εφαρμογή μεθόδων πληρωμών που βασίζονται στη δραστηριότητα με την εισαγωγή επιδομάτων απόδοσης στους ιατρούς, χωρίς όμως να θίγεται η βασική αρχή της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής.

Η αμφισβήτηση των κινήτρων που σχετίζονται με αυτήν τη μέθοδο πληρωμών αποτελεί ένα επαναλαμβανόμενο θέμα στη Γαλλία. Πρόσφατα, προτάθηκαν νέες μέθοδοι πληρωμών για συγκεκριμένα ιατρικά καθήκοντα. Παραδείγματος χάριν, χρησιμοποιείται η μέθοδος της κατά κεφαλήν πληρωμής στους ιατρούς που διαχειρίζονται περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (€40 ανά ασθενή ανά χρόνο) και στους ιατρούς που

εμπλέκονται σε δίκτυο προμηθευτών συντονίζοντας την παρέμβαση πολλών επαγγελματιών υγείας σε έναν ασθενή. Παρ' όλα αυτά η μέθοδος της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής δεν έχει αμφισβητηθεί ποτέ από καμία κυβέρνηση.

Από τη στιγμή που οι ιδιώτες ιατροί αμείβονται για τις υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν, το εισόδημά τους είναι ίσο με το σύνολο των αμοιβών τους για τις υπηρεσίες που παρείχαν σε ένα δεδομένο έτος. Άρα, το καθαρό κέρδος τους προκύπτει από τον αριθμό, τον τύπο και την καθορισμένη τιμή των υπηρεσιών που παρέχουν μείον τα λειτουργικά έξοδα της άσκησης του επαγγέλματός τους.

Οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι ελεύθεροι να ρυθμίζουν τις τιμές που χρεώνουν για τις υπηρεσίες τους κι είναι υποχρεωμένοι να εφαρμόζουν τα εθνικά κοστολόγια που καθορίζονται από τις εθνικές συμφωνίες. Ωστόσο, υπάρχουν αξιοσημείωτες εξαιρέσεις που αφορούν ιατρούς που έχουν μόνιμο δικαίωμα να υπερβαίνουν τις επίσημες χρεώσεις (over-billing) κι είναι κυρίως αυτοί που έχουν επιλέξει να δουλεύουν στον «Τομέα 2», σε αντίθεση με τους ιατρούς που περιλαμβάνονται στον «Τομέα 1» και δεν υπερχρεώνουν. Οι ιατροί που επιλέγουν να ανήκουν στον Τομέα 2 απαρνούνται κάποια από τα κοινωνικά κι οικονομικά πλεονεκτήματα που απολαμβάνουν οι συμβεβλημένοι ιατροί. Οι ασθενείς που επισκέπτονται ένα μη συμβεβλημένο ιατρό του Τομέα 2 καλύπτονται για τις δαπάνες τους μόνο στη βάση των υποχρεωτικών τιμολογίων ανεξάρτητα από το επίπεδο της υπερχρέωσης. Το 25% του συνόλου των ιατρών το 2008 ανήκε στον Τομέα 2 αλλά πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι αυτό το ποσοστό ποικίλλει ανάλογα με την ειδικότητα, π.χ. στον Τομέα 2 ανήκουν το 75% των χειρουργών αλλά μόνο το 8% των γενικών ιατρών. Επειδή η υπερχρέωση εγείρει ζητήματα ισότητας στην πρόσβαση, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δίνει το δικαίωμα αίτησης για απασχόληση στον Τομέα 2 μόνο σε ιατρούς που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία με πλήρες ωράριο.

Οι επίσημες τιμές των ιατρικών υπηρεσιών περιλαμβάνονται σε δύο λίστες (Chevreul et al, 2010):

- τη γενική ονοματολογία των ιατρικών διαδικασιών (NGAP-Nomenclature Générale des Actes Professionnels) για τις κλινικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται από τους ιατρούς

- την κοινή ταξινόμηση των ιατρικών διαδικασιών (CCAM- Classification Commune des Actes Médicaux) για τις τεχνικές διαδικασίες που εκτελούνται από τους ιατρούς

Η λίστα NGAP προϋπήρχε της CCAM. Αντικαταστάθηκε μερικώς από τη δεύτερη από το 2005 και μακροπρόθεσμα θα έπρεπε να αντικατασταθεί πλήρως από αυτή, ωστόσο αυτό είναι ακόμα υπό διαπραγμάτευση μεταξύ των προμηθευτών υγείας και της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας.

Στη λίστα NGAP, σε κάθε επαγγελματική κατηγορία μια τιμή, η οποία αποτελείται από ένα κωδικό με γράμματα κι ένα συντελεστή, αποδίδεται στις διάφορες πράξεις που αποζημιώνονται από την ασφάλιση υγείας (Πίνακας 2.1). Οι κωδικοί ανταποκρίνονται σε ομάδες πράξεων παρόμοιας φύσης. Καταρχήν, οι συντελεστές που αντιστοιχούν στους κωδικούς λαμβάνουν υπόψη τη σχετική σημασία της κάθε πράξης εντός της ομάδας στην οποία έχει τοποθετηθεί. Η επίσημη χρέωση μιας πράξης υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας την τιμή που συνδέεται με κάθε κωδικό με τον αντίστοιχο συντελεστή. Οι χρεώσεις για τους διαφορετικούς κωδικούς περιλαμβάνονται σε ένα παράρτημα στις συμβάσεις που γίνονται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 Παραδείγματα επίσημων τιμών στο γενικό κατάλογο ιατρικών διαδικασιών τον Οκτώβριο του 2008 (Γαλλία).

Αντικείμενο	Γράμμα κλειδί	Χρέωση ανά γράμμα	
		κλειδί	Συντελεστής Χρέωση
Επίσκεψη σε GP	C	€2+0	1 € 22
Επίσκεψη σε ειδικό ιατρό	C+CPM	€3+2	1 € 25

Πηγή: Minister de la sante, 2008, όπως παρατίθεται σε Chevreul et al, 2010.

Οι συμβάσεις προβλέπουν τη δυνατότητα αναθεώρησης των τιμών, προς τα πάνω ή προς τα κάτω σε σχέση με το Εθνικό Ανώτατο Όριο για τις Δαπάνες Υγείας (ONDAM-Objectif National des Dépenses Assurance Maladie) και τους στόχους που αναφέρονται στις συμφωνίες. Πράγματι, από το 2002 οι συμφωνίες, που έχουν υπογραφεί από εκπροσώπους της ασφάλισης υγείας και των ιατρών, συνδέουν την αύξηση στις ιατρικές αμοιβές με δέσμευση εκ μέρους των ιατρών για καλή πρακτική κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους προσηλωμένοι στον στόχο συγκράτησης του κόστους. Για παράδειγμα, η

συμφωνία προβλέπει αυξήσεις στην αποζημίωση για τις επισκέψεις σε αντάλλαγμα για τη δέσμευση εκ μέρους των γενικών ιατρών για συνταγογράφηση λιγότερων αντιβιοτικών, αναστολέων της αντλίας πρωτονίων και στατινών καθώς και για την προσπάθεια αύξησης της ανοσοποίησης έναντι της γρίπης ανάμεσα στους ηλικιωμένους.

Η λίστα CCAM ιδρύθηκε για να εκσυγχρονίσει την προγενέστερη λίστα NGAP βελτιώνοντας τις περιγραφές των σχετικών ιατρικών διαδικασιών και πράξεων. Πρόκειται για μια πολύ πιο λεπτομερή ταξινόμηση.

Ειδικές ιατρικές επιτροπές έχουν εκτιμήσει κάθε μία από τις διαδικασίες λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία όπως το χρόνο που απαιτείται για την εκτέλεσή της, οι ικανότητες που χρειάζονται, το επίπεδο του άγχους που συνδέεται με τη διαδικασία, την απαιτούμενη επένδυση κεφαλαίου κ.α. Η ταξινόμηση γίνεται σύμφωνα με μια ιατρική λογική που βασίζεται σε ανατομικές περιοχές κι όχι στις ιατρικές ειδικότητες. Υπάρχουν 19 κεφάλαια που αρχίζουν με πρώτο το νευρικό σύστημα, δεύτερο τους οφθαλμούς και τις σχετικές δομές κι ούτω καθεξής μέχρι το κεφάλαιο 17, τα οποία ομαδοποιούν τις διάφορες περιπτώσεις με μια ακριβή ανατομική ταξινόμηση. Το κάθε κεφάλαιο χωρίζεται σε δύο τομείς με τον πρώτο να περιέχει τις διαγνωστικές διαδικασίες και τον δεύτερο τις θεραπευτικές. Αξίζει να σημειωθεί ότι δύο επιπλέον κεφάλαια (18 και 19) ομαδοποιούν τις συμπληρωματικές διαδικασίες.

Η λίστα CCAM βασίζεται στον κανόνα της περιεκτικότητας. Κάθε κωδικός κι επικεφαλίδα περιέχουν όλα τα στοιχεία μιας ιατρικής διαδικασίας. Κάθε κύριος κωδικός αποτελείται από επτά χαρακτήρες (π.χ. HAMA007 για την ανακατασκευή του πτερυγίου του χείλους) και, για να χαρακτηριστεί καλύτερα η διαδικασία, ένας προαιρετικός κωδικός για μια συμπληρωματική διαδικασία που περιγράφεται στο κεφάλαιο 18 μπορεί να προστεθεί σε αυτόν. Επιπρόσθετα, οι ιατροί οφείλουν να προσθέτουν κάποιους υποχρεωτικούς κωδικούς στον κύριο και συγκεκριμένα:

- κωδικός δραστηριότητας: υπάρχουν διαφορετικοί κωδικοί για τις περιπτώσεις όπου πολλοί ιατροί ή επαγγελματίες υγείας συμμετέχουν σε μια παρέμβαση, ούτως ώστε ένας κωδικός χρησιμοποιείται για το κύριο σκέλος μιας πράξης (στο προηγούμενο παράδειγμα ο κωδικός HAMA007 1 για τον χειρουργό που ενεργοποιείται πρώτος) και διαφορετικοί κωδικοί για οποιαδήποτε προστιθέμενη διαδικασία ή πράξη

που πραγματοποιείται από διαφορετικούς ιατρούς ή επαγγελματίες υγείας (π.χ. στο παράδειγμά μας ο κωδικός HAMA007 4 χρησιμοποιείται για να δηλώσει τη συμμετοχή του αναισθησιολόγου που είναι ο τέταρτος ιατρός που παρεμβαίνει στο συγκεκριμένο χειρουργείο),

- ένας κωδικός που αντιστοιχεί στο στάδιο της διαδικασίας: υπάρχει ένας κωδικός για κάθε στάδιο όταν μια διαδικασία απαιτεί περισσότερα από ένα στάδια (για παράδειγμα ο κωδικός HAMA007 1 1 δείχνει ότι ο χειρουργός ήταν ο πρώτος ιατρός που παρενέβη στο πρώτο στάδιο της διαδικασίας) (Chevreul et al, 2010).

Οι ιατροί μπορούν επίσης να προσθέσουν προαιρετικούς κωδικούς που ονομάζονται «τροποποιητές» (περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο 19 της λίστας CCAM), οι οποίοι δίνουν πρόσθετες πληροφορίες όπως για μια «διαδικασία που πραγματοποιείται με χαρακτήρα επείγοντος μεταξύ των ωρών 8 μμ ως 8 πμ», για την οποία διεκδικούν επιπλέον αμοιβή. Ένας ιατρός δεν επιτρέπεται να προσθέσει πάνω από τέσσερις τροποποιητές για την ίδια διαδικασία ή πράξη.

Μέχρι την εγκαθίδρυση της λίστας CCAM, οι αιτήσεις για αποζημιώσεις που υποβάλλονταν από τους ασθενείς ή τους προμηθευτές ανέφεραν μόνο την αξία της διαδικασίας που εκτελούταν κι όχι τη φύση της, η οποία δε θα μπορούσε να είναι γνωστή από τη στιγμή που δύο ή περισσότερες διαφορετικές διαδικασίες μπορεί να έχουν την ίδια αξία. Σήμερα, η φύση της διαδικασίας αναφέρεται στις αιτήσεις για αποζημίωση, κάτι που ασφαλώς αποτελεί βελτίωση της ποιότητας κι ακρίβειας των πληροφοριών που συλλέγονται από το ασφαλιστικό σύστημα υγείας.

2.4.3.2 Η επιπρόσθετη πληρωμή για την καλή απόδοση

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο σημείο, από το 2009 η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας προσφέρει ατομικά συμβόλαια στους γενικούς ιατρούς για βελτίωση της πρακτικής (CAPI), παράλληλα με την εθνική συμφωνία. Οι CAPI υπογράφονται σε εθελοντική βάση για μια περίοδο τριών ετών και μπορούν να πάνε να ισχύουν οποτεδήποτε μετά από απαίτηση του ιατρού. Ενθαρρύνουν τους γενικούς ιατρούς να αναπτύσσουν στρατηγικές πρόληψης, να βελτιώνουν τη θεραπεία, να παρακολουθούν την πορεία ασθενών που πάσχουν από μια ποικιλία χρόνιων νοσημάτων (κυρίως υπέρταση και διαβήτης) και να αυξήσουν το ποσοστό συνταγογράφησης γενοσήμων

φαρμάκων. Αυτοί οι στόχοι τίθενται για την αντιμετώπιση των παραγόντων που ευθύνονται για τη χαμηλή απόδοση του συστήματος υγείας σε αυτά τα πεδία. Βασίζονται στις προτεραιότητες που τίθενται από το κοινοβούλιο για τη δημόσια υγεία, καθώς και στις συστάσεις που εκδίδονται από την Υπηρεσία Ασφάλειας των Προϊόντων Υγείας (AFSSAPS- Agence Française de sécurité Sanitaire des Produits de Santé) και την Αρχή Εθνικής Υγείας (HAS- Haute Autoriti de Santé) (Chevreul et al, 2010).

Η συμφωνία των γενικών ιατρών σε μια τέτοιου τύπου σύμβαση εξαρτάται από μια συνολική αύξηση της αποζημίωσής τους. Για την απόδοση πρόσθετων πληρωμών λαμβάνεται υπόψη ο αριθμός των ασθενών που παρακολουθείται από τον ιατρό κι ένας αριθμός ποιοτικών δεικτών που σχετίζονται με τρία πεδία (την πρόληψη, τη μείωση της συνταγογράφησης αναποτελεσματικών ή φαρμάκων με παρενέργειες όπως οι βενζοδιαζεπίνες, την παρακολούθηση κι αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και την αύξηση της συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων). Σήμερα, υπάρχουν 16 ανάλογοι δείκτες που αντιστοιχούν σε τελικούς ή κι άμεσους στόχους, οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη στον υπολογισμό της αποζημίωσης που ενδέχεται να δικαιούνται οι γενικοί ιατροί. Το συνολικό κέρδος μπορεί να ξεπεράσει τα €7000 το χρόνο για ένα ιατρό που επιτυγχάνει πάνω από το 85% των στόχων και παρακολουθεί περισσότερους από 1200 ασθενείς. Δεν υπάρχουν κυρώσεις για τους γενικούς ιατρούς που δεν κατορθώνουν να ανταποκριθούν στους καθορισμένους στόχους.

Η απόδοση σε σχέση με το στόχο καταγράφεται τακτικά κι οι ιατροί μπορούν να ελέγχουν το επίπεδο επίτευξης των στόχων τους από το δικτυακό τόπο της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης. Ως βοηθήματα, για την επίτευξη των στόχων των ιατρών, μοιράζονται φυλλάδια στους ασθενείς που περιλαμβάνουν πληροφορίες για την αξία της πρόληψης και τα γενόσημα φάρμακα με σκοπό την αύξηση της αποδοχής εκ μέρους των ασθενών.

Οι συμβάσεις τύπου CAPI αποδείχθηκαν επιτυχημένες λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των ιατρών που εγγράφηκαν σε αυτές. Παρά το γεγονός ότι οι ιατρικές ενώσεις ενθάρρυναν τους ιατρούς να μην υπογράψουν αυτές τις συμβάσεις, 12600 ιατροί είχαν εγγραφεί μέχρι το Δεκέμβριο του 2009. Τον Ιούνιο του 2010, μετά από εννέα μήνες εφαρμογής, το 55% των ιατρών κρίθηκε κατάλληλο για να λάβει την πρόσθετη αμοιβή που προβλεπόταν στη

σύμβαση ως μόνους επίτευξης στόχων, η οποία αντιστοιχεί μέσο όρο σε ένα πρόσθετο 5% των αποδοχών τους (€3000). Μεσοπρόθεσμα, οι ιθύνοντες της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας σχεδιάζουν να επεκτείνουν αυτόν τον τύπο των συμβάσεων και σε άλλες ειδικότητες.

2.4.3.3 Συνολικά εισοδήματα

Το 2007, το ακαθάριστο εισόδημα των γενικών ιατρών ήταν 4,2 φορές υψηλότερο από το ΑΕΠ ανά κάτοικο και το καθαρό εισόδημά τους μετά τις ασφαλιστικές εισφορές και πριν τη φορολόγηση ήταν 40% πάνω από τα μέσα επίπεδα των μισθών του διοικητικού προσωπικού. Για τους ειδικούς ιατρούς, το εισόδημα εξαρτάται από την ειδικότητά τους, π.χ. τα καθαρά έσοδα των χειρουργών είναι 2,6 φορές μεγαλύτερα από το ετήσιο εισόδημα διοικητικών στελεχών και 7,3 φορές από το αντίστοιχο των εργατών, ενώ το καθαρό εισόδημα των παιδίατρων κινείται στα ίδια επίπεδα με αυτό των γενικών ιατρών (Πίνακας 2.2).

2.4.3.4 Ιατροί που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία

Πρόκειται για ιατρούς που είναι υπάλληλοι του κράτους, οι οποίοι επωφελούνται από συνθήκες εργασίας παρόμοιες με αυτές των άλλων δημοσίων υπαλλήλων. Το μέγεθος και το ποσό των εισοδημάτων τους εξαρτάται από την κατηγορία στην οποία ανήκουν ως εξής:

- οι πανεπιστημιακοί νοσοκομειακοί ιατροί έχουν μεικτό εισόδημα που σχετίζεται τόσο με τα διδακτικά τους καθήκοντα όσο και με τα νοσοκομειακά τους, ενώ παράλληλα καθορίζεται και κλιμακωτά με βάση την αρχαιότητα και την ιεραρχία,
- νοσοκομειακοί ιατροί, μερικής ή πλήρους απασχόλησης, οι οποίοι πληρώνονται, ανάλογα με το αν εργάζονται με καθεστώς σύμβασης ή επίθητεια, με μηνιαίο μισθό· ταυτόχρονα εισπράττουν διάφορα επιδόματα ως αποζημίωση για τις εφημερίες ετοιμότητας τις οποίες εκτελούν,
- εξωτερικοί ιατροί (attachés) που απασχολούνται κατά διακοπτόμενα διαστήματα στα νοσοκομεία πληρώνονται ανά μήνα ανάλογα με τον αριθμό των περιστατικών που αναλαμβάνουν και τις εφημερίες ετοιμότητας τις οποίες εκτελούν

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι πανεπιστημιακοί ιατροί έχουν το δικαίωμα να ασκούν την ιατρική ιδιωτικά εντός του νοσοκομείου. Οι αμοιβές τους για την ιδιωτική απασχόληση κρατούνται από τη διοίκηση του νοσοκομείου κι

αποδίδονται στους πανεπιστημιακούς αφού αφαιρεθεί ένα ποσό για την χρησιμοποίηση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού του νοσοκομείου. Το μέγεθος του ποσού που παρακρατείται εξαρτάται από το μέγεθος της χρήσης του υλικοτεχνικού εξοπλισμού του νοσοκομείου και τη φύση της κλινικής δραστηριότητας την οποία ασκεί ιδιωτικά.

Το ετήσιο εισόδημα ενός πλήρους απασχόλησης νοσοκομειακού ιατρού αρχίζει από τα €48000 και μπορεί να φτάσει ως τα €87000 στο τέλος της καριέρας τους. Στο ποσό αυτό υπολογίζονται τα χρήματα που παρακρατούνται από το μισθό για τις ασφαλιστικές εισφορές αλλά όχι οι αποζημιώσεις για την εκτέλεση εφημεριών καθώς επίσης κι ο φόρος επί του εισοδήματος.

Αξίζει να γίνει ειδική μνεία στην προσπάθεια υιοθέτησης συστήματος «gatekeeping» (παραπομπών) που έγιναν στη Γαλλία από το 1998, οι οποίες στέφθηκαν από αποτυχία καθώς το υιοθέτησαν μόλις το 10% των γενικών ιατρών και το 1% των ασθενών. Αυτός είναι ο λόγος που το σύστημα αυτό αντικαταστάθηκε το 2004 από ένα σύστημα όπου οι ασθενείς καλούνται να επιλέξουν τον «προτιμώμενο ιατρό», ως αυτόν που θα αποτελούσε την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας. Εξαίρεση αποτελέσαν ορισμένες ειδικότητες στις οποίες οι Γάλλοι παραδοσιακά απευθύνονται άμεσα, χωρίς προηγούμενη παραπομπή από γενικό ιατρό. Συγκεκριμένα, οι ασφαλισμένοι έχουν το δικαίωμα να επισκεφθούν άμεσα τους οφθαλμιάτρους, γυναικολόγους και ψυχιάτρους. Επίσης, παιδιά ηλικίας κάτω των 16 ετών εξετάζονται άμεσα από παιδίατρο.

Η νέα μέθοδος δε συνεπάγεται οικονομικά κίνητρα για τους ιατρούς, αλλά συνδέεται περισσότερο με οικονομικά αντικίνητρα για τους ασθενείς. Στις περιπτώσεις που οι ασφαλισμένοι δεν έχουν επιλέξει τον γενικό τους ιατρό, ή καταφεύγουν σε γενικό ιατρό διαφορετικό του δηλωμένου ως προτιμώμενου ή επισκέπτονται άμεσα έναν ειδικό ιατρό χωρίς προηγούμενη παραπομπή, η ασφάλειά τους καλύπτει μόνο το 30% των εξόδων αντί για το καθιερωμένο 70%. Επιπρόσθετα, οι ιατροί στις περιπτώσεις αυτές μπορούν να χρεώσουν ένα συμπληρωματικό ποσό εκτός από την καθορισμένη τιμή, που κυμαίνεται από το 17,8 ως το 19,1% αυτής.

Περισσότεροι από το 99% των Γάλλων είχε επιλέξει προτιμώμενο ιατρό μέχρι το Μάιο του 2006. Αν και πιστεύεται ότι με το νέο σύστημα μπορεί να αυξηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχουν διατυπωθεί

επιφυλάξεις σχετικά με το οικονομικό σκέλος αυτής της μεταρρύθμισης, καθώς οι πληρωμές προς τους ιατρούς αυξάνονται (Naiditch, Dourgnon, 2009).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2 Ετήσιο εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων ιατρών

Δείκτες	GP	Χειρουργοί	Ωτορινολαρυγγολόγοι	Παιδίατροι
Μέσο ετήσιο εισόδημα ανά επάγγελμα (σε χιλιάδες ευρώ)	125	235	173	129
Δείκτης (ΑΕΠ ανά κάτοικο, θεωρείται ότι είναι 1)	4,2	7,8	5,8	4,3
Καθαρό εισόδημα πριν τη φορολόγηση ανά επάγγελμα (σε χιλιάδες ευρώ)	67	127	82	69
Δείκτης (ακαθάριστο εισόδημα ανά κάτοικο, θεωρείται ότι είναι 1)	2	4,2	2,7	2,3
Δείκτης (μέσος μισθός διοικητικού προσωπικού, θεωρείται ότι είναι 1)	1,4	2,6	1,7	1,4
Δείκτης (μέσος μισθός εργατών, θεωρείται ότι είναι 1)	3,8	7,3	4,7	3,9

Πηγή: *Eco-Santé 2010, πρόσβαση από Chevreu, 2010.*

2.5 Γερμανία

Η Γερμανία είναι η κατεξοχήν χώρα που εφαρμόζει το σύστημα της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας (τύπου Bismarck).

Οι ιατροί που εργάζονται σε νοσοκομεία, γηροκομεία ή ιδρύματα αποκατάστασης πληρώνονται με μισθό. Τα δημόσια και τα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομειακά ιδρύματα συνήθως πληρώνουν με δημόσια μισθολόγια, ενώ τα αντίστοιχα κερδοσκοπικά ιδρύματα ίσως να πληρώνουν χαμηλότερους ή υψηλότερους μισθούς ή επιπρόσθετες πληρωμές. Από το φθινόπωρο του 2004 χορηγείται στους τελειόφοιτους ιατρούς η πλήρης άδεια άσκησης

επαγγέλματος, η οποία συμβαδίζει με μια ουσιώδη αύξηση περίπου 29000 ευρώ στο ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα για αυτούς που εργάζονται σύμφωνα με τους μισθολογικούς κανόνες του δημοσίου (Busse & Riesberg, 2004).

Οι υπηρεσίες περιπατητικής ιατρικής φροντίδας στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή στα ιδιωτικά ιατρεία υπόκεινται σε αυστηρά προκαθορισμένο πλαίσιο αμοιβών. Υπάρχουν δύο προγράμματα αμοιβών, ένα για την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας κι ένα για την ιδιωτική περίθαλψη.

2.5.1 Η πληρωμή των ιατρών στις νομοθετημένες ρυθμίσεις της ασφάλισης υγείας

Η πληρωμή των ιατρών από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας δεν είναι άμεση αλλά υπόκειται σε μια διαδικασία που περιλαμβάνει δύο κύρια βήματα. Πρώτον, τα ταμεία ασθενοείας κάνουν συνολικές πληρωμές στις ιατρικές ενώσεις για την αποζημίωση όλων, των σχετιζόμενων με την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, ιατρών αντί να πληρώσει τους ιατρούς άμεσα. Η συνολική πληρωμή συνήθως αποτελεί αντικείμενο διαπραγματεύσεως με χρησιμοποιούμενη μέθοδο την κατά κεφαλήν πληρωμή ανά μέλος ή ασφαλισμένο πολίτη, καλύπτοντας όλες τις υπηρεσίες όλων των ειδικοτήτων των συμβεβλημένων με την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας ιατρών. Από το 2003, τα ταμεία ασθενοείας πληρώνουν κατά κεφαλήν αμοιβές στις τοπικές ενώσεις των ιατρών που εξαρτώνται από τον αριθμό των ασφαλισμένων στην περιοχή. Μέχρι το τέλος του 2002, τα ταμεία ασθενοείας πλήρωναν κατά κεφαλήν αμοιβές για όλους τους ασφαλισμένους μόνο σε ένα τοπικό ιατρικό σύλλογο, δηλαδή στην έδρα του ταμείου. Οι σύλλογοι έπειτα ρύθμιζαν οι ίδιοι τη διανομή των αποζημιώσεων, ανάμεσα στα μέλη τους. Οι πληρωμές ποικίλλουν ανάμεσα στα ταμεία εντός κάθε κρατιδίου και φυσικά ανάμεσα σε διαφορετικά κρατίδια. Ενώ τα περισσότερα επικουρικά ταμεία πληρώνουν υψηλότερο κατά κεφαλήν ποσό από το μέσο όρο, τα γενικά περιφερειακά και τα συντεχνιακά ασφαλιστικά ταμεία συνήθως πληρώνουν χαμηλότερο ποσό από το μέσο όρο. Οι αντίστοιχες αποζημιώσεις για τα ασφαλιστικά ταμεία των εταιρειών ποικίλλουν αλλά, αν θεωρηθούν ενιαία, κυμαίνονται γύρω στο μέσο όρο. Το δεύτερο βήμα στις πληρωμές των ιατρών είναι η υποχρέωση των ιατρικών ενώσεων να διανείμουν τις συνολικές πληρωμές ανάμεσα στα μέλη τους σύμφωνα με μια “Ενιαία Κλίμακα Αξίας” και πρόσθετες ρυθμίσεις. Πριν από την πληρωμή, οι ιατρικές ενώσεις πρέπει να ελέγξουν, καταγράψουν και

να ανακεφαλαιώσουν τα δεδομένα που αποτελούν τη βάση αυτών των υπολογισμών.

Όλες οι εγκεκριμένες ιατρικές διαδικασίες αναφέρονται στην Ενιαία Κλίμακα Τιμών (EKT) (Busse & Riesberg, 2004). Μια μεικτή επιτροπή σε ομοσπονδιακό επίπεδο, η Επιτροπή Αξιολόγησης, είναι υπεύθυνη για την Ενιαία Κλίμακα Τιμών. Η κλίμακα αναφέρει όλες τις υπηρεσίες που μπορούν να παρασχεθούν από τους ιατρούς στα μέλη της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Πέρα από τις 147 βασικές υπηρεσίες (συμβουλές, επισκέψεις, έλεγχος κ.ά.), οι ιατρικές πράξεις καταγράφονται ανά ειδικότητα. Το κεφάλαιο για τη γενική χειρουργική και την ορθοπεδική απαριθμεί 355 πράξεις, για την ωτορινολαρυγγολογία 97, για την παθολογία 87 κ.ο.κ. Σε κάθε ιατρική πράξη διατίθεται ένας αριθμός πόντων κι αναφέρονται οι προϋποθέσεις για τη διεκδίκηση αποζημίωσης, όπως είναι οι συγκεκριμένες ενδείξεις για τη χρησιμοποίηση ή τον αποκλεισμό άλλων ιατρικών πράξεων κατά τη διάρκεια της ίδιας επίσκεψης. Στο τέλος κάθε τριμήνου κάθε ιδιώτης ιατρός ενημερώνει την ιατρική ένωση για την αποζημίωση που διεκδικεί ως αμοιβή για το συνολικό αριθμό πόντων που αντιστοιχεί στις ιατρικές πράξεις που εκτέλεσε. Ενώ οι ιατροί πληρώνονται σε μηνιαία βάση σύμφωνα με προηγούμενα στοιχεία, η πραγματική τους αποζημίωση θα εξαρτηθεί από τους εξής παράγοντες:

- Ο συνολικός προϋπολογισμός που γίνεται αντικείμενο διαπραγμάτευσης με τα ασφαλιστικά ταμεία χωρίζεται από το συνολικό αριθμό των πόντων, που προκύπτουν απ' όλες τις ιατρικές πράξεις που έχουν αναφέρει οι ιατροί, των συνεπαγόντων αποζημίωση εντός του τοπικού ιατρικού συλλόγου, ούτως ώστε η χρηματική αξία του κάθε πόντου δε μπορεί να προβλεφθεί καθώς εξαρτάται από το συνολικό αριθμό των πόντων. Η χρηματική αξία χρησιμοποιείται έπειτα για τον υπολογισμό της τριμηνιαίας αποζημίωσης των ιατρών.

- Η πραγματική αποζημίωση ίσως να τροποποιείται μέσω της Κλίμακας Διανομής της Αποζημίωσης, η οποία είναι διαφορετική για κάθε ιατρική ένωση. Με αυτό το μέτρο, οι ελάχιστες κι οι μέγιστες αξίες των πόντων για τις διάφορες ειδικότητες ή ιατρικές πράξεις ρυθμίζονται ώστε να προσαρμοστούν στις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες.

- Η ανά πράξη πληρωμή μπορεί να διαφέρει από περιοχή σε περιοχή, από τρίμηνο σε τρίμηνο και συχνά μεταξύ των ειδικοτήτων σε ένα μόνο κρατίδιο. Η Ενιαία Κλίμακα Τιμών είναι η ραχοκοκαλιά του συστήματος της κατά πράξης και περίπτωση αμοιβής για τις περιπατητικές ιατρικές υπηρεσίες. Σε μερικές ιατρικές παρεμβάσεις δίνεται ένας ειδικός αριθμός σε αυτό το ειδικό τιμολόγιο, για παράδειγμα οι χειροπρακτικές διαδικασίες. Πολλές άλλες παρεμβάσεις, όμως, ίσως να παραχθούν κι έπειτα χρεωθούν στο πλαίσιο μιας ευρύτερης κατηγορίας αυτού του σχήματος πληρωμών, για παράδειγμα , συμβουλές περί ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης. Δε μπορεί ο κάθε ιατρός να αιτείται αποζημίωση για όλους τους τύπους των διαδικασιών που καταγράφονται στην Ενιαία Κλίμακα Τιμών καθώς υπάρχουν ειδικές προϋποθέσεις για την αποζημίωση πολλών ιατρικών διαδικασιών (Πίνακας 2.3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3 Αποζημιώσεις συμβεβλημένων ιατρών, οι 20 κορυφαίες σύμφωνα με τον τζίρο, με αριθμό πόντων ανά υπηρεσία, 2002 (Γερμανία).

Κατάταξη	Υπηρεσία	Αριθμός πόντων	% πληρωμής για όλους τους συμβεβλημένους ιατρούς
1	Βασική αποζημίωση/ανά ασθενή/3μηνο	οικογενειακοί ιατροί :265 (475 για συνταξιούχους), ειδικοί ιατροί:40-420	20,8
2	Επεξήγηση, σχεδιασμός και συντονισμός	180	5
3	Αποζημίωση επίσκεψης	50	4,8
4	Βασική πληρωμή οικογενειακού ιατρού/3μηνο	90	2,9
5	Εντατική συμβουλευτική για την επίδραση της ασθένειας κι απασχόληση με αυτή	300 (600 αν διαρκεί περισσότερο από 30 λεπτά)	2,2
6	Επίσκεψη στο σπίτι	300 (600 αν είναι άμεση)	1,9
7	Αποδοτική παροχή και/ή έναρξη υπηρεσιών εργαστηρίου	5-240 ανάλογα με την ειδικότητα	1,9
8	Συνολική εξέταση του σώματος	320	1,6
9	MRI κεφαλής, συνδέσμων των άκρων	1150	1,5

10	Αποζημίωση ιατρικών υπηρεσιών για νύχτες, σαββατοκύριακα κι αμοιβή για την επίσημη άδεια	200-300	1,4
11	Υπέρηχος οργάνων ουροποιητικού-αναπαραγωγικού συστήματος	400	1,2
12	MRI περιοχών του σώματος διαφορετικών από την κεφαλή και τους συνδέσμους των άκρων	1150	1,1
13	Υπέρηχος κοιλιακής χώρας	520	1,1
14	Αξονική τομογραφία περιοχών του σώματος διαφορετικών από την κεφαλή και τους συνδέσμους των άκρων	80	0,9
15	Ηλεκτροκαρδιογράφημα	100-250	0,8
16	Βασική αποζημίωση εργαστηρίου	5-110	0,8
17	Ψυχοθεραπεία (μακροπρόθεσμη, ατομική)	1450	0,8
18	Ανίχνευση καρκίνου στις γυναίκες	310 (260 για άνδρες) (+140 η κυταρολογική εξέταση)	0,8
19	Προγεννητική φροντίδα	1850	0,8
20	Βασική κλινική νευρολογική εκτίμηση	170	0,7

Σημείωση : MRI: Magnetic resonance imaging- μαγνητική τομογραφία

Πηγή : Federal Association of SHI (Statutory Health Insurance) Physicians, 2004 (49);

Federal Associations of SHI, όπως παρατίθεται σε Busse & Riesberg., 2004.

Μια ανάλυση του συστήματος αποζημίωσης των ιατρών ανάμεσα στο 1995 και το 2001 δείχνει ότι, λόγω του υψηλότερου αριθμού των ιατρών και των υψηλότερων επιπέδων της παροχής υπηρεσιών ανά ιατρό κάτω από προοπτικές συνθήκες δαπανών, η αποζημίωση παρέμεινε σχεδόν σταθερή ανά ιατρό και σχεδόν σταθερή ανά ιατρική πράξη (συγκεκριμένα το 1995 με συνολικό αριθμό συμβεβλημένων με το SHI ιατρών στους 88165 η μέση ετήσια αποζημίωση ανά ιατρό ήταν 189644 ευρώ και το 2001 με αριθμό συμβεβλημένων ιατρών στους 128333 η μέση ετήσια αποζημίωση ήταν 180780 ευρώ) (Federal Association of SHI Physicians, 2004, Wörz, Busse, 2005).

Το προαναφερόμενο όριο πόντων ανά ασθενή ήταν μια μερική λύση σε αυτά τα προβλήματα. Το μέσο ετήσιο εισόδημα από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας ποικίλλει από τα 64000 ευρώ για τους δερματολόγους και τους χειρουργούς στα 96000 ευρώ για τους παθολόγους (τα ποσά αυτά αναφέρονται στο καθαρό κέρδος των ιατρών πριν την φορολόγησή του)(Πίνακας 2.4). Ωστόσο, παρά τα μέτρια ποσοστά αύξησης της αποζημίωσης ανά ιατρό, το εισόδημα των ιδιωτών ιατρών παρέμεινε μάλλον υψηλό, κυρίως εξαιτίας των πρόσθετων εισοδημάτων από πηγές άλλες εκτός της SHI. Ιδιαίτερα, οι αποζημιώσεις από την ιδιωτική ασφάλεια υγείας και τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών έχουν αυξηθεί ουσιαστικά. Οι ιδιωτικά ασφαλισμένοι ασθενείς, αντίθετα με τους ασφαλισμένους στην υποχρεωτική ασφάλιση υγείας πρέπει να πληρώσουν άμεσα τους ιατρούς κι έπειτα αποζημιώνονται από την ασφάλειά τους. Ενώ υπάρχει μια λίστα τιμών για τις ιδιωτικά εκτελούμενες ιατρικές πράξεις, στο πλαίσιο διατάγματος που έχει εκδοθεί από το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας, οι ιατροί συνήθως χρεώνουν 1,7 ή 2,3 φορές περισσότερα (που είναι τα μέγιστα επίπεδα αποζημιώσεων από την κυβέρνηση και τις περισσότερες ιδιωτικές ασφάλειες υγείας για εργαστηριακές και κλινικές υπηρεσίες αντίστοιχα) ή ακόμα περισσότερα. Ως εκ τούτου, τα εισοδήματα των ιατρών εκτιμώνται να είναι από τρεις ως πέντε φορές υψηλότερα από το μέσο όρο των μισθών των εργατοτεχνιτών και δύο ως τρεις φορές υψηλότερα από το μέσο μισθολόγιο των εργαζομένων σε υπαλληλικές θέσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4 Δείκτες για την πρωτοβάθμια φροντίδα που παρέχεται από τους συμβεβλημένους με την Υποχρεωτική Ασφάλιση Υγείας ιατρούς. Αλλαγές στον αριθμό των ιατρών, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την αποζημίωση κατά την περίοδο 1980-2001 (σε τρέχοντες τιμές).

