

Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ



**ΜΕΛΕΤΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ-ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΦΥ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ**



**Κομοτηνή - Αθήνα
Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 2013**

**Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ
που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ**

Επιμέμεια συγγραφής:

Νικόλαος Πολύζος, Αναπλ. Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

ISBN | 978-960-91247-1-3

Το εξώφυλλο φιλοτεχνήθηκε από το **Μιχάλη Πολύζο**,
22 ετών, φοιτητή Αρχιτεκτονικής ΕΜΠ.

Κύριος Συγγραφέας-Επιμελητής Έκδοσης:

Νικόλαος Πολύζος, Αναπλ. Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης
και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Συγγραφείς μέρους της έκδοσης:

Μάμας Θεοδώρου, Αναπλ. Καθηγητής, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας,
Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Αικατερίνη Καστανιώτη, Επίκ. Καθηγήτρια, Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Α.ΤΕΙ Πελοποννήσου.

Ελευθέριος Θηραϊός, Γενικός Γιατρός, Επιμελητής Α, ΕΣΥ.

Στέφανος Καρακόλιας, Ερευνητής και υποψήφιος διδάκτορας.

Καλομοίρα Μαμά, Σύμβουλος Διοίκησης - Οικονομικών (Υγείας).

Περικλής Πολυζωίδης, Επίκ. Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης
και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Κωνσταντίνος Δικαίος, Επίκ. Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης
και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Χριστόφορος Σκαρνάκης, Επίκ. Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης
και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Χαράλαμπος Τσαϊρίδης, Επίκ. Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης
και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Νίκος Κοντοδημόπουλος, ΣΕΠ του ΕΑΠ.

Χρήστος Κακαράς, Νομικός.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή – Διεθνές Περιβάλλον	13
2. Συστήματα Υγείας Επιλεγμένων Χωρών: Ην. Βασιλείο/Αγγλία, Σουηδία, Ισπανία, Γερμανία, Ολλανδία και ΗΠΑ	17
2.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις	17
2.2 Σύστημα Υγείας Η. Βασιλείου/Αγγλίας	21
2.2.1 Περίληψη	21
2.2.2 Εισαγωγή	22
2.2.3 Οργάνωση του συστήματος υγείας με αναφορά στην ΠΦΥ	26
2.2.4 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση τους παρόχους ΠΦΥ	29
2.2.5 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και της ΠΦΥ	30
2.2.6 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ	31
2.2.7 Έλεγχος και Ποιότητα	37
2.2.8 Συμπέρασμα και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ	40
2.2.9 Βιβλιογραφία	42
2.3 Σύστημα Υγείας Σουηδίας	43
2.3.1 Εισαγωγή	43
2.3.2 Οργάνωση του συστήματος υγείας	45
2.3.3 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση τους παρόχους ΠΦΥ	49
2.3.4 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	53
2.3.5 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ	57
2.3.6 Οργάνωση της ΠΦΥ, διαμόρφωση σχέσεων παρόχων, έλεγχος και ποιότητα	60
2.3.7 Άλλα Συναφή Ζητήματα και Πηγές	62
2.3.8 Συμπέρασμα και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ	62
2.3.9 Βιβλιογραφία	63
2.4 Σύστημα Υγείας Ισπανίας	65
2.4.1 Περίληψη	65
2.4.2 Εισαγωγή	66
2.4.3 Οργάνωση του συστήματος υγείας	68
2.4.4 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ	73

2.4.5 Οργάνωση της ΠΦΥ και διαμόρφωση σχέσεων παρόχων	74
2.4.6 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	78
2.4.7 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ	82
2.4.8 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ	87
2.4.9 Έλεγχος και ποιότητα	92
2.4.10 Συμπεράσματα και προτάσεις για ΕΟΠΥΥ	93
2.4.11 Βιβλιογραφία	96
2.5 Σύστημα Υγείας Γερμανίας	97
2.5.1 Περίληψη	97
2.5.2 Εισαγωγή	98
2.5.3 Οργάνωση του συστήματος Υγείας	100
2.5.4 Κάλυψη του πληθυσμού με έμφαση τους παρόχους ΠΦΥ	105
2.5.5 Χρηματοδότηση του συστήματος και ο ρόλος του Κεντρικού Ταμείου Υγείας	107
2.5.6 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ	113
2.5.7 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων στην ΠΦΥ	114
2.5.8 Έλεγχος και ποιότητα	120
2.5.9 Συμπεράσματα και προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ	122
2.5.10 Βιβλιογραφία	123
2.6 Σύστημα Υγείας Ολλανδίας	124
2.6.1 Περίληψη	124
2.6.2 Εισαγωγή	124
2.6.3 Οργάνωση του συστήματος υγείας	126
2.6.4 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ	132
2.6.5 Οργάνωση της ΠΦΥ και διαμόρφωση σχέσεων παρόχων	134
2.6.6 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	136
2.6.7 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ	140
2.6.8 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ	141
2.6.9 Έλεγχος και Ποιότητα	144
2.6.10 Άλλα Συναφή Ζητήματα και Πηγές	146
2.6.11 Συμπέρασμα και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ	146
2.6.12 Βιβλιογραφία	150
2.7 Σύστημα Υγείας ΗΠΑ	152
2.7.1 Περίληψη	152
2.7.2 Εισαγωγή	153
2.7.3 Οργάνωση του συστήματος υγείας	154
2.7.4 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ	157

2.7.5 Οργάνωση της ΠΦΥ και διαμόρφωση σχέσεων παρόχων	162
2.7.6 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	164
2.7.7 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ	169
2.7.8 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων στην ΠΦΥ	171
2.7.9 Έλεγχος και ποιότητα	176
2.7.10 Συμπεράσματα και προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ	178
2.7.11 Βιβλιογραφία	182
2.8 Συμπέρασμα: Ιδέες & Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ	183
2.8.1 Συμπεράσματα από τα έξι διαφορετικά συστήματα υγείας - Γενικά	183
2.8.1.1 Οργάνωση συστημάτων υγείας (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)	184
2.8.1.2 Τρόπος υγειονομικής κάλυψης πληθυσμού (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)	185
2.8.1.3 Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)	186
2.8.1.4 Παροχές και Πάροχοι στην ΠΦΥ (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)	187
2.8.1.5 Συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)	188
2.8.1.6 Έλεγχος – Ποιότητα (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)	189
2.8.1.7 Η Ελληνική Πραγματικότητα – Συμπεράσματα – Προτάσεις για Ελλάδα (αναλυτικά ως ανωτέρω)	190
2.8.2 Μια πρώτη πρόταση για την οργάνωση & τη χρηματοδότηση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας και την αποζημίωση των προμηθευτών	192
2.8.2.1 Οργάνωση του συστήματος ΠΦΥ	193
2.8.2.2 Χρηματοδότηση του συστήματος εξωνοσοκομειακής φροντίδας	193
2.8.2.3 Αποζημίωση των προμηθευτών	193
2.8.2.4 Συμπέρασμα	194
3. Οργανισμοί Ασφάλισης Υγείας Επιλεγμένων Χωρών:	
Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία και ΗΠΑ	197
3.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις	197
3.2 Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας στη Γαλλία: Μελέτη περίπτωσης UNCAM	198

3.2.1	<i>Περίληψη</i>	198
3.2.2	<i>Εισαγωγή</i>	199
3.2.3	<i>Οργάνωση της UNCAM</i>	201
3.2.4	<i>Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ</i>	208
3.2.5	<i>Οργάνωση της ΠΦΥ και Διαμόρφωση σχέσεων παρόχων</i>	211
3.2.6	<i>Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας</i>	217
3.2.7	<i>Χρηματοδότηση του ασφαλιστικού οργανισμού</i>	218
3.2.8	<i>Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ</i>	224
3.2.9	<i>Έλεγχος και Ποιότητα ασφαλιστικού οργανισμού</i>	227
3.2.10	<i>Συμπέρασμα και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ</i>	231
3.2.11	<i>Βιβλιογραφία</i>	233
3.3.	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας στη Γερμανία:	
	Μελέτη περίπτωσης περιφερειακού ταμείου υγείας ΑΟΚ	234
3.3.1	<i>Περίληψη</i>	234
3.3.2	<i>Εισαγωγή</i>	235
3.3.3	<i>Οργάνωση του Περιφερειακού ταμείου υγείας ΑΟΚ Berlin - Die Gesundheitskasse</i>	238
3.3.4	<i>Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ</i>	240
3.3.5	<i>Οργάνωση της ΠΦΥ και ο τρόπος διαμόρφωσης των σχέσεων με τους παρόχους</i>	243
3.3.6	<i>Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας / Χρηματοδότηση του ασφαλιστικού οργανισμού</i>	246
3.3.7	<i>Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων των παρόχων ΠΦΥ</i>	252
3.3.8	<i>Έλεγχος και Ποιότητα ασφαλιστικού οργανισμού</i>	257
3.3.9	<i>Συμπέρασμα και Προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ</i>	257
3.3.10	<i>Βιβλιογραφία</i>	258
3.4	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας στην Αυστρία:	
	Μελέτη περίπτωσης FANIF	260
3.4.1	<i>Περίληψη</i>	260
3.4.2	<i>Εισαγωγή</i>	260
3.4.3	<i>Η Οργάνωση των ασφαλιστικών οργανισμών</i>	263
3.4.4	<i>Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ</i>	265
3.4.5	<i>Η οργάνωση της ΠΦΥ και διαμόρφωση των σχέσεων παρόχων</i>	266

3.4.6 Η Χρηματοδότηση του Ασφαλιστικού Οργανισμού	268
3.4.7 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ	270
3.4.8 Συμπέρασμα και προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ	270
3.4.9 Βιβλιογραφία	271
3.5 Οργανισμοί Ασφάλισης Υγείας στις ΗΠΑ:	
Μελέτη περίπτωσης Kaiser Permanente (ΚΡ)	272
3.5.1 Περίληψη	272
3.5.2 Εισαγωγή	272
3.5.3 Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ	273
3.5.4 Διευθυνόμενη Φροντίδα	275
3.5.5 Η χρηματοδότηση των ΗΜΟs	278
3.5.6 Πλεονεκτήματα / Μειονεκτήματα	278
3.5.7 Η Κοινοπραξία Διευθυνόμενης Φροντίδας Υγείας Kaiser Permanente	280
3.5.8 Οργανωτική δομή ΚΡ	281
3.5.9 Οργάνωση ΠΦΥ	282
3.5.10 Χρηματοδότηση του ΚΡ	282
3.5.11 Έλεγχος και Ποιότητα του ΚΡ	289
3.5.12 Συμπεράσματα και προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ	289
3.5.13 Βιβλιογραφία	291
3.5.14 Παραρτήματα	292
3.6 Συμπέρασμα: Συγκρίσεις Οργανισμών Ασφάλισης Υγείας	
Ιδέες και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ	296
3.6.1 Οργάνωση οργανισμών ασφάλισης υγείας	296
3.6.2 Τρόπος ασφαλιστικής και άλλης κάλυψης πληθυσμού	297
3.6.3 Χρηματοδότηση	298
3.6.4 Οργάνωση παροχών και παρόχων ΠΦΥ	298
3.6.5 Συστήματα αποζημιώσεων – συγκρίσεις – παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ	299
3.6.6 Έλεγχος - Ποιότητα (κοινά στοιχεία – παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)	300
3.6.7 Συμπεράσματα – πρόταση για Ελλάδα	300
4. ΠΦΥ: οργάνωση και πάροχοι, πηγές και μέθοδοι χρηματοδότησης, στην Ελλάδα και Διεθνώς	305
4.1 Γενικά – έννοιες - προτεραιότητες	305
4.2 Οργάνωση και παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ διεθνώς – κοινά στοιχεία ή πρακτικές	311

4.3 Οργάνωση και παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα – μια πρώτη πρόταση	316
4.3.1 Υπάρχουσα κατάσταση	316
4.3.2 Οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες του συστήματος ΠΦΥ	328
4.3.3 Σύσταση, σκοπός και θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ	330
4.4 Χρηματοδότηση και συστήματα αποζημίωσης διεθνώς – κοινά στοιχεία ή πρακτικές	332
4.5 Συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος	339
4.6 Χρηματοδότηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα	345
4.7 Μια πρόταση οργανωτικής και λειτουργικής ανασυγκρότησης της ΠΦΥ	348
4.7.1 Εισαγωγή	348
4.7.2 Οι βασικές αρχές μιας πρότασης ανασυγκρότησης της ΠΦΥ	349
4.7.3 Αρχικές προτάσεις μας για την ΠΦΥ	351
4.7.3.1 Προτάσεις για περιφερειακή απαρτίωση του συστήματος ΠΦΥ	351
4.7.3.2 Προτάσεις για ένα νέο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών	356
4.7.3.3 Προτάσεις αποζημίωσης	358
4.7.4 Οι αρχικές σχετικές προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ	363
4.8 Βιβλιογραφία	364
5. ΕΟΠΥΥ: υπάρχουσα και αρχικά προτεινόμενη κατάσταση	369
5.1 Γενικά - Νομοθεσία	369
5.2 Κάλυψη Πληθυσμού – Ασφάλιση	370
5.3 Οργάνωση ΕΟΠΥΥ (Κεντρική – Περιφερειακή)	372
5.4 Οργάνωση παροχών και παρόχων	375
5.5 Χρηματοδότηση ΕΟΠΥΥ και ΠΦΥ	395
5.6 Συστήματα Αποζημιώσεων	400
5.7 Έλεγχος και Ποιότητα	402
5.8 Συμπεράσματα	405
5.9 Πρόταση	407
5.10 Βιβλιογραφία	408
6. Αποτελέσματα Μελέτης – Σύστημα Αποζημίωσης ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ	409
6.1 Πρόταση Χρηματοδότησης ΕΟΠΥΥ	411
6.1.1 Κάλυψη /ασφάλιση-εισφορές-επιχορηγήσεις ΕΟΠΥΥ ετησίως	411

6.1.2 Δαπάνες ΕΟΠΥΥ με έμφαση στους Παρόχους- Παροχές ΠΦΥ	418
6.1.3 Χρηματοδότηση ΠΦΥ	426
6.2 Οργάνωση στις Παροχές και στους Παρόχους ΕΟΠΥΥ στην ΠΦΥ	430
6.2.1 Παροχές ΕΟΠΥΥ στην ΠΦΥ	430
6.2.2 Πάροχοι υπηρεσιών ΠΦΥ στον ΕΟΠΥΥ	434
6.2.3 Έλεγχος/ποιότητα παροχών και συμμετοχές ασφαλισμένου ΕΟΠΥΥ	438
6.3 Συστήματα Αποζημιώσεων των Παρόχων της ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ	440
6.3.1 Γενική περιγραφή Συνολικού Μοντέλου Αποζημιώσεων ΠΦΥ	440
6.3.2 Μεθοδολογία Ανάπτυξης ΟΕΠΦΥ-ΑΕΠ/ΑΡΓ-ΙCΡC2	442
6.3.3 Μεθοδολογία Κοστολόγησης για Αποζημιώσεις ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ	452
6.3.3.1 Εφαρμογή – Συλλογή Δεδομένων – Ανάλυση	454
6.3.3.2 Περιορισμοί έρευνας	456
6.3.3.3 Σύνοψη	465
6.4 Συμπεράσματα	484
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	507
Αρχική Ανάλυση Μεθοδολογίας Μελέτης – Έρευνας	509
CD (e-book) Abstract	527
Πρόγραμμα Διημερίδας ΕΟΠΥΥ-ΠΦΥ	533

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ ΦΙΛΟΛΟΓΕΙ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΕΙ στον εξορθολογισμό των δαπανών, τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και τη βελτίωση των παροχών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (στο εξής ΠΦΥ) του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας). Με βάση την τελική εξειδίκευση της μεθοδολογίας, αλλά κυρίως από τη συνολική μελέτη, θα αποτυπωθεί με σαφήνεια και επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο το σύστημα αποζημίωσης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, από ενδελεχή έρευνα της βιβλιογραφίας, σε έξι (6) επιλεγμένα συστήματα υγείας, σε τέσσερις (4) οργανισμούς ασφάλισης υγείας του εξωτερικού, καθώς και από την ανασκόπηση της υπάρχουσας κατάστασης της ΠΦΥ και του ΕΟΠΥΥ στη χώρα μας. Η αξία της μελέτης και της παρουσίασης των διαφορετικών συστημάτων και οργανισμών (από βιβλιογραφία ή άλλες πηγές ή έρευνα) κρίνεται αναγκαία και μπορεί να δώσει ιδέες για ένα διαφορετικό σύστημα χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ.

Εκτός από το διαχωρισμό, που αναφέρεται σε ιδιωτική ή δημόσια πληρωμή, τα συστήματα χωρίζονται σε αυτά που αφορούν στην πληρωμή του παρόχου, είτε μέσα από ολοκληρωμένα συστήματα (integrated/comprehensive) όπως π.χ. στην Αγγλία, Σουηδία και ως ένα βαθμό στην Ισπανία, είτε μέσα από συμβολαιακά (contractual) όπως π.χ. στη Γερμανία και στην Αυστρία ή την κατόπιν της -ιατρικής- πράξης αποζημίωσης αυτού που τη ζήτησε και υλοποιήθηκε, καταβάλλοντας αρχικά το τίμημα ο ίδιος (reimbursement), όπως π.χ. στη Γαλλία. Επιπλέον, ιδέες και εργαλεία χρηματοδότησης και ελέγχου του κόστους από «ιδιωτικά» ή «μεικτά» συστήματα, όπως αυτά των ΗΠΑ και της Ολλανδίας μπορούν να φανούν χρήσιμα στο πλαίσιο μιας ενδεχόμενης συζήτησης/διαβούλευσης με τον ΕΟΠΥΥ και τους παρόχους/προμηθευτές.

Συνεπώς, θα αναλυθούν συστήματα αμοιβών/αποζημίωσης τα οποία έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- α. Ολοκληρωμένα συστήματα τύπου NHS-οιονεί αγοράς, αφού και το Ε.Σ.Υ., αρχικά στόχευε προς αυτήν την κατεύθυνση και δε φαίνεται ότι μια τέτοια ιδέα έχει, προς το παρόν, εγκαταλειφθεί,

- β. Συμβολαιακά συστήματα, που προσεγγίζουν τη σημερινή πραγματικότητα στην Ελλάδα, αφού και ο ΕΟΠΥΥ συμβάλλεται, τόσο με ιδιωτικούς, όσο και με δημόσιους παρόχους για μια σειρά πράξεων, και τέλος,
- γ. Ιδιωτική πληρωμή (ατομική ή μέσω ιδιωτικής ασφάλισης) για ιδιωτική παροχή, ώστε να εξεταστεί τι μπορεί να δώσει ένα εντελώς διαφορετικό σύστημα.

Αντίθετα, δεν κρίνεται σκόπιμο να προσεγγίσουμε συστήματα αποζημίωσης που δεν περιλαμβάνονται στη λογική του ΕΟΠΥΥ.

Τα διευκρινιστικά σχόλια σχετικά με την αναζήτηση της **βιβλιογραφίας** περιλαμβάνονται στις Πηγές αναζήτησης, τους Όρους αναζήτησης και τη Στρατηγική αναζήτησης και αξιολόγησης της Ποιότητας της βιβλιογραφίας, στη Μεθοδολογία, όπου λήφθηκε υπόψη ο βαθμός συνάφειας των αποτελεσμάτων της αναζήτησης με τα ερευνητικά ερωτήματα (τελικό παράρτημα).

Οι διαστάσεις των **συστημάτων** υγείας, που συνθέτουν το βασικό πλαίσιο μεταφοράς τεχνογνωσίας, θα διερευνηθούν επιστημονικά, όπως και ειδικά **ερευνητικά ζητήματα** που αναφέρονται αναλυτικά στα περιεχόμενα της μεθοδολογίας και στην εισαγωγή των επόμενων κεφαλαίων. Η μελέτη 6 συστημάτων υγείας (κεφάλαιο 2), έδωσε έμφαση σε ζητήματα, όπως η οργανωτική διάρθρωση του συστήματος, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των οργανισμών-φορέων [εύρος κάλυψης, υποδομές, λίστα αναμονής, γεωγραφική κατανομή], και ο τρόπος χρηματοδότησης και αποζημιώσεων (όροι πληρωμών). Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε βασίζεται στην αλληλουχία της θεωρητικής θεμελίωσης, της εμπειρικής τεκμηρίωσης και της εξαγωγής συμπερασμάτων μέσω των συγκριτικών αναλύσεων των προαναφερομένων χωρών, αλλά και των οργανισμών τους.

Στο κεφάλαιο 3 γίνεται η μελέτη σε 4 ασφαλιστικούς **οργανισμούς** υγείας (μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία ή οργανισμοί που εκπροσωπούν ασφαλιστικά ταμεία ή οργανισμοί συλλογής και κατανομής πόρων που αποζημιώνουν προμηθευτές υγείας). Διερευνήθηκαν και αποτυπώθηκαν επιπλέον τα πακέτα ασφαλιστικών παροχών τους, το εύρος των υπηρεσιών που περιλαμβάνουν και ο τρόπος που οι παροχές προσδιορίζονται, ο ρόλος τους ως αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους ΠΦΥ, για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους ή των δικαιούχων, ο μηχανισμός συναψης συμβάσεων που συνδέει τους φορείς με τους παρόχους, το σύστημα αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ [τυπολογία, θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά κάθε συστήματος, παραδείγματα], και τα συστήματα ελέγχου

του κόστους και της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ [εργαλεία, κίνητρα, δείκτες και τρόπος μέτρησης], σε σχέση και με τον ΕΟΠΥΥ, όπως και στα περιεχόμενα αναφέρεται.

Στο κεφάλαιο 4, γίνεται η ανάλογη μελέτη στο ανάλογο πλαίσιο ΠΦΥ στην Ελλάδα και Διεθνώς, ως αποτέλεσμα των ανωτέρω, για να έχει σχέση και με τον ΕΟΠΥΥ, η κατάσταση του οποίου αποτυπώνεται στο κεφάλαιο 5, με ανάλογη των ανωτέρω οργανισμών σύνθεση περιεχομένων. Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο 6, γίνεται η πλήρης αποτύπωση του προτεινόμενου συστήματος αποζημιώσεων ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ, για τον οποίο αναφέρεται συνολική πρόταση (χρηματοδότησης).

Σχετικά με την επαφή με τη Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ, (μέσω επιστολών του επιστημονικού υπευθύνου προς τη Διοίκηση), μέλη της επιστημονικής ομάδας συναντήθηκαν επανειλημμένα με στελέχη του οργανισμού και παρέδωσαν κατάλογο των αιτούμενων επιπλέον ποσοτικών και ποιοτικών στοιχείων, αναφορικά με τη συλλογή των αντίστοιχων με τους διεθνείς φορείς, στοιχείων της μελέτης. Επιπλέον, επεξηγήθηκαν τα στοιχεία και οι δείκτες, χωρίς να καταστεί εφικτή η συνολική, αλλά η επιμέρους, συλλογή τους, λόγω αδυναμίας συνολικής συλλογής τους.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί, ότι η ιδέα της μελέτης αυτής ξεκίνησε το Μάιο του 2012 από τον επιστημονικό υπεύθυνο και μέλη της επιστημονικής ομάδας του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης (ΤΚΔ) του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης (ΔΠΘ) και άλλων ανώτατων ιδρυμάτων ή φορέων. Ανάλογο έργο εντάχθηκε από το Υπουργείο Υγείας (ΥΥ) στο ΕΣΠΑ τον Ιούλιο του 2012, ενώ τον Αύγουστο του 2012 εγκρίθηκε από το ΥΥ η προγραμματική συμφωνία και τον Οκτώβριο του 2012 εγκρίθηκε η αυτεπιστασία (ΥΥ) και το προσωπικό (Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας - ΕΛΚΕ - ΔΠΘ). Το έργο ξεκίνησε την 1/11/12 και η ομάδα, δια του επιστημονικού υπευθύνου, παρέδωσε το Νοέμβριο τη Μεθοδολογία και το Δεκέμβριο του 2012 μεγάλο μέρος της μελέτης συστημάτων και οργανισμών, που ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2013, έως την ετεροχρονισμένη ανάκληση του μοναδικού για τον ΕΟΠΥΥ έργου ΕΣΠΑ ΥΥ, από το Γεν. Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας.

Με προσπάθειες του επιστημονικού υπευθύνου, από το Φεβρουάριο έως το Μάιο του 2013, δημιουργήθηκε νέο έργο, που χρηματοδοτήθηκε από 4 χορηγούς (Demo, Lilly, Elpen και Μάγειρας Διαγνωστικά), τους οποίους ευχαριστούμε θερμά. Τον Ιούνιο 2013, ο ΕΛΚΕ (και κατόπιν η Σύγκλητος) του ΔΠΘ ενέκρινε μέρος των δαπανών του προηγούμενου που θα απαιτηθεί από το ΥΥ, ενώ ο ΕΛΚΕ αποδέχθηκε το νέο έργο, στο οποίο

η επιστημονική ομάδα συνέχισε αγόγγυστα την εργασία της, ολοκληρώνοντας τη νέα μελέτη της ΠΦΥ και του ΕΟΠΥΥ, για να εξαχθεί το καλοκαίρι του 2013 η τελική παρούσα ερευνητική πρόταση για το νέο μοντέλο χρηματοδότησης και παροχών του ΕΟΠΥΥ και κυρίως το νέο σύστημα αποζημιώσεων των παρόχων του ΕΟΠΥΥ, που προτείνεται από 1/1/14. Το παρόν δόθηκε και στο νυν Υπουργό Υγείας, που είδε θετικά την όλη προσπάθεια και δημοσιεύεται στο πλαίσιο της ολοκλήρωσής του, ως μελέτης, αλλά και της επικείμενης δημοσιοποίησής του (διημερίδα, άρθρα, κ.λπ.).

Για το παρόν (1ο) και για το τελευταίο (6ο) κεφάλαιο την πλήρη ευθύνη συγγραφής φέρει ο κύριος συγγραφέας και επιμελητής της έκδοσης και επιστημονικός υπεύθυνος του έργου. Για το 2ο κεφάλαιο, την επιμέλεια συγγραφής είχαν οι Ν. Πολύζος και Μ. Θεοδώρου, ενώ τα συστήματα υγείας επεξεργάσθηκαν οι Κ. Δικαίος (Αγγλικό), Χ. Σκαμνάκης (Σουηδικό), Χ. Τσαϊρίδης (Ισπανικό), Μ. Θεοδώρου (Γερμανικό), Σ. Καρακόλιας (Ολλανδικό) και Π. Πολυζωίδης (ΗΠΑ). Για το 3ο κεφάλαιο, την επιμέλεια συγγραφής είχαν οι Ν. Πολύζος και Α. Καστανιώτη, ενώ τους οργανισμούς υγείας επεξεργάσθηκαν οι Σ. Καρακόλιας (Γαλλικό), Α. Καστανιώτη (Γερμανικό και Αυστιακό) και Ν. Κοντοδημόπουλος (ΗΠΑ). Η ανάλογη ευθύνη συγγραφής για το 4ο κεφάλαιο ήταν των Ε. Θηραίου - Ν. Πολύζου, ενώ για το 5ο των Σ. Καρακόλια - Ν. Πολύζου.

2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΧΩΡΩΝ: ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ/ΑΓΓΛΙΑ, ΣΟΥΗΔΙΑ, ΙΣΠΑΝΙΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΟΛΛΑΝΔΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑ

2.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Το παρόν κείμενο αποτελεί το παραδοτέο του έργου για την επιλογή εκείνων των Συστημάτων Υγείας άλλων χωρών που η ερευνητική ομάδα έκρινε ότι έχουν ενδιαφέρον για το αντικείμενο της μελέτης μας και πρέπει να παρουσιαστούν. Έτσι αναλύονται τρία συστήματα υγείας, που κυρίως χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αντλούν τα βασικά τους χαρακτηριστικά από το μοντέλο Beveridge (Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία, Ισπανία), δύο συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται κυρίως από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, μέσω ασφαλιστικών ταμείων υγείας (Γερμανία, Ολλανδία) και το Αμερικάνικο σύστημα που αντιπροσωπεύει το φιλελεύθερο μοντέλο με έντονα τα στοιχεία της αγοράς και του ανταγωνισμού.

Η παρουσίαση των συγκεκριμένων συστημάτων υγείας, επικεντρώνεται κυρίως στον τρόπο οργάνωσης, παροχής, χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Στόχος ήταν να αναδειχθούν καλές πρακτικές, ενδιαφέρουσες προσεγγίσεις, μέθοδοι, εργαλεία και τεχνικές στα πεδία αυτά, που θα μπορούσαν ως ιδέες να εξεταστούν λεπτομερέστερα και να συζητηθούν στα πλαίσια μιας ενδεχόμενης διαβούλευσης του ΕΟΠΥΥ με τους δυνάμει κοινωνικούς του εταίρους (stakeholders), κυρίως ασφαλιστικά ταμεία και προμηθευτές-επαγγελματίες υγείας.

Σε κάποια επιμέρους σημεία και για κάποια από τα συστήματα αυτά, η σχετική παρουσίαση θα μπορούσε να εισχωρούσε σε μεγαλύτερο βάθος και λεπτομέρεια, μέσα από επισκέψεις των συνεργατών της μελέτης στις χώρες αυτές και στους υπεύθυνους οργανισμούς τους (έγιναν ηλεκτρονικές επικοινωνίες). Αυτό δυστυχώς δεν έγινε κατορθωτό, στην παρούσα φάση, αφού ο Εδικός Λογαριασμός Ερευνών του Πανεπιστημίου -μέσω του αρχικού έργου- αδυνατούσε να εγκρίνει τη δαπάνη ταξιδιών στο εξωτερικό, λόγω της διακοπής του έργου.

Να αναφερθεί εδώ ότι στην πρώτη ομάδα τύπου ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων πολύ σημαντικό ρόλο έχει ο οικογενειακός γιατρός, ενώ αντίθετα στη Γερμανία και Ολλανδία, με σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ιδιαίτερα στους παρόχους, ο ρόλος αυτός είναι αποδυναμωμένος, με μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής και πρόσβασης του ασθενή στις ιατρικές ειδικότητες της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Στον αντίποδα, το Αμερικάνικο σύστημα, μπορεί να μην ενδείκνυται για κάθε χώρα και πολύ περισσότερο για την Ελλάδα, για πολλούς και διάφορους λόγους, που δεν είναι του παρόντος, χρησιμοποιεί όμως ενδιαφέροντα στοιχεία και τεχνικές αλλά και ενεργητικά κίνητρα ελέγχου της υπερκατανάλωσης υπηρεσιών και του κόστους, έστω κι αν σε επίπεδο χώρας είναι μακριά το πλέον δαπανηρό σύστημα υγείας στον πλανήτη. Η άντληση ιδεών και η μεταφορά προς συζήτηση και εδώ κρίθηκε ενδιαφέρουσα.

Πολύ επιγραμματικά το κείμενο που ακολουθεί είναι δομημένο κατά κεφάλαια, με τα επιμέρους συστήματα υγείας που έχουν προκριθεί για παρουσίαση και στο τέλος το κεφάλαιο με τα συμπεράσματα. Πιο συγκεκριμένα:

- ♦ Στο **πρώτο κεφάλαιο** περιγράφεται το **Βρετανικό σύστημα υγείας**, ένα ολοκληρωμένο δημόσιο σύστημα – υπόδειγμα χαμηλού κόστους και με πολλές επιρροές σε αρκετές χώρες, και στη δική μας. Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας κυρίαρχο ή σχεδόν αποκλειστικό ρόλο έχει ο οικογενειακός γιατρός (general practitioner), ενώ οι ειδικότητες των υπολοίπων γιατρών εργάζονται κυρίως στα νοσοκομεία, όπου η πρόσβαση γίνεται μέσω ενός αυστηρού συστήματος παραπομπών από τους οικογενειακούς γιατρούς. Με τις συνεχείς μεταρρυθμίσεις της τελευταίας τριακονταετίας, αν και διατήρησε σε μεγάλο βαθμό την “πειθαρχία” του, απέκτησε μεγαλύτερη ευελιξία και περισσότερους βαθμούς ελευθερίας, με στοιχεία ανταγωνισμού, μεταξύ των προμηθευτών σε ένα περιβάλλον οιονεί αγοράς. Για την Ελλάδα, με το μεγάλο αριθμό των γιατρών ειδικοτήτων στην ελεύθερη αγορά, είναι αρκετά δύσκολο να επιβληθεί ένα τέτοιο σύστημα οικογενειακών γιατρών, υπάρχουν όμως άλλα στοιχεία που θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο της συζήτησης στη χώρα μας.
- ♦ Στο **δεύτερο κεφάλαιο** περιγράφεται το **Σουηδικό σύστημα υγείας**, ένα σύστημα καθολικής κάλυψης και κρατικής χρηματοδότησης, το οποίο οργανώνεται και λειτουργεί αποκεντρωμένα σε τρία διακριτά επίπεδα, το τοπικό, το περιφερειακό και το εθνικό, με σαφείς και διαφορετικές λειτουργίες και με μεγάλες αρμοδιότητες στους δήμους.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων, οι οποίες έχουν κατά κύριο λόγο δημόσια χρηματοδότηση. Υπάρχει και λειτουργεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, αλλά σε ένα σχετικά πιο χαλαρό πλαίσιο, ενώ υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας παρέχονται τόσο από τις ειδικότητες εκτός νοσοκομείου, όσο και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Στο πεδίο της ΠΦΥ λειτουργούν όχι μόνο οι δημοτικές δομές, αλλά και αρκετές ιδιωτικές. Οι γιατροί στις δημόσιες δομές αμείβονται με μισθό, ενώ στον ιδιωτικό με συνδυασμό κατά κεφαλή και κατά πράξη.

- ♦ Στο **τρίτο κεφάλαιο** παρουσιάζεται το **Ισπανικό σύστημα υγείας**, ένα σύστημα επίσης καθολικής κάλυψης και κρατικής χρηματοδότησης, που συντίθεται από τα επιμέρους συστήματα των 17 αυτόνομων περιοχών της χώρας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα προσφέρεται από τα κέντρα (φροντίδας) υγείας, που στελεχώνονται από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών και συμπληρωματικά ένα κομμάτι της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από ειδικευμένα κέντρα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Οι μονάδες αυτές, που είναι κυρίως δημόσιες, χρηματοδοτούνται προοπτικά μέσω ετήσιων συμβολαίων, που διαπραγματεύονται με τις τοπικές υπηρεσίες του περιφερειακού υπουργείου υγείας, λαμβάνοντας υπόψη το προφίλ του πληθυσμού αλλά και επιμέρους στόχους που έχουν επιτευχθεί. Σημαντικό ρόλο και σ' αυτό το σύστημα παίζουν ο οικογενειακός γιατρός και ο παιδίατρος που κυρίως αμείβονται με μισθό. Ενδιαφέρον για την Ελλάδα και τον ΕΟΠΥΥ ίσως να έχουν τα συμβολαιακά προγράμματα για τη χρηματοδότηση των κέντρων υγείας, των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών και των λοιπών μονάδων υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- ♦ Το **Γερμανικό σύστημα υγείας** παρουσιάζεται στο **τέταρτο κεφάλαιο** και ανήκει σε εκείνα τα συστήματα της κοινωνικής ασφάλισης, όπου κυρίαρχο ρόλο στην ασφάλιση και παροχή έχουν τα ταμεία υγείας, ενώ σημαντικό ρόλο έχουν και οι ενώσεις των γιατρών (μοντέλο Bismarck ή κορπορατιστικό μοντέλο). Είναι καθολικής κάλυψης και με χρηματοδότηση κυρίως από εισφορές. Η χρηματοδότηση γίνεται μέσα από μια αλληλουχία οργανισμών και διαδικασιών που ξεκινούν από το Κεντρικό Ταμείο Υγείας προς τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία, τις ενώσεις των γιατρών στη συνέχεια και τους ίδιους τους γιατρούς ατομικά. Η όλη διαδικασία, αλλά και τα επιμέρους κίνητρα, στόχοι, εργαλεία και τεχνικές χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών, αποτελούν μια ενδιαφέρουσα περιοχή για τον ΕΟΠΥΥ.

- ♦ Το **πέμπτο κεφάλαιο** αφιερώνεται στο **Ολλανδικό σύστημα υγείας**, το πλέον ίσως «ιδιωτικοποιημένο» σύστημα δημόσιου χαρακτήρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Χρηματοδοτείται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές και υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των θεσμικών ασφαλιστικών ταμείων και μεταξύ των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών που έχουν σημαντικό ρόλο στην ασφάλιση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι ιδιώτες με λίστες εγγεγραμμένου πληθυσμού και αμείβονται κυρίως κατά κεφαλή. Παρά το γεγονός ότι το ολλανδικό σύστημα υγείας είναι εξαιρετικά φιλελεύθερο σε σχέση με την ελληνική πραγματικότητα, θα μπορούσε να εμπνεύσει καλές πρακτικές για την ΠΦΥ, ιδιαίτερα στα πεδία της οργάνωσης και της χρηματοδότησης των παρόχων.
- ♦ Στο **έκτο κεφάλαιο** περιγράφεται το **Αμερικάνικο σύστημα υγείας**, με αρκετές λεπτομέρειες για τον τρόπο παροχής και χρηματοδότησης της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Στο επίπεδο της παροχής, δίνεται υπερβολική έμφαση σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες σε βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Έχει να επιδείξει μια μεγάλη ποικιλία προγραμμάτων, με κυριότερα αυτά των δύο «κρατικών» Medicare και Medicaid και ένα συνδυασμό μορφών και σχημάτων παροχής, με κυριότερες μορφές αυτές των HMOs και PPOs. Εκεί όμως που κανείς εντυπωσιάζεται είναι στις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών, στα ενσωματωμένα κίνητρα, στα διαφορετικά ασφαλιστικά πακέτα και γενικά στα εργαλεία και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του κόστους. Παρόλα αυτά πρέπει να θεωρηθεί ως ένα σύστημα περισσότερο προς αποφυγή, όταν κανείς αντιπαραβάλλει το υψηλό του κόστος με τα αποτελέσματα που τελικά επιτυγχάνει, έστω κι αν τη συζήτηση ορίζουν και σ' αυτή τη χώρα προβληματισμοί πάνω σε θέματα ισότητας, οικονομίας, ποιότητας, πρόσβασης, αποδοτικής χρήσης των πόρων και καλών κλινικών αποτελεσμάτων.
- ♦ Τέλος στο **έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο**, καταγράφονται τα συμπεράσματα και οι τάσεις που κυριάρχησαν τα τελευταία χρόνια στα συστήματα υγείας που παρουσιάστηκαν και αναδεικνύονται κάποια από τα στοιχεία που κατά την κρίση των συνεργατών της έρευνας παρουσιάζουν ενδιαφέρον για την Ελλάδα και τον ΕΟΠΥΥ και θα μπορούσαν να έρθουν προς συζήτηση στην όποια σχετική διαβούλευση θα γίνει.

2.2 Σύστημα Υγείας Η. Βασιλείου/Αγγλίας

2.2.1 Περίληψη

Η Αγγλία (πληθυσμός περί τα 53.000.000), αποτελεί μία από τις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, κράτους που το 1948 εφήρμοσε ένα ολοκληρωμένο, δημόσια χρηματοδοτούμενο, που εξασφάλιζε ίση πρόσβαση και βασισμένο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τους γενικούς γιατρούς, εθνικό σύστημα υγειονομικής προστασίας.

Το Βρετανικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης, γνωστό και ως μοντέλο Beveridge, αποτελεί το «διασημότερο» εκπρόσωπο των δημόσιων εθνικών συστημάτων υγείας. Ήταν για πολλές δεκαετίες, και σε κάποιο βαθμό παραμένει και σήμερα, ένα μοντέλο – υπόδειγμα για αρκετά υγειονομικά συστήματα και ενέπνευσε αρκετές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε διάφορες χώρες, έστω και αν τα τελευταία χρόνια έχει απολέσει μέρος από την παλιά του αίγλη.

Διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της υποχρεωτικής συμμετοχής, της ισότιμης και καθολικής κάλυψης και της έντονης κρατικής δράσης και παρέμβασης. Διαπνέεται από τη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού, όπου το κράτος αναλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας προς όλους τους πολίτες έχοντας ως κύρια πηγή χρηματοδότησης τα έσοδα από τη φορολογία. Αυτά είναι δύο κυρίαρχα χαρακτηριστικά του, δηλαδή δομές δημόσιου χαρακτήρα και χρηματοδότηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού.

Το Βρετανικό εθνικό σύστημα λειτούργησε αδιαλείπτως για μισό αιώνα με πολύ καλά αποτελέσματα και με συγκριτικά χαμηλή χρηματοδότηση, εμφάνισε όμως σημάδια κόπωσης, με μεγάλες λίστες αναμονής, απουσία ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, σύγχρονων μηχανισμών και εργαλείων αποτελεσματικής διοίκησης, ενεργητικών κινήτρων και ελλιπή χρηματοδότηση που δημιουργούσε επιπλέον δυσκολίες και προβλήματα. Τη δεκαετία του '80 πάρθηκαν σημαντικά μέτρα με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος, κυρίως με την εισαγωγή του γενικού μάνατζμεντ στα νοσοκομεία, υιοθετώντας τις προτάσεις της Επιτροπής υπό τον Sir Roy Griffiths (Griffiths, 1983).

Η μεγάλη όμως αλλαγή έγινε τη δεκαετία του '90 με το σαφή διαχωρισμό μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών (purchaser provider split), τη δημιουργία της εσωτερικής αγοράς και της εισαγωγής του ανταγωνισμού στο σύστημα. Σταδιακά εισάγονται σημαντικά αλλαγές, όπως οι οικογενειακοί γιατροί που έχουν πλέον το δικό τους προϋπολογισμό (GP

fundholders) και μαζί με τις District Health Authorities που συμβάλλονται με τους προμηθευτές για να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των δικαιούχων. Το σύστημα ΠΦΥ αυτήν την περίοδο υπηρετείται από περίπου 40.000 γενικούς γιατρούς (ή περί τις 36.000 σε ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης) με μέσο όρο περί τους 1.500 ασθενείς ανά γιατρό. Περίπου το 60% των αποζημιώσεων προς τους γιατρούς ΠΦΥ καλύπτει λειτουργικά έξοδα των ιατρείων τους.

Από το 1997, ξεκίνησε ένα άλλο κύμα μεταρρυθμίσεων που άλλαξε και πάλι την αρχιτεκτονική του συστήματος. Στις σημαντικότερες αλλαγές περιλαμβάνεται α) η δημιουργία των Primary Care Trusts (PCTs), που αναλαμβάνουν το ρόλο διασφάλισης της φροντίδας υγείας σε περιφερειακό επίπεδο και β) η εισαγωγή νέων μορφών προμηθευτών, τα Foundation Trusts (FTs), με σημαντική διοικητική και οικονομική αυτονομία. Στο νέο αυτό περιβάλλον γίνεται μεγαλύτερη χρησιμοποίηση του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας που καλύπτονται και χρηματοδοτούνται από το NHS.

Σήμερα είναι ένας από τους μεγαλύτερους εργοδότες στον κόσμο με περίπου 1,4 εκατομμύρια υπαλλήλους (όχι όλους πλήρους απασχόλησης) που καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού, ήτοι περί τα 52 εκατομμύρια, και έχει ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από 100 δισεκατομμύρια λίρες, με τις δαπάνες σε πραγματικές τιμές να αυξάνονται μεταξύ 2000 και 2011 κατά άνω του 5% κατ' έτος και να φθάνουν πλέον το 8,7% του ΑΕΠ, κάτι που οφείλεται και στον γηράσκοντα πληθυσμό (Crisp 2011).

2.2.2 Εισαγωγή

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι νησιωτική χώρα στη Βορειοδυτική Ευρώπη, που αποτελείται από την Αγγλία, την Ουαλία, τη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία. Αν και δεν είναι ομοσπονδιακό κράτος, τα τελευταία χρόνια το Ηνωμένο Βασίλειο έχει λάβει μέτρα για να μεταβιβάσει τις εξουσίες στη Σκωτία και την Ουαλία και σε κάποιο βαθμό και στη Β. Ιρλανδία, κάτι που διαφαίνεται και στην οργάνωση, διοίκηση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, με τη βασική όμως αρχή της κρατικής κι ως επί το πλείστον μέσω φορολογίας χρηματοδότηση ώστε οι υπηρεσίες να είναι δωρεάν για το χρήστη στο σημείο παροχής τους να παραμένει κοινό χαρακτηριστικό και των τεσσάρων (υπο-) συστημάτων.

Το Κοινοβούλιο της Σκωτίας στο Εδιμβούργο έχει τις πλέον ευρείες αρμοδιότητες (και στην υγεία), και η Εθνική Συνέλευση της Ουαλίας στο Κάρντιφ πιο περιορισμένες, ενώ στη Βόρεια Ιρλανδία η κατάσταση είναι

πιο ρευστή με την άμεση διακυβέρνηση από το Λονδίνο να βαίνει μειούμενη. Έτσι, αν και συχνά υπάρχει αβλεψία σε επίπεδο ακριβολογίας όταν λέμε ‘Αγγλία’ να εννοούμε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο, οι επόμενες σελίδες θα επικεντρωθούν όντως στην Αγγλία, στην οποία η διακυβέρνηση ασκείται από το κοινοβούλιο του Ηνωμένου Βασιλείου (δεν υπάρχει ξεχωριστό αγγλικό κοινοβούλιο).

Σύμφωνα με την WHO (Global Health Expenditure Atlas, Switzerland 2012) για το 2010 η Βρετανία δεν απολαμβάνει διεθνούς οικονομικής συνδρομής για την χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, ξόδεψε συνολικά 3.503 δολάρια ΗΠΑ κατά κεφαλήν (με το 84% των δαπανών να προέρχονται από την κυβέρνηση), και το προσδόκιμο ζωής στη γέννηση είναι 80 έτη.

Το Βρετανικό σύστημα υγείας (NHS) χρηματοδοτείται πρωτίστως από τον κρατικό προϋπολογισμό και δευτερευόντως από εθνικές ασφαλιστικές εισφορές (National Insurance Contributions, NICs). Παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλους όσους διαμένουν νόμιμα στη χώρα, έστω και αν το 13% του πληθυσμού έχει επίσης και ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Σε εθνικό επίπεδο η πολιτική και οι προτεραιότητες καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας, συνεπικουρούμενο από κάποιους οργανισμούς, όπως είναι:

- η Care Quality Commission (CQC) με αρμοδιότητες τη διασφάλιση και προαγωγή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τη μέτρηση της απόδοσης του συστήματος,
- ανεξάρτητος ρυθμιστής των NHS Foundation Trusts,
- Health Protection Agency (HPA) με αρμοδιότητες σε θέματα Δημόσιας Υγείας,
- και το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE).

Σε περιφερειακό επίπεδο το Υπουργείο Υγείας δρα μέσα από τις 10 Διευθύνσεις Υγείας στρατηγικού χαρακτήρα (Strategic Health Authorities, SHAs), με αρμοδιότητες τη διασφάλιση της ποιότητας και απόδοσης των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ευθύνης της κάθε μίας από αυτές. Σε τοπικό επίπεδο υπεύθυνοι διασφάλισης της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι τα 151 Primary Care Trusts (PCTs), που καθένα καλύπτει μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή με περίπου 340.000 κατοίκους.

Τα Primary Care Trusts συντονίζουν και διασφαλίζουν την παροχή φροντίδας υγείας συμβαλλόμενα με παρόχους και ο αριθμός τους σε κάθε περιοχή εξαρτάται από το μέγεθος και την πυκνότητα του πληθυσμού, την προϋπάρχουσα διοικητική διαίρεση, κ.λπ. Ουσιαστικά στην καινούρ-

για δομή του συστήματος οι District Health Authorities αντικαταστάθηκαν από τα PCTs και οι Regional Health Authorities από τις Strategic Health Authorities, ενώ σε κάποια από τα νοσοκομειακά συγκροτήματα (NHS Trusts) δόθηκε μεγαλύτερη ανεξαρτησία από το Υπουργείο Υγείας, τα οποία μετονομάστηκαν σε Foundation Trusts (FTs).

Τα PCTs επιβλέπονται από τις SHAs και λογοδοτούν κατευθείαν στον Υπουργό Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει το 80% του προϋπολογισμού υγείας στα PCTs, με βάση μια σταθμισμένη κατά κεφαλή φόρμουλα που λαμβάνει υπόψη το μέγεθος του πληθυσμού, την ηλικιακή πυραμίδα αυτού του πληθυσμού και διάφορους άλλους δείκτες υγείας και παράγοντες, όπως είναι οι διαφορές κόστους μεταξύ διαφορετικών περιοχών. Οι περισσότερες δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας διασφαλίζονται μέσω των PCTs.

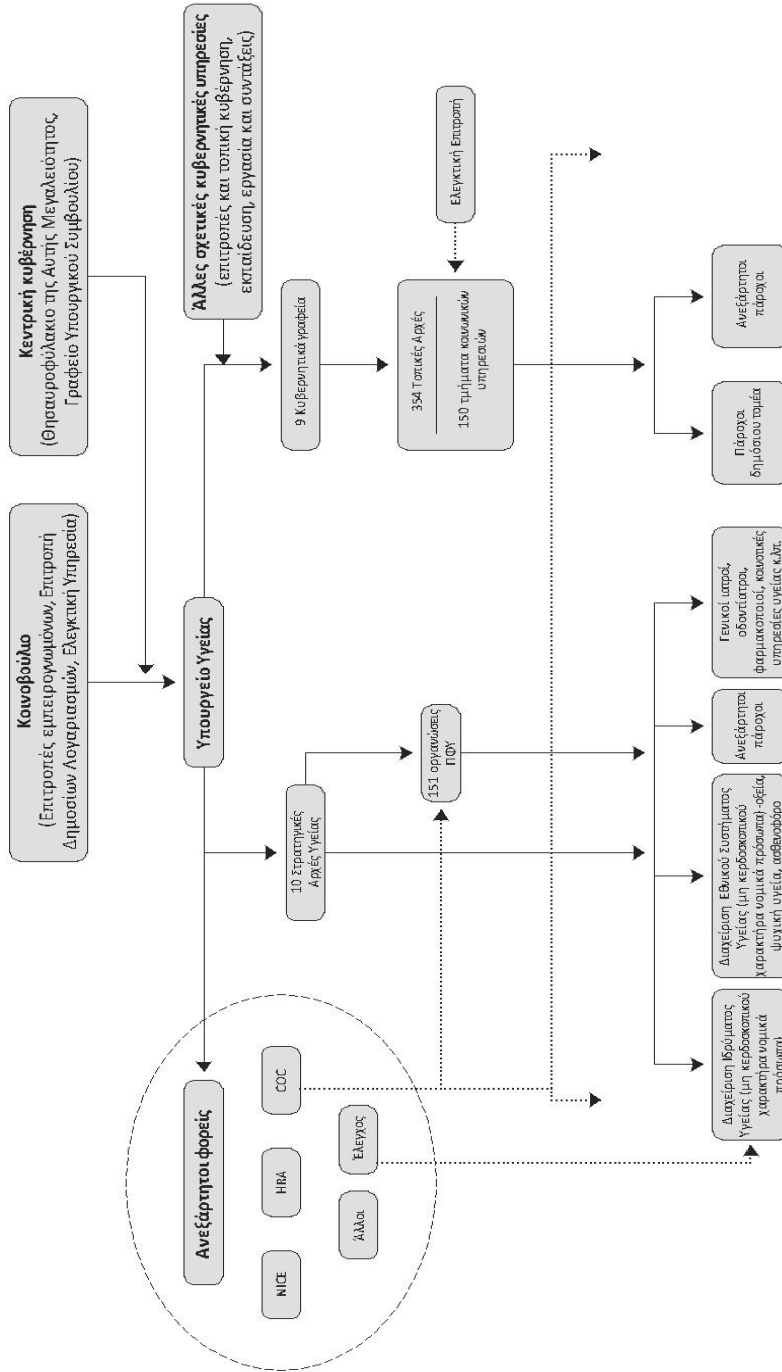
Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από πολλά και διαφορετικά σχήματα, κυρίως μέσα από τους γενικούς γιατρούς (General Practitioners, GPs), συνήθως αυτοαπασχολούμενους στα δικά τους ιατρεία ή απασχολούμενους σε άλλες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα που χρηματοδοτείται από το NHS παρέχεται από γιατρούς ειδικοτήτων (consultants) που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία (NHS trusts) και αμείβονται με μισθό. Παράλληλα λειτουργούν κάποια ιδιωτικά νοσοκομεία που χρηματοδοτούνται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και τις ιδιωτικές πληρωμές, αλλά και από συμβάσεις με το Υπουργείο Υγείας και κάποια PCTs.

Άλλοι σημαντικοί οργανισμοί που έχουν σχέση και ρόλο με την οργάνωση και παροχή της φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του NHS είναι η Βρετανική Ένωση Γιατρών (British Medical Association, BMA) και οι πολλές και διαφορετικές επαγγελματικές ενώσεις και συνδικαλιστικές οργανώσεις των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Η δομή του NHS παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.2.1. Όπως αναφέρει ο Crisp (2011), όταν παρατηρούμε τη διοικητική δομή από κάτω προς τα πάνω βρίσκουμε τους Γενικούς Γιατρούς ΠΦΥ και τα νοσοκομεία (συνήθως σε μορφή NHS Trusts), πάνω από τους Γενικούς Γιατρούς τα Primary Care Trusts και πάνω τόσο από τα Νοσοκομεία (που προσφέρουν δευτεροβάθμια φροντίδα, αλλά διοικητικά βρίσκονται σε ίδιο επίπεδο) τις Strategic Health Authorities. Στο αμέσως υψηλότερο επίπεδο βρίσκεται ο Γενικός Διοικητής και Μόνιμος Γραμματέας (chief executive and permanent secretary) και στην κορυφή ο Υπουργός Υγείας.

Διάγραμμα 2.2.1: Συνοπτική εικόνα του Αγγλικού συστήματος υγείας



Πηγή: Boyle, 2011

Σημείωση: Η συνεχής γραμμή υποδηλώνει συμβολαιακή ή διοικητική σχέση και η διακεκομμένη ρυθμιστικό ρόλο

Και ενώ σε ευρύ επίπεδο υπήρχαν οι Regional Health Authorities, οι οποίες αντικαταστάθηκαν από τις Strategic Health Authorities, σε στενότερο τοπικό επίπεδο υπήρχαν οι Area Health Authorities, οι οποίες αντικαταστάθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τα Primary Care Trusts, τα οποία αναπτύχθηκαν σε τρεις φάσεις από το 2000 και ύστερα. Στόχος τους είναι μεταξύ άλλων να εκτιμούν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους και να θέτουν τοπικές προτεραιότητες, ώστε αν υπάρχει ένα στρατηγικό σχέδιο για την επόμενη χρονιά, να προωθούν τη δημόσια υγεία και να έχουν και ένα οικονομικό σχέδιο και προϋπολογισμό. Φυσικά πρώτος στόχος είναι η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας καθ' εαυτή, όπως και η διευθέτηση της ροής ασθενών στις άλλες βαθμίδες μέσα από ανάθεση καθηκόντων φροντίδας ασθενών (commissioning) από φορείς των άλλων βαθμίδων. Αυτά επιτυγχάνονται σε συνεργασία με φορείς ΟΤΑ και παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Τέλος, τόσο οι strategic health authorities, όσο και τα primary care trusts συμπίπτουν σε αρκετές περιπτώσεις (όχι σε όλες, κυρίως στις μεγάλες αστικές περιοχές) ως προς τα όριά τους με τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ανάλογα με το επίπεδο.

Οι πλέον 10 strategic health authorities σε γενικές γραμμές συμπίπτουν ως προς τα όρια δικαιοδοσίας (αλλά φυσικά και κάλυψης πληθυσμού) με τις διοικητικές περιφέρειες (regions). Οι δέκα strategic health authorities στην Αγγλία από βορρά προς νότο είναι: North East, North West, East Midlands, West Midlands, Yorkshire and the Humber, East of England, London, South East Coast, South Central, South West. Αναλυτικότερα, η βορειοανατολική περιοχή περιλαμβάνει 12 primary care trusts, η βορειοδυτική 24, η περιοχή των ανατολικών Μίντλαντς (με 4,3 εκατομμύρια πληθυσμό) 9, των δυτικών Μίντλαντς (με 5,4 εκατομμύρια πληθυσμό) 17, η περιοχή του Γιόρκ και Χάμπερ 15, η ανατολική Αγγλία (5,6 εκατομμύρια) 13, το Λονδίνο 31, η Νοτιο-Ανατολική Ακτή Αγγλίας και η Κεντρική Νότια Αγγλία 8, η Νοτιοδυτική 14 (<http://www.nhs.uk/ServiceDirectories/Pages/StrategicHealthAuthorityListing.aspx>, http://en.wikipedia.org/wiki/NHS_London, <http://www.bradfordairedale-pct.nhs.uk>, http://en.wikipedia.org/wiki/NHS_South_East_Coast).

2.2.3 Οργάνωση του συστήματος υγείας με αναφορά στην ΠΦΥ

Αναφερόμενοι σε θέματα οργάνωσης συστήματος υγείας να παρατηρήσουμε ότι όσον αφορά την Αγγλία ο όρος έχει μια διττή έννοια. Από τη μια μπορεί να αναφέρεται σε σχέσεις μεταξύ παρόχων και μεταξύ παρόχων και εξυπηρετούμενων (και τανάπαλιν) και από την άλλη σε διοικητικές δομές

και σχέσεις εντός του συστήματος. Όσον αφορά το πρώτο όλο το Βρετανικό σύστημα (και το αγγλικό σε μεγαλύτερο βαθμό) έχει μετακινηθεί ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 από ένα σαφές πυραμιδικό σύστημα, όπου ο εξυπηρετούμενος πολίτης είχε μία μικρή ευελιξία στην επιλογή γενικού-οικογενειακού γιατρού, αλλά από εκεί και πέρα ο εκάστοτε (γενικός) γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούσε να παραπέμπει τους ασθενείς του σε συγκεκριμένους φορείς δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας γεωγραφικά (κοντινούς) και διοικητικά προσδιορισμένους.

Πυλώνας του όλου συστήματος είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία εν πολλοίς ασκείται μέσω της γενικής ιατρικής. Η ΠΦΥ στη Μεγάλη Βρετανία παρέχεται από ένα εύρος διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, από μεγάλη ποικιλία δομών σε διαφορετικές μορφές. Αποτελεί συνήθως το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας, αν εξαιρέσουμε τα ΤΕΠ των νοσοκομείων και τα NHS walk-in κέντρα, ενώ συγχρόνως έχει και ρόλο ελέγχου της πρόσβασης (gatekeeping) σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες και γιατρούς που παρέχονται κατά κανόνα από τα νοσοκομεία.

Κυρίαρχο ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ έχει ο Γενικός Γιατρός και δευτερευόντως άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι νοσηλεύτριες, οι φυσιοθεραπευτές, οι οδοντίατροι, κ.ά., αλλά και μια σειρά από διαφορετικές οντότητες, όπως είναι τα walking-in κέντρα, οι NHS Districts, οι κοινοτικές δομές, οι δομές του εθελοντικού τομέα, κ.ά.

Η ευθύνη και ο συντονισμός για την παροχή ΠΦΥ ανήκει στα Primary Care Trusts (PCTs). Η συγκεκριμένη δομή μεριμνά για τη διασφάλιση πρόσβασης σε κατάλληλη φροντίδα για τον πληθυσμό που είναι εγγεγραμμένος σ' αυτό. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τις διαδικασίες σχεδιασμού και σύναψης συμβολαίων με τους διαφορετικούς επαγγελματίες και τους διαφορετικούς οργανισμούς υγείας.

Η ΠΦΥ χρηματοδοτείται και παρέχεται πρωτίστως από το NHS, υπάρχει όμως και ένα μικρό μέρος που χρηματοδοτείται από την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές (out of pocket payments) και παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα.

Οι Γενικοί Γιατροί, ατομικά ή ομαδικά, προσφέρουν προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Οι περισσότεροι είναι ανεξάρτητοι επαγγελματίες που συμβάλλονται με τα Primary Care Trusts, τα οποία ως δομή παρουσιάζουν ποικιλία. Υπάρχουν κάποια που αποτελούνται από συμβεβλημένους γιατρούς, άλλα έχουν τους δικούς τους γιατρούς και άλλα είναι συμβεβλημένα με δομές του ιδιωτικού τομέα. Τα PCTs είναι εκείνα που διατηρούν και τις λίστες με γιατρούς της περιοχής που έχουν το δικαίωμα να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο του NHS.

Το 2009 υπήρχαν 40.269 γενικοί γιατροί, που εργάζονταν σε 8.228 δομές, στο πλαίσιο του NHS, εκ των οποίων το 46% ήταν γυναίκες. Το 71% έχουν συμβολαιακή σχέση με κάποιο PCT, το 18% εργάζονται σε δομές με μισθό και το 11% είναι ειδικευόμενοι στη γενική ιατρική. Μόνο το 5% μόνοι τους (single-handed practices), αν και κάποιοι από αυτούς μπορεί να εργοδοτούν κάποιον άλλο γιατρό ή ειδικευόμενο. Επίσης, στην ΠΦΥ εργάζονται 21.935 νοσηλεύτριες (practice nurses). Η σταδιακή αύξηση των γενικών γιατρών οδήγησε σε σημαντική πτώση του μέσου αριθμού εγγεγραμμένων στη λίστα κάθε γενικού γιατρού ασθενών. Από τους 2.506 το 1951, έπεσε στους 1.999 το 1989 και στους 1.432 το 2000.

Ένας μικρός αριθμός γιατρών έχουν συμβάσεις κατευθείαν με το NHS. Αυτοί οι γιατροί εκτός από τους εγγεγραμμένους στη λίστα τους δικαιούχους μπορούν να βλέπουν και ασθενείς σε ιδιωτική βάση. Δε δικαιούνται όμως να δουν τους εγγεγραμμένους στη λίστα τους σε ιδιωτική βάση, ούτε να δώσουν συνταγή του NHS σε ιδιώτη ασθενή. Υπολογίζεται ότι περίπου το 3% των επισκέψεων στους γενικούς γιατρούς στη Μ. Βρετανία, γίνονται σε ιδιώτες GPs.

Σύμφωνα με στοιχεία των μέσων της δεκαετίας 1990 (Greener 2009, που παραπέμπει σε Payer 1996) οι Γενικοί Γιατροί στη Βρετανία δέχονται τον κάθε ασθενή 5,4 φορές το έτος και η εξέταση διαρκεί περί τα 6 λεπτά, με τον Crisp (2011: 68) να αναφέρεται ειδικότερα στην Αγγλία και να δίνει παρόμοια στοιχεία για περίπου 300.000.000 επισκέψεις σε Γενικούς Γιατρούς ΠΦΥ το έτος, δηλαδή περί τις 6 φορές κατ' άτομο κατ' έτος.

Επιπροσθέτως, στην τρέχουσα περίοδο και στην Αγγλία ειδικότερα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να παρασχεθεί και από άλλους ειδικούς επαγγελματίες (π.χ. εξειδικευμένους νοσηλευτές, οπτομέτρες) και είναι πάντα εξω-νοσοκομειακή (Boyle, 2011).

Πέραν όσων δομών έχουν ήδη αναφερθεί, λειτουργεί το NHS Direct, μια υπηρεσία τηλεφωνική και διαδικτυακή, που ξεκίνησε το 1998 και απέκτησε την οντότητα του NHS Trust το 2007. Την περίοδο 2008-2009 δέχθηκε περίπου 5 εκατομμύρια τηλεφωνικές κλήσεις. Πέραν αυτού, λειτουργούν από το 2000 περίπου 90 walk-in κέντρα, τα οποία είναι ανοικτά 365 ημέρες το χρόνο και συνήθως καλύπτουν μικρά προβλήματα υγείας και τραυματισμούς. Τα περισσότερα βρίσκονται κάτω από τη διοίκηση των PCTs και εξυπηρετούν περίπου 3 εκατομμύρια ασθενείς ετησίως.

2.2.4 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση τους παρόχους ΠΦΥ

Σε γενικές γραμμές μπορεί να υποστηριχθεί ότι το NHS καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, προσφέροντας ίση πρόσβαση σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση και το ύψος του εισοδήματός τους.

Σύμφωνα με το νόμο, δικαιούχοι υπηρεσιών υγείας του NHS είναι οι «συνήθεις/κανονικοί κάτοικοι» (ordinarily residents) του Ηνωμένου Βασιλείου, δηλαδή όσοι διαμένουν νόμιμα και με τη θέλησή τους στη χώρα. Αυτό τους επιτρέπει να εγγραφούν στη λίστα ενός παρόχου υπηρεσιών ΠΦΥ. Σχετική πρόβλεψη υπάρχει στο νόμο και για τα δικαιώματα στην υγεία των ξένων επισκεπτών, οι οποίοι έχουν δωρεάν πρόσβαση μόνο στα ΤΕΠ των νοσοκομείων και στα walk-in centers, εκτός και αν καλύπτονται διαφορετικά και μέσα από αμοιβαίες συμφωνίες, οπότε εξαιρούνται και της καταβολής χρεώσεων.

Πέραν της δωρεάν κάλυψης από το NHS, στη Μεγάλη Βρετανία υπολογίζεται ότι 7,6 εκατομμύρια άτομα (12,3% του πληθυσμού) έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, (Laing & Buisson, 2009), κυρίως συμπληρωματικού χαρακτήρα (supplementary). Διαχρονικά δεν καταγράφονται σημαντικές διαφοροποιήσεις σχετικά με τις προϋποθέσεις δωρεάν πρόσβασης των κατοίκων της Μεγάλης Βρετανίας στις υπηρεσίες που παρέχονται μέσα από το NHS. Παρόλα αυτά υπάρχει μια συνεχής ενδυνάμωση ή και αύξηση των εμποδίων για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας των παράνομων μεταναστών και ο περιορισμός παροχής δωρεάν φροντίδας, σε όσους δεν τη δικαιούνται, όπως είναι π.χ. οι ξένοι επισκέπτες.

Σύμφωνα με το νόμο του NHS του 1977, καθήκον του Υπουργού Υγείας είναι να διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών υγείας *«σε εκείνο το βαθμό που θα καλύπτονται όλες οι δικαιολογημένες ανάγκες του πληθυσμού»*. Πέραν αυτής της γενικής διάταξης, υπάρχουν μια σειρά από άλλες προβλέψεις και συγκεκριμένες διαδικασίες για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πρόσφατο παρελθόν, ο γενικός γιατρός είχε το δικαίωμα να αρνηθεί την εγγραφή στη λίστα του εκείνων των ασθενών που δεν ήταν εγγεγραμμένοι σε κάποια υγειονομική αρχή ή σε PCTs. Με το καινούργιο συμβόλαιο του γενικού γιατρού αυτό έχει αλλάξει, αφού ο GP μπορεί να αρνηθεί την εγγραφή κάποιου δικαιούχου στη λίστα του για λόγους όμως που δεν συνδέονται με την εθνικότητα, το φύλο, την κοινωνική του τάξη, την ηλικία, τη θρησκεία, τις σεξουαλικές του προτιμήσεις, την εμφάνιση, την αναπηρία και γενικά την κατάσταση της υγείας του.

2.2.5 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και της ΠΦΥ

Το βρετανικό NHS αποτελεί το αρχέτυπο ενός δημοσίου χρηματοδοτούμενου εθνικού συστήματος υγείας, που ιστορικά εθεωρείτο ένα σύστημα - μοντέλο συγκριτικά χαμηλού κόστους. Όμως τα τελευταία χρόνια οι δαπάνες υγείας στη Μεγάλη Βρετανία έχουν αυξηθεί σημαντικά και το 2008 ανέρχονταν ως ποσοστό επί του ΑΕΠ στο 8,7%. Αυτό οφείλεται κυρίως στην πρόθεση της κυβέρνησης των Εργατικών το 2002 να αυξήσουν τη χρηματοδότηση του συστήματος, έτσι ώστε οι συνολικές δαπάνες υγείας να προσεγγίσουν το μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. Γύρω από τη δεκαετία 1998 – 2008 ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ήταν υπερδιπλάσιος της αύξησης του ΑΕΠ.

Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης του προέρχεται από δημόσιους πόρους (76,2% από γενική φορολογία, 18,4% από εθνικές ασφαλιστικές εισφορές, και από κάποιους λίγους τοπικούς φόρους), και κατά ένα πολύ μικρό ποσοστό από ιδιωτικές πληρωμές κυρίως μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, από τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος κάποιων υπηρεσιών υγείας (user charges) και από άμεσες πληρωμές που γίνονται από τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα.

Στη γενική φορολογία περιλαμβάνονται ο φόρος εισοδήματος, ο φόρος προστιθέμενης αξίας, ο φόρος επί των εταιρικών κερδών και οι φόροι επί των καυσίμων, του αλκοόλ και του καπνού. Οι εθνικές ασφαλιστικές εισφορές (NICs), που είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες, χρησιμοποιούνται κυρίως για τη χρηματοδότηση των συντάξεων, των επιδομάτων ανεργίας, ασθένειας, ανικανότητας, μητρότητας, κ.λπ. Περίπου το 10% των συνολικών εσόδων από τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές, χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση του NHS. Κατά ένα πολύ μικρότερο ποσοστό στη χρηματοδότηση του NHS συμμετέχουν και οι δημοτικοί φόροι, που κυρίως χρηματοδοτούν κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων, όπως η κατ' οίκον φροντίδα.

Το Τμήμα Εσόδων και Δασμών είναι υπεύθυνο για τη συλλογή των φόρων και ασφαλιστικών εισφορών. Οι πόροι αυτοί ύστερα από διαπραγμάτευση, κατανέμονται σε κάθε Υπουργείο υπό μορφή ετήσιων προϋπολογισμών. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει περίπου το 80% του συνολικού προϋπολογισμού για το NHS κατευθείαν στα PCTs, τα οποία στη συνέχεια αγοράζουν υπηρεσίες υγείας μέσω συμβολαίων από τους διάφορους προμηθευτές στο πλαίσιο του NHS όπως είναι τα acute trusts, τα foundation trusts, τα mental health trusts, αλλά και από άλλους προμηθευτές του ιδιωτικού και του εθελοντικού τομέα.

Η κατανομή των πόρων στα PCTs γίνεται μέσα από μια «σταθμισμένη κατά κεφαλή» προσέγγιση (weighted capitation), που αποτελεί εξελιγμένη μορφή της περιφημής Resource Allocation Working Party (WRAP) από τα τέλη της δεκαετίας του '70. Βασικός σκοπός της σταθμισμένης κατανομής είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη αντιστοίχιση των πόρων με τις τοπικές ανάγκες υγείας με στόχους την παροχή ίσης πρόσβασης σε ασθενείς με ίσες ανάγκες υγείας και η κατά το δυνατό μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων. Η φόρμουλα που χρησιμοποιείται για την κατανομή των πόρων ανά PCT, εκτός από την ηλικιακή δομή του πληθυσμού, την προτυποποιημένη θνησιμότητα και τις διαφορές κόστους ανά γεωγραφική περιοχή, προστέθηκαν στην πορεία και άλλες παράμετροι, όπως βασικοί δείκτες μέτρησης της υγείας του πληθυσμού, κοινωνικοί δείκτες και δείκτες ανισοτήτων στην υγεία. Η πολύπλοκη αυτή φόρμουλα και οι σύνθετες στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται, υπόκεινται σε συνεχή επεξεργασία και διόρθωση από συγκεκριμένη ομάδα εμπειρογνομόνων του Υπουργείου Υγείας (Department of Health's Advisory Committee on Resource Allocation).

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ειδικότερα, η χρηματοδότηση μπορεί να θεωρηθεί έως αποκλειστικά δημόσια, μιας και οι αμοιβές των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την άμεση φορολογία (κατά περίπου 90%) και το ενιαίο κρατικό ταμείο υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης (κατά περίπου 10%) συγκροτώντας έτσι ένα αμιγώς δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

2.2.6 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ

Με τη συγκρότησή του το NHS βασίστηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που προσφέρεται από ιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής, και όχι σε ειδικευμένους σε άλλες ειδικότητες, αρχή που συνεχίζεται ως σήμερα. Αρχικά οι γενικοί γιατροί εργάζονταν ως ανεξάρτητοι ελεύθεροι επαγγελματίες και κατά την κρίση τους παρέπεμπαν σε άλλες ειδικότητες που εργάζονταν στα νοσοκομεία.

Από το 2004 εν πολλοίς οι συμβάσεις γίνονται όχι με ανεξάρτητους ελεύθερους επαγγελματίες γενικούς γιατρούς και το Υπουργείο από την άλλη, αλλά με 'συνεταιρισμούς γενικών γιατρών' (General Practitioner Practices), και τοπικούς Φορείς για τη Διαχείριση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Care Trusts) βάσει διαπραγματεύσεων μεταξύ του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου (BMA) και της Συνομοσπονδίας Φορέων Παροχής Υγείας (εκ μέρους του Υπουργείου). Τα συνεταιρι-

σικά ιατρεία (primary care groups) άρχισαν να ιδρύονται το 1999, και οι κύριες λειτουργίες τους αφορούν (α) τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία, (β) την ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινοτικών υπηρεσιών υγείας και (γ) την ανάθεση ενός φάσματος νοσοκομειακών (δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων) υπηρεσιών, όπως και υπηρεσιών φροντίδας μέσα στην κοινότητα. Αυτά καθίστανται εφικτά, καθώς οι συνεταιρισμοί αυτοί αποτελούν ένα ανεξάρτητο όργανο για την ανάθεση άλλων πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας, αλλά και υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα υπόλογο στην τοπική ελεγκτική και συντονιστική αρχή υγείας (health authority) (Gillam, 2001: 4).

Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με τη σύναψη σχετικών συμβάσεων. Τέτοιες συμβάσεις καλύπτουν περίπου το 70% των Γενικών Γιατρών, οι οποίοι αφότου αφαιρέσουν τα κόστη του συνεταιριστικού/ομαδικού ιατρείου (στα οποία κόστη μπορεί να περιλαμβάνονται ενοίκια, λογαριασμοί και μισθοί γραμματειακού-υποστηρικτικού προσωπικού, νοσηλευτών/τριών, κ.λπ.) μοιράζονται τα κέρδη, κάτι που αφορά περίπου το 73% των Γενικών Γιατρών.

Όπως μας ανέφερε και η BMA (ηλεκτρονική επιστολή σε απάντηση αιτήματος ενημέρωσης, υπογραφόμενη από Naomi Billingsley, 26/01/13), οι περισσότεροι Γενικοί Γιατροί, όπως και τα συνεταιριστικά τους ιατρεία λειτουργούν όπως κάθε μικρή-ατομική επιχείρηση οφείλοντας να καλύπτουν μόνοι τα έξοδα ενοικίου θέρμανσης ηλεκτροδότησης, κ.λπ. Πρέπει όμως επίσης να αναφερθεί ότι ορισμένοι Γενικοί Γιατροί εργάζονται ως μισθωτοί σε τέτοια 'συνεταιριστικά/ομαδικά ιατρεία' τα οποία έχουν συγκροτήσει συνάδελφοί τους οι οποίοι και προσλαμβάνουν τους υπολοίπους ως μισθωτούς αποτελώντας εργοδότες τους, από τα οποία 'συνεταιριστικά/ομαδικά ιατρεία' (primary care practices) και πληρώνονται.

Στην αρχική φάση (το 2003) αυτό αποτελούσε επιλογή μικρού αριθμού γιατρών, ειδικά των παλαιότερων που συνέχισαν να εργάζονται ως οιοιδήποτε ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ οι νέο-εισερχόμενοι επέλεξαν σε αυξανόμενους ρυθμούς τη μισθωτή σχέση με κάποιο Primary Health Care Trust. Έτσι το 2009 υπήρξαν 266 νέοι συνεταίροι γενικοί γιατροί και 1.641 νέοι μισθωτοί γενικοί γιατροί, ενώ το 2011 στο Λονδίνο το 30% των γενικών γιατρών εργάζονταν ως μισθωτοί προσληφθέντες από άλλους γιατρούς και όχι από το κράτος (Crisp, 2011: 104-105).

Τύποι συμβολαίου που χρησιμοποιούνται ευρέως στην Αγγλία τον καιρό αυτό είναι η συμφωνία που υπογράφεται μεταξύ ιατρικών και Τοπικών Φορέων Διαχείρισης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είτε βάσει ρυθμίσεων σε εθνικό επίπεδο (50%) είτε βάσει ρυθμίσεων σε τοπικό, οι οποίες συμφωνίες δύνανται να περιλαμβάνουν και ποιοτικούς στόχους (45%), ενώ υπάρχει εγγύηση αποζημίωσης για τα πρώτα χρόνια λειτουργίας μίας μονάδας ΠΦΥ. Συνολικά παρατηρείται μία μεταστροφή ή μετεξέλιξη από ένα σύστημα κατά κεφαλήν αμοιβής βάσει καταλόγου ασθενών (capitation fee) σε ένα αρκετά παρόμοιο που σχετίζει τεκμαιρόμενη ενασχόληση (λαμβάνοντας υπ' όψιν διαθεσιμότητα νυκτερινής απασχόλησης για κατ' οίκον επισκέψεις, ηλικιακό προφίλ καλυπτομένων, κ.λπ.) προ-αμοιβή υπηρεσιών, πάντα από δημόσιους πόρους (οι οποίοι αντλούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό κατά κύριο λόγο) (Boyle 2011).

Η πληρωμή γίνεται όχι τόσο κατά εξατομικευμένο γενικό γιατρό (όπως πιθανόν στο παρελθόν) όσο κατά φορέα τοπικής παροχής ('practice') ο οποίος μπορεί να αποτελείται από ομάδα συμβεβλημένων γιατρών (συν μισθωτούς γιατρούς που έχουν οι ίδιοι προσλάβει), βάσει μίας στάθμισης του αριθμού ασθενών (<http://bma.org.uk/-/media/Files/PDFs/Practical%20advice%20at%20work/Contracts/gpfocuspracticefund.pdf>).

Ως προς το πρώτο μέρος της σύμβασης Γενική Σύμβαση Ιατρικών Υπηρεσιών (General Medical Services Contract) αμείβει παρόχους (practices) τόσο για απαραίτητες βασικές όσο και για πρόσθετες υπηρεσίες τις οποίες οι πάροχοι μπορεί να επιλέξουν να προσφέρουν. Με τον τρόπο αυτό οι πάροχοι αμείβονται από μία πλειάδα διαφορετικών πηγών, όπως το σφαιρικό (global) ποσό για βασικές υπηρεσίες όπως φροντίδα δυνάμει ασθενών (patients) που (όντως) είναι ή (θεωρούν ότι είναι) άρρωστοι (ill), φροντίδα ασθενών (patients) με καταληκτική νόσο (terminally ill) και φροντίδα χρόνιων νόσων (chronic disease). Επιπροσθέτως δύνανται να επιλέξουν να προσφέρουν επί πλέον υπηρεσίες όπως παρακολούθηση για καρκίνο μήτρας, αντιουίλληψη, εμβολιασμούς, παρακολούθηση εγκύων, μητέρων και παιδιών, και απλές (minor) χειρουργικές επεμβάσεις για περαιτέρω αμοιβές. (<http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/GMSfinance/globalsumformula/Pages/GlobalSumFormula.aspx>).