	Αριθμός συμβεβλημένων με την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας ιατρών	Αποζημίωση για όλους τους ιατρούς (σε δισεκατομμύρια ευρώ)	Αποζημίωση/ιατρό (€)	Περιπτώσεις ^γ (σε εκατομμύρια)	Έξοδα/περίπτωση (€)	Αριθμός περιπτώσεων ανά ασφαλισμένο Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας κι έτος	Έξοδα/Ασφαλισμένο (€)
1980 ^α	55743	7,4	132932	252,1	29,4	4,6	209,8
1985 ^α	63056	9,6	152404	268,3	35,7	4,8	264,9
1990 ^α	71218	12,5	175237	320,8	38,9	5,5	329
1995 ^α	88165	16,7	189644	400,8	41,7	6,7	412,4
1996 ^β	107071	20,1	188100	508,8	39,6	7,1	396,3
1997 ^β	108734	20,5	188074	523,2	39	7,3	401,9
1998 ^β	110339	20,6	186788	532,2	38,7	7,5	406,7
1999 ^β	122604	21,7	176830	551,3	39,3	7,7	425,7
2000 ^β	128670	22,5	174866	558,1	40,3	7,8	440,7
2001 ^β	128333	23,2	180780	564,6	41,1	8	455,5
Αλλαγή (%) 1996-2001	20%	15%	-4%	9%	4%	13%	15%

Σημειώσεις: ^α Αφορά τη Δυτική Γερμανία, ^β τα δεδομένα αφορούν την ενωμένη Γερμανία κι από το 1999 κι έπειτα αφορούν και τους ψυχοθεραπευτές ^γ ως περίπτωση ορίζεται μία ή περισσότερες επαφές με τον ίδιο ιατρό ανά τρίμηνο.

Πηγή: *Federal Association of SHI Physicians, 2004 (49); Wörz, Busse, 2005 (8, όπως παρατίθεται στον Busse, Riesberg, 2004).*

Από τον Απρίλιο του 2005 ισχύει μια αναθεωρημένη έκδοση της Ενιαίας Κλίμακας Τιμών, η EBM 2000plus (Busse & Riesberg, 2004). Βασιζόμενη στην προηγούμενη εμπειρία της χρησιμοποίησης του συστήματος της κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωσης των ιατρών και των σύνθετων αμοιβών, διακρίνει καθαρά τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από τους οικογενειακούς ιατρούς από αυτές που παρέχονται από τους ειδικούς. Καινοτόμο στοιχείο της είναι ότι η κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση βασίζεται σε μια εκτίμηση της αξίας του χρόνου για τον καλύτερο έλεγχο της αληθοφάνειας των ισχυρισμών. Η υπολογισμένη αξία για το ιατρικό μέρος των υπηρεσιών που ορίστηκε από την Επιτροπή Αξιολόγησης στα 0,77 ευρώ ανά λεπτό το 2003, πολλαπλασιάζεται με τον εκτιμώμενο χρόνο που απαιτείται από τον ιατρό για να προσφέρει την απαιτούμενη περίθαλψη στον ασθενή. Αυτό το ποσό προστίθεται στην υπολογισμένη αξία του τεχνικού μέρους της ιατρικής πράξης (ευρώ/λεπτό x λεπτά). Αυτή η τιμή επιτρέπει την απόσβεση των επενδύσεων κι ακόμα παρέχει ένα συγκριτικά δυνατό κίνητρο για την εκτέλεση τεχνικών παρεμβάσεων.

2.5.2 Ποιοτικά στοιχεία της αγοράς υγείας

Η απόκτηση από τους ιατρούς του δικαιώματος να εκτελούν ειδικές υπηρεσίες, στις οποίες κυρίως περιλαμβάνονται επεμβατικές διαδικασίες ή διαδικασίες ιατρικής απεικόνισης, απαιτεί την εκπλήρωση ορισμένων απαιτήσεων πιστοποίησης επιπρόσθετα της απόκτησης του τίτλου της ειδικότητας. Αυτό ισχύει για περίπου 30% από τις υπηρεσίες που αναφέρονται στην Ενιαία Κλίμακα Τιμών. Η πιστοποίηση αποκτάται όταν οι εγκαταστάσεις των ιατρείων εκπληρώνουν τις ελάχιστες τεχνικές απαιτήσεις που καθορίζονται κι οι ενδιαφερόμενοι ιατροί έχουν παρακολουθήσει πρόσθετη εκπαίδευση, η οποία ορίζεται από έναν ελάχιστο αριθμό αντιμετώπισης συγκεκριμένων περιστατικών κάτω από επίβλεψη. Υπάρχουν επίσης κάποιες οργανωτικές απαιτήσεις που εξετάζονται για την απόδοση πιστοποίησης. Για παράδειγμα, απαιτείται μια συμφωνία συνεργασίας με μια καρδιοχειρουργική μονάδα σε μια συγκεκριμένη περιοχή για την απόκτηση πιστοποίησης για την εκτέλεση διαδερμικής αγγειοπλαστικής των στεφανιαίων αρτηριών (PTCA). Ειδική πιστοποίηση απαιτείται για την αρθροσκόπηση, τη δοκιμασία κοπώσεως σε κυλιόμενο τάπητα, την εκτέλεση υπερήχων κι εργαστηριακών εξετάσεων κ.α. Η εκτέλεση άλλων πράξεων δεν απαιτεί μόνο ειδική πιστοποίηση, αλλά επίσης

απόδειξη επαρκούς εμπειρίας, η οποία προσδιορίζεται από έναν ελάχιστο αριθμό εκτελέσεων των πράξεων, για παράδειγμα 200 κολonosκοπήσεις ή 350 PTCA.

Η επανάληψη της πιστοποίησης απαιτείται για τη διατήρηση του δικαιώματος λήψης αποζημίωσης για την εκτέλεση ειδικών ιατρικών πράξεων, εντός των συμβάσεων, από τα ταμεία ασθενείας. Οι προϋποθέσεις διατήρησης της πιστοποίησης ρυθμίζονται στα συμβόλαια και ποικίλλουν, όσον αφορά την ιατρική πράξη η οποία εξετάζεται. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τον ελάχιστο αριθμό εκτέλεσης της ιατρικής πράξης σε ένα χρόνο ή επιβεβαίωση της περίπτωσης κι αξιολόγηση των δεξιοτήτων (με κατώτατα όρια για την ευαισθησία, για παράδειγμα). Επιπλέον, οι συμβάσεις περιλαμβάνουν επίσης συμφωνίες ότι οι ιατροί εμπλέκονται σε ενέργειες βελτίωσης της ποιότητας, όπως η παρακολούθηση ή συμμετοχή σε σημαντικά γεγονότα (π.χ. ιατρικά συνέδρια). Οι προϋποθέσεις, γενικά, ορίζονται από την Ομοσπονδιακή Ένωση των Ιατρών της SHI κι αναφέρονται στις συμβάσεις που συνάπτονται μεταξύ των ταμείων ασθενείας και των τοπικών ιατρικών συλλόγων.

Η αποζημίωση των ιατρών υπόκειται σε περαιτέρω έλεγχο για την πρόληψη της υπερβολικής χρησιμοποίησης λανθασμένων ισχυρισμών. Ένας ιατρός μπορεί να υπόκειται τυχαία σε έλεγχο της εκτέλεσης ιατρικών πράξεων ή αν τα επίπεδα της παροχής υπηρεσιών ή οι παραπομπές των ασθενών του σε νοσοκομεία ανά κάτοικο είναι υψηλότερες από αυτές των συναδέλφων του της ίδιας ειδικότητας σε παρόμοια περιστατικά. Για να αποφύγει το πρόστιμο, ο ιατρός οφείλει να δικαιολογήσει τα υψηλότερα ποσοστά χρησιμοποίησης δεδομένων ιατρικών πράξεων ή παραπομπών, τα οποία ίσως να οφείλονται σε εξέταση υψηλότερου αριθμού σοβαρά άρρωστων ασθενών. Οι επιτροπές ελέγχου της χρήσης ιατρικών πράξεων κι οι αντίστοιχες επιτροπές διαιτησίας είναι υπεύθυνες για αυτούς τους ελέγχους, αποτελούμενες από ίσο αριθμό ιατρών κι αντιπροσώπων των ασφαλιστικών ταμείων.

2.5.3 Ρυθμίσεις ιδιωτικού τομέα

Στον ιδιωτικό τομέα, η πληρωμή των επαγγελματιών υγείας οργανώνεται διαφορετικά. Οι κατάλογοι κοστολόγησης των ιατρικών πράξεων στην ιδιωτική ασφάλιση ισχύουν τόσο για την εξωτερική όσο και την εσωτερική φροντίδα των ασθενών. Καλύπτουν επίσης τόσο τις άμεσες πληρωμές των

ασθενών όσο και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Οι αμοιβές βασίζονται στο σύστημα των κατά πράξη και περίπτωση πληρωμών και καθορίζονται από το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλειας, το οποίο λαμβάνει συμβουλές από τον Ομοσπονδιακό Ιατρικό Σύλλογο. Στον κατάλογο τιμών των ιατρών, για παράδειγμα, σε κάθε κλινική διαδικασία δίδεται μια τιμή κι ένας ορισμένος αριθμός πόντων. Επιπρόσθετα, προσδιορίζονται η απλή τιμή χρέωσης κι η μέγιστη τιμή χρέωσης. Η τελευταία καθορίζεται συνήθως 2-3 φορές υψηλότερη από την απλή τιμή, αλλά ορισμένες πράξεις μπορούν να χρεώνονται μόνο 1,7 φορές περισσότερο από την απλή τιμή. Επιπλέον, στον κατάλογο αναφέρονται οι προϋποθέσεις για την αποζημίωση, όπως η διάρκεια, η εκτέλεση, η καταγραφή ή τα όρια που αφορούν το συνδυασμό κλινικών διαδικασιών. Ωστόσο, ο κατάλογος δεν ανταποκρίνεται πολύ καλά στην καθημερινή πρακτική. Για τους σκοπούς της αποζημίωσης, πολλές υπηρεσίες υγείας είναι ενταγμένες σε πιο γενικά αντικείμενα, όπως οι συμβουλές σχετικά με την πρόληψη, που αφορούν τόσο στην αυτοθεραπεία, όσο και στον τρόπο ζωής(σαν πράξη αντιστοιχεί στο νούμερο 34 κι αποζημιώνεται με 17,39 € στο πλαίσιο της απλής χρέωσης και με 40,23 € όταν η χρέωση πολλαπλασιάζεται με το συντελεστή 2,3.

Η λίστα των «ατομικών υπηρεσιών υγείας» παρουσιάζει μια επιλογή των «διαθέσιμων υπηρεσιών κατ' απαίτηση των ασθενών». Οι υπηρεσίες που αναφέρονται εκεί μπορούν να προσφέρονται σε ασθενείς που πληρώνουν επιπλέον ποσά για να απολαμβάνουν επιπλέον υπηρεσίες από τη SHI.

2.6 Δανία

2.6.1 Γενικά στοιχεία

Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας είναι η αποκέντρωση, αν και διαφαίνεται μια τάση ύφεσης του φαινομένου τα τελευταία χρόνια με τη μείωση των περιφερειών. Οι περιοχές κατέχουν και διοικούν τα νοσοκομεία και αποζημιώνουν, μερικώς ή συνολικά, τους ιδιώτες ιατρούς, γενικούς ή ειδικούς.

Όλοι οι Δανοί έχουν δικαίωμα άμεσης πρόσβασης σε οφθαλμίατρος, ωτορινολαρυγγολόγους και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών χωρίς προηγούμενη παραπομπή από γενικούς ιατρούς, η οποία είναι απαραίτητη για όλες τις υπόλοιπες ειδικότητες και τη δευτεροβάθμια περίθαλψη στα νοσοκομεία. Αν επισκεφτούν χωρίς παραπεμπτικό από GP (παίζουν ρόλο

εισόδου στο σύστημα υγείας) ιατρό μιας από τις υπόλοιπες ειδικότητες, είναι πιθανό να κληθούν να καλύψουν όλο το ποσό οι ίδιοι, ενώ ακολουθώντας τη φυσιολογική διαδικασία δεν έχουν καμία οικονομική υποχρέωση.

2.6.2 Μηχανισμοί αποζημίωσης των ιατρών

Περίπου το 60% των Δανών ιατρών εργάζονται στα νοσοκομεία σαν μισθωτοί υπάλληλοι (μικρό ποσοστό από αυτούς, έχοντας το δικαίωμα, εργάζονται κι ιδιωτικά). Δεν υπάρχει σύνδεση του μισθού με την απόδοση και την ποιότητα του παρεχόμενου κλινικού έργου παρά μόνο με τις ώρες εργασίας και τις υπερωρίες. Οι μισθοί τους, όπως και των ιατρών που απασχολούνται σε άλλα ιδρύματα υγειονομικού ενδιαφέροντος (π.χ. γηροκομεία ή δημοτικά ιατρεία, δημόσια υγεία) αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης ανάμεσα στους εκπροσώπους του συλλόγου τους, τις Περιφέρειες της Δανίας και την Εθνική Ένωση των Τοπικών Αρχών. Ένα ποσοστό 10% των ιατρών εμπλέκεται σε μη κλινικό έργο, όπως η διδασκαλία, η διοίκηση κι η έρευνα.

2.6.2.1 Γενικοί ιατροί

Οι γενικοί ιατροί (GP) που παίρνουν άδεια άσκησης επαγγέλματος σε μια περιφέρεια και συμβάλλονται με αυτήν, αντλούν σχεδόν όλα τα εισοδήματά τους από αυτήν, ανάλογα με μια κλίμακα αμοιβών που συμφωνείται από τον Οργανισμό Γενικών Ιατρών και τις Δανικές Περιφέρειες. Περίπου το ένα τρίτο των γενικών ιατρών εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία ενώ οι υπόλοιποι συνεργάζονται με συναδέλφους τους σε ομαδικά ιατρεία, τακτική η οποία ενθαρρύνεται κι από το Υπουργείο Υγείας για την ενίσχυση της ανταλλαγής επιστημονικών γνώσεων και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Υπουργείο Υγείας και Πρόληψης, 2008, όπως αναφέρεται σε Olejaz et al, 2012). Αποτελεί εθνική στρατηγική ο προσανατολισμός νέων ιατρών προς την ειδικότητα της γενικής ιατρικής και γι' αυτό το λόγο απολαμβάνουν οικονομικά πλεονεκτήματα σε σχέση με τους ειδικούς ιατρούς, νοσοκομειακούς ή όχι. Οι ίδιοι φορείς καθορίζουν και τον αριθμό των γενικών ιατρών ανά περιφέρεια, ώστε αυτοί να κατανέμονται κατά αναλογικό τρόπο, κάτι που όντως συμβαίνει.

Η αποζημίωσή τους αποτελεί ένα συνδυασμό των μεθόδων της κατά κεφαλήν (αποτελεί το ένα τρίτο των εισοδημάτων τους) και της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής για τις παρασχεθείσες υπηρεσίες (επίσκεψη, πράξη κ.α.). Προβλέπονται επίσης ειδικές αμοιβές για παροχή ιατρικών υπηρεσιών

εκτός ωραρίου, τηλεφωνική παροχή υπηρεσιών και κατ' οίκον επισκέψεις. Στόχος αυτού του συνδυαστικού σχήματος πληρωμών είναι η δημιουργία κινήτρων ώστε να αποφεύγονται οι άσκοπες παραπομπές ασθενών στα νοσοκομεία για περιστατικά που μπορούν να αντιμετωπιστούν από τους ίδιους τους GP. Πράγματι, σύμφωνα με έρευνες, το 90% των ασθενών που ζητούν τις υπηρεσίες τους δεν παραπέμπονται σε πιο προχωρημένες δομές του συστήματος υγείας. Ενώ σκοπός της υιοθέτησης της μεθόδου της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής ήταν η αύξηση της παραγωγικότητας των GP, η μέθοδος της κατά κεφαλήν πληρωμής στοχεύει στην αποφυγή της από μέρους τους παροχής μη απαραίτητης περίθαλψης. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι από το 1987 που υιοθετήθηκε στην περιοχή της Κοπεγχάγης ο συνδυασμός των δύο μεθόδων πληρωμής αντί για το capitation που ίσχυε μέχρι τότε, παρατηρήθηκε αύξηση των δραστηριοτήτων των γενικών ιατρών που αποζημιώνονταν κατά πράξη και περίπτωση για αυτές και μείωση των παραπομπών στους ειδικευμένους ιατρούς (Krasnik et al., 1990).

Ένα άλλο στοιχείο που επηρεάζει τη σύμβαση ανάμεσα στους GP και στις Δανικές Περιφέρειες είναι ο καθορισμός προτεραιοτήτων. Για παράδειγμα, μια συγκριτικά υψηλή αμοιβή για επισκέψεις προληπτικού χαρακτήρα υποτίθεται ότι ενθαρρύνει τους GPs να πραγματοποιούν επισκέψεις μεγαλύτερης διάρκειας επικεντρωμένες σε αντικείμενα όπως η εκπαίδευση των πολιτών σχετικά με τις συνέπειες στην υγεία του καπνίσματος, των διαιτητικών συνηθειών ή του ελέγχου του βάρους κι ούτω καθεξής. Πριν την εισαγωγή αυτής της αρκετά υψηλής αμοιβής, οι GPs, που κατανάλωναν επιπλέον χρόνο για να συζητήσουν τέτοιου είδους θέματα με τους ασθενείς τους, «τιμωρούνταν» σε σχέση με τους συναδέλφους τους που επέμεναν σε μια γρήγορη εξέταση του κάθε ασθενούς. Στις τελευταίες διαπραγματεύσεις όμως ανάμεσα στου εμπλεκόμενους φορείς οι εν λόγω επιπλέον αποζημιώσεις καταργήθηκαν. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι περιφέρειες δεν καλύπτουν τις αμοιβές των ιατρών για την έκδοση πιστοποιητικών, τα οποία καλύπτονται από τους ίδιους τους ασθενείς.

2.6.2.2 Ειδικοί ιατροί

Οι ειδικοί ιατροί, που είναι συμβεβλημένοι με τις περιφέρειες, αποζημιώνονται σχεδόν καθ' ολοκληρία από την περιφέρειά τους μόνο με βάση το μηχανισμό της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής. Πολύ λίγοι ιατροί απασχολούνται

σε ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς φορείς (κυρίως κλινικές, μικρά νοσοκομεία και φαρμακοβιομηχανίες). Οι τιμές των ιατρικών πράξεων καθορίζονται από τη συμφωνία ανάμεσα στο Περιφερειακό Συμβούλιο για τους Μισθούς και τις Τιμές και τη Δανική Ένωση Ειδικών Ιατρών (Olejaz et al, 2012). Για κάθε ειδικότητα καθορίζεται ένας αριθμός ιατρικών πράξεων κι η τιμή που αντιστοιχεί σε κάθε πράξη. Αν ένας ιατρός ξεπεράσει έναν προκαθορισμένο όγκο παροχής ιατρικών υπηρεσιών τότε η αποζημίωση για τις ιατρικές πράξεις που εκτελεί από αυτό το σημείο κι έπειτα μειώνεται κατά 40% ανά πράξη. Σκοπός του επιλεγμένου μηχανισμού πληρωμής για τους ειδικούς ιατρούς υποτίθεται ότι ήταν η προώθηση της παραγωγικότητας, όμως λίγα στοιχεία επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά του. Αποδείχθηκε πολύ δύσκολος ο έλεγχος των εξόδων ανά περιφέρεια για την αποζημίωση τέτοιου είδους υπηρεσιών, ίσως λόγω και της ισχυρής σύνδεσης της αμοιβής με τη δραστηριότητα. Λίγοι ιατροί εργάζονται χωρίς σύμβαση με τις περιφέρειες κι ως εκ τούτου βασίζονται σχεδόν αποκλειστικά στις άμεσες πληρωμές των ασθενών.

2.7 Δημοκρατία της Τσεχίας

Εφαρμόζεται το σύστημα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, στο οποίο οι ασφαλιστικοί φορείς έχουν αυτονομία διοίκησης παρά το βασικά δημόσιο χαρακτήρα τους. Περίπου 95% των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται από ελευθεροεπαγγελματίες ιατρούς (γενικούς ιατρούς, παιδίατρος, γυναικολόγους). Οι πολίτες είναι εγγεγραμμένοι σε έναν ιατρό της επιλογής τους, αλλά έχουν δικαίωμα αλλαγής ανά τρίμηνο. Οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν αποτελούν υποχρεωτική πύλη εισόδου στο σύστημα κι οι πολίτες έχουν δικαίωμα να επισκεφτούν άμεσα ιατρούς οποιασδήποτε ειδικότητας.

2.7.1 Οι συμβάσεις

Μακροπρόθεσμες συμβάσεις, διάρκειας 5 ως 8 χρόνια, υπογράφονται με τους προμηθευτές, ανάλογα με τον τύπο του. Το συμβόλαιο που προτείνεται έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα. Τα συμβόλαια περιγράφουν τους απαραίτητους όρους για την παροχή υπηρεσιών υγείας (όσον αφορά τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό και το προσωπικό, για παράδειγμα), τους γενικούς κανονισμούς πληρωμών, τις προϋποθέσεις τερματισμού των συμβολαίων κι άλλα δικαιώματα κι υποχρεώσεις αγοραστών και προμηθευτών. Παρόλα αυτά, τα

μακροπρόθεσμα συμβόλαια δεν περιλαμβάνουν τους ειδικούς όρους των αποζημιώσεων, οι οποίοι αποτελούν αντικείμενο ετήσιων διαπραγματεύσεων.

Το Φεβρουάριο κάθε έτους ξεκινούν οι διαπραγματεύσεις, όταν το Υπουργείο Υγείας συγκεντρώνει τους αντιπροσώπους των ασφαλιστικών ταμείων και των επαγγελματιών υγείας. Ιδανικά, οι διαπραγματεύσεις θα πρέπει να έχουν τελειώσει ως τις αρχές Οκτωβρίου του ίδιου έτους, όταν το Υπουργείο Υγείας ορίζει μια τελική συνάντηση μεταξύ των ανωτέρω αντιπροσώπων. Αν έχουν καταλήξει σε συμφωνία και το Υπουργείο θεωρεί ότι οι όροι της εξυπηρετούν το δημόσιο συμφέρον, δημοσιεύει τα αποτελέσματα στην αποκαλούμενη Οδηγία (Ντιρεκτίβα) Αποζημιώσεων με ημερομηνία έναρξης ισχύος την 1^η Ιανουαρίου. Αν δεν έχει επιτευχθεί συμφωνία, το Υπουργείο καθορίζει τις λεπτομέρειες της Ντιρεκτίβας Αποζημιώσεων και τη δημοσιεύει, χωρίς να λογοδοτεί στους αντιπροσώπους των εμπλεκόμενων φορέων. Η Ντιρεκτίβα δεν έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα κι οι αντιπρόσωποι των ασφαλιστικών ταμείων με τους ενδιαφερόμενους ιατρούς καταρτίζουν τις τροποποιήσεις των μακροπρόθεσμων συμβάσεων, χρησιμοποιώντας τις κατευθυντήριες γραμμές της Ντιρεκτίβας.

Αλλαγές στη Λίστα Υπηρεσιών Υγείας, που περιέχει τις παρεχόμενες από την υποχρεωτική ασφάλιση υπηρεσίες υγείας και την αξία καθεμίας, αποφασίζονται από μια Ομάδα Εργασίας των Υπηρεσιών Υγείας, που βασίζεται στο Υπουργείο Υγείας και συμμετέχουν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς. Στις συζητήσεις παρευρίσκεται ένας αντιπρόσωπος των ασθενών, ο οποίος δεν έχει δικαίωμα συμμετοχής στη λήψη των αποφάσεων. Η ομάδα συνεδριάζει σε συνεχή βάση κατά τη διάρκεια του έτους κι αποφασίζει, με τον όρο της ομοφωνίας, τυχόν αλλαγές στη Λίστα Υπηρεσιών Υγείας. Η λίστα εκδίδεται στο τέλος του κάθε έτους με τη μορφή ντιρεκτίβας του Υπουργείου Υγείας (Bryndová et al, 2009).

2.7.2 Μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών

Ως το 1997, οι ιατροί στα ιδιωτικά τους ιατρεία αμείβονταν με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής. Η ανυπαρξία, ωστόσο, ενός ανώτατου ορίου αποζημιώσεων οδήγησε στην υπερπροσφορά υπηρεσιών υγείας, ιδίως εκ μέρους των ειδικών ιατρών, κι επομένως σε μια μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας, ιδιαίτερα στον τομέα της πρωτοβάθμιας μη νοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτό διαφάνηκε στην αύξηση των δαπανών του VZP (Všeobecná

Zdravotní Pojišťovna, δηλαδή Γενικό Ασφαλιστικό Ταμείο, το μεγαλύτερο της χώρας), κατά 31% για την πληρωμή των γενικών ιατρών και κατά 258% για την αποζημίωση των ειδικών ιδιωτών ιατρών, ανάμεσα στα έτη 1993 και 1997. Η αύξηση δε μπορεί να εξηγηθεί από την παροχή λιγότερων υπηρεσιών από τα νοσοκομεία, καθώς αυτές επίσης αυξήθηκαν κατά 67% την ίδια περίοδο (VZP 1994, VZP 1995, VZP 1996, VZP 1997, VZP 1998, πρόσβαση από Bryndová L et al, 2009).

Προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, το Υπουργείο Υγείας εισήγαγε ένα σύστημα αποζημίωσης των γενικών ιατρών με τη μέθοδο της κατά κεφαλήν πληρωμής, προσαρμοσμένης όμως στο σχετικό κίνδυνο που συνδέεται με την ηλικία, διαχωρίζοντας τους ασθενείς σε 18 ομάδες. Με αυτό το σύστημα αποδίδεται, για παράδειγμα, ο δείκτης 3,8 στα παιδιά ηλικίας 0-4 ετών, ο δείκτης 0,9 στους ενήλικους ηλικίας 20 ως 24 ετών κι ο δείκτης 3,4 στους ηλικιωμένους, ηλικίας άνω των 85 ετών. Ο αριθμός των ασθενών ανά ιατρό υπόκειται σε ένα ανώτατο όριο, πάνω από το οποίο ο ιατρός λαμβάνει μικρότερες ανά ασθενή αμοιβές. Επιπρόσθετα, κάποιες υπηρεσίες που παρέχονται από τους γενικούς ιατρούς, όπως οι πράξεις προληπτικής ιατρικής κι οι κατ' οίκον επισκέψεις, εξακολουθούν να αποζημιώνονται με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής, η οποία εξακολουθούσε να αντιπροσωπεύει σχεδόν το 30% των εσόδων των ιατρών το 2008 (Υπουργείο Υγείας, 2009, όπως αναφέρεται στη Bryndová L et al, 2009).

Από το 2001, οι συμβεβλημένοι ειδικοί ιατροί αποζημιώνονται με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής, με την εισαγωγή όμως ενός σχήματος που προβλέπει ανώτατο όριο. Το ίδιο ισχύει και για την αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Αρχικά, εφαρμόστηκε αυστηρό όριο στον όγκο των υπηρεσιών, κάτι όμως που οδήγησε σε αυξημένο καταμερισμό των υπηρεσιών για κάποιες ειδικότητες. Τελικώς, εισήχθη ένα σύστημα προοδευτικά μειούμενων αμοιβών το 2007. Οι ιατροί αποζημιώνονται, μέχρι ένα προκαθορισμένο όριο, με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση αμοιβής, σύμφωνα με το περιεχόμενο της Λίστας Υπηρεσιών Υγείας. Όταν αυτό το όριο ξεπεραστεί, μειώνεται η τιμή με την οποία αποζημιώνονται οι ιατρικές πράξεις.

2.8 Ελλάδα

Το σύστημα υγείας συνδυάζει χαρακτηριστικά τόσο του συστήματος Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας) όσο και του συστήματος υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης, με το ρόλο του κράτους να είναι πολύ ισχυρός. Αυτό δεν εμποδίζει την ύπαρξη ενός ολοένα και διογκούμενου ιδιωτικού τομέα. Ταυτόχρονα, παρατηρείται αδυναμία ελέγχου των δημοσίων δαπανών για την υγεία και λόγοι γι' αυτό μπορούν να θεωρηθούν ο υπερβολικός αριθμός των Ελλήνων ιατρών, η αδυναμία ελέγχου της αλόγιστης συνταγογράφησης κι εκτέλεσης ιατρικών πράξεων εκ μέρους τους κι ο κατακερματισμός των ασφαλιστικών φορέων υγείας που τείνει να διορθωθεί με την ίδρυση του ενιαίου ασφαλιστικού φορέα.

2.8.1 Μηχανισμοί πληρωμών

Οι ιατροί που εργάζονται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ αμείβονται με μισθό συν την αποζημίωση των εφημεριών. Οι ιατροί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΟΠΥΥ μερικής απασχόλησης, οι πανεπιστημιακοί κι οι στρατιωτικοί ιατροί έχουν δικαίωμα να διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο σε αντίθεση με τους ιατρούς του ΕΣΥ και τους ιατρούς του ΕΟΠΥΥ (ΙΚΑ παλαιότερα) πλήρους απασχόλησης. Παρατηρείται το φαινόμενο οι ιατροί μερικής απασχόλησης του ΕΟΠΥΥ να αφιερώνουν χρόνο από την ενασχόλησή τους στα πολυϊατρεία για τη δημιουργία προσωπικών ασθενών που θα τους δέχονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Δικαιολογούν τη συμπεριφορά τους με το επιχείρημα ότι, κατά τον περιορισμένο χρόνο ενασχόλησης τους στα πολυϊατρεία, πρέπει να εξετάσουν μεγάλο αριθμό ασθενών κι αναπόφευκτα ο χρόνος που αφιερώνουν στον κάθε ασθενή είναι περιορισμένος. Συνεπώς, ο μόνος τρόπος να λάβει ο ασθενής καλύτερη φροντίδα είναι να εξεταστεί στο ιδιωτικό ιατρείο του ιατρού. Τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα αποζημιώνονται κατά πράξη και περίπτωση σύμφωνα με τις καθορισμένες από το κράτος τιμές.

Η παγιωμένη για πολλά έτη μέθοδος της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής έδινε στους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιατρούς κίνητρο να πραγματοποιούν περισσότερες, πολλές φορές ιατρικά μη απαραίτητες, υπηρεσίες ώστε να ανεβάσουν το εισόδημά τους. Αντίστοιχη συμπεριφορά αποτελεί πάγια τακτική των ιατρών, ιδιαίτερα στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, κι είναι γνωστή ως «προκλητή ζήτηση». Σημαντικό

ρόλο στην αύξηση της έντασης του φαινομένου παίζει η έλλειψη πληροφόρησης για τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας, ο οποίος δεν αντιλαμβάνεται το ύψος της δαπάνης ούτε επιθυμεί τον περιορισμό της, υποτασσόμενος έτσι στις βουλές των εκπροσώπων του ιατρικού σώματος. Το φαινόμενο, γνωστό ως «ηθική βλάβη» (Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1994) οφείλεται εν μέρει στην αντίληψη των χρηστών ότι τα έξοδα περίθαλψής τους αφορούν το κράτος ή τον ασφαλιστικό φορέα κι όχι τους ίδιους. Φυσικά κάτι τέτοιο δεν ισχύει καθώς τελικά το κόστος μετακυλιέται σε αυτούς είτε μέσω της αύξησης των ασφαλιστικών εισφορών ή των φόρων τους είτε με την τάση που επικρατεί περί συμμετοχής των ασθενών στις πληρωμές, είτε αυτές αφορούν τα φάρμακα είτε τους ιατρούς (Σουλιώτης, 2000).

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η βιωσιμότητα των ιδιωτικών φορέων παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σύναψη συμβάσεων με ασφαλιστικούς οργανισμούς. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα, αποζημιώνει κατά κανόνα τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας με συμβολικές τιμές, οι οποίες παρουσιάζουν μειωτική τάση ιδιαίτερα στην αποζημίωση της ιατρικής επίσκεψης. Ταυτόχρονα εκδηλώνονται μεγάλες καθυστερήσεις στην εξόφληση των οφειλών, ενώ τα πάγια έξοδα των ιατρείων «τρέχουν» (Τούντας, 2008). Η καθήλωση των τιμών του κρατικού τιμολογίου για τις ιατρικές πράξεις για πολλά χρόνια έχει ως αποτέλεσμα αυτές να αποκλίνουν σημαντικά από τις πραγματικές τιμές της αγοράς, με συνέπεια πολλές φορές αυτή η διαφορά να μεταφέρεται, άτυπα, στον ασφαλισμένο (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 2001).

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία εκτός από μισθωτούς ιατρούς χρησιμοποιούν και συνεργαζόμενους ιατρούς που αποζημιώνονται με το μηχανισμό της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής απευθείας από τον ασθενή. Οι τελευταίοι λαμβάνουν επίσης πολλές φορές ποσοστό του λογαριασμού του ασθενούς στο ιδιωτικό νοσοκομείο ως πρόσθετη αμοιβή.

Οι μη συμβεβλημένοι ιατροί στον ιδιωτικό τομέα αποζημιώνονται άμεσα από τους ασθενείς κατά πράξη και περίπτωση. Οι αμοιβές καθορίζονται σύμφωνα με κάποια ελάχιστα όρια που τίθενται από τους ιατρικούς συλλόγους που εξαρτώνται κι από τα προσόντα των ιατρών. Οι αμοιβές κυμαίνονται από €40 ως €100 ανά επίσκεψη. Παλαιότερα (μέχρι το 2011) παρεχόταν στον

ασφαλισμένο η δυνατότητα να διεκδικήσει, εκ των υστέρων, τέτοιου είδους δαπάνες από τον ασφαλιστικό του οργανισμό.

2.8.2 ΕΟΠΥΥ

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ (Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας) είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας με το ολοκληρωμένο σχέδιο να προβλέπει την ενσωμάτωση όλων των ασφαλισμένων. Η σύμβαση μίσθωσης έργου στον ΕΟΠΥΥ έχει διάρκεια 3 ετών. Σύμφωνα με το άρθρο 23 της υπ' αριθμόν Φ.90380/25916/3294 Απόφασης ο ΕΟΠΥΥ προκήρυξε θέσεις για τις διάφορες ειδικότητες ως εξής: 4000 για παθολόγους και γενικούς ιατρούς (Α΄ Ομάδα), 1.000 για παιδίατρους (Β΄ Ομάδα), 9.000 για γαστρεντερολόγους, δερματολόγους, καρδιολόγους, γυναικολόγους, νευρολόγους, ορθοπαιδικούς, ουρολόγους, οφθαλμιάτρους, πνευμονολόγους, ενδοκρινολόγους κι ωτορινολαρυγγολόγους (Γ΄ Ομάδα) και 1.000 για αγγειοχειρουργούς, αιματολόγους, αλλεργιολόγους, νεφρολόγους, νευροχειρουργούς, ογκολόγους, παιδοψυχίατρους, πλαστικούς χειρουργούς, ρευματολόγους, γενικούς χειρουργούς, χειρουργούς θώρακος, ψυχίατρους, χειρουργούς παιδών και φυσίατρους (Δ΄ Ομάδα). Σύμφωνα με την υπ' αριθμόν Φ.90380/26464/4315 οι συμβεβλημένοι ιατροί προβλεπόταν να αμείβονται με τους παρακάτω τρόπους:

- Οι ιατροί της Α΄ Ομάδας αποζημιώνονται με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής με το ύψος της να εξαρτάται από τον αριθμό των εγγεγραμμένων ατόμων στη λίστα του κάθε ιατρού. Συγκεκριμένα, αμείβονται με 1.000 € το μήνα για αριθμό ασφαλισμένων από 800 ως 1.200, 1.200 € για αριθμό ασφαλισμένων από 1.201 ως 1.500, 1.400 € για αριθμό από 1.501 ως 1.800, 1.600 € για αριθμό από 1.801 ως 2.100, 1.800 € για αριθμό από 2.101 ως 2.500 και 2.000 € για πάνω από 2500 ασφαλισμένους.
- Οι παιδίατροι (Β΄ Ομάδα) αποζημιώνονται με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής με το ύψος της να εξαρτάται από τον αριθμό των εγγεγραμμένων ατόμων στη λίστα του κάθε ιατρού. Συγκεκριμένα, αμείβονται με 1.000 € το μήνα για αριθμό ασφαλισμένων από 700 ως 900, 1.100 € για αριθμό ασφαλισμένων από 901 ως 1.200, 1.300 € για αριθμό από 1.201 ως 1.500, 1.500 € για αριθμό από 1.501 ως 1.800, 1.800

€ για αριθμό από 1.801 ως 2.100, 1.900 € για αριθμό από 2.101 ως 2.300 και 2.100 € για πάνω από 2.301 ασφαλισμένους.

- Οι ιατροί της Γ΄ Ομάδας αποζημιώνονται με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής με το ύψος της να εξαρτάται από τον αριθμό των εγγεγραμμένων ατόμων στη λίστα του κάθε ιατρού. Συγκεκριμένα, αμείβονται με 1.000 € το μήνα για αριθμό ασφαλισμένων από 500 ως 1.000, 1.300 € για αριθμό ασφαλισμένων από 1.001 ως 2.500, 1.600 € για αριθμό από 2.501 ως 4.000, 1.800 € για αριθμό από 4.001 ως 5.000 και 2.000 € για πάνω από 5.000 ασφαλισμένους.
- Οι ιατροί της Δ΄ Ομάδας αποζημιώνονται ανάλογα με τις επισκέψεις των ασθενών στη διάρκεια του μήνα. Συγκεκριμένα, αμείβονται με 1.500 € για αριθμό επισκέψεων από 151 ως 300, 2.000 € για αριθμό επισκέψεων από 301 ως 400 και 2.800 € για αριθμό επισκέψεων από 501 ως 600. Ένας ιατρός αυτής της ομάδας μπορεί να αμειφθεί για 600 επισκέψεις μηνιαίως κατ' ανώτατο όριο.

Οι ιατροί όλων των ομάδων πληρώνονται κατά πράξη και περίπτωση για τις πράξεις που δεν περιλαμβάνονται στην επίσκεψη (οι οποίες ορίζονται στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών του ΕΟΠΥΥ). Οι τιμές (κοστολόγηση) των ιατρικών πράξεων καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Οικονομικών, κατόπιν γνωμοδότησης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) (Νόμος υπ' αριθμόν 3918/2011, άρθρο 70). Οι ασφαλισμένοι επιβαρύνονται με ποσοστό συμμετοχής που ανέρχεται στο 15% του κόστους που αναφέρεται στο κρατικό τιμολόγιο ή τα ποσά που προκύπτουν μετά από διαπραγμάτευση με βάση τις ισχύουσες κάθε φορά συμβάσεις. Το ίδιο ισχύει και για τις παρακλινικές εξετάσεις που εκτελούν εργαστηριακοί ιατροί.

Σύμφωνα με την τροποποίηση του κανονισμού παροχών του ΕΟΠΥΥ που προβλέπεται από πράξη νομοθετικού περιεχομένου της 16^{ης} Δεκεμβρίου 2011 (ΦΕΚ 262/Α/16.12.2011, Άρθρο 6), οι συμβεβλημένοι γιατροί του ΕΟΠΥΥ δεν δικαιούνται καμία επιπλέον αμοιβή από τους δικαιούχους, για τους πρώτους 50 ασθενείς που εξετάζουν κάθε εβδομάδα και για τους 200 του μήνα, Στην ίδια πράξη αναφέρεται ότι η αμοιβή των συμβεβλημένων ιατρών θα ήταν 10 ευρώ ανά επίσκεψη, μεικτά. Τα παραπάνω αφορούν τους ιατρούς που είχαν ήδη σύμβαση με τον ΟΠΑΔ και τον ΟΑΕΕ μέχρι τις 31.12.2011 και μέχρι την

υπογραφή των νέων συμβάσεων μίσθωσης έργου. Η τροποποίηση κυρώθηκε με τον Νόμο 31/23.2.2012. Στις πρώτες προκηρύξεις για τις συμβάσεις του ΕΟΠΥΥ με νέους ιατρούς διατηρήθηκε ο ίδιος όρος, κάτι που σημαίνει ότι ο μηχανισμός της κατά κεφαλήν πληρωμής δεν έχει ακόμα εφαρμοστεί. Αν ένας γιατρός δε συμπληρώσει τις 50 επισκέψεις την εβδομάδα μεταφέρει το υπόλοιπό του την επόμενη εβδομάδα. Οι επισκέψεις που περιλαμβάνονται στις αποζημιωθείσες από τον ΕΟΠΥΥ προβλέπεται να γίνονται σε καθεστώς 4ωρης καθημερινής εργασίας. Αν έχει συμπληρωθεί ο ανώτερος αριθμός επισκέψεων ανά μήνα για έναν ιατρό, όποιος ασφαλισμένος επιμένει να τον επισκεφτεί είναι αναγκασμένος να τον αποζημιώσει με ίδια οικονομικά μέσα. Το ίδιο ισχύει και για την επίσκεψη σε μη συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ ιατρό, κλινικό ή εργαστηριακό. Επίσης προβλέπεται ότι οι γιατροί του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που θα κάνουν ιδιωτικό ιατρείο εκτός ωραρίου θα υπογράψουν ειδική σύμβαση για τον αριθμό των επισκέψεων και τον τρόπο αποζημίωσης. Οι 6000 ιατροί του ΙΚΑ μπορούν να δέχονται ασθενείς τα απογεύματα στα ιδιωτικά τους ιατρεία λαμβάνοντας αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ για τις 150 πρώτες επισκέψεις, όπως αναφέρεται σε άρθρο της Φυντανίδου Ε. για την εφημερίδα «Βήμα της Κυριακής» («Παιχνίδια πολλών δις με τα φάρμακα», 4 Μαρτίου 2012, αρ, φύλλου :16234, σελ. Α34).

Ωστόσο ο νέος οργανισμός δεν έχει κερδίσει ακόμα την εμπιστοσύνη των ιατρών. Σε έρευνα της Kara Research για την εφημερίδα «Βήμα της Κυριακής» (23 Σεπτεμβρίου 2012, αρ, φύλλου :16263, σελ. Α14-Α15, ρεπορτάζ της κ. Φυντανίδου Ελένης με τίτλο «Είμαστε «άρρωστοι» με την υγεία») 6 στους 10 ιατρούς αναφέρουν ότι δεν έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ διότι δε θεωρούν ικανοποιητική την αμοιβή. Σε ποσοστό 49% ζητούν την αντικατάσταση του ΕΟΠΥΥ από άλλον ενιαίο ασφαλιστικό φορέα. Σημαντικό στοιχείο της έρευνας σε ότι αφορά τους συμβεβλημένους με τον οργανισμό ιατρούς μόνο 1 στους 10 εξαντλεί το πλαφόν των επισκέψεων από το πρώτο δεκαπενθήμερο, 30,7% το εξαντλεί στο τέλος του μήνα ενώ το 33,6% δεν το εξαντλεί. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι 30% όσων ασφαλισμένων, που ερωτήθηκαν, επισκέφτηκαν ιατρό του συστήματος υγείας πλήρωσε κάποιο χρηματικό ποσό, δεν καλύφθηκε δηλαδή πλήρως από το ασφαλιστικό του βιβλιάριο.

Η οικονομική κρίση που μαστίζει την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει προξενήσει σημαντικά προβλήματα στην αποπληρωμή των οφειλών των ασφαλιστικών φορέων προς τους ιατρούς. Πρόσφατα πραγματοποιήθηκε συνάντηση μεταξύ αντιπροσώπων των ιατρικών συλλόγων της χώρας και του αναπληρωτή υπουργού Οικονομικών κ. Σταϊκούρα, («Αποπληρωμή χρεών και κούρεμα δανείων ζητούν οι γιατροί», <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22770&subid=2&pubid=63750376>), (πρόσβαση στις 8/12/2012).

Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Πατούλης εξέθεσε στον υπουργό τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ιατροί. Συγκεκριμένα κατατέθηκε υπόμνημα εκ μέρους των ιατρών με τα παρακάτω αιτήματα (αναφέρονται αυτά που αφορούν οικονομικά μέτρα που αφορούν τους ιατρούς):

- Ζητείται η αποπληρωμή των οφειλομένων από 3ετίας από τα ασφαλιστικά ταμεία στους ιατρούς άμεσα, διότι υπάρχει πλέον αδυναμία επιβίωσης των ιατρείων και εργαστηρίων.
- Οι παλαιές οφειλές να μην υποστούν κούρεμα. Οι ιατροί και ιδίως τα εργαστήρια έχουν πάρει δάνεια για να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους. Το οποιοδήποτε κούρεμα, αναφέρεται χαρακτηριστικά, θα καταστήσει αδύνατη την επιβίωσή τους αν δεν συνοδευτεί με αντίστοιχο κούρεμα των δανείων. Εναλλακτική λύση που προτείνεται είναι ένα μέρος να δοθεί σε ρευστό (π.χ. 70%) και το υπόλοιπο σε βεβαίωση συμψηφισμού με τα οφειλόμενα στην Εφορία ή και έναντι μελλοντικών φορολογικών υποχρεώσεων.
- Να πιεστούν οι τράπεζες να κάνουν ρυθμίσεις και κουρέματα στα δάνεια των ιατρών και ιατρικών εταιρειών εν όψει και της ανακεφαλαιοποίησής τους, δεδομένου ότι το εισόδημα των ιατρών έχει συρρικνωθεί και είναι αδύνατο να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους.
- Κατάργηση της διατάξεως της παραγράφου 22 του άρθρου 19 του ν.3842/2010(ΦΕΚ 58α/23-4-2010) βάσει της οποίας οι ιατροί υποχρεούνται στην έκδοση φορολογικών στοιχείων παροχής υπηρεσιών με την ολοκλήρωση της παροχής υπηρεσιών και όχι με την είσπραξη της αμοιβής. Αυτό οδηγεί σε υπέρμετρη καταβολή φόρων επί ανείσπρακτων

συχνά αμοιβών, επιδεινώνοντας παραπέρα τη δυσχερή οικονομική θέση των αυτοαπασχολούμενων ιατρών.

2.8.3 Ανεπίσημες πληρωμές

Οι ανεπίσημες πληρωμές αποτελούν ιδιάζον χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας. Μπορεί να αποδοθεί κυρίως στην έλλειψη λογικής διαμόρφωσης των μισθών των ιατρών του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) και πολιτικής αποζημιώσεων, καθώς και στην απουσία αποτελεσματικού ελέγχου. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την έξαρση του φαινομένου αποτελούν η υπερεπάρκεια ιατρικού δυναμικού, η έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κι οι μεγάλες αναμονές για εξέταση στα δημόσια νοσοκομεία (Σουλιώτης 2000).

Οι συναλλαγές αυτές αφορούν κυρίως την παροχή υπηρεσιών σε νοσοκομειακό επίπεδο και τις πληρωμές σε ιατρούς, κυρίως σε χειρουργούς, ούτως ώστε οι ασθενείς να μπορούν να παρακάμψουν τις λίστες αναμονής ή να εξασφαλίσουν καλύτερη ποιότητα της φροντίδας και περισσότερη προσοχή από τους ιατρούς. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι, σε δείγμα μεγέθους 4738 ατόμων, το 36% αυτών που θεραπεύτηκαν σε ένα νοσοκομείο ανέφεραν τουλάχιστον μια ανεπίσημη πληρωμή σε ιατρό (Οικονόμου Χ., 2010). Το 42% εξ αυτών ανέφερε ότι η πληρωμή δόθηκε εξαιτίας του φόβου ότι θα λάμβαναν κατώτερη φροντίδα κι ένα 20% ότι οι ιατροί απαίτησαν τέτοιου είδους πληρωμή. Η πιθανότητα πραγματοποίησης έκτακτων πληρωμών είναι 72% υψηλότερη για τους ασθενείς που στοχεύουν να προσπελάσουν τις λίστες αναμονής σε σχέση με αυτούς που ακολουθούν την προβλεπόμενη διαδικασία. Επιπρόσθετα, η πιθανότητα ανεπίσημων πληρωμών σε μη χειρουργικά περιστατικά ήταν 137% υψηλότερη από τα μη χειρουργικά (Λιαρόπουλος, 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2004 η «μαύρη αγορά» στον τομέα της υγείας αποτελούσε το 16,9% των συνολικών εξόδων υγείας (Κυριόπουλος, 2004).

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει στο θεσμό των απογευματινών ιατρείων (Ν. 2889/2001), σύμφωνα με τον οποίο οι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων μπορούν να εξετάζουν ιδιωτικά ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία τα απογεύματα αμειβόμενοι κατά πράξη και περίπτωση με δεδομένα ποσά πληρωμών που ποικίλλουν από €25 για τους ιατρούς στα περιφερειακά νοσοκομεία ως €90 για τους καθηγητές ιατρικής στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, ποσά που

επιβαρύνουν τον ασθενή καθώς δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Τα παραπάνω ποσά μοιράζονται ανάμεσα στους ιατρούς (60%) και τα νοσοκομεία (40%). Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάληψη τέτοιου είδους δραστηριότητας από τους πανεπιστημιακούς ιατρούς είναι η παραίτησή τους από το δικαίωμά τους να διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο. Σκοπός της εισαγωγής του παραπάνω θεσμού ήταν η ελάττωση των «ανεπίσημων πληρωμών» κι η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού. Τίθεται φυσικά το θέμα του κατά πόσο επηρεάζεται η αρχή της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, καθώς όσοι διαθέτουν τα οικονομικά μέσα μπορούν να επιλέξουν να εξεταστούν στα απογευματινά ιατρεία από τον ιατρό της αρεσκείας τους παρακάμπτοντας τις λίστες αναμονής σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στα πρωινά τακτικά ιατρεία.

Σ' αυτό το σημείο αξίζει να παρατεθεί περιληπτικά η άποψη του ομότιμου Καθηγητή Ιατρικής κ.Μουτσόπουλου, όπως κατατέθηκε στην εφημερίδα «Βήμα της Κυριακής» στις 12 Φεβρουαρίου 2012 με άρθρο του με τίτλο «Να ξεμπερδέσουμε με το «φακελάκι»». Συγκεκριμένα, ο καθηγητής προτείνει την κοστολόγηση κι ενσωμάτωση των ιατρικών πράξεων που λαμβάνουν χώρα στα δημόσια νοσοκομεία στα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια. Υιοθετώντας αυτό το μέτρο αφενός θα αυξηθούν οι αποδοχές των ιατρών, οι οποίες πλέον θα εξαρτώνται άμεσα από την απόδοσή τους, δηλαδή τον αριθμό των περιστατικών που αντιμετωπίζουν και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αφετέρου θα είναι διαφανέστερες. Ταυτόχρονα προτείνει την επιβολή αυστηρότατων ποινών στους παραβάτες (τους αιτούντες επιπλέον αμοιβών από τους ασθενείς). Με τα παραπάνω μέτρα θεωρεί ότι οι ιατροί δε θα μπορούν πλέον να επικαλούνται τις χαμηλές αμοιβές τους ως δικαιολογία για τυχούσα παραοικονομική δραστηριότητα.

Στον αντίλογο, πιθανή εξήγηση για τα φαινόμενα παράνομων επιπλέον αμοιβών των ιατρών αποτελεί η πραγματικότητα των χαμηλών αμοιβών τους. Η συγκεκριμένη πρακτική έρχεται σε αντίθεση με την διακήρυξη της εισηγητικής έκθεσης των άρθρων 24-41 του Ν. 1397/1983, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός προβλεπόταν να αμείβεται ικανοποιητικά, μέσω ειδικού μισθολογίου που να ανταποκρίνεται στον ειδικό ρόλο του, ώστε να μπορεί να αφιερωθεί, απερίσπαστος από βιοποριστικές ανάγκες κι υπεύθυνα, στην εξυπηρέτηση του κοινωνικού συνόλου. Αυτό το νόημα είχε κι η καθιέρωση, με

τον ίδιο νόμο, της πλήρους κι αποκλειστικής απασχόλησης μέσω της απαγόρευσης άσκησης ιδιωτικής πρακτικής στους ιατρούς του ΕΣΥ (Τσαντίλας, 2008).

2.9 Εσθονία

Οι μέθοδοι πληρωμών κι οι τιμές των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνονται σε μία μόνο λίστα υπηρεσιών υγείας, εγκεκριμένη από την κυβέρνηση. Η διαχείριση του κατάλογου αποτελεί ευθύνη του EATY (Εσθονικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας) και δεν υπόκειται σε διαπραγμάτευση. Προμηθευτές υπηρεσιών υγείας που δεν έχουν σύμβαση με το EATY μπορούν να χρεώνουν τους ασθενείς τους τις τιμές που επιθυμούν οι ίδιοι μέχρι ένα μέγιστο όριο. Ο κατάλογος αναθεωρείται τουλάχιστον μια φορά το χρόνο. Η παροχή υπηρεσιών σε επίπεδο δευτεροβάθμιας περίθαλψης αποζημιώνεται κυρίως με το κατά πράξη και περίπτωση σύστημα πληρωμών.

Όλοι οι πολίτες της Εσθονίας είναι εγγεγραμμένοι στις λίστες οικογενειακών ιατρών, συμβεβλημένων με το EATY, τους οποίους επιλέγουν ελεύθερα. Το οικονομικό σκέλος των συμβάσεων αναθεωρείται 4 φορές το χρόνο προσαρμοζόμενο στις αλλαγές στις λίστες των ιατρών, καθώς οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αλλάζουν οικογενειακό ιατρό. Το 2006, σύμφωνα με στοιχεία του EATY (Koppel et al, 2008), 73% των εσόδων των οικογενειακών ιατρών προέρχονταν από την κατά κεφαλήν μέθοδο και το 15% από την κατά πράξη και περίπτωση μέθοδο πληρωμής. Το 10% αυτών προέρχεται από βασικά επιδόματα. Οι ιατροί προπληρώνονται σε μηνιαία βάση. Οι οικογενειακοί ιατροί παίζουν μερικώς ρόλο εισόδου στο σύστημα υγείας κι η παραπομπή από αυτούς είναι απαραίτητη για την πρόσβαση των ασθενών στους ειδικούς ιατρούς. Εξαιρέση αποτελούν οι οφθαλμίατροι, δερματολόγοι, γυναικολόγοι, πνευμονολόγοι (σε περίπτωση φυματίωσης) κι όλοι οι ιατροί σε περίπτωση τραυματισμού τους οποίους οι ασθενείς μπορούν να επισκεφτούν άμεσα. Σε περίπτωση που ένας ασθενής επισκεφτεί ειδικό ιατρό, χωρίς προηγούμενη παραπομπή από τον οικογενειακό του ιατρό, είναι υποχρεωμένος να καλύψει ο ίδιος όλο το ποσό της αποζημίωσης του ιατρού, εκτός από τις εξαιρέσεις που αναφέρθηκαν.

Το ύψος της κατά κεφαλήν πληρωμής προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία. Έχουν διαμορφωθεί τρεις ομάδες ασθενών: κάτω των 2 ετών, από 2 ως 69 κι άνω των 69 ετών. Τα εισοδήματα των οικογενειακών ιατρών από την

κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή δε μπορούν να ξεπερνούν το 27% των εισοδημάτων από το κυρίαρχο σύστημα πληρωμών. Ο κατάλογος των ιατρικών πράξεων των οικογενειακών ιατρών που αποζημιώνονται κατά πράξη και περίπτωση συμφωνείται ανάμεσα στο EATY και τον Εσθονική Σύλλογο Οικογενειακών Ιατρών κι εγκρίνεται από υπουργικό διάταγμα. Οι περιληφθείσες στον κατάλογο υπηρεσίες επεκτείνονται χρόνο με το χρόνο και περιλαμβάνουν κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις κι εκτέλεση υπερήχων. Μ' αυτόν τον τρόπο παρέχεται κίνητρο στους οικογενειακούς ιατρούς να εκτελούν περισσότερες υπηρεσίες σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Ένα βασικό μηνιαίο επίδομα καλύπτει δαπάνες διαμονής και μεταφορικά έξοδα των οικογενειακών ιατρών. Πρόσθετα επιδόματα αποδίδονται στους οικογενειακούς ιατρούς, οι οποίοι ασκούν το επάγγελμά τους σε απόσταση μεγαλύτερη της συμβατικά καθορισμένης από το πλησιέστερο νοσοκομείο.

Από τον Ιανουάριο του 2006 έχει εισαχθεί ένα νέο σύστημα πρόσθετων πληρωμών των οικογενειακών ιατρών με βάση το οποίο λαμβάνονται υπόψη δείκτες απόδοσης. Οι οικογενειακοί ιατροί είναι ελεύθεροι να αποφασίσουν αν θα συμμετέχουν στο νέο πρόγραμμα και το 2007 πάνω από το 60% αυτών συμμετείχε. Θέματα προτεραιότητας θεωρούνται οι εμβολιασμοί, η μέτρηση των λιπιδίων και της γλυκόζης του αίματος, η μαστογραφία (για γυναίκες ηλικίας 45-59 ετών), ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 κι η αρτηριακή υπέρταση. Επίσης, οφείλουν να εκτελούν απλές χειρουργικές επεμβάσεις και να παρακολουθούν τις φυσιολογικές κυήσεις. Επιπλέον, οι ιατροί πρέπει να αποστέλλουν ηλεκτρονικές αναφορές στο EATY μια φορά το χρόνο όσον αφορά τις επιδόσεις τους στα ανωτέρω πεδία. Έπειτα το EATY θα επαληθεύσει αυτές τις αναφορές έναντι της βάσης δεδομένων των αιτήσεων προς αποζημίωση που παράγεται σε μηνιαία βάση. Οι οικογενειακοί ιατροί αναμένεται να κερδίζουν περίπου €255 επιπλέον το μήνα αν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του νέου συστήματος.

Ειδικοί ιατροί εργάζονται στα νοσοκομεία με καθεστώς σύμβασης και καθίστανται μισθωτοί υπάλληλοι αυτών. Το επίπεδο των μισθών καθορίζεται από ατομικές διαπραγματεύσεις ανάμεσα στους εκπροσώπους της διοίκησης και τους εργαζόμενους, ακόμα και σε δημόσια νοσοκομεία. Οι ιατροί εργάζονται στα νοσοκομεία με καθεστώς ατομικών συμβάσεων αν και πολλές φορές αυτές βασίζονται σε γενικές κλαδικές συμφωνίες για το ύψος του

μισθού. Οι περισσότεροι από τους ειδικούς ιατρούς που εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες έχουν σύμβαση με το EATY. Υπάρχουν όμως και μερικοί μη συμβεβλημένοι (κυρίως οφθαλμίατροι, γυναικολόγοι, ωτορινολαρυγγολόγοι κι ορθοπεδικοί). Όταν ασθενείς ζητούν υπηρεσίες ιατρών αυτής της κατηγορίας είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν οι ίδιοι ολόκληρο το ποσό της αποζημίωσής τους. Ο μέσος μηνιαίος μισθός των νοσοκομειακών ιατρών αυξήθηκε από τα €654,79 το 2002 στα €1293,67 το 2007, ποσοστό αύξησης 97,57% (Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων, 2007, πρόσβαση από Koppel et al,2008).

2.10 Ηνωμένο Βασίλειο

Πρόκειται για τη χώρα που εισήγαγε το θεσμό του εθνικού συστήματος υγείας (τύπου Beveridge). Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους του NHS (National Health System) ήταν η αύξηση του αριθμού των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, η πληρωμή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οριζόταν κυρίως από τους αντίστοιχους φορείς εξέτασης των πληρωμών τους και σε κάθε περίπτωση οι αυξήσεις μισθών ήταν απαραίτητες για την προσέλκυση των ιατρών στο NHS. Ο συνδυασμός υψηλότερου αριθμού επιστημονικού προσωπικού κι υψηλότερων μισθών σήμαινε ότι ένα σημαντικό ποσοστό της αύξησης της εκροής των πόρων στο NHS μετά το 2000 απορροφήθηκε από τις πληρωμές του προσωπικού. Εκτιμήθηκε ότι το 43% της αύξησης του προϋπολογισμού του NHS την περίοδο 2002-2008, ύψους 43,2 δισεκατομμυρίων λιρών, απορροφήθηκε από το υψηλότερο κόστος μισθοδοσίας (Wanless et al.,2007 όπως αναφέρεται σε Boyle, 2011). Η κυβέρνηση προσπάθησε να αυξήσει την παραγωγικότητα του προσωπικού θέτοντας ξανά υπό συζήτηση το θέμα των συμβολαίων τους. Τα συμβόλαια των ειδικών ιατρών τέθηκαν υπό διαπραγμάτευση με την ελπίδα ότι θα οδηγούσε σε καλύτερη αξιοποίηση του χρόνου τους. Τα συμβόλαια των γενικών ιατρών συζητήθηκαν πάλι με το στόχο της δημιουργίας μιας στενότερης σύνδεσης ανάμεσα στον όγκο της δουλειάς και την αποζημίωση. Μολοταύτα, οι νέες συμφωνίες αποδείχθηκαν τελείως αναποτελεσματικές όσον αφορά το στόχο της μείωσης του κόστους της μισθοδοσίας των ιατρών στα νοσοκομεία και τη φροντίδα της κοινότητας.(NAO-National Audit Office/Εθνικό Ελεγκτικό Γραφείο, 2007 όπως αναφέρεται σε Boyle, 2011).

2.10.1 Η αγορά της υγείας κι οι σχέσεις αγοραστών-προμηθευτών

Ο διαχωρισμός του ρόλου του αγοραστή από το ρόλο του παρόχου υπηρεσιών υγείας έγινε το 1991, οπότε σχηματίστηκαν τα NHS trusts, τα οποία ως μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί αντικατέστησαν τα κρατικά νοσοκομεία, που ανέλαβαν το ρόλο του δεύτερου, ενώ αγοραστής παρέμεινε το κράτος. Η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση επέβαλε και τη ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών με τη μορφή συμβάσεων, κάτι που αποτέλεσε σημαντικό νεωτερισμό στο NHS.

Το 2003 και το 2004 μεταρρυθμίστηκαν οι προβλεπόμενες από τις συμβάσεις αποζημιώσεις κι οι συνθήκες εργασίας για τους ειδικούς (consultants) και τους γενικούς ιατρούς.

2.10.2 Πληρωμή με βάση το αποτέλεσμα (PbR-Payment by Results)

Πριν το 2003, τα νοσοκομεία πληρώνονταν, σύμφωνα με συμβάσεις ετήσιων πληρωμών, με ένα δεδομένο ποσό που αντιστοιχούσε σε ένα δεδομένο έργο. Με βάση αυτό το σύστημα, γινόταν διαπραγμάτευση για τις αποζημιώσεις σε τοπικό επίπεδο κι οι επαγγελματίες υγείας αμείβονταν με ένα δεδομένο μισθό ανεξάρτητα από το έργο τους. Κατ' αυτόν τον τρόπο δεν υπήρχε άμεση σχέση ανάμεσα στη δραστηριότητα των ιατρών, τα περιστατικά τους και την αμοιβή τους. Μερικά τρασυ γενικών ιατρών συμφώνησαν να διαπραγματευτούν τοπικά τις συμβάσεις που συνέδεαν τον όγκο εργασίας με την αμοιβή, με ποικίλους βαθμούς επιτήδευσης, αλλά αυτά αποτελούσαν την εξαίρεση του κανόνα.

Το σύστημα PbR εισήχθη στην Αγγλία την περίοδο 2003-2004. Η εισαγωγή ρυθμιζόμενου κρατικού τιμολογίου ήταν μεγάλη καινοτομία για το οικονομικό καθεστώς του NHS. Αντί για τις ετήσιες συμβάσεις για τη δραστηριότητα, οι οποίες είναι ανελαστικές ως προς τον όγκο και τη φύση της, τα νοσοκομεία θα πληρώνονταν για τη δραστηριότητα που αναλάμβαναν. Η κυβέρνηση προέβλεπε το επιχείρημα ότι κάτι τέτοιο θα δημιουργούσε μεγαλύτερο κίνητρο για βελτιωμένη παροχή υπηρεσιών. Ισχυριζόμενη ότι η εμπειρία του υποδεικνυόμενου από την εσωτερική αγορά ανταγωνισμού τιμών τη δεκαετία του '90 δε δούλεψε κι απλά οδήγησε σε υπερβολικές δαπάνες, η κυβέρνηση πρότεινε να χρησιμοποιηθούν ως σημεία αναφοράς οι νέες διαγνωστικές ταξινομήσεις (HRGs-Healthcare resource group) για να εγκαθιδρυθεί ένα δεδομένο τιμολόγιο για την ίδια θεραπεία, ανεξάρτητα από τον πάροχό της. Οι τοπικές επιτροπές θα επικεντρώνονταν στο καθορισμό του όγκου, της

καταλληλότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών κι όχι της τιμής, καθώς η τιμή θα καθοριζόταν με τη χρήση των τοπικών τιμολογίων, αντανακλώντας έτσι τις αναπόφευκτες διαφορές στις δαπάνες μεταξύ των διαφόρων περιοχών της χώρας. Σκοπός της μεταρρύθμισης ήταν η μακροπρόθεσμη μετάβαση σε ένα σύστημα όπου σε κάθε ιατρική πράξη αντιστοιχεί μια δεδομένη τιμή. Κάτι τέτοιο, ωστόσο, αποδείχθηκε δύσκολο και δεν έχει επιτευχθεί. Τα τραστ θεμελίωσης (Foundation Trusts, FTs- τοπικοί οργανισμοί που αποτελούνται από εκπροσώπους ασθενών, επαγγελματιών υγείας και τοπικών φορέων) χρησιμοποιήθηκαν πιλοτικά.

Την περίοδο 2006-2007, το τιμολόγιο επεκτάθηκε σε όλες τις πτυχές δραστηριότητας των ιατρών εντός NHS, όπως εσωτερική ιατρική φροντίδα, εξωτερικά ιατρεία κι επείγοντα περιστατικά (Boyle 2007). Το 2006, σύμφωνα με τον Boyle, ένας αριθμός ελευθεροεπαγγελματιών υγείας μπήκε υπό τη σκέπη της PbR με την εισαγωγή του Εκτεταμένου Δικτύου Επιλογής (Extended Choice Network), το οποίο πρόσφερε επιλογές στους ασθενείς από τα FTs και τα ISTCs (Independent Sector Treatment Centre- Θεραπευτικά Κέντρα Ιδιωτικού Τομέα), τα οποία είχαν προσφερθεί να παρέχουν υπηρεσίες υγείας για το εν λόγω Δίκτυο. Υπήρχαν επίσης συμβάσεις με τα ISTCs, όπου τα τραστ πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (PCT-Primary Care Trust) πληρώνονταν για δραστηριότητα, ανατιθέμενη από τον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα με τα καθορισμένα τιμολόγια με ένα μέρος του κεντρικού προϋπολογισμού να καλύπτει τις προκύπτουσες οικονομικές διαφορές. Το εθνικό κοστολόγιο ιατρικών υπηρεσιών προσαρμόζεται από τον παράγοντα της αγοράς MMF (Market Forces Factor) που ρυθμίζει τις αναπόφευκτες διαφορές δαπανών υγείας μεταξύ των διάφορων περιοχών της χώρας σύμφωνα με παραμέτρους όπως οι τοπικές διαφορές στους μισθούς κι άλλες δαπάνες που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών. Σαν αποτέλεσμα αυτής της τακτικής υπήρχε μια διαφορά 32% περίπου ανάμεσα στο νοσοκομείο με τον χαμηλότερο MMF και σε αυτό με τον υψηλότερο (Υπουργείο Υγείας, 2010 όπως αναφέρεται στον Boyle, 2011) με την ίδια διαφορά παλαιότερα να κυμαίνεται στο 45% (Boyle,2005).

2.10.3 Πληρωμή των ιατρών

Το 2004 συστήθηκε ένα νέο σώμα εντός του NHS (οι Εργοδότες του NHS-NHS Employers), το οποίο έχοντας τις δικές του διοικητικές ρυθμίσεις κατέστη

υπεύθυνο για τη διαχείριση θεμάτων που έχουν σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό εντός του NHS, συμπεριλαμβανομένων των διαπραγματεύσεων για τον καθορισμό των αμοιβών. Οι ειδικοί ιατροί του NHS (consultants) είναι μισθωτοί υπάλληλοί του. Από την ίδρυση του NHS (1948) επιτρεπόταν στους ιατρούς του να απασχολούνται παράλληλα στον ιδιωτικό τομέα. Ειδικά για αυτούς που συμβάλλονταν με το NHS ως ιατροί πλήρους απασχόλησης, τους επιτρεπόταν να κερδίζουν από τον ιδιωτικό τομέα ως το 10% των αποδοχών τους ως μισθωτοί. Αντιθέτως, ιατροί που ήταν μερικώς απασχολούμενοι στο NHS δεν είχαν περιορισμό στα κέρδη τους από την ενασχόλησή τους στον ιδιωτικό τομέα, αλλά ήταν υποχρεωμένοι να παραιτούνται από το 1/11 του μισθού τους στο NHS. Υπηρεσίες που παρέχονταν σε ιδιωτικά ασφαλισμένους ασθενείς χρεώνονταν φυσιολογικά κατά πράξη και περίπτωση. Ενώ το 1992, σύμφωνα με έρευνα της Επιτροπής Ανταγωνισμού το 1994 όπως αναφέρεται στον Boyle, 2011) υπολογιζόταν ότι περίπου το 70% των consultants εργαζόταν παράλληλα στον ιδιωτικό τομέα, το 2006 το ποσοστό αυτό είχε μειωθεί στο 55% .

Το σχέδιο του NHS του 2003 (NHS Plan), σύμφωνα με τους Maynard και Bloor (2003), εξέφρασε το στόχο του NHS για μια θεμελιώδη αναμόρφωση των εθνικών συμβάσεων για τους ιατρούς του Ηνωμένου Βασιλείου ώστε να επιβραβεύσει και να δώσει κίνητρο σε αυτούς που κάνουν το καλύτερο για το σύστημα υγείας. Ο κύριος στόχος του Υπουργείου Υγείας, εκπεφρασμένος σε πολλά πολιτικά έγγραφα κατά τη διάρκεια των ετών 2001 και 2002, ήταν να επιτύχει μια αμεσότερη διαχείριση της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος από τους ιατρούς του NHS, μέσω υιοθέτησης του συστήματος της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής σε συνδυασμό με τον περαιτέρω περιορισμό της άσκησης ιδιωτικού έργου (πρόσβαση από Boyle, 2011). Οι ιατροί αντιστάθηκαν αλλά τελικά τον Οκτώβριο του 2003 υπογράφηκε μια νέα σύμβαση με τα εξής κύρια σημεία:

- πλήρης απασχόληση 40 ωρών την εβδομάδα,
- εθελοντική εργασία, όχι στα τμήματα επειγόντων, τα απογεύματα και τα Σαββατοκύριακα κι επέκταση της ετήσιας άδειας μετά τη συμπλήρωση επτά χρόνων υπηρεσίας,
- μισθός αποτελούμενος από πέντε στοιχεία: τη βασική αμοιβή, επιπρόσθετες αποδοχές για προγραμματισμένες δραστηριότητες,

αποζημιώσεις για εφημερίες ετοιμότητας (on call), πληρωμές- μπόνους ως επιβράβευση της τελειότητας στην άσκηση του επαγγέλματός τους κι άλλες πληρωμές κι επιδόματα,

- κανέναν περιορισμό στις απολαβές από την άσκηση ιδιωτικού έργου.

Η λεγόμενη πλήρης απασχόληση εντός του NHS αποτελείται από 10 προγραμματισμένες δραστηριότητες την εβδομάδα, η κάθε μία διάρκειας 4 ωρών εκ των οποίων οι τρεις να είναι μεταξύ 7 πμ. κι 7 μμ. Τα βραβεία για την κλινική τελειότητα διατίθενται μέσω μιας διαδικασίας κρίσης από συναδέλφους και συμπληρώνουν, συχνά ουσιαστικά, τους μισθούς των ειδικών ιατρών του NHS. Η απόδοση αυτών των πρόσθετων απολαβών δεν υπόκειται στη βάση κανενός αντικειμενικού μέτρου ή επίδρασης της εργασίας των αμειβόμενων. Το νέο συμβόλαιο έχει περιγραφεί σαν μια νίκη της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης εξαιτίας της ανόδου του εισοδήματος των ιατρών του NHS, της μικρής έμφασης στη μείωση των ανισοτήτων στη δραστηριότητα και του μη περιορισμού της ιδιωτικής πρακτικής (Maynard & Bloor, 2003).

Το νέο συμβόλαιο για τους ιατρούς περιλάμβανε αύξηση στο βασικό μισθό των ειδικών ιατρών μεταξύ £65035 και £88000 την περίοδο 2003-2004 από £52600 έως £68505 που ήταν την περίοδο 2002-2003. Ο μέσος συνολικός μισθός του ειδικού ιατρού ανήλθε από τις £86746 την περίοδο 2002-2003 στις £109974 την περίοδο 2005-2006, αυξανόμενος έτσι κατά ποσοστό 8% ανά έτος. Μέχρι το 2006, το 89% των ιατρών είχαν υπογράψει τη νέα σύμβαση ενώ ο μέσος αριθμός των εβδομαδιαίων προγραμματισμένων δραστηριοτήτων ανά ιατρό ελαττώθηκε από τις 11,17 το 2004 στις 10,83 το 2005 (στοιχεία του Εθνικού Ελεγκτικού Γραφείου, όπως αναφέρονται στον Boyle, 2011). Το Μάρτιο του 2010, οι μέσες απολαβές των ειδικών ιατρών του NHS είχαν αυξηθεί στις £120200 υπό τη νέα σύμβαση, στην οποία είχε προσχωρήσει το 96% αυτών (στοιχεία Κέντρου Πληροφοριών- Information Centre το 2010 όπως παρατίθενται στον Boyle, 2011).