Ο γενικός τρόπος υπολογισμού (formula) για το σφαιρικό ποσό αμοιβής περιλαμβάνει βάσει της μεθόδου Carr-Hill, μία σειρά παραμέτρων

όπως τον όγκο δουλειάς (που με τη σειρά του περιλαμβάνει και λαμβάνει υπ' όψιν χαρακτηριστικά της τοπικής περιοχής, φάσμα φύλου-ηλικίας των περιθαλπομένων, τους νέους –πλέον πρόσφατου 12μηνου- και περιστασιακούς καλυπτόμενους στον κατάλογο, και έναν υπολογισμό κατάστασης αποστέρησης αγαθών στην περιοχή –multiple deprivation index-), τη διάρκεια επισκέψεων στο ιατρείο και αριθμό επισκέψεων στο σπίτι (ώστε να υπολογίζεται ακριβέστερα ο όγκος δουλειάς), την παράμετρο του κόστους προσωπικού, το κόστος πρόσληψης και διατήρησης προσωπικού (κατά τόπον καθώς οι αντιμισθίες μπορεί να διαφέρουν από τον εθνικό μέσο όρο σε σχέση και με τον ευρύτερο ιδιωτικό τομέα), όπως και το κόστος για αναπόφευκτα μικρές μονάδες παροχής υπηρεσιών κυρίως σε απομονωμένες περιοχές, κάτι που λαμβάνεται υπ' όψιν στον υπολογισμό αν η περιοχή είναι αγροτική (http://www.nhsemployers.org/SiteCollectionDocuments/frg_report_final_cd_090207.pdf).

Το δεύτερο μέρος της σύμβασης σχετίζεται με ένα πλαίσιο ποιότητας και αποτελεσμάτων, η συμμετοχή στο οποίο είναι εθελοντική, αλλά εξαιρετικά διαδεδομένη και σχετίζεται με παραμέτρους, όπως κλινικά ζητήματα (<http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/QOF/Pages/QualityOutcomesFramework.aspx>), ενώ πρόσφατα προσετέθη και ένα τρίτο μέρος που αφορά θέματα (επιπρόσθετης και για επιπλέον αμοιβή) ενασχόλησης των παρόχων με θέματα, όπως μείωση στην κατανάλωση οιοιπνευματώδων. (<http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/DirectedEnhancedServices/Pages/DirectedEnhancedServices.aspx>).

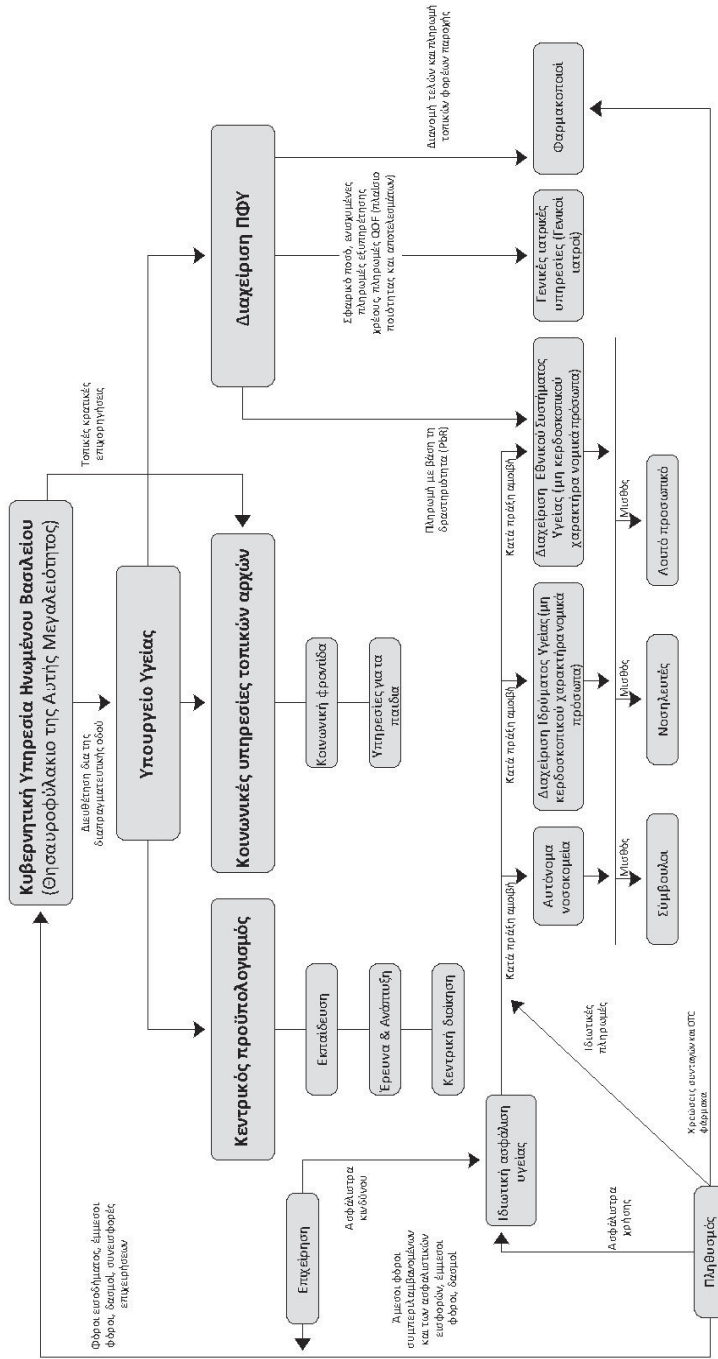
Με τον τρόπο αυτό τα μικτά ακαθάριστα έσοδα ενός Γενικού Γιατρού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Βρετανία υπολογίζονται (για όσους δε χορηγούν φάρμακα) σε 226 με 292 χιλιάδες λίρες ανάλογα τον τύπο του συμβολαίου με το 57 έως 62% να αποτελούν έξοδα λειτουργίας, οπότε τα καθαρά προ φόρων να κυμαίνονται ανάμεσα στις 95 και τις 111 χιλιάδες λίρες, με τους μισθωτούς γενικούς γιατρούς να βρίσκονται σαφώς χαμηλότερα (λίγο περισσότερο από τα μισά). Όσον αφορά τις συνιστώσες χώρες, οι στην Αγγλία ευρισκόμενοι έχουν κάπως υψηλότερα εισοδήματα από όσους δραστηριοποιούνται στις άλλες συνιστώσες χώρες (<https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/primary-care/general-practice/gp-earn-expe-2010-2011/gp-earn-expe-2010-2011-rep.pdf>).

Τα στατιστικά στοιχεία για τα εισοδήματα και τις λειτουργικές δαπάνες των γενικών γιατρών (και στις τέσσερις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου) χρησιμοποιούνται κάθε χρόνο από την Επιτροπή Αναθεώρησης για τις Αμοιβές Ιατρών και Οδοντιάτρων για να κάνει σχετικές προτάσεις για τις αμοιβές της επόμενης χρονιάς (<https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/primary-care/general-practice/gp-earn-expe-2010-2011/gp-earn-expe-2010-2011-qual.pdf>).

Επίσης, οι Γενικοί Γιατροί στην Αγγλία δύνανται να εργάζονται και με μερική απασχόληση αν το επιθυμούν (κάτι που λίγοι επιλέγουν), με το 46% αυτών να είναι γυναίκες. Συνολικά ο αριθμός τους υπολογίζεται λίγο πάνω από τις 40.000 (ή περί τις 36.000 σε ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης). Αυτό σημαίνει ένα μέσο όρο περί τους 1.500 παρακολουθούμενους (δυνάμει) ασθενείς (registered patients) ανά Γενικό Γιατρό σε όλη τη χώρα (στο ίδιο 225 επεκ). Οι ακριβείς αριθμοί φυσικά διαφέρουν από γιατρό σε γιατρό και από περιοχή σε περιοχή λόγω πληθυσμιακής πυκνότητας, πυκνότητας γιατρών, φήμης του ίδιου του γιατρού στην άμεση περιοχή, όπως και βάσει του νέου συστήματος διαφέρουν οι αμοιβές λόγω ηλικιακού προφίλ καταγεγραμμένων, διαθεσιμότητας γιατρού κ.λπ., όπως προαναφέρθηκε.

Ο ρόλος των Γενικών Γιατρών Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας στο αγγλικό σύστημα (εν προκειμένω και στο βρετανικό γενικότερα) τόσο λόγω της εγγύτητας και άμεσης πρόσβασης των εχόντων ανάγκη προς αυτούς τους παρόχους, όσο και λόγω του γεγονότος ότι οι γιατροί αυτοί καθορίζουν τη μετέπειτα πορεία του ασθενούς προς τις ανώτερες βαθμίδες. Αυτό καθιστά τους Γενικούς Γιατρούς και ελεγκτές πρόσβασης ή ‘θυρωρούς’ του όλου συστήματος και το σύστημα ως ‘καθοδηγούμενο από την πρωτοβάθμια φροντίδα’ (Crisp, 2011: 20).

Διάγραμμα 2.2.2: Χρηματοδοτικές ροές του Αγγλικού συστήματος υγείας



Πηγή: Boyle, 2011

2.2.7 Έλεγχος και Ποιότητα

Η διασφάλιση και προαγωγή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί τα τελευταία 15 χρόνια προτεραιότητα της πολιτικής υγείας στη Μεγάλη Βρετανία. Ο σχετικός νόμος υγείας του 1999 αναφέρει ότι «είναι καθήκον κάθε υγειονομικής αρχής, κάθε PCT, κάθε NHS Trust να δρομολογήσουν διαδικασίες με σκοπό την παρακολούθηση και προαγωγή της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς».

Πέραν αυτής της γενικής προσέγγισης σε Εθνικό επίπεδο λειτουργούν Επιτροπές και οργανισμοί όπως είναι το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (NICE) και η Care Quality Commission (CQC), με αρμοδιότητες τη διασφάλιση και προαγωγή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τη μέτρηση της απόδοσης του συστήματος. Κάποια μεγάλα σκάνδαλα στον τομέα της υγείας που απέκτησαν μεγάλη δημοσιότητα στις αρχές της δεκαετίας του 2010, επιτάχυναν τις διαδικασίες για να ληφθούν επιπλέον μέτρα που να περιορίζουν συμπεριφορές και πρακτικές που υποβαθμίζουν την ασφάλεια και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Σε χαμηλότερο επίπεδο, το νέο συμβόλαιο των γενικών γιατρών, προβλέπει έξτρα αμοιβές εφόσον επιτευχθούν κάποιοι στόχοι που συνδέονται με την απόδοση. Το Quality and Outcome Framework (QOF) αποτελείται από ένα σετ δεικτών, βάσει των οποίων καθορίζεται και το ποσό των έξτρα αμοιβών. Παρά το ότι η συμμετοχή των GPs δεν είναι υποχρεωτική, οι περισσότεροι γιατροί συμμετέχουν σ' αυτό και αμείβονται επιπλέον, με βάση κάποια κριτήρια που συμφωνούνται τοπικά με κάθε ένα PCT. Οι επιδόσεις κάθε γιατρού στα πλαίσια του Quality and Outcome Framework καταγράφονται ηλεκτρονικά από κάθε ιατρείο και υποβάλλονται στο οικείο PCT, το οποίο δειγματοληπτικά ελέγχει κάποια από αυτά.

Το Quality and Outcome Framework έχει 4 κύριους άξονες:

- **Κλινικά στάνταρτ**, στα οποία περιλαμβάνονται 86 δείκτες που καλύπτουν 20 κλινικές περιοχές, στις οποίες περιλαμβάνονται η στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, η υπέρταση, ο διαβήτης, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η επιληψία, ο καρκίνος, η ψυχική υγεία, ο υποθυρεοειδισμός και το άσθμα (69,7% του συνολικού σκορ το 2009-2010).
- **Οργανωτικά στάνταρτ** με 36 δείκτες που καλύπτουν μητρώα και ιατρικούς φακέλους ασθενών, εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας και διαδικασίες αποτελεσματικής διοίκησης της μονάδας και των φαρμάκων (16,8% του συνολικού σκορ το 2009-2010).

- **Εμπειρίες ασθενών**, με τρεις δείκτες που αναφέρονται στις παρεχόμενες υπηρεσίες, στον τρόπο που παρέχονται και στη συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη του σχεδιασμού (9,2% του συνολικού σκορ το 2009-2010).
- **Επιπλέον υπηρεσίες** με εννέα δείκτες που καλύπτουν τέσσερις περιοχές, μεταξύ των οποίων εξέταση του τραχήλου της μήτρας, η υγεία του παιδιού, μητρότητα και αντισύλληψη (4,4% του συνολικού σκορ το 2009-2010).

Σε ένα σύστημα υγείας, όπως το Βρετανικό, που εξακολουθεί από την ίδρυσή του μέχρι και σήμερα να αποτελεί ένα δίκαιο σύστημα, όσον αφορά τη χρηματοδότηση και την εξασφάλιση της εξισορρόπησης των οικονομικών πόρων σε σχέση με τις ανάγκες που προκύπτουν, δεν παύει να υφίσταται πρόβλημα ισότητας, καθώς σημειώνονται πολλές ανισότητες μεταξύ των κοινωνικών τάξεων σε διάφορα μέρη της χώρας, με αποτέλεσμα ορισμένες κοινωνικοοικονομικές ομάδες να έχουν χειρότερη υγεία από τον υπόλοιπο πληθυσμό, όπως οι ηλικιωμένοι, οι πάσχοντες από προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες.

Το Σχέδιο για το ΕΣΥ (NHS Plan), για τη μείωση αρνητικών για το σύστημα υγείας ζητημάτων, όπως προβλήματα ισότητας και προσβασιμότητας στο σύστημα, αποσκοπεί ο ασθενής να βρίσκει επαγγελματία ΠΦΥ μέσα σε 24 ώρες και γενικό ιατρό σε 48 ώρες, στόχος που δεν έχει ακόμα επιτευχθεί πλήρως. Σύμφωνα με έρευνα του 2008-2009, που αφορούσε ασθενείς γενικών ιατρών, το 89% των ασθενών ήταν σε θέση να βρίσκουν κάποιον γενικό ιατρό μέσα σε 48 ώρες και το 81% μπορούσε να κλείσει ραντεβού μετά από δύο ημέρες, ενώ το 83% δήλωνε ικανοποιημένο από τις ώρες λειτουργίας των γενικών ιατρών. Σε αυτό βοήθησε και το άνοιγμα 50 νέων κέντρων υγείας με γενικούς ιατρούς το 2009, καθώς και η προσφορά οικονομικών κινήτρων προς τους ιατρούς ώστε να βρίσκονται στη θέση τους περισσότερες ώρες, ακόμα και τα απογεύματα και τα Σαββατοκύριακα.

Η ευκολία πρόσβασης προωθήθηκε επιπλέον με τη δημιουργία 90 walk-in centres σε κεντρικούς δρόμους ή κόμβους για την εξυπηρέτηση των εργαζόμενων, οι οποίοι βρίσκουν εξαιρετικά άβολο το συμβατικό ωράριο των υπολοίπων κέντρων. Παράλληλα, επεκτάθηκε ο ρόλος των φαρμακοποιών των κοινοτήτων, με τη δυνατότητα παροχής OTC φαρμάκων, ενώ η κυβέρνηση κατέστησε ευκολότερη την είσοδο νεοεισερχόμενων στην αγορά, ιδιαίτερα αν ήταν διατεθειμένοι να ανοίγουν περισσότερο από 100 ώρες την εβδομάδα ή αν θα εγκαθίσταντο σε εμπορικά κέντρα έξω από την

πόλη, ενώ ήδη από το 1998, έχει προωθηθεί πρόγραμμα παροχής τηλεφωνικής και διαδικτυακής συμβουλής, οποιαδήποτε ώρα της ημέρας, με σκοπό τη μείωση του φόρτου εργασίας των γενικών ιατρών.

Αλλαγές προωθήθηκαν και στον τομέα υπηρεσιών πρώτης βοήθειας, δίνοντας τη δυνατότητα στο παραϊατρικό προσωπικό να παρέχει επί τόπου μια σειρά από υπηρεσίες-θεραπείες, με απώτερο σκοπό τη μείωση του αριθμού ασθενών που εισέρχονται στο νοσοκομείο για θεραπεία, κάτι που οι μετρήσεις δείχνουν πως επετεύχθη, καθώς ενώ το διάστημα 1999-2009 υπερδιπλασιάστηκαν οι κλήσεις για τις υπηρεσίες πρώτης βοήθειας, το ποσοστό των ασθενών που μεταφέρθηκε τελικά σε νοσοκομείο μειώθηκε μεταξύ του 2003 και 2009.

Πολύ σημαντικό κομμάτι στη βελτίωση του συστήματος υγείας, της ΠΦΥ και των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτέλεσε η ανακατασκευή 100 νοσοκομείων (1/3 του συνόλου), ο εκσυγχρονισμός των χώρων ΠΦΥ, αλλά και η αύξηση του εργατικού δυναμικού. Το 2008 σε σχέση με το 2001 υπήρχαν 15.000 περισσότεροι σύμβουλοι και γενικοί ιατροί, περίπου 56.000 περισσότεροι νοσηλευτές και μαιές και 37.000 περισσότεροι θεραπευτές και άλλοι επιστήμονες. Παρά όμως αυτή την αύξηση, για το 2006 σημειώθηκε στη χώρα υστέρηση του εργατικού δυναμικού και συγκεκριμένα στον αριθμό των γιατρών, σε σχέση με την ΕΕ15. Επιπλέον, παρά τον εκσυγχρονισμό του νοσοκομειακού τομέα και την αύξηση του εργατικού δυναμικού, η προσπάθεια μετατόπισης των πόρων από τον νοσοκομειακό τομέα προς τις υπηρεσίες των κοινοτήτων δεν κατέστη τελικά εξ ολοκλήρου επιτυχής, με εξαίρεση τη ψυχική υγεία, όπου η ενδοκομειακή φροντίδα μεταφέρθηκε προς την κοινότητα και τις υπηρεσίες που παρέχει αυτή.

Η ποιότητα του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί λοιπόν παράγοντα κλειδί για την κυβερνητική πολιτική, ιδιαίτερα τα τελευταία 13 χρόνια. Η βελτίωση της υγείας αποτελεί επίκεντρο της κυβερνητικής πολιτικής, εισάγοντας επιπρόσθετους συγκεκριμένους στόχους που έχουν να κάνουν με τον επιπολασμό καπνίσματος, την κατάχρηση αλκοόλ, τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών, την παχυσαρκία, τον προληπτικό έλεγχο, την εφηβική εγκυμοσύνη, τη ψυχολογική ευεξία και τη ψυχική υγεία.

Επιπρόσθετοι στόχοι τέθηκαν για τη μείωση της θνησιμότητας, και συγκεκριμένα τη μείωση των θανάτων ασθενών από καρκίνο ηλικίας κάτω των 75 ετών στο 20% για το 2010, μείωση στο 20% των θανάτων από αυτοκτονίες και απροσδιόριστους τραυματισμούς, καθώς και των θανάτων από ατυχήματα, μείωση των θανάτων στο 10% τουλάχιστον για τους πολύ

σοβαρούς τραυματισμούς, και 40% των θανάτων ασθενών με στεφανιαία νόσο ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο τελευταίος αναφερόμενος στόχος επιτεύχθηκε το 2006, κάτι που το Υπουργείο Υγείας το απέδωσε στην αύξηση της χρήσης της θρομβόλυσης και της αγγειοπλαστικής, στην αύξηση της συνταγογράφησης στατινών για τη μείωση της χοληστερίνης, στη μείωση συνάμα της αναμονής για εγχείριση καρδιάς και στη μείωση του ποσοστού των ατόμων που καπνίζουν.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η ικανοποίηση των ασθενών έχει αυξηθεί σημαντικά από το 1993. Μάλιστα μεταξύ 1997 και 2007, το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι αυξήθηκε από 37% στο 51%. Οι ασθενείς δήλωσαν επίσης ικανοποιημένοι και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των γενικών ιατρών. Ωστόσο, οι απόψεις διαίστανται μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών ασθενών. Επί παραδείγματι, τα άτομα νεαρής ηλικίας ήταν περισσότερο αρνητικά από τους μεγαλύτερους ηλικιακά ασθενείς, όσον αφορά την εμπειρία τους στο ΕΣΥ, όπως και τα άτομα που είχαν κακή υγεία ή κάποια αναπηρία, καθώς και οι ασθενείς από έγχρωμες και μειονοτικές εθνικές ομάδες.

2.2.8 Συμπέρασμα και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ

α. Σύντομη σύνοψη, συμπεράσματα

Εν κατακλείδι παρατηρούμε ότι το αγγλικό (και το βρετανικό) σύστημα βασίζεται στην πρωτοβάθμια υγεία. Συγκροτήθηκε σε μία περίοδο σημαντικών πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών στη βρετανική ιστορία μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, (ευρείες κρατικοποιήσεις, σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων, αλλαγές στην παιδεία, κ.λπ).

Στα σχεδόν 64 χρόνια που πέρασαν το NHS παρέμεινε έως άθικτο στον πυρήνα του (δημόσιο σύστημα χρηματοδοτούμενο ως επί το πλείστον από τη γενική φορολογία, με δωρεάν υπηρεσίες στο σημείο παροχής και ίσα προσβάσιμο σε όλους τους πολίτες), ενώ παρουσίασε αρκετές αλλαγές σε ζητήματα δομής και οργάνωσης, μεταβαίνοντας από ένα αυστηρό πυραμιδικό και συγκεντρωτικό σύστημα σε ένα πολυδύναμο και με εσωτερικές (οιονεί) ανταγωνιστικές αγορές, ενώ στις αλλαγές πρέπει να προσθέσουμε τις πρόσφατες που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις και τον τρόπο αμοιβής των Γενικών Γιατρών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αν και όσον αφορά και όσο ενδιαφέρει τον εκάστοτε πολίτη σε σχέση με τη πρόσβαση και χρήση οι αλλαγές δεν είναι εμφανείς, επιζητάν την προσοχή μας σε επίπεδο οργάνωσης.

Με το πνεύμα αυτό πρέπει να τονιστεί τόσο η συγκρότηση και οι αρμοδιότητες των Strategic Health Authorities, που ασκούν έναν επιτελικό ρόλο σε ευρείες περιφέρειες, των Primary Care Trusts που επιβλέπουν τόσο την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας όσο και την πρόσβαση από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια, αλλά κυρίως των συνεργατικών συνεταιριστικών Primary Care Practices, και του τρόπου υπολογισμού της αμοιβής από ένα ‘κατά κεφαλήν’ (capitation) σύστημα σε ένα σύστημα που μέσω ενός συνδυασμού παραμέτρων (δημογραφικό προφίλ πληθυσμού, κοινωνικά στρώματα στην περιοχή, απομονωμένο ή όχι της περιοχής, επιθυμία νυκτερινής απασχόλησης του ιδίου του γιατρού) καθορίζει ένα νέο τρόπο προ-αμοιβής, όπως και τέλος η δυνατότητα και ο αυξανόμενος αριθμός μισθωτών general practitioners οι οποίοι εργάζονται τύποις για κάποιο συνεργατικό-συνεταιριστικό ιατρείο και όχι το NHS.

β. Προοπτικές και διδάγματα για τον ΕΟΠΥΥ

Παρά την εύρυθμη λειτουργία και σχετική επιτυχία του αγγλικού (και του βρετανικού) συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, λίγα είναι αυτά που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν απ’ ευθείας στην ελληνική περίπτωση, κυρίως λόγω της ύπαρξης ελάχιστων γενικών γιατρών και αντιστοίχα της ύπαρξης πολλών γιατρών ειδικοτήτων, όπως και της μη ύπαρξης εμπειρίας συνεταιριστικών ιατρείων (έστω από γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων οι οποίες όμως θα πρέπει πλέον να είναι σε θέση να προσφέρουν υπηρεσίες ευρέως φάσματος) τα οποία να χρηματοδοτούνται βάσει ενός αλγόριθμου ο οποίος θα συνδυάζει πληθυσμό και δημογραφικά στοιχεία καλυπτομένων σε συνδυασμό με τις λοιπές ανάγκες τους, με βάση π.χ. το κοινωνικό προφίλ, την νοσηρότητα στην περιοχή, την απόσταση από μεγαλύτερα κέντρα (αγροτικές περιοχές) κ.λπ. ώστε να τεκμαίρεται ο φόρτος εργασίας του ιατρείου.

Το να εγκαθιδρυθεί εκ του μηδενός μία νέα επαγγελματική και οργανωσιακή κουλτούρα μεταξύ γιατρών μοιάζει αρκετά ανέφικτο. Ίσως περισσότερο έχει να προσφέρει μια πρόταση για συστέγαση (αλλά όχι συνεταιρισμό) γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων με κοινό κατάλογο (δυναμει) ασθενών (patients) κατά τα πρότυπα της προηγούμενης δομής της ΠΦΥ στην Αγγλία και πληρωμή με βάση κατά κεφαλήν αμοιβή, ειδικά ως ένα πρώτο βήμα και εφελτήριο για συνεταιριστικά ιατρεία και αμοιβή βάσει του αλγόριθμου στο μέλλον, με το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα να παραμένει ένα λογικό αίτημα και κίνητρο προσέλκυσης.

2.2.9 Βιβλιογραφία

- Boyle Sean (2011), *Health Systems in Transition; United Kingdom (England): health system review 2011* διαθέσιμο στο <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>.
- Crisp Nigel (2011), *24:Hours to save the NHS*, Oxford University Press Oxford.
- Gillam Stephen (2001), *Perpetual Evolution, a stocktake*, στο Gillam, Stephen *What Has New Labour Done for Primary Care? the King's Fund*, London.
- Griffiths R. (1983), *NHS management inquiry report*. London, Department of Health and Social Security (Griffiths Report).
- Greener Ian (2009), *Healthcare in the UK understanding continuity and change*, Policy Press, Bristol.
- Laing & Buisson (2009), *Laing's healthcare market review 2009-2010*. London, Laing & Buisson.
- WHO (Global Health Expenditure Atlas, Switzerland 2012)
<http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-18023389>, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/uk.html>,
<http://en.wikipedia.org/wiki/England>, http://en.wikipedia.org/wiki/Demography_of_England
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terms-used>
<http://bma.org.uk/media/Files/PDFs/Practical%20advice%20at%20work/Contracts/gpfocuspracticefund.pdf>
<http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/GMSfinance/globalsumformula/Pages/GlobalSumFormula.aspx>
http://www.nhsemployers.org/SiteCollectionDocuments/frg_report_final_cd_090207.pdf
<http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/DirectedEnhancedServices/Pages/DirectedEnhancedServices.aspx>
<https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/primary-care/general-practice/gp-earn-expe-2010-2011/gp-earn-expe-2010-2011-rep.pdf>

Ευχαριστίες από κ. Δικαίο στην **Ms Naomi Billingsley**, στέλεχος ενημέρωσης της British Medical Association για βοήθεια σε πολλές από τις ηλεκτρονικές παραπομπές.

2.3 Σύστημα Υγείας Σουηδίας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως τμήμα του ευρύτερου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί την πύλη εισόδου οποιουδήποτε ασθενή στο σύστημα. Ταυτόχρονα συνιστά κρίσιμο μέγεθος για το σύστημα και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διασφάλιση της υγείας του γενικού πληθυσμού.

Στο κείμενο που ακολουθεί γίνεται απόπειρα να καταγραφεί η τρέχουσα πραγματικότητα και οι σύγχρονες τάσεις του συστήματος υγείας της Σουηδίας με έμφαση σε όσα διαδραματίζονται στο ειδικό πεδίο της ΠΦΥ. Μέσα από ποσοτικά δεδομένα και διαγράμματα καταγράφονται και αναλύονται τα ζητούμενα της μελέτης.

Αρχικά οροθετείται το πλαίσιο εντός του οποίου οργανώνεται και λειτουργεί το σύστημα υγείας της χώρας. Στη συνέχεια οι αναφορές γίνονται περισσότερο αναλυτικές προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι διαδικασίες που ακολουθούνται στο συγκεκριμένο σύστημα και να αποσαφηνίσουν ζητήματα διαχείρισης της ζήτησης και κάλυψης του πληθυσμού. Ακολουθώς διερευνάται η ΠΦΥ αναφορικά με τη διάταξή της στο χώρο, τα όργανα που την εποπτεύουν και τη σχέση που έχει με την ανώτερη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον, προσεγγίζονται ζητήματα κόστους και αποζημιώσεων προκειμένου να καταστεί σαφής η σχέση με το συνολικό κόστος για την κοινωνική ασφάλιση, τη σύνδεση με το στόχο της κοινωνικής προστασίας και την καλλιέργεια της κοινωνικής ασφάλειας. Τέλος, επισημαίνονται σημεία ιδιαίτερου ενδιαφέροντος καθώς και πεδία όπου φαίνεται να παρουσιάζουν ενδιαφέρον για τον μελετητή των πρακτικών κάλυψης της ΠΦΥ.

2.3.1 Εισαγωγή

Η Σουηδία έχει συνολικό πληθυσμό, 9.380.000 με ΑΕΠ ανά κάτοικο \$39.730 από τα οποία \$3.757 δαπανώνται για την υγεία και αντιστοιχούν στο 9,6% ως ποσοστό του ΑΕΠ της χώρας. Το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, περίπου το 80%, κατοικεί σε αστικές περιοχές. Η οικονομία της χώρας στηρίζεται κατά 70% στις υπηρεσίες ενώ το υπόλοιπο στη δευτερογενή παραγωγή καθώς ο πρωτογενής τομέας αντιστοιχεί σε λιγότερο από 2% της οικονομικής δραστηριότητας. Η σουηδική οικονομία αναπτύσσεται με οριακά θετικούς ρυθμούς για το 2012 με θετικές προοπτικές για το αμέσως επόμενο διάστημα¹.

¹ <http://www.tradingeconomics.com/sweden/indicators>

Η εξωστρέφεια και σταθερότητα της οικονομίας αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την αντίστοιχη σταθερότητα των διαθέσιμων πόρων για αναδιανομή του εισοδήματος και στήριξη των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, μεταξύ των οποίων και το σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον η Σουηδία απολαμβάνει υψηλών ποσοστών πολιτικής σταθερότητας² γεγονός το οποίο επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα του συστήματος κοινωνικής προστασίας και των επιμέρους ρυθμίσεων που το διέπουν.

Η περίπτωση της Σουηδίας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του σοσιαλδημοκρατικού προτύπου, στο οποίο κεντρικό στοιχείο αποτέλεσε η αποεμπορευματοποίηση (decommodification) των παροχών στο μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού και με υπηρεσίες καθολικού τύπου, χωρίς έλεγχο των μέσων διαβίωσης [Esping- Andersen, 1990 - Korpi - Palme, 1994 - Classen, 2011]. Οι μηχανισμοί κοινωνικής προστασίας καλύπτουν ολόκληρο το βίο του ανθρώπου, αποτελούν εγγύηση της κοινωνικής ασφάλειας και ανάπτυξης και βρίσκονται υπό την εγγύηση του κράτους. Παρότι το περίφημο σκανδιναβικό πρότυπο κοινωνικής πολιτικής έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές συγκριτικά με το παρελθόν, διατηρεί το υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας [Kangas- Palme, 2005]. Το σύστημα υγείας δε, αποτελεί ένα κεντρικό εργαλείο καταπολέμησης των ανισοτήτων αντίστοιχο με τις παρεμβάσεις στο εισόδημα [Fritzell and Lundberg, 2005]. Το σύστημα υγείας αποτελεί τμήμα των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας και εντάσσεται στο σύνολο των παρεμβάσεων που οργανώνονται από την πλευρά του κράτους. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να αναλύεται ως τμήμα ενός ευρύτερου μηχανισμού ο οποίος αντανάκλα στοιχεία της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης της χώρας. Όπως και παρακάτω θα καταδειχθεί, η φροντίδα υγείας και δη η πρωτοβάθμια, αποτελεί σημαντικό τμήμα του συνολικού συστήματος και μπορεί να αποτελέσει δεξαμενή ιδεών και πρακτικών.

Το σύγχρονο πλαίσιο της προστασίας της υγείας του πληθυσμού περιγράφεται στο Νόμο για την Υγεία και τις Ιατροφαρμακευτικές Υπηρεσίες του 1982 [Health and Medical Services Act³] στο οποίο επιβεβαιώνεται η ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες, ενώ ταυτόχρονα η αρμοδιότητα αυτή βρίσκεται στο πεδίο ευθύνης των αυτοδιοικητικών θεσμών, όπως είναι οι Περιφέρειες (counties) και οι Δήμοι. Ειδικότερα, οι βασικές υπηρε-

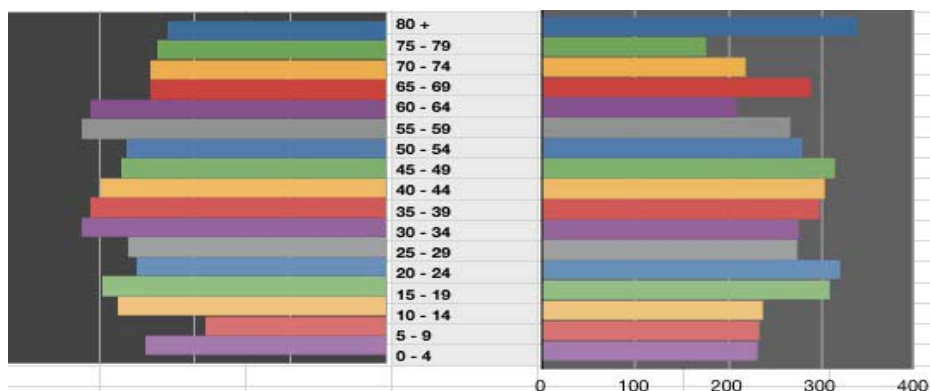
² http://info.worldbank.org/governance/wgi/mc_chart.asp

³ http://www.portalento.es/SiteCollectionDocuments/Discapnet/Documentos/Legislacion/en_0221.htm

οιες υγείας βρίσκονται στις αρμοδιότητες των Περιφερειών. Σημαντικές αλλαγές έχουν λάβει χώρα έκτοτε, κυρίως αναφορικά με την παράλληλη λειτουργία των ιδιωτικών οργανισμών στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ακολουθώς η ανάλυσή μας θα επικεντρωθεί στην ανάλυση της σχέσης αυτής, ειδικά στο πεδίο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Στο γενικότερο πλαίσιο σημαντικό είναι εισαγωγικά να επισημανθεί το υψηλό βιοτικό επίπεδο της χώρας καθώς και η αντίστοιχα υψηλή ποιότητα υπηρεσιών που παρέχονται από τους δημόσιους φορείς. Επιπλέον, η ανησυχητική δομή της δημογραφικής πυραμίδας (Διάγραμμα 2.3.1), στην οποία αποτυπώνονται τρέχοντα αλλά και μελλοντικά ζητήματα που έχει να αντιμετωπίσει το σύνολο των φορέων αλλά και ο σχεδιασμός της κοινωνικής προστασίας.

Διάγραμμα 2.3.1: Δημογραφική πυραμίδα, προβολή 2020



Πηγή: U.S. Census Bureau, International Data Base

Τα ζητήματα αυτά συνδέονται τόσο με το κόστος ειδικά του συστήματος υγείας, τις χρηματοδοτικές δυνατότητες της παραγωγής και της οικονομίας καθώς και ευρύτερα του συστήματος κοινωνικής προστασίας αφού οι ανάγκες για περαιτέρω διεύρυνση υπηρεσιών και παροχών γίνονται ολοένα και πιεστικότερες.

2.3.2 Οργάνωση του συστήματος υγείας

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας οργανώνεται σε τρία διακριτά επίπεδα που αντιστοιχούν στις τρεις βαθμίδες της κρατικής οργάνωσης. Τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό / εθνικό τα οποία επιτελούν διαφορετικές λει-

τουργίες στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας. Το υπουργείο λειτουργεί ως εγγυητής των επιπέδων κοινωνικής προστασίας με αφετηρία το νόμο του 1992 για την προστασία της υγείας και της ιατροφαρμακευτικής περιθαλψης, στον οποίο αναφέρεται ρητά η ευθύνη του κράτους για την προστασία του πολίτη, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζεται η ελευθερία των περιφερειακών και τοπικών αρχών να προασπίζουν την υγεία και τη φροντίδα του συνόλου των πολιτών.

Η φροντίδα της υγείας επικουρείται κεντρικά από οκτώ κρατικούς φορείς⁴ που φροντίζουν για τη διασφάλιση της ποιότητας και της οργάνω-

⁴ Πρόκειται για όργανα που συγκροτούνται στο επίπεδο του κράτους και δραστηριοποιούνται σε επιμέρους τομείς της κοινωνικής προστασίας. Αναλυτικά πρόκειται για τα ακόλουθα:

Εθνικό Συμβούλιο για την υγεία και την κοινωνική προστασία (*Socialstyrelsen*) το οποίο είναι επιφορτισμένο με την προώθηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής που περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας αλλά και την προστασία του περιβάλλοντος και την υγιεινή, ενώ ταυτόχρονα παρακολουθεί ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα που αφορούν τον γενικό πληθυσμό ή ειδικές ομάδες του. Αναφέρεται επιπλέον ότι το σύνολο των εργαζομένων στις δομές κοινωνικής προστασίας υπόκεινται στη δικαιοδοσία του Συμβουλίου.

HSAN (*Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd*) που είναι επιφορτισμένο με τη λήψη διοικητικών κυρώσεων σε περιπτώσεις καταγγελιών στο χώρο της υγείας.

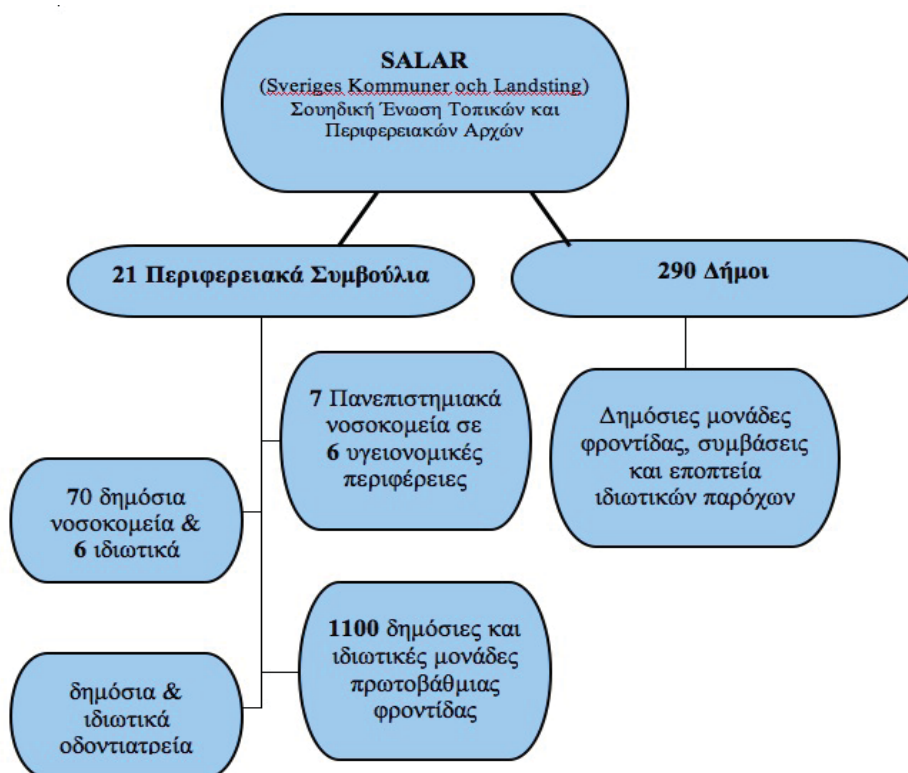
SBU (*Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering*) το οποίο είναι επιφορτισμένο με την παρακολούθηση, επιστημονική αξιολόγηση και τεκμηρίωση των κεντρικών και επιμέρους επιστημονικών / τεχνολογικών μέσων που χρησιμοποιούνται από το σύστημα υγείας.

MPA (*Läkemedelsverket*) που παρακολουθεί τις εξελίξεις και την πορεία των τιμών των φαρμακευτικών παρασκευασμάτων. Το σώμα αυτό θα μας απασχολήσει εκτενέστερα στην περαιτέρω ανάλυση του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το έργο αυτό συμπληρώνεται από το **TLV** (*Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket*) που αναλαμβάνει τον έλεγχο και την έγκριση κυκλοφορίας των σχετικών σκευασμάτων, ενώ ταυτόχρονα ελέγχει τη λειτουργία των φαρμακείων.

Το νεοσύστατο **Εθνικό Κέντρο Ανάλυσης των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας** (*Myndigheten för vårdanalys*) κλείνει δύο χρόνια δραστηριότητας με στόχο την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Το **Εθνικό Συμβούλιο για τη Δημόσια Υγεία** (*Folkhälsoinstitutet*) λειτουργεί υπό την αιγίδα του υπουργείου Υγείας και παράλληλα με το Εθνικό Συμβούλιο για την υγεία και την κοινωνική προστασία (*Socialstyrelsen*) αλλά ταυτόχρονα αναφέρεται σε ένα σώμα ανεξάρτητων εμπειρογνομώνων και ειδικών επιστημόνων και έχει χαρακτήρα ανεξάρτητης αρχής.

σης των υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας. Περιφερειακά οργανώνονται και υποστηρίζονται από τα αυτοδιοικητικά όργανα ενώ υπηρεσίες αναλαμβάνονται από τους 290 δήμους (Διάγραμμα 2.3.2).

Διάγραμμα 2.3.2: Η διάταξη των υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία



Πηγή: Anell, (κ.α.), 2012

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων οι οποίες έχουν κατά κύριο λόγο δημόσια χρηματοδότηση. Η είσοδος στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία σημείων και διαδικασιών που διαφοροποιούνται ανά περιοχή. Κάθε ασφα-

Τέλος το **Συμβούλιο για τη Κοινωνική Ασφάλιση** (*Försäkringskassan*) με στόχο τη προώθηση του επιπέδου κοινωνικής προστασίας μέσω υπηρεσιών σε είδος ή σε χρήμα ενώ η κεντρική λειτουργία του διακλαδώνεται τόσο στο περιφερειακό, όσο και το τοπικό επίπεδο.

λιζόμενος έχει τη δυνατότητα της επιλογής μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων παρόχων. Οι ιδιώτες πάροχοι αδειοδοτούνται από τα τοπικά συμβούλια και παρέχουν τις υπηρεσίες τους κατά κύριο λόγο στις πυκνοκατοικημένες περιοχές και στις μεγάλες πόλεις. Οι ιδιώτες πάροχοι λειτουργούν μονάδες διαφόρων ειδικοτήτων με κυρίαρχη αυτή της γενικής ιατρικής και έχουν τη δυνατότητα να παραπέμπουν στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Στο ίδιο πλαίσιο λειτουργούν γυναικολόγοι και μαιές, ψυχολόγοι καθώς και φυσιοθεραπευτές. Τις ίδιες υπηρεσίες παρέχουν και νοσηλεύτες, οι περισσότεροι των οποίων εργάζονται ως υπάλληλοι των 290 δήμων και πραγματοποιούν επισκέψεις κατ' οίκον. Από τις 1.100 μονάδες όλων των κατηγοριών περίπου το ένα τρίτο είναι ιδιωτικές ενώ οι υπόλοιπες ανήκουν στο κεντρικό σύστημα και τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες του στο περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Με τα δεδομένα αυτά προωθείται ο στόχος περιορισμού της νοσηλείας ασθενών των οποίων η διανυκτέρευση σε κρεβάτι νοσοκομείου δεν κρίνεται απαραίτητη, εξοικονομώντας πόρους για το σύστημα.

Οι στρατηγικές επιλογές του συστήματος υγείας καθορίζονται κεντρικά, ωστόσο εντοπίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στις 21 διαφορετικές Περιφέρειες στις οποίες τα αντίστοιχα περιφερειακά όργανα έχουν αποφασιστική αρμοδιότητα, ειδικότερα αναφορικά με τις σχέσεις που αναπτύσσονται με ιδιωτικούς οργανισμούς- παρόχους υπηρεσιών. Συνολικά, σύμφωνα με τους Anell, Glennard, Merkur (2011), εντοπίζονται επτά άξονες αλλαγών κατά την τελευταία δεκαετία στο σύστημα υγείας της χώρας. Συνοπτικά είναι οι ακόλουθοι:

- ♦ Με στόχο την εξοικονόμηση πόρων, την ένταση της εξειδίκευσης και την προσαρμογή στις νέες υφιστάμενες αλλά και αναμενόμενες απαιτήσεις για υπηρεσίες υγείας, τόσο σε έκτακτα περιστατικά όσο και στις μακροχρόνιες θεραπείες προωθήθηκε η συγκέντρωση υπηρεσιών στις δευτεροβάθμιες νοσοκομειακές μονάδες (SALAR, 2011).
- ♦ Στο πλαίσιο της μακρόχρονης συζήτησης για τον περιορισμό του αριθμού των Περιφερειών, μέσω συνενώσεων, συζητήθηκε και η αντίστοιχη συνένωση νοσοκομειακών μονάδων. Παρότι η διαδικασία αυτή δεν τελεσφόρησε, έχει τροφοδοτήσει δομές και διαδικασίες συνεργασίας μεταξύ μονάδων διαφορετικών Περιφερειών.
- ♦ Με πυρήνα την αναβάθμιση των υπηρεσιών φροντίδας των ηλικιωμένων η κεντρική κυβέρνηση με θεσμικές και χρηματοδοτικές πρωτοβουλίες υποστήριξε τη συνεργασία Περιφερειακών αρχών με τους Δήμους ενισχύοντας τη διασύνδεση των δομών που έχουν υπό την ευθύνη τους.

- ♦ Διεύρυνση της δυνατότητας επιλογής του παρόχου από τον χρήστη, μεταξύ δημόσιων ή ιδιωτικών φορέων. Στο πλαίσιο αυτό εντοπίζονται και τα κύρια χαρακτηριστικά της αναβάθμισης του ποσοστού εμπορευματοποίησης των παροχών ή αντιστροφή της υποχώρησης του δημόσιου τομέα από την παροχή υπηρεσιών. Το πλαίσιο για την τάση αυτή διαμορφώθηκε τόσο από ενέργειες της κεντρικής κυβέρνησης όσο από Περιφερειακές αυτοδιοικήσεις. Ειδικότερα για την πρωτοβάθμια φροντίδα, η τάση κάνει την εμφάνισή της ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, ενώ κατά τα τελευταία χρόνια παρέχουν σημαντικές υπηρεσίες, ειδικά πρωτοβάθμιας φροντίδας, ιδιωτικά κέντρα που ανήκουν σε επιχειρηματικούς ομίλους της χώρας.
- ♦ Η αναδιάρθρωση στο πεδίο της εμπορίας των φαρμάκων με την ιδιωτικοποίηση του 50% των φαρμακείων που ανήκαν στην Εθνική Επιχείρηση Σουηδικών Φαρμακείων (National Corporation of Swedish Pharmacies) και την απελευθέρωση της εμπορίας προϊόντων ΟΤ.Σ. Με την ιδιωτικοποίηση των εμπορικών σημείων καθώς και την αύξηση των αδειών εμπορίας προωθήθηκε ο ανταγωνισμός στον τομέα της εμπορίας φαρμάκου.
- ♦ Προώθηση της χρήσης γενσοήμων φαρμάκων σε δύο φάσεις, η πρώτη το 2002 και η δεύτερη το 2009.
- ♦ Προώθηση εγγυήσεων από την πλευρά των δημόσιων παρόχων για την κάλυψη αναγκών εντός προκαθορισμένου χρονικού περιθωρίου, ανάλογα με το είδος της ανάγκης και το αίτημα.

Στο σύνολο των αλλαγών και ευρύτερα της λειτουργίας του συστήματος υγείας κεντρικό ρόλο διαδραματίζουν οι Περιφερειακές αρχές καθότι παρέχεται η δυνατότητα καινοτομίας στις πολιτικές που επιλέγουν να ακολουθήσουν. Η συνεργασία με το κράτος και τους κεντρικούς φορείς είναι σημαντική αφού οι κεντρικοί άξονες της πολιτικής και του χαρακτήρα του συστήματος ρυθμίζονται κεντρικά από την κυβέρνηση. Ωστόσο αναζητώντας τις τάσεις και τις αντιδράσεις του συστήματος είναι ενδιαφέρον να τις εντοπίζει κανείς στις επιμέρους Περιφερειακές πολιτικές όπου αναδεικνύονται οι προοπτικές του συστήματος.

2.3.3 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση τους παρόχους ΠΦΥ

Σύμφωνα με την Πράξη Νομοθετικού περιεχομένου του 1982, για την υγειονομική περίθαλψη που διέπει το σύστημα, κάθε κάτοικος της χώρας δικαιούται φροντίδας, ανεξάρτητα από την εθνικότητά του. Επιπλέον, σε συνθήκες ανάγκης το σύνολο των κατοίκων της Ε.Ε. έχουν δικαίωμα πρό-

οδωσης στις υπηρεσίες που παρέχονται από το σύστημα. Η κάλυψη από τις υπηρεσίες και τις δομές του συστήματος εξειδικεύεται μέσω ειδικών ρυθμίσεων και κανονισμών που συνδέονται με τις αντίστοιχες ανάγκες. Ωστόσο το σύστημα ρυθμίζεται από τρεις βασικές αρχές, με πρώτη την αρχή της ισότητας της πρόσβασης σε υπηρεσίες ώστε ο καθένας να εξασφαλίζει αξιοπρεπή διαβίωση. Ταυτόχρονα εφαρμόζεται η αρχή της ανάγκης και της αλληλεγγύης που συνεπάγεται την προτεραιότητα πρόσβασης σε όσους βρίσκονται σε μεγαλύτερη αδυναμία. Τέλος, στο σύστημα εφαρμόζεται η αρχή του κόστους/ αποτελεσματικότητας η οποία κρίνεται ότι διασφαλίζει την παροχή του βέλτιστου πακέτου υπηρεσιών ανάλογα με τη φυσική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής. Συνολικά ο θεσμικός χαρακτήρας του συστήματος παραμένει κεντρικός ενώ η σταδιακή εξατομίκευση των υπηρεσιών προβάλλεται ως στοιχείο εξορθολογισμού και διασφάλισης της βιωσιμότητας του συστήματος.

Αναφορικά με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες μπορεί κανείς να επισημάνει την έντονα αποκεντρωτική διάταξη του συστήματος με τις εξουσίες στις περιφερειακές και τοπικές αρχές. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί η δεδομένη συνύπαρξη δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων που εντοπίζεται κατά κύριο λόγο στα μεγαλύτερα αστικά κέντρα διαμορφώνοντας συνθήκες δυνάμει πόλωσης του συστήματος.

Σύμφωνα με την κατάταξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η Σουηδία βρίσκεται στην κορυφή της απόδοσης αναφορικά με το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού και του φάσματος των υπηρεσιών [WHO, 2010]. Επιπλέον, επιτυγχάνει υψηλή βαθμολογία στην ικανοποίηση των ίδιων των χρηστών και αυτό είναι σημαντικό σε ένα σύστημα το οποίο για τη λειτουργία του στηρίζεται κατά βάση στη νομιμοποίηση των εσόδων του που προέρχονται από την υψηλή φορολόγηση των ιδιωτικών εισοδημάτων.

Οι χρόνοι αναμονής για την πρόσβαση στο σύστημα προφανώς συνιστούν κεντρική παράμετρο για τη βαθμολόγηση του συστήματος από τους χρήστες του. Προφανώς διαφέρουν ανάλογα με την περιφέρεια και την ειδικότητα (SALAR, 2011).

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας έχοντας θεσμικό χαρακτήρα προβλέπει την ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες του, για το σύνολο του πληθυσμού. Στον πυρήνα των συστημάτων αυτού του τύπου βρίσκεται η πρόνοια για την άρση των εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες καθώς και η εξάλειψη διακρίσεων και θεσμικών ή πρακτικών αποκλεισμών ατόμων ή ομάδων.

Η κάλυψη του πληθυσμού βρίσκεται στο 100%⁵ όπως και σε διαφορετικά παραδείγματα οργάνωσης της κοινωνικής προστασίας π.χ. το Ηνωμένο Βασίλειο. Αν και προΐδεάζει, δεν επιβεβαιώνει την υψηλή ποιότητα των παροχών και των υπηρεσιών του συστήματος. Επιπλέον, όπως και αναλυτικότερα φαίνεται ακολούθως, η συνολική κάλυψη του πληθυσμού είναι δυνατό να επιτρέψει να ευδοκιμήσουν παράλληλα ιδιωτικοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών που αναβαθμίζουν τα επίπεδα εμπορευματοποίησης της κοινωνικής προστασίας.

Η απασχόληση στο πεδίο των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας προσεγγίζει το 16% της απασχόλησης στο σύνολο του δημόσιου τομέα έως το 2010 (OECD, 2011). Στο προσωπικό αυτό εντάσσεται το ιατρικό προσωπικό που στελεχώνει το σύστημα υγείας. Στον πίνακα 2.3.1 καταγράφονται οι αναλογούντες ιατροί ανά χίλιους κατοίκους. Η εικόνα αφορά το σύνολο της χώρας, ωστόσο επισημαίνεται ότι ενδέχεται να υπάρχουν σχετικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των 21 Περιφερειών της χώρας. Η συγκέντρωση του πληθυσμού στα αστικά κέντρα, και στην περίπτωση της Σουηδίας, καθιστά αυτόν τον πληθυσμό σχετικά προνομιούχο σε σύγκριση με τους κατοίκους των γεωγραφικά απομονωμένων περιοχών της χώρας.

Πίνακας 2.3.1: *Ειδικότητες γιατρών στη Σουηδία ανά 1000 κατοίκους (2010)*

Ειδικότητα	Ανά 1000 κατοίκους	Πλήθος*
Γενικοί Γιατροί	0,63	5879
Παιδίατροι	0,1	965
Μαιευτήρες και γυναικολόγοι	0,15	1370
Ψυχίατροι	0,21	1990
Άλλες ειδικότητες	0,14	7043

*στοιχεία 2009

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2013

Το σημαντικό μέγεθος που ενδιαφέρει εδώ είναι οι Γενικοί Ιατροί, οι οποίοι παρότι έχουν σχετικά αυξηθεί σε σχέση με το 2000, όπου ο λόγος

⁵ Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι απαντήσεις αναφορικά με την εικόνα που έχουν οι ίδιοι οι χρήστες για το σύστημα υγείας και την πρόσβασή τους σε αυτό. Όπως προκύπτει από την Έρευνα για την Ιατρική Φροντίδα δείχνει ότι ένα 78% του πληθυσμού απαντά θετικά στο ερώτημα “αν έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που έχει ανάγκη”.

ανά 1.000 κάτοικους ήταν 0,53, παραμένει ακόμη χαμηλός. Ο ρεσμός των Γενικών Ιατρών φαίνεται να μην έχει ανταποκριθεί στις αρχικές προβλέψεις και διατυπώνεται σχετική επιφυλακτικότητα για την επιτυχία του (Annel, 2011). Ο ρόλος των Γενικών Ιατρών ως πύλη ελέγχου του συστήματος υγείας, δεν έχει αποδώσει τα αναμενόμενα και αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, φαίνεται ότι ο ρόλος των νοσοκομείων παραμένει σημαντικός. Από τις αθροιστικά περίπου σαράντα εκατομμύρια πράξεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας το 2009 τα δεκατέσσερα εκατομμύρια αντιστοιχούσαν σε Γενικούς Ιατρούς, (SALAR, 2010).

Όπως και ο πίνακας 2.3.2 καταδεικνύει, οι επαφές με το ιατρικό προσωπικό συνολικά κατ' έτος βρίσκονται σε αρκετά χαμηλό επίπεδο συγκρινόμενες με χώρες που ανήκουν σε διακριτά παραδείγματα κοινωνικής προστασίας αλλά και σε ένα που προσομοιάζει της υπό διερεύνηση χώρας, αυτό δηλαδή της Δανίας. Οι πράξεις αυτές εξαιρούν τη στοματική φροντίδα και περιορίζονται σε πράξεις γενικών γιατρών, παιδίατρων και λοιπού προσωπικού, κυρίως νοσηλευτικού σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πίνακας 2.3.2: *Επισκέψεις σε γιατρούς ανά κάτοικο κατ' έτος στη Σουηδία*

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	μ.ο.
Δανία	4,2	4,1	4,2	4,2	4,3	4,3	4,4	4,5	4,5	4,5	4,6	4,6	4,6	4,3
Ελλάδα	4,3	4,2	4,3	4,0	4,0	4,2	4,2	3,9	4,0	..	..	..	..	4,1
Ισπανία	..	..	..	8,7	..	9,5	..	..	8,1	..	..	7,5	..	8,4
Σουηδία	2,9	2,9	2,8	2,9	3,0	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,9	2,9	2,9	2,86

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2013

Επιπλέον και σχετικά με το πλαίσιο εξυπηρέτησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως διαμορφώθηκε με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, όπως και παραπάνω αναφέρεται, είναι αυτή της ιδιωτικοποίησης της διάθεσης των φαρμάκων μέσω ενός ανεξάρτητου δικτύου φαρμακείων το οποίο αποτελείται από ιδιωτικές επιχειρήσεις. Στον πίνακα 2.3.3 αναφέρεται το σύνολο των αδειούχων φαρμακοποιών καθώς και οι επιχειρήσεις πώλησης φαρμάκων στη χώρα το 2011.

Πίνακας 2.3.3: Συνολικός αριθμός φαρμακείων στη Σουηδία κατά το έτος 2011

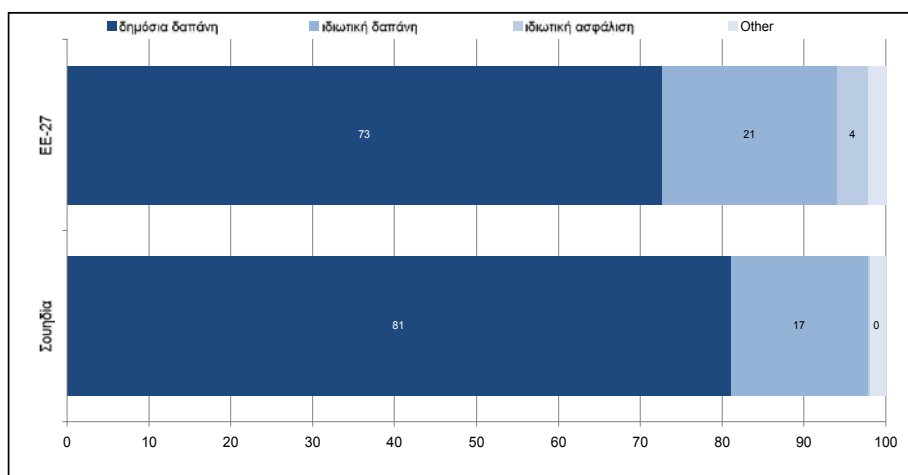
Φαρμακεία	7.327
Αδειούχοι φαρμακοποιοί	11.455

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2013

Το δυνητικό ανταγωνισμό στο πεδίο της λιανικής πώλησης του φαρμάκου τον υποστηρίζει και η δυνατότητα να πωλούνται OTC εκτός φαρμακείων, χωρίς ωστόσο να υπάρχει σχετική μελέτη για την επίπτωση αυτής της πολιτικής στην τελική τιμή του φαρμάκου.

2.3.4 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Από τις συνολικές δαπάνες για τη φροντίδα υγείας, οι οποίες όπως είδαμε αγγίζουν το 9,9% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος της Σουηδίας, οι δημόσιες δαπάνες σχεδόν μονοπωλούν το σύνολο των δαπανών και βρίσκονται περίπου στο 80% ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες βρίσκονται μόλις στο 17%, (Διάγραμμα 2.3.3). Το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης βρίσκεται λίγο πάνω από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο που είναι κοντά στο 9,5% του ΑΕΠ ενώ από το 2004 έως το 2009 η τάση του είναι σταθεροποιητική. Σε σχέση με τις λοιπές χώρες του σκανδιναβικού παραδείγματος βρίσκεται κοντά στον μέσο όρο που σχηματίζουν με τη Δανία να βρίσκεται συγκριτικά υψηλότερα από τις άλλες σε τιμές 2009 [WHO, 2011].

Διάγραμμα 2.3.3: Διάταξη δαπανών υγείας στη Σουηδία

Πηγή: WHO, 2011

Η δημόσια στήριξη του συστήματος είναι εμφαντική καθότι διασφαλίζει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού με υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Επιπλέον και σε σύγκριση με τη μέση δημόσια δαπάνη στα κράτη μέλη της ΕΕ η δαπάνη που καλύπτει το 73% του συνολικού κόστους η αντίστοιχη επίδοση της Σουηδίας ήταν και παραμένει αξιοσημείωτη. Οι ιδιωτικές δαπάνες βρίσκονται στο 17% και αφορούν κυρίως τα ποσοστά της συμμετοχής των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας.

Υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες παραμένουν κατά την τελευταία δεκαετία σχεδόν στο 1% των συνολικών δαπανών. Αναλυτικότερα και συγκριτικά με το πρόσφατο παρελθόν, οι ιδιωτικές δαπάνες παρουσιάζουν μια στασιμότητα που καταδεικνύει τόσο την αποδοτικότητα του συστήματος καθώς και την πολιτική νομιμοποίηση της ισχυρής κρατικής / δημόσιας στήριξης η οποία με τη σειρά της βασίζεται στην υψηλή φορολόγηση των ιδιωτικών εισοδημάτων.

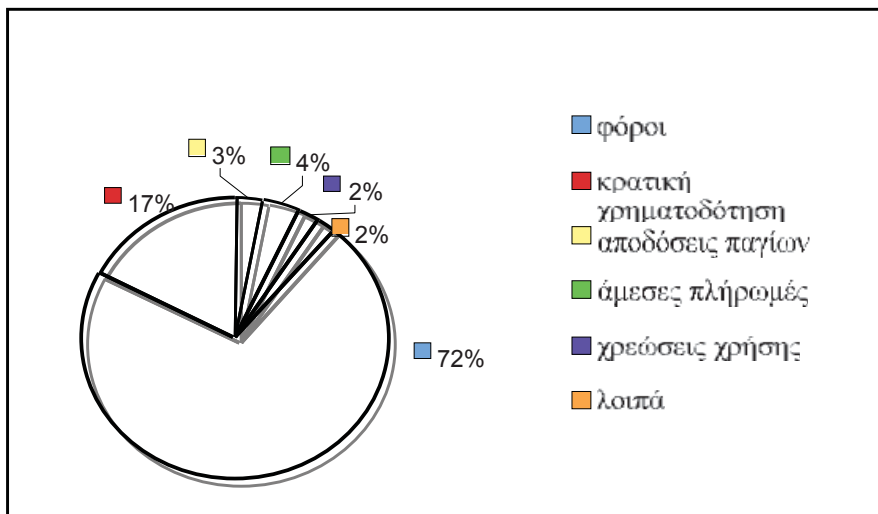
Πίνακας 2.3.4: Συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
16,3	16,7	16,3	16,5	16,4	16,4	16,8

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2012

Οι δαπάνες του συστήματος υγείας καλύπτονται κατά κύριο λόγο από τους φόρους στο εθνικό επίπεδο, ενώ σημαντικό μερίδιο έχει η ευρύτερη συμμετοχή του κράτους, μέσω της αξιοποίησης δημόσιων πόρων. Στο Διάγραμμα 2.3.4 αποτυπώνεται η σχετική κατανομή του συνόλου των δαπανών του συστήματος για το έτος 2009.

Διάγραμμα 2.3.4: Πηγές χρηματοδότησης του Σουηδικού συστήματος υγείας



Πηγή: StatisticsSweden, 2010

Ακόμη, οι δαπάνες υγείας όπως προκύπτουν από τα διαθέσιμα δεδομένα της στατιστικής υπηρεσίας της Σουηδίας για το έτος 2009 κινούνται στο 9%, όσον αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη, ποσό το οποίο έχει περιοριστεί κατά μια ποσοστιαία μονάδα την τελευταία πενταετία. Σχετικά με τις άλλες δαπάνες παρατηρούμε την εξωνοσοκομειακή φροντίδα να καλύπτει το 15,2% της συνολικής δαπάνης, ενώ ένα περίπου 3,6% αφορά δαπάνες για την πρόληψη και την προστασία του γενικού πληθυσμού (Statistics Sweden, 2010). Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, η πρωτοβάθμια φροντίδα αύξησε τη συμμετοχή της στο σύνολο των δαπανών περί το 14% κατά την πενταετία 2004-09.

Πίνακας 2.3.5: Χρεώσεις και συμμετοχές χρήσης στη Σουηδία

Τομέας φροντίδας	Χρέωση	Εξαιρέσεις	Κρατική ρύθμιση
Πρωτοβάθμια	Συμμετοχή ανάλογα με την Περιφέρεια κυμαίνεται μεταξύ SEK100 (€11) και SEK200 (€22)	<20 ετών στις περισσότερες Περιφέρειες	Μέγιστη συμμετοχή SEK1100 (€122) / έτος
Επίσκεψη κατ' οίκον	Συμμετοχή ανάλογα με την Περιφέρεια κυμαίνεται μεταξύ SEK230 (€11) και SEK320 (€35)	<20 ετών στις περισσότερες Περιφέρειες	
Συνταγογράφηση	Ο ασθενής χρεώνεται το συνολικό κόστος έως του ποσού των SEK1100 (€122)	<20 ετών στις περισσότερες Περιφέρειες	Μέγιστη συμμετοχή SEK2200 (€244) / έτος
Νοσοκομειακή φροντίδα	Ανάλογα με την Περιφέρεια, μέσο κόστος SEK80 (€9)/ ημέρα	<20 ετών στις περισσότερες Περιφέρειες	Γενική τάση μείωσης ανάλογα με το εισόδημα, την ηλικία, το διάστημα παραμονής
Οδοντιατρική φροντίδα	Ο ασθενής χρεώνεται με SEK3000 (€333) ενώ το υπόλοιπο επιδοτείται μερικώς	<20 ετών στις περισσότερες Περιφέρειες	Μείωση συμμετοχής με αύξηση των επιδοτήσεων των πράξεων
Μηχανικά βοηθήματα	Συμμετοχή κεντρικά καθοριζόμενη		Μέγιστο SEK2000 (€220)/ έτος

Πηγή: Anel, 2012.

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 2.3.5 οι ιδιωτικές δαπάνες ρυθμίζονται τόσο στο επίπεδο της Περιφέρειας όσο και στο επίπεδο του κράτους. Το τελευταίο ουσιαστικά αποτελεί τον εγγυητή του χαρακτήρα του συστήματος ορίζοντας τις μέγιστες ιδιωτικές δαπάνες και αναλαμβάνοντας, όπως φάνηκε και παραπάνω, την υποστήριξη του συστήματος μέσω του κεντρικού φορολογικού μηχανισμού λειτουργώντας προς όφελος των πλέον αδύναμων ομάδων. Λειτουργεί (και) στο πεδίο της υγείας ένα σαφές δίχτυ ασφάλειας το οποίο ωστόσο συνδέεται με υψηλής ποιότητας παροχές.

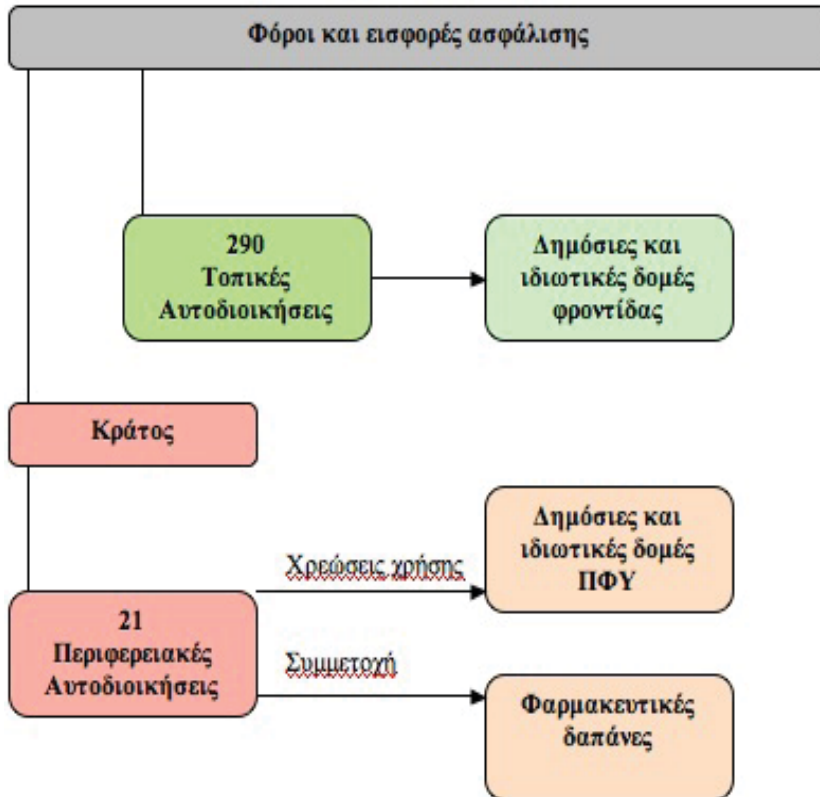
Τα Περιφερειακά Συμβούλια και οι δήμοι φέρουν σημαντική ευθύνη για τις δαπάνες της υγείας, την κατάρτιση και την παρακολούθηση τήρησης των προϋπολογισμών. Αυτό συμβαίνει στο πλαίσιο των γενικών τους προϋπολογισμών οι οποίοι οφείλουν να είναι ισοσκελισμένοι. Η λειτουργία των δομών που έχουν υπό την ευθύνη τους δε θα πρέπει να υπονομεύει το στόχο των ισοσκελισμένων προϋπολογισμών, ενώ τελούν υπό σημαντικών περιορισμών για τη δυνατότητα που έχουν να θεσπίζουν τοπικούς φόρους. Όπως και παραπάνω αναφέρεται ακόμη και οι ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών συχνά παρέχουν υπηρεσίες κάτω από συμβάσεις με τις Περιφερειακές αρχές ή τους δήμους (ανάλογα με το είδος). Ειδικά για την ΠΦΥ το σύστημα διασφαλίζει την κάλυψη του κόστους του μέσω των συμμετοχών των χρηστών.

2.3.5 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τελεί και στην περίπτωση της Σουηδίας υπό την εγγύηση της κρατικής παρέμβασης. Παρότι είναι προφανής η άμεση συμμετοχή των αυτοδιοικητικών φορέων στην άσκηση πολιτικής υγείας, το κεντρικό κράτος είναι το επίπεδο στο οποίο διασφαλίζεται ο χαρακτήρας του συστήματος, το μέσο κόστος χρήσης αλλά και ο ρόλος των ιδιωτικών οργανισμών (αν και υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανά Περιφέρεια).

Στο επίπεδο του κράτους οργανώνεται η συγκέντρωση των απαραίτητων πόρων για τη βασική χρηματοδότηση των δημοσίων δαπανών. Από την κεντρική κυβέρνηση κατευθύνονται πόροι προς τους αυτοδιοικητικούς θεσμούς στους οποίους αναγνωρίζεται σημαντική εξουσία για τη ρύθμιση της λειτουργίας των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο Διάγραμμα 2.3.5 αποτυπώνονται οι χρηματοδοτικές ροές του συστήματος.

Διάγραμμα 2.3.5: Χρηματοδοτικές ροές της Σουηδικής ΠΦΥ



Προσαρμογή από: Anell, (κ.α.), 2012

Οι δήμοι παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε δομές που είναι δημόσιες ή ιδιωτικές που παρέχουν υπηρεσίες σύμφωνα με συμβάσεις που συνάπτουν με τους δήμους. Οι παροχές αυτές που είναι κατά κύριο λόγο προνοιακού χαρακτήρα, έχουν χαρακτήρα θεσμικό και εντάσσονται στο δίκτυο κοινωνικής ασφάλειας που παρέχει η πολιτεία στο σύνολο των μελών της.

Το σύνολο των υπηρεσιών υγείας οργανώνεται με την ευθύνη των 21 Περιφερειακών Αυτοδιοικήσεων που ρυθμίζουν τόσο τη λειτουργία των νοσοκομείων όσο και τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μαζί με τη φαρμακευτική κάλυψη των πολιτών.

Το θεσμικό σύστημα της Σουηδίας δε συνεπάγεται τη χωρίς χρεώσεις χρήση του συστήματος. Η κάθε χρήση συνδυάζεται με κάποιες χρεώσεις

ενώ η πρόσβαση είναι ελεύθερη για όλους τους πολίτες. Η σημείωση αυτή αφορά το ύψος των χρεώσεων και τη σχέση που έχουν με την καταναλωτική δύναμη των πολιτών, το κατά πόσο δηλαδή το σύστημα κοινωνικής προστασίας κατορθώνει να εξασφαλίζει προσβάσιμες και υψηλής ποιότητας παροχές χωρίς διακρίσεις για τους χρήστες.

Οι χρεώσεις χρήσης που αναφέρονται και στο παραπάνω διάγραμμα έχουν ελάχιστα αλλά και μέγιστα μεγέθη και κρίνεται ότι λειτουργούν προς όφελος του συστήματος. Ειδικότερα οι υπηρεσίες ΠΦΥ στηρίζονται από το κεντρικό κράτος και τους πόρους του φορολογικού συστήματος και του συστήματος ασφάλισης της εργασίας.

Η ΠΦΥ βρίσκεται υπό την μεταρρύθμιση που περιλαμβάνει την ένταση της παρουσίας των ιδιωτικών οργανισμών παροχής και την πρόωση της δυνατότητας επιλογής παρόχου από την πλευρά του χρήστη. Εντοπίζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των Περιφερειών αναφορικά με το ρόλο των ιδιωτών παρόχων και του τρόπου με τον οποίο χρεώνονται στο σύστημα και στον χρήστη οι παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η κύρια μορφή αποζημίωσης των ιδιωτών είναι η κατά κεφαλή αποζημίωση (capitation) ενώ χρησιμοποιείται παράλληλα και αποζημίωση με βάση τη χρήση των εγγεγραμμένων δικαιούχων. Η κατά κεφαλή αποζημίωση είναι η περισσότερο διαδεδομένη, ωστόσο στην Περιφέρεια της Στοκχόλμης η κατανομή είναι: capitation 40%, fee-for-service 50%, ωστόσο τα ποσοστά αυτά στο επίπεδο της χώρας είναι αντίστοιχα 85% και 7,5%.

Η φαρμακευτική δαπάνη καλύπτεται συνδυαστικά από τους χρήστες και την κρατική υποστήριξη. Η δαπάνη για το φάρμακο κατά το 2009 άγγιξε τα τέσσερα εκατομμύρια ευρώ με τα δύο τρίτα να αφορούν τα συνταγογραφημένα σκευάσματα. Η TVL παρακολουθεί τις τιμές και τη χρήση των γενοσήμων προκειμένου το σύστημα να χρεώνεται με τη χαμηλότερη τιμή ανά δραστική ουσία. Η επιτροπή ΜΡΑ καθορίζει ποια είναι αυτά που αντικαθίστανται με τα γενόσημα. Κατά την τελευταία δεκαετία οι δαπάνες για τα φάρμακα συνδέονται με τις εξελίξεις στις τιμές των πρωτότυπων και τη χρήση των γενοσήμων αλλά ως σύνολο δεν έχει εντυπωσιακές μεταβολές.

Αναφορικά με την κωδικοποίηση των πράξεων που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έχει αναπτυχθεί ένας αναλυτικός κατάλογος με βάση το ICD-10 προσαρμοσμένο στις ενέργειες της ΠΦΥ και σε «συνεργασία» με το προηγούμενο σύστημα KSH97-P. Η διαδικασία χρησιμοποιείται συνδυαστικά με το SNOMED CT το οποίο κρίνεται ως περισσότερο

ευέλικτο [Nystrom, 2010]. Παρά τη χρήση αναλυτικών κωδικοποιήσεων για κάθε πράξη δεν καταγράφονται τιμές. Αυτό που διασφαλίζεται από το σύστημα της συμμετοχής των χρηστών είναι οι ανώτερες τιμές τις οποίες ενδέχεται να χρεωθεί ο χρήστης κάθε υπηρεσίας. Επιπλέον, ενδιαφέρον έχει να επισημανθεί ότι, όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 2.3.5 υπάρχει πρόνοια ειδικά για τους νέους κάτω των 20 ετών. Προσθετικά αναφέρεται ότι παρά τη μετάφραση του ICPC-2 στη σουηδική γλώσσα, δεν εντοπίζεται σήμερα η χρήση του.

2.3.6 Οργάνωση της ΠΦΥ, διαμόρφωση σχέσεων παρόχων, έλεγχος και ποιότητα

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί την πύλη εισόδου του συστήματος και κρίσιμο σημείο τόσο για την ποιότητα των παροχών όσο και για το συνολικό κόστος του συστήματος. Η διαδικασίες επιλογής του παρόχου, μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών, είναι εξίσου κρίσιμες.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι οργανωμένη στο τοπικό επίπεδο σε χωρικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας που αριθμούν από 5.000 έως 50.000 κατοίκους. Κάθε μονάδα διαθέτει κατ' ελάχιστο ένα κέντρο υγειονομικής φροντίδας και ένα nurshinghome. Κορμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι οι Γενικοί Ιατροί, το έργο των οποίων συμπληρώνεται από μαιές και νοσηλευτικό προσωπικό. Σπανιότερα, στα κέντρα ημερήσιας νοσηλείας υπάρχουν γιατροί άλλων ειδικοτήτων. Αυτά τα κέντρα υγείας είναι επιφορτισμένα με τη διεξαγωγή προληπτικών ελέγχων υγείας και προστασίας του γενικού πληθυσμού, όπως είναι λ.χ. οι εμβολιασμοί. Συμπληρωματικά λειτουργούν υπηρεσίες προς τους μαθητές υπό την ευθύνη των δήμων. Ταυτόχρονα, το 70% των εργαζόμενων καλύπτονται από τις ρυθμίσεις του συστήματος της επαγγελματικής ασφάλειας και περιλαμβάνει αυτούς στις μεγάλες επιχειρήσεις.

Από τις αρχές του 2010 και με ευθύνη των Περιφερειακών Αρχών κάθε πολίτης είναι καταγεγραμμένος σε κάποιο από τα πιστοποιημένα δημόσια ή ιδιωτικά κέντρα παροχής φροντίδας υγείας. Από την Πράξη για την Υγεία και τις Ιατρικές Υπηρεσίες αναγνωρίζεται η δυνατότητα σε ιδιωτικούς παρόχους να δραστηριοποιούνται στο πεδίο των ΠΦΥ. Περίπου 200 τέτοιες δομές λειτουργούν παράλληλα με τις αντίστοιχες δημόσιες και μαζί αθροίζουν 1.100 σημεία ΠΦΥ στο σύνολο της χώρας.

Οι πάροχοι ΠΦΥ καλύπτουν το σύνολο της επικράτειας χωρίς ωστόσο να αποτελούν μοναδικές πύλες εισόδου στο σύστημα παροχής υγείας. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας διατηρούν το δικαίωμα να απευθύνονται χωρίς

παραπομπή απευθείας στο νοσοκομείο, για το λόγο αυτό έχουν υιοθετηθεί αντί-κίνητρα με αυξημένη συμμετοχή του χρήστη προκειμένου να κατευθυνθεί σταδιακά τόσο στους γενικούς γιατρούς όσο και σε κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προκειμένου να ανακουφίσει τη ζήτηση στις δευτεροβάθμιες δομές.

Με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας αναπτύχθηκε ήδη από το 1998 πληροφοριακό σύστημα προκειμένου να παρακολουθούνται οι χρόνοι αναμονής από τη στιγμή εκδήλωσης του αιτήματος από το χρήστη της υπηρεσίας. Το σύστημα αυτό και προφανώς τα συμπεράσματά του τροφοδοτούν τις εγγυήσεις για την παροχή υπηρεσίας εντός δεδομένου χρονοδιαγράμματος. Έτσι σύμφωνα με τον μηχανισμό αυτό οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας οφείλουν να παρέχουν τα ακόλουθα:

Επικοινωνία με πάροχο ΠΦΥ εντός της ημέρας

Επίσκεψη σε Γενικό Γιατρό εντός επτά ημερών

Επίσκεψη σε δευτεροβάθμια δομή/κέντρο εντός ενενήντα ημερών

Παροχή απαραίτητων υπηρεσιών (αγωγή/εγχείρηση) εντός ενενήντα ημερών

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2013

Σύμφωνα με τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα της βάσης δεδομένων που διαχειρίζεται η SALAR το **86%** των ασθενών δε χρειάζεται να περιμένει περισσότερο από ενενήντα ημέρες για να εξυπηρετηθεί από το σύστημα, το 10% υπερβαίνει τις ενενήντα ημέρες, το δε υπόλοιπο 4% έχει επιλέξει την παράταση ή την αναβολή (SALAR, 2012).

Η ΠΦΥ αξιολογείται ως καλή ή ικανοποιητική από το μεγαλύτερο τμήμα των χρηστών. Οι θετικές αξιολογήσεις αγγίζουν ποσοστά γύρω από το **90%** του γενικού πληθυσμού παρότι εντοπίζεται μια ελαφρά κάμψη για τα αντίστοιχα ποσοστά που αφορούν τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αξίζει εδώ να σημειωθεί η σχετική ομοιομορφία στις 21 επιμέρους Περιφέρειες (SALAR, 2012).

2.3.7 Άλλα Συναφή Ζητήματα και Πηγές

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας βρίσκεται σε φάση προσαρμογής στα νέα δεδομένα που εξελίσσονται στον Ευρωπαϊκό χώρο. Ενδιαφέρον έχει να παρακολουθήσει κανείς την εξέλιξη της περαιτέρω εμπορευματοποίησης του συστήματος εξετάζοντας και παραμέτρους αναφορικά με το πλήθος των ιδιωτικών οργανισμών που δραστηριοποιούνται στον τομέα καθώς και να διακρίνει τα πεδία ή τις υπηρεσίες που επιλέγουν. Επιπλέον στο πλαίσιο αυτό παρουσιάζει ενδιαφέρον και ο ρόλος των επίσημων φορέων (κεντρική κυβέρνηση και αυτοδιοίκηση) και ο βαθμός της ρύθμισης που επιβάλλουν σε αυτή την αγορά.

Στον τομέα του φαρμάκου ενδιαφέρον έχει να αναλυθεί η τιμολογιακή πολιτική και μάλιστα συγκριτικά πριν και μετά την ιδιωτικοποίηση του δικτύου.

Οι αναλύσεις που πραγματοποιούν περιοδικά οι Περιφερειακές αρχές αναπαριστούν τις εξελίξεις του συστήματος ενώ αποτυπώνουν τις επιδόσεις του. Ο ρόλος των αυτοδιοικητικών θεσμών είναι σημαντικός, ωστόσο τον χαρακτήρα του συστήματος τον οριοθετεί η κεντρική κυβέρνηση. Η σχέση κεντρικών και περιφερειακών μηχανισμών είναι επίσης ενδιαφέρον πεδίο αξιολόγησης και περαιτέρω διερεύνησης.

2.3.8 Συμπέρασμα και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ

Το σύστημα υγείας, όπως και το περιβάλλον σύστημα κοινωνικής προστασίας της Σουηδίας συγκαταλέγεται στα κορυφαία του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου. Συνεπώς, οι συγκρίσεις και οι αναγωγές στην ελληνική περίπτωση είναι τουλάχιστον ατελείς. Ωστόσο θα μπορούσαμε να δούμε σημεία τα οποία προοπτικά θα είχαν ενδιαφέρον.

- Σύστημα αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών. Η συστηματική καταγραφή και τα αξιολογικά συμπεράσματα θα μπορούσαν να θεσμοθετηθούν με την αξιοποίηση των ανάλογων πληροφοριακών συστημάτων, ειδικά αφότου ομαλοποιηθεί η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ.
- Θεσμοθέτηση και ανώτερης ιδιωτικής δαπάνης κατ' έτος. Το σύστημα θα πρέπει βεβαίως να αναγνωρίζει τις περιπτώσεις των ιδιωτικών δαπανών που θα πρέπει να αναλάμβανε εξ' ολοκλήρου.
- Εγγύηση της πλήρους κάλυψης του συνόλου των ασφαλισμένων με το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων.

- Κρίνεται ότι η σε περιφερειακά κέντρα ανά τη χώρα αποσυγκέντρωση των πόρων δε θα εξυπηρετούσε, υπό τις τρέχουσες συνθήκες, τη ταχύτητα των αποζημιώσεων προς τους παρόχους των ΠΦΥ.
- Αντιθέτως η υιοθέτηση δεικτών υγείας οι οποίοι θα περιλαμβάνουν την πρόσβαση στις βασικές ΠΦΥ συμπεριλαμβανομένων των περιοδικών προληπτικών εξετάσεων και των εμβολιασμών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα όπως η νομαρχιακή ενότητα, θα εξυπηρετούσε τον έλεγχο (monitoring) της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

2.3.9 Βιβλιογραφία

- Anell A. (2011), Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*, 6:549-569.
- Anell A., Glenngård A., Merkur S. (2012), Health Systems in Transition, *European Observatory on Health Systems and Policies*, vol.14, no. 5.
- Association of Private Care Providers Almega (2011).[Web site].Stockholm, Association of Private Care Providers Almega (<http://www.almega.se>, accessed 28 December 2012).
- CIA (2012) Sweden. In: World factbook – maps. Washington, DC, CIA (https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/maps/maptemplate_sw.html, accessed 24 December 2012).
- Clasen J. (2011), *Worlds of Welfare? British and German Social Policy in the 21st Century*, (ed), Oxford University Press, 2011.
- Esping-Andersen G. (1990), *The Three Worlds of Western Capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- Eurostat (2010).Europe in figures: Eurostat yearbook 2010. Luxembourg, Publications Office of the European Union (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-10-220/EN/KS-CD-10-220-EN.PDF, accessed 14 January 2013).
- Glenngård A., Anell A., Beckman A. (2011), Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy* 103(1):31-37.
- Kangas O. and Palme J. (2005), *Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries*, Palgrave.
- Korpi W. - Palme J. (1994), The Strategy of Equility and the Paradox of Redistribution, Social Policy Association conference, Liverpool.
- Health Consumer Powerhouse (2009), *Euro Health Consumer Index 2009 Report*. Danderyd, Health Consumer Powerhouse.

- Joumard I., André C., Nicq C. (2010), Health care systems: efficiency and institutions. Paris, OECD (OECD Economics Department *Working Paper No. 769*).
- Nyström et al.: Enriching a primary health care version of ICD-10 using SNOMED CT mapping. *Journal of Biomedical Semantics* 2010 1:7.
- OECD (2009), Health care quality indicators project: patient safety indicators report 2009. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD *Health Working Paper No. 47*).
- OECD (2010), Health care system. Efficiency and policy settings. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2011), OECD economic surveys: Sweden. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2013), Economic, Environment and Social Statistics, (http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en, accessed 29 January 2013).
- SALAR (2010), Quality and efficiency in Swedish Health Care - Regional Comparison, Swedish Association of Local Authorities and Regions SE 118 82 Stockholm (www.skl.se/publikationer, accessed 19 January 2013).
- WHO (2012), Global Health Expenditure database [web site]. Geneva, WHO (http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84666, accessed 8 January 2013).
- WHO Regional Office for Europe (2011). European Health for All database [HFA-DB] [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 14 January 2013).

2.4 Σύστημα Υγείας Ισπανίας

2.4.1 Περίληψη

Το σύστημα υγείας της Ισπανίας έχει δημόσιο και καθολικό χαρακτήρα, με σαφή διάκριση μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Η χώρα διαθέτει μία κεντρική κυβέρνηση και 17 αυτόνομες περιφέρειες με ανεξάρτητες κυβερνήσεις και το σύστημα υγείας είναι αποκεντρωμένο σε αυτή τη βάση. Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι δωρεάν σε όλους τους κατοίκους, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών. Η αυτονομία των περιφερειακών συστημάτων συμπεριλαμβάνει τόσο την εισπραξη εσόδων όσο και τη διαχείρισή τους, ενώ το Κεντρικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής (MSPS) διατηρεί την αρμοδιότητα σε θέματα συντονισμού και στρατηγικής σημασίας.

Το σύστημα χρηματοδοτείται από τον τακτικό προϋπολογισμό των αυτόνομων περιοχών μέσω της φορολόγησης, από εφάπαξ χρηματοδοτήσεις από την κεντρική κυβέρνηση και κατά ένα πολύ μικρό ποσοστό από τα ταμεία ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων και από τους ίδιους τους ασθενείς, έστω κι αν πρόσφατες περικοπές οδήγησαν στη δραματική αύξηση του ύψους των ιδιωτικών πληρωμών.

Οι αυτόνομες περιφέρειες διαίρουνται με βάση δημογραφικά και γεωγραφικά κριτήρια σε περιοχές υγείας, στις οποίες αντιστοιχίζονται τα νοσοκομεία και οι λοιπές μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας. Οι περιοχές αυτές υποδιαιρούνται σε βασικές ζώνες υγείας στις οποίες αντιστοιχίζονται μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Για τον υπολογισμό του ύψους της χρηματοδότησης των δευτεροβάθμιων μονάδων υγείας λαμβάνονται υπόψη οι σταθμισμένες μονάδες φροντίδας υγείας (UPA), οι οποίες εκφράζουν τον όγκο εργασίας σε πολλαπλάσια και υποπολλαπλάσια ενός προτύπου δραστηριότητας με βάση τη διάρκεια παραμονής και την ανάλυση του μέσου κόστους κάθε τύπου νοσοκομειακής παροχής. Η χρήση πιο εξελιγμένων συστημάτων πληρωμής, βασισμένων σε συστήματα κατάταξης των νοσοκομειακών περιστατικών με βάση τις κατηγορίες διαχείρισης ασθενών (DRG's, Diagnosis Related Groups) γίνεται από ορισμένες περιφέρειες μόνο, σε πιλοτικό στάδιο. Παρόλα αυτά, το τελικό ύψος της χρηματοδότησης προκύπτει μετά από ετήσια διαπραγμάτευση με τις περιφερειακές αρχές.

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα κάθε δομή υγείας υπογράφει ένα ετήσιο προγραμματικό συμβόλαιο με το περιφερειακό σύστημα υγείας με κριτήρια τη δημογραφική διάρθρωση, τη διασπορά του πληθυσμού και συγκε-

κριμένους στόχους και δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας. Και εδώ όμως ο τελικός προϋπολογισμός αποτελεί αντικείμενο διαπραγμάτευσης με την περιφερειακή αρχή, η οποία προσαρμόζει τη χρηματοδότηση στους στόχους που η ίδια θέτει.

2.4.2 Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Ισπανίας και ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η έμφαση, λοιπόν, δίνεται στο σύστημα και στις μεθόδους αποζημίωσης των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που απασχολούνται στο δημόσιο ή συμβάλλονται με αυτό, μιας και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι ελάχιστα αναπτυγμένη στην Ισπανία, λειτουργεί συμπληρωματικά, και είναι ανεξάρτητη από τη δημόσια ασφάλιση και κάλυψη του πληθυσμού.

Το σύστημα υγείας της Ισπανίας είναι αποκεντρωμένο σε περιφερειακό επίπεδο και έχει, κυρίως, δημόσιο και καθολικό χαρακτήρα, με σαφή διάκριση μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε γενικές γραμμές είναι αρκετά αποτελεσματικό, ωστόσο τα τελευταία χρόνια δέχεται σοβαρές πιέσεις εξαιτίας της διόγκωσης του κόστους και της αδυναμίας κάλυψης των ελλειμμάτων λόγω της οικονομικής κρίσης.

Το σύνολο των επαγγελματιών υγείας ανέρχεται σε περίπου 500.000 άτομα, από τους οποίους 250.139 ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό και 213.977 είναι γιατροί. Με τα δεδομένα αυτά αντιστοιχούν 55 νοσηλευτές και 47 γιατροί ανά 10.000 κατοίκους. Το 83,3% των νοσηλευτών είναι γυναίκες όπως και το 70,3% των φαρμακοποιών. Χαμηλότερα ποσοστά γυναικών βρίσκονται στους οδοντιάτρους με 43,3%. Παρόλο που ο τομέας της υγείας είναι γενικά ανδροκρατούμενος, τα ποσοστά στους νεοεισερχόμενους είναι καλύτερα εξισορροπημένα, και αν συνεχιστεί αυτή η τάση θα επέλθει ισορροπία σε ολόκληρο το σύστημα.

Το εθνικό σύστημα υγείας της Ισπανίας διαθέτει 2.914 κέντρα υγείας και 10.202 τοπικές κλινικές, όπου οι επαγγελματίες υγείας από το κέντρο της ζώνης υγείας πηγαίνουν για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους πιο κοντά στον πληθυσμό. Η χώρα διαθέτει 804 νοσοκομεία. Τα 315 από αυτά υπάγονται στο εθνικό σύστημα υγείας και διαθέτουν 105.505 κλίνες. Το Υπουργείο Άμυνας διαθέτει 4 νοσοκομεία με σύνολο 995 κλινών. Υπάρχουν, επίσης, 20 νοσοκομειακές μονάδες με 1.428 κρεβάτια, που λειτουργούν στη δικαιοδοσία των αμοιβαίων συλλόγων επαγγελματιών ατυχημάτων και ασθενειών εργασίας. Στον ιδιωτικό τομέα ανήκουν 465 νοσοκομεία με 53.013 κλίνες. Από το σύνολο των 160.981 κλινών που

διαθέτουν όλα τα παραπάνω νοσοκομεία, οι 131.445 από 589 νοσοκομεία περιθάλπουν περιστατικά σωματικής υγείας. Στον ψυχιατρικό τομέα ανήκουν 16.111 κρεβάτια, και 13.665 κλίνες χρησιμοποιούνται για γηριατρική και περίθαλψη μακροχρόνιων ασθενών. Για κάθε εκατομμύριο κατοίκων υπάρχουν 14,8 αξονικοί τομογράφοι σε 677 νοσοκομειακές μονάδες, και 9,6 μαγνητικοί τομογράφοι σε 468 μονάδες. Σε 492 νοσοκομεία λειτουργεί εξοπλισμός μαστογραφίας.

Κάθε χρόνο εισάγονται στα νοσοκομεία 5,2 εκατομμύρια περιστατικά. Από αυτά, τα 4 εκατομμύρια ή το 78,3% του συνόλου χρηματοδοτούνται από το εθνικό σύστημα υγείας. Οι γιατροί ειδικοτήτων δέχονται 77,1 εκατ. επισκέψεις (από τις οποίες 87,3 χρηματοδοτούνται από το δημόσιο) και 26,3 εκατ. επείγοντα περιστατικά (με 77,1% δημόσια χρηματοδότηση). Κάθε χρόνο πραγματοποιούνται περισσότερες από 1 εκατ. χειρουργικές επεμβάσεις μεγάλης κλίμακας. Από τις 491.042 γεννήσεις σε νοσοκομεία το 2010, οι 124.561 έγιναν με καισαρική τομή.

Η προσδοκώμενη ζωή στην Ισπανία ανέρχεται σε 81,1 έτη, είναι, δηλαδή, κατά 2,1 έτη υψηλότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η προσδοκώμενη ζωή των αντρών είναι 77,8 έτη και των γυναικών 84,3 έτη. Η προσδοκώμενη ζωή στα 65 έτη είναι 20 χρόνια: 21,9 χρόνια για τις γυναίκες και 17,8 χρόνια για τους άντρες. Το 65% των γυναικών και το 75,2% των αντρών αυτοαξιολογούν την υγεία τους ως καλή ή πολύ καλή.

Με στοιχεία του 2007, η θνησιμότητα ανέρχεται σε 859 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους (385.361 θάνατοι). Οι κύριες αιτίες θανάτου, όπως και σε άλλες χώρες με παρόμοια κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, είναι οι καρδιαγγειακές ασθένειες, το έμφραγμα και ο καρκίνος. Το 32,2% των θανάτων οφείλεται σε καρδιαγγειακές παθήσεις και το 26% σε κακοήθεις νεοπλασματικές ασθένειες. Μεταξύ αυτών, ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών, ενώ των αντρών είναι ο καρκίνος των πνευμόνων. Τα νοσήματα του αναπνευστικού προκάλεσαν 44.029 θανάτους. Ωστόσο, οι δείκτες θνησιμότητας από τις παραπάνω αιτίες είναι από τους χαμηλότερους στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ παράλληλα σημειώνεται σημαντική βελτίωση στους δείκτες της μητρικής και βρεφικής υγείας. Την ίδια στιγμή, όμως, η Ισπανία έχει πολύ χαμηλό δείκτη γεννητικότητας (1,4 γεννήσεις ανά ζευγάρι) ο οποίος είχε φτάσει στο χαμηλότερο σημείο στις αρχές του 2000, και από τότε σημειώνει ελαφρά άνοδο, κυρίως εξαιτίας της εισροής μεταναστών νεαρής ηλικίας αλλά και τις αυξημένες γεννήσεις των μεταναστών.

Το ποσοστό εμβολιασμού του πληθυσμού είναι αρκετά υψηλό. Το 56,4% των παιδιών κάτω του ενός έτους εμβολιάζονται κατά της πολιομυελίτιδας, το 96,4% για DTP (Διφθερίτιδα, Τέτανο, Κοκκύτη), το 96,3% για ηπατίτιδα Β, το ίδιο ποσοστό για γρίπη τύπου Β, και το 96,8% για μηνιγγίτιδα C. Το 60% των ατόμων άνω των 65 ετών εμβολιάζονται κατά της εποχιακής γρίπης. Το 2008 σημειώθηκαν 0,7 περιστατικά ιλαράς ανά 100.000 κατοίκους, δηλαδή, λιγότερα από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 2007 καταγράφηκαν επίσης 1.283 περιστατικά μόλυνσης από τον ιό του AIDS. Το 77,4% από αυτά αφορούν σε άντρες και το 0,5% σε παιδιά κάτω των 13 ετών. Συνολικά καταγράφηκαν στην Ισπανία 77.231 περιστατικά. Μετά από μία κορύφωση στα μέσα της δεκαετίας του '90, τα ποσοστά ακολουθούν μία σταθερή μείωση, και το 2008 καταγράφηκαν 80% λιγότερα περιστατικά σε σχέση με το 1996. Το 21,5% των γυναικών άνω των 16 ετών και το 31,5% των αντρών δηλώνουν καπνιστές σε καθημερινή βάση, ενώ το 13,2% των γυναικών και το 28,1% των αντρών δηλώνουν ότι έχουν σταματήσει το κάπνισμα. Το 68,6% των ατόμων άνω των 16 δηλώνουν ότι έχουν καταναλώσει αλκοόλ κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τη στιγμή που γενικά παρατηρείται αυξητική τάση στην καταναλώση αλκοόλ κατά τα τελευταία χρόνια.

Τα ναρκωτικά αποτελούν επίσης μεγάλη πρόκληση τόσο για την Ισπανική κοινωνία όσο και για το σύστημα υγείας. Όπως και στις περισσότερες χώρες, το πλήθος των ναρκομανών δεν καταγράφεται με ακρίβεια. Το 2005 έγιναν 50.630 εγγραφές ατόμων σε προγράμματα απεξάρτησης από εξαρτησιογόνες ουσίες, εκτός του αλκοόλ και του καπνού. Το γενικό σύνολο είναι 117,2 περιπτώσεις εθισμένων ανά 100.000 κατοίκους, με τους περισσότερους να είναι άντρες και τους μισούς να συμμετέχουν για πρώτη φορά σε τέτοια προγράμματα.

2.4.3 Οργάνωση του συστήματος υγείας

Η Ισπανία διοικείται από μία κεντρική κυβέρνηση και 17 περιφέρειες, οι οποίες διαθέτουν μεγάλο βαθμό αυτονομίας, δικά τους κυβερνητικά όργανα και κοινοβούλια. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας έχει καθολικό χαρακτήρα και καλύπτει ακόμα και τους μη νόμιμους μετανάστες. Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι δωρεάν στον τόπο εξυπηρέτησης, με μόνη εξαίρεση τη φαρμακευτική δαπάνη για άτομα κάτω των 65 ετών, για την οποία υπάρχει συμμετοχή της τάξης του 40%. Οι αρμοδιότητες της υγείας μεταβιβάστηκαν ολοκληρωτικά σε περιφερειακό επίπεδο από το τέλος του 2002, οπότε και θεσμοθετήθηκαν 17 περιφερειακά Υπουργεία Υγείας,

με την αποκλειστική ευθύνη της οργάνωσης και της παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους. Η αυτονομία των περιφερειακών συστημάτων αφορά τόσο στις δαπάνες όσο και στην είσπραξη εσόδων. Το Κεντρικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής (MSPS) διατηρεί την αρμοδιότητα μόνο σε ορισμένα ζητήματα στρατηγικής σημασίας, όπως η νομοθεσία για τα φαρμακευτικά θέματα, και λειτουργεί ως εγγυητής της ιότητας στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρη τη χώρα. Το ανώτερο διοικητικό όργανο (SISNS) αποτελείται από τους 17 περιφερειακούς υπουργούς και έχει πρόεδρο τον εθνικό υπουργό.

Οι αποφάσεις στο όργανο αυτό λαμβάνονται με ομοφωνία, και στην περίπτωση των αρμοδιοτήτων, που έχουν αποκεντρωθεί, μπορεί να παρέχει συστάσεις και όχι εντολές. Τα περιφερειακά συστήματα υγείας, επομένως, έχουν την αρμοδιότητα τόσο της χάραξης της πολιτικής υγείας όσο και της παροχής υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο. Στις περισσότερες περιφέρειες λειτουργούν δύο ανεξάρτητα μεταξύ τους εκτελεστικά όργανα, με ευθύνη για την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, αντίστοιχα. Τελευταία, πάντως, παρατηρείται η τάση δημιουργίας ενιαίων διοικητικών μονάδων που συμπεριλαμβάνουν τόσο την πρωτοβάθμια όσο και τη δευτεροβάθμια φροντίδα. Οι μικρότερες διοικητικές ομάδες του συστήματος οργανώνονται γύρω από τις ενιαίες ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίες λειτουργούν ως gatekeepers του συστήματος.

Όπως αναφέρεται παραπάνω, το Εθνικό Σύστημα Υγείας απαρτίζεται από την κεντρική κυβερνητική διοίκηση και τις διοικήσεις υγείας των αυτόνομων δημόσιων περιφερειών, που συνεργάζονται ώστε να καλύψουν όλες τις υποχρεώσεις για τις οποίες είναι υπεύθυνες οι δημόσιες αρχές. Στις υποχρεώσεις κεντρικής κυβέρνησης συμπεριλαμβάνονται η διατύπωση των βασικών αρχών του συστήματος, ο συντονισμός, η διαχείριση των διεθνών σχέσεων υγείας και η φαρμακευτική πολιτική. Ο ρόλος των αυτόνομων περιφερειών περιλαμβάνει το σχεδιασμό της υγείας, την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Τα τοπικά συμβούλια είναι επιφορτισμένα με την επιτήρηση και υποστήριξη της υγείας και της υγιεινής, και τον συντονισμό της διαχείρισης όλων των δημόσιων υπηρεσιών που σχετίζονται με αυτήν.

Οι βασικές αρχές και ο γενικός συντονισμός, την ευθύνη των οποίων έχει η κεντρική κυβέρνηση, αναφέρεται στη θέσπιση προτύπων που καθορίζουν τις ελάχιστες συνθήκες και απαιτήσεις, με στόχο τη βασική ιότητα στη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Εδώ περιλαμβάνονται η παροχή των πόρων και των συστημάτων αλληλεξάρτησης που

εξασφαλίζουν την αμοιβαία ανταλλαγή πληροφοριών, την τεχνολογική τυποποίηση σε συγκεκριμένους τομείς, και την κοινή δράση της κεντρικής και των τοπικών αρχών υγείας κατά την εξάσκηση των αρμοδιοτήτων που αντιστοιχούν σε κάθε μία από αυτές. Η εξωτερική πολιτική υγείας συμπεριλαμβάνει τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την παρακολούθηση και τον έλεγχο πιθανών κινδύνων για την υγεία μέσω της εισαγωγής, εξαγωγής ή διακίνησης προϊόντων ή εξαιτίας της διεθνούς μετακίνησης ταξιδιωτών. Στο πλαίσιο αυτό η Ισπανία συνεργάζεται με άλλες χώρες και διεθνούς οργανισμούς, με στόχο την πραγματοποίηση επιδημιολογικών ελέγχων, την καταπολέμηση μεταδιδόμενων νοσημάτων, τη διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος, το σχεδιασμό, ενσωμάτωση και εφαρμογή διεθνών ρυθμίσεων, τη διεξαγωγή και αξιοποίηση της έρευνας, και τη λήψη κάθε μέτρου που συμβάλλει στη δημόσια υγεία.

Αναφορικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα, η κεντρική κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τη νομοθέτηση, την αξιολόγηση, αδειοδότηση και καταγραφή όλων των φαρμάκων και των σχετικών σκευασμάτων που απευθύνονται σε ζώα και ανθρώπους, τη διαχείριση της δημόσιας χρηματοδότησης και της τιμολόγησης φαρμάκων και προϊόντων υγείας, την εξασφάλιση της διαχείρισης ναρκωτικών ουσιών με βάση τα διεθνή πρότυπα, την επείγουσα εισαγωγή φαρμάκων από την αλλοδαπή που δεν έχουν λάβει ακόμα πλήρη άδεια εισαγωγής, τη διατήρηση δημόσιων στρατηγικών αποθεμάτων φαρμακευτικού και ιατρικού υλικού για επείγουσες καταστάσεις και φυσικές καταστροφές, και την απόκτηση και διανομή φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων στο πλαίσιο της διεθνούς αναπτυξιακής συνεργασίας.

Η κεντρική κυβέρνηση αναλαμβάνει επίσης δράση, ανεξάρτητα από τις αυτόνομες περιφέρειες και αν είναι δυνατόν σε συνεργασία μαζί τους, σε μία σειρά άλλες περιπτώσεις, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται ο υγειονομικός έλεγχος του περιβάλλοντος και των τροφών, των υπηρεσιών και των προϊόντων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τη χρήση ή την κατανάλωση από ανθρώπους, η ρύθμιση, εξουσιοδότηση, καταγραφή και τυποποίηση των φαρμάκων που προορίζονται για κατανάλωση από ανθρώπους ή ζώα, και η διενέργεια σχετικών επιθεωρήσεων και ελέγχου ποιότητας. Περιλαμβάνονται επίσης η θέσπιση ενός γενικού επιπέδου ελάχιστων συνθηκών και τεχνικών προδιαγραφών για την έγκριση και τυποποίηση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού υγείας, η προαγωγή της ποιότητας του εθνικού συστήματος υγείας, η εξειδικευμένη εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε πιστοποιημένα εκπαιδευτικά κέντρα και η ανάπτυξη και λειτουργία του πληροφοριακού συστήματος του δικτύου υγείας.

Οι αρμοδιότητες υγείας των αυτόνομων περιφερειών πηγάζουν απευθείας από το εθνικό σύνταγμα και εξειδικεύονται από τα επιμέρους περιφερειακά συντάγματα. Κάθε αυτόνομη περιφέρεια έχει τη δική της Υπηρεσία Υγείας, που είναι το διοικητικό και διαχειριστικό τμήμα για όλα τα θέματα των κέντρων υγείας, των εγκαταστάσεων υγείας, των επαρχιακών διοικήσεων, των τοπικών συμβουλίων και κάθε άλλης διακοινοτικής μονάδας διοίκησης που σχετίζεται με το χώρο της υγείας. Η κεντρική κυβέρνηση διατηρεί τη διαχείριση υγείας μέσω του Εθνικού Ινστιτούτου Διοίκησης Υγείας (INGESA) μόνο σε πόλεις με αυτόνομα συντάγματα.

Το διαπεριφερειακό (Inter-Territorial) συμβούλιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι υπεύθυνο για το συντονισμό, τη συνεργασία και τη διασύνδεση μεταξύ της κεντρικής και των αυτόνομων περιφερειακών διοικήσεων δημόσιας υγείας. Στο συμβούλιο προεδρεύει ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής, και Διευθύνων Σύμβουλος είναι ένας από τους διευθυντές των τμημάτων υγείας των αυτόνομων περιοχών που εκλέγεται μεταξύ τους. Τα βασικά όργανα του συμβουλίου είναι η γενική συνέλευση, η εκτελεστική επιτροπή και η συμβουλευτική επιτροπή.

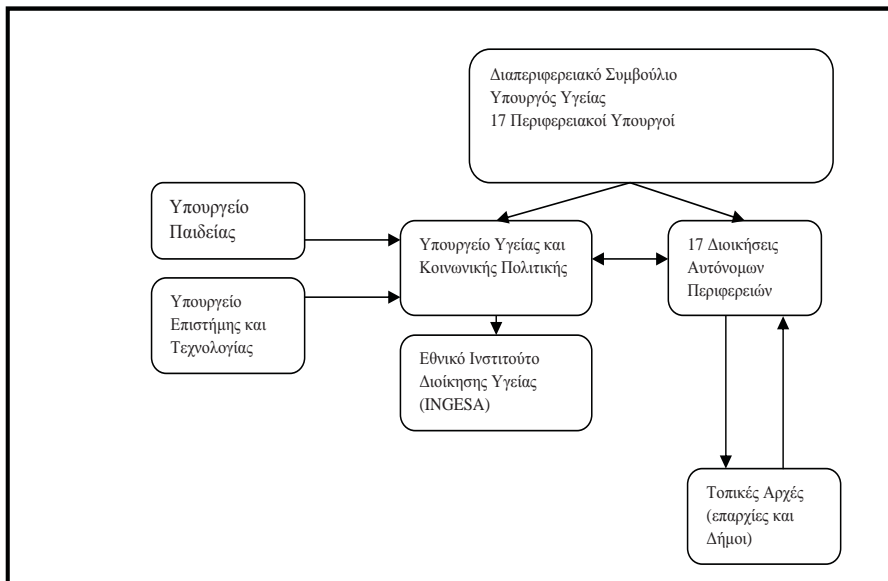
Η γενική συνέλευση συγκαλείται τουλάχιστον ανά τρίμηνο και αποτελεί το ανώτατο όργανο, στο οποίο, άλλωστε, συμμετέχουν όλα τα πρόσωπα που έχουν αυξημένη ευθύνη στον τομέα της υγείας. Οι αποφάσεις του συμβουλίου εκφράζονται μέσα από συστάσεις οι οποίες συντάσσονται κατόπιν ομόφωνων αποφάσεων. Η συνέλευση μπορεί να αναθέτει σε τεχνικές υποεπιτροπές και ομάδες εργασίας την προετοιμασία εξειδικευμένων θεμάτων. Στην εκτελεστική επιτροπή προεδρεύει ο γενικός γραμματέας υγείας και συμμετέχουν ένας εκπρόσωπος από κάθε αυτόνομη περιφέρεια και ένας εκπρόσωπος του υπουργείου υγείας και κοινωνικής πολιτικής, που εκτελεί χρέη γραμματέως. Οι εκπρόσωποι των περιφερειών είναι υψηλόβαθμα στελέχη των υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος της επιτροπής είναι η προετοιμασία των γενικών συνελεύσεων και η εκτέλεση οποιονδήποτε καθηκόντων της ανατίθενται από αυτήν.

Η συμβουλευτική επιτροπή αναφέρεται στο διαπεριφερειακό συμβούλιο και καθιστά εφικτή την κοινωνική συμμετοχή στο εθνικό σύστημα υγείας, καθώς διευκολύνει τη θεσμική συμμετοχή των εργατικών σωματείων και των οργανώσεων των εργοδοτών. Την επιτροπή αποτελούν έξι εκπρόσωποι της κεντρικής κυβέρνησης, έξι εκπρόσωποι των αυτόνομων περιφερειών, τέσσερις εκπρόσωποι τοπικών κυβερνήσεων, οκτώ εκπρόσωποι οργανώσεων εργοδοτών και οκτώ εκπρόσωποι των πιο αντιπροσωπευτικών εργατικών συνδικάτων σε εθνική κλίμακα. Ο ρόλος της επιτροπής

είναι η πληροφόρηση, παροχή συμβουλών και προτάσεων σε θέματα ειδικού ενδιαφέροντος σχετικά με τη λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας. Σε κάθε περίπτωση οι εξυπηρετούμενοι του συστήματος έχουν περιορισμένες δυνατότητες επιλογής ενός συγκεκριμένου ειδικευμένου γιατρού ή νοσοκομείου. Η πρόσβαση σε έναν ειδικευμένο γιατρό απαιτεί παραπομπή από παθολόγο ή γενικό γιατρό.

Στην Ισπανία λειτουργεί, επίσης, ένας σημαντικός μη κερδοσκοπικός ιδιωτικός τομέας, ο οποίος καλύπτει τις περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών νοσημάτων. Ο τομέας αυτός χρηματοδοτείται από ένα πλήθος οργανώσεων αυτοβοήθειας που στηρίζονται από το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο, μέσα από πληρωμές των εργοδοτών. Περίπου το 1/5 των εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, που αφορά κυρίως σε προηγμένες διαγνωστικές μεθόδους και χειρουργικές επεμβάσεις, ανατίθενται μέσω συμβολαίων σε κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς φορείς. Στο Διάγραμμα 2.4.1 αποτυπώνεται η οργάνωση του Ισπανικού συστήματος υγείας.

Διάγραμμα 2.4.1: Οργάνωση του συστήματος υγείας της Ισπανίας



2.4.4 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ

Σύμφωνα με την απογραφή του 2008, ο πληθυσμός της Ισπανίας ανέρχεται σε 46.157.822 κατοίκους, από τους οποίους τα 5.268.762, ή το 11,4% του συνόλου, δεν είναι Ισπανοί πολίτες. Η Ισπανία, όπως και η Ελλάδα, είναι μία χώρα εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης με εξαιρετικά υψηλό ποσοστό ατόμων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 16,5% του πληθυσμού είναι άτομα άνω των 65 ετών, γεγονός που προκαλεί τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στο ασφαλιστικό σύστημα προβλήματα ανάλογα με αυτά που καταγράφονται στην Ελλάδα, τουλάχιστον σε ότι αφορά στη συγκεκριμένη αυτή παράμετρο.

Όπως αναφέρεται και προηγουμένως, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας καλύπτει το σύνολο των κατοίκων της χώρας, χωρίς να εξαιρούνται από αυτό οι μετανάστες. Η προστασία αυτή παρέχεται από το άρθρο 43 του Ισπανικού Συντάγματος του 1978, το οποίο προβλέπει το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και την παροχή υγείας για όλους τους πολίτες. Οι βασικές αρχές και τα κριτήρια που υποστηρίζουν την άσκηση του δικαιώματος αυτού, είναι οι εξής:

1. Δημόσια χρηματοδότηση, καθολική κάλυψη και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας κατά τη στιγμή της παροχής.
2. Καθορισμένα δικαιώματα και υποχρεώσεις για τους πολίτες και τις δημόσιες αρχές.
3. Πολιτική αποκέντρωση του συστήματος υγείας προς τις αυτόνομες περιφέρειες.
4. Παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας με στόχο την υψηλή ποιότητα μέσα από έλεγχο και αξιολόγηση.
5. Ενσωμάτωση των διαφόρων δημόσιων δομών και υπηρεσιών υγείας σε ένα εθνικό σύστημα υγείας.

Η πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνεται μέσω της προσωπικής κάρτας υγείας που εκδίδεται από τις Υπηρεσίες Υγείας. Πρόκειται για ένα έγγραφο που ταυτοποιεί κάθε πρόσωπο που χρησιμοποιεί οποιαδήποτε υπηρεσία του εθνικού συστήματος υγείας. Η διασφάλιση του δικαιώματος προστασίας των αλλοδαπών εντός της χώρας, ορίζεται από το νόμο που αφορά σε όλα τα θέματα απονομής δικαιωμάτων, διαφύλαξης της ελευθερίας, και κοινωνικής ενσωμάτωσης των μεταναστών. Το ίδιο δικαίωμα προστατεύεται επίσης μέσω της αποδοχής από την Ισπανία των συνθηκών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και μέσω της υπογραφής μιας σειράς επιμέρους νόμων, συνθηκών και συμφωνιών.

Οι πρόσφατες περικοπές προϋπολογισμών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας έχουν ως αποτέλεσμα την άρνηση της παροχής δωρεάν υπηρεσιών υγείας στο μεγάλο πλήθος των μεταναστών που δεν έχουν άδεια παραμονής. Από αυτούς εξαιρούνται, όμως, οι περιπτώσεις εγκυμοσύνης, τα περιστατικά έκτακτης ανάγκης, σοβαρής ασθένειας και ατυχήματος, και τα άτομα κάτω των 18 ετών. Οι υπόλοιποι μετανάστες θα συνεχίσουν να έχουν πρόσβαση στο σύστημα, αλλά μόνο κατόπιν πληρωμής. Το μέτρο αυτό αναμένεται να εξοικονομήσει περίπου 1,5 δις ευρώ ετησίως, ωστόσο η τελική εφαρμογή του εξαρτάται από τις 17 ανεξάρτητες περιφέρειες, 7 από τις οποίες ήδη ανακοίνωσαν ότι θα συνεχίσουν να επιτρέπουν κανονικά τη δωρεάν πρόσβαση των μεταναστών χωρίς άδεια παραμονής.

2.4.5 Οργάνωση της ΠΦΥ και διαμόρφωση σχέσεων παρόχων

Όπως αναφέρεται και στην Ενότητα 2, στις αυτόνομες περιφέρειες λειτουργούν δύο εκτελεστικά όργανα, με ευθύνη για την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, αντίστοιχα, τα οποία είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους. Κατά τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, παρατηρείται αύξηση των περιπτώσεων δημιουργίας ενιαίων μονάδων που συμπεριλαμβάνουν τόσο την πρωτοβάθμια όσο και τη δευτεροβάθμια φροντίδα. Οι ενιαίες ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας λειτουργούν ως gatekeepers του συστήματος, και γύρω από αυτές οργανώνονται οι μικρότερες διοικητικές ομάδες. Σε κάθε περίπτωση υπάρχει σαφής διάκριση των υπηρεσιών του πρωτοβάθμιου και του δευτεροβάθμιου συστήματος υγείας, παρά τη μεταξύ τους στενή σχέση.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέχει βασικές υπηρεσίες υγείας, σε μία πυκνότητα που εξασφαλίζει πρόσβαση εντός 15 λεπτών από οποιοδήποτε σημείο της επικράτειας. Η βασική μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι τα κέντρα φροντίδας υγείας, τα οποία στελεχώνονται από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών στις οποίες συμπεριλαμβάνονται γενικοί γιατροί, παιδίατροι, νοσηλεύτες, διοικητικά στελέχη, και σε ορισμένες περιπτώσεις κοινωνικοί λειτουργοί, μαιες και φυσικοθεραπευτές. Τα κέντρα υγείας έχουν επίσης την ευθύνη της προαγωγής υγείας και της πρόληψης νοσημάτων, εξαιτίας της προνομιακής τους θέσης λόγω της εγγύτητας με ολόκληρο τον πληθυσμό και τις επιμέρους ομάδες που τον συναπαρτίζουν.

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας ή εξειδικευμένη φροντίδα παρέχεται από τα κέντρα εξειδικευμένης φροντίδας και τα νοσοκομεία, είτε με τη μορφή εξωτερικών ιατρείων είτε ως ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Οι ασθενείς που λαμβάνουν εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και θε-

ραπίες, οφείλουν να συνεργαστούν στη συνέχεια με το γιατρό που τους παρακολουθεί σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγείας. Ο γιατρός αυτός έχει την ευθύνη για τη συνέχιση της θεραπείας και κάθε άλλη απαραίτητη φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψη το πλήρες ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, καθώς και τις υποδείξεις του ειδικού γιατρού. Έτσι, εξασφαλίζεται η προσωπική αντιμετώπιση κάθε ασθενούς και η ισότιμη παροχή υπηρεσιών, ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας του ασθενούς, και την προσωπική του οικονομική και κοινωνική κατάσταση. Μάλιστα, σε όσες περιπτώσεις κριθεί απαραίτητο, η παροχή υπηρεσιών γίνεται στο σπίτι του ασθενούς.

Οι υπηρεσίες υγείας κατανέμονται χωροταξικά με βάση ένα σχέδιο περιοχών και βασικών ζωνών υγείας, το οποίο καταρτίζεται σε περιφερειακό επίπεδο. Συγκεκριμένα, κάθε αυτόνομη περιφέρεια ορίζει τις δικές της περιοχές υγείας με βάση διάφορα δημογραφικά και γεωγραφικά κριτήρια, και με πρωταρχικό στόχο την εξασφάλιση πρόσβασης σε όλα τα άτομα. Κάθε περιοχή υγείας διαιρείται σε επιμέρους βασικές ζώνες υγείας, οι οποίες συνθέτουν το χωρικό πλαίσιο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας μέσα από τα κέντρα φροντίδας υγείας που αντιστοιχίζονται σε αυτό. Η πρόσβαση στα πρωτοβάθμια κέντρα φροντίδας υγείας γίνεται με πρωτοβουλία του ενδιαφερόμενου, ενώ η πρόσβαση στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας γίνεται μόνο μετά από παραπομπή από μία δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε κάθε περιοχή υγείας λειτουργεί ένα γενικό νοσοκομείο, στο οποίο κατευθύνονται οι ασθενείς για δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Σε ορισμένες περιφερειακές υπηρεσίες λειτουργούν ενδιάμεσες διοικητικές-οργανωτικές μονάδες μεταξύ της περιοχής υγείας και των βασικών ζωνών υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει σχεδόν όλες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την προαγωγή υγείας, την εκπαίδευση, την πρόληψη, τη θεραπεία, την ανάρρωση, τη διατήρηση υγείας, την αποκατάσταση και την κοινωνική εργασία. Η φροντίδα αυτή παρέχεται είτε προγραμματισμένα σύμφωνα με τη ζήτηση είτε εκτάκτως, σε επείγουσες καταστάσεις, στα πρωτοβάθμια κέντρα φροντίδας υγείας, σε αγροτικές κλινικές ή και κατ' οίκον. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμπεριλαμβάνει την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ολόκληρο το 24ωρο, την εξέταση, τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών, καθώς και όλες τις δράσεις προληπτικής ιατρικής, προαγωγής υγείας, εκπαίδευσης, και οικογενειακής και κοινοτικής φροντίδας. Περιλαμβάνει, επίσης, τη διακίνηση και επίβλεψη των πληροφοριών για την προστασία της υγείας και τη φυσική αποκατάσταση του ασθενούς, ενώ, επιπρόσθετα, καλύπτει μία σειρά από

συγκεκριμένες δράσεις που απευθύνονται σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού, καθώς και σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Εδώ συμπεριλαμβάνονται:

- ♦ Συμβουλευτική στους εφήβους για τις υγιεινές συνήθειες, την αποφυγή του καπνού, του αλκοόλ και των εξαρτησιογόνων ουσιών, για τις διατροφικές συνήθειες και την εικόνα του σώματος, καθώς και την υγιή σεξουαλική συμπεριφορά.
- ♦ Γυναικολογική φροντίδα, οικογενειακή ιατρική, εγκυμοσύνη και βρεφική φροντίδα, έγκυρη διάγνωση καρκίνου του στήθους και γυναικολογικών καρκίνων, διάγνωση και θεραπεία προβλημάτων που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση.
- ♦ Έγκυρη διάγνωση προβλημάτων υγείας παιδιών, αξιολόγηση της ποιότητας διατροφής τους, αντιμετώπιση του συνδρόμου αιφνιδίου βρεφικού θανάτου, συμβουλές για τη σωστή ανάπτυξη, αγωγή υγείας, πρόληψη παιδικών ατυχημάτων, και καθοδήγηση για την πρόληψη και τη διάγνωση της ούρησης κατά τον ύπνο και τις δυσλειτουργίες του σφικτήρα.
- ♦ Αξιολόγηση της υγείας και των πιθανών κινδύνων για ενήλικες, ομάδες υψηλού κινδύνου και χρόνια ασθενείς, συμβουλευτική για τον υγιεινό τρόπο ζωής, διάγνωση προβλημάτων υγείας, εκπαίδευση και θεραπεία.
- ♦ Προαγωγή υγείας και προληπτική ιατρική για ηλικιωμένους, διάγνωση και φροντίδα ηλικιωμένων σε κίνδυνο, και φροντίδα κατ' οίκον για άτομα που δεν μπορούν να μετακινηθούν.
- ♦ Αναγνώριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, έμφυλης βίας και κακομεταχείρισης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που το θύμα είναι ανήλικο, ηλικιωμένο ή άτομο με αναπηρία.
- ♦ Οδοντιατρική φροντίδα, διάγνωση και θεραπεία, προαγωγή υγείας, πρόληψη, αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, αγωγή οδοντιατρικής υγείας για τα παιδιά.
- ♦ Φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου στο σπίτι ή στο ιατρικό κέντρο.
- ♦ Πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχικών προβλημάτων σε συνεργασία με τους εξειδικευμένους γιατρούς.

Οι φαρμακευτικές υπηρεσίες αφορούν σε φάρμακα και φαρμακευτικά προϊόντα, καθώς και σε δράσεις που αποσκοπούν την εξασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν τα απαιτούμενα φάρμακα με τη σωστή δοσολογία, στα ενδεδειγμένα χρονικά διαστήματα για όσο χρόνο χρειάζεται, και με το χαμηλότερο δυνατό κόστος για τους ίδιους και για το σύνολο της κοινωνίας. Για τη φαρμακευτική αγωγή των ενδοοικοκομειακών ασθενών,

υπεύθυνοι είναι οι γιατροί του νοσοκομείου. Για εξωτερικούς ασθενείς η φαρμακευτική υπηρεσία καλύπτει όλα τα συνταγογραφημένα φάρμακα που έχουν εγκριθεί από την Ισπανική Υπηρεσία Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας, καθώς και σκευάσματα που παράγονται στα φαρμακεία σύμφωνα με τις εθνικές οδηγίες παρασκευής φαρμάκων. Στις υπηρεσίες αυτές δε συμπεριλαμβάνονται καλλυντικά, προϊόντα διαίτης, μεταλλικό νερό, αρώματα, οδοντόκρεμες, ομοιοπαθητικά παρασκευάσματα και οποιοδήποτε άλλο όργανο ή σκεύασμα που διαφημίζεται στον γενικό πληθυσμό.

Η πρωτοβάθμια βαθμίδα υγείας δέχεται ετησίως 273 εκατ. επισκέψεις. Επιπρόσθετα, εξυπηρετούνται άλλα 27 εκατ. επείγοντα περιστατικά εκτός του κανονικού ωραρίου εργασίας, καθώς και 106 εκατ. περιστατικά στα οποία αρκεί η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο δείκτης ετήσιων ιατρικών επισκέψεων πρωτοβάθμιας βαθμίδας ανέρχεται σε 6,1 για τους οικογενειακούς γιατρούς, 5,5 για τους παιδίατρος, 2,9 για τους νοσηλευτές και 0,7 για τα επείγοντα περιστατικά εκτός κανονικού ωραρίου. Στους Πίνακες 2.4.1 και 2.4.2 παρουσιάζεται η κατανομή των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ και στη νοσοκομειακή.

Πίνακας 2.4.1: Προσωπικό πρωτοβάθμιας βαθμίδας υγείας

Κατηγορία	Πλήθος	Εξυπηρετούμενοι ανά άτομο
Γενικοί γιατροί	27.911	1.410
Παιδίατροι	6.215	1.029
Νοσηλευτές	27.433	1.663
Λοιπό προσωπικό	21.606	3.102

Πίνακας 2.4.2: Νοσοκομειακό προσωπικό

Κατηγορία	Πλήθος	Πλήθος ανά 1.000 άτομα
Γιατροί	69.742	1,55
Νοσηλευτές	116.058	2,59
Λοιπό προσωπικό υγείας	90.365	2,01
Διοικητικό προσωπικό	422.387	9,41

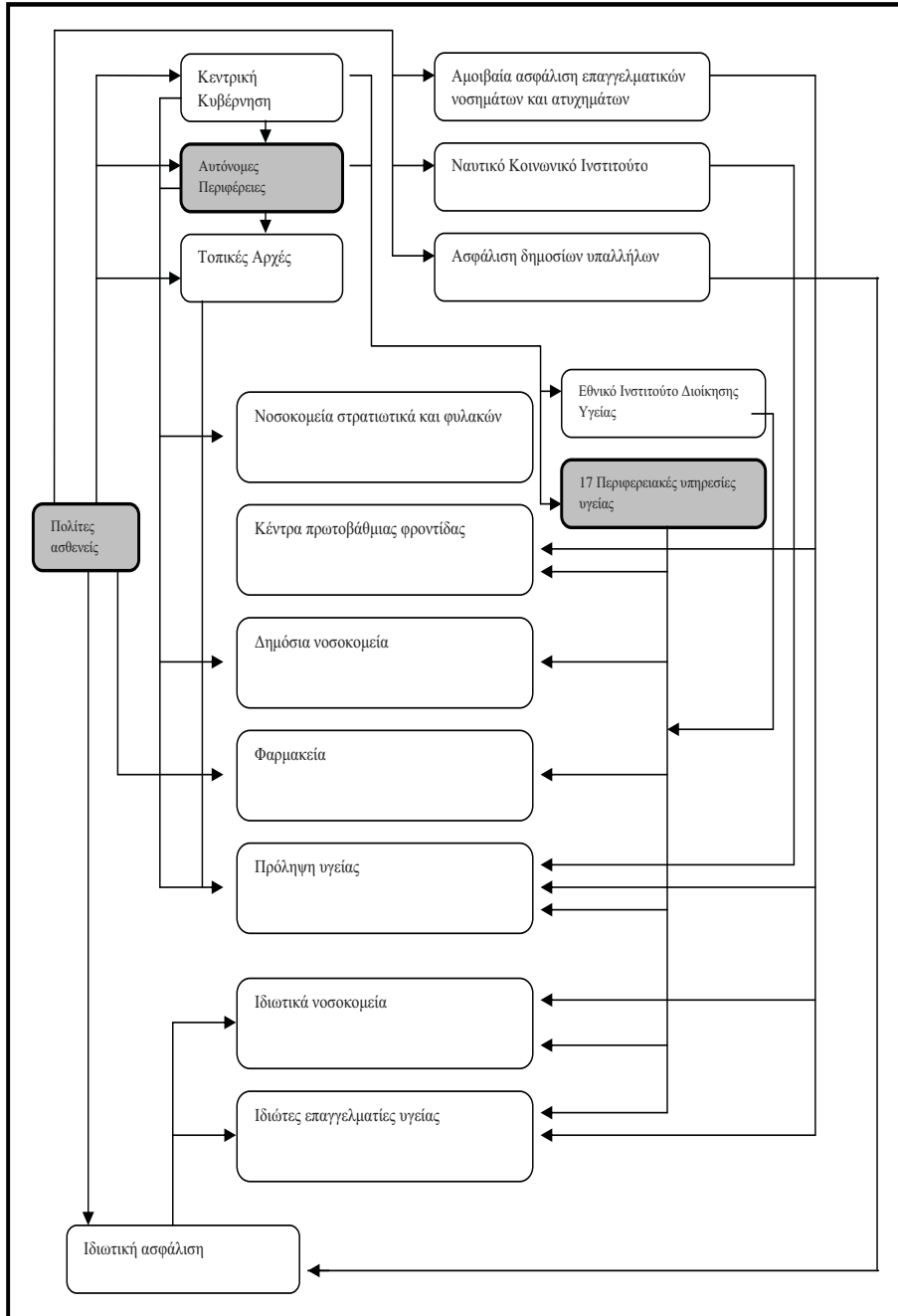
2.4.6 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Το σύστημα υγείας της Ισπανίας χρηματοδοτείται κυρίως από δημόσιες πηγές. Το σύνολο σχεδόν της δαπάνης για τον τομέα της υγείας χρηματοδοτείται από τον τακτικό προϋπολογισμό των αυτόνομων περιοχών μέσω της φορολόγησης, και μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό καλύπτεται από τους ασθενείς και από τα ταμεία ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων. Η φορολόγηση καλύπτει περίπου το 95% των δημόσιων πηγών. Το 2,5% καλύπτεται από ταμεία που χρηματοδοτούνται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες. Τα ταμεία των δημοσίων υπαλλήλων καλύπτουν το 3,5% των δαπανών και χρηματοδοτούνται από ένα μείγμα ασφαλιστικών κρατήσεων των εργαζομένων και εσόδων από τη φορολογία. Το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής χρηματοδότησης καλύπτει τη συνταγογράφηση και προμήθεια φαρμάκων.

Μέχρι τις αρχές του 2000, οι πόροι από τη φορολόγηση διοχετευόταν στο σύστημα της υγείας μέσα από ένα σύνθετο σύστημα που λάμβανε υπόψη του τις περιφερειακές διαφοροποιήσεις. Στη συνέχεια, υιοθετήθηκε ένα περισσότερο ολοκληρωμένο κεντρικό χρηματοοικονομικό μοντέλο. Στόχος του μοντέλου ήταν η εξασφάλιση οικονομικής βιωσιμότητας μέσω της συνυπευθυνότητας και της αλληλεγγύης μεταξύ περιφερειών. Με τον τρόπο αυτόν, η χρηματοδότηση της υγείας ενσωματώθηκε στο κεντρικό χρηματοδοτικό μοντέλο. Στο νέο αυτό σχήμα λαμβάνεται υπόψη το μέγεθος του πληθυσμού κάθε περιφέρειας και θεσπίζονται ελάχιστα εγγυημένα όρια χρηματοδότησης του τομέα της υγείας. Θεσπίζεται, επίσης, ένα ενδοπεριφερειακό ταμείο αναπλήρωσης για την ορθολογική κατανομή των πόρων και λαμβάνονται υπόψη πρόσθετα κριτήρια, όπως η γήρανση του πληθυσμού, η προσβασιμότητα απομακρυσμένων περιοχών και άλλα.

Από το 2002, επομένως, η χρηματοδότηση της υγείας γίνεται σε περιφερειακή βάση, μέσα από δύο κύριους τύπους εισροών: Φόρους (περιφερειακούς και εθνικούς) και εφάπαξ χρηματοδοτήσεις από την κεντρική κυβέρνηση. Η συμμετοχή των εξυπηρετούμενων του συστήματος έχει συμπληρωματικό ρόλο. Η φροντίδα υγείας είναι ένα από τα βασικά όργανα αναδιανομής εισοδημάτων στο πλαίσιο του Ισπανικού φορολογικού συστήματος. Όλοι οι Ισπανοί συνεισφέρουν ανάλογα με το επίπεδο του εισοδήματός τους και λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας ανάλογα με τις προσωπικές τους ανάγκες. Στο Διάγραμμα 2.4.2 που ακολουθεί αποτυπώνονται οι χρηματοδοτικές ροές του συστήματος.

Διάγραμμα 2.4.2: Βασικές χρηματοδοτικές ροές του συστήματος υγείας της Ισπανίας



Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας για ασθενείς και μη εργατικά ατυχήματα, έχει μη ανταποδοτικό χαρακτήρα, και γίνεται μέσω φόρων που προβλέπονται για τη γενική χρηματοδότηση κάθε αυτόνομης περιφέρειας. Ο δημόσιος προϋπολογισμός ανέρχεται σε περίπου 60 δις ευρώ (58.960.000 για το 2009), δηλαδή, 1.320 ευρώ κατά κεφαλήν για κάθε καλυπτόμενο.

Σε αυτά τα χρήματα προστίθενται επιπλέον 4.685,7 εκατ. για την κεντρική κυβέρνηση, 1.824,4 για την κοινωνική ασφάλιση, 2.060,5 για τα αμοιβαία ταμεία των δημοσίων υπαλλήλων και 1.068,9 για τα τοπικά συμβούλια. Με βάση τα στοιχεία αυτά, ο συνολικός προϋπολογισμός του συστήματος υγείας στην Ισπανία ανέρχεται σε 88.828 εκατ. ευρώ, από τα οποία περίπου το 72% βαρύνουν το δημόσιο, με το αναλογούν κόστος να ανέρχεται στο 8,5% του ΑΕΠ. Το 54% της δημόσιας δαπάνης κατευθύνεται σε νοσοκομεία και ειδικευμένη ιατρική, το 19,8% σε φαρμακευτικές δαπάνες, το 17,5% στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και το 1,4% στην προαγωγή υγείας, ενώ το 43,4% της δημόσιας δαπάνης αφορά σε έξοδα προσωπικού.

Οι ιδιωτικές πληρωμές (out of pocket payments) αντιπροσωπεύουν το 21% του συνολικού προϋπολογισμού υγείας στην Ισπανία. Το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτές αφορά στη συμμετοχή για την αγορά φαρμάκων και για πληρωμές σε οδοντιάτρους και οπτικούς, οι οποίες δεν καλύπτονται από το δημόσιο. Ένα πολύ μικρό ποσοστό των πληρωμών από την τσέπη προέρχονται από ατομικά ασφαλιστικά προγράμματα. Η ετήσια οικογενειακή δαπάνη για υγεία, στην οποία δεν συμπεριλαμβάνεται η αναγκαστική συμμετοχή των δημοσίων υπαλλήλων στα δημόσια προγράμματα ασφάλισης, αυξήθηκε από 902 ευρώ το 2006 σε 1.000 ευρώ το 2008, οπότε και αποτελεί το 3,2% των συνολικών ετήσιων οικογενειακών δαπανών. Η πληρωμή για φάρμακα και ιατρικά εξαρτήματα αυξήθηκε, επίσης, τόσο ως ποσοστό του οικογενειακού προϋπολογισμού (από 1,2% το 2006 σε 1,3% το 2008) όσο και σε απόλυτες τιμές, και ήταν τότε 416 ευρώ το χρόνο.

Τα τελευταία χρόνια, και ιδιαίτερα από το 2012, οι περικοπές στη δημόσια υγεία είχαν ως αποτέλεσμα να αυξηθούν δραματικά οι ιδιωτικές πληρωμές, οι οποίες σε ορισμένες περιπτώσεις αντιστοιχούν στο 40% του συνολικού οικογενειακού προϋπολογισμού. Το έλλειμμα στο σύστημα υγείας είναι περίπου 15 δις ευρώ, και οφείλεται στην ταχεία γήρανση του πληθυσμού και στην αύξηση των τιμών των φαρμάκων. Η Ισπανία έχει ποσοστό ανεργίας κοντά στο 23% και ο κατασκευαστικός τομέας, όπως και η εμπορία ακινήτων, που αποτελούσαν σημαντικούς οικονομικούς πυλώνες της χώρας, κατέρρευσαν, και έτσι τα φορολογικά έσοδα μειώνονται, το

χρέος αυξάνεται και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης συνεχίζει να αυξάνει. Οι προμηθευτές νοσοκομειακού υλικού και οι φαρμακευτικές εταιρίες περιμένουν, σε ορισμένες περιπτώσεις, περισσότερο από ένα χρόνο για να πληρωθούν.

Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί πολύ μικρό ποσοστό του συνόλου των πληρωμών (Πίνακας 2.4.3). Έχει συμπληρωματικό χαρακτήρα, και είναι τελείως ανεξάρτητη από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης και κάλυψης. Παρέχει βασικά τις ίδιες καλύψεις και τις ίδιες υπηρεσίες με το δημόσιο τομέα, αλλά προτιμάται από εκείνους που θέλουν ταχύτερη πρόσβαση, μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογής και περισσότερες ευκολίες. Περίπου το 81% των προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης αφορούν σε παροχές σε είδος, δηλαδή, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Τα υπόλοιπα έχουν τη μορφή της αναπλήρωσης εισοδήματος εξαιτίας ασθένειας ή την πληρωμή ενός μέρους των ιατρικών εξόδων. Το 20% των ιδιωτικών προγραμμάτων ασφάλισης έχουν συλλογικό χαρακτήρα και προσφέρονται από έναν εργοδότη στους εργαζομένους του. Το 2008 ο τομέας της ασφάλισης υγείας σημείωσε αύξηση 7,7% (UNESPA 2008).

Πίνακας 2.4.3: *Ιδιωτική ασφάλιση υγείας*

Έτος	Ασφαλισμένοι	Ποσό
2000	6.177.073	2.384.786.959
2001	6.382.927	2.611.146.347
2002	6.784.941	2.847.231.934
2003	7.105.255	3.165.847.392
2004	8.622.850	3.456.538.657
2005	8.570.040	3.780.588.590
2006	6.897.454	4.131.148.635

Πηγή: General Directorate of Insurance and Pension Funds, 2006

Όπως αναφέρεται και παραπάνω, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες, τα φαρμακευτικά, ορθοπεδικά και προσθετικά προϊόντα συγχρηματοδοτούνται από τον ασθενή. Τα φάρμακα που δίνονται στα νοσοκομεία δεν απαιτούν συμμετοχή, ενώ στα φάρμακα που χρηματοδοτούνται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης ή τα δημόσια ταμεία του εθνικού συστήματος υγείας, όταν συνταγογραφούνται σε μη νοσοκομειακούς ασθενείς, απαιτείται συμμετοχή στο κόστος. Πιο συγκεκριμένα, οι συνταξιούχοι και τα εξαρτημένα μέλη τους που καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, δεν πληρώνουν καθόλου συμμετοχή, ενώ όσοι καλύπτονται από τα

δημόσια αμοιβαία ταμεία, πληρώνουν το 30%. Οι μη συνταξιούχοι και οι εξαρτημένοι από αυτούς, πληρώνουν 40% και 30%, αντίστοιχα. Τα εξαρτημένα άτομα δεν πληρώνουν καθόλου συμμετοχή, ενώ ασθενείς με AIDS και με χρόνια νοσήματα πληρώνουν 10%. Για ορθοπεδικά και προσθετικά προϊόντα το δημόσιο πληρώνει ένα μέρος του κόστους με τη μορφή επιδόματος, το ύψος του οποίου αναγράφεται σε ειδικούς καταλόγους.

2.4.7 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ

Η πρωτοβάθμια υγεία στην Ισπανία είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα που αποτελείται από κέντρα πρωτοβάθμιας υγείας και σύνθετες ομάδες πολλαπλών καθηκόντων, που παρέχουν τόσο προσωπικές όσο και δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο συγκεντρώνεται το μεγαλύτερο μέρος από δραστηριότητες που σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας, τη διατήρηση, την ανάρρωση, την αποκατάσταση και την κοινωνική εργασία. Ήδη από το 1984 ο τομέας της πρωτοβάθμιας υγείας στην Ισπανία παρουσιάζει έντονη δραστηριότητα θεσμικής μεταρρύθμισης.

Όπως αναλύεται και στην προηγούμενη ενότητα, το 54% της δημόσιας δαπάνης κατευθύνεται σε νοσοκομεία και ειδικευμένη ιατρική, το 19,8% σε φαρμακευτικές δαπάνες, το 17,5% στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και το 1,4% στην προαγωγή υγείας. Το περιφερειακό υπουργείο υγείας λαμβάνει τα χρήματα που προβλέπονται από τον ετήσιο περιφερειακό προϋπολογισμό, όπως αυτός καταρτίζεται από το περιφερειακό κοινοβούλιο. Στη συνέχεια, το περιφερειακό υπουργείο με βάση τις πολιτικές κατευθύνσεις και τον προγραμματισμό του, κατανέμει τα χρήματα αυτά στις επιμέρους μονάδες. Πιο συγκεκριμένα, το περιφερειακό υπουργείο διαπραγματεύεται την ανακατανομή με τις τοπικές υπηρεσίες, οι οποίες με τη σειρά τους διαπραγματεύονται γενικά ετήσια συμβόλαια με τις επιμέρους μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας, εξειδικευμένης και νοσοκομειακής φροντίδας, δημόσιας υγείας και προληπτικής ιατρικής. Η συντριπτική πλειοψηφία από αυτούς ανήκει στο δημόσιο τομέα, ωστόσο ένα μέρος των συμβολαίων γίνονται με ιδιωτικούς παρόχους, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τη μείωση του χρόνου αναμονής για σοβαρά χειρουργεία ή διαγνωστικές εξετάσεις υψηλής τεχνολογίας. Πρόκειται, κυρίως, για συμβόλαια που βασίζονται σε εκ των προτέρων εκτίμηση του όγκου της εργασίας, έχουν, όμως, ρήτρες εκ των υστέρων προσαρμογών. Σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις, ένα δίκτυο μη κερδοσκοπικών παρόχων μπορεί να ενσωματώνεται στο δημόσιο σύστημα παρόχων υπηρεσιών υγείας. Σε όλες τις περιπτώσεις το εθνικό σύστημα υγείας εισπράττει από τρίτους πλή-

ρη πληρωμή για όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται από το σύστημα και καλύπτονται από αυτούς. Σε αυτά περιλαμβάνονται κόστος και δαπάνες που σχετίζονται με τη διακομιδή, τα επείγοντα περιστατικά, τη δευτεροβάθμια και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τη συνταγογράφηση, και κάθε άλλη σχετική υπηρεσία.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία (ENSE 2006), ο εθνικός μέσος όρος αυτοαναφερόμενων επισκέψεων σε οικογενειακό γιατρό είναι 5,65 επισκέψεις ανά κάτοικο, με το εύρος να κυμαίνεται από 4,41 έως 8,32 μεταξύ των διαφόρων περιφερειών. Ο Πίνακας 2.4.4 δείχνει το πραγματικό πλήθος των επισκέψεων που καταγράφονται στο εθνικό σύστημα υγείας.

Πίνακας 2.4.4: Δραστηριότητα στον πρωτοβάθμιο τομέα: Ιατρικές επισκέψεις, επείγοντα περιστατικά και κατά κεφαλήν πρόσβαση

	2007	2008
Συνολική δραστηριότητα εντός κανονικών ωρών εργασίας	390.285.231	406.132.862
Ιατρική, σύνολο	266.547.209	273.557.142
Οικογενειακός γιατρός	232.380.253	238.575.309
Παιδίατρος	34.166.956	34.981.833
Νοσηλεύτες	123.738.022	132.575.720
Επείγοντα περιστατικά εκτός κανονικού ωραρίου	29.590.478	30.002.020
Γενικές επισκέψεις	8,6	8,9
Ιατρική, σύνολο	5,9	6,0
Οικογενειακός γιατρός	5,9	6,1
Παιδίατρος	5,4	5,5
Νοσηλεύτες	2,7	2,9
Επείγοντα περιστατικά εκτός κανονικού ωραρίου	0,7	0,7

Πηγή: MSPS, 2010.

Με στοιχεία του 2003, το ύψος των κατά κεφαλή επισκέψεων στην Ισπανία είναι ένα από τα υψηλότερα στην Ευρώπη. Η Ισπανία έρχεται στην 7^η θέση, ενώ η Ελλάδα με στοιχεία του 1982 στην 34^η θέση, σε ένα σύνολο 52 χωρών. Εκτός από τις επείγουσες περιπτώσεις, η επαφή με έναν οικογενειακό γιατρό, παιδίατρο ή νοσηλευτή, γίνεται κατόπιν ραντεβού με πρωτοβουλία του ασθενούς. Η διαχείριση του προγράμματος των επισκέψεων γίνεται από το διοικητικό προσωπικό της αντίστοιχης μονάδας υγείας, και όχι απευθείας από τους γιατρούς. Γίνονται επίσης προγραμματισμένες επισκέψεις με σκοπό τη συμπλήρωση ενός πλήρους ιατρικού φακέλου, μετά από την πρώτη επαφή με το σύστημα. Ο φάκελος αυτός ακολουθεί στη συνέχεια τον ασθενή σε κάθε επαφή του με το σύστημα και ενημερώνεται σχετικά.

Στην πρωτοβάθμια υγεία απασχολούνται 34.126 γιατροί, εκ των οποίων οι 27.911 είναι οικογενειακοί γιατροί και οι 6.215 παιδίατροι. Απασχολούνται, επίσης, 27.433 νοσηλευτές και 21.606 άτομα σε διοικητικές και βοηθητικές θέσεις. Ο δείκτης γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ανά 10.000 κατοίκους ανέρχεται σε 7,5. Το 47% των οικογενειακών γιατρών και το 64% των παιδίατρων είναι γυναίκες. Μεταξύ των νοσηλευτών, το 80% είναι γυναίκες. Στο δευτεροβάθμιο τομέα υγείας (νοσοκομεία και ειδικά κέντρα) του εθνικού συστήματος απασχολούνται 69.742 γιατροί, εκ των οποίων οι 27,7% σε διάφορες ειδικότητες, 22,8% σε διαγνωστικά εργαστήρια, και 18,1% ως χειρουργοί. Ο δείκτης ειδικών γιατρών του δημόσιου τομέα ανά 10.000 κατοίκους είναι 15,5. Στα δημόσια νοσοκομεία απασχολούνται 116.058 άτομα ως νοσηλευτικό προσωπικό ή 25,9 άτομα ανά 10.000 κατοίκους. Σημαντική είναι επίσης η συνεισφορά 16.555 γιατρών, οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε νοσοκομεία στο πλαίσιο της διαδικασίας απόκτησης ειδικότητας.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας στο εθνικό σύστημα υγείας είναι έμμισθοι εργαζόμενοι, και η συντριπτική πλειοψηφία τους έχουν ένα ειδικό καθεστώς δημοσίου υπαλλήλου (θεσμικό προσωπικό). Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια αυξάνεται η αναλογία εργαζομένων που δεν έχουν καθεστώς μόνιμου δημοσίου υπαλλήλου, αλλά η σχέση εργασίας τους ρυθμίζεται από πιο ευέλικτα συμβόλαια. Πέρα από τα χρήματα που λαμβάνουν από το δημόσιο, το προσωπικό υγείας δεν έχει απολύτως κανένα άλλο δικαίωμα εισπραξης μισθού, αποζημίωσης ή άλλης πληρωμής εντός του εθνικού συστήματος υγείας.

Οι γενικοί γιατροί πληρώνονται με μισθό ο οποίος προσαυξάνεται κατά ένα ποσοστό, ο μέσος όρος του οποίου ανέρχεται περίπου στο 15%

του μισθού. Η προσαύξηση αυτή εξαρτάται από την ειδική σύνθεση του πληθυσμού των οποίων εξυπηρετούν, την πληθυσμιακή πυκνότητα και το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών. Ειδικότερα, στην Καταλονία λαμβάνεται επίσης υπόψη και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του εξυπηρετούμενου πληθυσμού. Οι απολαβές των νοσοκομειακών γιατρών και των γιατρών ειδικοτήτων ρυθμίζεται από την κεντρική κυβέρνηση, αλλά οι επιμέρους περιφέρειες έχουν τη δυνατότητα να τροποποιούν κάποιες παραμέτρους που επηρεάζουν τον τελικό μισθό. Υπάρχουν, ωστόσο, και γιατροί οι οποίοι εργάζονται σε δομές υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα. Οι απολαβές αυτών των γιατρών διαμορφώνονται στην αγορά. Μεταξύ των διαφόρων περιφερειών υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις σχετικά με το είδος και το ύψος πρόσθετων αμοιβών.

Μεταξύ του 1999 και του 2004, οι ετήσιες αποδοχές όλων των επαγγελματιών υγείας αυξήθηκαν. Η αύξηση αυτή ήταν περίπου 6% για τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας και για όλους τους νοσηλευτές, και περίπου 4% για τους ειδικούς γιατρούς (Πίνακας 2.4.5). Παράλληλα αυξήθηκαν οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των περιφερειών σε ότι αφορά τη μισθοδοσία νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα και ειδικών γιατρών. Αντιθέτως, οι μισθοί των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας και των νοσοκομειακών νοσηλευτών παρουσιάζουν μία σχετική σύγκληση.

Πίνακας 2.4.5: Μέσες ετήσιες απολαβές προσωπικού υγείας 1999-2004

Κατηγορία προσωπικού	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Νοσηλεύτης πρωτοβάθμιας φροντίδας	18.893	19.465	20.127	21.626	23.374	25.028
Νοσηλεύτης σε νοσοκομείο	18.138	18.840	19.701	21.305	22.708	24.233
Γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας	31.602	32.937	34.606	36.637	39.031	41.248
Ειδικός γιατρός	33.048	33.728	34.503	35.785	37.962	40.113

Πηγή: Health expenditure analysis taskforce, 2008

Το 2004, οι ετήσιες απολαβές των γιατρών κυμαίνονταν από 33.448,54 έως 68.573,02 ευρώ (Πίνακας 2.4.6, Hildago and Matas, 2004). Το ίδιο διάστημα οι μέσες ετήσιες απολαβές για το σύνολο του πληθυσμού ήταν 18.260 ευρώ, με έναν μέσο όρο 1,52 μισθών ανά νοικοκυριό. Το ίδιο διάστημα ο ελάχιστος μισθός σε ετήσια βάση ήταν 6.870 ευρώ. Παράλληλα με το βασικό αυτό σχήμα των γιατρών με ειδικό καθεστώς δημοσίου υπαλλήλου, ορισμένοι επαγγελματίες εργάζονται με συμβάσεις μερικού χρόνου, ακόμα και εξαιρετικά μικρής διάρκειας, προκειμένου να καλυφθούν ελλείψεις ή έκτακτες καταστάσεις. Εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, και όλοι οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι φυσικοθεραπευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι υπεύθυνοι δημόσιας υγείας, αμείβονται με μισθό. Το ίδιο ισχύει και για τους φαρμακοποιούς στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια βαθμίδα υγείας. Οι φαρμακοποιοί, αντιθέτως, που διαθέτουν δικό τους φαρμακείο, είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και μπορούν, επίσης, να απασχολούν φαρμακοποιούς ως αμειβόμενο προσωπικό.

Το διοικητικό προσωπικό, σε γενικές γραμμές αμείβεται με μισθό. Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις, ιδιαίτερα σε θέσεις υψηλής ευθύνης, που ο μισθός συνδέεται με τα αποτελέσματα και περιλαμβάνει ποινές και μπόνους. Τέτοιου είδους συμβόλαια έχουν προσωρινό χαρακτήρα και μπορεί να λήξουν ανά πάσα στιγμή, και συνήθως συμβαίνει με πολιτικά κριτήρια.

Οι γιατροί αποκλειστικής απασχόλησης δε μπορούν να ασκούν το ιατρικό επάγγελμα εκτός των ωρών εργασίας στο δημόσιο τομέα, και για το λόγο αυτό έχουν αυξημένες αμοιβές σε σχέση με τους υπόλοιπους (Πίνακας 2.4.6). Τα ποσά και οι τρόποι πληρωμής υπαγορεύονται κεντρικά, ενώ σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις υπάρχει διμερής διαπραγμάτευση. Το σύστημα πληρωμών των επαγγελματιών υγείας στα νοσοκομεία δέχεται ισχυρή κριτική, καθώς δεν καταφέρνει να ικανοποιήσει ούτε τους πληρωτές ούτε όμως και το ίδιο το προσωπικό. Φαίνεται ότι, τα θεσπισμένα οικονομικά και μη οικονομικά κίνητρα στην πραγματικότητα δεν επιβραβεύουν την αποτελεσματική λειτουργία, και ορισμένοι πιστεύουν ότι η ρίζα του προβλήματος βρίσκεται στη μονιμότητα των γιατρών. Η σύνδεση της επίτευξης στόχων με την παροχή οικονομικών κινήτρων δεν έφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Αυτό, ίσως, οφείλεται στο γεγονός ότι το ύψος των κινήτρων αυτών είναι πολύ μικρό σε σχέση με το σύνολο του μισθού, και έτσι δεν αποτελεί ουσιαστικό λόγο αυξημένης απόδοσης. Άλλωστε, οι μηχανισμοί αξιολόγησης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ακόμα υποανάπτυκτοι και έτσι η υιοθέτηση μέτρων, που θα μπορούσαν να βελτιώσουν και την αποδοτικότητα, καθυστερεί.

Πίνακας 2.4.6: *Ετήσιες αμοιβές γιατρών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας*

	Μόνιμος μη αποκλειστικής απασχόλησης		Μόνιμος αποκλειστικής απασχόλησης (50 ώρες εβδομαδιαίως)		Μη μόνιμος αποκλειστικής απασχόλησης	
	Νοσοκ/κός	ΠΦΥ	Νοσοκ/κός	ΠΦΥ	Νοσοκ/κός	ΠΦΥ
Μέσο	38.338,39	39.733,59	56.881,27	53.653,98	51.661,34	48.434,03
Μέγιστο	47.845,78	49.450,39	68.573,02	62.509,54	60.877,00	55.293,97
Ελάχιστο	33.448,54	34.095,82	50.565,94	48.232,70	44.517,88	37.858,28

Πηγή: Hildago and Matas, 2004

2.4.8 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ

Όλες οι δομές υγείας του δημόσιου τομέα χρηματοδοτούνται προοπτικά μέσα από μία διαδικασία διαπραγμάτευσης ενός συμβολαιακού προγράμματος με την περιφερειακή αρχή, η οποία θέτει τους στόχους προς επίτευξη και προσαρμόζει τη χρηματοδότηση σε αυτούς. Ο πληρωτής, για παράδειγμα ένα ταμείο δημόσιας ασφάλισης, καταβάλλει τα χρήματα σε προσυμφωνημένα διαστήματα. Η γενικευμένη χρήση τέτοιων συμβολαιακών προγραμμάτων για τη χρηματοδότηση των δομών υγείας, οδήγησε στην υιοθέτηση μιας σειράς δεικτών, με στόχο τη μείωση του χρηματοδοτικού κινδύνου και την πιο δίκαιη κατανομή των πόρων. Ήδη από το 1997 τα περισσότερα νοσοκομειακά προγράμματα αναπτύσσονταν μετά από εκτεταμένες διαπραγματεύσεις μεταξύ του πληρωτή και του νοσοκομείου και εφαρμόζονταν ως αμοιβαία αποδεκτά σύμφωνα με διάρκεια ενός έτους. Τα συμβόλαια αυτά δεν συμπεριλάμβαναν πολύ λεπτομερείς υπολογισμούς του κόστους, αλλά περιγράφανε ένα ευρύτερο πλαίσιο με δυνατότητες αναπροσαρμογών, δεν ήταν συνδεδεμένα με το επίπεδο της δραστηριότητας ή με θέματα ποιότητας, δε λάμβαναν υπόψη τους το συντονισμό με την πρωτοβάθμια υγεία ή τον υπάρχοντα προγραμματισμό υγείας, και δεν ελέγχονταν κατά την πορεία ούτε συνδέονταν με την παροχή κινήτρων ή ποινών σε σχέση με την επίτευξη στόχων. Στην πραγματικότητα, δηλαδή, ήταν συμβόλαια γενικών αρχών συνεργασίας, και όχι συμφωνίες οικονομικής διαχείρισης.