Ο συνδυασμός της δημόσιας κι ιδιωτικής αμοιβής των ιατρών είχε οδηγήσει σε συζήτηση σχετικά με το αν αποτελούσε στο μέλλον αντικίνητρο για την επαγγελματική τους εξέλιξη. Είχε προβληθεί το επιχείρημα ότι το δικαίωμα ιδιωτικής απασχόλησης των ιατρών ίσως να περιόριζε το χρόνο που αφιέρωναν στους ασθενείς που απευθύνονταν στο NHS, όπως και το ενδιαφέρον τους. Παρότι, σύμφωνα με το νέο συμβόλαιο δεν υπάρχει περιορισμός των

αποδοχών των ιατρών από την άσκηση ιδιωτικού έργου, νέες οδηγίες τους απαγορεύουν να χρησιμοποιούν τον εξοπλισμό ή το προσωπικό του NHS για ιδιωτικούς σκοπούς χωρίς προηγούμενη άδεια των διοικούντων. Ένας λόγος που είχε οδηγήσει στην υπογραφή της νέας σύμβασης το 2003 ήταν η μεγάλη ποικιλία στην ανάληψη δραστηριότητας εκ μέρους των ιατρών του NHS, ακόμα και μεταξύ ιατρών της ίδιας ειδικότητας. Για παράδειγμα, οι πιο δραστήριοι από τους γενικούς χειρουργούς (25% του συνόλου) είχαν 60-85% υψηλότερα ποσοστά δραστηριότητας από το 25% που αντιστοιχούσε στους λιγότερο δραστήριους συναδέλφους της ίδιας ειδικότητας (Bloor, Maynard and Freemantle, 2004).

Τα συμβόλαια των ιατρών, τόσο αυτά πριν όσο κι εκείνα μετά τη συμφωνία του 2003, καθορίζονται στη βάση διαπραγματεύσεων μεταξύ της Κεντρικής Επιτροπής Επιμελητών κι Ειδικών της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης (BMA-British Medical Association) και της Συνομοσπονδίας του NHS. Οι μισθολογικές κλίμακες των consultants του NHS καθορίζονται από την κυβέρνηση.

2.10.4 Γενικοί ιατροί

Ο γενικός (οικογενειακός ιατρός) αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του Βρετανικού συστήματος υγείας. Βασική μέθοδος πληρωμής των Βρετανών γενικών ιατρών παραμένει η κατά κεφαλήν πληρωμή. Διατηρούν την ιδιοκτησία των ιδιωτικών τους ιατειρών, συμμετέχουν σε δίκτυα ιατρών (practices) κι είναι υποχρεωμένοι να συμβάλλονται με τους οργανισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (PCTs) της περιοχής τους (Bodenheimer, Grumbach, 2002:158).

Πριν αναλυθεί εκτενώς ο τρόπος αποζημίωσής τους, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι γενικών ιατροί (εφεξής θα αναφέρονται στο κείμενο ως GP) είναι υπόλογοι για τη διαχείριση και την κατανομή των πόρων που τους αποδίδονται, βάσει καθορισμένου, ειδικά προσαρμοσμένου για τους ασθενείς τους προϋπολογισμού. Αυτή η πρακτική εξυπηρετεί στόχους που έχουν σχέση με τη μείωση της ζήτησης για νοσοκομειακή περίθαλψη, τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ορθολογική διαχείριση των οικονομικών πόρων που διατίθενται για την υγεία.

Οι συμβάσεις των GPs αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης μεταξύ του αντιπροσωπευτικού σώματος των GP (η Επιτροπή των GP της Βρετανικής

Ιατρικής Ένωσης) και του αντιπροσωπευτικού σώματος των εργοδοτών (NHS Employers). Πρέπει να σημειωθεί ότι μετά τις μεταρρυθμίσεις του 2003, οι γενικοί ιατροί που είναι εταίροι σε μια ένωση-εταιρεία γενικής ιατρικής (περίπου 73% των GP) μοιράζονται τα κέρδη της ένωσης μετά την πληρωμή των εξόδων. Αντίθετα, GP που δεν είναι εταίροι πληρώνονται με μισθό από την εταιρεία, όπως ίσχυε παλαιότερα.

Τα κύρια συστατικά της σύμβασης είναι οι πληρωμές για τις βασικές υπηρεσίες (σφαιρικό ποσό-global sum), οι αναβαθμισμένες υπηρεσίες, η παροχή φροντίδας εκτός των συνηθισμένων ωρών εργασίας και το Πλαίσιο Ποιότητας κι Αποτελεσμάτων (QOF- Quality and Outcomes Framework).

2.10.5 Σφαιρικό ποσό-Global sum

Ουσιαστικά αποτελεί την πληρωμή για έναν πυρήνα βασικών υπηρεσιών με κατανομή των υπηρεσιών σύμφωνα με τη φόρμουλα του Carr-Hill (στοιχεία Υπουργείου Υγείας το 2004 όπως αναφέρονται στον Boyle, 2011), η οποία στόχευσε στη σύνδεση της χρηματοδότησης των εταιρειών γενικής ιατρικής σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών βασισμένη σε ένα στατιστικό μοντέλο το οποίο λάμβανε υπόψη τη φυλετική κι ηλικιακή κατανομή των ασθενών, τις επιπρόσθετες ανάγκες που σχετίζονται με τη νοσηρότητα και θνητότητα του πληθυσμού αναφοράς, τον αριθμό των νέων εγγεγραμμένων ασθενών που αντανακλά την αυξημένη χρήση στον πρώτο τους χρόνο εγγραφής, τον αριθμό των ασθενών σε γηροκομεία ή άλλες αντίστοιχες κατοικίες που συνδέεται με επιπλέον δαπάνες, το επιπλέον κόστος που σχετίζεται με το Λονδίνο και τις αναπόφευκτες δαπάνες της παροχής υπηρεσιών στις αγροτικές περιοχές και τις περιοχές με υψηλό κόστος ζωής. Ο πυρήνας των βασικών υπηρεσιών δεν αναφέρεται ειδικά, αλλά αναμένεται από τους GP να εξυπηρετούν τη διαχείριση των ασθενών που είναι ή θεωρούν ότι είναι άρρωστοι, συμπεριλαμβανόμενης της διαχείρισης των χρόνιων και των ανίατων ασθενειών. Οι εταιρείες γενικής ιατρικής ελάμβαναν επίσης ένα Ελάχιστο Μηνιαίο Εισόδημα για να εξασφαλιστεί ότι δεν υπήρχε απώλεια εισοδήματος τα πρώτα λίγα χρόνια της σύμβασης, με σκοπό αυτή η βοήθεια σταδιακά να καταργηθεί. Στην αρχή, πάνω από το 90% των εταιρειών έκαναν χρήση της βοήθειας, αλλά την περίοδο 2010-2011 το ποσοστό αυτό είχε μειωθεί στο 61% (NHS Employers 2010, όπως αναφέρεται στον Boyle, 2011).

2.10.6 Αναβαθμισμένες υπηρεσίες

Πρόκειται για επιπρόσθετες αποζημιώσεις για αναβαθμισμένες υπηρεσίες, τις οποίες μπορούν να προσφέρουν οι εταιρείες γενικής ιατρικής (GP practices), μετά από συμφωνία με τους PCTs. Αυτές οι υπηρεσίες ξεπερνούν τα βασικά όρια της γενικής ιατρικής κι ίσως απαιτούν την εκμετάλλευση δεξιοτήτων ειδικών ιατρών. Σε κάθε PCT αντιστοιχεί ένας δεδομένος προϋπολογισμός για την ανάθεση αυτών των υπηρεσιών, ο οποίος όμως μπορεί να ξεπεραστεί. Έχουν οριστεί τρεις τύποι υπηρεσιών (Boyle, 2011):

- άμεσες: πρόκειται για υπηρεσίες που όλοι οι PCTs πρέπει να αναθέσουν για να καλύψουν τον πληθυσμό τους (αν και οι εταιρείες γενικών ιατρών δεν είναι υποχρεωμένοι να τις προσφέρουν), διέπονται από εθνικές προδιαγραφές και τιμές, παραδείγματα ο εμβολιασμός των παιδιών κι η βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών,
- εθνικές: υπηρεσίες τις οποίες οι PCTs μπορούν να επιλέξουν αν θα αναθέσουν ή όχι, διέπονται από εθνικές προδιαγραφές και τιμές κι επίσης οι μεμονωμένες εταιρείες δεν είναι υποχρεωμένες να παρέχουν,
- τοπικές: υπηρεσίες, τις οποίες οι PCTs μπορούν να επιλέξουν να σχεδιάσουν την ανάθεσή τους, έχοντας το δικαίωμα της τοπικής διαπραγμάτευσης των δεδομένων και των τιμών, περιλαμβάνοντας για παράδειγμα τις υπηρεσίες για ανθρώπους με μαθησιακές δυσκολίες· οι εταιρείες ξανά δεν υποχρεούνται να τις παρέχουν.

2.10.7 Παροχή φροντίδας εκτός ωραρίου

Η νέα σύμβαση απάλλαξε τους GPs από την ευθύνη της παροχής περίθαλψης εκτός ωραρίου, δηλαδή από τις 8 μμ ως τις 6.30 πμ. Οι εταιρείες μπορούν τώρα να επιλέξουν αν θα κάνουν υπερωρίες υπογράφοντας ξεχωριστή σύμβαση· αν το αποφύγουν έχουν απώλειες εισοδήματος της τάξης των £6000 ανά GP. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, οι γενικοί ιατροί μπορούσαν να αναθέτουν την ευθύνη των υπερωριών σε άλλους συναδέλφους GPs ή άλλους ιατρούς και 95% έπρατταν κατ' αυτόν τον τρόπο το 2004. Με βάση δεδομένα του Εθνικού Ελεγκτικού Γραφείου (αναφορά σε Boyle, 2011) τον Ιανουάριο του 2005, μόνο το 10% των GPs παρείχε ιατρικές υπηρεσίες εκτός ωραρίου για τους ασθενείς της λίστας τους.

2.10.8 QOF

Οι επιπρόσθετες αμοιβές παρέχονται σε εταιρείες GP που συνδέονται με την επίτευξη ορισμένων προτύπων ποιοτικής παροχής υπηρεσιών, ως ένα μέτρο που αποσκοπεί στη σύνδεση των πληρωμών με την απόδοση. Το QOF είναι ένα σύνολο δεικτών, συνυπολογίζοντας τους οποίους προκύπτει μια βαθμολογία, πάνω στην οποία βασίζονται τα επιπλέον χρήματα που δίνονται σε κάθε εταιρεία. Οι εταιρείες δεν απαιτείται να συμμετέχουν, αλλά οι περισσότερες το κάνουν. Εταιρείες GP που συμμετέχουν στο σύστημα πρωτοβάθμιων ιατρικών υπηρεσιών ανταμείβονται σύμφωνα με κριτήρια που συμφωνούνται τοπικά με τον PCT τους. Οι βαθμολογίες QOF καταγράφονται ηλεκτρονικά από τις εταιρείες κι υποβάλλονται στον PCT όπου ανήκουν. Ένα δείγμα βαθμολογιών ελέγχεται από τους PCTs προς εξασφάλιση της αξιοπιστίας.

Το QOF αποτελείται από τέσσερα κύρια βασικά συστατικά (NHS Employers and General Practitioners Committee of the British Medical Association, 2009 αναφορά σε Boyle, 2011):

- κλινικά πρότυπα: 86 δείκτες που καλύπτουν 20 κλινικά θέματα, περιλαμβανομένων των :στεφανιαία νόσων, αγγειακό εγκεφαλικό ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, υπέρταση, διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, επιληψία, καρκίνος, ψυχικά νοσήματα, υποθυρεοειδισμός κι άσθμα (69,7% της συνολικής βαθμολογίας την περίοδο 2009-2010),
- οργανωτικά πρότυπα: 36 δείκτες καλύπτουν δεδομένα και πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς, την εκπαίδευση των μελών της κοινοπραξίας αυτής, τη διαχείριση της εταιρείας και των φαρμάκων (16,8% της συνολικής βαθμολογίας την περίοδο 2009-2010),
- η εμπειρία των ασθενών: 3 δείκτες αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται και τη συμμετοχή των ασθενών στα σχέδια εξέλιξης των υπηρεσιών (9,2% της συνολικής βαθμολογίας την περίοδο 2009-2010) και
- πρόσθετες υπηρεσίες: 9 δείκτες που καλύπτουν τέσσερα πεδία που περιλαμβάνουν την ανίχνευση ανωμαλιών του τραχήλου της μήτρας, την υγεία των παιδιών, τη μητρότητα και τις υπηρεσίες αντισύλληψης(4,4% της συνολικής βαθμολογίας την περίοδο 2009-2010).

Το δικαίωμα μιας κοινοπραξίας γενικών ιατρών να διεκδικήσει χρηματικά μπόνους ποιότητας καθορίζεται μέσω μιας κάρτας βαθμολογίας με μέγιστο σύνολο πόντων τους 1000. Την περίοδο 2000-2007 κάθε πόντος άξιζε £125 ανά εταιρεία, μιλώντας για ένα μέσο μέγεθος πληθυσμού στη λίστα κάθε εταιρείας. Το QOF υπόκειται σε ετήσιες διαπραγματεύσεις ανάμεσα στην Επιτροπή Γενικών Ιατρών της BMA και τους NHS Employers, αν κι έχουν γίνει σχετικά λίγες αναθεωρήσεις. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Κλινική Τελειότητα (NICE- National Institute for Health and Clinical Excellence) είναι υπεύθυνο από τον Απρίλιο του 2009 για τη δημιουργία νέων δεικτών QOF και την εξέλιξη κι αναθεώρηση των υπαρχόντων. Τα πορίσματα του NICE θα συζητηθούν από την Επιτροπή των Γενικών Ιατρών της BMA και τους NHS Employers κατά τη διάρκεια των ετήσιων διαπραγματεύσεων.

Αξίζει να αναφερθεί ότι επιπλέον χρηματική βοήθεια διατίθεται στις κοινοπραξίες των GPs για την κάλυψη των αυξημένων εξόδων που οφείλονται στη συντήρηση των εγκαταστάσεων, την τεχνολογία της πληροφορίας (υπολογιστές), στις συντάξεις και στις πληρωμές για την αναγνώριση της αρχαιότητας των στελεχών και για τη βοήθεια του έργου τους όσον αφορά την πρόσληψη νέων και τη διατήρηση των υπαρχόντων.

2.10.9 Δαπάνες NHS για πρωτοβάθμια περίθαλψη κι έσοδα GP

Το Υπουργείο Υγείας προχώρησε σε μια γενναία αύξηση των δαπανών για τις υπηρεσίες των GP όπως φαίνεται από την αύξησή τους από 4,9 δις. λίρες την περίοδο 2002-2003 σε 6,9 δις. λίρες την περίοδο 2005-2006. Κάτι αντίστοιχο δε συνέβη την περίοδο 2006-2007, μολοταύτα η νέα σύμβαση είχε κοστίσει περισσότερο απ' ότι είχε προϋπολογιστεί κι οι πραγματικές δαπάνες την περίοδο 2005-2006 ξεπερνούσαν τα 7,7 δις. λίρες (National Audit Office (NAO), 2008 σε Boyle, 2011). Οι κύριες αιτίες των υπερβολικών δαπανών ήταν: η υπερεκμετάλλευση του θεσμού των QOF και τα επιπρόσθετα έξοδα για την περίθαλψη εκτός ωραρίου, έξοδα που αμφότερα υποτιμήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας, κι η υπερβολική σπατάλη εκ μέρους των PCTs σε πεδία όπως η πληρωμή των αναπληρωτών ιατρών (locum) κι οι αμοιβές των παλαιότερων ιατρών.

Σύμφωνα με την ίδια πηγή, τα συνολικά έσοδα για τους GP στην Αγγλία πριν τη φορολόγησή τους, τόσο από το NHS όσο κι από ιδιωτικές πηγές, αυξήθηκε κατά 58% ανάμεσα στην περίοδο 2002-2003 και την περίοδο 2005-

2006 και συγκεκριμένα από τις £72011 στις £113614. Το παραπάνω δεδομένο δε λαμβάνει υπόψη τα διαφυγόντα έσοδα από την αποχώρηση των εταιρειών GP, όποιων από αυτές το επέλεξαν, από τις υπερωρίες. Τα εισοδήματα των μισθωτών GP δεν αυξήθηκε στον ίδιο βαθμό, παρά μόνο σύμφωνα με τον πληθωρισμό.

2.10.10 GPs στις αγροτικές κι υποβαθμισμένες περιοχές

Στη νέα σύμβαση υπήρξε ειδική μνεία στις ειδικές ανάγκες για GP στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές της χώρας. Στη φόρμουλα του Carr-Hill προβλέπεται να γίνουν προσαρμογές για την ειδική φύση της εργασίας του GP στις αναφερόμενες περιοχές, όπως το να πληρώνονται πρόσθετα για την άμεση φροντίδα και τα επείγοντα περιστατικά, σαν να επρόκειτο για αναβαθμισμένη υπηρεσία. Η στελέχωση των νοσοκομείων της κοινότητας προβλέπεται να γίνεται από τα PCT και να χρηματοδοτείται από τον προϋπολογισμό τους.

Στη νέα σύμβαση αναγνωρίζεται επίσης ο πρόσθετος φόρτος εργασίας που χαρακτηρίζει το έργο των ιατρών στις υποβαθμισμένες περιοχές. Στις περιοχές αυτές με τους λιγότερους ιατρούς κατανέμονται, αναλογικά, μεγαλύτερα χρηματικά ποσά στη βάση των αναγκών του πληθυσμού όμως παρά του αριθμού των ιατρών. Οι ιατρικοί σύνδεσμοι θα μπορούν να αναζητούν την παροχή αναβαθμισμένων υπηρεσιών για τις ειδικές ανάγκες των πληθυσμών αυτών.

2.11 Ιρλανδία

Η κύρια ευθύνη για τη λειτουργία του ιρλανδικού συστήματος υγείας ανήκει στην κυβέρνηση, η οποία και το χρηματοδοτεί διαχειριζόμενη τα έσοδα από τη γενική φορολογία. Ιδιαίτερη συνθήκη αποτελεί το γεγονός ότι 50% περίπου του πληθυσμού έχουν ιδιωτική ασφάλεια.

2.11.1 Πληρωμή γενικών ιατρών

Οι γενικοί ιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι κι εργάζονται είτε μόνοι τους είτε σε συνεργασία με συναδέλφους τους σε «ιατρικούς συνεταιρισμούς». Η πλειοψηφία τους ασκεί τόσο δημόσιο όσο κι ιδιωτικό έργο αν κι υπάρχουν κάποιοι που επικεντρώνονται στον ένα από τους δύο τομείς. Οι GPs που εργάζονται στον δημόσιο τομέα συνάπτουν συμβόλαιο με το Σχήμα Αποζημίωσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Reimbursement Scheme-PCRS) των Εθνικών Κοινόχρηστων Υπηρεσιών με τις αποζημιώσεις

τους να βασίζονται κυρίως στην κατά κεφαλήν αποζημίωση. Σε αυτές προστίθενται επιπλέον αμοιβές για ειδικές πράξεις, όπως οι εκτός ωραρίου κατ' οίκον επισκέψεις κι η πραγματοποίηση εμβολιασμών για τη γρίπη. Το 2006, οι αμοιβές κυμαίνονταν μεταξύ των €49,13 για έναν άρρενα ηλικίας 5 ως 15 ετών που ζούσε εντός τριών μιλίων από το ιατρείο και των €239,84 για μια γυναίκα 70 ετών που κατοικούσε σε απόσταση μεγαλύτερη των 10 μιλίων από το ιατρείο (Εκτελεστικό Όργανο Υπηρεσιών Υγείας-Health Service Executive-HSE,2007 αναφορά σε McDaid et al,2009).

Κάποιοι GPs που εργάζονται μόνο ιδιωτικά μπορούν να συμβληθούν με το HSE (Health Service Executive) για να περιθάλπουν, με έξοδα του δημοσίου, τους ιδιωτικούς τους ασθενείς όταν αυτοί ξεπεράσουν την ηλικία των 70 ετών ή σε ειδικές περιπτώσεις όπως η μόλυνση από ηπατίτιδα C ή η παροχή υπηρεσιών σε μητέρες και νήπια κι η πραγματοποίηση εμβολιασμών. Σε αυτές τις περιπτώσεις αποζημιώνονται με το σύστημα της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής.

2.11.2 Πληρωμή ειδικών νοσοκομειακών ιατρών

Η μέθοδος πληρωμής που εφαρμόζεται σε αυτήν την περίπτωση είναι αυτή της απόδοσης μηνιαίου μισθού σύμφωνα με την «Κοινή Σύμβαση των Ειδικών Ιατρών». Ειδικοί ιατροί που εργάζονται καθαρά στον ιδιωτικό τομέα αμείβονται με βάση τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής. Με τον ίδιο τρόπο αποζημιώνονται για την ιδιωτική πρακτική τους οι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων, καθώς η πλειοψηφία τους (95%) έχει τέτοιο δικαίωμα. Οι αποζημιώσεις για την ιδιωτική περίθαλψη ασθενών, που καταβάλλονται από τους τρεις κύριους ασφαλιστές υγείας, καθορίζονται σε πίνακες αμοιβών. Τα έξοδα για εσωτερικές υπηρεσίες σε νοσηλευτικά ιδρύματα καλύπτονται σχεδόν πάντα από την ιδιωτική ασφάλεια¹ ενώ στις επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ενδέχεται να συμμετέχει οικονομικά ο ασθενής, ανάλογα με το ασφαλιστικό πρόγραμμα. Το εισόδημα από τις ιδιωτικές δραστηριότητες των ειδικών ιατρών είναι ουσιώδες. Το 2002 τα εισοδήματα από τους ασφαλιστές υγείας υπολογίζονταν στα 192,5 εκατομμύρια ευρώ ή μέσο ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα ύψους €127000 (Brennan, 2003).

Οι δύο πηγές άντλησης εισοδημάτων για τους ειδικούς ιατρούς οδήγησαν στη διαμόρφωση ανεπαρκειών κι ανάποδων κινήτρων εντός του συστήματος

¹ 50% του πληθυσμού καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλεια

υγείας. Οι θεμελιώδεις αδυναμίες της Κοινής Σύμβασης αναφέρονται από την Επιτροπή Brennan, η οποία σημειώνει τα εξής μειονεκτήματα:

- οι ιατροί δεν είναι υπόλογοι για τις δαπάνες που προέρχονται από τις ιατρικές τους αποφάσεις
- οι ισχύουσες διατάξεις επιτρέπουν στους ιατρούς να επιδιώξουν την άσκηση ιδιωτικού έργου ακόμα και κατά τη διάρκεια των 33 ωρών της συμβατικά καθορισμένης εβδομαδιαίας δέσμευσής τους με τα δημόσια νοσοκομεία
- η ανάμειξη δημόσιου κι ιδιωτικού έργου περιορίζει το διαθέσιμο χρόνο των ιατρών για την εξέταση θεμάτων διαχείρισης πόρων.

Ένα ακόμα θεμελιώδες πρόβλημα όσον αφορά την κατανομή του χρόνου των ειδικών ιατρών ήταν η έλλειψη ρητής υποχρέωσης τους να διαχειρίζονται προσωπικά τους ασθενείς καθώς μπορούν να αναθέσουν αυτό το καθήκον σε ανειδίκευτους νοσοκομειακούς ιατρούς υπό την επίβλεψή τους. Η Επιτροπή Brennan συνέστησε ότι η Κοινή Σύμβαση θα έπρεπε να διατυπώνει σαφώς την ευθύνη των ειδικευμένων ιατρών να διαχειρίζονται τις πηγές τις οποίες δικαιούνται ώστε να διεξάγουν το έργο τους εντός του καθορισμένου προϋπολογισμού που αντιστοιχεί στο τμήμα, την ειδικότητα και το ατομικό επίπεδο τους. Συνεστήθη επίσης ότι θα έπρεπε να υπάρχουν βασικές ώρες άσκησης δημόσιου έργου από τους ιατρούς, όπως επίσης κι ανάληψη δράσης όσον αφορά τη διαχείριση της κατανομής των πόρων σύμφωνα με το καθορισμένο σχέδιο και προϋπολογισμό. Τονίστηκε επίσης η ανάγκη καθορισμού της αρχής ότι υπερισχύει η ανάγκη εξυπηρέτησης του δημόσιου έναντι του ιδιωτικού έργου του ιατρού, όταν υπάρχει θέμα έλλειψης χρόνου ή πόρων.

Υφίστανται τρεις τύποι συμβάσεων με τους ειδικούς ιατρούς, οι οποίοι καθιερώθηκαν τον Ιούνιο του 2008 (McDaid et al, 2009). Σύμφωνα με τη σύμβαση Τύπου Α οι ιατροί αμείβονται με €240000 το χρόνο και δεν έχουν δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου. Ιατροί που υπόκεινται στη σύμβαση Τύπου Β αμείβονται με €220000 ετησίως, αλλά έχουν το δικαίωμα άσκησης της ιατρικής εντός των νοσοκομείων, δημόσιων ή πανεπιστημιακών, λαμβάνοντας ιδιωτική αποζημίωση. Ορίζεται όμως σαφώς ότι το 80% των ασθενών σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να είναι ασθενείς του δημοσίου. Συμβάσεις Τύπου C εφαρμόζονται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις,

προβλέπουν ετήσια αποζημίωση ύψους €175000 κι επιτρέπουν στους δικαιούχους να περιθάλπουν ασθενείς κι εκτός των δημόσιων νοσοκομείων. Προβλέπονται επίσης πρόσθετες πληρωμές για την εργασία τα Σαββατοκύριακα, τις εφημερίες ετοιμότητας κ.α. Οι ώρες εργασίας εβδομαδιαίως ανέρχονται στις 37 από Δευτέρα ως Παρασκευή και μπορεί να απαιτείται η ανάληψη 5ωρης υπηρεσίας τα Σαββατοκύριακα.

Οι ειδικοί ιατροί δεν είναι υποχρεωμένοι να προσχωρήσουν στους νέους τύπους συμβάσεων αν και είναι αντικειμενικά πιο συμφέρουσες. Τον Μάρτιο του 2008 ο μέγιστος βασικός μισθός για τους ιατρούς της παλαιάς Κατηγορίας I ήταν €186548 (Υπουργείο Υγείας και Παιδιών, Department of Health and Children, 2008 αναφέρεται στον McDaid et al,2009). Οι ιατροί της Κατηγορίας II είχαν μέγιστο εισόδημα €166516, ενώ οι πανεπιστημιακοί ιατροί της Κατηγορίας I, ανάλογα με την ιεραρχία, από €199811 ως 240085. Η βασική διαφορά της Κατηγορίας I από την II έγκειται στο ότι οι ιατροί της δεύτερης κατηγορίας μπορούν να ασκήσουν ιδιωτικό έργο και εκτός δημόσιων νοσοκομείων, π.χ. σε ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ της πρώτης αποκλειστικά σε δημόσια.

2.12 Ισπανία

Χαρακτηριστικό του ισπανικού συστήματος υγείας είναι ότι η οργάνωση και διαχείρισή του ανήκει σχεδόν αποκλειστικά στο κράτος, το οποίο είναι κι ο βασικός χρηματοδότης του. Η κάλυψη υγείας είναι καθολική κι οι υπηρεσίες παρέχονται σε μεγάλο βαθμό δωρεάν.

2.12.1 Μηχανισμοί πληρωμής των ιατρών

Η τυπική μορφή αποζημίωσης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η υπογραφή ετήσιων συμβάσεων που υιοθετούν τη μέθοδο της κατά κεφαλήν πληρωμής, λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικά στοιχεία, τη γεωγραφική διασπορά, καθώς και τις ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας της κάθε περιοχής.

Το πιο κοινό σχήμα πληρωμών για τους GP είναι ο μισθός σε συνδυασμό με μια επιπλέον κατά κεφαλήν πληρωμή (που αντιστοιχεί στο 15% των συνολικών αποδοχών τους), η οποία λαμβάνει υπόψη τη φύση του πληθυσμού που εγγράφονται στις λίστες των ιατρών, την πυκνότητά τους και το ποσοστό των ατόμων της λίστας που είναι ηλικίας άνω των 65 ετών. Στην Καταλονία

λαμβάνονται επιπλέον υπόψη οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες των εκάστοτε περιοχών που εξυπηρετούνται από τους ιατρούς.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας στο Ισπανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι μισθωτοί κι υψηλότατο ποσοστό αυτών έχουν καθεστώς δημοσίου υπαλλήλου, αν κι αυτό το ποσοστό ελαττώνεται χρόνο με το χρόνο και τα περισσότερα από τα νέα συμβόλαια είναι περισσότερο ευέλικτα. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν επιτρέπεται κανενός είδους επιπλέον χρέωσης από τους ιατρούς για την αύξηση των αποδοχών τους εντός του δημοσίου τομέα. Προσφέρεται ωστόσο η δυνατότητα για αύξηση των εισοδημάτων τους αν επιλέξουν να εργάζονται και τα απογεύματα σε ιδιωτικούς φορείς, με απώτερο σκοπό τη μείωση των χρόνων αναμονής για τους ασθενείς

Ο βασικός τους μισθός καθορίζεται σε γενικές γραμμές από την εθνική κυβέρνηση, αν και τα κρατίδια έχουν τη δυνατότητα να τροποποιήσουν κάποια από τα στοιχεία που συγκροτούν το συνολικό μισθό. Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχει ποικιλία τόσο στον τύπο όσο και στο ποσό των συμπληρωματικών του μισθού αποδοχών. Οι συνολικές ετήσιες αποδοχές των γενικών ιατρών και των ιατρών ειδικοτήτων αυξήθηκαν ετησίως κατά 6% και 4% αντίστοιχα για την περίοδο 1999-2004 (García et al, 2010).

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη διαθέσιμη μελέτη (Hidalgo & Matas, 2004 όπως αναφέρεται στον García et al, 2010) ο μέσος ετήσιος μισθός των ιατρών κυμαίνεται από €33448,54 ως €68573,02, ποσό από 2 ως 4 φορές υψηλότερο από τον μέσο ετήσιο μισθό (€18260). Ο Πίνακας 2.5 δείχνει τη διακύμανση του μισθού, ανάλογα με τον τύπο της σύμβασης, για τους GP και τους ιατρούς ειδικοτήτων. Πρέπει να σημειωθεί ότι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας εφαρμόζονται ελαστικές συμβάσεις μερικής απασχόλησης, ακόμα κι ημερήσιες, για την κάλυψη των ελλείψεων στην εξυπηρέτηση των επειγόντων περιστατικών.

Οι μέθοδοι πληρωμών και τα κοστολόγια των ιατρικών πράξεων καθορίζονται από την κυβέρνηση και μερικές φορές, συμπληρωματικά, από διμερείς διαπραγματεύσεις. Υπάρχουν πολλές αμφισβητήσεις για τη μέθοδο πληρωμών των νοσοκομειακών ιατρών τόσο από τη μεριά τους, όσο κι από τη μεριά των κυβερνήσεων. Πιστεύεται ότι τα οικονομικά και μη κίνητρα που τίθενται για τους νοσοκομειακούς ιατρούς δεν ανταμείβουν ικανοποιητικά τυχόν αποδοτικό έργο τους ούτε προωθούν την ποιότητα και τα καλύτερα κλινικά

αποτελέσματα, κάτι το οποίο σχετίζεται με το καθεστώς του δημοσίου υπαλλήλου και τη μονιμότητα που αυτό συνεπάγεται. Κάποια μέτρα που εφαρμόστηκαν για την ανταμοιβή των ιατρών ανάλογα με την απόδοσή τους δεν υπήρξαν ιδιαίτερα αποτελεσματικά, τόσο λόγω του μικρού ποσοστού που αντιπροσώπευαν αυτές οι ανταμοιβές ως προς τις συνολικές αποδοχές όσο και λόγω της δυσκολίας εκτίμησης της αποδοτικότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5 Οι ετήσιοι μισθοί (€) των ιατρών των δημόσιων νοσοκομείων ανάλογα με τον τύπο της σύμβασης και το καθεστώς εργασίας (Ισπανία).

	«Δημόσιος υπάλληλος» (1) μη αποκλειστικής απασχόλησης (2)/ώρες εφημερίας		«Δημόσιος υπάλληλος» αποκλειστικής απασχόλησης και 50 ώρες εφημερίας		Ιατρός με προσωρινή σύμβαση εργασίας (3) αποκλειστικής απασχόλησης και 50 ώρες εφημερίας	
	Νοσοκομεία	ΠΦΥ	Νοσοκομεία	ΠΦΥ	Νοσοκομεία	ΠΦΥ
Μέσος	38338,39	39733,59	56881,27	53653,98	51661,34	48434,03
Μέγιστος	47845,78	49450,39	68573,02	62509,54	60877,00	55293,97
Ελάχιστος	33448,54	34095,82	50565,94	48232,70	44517,88	37858,28

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. (1) Το καθεστώς των νοσοκομειακών ιατρών είναι ανάλογο με αυτό των δημοσίων υπαλλήλων, ωστόσο δε θεωρούνται επισήμως δημόσιοι υπάλληλοι. (2) Αποκλειστική απασχόληση σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται στον ιατρό να ασκεί ιδιωτικά την ιατρική εκτός από τις ώρες απασχόλησης στο δημόσιο τομέα και εξαιτίας αυτού λαμβάνει μια επιπλέον αποζημίωση. (3) Ιατροί αυτού του τύπου υπογράφουν προσωρινές συμβάσεις κι εξυπηρετούν τα νοσοκομεία μέχρις ότου ένας μόνιμος ιατρός «δημόσιος υπάλληλος» καταλάβει τη θέση

Πηγή : Hidalgo MJ, Matas V ,*Estudio comparativo del salario del médico en España [Comparative study of physicians' salaries in Spain]*. Granada, Sindicato Médicode Granada,2004 όπως παρατίθεται σε García et al, 2010.

2.13 Ιταλία

2.13.1 Σύντομη ανασκόπηση του συστήματος υγείας

Πρόκειται για εθνικό σύστημα υγείας που χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του αποτελεί ο αποκεντρωμένος χαρακτήρας του με τις περιφέρειες να διαθέτουν αυξημένες αρμοδιότητες, ανάμεσα στις οποίες και τη διαχείριση του προϋπολογισμού. Ο τελευταίος συνίσταται από κρατικές επιχορηγήσεις κι από τα έσοδα (π.χ. από

τη φορολογία) της κάθε περιφέρειας χάρη στα οποία μπορεί να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες της ανάλογα με το ύψος αυτών.

2.13.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα

Παρέχεται κυρίως από τους γενικούς ιατρούς, παιδίατρος και αυτοαπασχολούμενους ιατρούς οι οποίοι υπογράφουν σύμβαση με το κράτος. Η πληρωμή τους γίνεται με τη μέθοδο της κατά κεφαλήν πληρωμής, ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα του κάθε ιατρού. Παρά το γεγονός ότι παρέχονται οικονομικά κίνητρα για την απασχόληση των συμβεβλημένων ιατρών σε κοινές εγκαταστάσεις, οι περισσότεροι δουλεύουν μόνοι τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Όσον αφορά στις υπηρεσίες των ειδικών ιατρών (σε περιπατητικό επίπεδο- είτε πρόκειται για απλές επισκέψεις είτε για διαγνωστικές πράξεις), αυτές παρέχονται από τις Τοπικές Εταιρείες Υγείας (ASL-Azienda sanitaria locale, υπάγονται στις τοπικές κυβερνήσεις) είτε από δημόσια ή ιδιωτικά ιδρύματα με τα οποία οι ASL έχουν σύμβαση. Οι επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς γίνονται είτε κατόπιν παραπομπής από γενικό ιατρό είτε μέσω άμεσου προγραμματισμού διαμέσου ενός κεντρικού σημείου συντονισμού.

2.13.3 Μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών

Το μοντέλο πληρωμών των ιατρών εξαρτάται από τον τομέα του SSN στον οποίο απασχολούνται. Οι γενικοί ιατροί κι οι παιδίατροι που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προληπτικής ιατρικής αμείβονται κυρίως με τη μέθοδο της κατά κεφαλήν πληρωμής ενώ οι νοσοκομειακοί ιατροί προσφέρουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας κι αμείβονται με μηνιαίο μισθό.