Προς το τέλος της δεκαετίας του '90 έγιναν σημαντικές αλλαγές με την υιοθέτηση περισσότερων δεικτών αποτελεσματικότητας και ποιότητας, όπως και με την προσπάθεια να συνδεθούν τα συμβόλαια με αποτελεσματικό τρόπο με τον περιφερειακό σχεδιασμό για την υγεία, ενώ παράλληλα επεκτάθηκαν και στον ψυχιατρικό τομέα, καθώς και στο σύνολο των δομών μακροχρόνιας θεραπείας. Τα πρώτα στρατηγικά πλάνα συμπεριέλαβαν την ενσωμάτωση ενός σχεδίου βελτίωσης της ποιότητας εντός των συμβολαίων, την υιοθέτηση ενός συντονιστή σε επίπεδο νοσοκομείου και την υιοθέτηση πιο συγκεκριμένων οικονομικών κινήτρων για την επίτευξη ποιοτικών στόχων. Την ίδια στιγμή επιτράπηκε στα νοσοκομεία να έχουν πόρους από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα και φορείς που δεν καλύπτονται από το δημόσιο. Τα συμβόλαια αποτέλεσαν, επίσης, το όχημα εφαρμογής προγραμμάτων εξορθολογισμού της συνταγογράφησης φαρμάκων.

Δομές υγείας εκτός του εθνικού συστήματος υγείας οι οποίες χρηματοδοτούνται απευθείας από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ιδιώτες ή από άλλους φορείς, μπορούν, επίσης, να παρέχουν υπηρεσίες στο εθνικό σύστημα υγείας μέσα από συμφωνίες και συμβόλαια. Οι οικονομικοί όροι αυτών των συμφωνιών καθορίζονται από το περιφερειακό σύστημα υγείας σε συνάρτηση με τη φύση της συγκεκριμένης δραστηριότητας. Η βάση πληρωμής ήταν παλιότερα οι μέρες παραμονής στο νοσοκομείο, όμως από το 1990 υιοθετήθηκε η πληρωμή ανά περιστατικό. Οι συμφωνίες αναθεωρούνται ετήσια και μπορούν και αυτές να έχουν τη μορφή ενός συμβολαίου με γενικό προϋπολογισμό, οι όροι τους όμως είναι συνήθως πιο αυστηροί σε σχέση με αυτούς των συμβολαίων με δημόσιους παρόχους. Ο ρόλος των ιδιωτικών συμβολαίων αυξήθηκε από τα μέσα της δεκαετίας του '90, εξαιτίας της προτεραιότητας που δόθηκε τότε στη μείωση του χρόνου αναμονής. Ένα μέρος από τα συμβόλαια προέβλεπε την απογευματινή απασχόληση των μονίμων ιατρών και το δικαίωμα των ασθενών να απευθυνθούν σε άλλο δημόσιο ή συμβεβλημένο με το δημόσιο νοσοκομείο, εφόσον ο χρόνος αναμονής ξεπερνούσε κάποιο όριο.

Τα νοσοκομεία, γενικά, χρηματοδοτούνται από ένα συνολικό προϋπολογισμό, με βάση εξατομικευμένους λογαριασμούς. Παραδοσιακά, οι νοσοκομειακές δαπάνες εξοφλούνταν εκ των υστέρων, σε τακτική βάση, χωρίς προηγούμενη διαπραγμάτευση μεταξύ των παρόχων και των ενδιαμέσων πληρωτών. Ο τρόπος χρηματοδότησης των νοσοκομειακών προϋπολογισμών άλλαξε σταδιακά από τις αρχές της δεκαετίας του '90, μέσα από

μεταρρυθμίσεις στις οποίες πρωτοστάτησε η περιφερειακή κυβέρνηση της Καταλονίας. Το διάστημα αυτό υιοθετήθηκαν και άλλες διαχειριστικές και οργανωτικές καινοτομίες, εν μέρει εξαιτίας της ύπαρξης ενός ισχυρού ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών, που έδωσε μεγαλύτερη προτεραιότητα σε συμβολιακές πρακτικές.

Από το 1991 υιοθετήθηκαν οι πρώτοι χονδρικοί δείκτες καταγραφής της δραστηριότητας, οι οποίοι επέτρεψαν τις συγκρίσεις μεταξύ νοσοκομείων και οδήγησαν στη διάκριση διαφορετικών επιπέδων. Η πρώτη αθροιστική μονάδα για τη δημόσια χρηματοδότηση των νοσοκομείων, ήταν η σταθμισμένη μονάδα φροντίδας υγείας (UPA), που η περιφέρεια της Καταλονίας αντέγραψε από το Υπουργείο Υγείας για εφαρμογή στα νοσοκομεία, η κεντρική διαχείριση των οποίων γινόταν από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (INSALUD). Η UPA, στη συνέχεια, υιοθετήθηκε και από άλλες περιφέρειες, κατόπιν μικρών τροποποιήσεων.

Η UPA και οι παρόμοιες αθροιστικές μονάδες που αναπτύχθηκαν με βάση αυτήν, βασίζονται στη μετατροπή όλης της νοσοκομειακής δραστηριότητας σε πολλαπλάσια και υποπολλαπλάσια ενός προτύπου δραστηριότητας, της διάρκειας παραμονής, μετά από την ανάλυση του μέσου κόστους κάθε τύπου νοσοκομειακής υπηρεσίας, η οποία, κυρίως, εξαρτάται από την τεχνολογία και τον εξοπλισμό. Ορισμένες πολύπλοκες υπηρεσίες (όπως, για παράδειγμα, οι μεταμοσχεύσεις), δαπανηρές υπηρεσίες ή δράσεις που αποτελούν προτεραιότητα εξαιτίας της μεγάλης λίστας αναμονής, δεν συμπεριλαμβάνονται στην UPA και η χρηματοδότησή τους υπολογίζεται ξεχωριστά. Οι UPA εξυπηρετούν τόσο ως μονάδα μέτρησης της παραγωγής, ως ένα είδος χρεωστικής μονάδας, όσο και ως πρότυπο για μέτρα γενικής δραστηριότητας, ως αθροιστικά σταθμισμένα ενδιάμεσα προϊόντα (Πίνακας 2.4.7), που παρέχουν τη βάση για διαχρονικές συγκρίσεις μεταξύ των διαφόρων μονάδων υγείας.

Πίνακας 2.4.7: Σταθμισμένες μονάδες φροντίδας υγείας (UPA) για νοσοκομειακά συμβόλαια

Ενδιάμεσο προϊόν	Καταλονία	UPA	Ανδαλουσία	Χώρα των Βάσκων	Βαλένθια
Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη	1,00	-	-	1,00	1,00
Ιατρικό	-	1,00	1,00	-	-
Χειρουργικό	-	1,50	1,00	-	-
Γυναικολογία	-	1,20	1,20	-	-
Παιδιατρική	-	1,30	1,30	-	-
Μονάδα εντατικής θεραπείας	-	5,80	5,80	-	-
Χειρουργείο με παραμονή	-	5,00	2,00	-	-
Χειρουργείο χωρίς παραμονή	0,50	0,25	0,25	0,75	1,00
Πρώτη επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο	0,50	0,25	0,25	0,40	0,40
Επόμενες επισκέψεις	0,25	0,15	0,15	0,20	0,20
Επείγοντα	0,40	0,30	0,30	0,40	0,50
Διάλυσης	-	-	-	1,28	-
Αποκατάσταση (ανά θεραπεία)	-	-	-	0,10	-
Ημέρα στο νοσοκομείο	-	-	10,00	-	-

Πηγή: Repullo and Inesta, 2006

Με τη νέα γενιά συμβολαίων, που συχνά ονομάζονται συμβολαιακά προγράμματα, εισήχθησαν ορισμένα στοιχεία ποιότητας, εναρμονισμένα με τους στόχους των περιφερειακών στρατηγικών ποιότητας. Στην πράξη, καθορίζουν το πακέτο των ωφελημάτων, περιγράφουν τους στόχους της ποιότητας, της ποσότητας και της δραστηριότητας και προσδιορίζουν τη χρηματοδότηση σε σχέση με συγκεκριμένες δράσεις σε κάθε νοσοκομείο. Η καταγραφή αυτή, ωστόσο, δε γίνεται με απόλυτο τρόπο, και έτσι σημειώνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των Περιφερειών.

Τα συμβολαιακά προγράμματα επεκτάθηκαν και στον πρωτοβάθμιο τομέα υγείας, ακολουθώντας την ίδια προσέγγιση των πακέτων ωφελημάτων. Στις περισσότερες περιπτώσεις η δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε έναν τομέα υγείας, υπογράφει ένα ετήσιο προγραμματικό συμβόλαιο με το περιφερειακό σύστημα υγείας, και βασίζεται σε κριτήρια που διαμορφώνονται σύμφωνα με τη δημογραφική διάρθρωση και τη διασπορά του πληθυσμού και συμπεριλαμβάνουν ως γραμμές παραγωγής τα διάφορα προγράμματα υγείας. Οι προδιαγραφές του προγράμματος διαμορφώνονται μέσα από μία διαδικασία διαπραγμάτευσης, που λαμβάνει υπόψη της στόχους και πρότυπα φροντίδας υγείας, και αποτελούν συμβόλαια μεταξύ του παρόχου πρωτοβάθμιας υγείας και της διοικητικής αρχής κάθε βασικής ζώνης υγείας.

Ο βαθμός της συνεργασίας μεταξύ αγοραστών και παρόχων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι πιο ισχυρός από ότι αυτός της δευτεροβάθμιας. Η κυρίαρχη πρακτική ήταν η αντιγραφή των συμβολαίων του δευτεροβάθμιου επιπέδου, έτσι ώστε αυτά να λειτουργούν ως εφάπαξ χορηγίες που εγγυώνται την παροχή υπηρεσιών. Το ποσό αυτό, όμως, αναπροσαρμόζεται κυρίως σύμφωνα με τη στάθμιση του προφίλ του πληθυσμού, και εμπεριέχουν εξειδικευμένους στόχους που σχετίζονται με προγράμματα προτεραιότητας (για παράδειγμα, για χρονίως πάσχοντες, μητέρες και παιδιά, κ.λπ.) ή συγκεκριμένες δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας, ενώ περιέχουν και κίνητρα ορθολογικής συνταγογράφησης. Σε ορισμένες περιφέρειες, όπως στην Καταλονία και τη Βαλένθια, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για έναν τομέα υγείας ή για μία ολόκληρη ζώνη υγείας, δίνεται συμβολαιακά σε ιδιώτες παρόχους. Στην Καταλονία, για παράδειγμα, οι πάροχοι αυτοί είναι μικρές ομάδες γενικών γιατρών, κατά το πρότυπο των Fund Holders του Ηνωμένου Βασιλείου. Στη Βαλένθια, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διέπεται από τους όρους ενός ευρύτερου διακανονισμού με ασφαλιστικές εταιρίες υγείας που διέπει και τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Από τα μέσα της δεκαετίας του '90, ολόκληρο το εθνικό σύστημα υγείας, αλλά ιδιαίτερα οι περιφέρειες της Ανδαλουσίας, της Χώρας των Βάσκων και της Καταλονίας, εισήγαγαν πιλοτικά προγράμματα πιο εξελιγμένων συστημάτων πληρωμής, εμπνευσμένων από τα συστήματα κατάταξης των νοσοκομειακών περιστατικών (DRG's, Diagnosis Related Groups) ή κατηγορίες διαχείρισης ασθενών με «σκιάδη» προγραμματική χρηματοδότηση. Ως αποτέλεσμα, ορισμένες μονάδες, όπως νοσοκομεία, κέντρα επειγόντων περιστατικών και άλλες, μετατράπηκαν σε δημόσιες υπηρεσίες ή ιδρύματα με περισσότερες δυνατότητες διαχειριστικών ελιγμών. Παρόλα αυτά, τα ιδρύματα αυτά δεν έχουν τη δυνατότητα να παρουσιάσουν ούτε έλλειμμα ούτε πλεόνασμα, ούτε να δανειστούν χρήματα, λειτουργούν, δηλαδή, στα πλαίσια ενός απολύτως ανελαστικού προϋπολογισμού.

Το κύριο και δημοφιλέστερο σύστημα ταξινόμησης ιατρικών πράξεων στην Ισπανία είναι το ICPC-1, το οποίο υιοθετήθηκε ευρέως αφότου μεταφράστηκε και δημοσιεύτηκε. Το ICPC-2 επίσης χρησιμοποιείται, αλλά αποκλειστικά για ερευνητικούς και όχι για διοικητικούς σκοπούς. Στα νοσοκομεία εκτός από τα DRG's που περιγράφονται παραπάνω χρησιμοποιείται κυρίως η κωδικοποίηση ICD-9-CM. Αν και υπάρχουν ρυθμίσεις για τη χρήση ενός Ελάχιστου Βασικού Συστήματος Δεδομένων ιατρικών καταγραφών στα νοσοκομεία, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δε συμβαίνει κάτι αντίστοιχο.

2.4.9 Έλεγχος και ποιότητα

Το σύστημα της υγείας έχει πολύ καλές επιδόσεις σε μία σειρά από παραμέτρους, όπως η γενική υγεία του πληθυσμού, η κάλυψη, η πρόσβαση, η ισότητα, η ασφάλεια, η ποιότητα και η ικανοποίηση των χρηστών. Αν ληφθεί, λοιπόν, υπόψη το γεγονός ότι οι δαπάνες υγείας ανέρχονται σε ένα ποσοστό του ΑΕΠ που είναι κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τότε η σχέση κόστους ωφέλειας βρίσκεται σε πολύ καλό επίπεδο.

Ο λόγος μεταφοράς αυξημένων αρμοδιοτήτων σε περιφερειακό επίπεδο είναι η ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας που είναι πιο κοντά στους πολίτες και εξασφαλίζει ισότητα, ποιότητα και συμμετοχή. Η ισότητα περιγράφεται ως πρόσβαση στα αγαθά και τα δικαιώματα της προστασίας υγείας σε συνθήκες πραγματικής ισονομίας σε ολόκληρη τη χώρα, και ελεύθερη μετακίνηση όλων των πολιτών. Η ποιότητα σχετίζεται με την αξιολόγηση των ωφελημάτων που παράγει το σύστημα υγείας, στο οποίο ενσωματώνονται μόνο εκείνοι οι οργανισμοί που συνεισφέρουν προστιθέμενοι αξία στη βελτίωση της υγείας και του συστήματος παροχής υγείας.

Έμφαση δίνεται, επίσης, στη συμμετοχή των πολιτών μέσω του σεβασμού των προσωπικών τους επιλογών και την προσπάθεια ανταπόκρισης στις προσδοκίες των πολιτών.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας πληροφορεί τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ή τους συγγενείς τους, σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους, και τους ίδιους τους ασθενείς για το σύνολο των θεραπειών που θα πρέπει να υποστούν. Εκδίδει, επίσης, ιατρικά πιστοποιητικά, πιστοποιητικά γέννησης και θανάτου και κάθε άλλο σχετικά έγγραφο, και εκδίδει αναφορές για την κίνηση των ασθενών και για άλλα ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα. Το σύστημα έχει την ευθύνη της προστασίας των προσωπικών και ιατρικών δεδομένων κάθε ασθενούς. Παράλληλα, κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει πλήρες αντίγραφο του ιατρικού του φακέλου.

Στις αρχές της δεκαετίας του '90, με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και σε συνεργασία με το Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (CIS), άρχισαν να πραγματοποιούνται μία σειρά από συστηματικές δημοσκοπήσεις σε θέματα κοινωνικού ενδιαφέροντος. Στο πλαίσιο των δημοσκοπήσεων αυτών, ξεκίνησε από το 1995 και η δημοσίευση του βαρομέτρου υγείας. Με στοιχεία του 2008, το 68,1% των πολιτών θεωρούν το εθνικό σύστημα υγείας ότι λειτουργεί σωστά, το 26,2% ότι χρειάζεται κάποιες αλλαγές και το 4,9% ότι θα πρέπει να σχεδιαστεί από την αρχή. Στην ίδια δημοσκόπηση, οι περισσότεροι πολίτες πιστεύουν ότι τόσο η πρωτοβάθμια όσο και η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας έχουν βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια.

2.4.10 Συμπεράσματα και προτάσεις για ΕΟΠΥΥ

Το διοικητικό σύστημα της Ισπανίας αποτελείται από την κεντρική κυβέρνηση και 17 αυτόνομες περιφέρειες, με ανεξάρτητα κοινοβούλια και αντίστοιχα κυβερνητικά όργανα. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας έχει δημόσιο χαρακτήρα και καλύπτει όλους όσους διαμένουν στην επικράτεια. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κατά κανόνα δωρεάν, εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις. Από το τέλος του 2002, όλες οι αρμοδιότητες της παροχής υπηρεσιών υγείας μεταβιβάστηκαν στις αυτόνομες περιφέρειες, και έτσι ιδρύθηκαν 17 περιφερειακά Υπουργεία Υγείας με τις ανάλογες αρμοδιότητες. Έκτοτε, τα περιφερειακά συστήματα υγείας έχουν τόσο την ευθύνη συγκέντρωσης εσόδων όσο και την εξουσία πραγματοποίησης δαπανών.

Αν και στις πιο πολλές από τις αυτόνομες περιφέρειες η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας εκπορεύονται από δύο, αντίστοιχα και ανεξάρτητα μεταξύ τους εκτελεστικά όργανα, τελευταία αυξάνονται οι περιπτώσεις συνένωσης των δύο παραπάνω διοικητικών ορ-

γάνων. Στο τοπικό επίπεδο, οι ενιαίες ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας λειτουργούν ως gatekeepers του συστήματος, κατά το πρότυπο των Fund Holders του Ηνωμένου Βασιλείου, και συσπειρώνουν γύρω τους τις μικρότερες διοικητικές μονάδες.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας παρέχει δωρεάν δημόσια περίθαλψη σε ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας, στον οποίο συμπεριλαμβάνονται και οι μετανάστες. Οι πρόσφατες περικοπές στην υγεία είχαν ως αποτέλεσμα την έναρξη μιας διαδικασίας αποκλεισμού των μεταναστών, ωστόσο δεν έχουν ληφθεί ακόμη τελικές αποφάσεις.

Το μεγαλύτερο μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διεκπεραιώνεται από τα κέντρα φροντίδας υγείας, τα οποία στελεχώνονται από γενικούς γιατρούς, παιδίατρος, νοσηλευτές, διοικητικά στελέχη, κοινωνικούς λειτουργούς, μαιές και φυσικοθεραπευτές. Προκειμένου να εξασφαλιστεί πρόσβαση στο σύνολο του πληθυσμού, οι αυτόνομες περιφέρειες ορίζουν επιμέρους βασικές περιοχές υγείας με συγκεκριμένα δημογραφικά και γεωγραφικά κριτήρια, ενώ σε τοπικό επίπεδο οι περιοχές αυτές διαιρούνται σε βασικές ζώνες υγείας, στις οποίες αντιστοιχίζονται τα κέντρα φροντίδας υγείας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (95%) του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία προέρχεται από δημόσιους πόρους, και συγκεκριμένα από τους φόρους που εισπράττουν οι αυτόνομες περιφέρειες. Μικρότερα ποσοστά καλύπτονται από τα ταμεία των δημοσίων υπαλλήλων, που χρηματοδοτούνται από ένα μείγμα ασφαλιστικών κρατήσεων των εργαζομένων και εσόδων από την φορολογία και από ταμεία που χρηματοδοτούνται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες. Η ιδιωτική χρηματοδότηση (out of pocket) έχει υπολειμματικό ρόλο και αφορά κυρίως ένα ποσοστό συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων, καθώς και πληρωμές σε οδοντίατρος και οπτικούς. Η ιδιωτική ασφάλιση έχει υπολειμματικό χαρακτήρα, λειτουργεί ανεξάρτητα από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης, και επιλέγεται από ένα μικρό ποσοστό ατόμων που επιθυμούν μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογής και ταχύτερη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες.

Η συντριπτική πλειοψηφία των γιατρών και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας του Εθνικού Συστήματος, είναι μόνιμοι, αμείβονται με μισθό και απολαμβάνουν το στάτους του «θεσμικού προσωπικού». Όσα από τα παραπάνω άτομα επιλέγουν το καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης αμείβονται με περισσότερα χρήματα, αλλά δεν έχουν

καμία δυνατότητα πληρωμής εκτός του συστήματος. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, αυξάνεται δραματικά το πλήθος των ατόμων που εργάζονται με καθεστώς ευέλικτων σχέσεων εργασίας.

Κάθε δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χρηματοδοτείται, σε ετήσια βάση, από τη διοικητική δομή του περιφερειακού συστήματος υγείας, στο οποίο υπάγεται. Το ύψος της χρηματοδότησης προσδιορίζεται από ένα προγραμματικό συμβόλαιο, το οποίο προκύπτει μετά από διαπραγμάτευση των δύο μερών, αφού ληφθούν υπόψη αφενός οι στόχοι και τα πρότυπα φροντίδας και αφετέρου το μέγεθος, η δημογραφική διάρθρωση και η γεωγραφική διασπορά του πληθυσμού.

Ειδικότερα λοιπόν σε σχέση με την Ελλάδα αξίζει να δοθεί προσοχή στα παρακάτω σημεία:

- Η προσπάθεια να συνδεθεί το ύψος της χρηματοδότησης των μονάδων υγείας με την επίτευξη πολύ συγκεκριμένων στόχων, δεν απέδωσε τα αναμενόμενα.
- Η θέσπιση συγκεκριμένων κριτηρίων για τη χρηματοδότηση των μονάδων υγείας έχει τεχνικό κυρίως χαρακτήρα και οι τελικές αποφάσεις λαμβάνονται μετά από διαπραγματεύσεις μεταξύ των παρόχων και των Περιφερειών.
- Το σύστημα υγείας είναι πλήρως αποκεντρωμένο σε επίπεδο αυτόνομων Περιφερειών. Οι περιφέρειες έχουν την πλήρη ευθύνη για τη χρηματοδότηση και τη διανομή των πόρων. Αυτό, όμως, είναι εφικτό εξαιτίας του γεγονότος ότι και οι ίδιες οι Περιφέρειες είναι διοικητικά αυτόνομες.
- Κάθε εξυπηρετούμενος από το σύστημα υγείας αποκτά από την πρώτη του επαφή ιατρικό φάκελο, ο οποίος στη συνέχεια ενημερώνεται διαρκώς και τον ακολουθεί σε κάθε του νέα επαφή.
- Στην καθολική δωρεάν κάλυψη συμπεριλαμβάνονται και οι μετανάστες χωρίς έγγραφα. Η προσπάθεια που γίνεται για την εξαίρεσή τους από το σύστημα, για λόγους μείωσης του κόστους, αντιμετωπίζει σημαντικές αντιδράσεις και η εξέλιξη αυτής της υπόθεσης παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.
- Η διάκριση μεταξύ των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας είναι απόλυτη, και τα δύο επίπεδα συνεργάζονται με υποδειγματικό τρόπο. Σε αυτό βοηθά και ο ολοκληρωμένος τρόπος διαχείρισης του φακέλου υγείας κάθε εξυπηρετούμενου.

- Η γεωγραφική κατανομή και η αντίστοιχη οργάνωση των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας είναι υποδειγματική.
- Τα θέματα της πρόληψης και της αγωγής υγείας βρίσκονται σε πολύ υψηλή προτεραιότητα, και λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαπραγμάτευση του ύψους της χρηματοδότησης κάθε πρωτοβάθμιας μονάδας υγείας.

2.4.11 Βιβλιογραφία

- ENSE (2006), *National Health Survey of Spain 2006*, Madrid, Ministry of Health and Social Policy.
- García-Armesto S., Abadía-Taira M.B., Durán A., Hernández-Quevedo C., Bernal-Delgado E. (2010), Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(4):1–295.
- General Directorate of Insurance and Pension Funds (2006), *Annual statistics report on insurance entities 2006*. Madrid, Ministry of Economy and Treasury.
- Health Expenditure Analysis Taskforce (2007), *Health expenditure analysis report 2007*. Madrid, Institute of Fiscal Studies, Ministry of Economy and Treasury.
- Hidalgo M.J., Matas V. (2004), *Comparative study of physicians' salaries in Spain*, Granada, Sindicato Médico de Granada.
- MSPS (2010), *National health system Spain 2010*, Madrid, National Health Information Institute.
- National Health System of Spain (2010). [Internet monograph]. Madrid: Ministry of Health and Social Policy, Health Information Institute. Available at: <http://www.msps.es/en/organizacion/sns/libroSNS.htm>
- Repullo J.R., Iñesta A. (2006), *Systems and health services*, Madrid, Díaz de Santos.
- UNESPA (2008), *Annual Report 2008*, Madrid, Spanish Union of Insurance and Reinsurance Institutions.

2.5 Σύστημα Υγείας Γερμανίας

2.5.1 Περίληψη

Το Γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας, αποτελεί το αρχέτυπο ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, γνωστότερο ως μοντέλο Bismarck, το οποίο συχνά αντιπαραβάλλεται και τοποθετείται στον αντίποδα του μοντέλου Beveridge, με γνησιότερο εκπρόσωπο το Βρετανικό NHS. Βασικά στοιχεία του Γερμανικού συστήματος υγείας είναι η διαχείριση της υγείας από αυτόνομα, αυτοδιοικούμενα ταμεία υγείας και η χρηματοδότηση του κυρίως από ασφαλιστικές εισφορές, οι οποίες υπολογίζονται επί του εισοδήματος που προέρχεται όμως μόνο από την εργασία του ασφαλισμένου. Σημαντικό χαρακτηριστικό του συστήματος είναι ο κυρίαρχος ρόλος των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας και οι διαπραγματεύσεις, που ενίοτε εξελίσσονται και σε συγκρούσεις με τα ταμεία υγείας για το ύψος του προϋπολογισμού εξωνοσοκομειακής φροντίδας για το επόμενο έτος.

Το Γερμανικό σύστημα υγείας βρίσκεται τα τελευταία 30 χρόνια σε μια δυναμική πορεία μεγάλων δομικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων. Από το 1977 μέχρι το 2011 έχουν ψηφιστεί από την Ομοσπονδιακή Γερμανική Βουλή 15 μεταρρυθμιστικοί νόμοι, με σημαντικότερους αυτούς του 2000 και του 2009. Με τη μεταρρύθμιση του 2009 δημιουργήθηκε το Κεντρικό Ταμείο Υγείας, επιτελικό όργανο στρατηγικής σημασίας στη χρηματοδότηση του συστήματος, με αρμοδιότητες τη συγκέντρωση όλων των εισφορών από τα ταμεία και στη συνέχεια την κατανομή τους πίσω στα ταμεία, λαμβάνοντας υπόψη όχι απλά τον αριθμό των ασφαλισμένων ανά ταμείο αλλά και μια σειρά από άλλους παράγοντες (δημογραφικά, επιδημιολογικά κ.ά.).

Οι τελευταίες μεταρρυθμίσεις, ιδιαίτερα από το 2000 και εφεξής, δημιούργησαν σταδιακά ένα καινούργιο υγειονομικό περιβάλλον με την εισαγωγή εργαλείων μανάτζμεντ που συνέτειναν σ' ένα διαφορετικό πλέγμα κινήτρων για τους βασικούς «παικτες» του δημόσιου συστήματος ασφάλισης υγείας. Το καινούργιο αυτό περιβάλλον σε όρους χρηματοδότησης χαρακτηρίζεται από τη μεταφορά του οικονομικού βάρους και την υποκατάσταση της συλλογικής αλληλεγγύης στην ατομικότητα του ασθενή-ασφαλισμένου, με μειωμένη οικονομική συμμετοχή του εργοδότη, ενώ στο θέμα ρύθμισης της αγοράς εισήχθησαν δομικές αλλαγές που προωθούν και δημιουργούν ένα πολύ ανταγωνιστικό περιβάλλον και μια «αυτορυθμιζόμενη» αγορά υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, η δυνατότητα των ασφαλισμένων να αλλάζουν πολύ εύκολα ασφαλιστικό ταμείο, έθετε ακό-

μη και την ίδια την ύπαρξη των ταμείων σε κίνδυνο, με καθοριστικής σημασίας παράμετρο το ύψος των εισφορών. Επιπλέον το μείγμα των κινήτρων ήταν τέτοιο που ευνοούσε τη δημιουργία καινοτόμων προγραμμάτων φροντίδας, αλλά και την ανανέωση των υποδομών και του εξοπλισμού σε συγκεκριμένους τομείς του συστήματος και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Οι αλλαγές που έγιναν και τα μέτρα που ελήφθησαν, συνοδεύτηκαν από τμηματικούς προϋπολογισμούς, αλλά και μεγαλύτερη ελευθερία στα ταμεία σε θέματα διαπραγμάτευσης με τους προμηθευτές. Για παράδειγμα, διευρύνθηκε η δυνατότητα των ασφαλιστικών ταμείων να συνάπτουν συμβάσεις με ομάδες ιδιωτών γιατρών και όχι μόνο αποκλειστικά με τις ενώσεις των συνδεδεμένων με τα ταμεία γιατρών, οποίοι μέχρι πρόσφατα είναι το μονοπώλιο της παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας στα ταμεία.

2.5.2 Εισαγωγή

Το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι το παλαιότερο σύστημα στην Ευρώπη και η Γερμανία θεωρείται η πρώτη χώρα που εισήγαγε εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη. Ξεκίνησε το 1883 όταν η Βουλή με νόμο έκανε υποχρεωτική την ασφάλιση υγείας για κάποιες μεγάλες ομάδες εργαζομένων. Αυτό το κοινωνικό ασφαλιστικό σύστημα βασίστηκε στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης αλλά και της ανταποδοτικότητας (pay as you go). Η χρηματοδότηση των παροχών προερχόταν από εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, που υπολογίζονταν αναλογικά επί του εισοδήματός τους.

Μέσα από μια πορεία 130 χρόνων το Γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα αναπτύχθηκε, διευρύνθηκε, μεταλλάχθηκε, αναμορφώθηκε και μεταρρυθμίστηκε πολλές φορές, και σήμερα θεωρείται ως ένα από τα πλέον ολοκληρωμένα συστήματα υγείας, έστω κι αν είναι το τρίτο ακριβότερο σύστημα υγείας στον κόσμο. Είναι προφανές ότι παράγοντες, όπως η εκβιομηχάνιση, η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη, οι οικονομικές κρίσεις, η ανεργία, οι πόλεμοι, τα οργανωμένα και συχνά αντικρουόμενα σύνολα και συμφέροντα και πολλά άλλα έπαιξαν ρόλο και επηρέασαν θετικά ή αρνητικά την πορεία ανάπτυξής του, καθορίζοντας τα επιμέρους χαρακτηριστικά του.

Διαχρονικά κυρίαρχο ρόλο από την πλευρά της ασφάλισης έπαιξαν και συνεχίζουν να παίζουν τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία είναι αυτόνομα και αυτοδιοικούμενα. Στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του συστήματος υπήρχαν περισσότερα από 20.000 τέτοια ταμεία, τα οποία στη συνέχεια περιορίστηκαν σημαντικά. Το 2011 λειτουργούσαν μόλις 136 ασφαλιστικά ταμεία.

Από την άλλη πλευρά, αυτή της προσφοράς, κυρίαρχο ρόλο έπαιξαν

διαχρονικά και συνεχίζουν να παίζουν οι επαγγελματίες υγείας και πρωτίστως οι γιατροί της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και οι επαγγελματίες τους ενώσεις. Ύστερα από μακροχρόνιους αγώνες και μεγάλες πιέσεις κατάφεραν να αποκτήσουν με νόμο το δικαίωμα της μονοπωλιακής παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας στους ασφαλισμένους των ταμείων, αποκλείοντας με αυτό τους γιατρούς που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και στις κοινοτικές υποδομές. Το μονοπώλιο αυτό με την τελευταία μεταρρύθμιση περιορίστηκε. Οι συγκρούσεις μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας καθόρισαν και διαμόρφωσαν σε μεγάλο βαθμό κάποια από τα χαρακτηριστικά του συστήματος.

Στον πίνακα 4.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η αναλογία κάτοικοι ανά γιατρό, οδοντίατρο, φαρμακοποιό, νοσηλεύτη και νοσοκομειακό κρεβάτι. Με μια επιπόλαια ανάγνωση του πίνακα θα μπορούσε να επισημανθεί ότι, όπως και στην Ελλάδα, υπάρχει πληθωρισμός επαγγελματιών υγείας και νοσοκομειακών κλινών. Ίσως να αποτελεί και ένα από τους λόγους των πολύ υψηλών δαπανών υγείας στη Γερμανία.

Πίνακας 2.5.1: *Επαγγελματίες υγείας και νοσοκομειακές κλίνες, 1876-2002*

Έτος	Αριθμός κατοίκων ανά:				Νοσ/κή κλίνη	Πληθυσμός σε εκατ.
	Γιατρό	Οδοντίατρο	Φαρμακοποιό	Νοσηλεύτη		
1876	3 136	86.460	6 877	-	406	43,1
1885	3 004	86.752	7 483	3 260	324	46,7
1900	2 047	9.529	-	-	219	56,0
1909	2 085	5.682	6 414	926	158	63,7
1927 ^a	1 447	2.690	5 982	712	120	63,3
1938	1 371	1.924	5 789	517	107	68,4
1952 ^b	700	1.706	4 182	476	89	48,7
1960 ^b	699	1.705	3 514	527	95	55,4
1975 ^b	521	1.946	2 415	388	85	61,8
1987 ^b	356	1.573	1 802	292	91	61,1
1991	329	1.450	1 922	-	99	80,3
2002	274	1 289	1 528	117	111	82,5

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

Σημείωση: ^a ή 1928, ^b αφορά μόνο την Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας

Ενδιαφέρον ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Γερμανικού συστήματος υγείας είναι ο σαφής διαχωρισμός της ενδονοσοκομειακής από την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, που οφείλεται σε ιστορικούς κυρίως λόγους. Τα τελευταία 200 χρόνια, η έρευνα και υπερεξειδίκευση από τις Ιατρικές Σχολές, γίνεται αποκλειστικά στα νοσοκομεία, αφήνοντας τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας έξω από αυτά, γι' αυτό και υπάρχει ακόμη και σήμερα σαφής αντιπαλότητα, που φτάνει τα όρια της έχθρας μεταξύ νοσοκομειακών γιατρών και γιατρών (γενικών και ειδικοτήτων) της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Αυτός ο σαφής διαχωρισμός ενδυναμώνεται περισσότερο από τους ισχύοντες νόμους αλλά και τους διαφορετικούς τρόπους διοίκησης και χρηματοδότησης των δύο.

2.5.3 Οργάνωση του συστήματος Υγείας

Το Γερμανικό σύστημα υγείας οργανώνεται σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο και σε επίπεδο κοινωνίας των πολιτών με τους λειτουργούντες οργανισμούς. Και στα τρία αυτά επίπεδα υπάρχουν δομές και οργανισμοί αυτοδιοικούμενοι, στους οποίους εκχωρούνται εξουσίες και αρμοδιότητες για την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Έχει ήδη αναφερθεί ότι στην πλευρά της ασφάλισης και της αποζημίωσης των προμηθευτών κυρίαρχο θεσμικό ρόλο έχουν τα ταμεία υγείας και οι ενώσεις τους, και στην πλευρά της παροχής οι ενώσεις των συνδεδεμένων με τα ασφαλιστικά ταμεία γιατρών, οι οποίες έχουν καθεστώς ημι-δημόσιων οργανισμών. Τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ενώσεις των γιατρών, μαζί με το Κεντρικό Ταμείο Υγείας που λειτούργησε το 2009, αποτελούν τους βασικούς «παικτες-εταίρους» του συστήματος, οι οποίοι δρώντας μέσα στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση και παροχή των υπηρεσιών υγείας. Οι δύο αυτές ομάδες παικτών μέσα από κοινές επιτροπές νομιμοποιούν το ρόλο τους και αποφασίζουν για το μέγεθος των παρεχόμενων υπηρεσιών, τις τιμές και τα στάνταρτ ποιότητας και επιπλέον διαπραγματεύονται οριζόντια τα συμβόλαια για τις αμοιβές τους, τον έλεγχο και τις ποινές των μελών τους. Όλοι οι βασικοί παίκτες του συστήματος και οι μεταξύ τους σχέσεις παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 2.5.1.

Η Γερμανική κυβέρνηση διασφαλίζει το ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας των αυτοδιοικούμενων κορπορατιστικών σωμάτων των Ταμείων υγείας και των ενώσεων των προμηθευτών γιατρών. Καθοριστικής σημασίας ρόλο για τη χρηματοδότηση του συστήματος, με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα, στο κόστος και στη διαφάνεια, έχει το Κεντρικό Ταμείο Υγείας που λειτούργησε το 2009. Στρατηγικής σημασίας ρόλο έχει επίσης και η

Ομοσπονδιακή Μεικτή Επιτροπή (Federal Joint Committee), στην οποία συμμετέχουν τα ταμεία υγείας, οι γιατροί και τα νοσοκομεία.

Στο ομοσπονδιακό επίπεδο σημαντικό ρόλο έχουν η Ομοσπονδιακή Βουλή, το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο και το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, με μια σειρά από συνδεδεμένους οργανισμούς όπως είναι το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμάκων και Ιατρικών Συσκευών, το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Ορών και Εμβολίων, το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Μεταδοτικών και μη Μεταδοτικών Νόσων, το Ομοσπονδιακό Κέντρο Εκπαίδευσης στην Υγεία και το Γερμανικό Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης.

Στο μεσαίο επίπεδο (Länder level), αντιπροσωπεύονται οι 16 κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων, μέσω των τοπικών υπουργείων υγείας, με αρμοδιότητες σε θέματα δημόσιας υγείας, προαγωγής της υγείας, κρατικών νοσοκομείων, επαγγελματιών υγείας, φαρμακείων και φαρμακευτικών προϊόντων.

Στο κατώτερο επίπεδο υπάρχουν τα αυτόνομα ταμεία υγείας, με περίπου 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους και 50 ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που καλύπτουν τον υπόλοιπο πληθυσμό. Στις αρχές του 2004 λειτουργούσαν 292 ταμεία υγείας, στο τέλος του 2008 περιορίστηκαν στα 206 και με τη λειτουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας μειώθηκαν σταδιακά σε 136 το 2012 κυρίως μέσα από συγχωνεύσεις.

Όλα τα ταμεία είναι μη κερδοσκοπικοί αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί και αντλούν τους πόρους τους μέσα από εισφορές των μελών τους. Διοικούνται από εκτελεστικά συμβούλια, με δύο εκτελεστικούς διευθυντές που ασκούν το καθημερινό μάνατζμεντ, ενώ παράλληλα λειτουργεί σύνοδος των εκλεγμένων αντιπροσώπων με συμμετοχή ασφαλισμένων και εργοδοτών, που θέτει τους κανονισμούς λειτουργίας του ταμείου, εγκρίνει τον προϋπολογισμό και καθορίζει το ύψος των εισφορών.

Στην πλευρά των επαγγελματιών υγείας λειτουργούν σε επίπεδο κρατιδίων οι επαγγελματικοί σύλλογοι (γιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, κτηνιάτρων και ψυχολόγων), που έχουν την ευθύνη της κατάρτισης, διαπίστευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, της επαγγελματικής ηθικής και ποιότητας. Όλες οι επαγγελματικές ενώσεις των επιμέρους κρατιδίων συγκροτούν σε εθνικό επίπεδο τις Εθνικές Ενώσεις, όπως π.χ. τη German Medical Association. Αντίθετα, οι νοσηλευτές, οι φυσιοθεραπευτές και οι μαιές είναι οργανωμένες σε μια μεγάλη ποικιλία από επαγγελματικούς οργανισμούς.

Στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ οι γενικοί γιατροί δε λειτουργούν με κάποιο αυστηρό και «σφικτό» gatekeeping σύστημα. Όμως το 2004 τα ταμεία υγείας προσέφεραν στους ασφαλισμένους την επιλογή της εγγραφής τους σε κάποιο σχήμα οικογενειακής ιατρικής, μέσω του οποίου είχαν κάποιο bonus εφόσον συμμορφώνονταν με τους κανόνες του gatekeeping. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη σε όλες τις ειδικότητες παρέχεται κυρίως από γιατρούς που εργάζονται κατά μόνας (solo practices), αν και από το 2004 επιτρέπεται η λειτουργία δομών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υπό τη μορφή πολυκλινικών και με μισθωτούς γιατρούς. Η επιλογή γιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ελεύθερη και ο ασθενής μπορεί να επισκεφθεί ένα οποιοδήποτε γιατρό ειδικότητας χωρίς παραπεμπτικό, ενώ η προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι δυνατή μόνο υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Μέσα σε ένα συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο τα ασφαλιστικά ταμεία συνάπτουν συμβάσεις με τους προμηθευτές γιατρούς, νοσοκομεία και φαρμακευτικές εταιρείες. Για την κάθε κατηγορία προμηθευτών ισχύουν διαφορετικοί κανόνες με σημαντικό ρόλο των ασφαλιστικών ταμείων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, με στοιχεία κρατικού παρεμβατισμού στη νοσοκομειακή φροντίδα και στοιχεία αγοράς και ανταγωνισμού στον φαρμακευτικό τομέα.

Εκτός από τους προαναφερθέντες οργανισμούς και τις επαγγελματικές ενώσεις, υπάρχει μια πληθώρα άλλων επαγγελματικών ενώσεων και εθελοντικών οργανισμών, που παίζουν ρόλο και έχουν λόγο σε όλα τα πλάτη και μήκη του Γερμανικού συστήματος υγείας, δρώντας συχνά και ως ομάδες συμφερόντων, με τους σημαντικότερους και με τη μεγαλύτερη επιρροή να βρίσκονται στους χώρους του φαρμάκου και της ιατρικής τεχνολογίας.

Θέματα ισότητας, πληρότητας των παροχών και κανόνων παροχής και χρηματοδότησης, δικαιώματα και καθήκοντα των ασφαλισμένων και ασθενών καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο από σχετική νομοθεσία. Υπάρχουν αναλυτικοί κώδικες για όλα τα επιμέρους θέματα και για όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Οι τοπικές κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για τη συντήρηση των νοσοκομειακών υποδομών, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, την προπτυχιακή εκπαίδευση των γιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και το συντονισμό των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

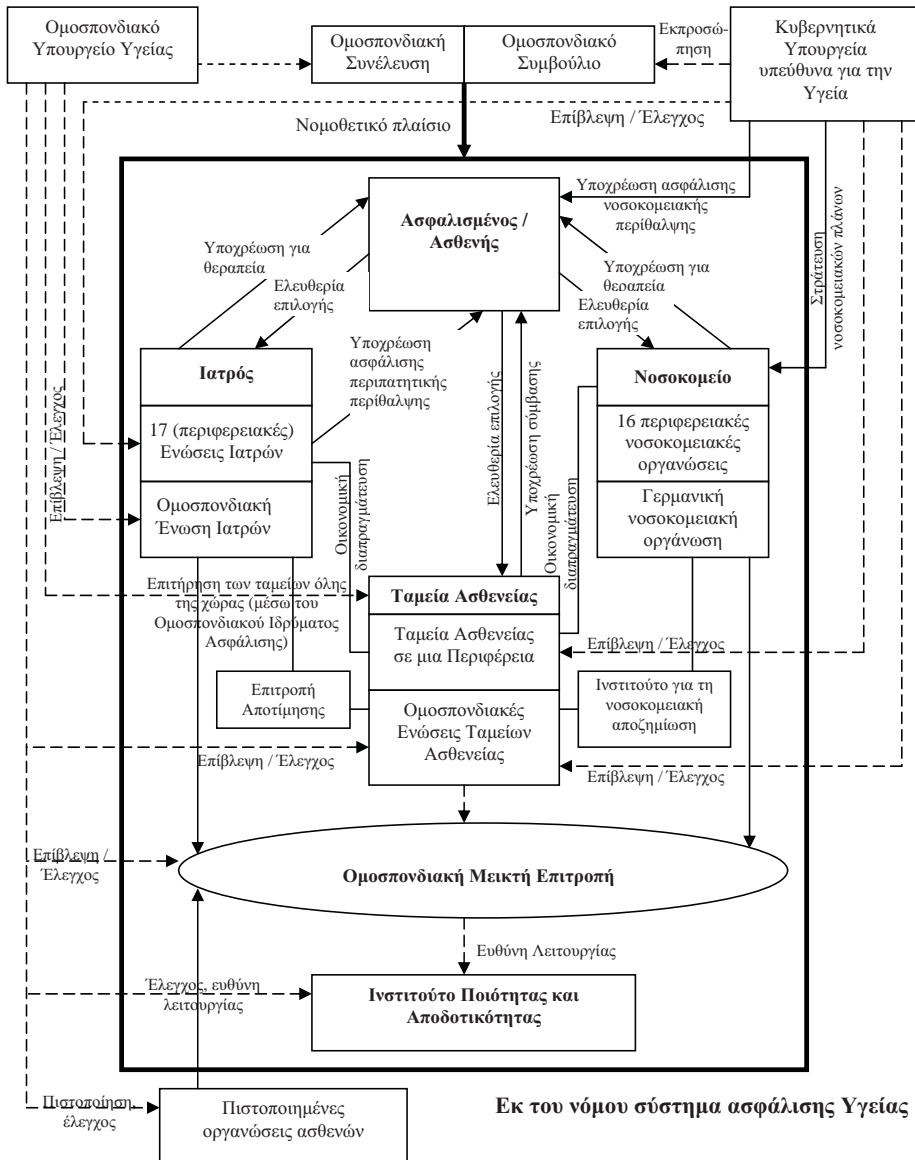
Στο επίπεδο των αυτόνομων ταμείων υγείας λαμβάνονται οι περισσότερες αποφάσεις, πάντα σε συνεργασία και συνεχή διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές γιατρούς και τις ενώσεις τους για όλα τα θέματα, όπως π.χ. το ύψος των εισφορών, την ποσότητα, την ποιότητα και τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσα από συμβόλαια που υπογράφουν με τους τελευταίους.

Από την άλλη μεριά οι προμηθευτές-συνδεδεμένοι μέσα από το κορπορατιστικό μοντέλο με τα ταμεία έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα (μονοπώλιο) παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας στους ασφαλισμένους των ταμείων. Από αυτό το μοντέλο απουσιάζουν τα νοσοκομεία και οι υπηρεσίες της κοινότητας, που δεν έχουν πλην ελαχίστων εξαιρέσεων το δικαίωμα να παρέχουν υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Τα νοσοκομεία υπογράφουν χωριστά συμβόλαια με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης.

Αυτό το μονοπώλιο στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη προϋποθέτει συνεχείς διαπραγματεύσεις των ενώσεων των γιατρών σε περιφερειακό επίπεδο με τα ασφαλιστικά ταμεία για την υπογραφή συλλογικών συμβολαίων. Στο κορπορατιστικό αυτό μοντέλο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης οι βασικοί παίκτες έχουν μεγάλη εξουσία, ρυθμίζοντας και καθορίζοντας πολλά και σημαντικά θέματα, όπως είναι οι μηχανισμοί αποζημίωσης και το ολοκληρωμένο πακέτο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, προβλέπονται και λειτουργούν μηχανισμοί και όργανα, που έχουν την ευθύνη της εποπτείας και τήρησης των αποφάσεων. Μάλιστα αρκετές αποφάσεις, ακόμα και νόμοι της Βουλής ή κυβερνητικές ρυθμίσεις και κανονισμοί προσβάλλονται στα κοινωνικά δικαστήρια, που υπάρχουν σε τοπικό, πολιτειακό και εθνικό επίπεδο.

Διάγραμμα 2.5.1: Δομή Συστήματος & Σχέσεις Βασικών Παικτών, 2005*



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

*Δεν εμφανίζεται το **Κεντρικό Ταμείο Υγείας** που λειτούργησε το 2009 και διαφοροποίησε κάποιες από τις σχέσεις, όπως εμφανίζονται στο Διάγραμμα.

2.5.4 Κάλυψη του πληθυσμού με έμφαση τους παρόχους ΠΦΥ

Από την 1 Ιανουαρίου 2009 η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για κάθε άτομο που ζει νόμιμα στη Γερμανία. Η ασφάλιση μπορεί να γίνει είτε στα ταμεία υγείας της κοινωνικής ασφάλισης είτε στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, είτε σε κάποιο συνδυασμό των δύο. Η δημόσια ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για άτομα που το ακαθάριστο ετήσιο εισόδημά τους είναι κάτω των 50.850 ευρώ. Αυτοί υπολογίζονται γύρω στο 75% του πληθυσμού, περιλαμβανομένων και τυχόν εξαρτωμένων μελών. Αντίθετα, εργαζόμενοι με εισόδημα μεγαλύτερο των 50.850 ευρώ μπορούν να επιλέξουν και να ασφαλιστούν είτε στο δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (ταμεία υγείας) είτε σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Σήμερα το δημόσιο σύστημα υγείας καλύπτει περίπου το 90% του συνολικού πληθυσμού, ενώ ένα 10% επιλέγει να ασφαλιστεί σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, κυρίως δημόσιοι υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες που εξαιρούνται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά και εργαζόμενοι με πολύ υψηλά εισοδήματα.

Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει προληπτικές υπηρεσίες, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα, υπηρεσίες οικογενειακού γιατρού, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οδοντιατρική φροντίδα, φάρμακα, υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, υπηρεσίες αποκατάστασης και αποζημίωση για άδεια ασθένειας. Οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτονται από ένα ξεχωριστό ασφαλιστικό σχέδιο, το οποίο είναι υποχρεωτικό για το σύνολο του πληθυσμού, ενώ από το 2004 αποκλείστηκαν αποζημίωσης τα γυαλιά, οι ειδικές δίαιτες με φάρμακα και όλα τα ΟΤC (over-the counter) φάρμακα. Υπάρχουν ακόμη πολλές λεπτομέρειες για ειδικές υπηρεσίες και ιατρικές συσκευές που παρέχονται κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις και διαδικασίες, κρίθηκε όμως ότι δε χρειάζεται να παρατεθούν.

Προγράμματα διαχείρισης ασθένειας: Δημιουργήθηκαν το 2002 για χρόνιους ασθενείς με στόχο να δώσουν κίνητρο στα ταμεία υγείας να προσφέρουν υπηρεσίες σε χρονίως πάσχοντες ασφαλισμένους. Η πορεία υιοθέτησης και ανάπτυξης αυτών των προγραμμάτων στη Γερμανία ήταν στην αρχή πολύ αργή, λόγω κυρίως της σθεναρής αντίστασης των γιατρών στην «ιατρική του τσελεμεντέ», όπως τα αποκαλούσαν, όμως στη συνέχεια έγιναν αρκετά δημοφιλή. Το 2006 υπήρχαν 14.000 τέτοια προγράμματα με περίπου 3 εκατομμύρια εγγεγραμμένους ασθενείς, για να φτάσουν το 2009 τα 5,5 εκατομμύρια.

Στόχος των προγραμμάτων διαχείρισης της ασθένειας είναι η βελτίωση της ποιότητας μέσα από την τεκμηριωμένη ενσωματωμένη γνώση των ιατρικών πρωτοκόλλων και καλών πρακτικών, αλλά και ο έλεγχος του κόστους μέσα από τον αποτελεσματικό συντονισμό και τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας στα διαφορετικά επίπεδα του συστήματος και την παροχή κινήτρων προς τους προμηθευτές, τους ασθενείς και τα Ταμεία.

Προϋπόθεση για τη λειτουργία τέτοιων προγραμμάτων ήταν η εκ των προτέρων διαπίστευσή τους από το Ομοσπονδιακό Γραφείο Ασφάλισης και επαναξιολόγησή τους κάθε τρία χρόνια από επιστημονικά ινστιτούτα με ευθύνη της ομοσπονδιακής ένωσης ταμείων υγείας. Τέτοια προγράμματα υπάρχουν για τον Διαβήτη τύπου I & II, για καρκίνο του μαστού, για ασθενείς με στεφανιαία νόσο, άσθμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Οι συμμετέχοντες σε προγράμματα διαχείρισης ασθένειας ασφαλισμένοι, πριν τη λειτουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας είχαν υψηλότερο συντελεστή κινδύνου στην κατανομή των πόρων, σήμερα όμως απλά εντάσσονται στις επιμέρους ασθένειες και ομάδες ασφαλισμένων για τον υπολογισμό των κατά κεφαλή χρημάτων που θα μεταφερθούν στα ασφαλιστικά ταμεία. Έτσι τα ταμεία με υψηλό ποσοστό ασφαλισμένων σε προγράμματα διαχείρισης της ασθένειας, λαμβάνουν και μεγαλύτερη χρηματοδότηση. Συνεπώς, τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν κίνητρο να υιοθετούν τα πλέον οικονομικά και αποτελεσματικά προγράμματα διαχείρισης της ασθένειας.

Τα αποτελέσματα από τη μέχρι σήμερα λειτουργία αυτών των προγραμμάτων σε όρους ποιότητας, αποτελεσματικότητας και κόστους παραμένουν αμφισβητούμενα. Τα πολλά υποσχόμενα θετικά αποτελέσματα στην πράξη παραμένουν μέχρι σήμερα ασαφή και ατεκμηρίωτα.

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη Γερμανία έχει ρόλο υποκατάστασης της δημόσιας ασφάλισης υγείας (substitutive role) αφού ασφαλίζει τις δύο ομάδες εργαζομένων που αποκλείονται της κοινωνικής ασφάλισης (δημοσίους υπαλλήλους και ελεύθερους επαγγελματίες) αλλά και όσους έχουν υψηλά εισοδήματα και επιλέγουν να ασφαλιστούν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Το ασφαλιστρο καθορίζεται με βάση τους ασφαλιστικούς κινδύνους του ατόμου προς ασφάλιση, ενώ επιβάλλεται επιπλέον ασφαλιστρο για τα εξαρτώμενα μέλη. Οι ασφαλιστικοί κίνδυνοι λαμβάνονται υπόψη κατά την έναρξη της ασφάλισης και την υπογραφή του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Η ιδιωτική ασφάλιση ελέγχεται από το κράτος με νόμους σχετικά με το ύψος των ασφαλιστρών. Σε

κάποιες περιπτώσεις η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει και ρόλο συμπληρωματικό της κοινωνικής ασφάλισης, προσφέροντας καλύψεις που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, όπως π.χ. μονόκλινο δωμάτιο σε νοσοκομείο ή καλύπτοντας τη προβλεπόμενη συμμετοχή στο κόστος ιδιαίτερα της οδοντιατρικής φροντίδας. Το 2005 η δαπάνη για ιδιωτική ασφάλιση υγείας ανερχόταν στο 9,1% της συνολικής δαπάνης υγείας.

2.5.5 Χρηματοδότηση του συστήματος και ο ρόλος του Κεντρικού Ταμείου Υγείας

Η χρηματοδότηση του Γερμανικού συστήματος υγείας προέρχεται πρωτίστως από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και δευτερευόντως από εισφορές ασφαλισμένων σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και ιδιωτικές πληρωμές υπό τη μορφή της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών (co-payments). Υπολογίζεται ότι το 75% των συνολικών δαπανών προέρχεται από τις εισφορές των μελών των ασφαλιστικών ταμείων και το υπόλοιπο 25% από τις ιδιωτικές πληρωμές και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η συλλογή των εισφορών από εργαζόμενους και εργοδότες συνεχίζει να γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, έστω κι αν προβλεπόταν ότι αυτή η ευθύνη θα μεταφερόταν σταδιακά στο Κεντρικό Ταμείο Υγείας.

Έχει ήδη αναφερθεί ότι το 2012 λειτουργούσαν 136 ταμεία υγείας που πρόσφεραν ασφαλιστική κάλυψη στο 90% του πληθυσμού. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι αυτόνομα, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ελέγχονται από συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο.

Μέχρι το 2009 τα ασφαλιστικά ταμεία καθόριζαν το καθένα τις δικές του εισφορές υγείας που είναι υποχρεωτικές και υπολογίζονται επί του ετήσιου εισοδήματος μέχρι του ύψους των 43.000 ευρώ ετησίως. Για το 2008 ένας μέσος ασφαλισμένος ή συνταξιούχος πλήρωνε περίπου το 8% του ακαθάριστου εισοδήματός του σε εισφορές υγείας, ενώ ο εργοδότης (και το ασφαλιστικό ταμείο για τους συνταξιούχους) συνεισέφερε άλλο ένα 7% επί του ακαθάριστου ετήσιου εισοδήματος. Αυτά τα δύο ποσά συνολικά ανέρχονται κατά μέσο όρο στα 540 ευρώ ανά μήνα. Με αυτό το ποσό καλύπτονται στο ταμείο υγείας μέσω του κυρίως ασφαλισμένου μέλους και τυχόν εξαρτώμενα άτομα. Οι άνεργοι συνεισφέρουν αναλογικά για το επίδομα ανεργίας που λαμβάνουν, ενώ για τους μακροχρόνια άνεργους καταβάλλεται από την κυβέρνηση ένα ετήσιο κατά κεφαλή ασφάλιστρο στα ταμεία υγείας. Υπάρχουν επίσης ειδικές ρυθμίσεις για το ύψος των εισφορών για καλλιτέχνες, φοιτητές και συνταξιούχους.

Τα τελευταία 25 χρόνια τα έσοδα από εισφορές υγείας έχουν αυξηθεί λιγότερο από τις συνολικές δαπάνες υγείας και το ΑΕΠ. Αυτό οδήγησε σε αυξανόμενα ελλείμματα και χρέη και ανάγκασε τα ταμεία να αυξήσουν τις εισφορές. Έτσι, το μέσο ύψος των εισφορών επί των ακαθάριστων αποδοχών του εργαζόμενου από το 12,4% το 1991 αυξήθηκε σταδιακά στο 14,3% το 2003.

Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν την ελευθερία να καθορίζουν τις εισφορές υγείας ελεύθερα και στο πλαίσιο του ανταγωνισμού, πάντοτε ύστερα από την έγκριση της αρμόδια υπηρεσίας του κράτους. Με τη μεταρρύθμιση του 1993, με την οποία επετράπη στους ασφαλισμένους να αλλάζουν από το 1996 σχετικά εύκολα ταμείο και αργότερα με τη δημιουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας το 2009 και του μεγάλου ανταγωνισμού που δημιουργήθηκε στην αγορά των ταμείων, αυτό αποφεύγεται με κάθε θυσία, γιατί μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη απώλεια μελών και συνακόλουθα σε οικονομική κατάρρευση του ταμείου. Παρόλα αυτά και με γνώμονα το χαμηλότερο ασφάλιστρο και το καλύτερο πακέτο των προσφερόμενων υπηρεσιών υπολογίζεται ότι μεταξύ των ετών 1996 και 2004 περισσότεροι από το 25% των ασφαλισμένων άλλαξαν ταμείο. Αυτή η μεγάλη μετακίνηση ασφαλισμένων από ταμείο σε ταμείο οδήγησε και στη σμίκρυνση της διαφοράς των εισφορών μεταξύ των ταμείων.

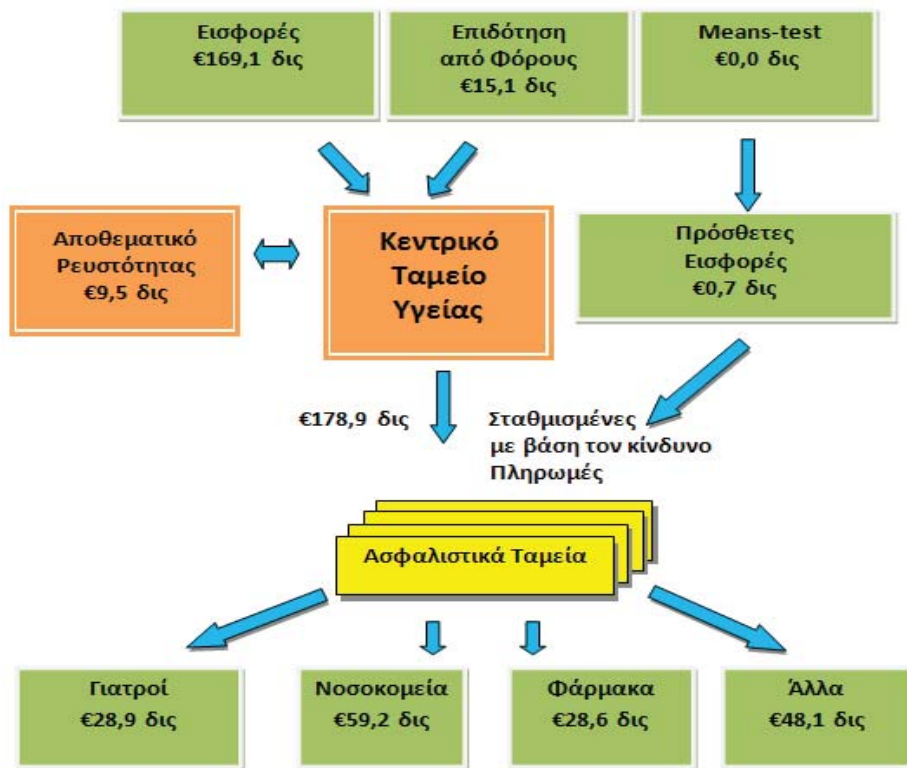
Τα νοσοκομεία, τόσο τα δημόσια (περίπου το 50% των συνολικών κλινών) όσο και τα ιδιωτικά (περίπου το ένα τρίτο των συνολικών κλινών) είναι κυρίως μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οργανισμοί. Τα ιδιωτικά κερδοσκοπικού χαρακτήρα, κυρίως μέσω εξαγοράς δημόσιων νοσοκομείων, έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και διαθέτουν περίπου το ένα έκτο του συνολικού αριθμού των κλινών. Συνήθως σε όλα τα νοσοκομεία και ανεξάρτητα από τη μορφή, στελεχώνονται με γιατρούς που αμείβονται με μισθό. Νοσοκομειακοί γιατροί με πολλά χρόνια προϋπηρεσία, έχουν το δικαίωμα να βλέπουν και ασθενείς από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και να αμείβονται κατά πράξη. Τυπικά οι νοσοκομειακοί γιατροί δεν έχουν το δικαίωμα να βλέπουν ασθενείς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αν και προβλέπονται εξαιρέσεις σε εκείνες τις περιπτώσεις που η αναγκαία φροντίδα δεν μπορεί να προσφερθεί από άλλο γιατρό της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Η κλειστή νοσηλεία πληρώνεται στα νοσοκομεία μέσω των DRGs για κάθε εισαγωγή, και μέχρι πρόσφατα υπήρχαν περίπου 1.100 κατηγορίες DRGs. Το σύστημα των DRGs εισήχθη το 2004 και αναπροσαρμόζεται ετησίως, λαμβάνοντας υπόψη τις νέες τεχνολογίες, τα νέα θεραπευτικά σχήματα και μεθόδους και το απαιτούμενο κόστος.

Ποιος είναι ο ρόλος του Κεντρικού Ταμείου Υγείας

Το 2006 η Βουλή στη Γερμανία ψηφίζει νόμο για τη σύσταση και λειτουργία σε ομοσπονδιακό επίπεδο του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, με στόχο την εισαγωγή στο περιβάλλον ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας περισσότερου ανταγωνισμού και μεγαλύτερης ελευθερίας επιλογής. Ο νόμος αυτός, που αποτέλεσε αντικείμενο οξείας αντιπαράθεσης μεταξύ των δύο μεγάλων κομμάτων και προκάλεσε την αντίδραση των βασικών κοινωνικών εταίρων (stakeholders) και ομάδων συμφερόντων (προμηθευτών, ασφαλιστικών ταμείων, συνδικαλιστικών οργανώσεων, ασφαλιστικών εταιρειών κ.ά.) τέθηκε τελικά σε εφαρμογή τρία χρόνια αργότερα, δηλαδή το 2009.

Το νέο αυτό Ταμείο, αναλαμβάνει από την 1/1/2009 να συγκεντρώνει από τα ασφαλιστικά ταμεία τις εισφορές υγείας και στη συνέχεια να τις κατανέμει πίσω σ' αυτά, λαμβάνοντας υπόψη εκτός από τον αριθμό των ασφαλισμένων και τα δημογραφικά και νοσολογικά τους στοιχεία. Πιο συγκεκριμένα, τα έσοδα του Κεντρικού Ταμείου αποτελούν αφενός ένα ενιαίο ποσοστό (15,5%) επί του ακαθάριστου μηνιαίου εισοδήματος του εργαζόμενου (8,2 εργαζόμενος και 7,3% εργοδότης) και επιπλέον μια μικρή επιχορήγηση από τον ομοσπονδιακό προϋπολογισμό, για την κάλυψη των αναγκών υγείας των εξαρτώμενων μελών, συνήθως παιδιών κάτω των 18 ετών. Αυτή η επιχορήγηση το 2011 ήταν περίπου 9% των εσόδων του Κεντρικού Ταμείου Υγείας. Διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς τις πηγές χρηματοδότησης του Ταμείου υπήρξαν μεταξύ των δύο μεγάλων κομμάτων, με τους σοσιαλδημοκράτες να επιμένουν σε καταβολή εισφορών επί των εισοδημάτων από όλες τις πηγές και όχι μόνο από τη μισθωτή εργασία και τους Χριστιανοδημοκράτες να αντιτίθενται. Η τελική κατάληξη αυτής της αντιπαράθεσης κατέληξε στο νόμο «Statutory Health Insurance Competition Strengthening Act», αφήνοντας απέξω τις Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες που αντιδρούσαν έντονα στην ένταξή τους στο Κεντρικό Ταμείο Υγείας.

Διάγραμμα 2.5.2: Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας και οι Χρηματοροές ποσοτικοποιημένες (2011)



Πηγή: Göppfarth D, Henke K-D. The German Central Health Fund-Recent developments in health care financing in Germany. Health Policy (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.11.001>.

Η κατανομή των οικονομικών πόρων του Κεντρικού Ταμείου προς τα περίπου 136 ασφαλιστικά ταμεία υγείας γίνεται με βάση τον αριθμό των ασφαλισμένων και αφού σταθμιστούν όλες οι περιπτώσεις με βάση το φύλο και την ηλικία (40 κατηγορίες - ομάδες δικαιούχων-ασθενών), τη νοσηρότητα (80 ασθένειες βαριές και κοστοβόρες και 106 κατηγορίες - ομάδες) και την ανικανότητα (6 κατηγορίες - ομάδες). Έτσι για παράδειγμα, τα ταμεία υγείας λαμβάνουν μεγαλύτερη χρηματοδότηση για ασθενείς με AIDS, καρκίνο ή κυστική ίνωση απ' ό,τι για τους συνήθεις ασφαλισμένους.

Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας, παρά το ότι ήταν κάτι εντελώς καινούργιο για το Γερμανικό Σύστημα Υγείας, υπήρχε και λειτουργούσε σε άλ-

λες χώρες, όπως π.χ. στην Ολλανδία και μάλιστα για περισσότερα από 70 χρόνια. Έγινε και στην Γερμανία, στοχεύοντας στην οικονομική σταθερότητα, στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων και στη διαφάνεια των χρηματοροών, έστω κι αν υπήρχαν συγχρόνως φόβοι για «παιγνίδια μαγειρέματος» με up-coding του νοσολογικού προφίλ δικαιούχων των ασφαλιστικών ταμείων, με προφανή επιδίωξη την αύξηση της χρηματοδότησής τους από το Κεντρικό Ταμείο. Για τον περιορισμό του φαινομένου αυτού, υπάρχει πρόβλεψη για έλεγχο του νοσολογικού προφίλ των ασφαλισμένων από ομάδες γιατρών που αμείβονται από το Υπουργείο Υγείας.

Φόβοι εκφράστηκαν επίσης και για το ενδεχόμενο τα ταμεία να προβαίνουν σε επιλογή των ασφαλισμένων, ασφαρίζοντας τους πλέον υγιείς και πλέον πλούσιους (adverse selection phenomenon). Το φαινόμενο αυτό περιορίζεται αφού η κατανομή των χρημάτων είναι προοπτική και γίνεται το επόμενο χρόνο από εκείνον στον οποίο έγινε η αρχική διάγνωση. Από την άλλη μεριά, υπήρξαν επιφυλάξεις σε μια σειρά από πιθανές παρενέργειες, όπως π.χ. ότι τα ασφαλιστικά ταμεία θα έχουν κίνητρο να επιλέγουν εκείνα τα άτομα με τις πλέον βαριές και «κερδοφόρες» ασθένειες, ή ακόμα ότι θα επικεντρώνονται μόνο στις 80 ασθένειες με συντελεστή στάθμισης στον υπολογισμό της χρηματοδότησης από το Κεντρικό Ταμείο, αγνοώντας ή παραμελώντας τις υπηρεσίες πρόληψης ή τις άλλες ασθένειες.

Κριτική όμως υπήρξε και για τον πιθανό κίνδυνο της αύξησης από τη μια των δαπανών υγείας και από την άλλη της μείωσης των εσόδων του Κεντρικού Ταμείου, λόγω ανεργίας αλλά και λόγω της σταδιακής πτώσης των εισοδημάτων από μισθωτή εργασία ως ποσοστό επί του ΑΕΠ. Κριτικής όμως έτυχε και η ρύθμιση που τελικά πέτυχαν οι ασφαλιστικές εταιρίες να μείνουν εκτός Κεντρικού Ταμείου και συγχρόνως να μπορούν να ασφαλίζουν τα άτομα με υψηλά εισοδήματα, στερώντας έτσι το Κεντρικό Ταμείο Υγείας από σημαντικά έσοδα.

Επιπλέον, ασφαλιστικά ταμεία με δικαιούχους χαμηλών εισοδημάτων μπορεί να αναγκαστούν σε επιβολή πρόσθετων εισφορών, αποκτώντας με αυτό τον τρόπο σημαντικό συγκριτικό μειονέκτημα έναντι των άλλων ταμείων. Αυτό τελικά επαληθεύτηκε, αφού μέχρι το 2012 περισσότερα από 50 μικρά ασφαλιστικά ταμεία άρχισαν σταδιακά να χάνουν ασφαλισμένους λόγω της επιβολής πρόσθετων εισφορών, κάτι που τελικά τους οδήγησε σε συγχωνεύσεις με άλλα μεγαλύτερα, ενώ δύο ταμεία χρεοκόπησαν και έπαψαν να λειτουργούν.

Πέραν όμως της κριτικής, τα πιθανά θετικά αποτελέσματα που θα μπορούσαν να προκύψουν από τη λειτουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας είναι επιγραμματικά τα εξής:

- ♦ Η αποσύνδεση της απευθείας χρηματοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων από τους δικαιούχους και η χρηματοδότηση κατά ασφαλισμένο, λαμβάνοντας υπόψη τα δημογραφικά και νοσολογικά του στοιχεία, θα μπορούσε να οδηγήσει σε μεγαλύτερο ανταγωνισμό μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και συνακόλουθα σε βελτίωση της ποιότητας και μείωση του κόστους.
- ♦ Ο ανταγωνισμός των ασφαλιστικών ταμείων θα ενδυναμωθεί και από το γεγονός ότι από τη μεταρρύθμιση του 1996 επιτρέπεται στους ασφαλισμένους να αλλάζουν εύκολα ασφαλιστικό ταμείο, με κριτήριο το προσφερόμενο πακέτο υπηρεσιών υγείας. Αυτό είναι ένα επιπλέον κίνητρο για τη δημιουργία και προσφορά καινούργιων πρωτοποριακών ασφαλιστικών πακέτων, με διαφορετικές ολοκληρωμένες δέσμες υπηρεσιών υγείας.
- ♦ Η μεγαλύτερη αυτονομία των ασφαλιστικών ταμείων θα αποτελέσει κίνητρο για να διαπραγματευτούν με τους προμηθευτές με στόχο την καλύτερη ποιότητα και το μικρότερο κόστος.
- ♦ Τα πιθανά οικονομικά προβλήματα για κάποια μικρά ασφαλιστικά ταμεία θα οδηγήσουν σε συγχωνεύσεις με στόχο οικονομίες κλίμακας και μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη με τους προμηθευτές.
- ♦ Η δημιουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, διαμορφώνει συνθήκες ανταγωνισμού και μεταξύ των προμηθευτών, οδηγώντας σε συνεργασίες, σε αποτελεσματικότερη διαχείριση της ασθένειας, επικέντρωση και εξειδίκευση κάποιων προμηθευτών σε συγκεκριμένες ασθένειες και υπηρεσίες υγείας, π.χ. για χρονίως πάσχοντες και ανάπτυξη υποδομών από κάποιους άλλους σε συγκεκριμένους τομείς, π.χ. υπηρεσίες αποκατάστασης, δημιουργώντας οικονομίες κλίμακας που θα επιτρέψουν και χαμηλότερες τιμές.

Σχεδόν τρία χρόνια μετά την εφαρμογή της σημαντικής αυτής αλλαγής με τη δημιουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας τα αποτελέσματα συνοψίζονται ως εξής:

- ♦ Πράγματι όσα ασφαλιστικά ταμεία αναγκάστηκαν λόγω οικονομικών προβλημάτων να επιβάλουν επιπλέον ασφαλιστικές εισφορές στα μέλη τους, στο τέλος έχασαν μεγάλο μέρος από αυτούς, τα οικονομικά προβλήματα έγιναν ακόμη πιο έντονα και τελικά οδηγήθηκαν σε συγ-

χωνεύσεις ή ακόμα και σε χρεωκοπία. Έτσι από τα 206 ταμεία υγείας, που λειτουργούσαν στο τέλος του 2008, σταδιακά περιορίστηκαν στα 136 το 2012, μέσα από συγχωνεύσεις, ενώ δύο άλλα χρεοκόπησαν.

- ♦ Ενώ βασικός στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η δημιουργία ανταγωνισμού και η αύξηση των εσόδων μέσα από την επιβολή συμπληρωματικών εισφορών, μετά τα «παθήματα» όσων ταμείων το επιχειρήσαν, η επιβολή συμπληρωματικών εισφορών αποτέλεσε ζήτημα ζωής ή θανάτου για τα υπόλοιπα ταμεία. Αντίθετα, βασικός τους στόχος ήταν να αποφύγουν αυτό και έτσι σε περιπτώσεις πλεονασματικών προϋπολογισμών, το πλεόνασμα πήγαινε στην αύξηση του αποθεματικού και έτσι θα τους επέτρεπε να διατηρηθούν «ζωντανοί» σε περιόδους ελλειμματικών προϋπολογισμών, χωρίς να αναγκασθούν στην επιβολή πρόσθετων εισφορών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι επενδύσεις σε υποδομές και τεχνολογία να περιοριστούν.
- ♦ Πράγματι οι πόροι για την πρόληψη είχαν περιοριστεί, έστω κι αν ήταν προφανές ότι αυτό σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα θα ήταν οικονομικά επιζήμιο για τα ασφαλιστικά ταμεία.

2.5.6 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην προηγούμενη ενότητα, η χρηματοδότηση του Γερμανικού συστήματος υγείας γίνεται κυρίως μέσα από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Η διαδικασία και τα ποσά παρουσιάζονται κυρίως στο κομμάτι με το ρόλο του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, αλλά και σε άλλα σημεία του κειμένου περιγραφής του Γερμανικού συστήματος. Με αρκετή λεπτομέρεια αναφέρονται ακόμη οι διαδικασίες και οι μέθοδοι και τα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών. Γι' αυτό σε αυτή την ενότητα θα περιοριστούμε σε κάποια επιμέρους θέματα που εφάπτονται των θεμάτων της χρηματοδότησης της ΠΦΥ, όπως είναι η συμμετοχή στο κόστος, που κυρίως επιβάλλεται στις υπηρεσίες της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Συμμετοχή στο κόστος (Cost sharing): Παραδοσιακά η κοινωνική ασφάλιση είχε σχετικά περιορισμένη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος και μόνο για κάποιες υπηρεσίες, όπως τα φάρμακα και η οδοντιατρική φροντίδα. Παρόλα αυτά το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών αυξάνεται διαχρονικά και από το 4,4% των δαπανών υγείας του δημόσιου ασφαλιστικού συστήματος υγείας το 1991, έφτασε το 2002 στο 7,3% και σήμερα υπολογίζονται ότι έχουν ξεπεράσει το 10%. Για πρώτη φορά επιβλήθηκε συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών το 1923, όταν καθορίστηκε ότι οι ασθενείς θα πρέπει να καταβάλλουν το 10-20% στο κόστος

των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών. Το 1930 η συμμετοχή καθορίστηκε με ένα σταθερό ποσό συνασφάλισης για τις συνταγές φαρμάκων και ένα επιπλέον ποσό για επισκέψεις στους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Για τον έλεγχο του κόστους, το 2004 επιβλήθηκε συμμετοχή στο κόστος για ενήλικες άνω των 18 ετών, για επισκέψεις σε οικογενειακό γιατρό και οδοντίατρο. Η συμμετοχή ανέρχεται σε 10 ευρώ ανά επίσκεψη και για επίσκεψη που έγινε χωρίς παραπεμπτικό του οικογενειακού γιατρού. Επίσης, με κάποιες εξαιρέσεις, υπάρχει συμμετοχή 5-10 ευρώ για κάθε κουτί φάρμακα που συνταγογραφείται εκτός νοσοκομείου και 10 ευρώ για κάθε ημέρα νοσηλείας και μέχρι 28 συνολικά ημέρες νοσηλείας ετησίως. Επίσης, για οδοντιατρικά καλύπτεται περίπου το 50% του κόστους της προσθετικής, ενώ το υπόλοιπο αναλαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Τέλος, το 2007 η νομοθεσία έδωσε το δικαίωμα στα ασφαλιστικά ταμεία να καθορίζουν χαμηλότερες εισφορές στους ασφαλισμένους που δέχονταν να αναλάβουν ένα μέρος του κόστους των υπηρεσιών ή δεν είχαν κάνει χρήση υπηρεσιών το προηγούμενο έτος. Συνολικά οι πληρωμές από τον ίδιο τον ασθενή (out of pocket payments) στο ευρύτερο υγειονομικό σύστημα ανέρχονταν το 2005 στο 13,8% των συνολικών δαπανών υγείας.