2.13.3.1 Γενικοί ιατροί και παιδίατροι

Μπορούν να επιλέξουν αν θα εξυπηρετήσουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας σε καθεστώς πλήρους ή μερικής απασχόλησης. Η πληρωμή καθορίζεται πολλαπλασιάζοντας την καθορισμένη ανά άτομο αποζημίωση με τον αριθμό των ατόμων που περιλαμβάνονται στη λίστα του ιατρού. Οι ASL μπορούν επίσης να πληρώσουν επιπλέον επιδόματα, τα οποία συμφωνούνται σε τοπικό επίπεδο για την παροχή προγραμματισμένης φροντίδας σε ειδικές κατηγορίες ασθενών, όπως η κατ' οίκον φροντίδα για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και τους ανάπηρους. Οι ιατροί πρωτοβάθμιας υγείας μπορούν επίσης να αυξήσουν τις αποδοχές τους θεραπεύοντας ασθενείς ιδιωτικά και

χρεώνοντας επιπλέον αμοιβή, με την προϋπόθεση ότι ο χρόνος που αφιερώνεται από τους ιατρούς στην ιδιωτική θεραπεία δε σχετίζεται με την τακτική παροχή των υπηρεσιών τους για τους ασθενείς του SSN.

Τα επίπεδα αμοιβών, τα καθήκοντα κι οι ευθύνες των γενικών ιατρών καθορίζεται σε μια συλλογική συμφωνία που υπογράφεται κάθε τρία χρόνια μετά από διαβουλεύσεις μεταξύ της κεντρικής κυβέρνησης και των ενώσεων των γενικών ιατρών. Στη συμφωνία επίσης καθορίζεται ο μέγιστος αριθμός ατόμων που επιτρέπεται να έχει ο κάθε ιατρός στη λίστα του. Οι γενικοί ιατροί (GP) και παιδίατροι πλήρους απασχόλησης μπορούν να έχουν μέχρι 1500 και 800 άτομα αντίστοιχα, ενώ τα όρια για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης είναι 500 και 400. Όταν ένας γενικός ιατρός ή παιδίατρος αφιερώνει περισσότερες από 5 ώρες ανά εβδομάδα στην ιδιωτική πρακτική του, ο μέγιστος αριθμός των ασθενών του SSN της λίστας του μειώνεται αναλογικά, ούτως ώστε για κάθε επιπλέον ώρα ιδιωτικής πρακτικής ανά εβδομάδα πέραν των 5 μειώνεται ο αριθμός ατόμων της λίστας κατά 37,5 ασθενείς. Ιατροί, οι οποίοι έχουν υψηλότερα όρια (1800 για τους γενικούς ιατρούς και 1000 για τους παιδίατρος) ως συνέπεια παλαιότερων συμφωνιών μπορούν να τα κρατήσουν (Lo Scalzo et al, 2009).

Οι μεταρρυθμίσεις του 1992 και του 1999 προσπάθησαν να διευθετήσουν δισεπίλυτα θέματα που συνδέονται με τις δραστηριότητες των γενικών ιατρών. Πρώτο θέμα ήταν να ξεπεραστεί η παραδοσιακή διάκριση μεταξύ τυπικών γενικών ιατρών και των γενικών ιατρών που απασχολούνταν ιδιαίτερα με επείγοντα περιστατικά και να εγγυηθούν κατ' αυτόν τον τρόπο την ιατρική βοήθεια 24 ώρες το 24ωρο επί επτά ημέρες την εβδομάδα. Για αυτόν το λόγο θεσπίστηκαν κίνητρα ώστε να δημιουργήσουν ιατρικές ενώσεις ή συμπράξεις. Αυτές οι ενώσεις αποτελούνται από ομάδες, οι οποίες παρέχουν διαρκή φροντίδα για συνηθισμένες πράξεις. Δεύτερο θέμα ήταν να παρασχεθούν κίνητρα για τη συγκράτηση του κόστους και τη μείωση των παραπομπών στα νοσοκομεία. Η λύση που δόθηκε ήταν ο διαχωρισμός του συστήματος πληρωμών σε τρία μέρη: καθορισμένο, μεταβλητό κι επιπρόσθετο.

Το σταθερό τμήμα των πληρωμών καθορίζεται με βάση το, από παλιά, καθιερωμένο σύστημα capitation. Η συλλογική συμφωνία που υπογράφηκε το 2009 θέτει το ύψος της κατά άτομο αποζημίωσης στα €40,05. Ο κάθε GP λαμβάνει μια επιπλέον πληρωμή ανά άτομο, η οποία σχετίζεται με τον αριθμό

των ασθενών και τα έτη που παρήλθαν από την αποφοίτησή του. Η πρόσθετη αυτή αμοιβή ορίζεται στα €1,91 για τους GPs με πάνω από 1400 άτομα στη λίστα τους και πρόσφατη αποφοίτηση και τα €18,46 για τους GPs με λιγότερους από 500 ασθενείς οι οποίοι μετρούν περισσότερα από 27 έτη από την αποφοίτησή τους. Επιπρόσθετα, οι ιατροί οι οποίοι συγκροτούν μια ιατρική εταιρεία λαμβάνουν μια πρόσθετη ανά άτομο πληρωμή. Πρόσθετες πληρωμές προβλέπονται επίσης για την προστασία των ιατρών έναντι των κινδύνων, καθώς και για τους ιατρούς που εργάζονται αποκλειστικά στα πλαίσια του SSN (Lo Scalzo et al, 2009).

Το μεταβλητό κομμάτι των πληρωμών αφορά την κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή για ειδικές θεραπείες που περιλαμβάνουν μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, προληπτικές δραστηριότητες, θεραπείες και μετεγχειρητική παρακολούθηση ασθενών. Το επιπρόσθετο μέρος των πληρωμών λειτουργεί ως ανταμοιβή για την αποτελεσματική συγκράτηση του κόστους. Αποτελεί ουσιαστικά ένα ποσοστό της θετικής διαφοράς ανάμεσα στα αναμενόμενα και τα πραγματικά έξοδα, όπου στον όρο έξοδα αναφέρεται το κόστος των φαρμάκων, των διαγνωστικών δοκιμασιών και των θεραπευτικών μεθόδων που συνταγογραφούνται από τους γενικούς ιατρούς.

Τα καθορισμένα και μεταβλητά μέρη είναι κοινά για όλους τους GP και καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο, αλλά η κάθε περιοχή αποφασίζει αν θα εφαρμόσει προϋπολογισμό εξόδων καθώς και το ύψος αυτού. Σαν μεταβλητές για τον υπολογισμό των αναμενόμενων εξόδων προτείνονται το ιστορικό των εξόδων, δημογραφικά χαρακτηριστικά κι επιδημιολογικοί δείκτες.

Το ίδιο μοντέλο πληρωμών εφαρμόζεται και στους παιδίατρος, αλλά οι ανά άτομο αμοιβές είναι υψηλότερες από αυτές των GP διότι έχουν λιγότερους ασθενείς. Η συλλογική συμφωνία που υπογράφηκε το 2009 προβλέπει αμοιβή της τάξης των €83,65 ανά παιδί. Ο κάθε παιδίατρος λαμβάνει μια επιπλέον ανά άτομο πληρωμή που σχετίζεται με τον αριθμό των ασθενών της λίστας και τα έτη που έχουν παρέλθει από την αποφοίτηση, κατ' αντιστοιχία με τους GP. Το ύψος της αμοιβής ορίζεται στα €4,14 για τους ιατρούς με 700 άτομα στη λίστα και πρόσφατη αποφοίτηση και τα €37,96 για αυτούς που έχουν καταγεγραμμένους λιγότερα από 250 άτομα και μετρούν περισσότερα από 22 έτη από την αποφοίτησή τους (Lo Scalzo et al, 2009).

Αυτοαπασχολούμενοι ανεξάρτητοι ειδικοί ιατροί που συμβάλλονται με τις ASL αμείβονται επίσης με βάση το μηχανισμό capitation.

2.13.3.2 Νοσοκομειακοί ιατροί

Μέχρι το 1999 όλοι οι ιατροί μπορούσαν να κερδίζουν επιπλέον χρήματα φροντίζοντας ασθενείς ιδιωτικά, αμειβόμενοι με τη μέθοδο της κατά πράξης και περίπτωσης πληρωμής. Τότε, η οργάνωση και διαχείριση των νοσοκομειακών ιατρών μεταρρυθμίστηκαν σε μια προσπάθεια αποσαφήνισης των ορίων ανάμεσα στη δημόσια κι ιδιωτική άσκηση των καθηκόντων τους και καταστολής των διεστραμμένων κινήτρων που αναπόφευκτα συνδέονται με τη διπλή πρακτική. Η δομή του συστήματος αμοιβών, μετά τις μεταρρυθμίσεις, εξαρτάται από τις πραγματικές εργασίες που εκτελούνται και τις ευθύνες που αναλαμβάνονται. Επιπλέον, οι διαχειριστικές και διευθυντικές θέσεις προορίζονταν αποκλειστικά για τους ιατρούς που επέλεξαν να εργάζονται αποκλειστικά στο δημόσιο τομέα.

Παρομοίως, η πιθανότητα για τους ιατρούς των δημόσιων νοσοκομείων να αυξήσουν τις αποδοχές τους θεραπεύοντας ιδιωτικά ασθενείς καταργήθηκε για όλους τους ιατρούς που εμπλέκονται με το σύστημα μετά από το 1998. Οι ιατροί που απασχολούνται μετά το 1998 διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Μερικοί είχαν επιλέξει να εργάζονται εντός του δημοσίου τομέα με καθεστώς μερικής απασχόλησης με αποτέλεσμα να απολαμβάνουν χαμηλότερους μισθούς και μπορούσαν να συνεχίσουν να δρουν με τον ίδιο τρόπο και μετά τη μεταρρύθμιση. Με μια τέτοια απόφαση όμως παρεμποδιζόταν η εξέλιξη της καριέρας τους, καθώς δεν τους επέτρεπε να καταλάβουν υψηλές θέσεις. Πολλοί από τους εναπομείναντες ιατρούς που είχαν επίσημα επιλέξει να εργαστούν με καθεστώς πλήρους απασχόλησης για το δημόσιο τομέα, εργάζονταν επιπλέον στον ιδιωτικό τομέα. Ο νόμος τους υποχρέωσε μέχρι το τέλος του Οκτωβρίου του 1999 να επιλέξουν αν θα θεραπεύουν τους ασθενείς ιδιωτικά εντός των εγκαταστάσεων των δημόσιων νοσοκομείων ή στον ιδιωτικό τομέα. Ιατροί που επέλεξαν τη δεύτερη λύση αποκλείονταν από την κατάληψη υψηλών διευθυντικών θέσεων.

Όλοι οι ιατροί του δημοσίου, ωστόσο, συνέχισαν να έχουν το δικαίωμα να ασκούν την ιατρική ιδιωτικά εντός των δημόσιων νοσοκομείων πληρώνοντας ένα ποσοστό των πρόσθετων αποδοχών τους, για αυτού του είδους την απασχόληση, στα νοσοκομεία. Ο Lo Scalzo (2009) αναφέρει ότι όλα τα

δημόσια νοσοκομεία υποχρεώνονται να κρατούν ποσοστό 6-12% των κλινών για ασθενείς που νοσηλεύονται ιδιωτικά. Τα ισχυρά οικονομικά κίνητρα (που υπολογίζονται σε 20% περίπου αύξηση των αποδοχών τους), όπως κι οι αυξημένες πιθανότητες εξέλιξης της καριέρας τους, οδήγησε το 91,6% των ιατρών να επιλέξουν αυτό το εργασιακό καθεστώς. Μεταβολή του συστήματος επήλθε το 2004 όταν η κεντροδεξιά κυβέρνηση επέτρεψε, ύστερα από πιέσεις, να επιτρέψει στους ιατρούς να αποφασίζουν ανά έτος αν θα ασκούν το επάγγελμά τους ιδιωτικά εντός των εγκαταστάσεων του SSN.

Ιατροί που εργάζονται εντός εγκεκριμένων συμβεβλημένων ιδιωτικών θεραπευτηρίων ή διαγνωστικών κέντρων αμείβονται από αυτά, τα οποία με τη σειρά τους αποζημιώνονται από τις τοπικές οργανώσεις υγείας σύμφωνα με το σύστημα ταξινομήσεως νοσημάτων (DRGs). Σε κάποιες περιοχές, όπως η Λομβαρδία, οι ASL συμβάλλονται με τους ιδιώτες προμηθευτές για το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τα επίπεδα των πληρωμών, ενώ σε άλλες περιοχές, όπως το Αμπρούζο, διαπραγματεύονται άμεσα μαζί τους. Οι ασθενείς πληρώνουν άμεσα, αλλά αποζημιώνονται πλήρως (για νοσοκομειακή φροντίδα) από το SSN, σε αντίθεση με μη συμβεβλημένα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου δεν αποζημιώνονται.

2.14 Κύπρος

Υπεύθυνο για την οργάνωση και την παροχή δεδομένων υπηρεσιών υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας. Ιδιάζον στοιχείο του συστήματος είναι η πολύ υψηλή ιδιωτική δαπάνη για την υγεία, η οποία αντιστοιχεί σε ποσοστό πάνω από το 50%

Στο δημόσιο τομέα, τόσο στα κέντρα υγείας όσο και στα νοσοκομεία, οι ιατροί είναι μισθωτοί υπάλληλοι ενώ στον ιδιωτικό τομέα αμείβονται με την κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή. Οι ιδιώτες ιατροί ορίζουν τις αμοιβές τους χωρίς καμία ρύθμιση αν κι η Ιατρική Ένωση θέτει μια ελάχιστη αλλά όχι μια μέγιστη αμοιβή. Επομένως, οι τιμές ρυθμίζονται από τις δυνάμεις της αγοράς και, λόγω του μεγάλου ανταγωνισμού εξαιτίας του υψηλού αριθμού των ιατρών που ιδιωτεύουν, συγκρατούνται χαμηλά.

Με την ψήφιση του νόμου περί Εισαγωγής Γενικού Συστήματος Υγείας το 2001 και τις μεταγενέστερες τροποποιήσεις του έχει αρχίσει προοδευτικά να αλλάζει το τοπίο στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας και επακόλουθα του τρόπου πληρωμής των ιατρών. Βασικό στοιχείο του είναι η ίδρυση του

Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, με τον οποίο θα συμβάλλονται οι ιατροί. Ο νόμος προβλέπει και την εισαγωγή του θεσμού του προσωπικού ιατρού, ο οποίος θα λειτουργεί σαν πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας και θα αμείβεται με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής (το ποσό ανά άτομο προβλέπεται να προσεγγίζει τα €45) σε ποσοστό 75%. Προβλέπονται επίσης πρόσθετες αμοιβές, οι οποίες εξαρτώνται από τα έτη άσκησης της ιατρικής, τα προσόντα, την απόδοση του ιατρού και θα είναι προσαρμοσμένες στην ηλικία των εγγεγραμμένων στη λίστα ατόμων. Τέλος, ο κατώτατος αριθμός ασθενών ανά ιατρό έχει οριστεί να είναι 300 κι ανώτερος 500 για τα 3 πρώτα χρόνια και 2500 γενικά.

Οι συμβεβλημένοι ειδικοί ιατροί προβλέπεται να αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση με τις τιμές να καθορίζονται από διαπραγματεύσεις ανάμεσα σε εκπροσώπους του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας και των ιατρικών συλλόγων. Προϋπόθεση για την επίσκεψη σε ειδικό ιατρό αποτελεί η παραπομπή από τον προσωπικό ιατρό.

Πρέπει να τονιστεί ότι το πρόγραμμα που αναλύθηκε παραπάνω βρίσκεται ακόμα στη φάση του σχεδιασμού.

2.15 Λετονία

Εφαρμόζεται το σύστημα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, η οποία εξασφαλίζεται μέσω της Κρατικής Υποχρεωτικής Υπηρεσίας Ασφάλισης Υγείας (ΚΥΥΑΥ). Οικονομικοί πόροι στο σύστημα διοχετεύονται μέσω της φορολογίας (δια του προϋπολογισμού) και μέσω άμεσων πληρωμών, οι οποίες κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα.

Κάθε πολίτης έχει δικαίωμα επιλογής ιατρού, οικογενειακού ή ειδικού, με την προϋπόθεση της σύμβασης με την ΚΥΥΑΥ. Επιπλέον προϋπόθεση για την επίσκεψη σε ειδικό ιατρό αποτελεί η παραπομπή από GP. Εξάιρεση από την υποχρέωση παραπομπής αποτελούν οι ψυχίατροι, γυναικολόγοι, ογκολόγοι, πνευμονολόγοι, δερματολόγοι σε συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις της κάθε ειδικότητας. Επομένως, οι οικογενειακοί ιατροί διαδραματίζουν ρόλο πύλης εισόδου στο σύστημα υγείας.

Τα τοπικά υποκαταστήματα της ΚΥΥΑΥ έχουν την ευθύνη της σύναψης συμβατικών συμφωνιών για την παροχή εξωτερικής ιατρικής φροντίδας είτε από τους οικογενειακούς ιατρούς είτε από ιδιώτες ειδικούς ιατρούς. Η ΚΥΥΑΥ εφαρμόζει ενιαία τιμολόγια για την παροχή υπηρεσιών κι αυτά τα

τιμολόγια εγκρίνονται από την κεντρική Κυβέρνηση. Η διάρκεια ισχύος των συμβάσεων κυμαίνεται από 3 ως το πολύ 5 έτη.

Αν οι GP είναι αυτοαπασχολούμενοι μπορούν να υπογράψουν ενιαία συμβόλαια με τα τοπικά υποκαταστήματα της ΚΥΥΑΥ. Σε αυτήν την περίπτωση, το συμβούλιο της Ένωσης Γενικών Ιατρών προετοιμάζει τους όρους των συμβολαίων. Αντίθετα, όταν οι GPs εργάζονται στα κέντρα υγείας ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, οι συμβάσεις υπογράφονται με τις διοικήσεις των αντίστοιχων ιδρυμάτων.

Οι οικογενειακοί ιατροί είναι συνήθως ελεύθεροι επαγγελματίες κι έχουν σύμβαση με την ΚΥΥΑΥ. Οι ειδικοί ιατροί που εργάζονται στα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι μισθωτοί. Το επίπεδο των μισθών για κάθε ειδικότητα μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τις αποφάσεις της διοίκησης του νοσοκομείου (συνήθως μετά από διαπραγματεύσεις με τους εκπροσώπους των ιατρών), υπόκειται όμως σε ένα ελάχιστο όριο που καθορίζεται από την πολιτεία. Επίσης εξαρτάται από τον όγκο δουλειάς, τις εφημερίες, τα προσόντα και την κλινική εμπειρία. Οι πανεπιστημιακοί ιατροί λαμβάνουν επιπλέον αποζημιώσεις για το διδακτικό τους έργο ανάλογα με τις ώρες διδασκαλίας.

Περίπου το 10% των ειδικών ιατρών στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα είναι αυτοαπασχολούμενοι κι είναι συμβεβλημένοι με την ΚΥΥΑΥ. Βάση πληρωμής αποτελεί η καθορισμένη αποζημίωση του ιατρού ανά επεισόδιο ασθένειας (flat rate). Τούτο το εισόδημα μπορεί να συμπληρωθεί με επιρόσθετες, καθορισμένες βάσει τιμολογίων, πληρωμές για ιατρικές διαδικασίες. Σε κάθε ειδικότητα διαφέρει ο τρόπος υπολογισμού της τιμής ανά επεισόδιο ασθένειας. Αν οι ειδικοί ιατροί εκτελούν δαπανηρές διαδικασίες αποζημιώνονται επιπλέον για κάθε επεισόδιο ασθένειας σύμφωνα με ειδικά τιμολόγια. Επιπλέον, πρέπει να καταβάλλουν ένα ποσό κι οι ασθενείς. Στη συνολική αποζημίωση των ιατρών για τα επεισόδια ασθενειών προστίθενται κατά πράξη και περίπτωση πληρωμές για επισκέψεις παρακολούθησης, αν κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο. Τέλος, οι εργαστηριακοί ιατροί αποζημιώνονται με βάση καθορισμένα τιμολόγια.

Οι οικογενειακοί ιατροί (σε ποσοστό 80% είναι γενικοί ιατροί αλλά μπορεί να είναι και παιδίατροι ή παθολόγοι) αμείβονται με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής με επιπλέον αμοιβές για καθορισμένες πράξεις (όπως strept-test,

ηλεκτροκαρδιογραφήματα, παρακολούθηση των εγκύων, ελάσσονες χειρουργικές επεμβάσεις), κάποιες πριμοδοτήσεις για την επίτευξη δεδομένων στόχων και πάγια επιδόματα (όπως το επίδομα ιατρού). Παραδείγματα πρόσθετων πληρωμών αποτελούν αυτές που γίνονται ανάλογα με τον αριθμό των πασχόντων από χρόνια νοσήματα που περιλαμβάνονται στη λίστα του κάθε ιατρού, την πυκνότητα του πληθυσμού, την απόσταση ανάμεσα στο ιατρείο και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών και τον αριθμό των παιδιών στη λίστα.

Η χρηματοδότηση για την περιπατητική δευτεροβάθμια φροντίδα διαχωρίζεται σε δύο κύρια μέρη όσον αφορά το σχεδιασμό και την κατανομή της, όπως περιγράφει η Tragakes et al (2008). Το πρώτο μέρος υπολογίζεται για κάθε GP ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών, €1 ανά ασθενή ανά μήνα. Τούτο αποτελεί μια μορφή συστήματος διαχείρισης κεφαλαίων από τους GP (fundholding). Το δεύτερο μέρος εφαρμόζεται σε πιο δαπανηρές διαδικασίες και κατανέμεται απευθείας στους προμηθευτές υπηρεσιών περιπατητικής φροντίδας, (π.χ. κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, πολυκλινικές, ειδικοί ιατροί) μέσω διαπραγματεύσεων των συμβάσεων. Οι GPs επιτρέπεται να κρατούν μέχρι το 30% των αχρησιμοποίητων χρημάτων από τους πόρους για τη δευτεροβάθμια φροντίδα. Αν τα αδιάθετα ανά τρίμηνο χρήματα είναι ίσα ή λιγότερα από το 30% των κεφαλαίων που ελέγχονται από τους GP, η ΚΥΥΑΥ τους καταβάλλει το 75% του υπολοίπου. Αν τα αδιάθετα χρήματα είναι πάνω από το 30%, η ΚΥΥΑΥ πρέπει να εκτιμήσει αν η χαμηλή συχνότητα παραπομπών για επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς και για εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών. Καθώς δεν υπάρχει λεπτομερής μεθοδολογία εντός της σχετικής κυβερνητικής ρύθμισης όσον αφορά τα κριτήρια που θα έπρεπε να περιλαμβάνει η ρύθμιση, η ΚΥΥΑΥ έκρινε ότι οι δείκτες της σχετικής δραστηριότητας των GP (όπως ο αριθμός των εκτελούμενων από τους ίδιους ιατρικών πράξεων και τα πολύ υψηλά ποσοστά επισκέψεων των ασθενών) μπορούν να χρησιμοποιούνται για να κρίνουν αν οι GPs πληρούν τις προϋποθέσεις για να λάβουν τις πριμοδοτήσεις αυτές από το ταμείο. Στόχος της διάταξης αυτής ήταν να εξασφαλίσει την αύξηση των ευθυνών των GP και του όγκου των υπηρεσιών που παρέχουν δίνοντάς τους κίνητρο να συγκρατούν τους ασθενείς στον πρωτοβάθμιο τομέα φροντίδας, μειώνοντας κατ' αυτόν τον

τρόπο τις δαπάνες. Από την άλλη μεριά τέτοια κίνητρα εμπεριέχουν τον κίνδυνο μη παραπομπής των ασθενών όταν τούτο είναι ιατρικώς απαραίτητο.

Συνοψίζοντας, το υποθετικό μέσο μηνιαίο εισόδημα ενός γενικού ιατρού με 1600-1700 ασθενείς στη λίστα του αποτελείται από τα εξής στοιχεία (Tragakos et al, 2008:103) :

- κατά κεφαλήν πληρωμή προσαρμοσμένη στην ηλικία των ασθενών (38%)
- επίδομα βοηθού/νοσηλευτή (22%)
- πληρωμές ασθενών² (11%)
- κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση για ειδικές υπηρεσίες (10%)
- σταθερά κονδύλια (16%)
- πριμοδοτήσεις, αποζημιώσεις (3%).

2.16 Λιθουανία

Κυρίαρχο ρόλο στο σύστημα παίζει το Υποχρεωτικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας, με την εποπτεία του χώρου να ασκείται από το Υπουργείο Υγείας. 90% των ιατρών είναι μισθωτοί εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία και τις πολυκλινικές. Παρά ταύτα, η εθνική ρύθμιση των μισθών ισχύει μόνο για τους εργαζόμενους στη δημόσια υγεία (από το 1997). Αντίθετα, στον τομέα της παροχής προσωπικών ιατρικών υπηρεσιών, κάθε νοσοκομειακό ίδρυμα μπορεί να συμφωνήσει τη μισθολογική πολιτική του στο πλαίσιο των συλλογικών διαπραγματεύσεων. Ωστόσο, η κυβέρνηση θέτει το ελάχιστο όριο των μισθών, που είναι το ίδιο για όλους τους τομείς της οικονομίας. Ρόλο στις διαπραγματεύσεις διαδραματίζει κι ο Εθνικός Ιατρικός Σύλλογος.

Τα δημόσια ιδρύματα έχουν επίσης το δικαίωμα να εισάγουν στοιχεία κατά κεφαλήν ή κατά πράξη και περίπτωση πληρωμών στην αποζημίωση των ιατρών τους κι ως το 2000 50% των ιδρυμάτων είχαν πράξει κατ' αυτόν τον τρόπο. Εντούτοις, οι μισθοί παραμένουν το κύριο συστατικό των εισοδημάτων των ιατρών καθώς στα περισσότερα ιδρύματα που έχουν εισαγάγει μερικώς τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής, οι μισθοί αποτελούν ακόμα το 70% του ιατρικού εισοδήματος.

² Οι άμεσες πληρωμές των ασθενών, αναφορικά με την παρούσα έρευνα, αφορούν την εκ μέρους τους καταβολή 0,5 Lat (€0,7) για τις επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς, 2 Lat (€2,85) για τις επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς και μια επιπρόσθετη αμοιβή 3 Lat (€4,25) για συγκεκριμένες διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες. Από τη συγκεκριμένη ρύθμιση εξαιρούνται τα παιδιά κάτω των 18 ετών, οι ηλικιωμένοι κι οι άποροι κι η συμμετοχή των ασθενών δε μπορεί να ξεπερνά τα 150 Lat το χρόνο.

Στη Λιθουανία, ο γενικός ιατρός έχει ρόλο εισόδου του ασθενούς στο σύστημα υγείας. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γενικού ιατρού, τον οποίο μπορεί να αλλάξει μια φορά το χρόνο. Οι γενικοί ιατροί αποζημιώνονται με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ατόμων στη λίστα τους. Η πληρωμή τους προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία των ασθενών. Όλες οι δαπάνες των υπηρεσιών που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και παρέχονται από τους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εργαστηριακών εξετάσεων ρουτίνας, καλύπτονταν από τις κατά κεφαλήν πληρωμές. Το σύστημα αυτό δε φαινόταν να ενίσχυε την παραγωγικότητα των ιατρών πρωτοβάθμιας υγείας καθώς εμφανιζόταν το φαινόμενο της παραπομπής ασθενών στα νοσοκομεία, ακόμα και στις ελάχιστες περίπλοκες περιπτώσεις.

Από το 2000 εισήχθησαν συμπληρωματικά η μέθοδος της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής για ειδικές πράξεις καθώς κι ειδικά επιδόματα. Τα παραπάνω οικονομικά κίνητρα καλύπτουν προληπτικές πράξεις υγείας όπως ο εμβολιασμός κι η ανίχνευση ασθενειών κι η παροχή υπηρεσιών που πριν από το 2000 παρέχονταν από εξωτερικούς ειδικούς ιατρούς ή από τα νοσοκομεία, ενώ υπήρχε η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν και στον πρωτοβάθμιο τομέα φροντίδας υγείας. Μετά τις μεταρρυθμίσεις, η κατά κεφαλήν μέθοδος πληρωμής αποδίδει το 70% των εισοδημάτων των ιατρών.

2.17 Λουξεμβούργο

Θεμελιώδη στοιχεία του συστήματος υγείας της χώρας είναι η υποχρεωτική ασφάλιση κι η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού. Οι πολίτες είναι ελεύθεροι να επισκεφτούν τον ιατρό της επιλογής τους με ένα ανώτατο όριο των 12 επισκέψεων ανά 6μηνο. Με την εξαίρεση των ιατρών των κύριων δημόσιων νοσοκομείων (Centre hospitalize de Luxemburg) που αμείβονται με μισθό, κύρια μέθοδος αμοιβής των ιατρών (και αυτών που εργάζονται στα υπόλοιπα νοσοκομεία) είναι η κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή. Οι νοσοκομειακοί ιατροί που εργάζονται στα νοσοκομεία με καθεστώς εξωτερικού συνεργάτη δεν υποχρεώνονται να πληρώνουν το νοσοκομείο για τη χρήση του εξοπλισμού του. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς συμμετέχουν στην αποζημίωση των επισκέψεων σε ιατρούς με ένα ποσοστό 10%.

2.18 Μάλτα

Οι γενικοί ιατροί εργάζονται στα κέντρα υγείας κι είναι μισθωτοί κρατικοί λειτουργοί. Σχεδόν όλοι οι ιατροί που εργάζονται στα κέντρα υγείας διατηρούν το ιδιωτικό τους ιατρείο. Η πληρωμή των ιδιωτών ιατρών, γενικών κι ειδικών, γίνεται με άμεσες πληρωμές εκ μέρους των ασθενών ή με το κατά πράξη και περίπτωση σύστημα πληρωμής αν οι ασθενείς έχουν ιδιωτική ασφάλεια. Μερικές ιδιωτικές εταιρείες αμείβουν επιλεγμένους ιατρούς με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής για να φροντίζουν τους εργαζόμενούς τους.

Οι περισσότεροι ειδικοί ιατροί που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα είναι επίσης μισθωτοί εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία. Στο μισθό περιλαμβάνονται κι οι αποζημιώσεις για την πραγματοποίηση εφημεριών. Μάλιστα, το ωρομίσθιο ενώ για τις πρώτες 10 ώρες υπερωρίας ανά εβδομάδα είναι το ίδιο με το καθημερινό, αυξάνεται κατά 1 ή 1,5 φορά πέρα από αυτό το όριο και κατά 2 ή 2,5 φορές για τις Κυριακές και τις αργίες. Το ύψος του μισθού εξαρτάται από το βαθμό του ιατρού στην ιεραρχία. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα εισοδήματα από την ιδιωτική απασχόληση των ιατρών του δημοσίου πολλές φορές είναι πολλαπλάσια των νοσοκομειακών αποδοχών τους.

2.19 Ολλανδία

2.19.1 Σύντομη ανασκόπηση του ολλανδικού μοντέλου.

Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας ακολουθεί το πρότυπο Βίσμαρκ, βασιζόμενο στην υποχρεωτική ασφάλιση των πολιτών, μέσω συνεισφορών, όπου ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ανταγωνίζονται να προσελκύσουν ασφαλισμένους, οι οποίοι έχουν ελευθερία επιλογής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας. Κατά κανόνα, οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν τον ιατρό τους αν και μπορεί να υπάρχουν περιορισμοί από τους ασφαλιστές. Δίδεται η δυνατότητα στους ασθενείς να επιλέξουν ανάμεσα σε δύο ασφαλιστικά συμβόλαια που προτείνονται από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Αν επιλέξουν να ωφεληθούν «σε είδος» μπορεί να υπάρξει περιορισμός στο δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ιατρού, αλλά δεν υπάρχει οικονομικός κίνδυνος. Αντίθετα, αν επιλεγεί το σύστημα «ανταπόδοσης», οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής ιατρού, αλλά αν αυτός ζητήσει μεγαλύτερη αμοιβή από τη μέγιστη για αυτό το είδος της υπηρεσίας, που ορίζεται στο ασφαλιστικό συμβόλαιο, ίσως ο ασθενής αναγκαστεί να πληρώσει ο ίδιος τη διαφορά. Η

κυβέρνηση παίζει ρυθμιστικό ρόλο κι ουσιαστικά παρέχει πληροφορίες μέσω διαδικτύου για τις λίστες αναμονής, την ποιότητα και τις τιμές των ιατρικών πράξεων που παρέχουν οι διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες. Όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να παρέχουν το βασικό πακέτο ιατρικών υπηρεσιών αλλά μπορούν να ανταγωνίζονται στα πεδία των τιμών, της ποιότητας και ίσως των συμπληρωματικών υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνονται στα πακέτα της εθελοντικής ασφάλισης υγείας.

Σημαντικό στοιχείο του Ολλανδικού συστήματος υγείας είναι ο ρόλος των γενικών ιατρών σαν πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας. Κάθε Ολλανδός είναι υποχρεωμένος να εγγραφεί στη λίστα ενός γενικού ιατρού, ενώ οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας καλύπτονται από τη βασική ασφαλιστική κάλυψη.

2.19.2 Οι σχέσεις στην αγορά υγείας

Κύρια μορφή ρύθμισης των σχέσεων ανάμεσα στους αγοραστές και τους προμηθευτές υγείας είναι οι συμβάσεις. Οι ιατροί είναι ανεξάρτητοι και συμβάλλονται με τους ασφαλιστές υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες υγείας διαπραγματεύονται μαζί τους για τον όγκο και την ποιότητα των υπηρεσιών, όπως και για την αποζημίωση αυτών.

Στις διαπραγματεύσεις των συμβάσεων οι γενικοί ιατροί εκπροσωπούνται από επιτροπές τους, αντιπροσώπους του Εθνικού Συλλόγου γενικών ιατρών (LHV- Landelijke Huisartsen Vereniging) κι επιτροπές που αντιπροσωπεύουν τόσο τους γενικούς ιατρούς όσο και το Σύλλογο σύμφωνα με στοιχεία της Ολλανδικής Αρχής Φροντίδας Υγείας (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007e όπως αναφέρεται σε Schäfer, 2010). Η διαπραγμάτευση με τις ασφαλιστικές εταιρείες αφορά είτε μια δεδομένη σύμβαση είτε ένα πλαίσιο σύμβασης. Σύμφωνα με την ίδια πηγή κατά μέσο όρο ένας γενικός ιατρός λαμβάνει 14 συμβάσεις, από τις οποίες το 93% υπογράφονται. Συνήθως, οι επιτροπές των γενικών ιατρών διαπραγματεύονται μόνο με τον τοπικά πιο ισχυρό ασφαλιστή (68%) κι οι υπόλοιποι ασφαλιστές ακολουθούν το συμβόλαιο που συμφωνείται κατόπιν αιτήματος των γενικών ιατρών. Οι περισσότεροι ασφαλιστές υγείας (77%) δέχονται τη συμφωνία. Επιπρόσθετα, σε μερικές περιπτώσεις οι ασφαλιστές υπογράφουν συμβάσεις με μεμονωμένους γενικούς ιατρούς. Αυτές οι ατομικές συμβάσεις συνήθως αφορούν καινοτόμες δραστηριότητες και σκοπεύουν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των ιατρών και στην

ανακούφιση της δευτεροβάθμιας φροντίδας. Τέτοιες δραστηριότητες θεωρούνται μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, διάγνωση ηλεκτροκαρδιογραφημάτων κι η εκτέλεση MRSA screening tests, για την ανίχνευση στελεχών σταφυλόκοκκου ανθεκτικών στη μεθικιλίνη (Westert et al., 2008).

2.19.3 Μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών

Οι GP αποζημιώνονται με βάση ένα μεικτό σύστημα που αθροιστικά, περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- κατά κεφαλήν αποζημίωση για κάθε εγγεγραμμένο στη λίστα τους ασθενή
- αμοιβή επίσκεψης
- αποζημίωση με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής για ιατρικές πράξεις, οι οποίες είτε θεωρείται ότι αυξάνουν την αποδοτικότητα του ιατρού είτε συνιστούν πράξεις δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας
- αποζημίωση για τυχόν παροχή φροντίδων υγείας εκτός ωραρίου

Οι μέγιστες αμοιβές για τους GP αποτελούν αποτέλεσμα διαπραγματεύσεων ανάμεσα στον LHV, τους Ασφαλιστές Υγείας της Ολλανδίας και το Υπουργείο Υγείας. Η κατά κεφαλήν αμοιβή αντιστοιχεί σε ένα καθορισμένο ποσό ανά έτος, ανεξάρτητα από τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του γενικού ιατρού από τους δικαιούχους. Προβλέπεται επίσης η πιθανή εφαρμογή αξίωσης υψηλότερου οικονομικού τιμήματος σε περιπτώσεις πιο ηλικιωμένων ασθενών ή αυτών που κατοικούν σε υποβαθμισμένες περιοχές, αν έτσι συμφωνήθηκε κατά τη διάρκεια των διαπραγματεύσεων . Οι χρεώσεις των επισκέψεων αποτελούνται από τις αποζημιώσεις για τις επισκέψεις στο ιατρείο, τις κατ' οίκον επισκέψεις, την απόδοση οδηγιών τηλεφωνικά και την τακτική συνταγογράφηση. Οι GP έχουν επίσης το δικαίωμα να χρεώνουν τους ασφαλιστές υγείας για τις υπηρεσίες τους, ακόμα κι αν δεν υπάρχει σύμβαση μεταξύ τους. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εκτός ωραρίου παρέχονται συνήθως από τους συνεταιρισμούς γενικών ιατρών για υπηρεσίες εκτός ωραρίου. Οι GP που συμμετέχουν σε αυτό το σύστημα, που αποτελούν το 95% του συνόλου (Lugdenberg et al, 2006 όπως αναφέρεται σε Schäfer,2010) αποζημιώνονται με την ώρα. Οι GP που δε συμμετέχουν σε αυτό το σύστημα λαμβάνουν ειδικές αποζημιώσεις για τις υπηρεσίες που παρέχουν

εκτός ωραρίου, υψηλότερες από τις αντίστοιχες για ανάλογες υπηρεσίες που εκτελούν στα τακτικά ωράρια εργασίας τους

Η διάκριση ανάμεσα σε μια σύντομη επίσκεψη και μια μακράς διάρκειας δημιουργεί κίνητρο αύξησης του χρόνου των επισκέψεων. Το συνολικό εισόδημα των γενικών ιατρών ποικίλλει κι εξαρτάται από παράγοντες όπως ο όγκος εργασίας, οι διεκδικούμενες αμοιβές και τα λειτουργικά έξοδα. Τελικά το σύστημα στοχεύει στη σύνδεση της αμοιβής με την αποδοτικότητα.

Οι ειδικοί ιατροί είτε είναι ανεξάρτητοι επαγγελματίες, οι οποίοι οργανώνουν συντεχνίες μεταξύ τους εργαζόμενοι όντες σε νοσοκομεία (75% του συνόλου), είτε είναι μισθωτοί εργαζόμενοι στο νοσοκομείο (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg - Ολλανδικό Ινστιτούτο για την Έρευνα των Ιατρικών Υπηρεσιών, 2009 όπως αναφέρεται σε Schäfer,2010). Από το 2008, οι ιατροί πληρώνονται μέσω του συστήματος DBC (Diagnose Behandel Combinaties- Συνδυασμοί Διάγνωσης με Θεραπεία), (Notten,2008 αναφορά σε Schäfer,2010). Για κάθε DBC καθορίστηκαν ο χρόνος που ξοδεύεται από τον ιατρό για τη διεκπεραίωσή του κι ένα κοστολόγιο, ίδιο για όλες τις ειδικότητες, ανάλογα με την ώρα. Η κατάρτιση του κοστολογίου των ιατρικών πράξεων αποτελεί αντικείμενο διαπραγμάτευσης ανάμεσα στους εμπλεκόμενους φορείς. Η αποζημίωση καθορίστηκε στα €132,50 ± €6 κι αποτελείται από το μέρος του εισοδήματος και τα έξοδα που αφορούν την άσκηση του ιατρικού έργου.

Το εισόδημα βασίζεται σε απαιτητή αποζημίωση 1555 ωρών ανά έτος. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας κι Αθλητισμού το εισόδημα υπολογίζεται στα €129500 ανά έτος και τα λειτουργικά έξοδα στα €75760 (Minister of Health, Welfare and Sport 2009b, αναφορά σε Schäfer,2010). Παρόλα αυτά, το πραγματικό εισόδημα των ιατρών στις συνεργασίες τους ποικίλλει κι εξαρτάται από τις πραγματικές απαιτητές ωριαίες αποζημιώσεις και τα πραγματικά λειτουργικά έξοδα. Στο τέλος του 2009 υπήρχε μεγάλη συζήτηση όσον αφορά το εισόδημα των ειδικών ιατρών, οι οποίοι στην πράξη εμφανίζονταν να κερδίζουν πολύ περισσότερα από τα προβλεπόμενα , με βάση τον κανονισμό, έσοδα τους. Παρατηρήθηκε, σε εθνικό επίπεδο, μια αύξηση των αποδοχών των ειδικών ιατρών της τάξης του 30% ανάμεσα στα έτη 2007 και 2008, χρονιά εφαρμογής του συστήματος DBC. Από αυτή την αύξηση μόνο το 4% οφειλόταν στην αύξηση του αριθμού των

θεραπειών. Υπάρχουν επίσης μεγάλες διαφορές ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες. Το εισόδημα των μισθωτών ειδικών ιατρών κυμαίνεται από €5368 ως €9851 ανά μήνα, σύμφωνα με τις συλλογικές συμφωνίες για τους ειδικούς ιατρούς (Arbeidsvoorwaarden medisch specialisten, 2008–2009, Schäfer et al, 2010).

2.20 Ουγγαρία

Η Ουγγαρία ακολουθεί τον τύπο της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης με τις εισφορές να επιβαρύνουν τόσο εργοδότες κι εργαζόμενους όσο και το κράτος.

2.20.1 Οικογενειακοί ιατροί

Οι οικογενειακοί ιατροί έχουν ρόλο εισόδου στο σύστημα υγείας, καθώς η εκτίμηση από ειδικό ιατρό απαιτεί παραπομπή από αυτούς με εξαίρεση συγκεκριμένες ειδικότητες, τις οποίες οι ασθενείς μπορούν να επισκεφτούν άμεσα. Τέτοιες είναι η ωτορινολαρυγγολογία, γυναικολογία, οφθαλμολογία, ουρολογία, γενική χειρουργική, τραυματολογία, δερματολογία, ογκολογία. Μπορούν είτε να απασχολούνται στα δημοτικά ιατρεία ως μισθωτοί δημοτικοί υπάλληλοι είτε να αμείβονται με βάση τη μέθοδο της κατά κεφαλήν πληρωμής ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών της λίστας τους. Κύριο καθεστώς απασχόλησης των οικογενειακών ιατρών σήμερα αποτελεί το σύστημα της «λειτουργικής ιδιωτικοποίησης» (Gaál et al, 2011), σύμφωνα με το οποίο οι συμβεβλημένοι ιατροί ασκούν το επάγγελμά τους σαν ελεύθεροι επαγγελματίες που αμείβονται με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής. Τα ιατρεία κι ο εξοπλισμός τους όμως ανήκουν στην τοπική κυβέρνηση, ενώ γενικά η πληρωμή τους παρουσιάζει προοπτικά κι αναδρομικά στοιχεία. Το 2009, η Διοίκηση του Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας (ΔΕΤΑΥ) πλήρωσε 70% των συνολικών εξόδων των οικογενειακών ιατρών μέσω προοπτικών κατά κεφαλήν πληρωμών (αναφορά σε Gaál et al, 2011). Το συνολικό εισόδημα των ιατρείων προκύπτει από τις κατά κεφαλήν πληρωμές, τις πρόσθετες προκαθορισμένες αποζημιώσεις που εξαρτώνται από το μέγεθος και την τοποθεσία του ιατρείου κι από τις πληρωμές για τις περιπτώσεις εξέτασης ασθενών εκτός λίστας. Τα τελευταία έξοδα αντιπροσωπεύουν το 29,4% των δαπανών της ΔΕΤΑΥ (National Health Insurance Fund Administration) για τους οικογενειακούς ιατρούς το 2009 (Gaál et al, 2011).

Το ύψος των κατά κεφαλήν πληρωμών εξαρτώνται κι από την ηλικιακή σύνθεση των ασθενών της λίστας των ιατρών, τα προσόντα και την εργασιακή εμπειρία τους. Ο πληθυσμός χωρίζεται σε πέντε ομάδες: για άτομα ηλικίας από 0 ως 4 ετών οι οικογενειακοί ιατροί λαμβάνουν 4,5 πόντους, για άτομα ηλικίας 5 ως 14 ετών 2,5 πόντους, για άτομα ηλικίας από 15 ως 34 ετών 1 πόντο, για άτομα ηλικίας από 35 ως 60 ετών 1,5 πόντο και για άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών 2,5 πόντους (Gaál et al, 2011). Για αριθμό πόντων μεγαλύτερο από 2400 για καθαρή απασχόληση με παιδιά ή ενήλικες ή 2600 για μεικτή απασχόληση δεν αποδίδεται στους οικογενειακούς ιατρούς η πλήρης, προβλεπόμενη με βάση το μέγεθος της λίστας τους, κατά κεφαλήν αποζημίωση για να αποτραπεί η αρνητική επίδραση ενός μη διαχειρίσιμου μεγέθους εργασίας στην ποιότητα της φροντίδας. Τα όρια είναι διαφορετικά αν στο ιατρείο εργάζονται περισσότεροι του ενός ιατροί. Ο συνολικός αριθμός πολλαπλασιάζεται επί ένα συντελεστή 1,2 αν οι οικογενειακοί ιατροί έχουν ένα σχετικό προσόν, όπως η ειδίκευση στην οικογενειακή ιατρική ή την παθολογία για τα ιατρεία των ενηλίκων ή στην παιδιατρική για τα παιδιατρικά ιατρεία. Ο συντελεστής είναι ίσος με 1,1 αν ο οικογενειακός ιατρός δεν έχει σχετικά προσόντα, αλλά διαθέτει προϋπηρεσία τουλάχιστον 25 ετών στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι οικογενειακοί ιατροί λαμβάνουν το υπολογισμένο, από την άσκηση του επαγγέλματός τους εισόδημα, απευθείας από τη ΔΕΤΑΥ, αν είναι ελεύθεροι επαγγελματίες με ισχύουσα σύμβαση. Αν οι ιατροί είναι μισθωτοί υπάλληλοι της τοπικής κυβέρνησης, η ΔΕΤΑΥ μεταφέρει την υπολογισμένη κατά κεφαλήν πληρωμή στην κυβέρνηση, η οποία είναι υπεύθυνη για την πληρωμή του μισθού.

Το 2009, η κυβέρνηση εισήγαγε ένα σύστημα πληρωμής επιδομάτων για τους GP, που βασιζόταν σε ποιοτικούς δείκτες. Σύμφωνα με αυτό, οι οικογενειακοί ιατροί πρέπει να συμπληρώσουν μια καθορισμένη ελάχιστη βαθμολογία, που συντάσσεται από τη ΔΕΤΑΥ με βάση επιλεγμένους ποιοτικούς δείκτες, ώστε να ανταμειφθούν. Η κυβέρνηση ξόδεψε 300 εκατομμύρια ουγγρικά φιορίνια (1,1 εκατομμύρια ευρώ) το 2010 για αυτό το σκοπό, αλλά τον Απρίλιο του 2011 το Υπουργείο Εθνικών Πηγών κλιμάκωσε το πρόγραμμα, αναθεωρώντας τη μεθοδολογία του και διαθέτοντας 3 δισεκατομμύρια ουγγρικά φιορίνια (10,9 εκατομμύρια ευρώ) (Borbás & Mihalicza, 2011 όπως αναφέρεται σε Gaál et al, 2011).

Οι περισσότερες υπηρεσίες των ειδικών ιατρών, που δραστηριοποιούνται ιδιωτικά και συμβάλλονται με τη ΔΕΤΑΥ αποζημιώνονται με βάση ένα σύστημα πόντων ανά πράξη και περίπτωση, εμπνευσμένο από το Γερμανικό σύστημα και το οποίο περιγράφεται λεπτομερώς από τον Gaál et al (2011). Σε κάθε διαδικασία αποδίδεται ένας αριθμός πόντων ανάλογα με την πολυπλοκότητά της και τις πηγές που απαιτεί. Οι προμηθευτές αναφέρουν τα μηνιαία αρχεία δραστηριότητάς τους στα τοπικά υποκαταστήματα της ΔΕΤΑΥ, περιέχοντας λεπτομέρειες στο επίπεδο του ασθενούς και περιλαμβάνοντας κωδικούς των διαδικασιών που εκτελέστηκαν. Η διαδικασία των πληρωμών πραγματοποιείται από τα κεντρικά γραφεία της ΔΕΤΑΥ. Μέχρι το 2000, οι πόντοι δραστηριότητας προστίθεντο σε εθνικό επίπεδο κι η χρηματική αξία ενός πόντου υπολογιζόταν διαιρώντας τον προκαθορισμένο υπό-προϋπολογισμό (*kassza*) με το συνολικό αριθμό πόντων. Η πληρωμή γινόταν ανάλογα με το συνολικό αριθμό των πόντων, πολλαπλασιαζόμενο με την υπολογισμένη χρηματική αξία του ενός πόντου. Αυτές οι διαδικασίες επέτρεψαν αποτελεσματική συγκράτηση του κόστους. Ανάμεσα στο δεύτερο μισό του 2000 και του 2003, η χρηματική αξία του ενός πόντου καθοριζόταν εκ των προτέρων και μέρος του υπό-προϋπολογισμού τίθετο στην άκρη στο ξεκίνημα κάθε έτους για την κάλυψη τυχόν αυξήσεων στην παραγωγή κι εποχικών διακυμάνσεων. Η χρηματική αξία του ενός πόντου επαναυπολογιζόταν μόνο αν το αποθεματικό αυτό εξαντλούταν.

Από την αρχή του 2004 εφαρμόστηκε ένα νέο μέτρο ρύθμισης του όγκου με σταδιακή μείωση για τη συγκράτηση του πληθωρισμού. Οι προμηθευτές θεωρούνταν κατάλληλοι για πλήρη αποζημίωση μόνο για το 98% της απόδοσής τους τον προηγούμενο χρόνο. Αν ένας ιατρός σε ένα δεδομένο μήνα παρήγαγε περισσότερους πόντους από αυτό, οι επιπλέον πόντοι ως 5% αποζημιώνονταν στο 60%, μεταξύ 5 και 10% στο 30% και πάνω από 10% στο 10% της χρηματικής αξίας του ενός πόντου. Αυτό το σύστημα ίσχυε μέχρι το 2006, όταν η κυβέρνηση εφάρμοσε ένα ακόμα αυστηρότερο μέτρο συγκράτησης του κόστους. Από το 2007 οι επιπλέον πόντοι, πάνω από το όριο παραγωγής κάθε προμηθευτή, δεν αποζημιώνονται καθόλου. Επιτράπηκε όμως μια μεταβατική περίοδος για τους ειδικούς ιατρούς που παρείχαν φροντίδα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Αρχικά, μπορούσαν να διατηρήσουν το 70% των προηγούμενων καταγεγραμμένων προϋπολογισμών τους και μόνο το υπόλοιπο

του εισοδήματός τους υπολογιζόταν σύμφωνα με τους συγκεντρωμένους ανά πράξη και περίπτωση πόντους. Το μερίδιο των προηγούμενων καταγεγραμμένων προϋπολογισμών μειωνόταν χρόνο με το χρόνο, μέχρις ότου το συνολικό εισόδημα προερχόταν από το νέο σύστημα.

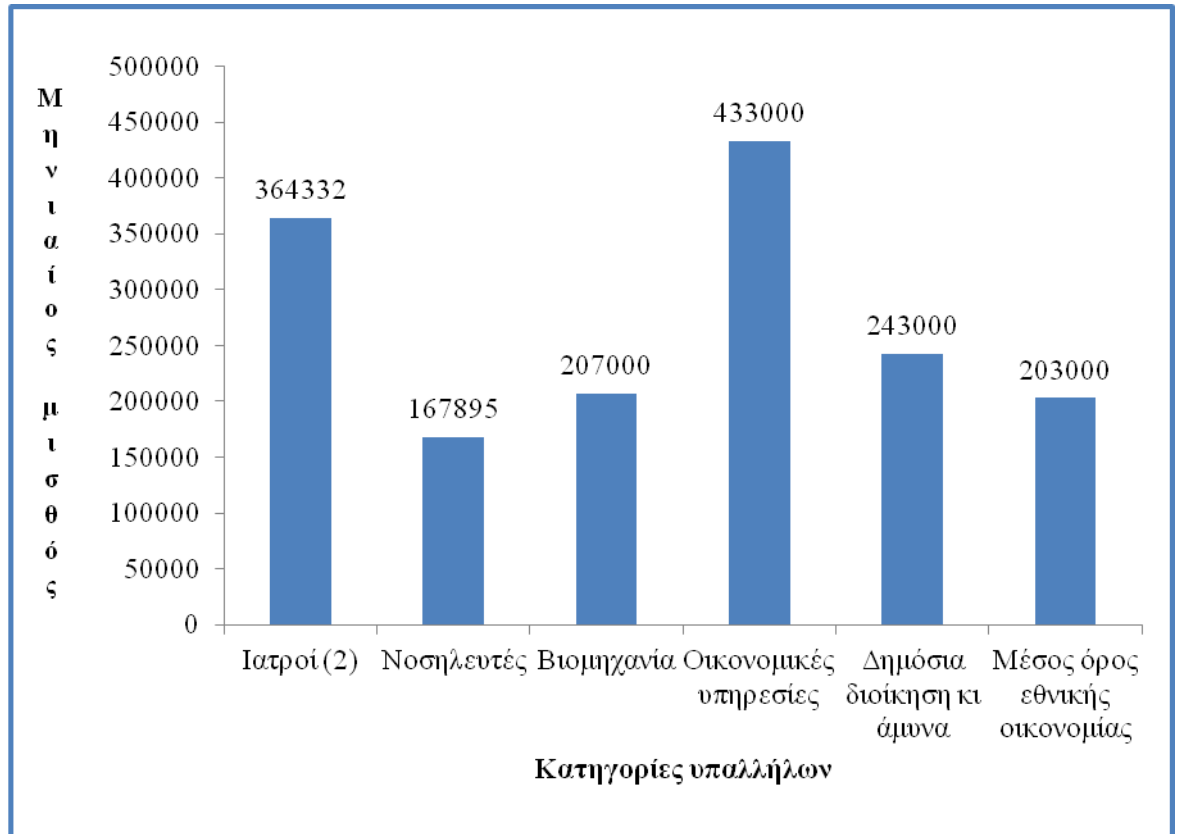
2.20.2 Αποζημίωση ειδικών ιατρών σε δημόσιο κι ιδιωτικό τομέα

Η άσκηση της ιατρικής εντός του δημοσίου τομέα αποζημιώνεται με τη μορφή μισθού, με την εξαίρεση των οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι συμβάλλονται τόσο με τη ΔΕΤΑΥ όσο και με τις τοπικές κυβερνήσεις κι αποζημιώνονται με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής. Μερικοί ειδικοί ιατροί διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία, συνήθως σαν δεύτερη απασχόληση, κι αποζημιώνονται με την κατά πράξη και περίπτωση μέθοδο πληρωμής από τους ασθενείς τους, χωρίς να υπάρχει κεντρική ρύθμιση αυτών των δοσοληψιών. Οι περισσότεροι ειδικοί ιατροί είναι μισθωτοί δημόσιοι υπάλληλοι, οι οποίοι λαμβάνουν ένα εγγυημένο μισθό, το επίπεδο του οποίου καθορίζεται σύμφωνα με μια κλίμακα αποζημιώσεων, η οποία εξαρτάται από τα προσόντα και την προϋπηρεσία. Παρατηρείται όμως αύξηση του αριθμού αυτών που εργάζονται ιδιωτικά, συμβαλλόμενοι με προμηθευτές φροντίδας υγείας, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι περισσότεροι κλινικοί ιατροί λαμβάνουν ανεπίσημες πληρωμές από τους ασθενείς, αλλά η κατανομή τους είναι τόσο άνιση ώστε δε μπορούν να θεωρηθούν επίσημα εισοδηματικά συμπληρώματα. Παρέχουν ωστόσο κάποια υλικά κίνητρα για τους ιατρούς ώστε να παραμείνουν στο επάγγελμα, ειδικά για ορισμένες ειδικότητες όπως η γυναικολογία κι η γενική χειρουργική.

Οι μισθοί των ιατρών στον δημόσιο τομέα θεωρούνται χαμηλοί. Παρά τις επανειλημμένες αναφορές (από τις αρχές του 2000) σε πολιτικά έγγραφα του Υπουργείου Εθνικών Πηγών (Gaál et al,2011) ότι οι χαμηλοί μισθοί των ιατρών θα έπρεπε να αποτελούν θέμα προτεραιότητας στον προγραμματισμό της πολιτικής υγείας δεν έχει παραχθεί αποτελεσματική πολιτική όσον αφορά το θέμα και δεν έχει λάβει χώρα καμία τροποποίηση της αυστηρής στρατηγικής συγκράτησης δαπανών στον τομέα της υγείας. Μόνη εξαίρεση αποτέλεσε η αύξηση κατά 50% των μισθών του δημοσίου τομέα στα τέλη του 2002, μόλις πριν τις περιφερειακές εκλογές. Οι αποδοχές τους όμως εξακολουθούν να είναι αρκετά χαμηλότερες από το μέσο όρο των αποδοχών των δημοσίων υπαλλήλων στον τομέα των οικονομικών, ακόμα κι αν συνυπολογιστούν οι

επιπλέον αποζημιώσεις για τις εφημερίες ετοιμότητας. Ενδεικτικά, ακολουθεί το Γράφημα 2.2.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.2 Μέσος μηνιαίος μισθός το 2010 των υπαλλήλων στον τομέα της υγείας και στην εθνική οικονομία (σε ουγγρικά φιορίνια) (Ουγγαρία) (1)



(1) €1=290,39 ουγγρικά φιορίνια (Μάρτιος 2012), Κεντρική Τράπεζα της Ουγγαρίας. (2) Οι απολαβές των ιατρών περιλαμβάνουν το βασικό μισθό (241278 φιορίνια), τα συμπληρωματικά του βασικού μισθού επιδόματα (59266), τα μπόνους (8164), τις πληρωμές των υπερωριών (17813) και τις αποζημιώσεις των εφημεριών ετοιμότητας(37812).

Πηγές: Ουγγρική Κεντρική Στατιστική Υπηρεσία (Hungarian Central Statistical Office) (2011), Εθνικό Ινστιτούτο Στρατηγικών Έρευνας της Υγείας (2011), παρατίθεται σε Gaál,2011.

2.21 Πολωνία

Ακολουθείται το μοντέλο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας με το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο (Narodowy Fundusz Zdrowia-NFZ) να παρέχει σχεδόν καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Εντούτοις, παρατηρείται υψηλό ποσοστό άμεσων πληρωμών,

2.21.1 Αποζημίωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Οι ιατροί υπογράφουν συμβάσεις με το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο (Narodowy Fundusz Zdrowia) κι αποζημιώνονται από τα τοπικά παρακλάδια του. Κύρια μέθοδος αποζημίωσης των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

είναι η κατά κεφαλήν πληρωμή. Η τιμή της διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία κι έχουν διαμορφωθεί τρεις ηλικιακές ομάδες: 0-6 έτη, 7-64 και μεγαλύτεροι από 65 ετών. Επίσης, οι τιμές ποικίλλουν στις διάφορες περιοχές της χώρας. Συνήθως απαιτείται παραπομπή από τους γενικούς ιατρούς για την επίσκεψη σε ειδικό ιατρό (υπάρχουν αρκετές εξαιρέσεις όπως οι οφθαλμίατροι, γυναικολόγοι, ογκολόγοι, δερματολόγοι και ψυχίατροι) ή για λήψη φροντίδας στα νοσοκομεία όπου ισχύουν λίστες αναμονής, όταν πρόκειται για μη επείγοντα περιστατικά. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν ελεύθερα τον οικογενειακό τους ιατρό, αρκεί να είναι συμβεβλημένος με το ασφαλιστικό ταμείο, και μπορούν να αλλάζουν την επιλογή τους δύο φορές το χρόνο. Οι ειδικοί ιατροί που διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία αποζημιώνονται με την κατά πράξη και περίπτωση μέθοδο πληρωμής.

2.21.2 Αποζημίωση στον δημόσιο τομέα

Οι ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία εργάζονται ως μισθωτοί με τις μηνιαίες αποδοχές τους να φτάνουν τα 5300 πολωνικά ζλότι (€1289,80) για τους ανειδίκευτους ιατρούς, 6400 και 7200 ζλότι για τους ιατρούς με πρώτο και δεύτερο βαθμό ειδίκευσης αντίστοιχα (€1557,50 και €1752,19 αντίστοιχα) και συγκριτικά 3500 ζλότι για τις εξειδικευμένες νοσηλεύτριες και μαίες (€851,76). Τα παραπάνω αναφέρονται σε έρευνα του Υπουργείου Υγείας το Μάιο του 2009 (Sagan et al, 2011). Ανάμεσα στο 2000 και το 2010 οι μισθοί στον τομέα της υγείας αυξήθηκαν κατά 15% φτάνοντας το 90% του μέσου μισθού στην Πολωνία. Δόθηκε προτεραιότητα στην αύξηση των αποδοχών των ειδικευόμενων ιατρών ώστε να αποθαρρυνθεί η μετανάστευσή τους για επαγγελματικούς λόγους. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ιατροί δικαιούνται να διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο παράλληλα με την ενασχόληση τους στα νοσοκομεία.

Σημαντικό πρόβλημα αποτελούν οι ανεπίσημες πληρωμές στους ιατρούς, οι οποίες το 1998 σχεδόν διπλασίαζαν τα, ιδιαίτερα χαμηλά εισοδήματά τους (Chawla et al, 1998). Κύρια αιτία αυτού του φαινομένου ήταν οι μεγάλες λίστες αναμονής για τη λήψη ιατρικών υπηρεσιών κι η προσπάθεια παράκαμψής τους και δευτερευόντως πληρωμές ευγνωμοσύνης προς τους ιατρούς. Η αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί έκτοτε προτεραιότητα των κυβερνήσεων με έμφαση να δίνεται στη μείωση του χρόνου αναμονής.

2.22 Πορτογαλία

Το εθνικό σύστημα υγείας παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, αντιμετώπισης οξέων περιστατικών που απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη και φροντίδα για τις μητέρες και τα παιδιά. Όλες οι υπόλοιπες υπηρεσίες παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα είτε με τη μορφή συμβάσεων με το σύστημα υγείας όπως οι διαγνωστικές δοκιμασίες κι οι αιμοκαθάρσεις ή με άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς, όπως συμβαίνει στις περισσότερες περιπτώσεις επισκέψεων σε οδοντίατρους και σε πολλές περιπτώσεις επισκέψεων σε ιδιώτες ειδικούς ιατρούς. Περίπου το 60% των επισκέψεων στους τελευταίους λαμβάνει χώρα στον ιδιωτικό τομέα (Cabral & Silva, 2009), κάτι που οφείλεται εκτός των άλλων και στις ελλείψεις του εθνικού συστήματος υγείας σε ιατρικό προσωπικό που οδηγεί σε μακρές λίστες αναμονής για ιατρική εξέταση.

Η πρωτοβάθμια (με την έννοια και της περιπατητικής) φροντίδα υγείας παρέχεται από τα κρατικά κέντρα υγείας και τους αυτοαπασχολούμενους, γενικούς ή ειδικούς, ιατρούς που συμβάλλονται με το εθνικό σύστημα υγείας. Οι πολίτες πρέπει να εγγραφούν στη λίστα ενός γενικού ιατρού εντός της γεωγραφικής περιοχής στην οποία διαμένουν με τη λίστα ενός γενικού ιατρού να περιλαμβάνει κατά μέσο όρο περίπου 1500 άτομα

2.22.1 Μηχανισμοί πληρωμής των ιατρών

Όλοι οι ιατροί του εθνικού συστήματος υγείας είναι μισθωτοί κρατικοί υπάλληλοι. Το μέγεθος του μισθού καθορίζεται σύμφωνα με ένα πρότυπο που συνδέει την επαγγελματική κατηγορία με τα χρόνια υπηρεσίας, αγνοώντας οποιουσδήποτε δείκτες παραγωγικότητας. Υπάρχουν τρία επίπεδα απασχόλησης για τους ιατρούς: πλήρους απασχόλησης αλλά όχι αποκλειστικής (35 ώρες την εβδομάδα), εκτεταμένης πλήρους αποκλειστικής απασχόλησης (42 ώρες την εβδομάδα χωρίς να επιτρέπεται η ιδιωτική πρακτική) και μερικής απασχόλησης όπου αποκλείεται η κατοχή διευθυντικών θέσεων. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για το ποσοστό των ιατρών σε καθεμία από τις παραπάνω κατηγορίες. Από το 2002 έχει παρατηρηθεί μια προοδευτική αύξηση στις ατομικές συμβάσεις εργασίας με τη μορφή της υιοθέτησης των νομικών κανόνων της ιδιωτικής διοίκησης για την είσοδο των εργαζομένων στο εθνικό σύστημα υγείας (Cabral & Silva, 2009).

Υπολογίζεται ότι περίπου 50% των μόνιμων ιατρών του δημόσιου τομέα εργάζεται επίσης στον ιδιωτικό κι αντίστροφα πολλοί ανεξάρτητοι ιατροί συνδέονται με το Εθνικό Σύστημα Υγείας με καθεστώς σύμβασης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα διάφορα υποσυστήματα κι οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες διαπραγματεύονται ανεξάρτητα με τους ιατρούς για τον καθορισμό των αμοιβών τους, με αυτές του πρώτου φορέα να είναι οι χαμηλότερες. Οι αμοιβές του ιδιωτικού τομέα δεν καθορίζονται από το κράτος, αλλά υπόκεινται στις τιμές αναφοράς που τίθενται από τον Ιατρικό Σύλλογο.

Σε γενικές γραμμές οι ιατροί αντιλαμβάνονται τις αποδοχές τους σαν σχετικά χαμηλές κι επομένως θεωρούν δικαιολογημένη την προσπάθεια αύξησης των εισοδημάτων τους μέσω της ανάληψης δραστηριότητας στον ιδιωτικό τομέα, για την οποία αποζημιώνονται με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής. Το 2006 ο υψηλότερος μέσος μηνιαίος μισθός ιατρού άγγιζε τα €5013,50, ενώ ο χαμηλότερος ήταν €1769 για τους ασκούμενους ιατρούς (Barros et al, 2011). Αν υπολογιστούν ωστόσο οι πρόσθετες πληρωμές με μεταβλητά συστατικά αποδοχών όπως οι εφημερίες, το τελικό εισόδημα ανά ιατρό (σχεδόν €35000/έτος) είναι υψηλό σε σχέση με το μέσο εθνικό όρο των ετήσιων αποδοχών για εργασία πλήρους απασχόλησης (€15400).

Ιδίως στα επαρχιακά νοσοκομεία, όπου ο αριθμός των ιατρών είναι περιορισμένος κι οι ανάγκες για εφημερίες μεγάλες, συχνά οι αποζημιώσεις των υπερωριών μπορεί να συνιστούν την πλειοψηφία των ιατρικών αποδοχών. Έχει γίνει αντιληπτό ότι περίπου 30% των συνολικών δαπανών για την πληρωμή των ιατρών ξοδεύεται στις αποζημιώσεις των εφημεριών. Ένας κανονισμός που εκδόθηκε το 2001 καθιέρωσε νέες διαδικασίες για την πληρωμή των εφημεριών των ιατρών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Σύμφωνα με αυτόν οι γιατροί πληρώνονταν με το μέγιστο ωρομίσθιο, αντίστοιχο με το εβδομαδιαίο ωράριο των 42 ωρών εργασίας που προβλέπεται σε μια σύμβαση αποκλειστικής απασχόλησης, ανεξάρτητα από τον τύπο της σύμβασης στον οποίο πραγματικά ανήκαν. Μία συνέπεια ήταν η αύξηση των ωρών εργασίας εντός του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό το σύστημα πληρωμών εφαρμόστηκε τόσο στα νοσοκομεία όσο και στα κέντρα υγείας (Νομοθετικό Διάταγμα 92/2001 όπως αναφέρεται σε Barros et al, 2011). Απώτερος σκοπός ήταν η συσχέτιση αυτών των πληρωμών με

δείκτες απόδοσης που θα είχαν σχέση με τις επισκέψεις των πολιτών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή των κέντρων υγείας και τις διαδικασίες για τους ασθενείς που βρίσκονται στις λίστες αναμονής των χειρουργείων. Δεν υπάρχουν όμως πληροφορίες για το αν και κατά ποσό οι αλλαγές στο μοντέλο πληρωμών άλλαξαν τη συμπεριφορά των ιατρών.

Την περίοδο 1998-1999 εισήχθη ένα νέο σύστημα οργάνωσης κι αποζημίωσης για τους GP με μεταβλητή αποζημίωση, η οποία βασίζεται τόσο στη μέθοδο της κατά κεφαλήν πληρωμής όσο και στην επαγγελματική απόδοση. Η συμμετοχή στο σύστημα ήταν πειραματικού τύπου και προαιρετική. Εκτιμάται ότι στο πρώτο στάδιο εφαρμογής του νέου συστήματος πληρωμών εγγράφηκε το 12% των ιατρών. Το μεικτό σύστημα περιλαμβάνει ένα βασικό εγγυημένο μισθό συν πρόσθετες αποδοχές με την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής που βασίζονται στο μέγεθος της λίστας ασθενών (προσαρμοσμένες στα χαρακτηριστικά του εκάστοτε πληθυσμού), και την κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση για παροχή υπηρεσιών του τύπου των κατ' οίκον επισκέψεων κι ελασσόνων χειρουργικών επεμβάσεων. Προβλέφθηκαν επίσης επιδόματα για την παροχή προληπτικής φροντίδας και φροντίδας για έγκυες γυναίκες που θα συνεχίζεται και τη μεταγεννητική περίοδο. Το πειραματικό καθεστώς του νέου συστήματος επεκτάθηκε μέχρι τις αρχές του 2006, οπότε ενσωματώθηκε στη νομοθεσία για την ίδρυση των μονάδων οικογενειακής υγείας.

2.23 Ρουμανία

Εφαρμόζεται το μοντέλο της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης δια του Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας. Οι σχέσεις ανάμεσα στους προμηθευτές υπηρεσιών φροντίδας υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία καθορίζονται από συμβάσεις. Συνήθως, τα τοπικά ασφαλιστικά ταμεία υγείας συμβάλλονται με όλους τους προμηθευτές μιας περιοχής. Οι ειδικοί ιατροί στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν την ελευθερία επιλογής για το αν θα εργαστούν μόνοι τους ή θα συγκροτήσουν ομάδες με συναδέλφους τους. Αξίζει να αναφερθεί ότι ως το 1994 όλοι οι ιατροί αμείβονταν με μισθό. Σήμερα, εξακολουθούν να πληρώνονται με μισθό οι νοσοκομειακοί ιατροί κι οι ιατροί που εργάζονται στον τομέα της δημόσιας υγείας. Θεωρείται ότι οι ιατροί στη δεύτερη περίπτωση δεν είναι ευχαριστημένοι με το εργασιακό καθεστώς τους, καθώς δεν τους επιτρέπεται η άσκηση της ιατρικής κι αν δεν ασκήσουν την ιατρική

για 5 έτη τους αφαιρείται η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Τούτο έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στα εισοδήματά τους όσο και στην εξέλιξη της καριέρας τους.

2.23.1 Οικογενειακοί ιατροί

Οι οικογενειακοί ιατροί αποζημιώνονται με ένα συνδυασμό των συστημάτων της κατά κεφαλήν (85% των εισοδημάτων τους την περίοδο 2005-2007) και της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής (15%) (αριθμητικά δεδομένα από Vlădescu et al, 2008). Η τελευταία μέθοδος εφαρμόζεται για ειδικές θεραπευτικές, προληπτικές και προωθητικές της υγείας ενέργειες όπως οι εμβολιασμοί, η καταγραφή των πασχόντων από χρόνια νοσήματα κι η επιτήρηση μητέρων και παιδιών. Ο αριθμός των ασθενών και των υπηρεσιών που παρέχονται υπολογίζονται σε πόντους. Έχουν καθοριστεί όρια για τον αριθμό των πόντων και των εγγεγραμμένων ασθενών στη λίστα των GP, ώστε να αποφευχθούν φαινόμενα απάτης και να εξασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αν ο συνολικός αριθμός των πόντων ανά χρόνο είναι πάνω από 23000 ή ο αριθμός των ασθενών είναι πάνω από 2000, ο αριθμός των πόντων πάνω από αυτό το όριο θα μειωθεί κατά 75%. Στις αγροτικές περιοχές, το όριο των πόντων ανέρχεται στους 35000. Οι οικογενειακοί ιατροί που επιτυγχάνουν ένα επίπεδο ανοσοποίησης υψηλότερο του 95% λαμβάνουν σαν επίδομα διπλάσιο αριθμό πόντων για τους πρόσθετους εμβολιασμούς. Ο συνολικός αριθμός πόντων προσαρμόζεται ανάλογα με τα προσόντα και τις συνθήκες εργασίας ώστε να ενθαρρυνθεί η επαγγελματική εξέλιξη των ιατρών κι η προσέλκυσή τους σε απομονωμένες περιοχές. Το ίδιο ισχύει και για τους ειδικούς ιατρούς. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι προσφέρονται οικονομικά κίνητρα στους νέους οικογενειακούς ιατρούς για έναρξη λειτουργίας ιατρείου.

2.23.2 Ειδικοί ιατροί στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Η πληρωμή των ειδικών ιατρών στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γίνεται με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής επίσης με σύστημα καταγραφής πόντων. Ο ένας πόντος έχει την ίδια αξία σε όλη τη χώρα. Το πλαίσιο των συμβάσεων, στο οποίο βασίζεται το σύστημα της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής, περιέχει μια λίστα των ιατρικών πράξεων και καθορίζει σε ετήσια βάση, τον αριθμό των πόντων που αντιστοιχούν σε κάθε ιατρική πράξη κι επομένως τις τιμές με τις οποίες αποζημιώνονται. Στο σύστημα capitation ο αριθμός των πόντων ποικίλλει ανάμεσα στις διάφορες

ηλικιακές ομάδες. Η ελάχιστη αξία ενός πόντου καθορίζεται επίσης σε ετήσια βάση μέσω του ίδιου συμβατικού πλαισίου. Τούτο σημαίνει ότι ένας ιατρός δε μπορεί να λάβει λιγότερο από την εγγυημένη ελάχιστη αξία των πόντων, αλλά η αξία αυτή μπορεί να αυξηθεί ανά τρίμηνο ανάλογα με τα διαθέσιμα κονδύλια για το αντίστοιχο τρίμηνο και τον αριθμό των συγκεντρωμένων πόντων.