2.5.7 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων στην ΠΦΥ

Οι γιατροί στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα αμείβονται με ένα μικτού τύπου σύστημα που βασίζεται στον απαιτούμενο για την εκτέλεση του έργου χρόνο ανά ιατρική πράξη. Οι αμοιβές είναι κατά πράξη και μέσα στα πλαίσια ενός ετήσιου προϋπολογισμού, που περιορίζει σημαντικά την αύξηση των ιατρικών πράξεων. Κάθε χρόνο τα ταμεία υγείας διαπραγματεύονται με τις τοπικές ενώσεις των γιατρών το συνολικό ποσό του προϋπολογισμού (αμοιβής), έτσι ώστε να διασφαλίζεται ο έλεγχος του κόστους. Αυτή η σημαντική αλλαγή στον τρόπο αμοιβής των γιατρών μετέφερε μέρος της ευθύνης του κόστους στις πλάτες των ιδίων των προμηθευτών. Αυτή η ιδέα της «ιδιωτικοποίησης» του κόστους της φροντίδας συντελέστηκε σταδιακά από το 1996 έως τις αλλαγές του 2004 και 2007.

Η αποζημίωση των γιατρών στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη γίνεται μέσα από μια σύνθετη διαδικασία δύο βημάτων. Πρώτα τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνουν συνολικά τις ενώσεις των γιατρών της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αυτά στη συνέχεια καλούνται να αποζημιώσουν τους γιατρούς που είναι συνδεδεμένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία. Η συνολική αμοιβή συμφωνείται ύστερα από διαπραγμάτευση και βασίζεται συνήθως σε ένα ποσό κατά κεφαλή ασφαλισμένου, με το οποίο καλύπτονται

όλες οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τους «συνδεδεμένους» γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Αυτό το κατά κεφαλή ποσό διαφέρει από ταμείο σε ταμείο και από κρατίδιο σε κρατίδιο. Οι ενώσεις των γιατρών στη συνέχεια αναλαμβάνουν τις αποζημιώσεις των μελών τους με βάση μια Ενιαία Κλίμακα Αξιών (uniform value scale). Για τον υπολογισμό της πληρωμής, τα ταμεία πρέπει πρώτα να συναθροίσουν όλα τα στοιχεία που έχουν συνολικά και ανά γιατρό, που θα αποτελέσουν τη βάση των υπολογισμών.

Όλες οι υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται από τα ταμεία υπάρχοντα καταγεγραμμένες στην Ενιαία Κλίμακα Αξιών. Σ' αυτήν την κλίμακα αξιών εκτός από τις 147 βασικές υπηρεσίες ΠΦΥ που καλύπτονται από τα ταμεία (επισκέψεις, εξετάσεις κ.λπ), οι υπηρεσίες ταξινομούνται κατά ειδικότητα. Για παράδειγμα, η ειδικότητα της χειρουργικής και ορθοπαιδικής χειρουργικής περιλαμβάνει 355 υπηρεσίες (ιατρικές πράξεις), η ειδικότητα της ΩΡΛ 97, κ.λπ. Κάθε ιατρική πράξη αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο αριθμό μονάδων, που προσμετρούνται κάτω από προϋποθέσεις, π.χ. εάν η παρεχόμενη υπηρεσία συνάδει με την πάθηση, ότι δεν προσφέρθηκαν άλλες σχετικές υπηρεσίες στην ίδια επίσκεψη, κ.λπ. Στο τέλος κάθε τριμήνου υπολογίζεται και στέλλεται στην ένωση των γιατρών μαζί με τα σχετικά δικαιολογητικά το σύνολο των μονάδων από τις παρεχόμενες του υπηρεσίες σε ασφαλισμένου του ταμείου. Ενώ οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, με βάση τις αμοιβές των προηγούμενων μηνών, η πραγματική τους αποζημίωση εξαρτάται από σειρά παραγόντων ως κάτωθι:

- Ο συνολικός προϋπολογισμός που έχει συμφωνηθεί με τα ταμεία, διαιρείται με το συνολικό αριθμό των μονάδων για όλες τις υπηρεσίες που έχουν παρασχεθεί από τους συνδεδεμένους με τα ταμεία γιατρούς – μέλη των ενώσεων γιατρών. Με αυτό τον τρόπο υπολογίζεται κάθε φορά η ονομαστική χρηματική αξία της κάθε μονάδας. Με τον απλό πολλαπλασιασμό των μονάδων με τη χρηματική αξία της κάθε μονάδος υπολογίζεται η αμοιβή κάθε γιατρού ανά τρίμηνο.
- Η πραγματική αποζημίωση ανά γιατρό μπορεί επιπλέον να διαφοροποιηθεί μέσω της κλίμακας αποζημίωσης ανά μονάδα, η οποία είναι διαφορετική για κάθε ένωση γιατρών. Μέσω αυτής της κλίμακας η τιμή κάθε μονάδας διαφοροποιείται και καθορίζεται με βάση την ειδικότητα ή την κατηγορία υπηρεσίας ή ιατρικής πράξης.

Με αυτό τον τρόπο υπολογισμού της αποζημίωσης των γιατρών, η χρηματική αξία της μονάδας μπορεί να διαφέρει από περιοχή σε περιοχή, από τρίμηνο σε τρίμηνο και συχνά από ειδικότητα σε ειδικότητα εντός ενός κρατιδίου.

Η Ενιαία Κλίμακα Αξιών αποτελεί τη ραχοκοκαλιά του κατά πράξη συστήματος αποζημίωσης των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Κάποιες μόνο ειδικές υπηρεσίες βρίσκονται εκτός της Ενιαίας Κλίμακας Αξιών και τυγχάνουν διαφορετικού υπολογισμού. Δεν μπορούν όλοι οι γιατροί να απαιτήσουν αποζημίωση για όλες τις υπηρεσίες που περιλαμβάνει η Ενιαία Κλίμακα Αξιών. Αντίθετα, προβλέπονται ειδικές συνθήκες και προαπαιτούμενα για την αποζημίωση πολλών υπηρεσιών. Στον πίνακα 2.5.2 παρουσιάζονται εκείνες οι υπηρεσίες που καταλαμβάνουν ένα σημαντικό ποσοστό της αποζημίωσης των ταμείων προς τους γιατρούς για υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας.

Πίνακας 2.5.2: Αμοιβές γιατρών ΠΦΥ: οι 20 πλέον κοστοβόρες με βάση τις αποζημιώσεις και μονάδες ανά υπηρεσία (2002)

α/α	Υπηρεσία	Αριθμός μονάδων Οικ. Γιατρός: 265 (475 για συντάξι- ούχους. Ειδικότητες: 40-420)	% επί του συνόλου αποζημίωσης γιατρών
1	Βασική κατά κεφαλή αμοιβή για 3 μήνες	180	20,8
2	Συντονισμός - σχεδιασμός	50	5,0
3	Αμοιβή επίσκεψης	90	4,8
4	Βασική αμοιβή οικ. Γιατρός 3 μήνες	300 (600 για πέραν των 30 λεπτών)	2,9
5	Εντατική συμβουλευτική για επιπτώσεις & αντιμετώπιση της ασθένειας	300 (600 για επείγουσα)	
6	Κατ' οίκον επίσκεψη	5-240 ανάλογα με την ειδικότητα	1,9
7	Παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και παραπομπή για εργαστηριακές εξετάσεις	320	1,6
8	Εξέταση όλου του σώματος	1 150	1,5
9	MRI κεφαλιού και αρθρώσεων άκρων	200-300	1,4
10	Τέλος για νυκτερινά, Σαββατοκύριακα και επίσημες αργίες	400	1,2
11	Υπέρηχοι ουροποιητικού συστήματος	1 150	1,1
12	MRI σώματος, εκτός κεφαλιού και αρθρώσεων άκρων	520	1,1
13	Υπέρηχος κοιλίας	80	0,9
14	CT σώματος εκτός κεφαλιού και αρθρώσεων άκρων	100-250	0,8
15	Ηλεκτροκαρδιογράφημα	5-110	0,8
16	Βασικό τέλος εργαστηρίου	1 450	0,8
17	Φυσιοθεραπεία	310 (άνδρες: 260) (+140 για κυτταρολογική εξέταση)	0,8
18	Ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις γυναικών για καρκίνο	1 850	0,8
19	Προγεννητική φροντίδα	170	0,7
20	Κλινική – νευρολογική βασική εξέταση		

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

Ανάλυση της εξέλιξης των αμοιβών των γιατρών μεταξύ 1995 και 2001 δείχνει ότι λόγω του μεγαλύτερου αριθμού των γιατρών και του υψηλότερου επιπέδου κατά γιατρό παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποζημίωση κατά γιατρό και κατά υπηρεσία παρέμεινε σχεδόν σταθερή (Πίνακας 2.5.3).

Πίνακας 2.5.3: Δείκτες για εξωνοσοκομειακή φροντίδα από γιατρούς των ταμείων – αλλαγές στον αριθμό των γιατρών, τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών και το ύψος της αποζημίωσης 1980-2001 (σταθερές τιμές)

Έτος	αριθμός γιατρών ταμείων	συνολική αποζημίωση (δισ. €)	αποζημίωση κατά γιατρό (€)	περιπτώσεις (σε εκατ.)	δαπάνη ανά περίπτωση ^c (€)	αριθμός περιπτώσεων ανά ασφαλισμένο	δαπάνη ανά ασφαλισμένο (€)
1980 ^a	55.743	7,4	132.932	252,1	29,4	4,6	209,8
1985 ^a	63.056	9,6	152.404	268,3	35,7	4,8	264,9
1990 ^a	71.218	12,5	175.237	320,8	38,9	5,5	329,0
1995 ^a	88.165	16,7	189.644	400,8	41,7	6,7	412,4
1996 ^b	107.071	20,1	188.100	508,8	39,6	7,1	396,3
1997 ^b	108.734	20,5	188.074	523,2	39,0	7,3	401,9
1998 ^b	110.339	20,6	186.788	532,2	38,7	7,5	406,7
1999 ^b	122.604	21,7	176.830	551,3	39,3	7,7	425,7
2000 ^b	128.670	22,5	174.866	558,1	40,3	7,8	440,7
2001	128.333	23,2	180.780	564,6	41,1	8,0	455,5
αλλαγή % 96-2001	+20%	+15%	-4%	+9%	+4%	+13%	+15%

Πηγή: Federal Association of Social Health Insurance Physicians , 2004 (49), Wörz, Busse, 2005 (8)

Σημειώσεις:^a Δυτική Γερμανία, ^b Γερμανία, από το 1999 περιλαμβάνονται και οι ψυχοθεραπευτές, ^c Περίπτωση ορίζεται ως μια ή περισσότερες επαφές ασθενή με τον ίδιο γιατρό ανά τρίμηνο

Το μέσο ετήσιο εισόδημα των γιατρών από τα ταμεία ξεκινούσε το 2001 περίπου από τις 64.000 € για τους δερματολόγους και τους χειρουργούς και έφτανε μέχρι τις 96.000 € για τους παθολόγους, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2.5.4 που ακολουθεί. Όμως παρά την μικρή αύξηση των τιμών στην αποζημίωση των γιατρών, το εισόδημα των γιατρών παρέμεινε σχετικά υψηλό, από εισοδήματα από πηγές εκτός ταμείων, που δεν περιλαμβάνονται στον πίνακα 2.5.4. Κυρίως αυτά τα εισοδήματα προέρχονται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και από πληρωμές των ιδίων των ασθενών ως συμμετοχή στο κόστος κάποιων παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπολογίζεται ότι το εισόδημα των γιατρών είναι τρεις έως πέντε φορές υψηλότερο από το εισόδημα εργάτη και δύο έως τρεις φορές υψηλότερο από το εισόδημα του υπάλληλου.

Πίνακας 2.5.4: Αποζημίωση & εισοδήματα γιατρών εξωνοσοκομειακής φροντίδας από τα ταμεία^α (2001)

Ειδικότητες	Αποζημίωση από ταμεία (€)	Κόστος προσωπικού και εξοπλισμού (€)	Διαφορά = εισόδημα προ φορολογίας (€)
Δερματολόγοι	171.100	106.766	64.334
ΩΡΛ	192.900	111.882	81.018
Γυναικολόγοι	190.600	110.357	80.243
Παθολόγοι	236.900	140.956	95.944
Νευρολόγοι/ Ψυχίατροι	151.300	80.643	70.657
Οφθαλμίατροι	203.300	120.964	82.336
Ορθοπαιδικοί	241.700	148.162	93.538
Παιδίατροι	188.100	102.138	85.962
Ακτινολόγοι ^β	421.200	347.068	74.132
Χειρουργοί	194.300	129.987	64.131
Ουρολόγοι	204.900	126.014	78.886
Λοιπές ειδικότητες	205.200	124.556	80.644
Γενικοί γιατροί	171.700	94.435	77.265
Σύνολο^α	192.500	113.190	79.310

Πηγή: Federal Association of Social Health Insurance Physicians, 2004 (49)

Σημειώσεις: α Δεν περιλαμβάνονται οι γιατροί που εργάζονται σε κοινά ιατρεία με διαφορετικές ειδικότητες και ψυχοθεραπευτές,

β Περιλαμβάνεται και η ειδικότητα πυρηνικής ιατρικής.

Να σημειωθεί τέλος, ότι υπάρχουν ιδέες και προτάσεις για αναμόρφωση της Ενιαίας Κλίμακας Αξιών, με τον πλήρη διαχωρισμό των υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού από τις υπηρεσίες ειδικοτήτων και ο υπολογισμός της αποζημίωσης ανά υπηρεσία/ιατρική πράξη να υπολογίζεται με βάση την αξία του χρόνου. Το 2003 η Επιτροπή Εκτίμησης υπολόγισε αυτή την αξία σε 0,77 € για κάθε λεπτό που ο γιατρός χρειάζεται για την εκτέλεση κάποιας συγκεκριμένης υπηρεσίας. Αυτή η αξία συνδέεται με την τεχνική πλευρά της υπηρεσίας, δηλαδή τι τεχνολογία χρειάζεται για να προσφερθεί και ουσιαστικά αντιπροσωπεύει την αγορά και απόσβεση της τεχνολογίας. Επιπλέον θέματα υπό συζήτηση παραμένουν τα κίνητρα προς τους γιατρούς για υπερ-προσφορά και υπο-προσφορά υπηρεσιών. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η λειτουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, άλλαξε σημαντικά τον τρόπο χρηματοδότησης των ταμείων και στη συνέχεια τον τρόπο αποζημίωσης των προμηθευτών, αφού οι ενώσεις διαπραγματεύονται και με βάση την νοσηρότητα των ασφαλισμένων.

2.5.8 Έλεγχος και ποιότητα

Σε εθνικό επίπεδο και σ' ένα ευρύτερο πλαίσιο η διασφάλιση της ποιότητας επιτυγχάνεται μέσα από δέσμη μέτρων. Η δομική ποιότητα επιδιώκεται μέσα από την ύπαρξη ενός συστήματος διοίκησης για όλους τους προμηθευτές-παρόχους, την υποχρέωση για συνεχή ιατρική εκπαίδευση για όλους τους γιατρούς και μηχανισμός αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας, των φαρμάκων και των διαδικασιών. Προς τούτο έχει δημιουργηθεί το 2004 το Ινστιτούτο Ποιότητας και Αποδοτικότητας – (IQWiG), ενώ η διαπίστωση των νοσοκομείων δεν είναι ακόμα υποχρεωτική.

Η ποιότητα στις διαδικασίες και στα αποτελέσματα επιτυγχάνεται μέσα από το σύστημα αναφορών ποιότητας που έχουν την υποχρέωση να τηρούν τα περίπου 1.800 γενικά νοσοκομεία. Μέσα από αυτό το σύστημα μετρούνται περισσότεροι από 150 δείκτες και τα νοσοκομεία λαμβάνουν σχετική ανατροφοδότηση για τις επιδόσεις τους.

Πέραν της ποιότητας, λαμβάνονται μέτρα που στοχεύουν στην αύξηση της αποδοτικότητας. Όλα τα φάρμακα, πρωτότυπα και γενόσημα αξιολογούνται και τιμολογούνται με βάση το θεραπευτικό τους αποτέλεσμα. Όλα τα νοσοκομεία αποζημιώνονται μέσω των DRGs, και επειδή η στάθμιση της κάθε κατηγορίας ασθενειών βασίζεται στο μέσο κόστος, αυτό βάσει αυτόματα μεγάλη πίεση σε εκείνα τα νοσοκομεία που είναι λιγότερο αποδοτικά.

Προς την ίδια κατεύθυνση κινούνται τα μέτρα για τους προϋπολογισμούς των γιατρών εξωνοσοκομειακής φροντίδας, τους προϋπολογισμούς

των νοσοκομείων και τη συνταγογράφηση ανά ειδικότητα σε τοπικό επίπεδο. Πρόσφατα σημαντικά εργαλεία για τον έλεγχο του κόστους αφορούν τα rebates από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τα ταμεία υγείας και οι χαμηλότερες τιμές από τις τιμές αναφοράς, ενώ εισάγονται και τα DRGs ανά περίπτωση (per case DRGs), τα οποία αποτελούν πλέον το βασικό εργαλείο αποζημίωσης των νοσοκομείων. Από το 2009 οι προϋπολογισμοί της εξωνοσοκομειακής φροντίδας καθορίζονται, λαμβάνοντας υπόψη και τη νοσηρότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού.

Στο επίπεδο της ΠΦΥ υπάρχουν μια σειρά από προαπαιτούμενα και ελέγχους που στοχεύουν τόσο στην ποιότητα/αποτελεσματικότητα, όσο και στον έλεγχο της υπερχρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας ή τις υπερβολικές απαιτήσεις αποζημίωσης εκ μέρους των γιατρών. Πιο συγκεκριμένα:

Για να μπορεί ένας γιατρός να προσφέρει συγκεκριμένες υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας και ιδιαίτερα επεμβατικές και απεικονιστικές, πρέπει, πέραν του απαιτούμενου πιστοποιητικού καταλληλότητας, να πληρούνται και συγκεκριμένα προαπαιτούμενα. Οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν το 30% των ιατρικών πράξεων που περιλαμβάνονται στη λίστα της Ενιαίας Κλίμακας Αξιών. Το πιστοποιητικό καταλληλότητας χορηγείται ύστερα από έλεγχο και εφόσον έχει διαπιστωθεί ότι οι υποδομές, κτιριακές και τεχνολογικές, ανταποκρίνονται σε ένα ελάχιστο επίπεδο των προβλεπόμενων τεχνικών προδιαγραφών και επιπλέον το προσωπικό έχει περάσει από επαρκή σχετική εκπαίδευση και έχει εκτελέσει ένα ελάχιστο αριθμό ιατρικών πράξεων υπό επίβλεψη. Προβλέπονται όμως και οργανωτικές προϋποθέσεις – απαιτήσεις για το πιστοποιητικό καταλληλότητας. Για παράδειγμα, για να μπορεί κάποιος γιατρός να εκτελέσει αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών (PTCA), πρέπει να έχει συμφωνία με κάποια κοντινή με το ιατρείο του καρδιοχειρουργική μονάδα και επιπλέον πιστοποιητικό που να αποδεικνύει ότι έχει την απαιτούμενη εκπαίδευση για να κάνει PTCA εξωνοσοκομειακά. Απαιτούνται ακόμη πιστοποιητικά για αρθροσκοπήσεις, αιμοκαθάρσεις, βηματοδότες, υπερήχους, εργαστηριακές εξετάσεις κ.ά. Το δικαίωμα παροχής άλλων υπηρεσιών όχι μόνο προϋποθέτει την κτήση συγκεκριμένου πιστοποιητικού αλλά και αποδεδειγμένη επαρκή εμπειρία, π.χ. ελάχιστο αριθμό πράξεων το προηγούμενο έτος π.χ. 200 κολονοσκοπήσεις ή 350 PTCAs.

Για εκείνους τους γιατρούς που θέλουν να προσφέρουν κάποιες συγκεκριμένες και εξειδικευμένες υπηρεσίες, χρειάζεται επαναπιστοποίηση και αυτό προβλέπεται από το σύμβολο του γιατρού. Το περιεχόμενο και οι απαιτήσεις της επαναπιστοποίησης εξαρτώνται κάθε φορά από το

είδος της υπηρεσίας που ζητά ο γιατρός να προσφέρει. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις μπορεί να περιλαμβάνουν έναν ελάχιστον αριθμό πράξεων τον προηγούμενο χρόνο ή τον έλεγχο των δεξιοτήτων του γιατρού σε πραγματικό χρόνο εκτέλεσης περίπτωσης. Επιπλέον, με το συμβόλαιο οι γιατροί υποχρεώνονται να ασχοληθούν με τη βελτίωση της ποιότητας και να εμπλακούν σε δραστηριότητες και ελέγχους για θέματα ποιότητας και auditing. Όλες αυτές οι προϋποθέσεις καθορίζονται και περιγράφονται από την Ομοσπονδιακή Ένωση των συνδεδεμένων με τα Ταμεία Γιατρών και αποτελούν αναπόσπαστα κομμάτια του συμβολαίου που υπογράφεται μεταξύ ταμείων υγείας και Περιφερειακών Ενώσεων Γιατρών.

Η αποζημίωση συνδέεται επίσης με ελεγκτικούς μηχανισμούς πρόληψης της αλόγιστης χρήσης ή των ψευδών απαιτήσεων. Τυχαίοι δειγματοληπτικοί έλεγχοι για τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών από κάποιο γιατρό, τη συνταγογράφηση, τις παραπομπές σε νοσοκομεία κ.λπ., αποτελούν συνήθη πρακτική ελέγχου των γιατρών. Ο γιατρός για να αποφύγει το πρόστιμο, πρέπει να δικαιολογήσει γιατί γράφει περισσότερα φάρμακα ή κάνει περισσότερες παραπομπές στο νοσοκομείο. Για την παρακολούθηση όλων αυτών των θεμάτων λειτουργούν επιτροπές εξέτασης της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών και επιτροπές διαίτησις που αποτελούνται από γιατρούς και εκπροσώπους των ταμείων.

2.5.9 Συμπεράσματα και προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ

Το Γερμανικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα δημόσιο σύστημα υγείας με τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, αλλά και με αρκετούς βαθμούς ελευθερίας, γι' αυτό και περισσότερο προσεγγίζει το φιλελεύθερο μοντέλο. Είναι το τρίτο ακριβότερο σύστημα υγείας στον κόσμο, παρά το ότι διαχρονικά έχει ενσωματώσει, χρησιμοποιήσει και χρησιμοποιεί μέχρι σήμερα μηχανισμούς ελέγχου, κίνητρα και σύνθετα εργαλεία για να ελέγξει το κόστος και να αυξήσει την αποδοτικότητα των πόρων.

Στο τομέα της παροχής και χρηματοδότησης της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, που μας ενδιαφέρει για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, υπάρχουν πολλές και ενδιαφέρουσες προσεγγίσεις μέσα από τη χρήση πολύπλοκων εργαλείων και πρακτικών για τον περιορισμό του κόστους. Η ύπαρξη και λειτουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, που συγκεντρώνει από τα ταμεία υγείας τις εισφορές και στις συνέχειες τις επιστρέφει πίσω, χρηματοδοτώντας στα ταμεία λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικά και νοσολογικά δεδομένα θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ο ΕΟΠΥΥ της Ελλάδας.

Ακόμη, θα μπορούσε να μπει στο τραπέζι της εξέτασης και συζήτησης ο τρόπος αμοιβής των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, που αποτελεί αντικείμενο μελέτης και σημείο αναφοράς για τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας σε πολλές χώρες. Γι' αυτό και κριθηκε επιβεβλημένο στο πλαίσιο και την πορεία αυτής της μελέτης να παρουσιαστεί αναλυτικότερα το σύστημα αμοιβών, το πλέγμα των κινήτρων και αντικινήτρων και όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του κόστους. Μπορεί να κριθεί πολύ φιλόδοξη μια προσπάθεια μεταφοράς του συστήματος αποζημίωσης των προμηθευτών, έτσι όπως γίνεται στη Γερμανία, όπου υπάρχει μια μεγάλη παράδοση διαπραγμάτευσης και συμβιβασμών, αλλά στοιχεία αυτού θα μπορούσαν επιλεκτικά να ενσωματωθούν στο όποιο προτεινόμενο σύστημα αποζημίωσης των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ προμηθευτών.

2.5.10 Βιβλιογραφία

- Busse R., Riesberg A., *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (eds) (2002), *Funding health care: options for Europe*, World Health Organization, 2002.
- Gerlinger T., Schmucker R., (2009), A Long Farewell to the Bismarck System: Incremental Change in the German Health Insurance System, *German Policy Studies* Vol. 5, No. 1, 2009 pp. 3-20, Goethe-University Frankfurt (Germany).
- Saltman R., Busse R., Figueras J. (eds), (2004), *Social health insurance in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Reinhard Busse and Christa Altenstetter (2005), Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, February-April 2005.
- European Observatory on Health Systems and Policies, (2009), Health Policy Developments 13, Moynihan R., Blum K., Reihard B., Schlette S. (eds), *Verlag Bertelsmann Stiftung*, σελ. 37-42.
- Göpfarth D., Henke K.-D., The German Central Health Fund-Recent developments in health care financing in Germany. *Health Policy* (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.11.001>.
- Gerlinger T. (2010), Health care reform in Germany, *German Policy Studies*, 6:107-42.
- Federal Association of Social Health Insurance, 2004 (49), Würz, Busse, 2005 (8)

2.6 Σύστημα Υγείας Ολλανδίας

2.6.1 Περίληψη

Το σύστημα υγείας στην Ολλανδία ανήκει στην κατηγορία των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck), με ισχυρή όμως την παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης. Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει το 70% του πληθυσμού για οξέα περιστατικά και το 100% του πληθυσμού για χρόνια νοσήματα. Το ποσοστό του πληθυσμού που δεν καλύπτεται για τα οξέα περιστατικά από την κοινωνική ασφάλιση, κυρίως οι υψηλόμισθοι, καταφεύγει σε επιπρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση. Σε ξεχωριστό ασφαλιστικό σχήμα υπάγονται οι δημόσιοι υπάλληλοι των περιφερειακών υπηρεσιών (5% του πληθυσμού). Σε λίγες ευρωπαϊκές χώρες, μια από τις οποίες είναι και η Ολλανδία, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί εναλλακτική λύση προς την κοινωνική ασφάλιση, καθώς οι πολίτες έχουν το δικαίωμα επιλογής της εξαίρεσης (opt out), λύση την οποία συνήθως επιλέγουν άτομα με υψηλά εισοδήματα. Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Ολλανδία ανήκουν σε ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Τα νοσοκομεία αμείβονται βάσει σφαιρικών προϋπολογισμών, τους οποίους καθορίζει η κυβέρνηση μετά από διαπραγματεύσεις με τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι ιδιώτες με λίστες εγγεγραμμένου πληθυσμού. Οι γενικοί γιατροί, που εργάζονται ατομικά ή ομαδικά, ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping). Για τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση αμείβονται κατά πράξη. Παρά το γεγονός ότι το ολλανδικό σύστημα υγείας είναι εξαιρετικά φιλελεύθερο σε σχέση με το ελληνικό, θα μπορούσε να εμπνεύσει καλές πρακτικές για την ελληνική ΠΦΥ, ιδιαίτερα στα πεδία της οργάνωσης και της χρηματοδότησης των παρόχων.

2.6.2 Εισαγωγή

Στην παρούσα μρλέτη επιχειρείται η αποτύπωση του Ολλανδικού συστήματος υγείας με επικέντρωση α) στο ασφαλιστικό σύστημα β) στην παροχή ΠΦΥ και γ) στη μέθοδο αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ. Απώτερος σκοπός της είναι η συγκριτική αξιολόγηση με το ισχύον καθεστώς στην Ελλάδα (ΕΟΠΥΥ).

Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας είναι ένα παράδειγμα κοινωνικού μοντέλου. Ένα υποχρεωτικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας, χρηματοδοτούμενο από εισφορές μελών που συνδέονται με το εισόδημά τους, εγγυάται τη σχεδόν πλήρη κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας για ολόκληρο

τον πληθυσμό της χώρας. Επίσης, οι πολίτες μπορούν να βελτιώσουν το επίπεδο κάλυψής τους αν υπογράψουν κάποια σύμβαση για συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση (Van Weel et al., 2012).

Το σύστημα υγείας στην Ολλανδία βασίζεται στη δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση. Παλιότερα είχαν γίνει προσπάθειες προκειμένου να θεσπιστεί κοινή ασφάλιση για όλο τον πληθυσμό. Το 1990 δημιουργήθηκε μια επιτροπή καλούμενη ως επιτροπή Dunning, έτσι ώστε να καθοριστεί ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να τεθούν οι προτεραιότητες. Πιο συγκεκριμένα, η Επιτροπή έπρεπε να εξετάσει πώς να βάλει όρια σε καινούριες ιατρικές τεχνολογίες και πώς να διεκπεραιώσει τα προβλήματα που τυχόν μπορεί να προκληθούν από την έλλειψη ιατρικής φροντίδας και από την ανάγκη για το ποιοι ασθενείς πρέπει να επιλεχθούν για ιατρική φροντίδα και ποιοι θα αποκλειστούν από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Η επιτροπή Dunning ακολούθησε μια μέση προσέγγιση, ανάμεσα στην ατομική άποψη για το πώς πρέπει να τεθούν οι προτεραιότητες στο σύστημα υγείας, και στην επιστημονική άποψη του θέματος. Από την πλευρά των ατόμων ξεχωριστά, η υγεία είναι συνδυασμένη με την αυτονομία και με τον αυτό-προσδιορισμό, το οποίο συνεπάγεται να αφήνεται στα άτομα η επιλογή να αποφασίσουν για το τι χρειάζονται και έχουν ανάγκη. Σε αυτό το σημείο υπήρξε διαφωνία, διότι δεν ήταν δυνατόν να καθοριστεί γενικώς, για το τι είναι αναγκαίο στην ιατρική φροντίδα. Από την πλευρά των ειδικών, καταλήγουν ότι ο ορισμός της υγείας είναι η απουσία ασθένειας. Στη μέση προσέγγιση που ακολουθήθηκε από την επιτροπή για το όφελος όλων των μελών του κοινωνικού συνόλου, η υγεία καθορίζεται ως η ικανότητα κάθε μέλους της κοινότητας να συμμετέχει στα κοινωνικά δρώμενα. Η απαραίτητη ιατρική φροντίδα κάνει τη συμμετοχή του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο εφικτή. Οι τρεις προσεγγίσεις όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω, δημιουργούν μια ιεραρχία, στην οποία η προσέγγιση από την κοινότητα, λαμβάνει αποφάσεις στο μακρο-επίπεδο, η άποψη των ειδικών στο μέσο επίπεδο και η ατομική άποψη των μελών του κοινωνικού συνόλου σε μικρο-επίπεδο.

Οι τρεις κοινωνικές ηθικές αξίες που επικυρώθηκαν από την Επιτροπή Dunning είναι οι εξής (Van Weel et al., 2012):

- Η ισότητα των ανθρώπων
- Η ανάγκη για προστασία της ανθρώπινης ζωής
- Η αρχή της αλληλεγγύης

Η επιτροπή αποφάσισε 4 κριτήρια που πρέπει να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να καθοριστεί ένα γενικό πακέτο υπηρεσιών υγείας. Καθένα από τα κριτήρια περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές είναι (Van Weel et al., 2012):

- Είναι η ιατρική φροντίδα απαραίτητη από την πλευρά οφέλους του κοινωνικού συνόλου;
- Εάν ναι, είναι και αποτελεσματική;
- Εάν ναι, είναι και αποδοτική;
- Εάν ναι, μπορεί να αφεθεί στην ατομική ευθύνη του καθενός;

Τρεις υπηρεσίες επιτρέπονται να περάσουν από το πρώτο κριτήριο: εκείνες που εγγυώνται φροντίδα για τα άτομα που δεν μπορούν να προσέξουν τους εαυτούς τους (π.χ. οι ηλικιωμένοι), εκείνες που επαναφέρουν την ικανότητα των ατόμων να συμμετέχουν ενεργά στην κοινότητα, και οι υπηρεσίες των οποίων η αναγκαιότητα καθορίζεται από τη σοβαρότητα της παθήσεως και τον αριθμό των ατόμων με τη συγκεκριμένη πάθηση. Το δεύτερο κριτήριο παρακρατεί όλες τις αναποτελεσματικές παρεμβάσεις, καθορισμένες από στοιχεία φαρμάκων. Το τρίτο κριτήριο παρακρατεί αναποτελεσματικές πρακτικές καθορισμένες από την ανάλυση απόδοση – κόστους. Το τέταρτο κριτήριο παρακρατεί όλες εκείνες τις υπηρεσίες που μπορούν να αφεθούν στην προσωπική ευθύνη του πολίτη. Αυτό σημαίνει ότι θεραπείες με υψηλό κόστος και μικρές πιθανότητες αποτελεσματικότητας, αφήνονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Όσες υπηρεσίες τηρούν τα παραπάνω κριτήρια, περιλαμβάνονται στο βασικό πακέτο υπηρεσιών της δημόσιας υγείας.

Από τα τέλη της δεκαετίας '80, έχουν γίνει προσπάθειες για την ίδρυση «ελεγχόμενου ανταγωνισμού» στις ασφάλειες και σε επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών υγείας μέσα στα πλαίσια της συνολικής μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, που ονομάστηκε Dekker-Simons Plan. Έχοντας ως στόχο να προωθήσει την αποδοτικότητα και την συγκράτηση του κόστους, εισήγαγε στο σύστημα στοιχεία ελεύθερης αγοράς και ανταγωνισμού χωρίς να διακινδυνεύει την εξασφάλιση της φροντίδας υγείας για όλους τους πολίτες.

2.6.3 Οργάνωση του συστήματος υγείας

Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού (VWS) έχει την ευθύνη της νομοθεσίας για τη δημόσια υγεία και τη διασφάλιση καθοδήγησης και υποστήριξης στο έργο των τοπικών κοινοτήτων. Η παροχή υπηρεσιών είναι ευθύνη των κοινοτήτων. Με νόμο του 1990, για την προαγωγή

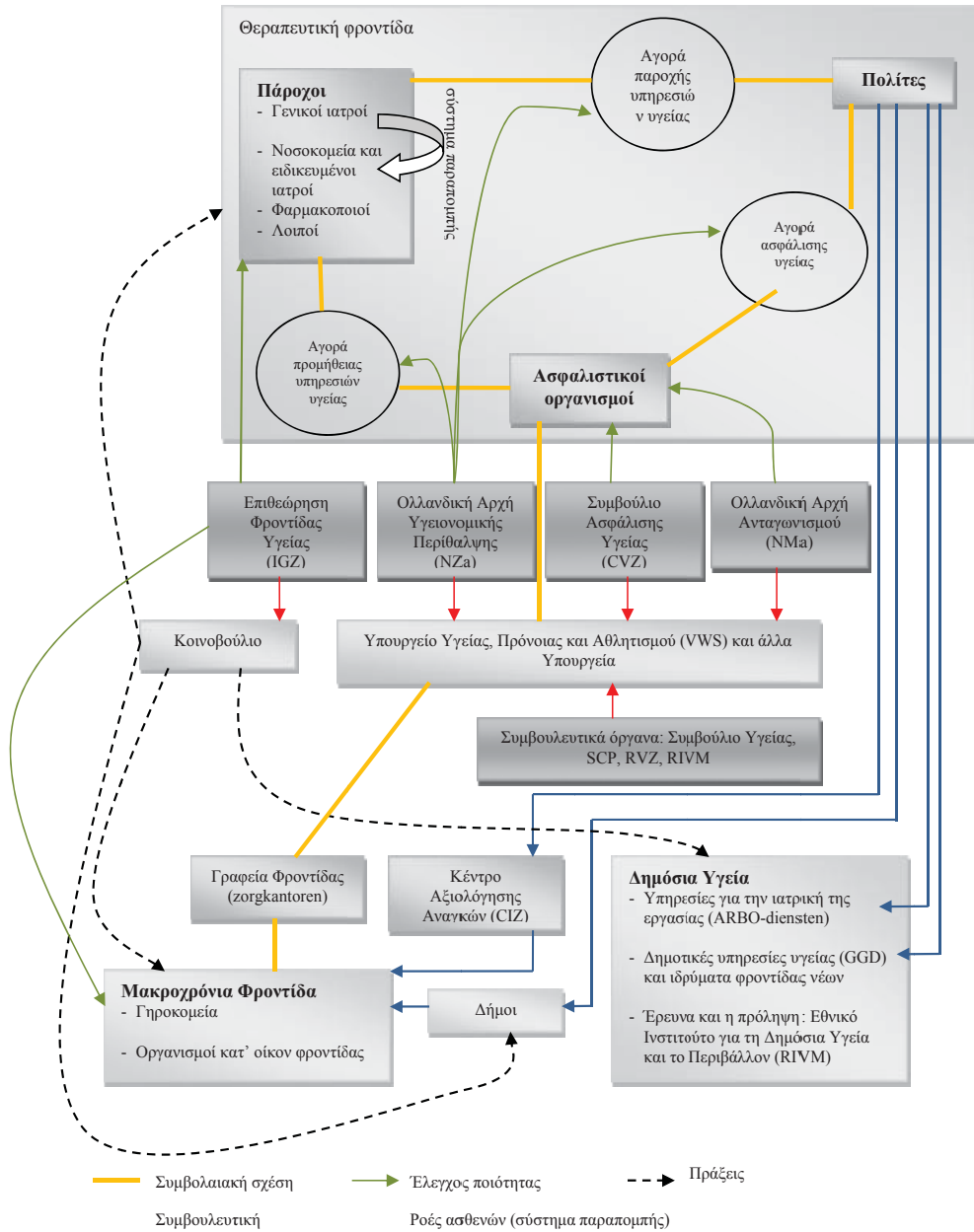
της πρόληψης, όλες οι κοινότητες έχουν ιδρύσει Τμήμα Υγείας και είναι υπεύθυνες για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής, συμπεριλαμβανομένης της αγωγής υγείας, του screening, κ.λπ.

Η πολιτική δημόσιας υγείας υποστηρίζεται από ορισμένους εθνικούς οργανισμούς, όπως (Van Weel et al., 2012):

- ♦ Το Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, το οποίο δίνει κατευθύνσεις και συστάσεις για τα προγράμματα πρόληψης (RVZ).
- ♦ Το Εθνικό Ινστιτούτο Προαγωγής της Υγείας και Πρόληψης (NIGZ), το οποίο παρέχει επιστημονική υποστήριξη, αναπτύσσοντας προληπτικά μέτρα και μεθόδους.
- ♦ Το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας και Περιβαλλοντικών Θεμάτων (RIVM), που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έρευνα και παρακολούθηση δεικτών υγείας και περιβαλλοντικών δεικτών.

Συνοπτικά, η οργάνωση του Ολλανδικού συστήματος υγείας παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.6.1.

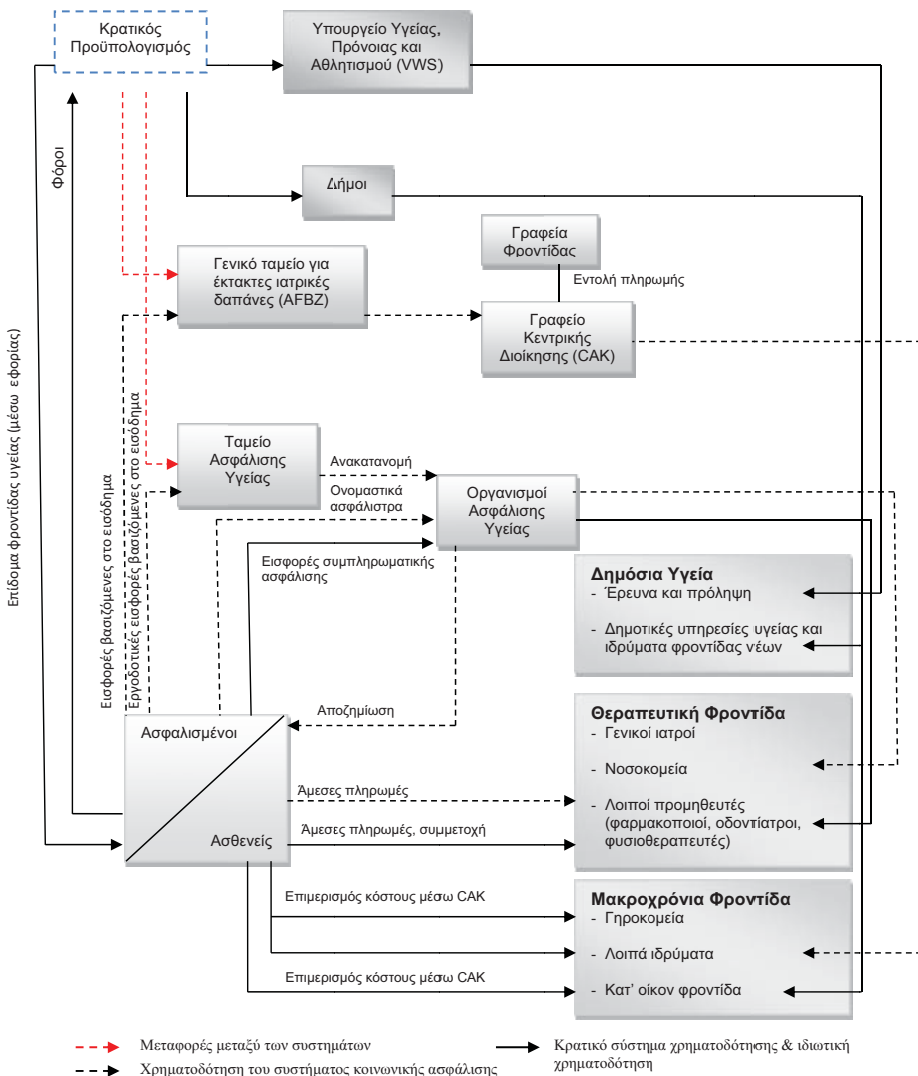
Διάγραμμα 2.6.1: Ροές οργάνωσης στο σύστημα υγείας της Ολλανδίας



Πηγή: Schäfer et al., 2010

Αντίστοιχα, στο Διάγραμμα 2.6.2 αναπαριστώνται οι ροές χρηματοδότησης στο Ολλανδικό σύστημα υγείας.

Διάγραμμα 2.6.2: Ροές χρηματοδότησης στο σύστημα υγείας της Ολλανδίας



Πηγή: Schäfer et al., 2010

Η πολιτική υγείας στην Ολλανδία διαμορφώνεται από την κυβέρνηση και τα συμβουλευτικά όργανα, που είναι υπεύθυνα για το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και την οργάνωση της δομής των υπηρεσιών υγείας, εγκρίνοντας προγράμματα ασφάλισης υγείας και θεσπίζοντας πρότυπα ποιότητας. Οι δώδεκα διοικητικές περιφέρειες έχουν ισχυρό λόγο στο σχεδιασμό των νοσοκομείων. Το Κράτος θέτει τις παραχωρήσεις για την ασφάλιση υγείας. Σαν αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας τώρα λειτουργούν σε εθνικό επίπεδο και ανταγωνίζονται το ένα το άλλο. Μέσω εσωτερικών ανακατατάξεων, οι δομές διοίκησης τους προσανατολίζονται όλο και περισσότερο προς την αγορά. Σε παρόμοιο πνεύμα, η παραδοσιακή κρατική κάλυψη των ελλειμμάτων των Ταμείων Ασφάλισης Υγείας αντικαθίσταται σταδιακά από την «ανάληψη κινδύνων». Μέχρι το 1995, τα ασφαλιστικά ταμεία έπρεπε να πληρώσουν μόνο το 2,5% της διαφοράς μεταξύ του προβλεπόμενου και του πραγματικού κόστους. Το 1997, ο ενδογενής οικονομικός κίνδυνος έφτασε το 27% και προβλέπεται να ξεπεράσει το 65%. Οι ιδιωτικές ασφάλειες υγείας αντιμετωπίζουν όλο αυτόν τον κίνδυνο. Μεταβιβάζοντας αυτό το ρίσκο στις ασφαλιστικές εταιρείες, η κυβέρνηση προσπαθεί να δημιουργήσει νέα κίνητρα για οικονομία πόρων και να προάγει μεθόδους διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί.

Οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν μεταξύ 30 περίπου θεσμικών παρόχων ασφάλισης και 40 ιδιωτικών. Μια και οι εισφορές, οι οποίες συνδέονται άμεσα με το εισόδημα των ασφαλισμένων καθορίζονται κεντρικά, ο ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών υπάρχει λόγω κυρίως του ύψους των ασφαλιστρών ανά άτομο, των υπηρεσιών που προσφέρονται και της ποιότητας των προμηθευτών των υπηρεσιών. Οι ασφαλιστικοί φορείς, επίσης ανταγωνίζονται προσφέροντας διαφορετικά πακέτα ασφάλισης υγείας και διαφορετικές εισφορές. Παρόλα αυτά, τα περιθώρια να πετύχει κάποιος χαμηλότερα ασφαλιστρα αλλάζοντας ασφαλιστική εταιρεία είναι μικρά. Αυτό συμβαίνει γιατί οι εισφορές αποτελούν μόνο το 15% των συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας και οι διαφορές μεταξύ των εταιρειών δεν είναι μεγάλες. Αν και η κατώτατη εισφορά ήταν κατά 40% χαμηλότερη από την υψηλότερη, το 1997-1998, η πραγματική διαφορά ήταν 100 guilders το χρόνο (Vaillancourt Rosenau and Lako, 2008).

Οι πληρωμές των ασφαλειών διοχετεύονται σε ένα κεντρικό ταμείο, από το οποίο οι ασφάλειες υγείας παίρνουν ένα ποσό, μερικώς ισοσταθμισμένο ανάλογα με τους κινδύνους, για κάθε ασφαλισμένο μέλος. Το

Συμβούλιο Ασφάλισης Υγείας (CVZ), είναι υπεύθυνο για την ισοστάθμιση και την εξισορρόπηση των κινδύνων για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, που βασίζονται στην ηλικία, το φύλο, τη φυλή και τους παράγοντες νοσηρότητας. Από το 1994, τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να επιλέγουν ελεύθερα τους γιατρούς και τα νοσοκομεία με τα οποία συμβάλλονται και να συνάπτουν ιδιωτικά συμφωνητικά μ' αυτά. Δεν είναι υποχρεωμένα να υπογράψουν συμβάσεις με όλους τους εγκεκριμένους προμηθευτές υπηρεσιών. Η ελευθερία συμβάσεων έχει στόχο να επιταχύνει τον ανταγωνισμό σε επίπεδο προμηθευτών (Muiser, 2007). Προς το παρόν πάντως, τα ασφαλιστικά ταμεία φαίνονται να κάνουν πολύ περιορισμένη χρήση αυτής της ελευθερίας τους. Ο Νόμος ενάντια των μονοπωλίων (για τον Ανταγωνισμό) του 1998 έχει αναμφίβολα δημιουργήσει μια επιπρόσθετη τάση για ανταγωνισμό.

Ο Οικογενειακός Γιατρός παίζει κεντρικό ρόλο στην ΠΦΥ της Ολλανδίας. Είναι ο πρώτος επαγγελματίας υγείας που βλέπουν οι ασθενείς όταν έχουν προβλήματα υγείας, και σε περισσότερες από το 90% των περιπτώσεων είναι και ο τελευταίος, δηλαδή αυτός που δίνει λύση στο πρόβλημα. Οι Γενικοί Γιατροί είναι ελεύθεροι από το 1992 να ανοίγουν νέα ιατρεία. Περίπου οι μισοί από τους 7.000 οικογενειακούς γιατρούς στην Ολλανδία έχουν ιδιωτικά ιατρεία. Οι υπόλοιποι έχουν ομαδικά ιατρεία και ένα μικρό ποσοστό εργάζεται σε Κέντρα Υγείας. Οι οικογενειακοί γιατροί λειτουργούν ως «gatekeepers» για την πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς και σε νοσοκομεία, αλλά οι ασθενείς διατηρούν το δικαίωμα να επιλέγουν τους ειδικούς γιατρούς και τα νοσοκομεία που θα απευθυνθούν, μέσω του οικογενειακού γιατρού. Οι ασθενείς που καλύπτονται από θεσμική ασφάλιση είναι εγγεγραμμένοι μαζί με το ταμείο ασφάλισης υγείας τους ως ασθενείς του οικογενειακού γιατρού που έχουν επιλέξει. Μπορούν να αλλάξουν τον οικογενειακό τους γιατρό με την έγκριση του ταμείου τους. Τα θεσμικά ταμεία ασφάλισης αποζημιώνουν τους οικογενειακούς γιατρούς με ετήσιο καθορισμένο ποσό αμοιβής ανά ασθενή. Για τους ηλικιωμένους ασθενείς παίρνουν ένα υψηλότερο ποσό. Μέχρι πρόσφατα, η αμοιβή μειωνόταν σημαντικά αν το ιατρείο εξυπηρετούσε 1.600 ή περισσότερους ασθενείς. Αυτός ο περιορισμός καταργήθηκε, όμως, καθώς παρατηρήθηκε έλλειψη γιατρών με ειδικότητα στη γενική ιατρική (Van den Berg et al., 2009). Τα ταμεία ασφάλισης υγείας εξετάζουν μια έκθεση στατιστικής για κάθε ιατρείο, για να ελέγχουν τη δραστηριότητα των οικογενειακών γιατρών.

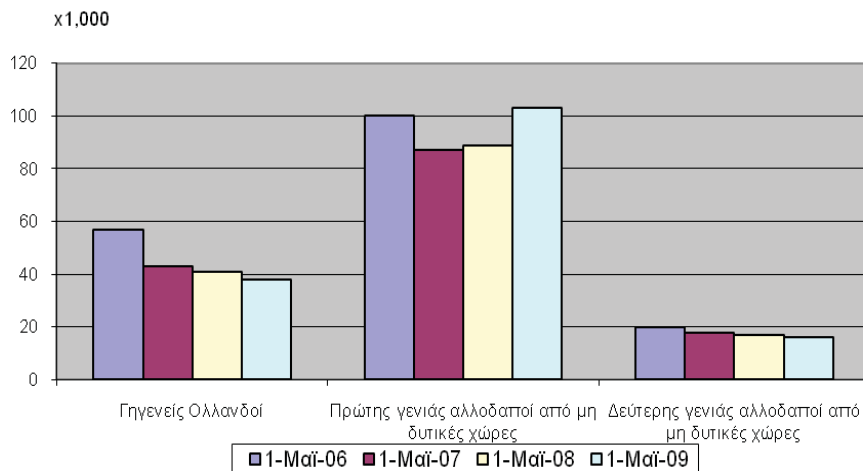
2.6.4 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ

Στην Ολλανδία υπάρχει γενική κάλυψη με δύο όμως συνιστώσες. Η πρώτη συνιστώσα είναι για επείγουσες καταστάσεις. Η δεύτερη συνιστώσα είναι ένα σύστημα με σαφή διαχωρισμό, ανάμεσα στη δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση, όπου δεν υφίσταται η επιλογή του πολίτη. Για το πώς θα καταναμηθούν οι πολίτες εξαρτάται αποκλειστικά από το εισόδημα τους.

Σχεδόν όλοι όσοι δεν υπάγονται σε υποχρεωτική κάλυψη είναι μέλη προαιρετικών καθεστώτων ασφάλισης. Μόνο 1% του πληθυσμού είναι εκτός κοινωνικής ασφάλισης (πρόκειται κατά κανόνα για τους πολύ πλούσιους). Από την άλλη πλευρά, η πρόνοια για τη σοβαρή και παρατεταμένη αναπηρία και ασθένεια είναι εδώ και πολύ καιρό καθολική. Μόνο γύρω στο 60% του πληθυσμού καλύπτεται υποχρεωτικά για νοσοκομειακή και ειδικευμένη περίθαλψη (Van Weel et al., 2012).

Το 2010, η Ολλανδική στατιστική υπηρεσία δημοσίευσε τα στοιχεία του πληθυσμού χωρίς ασφάλιση υγείας, που απαρτιθούσε τους 152.000 κατοίκους και αντιστοιχούσε περίπου στο 0,92%⁶ του συνολικού πληθυσμού. Η διάρθρωση του ανασφάλιστου πληθυσμού δεν παρουσιάζει σημαντικές διαχρονικές αλλαγές αναφορικά με το φύλο. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές μεταβολές στο εθνικό υπόβαθρο των ανασφάλιστων. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.3, ο αριθμός των ανασφάλιστων Ολλανδών έχει μειωθεί την περίοδο 2006-2009, ενώ ο αριθμός των ανασφάλιστων αλλοδαπών (από μη δυτικές χώρες) έχει αυξηθεί για την ίδια περίοδο, με έμφαση ο' αυτούς που ανήκουν στην πρώτη γενιά.

⁶ Ο πληθυσμός της Ολλανδίας για το 2009 ήταν περίπου 16,5 εκ. (Statistics Netherlands, www.cbs.nl)

Διάγραμμα 2.6.3: Πληθυσμός Ολλανδίας χωρίς ασφάλιση υγείας (2006-2009)

Πηγή: Ολλανδική Στατιστική Υπηρεσία, 2010

Λόγω της υψηλής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, η εξέλιξη των δημογραφικών χαρακτηριστικών του συνολικού πληθυσμού ανάγονται επαρκώς σε χαρακτηριστικά των ασφαλισμένων. Τα στοιχεία παρατίθενται στον Πίνακα 2.6.1.

Πίνακας 2.6.1: Δημογραφικά στοιχεία συνολικού πληθυσμού Ολλανδίας (2006-2009)

	1970	1980	1990	2000	2010	2011
Πληθυσμός (σε εκατ.)	13,0	14,2	15,0	15,9	16,6	16,7
Γυναίκες ως % του συνόλου	50,1	50,4	50,6	50,5	50,5	50,5
Ηλικίας <20 ως % του συνόλου	35,9	31,5	25,7	24,4	23,7	23,5
Ηλικίας 20-40 ως % του συνόλου	28,2	31,5	33	30	25,3	25
Ηλικίας 40-65 ως % του συνόλου	25,8	25,6	28,6	32	35,7	35,9
Ηλικίας >65 ως % του συνόλου	10,1	11,5	12,8	13,6	15,3	15,6
Ετήσια αύξηση συνολικού πληθυσμού (%)	1,2	0,8	0,7	0,7	0,5	0,4
Πυκνότητα πληθυσμού (κάτοικοι ανά km ²)	384	415	439	468	491	494
Ποσοστό γονιμότητας (γεννήσεις / γυναίκα)	2,6	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8
Ποσοστό γεννητικότητας (ανά 1000 κατ.)	18,3	12,8	13,2	13,0	11,1	10,8
Ποσοστό θνησιμότητας (ανά 1000 κατ.)	8,4	8,1	8,6	8,8	8,1	8,2

Πηγή: Schäfer et al., 2010; Ολλανδική Στατιστική Υπηρεσία, 2013

Σε λίγες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ολλανδία, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί εναλλακτική λύση προς την κοινωνική ασφάλιση, καθώς οι πολίτες έχουν το δικαίωμα επιλογής της εξαιρέσης (opt out), λύση την οποία συνήθως επιλέγουν άτομα με υψηλά εισοδήματα. Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως συμπληρωματική της κοινωνικής, οι ασφαλισμένοι της, έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποζημιώνονται για τα έξοδα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αγοράς θεραπευτικού εξοπλισμού - καθώς αυτές οι υπηρεσίες συνήθως δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα - και τυγχάνουν αναβαθμισμένης ξενοδοχειακής νοσηλείας στο δημόσιο τομέα (Roos and Schut, 2012).

2.6.5 Οργάνωση της ΠΦΥ και διαμόρφωση σχέσεων παρόχων

Στην Ολλανδία η ΠΦΥ παρέχεται από:

- ♦ γενικούς (οικογενειακούς) ιατρούς
- ♦ οδοντίατρους
- ♦ μαιές (μεγάλο ποσοστό των τοκετών γίνεται κατ' οίκον)
- ♦ οργανισμούς κατ' οίκον φροντίδας
- ♦ φυσιοθεραπευτές
- ♦ φαρμακοποιούς
- ♦ ψυχοθεραπευτές και ψυχολόγους πρωτοβάθμιας φροντίδας
- ♦ διάφορους τύπους κοινωνικών εργατών (κυρίως νοσηλευτές που προσφέρουν κατ' οίκον υπηρεσίες σε χρόνια ασθενείς).

Η διαχρονική σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού στην Ολλανδική ΠΦΥ παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.6.2.

Πίνακας 2.6.2: Επαγγελματίες Υγείας στην Ολλανδική ΠΦΥ (2001-2007)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% μεταβολή 2001 – τε- λευταίο διαθέσιμο έτος
Ιατροί								
Γενικοί/οικογενειακοί ιατροί	7.763	7.932	8.107	8.209	8.408	8.495	8.673	11,7
Ειδικό ιατροί	13.400	13.450	13.800	14.050	14.283	-	15.360	14,6
Γιατροί κοινωνικής Ιατρικής	3.932	3.980	-	3.920	4.141	4.170	4.216	7,2
Γιατροί γηροκομείων	1.120	1.161	1.227	1.256	1.276	1.326	1.394	24,5
Γιατροί κέντρων ψυχικής υγείας	125	146	163	170	181	155	162	29,6
Ειδικό οδοντιατρικής	484	486	498	503	497	505	475	-1,9
Άλλοι επαγγελματίες								
Οδοντίατροι	7.509	7.623	7.759	7.950	7.994	8.113	8.241	9,8
Φαρμακοποιοί	2.777	3.096	3.134	2.734	2.842	2.825	-	1,7
Μαίες	1.627	1.725	1.825	1.955	2.080	2.197	2.265	39,2
Ορθοπαικιοί	344	312	293	329	-	-	-	-4,4
Θεραπευτές (παράϊατρικά επαγγέλματα)								
Φυσιοθεραπευτές	17.594	18.015	18.425	18.500	18.355	-	-	4,3
Εργοθεραπευτές	2.350	2.536	2.730	2.840	-	3.108	-	32,3
Λογοθεραπευτές	3.935	4.385	4.625	4.410	4.322	4.576	4.641	17,9
Διατολόγοι	2.270	2.315	2.335	2.415	2.387	2.600	-	14,5
Ειδικό στην υγιεινή δοντιών	-	2.315	2.225	2.300	2.072	2.267	2.342	1,2
Διορθωτικοί θεραπευτές (Cesar)	920	935	925	880	831	840	851	-7,5
Διορθωτικοί θεραπευτές (Mensend- ieck)	945	950	975	880	831	840	851	-19,8
Χειρουργοί	408	430	415	455	468	471	501	22,8
Νοσηλεύτές σε:								
Νοσοκομεία	77.037	79.240	81.363	81.779	82.115	84.350	-	9,5
Κέντρα ψυχικής υγείας	24.964	25.005	26.461	25.675	24.100	28.300	-	13,4
Ιδρύματα αναπήρων	140.141	142.139	121.155	107.284	110.405	114.950	-	-18,0

Πηγή: Schäfer et al., 2010

Όπως προαναφέρθηκε, η ΠΦΥ της Ολλανδίας παρέχεται κυρίως από γενικούς ιατρούς. Η πλειοψηφία αυτών λειτουργεί σε ατομική βάση (ατομικά ιατρεία), ωστόσο συνηθίζονται και οι συνεργασίες μεταξύ τους για τη λειτουργία των “εκτός ωραρίου κέντρων” (out-of-hours centers). Τα κέντρα αυτά αριθμούν 105 στο σύνολο της χώρας και δραστηριοποιούνται στην παροχή ΠΦΥ σε έκτακτα περιστατικά εκτός εργάσιμων ωρών. Σε τυπική βάση, κάθε γενικός ιατρός δέχεται κατά μέσο όρο 30 επισκέψεις ασθενών την ημέρα και έχει περίπου 12 τηλεφωνικές συσκέψεις με ασθενείς (Muiser, 2007). Η μέση ετήσια συχνότητα επαφής των Ολλανδών ανά φύλο και ηλικία με το γενικό ιατρό τους παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.6.3.

Πίνακας 2.6.3: Μέσος ετήσιος αριθμός επαφών με το γενικό ιατρό (επισκέψεις και τηλεφωνικές γνωματεύσεις)

Ηλικία / Φύλο	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
0-4 ετών	3,2	3,0	3,1
5-14 ετών	2,2	2,2	2,2
15-24 ετών	2,0	4,2	3,1
25-44 ετών	2,7	5,1	3,9
45-64 ετών	5,3	7,3	6,3
65-74 ετών	9,1	11,0	10,3
>75 ετών	13,9	16,0	15,2
Σύνολο	4,3	6,4	5,4

Πηγή: Schäfer et al., 2010

2.6.6 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η βασική πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ολλανδία είναι η κοινωνική ασφάλιση. Το ασφαλιστικό σύστημα στην Ολλανδία παρουσιάζει μια ενδιαφέρουσα “ζύμωση” δημόσιου-ιδιωτικού τομέα που ξεκίνησε από το 2006 (Maarse and Bartholomé, 2007).

Η βασικότερη μεταρρύθμιση στο Ολλανδικό ασφαλιστικό σύστημα πραγματοποιήθηκε το 2006 με το “Νόμος Ασφάλισης Υγείας” (Health Insurance Act - HIA ή Zorgverzekeringswet - ZVW). Βασικές επιδιώξεις αυτής ήταν:

- i. **Η επίτευξη καθολικής κάλυψης στην ιατρική περίθαλψη**⁷: Κάθε πολίτης είναι υποχρεωμένος να έχει βασική ασφάλιση υγείας⁸ και αντίστοιχα κάθε ασφαλιστική εταιρία/οργανισμός οφείλει να αποδέχεται κάθε πολίτη⁹. Η υποχρεωτική ασφάλιση περιλαμβάνει ένα βασικό πακέτο παροχών - ίδιο για όλους τους ασφαλισμένους - σχετικών με νοσοκομειακή περίθαλψη, υπηρεσίες από γενικούς ιατρούς, συνταγογράφηση φαρμάκων και φροντίδα μητρότητας¹⁰. Γενικότερα, η βασική ασφάλιση καλύπτει πλήρως πράξεις πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι ασφαλισμένοι δύνανται να αποκτήσουν επικουρική ασφάλιση υγείας που περιλαμβάνει επιπρόσθετες παροχές πέραν του βασικού πακέτου (πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, φυσικοθεραπεία και αισθητική χειρουργική) (Roos and Schut, 2012).
- ii. **Η επίτευξη ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού (regulated or managed competition)**: Οι δημόσιοι ασφαλιστικοί οργανισμοί έχουν είτε ιδιωτικοποιηθεί είτε συγχωνευτεί με ιδιωτικούς μετατρέποντας το σύστημα σε “ιδιωτικό”. Γενικότερα, υπάρχει πληθώρα (ιδιωτικών - κερδοσκοπικών) ασφαλιστικών οργανισμών (περίπου 40 στο σύνολο) και ο ασθενής είναι ελεύθερος να επιλέξει μεταξύ αυτών

⁷ Το προγενέστερο σύστημα ασφάλισης θα μπορούσε να χαρακτηριστεί “δυο ταχυτήτων” και περιλάμβανε ιδιωτική ασφάλιση για τους ευκατάστατους και δημόσια ασφάλιση για τους υπόλοιπους πολίτες (περίπου 60% του πληθυσμού).

⁸ Υπάρχει πρόστιμο ιαόξιο με το 130% του ασφαλιστρού για τους ανασφάλιστους, ενώ υπάρχουν ειδικές εκπτώσεις φόρου ώστε να είναι εφικτή η ασφάλιση για άτομα χαμηλών εισοδημάτων. Άτομα χαμηλού εισοδήματος θεωρούνται εκείνα για τα οποία το “ονομαστικό ασφαλιστρο” ξεπερνά το 5% του οικογενειακού τους εισοδήματος.

⁹ Υπάρχουν ειδικές δικλίδες για την αποφυγή του αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων (risk selection).

¹⁰ Το βασικό ασφαλιστικό πακέτο περιλαμβάνει:

- Ιατρική περίθαλψη: ραντεβού με γενικούς ιατρούς, νοσοκομειακή περίθαλψη, φροντίδα από ειδικευμένους ιατρούς.
- Οδοντιατρική φροντίδα για άτομα κάτω των 18 ετών και ειδική οδοντιατρική φροντίδα για άτομα άνω των 18 ετών.
- Υπηρεσίες ασθενοφόρων.
- Μεταγεννητική φροντίδα και υπηρεσίες μαιών.
- Φάρμακα.
- Φροντίδα αποκατάστασης (π.χ. συμβουλές διαίτησης).
- Προγράμματα διακοπής καπνίσματος.

(Vaillancourt Rosenau and Lako, 2008). Η ασφαλιστική αγορά διέπεται από το ιδιωτικό δίκαιο, ρυθμίζεται από το Κράτος¹¹ και εστιάζει στον ασθενή. Κύριες πηγές ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς είναι η τιμή (ασφάλιστρο), η ποιότητα και οι πρόσθετες παροχές (Wilcox et al., 2011).

iii. Η προαγωγή της Π.Φ.Υ. και η αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας: Στην ΠΦΥ της Ολλανδίας κυριαρχεί ο θεσμός του “οικογενειακού ιατρού” (“huisartsen”). Κάθε ασφαλισμένος οφείλει να είναι εγγεγραμμένος σε ένα γενικό ιατρό (general practitioner - GP) ή εναλλακτικά πάροχο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (primary care provider - PCP), ο οποίος παρόμοια με ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) λειτουργεί ως “navigator” και “gatekeeper”¹².

Σε χρηματοδοτικό επίπεδο το ασφαλιστικό σύστημα στην Ολλανδία λειτουργεί ως εξής: Το ετήσιο ασφάλιστρο για κάθε ασφαλισμένο αποτελείται από δυο μέρη: το ονομαστικό ασφάλιστρο (nominal premium) και το βασισμένο στο εισόδημα ασφάλιστρο (income-dependent premium). Το ονομαστικό ασφάλιστρο καθορίζεται από την Κυβέρνηση (1.065 € για το 2009), ο ασφαλισμένος το πληρώνει κατευθείαν στον οργανισμό με τον οποίο συμβάλλεται, και αποτελεί το 50% της χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί το καταβάλουν στη συνέχεια στο “Συμβούλιο Ασφάλισης Υγείας” (College voor Zorgverzekeringen - CVZ). Το βασισμένο στο εισόδημα ασφάλιστρο παρακρατείται κατά την καταβολή της μισθοδοσίας σε κάθε εργαζόμενο¹³, καταβάλλεται από τον εργοδότη στην εφορία (tax office) και τελικά συλλέγεται από το “Συμβούλιο Ασφάλισης Υγείας”. Το CVZ ανακατανέμει τους ασφαλιστικούς πόρους στους ασφαλιστικούς οργανισμούς βάσει ενός συστήματος προσαρμογής στον κίνδυνο με κριτήρια αλληλεγγύης για τους ασφαλισμένους (φύλο, ηλικία, περιοχή διαμονής, κ.λπ.), ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα risk

¹¹ Ρυθμίζεται μέσω του Συμβουλίου Ασφάλισης Υγείας (College voor Zorgverzekeringen - CVZ) και του Εποπτικού Συμβουλίου Ασφάλισης Υγείας (College Toezicht Zorgverzekeringen - CTZ)

¹² Απαιτείται παραπεμπτικό από γενικό ιατρό για επίσκεψη σε ειδικευμένο ιατρό με εξαίρεση τις επείγουσες καταστάσεις (π.χ. επίσκεψη σε οφθαλμίατρο και σε Τ.Ε.Π. νοσοκομείων). Υπολογίζεται ότι το 96-98% των προβλημάτων υγείας αντιμετωπίζεται από τους γενικούς ιατρούς.

¹³ 6,5% του φορολογητέου εισοδήματος για τους μισθωτούς και κατά μέσο όρο 4,4% για τους αυτοαπασχολούμενους και τους συνταξιούχους.

selection. Στον Πίνακα 2.6.4 παρουσιάζονται τα ετήσια ασφάλιστρα (υποχρεωτικής ασφάλισης) που τέθηκαν για το 2006, καθώς και βασικά περιγραφικά στοιχεία αυτών.

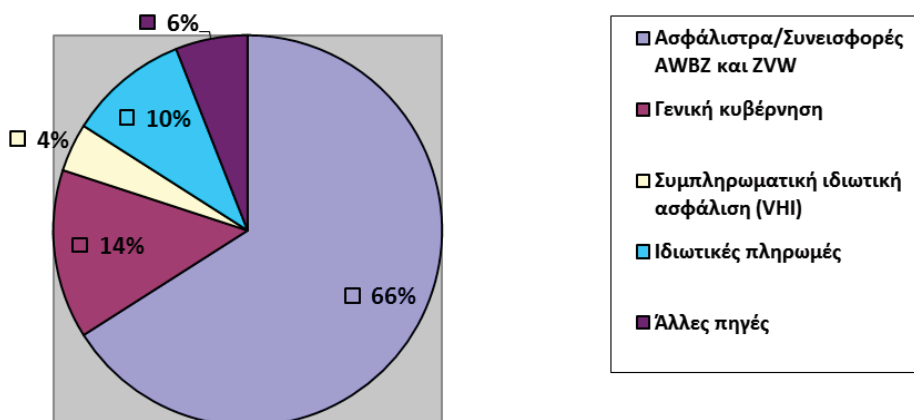
Πίνακας 2.6.4: Ετήσια ασφάλιστρα οργανισμών ασφάλισης υγείας

Ασφάλιστρο	Κανονικό συμβόλαιο	Συμβόλαιο αποκατάστασης	Συνδυαστικό συμβόλαιο
Μέσο ασφάλιστρο	1.066	1.095	1.085
Ελάχιστο ασφάλιστρο	1.048	990	1.038
Μέγιστο ασφάλιστρο	1.120	1.172	1.143
Διακύμανση ασφαλιστρού	72	182	105
Αριθμός διαθέσιμων συμβολαίων	19	21	9

Πηγή: Schäfer et al., 2010

Στο διάγραμμα 2.6.4 που ακολουθεί παρουσιάζεται η διάρθρωση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ολλανδία.

Διάγραμμα 2.6.4: Πηγές χρηματοδότησης Ολλανδικού συστήματος υγείας (2008)



Πηγή: Schäfer et al., 2010

2.6.7 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ

Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ στην Ολλανδία προέρχεται από την Ασφάλιση Υγείας (ZFW). Παρέχεται δικαίωμα για εισοδο σε νοσοκομείο, ιατρική, παραϊατρική φροντίδα και περιορισμένη κάλυψη για οδοντιατρική φροντίδα. Παρέχονται επίσης ιατρικά βοηθητικά μέσα, φάρμακα, επίδεσμοι και αποκατάσταση. Για κάποιες από αυτές τις παροχές προβλέπεται συμμετοχή από τον ασφαλισμένο.

Ασφαλιζονται μισθωτοί με ετήσιο μισθό όχι πάνω από 31.750 €. Η εισφορά υπολογίζεται επί του μισθού και ανέρχεται για τον εργαζόμενο σε 1,70% και για τον εργοδότη σε 6,75%. Επιπλέον, από το 2000 ασφαλιζονται και αυτοαπασχολούμενοι που έχουν φορολογητέο εισόδημα έως 20.250 €, καθώς και ο σύντροφος (είτε από γάμο είτε από συγκατοίκηση) ο οποίος είναι κάτω των 65 ετών και ανήκει στο νοικοκυριό του ασφαλισμένου, αλλά και τα φυσικά ή τα υιοθετημένα παιδιά του ως εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς του.

Όσοι είναι άνω των 65 ετών ασφαλιζονται στο πρόγραμμα αυτό εάν την τελευταία ημέρα του μήνα πριν την ημερομηνία που φτάνουν στα 65 χρόνια τους ήταν ασφαλισμένοι στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, και εφόσον τα τελευταία πέντε χρόνια είχαν για τρία χρόνια ασφάλιση στο πρόγραμμα αυτό. Όσοι είναι 65 ετών και άνω και είναι ιδιωτικά ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν να ασφαλιστούν σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα αν το ετήσιο οικογενειακό φορολογητέο εισόδημά τους είναι λιγότερο από 20.200 €. Οι συνταξιούχοι πληρώνουν εισφορά 8,45%.

Πέραν των κατά τα ως άνω καταβαλλομένων εισφορών, καταβάλλεται επίσης υποχρεωτικά και ένα καθορισμένο ποσό κατά μήνα (το ποσό ποικίλλει ανάλογα με το φορέα ασφάλισης) από κάθε ασφαλισμένο.

Ο προϋπολογισμός δαπανών ανά κατηγορία παρόχου ΠΦΥ (συμπεριλαμβανομένων των παρόχων δευτεροβάθμιας φροντίδας) παρατίθεται σε απόλυτους αριθμούς και ποσοστά στον πίνακα 2.6.5 που ακολουθεί. Τα δεδομένα αφορούν επιλεγμένα έτη από το 1998 έως το 2007.

Πίνακας 2.6.5: Δαπάνες υγείας ανά πάροχο (1998-2007)

Πάροχοι	1998		2000		2005		2007	
	'000 ευρώ	%	'000 ευρώ	%	'000 ευρώ	%	'000 ευρώ	%
Νοσοκομεία και ειδικοί ιατροί	10.079	42,07	11.261	41,9	16.979	43,3	18.315	42,9
Ψυχική υγεία	2.262	9,6	2.572	9,6	4.048	10,3	4.497	10,5
Γενικοί ιατροί	1.318	5,6	1.492	5,6	1.970	5,0	2.446	5,7
Οδοντίατροι	1.191	5,0	1.324	4,9	1.852	4,7	2.058	4,8
Βοηθητική φροντίδα	778	3,3	915	3,4	1.227	3,1	1.632	3,8
Δημοτική φροντίδα υγείας	384	1,6	439	1,6	707	1,8	796	1,9
Επαγγελματική φροντίδα υγείας	679	2,9	872	3,2	1.137	2,9	963	2,3
Φαρμακευτική φροντίδα	3.363	14,2	4.006	14,9	5.482	14,0	5.980	14,0
Θεραπευτικές συσκευές	1.663	7,0	1.853	6,9	2.479	1,3	2.672	6,3
Πάροχοι υποστηρικτικών υπηρεσιών	619	2,6	737	2,7	1.145	2,9	1.184	2,8
Λοιποί Πάροχοι	1.268	5,4	1.402	5,2	2.162	5,5	2.191	5,1
Σύνολο	23.602	100,00	26.874	100,00	39.188	100,00	42.735	100,00

Πηγή: Schäfer et al., 2010

2.6.8 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ

Στην Ολλανδία δίνονται προϋπολογισμοί υγείας στα ασφαλιστικά ταμεία ομοίως με την Ελλάδα. Ο προϋπολογισμός που λαμβάνουν στηρίζεται σε ένα μοντέλο αμοιβής κατά κεφαλή και ως κριτήρια καθορισμού του ύψους της αμοιβής αυτής χρησιμοποιούνται η ηλικία, το φύλο, ο τόπος διαμονής και η επαγγελματική κατάσταση του ασφαλισμένου. Η περίπτωση της χώρας αυτής, παρουσιάζει ενδιαφέρον, καθώς ήταν η χώρα που μαζί με την Αυστρία, έκαναν πειραματισμούς δίνοντας στους πολίτες προϋπολογισμούς προκειμένου να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες τους.

Στην Ολλανδία, για τους ασθενείς χαμηλού εισοδήματος, οι γιατροί αμείβονται κατά κεφαλήν, ενώ για τους εύπορους, κατά πράξη. Για τους ειδικούς γιατρούς, οι αμοιβές που καταβάλλονται σε ιδιωτική βάση είναι διπλάσιες από τις αμοιβές που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι στα δημόσια ταμεία υγείας. Οι περισσότεροι ειδικοί γιατροί αμείβονται κατά πράξη, ανεξάρτητα από το είδος του ασφαλιστικού ταμείου που τους αποζημιώνει. Με βάση το νόμο του 1980 για τις τιμές στη φροντίδα υγείας (Health Care Price Act) μια ειδική αυτόνομη αρχή, το Κεντρικό Γραφείο για τις Τιμές στη Φροντίδα Υγείας (Central Office on Health Care Prices) θέτει τις κατευθυντήριες γραμμές για τη σύνθεση και τον υπολογισμό των τιμών. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές, αφού εγκριθούν από την κυβέρνηση, χρησιμοποιούνται από τις οργανώσεις των προμηθευτών και των ασφαλιστικών φορέων στη διαπραγμάτευση των πραγματικών αμοιβών, οι οποίες με τη σειρά τους πρέπει να εγκριθούν από το Κεντρικό Γραφείο για τις Τιμές στη Φροντίδα Υγείας. Οι ενώσεις των γενικών και των ειδικών γιατρών, από τη μία πλευρά και εκείνες των ταμείων υγείας και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών από την άλλη ορίζονται με νόμο ως διαπραγματευτές (Van der Feltz-Cornelis et al., 2009).

Στην ΠΦΥ η μέθοδος αποζημίωσης ανά κατηγορία παρόχου έχει ως εξής:

- ♦ Οικογενειακοί ιατροί: Εφαρμόζεται συνδυασμός συστήματος ετήσιας κατά κεφαλήν αποζημίωσης (capitation) (€50 ανά έτος ανά ασφαλισμένο) και συστήματος κατά πράξη αποζημίωσης (fee-for-service) (€9 ανά επίσκεψη, υψηλότερα ποσά για χρονοβόρες επισκέψεις και επισκέψεις κατ' οίκον). Με τη μεταρρύθμιση του 2006 δημιουργήθηκε λίστα διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων βάσει της οποίας καθορίζεται η αποζημίωση. Υπολογίζεται ότι το 70% του εισοδήματος των γενικών ιατρών προέρχεται από την κατά κεφαλή αμοιβή και το 30% από κατά πράξη αμοιβές. Συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος των επισκέψεων δεν υπάρχει (co-payments). Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αποζημιώνουν τους γενικούς ιατρούς με επιπλέον €40-€50 ανά ασφαλισμένο που πάσχει από χρόνια ασθένεια (πληρωμή κάθε τρίμηνο).
- ♦ Λοιποί επαγγελματίες υγείας (φαρμακοποιοί, μαιές, ψυχοθεραπευτές, κ.λπ.): Εφαρμόζεται κατά πράξη αποζημίωση (fee-for-service).
- ♦ Κοινωνικοί λειτουργοί και πάροχοι κατ' οίκον υπηρεσιών: Εφαρμόζεται αποζημίωση με μισθό (salary).