Ο προϋπολογισμός του συστήματος ασφάλισης υγείας κι ο συνολικός αριθμός των πόντων που αντιστοιχούν στις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από όλους τους προμηθευτές κάθε τρίμηνο καθορίζουν τη χρηματική αξία κάθε πόντου κι επομένως την πραγματική αποζημίωση ανά υπηρεσία. Περισσότερες πραγματοποιηθείσες πράξεις συνεπάγονται χαμηλότερη χρηματική αξία των πόντων κι επομένως χαμηλότερη αποζημίωση ανά πράξη. Οι συνολικοί προϋπολογισμοί για διαφορετικούς τύπους φροντίδας είναι ξεχωριστοί και τα σχετικά τους μεγέθη καθορίζονται εκ των προτέρων. Συνεπώς, η αξία των πόντων είναι διαφορετική για τους οικογενειακούς και τους ειδικούς ιατρούς. Πρέπει να αναφερθεί ότι ιατροί μη κλινικών ειδικοτήτων πληρώνονται μεν κατά πράξη και περίπτωση, αλλά σε αυτήν την περίπτωση δεν εφαρμόζεται το σύστημα των πόντων κι οι πράξεις εκφράζονται απευθείας σε τιμές.

Οι ειδικοί ιατροί συνήθως κατανέμουν το χρόνο τους ανάμεσα στο δημόσιο και το ιδιωτικό έργο τους, καθώς πολλοί από αυτούς εργάζονται σε νοσοκομεία και δικαιούνται να εργάζονται ιδιωτικά μόνο εκτός νοσοκομειακού ωραρίου, με ή χωρίς σύμβαση με τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας. Έχουν επίσης το δικαίωμα να λαμβάνουν άμεσες πληρωμές από ασθενείς που ζητούν τις υπηρεσίες τους χωρίς προηγούμενη παραπομπή από GP, με εξαίρεση επείγουσες περιπτώσεις ή καταστάσεις για τις οποίες αναφέρεται στον κανονισμό ότι η παραπομπή δεν είναι απαραίτητη.

2.24 Σλοβακία

Το σύστημα υγείας στη Σλοβακία βασίζεται στην υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Αξιοσημείωτος είναι ο πλουραρισμός ασφαλιστικών εταιρειών που ανταγωνίζονται ελεύθερα μεταξύ τους με το κράτος να ασκεί ρυθμιστικό ρόλο. Οι ιατροί πληρώνονται μέσω ατομικών συμβάσεων που υπογράφουν, οι οποίες καθορίζουν το σύστημα πληρωμής, το ποσό, τη φύση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι συμβάσεις αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης ανάμεσα στις ασφαλιστικές εταιρείες υγείας και τους προμηθευτές.

2.24.1 Γενικοί ιατροί

Η αποζημίωση των ιατρών στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γίνεται με συνδυασμό των συστημάτων της κατά κεφαλήν (capitation) και της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής. Το δεύτερο σύστημα χρησιμοποιείται για κάποιες υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το σύστημα capitation αλλά περιλαμβάνονται στο βασικό πακέτο παροχών της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, όπως η προληπτική φροντίδα, το ηλεκτροκαρδιογράφημα κι η προσυμπτωματική ανίχνευση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Το μέγεθος της κατά κεφαλήν πληρωμής εξαρτάται από την ηλικία των ατόμων της λίστας των ιατρών κι ισχύουν γενικά οι ίδιες τιμές για όλους τους ιατρούς.

2.24.2 Ειδικοί ιατροί

Οι ειδικοί ιατροί αμείβονται σύμφωνα με το σύστημα της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής. Σε κάθε ιατρική πράξη έχει αποδοθεί συγκεκριμένος αριθμός πόντων κι οι ασφαλιστικές εταιρείες διαπραγματεύονται την αξία ανά πόντο με τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Παρότι η υιοθέτηση αυτού του συστήματος πληρωμών δεν είναι υποχρεωτική, καθώς όπως προαναφέρθηκε οι μηχανισμοί πληρωμών αποτελούν αντικείμενα διαπραγματεύσεων, χρησιμοποιείται από όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες. Με αυτό το σύστημα δίδεται κίνητρο στους ιατρούς να περιθάλλουν ασθενείς αλλά όχι να τους θεραπεύουν, επομένως είναι δύσκολος ο έλεγχος του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση των δαπανών. Γι' αυτό το λόγο οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες διαπραγματεύονται έναν μέγιστο αριθμό πόντων που να υπόκειται σε αποζημίωση. Αν ο ιατρός ξεπεράσει αυτόν τον αριθμό, η ασφαλιστική εταιρεία δεν είναι υποχρεωμένη να τον αποζημιώσει για τους επιπλέον πόντους, κάτι που εξαρτάται όμως κι από το τι ορίζεται ακριβώς στη σύμβαση. Αύξηση ή μείωση των αποδοχών μπορεί να συμβεί ανάλογα με την επίτευξη ή όχι κάποιων στόχων ποιότητας ή αποδοτικότητας μέσω διαφοροποίησης των σχετικών αξιών των πόντων. Τούτο εφαρμόζεται από κάποιες ασφαλιστικές εταιρείες. Ένα διαφορετικού είδους πρόγραμμα εφαρμόζεται από μια ασφαλιστική εταιρεία, το οποίο εξαρτάται από τον αριθμό των ιατρικών διαδικασιών που εκτελούνται σε ένα δεδομένο μήνα. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα η αξία των πόντων μειώνεται σύμφωνα με την αύξηση των πράξεων που εκτελούνται. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ιατροί αποζημιώνονται από τις ασφαλιστικές εταιρείες υγείας για τα φαρμακευτικά

σκευάσματα που καταναλώνουν κατά τη διάρκεια των επισκέψεων. Η λίστα των φαρμάκων που καλύπτονται, όπως επίσης το επίπεδο αποζημίωσης των ιατρών για τη χρησιμοποίησή τους καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας. Το σύστημα πόντων χρησιμοποιείται και για τις διαγνωστικές διαδικασίες. Ωστόσο οι ασφαλιστικές εταιρείες υγείας εφαρμόζουν, εκτός από όρια στον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών, διαφοροποιημένες αμοιβές ανάλογα με την εξειδίκευση, την πιστοποίησή του και την 24ωρη παροχή υπηρεσιών.

Στην περίπτωση που ένας ασθενής αναζητήσει τις υπηρεσίες ενός μη συμβεβλημένου με το ασφαλιστικό ταμείο του προμηθευτή, ο τελευταίος μπορεί να χρεώσει άμεσα τον ασθενή. Μολοταύτα, ο μη συμβεβλημένος προμηθευτής οφείλει να δημοσιεύει τις τιμές των υπηρεσιών του. Άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς γίνονται και στην περίπτωση που τους παρασχεθούν, από συμβεβλημένους ιατρούς, υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στο βασικό πακέτο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις για τη μεταγενέστερη αποζημίωση του ασθενούς από το ασφαλιστικό του ταμείο, μερική ή ολική, πρέπει να έχει προηγηθεί προέγκριση από αυτό.

Οι μισθοί των ιατρών που εργάζονται στα νοσοκομεία καθορίζονται από τις συλλογικές συμβάσεις ανάμεσα στους αντιπροσώπους των εργαζομένων και τους αντιπροσώπους των εργοδοτών. Εφαρμόζεται ένα μοντέλο αποκέντρωσης, έτσι ώστε τα επίπεδα των μισθών να διαφέρουν ανά περιοχή της χώρας. Σύμφωνα με δεδομένα που προέρχονται από το Εθνικό Κέντρο Πληροφοριών Υγείας και τη Στατιστική Υπηρεσία της Δημοκρατίας της Σλοβακίας (όπως παρατίθενται σε Szalay et al, 2011) τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί προοδευτική αύξηση των μισθών των νοσοκομειακών ιατρών. Συγκεκριμένα, ο μέσος μηνιαίος μισθός των ιατρών έχει αυξηθεί από τα €579 το 1998 στα €1506 το 2009, δύο φορές μεγαλύτερος από το μέσο γενικό μισθό.

2.25 Σλοβενία

2.25.1 Σύντομη αναφορά στις σχέσεις αγοράς υγείας-προμηθευτών υπηρεσιών υγείας

Η Σλοβενία εφαρμόζει σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας τύπου Bismarck. Οι υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται από το Ίδρυμα Ασφάλειας Υγείας της Σλοβενίας (Health Insurance Institute of Slovenia-HIIS) καθορίζονται από τις ετήσιες συμφωνίες μεταξύ των βασικών φορέων του

συστήματος. Οι συμβάσεις προβλέπουν τη φύση, τον όγκο και τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών, τις μέθοδοι πληρωμής, τις ποιοτικές απαιτήσεις, τον τρόπο εποπτείας της εφαρμογής της σύμβασης και τα δικαιώματα κι υποχρεώσεις των συμβαλλόμενων μερών. Υπηρεσίες υγείας που ξεπερνούν έναν από πριν καθορισμένο αριθμό δεν αποζημιώνονται. Αντίστοιχα, αν ένας προμηθευτής παράγει λιγότερες υπηρεσίες από τον αριθμό που αναφέρεται στη σύμβαση, τότε δε λαμβάνει την πλήρη αποζημίωση που θα δικαιούταν σε διαφορετική περίπτωση. Σε αυτήν την περίπτωση, η αποζημίωση εξαρτάται από τον πραγματικό αριθμό των υπηρεσιών που παρείχαν. Όσον αφορά την εθελοντική ασφάλιση υγείας, εκεί δεν ισχύουν οι συμβάσεις κι οι αντίστοιχες ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να αποζημιώνουν τους προμηθευτές με το συνολικό ποσό που αντιστοιχεί στην αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2.25.2 Μηχανισμοί πληρωμών των ιατρών

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται από τους επιλεγμένους ιατρούς, οι οποίοι μπορεί να είναι GP (κυρίως), παιδίατροι ή γυναικολόγοι. Το 2000, το 95% των πολιτών είχαν τον προσωπικό τους ιατρό, ο οποίος λειτουργεί ως πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας. Οι ιατροί αμείβονται με έναν συνδυασμό των μεθόδων της κατά κεφαλήν και κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής που εφαρμόστηκε το 2001. Το μισό τους εισόδημα πηγάζει από την capitation πληρωμή ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ατόμων στη λίστα του κάθε ιατρού και το άλλο μισό προέρχεται από την κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή σύμφωνα με τον όγκο των υπηρεσιών που παρείχαν.

Το 2003 εισήχθησαν οικονομικά κίνητρα για την προώθηση της παροχής υπηρεσιών πρόληψης και για την ελάττωση των παραπομπών στους ειδικούς ιατρούς. Προκειμένου να ανταποκρίνονται στα κριτήρια καταλληλότητας για την πληρωμή από το HHS, οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να πραγματοποιούν προκαθορισμένο όγκο προληπτικών υπηρεσιών. Περαιτέρω ρυθμίσεις θεσπίστηκαν για την αύξηση της επίδρασης του τρόπου πληρωμής του HHS όσον αφορά τις παραπομπές προς τους ειδικούς ιατρούς. Παραδείγματος χάριν, προβλέπονται πρόσθετες πληρωμές για τους GP που παραπέμπουν με συχνότητα χαμηλότερη από τον εθνικό μέσο όρο. Στην αντίθετη περίπτωση που ο αριθμός των παραπομπών είναι πάνω από τον εθνικό μέσο όρο, το HHS

έχει δικαίωμα να ελαττώσει την αξία των αποζημιώσεων που προβλέπεται από το ειδικό πρόγραμμα των γενικών ιατρών κατά 2-4%.

Οι ιατροί στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη μπορούν να ασκήσουν το επάγγελμά τους είτε σε καθεστώς σύμβασης με τον φορέα στον οποίο εργάζονται (η περίπτωση των υπαλλήλων των δημόσιων ιδρυμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας) είτε μέσω εκχώρησης (ιδιώτης ιατρός εντός του δημόσιου δικτύου φροντίδας υγείας) είτε τέλος σαν ιδιώτης ιατρός εκτός του δημόσιου δικτύου υγείας. Σε γενικές γραμμές, οι ειδικοί ιατροί εργάζονται κυρίως στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα με καθεστώς μερικής απασχόλησης κι οι σχέσεις τους με τα ιδρύματα καθορίζονται από συμβάσεις. Ανάλογα με τις ανάγκες, μπορεί να είναι και πλήρους απασχόλησης.

Οι νοσοκομειακοί ιατροί (ή ιατροί που εργάζονται σε άλλους δημόσιους οργανισμούς όπως τα κέντρα υγείας) έχουν καθεστώς δημοσίων υπαλλήλων κι αμείβονται με μισθό. Οι μισθοί καθορίζονται μετά από διαπραγματεύσεις μεταξύ των ιατρικών συνδικάτων και του Υπουργείου Υγείας. Τα αποτελέσματα των διαπραγματεύσεων εφαρμόζονται στη συνέχεια στις γενικές κι ειδικές συμφωνίες των ιατρών. Οι ιατροί που ασκούν την ιατρική με καθεστώς εκχώρησης πληρώνονται σύμφωνα με το είδος, τον όγκο και την αξία των ειδικών προγραμμάτων υπηρεσιών υγείας που τους αφορούν, όπως καθορίζεται στις συμβάσεις με το ΗΠΣ. Η τυποποίηση των προγραμμάτων (εκτός από τους μισθούς) περιλαμβάνει επίσης τις τυποποιημένες τιμές των υλικών, το κόστος των υπηρεσιών και την τεχνολογική απόσβεση. Ο μηχανισμός πληρωμών εξαρτάται από το περιεχόμενο του ειδικού προγράμματος φροντίδας υγείας.

Οι συμβεβλημένοι ειδικοί ιατροί που διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο αποζημιώνονται με τη μέθοδο της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή, σύμφωνα πάντα και με τα όσα αναφέρονται στα ειδικά προγράμματα υπηρεσιών υγείας που τους αφορούν. Οι μη συμβεβλημένοι αποζημιώνονται είτε άμεσα από τους ασθενείς είτε μέσω της συμπληρωματικής εθελοντικής ασφάλισης υγείας. Σύμφωνα με το Νόμο περί Υπηρεσιών Υγείας (1992, όπως αναφέρεται σε Szalay, 2009) ο Ιατρικός Σύλλογος της Σλοβενίας είναι υπεύθυνος για τον καθορισμό των τιμών προκειμένου για υπηρεσίες που παρέχονται από τους ιδιώτες ιατρούς (εκτός δημόσιου δικτύου παροχής υπηρεσιών υγείας), οι οποίες επιβεβαιώνονται έπειτα από το Υπουργείο

Υγείας. Παρόλα αυτά όμως δεν καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και πρέπει να πληρωθούν απευθείας από τους ασθενείς.

2.26 Σουηδία

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας βασίζεται στην περιφερειακή οργάνωση, σύμφωνα με την οποία οι περιφέρειες μεριμνούν για τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από τη φορολογία.

2.26.1 Ιδιώτες ιατροί

Η πλειοψηφία των ιατρών είναι μισθωτοί δημόσιοι υπάλληλοι. Το 2004 ωστόσο, σύμφωνα με δεδομένα της Ομοσπονδίας των Συμβουλίων των Σουηδικών Επαρχιών (όπως αναφέρεται σε Anell et al, 2012), το 29% των επισκέψεων εξωτερικών ασθενών σε ιατρούς πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις. Ο αριθμός των ιδιωτών ιατρών ποικίλλει ανάμεσα στις διάφορες περιφέρειες, για παράδειγμα υπάρχουν περιφέρειες όπου το 60% των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχεται από ιδιώτες ενώ σε άλλες δεν υπάρχουν παρά ελάχιστοι. Οι περισσότεροι ιδιώτες ιατροί συμβάλλονται με τα περιφερειακά συμβούλια κι αποζημιώνονται με κονδύλια του δημοσίου για να περιθάλπουν ασθενείς, ενώ πολύ λίγοι είναι αυτοί που λαμβάνουν άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς. Υπάρχουν τρεις προϋποθέσεις για τη σύναψη σύμβασης των ιδιωτών ιατρών με τα περιφερειακά συμβούλια : 1) δε μπορούν να είναι δημόσιοι λειτουργοί, 2) οφείλουν να λειτουργούν σε καθεστώς πλήρους ιδιωτικής απασχόλησης, 3) πρέπει να είναι μικρότεροι από 70 ετών (Anell et al, 2011). Ο αριθμός τους είναι μικρός και φθίνων (1107 το 2004) κι αποζημιώνονται ανά επίσκεψη ή κλήση σύμφωνα με μια κλίμακα αμοιβών που καθορίζεται από την κεντρική κυβέρνηση. Ο τρόπος αποζημίωσής τους είναι μεικτός και περιλαμβάνει στοιχεία των μεθόδων της κατά κεφαλήν και της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής καθώς και μισθό.

Το κάθε περιφερειακό συμβούλιο μπορεί να αποφασίσει τους μηχανισμούς πληρωμής των προμηθευτών, με αποτέλεσμα αυτοί να ποικίλλουν εντός της χώρας. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα χρησιμοποιείται συνδυασμός κατά κεφαλήν πληρωμών, ποικίλων πληρωμών οι οποίες βασίζονται στις επισκέψεις καθώς κι αποζημίωση ανάλογα με την απόδοση, η οποία εξαρτάται από την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων. Για παράδειγμα, στην κομητεία της

Στοκχόλμης, περίπου 40% των συνολικών αποδοχών των ιατρών προέρχονται από τη μέθοδο της κατά κεφαλήν πληρωμής ενώ ένα ποσοστό 55% είναι μεταβλητό κι εξαρτάται από τις επισκέψεις εγγεγραμμένων και μη ασθενών, ενώ ποσοστό 3% σχετίζεται με συγκεκριμένα στάνταρ απόδοσης. Εντούτοις, σε όλες τις άλλες περιπτώσεις η κατά κεφαλήν αποζημίωση καλύπτει ποσοστό μεγαλύτερο από το 80% (φτάνει ως και το 98%) των συνολικών πληρωμών των συμβεβλημένων ιατρών. Οι αποδοχές των ιατρών συμπληρώνονται από τις επισκέψεις (κυρίως για τους μη συμβεβλημένους ασθενείς) και ένα ποσοστό 2-3% από πληρωμή με βάση την απόδοση (Anell, 2011). Ο τελευταίος τρόπος κρίνεται συνήθως ανάλογα με την εκπλήρωση λιγότερων από 20 στόχων, παραδείγματα των οποίων αποτελούν η προσβασιμότητα, οι υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής, η ικανοποίηση των ασθενών (εκτιμάται με βάση τα αποτελέσματα ερευνών), η καταχώρηση στα εθνικά αρχεία των ασθενών από διάφορες νόσους (π.χ. διαβήτη) κι η συμμόρφωση με τις επιτροπές για τον καθορισμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων των περιφερειακών συμβουλίων.

Οι περισσότεροι ιατροί είναι μέλη του Κεντρικού Οργανισμού των Σουηδών Ακαδημαϊκών (Central Organization of Swedish Academics), ο οποίος και τους αντιπροσωπεύει στις διαπραγματεύσεις για το ύψος των μισθών. Το 2010 ο μέσος μηνιαίος μισθός των εργαζόμενων στα νομαρχιακά νοσοκομεία ιατρών ανερχόταν στις 56600 σουηδικές κορόνες, ήτοι €6300. Στο ποσό αυτό περιλαμβάνονται κι οι αποζημιώσεις για τις εφημερίες ετοιμότητας. Συγκριτικά αναφέρεται ότι την ίδια χρονιά ο μέσος μισθός για τους εξειδικευμένους νοσηλευτές και τους οδοντίατρους κυμαινόταν στις 29000 και 42000 κορόνες αντίστοιχα, που μεταφράζεται σε €3200 και € 4700. (Statistics Sweden, 2011).

2.27 Φινλανδία

2.27.1 Απασχόληση των ιατρών

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται κυρίως από τα δημοτικά κέντρα υγείας κι οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης από τα νοσοκομεία των νοσοκομειακών περιοχών. Η χρηματοδότηση στην περίπτωση των δήμων γίνεται από το κράτος, μέσω της συλλογής φόρων, ενώ για την Εθνική Ασφάλιση Υγείας από τις υποχρεωτικές εισφορές. Η πλειοψηφία των ιατρών εργάζονται στα κέντρα υγείας των δήμων (ένα ανά δήμο) ή στις νοσοκομειακές περιοχές (20 τον αριθμό, συνενώνονται πολλοί δήμοι για το

σχηματισμό τους) κι είναι μισθωτοί υπάλληλοι των δήμων. 11% των ιατρών εργάζονται αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα. Το 37% των ιατρών των δημόσιων νοσοκομείων εργαζόταν επίσης στον ιδιωτικό τομέα το 2006, όπως επίσης και το 13% των ιατρών των κέντρων υγείας (Suomen Lääkäriliitto 2006, αναφορά σε Vuorenkoski et al, 2008).

2.27.2 Μηχανισμοί πληρωμών

Το ύψος των μισθών όλων των ιατρών που εργάζονται στο δημόσιο τομέα αποτελούν αντικείμενο διαπραγματεύσεων ανάμεσα στον Φινλανδικό Ιατρικό Σύλλογο και την Επιτροπή για τους Εργοδότες των Τοπικών Αρχών, ενώ στην όλη διαδικασία το κράτος δε διαδραματίζει κανένα ρόλο. Η μέθοδος πληρωμών των γενικών ιατρών στα δημοτικά κέντρα υγείας ποικίλλει ανάμεσα στους διάφορους δήμους. Η επικρατούσα μέθοδος που ισχύει για περίπου 45 με 50% των ιατρών των κέντρων υγείας περιλαμβάνει μηνιαίο μισθό με κάποιες περιπτώσεις κατά πράξη και περίπτωση πληρωμών για μερικές επιλεγμένες χρονοβόρες ιατρικές διαδικασίες ή ελάχιστονες επεμβάσεις. Σε αρκετά κέντρα υγείας εφαρμόζεται το σύστημα του προσωπικού ιατρού, κατά το οποίο τα άτομα ή οι οικογένειες επιλέγουν έναν γενικό ιατρό του πλησιέστερου κέντρου υγείας. Περίπου το 50% των ιατρών των κέντρων υγείας ακολουθούν το παραπάνω σύστημα κι αμείβονται με ένα συνδυασμό μηνιαίου μισθού, κατά πράξη και περίπτωση και κατά κεφαλήν πληρωμών.

Κατά τη διάρκεια των 10-15 τελευταίων ετών έχει προκύψει μια καινούργια εξέλιξη, αυτή της εξωτερικής ανάθεσης του εργατικού δυναμικού των ιατρών (Vuorenkoski and Mikkola 2007). Αναδύθηκαν νέες εταιρείες, οι οποίες μισθώνουν ιατρούς στο δημόσιο τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτές οι εταιρείες ανήκουν κυρίως στους ίδιους τους ιατρούς κι ο μισθός των ιατρών που «μισθώνονται» στο δημόσιο αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης με την επιχείρηση. Οι δήμοι χρησιμοποιούν αυτές τις υπηρεσίες κυρίως όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανεύρεση ιατρών, ειδικά για την εκτέλεση υπηρεσιών εκτός ωραρίου, αν και πρόσφατα μισθώθηκαν ιατροί με μακροπρόθεσμα συμβόλαια και για την εξυπηρέτηση του κανονικού ωραρίου των κέντρων υγείας. Αυτές οι εταιρείες μπορούν να προσφέρουν καλύτερους μισθούς και πιο ευέλικτες εργασιακές συνθήκες από τους δήμους κι αποτελούν επομένως μια ελκυστική εναλλακτική λύση για τους

ιατρούς. Περίπου 5% των Φινλανδών ιατρών εργαζόταν σε αυτές τις εταιρείες το 2004 με τους νεότερους να ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για ανάλογες θέσεις.

Οι ιατροί στα περιφερειακά νοσοκομεία είναι μισθωτοί υπάλληλοι. Το ύψος του βασικού μηνιαίου μισθού εξαρτάται από τη θέση του ιατρού και τα έτη υπηρεσίας. Υπάρχουν ποικίλες πριμοδοτήσεις, όπως αυτή για την αυξημένη ευθύνη, στην πράξη όμως λίγο χρησιμοποιούνται. Συνήθως δεν υπάρχουν οικονομικά κίνητρα για την αύξηση της αποδοτικότητας και ποιότητας των ιατρών. Προβλέπεται πρόσθετη αποζημίωση για τις υπηρεσίες ετοιμότητας, οι οποίες μπορούν να αποζημιωθούν και με τη μορφή λήψης πρόσθετης άδειας. Οι ιατροί πληρώνονται επίσης επιπλέον για την έκδοση πιστοποιητικών κατάστασης υγείας για ποικίλους σκοπούς.

Μέχρι το Φεβρουάριο του 2008, όταν και καταργήθηκε, υπήρχε ένα σύστημα «ειδικής κατηγορίας πληρωμών» στα δημόσια νοσοκομεία, ανάλογα με το σύστημα των «ημι-ιδιωτικών κλινών» των δημόσιων νοσοκομείων που εφαρμόζεται σε άλλες χώρες. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν τον ιατρό που επιθυμούσαν στα δημόσια νοσοκομεία δίνοντας επιπλέον χρήματα, τα περισσότερα εκ των οποίων προορίζονταν για τους ιατρούς. Αντί αυτού του συστήματος εφαρμόστηκε ένα καινούργιο, σύμφωνα με το οποίο επιτρέπεται η παροχή ιατρικών υπηρεσιών ιδιωτικά στα δημόσια νοσοκομεία τα σαββατοκύριακα και μετά τις 4 μμ. τις καθημερινές. Το σύστημα στοχεύει να αποζημιώσει τους ιατρούς για την απώλεια των εσόδων που είχαν με το καταργηθέν σύστημα αλλά με έναν τρόπο με τον οποίο τα κέρδη θα κατανέμονται περισσότερο ισομερώς ανάμεσα στους ιατρούς και τους υπόλοιπους εργαζόμενους των νοσοκομείων. Υποστηρίζεται επίσης η άποψη ότι το νέο σύστημα προωθεί την αποτελεσματικότερη χρήση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων κι εξοπλισμού κι ότι δίνει στους ασθενείς μεγαλύτερη ελευθερία ώστε να διαλέξουν τον ιατρό τους και την ώρα λήψης της επιθυμητής φροντίδας υγείας. Το νέο σύστημα έχει συμπληρωματικό χαρακτήρα κι όλοι οι ασθενείς ακόμα διατηρούν το δικαίωμα περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων τις εργάσιμες ώρες. Το νέο σύστημα ωστόσο δεν έχει ακόμα εφαρμοστεί, διότι η ισχύουσα νομοθεσία δεν επιτρέπει την αποζημίωση από την Εθνική Ασφάλιση Υγείας για τέτοιου είδους υπηρεσίες.

Τα εισοδήματα των ιατρών εξαρτώνται ευρέως από τις ώρες που εργάζονται εκτός ωραρίου και τον αριθμό και το ποσό των επιδομάτων που λαμβάνουν για τα έτη υπηρεσίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ευθύνη κι ούτω καθεξής. Οι ειδικοί ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων που εργάζονται και στον ιδιωτικό τομέα κι οι προσωπικοί ιατροί που βλέπουν πολλούς ασθενείς κι εκτελούν πολλές υπηρεσίες ετοιμότητας έχουν πολύ υψηλότερο εισόδημα από τους συναδέλφους τους που βασίζονται μόνο στο τακτικό ωράριο εργασίας. Ο βασικός μηνιαίος μισθός των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας το 2006 ήταν περίπου 5200 ευρώ, ενώ ο αντίστοιχος μισθός των νοσοκομειακών ιατρών ήταν περίπου 4700 ευρώ (Vuorenkoski et al, 2008). Τα παραπάνω νούμερα δεν περιλαμβάνουν τις επιπλέον πληρωμές για τις εφημερίες, ετοιμότητας ή νυχτερινές.

Αναφέρθηκε προηγουμένως ότι υψηλό ποσοστό των ιατρών των δημόσιων νοσοκομείων εργάζεται επίσης τα απογεύματα στον ιδιωτικό τομέα κι αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση. Στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, οι ιατροί δουλεύουν αυτόνομα κι έχουν το δικαίωμα να καθορίζουν οι ίδιοι τις τιμές τους. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης έχει θέσει ένα μέγιστο όριο για την αποζημίωση των ασθενών, αλλά οι ιδιώτες ιατροί δεν είναι υποχρεωμένοι να ευθυγραμμίζουν τις αμοιβές τους με αυτά τα όρια κι η Εθνική Ασφάλιση Υγείας δε διαθέτει τα «όπλα» των συμβάσεων ή των διαπραγματεύσεων για να επηρεάσει τα επίπεδα των χρεώσεων. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια τάση συγχώνευσης μικρών ιδιωτικών κλινικών σε λιγότερες και μεγαλύτερες εθνικού επιπέδου. Το πρότυπο που επικρατεί σε αυτές είναι αυτό των μισθωτών ιατρών παρά αυτό των αυτόνομων επαγγελματιών ιατρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Συγκριτική Ανάλυση

Από την παράθεση των παραπάνω στοιχείων γίνεται κατανοητό ότι σχεδόν σε όλες τις χώρες γίνεται συνδυασμός των τριών βασικών μεθόδων αποζημίωσης των ιατρών. Κλασικός συνδυασμός αποδεικνύεται η αποζημίωση των νοσοκομειακών ειδικών ιατρών με μισθό, των γενικών ιατρών με την κατά κεφαλήν μέθοδο και των ειδικών ελευθεροεπαγγελματιών με την κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή. Μάλιστα, στη Σουηδία και τη Φινλανδία οι ίδιοι ιατροί μπορούν να αμείβονται και με τις τρεις μεθόδους.

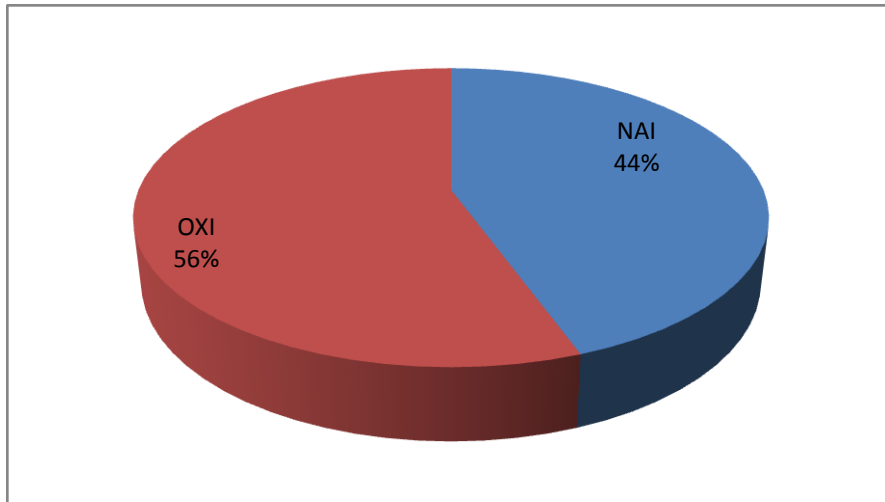
3.1 Πληρωμή με μισθό στα νοσοκομεία. Ιδιωτικό έργο ιατρών

Σε όλα τα κράτη, με την εξαίρεση του Βελγίου και του Λουξεμβούργου με εξαίρεση τα κύρια νοσοκομεία, οι ιατροί που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με μισθό, ως κύρια πηγή του εισοδήματός τους. Δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου έχουν μισθωτοί ιατροί του δημοσίου, είτε πρόκειται για νοσοκομειακούς ή ιατρούς κέντρων υγείας είτε για πανεπιστημιακούς σε 12 χώρες (Γράφημα 3.1). Στην Ελλάδα τούτο εκδηλώνεται με το δικαίωμα των πανεπιστημιακών και στρατιωτικών ιατρών να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία όπως και τα απογευματινά ιατρεία του ΕΣΥ, μέτρο που ποτέ δεν εφαρμόστηκε στο βαθμό που προέβλεπε ο νομοθέτης. Όπου η παραπάνω συνθήκη συνδυάζεται με άσκηση ιδιωτικού έργου εντός χώρων που ανήκουν στον δημόσιο τομέα, συνοδεύεται με απόδοση στο νοσοκομείο ποσού για τη δικαιολόγηση της χρήσης του χώρου κι εξοπλισμού του. Αυτό ισχύει και στο Βέλγιο, όπου οι νοσοκομειακοί ιατροί αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση. Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει αναφορά στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι ιατροί του NHS μπορούν να αποφασίσουν το βαθμό στον οποίο θα ασκούν ιδιωτικά την ιατρική αποδεχόμενοι την ανάλογη μείωση των αποδοχών τους από το NHS. Στην Ιταλία, αν οι ιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας ασκούν την ιατρική εκτός νοσοκομείου υποβάλλονται σε αντίστοιχη μείωση της αποζημίωσής τους κι αποκλείονται από την κατάληψη υψηλών θέσεων ευθύνης. Ενδιαφέρον είναι επίσης το παράδειγμα της Αυστρίας, όπου ιδιαίτερα οι ευρισκόμενοι σε υψηλά κλιμάκια της ιεραρχίας ιατροί έχουν το δικαίωμα να περιθάλλουν ασθενείς «ειδικής κατηγορίας» για την αύξηση των σχετικά χαμηλών εισοδημάτων τους με τα νοσοκομεία να καρπώνονται μέρος αυτών. Τέλος, παραδοσιακά μεγάλο ποσοστό νοσοκομειακών ιατρών διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο νόμιμα, εκτός τακτικού ωραρίου απασχόλησης στα νοσοκομεία, στην Ουγγαρία, την Πολωνία και την Πορτογαλία.