Αναφορικά με το συνδυασμό του κατά πράξη και κατά κεφαλή συστήματος αποζημίωσης, παρατίθενται στοιχεία μέγιστης αμοιβής στον πίνακα 2.6.6 που ακολουθεί:

Πίνακας 2.6.6: Μέγιστη αμοιβή γενικών ιατρών και νοσηλευτών για επιλεγμένες υπηρεσίες (2009)

Τρίμηνη κατά κεφαλή αμοιβή		
Υπηρεσίες σε ασφαλισμένους μη υποβαθμισμένων περιοχών		
Ασφαλισμένοι <65 ετών	€13,00	
Ασφαλισμένοι 65-75 ετών	€14,70	
Ασφαλισμένοι >= 75 ετών	€15,40	
Υπηρεσίες σε ασφαλισμένους υποβαθμισμένων περιοχών		
Ασφαλισμένοι <65 ετών	€14,70	
Ασφαλισμένοι 65-75 ετών	€16,50	
Ασφαλισμένοι >= 75 ετών	€17,20	
Κατά πράξη αμοιβή	Γενικοί ιατροί	Νοσηλευτές
Γνωμάτευση	€9,00	€9,00
Γνωμάτευση >20 λεπτά	€18,00	€18,00
Κατ' οίκον επίσκεψη	€13,50	€13,50
Κατ' οίκον επίσκεψη >20 λεπτά	€22,50	€22,50
Τηλεφωνική γνωμάτευση	€4,50	€4,50
Επαναλαμβανόμενη συνταγογράφηση	€4,50	€4,50
Εμβολιασμός	€4,50	€4,50
Γνωμάτευση μέσω e-mail	€4,50	€4,50
Εκτός ωραρίου υπηρεσίες	50,20	-

Πηγή: Schäfer et al., 2010

2.6.9 Έλεγχος και Ποιότητα

Η διασφάλιση ποιότητας είναι υψηλής προτεραιότητας ζήτημα στην Ολλανδία. Πολύ νωρίς, στα τέλη της δεκαετίας '70, οι επαγγελματικοί ιατρικοί σύλλογοι και οργανισμοί έθεσαν ένα πλήθος κινήτρων σχετικών με την ανάπτυξη οδηγιών για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και με την εισαγωγή κύκλων ποιότητας. Οι μεταρρυθμίσεις του Dekker στα τέλη των '80s και στις αρχές των '90s έδωσαν ισχυρή ώθηση για την βελτίωση της ποιότητας. Με σχέδια που προήγαγαν τον ανταγωνισμό, η ανάπτυξη προτύπων και κάποιων μέτρων διασφάλισης ποιότητας έγινε ζήτημα άμεσης προτεραιότητας, όχι μόνο για να συμβαδίζουν με τις αλλαγές αλλά και για να προετοιμαστούν γι' αυτές. Στο μεταξύ, η κυβέρνηση θέσπισε ένα νομικό πλαίσιο για τη διασφάλιση της ποιότητας το 1996 ψηφίζοντας ένα νόμο για τους φορείς φροντίδας υγείας και ένα άλλο νόμο για τους ιδιώτες προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Το βασικό χαρακτηριστικό της νομοθεσίας ήταν ότι τοποθετεί την υπευθυνότητα για την πρακτική εφαρμογή των προτύπων στα χέρια των ίδιων των παραγωγών των υπηρεσιών υγείας (ή των ομάδων τους), ενώ οι κρατικές αρχές παίζουν ρόλο υποβοηθητικό και ταυτόχρονα επιβλέπουν τους προμηθευτές ως ένα βαθμό (Maarse and Bartholomé, 2007).

Οι φορείς πρέπει να υποβάλλουν μια ετήσια έκθεση για την ποιότητα των υπηρεσιών τους και τα μέτρα διασφάλισης της ποιότητας στην κρατική Επιθεώρηση Υπηρεσιών Υγείας (Health Care Inspectorate). Η διασφάλιση της ποιότητας, όσον αφορά την Πρωτοβάθμια Ιατρική φροντίδα, είναι εντυπωσιακή σε σχέση με τις άλλες χώρες. Η κινητήριος δύναμη στην ανάπτυξη της ήταν κάποιοι επαγγελματικοί οργανισμοί, όπως ο Ολλανδικός Σύλλογος Γενικών Γιατρών και η Εθνική Ένωση Οικογενειακών Γιατρών, τα Τμήματα Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας σε διάφορα Πανεπιστήμια και το Κέντρο Ποιότητας της Έρευνας Φροντίδας (Center for Quality of Care Research – WOK) στα Πανεπιστήμια του Nijmegen και του Maastricht.

Ένας σημαντικός παράγοντας για τη διασφάλιση ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα είναι η «ερευνητική ανασκόπηση» (peer review). Αυτή είναι μια διαδικασία που γίνεται σε τοπικό επίπεδο και στην οποία κάποιες ομάδες γιατρών Πρωτοβάθμιας φροντίδας συναντώνται 6 με 12 φορές το χρόνο, σε κύκλους ποιότητας, υπό την καθοδήγηση ενός εκπαιδευτή, για να ανταλλάξουν εμπειρίες και να συζητήσουν προβλήματα που συναντούν. Μέχρι τώρα, έχουν δημιουργηθεί 800 κύ-

κλοι ποιότητας σε όλη τη χώρα και παρακολουθούνται από το 80% των γιατρών Πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Το 60 με 70% των κύκλων ποιότητας βασίζονται στις συζητήσεις τους, για τις διάφορες διαδικασίες περίθαλψης, σε οδηγίες περίθαλψης που στηρίζονται σε πραγματικά στοιχεία. Ως αποτέλεσμα αυτού, αυτές οι οδηγίες έχουν μεγάλη επιρροή στην πρακτική τους. Από το 1997, ο Ολλανδικός Σύλλογος Γενικών Γιατρών έχει αναπτύξει περίπου 70 οδηγίες για τους γιατρούς Πρωτοβάθμιας φροντίδας. Έχει αναπτυχθεί μια διαδικασία 16 βημάτων, της οποίας το πρώτο βήμα είναι να δημιουργούνται ερωτήσεις και να συζητούνται σε ομάδες. Οι οδηγίες που προτείνονται από τις ομάδες συζήτησης, αξιολογούνται από τους επιστήμονες και τους γενικούς γιατρούς σε μια διαδικασία κυκλική και γίνονται βελτιώσεις σ' αυτές, πριν να δοθούν σε δημοσιότητα. Η συνολική διαδικασία διαρκεί περίπου 18 μήνες για κάθε οδηγία. Για την εφαρμογή τους, οι οδηγίες δημοσιεύονται σε σχετικά επαγγελματικά περιοδικά. Η πραγματική εφαρμογή των οδηγιών γίνεται σε εθελοντική βάση. Πολλές έρευνες του WOK έχουν δείξει τη θετική ανταπόκριση του ιατρικού κόσμου προς αυτές και τον υψηλό βαθμό εφαρμογής τους στην ιατρική πρακτική. Ο δείκτης εφαρμογής κυμαίνεται στο 70%, και για κάποια ειδικά προγράμματα 80% σε κάποιες περιοχές (γρίπη και πρόληψη καρκίνου). Επίσης σχεδιάζονται κι άλλα συμπληρωματικά προγράμματα και κάποια είναι σε εξέλιξη αυτή τη στιγμή (Wilcox et al., 2011).

Επιπροσθέτως, το WOK έχει συνεργαστεί με επαγγελματικούς οργανισμούς κατά τα δέκα τελευταία χρόνια για την ανάπτυξη και δοκιμή διαφόρων «διαδικασιών ελέγχου» (monitoring procedures), για το πεδίο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι στόχοι είναι να καθοριστούν κάποιες θεραπευτικές διαδικασίες οι οποίες θα συμφωνούν με τις οδηγίες, θα εκτιμούν το επίπεδο των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας και επίσης θα αποτιμούν την επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών. Μ' αυτόν τον τρόπο εμπλέκεται η στατιστική αξιολόγηση των ιατρικών εκθέσεων, η εξέταση των γιατρών και η βιντεοσκόπηση των ιατρικών επισκέψεων. Η αποδοχή αυτής της διαδικασίας μεταξύ των γιατρών είναι εξαιρετικά υψηλή. Άλλο ένα στοιχείο για την ανάπτυξη των οδηγιών είναι η μετάφραση της «ιατρικής διαλέκτου» σε γλώσσα κατανοητή από τους ασθενείς. Αυτό τους βοηθάει να καταλάβουν τα μέτρα της περίθαλψής τους και επίσης προάγει την επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς (Wilcox et al., 2011).

2.6.10 Άλλα Συναφή Ζητήματα και Πηγές

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στην Ολλανδία η μακροχρόνια φροντίδα χρηματοδοτείται από το πρόγραμμα AWBZ, δηλαδή το υποχρεωτικό ασφαλιστικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας. Πρόσφατα έχει εκδηλωθεί μια τάση για αλλαγή στα πλαίσια του προγράμματος αυτού, καθώς οι ασφαλισμένοι φαίνονται να απαιτούν υπηρεσίες σύμφωνα με τις ανάγκες τους και τις προτιμήσεις τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το ότι οι ηλικιωμένοι ασφαλισμένοι ζητούν μέσω των ενώσεών τους μεταρρυθμίσεις όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Οι παροχείς φροντίδας υγείας αναζητούν ευκαιρίες να διαχωρίσουν τις ρυθμίσεις τους και οι πολιτικοί βλέπουν μια πιθανότητα να μειώσουν το κόστος. Αναμένονται νέες νομοθετικές ρυθμίσεις, καθώς οι σύγχρονες ισχύουσες εμποδίζουν την ανάπτυξη τέτοιων στρατηγικών. Στην δημόσια συζήτηση αναφέρονται τρεις διαφορετικές προοπτικές (Karen, 2007):

- Μεγαλύτερη ευελιξία για τις απαιτήσεις της ασφάλισης υγείας.
- Διαχωρισμός της στέγασης από τη φροντίδα, ολοκλήρωση της φροντίδας υγείας σε άλλα επίπεδα πολιτικής.
- Εισαγωγή ιδιωτικών προϋπολογισμών.

Τα πιο ευέλικτα σχήματα αναμένεται να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών, ειδικά την αποδοτικότητα και τη συνέχεια στη φροντίδα. Η προσέγγιση αυτή απαιτεί νομοθεσία επικεντρωμένη στον εξωνοσοκομειακό τομέα και την πρωτοβάθμια φροντίδα για τους ηλικιωμένους. Η άλλη προσέγγιση χρειάζεται μια διαφοροποίηση μεταξύ της απλής στέγασης των ηλικιωμένων με επίβλεψη και της φροντίδας υγείας στο σπίτι.

2.6.11 Συμπέρασμα και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ

Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν από την Επιτροπή Dekker έθεσαν τις βάσεις για την εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού στον παραδοσιακά κρατικό κορμό της νομοθεσίας για το σύστημα υγείας. Σήμερα βέβαια, γίνεται λίγη χρήση των ευκαιριών για ανταγωνισμό και ο ανταγωνισμός στην Ολλανδία βρίσκεται σε πολύ αρχικό στάδιο.

Η επιτυχία στη συγκράτηση των δαπανών – η Ολλανδία έχει τις χαμηλότερες δαπάνες υγείας από όλες τις χώρες που έχουν σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – οφείλεται κυρίως στην έντονα κρατική διευθέτηση των ζητημάτων. Αυτό ισχύει κυρίως για τον τομέα του νοσοκομειακού σχεδιασμού, όπου ο αποδοτικός προγραμματισμός των νοσοκομειακών αναγκών έχει οδηγήσει σε έναν, κάτω του μέσου όρου, αριθμό κρεβατιών σε σύγκριση με άλλες χώρες.

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από την ισχυρή παρουσία του οικογενειακού γιατρού, του οποίου ο ρόλος του «gatekeeper» δημιουργεί ένα σύνδεσμο μεταξύ της Πρωτοβάθμιας φροντίδας και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η Ολλανδία έχει το χαμηλότερο δείκτη παραπομπών για επείγουσα νοσοκομειακή νοσηλεία. Η αποζημίωση των οικογενειακών γιατρών, η οποία γίνεται σε μια βάση αμοιβής ανά ασθενή, εξαλείφει τα κίνητρα για αύξηση της ποσότητας των υπηρεσιών. Οι καθορισμένες αμοιβές ανά ασθενή, οι ολοκληρωμένες δομές φροντίδας, σε συνδυασμό με τον κρατικό σχεδιασμό κάλυψης των νοσοκομειακών αναγκών είναι οι παράγοντες επιτυχίας του αποδοτικού συστήματος ιατρικής φροντίδας.

Τα πρότυπα διασφάλισης ποιότητας είναι εκπληκτικά και, κυρίως, έχουν προταθεί αρχικά από τους ηγέτες του ιατρικού επαγγέλματος. Αυτό το γεγονός αποδεικνύεται από το πανεθνικό πρόγραμμα ανάπτυξης οδηγιών, με συνεργασία και συναίνεση όλων των φορέων σχεδόν, τον υψηλό βαθμό εφαρμογής στην πράξη αυτών των οδηγιών, και των αυτό-επιβαλλόμενων υποχρεώσεων για συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και επαναπιστοποίηση των γιατρών.

Τα δικαιώματα των ασθενών στην Ολλανδία, έχουν ουσιαστικό περιεχόμενο και είναι σεβαστά, και στον τομέα αυτό η χώρα είναι μοντέλο για την θέσπιση νομοθεσίας και στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Η γενική ικανοποίηση του πληθυσμού είναι υψηλή και μόνο οι εθνικές υπηρεσίες υγείας της Δανίας και της Φινλανδίας έχουν ψηλότερους δείκτες ικανοποίησης.

Η σύγκριση του συστήματος υγείας μεταξύ Ελλάδας - Ολλανδίας ολοκληρώνεται βάσει των παρακάτω κριτηρίων:

- I. Μορφή συστήματος υγείας:** Το σύστημα υγείας στην Ολλανδία δε θα μπορούσε να χαρακτηριστεί εθνικό (NHS), όπως είναι το ισχύον στην Ελλάδα. Στην Ολλανδία, είναι έντονη η παρουσία του ιδιωτικού τομέα και οι δυνάμεις ανταγωνισμού που δημιουργεί αυτός, παρά το γεγονός ότι είναι ρυθμιζόμενος από την Κυβέρνηση.
- II. Χρηματοδότηση συστήματος υγείας:** το Ολλανδικό σύστημα είναι ένα σύστημα κατά κύριο λόγο κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck) συγχρηματοδοτούμενο σε πολύ μικρότερο βαθμό από το κράτος (Beveridge) και από αρκετά περιορισμένες ιδιωτικές πληρωμές. Φαινομενικά λοιπόν προσομοιάζει στο μικτό σύστημα χρηματοδότησης της Ελλάδας. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης (ποσοστά 2010). Στην Ολλαν-

δια, η συνολική χρηματοδότηση προέρχεται κατά 86% από δημόσιες πηγές (κοινωνική ασφάλιση και κρατικός προϋπολογισμός), 6% από ιδιωτικές πληρωμές, 5% από ιδιωτική ασφάλιση και 3% από λοιπές πηγές. Αντιθέτως, στην Ελλάδα η συνολική χρηματοδότηση προέρχεται κατά 59% από δημόσιες πηγές, 38% από ιδιωτικές πληρωμές και 2% από ιδιωτική ασφάλιση. Οι υψηλές ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket), που παραδοσιακά ισχύουν στο Ελληνικό σύστημα υγείας, παρουσίασαν ετήσια αύξηση της τάξης του 0,6% κατά την περίοδο 2000-2010, ενώ για την ίδια περίοδο στην Ολλανδία σημειώθηκε μείωση της τάξης του 3,9%.

- III. Κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία:** Η κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία παρουσιάζει επίσης αποκλίσεις. Κατά το 2010, διαμορφώθηκε στην Ολλανδία στα 3.890 €, ενώ στην Ελλάδα στα 2.244 €. Σημειώνεται ότι ο μέσος όρος στην Ευρώπη διαμορφώθηκε στα 2.171 € για το ίδιο έτος. Όσον αφορά τον ετήσιο ρυθμό μεταβολής της κατά κεφαλήν δαπάνης, κινήθηκε παρομοίως στις δυο χώρες για την περίοδο 2000-2009 (+5,5% στην Ολλανδία, +5,7% στην Ελλάδα), ενώ υπάρχει αντίθετη εξέλιξη κατά το 2010 (+2% στην Ολλανδία, -6,7% στην Ελλάδα).
- IV. Αριθμός ασφαλιστικών οργανισμών:** Στην Ολλανδία δεν υπάρχει μόνο ένας ασφαλιστικός οργανισμός. Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο με περίπου 40 οργανισμούς που λειτουργούν υπό την εποπτεία του Κράτους (ρυθμιζόμενος ανταγωνισμός). Αντιθέτως, στην Ελλάδα επιχειρείται σταδιακά η ενοποίηση όλων των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ (μονοψώνιο). Συνεπώς, οργανωτικές αλλαγές είναι άσκοπο να προταθούν τη δεδομένη χρονική στιγμή για τον ΕΟΠΥΥ.
- V. Επιλογή ασφαλιστικών οργανισμών:** Ο Ολλανδός εργαζόμενος είναι ελεύθερος να επιλέξει τον ασφαλιστικό του οργανισμό. Στην Ελλάδα ο ασφαλιστικός οργανισμός καθορίζεται αποκλειστικά από τον επαγγελματικό κλάδο δραστηριοποίησης του εργαζομένου.
- VI. Καθολική ασφάλιση:** Παρά το γεγονός ότι το Ολλανδικό σύστημα σχεδιάστηκε με σκοπό την επίτευξη καθολικής ασφάλισης, τα πιο πρόσφατα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. για το 2010 δείχνουν ότι η κάλυψη για ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών αγγίζει το 98,9% του συνολικού πληθυσμού. Η αντίστοιχη κάλυψη στην Ελλάδα είναι πλήρης (100%). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα στην Ολλανδία να υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη για επικουρική ασφάλιση (βλ. II.)

VII. Σχέση μεταξύ παρόχων ΠΦΥ και ασφαλιστικών οργανισμών:

Και στις δυο χώρες η σχέση αυτή είναι συμβολαϊκή (contractual). Ωστόσο, στην Ολλανδία οι όροι των συμβολαίων είναι ελεύθερα διαπραγματεύσιμοι σε εθνικό επίπεδο μεταξύ της Κυβέρνησης, των παρόχων, των ασφαλιστικών οργανισμών και των εμπλεκόμενων συνδικαλιστικών οργανώσεων. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί επιτρέπεται να συμβάλλονται επιλεκτικά με παρόχους ΠΦΥ και να προσανατολίζουν τους ασφαλισμένους τους προς προτιμώμενους παρόχους.

VIII. Πάροχοι ΠΦΥ: Οι βασικοί πάροχοι ΠΦΥ είναι παρόμοιοι στις δυο χώρες. Ωστόσο, η κυριότερη διαφορά είναι ο εκτεταμένος ρόλος του οικογενειακού (γενικού) ιατρού στο Ολλανδικό σύστημα υγείας. Επίσης, στην Ολλανδία δεν υπάρχουν τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία, ωστόσο θα μπορούσαν να παραλληλιστούν με τα out-of-hours centers που συστήνουν οι γενικοί ιατροί. Επιπλέον, στην Ολλανδία συνηθίζεται οι ασφαλιστικοί οργανισμοί να εφαρμόζουν τη στρατηγική της κάθετης ολοκλήρωσης, δηλαδή να δημιουργούν ιδιόκτητες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή η στρατηγική θα μπορούσε - έως ένα βαθμό - να παραλληλιστεί με τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ (πρώην Ι.Κ.Α.). Μια ακόμη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο χώρες είναι η αναλογία ιατρών στον πληθυσμό. Στην Ολλανδία η αναλογία αυτή ήταν για το 2010 2,9 ιατροί ανά 1.000 κατοίκους, ενώ στην Ελλάδα 6,1 ιατροί ανά 1.000 κατοίκους. Η διάρθρωση αυτών διαφέρει εξίσου. Στην Ολλανδία, το 43% των ιατρών ασκούν τη γενική ιατρική και το υπόλοιπο 57% κάποια ειδικότητα. Αντιθέτως, στην Ελλάδα οι γενικοί ιατροί αποτελούν μόλις το 5% του συνόλου και οι ειδικευμένοι το 56%. Επιπλέον, στην Ελλάδα οι μαιές και οι νοσηλεύτες δε συνηθίζεται να λογίζονται ως πάροχοι ΠΦΥ.

IX. Μέθοδος αποζημίωσης παρόχων ΠΦΥ: Στην Ολλανδία εφαρμόζεται συμπληρωματικά στην κατά πράξη αποζημίωση η κατά κεφαλήν αποζημίωση για τους γενικούς ιατρούς, ενώ στην Ελλάδα μονοπωλεί η κατά πράξη αποζημίωση. Βέβαια, στην Ελλάδα απουσιάζει λίστα διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων βάσει της οποίας καθορίζεται η αποζημίωση των γενικών ιατρών. Ακόμη, η αμοιβή κατά επίσκεψη (fee-for-consultation) προς τους Ολλανδούς γενικούς ιατρούς είναι "ευέλικτη" υπό την έννοια ότι προσαρμόζεται ανάλογα σε ειδικές περιπτώσεις. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει στην Ελλάδα. Η αποζημίωση κατά επίσκεψη είναι σταθερή στα 10 € και το επι-

πρόσθετο κόστος ορισμένων περιστατικών μετακυλύει στον ασφαλισμένο (co-payments). Συνεπώς, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και θα ήταν δυνατό να εφαρμόσει ο ΕΟΠΥΥ παρόμοια διαβάθμιση κατά πράξη αμοιβών με αυτή που εφαρμόζεται στην Ολλανδία.

2.6.12 Βιβλιογραφία

- Karen D. (2007), Learning from high performance health systems around the globe. The Commonwealth Fund, available at *www.cmwf.org*.
- Maarse H. and Bartholomé Y. (2007), A public–private analysis of the new Dutch health insurance system. *European Journal of Health Economics*, 8(1), pp. 77-82.
- Muiser J. (2007), The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing. *Discussion paper no. 3*, World Health Organization, Geneva.
- OECD (2012), *Health at glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
- Roos A-F. and Schut F. (2012), Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, 13(1), pp. 51-62.
- 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*, 2010, 12(1), pp. 1-229.
- Statistics Netherlands (2010), Number of people without medical insurance coverage stable. Web magazine, 01 April 2010 15:00, available at <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3087-wm.htm>.
- Vaillancourt Rosenau P. and Lako C. (2008), An experiment with regulated competition and individual mandates for universal health care: the new Dutch health insurance system. *Journal of Health Politics*, 33(6), pp. 1031-1055.
- Van den Berg M., De Bakker D., Westert G., Van der Zee J. and Groenewegen P. (2009), Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations?. *BMC Health Services Research*, 9(39), available at www.biomedcentral.com.
- Van der Feltz-Cornelis C., Knispel A. and Elfeddali I. (2009), Treatment of mental disorder in the primary care setting in the Netherlands in the light of the new reimbursement system: a challenge??. *International Journal of Integrated Care*, 8, pp. 1-14.

- Van Weel C., Schers H. and Timmermans A. (2012), Healthcare in the Netherlands. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(S1), pp. S12-17.
- Van der Feltz-Cornelis C., Knispel A. and Elfeddali I. (2009), Treatment of mental disorder in the primary care setting in the Netherlands in the light of the new reimbursement system: a challenge?". *International Journal of Integrated Care*, 8, pp. 1-14.
- Van Weel C., Schers H. and Timmermans A. (2012), Healthcare in the Netherlands. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(S1), pp. S12-17
- Willcox S., Lewis G. and Burgers J. (2011), Strengthening primary care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands. The Commonwealth Fund, available at *www.cmwf.org*.
- Willcox S., Lewis G. and Burgers J. (2011), Strengthening primary care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands. The Commonwealth Fund, available at *www.cmwf.org*.
- www.cbs.nl*.

2.7 Σύστημα Υγείας ΗΠΑ

2.7.1 Περίληψη

Οι τιμές που πληρώνονται για τις υπηρεσίες υγείας στις Η.Π.Α., όπως και οι συνολικές δαπάνες υγείας είναι οι υψηλότερες παγκοσμίως, ενώ την ίδια στιγμή δεν υπάρχει καθολική δημόσια κάλυψη των αναγκών υγείας. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα είναι κυρίαρχος και παράλληλα η χώρα είναι ο παγκόσμιος επικεφαλής σε θέματα ιατρικής καινοτομίας.

Το δημόσιο σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης καλύπτει ένα σχετικά μικρό ποσοστό του πληθυσμού, μέσα από κρατικές, πολιτειακές, δημοτικές και κοινοτικές δομές. Τα σημαντικότερα δημόσια προγράμματα υγείας είναι το Medicare που καλύπτει πολίτες και μακροχρόνιους κατοίκους άνω των 65 ετών ή ανάπηρους, το Medicaid που καλύπτει άτομα χαμηλού εισοδήματος διαφόρων κατηγοριών, το δημόσιο πρόγραμμα ασφάλισης όσων παιδιών εξαιρούνται από το Medicaid και μια σειρά από επιμέρους μικρότερα προγράμματα που καλύπτουν τα στελέχη και τους βετεράνους των ενόπλων δυνάμεων. Παράλληλα, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων έχουν την υποχρέωση να δέχονται όλα τα περιστατικά, ανεξάρτητα από τη δυνατότητα πληρωμής των ασθενών, ωστόσο η πρόβλεψη αυτή δε συνοδεύεται από αντίστοιχη οικονομική ενίσχυση.

Ελάχιστοι γιατροί ακολουθούν τις ειδικότητες γενικής ιατρικής, καθώς προτιμώνται οι υψηλότερες αμοιβές των ειδικοτήτων, ενώ δίνεται έμφαση στη χρηματοδότηση περιπτώσιακών και ασυντόνιστων υπηρεσιών με αποτέλεσμα να υποστηρίζονται οι δαπανηρές και συχνά περιττές εξειδικευμένες θεραπείες εις βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το σύστημα υγείας βασίζεται στους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organization, HMOs), οι οποίοι συνδυάζουν μεγάλες ομάδες ιατρικού προσωπικού και συμβόλαια με εργοδότες για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μεγάλες ομάδες εργαζομένων, σε ένα πλαίσιο πληρωμένων υπηρεσιών από νοσοκομεία, κλινικές και ιατρεία.

Το πρόγραμμα Medicaid χρηματοδοτείται από κοινού από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και τις Πολιτείες. Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση πληρώνει τις Πολιτείες με ένα συγκεκριμένο ποσοστό, το οποίο διαμορφώνεται με βάση το κατά κεφαλήν εισόδημα. Κάθε Πολιτεία πληρώνει είτε απευθείας για τις προσφερόμενες υπηρεσίες με βάση τις τιμές της αγοράς, είτε συνάπτει συμβόλαιο με οργανισμούς που διαθέτουν δίκτυα παροχής υπηρεσιών υγείας, και πληρώνει σταθερό μηνιαίο αντίτιμο με

βάση τη μέση αναμενόμενη χρήση, την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, τον τύπο απασχόλησης, τον τόπο διαμονής και το ιατρικό ιστορικό. Η περίθαλψη των ανασφάλιστων συχνά προσφέρεται ως φιλανθρωπία.

2.7.2 Εισαγωγή

Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από τα συστήματα των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως και από την Ελλάδα. Οι Η.Π.Α. δαπανούν για το σύστημα υγείας περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ και οι τιμές που πληρώνονται για υπηρεσίες υγείας είναι υψηλότερες από οπουδήποτε άλλου στον κόσμο. Ωστόσο, παρόλο που και οι 19 πλουσιότερες χώρες (με βάση το ΑΕΠ) πληρώνουν λιγότερο από το μισό για το σύστημα υγείας σε σχέση με τις Η.Π.Α., όλες έχουν κερδίσει περίπου 6 χρόνια περισσότερα προσδοκώμενης ζωής σε σχέση με τις Η.Π.Α. από το 1970. Την ίδια στιγμή οι Η.Π.Α. είναι μεταξύ των ελάχιστων χωρών που δεν εγγυώνται πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες για το σύνολο του πληθυσμού. Το 1990 μόνο οι Η.Π.Α., το Μεξικό και η Τουρκία δεν εξασφάλιζαν καθολική ή σχεδόν καθολική (με όριο το 98,4% κάλυψης) του πληθυσμού. Εκτιμάται ότι το 2004 η αδυναμία πρόσβασης προκάλεσε περίπου 18.000 θανάτους, ενώ πέντε χρόνια αργότερα το πλήθος αυτό αυξήθηκε σε 44.800 θανάτους.

Όπως θα δούμε αναλυτικά στη συνέχεια, οι Η.Π.Α. διαθέτουν μεν ένα βασικό δημόσιο σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ωστόσο ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, τόσο στην ασφάλιση υγείας, όσο και στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι κυρίαρχος. Η ανάπτυξη και παραγωγή φαρμάκων, νοσηλευτικού υλικού και ιατρικών συσκευών γίνεται από τον ιδιωτικό τομέα. Η έρευνα και ανάπτυξη χρηματοδοτείται τόσο από ιδιωτικούς όσο και δημόσιους πόρους. Το 2003 οι δαπάνες αυτές ανήλθαν σε 95 δις δολάρια από τα οποία 40 δις από το δημόσιο και 55 δις από τον ιδιωτικό τομέα.

Οι Η.Π.Α. είναι ο παγκόσμιος επικεφαλής σε θέματα ιατρικής καινοτομίας με κριτήριο τόσο τα έσοδα όσο και το πλήθος και το μέγεθος της παραγωγής φαρμάκων και εξοπλισμού. Το 2006 το 75% του κύκλου εργασιών όπως και το 82% της παγκόσμιας δαπάνης για έρευνα και εξέλιξη της παγκόσμιας βιοτεχνολογίας πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α. Ωστόσο, ένας λόγος για τα παραπάνω είναι η υψηλή τιμή των εγχώριων πατενταρισμένων φαρμάκων, η οποία δημιουργεί δυνατότητες για επενδύσεις στην έρευνα και τεχνολογία.

Οι ιατρικές σχολές των Η.Π.Α. έχουν τη δυνατότητα 100.000 νέων γιατρών τον χρόνο, νούμερο που δεν είναι αρκετό για να καλύψει τις

υπάρχουσες ανάγκες και έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση του εισοδήματος των γιατρών σε επίπεδα περίπου διπλάσια σε σχέση με τους ευρωπαίους συναδέλφους τους. Η Αμερικανική Ιατρική Ένωση αντιστέκεται σθεναρά στο ενδεχόμενο αύξησης του πλήθους των αποφοίτων ιατρών.

2.7.3 Οργάνωση του συστήματος υγείας

Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. περιλαμβάνει τόσο ιδιωτική όσο και δημόσια ασφάλιση, ωστόσο είναι μοναδικό από την άποψη ότι ο κυρίαρχος ρόλος ανήκει στον ιδιωτικό τομέα. Οι εγκαταστάσεις υγείας στις Η.Π.Α. είναι στο μεγαλύτερο βαθμό ιδιωτικές, υπάρχουν ωστόσο και περιπτώσεις κρατικών, πολιτειακών καθώς και δημοτικών δομών. Το 70% της συνολικής δυναμικότητας των νοσοκομειακών μονάδων έχουν μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Δίπλα σε αυτά υπάρχουν ιδιωτικά νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα και νοσοκομεία δημόσιου χαρακτήρα που ελέγχονται από την Πολιτεία ή τους Δήμους.

Στις Η.Π.Α. απουσιάζει ένα εθνικό σύστημα δημόσιων δομών υγείας, υπάρχουν ωστόσο τοπικές δημόσιες μονάδες υγείας που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό. Υπάρχει επίσης, ένα παράλληλο σύστημα υγείας του στρατού το οποίο διοικείται από το Υπουργείο Άμυνας, χρηματοδοτείται από στρατιωτικούς πόρους και απευθύνεται στο εν ενεργεία στρατιωτικό προσωπικό. Υπάρχουν επίσης, νοσοκομεία για συνταξιούχους στρατιωτικούς τα οποία διαχειρίζεται η Διοίκηση Υγείας Βετεράνων. Στα νοσοκομεία αυτά η παροχή υπηρεσιών είναι δωρεάν για νοσήματα που σχετίζονται με τη θητεία των συνταξιούχων, και έναντι πληρωμής για άσχετα νοσήματα. Επίσης, παράλληλα λειτουργεί ένα σύστημα υγείας για τους γηγενείς Αμερικάνους (Ινδιάνους). Το σύστημα αυτό διαθέτει δικές του εγκαταστάσεις ή και χρηματοδοτεί βάσει συμβολαίου ιδιωτικές δομές για να παρέχει ιατρική βοήθεια σε άτομα που ανήκουν σε κάποια από τις αναγνωρισμένες φυλές και δεν καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση ή άλλα κυβερνητικά προγράμματα. Πιο αναλυτικά, στα κυβερνητικά χρηματοδοτούμενα προγράμματα περιλαμβάνονται τα εξής:

- ♦ Medicare που καλύπτει πολίτες και μακροχρόνιους κατοίκους άνω των 65 ετών ή ανάπηρους.
- ♦ Medicaid που καλύπτει άτομα χαμηλού εισοδήματος διαφόρων κατηγοριών, όπως παιδιά, έγκυες και ανάπηρους.
- ♦ Κρατικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας όσων παιδιών δεν καλύπτονται από το Medicaid.

- ♦ Veterans Administration που καλύπτει βετεράνους και τις οικογένειές τους, καθώς και τις χήρες τους μέσα σε ένα σύστημα ιατρικών κέντρων και κλινικών.
- ♦ Πολιτειακές και Τοπικές κλινικές υγείας.
- ♦ Σύστημα υγείας για γηγενείς Αμερικάνους (Ινδιάνους).
- ♦ Εθνικά ινστιτούτα υγείας που δέχονται δωρεάν ασθενείς για ερευνητικούς σκοπούς.
- ♦ Medical Corps για διάφορους κλάδους του στρατού.
- ♦ Πολιτειακά και τοπικά νοσοκομεία.
- ♦ Κυβερνητικές και κοινοτικές κλινικές.
- ♦ Διάφορα προγράμματα που καλύπτουν ομοσπονδιακούς υπαλλήλους συμπεριλαμβανομένου του TRICARE που χρηματοδοτεί την περίθαλψη προσωπικού των ενόπλων δυνάμεων σε μη στρατιωτικές εγκαταστάσεις.
- ♦ Title X που καλύπτει θέματα υγείας που σχετίζονται με τη σύλληψη και την εγκυμοσύνη.

Περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων σε ηλικία εργασίας είναι ασφαλισμένα στον ιδιωτικό τομέα από τον εργοδότη τους, το 20% περίπου είναι ανασφάλιστοι, το 15% ασφαλισμένοι σε δημόσια προγράμματα όπως το Medicaid και το 5% ασφαλιζονται ατομικά στον ιδιωτικό τομέα, ενώ οι άνω των 65 καλύπτονται σχεδόν στο σύνολό τους από το δημόσιο πρόγραμμα Medicare.

Το πρόγραμμα Medicaid απευθύνεται σε άτομα χαμηλού εισοδήματος, καθώς και άτομα με αναπηρία. Σύμφωνα με ομοσπονδιακό νόμο, οι Πολιτείες πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των γυναικών που κυοφορούν, των παιδιών, των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία και των γονέων, εφόσον αυτοί δεν έχουν τη δυνατότητα να το κάνουν με δικά τους μέσα. Άτεκνα άτομα δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα. Οι προϋποθέσεις εγγραφής διαφέρουν μεταξύ των Πολιτειών καθώς υπάρχουν 51 ανεξάρτητα μεταξύ τους συστήματα, ωστόσο σε γενικές γραμμές τα εισοδηματικά κριτήρια είναι τόσο χαμηλά που η πρόσβαση αποκλείεται ακόμη και σε πολύ φτωχά άτομα. Το σύστημα χρηματοδοτείται κατά 50% από την κεντρική κυβέρνηση και κατά το υπόλοιπο από τις επιμέρους Πολιτείες. Η κυβέρνηση αναπληρώνει επίσης κατά ένα ποσοστό τις ανάγκες των φτωχότερων Πολιτειών και έτσι η συνολική συμμετοχή του ανεβαίνει στο 57%. Το Medicaid προσφέρει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η φαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, επειδή το

ποσό της πληρωμής είναι πολύ χαμηλό, ελάχιστα ιατρεία είναι συμβεβλημένα και οι δικαιούχοι δυσκολεύονται να αποκτήσουν πρόσβαση.

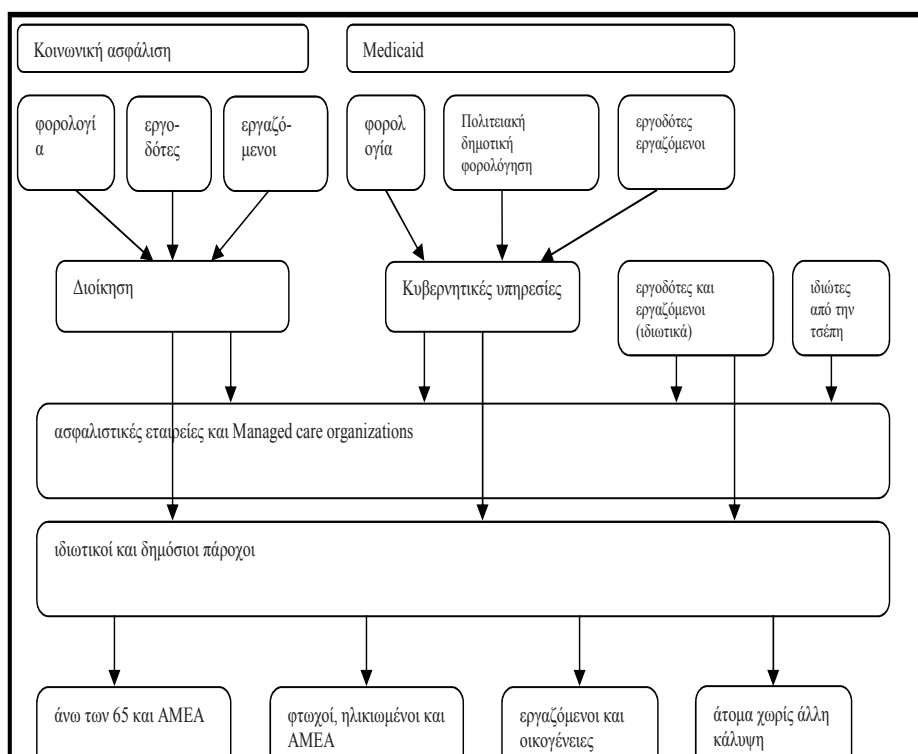
Το Medicare είναι ένα ομοσπονδιακό πρόγραμμα που καλύπτει τα άτομα άνω των 65 ετών, καθώς και ορισμένα άτομα με αναπηρία και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από την κεντρική κυβέρνηση, με χρήματα που προέρχονται από ομοσπονδιακούς φόρους, ένα φόρο απασχόλησης που βαρύνει τους εργοδότες και τους εργαζόμενους καθώς και εισφορές εγγραφής των δικαιούχων. Το σύστημα διαιρείται σε τρία υποσυστήματα, που καλύπτουν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, τις επισκέψεις σε γιατρούς και τη συνταγογράφηση φαρμάκων αντίστοιχα. Ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών υγείας όπως τα μαιευτήρια, η προληπτική ιατρική, η οδοντιατρική και η υγεία των ματιών και των αυτιών παραμένουν εκτός κάλυψης, και έτσι η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων αναγκάζεται να καταφύγει σε πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση. Παρά την εγγραφή στο σύστημα, περίπου το ένα πέμπτο των εισοδημάτων των ατόμων άνω των 65 ετών δαπανάται για υπηρεσίες υγείας.

Ο Emergency Medical Treatment and Labort Act (EMTALA) υποχρεώνει τα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων να δέχονται όλα τα περιστατικά ανεξάρτητα από την δυνατότητα πληρωμής και έτσι αποτελούν ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για τη δημιουργία ενός δικτύου ασφαλείας για τους ανασφάλιστους. Στην πράξη ωστόσο η ψήφιση του νόμου δε συνδέθηκε και με τη δέσμευση των απαραίτητων κονδυλίων στον προϋπολογισμό. Οι έμμεσες πληρωμές μέσα από ομοσπονδιακά και πολιτειακά κυβερνητικά προγράμματα δεν είναι αρκετά για την κάλυψη όλου του κόστους που συνεπάγεται η εφαρμογή του EMTALA και έτσι περισσότερο από το 50% αυτού του είδους της περίθαλψης δε χρηματοδοτείται ούτε προς τα δημόσια ούτε προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ένταση της χρηματοοικονομικής πίεσης που δέχονται τα νοσοκομεία, το κλείσιμο και τη συγχώνευση νοσοκομειακών μονάδων και την υπερυσσώρευση ασθενών στα επείγοντα. Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά τη δεκαετία 1993-2003 το πλήθος των επειγόντων περιστατικών αυξήθηκε κατά 26%, ενώ την ίδια περίοδο έκλεισαν 425 μονάδες επειγόντων περιστατικών.

Τα νοσοκομεία είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να παρέχουν κυρίως ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, διαθέτουν ωστόσο και εξωτερικά ιατρεία, τμήμα επειγόντων περιστατικών και εξειδικευμένες κλινικές, ενώ λειτουργούν και ειδικές υπηρεσίες ανακούφισης ασθενών τελικού σταδίου

(με περιθώριο ζωής μικρότερο από 6 μήνες), που χρηματοδοτούνται από φιλανθρωπίες ή εθνικούς πόρους. Παράλληλα, λειτουργούν κέντρα προγεννητικού ελέγχου, οικογενειακού προγραμματισμού και δυσπλασίας που στελεχώνονται μόνο από νοσηλευτικό προσωπικό και όχι γιατρούς και χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Μια αδρή αποτύπωση της δομής του Αμερικάνικου συστήματος υγείας φαίνεται στο Διάγραμμα 2.7.1.

Διάγραμμα 2.7.1: Η οργάνωση του συστήματος υγείας των Η.Π.Α.



2.7.4 Κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ

Στις Η.Π.Α. δεν υπάρχει συνταγματικό δικαίωμα για καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Το 1977 το ανώτατο δικαστήριο αποφάσισε ότι το Σύνταγμα δε θεσπίζει υποχρεώσεις για τις Πολιτείες να πληρώνουν τις ιατρικές δαπάνες των πολιτών τους, έτσι όλα τα κυβερνητικά χρηματοδοτούμενα προγράμματα υγείας δεν έχουν υποχρεωτικό χαρακτήρα εφαρμογής για τις επιμέρους Πολιτείες. Για παράδειγμα, η Πολιτεία της Μασαχουσέτης υιοθέτησε το 2006 ένα καθολικό σύστημα υγείας, στο πλαίσιο

του οποίου παρέχεται η δυνατότητα ασφάλισης σε όλους τους κατοίκους μέσω της επιχορήγησης των φτωχότερων από αυτούς. Παράλληλα, λειτουργεί ένα ταμείο ως δίκτυ ασφαλείας υγείας για όσους δεν είναι επιλέξιμοι για ιδιωτική ασφάλιση. Η Πολιτεία του Κονέκτικατ επίσης υιοθέτησε μέτρα με στόχο την κάλυψη της υγειονομικής περιθαλψης του 98% του πληθυσμού μέχρι το 2014, ενώ άλλες Πολιτείες, όπως η Καλιφόρνια, προσφέρουν ασφαλιστικά προγράμματα για παιδιά φτωχών οικογενειών, αλλά όχι και για ενήλικες.

Στο Νιου Τζερζεϊ προβλέπεται δημόσια κάλυψη των ιατρικών δαπανών των ασθενών που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε αυτά. Η Πολιτεία και ο Δήμος του Σαν Φρανσίσκο επίσης διαθέτουν πρόγραμμα κάλυψης όλων των ανασφάλιστων πολιτών, εφόσον το εισόδημά τους και η περιουσία τους βρίσκονται κάτω από ένα πολύ χαμηλό όριο. Ορισμένες Πολιτείες επιχορηγούν ιδιωτικές δομές υγείας έτσι ώστε αυτές να δέχονται όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την ικανότητά τους να πληρώσουν. Στη συνέχεια εφαρμόζεται έλεγχος πόρων και ακόμη και ασθενείς με πολύ μικρό εισόδημα είναι δυνατόν να χρεωθούν κάποιο ποσό. Εκτεταμένες είναι και οι δυνατότητες λήψης φιλανθρωπικής βοήθειας η οποία βοήθεια προέρχεται από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, θρησκευτικές οργανώσεις, κυβερνητικές επιχορηγήσεις ή δωρεές εργοδοτών.

Στους πίνακες 2.7.1 και 2.7.2 που ακολουθούν παρουσιάζονται ποσοτικά στοιχεία κάλυψης του πληθυσμού ανά πρόγραμμα και ανά φύλο. Συμπληρωματικά, να αναφερθεί ότι οι ασφαλισμένοι από τον εργοδότη (κάτω των 65 ετών), είναι 74% ενήλικες και 26% παιδιά και όσοι καλύπτονται από το πρόγραμμα Medicaid είναι 48% παιδιά και 52% ενήλικες.

Πίνακας 2.7.1: Καλυπτόμενος πληθυσμός ανά κατηγορία κάλυψης

Κατηγορία	Πλήθος	Ποσοστό
Ασφαλισμένοι από εργοδότη	149 350 600	49 %
Ιδιωτικά ασφαλισμένοι	15 416 100	5 %
Medicaid	50 670 200	16 %
Medicare	39 996 700	13 %
Λοιπό Δημόσιο	3 846 400	1 %
Ανασφάλιστοι	48 611 600	16 %

Πίνακας 2.7.2: Καλυπτόμενος πληθυσμός ανά φύλο

Κατηγορία	Άνδρες	Γυναίκες
Ασφαλισμένοι από εργοδότη	56 %	56 %
Ιδιωτικά ασφαλισμένοι	6 %	6 %
Medicaid	17 %	19 %
Λοιπό δημόσιο	3 %	3 %
Ανασφάλιστοι	19 %	17 %

Ένα μεγάλο πλήθος Αμερικανών παραμένουν ανασφάλιστοι γιατί δεν ανήκουν στις κατηγορίες που δικαιούνται δημόσια ασφάλιση, δεν είναι ασφαλισμένοι σε κάποιον εργοδότη και δε θέλουν, δε δικαιούνται ή δε μπορούν να ασφαλιστούν ιδιωτικά. Τα άτομα αυτά δεν έχουν πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες εκτός και αν μεσολαβήσει κάποιος φιλανθρωπικός φορέας. Σύμφωνα με το γραφείο απογραφής των Η.Π.Α. 45,7 εκατ. άνθρωποι (το 15,3% του πληθυσμού) ήταν ανασφάλιστοι τουλάχιστον κατά διαστήματα το 2007. Ωστόσο, σύμφωνα με άλλες καταγραφές το πραγματικό νούμερο για την περίοδο 2007-2008 ήταν 86,7 εκατ. ή το 29% του συνολικού πληθυσμού. Το 2009, 49 εκατ. κάτοικοι, δηλαδή το 16,1% του συνολικού πληθυσμού ήταν ανασφάλιστοι. Τον επόμενο χρόνο το πλήθος αυτό αυξήθηκε σε 49,9 εκατ. κατοίκους ή το 16,3% του πληθυσμού. Το 2009 η έλλειψη ασφάλειας υγείας προκάλεσε περίπου 45.000 πρόσθετους θανάτους οι οποίοι πιθανόν να είχαν αποφευχθεί. Από τότε μέχρι σήμερα ο αριθμός των ανασφάλιστων αυξήθηκε από 46 εκατομμύρια σε 48,6 εκατομμύρια και το πλήθος των θανάτων που θα μπορούσαν να αποφευχθούν σε περίπου 48.000 άτομα (Wilper et al, 2009).

Μεταξύ των ανασφάλιστων τα 37 εκατ. είναι άνεργοι (σε ηλικία εργασίας) και περίπου 27 εκατ. εργαζόμενοι, τουλάχιστον part-time. Το 38% των ανασφάλιστων ζει σε νοικοκυριά με εισόδημα περισσότερο από 50.000 δολάρια το χρόνο. Τα 36 εκατ. των ανασφάλιστων είναι νόμιμοι κάτοικοι στη χώρα, ενώ εκτιμάται ότι άλλα περίπου 10 εκατ. είναι παράνομοι μετανάστες. Το 1/5 των ανασφάλιστων έχει την οικονομική δυνατότητα να ασφαλιστεί, το 25% δικαιούται δημόσια ασφάλιση και το υπόλοιπο 56% ή το 8,9% του συνόλου των Αμερικανών χρειάζεται οικονομική βοήθεια για να ασφαλιστεί. Το ύψος της οικονομικής βοήθειας προς αυτούς ανέρχεται

σε 35 δις δολάρια (με στοιχεία του 2001) ποσό που αντιστοιχεί κατά κεφαλήν στο μισό των κανονικώς ασφαλισμένων. Τα χρήματα αυτά προέρχονται κυρίως από δημόσιους πόρους μέσα από επιχορηγήσεις και άλλες άμεσες πληρωμές καθώς και περαιτέρω ενίσχυση των Medicare και Medicaid.

Η ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν οι εξυπηρετούμενοι εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τους διαφορετικούς παρόχους. Ορισμένες θεραπείες υψηλού κόστους δεν εφαρμόζονται ακόμη και όταν είναι απαραίτητες, ενώ ορισμένες άλλες εφαρμόζονται πολύ τακτικότερα από όσο χρειάζεται. Οι περιττές εξετάσεις και θεραπείες εκτός του ότι αυξάνουν το κόστος αυξάνουν και το άγχος και την αγωνία των ασθενών. Η διάθεση φαρμάκων διαφέρει έντονα μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών, αλλά γενικά οι ασφαλισμένοι έχουν την τάση να καταναλώνουν πολύ περισσότερες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους υπολοίπους.

Εκτός όμως από τους ανασφάλιστους, σημαντικό πρόβλημα αποτελούν και οι ελλιπώς ασφαλισμένοι. Περίπου το 84,7% των Αμερικανών έχουν κάποιο είδος ασφάλισης υγείας, είτε από τον εργοδότη τους, τον εργοδότη της συζύγου ή των γονέων (59,3%) είτε ιδιωτική 8,9% είτε μέσα από κυβερνητικά προγράμματα (27,8%) (δηλαδή κάποιοι είναι διπλά ασφαλισμένοι), ωστόσο εκτιμάται ότι το 2003 16 εκατ. επιπλέον ενήλικες ήταν ελλιπώς ασφαλισμένοι. Και οι ελλιπώς ασφαλισμένοι είναι πολύ πιθανό να αποφύγουν διαγνωστικές υπηρεσίες και θεραπείες που σε άλλες περιπτώσεις θα κρίνονταν απαραίτητες, δηλώνουν αυξημένο άγχος εξαιτίας του πιθανού κόστους θεραπείας ενώ στερούνται και αναγκαίων φαρμάκων. Οι διαγνώσεις καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο είναι πολύ λιγότερες μεταξύ των ιδιωτικά ασφαλισμένων σε σχέση με τους ανασφάλιστους ή τους δικαιούχους Medicaid.

Το 37% των Αμερικανών δηλώνει ότι παρέλειψαν απαραίτητη ιατρική φροντίδα στην διάρκεια ενός έτους εξαιτίας του υψηλού κόστους είτε μη αγοράζοντας φάρμακα, είτε αποφεύγοντας την επίσκεψη σε γιατρό παρόλο που ήταν ασθενείς είτε αποφεύγοντας τη συνιστώμενη θεραπεία. Τα ποσοστά ήταν ακόμη υψηλότερα (42%) στα άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας. Τα νούμερα αυτά είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με όλες τις χώρες που υπάρχουν συγκρίσιμες καταγραφές δηλαδή την Αυστραλία, τον Καναδά, τη Γερμανία, την Ολλανδία, τη Νέα Ζηλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Το 20% των ατόμων δήλωναν ότι αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα να ανταπεξέλθουν στο ιατρικό κόστος, αναλογία διπλάσια σε σχέση με την υπόλοιπη χώρα.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες εξετάζουν σε βάθος το ιστορικό κάθε υποψήφιου ασφαλισμένου έτσι ώστε να μηδενίσουν την πιθανότητα να ασφαλιστούν άτομα τα οποία είναι ήδη ασθενή και άρα επιβαρύνουν οικονομικά πολύ περισσότερο σε σχέση με τα υγιή άτομα. Σε πολλές περιπτώσεις οι αιτήσεις απορρίπτονται και σε άλλες κατακυρώνονται πολύ υψηλότερα ασφάλιστρα. Δεν ασφαλίζονται άτομα με αρθρίτιδες, καρκίνο και καρδιαγγειακά νοσήματα αλλά και υπέρβαρα ή με αθλητικά τραύματα. Εκτιμάται ότι το πλήθος των ατόμων που δεν ασφαλίζονται εξαιτίας κακής προηγούμενης υγείας είναι περίπου 5 εκατομμύρια. Το 2004 το 13% των αιτήσεων προς τις ασφαλιστικές εταιρείες δεν εγκρίθηκαν για αυτόν τον λόγο, με τις αρνήσεις να κυμαίνονται από 5% για άτομα κάτω των 18 ετών, μέχρι 30% για άτομα 60 έως 64 ετών. Και πάλι όμως, το 22% των ασφαλισθέντων έγιναν δεκτοί με την προϋπόθεση ότι θα πληρώνουν αυξημένα ασφάλιστρα λόγω κακής υγείας.

Στις Η.Π.Α. διαπιστώνεται ανισότητα στην υγεία ιδιαίτερα σε ότι αφορά εθνικές ομάδες, όπως οι Αφροαμερικάνοι, οι γηγενείς Αμερικάνοι και οι Λατίνοι. Σε σχέση με τους λευκούς οι μειονότητες αυτές παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά χρόνιων νοσημάτων, υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας και χειρότερη γενικά υγεία. Το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο των Αφροαμερικάνων είναι κατά 25% υψηλότερο σε σχέση με τους λευκούς. Οι ενήλικες Αφροαμερικάνοι και Λατίνοι έχουν περίπου διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν διαβήτη και έχουν επίσης μεγαλύτερα ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων και μολύνσεων από HIV/AIDS.

Οι ανισότητες αυτές βασίζονται τόσο στην εισοδηματική ανισότητα, που αποτελεί εμπόδιο για τη σύνταξη ασφαλιστικού συμβολαίου όσο και σε άλλα εμπόδια. Σε ορισμένες περιπτώσεις διαπιστώνεται συστημική προκατάληψη στον τρόπο με τον οποίο ιατρικές διαδικασίες και θεραπείες απευθύνονται σε διαφορετικές εθνικές ομάδες. Για παράδειγμα, οι Αφροαμερικάνοι λαμβάνουν λιγότερες ιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με τους λευκούς, όταν απαιτείται η χρήση ακριβών νέων τεχνολογιών. Από την άλλη μεριά, όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως εθνικής ομάδας λαμβάνουν το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών όταν βρίσκονται στο ίδιο νοσοκομείο (Gaskin et al, 2008).

Ανισότητες καταγράφονται επίσης στο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία σχετίζεται με την ηλικία καθώς η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη για ηλικιωμένους ήταν υπερπενταπλάσια από αυτήν για παιδιά. Οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν το 1/3 των φαρμάκων με μέσο όρο τις 38 συνταγές ετησίως, ενώ αποτελούν μόνο το 13% του πληθυσμού (Selden and Sing, 2008).

2.7.5 Οργάνωση της ΠΦΥ και διαμόρφωση σχέσεων παρόχων

Ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν είναι ευρέως διαδεδομένος στο γενικό πληθυσμό των Η.Π.Α. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμπεριλαμβάνονται γενικοί γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν με αυτούς, και παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς όλων των ηλικιών και σχετικά με ολόκληρο το φάσμα των πιθανών νοσημάτων. Πρόκειται δηλαδή για την πρώτη γραμμή της φροντίδας υγείας για ιδιώτες και οικογένειες μέσα στο δικό τους κοινωνικό περιβάλλον. Οι γιατροί στις Η.Π.Α. αναφέρονται ως Physicians και ως τέτοιοι θεωρούνται οι απόφοιτοι των αμερικανικών ιατρικών σχολών καθώς και οι απόφοιτοι άλλων χωρών που μέσα από μια συγκεκριμένη διαδικασία αποκτούν το δικαίωμα άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος σε κάποια Πολιτεία. Η πλειοψηφία των γιατρών στις Η.Π.Α. διαθέτουν τίτλο εξειδίκευσης ή και διδακτορικό τίτλο.

Σε συνάρτηση και με την εξέλιξη της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην ιατρική από το 1960 και μετά διακρίνονται 4 βασικές κατηγορίες γενικών ιατρών: ο οικογενειακός γιατρός, ο γενικός παθολόγος για ενήλικες, ο γενικός παιδίατρος για παιδιά και ο χειρουργικός. Μέχρι το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο οι γενικοί γιατροί στις Η.Π.Α. αντιπροσώπευαν το 50% του συνόλου των γιατρών ενώ σήμερα είναι λιγότεροι από 30% και το νούμερο συνεχίζει να μειώνεται. Σήμερα λιγότερο από το 20% των απόφοιτων των ιατρικών σχολών των Η.Π.Α. επιθυμούν μία από τις ειδικότητες γενικής ιατρικής καθώς οι περισσότεροι προτιμούν τις καλύτερες αμοιβές και το υψηλότερο στάτους που συνεπάγεται η λήψη μιας ειδικότητας με μεγάλη ζήτηση. Εφόσον τα δεδομένα δεν αλλάξουν η κατάσταση αναμένεται να γίνει εφιαλτική μέχρι το 2025, οπότε και η έλλειψη γενικών ιατρών θα είναι τεράστια.

Οι μελλοντικές προβολές του προσωπικού υγείας στο μέλλον δείχνουν σημαντική πτώση τόσο της προσφοράς όσο και της ζήτησης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, η οποία οφείλεται στη μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης προς αυτή τη βαθμίδα. Οι μελέτες αποδεικνύουν ότι η υπερβολική έμφαση που δίνεται σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες εις βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οδηγούν σε ένα σύστημα υγείας το οποίο είναι ελάχιστα αποδοτικό. Την ίδια στιγμή άλλες μελέτες αποδεικνύουν ότι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας, όπως η προληπτική ιατρική, ο καλύτερος συντονισμός της θεραπείας χρόνιων ασθενών και η προσωπική εξυπηρέτηση κάθε ασθενούς μπορούν να οδηγήσουν και σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας και σε εξοικονόμηση χρημάτων. Παρόλα αυτά η πολιτική που δίνει έμφαση στη χρηματοδότηση περιπτώσιακών και ασυντόνιστων

υπηρεσιών και επιβραβεύει δαπανηρές εξειδικευμένες θεραπείες εις βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας συνεχίζεται (GAO, 2008).

Όπως θα δούμε αναλυτικότερα στη συνέχεια, μια σημαντική μονάδα παροχής πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας είναι οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organization, HMO), οι οποίοι συνδυάζουν μεγάλες ομάδες ιατρικού προσωπικού και συμβόλαια με εργοδότες για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μεγάλες ομάδες εργαζομένων σε ένα πλαίσιο προπληρωμένων υπηρεσιών από νοσοκομεία, κλινικές και ιατρεία. Ένα από τα πρώτα και πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτής της κατηγορίας είναι το σύστημα Kaiser Permanente, το οποίο μετατράπηκε σε HMO το 1977, και μάλιστα πιστεύεται ότι κατά την υπογραφή του σχετικού νόμου ο πρόεδρος Νίξον είχε στο μυαλό του αυτή ακριβώς την περίπτωση.

Το Kaiser Permanente αποτελείται από 3 διακριτές ομάδες οργανώσεων: Το σύστημα υγείας του ιδρύματος Κάιζερ με τα τοπικά λειτουργικά υποσυστήματα (Kaizer Foundation Health Plan), τα νοσοκομεία του Ιδρύματος Κάιζερ και τις τοπικές αυτόνομες ιατρικές ομάδες (Permanente Medical Groups). Το σύστημα λειτουργεί σε εννιά Πολιτείες και είναι ο μεγαλύτερος HMO στις Η.Π.Α., καθώς εξυπηρετεί 5.903.223 μέλη και διαχειρίζεται 37 νοσοκομεία, 611 ιατρικά κέντρα, ενώ απασχολεί 16.658 γιατρούς όλων των ειδικοτήτων καθώς και άλλους 172.997 υπαλλήλους και ο κύκλος εργασιών του ανέρχεται σε 47,9 δις δολάρια (2011). Κάθε ανεξάρτητη ιατρική ομάδα λειτουργεί ως ξεχωριστός συνεταιρισμός κερδοσκοπικού χαρακτήρα σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, ωστόσο τα οικονομικά στοιχεία δε δημοσιεύονται ξεχωριστά για κάθε μία ομάδα και όλες χρηματοδοτούνται κυρίως με εμβάσματα από το αντίστοιχο τοπικό ασφαλιστικό πρόγραμμα του συστήματος.

Κάθε τοπική ομάδα αποτελείται από δύο είδη οργανισμών, τα προγράμματα υγείας (Kaizer Foundation Health Plans) και τις ιατρικές ομάδες. Τα προγράμματα υγείας προσφέρουν προπληρωμένα προγράμματα υγείας και ασφάλισης σε εργοδότες, εργαζόμενους και ιδιώτες, τα οποία είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και προορίζονται για τη βελτίωση της υποδομής και την επένδυση σε νοσοκομεία του συστήματος, ωστόσο παρέχουν φορολογική ελάφρυνση στις ιατρικές ομάδες που λειτουργούν με κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Οι ιατρικές ομάδες του συστήματος είναι οργανώσεις γιατρών που διαχειρίζονται και παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες στα μέλη των ασφαλιστικών προγραμμάτων στις αντίστοιχες περιοχές.

Πρόκειται για κερδοσκοπικούς συνεταιρισμούς ή επαγγελματικές ενώσεις οι οποίες χρηματοδοτούνται ετησίως αποκλειστικά από τα προγράμματα υγείας του συστήματος. Το 1996 ιατρικές ομάδες του συστήματος δημιούργησαν μια ακόμα ανεξάρτητη μονάδα, την Ομοσπονδία Permanente με αποστολή την τυποποίηση των ιατρικών υπηρεσιών και επιδόσεων κάτω από κοινό όνομα και σύστημα πολιτικής.

Κάθε μονάδα του συστήματος έχει το δικό της management και διοικητική αυτοτέλεια, όλες όμως αλληλοεξαρτώνται και συνεργάζονται σε μεγάλο βαθμό. Ένα από τα μεγάλα πλεονεκτήματα του συστήματος είναι το εξειδικευμένο λογισμικό που διαθέτει. Με περίοδο ανάπτυξης περίπου έξι χρόνια και κόστος μεγαλύτερο από 6 δις δολάρια θεωρείται το μεγαλύτερο μη κρατικό ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής ιατρικών δεδομένων, με κόστος ανάπτυξης περισσότερο από μισό εκατομμύριο δολάρια ανά γιάντρο. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 2009 το σύστημα επεκτάθηκε με μια εφαρμογή υπενθύμισης των ασθενών με SMS η οποία σε μία μόνο κλινική εξουικονόμησε 275.000 δολάρια μέσω της αποστολής ηλεκτρονικών υπενθυμίσεων των ιατρικών ραντεβού.

Η επιτυχία του συστήματος Kaiser Permanente βασίζεται σε τρεις αρχές. Πρώτον, δίνεται έμφαση στην προληπτική ιατρική η οποία μειώνει το συνολικό κόστος. Δεύτερον, οι γιατροί δεν πληρώνονται έναντι των υπηρεσιών που προσφέρουν αλλά με σταθερό μισθό, κάτι που αποτελεί αντικίνητρο για την πραγματοποίηση περιττών εξετάσεων. Τρίτον, επιχειρείται ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής σε νοσοκομεία υψηλού κόστους μέσω της αύξησης του ρόλου των εξωτερικών κλινικών και τον πολύ προσεκτικό προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής παραμονής: για παράδειγμα, αναφέρεται ότι οι ασθενείς περνούν δύο έως πέντε φορές περισσότερο χρόνο σε νοσοκομεία του NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο από ότι στο σύστημα Κάιζερ. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους ανά μέλος, την ορθολογική λειτουργία του συστήματος και την εξασφάλιση μεγαλύτερης προσοχής των γιατρών προς τους ασθενείς.

2.7.6 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Οι Η.Π.Α. παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη ετήσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (7.146 δολάρια) και την υψηλότερη δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (15,2%) παγκοσμίως. Από αυτή τη δαπάνη ένα μέρος καλύπτεται από το δημόσιο και έτσι οι Η.Π.Α. παρουσιάζουν την τέταρτη παγκοσμίως υψηλότερη κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας (3.426 δολάρια) μετά το Μονακό, το Λουξεμβούργο και τη Νορβηγία. Τα προσωπικά χρέη που

σχετίζονται με ιατρικές δαπάνες είχαν σαν αποτέλεσμα την πτώχευση πολλών νοικοκυριών. Έτσι, το 2001 το 46,2% όλων των πτωχέσεων είχαν ως αιτία την ανάγκη για ιατρικές δαπάνες ενώ το 2007 το 62,1% των αιτούντων προστασία λόγω πτώχευσης επικαλέστηκαν ως αιτία τις υψηλές ιατρικές δαπάνες (WHO, 2011).

Το 2008, η συνολική δαπάνη υγείας στις Η.Π.Α. ανήλθε στο 15,2% του ΑΕΠ, και ήταν και πάλι η υψηλότερη στον κόσμο. Σύμφωνα με τις επίσημες εκτιμήσεις το κόστος υγείας συνεχίζει να αυξάνεται και αναμένεται ότι θα φτάσει στη μέγιστη τιμή του μέχρι το 2017, οπότε θα βρίσκεται στο 19,5% του ΑΕΠ. Το 31% των δαπανών υγείας αφορά σε ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, το 21% πηγαίνει σε ιδιώτες γιατρούς και κλινικές υπηρεσίες, το 10% σε φαρμακευτικά προϊόντα, το 4% σε οδοντιάτρους, το 6% σε μαιευτήρια, το 3% σε κατ' οίκον νοσηλεία, το 3% σε παραϊατρικά προϊόντα, το 3% σε δημόσιες υπηρεσίες πρόληψης, το 7% σε διοικητικές υπηρεσίες, το 7% σε επένδυση και το υπόλοιπο 6% σε παραϊατρικές υπηρεσίες (φυσικοθεραπεία, οπτικούς, κ.λπ). Οι πίνακες 2.7.3 και 2.7.4 που ακολουθούν παρουσιάζουν αρκετές λεπτομέρειες κατανομής των δαπανών υγείας κατά πηγή χρηματοδότησης και κατά κατηγορία. Επιπλέον το Διάγραμμα 2.7.2 αποτυπώνει τις χρηματοδοτικές ροές μέσα στο σύστημα.

Πίνακας 2.7.3: Διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης της υγείας

Πηγή	Ποσοστό
Medicare	22,2%
Medicaid	8,3%
Ιδιωτικός ασφαλιστικός τομέας	46%
Χρήματα από την τσέπη	9,6%
Άλλες πηγές	13,4%

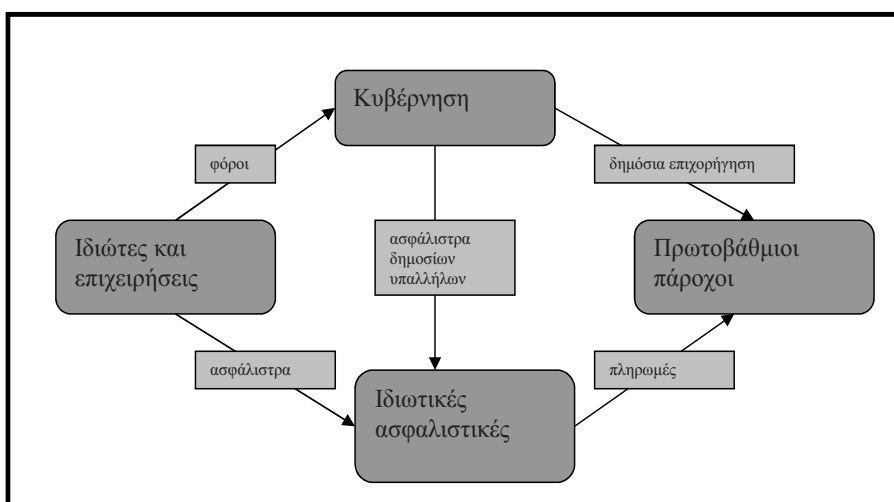
Το 2009, ξοδεύτηκαν από την ομοσπονδιακή, τις πολιτειακές και τις τοπικές κυβερνήσεις, επιχειρήσεις και ιδιώτες 2,5 τρις δολάρια ή 8.047 δολάρια κατά κεφαλήν για υγειονομική περίθαλψη. Η ασφαλιστική δαπάνη αυξάνεται ταχύτερα από ότι οι μισθοί ή ο πληθωρισμός. Περίπου το μισό από το σύνολο της αύξησης στη δαπάνη υγείας κατά τις προηγούμενες δεκαετίες συνδέεται με αλλαγές στην ιατρική περίθαλψη που έγιναν δυνατές λόγω της προόδου της τεχνολογίας. Το υπόλοιπο ποσοστό της αύξησης οφεί-

λεται στην αύξηση του γενικού επιπέδου εισοδημάτων, τις αλλαγές στην ασφαλιστική κάλυψη και τη γενική αύξηση των τιμών. Το μεγαλύτερο μέρος της αύξησης πηγαινει στα νοσοκομεία και τους γιατρούς, ενώ το 10% πηγαινει στην συνταγογράφηση φαρμάκων, η χρήση των οποίων αυξήθηκε ιδιαίτερα μεταξύ αυτών που διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 2.7.4: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία

Κατηγορία	Ποσοστό
Νοσοκομειακή περίθαλψη	36,3%
γιατροί και κλινικές	27,4%
Φάρμακα και ιατρικά αναλώσιμα	14,0%
Μαιευτική	6,6%
Οδοντιατρική	4,9%
Κατ' οίκον νοσηλεία	3,3%
Ιατρικός εξοπλισμός	1,7%
Άλλα	5,9%

Διάγραμμα 2.7.2: Ροές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας των Η.Π.Α



Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει το 9% του πληθυσμού αλλά απορροφά το 35% των συνολικών δαπανών υγείας στις Η.Π.Α., γεγονός που φέρνει τη χώρα στην πρώτη θέση παγκοσμίως με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες, αφού μόνον στον Καναδά και τη Γαλλία η ιδιωτική ασφάλιση απορροφά περισσότερο από το 10% των συνολικών δαπανών. Οι περισσότεροι Αμερικανοί εργαζόμενοι κάτω των 65 ετών (59,3%) ασφαλίζονται από τον εργοδότη τους, είτε αυτός προέρχεται από το δημόσιο είτε τον ιδιωτικό τομέα στο πλαίσιο ομαδικών προγραμμάτων κάλυψης. Το ποσοστό αυτού του είδους ασφάλισης μειώνεται διαχρονικά, το κόστος όμως αυξάνεται ραγδαία: μεταξύ του 2001 και του 2007 οι μισθοί αυξήθηκαν κατά 19%, ο πληθωρισμός κατά 17%, ενώ τα οικογενειακά ασφαλιστρα κατά 78%. Οι ασφαλισμένοι εργαζόμενοι επίσης συμμετέχουν στο κόστος κάλυψης και καλύπτουν το 16% των ατομικών και το 28% των οικογενειακών ασφαλιστρων. Στα ποσοστά αυτά δε συμπεριλαμβάνονται τα ποσοστά συμμετοχής (deductibles and co-payments) σε περίπτωση λήψης των υπηρεσιών.

Η δημόσια δαπάνη ανέρχεται μεταξύ του 45% και 56% των συνολικών δαπανών υγείας των Η.Π.Α. Τα κυβερνητικά ασφαλιστικά προγράμματα έχουν 83 εκατ. άμεσα ασφαλισμένους (27,8% του πληθυσμού) στους οποίους συμπεριλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι, οι ανάπηροι, τα παιδιά, οι βετεράνοι και ορισμένοι φτωχοί. Σε ομοσπονδιακό επίπεδο εξασφαλίζεται δημόσια πρόσβαση σε όλα τα επείγοντα περιστατικά, ανεξάρτητα από τη δυνατότητα πληρωμής μέσω του EMTALA που θεσμοθετήθηκε χωρίς στήριξη από τον προϋπολογισμό.

Τα ασφαλιστρα που πληρώνονται από τους εργοδότες όπως και αυτά που πληρώνονται από τους εργαζόμενους απαλλάσσονται από τη φορολογία, γεγονός που επιφέρει σημαντικές μειώσεις στα φορολογικά έσοδα και προκαλεί παραμορφώσεις στην ασφαλιστική αγορά. Το ετήσιο ύψος της απώλειας φορολογικών εσόδων ανέρχεται σε 150 δις δολάρια. Επιπλέον, προκαλείται άνιση μεταχείριση, καθώς όσοι ασφαλίζονται στην ελεύθερη αγορά πληρώνουν με χρήματα τα οποία έχουν ήδη φορολογηθεί. Από την άλλη μεριά, οι φορολογικές ελαφρύνσεις είναι σημαντικό κίνητρο για την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης, η οποία λόγω των φοροελαφρύνσεων έχει επίσης συμμετοχή στην αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας. Η κυβέρνηση παρέχει ακόμη τη δυνατότητα δημιουργίας αφορολόγητων αποθεματικών λογαριασμών υγείας (Health Savings Accounts, HSA). Το μέτρο αυτό θεωρείται αναποτελεσματικό γιατί αφορά τους πιο πλούσιους, οι οποίοι κατά τεκμήριο είναι και πιο υγιείς, ενώ την ίδια στιγμή η φορολογική ελάφρυνση καθιστά τις υπηρεσίες υγείας φθηνότερες για αυτούς από ότι για τους φτωχότερους.

Τα τελευταία χρόνια το πλήθος των γιατρών που συμβάλλονται με το Medicaid μειώνεται εξαιτίας του σχετικά υψηλού διοικητικού κόστους και των χαμηλών αμοιβών. Το 1997 η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση θέσπισε το State Children's Health Insurance Programme, που με την συνεργασία της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των Πολιτειών ασφαλιζονται παιδιά οικογενειών που το εισόδημά τους είναι πολύ υψηλό για να εγγραφούν στο Medicaid αλλά πολύ χαμηλό για ιδιωτική ασφάλιση. Ήδη από το 2006 που το πρόγραμμα κάλυπτε 6,6 εκατ. παιδιά διαπιστώθηκε αδυναμία χρηματοδότησης σε αρκετές Πολιτείες (U.S. Department of Health & Human Service, 2012).

Η αδυναμία αυτή, όπως και άλλες παρόμοιες σηματοδοτούν την έναρξη μιας μακράς περιόδου μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας των Η.Π.Α. στο πλαίσιο των οποίων εξετάζεται και ο τρόπος χρηματοδότησής του. Στους στόχους συμπεριλαμβάνονται αλλαγές που σχετίζονται με τη θέσπιση χρηματικών κινήτρων για την επίτευξη στόχων, την αντικατάσταση των ανεπαρκών μηχανισμών χρηματοδότησης με άλλους περισσότερο σταθερούς και την αύξηση των ομοσπονδιακών χορηγήσεων. Οι αλλαγές αυτές είναι πιθανόν να επιφέρουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο σύνολο του συστήματος υγείας και να επηρεάσουν τους ασθενείς, τους εργοδότες και τους εργαζόμενους στο σύστημα.

Η μεταρρύθμιση του συστήματος βρίσκει απέναντί της σοβαρές αντιδράσεις από τις ασφαλιστικές εταιρείες και τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας, οι οποίοι διαθέτουν τόσο αποτελεσματικό lobbying, ώστε η ιδέα ενός ενιαίου φορέα χρηματοδότησης της υγείας να απορριφθεί οριστικά, παρά το γεγονός ότι το 76% των πολιτών θεωρούν πολύ ή εξαιρετικά σημαντικό να έχουν τη δυνατότητα επιλογής τόσο ενός δημόσιου συστήματος όσο και ενός συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Οι υποστηρικτές ενός ενιαίου φορέα χρησιμοποιούν σαν επιχειρήματα τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας σε άλλες χώρες.

Η επίτευξη μακροοικονομικών στόχων είναι σημαντική αλλά αυτή δε μπορεί να συμβεί χωρίς συγκεκριμένες πολιτικές και μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας. Το πρόβλημα είναι ότι θα πρέπει να βρεθούν χρηματοδοτικές λύσεις που αφενός θα εξασφαλίζουν τη διατήρηση των επιδομάτων υγείας σε υψηλό επίπεδο και αφετέρου θα μειώνουν το ρυθμό της αύξησης των δαπανών υγείας. Η αύξηση των δαπανών υγείας έχει ήδη επιφέρει σημαντική επιβράδυνση στην οικονομία και την αύξηση των μισθών. Η επίλυση των προβλημάτων θα μπορούσε να γίνει μέσα από μια προσέγγιση

βαθμιαίων και διαδοχικών αλλαγών. Οι αλλαγές αυτές θα χρηματοδοτούνταν μέσα από τα υπάρχοντα σχήματα κάτι που σημαίνει ότι το σύστημα ασφάλισης που βασίζεται στις εργοδοτικές εισφορές θα παρέμενε σε ισχύ.

Στην αντίθετη περίπτωση, η μεταρρύθμιση της υγείας θεωρείται ως μια μοναδική ευκαιρία για αλλαγές μεγάλης κλίμακας. Στην περίπτωση αυτή τα υπάρχοντα χρηματοδοτικά σχήματα θα πρέπει να αντικατασταθούν από νέα στα οποία τα έσοδα από την γενική φορολογία θα έχουν αυξημένο ρόλο. Το ποσοστό του πληθυσμού των Η.Π.Α. που καλύπτεται από δημόσιες παροχές υγείας είναι από τα μικρότερα στο δυτικό κόσμο. Για το λόγο αυτόν, η φορολόγηση εισοδήματος και τα έσοδα από τον φόρο προστιθέμενης αξίας δεν επηρεάζουν σημαντικά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά, η δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση είναι σε ορισμένες περιπτώσεις αλληλένδετες. Για παράδειγμα, η παροχή φορολογικών ελαφρύνσεων για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει θετική επίδραση στη μεγέθυνση της ιδιωτικής ασφάλισης.

2.7.7 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ

Τόσο στον πρωτοβάθμιο όσο και στο δευτεροβάθμιο τομέα υγείας χρησιμοποιούνται μια σειρά από τεχνικές για να μειωθεί το κόστος και να αυξηθεί η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών (managed care,) καθώς και για να εξασφαλιστεί ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ των διαφορετικών παρόχων υγείας θα παραμείνει ενεργός προς όφελος του τελικού χρήστη (managed competition).

Το πρόγραμμα Medicaid χρηματοδοτείται από κοινού από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και τις Πολιτείες. Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση πληρώνει τις Πολιτείες με ένα συγκεκριμένο ποσοστό των εξόδων του προγράμματος που ονομάζεται Federal Medical Assistance Percentage (FMAP). Το ποσοστό αυτό διαφέρει μεταξύ των Πολιτειών και βασίζεται σε κριτήρια όπως το κατά κεφαλήν εισόδημα. Το μέσο ποσοστό FMAP είναι 57% αλλά υπάρχουν διακυμάνσεις από 50% στις πιο πλούσιες Πολιτείες μέχρι 75% σε Πολιτείες με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα ενώ το μέγιστο μπορεί να φτάσει μέχρι το 82%. Τα FMAP δημοσιεύονται επισήμως στον προϋπολογισμό και αναπροσαρμόζονται ανά τρία έτη για κάθε Πολιτεία με βάση τις διακυμάνσεις της οικονομικής δραστηριότητας. Οι Πολιτείες παρέχουν διαβεβαιώσεις για τη δυνατότητά τους να καλύψουν το κόστος των δαπανών των Medicaid που τους αναλογούν. Οι πόροι τους προς αυτή τη κατεύθυνση προέρχονται από τα νομίμως αναλογούντα ποσά κάθε δημόσιου φορέα, ενδοκυβερνητικές μεταβιβάσεις (Inter-Governmental Transfers

IGT), πιστοποιημένες δημόσιες δαπάνες (Certified Public Expenditures CPEs), θεμιτούς φόρους και δωρεές παρόχων. Οι τροποποιήσεις εγκρίνονται μετά από έλεγχο ότι οι πόροι της Πολιτείας είναι σύμφωνοι με το θεσμικό και νομικό πλαίσιο και στη συνέχεια απελευθερώνουν το ποσό της ομοσπονδιακής συμμετοχής (Federal Financial Participation, FFP).

Στο πλαίσιο των ομοσπονδιακών ορίων, η κάθε Πολιτεία θεσπίζει τους δικούς της δείκτες πληρωμής των παρόχων Medicaid. Υπάρχουν δύο τρόποι με τους οποίους οι Πολιτείες πληρώνουν για τις υπηρεσίες. Ο Fee-for-Service και οι Managed Care Arrangement. Στα Fee-for-Service οι Πολιτείες πληρώνουν απευθείας για τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε τιμές που υπολογίζονται με βάση το κόστος της υπηρεσίας όπως αυτό υπολογίζεται από τις τιμές που ισχύουν στην ελεύθερη αγορά, αφού ληφθεί υπόψη και το ποσό που πληρώνει το Medicare για ανάλογες υπηρεσίες.

Πρόκειται για ένα μοντέλο όπου η κάθε ιατρική υπηρεσία αντιμετωπίζεται μεμονωμένα και πληρώνεται ξεχωριστά. Έτσι όμως παρέχεται κίνητρο στους γιατρούς να κάνουν περισσότερες εξετάσεις και να εφαρμόζουν περισσότερες θεραπείες, γιατί η πληρωμή συνδέεται με την ποσότητα και όχι με την ποιότητα, ενώ και οι ασθενείς από την μεριά τους αναζητούν όσο το δυνατόν περισσότερες θεραπείες έστω και αν είναι περιττές, αφού δεν έχουν συμμετοχή στο κόστος. Έτσι η μέθοδος FFS αυξάνει το κόστος και αποθαρρύνει τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα που συνεπάγονται πιο ολοκληρωμένες προσεγγίσεις και για αυτούς τους λόγους βρίσκονται στο στόχαστρο των μεταρρυθμιστικών προτάσεων.

Στα Managed Care Arrangements οι Πολιτείες συνάπτουν συμβόλαια με οργανισμούς που διαθέτουν δίκτυα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι οργανισμοί αυτοί εξοφλούνται με μια μηνιαία τιμή capitation. Πρόκειται για μια σταθερή μηνιαία τιμή, η οποία πληρώνεται ανεξάρτητα από το αν ο ασφαλισμένος έκανε χρήση των υπηρεσιών ή όχι. Η τιμή διαμορφώνεται με βάση τη μέση αναμενόμενη χρήση κάθε ασθενούς και λαμβάνει υπόψη την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, τον τύπο απασχόλησης, τον τόπο διαμονής και το ιατρικό ιστορικό.

Η τιμή αναπροσαρμόζεται τακτικά σύμφωνα με συγκεκριμένους δείκτες τάσης, όπως ο Medicare Economic Index ή ο Medicaid-Specific Trend factor που χρησιμοποιεί ένα δείκτη προσαρμογής στον πληθωρισμό που ορίζεται από την ίδια την Πολιτεία. Με αυτό τον τρόπο πληρωμής οι γιατροί αποθαρρύνονται από την πραγματοποίηση περιττών εξετάσεων διότι δεν πληρώνονται επιπλέον για αυτές, ωστόσο πιθανώς αποθαρρύνονται και για την πραγματοποίηση χρήσιμων εξετάσεων. Για

τον ορισμό ή την αλλαγή του τρόπου πληρωμής των παρόχων Medicaid οι Πολιτείες καταρτίζουν ένα πολιτειακό πλάνο τροποποίησης (State Plan Amendment, SPA) και ειδοποιούν τους παρόχους για τις προτεινόμενες αλλαγές, αφού προηγηθεί έλεγχος της συμβατότητας των προτεινομένων αλλαγών με το νόμο για την κοινωνική ασφάλιση (Social Security Act) και άλλες ομοσπονδιακές και πολιτειακές ρυθμίσεις. Εξετάζονται επίσης, εάν εξασφαλίζεται ότι οι πληρωμές εγγυώνται αποδοτικότητα, ορθολογική διαχείριση και ποιότητα υπηρεσιών και είναι επαρκείς ώστε να γίνουν αποδεκτοί από αρκετούς παρόχους υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται πρόσβαση στο γενικό πληθυσμό ολόκληρης της γεωγραφικής περιοχής.

Το κόστος της περίθαλψης των ανασφάλιστων συχνά προσφέρεται ως φιλανθρωπία, από τους παρόχους υγείας και μεταβιβάζεται στους ασφαλισμένους μέσω υψηλών ασφαλιστρών για την υγεία ή μεταβιβάζεται στους φορολογούμενους μέσω υψηλότερης φορολόγησης. Τα νοσοκομεία και άλλοι πάροχοι υγείας αποζημιώνονται για την παροχή απλήρωτων υπηρεσιών μέσα από το ομοσπονδιακό πρόγραμμα αναπλήρωσης (Federal Matching Fund Programme). Κάθε Πολιτεία θεσπίζει νομοθεσία που ρυθμίζει την αποζημίωση για τις δαπάνες των παρόχων. Στο Μιζούρι, για παράδειγμα, δημιουργείται ένα αποθεματικό κεφάλαιο με βάση τις αιτήσεις των παρόχων για μη αποζημιωμένες υπηρεσίες. Το αποθεματικό κεφάλαιο μεταβιβάζεται στην Ένωση Νοσοκομείων του Μιζούρι για την κάλυψη τέτοιων δαπανών στις οποίες υπολογίζονται Disproportionate Share Payments (σε νοσοκομεία με υψηλά ποσοστά ανασφάλιστων ασθενών) ελλειμματικές πληρωμές του Medicaid, αναπλήρωση πληρωμών του Medicaid προς τις ασφαλιστικές εταιρείες και άλλες σχετικές δαπάνες. Στο New Hampshire η πολιτειακή βοήθεια για την αναπλήρωση περιλαμβάνει την φιλανθρωπική δαπάνη, το ακάλυπτο κόστος του Medicaid και λοιπά μη εξυπηρετούμενα χρέη, εφόσον αυτά πληρούν συγκεκριμένες νομικές προδιαγραφές.

2.7.8 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων στην ΠΦΥ

Η αποζημίωση των γιατρών από τα Medicare and Medicaid γίνονται μέσα από τα Centres for Medicare and Medicaid Services (CMS) με χρήση των Fee Schedules. Αυτά είναι πλήρεις κατάλογοι με το μέγιστο ποσό που μπορεί να χρεώσει ένας γιατρός ή άλλος πάροχος υγείας μέσω της αντιστοιχίας fee-for-service. Τα CMS διαθέτουν καταλόγους για ιατρικές επισκέψεις, διακομιδή με ασθενοφόρο, εργαστηριακές εξετάσεις, πάγιο ιατρικό εξοπλισμό, τεχνητά μέλη και νοσοκομειακό υλικό.

Η αποζημίωση των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γίνεται κατά περίπτωση μέσα από διαδικασίες Fee for Service (FFS), Health Maintenance Organization ή Preferred Provider Organization, (PPO). Στην πιο απλή περίπτωση ο ασφαλισμένος επισκέπτεται το γιατρό και πληρώνει το λογαριασμό. Αν η συγκεκριμένη εξέταση ή θεραπεία καλύπτεται από τη συγκεκριμένη ασφάλιση, ο ασφαλισμένος συμπληρώνει μια αίτηση και η ασφαλιστική εταιρεία του επιστρέφει ολόκληρο ή ένα μέρος του ποσού ανάλογα με τη συμφωνία που έχει γίνει. Αυτό το είδος πληρωμής ονομάζεται Fee for Service (FFS) ή Point of Service (POS), καθώς η κοστολόγηση και η πληρωμή λαμβάνουν χώρα στο σημείο που παρέχεται η υπηρεσία. Στην περίπτωση αυτή, ο πάροχος της υγείας έχει μια προκαθορισμένη τιμή για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία και ο λογαριασμός είναι στην πραγματικότητα ένας κατάλογος με κωδικούς που αναλογούν σε αυτές τις υπηρεσίες τους οποίους τσεκάρει ο γιατρός κατά περίπτωση. Με βάση το λογαριασμό ο πάροχος της υγείας εκδίδει το τιμολόγιο προς τον ασφαλιστικό οργανισμό και αυτός με την σειρά του πληρώνει το ποσοστό που του αναλογεί, από το οποίο εξαιρούνται σημαντικές εκπτώσεις που γίνονται εξαιτίας του μεγάλου πλήθους των πελατών του ίδιου οργανισμού που κατευθύνονται προς συγκεκριμένους παρόχους σύμφωνα με τις συμφωνίες που έχουν γίνει. Οι παραπάνω καλύψεις (FFS ή POS) ονομάζονται και παραδοσιακά προγράμματα, καθώς ιστορικά είναι τα πρώτα που εμφανίστηκαν.

Μια άλλη κατηγορία είναι οι οργανισμοί διατήρησης της υγείας (Health Maintenance Organization, HMO), στους οποίους ανήκει και το σύστημα Kaiser Permanente που περιγράφεται στην ενότητα 2.7.5. Οι HMO συνδυάζουν μεγάλες ομάδες ιατρικού προσωπικού και συμβόλαια με εργοδότες για την παροχής υπηρεσιών υγείας σε μεγάλες ομάδες εργαζομένων σε ένα πλαίσιο προπληρωμένων υπηρεσιών από νοσοκομεία, κλινικές και ιατρεία. Η βασική αρχή που διέπει αυτό το σύστημα είναι η πρόληψη, καθώς ένας HMO έχει σα στόχο κυρίως να μην ασθενούν οι άνθρωποι και έτσι δίνει έμφαση σε ετήσια τσεκάπ, σε άλλες προληπτικές εξετάσεις και άλλα μέτρα πρόληψης. Ο HMO συνήθως κοστίζει λιγότερο από ότι άλλες ασφαλιστικές καλύψεις, καθώς ο ασφαλιστικός οργανισμός διαπραγματεύεται σημαντικές εκπτώσεις με τους παρόχους υγείας που συνεργάζονται με το δίκτυο HMO. Τα χρήματα που πληρώνει ο ασφαλισμένος από την τσέπη του είναι συνήθως λιγότερα στην περίπτωση του HMO από ότι σε άλλα προγράμματα, ωστόσο, καλύπτεται μόνο η επίσκεψη σε παρόχους υγείας που συνεργάζονται με το δίκτυο.

Οι περισσότεροι ΗΜΟ απαιτούν την επιλογή από τον ασφαλισμένο ενός γενικού γιατρού (Primary Care Physician, PCP) ο οποίος συνήθως είναι οικογενειακός γιατρός, γενικός παθολόγος ή παιδίατρος και αποτελεί μέλος του δικτύου. Ο γιατρός αυτός καλύπτει όλες τις βασικές ανάγκες εξετάσεων και θεραπείας, και έχει την δικαιοδοσία παραπομπής σε ειδικούς γιατρούς, που επίσης συνεργάζονται με το δίκτυο καθώς και σε ιατρικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα. Στην ουσία δηλαδή, ο γιατρός αυτός συντονίζει όλα τα ζητήματα υγείας ενός συγκεκριμένου ασφαλισμένου και ο ασφαλισμένος πληρώνει μόνο co-payment, δηλαδή ένα σταθερό και προκαθορισμένο ποσό για κάθε επίσκεψη στο γιατρό, συνταγογράφηση ή παραπομπή σε νοσοκομείο. Το ποσό αυτό γενικά είναι χαμηλότερο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε σχέση με την επίσκεψη σε ειδικό γιατρό. Ο ασφαλισμένος μπορεί να προϋπολογίσει το κόστος που του αναλογεί και δεν έχει το οικονομικό ρίσκο πιθανών απαραίτητων πολύ υψηλών ιατρικών δαπανών.

Ο προσωπικός γιατρός έχει μια πολύ καλή γενική εικόνα του ιστορικού και της κατάστασης του κάθε ατόμου και έτσι μπορεί να συντονίσει καλύτερα όλες τις απαραίτητες ενέργειες για τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του. Ο ασφαλισμένος απαλλάσσεται από το άγχος της αναζήτησης του γιατρού με την καταλληλότερη ειδικότητα, όπως και απαλλάσσεται από το φόρτο συμπλήρωσης εγγράφων και συλλογής δικαιολογητικών. Μεγάλο πλεονέκτημα είναι επίσης, ότι ο ΗΜΟ παρέχει πλήρη κάλυψη για ετήσιους ιατρικούς ελέγχους και πολλές άλλες προληπτικές εξετάσεις. Έτσι και ο ασφαλισμένος έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να διαγνώσει έγκαιρα κάποια νόσο και να την αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά αλλά και ο ασφαλιστικός φορέας εξοικονομεί σημαντικά ποσά που θα απαιτούνταν για την αντιμετώπιση μιας σοβαρής ασθένειας σε προχωρημένο στάδιο. Το 1973 ψηφίστηκε ο Health Maintenance Organization Act, ο οποίος προέβλεπε ισχυρή δημόσια χρηματοδότηση των ΗΜΟ, καθώς ο θεσμός δεν είχε πετύχει τους αρχικούς του στόχους. Σκοπός ήταν η δημιουργία οικονομικών κινήτρων για τη μείωση των δαπανών υγείας αλλά οι ΗΜΟ ποτέ δεν κατάφεραν να ανταποκριθούν στις αυξημένες προσδοκίες.

Μια ενδιαμέση κατάσταση μεταξύ των FFS-POS και ΗΜΟs είναι οι οργανισμοί επιλεγμένων προμηθευτών (Preferred Provider Organization, PPOs). Ο PPO συνήθως κοστίζει περισσότερο από έναν ΗΜΟ αλλά λιγότερο από τα FFS-POS και είναι επίσης προσανατολισμένος στην πρόληψη. Το βασικό ασφάλιστρο είναι γενικά υψηλότερο από αυτό του ΗΜΟ

και οι πληρωμές για υπηρεσίες (γιατρούς, εξετάσεις, ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και φάρμακα) μπορεί να είναι σταθερές ή να μεταβάλλονται. Το πλεονέκτημα του PPO είναι ότι παρέχει πολύ μεγαλύτερες δυνατότητες επιλογών. Τα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα επιτρέπουν την επιλογή οποιουδήποτε παρόχου υγείας προτιμά ο ασφαλισμένος, εφόσον όμως αυτός ο πάροχος είναι εκτός δικτύου, τότε αυξάνεται το κόστος συμμετοχής. Αυτό συμβαίνει διότι οι πάροχοι υγείας που είναι συμβεβλημένοι παρέχουν πολύ σημαντικές εκπτώσεις, ως αντάλλαγμα για τον αυξημένο κύκλο εργασιών.

Σε αντίθεση με τον HMO δεν παρεμβάλλεται ένας βασικός γενικός γιατρός (PCP) εκτός και ο ασφαλισμένος αποφασίζει ο ίδιος αν χρειάζεται ειδικό γιατρό και μπορεί να τον επισκεφτεί απευθείας. Στον PPO ο ασφαλισμένος φέρει ο ίδιος την ευθύνη για την προστασία της υγείας του. Το μέγιστο ετήσιο κόστος συμμετοχής είναι προκαθορισμένο και εφόσον ένας ασφαλισμένος συμπληρώσει αυτό το out of pocket maximum, τότε πληρώνει πλέον μόνο ένα σταθερό ποσό για κάθε επίσκεψη ως co-payment και η ασφαλιστική εταιρεία αναλαμβάνει όλο το υπόλοιπο κόστος.

Τόσο στους HMOs όσο και στους PPOs η ασφαλιστική εταιρεία απαλλάσσεται από την υποχρέωση πληρωμής για ένα αρχικό ποσό για κάθε ιατρική υπηρεσία (deductible). Όσο υψηλότερο είναι το ποσό της απαλλαγής τόσο χαμηλότερο μπορεί να είναι το ασφάλιστρο. Αυτό το αρχικό ποσό είναι υψηλότερο στους PPO σε σχέση με τους HMOs. Μια ειδική κατηγορία PPOs είναι τα High Deductible Health Plans (HDHPs) στα οποία το απαλλασσόμενο αρχικό ποσό είναι πάρα πολύ υψηλό. Στην κατηγορία αυτή μπορεί να υπάρχει σύνδεση του λογαριασμού του ασφαλισμένου με έναν αποταμιευτικό λογαριασμό. Τα χρήματα που αποταμιεύονται σε αυτόν απαλλάσσονται από τη φορολόγηση και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη όλων των ιατρικών εξόδων μέχρι το ύψος του απαλλασσόμενου για την ασφαλιστική εταιρεία ποσού. Μετά τη συμπλήρωση αυτού του ποσού, η ευθύνη πληρωμής ανήκει στην ίδια την ασφαλιστική εταιρεία. Τα HDHPs αποτελούν έτσι καλή επιλογή για άτομα που δεν επισκέπτονται τακτικά το γιατρό αλλά θέλουν ένα δίχτυ ασφαλείας για επείγουσες ιατρικές θεραπείες υψηλού κόστους. Είναι προφανές ότι όσο μεγαλύτερο είναι το απαλλασσόμενο ποσό τόσο λιγότερα πληρώνει ο ασφαλισμένος.

Στους HMOs η συμμετοχή (co-payment) εξαρτάται από το είδος του προγράμματος και το είδος της προσφερόμενης υπηρεσίας. Ενδεικτικά η επίσκεψη σε γενικό γιατρό κοστίζει από 10 έως 25 δολάρια. Η επίσκεψη σε ειδικό γιατρό 20 έως 50 δολάρια και η ημερήσια ενδονοσοκομεια-

κή περίθαλψη 100 έως 300 δολάρια. Ορισμένοι ΗΜΟ δεν έχουν αρχικό απαλλασσόμενο ποσό: ο ασφαλισμένος πληρώνει τη συμμετοχή του και η ασφαλιστική εταιρεία αναλαμβάνει τα υπόλοιπα. Οι υπόλοιποι θέτουν απαλλασσόμενο ποσό για ορισμένες υπηρεσίες, όπως η παραμονή στο νοσοκομείο και οι χειρουργικές επεμβάσεις.

Ορισμένοι ΡΡΟs έχουν σταθερή συμμετοχή co-payment, άλλοι απαιτούν την πληρωμή ενός ποσοστού συμμετοχής και άλλοι αποτελούν συνδυασμό των παραπάνω. Ενδεικτικά, στην περίπτωση της σταθερής συμμετοχής, το κόστος για τον ασφαλισμένο είναι ανάλογο με αυτό των ΗΜΟs, δηλαδή η επίσκεψη σε γενικό γιατρό κοστίζει από 10 έως 25 δολάρια. Η επίσκεψη σε ειδικό γιατρό 20 έως 50 δολάρια και η ημερήσια ενδονοσοκομειακή περίθαλψη 100 έως 300 δολάρια. Το απαλλασσόμενο ποσό για παροχές εντός δικτύου ανέρχεται από 250 έως 5.000 δολάρια κατά άτομο ή 500 έως 10.000 δολάρια για οικογένειες.

Στα HDHPs δεν υπάρχει σταθερή συμμετοχή και ο ασφαλισμένος πληρώνει όλα τα έξοδα μέχρι το ύψος της απαλλαγής. Εξαιρούνται ορισμένες προληπτικές εξετάσεις και υπηρεσίες που πληρώνει η ασφαλιστική εταιρεία από το πρώτο δολάριο, καθώς είναι προς όφελός της να διαγνωστούν πιθανές παθήσεις όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα. Το ποσό της ελάχιστης απαλλαγής, όπως και το μέγιστο ποσό που μπορεί να πληρώσει ο ασφαλισμένος από την τσέπη του ορίζονται από το υπουργείο οικονομικών των Η.Π.Α. (IRS) και αλλάζουν κάθε χρόνο. Το 2010 η ελάχιστη απαλλαγή ήταν 1.200 δολάρια για μεμονωμένα άτομα και το διπλάσιο για οικογένειες, ενώ το μέγιστο ποσό πληρωμής από την τσέπη ήταν 5.950 δολάρια για μεμονωμένα άτομα και 11.900 για οικογένειες.

Σε άλλες περιπτώσεις ο πάροχος υγείας στέλνει απευθείας το τιμολόγιο στην ασφαλιστική εταιρεία και σε άλλες ο ασφαλισμένος πληρώνει επί τόπου και στη συνέχεια διεκδικεί το αναλογούν ποσό από την ασφαλιστική εταιρεία. Ο λογαριασμός αναφέρεται σε απολύτως συγκεκριμένους κωδικούς για κάθε είδος παρεχόμενης υπηρεσίας. Οι κωδικοί αυτοί είναι μοναδικοί και τυποποιημένοι για κάθε υπηρεσία και κάθε πάροχο σε ολόκληρες τις Η.Π.Α. Το ποσό που χρεώνει ο πάροχος, όπως και το ποσό που πληρώνει η ασφαλιστική εταιρεία, βασίζονται ακριβώς σε αυτούς τους κωδικούς.

Γενικά, διαπιστώνεται αισθητή μείωση της χρήσης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία έχει πολλές αρνητικές επιπτώσεις σε ολόκληρο το σύστημα υγείας. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται ανεξέλεγκτος πληθωρισμός στο κόστος για την υγεία, μειωμένη πρόσβαση σε απαραίτητη θεραπεία, μεγάλος κατακερματισμός και αποπροσωποποίηση της

ιατρικής φροντίδας και πτώση στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα. Καθώς το κόστος υγείας αυξάνεται σε δυσθεώρητα ύψη και απαιτεί ένα ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ αυξάνεται ο κίνδυνος αποσταθεροποίησης και χρεοκοπίας του συστήματος υγείας, κάτι που θα έχει απρόβλεπτες συνέπειες για ολόκληρη τη χώρα.

2.7.9 Έλεγχος και ποιότητα

Παρόλο που οι Η.Π.Α. ξοδεύουν πάρα πολλά χρήματα για την υγεία σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες και έχουν τον υψηλότερο δείκτη κατά κεφαλήν ειδικευμένων γιατρών, η ικανοποίηση των ασθενών, όπως και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο. Το υψηλό ποσοστό της επένδυσης στην υγεία δεν μετατρέπεται σε δημόσια ικανοποίηση. Οι επιδόσεις είναι σχετικά χαμηλές σε ότι αφορά στην πρόσβαση, την αποδοτικότητα, την ισοτιμία και την υγεία του πληθυσμού. Εκτός από το γεγονός ότι η Η.Π.Α. έχουν ένα πολύ χαμηλό ποσοστό υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, ακόμα και τα ασφαλισμένα άτομα, όπως και τα άτομα υψηλού εισοδήματος, δηλώνουν πολύ συχνά τη δυσαρέσκειά τους, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις εξετάσεις, τη θεραπεία και τα φάρμακα που πιστεύουν ότι χρειάζονται. Αυτό πιθανώς αντικατοπτρίζει την έλλειψη ολοκληρωμένης κάλυψης και τα πολύ υψηλά ποσοστά ιδιωτικής συμμετοχής, ακόμα και μεταξύ των ασφαλισμένων και αυτών που ανήκουν στα υψηλότερα εισοδήματα. Η αποσπασματική κάλυψη και η αστάθεια της ασφάλισης αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στον αποτελεσματικό συντονισμό καθώς για παράδειγμα δεν υπάρχει διάχυση της πληροφορίας μεταξύ των διαφορετικών προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και πολύ συχνά οι ασθενείς αναγκάζονται να αλλάζουν γιατρό.

Η πρόσφατη συζήτηση για μια εκτεταμένη μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας των Η.Π.Α. αναφέρεται σε θέματα όπως το δικαίωμα στην πρόσβαση, τη δίκαιη αντιμετώπιση, την αποδοτικότητα, τη μείωση του κόστους, το δικαίωμα επιλογής, την αύξηση της αξίας και τη βελτίωση της ποιότητας, καθώς τα τελευταία χρόνια αυξήθηκαν οι φωνές και τα επιχειρήματα ότι το σύστημα δεν παραδίδει αξία ανάλογη με τα χρήματα που επενδύονται σε αυτό. Για παράδειγμα, παρόλο που ο προϋπολογισμός των Η.Π.Α. είναι διπλάσιος σε σχέση με άλλα αναπτυγμένα κράτη, η χώρα υστερεί τόσο σε βρεφική θνησιμότητα όσο και σε προσδοκώμενη ζωή. Οι Η.Π.Α. έχουν το χειρότερο δείκτη βρεφικής θνησιμότητας από όλα σχεδόν τα βιομηχανικά κράτη και είναι τεσσαρακοστές δεύτερες παγκοσμίως σε ό,τι αφορά την προσδοκώμενη ζωή.

Το σύστημα της υγείας υφίσταται ισχυρή για τα αμερικανικά δεδομένα ρύθμιση τόσο σε ομοσπονδιακό όσο και σε πολιτειακό επίπεδο. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση έχει τη γενική ευθύνη λειτουργίας του συστήματος, στην οποία συμπεριλαμβάνεται η έγκριση αδειών για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και ο έλεγχος των φαρμακευτικών σκευασμάτων και των ιατρικών μηχανημάτων, με στόχο την προστασία των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας. Οι Πολιτείες επιβάλλουν πρόσθετες ρυθμίσεις, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στη λειτουργία της ασφαλιστικής αγοράς, εκτός από τα μεγάλα ασφαλιστικά προγράμματα εργοδοτικών φορέων με πολλούς υπαλλήλους που διέπονται από ομοσπονδιακούς νόμους. Η σημαντικότερη όμως επίδραση του κράτους στη ρύθμιση του συστήματος υγείας είναι ο καθορισμός του ύψους της αποζημίωσης για τα προγράμματα Medicare και Medicaid τα οποία πολλές φορές αποτελούν σημείο αναφοράς για τις διαπραγματεύσεις μεταξύ των ανεξάρτητων ασφαλιστικών εταιρειών και των παρόχων υγείας.

Σε ομοσπονδιακό επίπεδο το τμήμα υγείας και ανθρωπίνων υπηρεσιών (United States Department of Health and Human Services) επιβλέπει τις διάφορες κυβερνητικές υπηρεσίες που εμπλέκονται στο σύστημα της υγείας μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η διοίκηση τροφίμων και φαρμάκων (Food and Drug Administration) που πιστοποιεί την ασφάλεια των τροφίμων και την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και άλλων ιατρικών προϊόντων, τα κέντρα πρόληψης νοσημάτων που στοχεύουν στην πρόληψη νοσημάτων, προγεννητικών θανάτων και αναπηρίας, το γραφείο έρευνας και ποιότητας υγειονομικής φροντίδας (Agency of Health Care and Research and Quality), το γραφείο μητρώου τοξικών υλικών και νοσημάτων (Toxic Substances and Disease Registry), που ρυθμίζει τη διαχείριση επικίνδυνων και τοξικών υλικών, και τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας που πραγματοποιούν ιατρική έρευνα.

Οι Πολιτειακές κυβερνήσεις διατηρούν υπηρεσίες υγείας (State Health Departments) και οι τοπικές κυβερνήσεις σε επαρχιακό και δημοτικό επίπεδο επίσης έχουν δικά τους τμήματα υγείας που συχνά αναφέρονται στις κρατικές υπηρεσίες υγείας του προηγούμενου επιπέδου. Οι πολιτειακές αρχές έχουν εκτελεστική εξουσία. Σε ορισμένες Πολιτείες όλα τα μέλη των επιτροπών υγείας πρέπει να είναι επαγγελματίες του χώρου της υγείας. Πολλοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας αιτούνται χωρίς να έχουν υποχρέωση, με δική τους πρωτοβουλία, έλεγχο και πιστοποίηση από την κοινή επιτροπή πιστοποίησης νοσοκομειακών οργανισμών (Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations).

Οι πάροχοι υγείας ελέγχονται για τις ικανότητές τους από πολιτειακές επιτροπές, ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διαδικασίες αυτές έχουν χαλαρώσει, κάτι που αυξάνει την πίεση για επαναφορά πιο συστηματικών ελέγχων. Τα κέντρα υπηρεσιών Medicare και Medicaid (CMS) δημοσιεύουν ηλεκτρονικά τα πλήρη στοιχεία επιδόσεων των μαιευτηρίων. Το 2004 οι ρυθμίσεις είχαν όφελος 172 δις δολαρίων, αλλά κόστισαν στο δημόσιο περισσότερο από 340 δις (Conover, 2004).

Από το 1978 η ομοσπονδιακή κυβέρνηση εισήγαγε την υποχρέωση λήψης πιστοποιητικού ανάγκης (Certificate of Need, CON) από όλες τις καρδιολογικές κλινικές, με στόχο τη μείωση του κόστους μέσω της μείωσης των αναγκαίων επενδύσεων σε εγκαταστάσεις και εξοπλισμό. Σε πολλές περιπτώσεις ωστόσο, το αποτέλεσμα ήταν να μειωθεί μεν το πλήθος των εγκαταστάσεων, αλλά να αυξηθεί το κόστος των υπηρεσιών λόγω αποδυνάμωσης του ανταγωνισμού. Το πρόγραμμα διατηρήθηκε μέχρι το 1986 και έκτοτε πολύ λίγες Πολιτείες το συνεχίζουν. Τελικά, δεν είναι ξεκάθαρο αν το συνολικό κόστος μέσα από τέτοιες παρεμβάσεις μειώνεται ή αυξάνεται. Η βελτίωση της ποιότητας επιτυγχάνεται και μέσω της δημοσιοποίησης δεικτών και άλλων στοιχείων που αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα νοσοκομειακών μονάδων, επαγγελματιών υγείας και άλλων παρόχων. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ότι η δημοσιοποίηση τέτοιων πληροφοριών μεταβάλλει σημαντικά τις προτιμήσεις των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας ή ότι οδηγούν σε αύξηση της ποιότητας.

Στον επιστημονικό και πολιτικό διάλογο εγείρονται πολλές επιφυλάξεις σχετικά με την πρόσβαση, την αποδοτικότητα και την ποιότητα που εξασφαλίζουν τα πολύ μεγάλα ποσά που δαπανώνται. Το 2000 οι Η.Π.Α. βρίσκονταν στη 37η θέση σε ότι αφορά στις γενικές επιδόσεις και στη 72η θέση σε ότι αφορά στο γενικό επίπεδο υγείας ανάμεσα σε 191 κράτη που συμμετείχαν σε σχετική έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η συγκεκριμένη μελέτη ωστόσο αποτέλεσε αντικείμενο έντονης κριτικής. Μεταξύ του 1994 και του 2006 οι δείκτες θνησιμότητας των παιδιών ηλικίας από ενός μέχρι τεσσάρων ετών μειώθηκαν κατά το ένα τρίτο, όπως επίσης μειώθηκαν τα ποσοστά καπνίσματος των εγκύων, ενώ από την άλλη μεριά αυξήθηκε η παιδική παχυσαρκία και οι γεννήσεις βρεφών χαμηλού βάρους (Blendon et al, 2011).

2.7.10 Συμπεράσματα και προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ

Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. συχνά αναφέρεται στη συγκριτική ανάλυση συστημάτων ως μια ξεχωριστή περίπτωση, ως η επιτομή του νέο-

φιλευλεύθερου κράτους πρόνοιας, ως ένα σύστημα που ευνοεί μόνο τους έχοντες και αφήνει στη μοίρα τους, τους μη έχοντες. Σε ορισμένα σημεία αυτή η ανάλυση είναι σωστή και σε άλλα όχι, καθώς είναι αξιοπερίεργο ότι ένας από τους μεγαλύτερους πληρωτές στο Αμερικανικό σύστημα είναι το κράτος μέσω του ομοσπονδιακού προγράμματος Medicare που καλύπτει τους άνω των 65 χρονών δικαιούχους και του πολιτειακού προγράμματος Medicaid που καλύπτει τους φτωχούς πολίτες. Ο μεγάλος αριθμός αναασφάλιστων στις Η.Π.Α. είναι οι λεγόμενοι «εργαζόμενοι φτωχοί» που το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να ασφαλιστούν μέσω του πολιτειακού συστήματος αλλά ταυτόχρονα η απασχόλησή τους είναι σε εργοδότες που επιλέγουν να μην προσφέρουν ιατρική κάλυψη στο πακέτο παροχών προς τους εργαζόμενους. Αυτά που πρέπει να γίνουν κατανοητά είναι ότι:

1. Οι προβληματισμοί γύρω από την παροχή φροντίδας στις Η.Π.Α. δεν διαφέρουν από εκείνους σε άλλες χώρες. Και εδώ τα θέματα ισότητας, οικονομίας, ποιότητας, πρόσβασης, αποδοτικής χρήσης των πόρων και καλών κλινικών αποτελεσμάτων ορίζουν τη συζήτηση.
2. Οι Η.Π.Α. έχουν αυτό που έχει περιγραφεί ως κράτος προσφοράς υπηρεσιών (Supply state) όπου η καινοτομία, έστω και οριακά, βρίσκεται πιο εύκολα και πιο γρήγορα το δρόμο εισαγωγής στα ιατρικά πρωτόκολλα και στην κλινική πρακτική, σε σχέση με άλλα συστήματα, που η πρωτεύουσα επιλογή είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, έστω και με σχετικά ανώδυνους ή επώδυνους περιορισμούς στην πρόσβαση (χρονικούς, τεχνολογικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς).
3. Το πολιτικό σημείο εκκίνησης των Η.Π.Α. διαφέρει από εκείνο των Ευρωπαϊκών κρατών. Το «αριστερό» κομμάτι του πολιτικού φάσματος, οι Δημοκρατικοί, θα θεωρούνταν «δεξιό», αν ο αναλυτής ήταν Ευρωπαίος. Οι Αμερικανοί δεν είναι φίλα προσκείμενοι στην έννοια του κράτους, αυτό που αποκαλούν μεγάλη κυβέρνηση. Η ιστορική ίδρυση του κράτους μέσα από ένα πόλεμο ανεξαρτησίας και η περαιτέρω συζήτηση γύρω από τον ρόλο της κυβέρνησης περιορίζει σε μεγάλο βαθμό τους πολιτικούς βαθμούς ελευθερίας που υπάρχουν στη θεσμοθέτηση πολιτικής υγείας. Ταυτόχρονα, σε δύσκολες οικονομικά συγκυρίες, ακόμη και στις Η.Π.Α., το κράτος βρίσκει πολιτικό χώρο για να αναπτύξει δραστηριότητα στο χώρο της υγείας αλλά και της πρόνοιας. Τόσο μετά τη μεγάλη ύφεση και το κραχ του 1929 που δημιουργήθηκαν οι βάσεις κρατικής παρέμβασης στο σύστημα, όσο και με την παρέμβαση Τζόνσον το 1965 με τη δημιουργία των Medicare / Medicaid, αλλά και με την πρόσφατη μεταρρύθμιση Ομπάμα

εν μέσω οικονομικής κρίσης, η κυβέρνηση των Η.Π.Α. έχει αυξήσει δραματικά το βαθμό εμπλοκής της στο σύστημα είτε ως ρυθμιστής είτε ως χρηματοδότης.

4. Η πολιτική οργάνωση της χώρας επιτρέπει πολύ συχνά διαφορετικές προσεγγίσεις προς κοινούς όμως στόχους (52 Πολιτείες δημιουργούν διαφορετικά συστήματα διοίκησης). Αυτό οδηγεί στην υιοθέτηση των καλύτερων πρακτικών και από άλλους, αφού οι Η.Π.Α. έχουν φέρει στο τραπέζι και στην πράξη μια σειρά από ενδιαφέρουσες και πρωτοποριακές μορφές οργάνωσης και χρηματοδότησης όπως είναι το managed care και το managed competition, τα HMOs, PPOs, POSs κλπ. Αυτές οι καινούργιες προσεγγίσεις είναι προφανές ότι επηρεάζουν την πολιτική υγείας και σε άλλες χώρες.
5. Οι αυξημένες δαπάνες υγείας στις Η.Π.Α. ενσωματώνουν μέσα τους ένα τεράστιο κόστος επένδυσης στη βιοϊατρική έρευνα, με αποτέλεσμα τα τελευταία πενήντα χρόνια το λεγόμενο ιατρο-βιομηχανικό σύμπλεγμα τις Η.Π.Α. να αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους πυλώνες της Αμερικανικής οικονομίας, ανάπτυξης και τεχνολογικής τους κυριαρχίας.
6. Το μεγάλο ερώτημα και το σημαντικό πρόβλημα στην Αμερικανική προσέγγιση σε θέματα υγείας είναι η διανεμητική ηθική του συστήματος. Η μεταρρύθμιση Ομπάμα αλλάζει, τουλάχιστον στα χαρτιά, τα δεδομένα, αλλά απαιτείται περαιτέρω μελέτη για να φανεί αν το νέο σύστημα ασφάλισης στις Η.Π.Α. είναι βιώσιμο ή για να επιστρέψουμε στη διανεμητική ηθική αυτής της χώρας.

Θα μπορούσε λοιπόν να ειπωθεί ότι το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. είναι σε μια παράδοξη θέση. Στα καλύτερά του, είναι ένας μαγνήτης για όσους επιζητούν την τελευταία γνώση, το πιο καινούριο μηχάνημα, την πιο καινοτόμα χειρουργική επέμβαση. Ταυτόχρονα όμως, είναι ανοιχτό σε πολύ μεγάλη και δίκαιη κριτική. Υπάρχει υπερπροσφορά δομών, πόρων και πράξεων σε κάποια μέρη (γεωγραφικά και οικονομικά) με μεγάλα επίπεδα προκλητικής ζήτησης ή τουλάχιστον αχρείαστης ιατρικής φροντίδας. Αυτό όμως το βλέπουν μόνο οι ειδικοί, καθώς η Αμερικανική κοινή γνώμη, όπως και η Ελληνική, έχουν εξισώσει στο συλλογικό νου την περισσότερη φροντίδα με την καλύτερη φροντίδα. Η μεγάλη κριτική από την ίδια την Αμερικανική κοινή γνώμη έχει να κάνει με το δέσιμο της ασφάλισης με μια συγκεκριμένη θέση εργασίας.

Από την άλλη πλευρά, το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. αντιμετωπίζει προβλήματα που σχετίζονται με την αύξηση του κόστους, την αύξηση των ανασφάλιστων και την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Γίνεται προσπάθεια έτσι ώστε η αύξηση της χρηματοδότησης για την υγεία να καταστεί οικονομικά χρήσιμη για το σύνολο της κοινωνίας. Η ιδέα είναι ότι η αύξηση των πόρων θα αυξήσει τα ποσοστά κάλυψης, θα βελτιώσει την υγεία του πληθυσμού και θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη παραγωγικότητα της εργασίας. Η υλοποίηση ωστόσο μιας τέτοιας ιδέας απαιτεί έναν πολύ προσεκτικό σχεδιασμό και τα αποτελέσματα δεν είναι καθόλου εξασφαλισμένα. Η πρόσφατη πολύ σημαντική πολιτική μεταρρύθμιση της κυβέρνησης Ομπάμα οδηγεί σε καθολική κάλυψη, αν και η συζήτηση είναι ακόμη πολύ έντονη γύρω από το αν η οικονομία (τα δημόσια οικονομικά και ο ιδιωτικός τομέας) μπορούν να αντέξουν μια τέτοια εξέλιξη. Θα τεθεί σε ισχύ το 2014 και αναμένεται να οδηγήσει στην ιατροφαρμακευτική κάλυψη 32 εκατομμυρίων μη ασφαλισμένων ατόμων, μέσω της ρύθμισης της ασφαλιστικής αγοράς, τη θέσπιση ελάχιστου ορίου παροχών, τη σύνδεση των επιδομάτων με το εισόδημα και τη δυνατότητα διατήρησης προνομίων κατά την μετακίνηση μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών. Οι αλλαγές αυτές αναμένεται να ευνοήσουν τη σταθερότητα του συστήματος, την κατάσταση των ήδη ασφαλισμένων και την καλύτερη διαχείριση της φροντίδας και της ασθένειας.

Ειδικότερα λοιπόν αναφορικά με την Ελλάδα το γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι διαφορές με το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. είναι πάρα πολύ μεγάλες. Τη στιγμή μάλιστα που αυτό το σύστημα είναι δαπανηρό, δεν καλύπτει ικανοποιητικά τον πληθυσμό, δέχεται έντονη εσωτερική κριτική και βρίσκεται σε φάση βαθιάς μεταρρύθμισης, η υιοθέτηση οποιουδήποτε στοιχείου του θα έπρεπε να γίνει με μεγάλη επιφύλαξη. Πέραν τούτου, θετικές παράμετροι, όπως η πλήρης μηχανογράφηση και η εξαιρετικά ορθολογική διαχείριση του συστήματος Kaiser Permanente ή η πρωτοπορία σε θέματα ανάπτυξης και εφαρμογής της ιατρικής και φαρμακευτικής έρευνας, απαιτούν τεράστιες επενδύσεις, οι οποίες προς το παρόν τουλάχιστον, δεν είναι δυνατόν να γίνουν στην Ελλάδα. Παρόλα αυτά ιδέες για ενεργητικά κίνητρα και τρόπους αποζημίωσης των προμηθευτών, αλλά και μηχανισμούς ελέγχου του κόστους θα μπορούσαν να εξεταστούν, στο βαθμό που δεν απαιτούν μεγάλες επενδύσεις σε τεχνολογίες και υψηλό διοικητικό κόστος.

2.7.11 Βιβλιογραφία

- Blendon R.J., Kim M. and Benson J.M. (2001), The Public Versus The World Health Organization On Health System Performance, *Health Affairs*, May/June.
- Clarke E. and Irvine B. (2002), *Healthcare Systems: The USA*. CIVITAS.
- Conover J.C. (2004), Health Care Regulation: A \$169 Billion Hidden Tax. *Cato Policy Analysis*, 527, 1-32.
- Davis K., Schoen C. and Stremikis K. (2010), *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. Washington: The commonwealth fund.
- GAO (2008), *Primary Care Professionals: Recent Supply Trends, Projections and Valuation of Services*. Washington DC Government Accounting Office.
- Gaskin D.J., Spencer C.S., Richard P., Anderson G.F., Powe N.R. and LaVeist T.A. (2008), Do Hospitals Provide Lower-Quality Care To Minorities Than To Whites? *Health Affairs*, March/April.
- Selden T.M. and Sing M. (2008), The Distribution Of Public Spending For Health Care In The United States. *Health Affairs*, 27(5), 349-359.
- U.S. Department of Health & Human Services (2012), *SCHIP Overview*. Centers for Medicare and Medicaid Services.
- WHO (2011), *World health statistics 2011*. Geneva: World Health Organization.
- Wilper A.P., Woolhandler S., Lasser K.E., McCormick D., Bor D.H., Himmelstein D.U. (2009), Health Insurance and Mortality in US Adults. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2289-2295.

2.8 Συμπέρασμα: Ιδέες & Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ

2.8.1 Συμπεράσματα από τα έξι διαφορετικά συστήματα υγείας - Γενικά

Η προηγηθείσα παρουσίαση των έξι επιλεγμένων και διακριτών συστημάτων υγείας, πέντε Ευρωπαϊκών και του Αμερικανικού, επικεντρώθηκε πρωτίστως στην περιγραφή του τρόπου οργάνωσης και χρηματοδότησης της ΠΦΥ - εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και στις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών. Στόχος ήταν να επισημανθούν οι βασικές συνιστώσες, αλλά και οι προσεγγίσεις των επιμέρους συστημάτων σ' αυτά τα πεδία. Σε κάποιες περιπτώσεις, και όπου αυτό κρίθηκε αναγκαίο και ήταν δυνατό, παρουσιάζονται λεπτομέρειες, ιδιαίτερα στο θέμα της αποζημίωσης των προμηθευτών, με αναφορά στην κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων, σε κίνητρα και αντικίνητρα, σε αποζημιώσεις με βάση στόχους και αποτελέσματα, κ.λπ.

Αυτό έγινε σκόπιμα, αφού στα πλαίσια του έργου, μας ενδιέφερε να αναδείξουμε και να συζητήσουμε δοκιμασμένες και επιτυχημένες ή λιγότερο επιτυχημένες ιδέες και λύσεις σε αυτούς τους τομείς, που θα μπορούσαν να εξεταστούν, και υπό προϋποθέσεις να μεταφερθούν στο ευρύτερο υγειονομικό περιβάλλον της Ελλάδας και του ΕΟΠΥΥ. Είναι προφανές ότι η παρουσίαση που έγινε ήταν σχετικά συνοπτική και όχι τόσο λεπτομερής, μιας που στόχος ήταν σ' αυτή τη φάση ο εντοπισμός μεθόδων, μέσων, διαδικασιών και γενικά διαφορετικών προσεγγίσεων, που στη συνέχεια εφόσον προκαλέσουν το ενδιαφέρον θα χρειαστεί να μελετηθούν και να παρουσιαστούν στην πλήρη τους λεπτομέρεια.

Διαβάζοντας κάποιος την παρουσίαση των συστημάτων υγείας των έξι διαφορετικών χωρών, θα μπορούσε να συνοψίσει και να κωδικοποιήσει τις πληροφορίες που διατυπώθηκαν σε επτά υποενότητες σχετικά με την οργάνωση των συστημάτων, τον τρόπο κάλυψης του πληθυσμού, τη χρηματοδότηση, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα συστήματα αποζημιώσεων, καθώς και τον έλεγχο και την ποιότητα, με παράλληλη παρουσίαση κοινών στοιχείων και παραδειγμάτων, όπου υπάρχουν για την Ελλάδα και τον ΕΟΠΥΥ, κλείνοντας με κάποια συμπεράσματα, ιδέες και προτάσεις προς συζήτηση για τον ΕΟΠΥΥ.

2.8.1.1 Οργάνωση συστημάτων υγείας (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)

Ο τρόπος παροχής των ιατρικών φροντίδων είναι διαφορετικός σε κάθε χώρα και ιστορική περίοδο και βρίσκεται πάντοτε σε σταθερή συνάρτηση με τα κοινωνικά και οικονομικά συστήματα που συγκροτούν και καθορίζουν τις ανθρώπινες κοινωνίες. Αυτό σημαίνει, ότι η οργάνωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας αντανακλούν τη γενικότερη πολιτική και κοινωνικοοικονομική φιλοσοφία κάθε εποχής και κάθε κοινωνίας. Με άλλα λόγια, η πορεία υγειονομικής ανάπτυξης και οργάνωσης είναι στενά συνδεδεμένη με την ίδια την πορεία ανάπτυξης της κάθε χώρας, με τα πολιτικά, τα οικονομικά, τα κοινωνικά και πολιτισμικά δεδομένα που επικρατούν, αλλά και με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

Τα συστήματα υγείας, περίπου για τους ίδιους λόγους και με προφανή ομοιότητα στόχων και επιδιώξεων, άλλαξαν σημαντικά τα τελευταία 30 χρόνια, εισάγοντας στοιχεία αγοράς και ανταγωνισμού. Ακόμη και εκείνα τα παραδοσιακά μοντέλα συστημάτων, που για πολλά χρόνια αποτέλεσαν πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας, όπως το Βρετανικό και το Γερμανικό, ύστερα από επανειλημμένες μεταρρυθμίσεις, άλλαξαν σημαντικά και εμπλουτίστηκαν με νέες ιδέες, με καινούργια εργαλεία και πολύπλοκες διαδικασίες, με περισσότερους βαθμούς ελευθερίας και ευελιξίας και με διευρυμένους ρόλους και υπευθυνότητες για ασθενείς και προμηθευτές.

Πλέον τα συστήματα υγείας, μετά από δυναμική πορεία δομικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων, λειτουργούν σε ένα ιδιαίτερος ανταγωνιστικό περιβάλλον, προσφέροντας μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής ασφαλιστικού φορέα και γιατρού, ελευθερία πρόσβασης σε νοσοκομειακή φροντίδα και σε γιατρούς ειδικοτήτων.

Σε χώρες μάλιστα, όπως στη Σουηδία, στην Ισπανία και στην Ολλανδία παρατηρείται μεγαλύτερη αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας με εκχώρηση πόρων, εξουσιών και αρμοδιοτήτων σε περιφερειακά όργανα και σε δημοτικές, τοπικές αρχές. Μοναδικό αποτελεί και το σύστημα υγείας των Η.Π.Α., καθώς θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως το πλησιέστερο και αντιπροσωπευτικότερο ελεύθερο/ιδιωτικό μοντέλο συστήματος υγείας, όπου ναι μεν περιλαμβάνει ιδιωτική και δημόσια ασφάλιση, ωστόσο ο κυρίαρχος ρόλος ανήκει στον ιδιωτικό τομέα.

Να τονιστεί πως τα υγειονομικά συστήματα δε μπορούν να αποτελούν έτοιμα πακέτα προς εφαρμογή και οι κυβερνήσεις δε μπορούν να επιλέξουν και να εφαρμόσουν για τη χώρα τους κάποιο μοντέλο από εκείνα που θεωρούνται διεθνώς ως “επιτυχημένα”. Κανένα “υγειονομικό σύστη-

μα” δεν είναι προς εξαγωγή και πουθενά δεν μπορεί να επιβληθεί και να λειτουργήσει επιτυχώς, εάν δε ληφθούν πρώτα υπόψη οι κοινωνικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί και επιδημιολογικοί παράγοντες της χώρας. Μπορούν να έχουν επιτυχία μόνο εφόσον προσαρμοστούν στα ισχύοντα δεδομένα της κοινωνίας στην οποία απευθύνονται.

Αυτό δε σημαίνει όμως ότι ένα υγειονομικό σύστημα, όπως είναι το Ελληνικό, δε μπορεί να πάρει ιδέες και να δοκιμάσει χρήσιμα εργαλεία, να κάνει εισαγωγή κινήτρων και γενικά να μάθει από τη μακροχρόνια εμπειρία και πρακτική επιτυχημένων συστημάτων υγείας άλλων χωρών. Εξάλλου, αυτό στις μέρες μας αποτελεί συνήθη πρακτική. Να αναφέρουμε μόνο ότι η ιδέα του εσωτερικού ανταγωνισμού και των οιονεί αγορών, κάτι που μέχρι πρόσφατα ήταν εντελώς ξένο προς το Ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο, εισήχθη στην Ευρώπη από το φιλελεύθερο Αμερικανικό σύστημα, ενώ από την άλλη μεριά η ιδέα της καθολικής ασφάλισης υγείας στη μεταρρύθμιση του Obama, στοιχείο εντελώς ξένο για την αμερικάνικη κοινωνία της ατομικής ελευθερίας, της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και της ελεύθερης αγοράς αποτελεί «δάνειο» της Ευρώπης προς την Αμερική.

Άξιο προσοχής και συζήτησης αποτελεί ο ρόλος αλλά και οι αρμοδιότητες του Κεντρικού Ταμείου Υγείας στο Γερμανικό Σύστημα Υγείας, ως κεντρικός μηχανισμός συλλογής και στη συνέχεια κατανομής των πόρων πίσω στους παρόχους, λαμβάνοντας υπόψη και τα δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία των ασφαλισμένων. Αυτό μπορεί πιθανόν να συνδυαστεί, παράλληλα με τον ΕΟΠΥΥ και με τη δημιουργία οργάνων και δομών σε περιφερειακό επίπεδο και την εκχώρηση αρμοδιοτήτων στα πλαίσια της αποκέντρωσης (Υ.Πε και τοπική αυτοδιοίκηση, κ.ά.).

2.8.1.2 Τρόπος υγειονομικής κάλυψης πληθυσμού (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)

Τα υπό εξέταση έξι ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, όπως και της Ελλάδας, καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας προσφέροντας ίση πρόσβαση στους πολίτες, εξυπηρέτηση και θεραπεία σε όλους, ανεξάρτητα από την επαγγελματική και εισοδηματική κατάσταση των ασθενών ή την εθνικότητα τους, με ορισμένες σαφώς αποκλίσεις μεταξύ τους, ως προς την ολοκληρωτική δυνατότητα κάλυψης των πολιτών, νόμιμων και μη.

Μάλιστα, οι μεγάλες εισροές μεταναστών αποτελούν ένα καινούργιο δεδομένο για κάποια ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, ιδιαίτερα αυτά των χωρών της νότιας Ευρώπης, και επιβαρύνουν περαιτέρω την ήδη πολύ δύσκολη κατάσταση, προξενώντας ανεξέλεγκτες καταστάσεις, με διαφορετικές προσεγγίσεις από χώρα σε χώρα στην αντιμετώπιση των υγειονομικών τους αναγκών.

Στα συστήματα υγείας αυτά, παρά τη θεωρητικά καθολική κάλυψη του πληθυσμού, παρατηρείται ολοένα και μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στα δημόσια συστήματα, πρωτίστως στην πλευρά της παροχής, αλλά τα τελευταία χρόνια και στην ασφάλιση. Η παραδοσιακά αρνητική αντίληψη που επικρατούσε για τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στα πλαίσια ενός δημόσιου συστήματος υγείας έχει σχεδόν εκλείψει και δε φαίνεται πλέον να αποτελεί ταμπού (Ολλανδία, Γερμανία, Σουηδία, Ισπανία). Εξάλλου στο πλαίσιο ενός δημόσιου συστήματος υγείας, δεν έχει σημασία ποιος θα παρέχει τις υπηρεσίες υγείας αλλά ποιος τελικά θα πληρώσει, ποιος θα αναλάβει το κόστος. Επιπλέον, το δικαίωμα που προσφέρεται σε εργαζόμενους υψηλών εισοδημάτων να μπορούν, εφόσον το επιθυμούν, να ασφαλιστούν στον ιδιωτικό τομέα είναι χαρακτηριστικό και βρίσκεται στη ίδια λογική. Έτσι λοιπόν, στη λογική αυτή κινείται το πλέον «ιδιωτικοποιημένο» σύστημα δημόσιου χαρακτήρα, το Ολλανδικό σύστημα υγείας, ένα εξαιρετικά φιλελεύθερο σύστημα εν συγκρίσει με το Ελληνικό, στο οποίο δίνεται η δυνατότητα από τη μεριά των πολιτών να επιλέγουν τη σύναψη συμβολαίου συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης.

Επιπρόσθετα, επικρατεί διαχωρισμός μεταξύ ενός υποχρεωτικού βασικού πακέτου υπηρεσιών και ενός προαιρετικού συμπληρωματικού πακέτου, που συνδέεται και με επιπλέον εισφορές (Ολλανδία) ή ακόμη υπηρεσίες, όπως είναι η μακροχρόνια φροντίδα, να χρηματοδοτούνται από διαφορετικά ασφαλιστικά προγράμματα (Ολλανδία και Γερμανία). Σ' αυτό το πεδίο υπάρχει και ανάλογη προσέγγιση όσον αφορά τις εισφορές, που μπορεί εν μέρει να υπολογίζονται στις αποδοχές από την εργασία, αλλά συμπληρωματικά μπορεί να υπάρχει και μια επιπλέον εισφορά που υπολογίζεται ως ποσοστό επί των συνολικών δηλωθέντων εισοδημάτων ετησίως (Ολλανδία).

2.8.1.3 Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)

Στους τρόπους χρηματοδότησης ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και δομών εξωνοσοκομειακής φροντίδας, επικρατούν κυρίως οι προοπτικοί προϋπολογισμοί, όπου το ύψος της χρηματοδότησης καθορίζεται όχι μόνο βάσει του αριθμού των δικαιούχων, αλλά διορθώνεται/σταθμίζεται, λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη δημογραφικά χαρακτηριστικά άλλα και το νοσολογικό κίνδυνο (κυρίως Γερμανία, Ολλανδία, Ισπανία).

Συμπληρωματική, αλλά σημαντική πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας φαίνεται πως έχει, κυρίως τα τελευταία χρόνια, η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος, η οποία εξαπλώνεται σε περισσότερες υπηρεσίες υγείας και αυξάνεται ποσοτικά. Στην πραγματικότητα, όπως έχει ανωτέρω αναφερθεί, όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (άρα και οι υπό εξέταση χώρες) χρησιμοποιούν, άλλες σε μεγαλύτερο και άλλες σε μικρότερο βαθμό τη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος, κυρίως στα φάρμακα και στην οδοντιατρική περίθαλψη, προκειμένου να μπορέσουν να συγκρατήσουν την ολοένα και αυξανόμενη δαπάνη, κατά κύριο λόγο της φαρμακευτικής, αλλά και οδοντιατρικής περίθαλψης.

Έτσι λοιπόν, ενώ διαχρονικά οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας (out of pocket payments) παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα και η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος (co-payments) επιβαλλόταν με μεγάλη φειδώ και περίσκεψη, αποκλειστικά και μόνο για τον περιορισμό της υπερκατανάλωσης και της αλόγιστης χρήσης, σταδιακά αυτό φαίνεται να αλλάζει. Αυτό οφείλεται εν μέρει και στα συσσωρευμένα ελλείμματα των συστημάτων και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και στην αδυναμία των κρατικών προϋπολογισμών να τα καλύψουν. Η κατάσταση επιδεινώθηκε δραματικά με την εξελισσόμενη οικονομική κρίση, ιδιαίτερα για τις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, όπως και στην Ελλάδα, επιβαρύνοντας ολοένα και περισσότερο τον οικογενειακό προϋπολογισμό.

Όσον αφορά το ελληνικό σύστημα υγείας και τον ΕΟΠΥΥ στο χώρο της χρηματοδότησης πρέπει να επανακαθοριστεί ο ρόλος των ταμείων υγείας, των ασφαλιστικών εισφορών και η πιθανή διεύρυνση της ασφαλιστικής βάσης από την οποία αντλούνται χρηματοδοτικοί πόροι υπό μορφή εισφορών. Για παράδειγμα, η ύπαρξη μιας ασφαλιστικής εισφοράς που συνδέεται με το εισόδημα από μισθωτή εργασία και μια δεύτερη εισφορά που υπολογίζεται επί του συνόλου των εισοδημάτων όπως ισχύει στην Ολλανδία, θα μπορούσε επίσης να εξετασθεί ως εναλλακτική-συμπληρωματική πηγή εσόδων.

2.8.1.4 Παροχές και Πάροχοι στην ΠΦΥ (παράδειγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)

Ο κλασικός, παραδοσιακός ρόλος του οικογενειακού γιατρού ως solo gatekeeper του συστήματος ολοένα και αποδυναμώνεται, με τη λειτουργία πλέον όχι μόνο των group practices στις ομάδες ΠΦΥ αλλά και το μεγαλύτερο ρόλο των γιατρών ειδικότητων που καλύπτουν μεγάλο μέρος της εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Ισπανία, Μ. Βρετανία, Γερμανία).

Ωστόσο οι οικογενειακοί γιατροί δεν παύει να εξακολουθούν να έχουν σημαντικό ρόλο, κυρίως σε χώρες που λειτουργούν στα πλαίσια μιας ολοκληρωμένης και καλά οργανωμένης ΠΦΥ, όπως για παράδειγμα στην Αγγλία, στην Ισπανία (όπως και οι παιδίατροι), στην Ολλανδία, στη Γερμανία. Σε γενικά πλαίσια οι γιατροί αυτοί ασκούν έλεγχο στη χρήση υπηρεσιών υγείας και εξειδικευμένων γιατρών ή νοσοκομείων, ελέγχουν δηλαδή τις ροές των ασθενών προς τους παρόχους-διανομείς των υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας κατά αυτόν τον τρόπο και το συνολικό κόστος της υγείας.

Από την άλλη πλευρά, σε ένα αρκετά χαλαρό πλαίσιο λειτουργούν οι οικογενειακοί γιατροί στη Σουηδία, ενώ στο Αμερικάνικο σύστημα υγείας δίνεται υπερβολική έμφαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και μάλιστα κοστοβόρες, εις βάρος κατά κύριο λόγο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία έρχεται σε δεύτερη μοίρα. Σε παρόμοιο πλαίσιο λειτουργεί και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, όπου η πρακτική δείχνει πως δίνεται περισσότερη έμφαση στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, παραμερίζοντας πολλές φορές τα οφέλη ενός καλά οργανωμένου, δομημένου και εύρυθμου συστήματος ΠΦΥ.

2.8.1.5 Συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ (παράδειγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)

Στις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών, οι αμοιβές σε κάποιες χώρες συνδέθηκαν με τα αποτελέσματα, με προγράμματα διαχείρισης της ασθένειας, με ποιοτικές παραμέτρους, κ.λπ., όπως για παράδειγμα στο σύστημα της Γερμανίας και της Ολλανδίας.

Στη Σουηδία οι γιατροί των δημόσιων δομών αμείβονται με μισθό, ενώ στον ιδιωτικό τομέα με συνδυασμό κατά κεφαλή και κατά πράξη. Με μισθό, αλλά υψηλότερο από τους υπολοίπους, αμείβονται και οι μόνιμοι γιατροί, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στην Ισπανία, οι οποίοι ωστόσο δεν έχουν δυνατότητα πληρωμής εκτός του συστήματος. Με αμοιβή κατά πράξη αμείβονται οι γιατροί της ΠΦΥ της Γερμανίας, όπως και οι ειδικοί γιατροί της Ολλανδίας. Στην Ολλανδία μάλιστα, όπως έχει αναφερθεί, υπάρχει συνδυασμός δύο συστημάτων αποζημίωσης, του συστήματος της κατά κεφαλήν αποζημίωσης και του συστήματος κατά πράξη.

Η δημιουργία μιας μορφής οιονεί οικογενειακού γιατρού χαλαρής μορφής θα μπορούσε επίσης να έρθει προς συζήτηση. Σ' αυτό η πλούσια Ευρωπαϊκή εμπειρία προσφέρει πληθώρα επιλογών και καλών πρακτικών, με πολλές και ενδιαφέρουσες προσεγγίσεις στον τρόπο αμοιβής τους και στο ρόλο τους. Υπάρχουν συνδυασμοί κατά κεφαλήν και κατά πράξη αμοιβής με co-payment του δικαιούχου ασθενή (Σουηδία και αλλού).

2.8.1.6 Έλεγχος-Ποιότητα (παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)

Στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης υπάρχει πληθώρα προσεγγίσεων με στόχο τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα των πόρων και την καλύτερη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η συγκρότηση επιτροπών και οργανισμών, όπως και η ηλεκτρονική καταγραφή των επιδόσεων των γιατρών από κάθε ιατρείο και ο δειγματοληπτικός μετέπειτα έλεγχος αυτών από τους αρμόδιους φορείς (οικεία ΡCT), όπως γίνεται για παράδειγμα στη Βρετανία, η υιοθέτηση ενός συντονιστή σε επίπεδο νοσοκομείου και η υιοθέτηση συγκεκριμένων οικονομικών κινήτρων για την επίτευξη ποιοτικών στόχων, οι δείκτες καταγραφής της δραστηριότητας, που επιτρέπουν τις συγκρίσεις μεταξύ των νοσοκομείων, οι συστηματικές δημοσκοπήσεις σε θέματα κοινωνικού ενδιαφέροντος (Ισπανία) ή η παρακολούθηση των χρόνων αναμονής μέσω πληροφοριακού συστήματος από τη στιγμή εκδήλωσης του αιτήματος από το χρήστη της υπηρεσίας (Σουηδία), ή η συγκρότηση επιτροπών εξέτασης της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και επιτροπών διαιτησίας (Γερμανία), επιβεβαιώνουν τη λήψη μέτρων με σκοπό τη διασφάλιση αλλά και την προαγωγή της ποιότητας μέσω συνεχών ελέγχων και μετρήσεων της απόδοσης του συστήματος και της ικανοποίησης των χρηστών του συστήματος.

Δίνεται έμφαση επίσης στη διαχείριση της ασθένειας (disease management) μέσα από προγράμματα, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και τον έλεγχο του κόστους, για έναν πιο αποτελεσματικό συντονισμό και διαχείριση γενικότερα των υπηρεσιών υγείας.

Η πλούσια Ευρωπαϊκή εμπειρία στη λειτουργία του οικογενειακού γιατρού θα μπορούσε να συζητηθεί, σ' ένα πλαίσιο διαχείρισης των ασθενών και ελέγχου του κόστους, καθώς και σε ποιο βαθμό θα μπορούσαν οι ιατρικοί σύλλογοι να αναδειχθούν ως ισότιμοι και υπεύθυνοι εταίροι στην παροχή της φροντίδας, αναλαμβάνοντας ρόλο αποζημίωσης των προμηθευτών – μελών, στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας και της αποδοτικότητας των πόρων. Μέσα σε αυτό το πεδίο θα καθοριστεί και ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας (υποδομές, ελεύθεροι επαγγελματίες γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, κ.ά.) και η συμβολαιακή προσέγγιση που αποτελεί κανόνα στην παροχή ΠΦΥ σε χώρες, όπως η Ολλανδία, η Γερμανία, η Σουηδία και άλλες.

Καλές πρακτικές στον έλεγχο και την ποιότητα που μπορεί να ακολουθήσει το ελληνικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα ο ΕΟΠΥΥ είναι:

1. Ο καλά συντονισμένος, οργανωμένος, αλλά και συνεχής έλεγχος της συνταγογράφησης και των παραπομπών μέσω των κατάλληλων μηχανογραφημένων πληροφοριακών συστημάτων, καθώς και η καταγραφή των επιδόσεων των ιατρών με παράλληλη μέσω δεικτών καταγραφή της δραστηριότητας.
2. Η παρακολούθηση και μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και του προσωπικού τους.
3. Η έμφαση στον πλέον σημαντικό δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ικανοποίηση των χρηστών, με συνεχή καταγραφή και μέτρηση του δείκτη αυτού και αξιολόγηση της σταθερότητας της περίθαλψης, της διάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της ικανότητας και δεξιότητας του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας, της καλής επικοινωνίας, της κατανόησης, της φιλικότητας και της τελικής εξυπηρέτησης του χρήστη.

2.8.1.7 Η Ελληνική Πραγματικότητα - Συμπεράσματα – Προτάσεις για Ελλάδα (αναλυτικά ως ανωτέρω)

Μια πρώτη σύγκριση μεταξύ των αλλαγών και των αποτελεσμάτων σε άλλες χώρες με εκείνες στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια οδηγεί σε βαθύ προβληματισμό. Τα πράγματα στον τομέα της ΠΦΥ παραμένουν στην Ελλάδα σχεδόν αναλλοίωτα τα τελευταία 30 χρόνια, σε ένα συνεχώς επιδεινούμενο κοινωνικό, οικονομικό και υγειονομικό περιβάλλον. Οι όποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες επιχειρήθηκαν έμειναν ημιτελείς και δε βελτίωσαν στο ελάχιστο την κατάσταση, ούτε σε όρους ποιότητας, ούτε σε όρους αποτελεσματικότητας, ιούτητας και πρόσβασης.

Στην Ελλάδα η ύπαρξη ελαχίστων γενικών ιατρών, η απουσία εμπειρίας συνεταιριστικών ιατρείων, οι εξαιρετικά πολλοί γιατροί ειδικοτήτων, αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες υιοθέτησης καινοτόμων ιδεών και προτάσεων και ένταξής τους στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, όπως και η εγκαθίδρυση εκ του μηδενός μιας εντελώς καινούργιας επαγγελματικής και οργανωσιακής κουλτούρας μεταξύ των γιατρών.

Μάλιστα η ΠΦΥ για πολλές δεκαετίες αποτελεί το «φτωχό συγγενή» του συστήματος υγείας, με πολλές αδυναμίες, ανεπάρκειες και ελλείψεις στο σύστημα περίθαλψης, με αποτέλεσμα η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και οι επαγγελματίες υγείας να ασφυκτιούν από ένα δαιδαλώδη όγκο δουλειάς, κάτω πολλές φορές από αντίξοες συνθήκες, ακριβώς επειδή δεν υπάρχουν οι «gatekeepers» οικογενειακοί γιατροί που θα μπορούσαν να λειτουργούν ως οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας που βλέπει ένας ασθενής

και στις περισσότερες περιπτώσεις και οι τελευταίοι, αποσυμφορώντας έτσι το έργο των Νοσοκομείων.

Η τρέχουσα βαθειά οικονομική κρίση επιδείνωσε ακόμη περισσότερο την κατάσταση, άνοιξε όμως ένα παράθυρο ευκαιρίας για πραγματικές αλλαγές προς ένα πιο ολοκληρωμένο δημόσιας χρηματοδότησης σύστημα υγείας. Εξάλλου, η πραγματικότητα το επιβεβαιώνει. Παρά τον χωρίς επαρκή σχεδιασμό και περισσή μελέτη, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, η ενοποίηση κάποιων ασφαλιστικών ταμείων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τα ΚΕΝ, το esy.net, κ.ά., μάλλον κρίνονται θετικά και φαίνεται ότι έχουν σημαντική προστιθέμενη αξία στο υγειονομικό σύστημα. Όσο αυτές οι αλλαγές αναπτύσσονται, επεκτείνονται, υποστηρίζονται και εμπλουτίζονται, τόσο αυτή η προστιθέμενη αξία θα πολλαπλασιάζεται.

Σε μια περίοδο λοιπόν που τα συστήματα υγείας συγκλίνουν, ενσωματώνοντας εργαλεία και καλές πρακτικές, είναι αναμενόμενο και το Ελληνικό σύστημα να πάρει ιδέες και εργαλεία, να τα προσαρμόσει και να τα εντάξει στο δικό του σύστημα.

Αναφορικά με το σύστημα της ΠΦΥ και της αποζημίωσης των προμηθευτών από τον ΕΟΠΥΥ, υπό τις παρούσες συνθήκες στην Ελλάδα, ίσως είναι η καταλληλότερη ευκαιρία για την εισαγωγή ιδεών, εργαλείων και κινήτρων στην οργάνωση της ΠΦΥ, στον τρόπο χρηματοδότησής της, στις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών, με στόχο τον έλεγχο του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως επιβάλλεται η ομαλοποίηση και ορθή λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, με τη θεσμοθέτηση πληροφοριακών συστημάτων για την καταγραφή-μέτρηση μέσω δεικτών και τη συνεχή αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και του ελέγχου της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

Αφού ξεκαθαριστεί, επίσης, το πρότυπο παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, προτείνεται η εφαρμογή θεσμού του οικογενειακού γιατρού (γενικοί γιατροί και παθολόγοι) και οικογενειακού παιδίατρου με κατά κεφαλή αμοιβή, η διασύνδεση με 200 Κέντρα Υγείας «Αστικού Τύπου» (ΙΚΑ) και συμβατική συνεργασία με τα αντίστοιχα 200 (αγροτικά) του ΕΣΥ, ετήσιες ή διετείς συμβάσεις, με τους επιπλέον αναγκαίους γιατρούς ειδικοτήτων και πιστοποιημένα διαγνωστικά κέντρα, με εξέταση αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση, με προϋπόθεση κοστολόγησης και plafond, συγκροτημένη συνολική φαρμακευτική (εταιρείες, φαρμακεία, γιατροί) και νοσοκομειακή (δημόσια-ιδιωτική) πολιτική. Η πρώτη θα διεκπεραιώνεται με σωστή τιμολόγηση και ασφαλιστική τιμή, περιθώρια κέρδους, έλεγχο στη κατα-

νάλωση (λίστα, δραστική ουσία, ηλεκτρονική παρακολούθηση, κ.λπ.). Η δεύτερη θα βασίζεται στους καλύτερους παρόχους (μέσω συμβάσεων), που θα αξιολογούνται διοικητικά-οικονομικά με βάση τα ΚΕΝ και κλινικά-νοσηλευτικά με βάση τα πρωτόκολλα (οδηγίες).

2.8.2 Μια πρώτη πρόταση για την οργάνωση & τη χρηματοδότηση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας και την αποζημίωση των προμηθευτών

Να τονιστεί πως επιλογές και προτάσεις υπάρχουν πολλές, το ερώτημα ποιές από αυτές μπορούν να είναι υλοποιήσιμες, στη συγκεκριμένη Ελληνική πραγματικότητα με τις ιδιαιτερότητές της. Για παράδειγμα, δεν είναι δυνατό από τη μια μέρα στην άλλη να εισάγουμε στο σύστημα με επιτυχή αποτελέσματα, κανόνες Γερμανικού κορπορατισμού, που απαιτούν διάθεση για διαπραγμάτευση, συμβιβασμό και συγκλίσεις μεταξύ των βασικών εταίρων (γιατρών – ασφαλιστικών ταμείων και ΕΟΠΥΥ), όταν δεν υπάρχει τέτοια παράδοση στη χώρα, όταν κατά κανόνα οι μεγάλοι stakeholders του τομέα της υγείας είναι μόνιμα σε αντιπαλότητα και ανταγωνισμό, χωρίς καμία διάθεση διαλόγου και συμβιβασμών.

Οι όποιες επιλογές θα πρέπει πρωτίστως να οδηγούν σε ένα βιώσιμο οικονομικά μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που θα υποστηρίζεται και θα ανατροφοδοτείται από την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της χώρας.

Σαφώς και δεν θα πρέπει να αναμένουμε σύντομα απτά αποτελέσματα, καθώς χρειάζεται να γίνουν πολλά σε διάφορες κατευθύνσεις και τομείς. Χρειάζεται πρώτα να συνθέσουμε τον «φέροντα οργανισμό» του καινούργιου οικοδομήματος, πάνω στον οποίο στη συνέχεια θα «κουμπώσουν», οι αποκεντρωμένες δομές, τα περιφερειακά όργανα, οι νέες μέθοδοι, τα καινούργια εργαλεία και ότι άλλο χρειαστεί.

Να θεωρήσουμε ωστόσο πως θα υπάρχει η αναγκαία πολιτική βούληση και συναίνεση, αλλά πρωτίστως ο απαραίτητος μόνιμος μηχανισμός σχεδιασμού, εφαρμογής και ανατροφοδότησης των αλλαγών. Επιπλέον, το νέο μοντέλο οργάνωσης, χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών θα προάγει τη συνεργασία και συνυπευθυνότητα ασφαλιστικών ταμείων, προμηθευτών και ΕΟΠΥΥ, αλλά και των ίδιων των ασθενών και θα εκφράζει την αλληλεγγύη μεταξύ εργαζομένων και ανέργων, μεταξύ υγιών και ασθενών, μεταξύ νέων και συνταξιούχων. Τέλος, η όποια αλλαγή οφείλει να υποστηριχτεί από ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα, που θα συνδέονται on line με τους παρόχους.

2.8.2.1 Οργάνωση του συστήματος ΠΦΥ

Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα στην Ελλάδα, ένα πιθανό μοντέλο οργάνωσης της εξωνοσοκομειακής φροντίδας θα μπορούσε να στηριχθεί σε μια χαλαρή μορφή οικογενειακών γιατρών και παιδιάτρων, με εγγεγραμμένους σε λίστα δικαιούχους. Οι οικογενειακοί γιατροί και παιδίατροι θα μπορεί να είναι κάποιες από τις ειδικότητες που ήδη βρίσκονται στο δημόσιο σύστημα (γιατροί κέντρων υγείας του ΕΣΥ και πολυϊατρείων πρώην ΙΚΑ), αλλά και πιστοποιημένοι ιδιώτες γιατροί. Αυτοί θα συμπληρώνονται με γιατρούς ειδικότητων, είτε του δημοσίου είτε ιδιώτες. Αυτό το πλέγμα θα οργανώνεται σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και θα συνδεθεί με τις Υ.Πε και την τοπική αυτοδιοίκηση (βλέπε και κεφ. 6).

2.8.2.2 Χρηματοδότηση του συστήματος εξωνοσοκομειακής φροντίδας

Ο προϋπολογισμός για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα να είναι χωριστός. Θα προέρχεται κυρίως από ασφαλιστικές εισφορές και τον κρατικό προϋπολογισμό. Η λύση των εισφορών επί των εισοδημάτων από μισθωτή εργασία αποτελεί τη βασική πηγή των πόρων, αλλά θα μπορούσε να εξεταστεί και ένα επιπλέον έσοδο επί του συνόλου των δηλωθέντων εισοδημάτων, υπό μορφή φορολογίας υγείας. Οι πρώτες θα συλλέγονται από τα ασφαλιστικά ταμεία και οι δεύτερες από το Υπουργείο Οικονομικών. Τα ποσά αυτά θα μεταβιβάζονται στον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος στη συνέχεια, αφού λάβει υπόψη τον αριθμό των δικαιούχων και σταθμίσει τον κίνδυνο με βάση τα δημογραφικά και νοσολογικά δεδομένα των ασφαλισμένων, θα μεταβιβάζει στις περιφερειακές του δομές τους ανάλογους οικονομικούς πόρους. Για να είναι οικονομικά βιώσιμο το σύστημα πρέπει τα ποσοστά από τις διαφορετικές πηγές να είναι συγκεκριμένα κάθε χρόνο και σε καμία περίπτωση δε μπορούν να ξεπεραστούν μέσα από επιπλέον αιτήματα από τις συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές.

2.8.2.3 Αποζημίωση των προμηθευτών

Η αμοιβή των οικογενειακών γιατρών και παιδιάτρων θα καλύπτεται εν μέρει από ένα εφάπαξ ποσό (π.χ. €40 ετησίως) που θα καταβάλλεται στο γιατρό με την εγγραφή ή την ανανέωση εγγραφής κάθε δικαιούχου στη λίστα του. Το εισόδημα του οικογενειακού γιατρού θα συμπληρώνεται με ένα επιπλέον εφάπαξ ποσό που θα καταβάλλεται από τον ΕΟΠΥΥ/Υ.Πε. Θα μπορούσε ένα τμήμα της συμπληρωματικής αμοιβής να προέρχεται από ενεργητικά κίνητρα επίτευξης στόχων, (εμβολιασμοί, αποτελεσματική διαχείριση χρόνιων ασθενών, παραπομπές, κ.λπ).

Οι δημόσιες δομές (κέντρα υγείας και πολυϊατρεία), αλλά και οι ιδιώτες γιατροί θα αποζημιώνονται προοπτικά από τον ΕΟΠΥΥ μέσω των Υ.Πε, με συμβόλαια που θα υπογράφονται ετησίως. Οι συμβεβλημένοι ιδιώτες θα αποζημιώνονται μέσα στο πλαίσιο ενός συστήματος, που θα προσομοιάζει με το Γερμανικό, και στο οποίο λαμβάνεται υπόψη κάποια Ενιαία Κλίμακα Αξιών. Εδώ τίθενται ερωτήματα για το ρόλο των Περιφερειακών ενώσεων των γιατρών και εάν θα αναλάβουν αυτές τη συλλογή των στοιχείων ανά γιατρό, τον υπολογισμό της τιμής της Ενιαίας Κλίμακας Αξιών και την αποζημίωση των γιατρών ή όλο το βάρος θα πέσει σε κάποιο κεντρικό ή περιφερειακό σύστημα του ΕΟΠΥΥ. Περισσότερα, όμως, θα αναλυθούν και θα εξειδικευθούν στα επόμενα κεφάλαια.