Πρόκειται για ένα πολύ ευαίσθητο θέμα διότι δε μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα οι ιατροί να χρησιμοποιούν την απασχόλησή τους εντός των νοσοκομείων για να προσελκύσουν ασθενείς στο ιδιωτικό τους ιατρείο. Η ανταμοιβή των ιατρών με αποδοχές που μπορούν να του εξασφαλίσουν έναν άνετο βίο και να αφοσιώνονται στην άσκηση των καθηκόντων τους απαλλαγμένοι από το άγχος της επιβίωσης είναι, κατά τη γνώμη μου, η απάντηση στο ζήτημα αυτό. Δε μπορεί όμως να παραγνωριστεί ότι οι απολαβές

των ιατρών εξαρτώνται από την οικονομική κατάσταση της εκάστοτε χώρας κι ως εκ τούτου είναι πιθανό να μη δύνανται να φτάσουν τα επιθυμητά, για τους ιατρούς, επίπεδα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.1 Ιδιωτική απασχόληση νοσοκομειακών ιατρών



ΝΑΙ: Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Ουγγαρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Φινλανδία

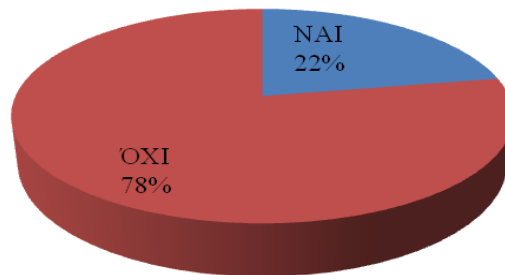
Πηγή: *Σειρά Health Systems in transition, European Observatory on Health Care Systems. Επεξεργασία του γράφοντος.*

3.2 Κίνητρα απόδοσης στους νοσοκομειακούς ιατρούς

Υπάρχει ποικιλία στο ζήτημα της χρησιμοποίησης οικονομικών κινήτρων απόδοσης για τη βελτίωση της αποδοτικότητας των ιατρών. Στο δημόσιο τομέα, σε 7 κράτη έχουν υιοθετηθεί τέτοια μέτρα, σε άλλα σε μεγαλύτερο και σε άλλα σε μικρότερο βαθμό (Γράφημα 3.2). Δε μπορεί να αμφισβητηθεί το δίκαιο του αιτήματος της επιβράβευσης της εκτέλεσης υψηλής ποιότητας ιατρικού έργου όπως και του χρόνου που δαπανάται για την παραγωγή αυτού. Κατά την άποψη του γράφοντος, η καθιέρωση κινήτρων απόδοσης θα μπορούσε να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της παραοικονομίας στην υγεία, φαινόμενο που παρατηρείται έντονα σε πολλές χώρες αλλά και στην Ελλάδα. Οποσδήποτε όμως στην περίπτωση τούτη είναι αναγκαία κι η καθιέρωση αυστηρών κυρώσεων για τους παραβάτες ιατρούς που παρά τη λήψη επιδομάτων επιβράβευσης της απόδοσής τους επιμένουν να ζητούν παρανόμως επιπλέον οικονομικά ανταλλάγματα. Εύκολα μπορεί να παρατηρήσει κανείς ότι σε χώρες όπου ανθεί η παραοικονομία στον τομέα των δημόσιων νοσοκομείων οι ιατροί αμείβονται με σχετικώς χαμηλή αμοιβή, που

δεν ανταποκρίνεται στο επίπεδο της εκπαίδευσής τους ούτε στον υψηλό βαθμό ευθύνης που ενέχεται στο λειτούργημα που ασκούν. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η Ελλάδα, η Πολωνία κι η Ουγγαρία.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.2 Επίδομα ανάλογα με την απόδοση



NAI: Βουλγαρία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Εσθονία, Σουηδία, Φινλανδία

Πηγή: *Σειρά Health Systems in transition, European Observatory on Health Care Systems. Επεξεργασία του γράφοντος.*

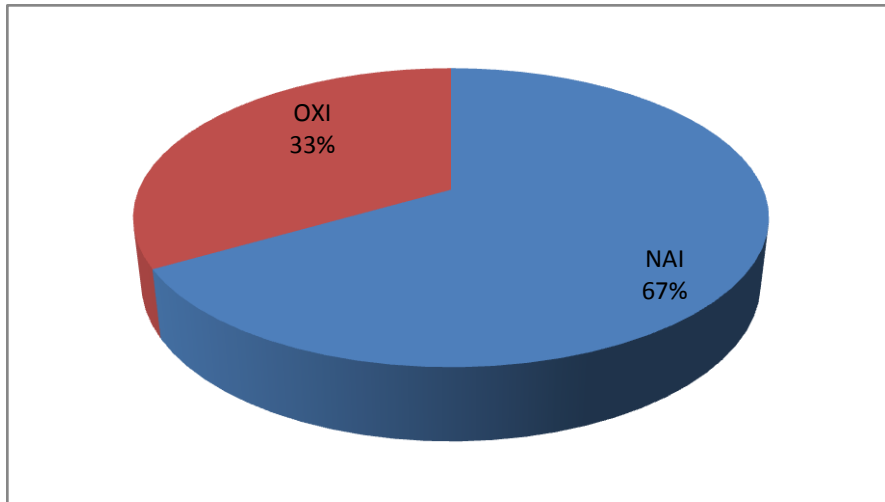
3.3 Γενικοί ιατροί, αποζημίωση κι επιδόματα

Περισσότερα είναι τα παραδείγματα όπου δίνονται οικονομικά κίνητρα στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίοι συνήθως είναι GP και αμείβονται με τη μέθοδο της κατά κεφαλήν πληρωμής κατά το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματός τους. Αυτό ισχύει για την συντριπτική πλειοψηφία των χωρών της ΕΕ (24 χώρες), με τις εξαιρέσεις της Ελλάδας, της Κύπρου και του Λουξεμβούργου. Επίσης, στην Ισπανία, την Πορτογαλία και την Λετονία οι GP αμείβονται κυρίως με μισθό. Πρέπει να σημειωθεί ότι με βάση τον ιδρυτικό νόμο του ΕΟΠΥΥ, η παραπάνω μέθοδος πληρωμής προβλέπεται να εφαρμοστεί και στην Ελλάδα, κάτι τέτοιο όμως ακόμα δεν αποτελεί πραγματικότητα καθώς οι συμβεβλημένοι ιατροί αμείβονται με την επίσκεψη μέχρι ενός ανώτατου ορίου. Υπάρχουν ποικίλοι τύποι οικονομικών κινήτρων που δίδονται στους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σημαντικότερη είναι η απόδοση πρόσθετων οικονομικών απολαβών, ποικίλου βαθμού, στους γενικούς ιατρούς με τη μορφή της κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωσης για δεδομένες ιατρικές πράξεις. Παρατηρείται σε 18 κράτη της ΕΕ (Γράφημα 3.3). Εμφανίζεται μεγάλη ποικιλία στον τύπο των υπηρεσιών που αποζημιώνονται κατ' αυτόν τον τρόπο. Συνήθως πρόκειται για

τηλεφωνική παροχή υπηρεσιών, κατ' οίκον επισκέψεις, υπερωρίες, υπηρεσίες πρόληψης, εκτέλεση εμβολίων, απλών διαγνωστικών πράξεων κι ελασσόνων χειρουργικών επεμβάσεων, παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα ή αντίστοιχων σε μετεγχειρητική πορεία.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.3 Πληρωμή επιπρόσθετων αμοιβών στους GP



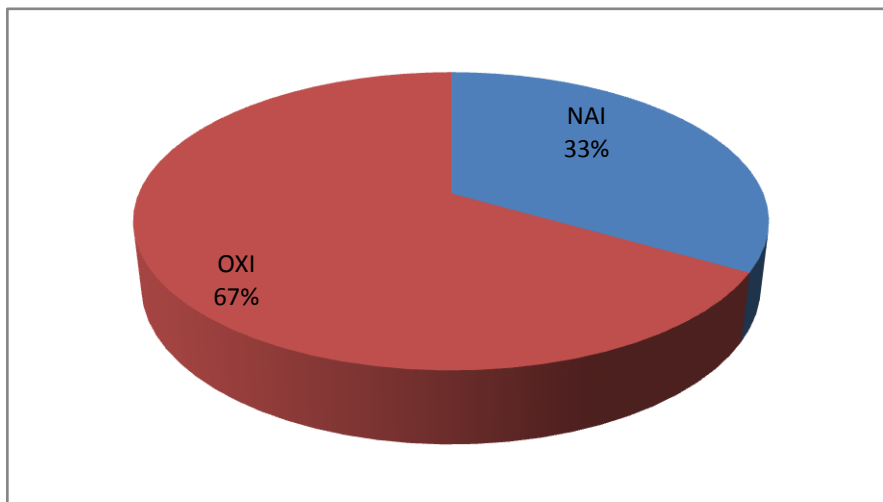
Πηγή: *Σειρά Health Systems in transition, European Observatory on Health Care Systems.*
Επεξεργασία του γράφοντος.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει η περίπτωση της Γαλλίας με το σύστημα CAPI, σύμφωνα με το οποίο αποδίδεται οικονομικό μπόνους στους ιατρούς για ελάττωση της συνταγογράφησης υπερσυνταγογραφούμενων φαρμάκων (γαστροπροστατευτικά, αντιβιοτικά, στατίνες) κι αύξηση της χορήγησης των φθηνότερων γενοσήμων. Παράλληλα, τίθενται στόχοι πρόληψης μέσω της ανοσοποίησης ευαίσθητων ομάδων πληθυσμού. Τέλος, αξίζει ιδιαίτερης μνείας η περίπτωση της Σλοβενίας όπου υφίσταται υποχρέωση εκτέλεσης προκαθορισμένου όγκου υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής από τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ταυτόχρονα, στην ίδια χώρα παρέχεται οικονομικό κίνητρο για μείωση των παραπομπών στους ειδικούς ιατρούς, πρόβλημα που συνδέεται άμεσα με τη μέθοδο της κατά κεφαλήν πληρωμής. Πρόκειται για ένα μέτρο που μπορεί να οδηγήσει στη μείωση των δαπανών για την υγεία, καθώς οι υπερβολικές παραπομπές από τους γενικούς ιατρούς σε ειδικούς και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη ευθύνεται για ένα μεγάλο μέρος αυτών. Φυσικά, δε μπορεί να μη γίνει αναφορά στο σύστημα QOF του Ηνωμένου Βασιλείου, το οποίο αναλύθηκε εκτενώς στην αντίστοιχη υποενότητα. Αποτελεί αναμφισβήτητα το πιο ολοκληρωμένο μοντέλο απόδοσης οικονομικών

κινήτρων στους γενικούς ιατρούς για τη βελτίωση του όγκου και της ποιότητας της εργασίας τους.

Αξίζει να σημειωθεί ο ρόλος εισόδου (gatekeeping) στο σύστημα υγείας που διαδραματίζουν οι γενικοί ιατροί (GP) σε αρκετά κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτή η πρακτική ισχύει με αυστηρό πλαίσιο σε 9 κράτη (Γράφημα 3.4). Στις περιπτώσεις αυτές απαραίτητη προϋπόθεση για την εξέταση ασθενούς σε δευτεροβάθμιο επίπεδο ή σε πρωτοβάθμιο από ειδικό ιατρό είναι η παραπομπή από γενικό ιατρό. Χαρακτηριστική είναι η υποχρέωση ασθενών που παρακάμπτουν το γενικό ιατρό για να επισκεφτούν ειδικό να αναγκάζονται να καλύψουν οι ίδιοι όλα τα έξοδα, όπως ισχύει στη Βουλγαρία, τη Δανία και τη Λετονία ή μερικώς όπως στη Γαλλία. Εξαίρεση στον κανόνα αποτελούν σε κάποιες χώρες ορισμένες κατηγορίες ειδικών ιατρών, συνήθως οφθαλμίατροι και γυναικολόγοι, όπου δεν απαιτείται προηγούμενη παραπομπή. Προσπάθειες εφαρμογής αυστηρότερου πλαισίου “gatekeeping” γίνονται και σε άλλες χώρες όπως στη Γαλλία και την Πορτογαλία. Το εν λόγω σύστημα δημιουργεί ένα πρότυπο ενός πανίσχυρου γενικού ιατρού, ο οποίος ελέγχει ουσιαστικά τη ροή των ασθενών στο σύστημα υγείας. Απαιτείται πλήρης επιστημονική κατάρτιση των ιατρών που διαδραματίζουν το ρόλο αυτό ενώ δε μπορεί να αποκλειστεί το φαινόμενο να αποκλείεται η παραπομπή ασθενών που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας για λόγους αύξησης των αποδοχών των οικογενειακών ιατρών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.4 Γενικός ιατρός ως «πύλη εισόδου»

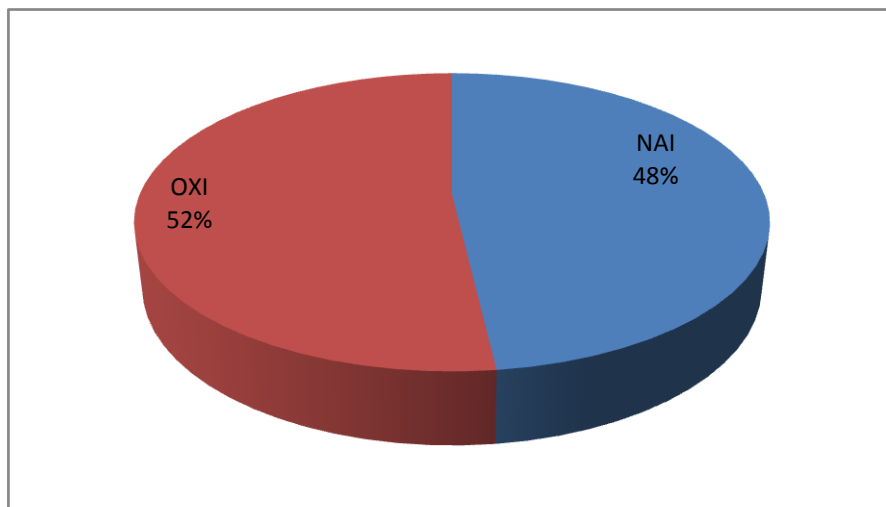


ΝΑΙ: Βουλγαρία, Δανία, Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία, Ολλανδία, Ουγγαρία, Πορτογαλία, Σλοβενία.

Πηγή: *Σειρά Health Systems in transition, European Observatory on Health Care Systems. Επεξεργασία του γράφοντος.*

Πολύ σημαντικό ρεύμα φαίνεται ότι έχει αποκτήσει η εξάρτηση της πληρωμής των οικογενειακών ιατρών από την ηλικία των ασθενών της λίστας τους. Με άλλοτε άλλο τύπο, κάτι τέτοιο εφαρμόζεται σε 13 χώρες. Αποτελεί ένα δίκαιο τρόπο εξατομίκευσης των αποδοχών τους καθώς είναι αναμφισβήτητο ότι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας συνδέονται με αυξημένο όγκο εργασίας και δυσκολότερο έργο των ιατρών. Λιγότερο συχνά εφαρμόζεται η σύνδεση των εισοδημάτων των ιατρών με την άσκηση του έργου τους σε απομονωμένες περιοχές, καθώς κάτι τέτοιο φαίνεται να ισχύει μόνο σε Ηνωμένο Βασίλειο, Ρουμανία, Βουλγαρία κι Εσθονία. Πρέπει να συμπληρωθεί ότι και στην Ελλάδα μέχρι πρόσφατα δινόταν ένα επίδομα άγονης περιοχής σε ιατρούς που εκπλήρωναν την υπηρεσία υπαίθρου για συγκεκριμένο διάστημα, κάτι τέτοιο όμως δεν ισχύει πλέον.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.5 Εξάρτηση αποζημίωσης GP από την ηλικία των ασθενών του καταλόγου τους



ΝΑΙ: Αυστρία, Γερμανία, Δημοκρατία της Τσεχίας, Εσθονία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισπανία, Λιθουανία, Ολλανδία, Ουγγαρία, Πολωνία, Σλοβακία

Πηγή: *Σειρά Health Systems in transition, European Observatory on Health Care Systems.*

Επεξεργασία του γράφοντος.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση fundholding, όπως αποκαλείται διεθνώς η διαχείριση από τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας πόρων από την κεντρική διοίκηση που τους αποδίδονται εκ των προτέρων για την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους. Η παραπάνω

τακτική, αν και παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον ως νεωτερισμός, περιγράφεται μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Λετονία.

3.4 Η κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση κυριαρχεί στην ιδιωτική άσκηση της ιατρικής

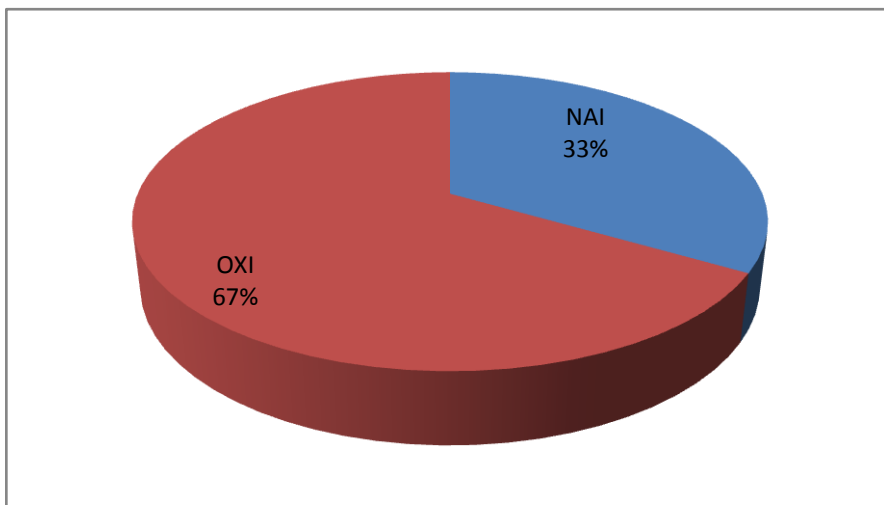
Η κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή αποτελεί την πιο διαδεδομένη μέθοδο πληρωμής των ειδικών ιατρών που ασκούν την ιατρική ιδιωτικά και συμβάλλονται με τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας. Επίσης, χρησιμοποιείται για την απόδοση επιπλέον εισοδημάτων στους γενικούς ιατρούς με συγκεκριμένα κριτήρια, κατάσταση η οποία αναλύθηκε παραπάνω. Εξαιρέσεις παρατηρούνται στην Ισπανία, όπου οι συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί υπογράφουν ετήσιες συμβάσεις κι αμείβονται ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών των αντίστοιχων καταλόγων τους. Παρόμοια τακτική ακολουθείται και στις Γερμανία, Αυστρία και Ιταλία όπου οι όμως η κατά κεφαλή πληρωμή συμπληρώνεται με κατά πράξη και περίπτωση πληρωμές για πράξεις πλέον των βασικών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιείται μόνο για την αποζημίωση ιατρών, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς που κάνουν χρήση ιδιωτικής ασφάλειας.

Αξιοσημείωτο είναι το σύστημα αντιστοίχισης των ιατρικών πράξεων με πόντους ανάλογα με την πολυπλοκότητά τους και τους πόρους που απαιτούνται για την εκτέλεσή τους. Εφαρμόζεται στις Γερμανία, Ουγγαρία, Ρουμανία, Σλοβακία και Γαλλία, συνήθως δε συνοδεύεται με ανώτατα όρια πόντων, πάνω από τα οποία η αποζημίωση επηρεάζεται αρνητικά, θέμα το οποίο αναλύθηκε σε προηγούμενο σημείο.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι δεν είναι πολύ συχνή η «τιμωρία» των ιατρών που εκτελούν περισσότερες ιατρικές πράξεις από αυτές που χρειάζονται κάθε φορά. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρθηκε η υπερπροσφορά ιατρικών υπηρεσιών ως το σημαντικότερο μειονέκτημα της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής, έχουσα σχέση με την ελπίδα αύξησης των αποδοχών και δευτερευόντως με την αμυντική ιατρική. Μόνο σε 8 χώρες παρατηρείται η επιβολή ενός ανώτατου ορίου ιατρικών πράξεων ή επισκέψεων, πάνω από το οποίο μειώνεται η αμοιβή (Γράφημα 3.6). Σε αυτές περιλαμβάνεται κι η Ελλάδα, μετά την καθιέρωση του ΕΟΠΥΥ, καθώς οι ιατροί δεν αποζημιώνονται για περισσότερες από 200 επισκέψεις το μήνα. Στην περίπτωση που το όριο συμπληρωθεί όποιος ασθενής επιμένει να

επισκεφτεί τον συγκεκριμένο ιατρό επωμίζεται το κόστος. Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση της Σλοβακίας και της Σλοβενίας. Αντίστοιχα, στη Δανία, την Τσεχία, την Αυστρία και τη Ρουμανία μετά τη συμπλήρωση του ανώτατου ορίου, η αποζημίωση για κάθε επιπλέον πράξη ή αποζημίωση περιορίζεται. Αυστηρό έλεγχο ασκεί η Γερμανία που συγκρίνει τις παραπομπές σε δευτεροβάθμιες μονάδες υγεία παρόμοιων περιστατικών από ιατρούς ίδιας ειδικότητας. Αν αποδειχθούν αδικαιολόγητα αυξημένες ζητούνται εξηγήσεις κι επιβάλλονται κυρώσεις.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.6 Επιβολή ανώτατου ορίου αποζημίωσης ιατρών



ΝΑΙ: Αυστρία, Γερμανία, Δανία, Δημοκρατία της Τσεχίας, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία.

Πηγή: *Σειρά Health Systems in transition, European Observatory on Health Care Systems.*
Επεξεργασία του γράφοντος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαβουλεύσεις για την ανεύρεση του καταλληλότερου μηχανισμού πληρωμών δεν έχουν καταλήξει σε κάποιον ιδεώδη τύπο. Υποστηρίζεται η άποψη ότι κάθε μηχανισμός αποζημίωσης μπορεί να αποτύχει όσον αφορά τα θέματα της σπατάλης πόρων και του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ενώ ρόλο παίζει κι η διαμορφωμένη σε κάθε κοινωνία ηθική σχετικά με τους όρους άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος (Abel Smith B, 1994).

Πιθανότατα, ο πλέον συνηθισμένος συνδυασμός των τριών βασικών μεθόδων, δηλαδή κατά κεφαλήν για οικογενειακούς ιατρούς, κατά πράξη και περίπτωση για ειδικούς και ειδικές πράξεις των οικογενειακών και μισθό για τους ιατρούς που απασχολούνται στον ευρύτερο δημόσιο τομέα αποτελεί το

θεμέλιο ενός λειτουργικού μηχανισμού πληρωμών. Επιμέρους θετικά στοιχεία που απαντώνται σποραδικά στα διάφορα συστήματα υγείας θα μπορούσαν να κάνουν τη διαφορά. Επομένως, είναι δυνατό να διατυπωθούν ορισμένες προτάσεις.

Είναι ευνόητο ότι δεν υπάρχει πρακτικά λόγος να μην καθιερωθεί το επίδομα απόδοσης στους νοσοκομειακούς ιατρούς σε όλα τα νοσοκομεία. Δίδει κίνητρα τόσο για την αντιμετώπιση της παραοικονομίας όσο και για την αύξηση της παραγωγικότητας των ιατρών και της ποιότητας του παρεχόμενου έργου. Αποτελεί μέθοδο αντιμετώπισης δηλαδή του μεγαλύτερου μειονεκτήματος της πληρωμής με μισθό, δηλαδή την έλλειψη κινήτρου για τη βελτίωση της απόδοσης της εργασίας.

Είναι κοινωνικά δίκαιο να αυξάνεται το εισόδημα των ιατρών ανάλογα με την ηλικία των ασθενών της λίστας του και την απόφασή του να ασκήσει την ιατρική σε απομακρυσμένες περιοχές, σε δύσκολες πολλές φορές συνθήκες. Ενώ ήδη περίπου στις μισές ευρωπαϊκές χώρες έχει καθιερωθεί επίδομα των GP ανάλογα με την ηλικία, δεν ισχύει κάτι αντίστοιχο για τις απομακρυσμένες περιοχές. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η δεύτερη συνθήκη στην περίπτωση της Ελλάδας με το ιδιαίτερο ανάγλυφο με απομονωμένα νησιά και δυσπρόσιτες ορεινές περιοχές. Επίσης, δεν είναι συχνή η πριμοδότηση των ειδικών ιατρών με βάση την ηλικία των ασθενών τους.

Το σύστημα πληρωμών των ιατρών δεν είναι αποκομμένο από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του κράτους σε μια δεδομένη περίοδο. Αντίθετα, συνδέεται άρρηκτα με αυτό. Στη βάση αυτής της λογικής θα μπορούσε κάποιος να επισημάνει ότι το σύστημα της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής, παγιωμένο πανευρωπαϊκά για την αποζημίωση των ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών, δύναται να λειτουργήσει καλύτερα με την υιοθέτηση ενός συστήματος πόντων με τον τρόπο που εφαρμόζεται στη Ρουμανία. Με τον υπολογισμό δηλαδή της αξίας του κάθε πόντου με βάση τον προϋπολογισμό που διατίθεται γι' αυτόν το σκοπό κάθε μήνα και τον συνολικό αριθμό πόντων που καταθέτουν οι ιατροί το μήνα αυτό. Μ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της εκτέλεσης άσκοπων ιατρικών πράξεων καθώς θα οδηγούσε σε μείωση της αξίας αποζημίωσής τους. Σε κάθε περίπτωση η εκάστοτε κυβέρνηση οφείλει να διασφαλίζει την πληρωμή των ιατρών κατά τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής διαβίωσή τους.

Κάτι τέτοιο συνεπάγεται αξιοπρεπείς δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Προϋποθέσεις πληρωμής θα έπρεπε να εφαρμοστούν κατά το πρότυπο του Γερμανικού συστήματος. Σύμφωνα με αυτό τίθενται ως προϋποθέσεις η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση μέσω της παρακολούθησης σεμιναρίων κι η πραγματοποίηση ελάχιστου αριθμού εκτέλεσης ειδικών ιατρικών πράξεων υπό επίβλεψη, ώστε να κατοχυρώνεται το δικαίωμα εκτέλεσης αυτών κι αποζημίωσης.

Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας αποτελεί επίσης ένα θέμα προς συζήτηση. Είναι ηθικό ή όχι ιατροί που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία να ασκούν ιδιωτικά την ιατρική στο χώρο του νοσοκομείου ή εκτός αυτού; Σε δύσκολες οικονομικές συγκυρίες μήπως θα έπρεπε να συζητηθεί η υιοθέτηση του μοντέλου της Αυστρίας; Δηλαδή, η κράτηση μικρού μέρους των κλινών του νοσοκομείου για την κάλυψη από «ιδιωτικούς ασθενείς», οι οποίοι απαιτούν απολαβή ιατρικών υπηρεσιών άμεσα χωρίς να υπομείνουν λίστες αναμονής. Κάτι τέτοιο θα απέδιδε επιπλέον έσοδα τόσο στους ιατρούς που θα αναλάμβαναν τέτοιου είδους δράση όσο και στα νοσοκομεία, καθώς οι αμοιβές θα μοιράζονταν ανάμεσα στα δύο μέρη. Τα νοσοκομεία θα μπορούσαν να επενδύσουν τα επιπλέον έσοδα στον εκσυγχρονισμό του υλικοτεχνικού εξοπλισμού τους και στην παροχή υπηρεσιών υψηλότερης ποιότητας σε όλους τους ασθενείς. Είναι δεδομένο όμως ότι, τουλάχιστον άμεσα, μία τέτοιου είδους πρακτική αντίκειται στην απαίτηση για ισότητα των ασθενών στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας.

Συνοψίζοντας, όλα τα συστήματα επιδρούν με διαφορετικό τρόπο στα ακανθώδη ζητήματα της αποτελεσματικότητας, της ποιότητας, του τύπου της φροντίδας υγείας και της πρόσβασης σε αυτή. Το ποιο σύστημα τελικά θα επιλεγεί εξαρτάται από παράγοντες όπως η ύπαρξη συστημάτων διαχείρισης δεδομένων υγείας, η διαθεσιμότητα θεσμικής υποστήριξης, μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας ή της οικονομίας κι οι συνολικοί βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι στο κρίσιμο αυτό πεδίο.

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΗΓΕΣ

Α΄ Νόμοι

Νόμος 1397/1983, (ΦΕΚ Α΄ 143/7-10-1983), Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Νόμος 2889/2001, (2/3/2001). Άρθρο 9: *Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων.*

Νόμος 3918/2011, (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011), Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.

Κοινή Υπουργική Απόφαση 2 (Κ.Υ.Α.) ΦΕΚ Β' 2456/03-11-2011, Καθορισμός αμοιβών των με σύμβαση θεραπειών γιατρών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Άρθρο 6 σε Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου με ΦΕΚ 262/Α/16.12.2011.

Κοινή Υπουργική Απόφαση 1 (Κ.Υ.Α.), ΦΕΚ Β΄3054/ 18.11.2012. Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).

Νόμος 31/23.2.2012. Άρθρο 6: Επείγουσες ρυθμίσεις του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Β΄ Ηλεκτρονικές διευθύνσεις

Μουτσόπουλος Χ., Να ξεμπερδέψουμε με το «φακελάκι»,

<http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=443204>, (πρόσβαση στις 13/2/1012)

Αποπληρωμή χρεών και κούρεμα δανείων ζητούν οι γιατροί: <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22770&subid=2&pubid=63750376>, (πρόσβαση στις 8/12/2012).

Colombo F (2004). *Proposal for a taxonomy of health insurance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development <http://www.oecd.org/dataoecd/24/52/31916207.pdf>, (πρόσβαση στις 30/4/2012).

Maynard A, Bloor K (2003). Do those who pay the piper call the tune? *Health Policy Matters*, Issue 8. York, University of York <http://www.york.ac.uk/media/healthsciences/documents/research/hpm8final.pdf>, πρόσβαση στις 10/6/2012.

National Audit Office. *Einkommen 2002/2001*.(2002)

http://www.rechnungshof.gv.at/Berichte/Einkommen/Einkommen_2002_1/Einkommen_2002_1.pdf, (πρόσβαση στις 25/4/2012).

Naiditch M, Dourgnon P (2009). *The preferred doctor scheme: a political reading of a French experiment of gate-keeping*. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES document du travail 22) (<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT22PrefDocSchemePolitFrenchExpGatekeeping.pdf>, πρόσβαση στις 02/5/2012).

OECD, (2003), *A disease-based comparison of health systems*, <http://www1.oecd.org/publications/e-book/8103031E.PDF>, (πρόσβαση στις 25/4/2012). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2010). *OECD health data 2010* [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, (πρόσβαση στις 23/03/2013).

Westert GP et al. eds, (2008), *Dutch health care performance report 2008*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) http://www.rivm.nl/vtv/object_binary/o6118_Dutch%20Healthcare%20Performance%20Report%202008.pdf (πρόσβαση στις 20/01/2013).

Vuorenkoski L, Mikkola H (2007). *Outsourcing in primary health care*. Bertelsmann Foundation, Health Policy Monitor (<http://www.hpm.org/survey/fi/a9/3>), πρόσβαση στις 05/04/2013.

Γ΄ Εφημερίδες

Εφ. *Βήμα της Κυριακής* 4/3/2012, σ. Α34.

Εφ. *Βήμα της Κυριακής* 23/9/2012, σ.Α14-Α15.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1995), *Συστήματα Υγείας κι Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, (2001), *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Κοντούλη-Γείτονα Μ., (1997), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Αθήνα.: Εξάντας.

Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ., (1991), *Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., (1994), “Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας”, Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας
- Σουλιώτης Ν. Κυριάκος, (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης
- Σουλιώτης Κ., (2007), *Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτική Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Τούντας Ι., (2008), *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Τσαντίλας Π., (2008), *Ευρωπαϊκό και Εθνικό Δίκαιο της Υγείας*, Αθήνα-Κομοτηνή : Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- Aas, I. H. Monrad (1995): “Incentives and Financing Methods”, *Health Policy*, vol. 34:205-220.
- Abel-Smith, B. (1976). *Value for money in health services: A comparative study*. London: Heinemann.
- Abel Smith B., (1994), *An Introduction to health: Policy, Planning and Financing*. London: Longman.
- Albrecht T., Turk E., Toth M., Ceglar J., Marn S., Pribaković Brinovec R....van Ginneken E., (2009), “Slovenia: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Anell A, Glenngård AH, Merkur S., (2012), “Sweden: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Barnum, Howard, Joseph Kutzin and Helen Saxenian (1995): “Incentives and Provider Payment Methods”, *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 10:23-45.
- Azzopardi Muscat N., Dixon A., Mossialos E., (1999), *Malta: “Health Care Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Barros P, Machado S, Simões J., (2011), “Portugal: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Bitran, R. and R. Block (1992): *Provider Incentives and Productive Efficiency in Government Health Services, Phase 1 Report*, Massachusetts: Draft, Abt Associates Inc.

Bloor K, Maynard A, Freemantle N ,(2004), “Variation in activity rates of consultant surgeons and the influence of reward structures in the English NHS.” *Journal of Health Services Research and Policy*, 9:76–84.

Bodenheimer T.S., Grumbach K., (2002), *Κατανοώντας την πολιτική υγείας. Μια κλινική προσέγγιση*. 4^η Έκδοση, Επιμελ. Ελληνικής Έκδοσης: Σουλιώτης Κ.. Μεταμόρφωση: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Boyle S ,(2005), “Payment by results in England.” *Euro Observer*, 7:12–16.

Boyle S., (2007), “Payment by results in England.” *Eurohealth*, 13:12–16.

Boyle S., (2011), “United Kingdom (England): Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Bryndová L., Pavloková K., Roubal T., Rokosová M., Gaskins M., Van Gineken E., (2009), Czech Republic: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Bundesministerium für Soziale Sicherung Generationen und Konsumentenschutz, (2004), *Bericht über die Soziale Lage 2003–2004*. Vienna: Federal Ministry of Social Security, Generations and Consumer Protection.

Busse R, Riesberg A., (2004), *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Cabral M., Silva P., (2009). *The Portuguese and the NHS today: access, evaluation and attitudes of the Portuguese population towards health and the NHS*. Lisbon: Instituto de Ciências Sociais.

Cerniauskas G., Murauskiene L., Tragakes E., (2000), *Lithuania: Health Care Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies

Chawla M., Windak A., Berman P., Kulis M., (1997), “Paying the Physician: Review of Different Methods”, *Data for Decision Making Project*, Boston, Massachusetts: Department of Population and International Health Harvard School of Public Health.

Chawla M, Berman P, Kawiorska D, (1998), “Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures”. *Health Economics* 7(4):337–346.

Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P., (2010), “France: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Economou C., (2010), “Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*”. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Ellis, R.P., McGuire T.G., (1990), “Optimal Payment Systems for Health Services” *Journal of Health Economics*, vol. 9:375-396.

García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E., (2010), “Spain: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Georgieva L, Salchev P, Dimitrova S, Dimova A, Avdeeva O., (2007), “Bulgaria: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Hofmarcher M, Rack H-M., (2006), “Austria Health system review.” *Health Systems in Transition*, 8(3). Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Evans R.G. 1974. “Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications.” In Perlman, M. (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care*. Stockton Press,:163-73.

Fleming D.M., (1993) *The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care*, Amsterdam: Thesis Publishers.

Fujisawa R., Lafortune G., (2008), “The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries.What are the Factors Influencing Variations across Countries?” *OECD Health Working Papers* No 41, OECD Publishing.

Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. ,(2011), “Hungary: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Gerkens S, Merkur S. (2010) “Belgium: Health system review”. *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sergison M, Leese B, et al. (2000) ”Target payments in primary care: effects on professional practice and

health care outcomes (Cochrane Review)”. *The Cochrane Library*: No 3. Oxford: Update Software.

Glaser, W. A. (1970), *Paying the Doctor*, London: The John Hopkins Press.

Golna C, Pashardes P, Allin S, Theodorou M, Merkur S, Mossialos E., (2004), “*Health care systems in transition: Cyprus.*” Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. (1999) “How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour.” *Quarterly Journal of Medicine* 92(1):47-55.

Gosden T., Forland F., Kristiansen IS., Sutton M., Leese B., Giuffrida A., Sergison M., Pedersen L., (2000), “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.

Kerr E., Mossialos E., (1999) *Luxemburg: Health Care Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J and van Ginneken E., (2008), “Estonia: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Krasnik A et al., (1990), “Changing remuneration systems: effects on activity in general practice.” *British Medical Journal* 300(6741):1698 – 1701.

Kyriopoulos J ,(2004), “Informal payments in the health sector: Some evidence and research issues.” In Kyriopoulos J, ed. *Health systems in the world: From evidence to policy*. Athens: Papazisis Publishers.

Liaropoulos L et al., (2008), “Informal payments in public hospitals in Greece.” *Health Policy*, 87(1):72–81..

Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A., (2009), “Italy: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

McDaid D, Wiley M, Maresso A and Mossialos E., (2009), “Ireland: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Mossialos E. Le Grand J. (eds), (1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union* Ashgate, Aldershot.

Nonnemaker L., Thomas S., Dubow J., (2009), *Physician Payment: Current System and Opportunities for Reform*. Washington: AARP (American Association of Retired Persons).

Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C., (2012), “Denmark: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Pauly, M. V. (1970), “Efficiency, Incentives and Reimbursement for Health Care” *Inquiry*, VII, 1: 114-131.

Roberfroid D et al. (2008). *Physician workforce supply in Belgium: current situation and challenges*. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.

Robinson J., (2001), “Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives.” *The Milbank Quarterly* 79 no.2: 149-177.

Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domański F, Czyżewski M,.....Busse R., (2011), “Poland: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Saltman R.B., Figueras J., (1997), “European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies.” *European Series No 72*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Scott A., Hall J., (1995), “Evaluating the effects of GP remuneration.” *Health Policy* 1995;31(3):183-95.

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E., (2010), “The Netherlands: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Shimmura K. (1988) “Effects of different remuneration methods on general medical practice: a comparison of capitation and fee-for-service payment.” *International Journal of Health Planning and Management* 3:245-58.

Simoens S., Giuffrida A., (2004) “The impact of Physician Payment Methods on Raising the Efficiency of the Healthcare System: An international comparison.” *Applies Health Economics and Health Policy* 3 no. 1:39-46.

Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M and van Ginneken E., (2011), “Slovakia: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Statistics Sweden, (2011), *Löner och sysselsättning inom landstingskommunal sektor 2010*[Wages/salaries and employment in county councils 2010]. Stockholm: Statistics Sweden

Tragakes E, Brigis G, Karaskevica J, Rurane A, Stuburs A, Zusmane E, Avdeeva O and Schäfer M. ,(2008), “Latvia: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Vlădescu C., Scîntee G., Olsavszky V., Allin S. and Mladovsky P., (2008), “Romania: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Vuorenkoski L., Mladovsky P. and Mossialos E., (2008), “Finland: Health system review.” *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Walsh K., Deakin N., Smith P., Spurgeon P., Thomas N. , (1997), “Contracting for Change. Contracts in Health, Social Care and other Local Government Services” Oxford University Press.

Woodward R, Warren-Bolton F. “Considering the effects of financial incentives and professional ethics on 'appropriate' medical care”. *Journal of Health Economics* 1984;3:223-37.

ABSTRACT

Payment mechanisms define the type and the value of the provided services. They produce incentives for the physicians to provide more or less services, to examine more or less patients and maybe control the cost of the provided services. (Robinson,2001). It is common knowledge that the remunerations of physicians represent one of the most important source of expenditure in the section of provision of health services. This fact contributes to the enhancement of the payment mechanism as one of the most crucial issues for the health policy makers who seek to maintain or improve the efficiency, access and quality of health services, cover under-served areas while controlling costs. The importance of the issue is increased due to the economic crisis and employs further the modern European states Nevertheless little is known about the effects of different types of payments in terms of these objectives, which leaves room for the conduction of studies.

In general terms, it can be stated in conclusion that almost all countries use combinations of the three basic methods of payments (salary, fee for service and capitation). Observed differences mainly in the role of the family doctor as gatekeeper to the health system, the provision of additional financial incentives to doctors in the form of performance bonus and other benefits and the level of earnings.

The following essay is an analysis payment method for doctors in the European Union based on bibliographical data mainly derived from the series “Health systems in transition” of European Observatory on Health Systems and Policies. Its purpose is the comprehensive recording and comparison of payment mechanisms for doctors in the European Union. This work can serve as reference for the study of payment mechanisms.

Keywords

Payment mechanisms

Salary

Fee for service

Capitation

General practitioner (GP)

Specialist

Contracts

Health insurance Funds