2.8.2.4 Συμπέρασμα

Συνοπτικά τα παραδείγματα που θα χρησιμοποιούσαμε για εξέταση μεταφοράς στο ελληνικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα στον ΕΟΠΥΥ από τα 6 εξετασθέντα συγκριτικά συστήματα υγείας είναι:

1. Στην οργάνωση μεταφορά εμπειριών από το μανάτζμεντ των τριών ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας που βασίζονται στη γενική φορολογία, Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία Ισπανία, και των υπολοίπων τριών που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση (Γερμανία), στην ιδιωτική ασφάλιση (Η.Π.Α.) ή σε ένα πιο μεικτό σύστημα (Ολλανδία).
2. Στην (καθολική) κάλυψη της συντριπτικής πλειοψηφίας του (ασφαλισμένου) ελληνικού πληθυσμού με χρηματοδότηση πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ (κοινωνική ασφάλιση και φορολογία) που θα ακολουθείται από το βασικό πακέτο υπηρεσιών και συμπληρωματικό, αλλά θα προβλέπει ελάχιστες καλύψεις και για τους διαπιστωμένα ανέργους ή απόρους.
3. Στη χρηματοδότηση με ενιαίες εισφορές (ΕΟΠΥΥ) που θα συμπληρώνονται από τη θεσμοθετημένη συμμετοχή του Κράτους και τις επιχορηγήσεις από τη γενική φορολογία που δίδονται κυρίως στο ΕΣΥ για να συμπληρώνεται το συνολικό αναγκαίο ποσό για τον ΕΟΠΥΥ (άνω των 10 εκατ. ευρώ) που θα έχει σφαιρικούς προϋπολογισμούς για όλες τις βαθμίδες περίθαλψης, π.χ. τη νοσοκομειακή περίθαλψη (σε συνδυασμό με βελτιωμένα και ολοκληρωμένα στο κόστος ΚΕΝ).
4. Στην παροχή ΠΦΥ και στα συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ μικτό σύστημα αποζημίωσης στην ΠΦΥ (κατά κεφαλή ασφαλισμένου στους οικογενειακούς γιατρούς, G.APGs στα κέντρα υγείας αστικού ή αγροτικού τύπου και στα συμβεβλημένα ιδιωτικά πολυϊατρεία που

- θα λειτουργούν ως Group Practice, και κατά πράξη ή/και περίπτωση στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας (βλέπε τελευταίο κεφάλαιο).
5. Στον έλεγχο και την ποιότητα έμφαση στη διαχείριση της ασθένειας (disease management), με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και τον έλεγχο του κόστους, για έναν πιο αποτελεσματικό συντονισμό των υπηρεσιών υγείας, καθώς και συνεχή παρακολούθηση και μέτρηση της αποτελεσματικότητας των χρησιμοποιούμενων πόρων των υπηρεσιών υγείας, με έμφαση περαιτέρω στην ποιότητα και την τελική ικανοποίηση του χρήστη/ασθενή των υπηρεσιών υγείας.

3. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΧΩΡΩΝ: ΓΑΛΛΙΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑ

3.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Το παρόν φιλοδοξεί να συμβάλει στον εξορθολογισμό των δαπανών και τη διασφάλιση της βιωσιμότητας αλλά και τη βελτίωση των παροχών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) του ΕΟΠΥΥ. Με βάση τη μεθοδολογία του έργου, η παρούσα μελέτη, μέσα από ενδελεχή έρευνα της βιβλιογραφίας, τεσσάρων (4) ασφαλιστικών οργανισμών στη Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία και Η.Π.Α., αποτυπώνει με στατιστικά στοιχεία, τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας, αλλά και τον τρόπο χρηματοδότησης και αποζημίωσης [όροι πληρωμών] των παρόχων ΠΦΥ, στα εν λόγω ταμεία υγείας. Οι παραπάνω οργανισμοί επιλέχθηκαν αφού αποτελούν συμβολιακά συστήματα, όπως και ο ΕΟΠΥΥ, αφού συμβάλλεται τόσο με ιδιωτικούς όσο και με δημόσιους παρόχους.

Με βάση τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και βασίστηκε στην αλληλουχία της θεωρητικής θεμελίωσης, της εμπειρικής τεκμηρίωσης και της εξαγωγής συμπερασμάτων μέσω των συγκριτικών αναλύσεων των προαναφερομένων οργανισμών, ενώ επιχειρήθηκε μια κριτικά αναστοχαστική ανασκόπηση-προσέγγιση της σχετικής βιβλιογραφίας, π.χ. του European Observatory on Health Systems and Policies, καθώς και ηλεκτρονικές πληροφορίες από τους οργανισμούς. Περιληπτικά, στους ασφαλιστικούς οργανισμούς υγείας, κυρίως, διερευνήθηκαν και αποτυπώθηκαν:

- ο ρόλος των οργανισμών (φορέων) ως αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους ΠΦΥ για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους,
- ο καλυπτόμενος πληθυσμός και δημογραφικά στοιχεία ασφαλισμένων (αριθμός ασφαλισμένων ανά φύλο, ηλικία, διαμονή, επάγγελμα, κ.λπ.), όπου ήταν εφικτό,
- η διάρθρωση των παρόχων ΠΦΥ (γενικοί ιατροί, ειδικευμένοι ιατροί, διαγνωστικά κέντρα, κ.λπ.) και σύνδεση με τον πληθυσμό ευθύνης,

- ο αριθμός οικογενειακών (γενικών) και ανά ειδικότητα συμβεβλημένων ιατρών,
- η κωδικοποίηση/τιμολόγηση πράξεων ΠΦΥ (όπου διατίθεται),
- η διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης της ΠΦΥ (κοινωνική ασφάλιση, δημόσιες και ιδιωτικές πηγές, κ.λπ.) με διαγράμματα ρών οργάνωσης και χρηματοδότησης της ΠΦΥ,
- το σύστημα αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ [τυπολογία, θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά κάθε συστήματος, παραδείγματα] με ποσοστά συμμετοχής των ασθενών στο κόστος ανά κατηγορία πράξης ΠΦΥ (εφόσον υπάρχει συμμετοχή),
- τα πακέτα ασφαλιστικών παροχών τους, το εύρος των υπηρεσιών που περιλαμβάνουν και τον τρόπο που προσδιορίζονται,
- τα συστήματα ελέγχου του κόστους και της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ [δείκτες και τρόπος μέτρησης],

Η αξία της μελέτης και παρουσίασης των διαφορετικών ασφαλιστικών οργανισμών κρίθηκε αναγκαία (από τους ερευνητές), ώστε να βασιστεί στις καλές πρακτικές που χρησιμοποιούνται για να οδηγήσει τελικά, σε ένα διαφορετικό σύστημα χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ.

3.2 Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας στη Γαλλία: Μελέτη περίπτωσης UNCAM

3.2.1 Περίληψη

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismarck, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρό όμως τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο.

Οι δαπάνες υγείας στη Γαλλία καταβάλλονται κατά περίπου 75% από υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ το υπόλοιπο 25% καταβάλλεται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση. Η κοινωνική ασφάλιση, η οποία χαρακτηρίζεται από τις υψηλότερες συνεισφορές εργοδοσίας - εργαζομένων στην Ευρώπη, με ποσοστό 19%, καλύπτει, ανάλογα με την περίπτωση, από 40% - 100% των υγειονομικών δαπανών. Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια σε σημαντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης. Το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο, το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Το 1996 δημιουργήθηκαν αποκεντρωμένοι περιφερειακοί νοσοκομειακοί οργανισμοί με μεγαλύτερη διοικητική και διαχειριστική αυτονομία. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στη Γαλλία παρέχεται κυρίως

από ιδιώτες γιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γιατρό του, ενώ παράλληλα του παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς. Για τον έλεγχο των ιδιωτών γιατρών στην ΠΦΥ, που αμείβονται κυρίως κατά πράξη, έχουν καθιερωθεί ιατρικά πρωτόκολλα, ενώ προβλέπονται ποινές για προκλητή ζήτηση (υπερκατανάλωση). Επίσης, έχουν αναπτυχθεί συστήματα «επιβράβευσης», μέσω ειδικών συμβολαίων, που περιέχουν κριτήρια απόδοσης και ποιότητας. Γενικότερα, ο τομέας του ποιοτικού ελέγχου και της διαπίστευσης στη Γαλλία έχει αναβαθμιστεί τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία ενός ειδικού φορέα. Στην αγορά υπηρεσιών υγείας της Γαλλίας συναντώνται μονοψωνιακές συνθήκες, με την ένωση/ομοσπονδία των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (UNCAM) να είναι ο μοναδικός διαπραγματευτής. Συγκριτικά με τον ΕΟΠΥΥ, η UNCAM παρουσιάζει πολλές οργανωτικές ομοιότητες, ωστόσο προηγείται αισθητά σε λειτουργικό, χρηματοδοτικό καθώς και επίπεδο ελέγχου. Ιδιαίτερη αίσθηση προκαλεί το σύστημα κινήτρων, που εφαρμόζει η UNCAM για τους συμβεβλημένους παρόχους της ΠΦΥ, σύστημα που πιθανότατα θα αποτελούσε βέλτιστη πρακτική για την Ελλάδα και θα μπορούσε να εξομαλύνει τις τεταμένες σχέσεις ΕΟΠΥΥ – παρόχων.

Στην παρούσα αναφορά επιχειρείται μια πρώτη επαφή με τη λειτουργία της UNCAM¹⁴, της ένωσης των μεγαλύτερων Γαλλικών ασφαλιστικών ταμείων που πλέον λειτουργούν ως ένα ενιαίο σύνολο. Απώτερος σκοπός είναι η σύγκριση της UNCAM με τον ΕΟΠΥΥ, τον αντίστοιχο οργανισμό ασφάλισης στην Ελλάδα, αναφορικά με τη λειτουργία τους γύρω από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

3.2.2 Εισαγωγή

Από τα τέλη του 19ου αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται στη Γαλλία τα πρώτα συστήματα ασφάλισης, τα οποία αφορούσαν αποκλειστικά στην προστασία των εργαζομένων από εργατικά ατυχήματα και την προστασία της μητρότητας. Το Γαλλικό είναι ένα από τα πιο επιτυχημένα και αποτελεσματικά συστήματα υγείας στην Ευρώπη. Το σύστημα υγείας στη Γαλλία είναι αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck (κοινωνικής ασφάλισης). Τις τελευταίες δεκαετίες, η ασφάλιση υγείας άρχισε να επεκτείνεται και να καλύπτει όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού. Το Γαλλικό σύστημα στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, χωρίς από την άλλη να απουσιάζει ο κυβερνητικός έλεγχος. Οι δαπάνες υγείας καταβάλλονται σε ποσοστό 75% από υποχρεωτική κοι-

¹⁴ Union nationale des caisses d'assurance maladie

νωνική ασφάλιση, ενώ το υπόλοιπο 25% καταβάλλεται από την ιδιωτική. Το υπουργείο εργασίας και κοινωνικών ασφαλίσεων, σε συνεργασία με το υπουργείο οικονομικών, επωμίζονται την εποπτεία των ασφαλιστικών ταμείων (Chevreul et al., 2010).

Το Γαλλικό σύστημα ασφάλισης καλύπτει περίπου το 85% των μισθωτών, ποσοστό που περιλαμβάνει διαφορετικούς κλάδους εργαζομένων. Στο σύστημα αυτό, όλοι οι ασφαλισμένοι καλύπτονται για συντάξεις γήρατος, για ασθένεια αλλά και για εργατικά ατυχήματα. Η κοινωνική ασφάλιση στη Γαλλία έχει από τις πιο υψηλές συνεισφορές εργοδοσίας - εργαζομένων στην Ευρώπη (ποσοστό 19%), ενώ καλύπτει στους πολίτες από το 40% έως 100% των ιατρικών δαπανών, ανάλογα με την περίπτωση (Docteur and Oxley, 2003). Η Γαλλία συγκαταλέγεται και στις χώρες με το υψηλότερο επίπεδο στον τομέα των δαπανών ανάμεσα στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης. Από το 1996, με την τότε μεταρρύθμιση, που συντελέστηκε στο χώρο της υγείας, δημιουργήθηκαν αποκεντρωμένα περιφερειακά νοσηλευτικά ιδρύματα με διοικητική αυτονομία και άλλαξε ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Με γνώμονα την υότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι Γάλλοι περιφερειάρχες δημιούργησαν δίκτυα υπηρεσιών όπου εντάσσεται όχι μόνο ο δημόσιος, αλλά και ο ιδιωτικός τομέας υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς, ενώ κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα τον ιατρό του. Σε όλους τους ασφαλισμένους παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς. Οι ιδιώτες γιατροί αμείβονται κατά πράξη και προβλέπονται ποινές για ενδεχόμενη «προκλητή ζήτηση». Τα τελευταία χρόνια έχει συσταθεί ειδικός φορέας, που έχει αναλάβει την αντιμετώπιση των ανισοτήτων των υπηρεσιών υγείας, αλλά και την αποτελεσματική διοίκηση του συστήματος Υγείας¹⁵. Στις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα, τις οποίες ψηφίζει η γαλλική Βουλή, υπάρχει ένα καθορισμένο όριο, το οποίο αν ξεπεραστεί, ο διευθυντής του περιφερειακού νοσοκομειακού οργανισμού έχει τη δυνατότητα να μειώσει την τιμή ανά πράξη, βάσει εθνικής συμφωνίας. Στόχος της τακτικής αυτής είναι να υπάρξει μία ενιαία τιμή ανά πράξη, είτε αυτή παρέχεται από δημόσιο νοσοκομείο, είτε από ιδιωτική κλινική.

¹⁵ Agence Nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE) - National Agency for Social Cohesion and the Equality of Opportunities.

Η Γαλλία κατέχει την 1η θέση παγκοσμίως όσον αφορά την ολική απόδοση του συστήματος υγείας, σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και έχει καταφέρει να ενοποιήσει τα ιδιωτικά και τα δημόσια συστήματα υγείας μέσω μεταρρυθμίσεων. Το γαλλικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν το πιο φιλελεύθερο σύστημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο όσον αφορά στην αυτονομία τόσο των ασθενών, όσο και των γιατρών. Το Γαλλικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης περιλαμβάνει τρεις πυλώνες: Το βασικό (δηλαδή την κύρια ασφάλιση), τον συμπληρωματικό (επικουρική ασφάλιση) και τον υπερ-συμπληρωματικό. Οι δύο πρώτοι είναι υποχρεωτικοί, ενώ ο τρίτος προαιρετικός. Πρόσφατα πάντως, πολλοί επέκριναν τη Γαλλική κυβέρνηση ότι παραδίδει σταδιακά το άλλοτε περήφανο γαλλικό σύστημα υγείας στα χέρια των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και αυτός είναι ο λόγος που αύξησε κατά 25% τα νοσήλια στα δημόσια νοσοκομεία (Franc and Polton, 2006).

Στις υποενοότητες που ακολουθούν αναπτύσσονται με την αναγραφόμενη σειρά ζητήματα, όπως η οργάνωση του ασφαλιστικού οργανισμού στη Γαλλία, η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, η οργάνωση της ΠΦΥ, η χρηματοδότηση του Γαλλικού συστήματος υγείας αλλά και του ασφαλιστικού ορφανισμού ειδικότερα. Στο τέλος, της αναφοράς πραγματοποιείται συγκριτική ανάλυση μεταξύ UNCAM και ΕΟΠΥΥ και αναπτύσσονται προτάσεις για τη βελτίωση λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

3.2.3 Οργάνωση της UNCAM

Δεν είναι εύκολο να γίνει κατανοητό και ακόμη να περιγραφεί με ακρίβεια το Γαλλικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, γιατί χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη ύπαρξη ξεχωριστών Οργανισμών για τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται στη Γαλλία τα πρώτα συστήματα ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων από εργατικά ατυχήματα και την προστασία της μητρότητας.

Το Γαλλικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης μοιάζει με το Γερμανικό. Βασίζεται στην αλληλεγγύη, ένα αίσθημα υψηλό για τους Γάλλους, και αυτό εξηγεί γιατί το σύστημα από την αρχή αλλά και σήμερα δεν είναι ενιαίο. Η Κοινωνική προστασία γενικότερα στη Γαλλία παρέχεται σήμερα από δύο Υπουργεία:

- Το Υπουργείο Υγείας και ατόμων με ειδικές ανάγκες και
- Το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και αλληλεγγύης.

Το Γαλλικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης καλύπτει στην Γαλλία το 85% των μισθωτών με διαφορετικούς κλάδους εργαζομένων. Στο σύστημα

αυτό όλοι οι ασφαλισμένοι μισθωτοί καλύπτονται όχι μόνο για συντάξεις γήρατος, αλλά και για ασθένεια, όπως επίσης και για ατυχήματα μόνο όσοι εργάζονται. Υπήρξαν αρχικά πολλοί μικροί σχετικά Ασφαλιστικοί Οργανισμοί, όπως για παράδειγμα ο μικρότερος ήταν αυτός των καλλιτεχνών. Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια να ομογενοποιηθούν οι οργανισμοί αυτοί, αλλά αυτή η προσπάθεια καθυστέρησε λόγω των αντιδράσεων των εργαζομένων.

Έτσι, στην εξέλιξη του συστήματος έγινε προσπάθεια να θεσπισθούν ίδιες προϋποθέσεις παροχών για όλους. Έγινε προσπάθεια να γίνουν Γενικοί Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και συστήματα αντιστάθμισης λόγω μείωσης των εργαζομένων οφειλόμενης στην τεχνολογία, αλλά και αύξησης των συνταξιούχων, ιδίως στον τομέα της Γεωργίας και του Εμπορίου. Τελικά, στη Γαλλία σήμερα πιστεύουν ότι έχουν καταφέρει να παρέχονται όλες οι παροχές που δικαιούνται, όλοι οι εργαζόμενοι και μη Γάλλοι κάτοικοι. Σήμερα το Γαλλικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελείται από τέσσερις μεγάλους Οργανισμούς (Chevreul et al., 2010):

- 1) Τον Γενικό Οργανισμό Ασφάλισης υγείας, μητρότητας, αναπηρίας, γήρατος, θανάτου, ατυχημάτων για τους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και τα μέλη των οικογενειών τους που δεν καλύπτονται από άλλο φορέα. Ο οργανισμός αυτός καλύπτει και όσους δεν είχαν κάλυψη μέχρι το έτος 1999 (Νόμος του Ιουλίου του 1999). Από τον Οργανισμό αυτό καλύπτονται επίσης οικογενειακά επιδόματα για τους παραπάνω εργαζομένους αλλά και για τους ελεύθερους επαγγελματίες και τους ανέργους. Στο γενικό σύστημα εντάσσεται και το Εθνικό Ταμείο Οικογενειακών Επιδομάτων το οποίο καλύπτει όσους έχουν χαμηλά εισοδήματα, τουλάχιστον δύο παιδιά μέχρι 21 ετών, εκτός αν σπουδάζουν, και από το οποίο σύστημα το 40% των πόρων του δίνεται στις οικογένειες χωρίς προϋποθέσεις εισοδημάτων το δε 60% με εισοδήματα χαμηλά (πλαφόν), διαφορετικά όμως για στέγαση και διαφορετικά για μητρότητα. Επίσης, στο σύστημα αυτό εντάσσεται και το Εθνικό Ταμείο Σύνταξης γήρατος με τη βασική και τη συμπληρωματική σύνταξη. 2) Τον Αγροτικό Ασφαλιστικό Οργανισμό που καλύπτει τους εργαζομένους στο γεωργικό τομέα και για όλους τους κινδύνους, εκτός της ανεργίας.
- 3) Τους Οργανισμούς για συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων (σιδηροδρομικοί εργάτες, ανθρακωρύχοι, δημόσιοι υπάλληλοι), με διαφορε-

τική προστασία από Οργανισμό σε Οργανισμό. Αν ένας συγκεκριμένος κίνδυνος καλύπτεται οι σχετικές παροχές πρέπει να είναι του ίδιου επιπέδου τουλάχιστον με αυτές του Γενικού Οργανισμού και

- 4) Οι Οργανισμοί για τους ελεύθερους επαγγελματίες, οι οποίοι καλύπτουν κινδύνους, ασθένειας, μητρότητας και γήρατος είναι ξεχωριστοί οργανισμοί με μικρότερες παροχές όπου το κράτος επιβλέπει τους κανόνες λειτουργίας τους, αλλά είναι οικονομικά αυτόνομοι.

Τέλος, ένας άλλος Οργανισμός διαχειρίζεται τα Οικονομικά και τα αποθεματικά όλου του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης στη Γαλλία. Λειτουργεί με τη μορφή Τράπεζας με τους Προϋπολογισμούς των επιμέρους Οργανισμών χωριστά από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Το Γαλλικό Κράτος εγγυάται όλο το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης με το να θεσπίζει τους κανόνες το Γαλλικό Κοινοβούλιο και η Κυβέρνηση να εκτελεί μέσω του Υπουργικού Προϋπολογισμού. Σε τοπικό επίπεδο υπάρχουν παραρτήματα των παραπάνω Οργανισμών, ένα δε στην κορυφή ασχολείται με την οργάνωση της πρόληψης των ατυχημάτων και τη χορήγηση των συντάξεων.

Στον κλάδο της ασθένειας, οι χρόνιες παθήσεις και τα βαριά περιστατικά ασθένειας καλύπτονται από τους φορείς στο 100%. Τα μεσαίας κατηγορίας περιστατικά καλύπτονται στο 62-65% και για ελαφρές περιπτώσεις ο ασθενής πληρώνει μόνο 10% συμμετοχή στις δαπάνες ασθένειας. Σε επίπεδο επιδομάτων ασθένειας, υπάρχει πλαφόν εισοδήματος για τα επιδόματα ασθένειας. Από 2.000-2.400 € ο ασθενής λαμβάνει το 50% για επίδομα ασθένειας (Mousquès, 2005).

Το ασφαλιστικό σύστημα στη Γαλλία προωθεί την ιδέα μιας «Εθνικής Ασφάλισης Υγείας» (National Health Insurance - NHI), που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της χώρας. Βασικές αρχές αυτής είναι η υποχρεωτική και καθολική ασφάλιση. Η NHI περιλαμβάνει τρεις τομείς: 1) τις συντάξεις, 2) τα οικογενειακά επιδόματα και 3) την ασφάλιση υγείας. Οι δυο πρώτοι τομείς καλύπτονται από ένα συγκεκριμένο δημόσιο ταμείο, ενώ η ασφάλιση υγείας από τρία βασικά ασφαλιστικά ταμεία: το CNAMTS¹⁶ (για τους μισθωτούς), το MSA¹⁷ (για τους αγρότες και τους εργάτες στην αγροτική παραγωγή) και το RSI¹⁸ (για τους ελεύθερους επαγγελματίες / αυτοαπασχολούμενους).

¹⁶ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

¹⁷ Mutualité Sociale Agricole

¹⁸ Régime social des indépendants

Επιπλέον, υπάρχουν 11 ακόμη μικρότερα ασφαλιστικά ταμεία για εργαζόμενους σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους, όπως αυτά των ανθρακωρύχων και των στρατιωτικών.

Το CNAMTS περιλαμβάνει το 87% το νομίμων κατοίκων της Γαλλίας, συμπεριλαμβανομένων των μισθωτών, αυτών που πρόσφατα εισήλθαν στο σύστημα όντες ανασφάλιστοι πιο πριν και των δικαιούχων επτά μικρότερων ταμείων που υπάγονται στο CNAMTS. Το RSI και το MSA καλύπτουν το 5% και το 6% του συνολικού πληθυσμού αντίστοιχα, ενώ το υπόλοιπο 2% καλύπτεται από τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία.

Όλα τα ταμεία της ΝΗΙ είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ), πρακτικά όμως είναι «οιονεί» δημόσια, καθώς εποπτεύονται άμεσα από το αρμόδιο για την κοινωνική ασφάλιση Γαλλικό Υπουργείο. Οι υπηρεσίες που καλύπτουν ποικίλουν από νοσοκομειακή περίθαλψη, εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, συνταγογράφηση φαρμάκων και κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα μέχρι – σε μικρότερο βαθμό – φροντίδα όρασης και οδοντιατρική φροντίδα. Γενικά, οι παροχές μεταξύ των διάφορων ασφαλιστικών ταμείων δε διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό.

Από το 2004 και με τη σχετική πράξη μεταρρύθμισης στο ασφαλιστικό σύστημα τα τρία βασικά ταμεία (CNAMTS, RSI και MSA) συγχωνεύτηκαν, με αποτέλεσμα τη σύσταση της «Εθνικής Ένωσης Ταμείων Ασφάλισης Υγείας» (UNCAM). Η UNCAM έχει γίνει ο μοναδικός αντιπρόσωπος των ασφαλισμένων στις διαπραγματεύσεις με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (μονοψώνιο). Διοικητής της Ένωσης είναι ο Διοικητής του Γενικού Ταμείου (CNAMTS), ο οποίος διορίζεται από την Κυβέρνηση και του οποίου οι εκτελεστικές εξουσίες ενδυναμώθηκαν από το 2004 εις βάρος του Διοικητικού Συμβουλίου. Ειδικά σε σχέση με τη διαπραγμάτευση και την υπογραφή των συλλογικών συμφωνιών, που συνάπτονται με τους επαγγελματίες υγείας, αυτές διεξάγονται αποκλειστικά και μόνο από τον Διοικητή (Chevreul et al., 2010).

Η βασική αποστολή της UNCAM είναι να επιτρέπει σε όλους τους ασφαλισμένους και στην οικογένειά τους την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Για να το επιτύχει αυτό, στηρίζεται στις αρχές της αλληλεγγύης, της ελευθερίας και της δημοκρατίας. Οι υπόλοιπες αποστολές της UNCAM είναι οι εξής (www.ameli.fr):

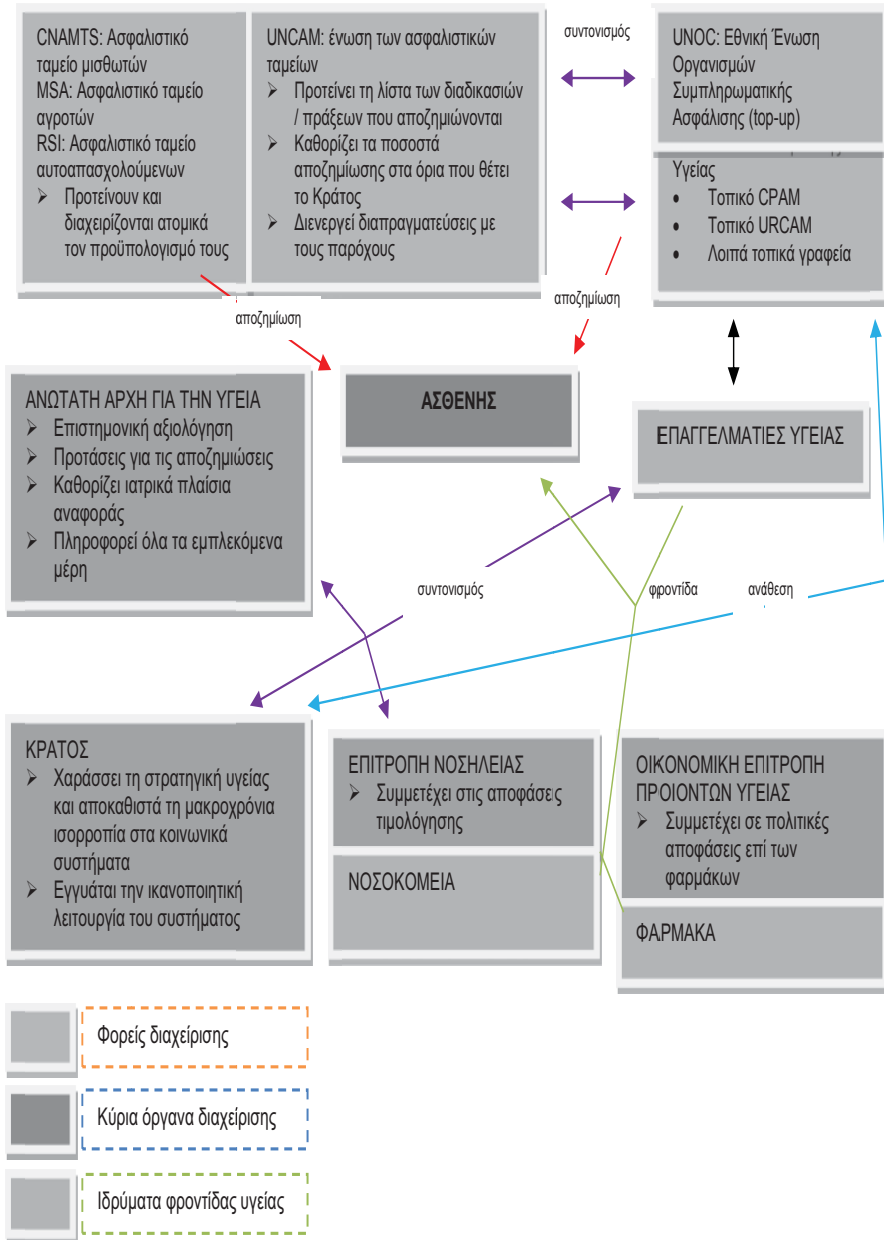
- ♦ Η αποζημίωση των ιατρικών υπηρεσιών.
- ♦ Η επιστροφή στον ασφαλισμένο και γενικά στους δικαιούχους ενός μέρους ή του συνόλου των συνταγογραφούμενων από το γιατρό υπηρεσιών.

ρειών. Τα ποσοστά της αποζημίωσης ορίζονται από το Κράτος. Η συμμετοχή του ασθενούς στις δαπάνες (ticket modérateur) αποτελεί το μέρος των δαπανών που δεν αποζημιώνει το Κράτος. Οι δαπάνες αυτές βαρύνουν τον ασφαλισμένο ή τη συμπληρωματική του ασφάλιση.

- ♦ Η κάλυψη της απώλειας εισοδήματος. Η απώλεια εισοδήματος που είναι αποτέλεσμα διακοπής της εργασίας ή μείωσης της ικανότητας για εργασία, αντισταθμίζεται με ημερήσια επιδόματα και συντάξεις ανικανότητας.
- ♦ Η υγειονομική και κοινωνική δράση. Περιλαμβάνει την ατομική βοήθεια σε άτομα που βρίσκονται σε δύσκολη θέση λόγω των συνεπειών μιας ασθένειας (πρόσθετα επιδόματα και βοήθειες), τη συμμετοχή στη χρηματοδότηση της ιατρικής επιστημονικής έρευνας, κ.λπ.
- ♦ Η πρόληψη της ασθένειας. Η Ασφάλιση Ασθένειας αναπτύσσει μια πολιτική πρόληψης, κυρίως μέσα στα Κέντρα Εξέτασης της Υγείας (CES), και από το 1998, μέσω του Εθνικού Ταμείου Υγειονομικής Πρόληψης, Εκπαίδευσης και Πληροφόρησης (FNPEIS).

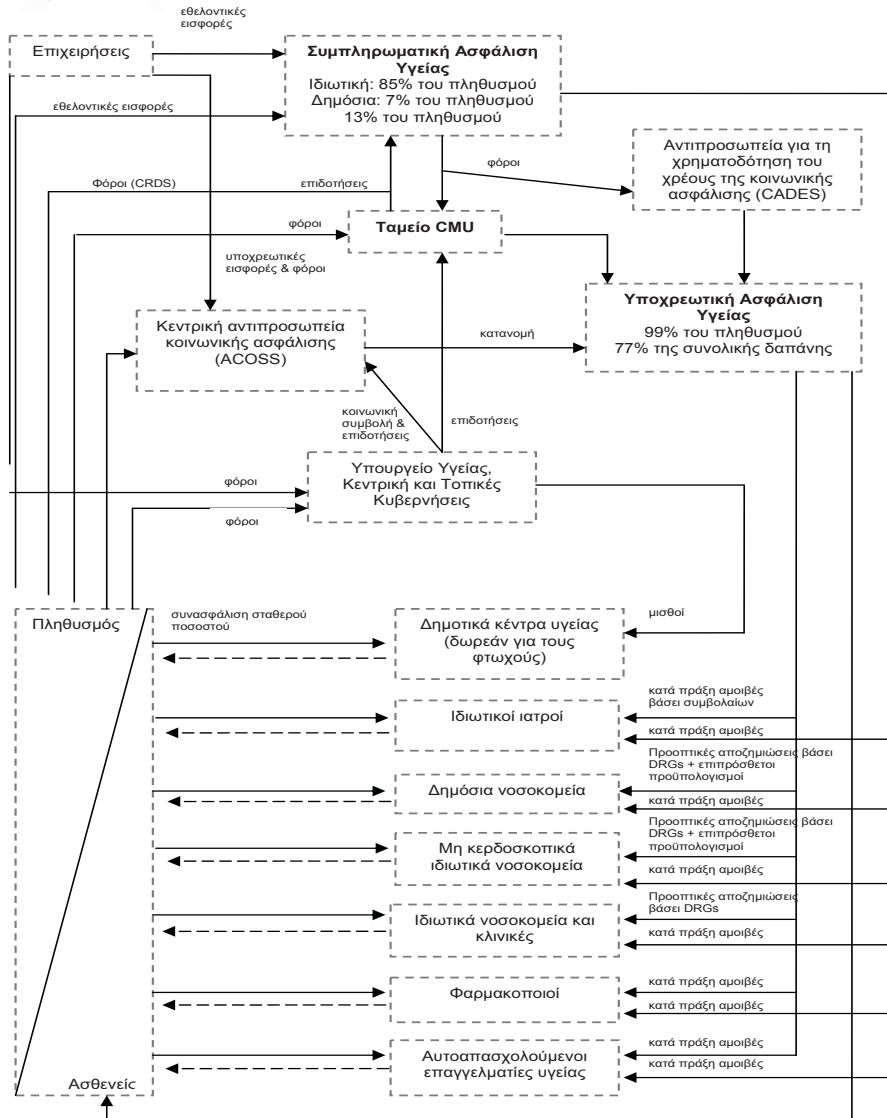
Οι οργανωτικές ροές που λαμβάνουν χώρα στο Γαλλικό σύστημα υγείας και ειδικότερα στη λειτουργία της UNCAM παρουσιάζονται στο επόμενο διάγραμμα.

Διάγραμμα 3.2.1: Οργανωτικές ροές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης



Αντίστοιχα, οι χρηματοδοτικές ροές που λαμβάνουν χώρα στο Γαλλικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μη συμπεριλαμβανομένων της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και της πρόληψης) αναπαριστώνται στο διάγραμμα που ακολουθεί:

Διάγραμμα 3.2.2: *Οργανωτικές ροές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης*



Πηγή: Chevreul et al., 2010

3.2.4 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας χρηματοδοτείται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και τους φόρους. Η κοινωνική ασφάλιση / ιατροφαρμακευτική κάλυψη βασίζεται στο σύστημα, όπου ο καθένας πληρώνει σύμφωνα με τα μέσα και λαμβάνει σύμφωνα με τις ανάγκες. Καλύπτει περίπου το 65% των δαπανών υγείας. Κάθε άτομο που κατοικεί στη Γαλλία (με άδεια παραμονής και κατά τρόπο σταθερό) έχει δικαίωμα πρόσβασης σε αυτήν, δωρεάν για τα άτομα που διαθέτουν ισχνούς πόρους. Για το υπόλοιπο 35% υπάρχει η επιπλέον ιδιωτική ιατρική κάλυψη, ορισμένες από τις οποίες έχουν μη κερδοσκοπικό στόχο (επικουρική ασφάλιση). Τα άτομα που διαθέτουν ισχνούς πόρους (λιγότερο από 621 ευρώ το μήνα) έχουν δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη κατά 100% επιπλέον καθολική κάλυψη. Ακόμη και αν τα υπερπόντια διαμερίσματα διέπονται από τους ίδιους νόμους, η εφαρμογή του είναι συχνά πολύ διαφορετική, όπως μπορεί να διαπιστώσει κανείς για παράδειγμα στην Γουιάνα, όπου η πρόσβαση των ατόμων χωρίς νόμιμα έγγραφα καθώς και των αλλοδαπών ασθενών γενικότερα σε ασφαλιστική κάλυψη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παραμένει δύσκολη (Bellanger et al., 2005).

Στις υπερπόντιες κοινότητες, όπως η Μαγιότ, είναι δύσκολο να γνωρίζει κανείς ποιά κείμενα θεωρητικά εφαρμόζονται. Παρατηρούνται επίσης, περιπτώσεις έλλειψης σεβασμού των θεμελιωδών δικαιωμάτων, κυρίως όσον αφορά την πρόσβαση σε επίσημη ταυτότητα και στην προστασία του δικαιώματος στην οικογενειακή ζωή (οι γονείς απελαύνονται και τα παιδιά παραμένουν μόνο στο νησί). Μέχρι το 2005, ημερομηνία εφαρμογής της κοινωνικής ασφάλισης, η πρόσβαση στην περίθαλψη ήταν δωρεάν για όλους. Από τότε το σύστημα δημιούργησε μια διάκριση μεταξύ των ασφαλισμένων για τους οποίους η περίθαλψη παραμένει δωρεάν και για τους μη ασφαλισμένους οι οποίοι πρέπει να καταβάλουν ένα ποσό κατ' αποκοπή. Το εν λόγω ποσό ισχύει επίσης και για τους ανήλικους. Και στις δύο περιπτώσεις (Γουιάνα και Μαγιότ), παρατηρούνται επίσης οι χωρίς αξιοπρέπεια επικίνδυνες συνθήκες ζωής στις παραγκουπόλεις, παρά τις συστάσεις του Εθνικού Ινστιτούτου Παρακολούθησης της Υγείας για την καταπολέμηση του Δάγκειου πυρετού ή του ιού Chikungunya (Bellanger et al., 2005).

Όσον αφορά τους αλλοδαπούς χωρίς νόμιμα έγγραφα, που κατοικούν στη Γαλλία για περισσότερους από τρεις μήνες, και που διαθέτουν πόρους χαμηλότερους από 621 ευρώ / μήνα, προβλέπεται δικαίωμα σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (ΑΜΕ). Έχει, κατά συνέπεια, πρόσβαση στην περίθαλψη με ανάληψη του κόστους κατά 100%, χωρίς την υποχρέωση πραγματοποίησης των δαπανών εκ των προτέρων, αλλά η ανάληψη του κόστους είναι εμφανώς ανεπαρκής για όλες τις προθέσεις (οδοντική,

οφθαλμολογική, κ.λπ.). Η κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ισχύει για ένα έτος και πρέπει να ανανεώνεται κάθε έτος, γεγονός που σημαίνει ότι για την εν λόγω ανανέωση πρέπει να υποβληθούν τα ίδια έγγραφα.

Τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα τα οποία δε μπορούν να αποδείξουν την κατοικία τους για περισσότερους από τρεις μήνες έχουν δικαίωμα σε νοσοκομειακή φροντίδα για τα περιστατικά που κρίνονται ως επείγοντα (εγκυμοσύνη, διακοπή εγκυμοσύνης, κ.λπ). Η κάρτα παραμονής - ιδιωτική και οικογενειακή ζωή - διάρκειας ενός έτους με δυνατότητα ανανέωσης, χορηγείται σε αλλοδαπό ο οποίος κατοικεί συνήθως στη Γαλλία και η κατάσταση της υγείας του απαιτεί ιατρική ανάληψη της οποίας ένα πρόβλημα θα μπορούσε να προκαλέσει σε αυτόν επιπτώσεις ιδιαίτερης βαρύτητας, υπό την επιφύλαξη ότι θα μπορούσε να επωφεληθεί αποτελεσματικά από μια κατάλληλη φροντίδα στη χώρα από την οποία προέρχεται.

Λεδομένου ότι τα ασφαλιστικά ταμεία που συγκροτούν την UNCAM καλύπτουν περίπου το 98% των Γάλλων ασφαλισμένων, τα δημογραφικά στοιχεία του συνολικού πληθυσμού μπορούν να αναχθούν σ' αυτά των ασφαλισμένων της UNCAM. Ο επόμενος πίνακας περιλαμβάνει την εξέλιξη βασικών δημογραφικών στοιχείων.

Πίνακας 3.2.1: *Δημογραφικά στοιχεία Γάλλων μόνιμων κατοίκων (1970-2008)*

	1970	1980	1990	2000	2005	2008
Πληθυσμός (σε εκατ.)	49,8	54,3	58,0	60,5	62,7	62,8
Γυναίκες ως % του συνόλου	51,2	51,2	51,3	51,4	51,4	51,4
Ηλικίας <20 ως % του συνόλου	33,2	30,6	27,8	25,6	24,9	24,6
Ηλικίας ≥59 ως % του συνόλου	48,8	52,4	53,2	53,8	54,3	53,4
Ηλικίας ≥75 ως % του συνόλου	18,0	17,0	19,0	20,6	20,8	21,9
Ετήσια αύξηση συνολικού πληθυσμού (%)	Μη διαθ	Μη διαθ	0,5	0,4	0,6	0,6
Πυκνότητα πληθυσμού (κάτοικοι ανά km ²)	Μη διαθ	Μη διαθ	102,8	106,7	110,1	110,2
Ποσοστό γονιμότητας (γεννήσεις ανά γυναίκα)	2,48	1,95	1,78	1,87	1,92	1,99
Ποσοστό γεννητικότητας (ανά 1000 κατοίκους)	16,7	14,8	13,4	13,1	12,7	13,0
Ποσοστό θνησιμότητας (ανά 1000 κατοίκους)	10,7	10,2	9,3	9,0	8,7	9,0

Πηγή: Chevreur et al., 2010

Το βασικό ασφαλιστικό πακέτο υποχρεωτικής ασφάλισης προσφέρει κάλυψη για ΠΦΥ και νοσηλεία καθώς και για μακροχρόνιες ασθένειες, όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα. Σημειώνεται ότι στην πρώτη κατηγορία περιθαλψης υπάρχει συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, ενώ στη δεύτερη η ασφαλιστική κάλυψη είναι πλήρης.

Πίνακας 3.2.2: Ασφαλιστική κάλυψη στο βασικό πακέτο

ΠΦΥ και νοσηλεία	<p>Ιατρική περίθαλψη: ραντεβού με γενικούς ιατρούς, νοσοκομειακή περίθαλψη, φροντίδα από ειδικευμένους ιατρούς</p> <p>Οδοντιατρική φροντίδα για άτομα κάτω των 18 ετών και ειδική οδοντιατρική φροντίδα για άτομα άνω των 18 ετών.</p> <p>Υπηρεσίες ασθενοφόρων</p> <p>Μεταγεννητική φροντίδα και υπηρεσίες μαιών</p> <p>Φαρμακευτική περίθαλψη</p> <p>Φροντίδα αποκατάστασης</p>
Μακροχρόνιες Ασθένειες	<p>Εγκεφαλικό επεισόδιο</p> <p>Ανεπάρκεια μυελού των οστών και άλλες χρόνιες κυτταροπενίες</p> <p>Χρόνια αρτηριακά ισχαιμικά γεγονότα</p> <p>Περίπλοκη σχιστοσωμίαση</p> <p>Σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια, σοβαρές αρρυθμίες, σοβαρή βαλβιδική καρδιακή νόσος, σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες της καρδιάς</p> <p>Χρόνια ηπατική νόσος και κίρρωση</p> <p>Σοβαρή πρωτογενής ανοσοανεπάρκειας (HIV)</p> <p>Διαβήτης τύπου 1 και 2</p> <p>Σοβαρές νευρολογικές διαταραχές και παθήσεις των μυών (συμπεριλαμβανομένης της μυοπάθειας), σοβαρή επιληψία</p> <p>Αιμορροφιλία και αιμοστατικές διαταραχές</p> <p>Στεφανιαία καρδιακή νόσος</p> <p>Σοβαρή χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια</p> <p>Νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας</p> <p>Νόσος Parkinson</p> <p>Κληρονομικά μεταβολικά νοσήματα που απαιτούν παρατεταμένη ειδική θεραπεία</p> <p>Κυστική ίνωση</p> <p>Σοβαρή χρόνια νεφροπάθεια και νεφρωσικό σύνδρομο</p> <p>Αγγειίτιδα, ερυθματώδης λύκος, συστηματική σκλήρυνση</p> <p>Ρευματοειδής αρθρίτιδα</p> <p>Μακροχρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές</p> <p>Ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn</p> <p>Προοδευτική σκολίωση</p> <p>Σοβαρή σπονδυλίτιδα</p> <p>Μεταμόσχευση οργάνων</p> <p>Ενεργή φυματίωση, η λέπρα</p> <p>Κακοήθεια, κακοήθεια του λεμφικού ή του αιμοποιητικού</p>

Πηγή: www.ameli.fr

3.2.5 Οργάνωση της ΠΦΥ και Διαμόρφωση σχέσεων παρόχων

Στη Γαλλία η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από αυτοαπασχολούμενους ιατρούς, οδοντίατρους και νοσηλευτικό προσωπικό (συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών και των φυσικοθεραπευτών), που εργάζονται κυρίως στα ατομικά τους ιατρεία και λιγότερο σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας ως μισθωτοί. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτουν ολόκληρο το βασικό πακέτο της ΠΦΥ περιλαμβάνοντας επιπλέον βιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Σχεδόν το σύνολο το αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών υγείας είναι συμβεβλημένοι με την UNCAM, σύμφωνα με τις εθνικές συμβάσεις που έχουν υπογραφεί από εκπροσώπους των δυο μερών. Η κύρια μορφή συνεργασίας μεταξύ UNCAM και παρόχων είναι τα συμβόλαια 4-ετούς ή 5-ετούς διάρκειας.

Στον Πίνακα 3.2.3, παρουσιάζεται η εξέλιξη του αριθμού των επαγγελματιών υγείας στη Γαλλία κατά την περίοδο 1990-2009. Είναι εμφανής η τάση για σταθεροποίηση του αριθμού των γενικών ιατρών σε αντίθεση με τις αυξητικές τάσεις των ειδικευμένων γιατρών. Αυξητικές τάσεις παρατηρούνται και στις τέσσερις τελευταίες κατηγορίες επαγγελματιών (μαίες, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές).

Πίνακας 3.2.3: Αριθμός επαγγελματιών υγείας ανά 100.000 κατοίκους (1990-2009)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Άνδρες	305	323	329	330	332	334	336	337	338	337	335	335
Γυναίκες	162	163	161	162	163	164	164	165	165	165	163	163
Σύνολο	143	159	168	168	170	171	171	172	173	173	172	172
Οδοντίατροι	67	69	69	68	68	68	67	67	67	67	67	66
Μαιευτές	19	21	24	25	25	26	27	27	28	28	29	30
Φαρμακοποιοί	-	93	99	102	104	106	107	111	113	114	116	117
Νοσηλεύτριες	537	590	649	669	687	703	721	741	764	783	768	794
Φυσιοθεραπεύτριες	67	79	88	91	93	95	97	99	101	101	104	107

Πηγή: Chevreul et al., 2010

Υπάρχουν δύο ειδών επαγγελματικές οργανώσεις στον τομέα υγείας της Γαλλίας: οι επαγγελματικοί σύλλογοι και οι επαγγελματικές ενώσεις. Οι επαγγελματικοί σύλλογοι (ή επιμελητήρια) για τους ιατρούς, φαρμακοποιούς, οδοντιάτρους, μαιές, φυσικοθεραπευτές και νοσηλευτές ασχολούνται με ζητήματα σχετικά με την ιατρική ηθική-δεοντολογία και την εκπαίδευση και παρακολουθούν την επαγγελματική πρακτική των επαγγελματιών. Αντιθέτως, οι επαγγελματικές ενώσεις μεριμνούν για τα συμφέροντα των διαφορετικών κατηγοριών επαγγελματιών υγείας, οι σημαντικότερες από τις οποίες είναι η διενέργεια διαπραγματεύσεων και η σύναψη συμβάσεων με την κοινωνική ασφάλιση για κεντρικής σημασίας συντεχνιακά ζητήματα (όπως οι αμοιβές/αποζημιώσεις).

Η εκπροσώπηση των προμηθευτών υγείας παρουσιάζεται κατακερματισμένη εξαιτίας της διαφορετικότητας της φύσης των επαγγελματιών και των διαφορών στο κύρος αυτών, ενώ υφίστανται «οριζόντιες» ενώσεις σε περιφερειακό επίπεδο. Για παράδειγμα, υφίστανται πέντε διαφορετικές ενώσεις εθνικής εμβέλειας των αυτοαπασχολούμενων ιατρών, που θεωρούνται αντιπροσωπευτικές και έχουν αρμοδιότητες σύναψης συμβάσεων με την κοινωνική ασφάλιση, με αποτέλεσμα οι θέσεις τους για τα κυβερνητικά μέτρα πολλές φορές να διαφέρουν. Επιπλέον, μόνο το 15-20% των ιδιωτών γενικών ιατρών είναι μέλη επαγγελματικών ενώσεων (Borgetto, 2008). Εξίσου κατακερματισμένη εμφανίζεται και η εκπροσώπηση των λοιπών επαγγελματιών υγείας. Βέβαια, το 2004 ιδρύθηκε η Εθνική Ένωση των Επαγγελματιών Υγείας (UNPS), ένας οργανισμός-ομπρέλα που εκπροσωπεί όλους τους ιδιώτες επαγγελματίες υγείας και καθορίζει την ατζέντα για τις διαπραγματεύσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του ΝΗΙ σε εθνικό επίπεδο.

Πλήγμα για τις ενώσεις των ιατρών αποτέλεσαν οι πρόσφατες ατομικές συμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της επαγγελματικής πρακτικής, οι οποίες ουσιαστικά παραγκωνίζουν τον ρόλο των ενώσεων, εφόσον για τη σύναψή τους δεν παρεμβάλλεται οποιαδήποτε γενική συμφωνία του ΝΗΙ με τις ενώσεις και οι οποίες έτυχαν υψηλής αποδοχής από τους ιδιώτες ιατρούς. Περισσότερες πληροφορίες για τις επονομαζόμενες συμβάσεις CAPI παρέχονται στη συνέχεια της ενότητας.

Από τις αρχές του 1990 το κράτος έχει αυξήσει τις παρεμβάσεις του σε επίπεδο σχεδιασμού και νομοθετικής ρύθμισης. Ωστόσο, στο σχεδιασμό και τη νομοθετική ρύθμιση εμπλέκονται τα ενδιαφερόμενα μέρη (ταμεία-εκπρόσωποι των παρόχων), εφόσον παίρνουν μέρος σε διαπραγματεύσεις που διεξάγονται πριν τη ψήφιση νόμων που αφορούν τη δημόσια υγεία,

τη χρηματοδότηση της δημόσιας ασφάλισης και τις μεταρρυθμίσεις. Το Υπουργείο Υγείας διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη ρύθμιση των δαπανών υγείας μέσα στα πλαίσια που θέτει η βουλή και λιγότερο ή περισσότερο επηρεάζει με τις αρμοδιότητές του τα ταμεία και τους παρόχους υγείας. Για παράδειγμα, εγκρίνει τις συμβάσεις που συνάπτονται μεταξύ των ταμείων και των ενώσεων ιδιωτών επαγγελματιών υγείας, καθορίζει τις τιμές σε ειδικές ιατρικές διαδικασίες και στα φάρμακα (βάσει προτάσεων επιτροπών) και καθορίζει τον αριθμό των εισακτέων στις ιατρικές σχολές. Το ΝΗΙ υπογράφει με το Υπουργείο Υγείας τριετή σύμβαση που καθορίζει τους στόχους, τη διαχείριση και τη διακυβέρνησή του. Για παράδειγμα, οι στόχοι του 2006-2009 αφορούσαν την αύξηση της αποδοτικότητας του ΝΗΙ, τη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και την ανάπτυξη της διαχείρισης του κινδύνου [με στόχους, όπως η ανάπτυξη της πρόληψης και η ανάπτυξη ειδικών συμβάσεων με τους επαγγελματίες υγείας (CAPI)].

Στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, όπου οι πάροχοι υγείας είναι ιδιώτες, οι σχέσεις τους με το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας σε εθνικό επίπεδο καθορίζονται μέσω συλλογικών γενικών συμβάσεων (conventions) και συνάπτονται μεταξύ εκπροσώπων καθεμίας ένωσης επαγγελματιών και της UNCAM. Οι γενικές συμβάσεις καθορίζουν σε εθνικό επίπεδο τις σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με την κοινωνική ασφάλιση αλλά και με τους ασφαλισμένους. Από την ημερομηνία ισχύος τους αποτελούν δέσμευση για όλους τους επαγγελματίες υγείας που υπάγονται σε αυτές εκτός κι αν ρητά δηλώσουν την επιθυμία να εξαιρεθούν από κάποιους όρους, όχι όμως χωρίς κυρώσεις.

Το περιεχόμενο των γενικών συμβάσεων ποικίλει και αφορά αυξήσεις αμοιβών, εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών για την άσκηση του επαγγέλματος, τη συνταγογράφηση γενοσήμων, κ.λπ.. Ως εκ τούτου, οι μέθοδοι πληρωμών / αποζημιώσεων και τα ποσά που λαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σύμφωνα με τους όρους των συμβάσεων αυτών. Σε περίπτωση μη επίτευξης συμφωνίας ταμείων-παρόχων για τους όρους και κατ' επέκταση μη σύναψης γενικών συμβάσεων προβλέπονται νομοθετικές ρυθμίσεις, ως ελάχιστες προϋποθέσεις για την ομαλή λειτουργία των σχέσεων αγοραστών-παρόχων. Ειδικά σε σχέση με τις αμοιβές (statutory tariffs) που καθορίζονται στις γενικές συμβάσεις οι ιδιώτες ιατροί, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη, είναι υποχρεωμένοι να μην υπερβούν αυτές με μία όμως εξαίρεση: Αυτούς που έχοντας το δικαίωμα, επιλέγουν να υπαχθούν στον «Τομέα 2» που τους δίνει την δυνατότητα της υπέρβασης (extra-billing) της προδιορισμένης στη σύμβαση αμοιβής, παραιτούμενοι

όμως από άλλα κοινωνικά και οικονομικά πλεονεκτήματα. Το γεγονός ότι οι ασθενείς των ιατρών του «Τομέα 2» αποζημιώνονται βάσει των τιμών της σύμβασης και όχι βάσει του ποσού που καταβάλουν, εγείρει ζητήματα ισότητας στην πρόσβαση. Ακριβώς γι' αυτό το λόγο, η δυνατότητα υπαγωγής στον «Τομέα 2» ελέγχεται αυστηρά από την κοινωνική ασφάλιση και σήμερα μόνο ιατροί που κατείχαν θέση πλήρους απασχόλησης σε δημόσια νοσοκομεία δικαιούνται να αιτηθούν υπαγωγή σ' αυτόν. Η διάρκεια των γενικών συμβάσεων καλύπτει χρονική περίοδο τεσσάρων ή πέντε ετών και παρατείνεται μέχρι την υπογραφή νεότερης συμφωνίας. Ωστόσο, τροποποιήσεις τους λαμβάνουν χώρα τακτικά, στην περίπτωση των ιατρών το λιγότερο ετησίως, προκειμένου να συμπεριλάβουν τροποποιήσεις του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης και άλλα νέα νομοθετήματα. Μάλιστα, είναι αξιοσημείωτο ότι στις διαπραγματεύσεις αυτές αναμειγνύεται και το Υπουργείο Υγείας παίζοντας σημαντικό ρόλο.

Εκτός των γενικών εθνικών συμβάσεων, συλλογικές ή ατομικές συμβάσεις μπορούν να συνάπτονται σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο από το ΝΗΙ και ένα μικρό αριθμό επαγγελματιών υγείας. Αν οι συμβάσεις περιλαμβάνουν επιστημονικό περιεχόμενο, για παράδειγμα οδηγίες εφαρμογής, αυτές σχεδιάζονται από την Ανώτατη Αρχή Υγείας (HAS). Από το έτος 2002 άρχισαν να αναπτύσσονται συλλογικές ή ατομικές συμβάσεις με στόχους αύξησης της ποιότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας (medically based cost-containment goals). Ως αντάλλαγμα και κίνητρο για την υπογραφή και τήρηση των συμβάσεων αυτών από τους ιατρούς χρησιμοποιήθηκε η αύξηση της βασικής αμοιβής τους για τις επισκέψεις των ασφαλισμένων. Το αντικείμενο των συμβάσεων αυτών ποικίλει, για παράδειγμα, μπορεί να αφορά αύξηση της συνταγογράφησης γενοσήμων ή μείωση της συνταγογράφησης σκευασμάτων. Ωστόσο οι συμβάσεις αυτές δε λειτούργησαν με τρόπο ώστε να ελέγξουν τον τρόπο της άσκησης της ιατρικής από τους ιατρούς.

Πρόσφατα, το 2009, ο νόμος περί κοινωνικής ασφάλισης εισήγαγε μια νέα κατηγορία συμβάσεων με την ονομασία «ατομικές συμβάσεις για τη βελτίωση της επαγγελματικής πρακτικής» (CARI) για τους γενικούς ιατρούς. Με τις CARI οι συμβαλλόμενοι γενικοί ιατροί αναλαμβάνουν την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, όπως είναι η διαχείριση των χρόνιων παθήσεων, η πρόληψη ασθενειών, η αύξηση του ποσοστού συνταγογράφησης γενοσήμων ή καθορισμένων κατηγοριών φαρμάκων. Κίνητρο για την ανάληψη αυτών των υποχρεώσεων από τους γενικούς ιατρούς αποτελεί η αμοιβή τους βάσει απόδοσης (Chevreul et al., 2010).

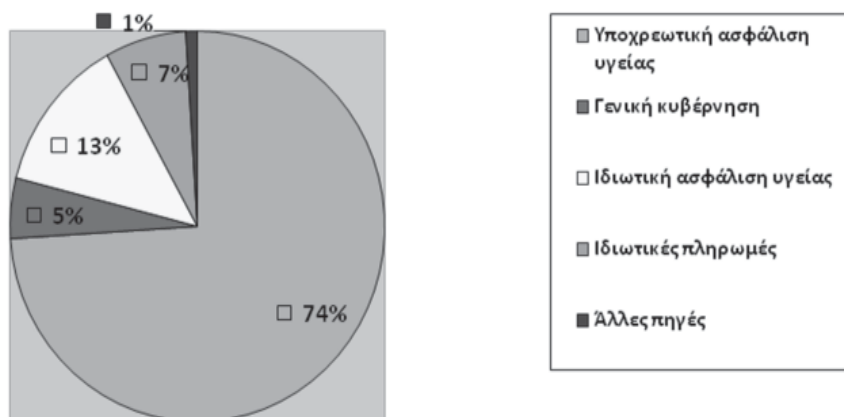
Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, λόγω περιεχομένου, παρουσιάζει και η τελευταία σύμβαση, που υπεγράφη το 2007 μεταξύ ΝΗΙ και νοσηλευτών, καθώς με αυτή επιδιώκεται η βέλτιστη γεωγραφική κατανομή των συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας (με εξαίρεση τους φαρμακοποιούς, για τους οποίους η γεωγραφική κατανομή προβλέπεται από σειρά ετών). Το 2008 με τροποποίηση της σύμβασης καθορίστηκαν ειδικότερα οι συνθήκες για τη ρύθμιση της κατανομής σε τοπικό επίπεδο, της δραστηριότητας των νοσηλευτών και συγκεκριμένα καθορίστηκαν γεωγραφικοί περιορισμοί της έναρξης της δραστηριότητάς τους σε περιοχές με αυξημένη πυκνότητα δραστηριοποιούμενων νοσηλευτών. Παράλληλα, δόθηκαν οικονομικά ή/και υλικά κίνητρα στους νοσηλευτές να ασκήσουν τις δραστηριότητές τους σε περιοχές με χαμηλή πυκνότητα νοσηλευτικού προσωπικού. Το ΝΗΙ προσδοκά ότι ανάλογη συμφωνία μπορεί να επιτευχθεί στο μέλλον και με τους ιδιώτες ιατρούς (Chevreul et al., 2010).

Επίσης ενδιαφέρουσες λόγω αντικειμένου και κινήτρων που προσφέρουν αποτελούν οι συμβάσεις που αφορούν στην ομαδική πρακτική (group practice) και αφορούν πέρα των γενικών και των ειδικευμένων ιατρών, νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές. Η ενθάρρυνση της ομαδικής πρακτικής εντάσσεται στους γενικότερους στόχους της σύγχρονης πολιτικής υγείας της Γαλλίας για μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και το συντονισμό της φροντίδας υγείας και ειδικότερους στόχους την αύξηση της ποιότητας, τη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών (24ωρη λειτουργία), την πιο αποτελεσματική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, την εκτενή παροχή υπηρεσιών και την εξισορρόπηση επαγγελματικής-προσωπικής ζωής, κυρίως για τους νεότερους σε ηλικία επαγγελματίες υγείας. Από το 2008 και για πέντε έτη σχεδιάστηκε να λειτουργήσουν πειραματικά συμπληρωματικά ή αναπληρωματικά σχήματα κατά πράξη αμοιβών σε έξι περιφέρειες της χώρας. Δύο ειδών σχήματα χρηματοδότησης εφαρμόστηκαν μέχρι σήμερα: ο γενικός φάκελος (global envelope), που καλύπτει κόστη συνεργασίας, και οι ειδικές πρόσθετες πληρωμές για επιλεγμένες νέες υπηρεσίες (payments for selected new services), όπως η συμβουλευτική χρόνιων ασθενών. Οι συμβαλλόμενες ομάδες πρακτικής επιλέγουν μεταξύ των διαφορετικών πακέτων αποζημίωσης για την παροχή των υπηρεσιών τους ενώ η χρηματοδότηση τους γίνεται εν μέρει από το ΝΗΙ. Γενικότερα, η αποζημίωση των επαγγελματιών υγείας στα προαναφερόμενα σχήματα είναι κατά πράξη (fee-for-service). Περισσότερες πληροφορίες για το σύστημα αποζημίωσης δίνονται στη σχετική υποενότητα.

3.2.6 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Όπως προαναφέρθηκε, το Γαλλικό σύστημα υγείας είναι κοινωνικής ασφαλίσεως σύστημα, τύπου Bismarck, και παρουσιάζεται ως ένα από τα πιο σύνθετα και πολύπλοκα συστήματα υγείας. Σε ότι αφορά τη χρηματοδότηση, συνδυάζει ενιαία ασφάλιση υγείας εμπλέκοντας όμως σημαντικό ποσοστό συμμετοχής στο κόστος από την πλευρά των ασφαλισμένων, ενώ σε ότι αφορά τις παροχές, το σύστημα παρουσιάζεται ευρύτατο, αφού εμπλέκει τόσο ανεξάρτητους όσο και δημόσιους προμηθευτές. Η χρηματοδότηση της υγείας πραγματοποιείται σε ποσοστό 75% από την κοινωνική ασφάλιση, ενώ συμπληρωματικές πηγές αποτελούν μεταξύ άλλων η εθελοντική (ιδιωτική) ασφάλιση υγείας (VHI) (12,4%) και οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket) (11,1%) (Allin et al., 2004). Νεότερα δεδομένα για το 2007, δείχνουν ότι η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης έχει περιοριστεί στο 74% καθώς επίσης και οι out-of-pocket πληρωμές στο 7%. Το κενό που προκύπτει καλύπτεται από την ιδιωτική ασφάλιση και την Κυβέρνηση (Βλέπε Διάγραμμα 3.2.3).

Διάγραμμα 3.2.3: Πηγές χρηματοδότησης του Γαλλικού συστήματος υγείας (2007)



Πηγή: Chevreur et al., 2010

Η Γαλλική ασφάλιση υγείας άρχισε να επεκτείνεται και να καλύπτει όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού τις τελευταίες δεκαετίες. Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων και το Υπουργείο Οικονομίας εποπτεύουν τα ταμεία ασφαλίσεων. Υπάρχουν επιπρόσθετα φιλανθρωπικά ταμεία ασφαλίσεων και ξεχωριστός ιδιωτικός τομέας. Τα

διακριτά χαρακτηριστικά του Γαλλικού συστήματος μπορούν να συνοψιστούν με τη συλλογική χρηματοδότηση, τη συνύπαρξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και την επιπρόσθετη ιδιωτική χρηματοδότηση. Η Γαλλία διαθέτει το υψηλότερο επίπεδο δαπανών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με την εξαίρεση της Γερμανίας, η οποία θα είχε χαμηλότερες δαπάνες εάν δε σημειωνόταν η ένταξη της πρώην Ανατολικής Γερμανίας.

Πριν το σχέδιο Juppé το 1997, υπήρχε ένας μεγάλος αριθμός προτάσεων για μεταρρυθμίσεις μεταξύ των οποίων ήταν η εισαγωγή των γενικών φόρων το 1991, αυξήσεις στις πληρωμές για την υγεία, προσπάθειες για αύξηση των δαπανών στα φαρμακευτικά είδη το 1993-94. Η μεταρρύθμιση Juppé το 1996, δημιούργησε την ARHs (Agences Regionales d'Hospitalization)¹⁹, προκειμένου να γίνεται έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών μέσα από το σχεδιασμό της χρηματοδότησης των δημόσιων και των ιδιωτικών μονάδων υγείας (Docteur and Oxley, 2003).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2010, η κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία στη Γαλλία ανήλθε στα 3.978 € και η συνολική δαπάνη αντιστοιχεί στο 11,6% του ΑΕΠ. Αντίστοιχα, στην Ελλάδα η κατά κεφαλή δαπάνη της ίδιας περιόδου ανήλθε σε 2.914 € και αντιστοιχεί στο 10,2% του ΑΕΠ.

3.2.7 Χρηματοδότηση του ασφαλιστικού οργανισμού

Η UNCAM καλύπτει σχεδόν το 100% των Γάλλων ασφαλισμένων και απασχολεί πάνω από το 70% των συνολικών δαπανών για φροντίδα υγείας. Η συμμετοχή στο σύστημα μέσω κάποιου ταμείου γίνεται με βάση το επάγγελμα του ασφαλισμένου. Υπάρχουν πάνω από 15 ταμεία, εκ των οποίων το μεγαλύτερο είναι το CNAMTS, το οποίο καλύπτει περίπου το

¹⁹ Οι Περιφερειακοί Νοσοκομειακοί Οργανισμοί (ARHs) έχουν ως αντικείμενο την άσκηση των ρόλων και των αρμοδιοτήτων που καθορίζονται από το άρθρο L 710-24 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας. Σύμφωνα με αυτό, οι ARHs είναι οι μοναδικές αρχές που έχουν την αρμοδιότητα να αποφασίζουν τόσο για τη δημόσια, όσο και για την ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη. Ο ρόλος των ARHs επικεντρώνεται στα εξής σημεία:

- Τον προσδιορισμό και την πραγματοποίηση της περιφερειακής πολιτικής της προσφοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών.
- Την ανάλυση και το συντονισμό της δραστηριότητας των δημόσιων και ιδιωτικών υγειονομικών ιδρυμάτων, χάρις στα συμβόλαια στόχων και μέσων.
- Την απόφαση της κατανομής των πόρων μέσω της εκστρατείας του προϋπολογισμού.
- Την προώθηση της ποιότητας των παρεχομένων φροντίδων στα ιδρύματα.

80% των υποχρεωτικά ασφαλισμένων συμπεριλαμβάνοντας τους συνταξιούχους και τους έμμεσα ασφαλισμένους (εξαρτώμενα μέλη). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι υπάρχει ένας μηχανισμός ασφαλείας ιατρικής βοήθειας για αυτούς που δεν έχουν σταθερό επάγγελμα και δε μπορούν να συμμετέχουν στο κόστος παρεχομένων υπηρεσιών. Το CNAMTS είναι ένα οιονεί - αυτόνομο μη κυβερνητικό σώμα με εθνική κεντρική διοίκηση και τοπικά ή επαρχιακά δίκτυα τα οποία διοικούνται από εργοδότες, ομοσπονδίες και επαγγελματικά σωματεία. Παρ' όλα αυτά υπάρχει έλεγχος από την Κυβέρνηση, αφού οι αμοιβές, οι τιμές των φαρμάκων και οι προμήθειες καθορίζονται από τη Κυβέρνηση.

Η διαδικασία χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών του CNAMTS και γενικότερα όλων των ταμείων που συμμετέχουν στην UNCAM έχει ως εξής (www.ameli.fr):

Ιατροί (γενικοί και ειδικοί)

- ♦ Ο ασφαλισμένος πρέπει να επισκεφτεί ιατρό συμβεβλημένο με την UNCAM.
- ♦ Οι συμβεβλημένοι ιατροί χωρίζονται στις ακόλουθες δύο κατηγορίες: «Τομέας 1»: ιατροί που χρεώνουν για τις υπηρεσίες τους την επίσημη τιμή, «Τομέας 2»: ιατροί που χρεώνουν ποσό υψηλότερο από την επίσημη τιμή.
- ♦ Ο ασφαλισμένος εξοφλεί άμεσα την επίσκεψη στον ιατρό. Ο ιατρός θα συμπληρώσει το δελτίο περίθαλψης (feuille de soins), καθώς και συνταγή φαρμάκων (αν χρειαστεί). Το δελτίο περίθαλψης είναι απαραίτητο και προσκομίζεται από τον ασφαλισμένο για την αποζημίωσή του.

Οδοντίατροι

- ♦ Ο ασφαλισμένος πρέπει να επισκεφτεί οδοντίατρο συμβεβλημένο με την UNCAM.
- ♦ Ο ασφαλισμένος εξοφλεί άμεσα την επίσκεψη στον οδοντίατρο. Η διαδικασία αποζημίωσης του ασφαλισμένου είναι ίδια με αυτή των ιατρών.

Νοσοκομειακή περίθαλψη

- ♦ Για την εισαγωγή σε νοσοκομείο ο ασφαλισμένος πρέπει να έχει στην κατοχή του Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας. Με τον τρόπο αυτό ο ασφαλισμένος χρεώνεται μόνο με το ποσό συμμετοχής που του αναλογεί.

- ♦ Πέραν της συμμετοχής, για την οποία γίνεται λόγος στη συνέχεια της ενότητας, οι ασθενείς καταβάλλουν και καθορισμένη ημερήσια εισφορά.

Συνταγογράφηση φαρμάκων

- ♦ Ο ασφαλισμένος πρέπει να επιλέξει φαρμακείο συμβεβλημένο με την UNCAM. Μαζί με την ιατρική συνταγή, πρέπει να λάβει από τον ιατρό και το δελτίο περίθαλψης (feuille de soins) με το οποίο θα διεκδικήσει την επιστροφή των εξόδων.
- ♦ Το κόστος αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων επιστρέφεται μόνον εφόσον αυτά περιέχονται στις λίστες των καλυπτόμενων φαρμακευτικών προϊόντων.

Ασθενοφόρο

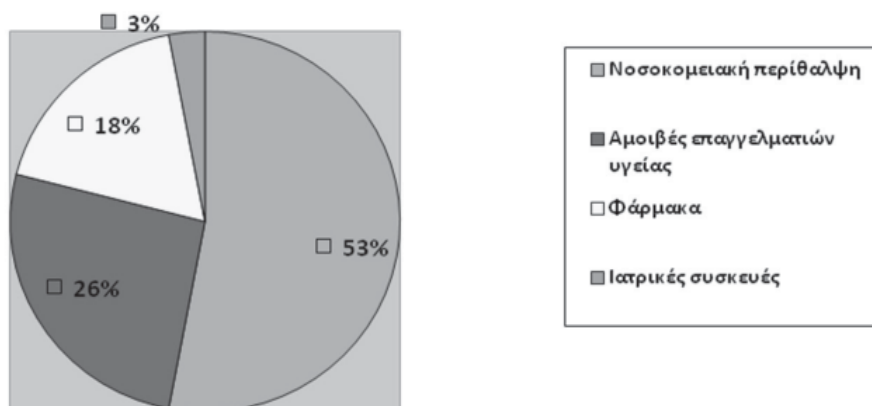
- ♦ Για τη χρήση ασθενοφόρου, ο ιατρός θα πρέπει να βεβαιώσει ότι υπάρχει πραγματική ανάγκη γι' αυτό. Εναλλακτικά, είναι δυνατό να κληθεί ένα «ελαφρύ ιατρικό όχημα» (vehicule sanitaire leger - VSL) για τη μεταφορά στο νοσοκομείο.
- ♦ Το σχετικό κόστος καλύπτεται από τον ασφαλισμένο, ανεξαρτήτως αν θα γίνει παραμονή στο νοσοκομείο.

Αερομεταφορά

- ♦ Οι υπηρεσίες αερομεταφοράς ποικίλλουν και εξαρτώνται από το επείγον της κατάστασης.

Για την επιστροφή των εξόδων που πραγματοποίησε ο ασφαλισμένος, πρέπει να απευθυνθεί στο τοπικό γραφείο CPAM (Caisse Primaire D'Assurance Maladie) του τόπου διαμονής του. Θα χρειαστεί να προσκομίσει το δελτίο περίθαλψης, αντίγραφο των αποδείξεων και των συνταγών, αντίγραφο της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας και να δηλώσει διεύθυνση μόνιμης κατοικίας, αριθμό IBAN και BIC του τραπεζικού του λογαριασμού. Επιβεβαίωση της επιστροφής των εξόδων αποστέλλεται ταχυδρομικώς στη διεύθυνση κατοικίας του. Κατά μέσο όρο επιστρέφεται περίπου το 70% για τα συνήθη έξοδα περίθαλψης.

Στο Διάγραμμα 3.2.4 παρουσιάζεται η κατανομή των δαπανών της UNCAM στις διαφορετικές κατηγορίες περίθαλψης. Το 2008, οι αμοιβές των επαγγελματιών υγείας αποτελούσαν το 26% των συνολικών δαπανών του ασφαλιστικού οργανισμού. Ειδικότερα, στον Πίνακα 3.2.4 ανακατανέμονται οι δαπάνες των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ ανά κατηγορία παρόχου.

Διάγραμμα 3.2.4: Δαπάνες *UNCAM* ανά κατηγορία περίθαλψης (2008)

Πηγή: Chevreur et al., 2010

Πίνακας 3.2.4: Αμοιβές επαγγελματιών υγείας (2010)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Συνολική Αμοιβή (σε ευρώ)	% των συνολικών αμοιβών
Αναισθησιολογία	1.041.603.140	2,01%
Καρδιαγγειακή παθολογία	1.002.544.131	1,93%
Παιδοχειρουργική	6.961.655	0,01%
Χειρουργική προσώπου	10.440.447	0,02%
Πλαστική χειρουργική	90.762.807	0,18%
Θωρακική και καρδιαγγειακή χειρουργική	46.385.566	0,09%
Αγγειακή χειρουργική	77.826.235	0,15%
Σπλαγχνική και χωνευτική χειρουργική επέμβαση	88.933.293	0,17%
Γενική χειρουργική	388.280.797	0,75%
Δερματολογία	448.776.209	0,87%
Ακτινολογία	3.016.655.628	5,82%
Γυναικολογία	996.500.198	1,92%
Γαστρεντερολογία	431.928.606	0,83%
Εσωτερική ιατρική	76.973.856	0,15%

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Συνολική Αμοιβή (σε ευρώ)	% των συνολικών αμοιβών
Νευροχειρουργική	49.154.591	0,09%
ΩΡΛ	422.330.189	0,81%
Παιδιατρική	364.176.760	0,70%
Πνευματολογία	200.056.436	0,39%
Ρευματολογία	295.437.283	0,57%
Οφθαλμολογία	1.332.071.386	2,57%
Χειρουργική ουρολογία	223.805.065	0,43%
Νευροψυχιατρική	19.443.723	0,04%
Στοματολογία	262.799.690	0,51%
Φυσική ιατρική και αποκατάστασης	73.895.428	0,14%
Νευρολογία	126.064.082	0,24%
Ψυχιατρική	708.543.756	1,37%
Νεφρολογία	76.634.263	0,15%
Ανατομοπαθολογία	274.818.630	0,53%
Ορθοπαιδική χειρουργική και τραυματολογία	647.835.215	1,25%
Ενδοκρινολογία	78.692.850	0,15%
Γεροντολογία	2.343.789	0,00%
Σύνολο ειδικών	12.882.675.704	24,86%
Ειδικευόμενοι	8.004.468.901	15,44%
Σύνολο ειδικευόμενων και ειδικών	20.887.144.605	40,30%
Οδοντιατρική	8.525.625.397	16,45%
Μαίες	148.206.555	0,29%
Σύνολο παραϊατρικών (νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές κλπ.)	9.678.380.982	18,67%
Εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα	4.583.955.036	8,84%
Γενική ιατρική	7.036.308.917	13,58%
ΜΕΡ (ομοιοπαθητική, αλλεργιολογία κλπ.)	968.159.984	1,87%
Γενικό Σύνολο	51.827.781.476	100,00%

Πηγή: προσαρμογή από www.ameli.fr

Η κοινωνική ασφάλιση στη Γαλλία καλύπτει μεγάλο εύρος υπηρεσιών και παροχών στην εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή φροντίδα, ενώ προβλέπεται συμμετοχή των ασθενών (co-payments) στις δαπάνες, όπως φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα. Τα έσοδα της κοινωνικής ασφάλισης (UNCAM) προέρχονται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργο-

δοτών και διαμορφώνονται ως ποσοστό του εισοδήματος, σε ποσοστό 13,5% αυτού, που είναι χαμηλότερο σε χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα (Thomson et al., 2009). Πρόσθετο έσοδο για την UNCAM αποτελούν βασισμένοι στο εισόδημα συμπληρωματικοί και ειδικοί φόροι. Η εθελοντική ασφάλιση αποζημιώνει τους ασφαλισμένους για τις συμμετοχές τους και για καλύτερη κάλυψη, όπου η κάλυψη της κοινωνικής ασφάλισης είναι χαμηλή, ενώ από το 2000 προσφέρεται δημόσια (εθελοντική) συμπληρωματική ασφάλιση σε ευαίσθητες κοινωνικοοικονομικά ομάδες του πληθυσμού με σκοπό την εξομάλυνση των ανισοτήτων.

Στη χρηματοδότηση της UNCAM σημαντική είναι η συνεισφορά και της συνασφάλισης / συμμετοχής των ασφαλισμένων (co-insurance / co-payments). Φαίνεται λοιπόν καθαρά ότι υπάρχει συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών (Ticket Modérateur), με ένα ποσοστό συνασφάλισης που διαφέρει ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία (25% για τις ιατρικές πράξεις, 30-60% για τη φαρμακευτική περίθαλψη ανάλογα με το αν το φάρμακο κρίνεται απολύτως απαραίτητο). Αν ο ασθενής επισκεφθεί μη συμβεβλημένο με το σύστημα ιατρό, πληρώνει την ελεύθερη αμοιβή και στη συνέχεια αποζημιώνεται από το σύστημα βάσει προκαθορισμένου τιμολογίου (Bellanger et al., 2005). Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 10%, το οποίο εξαιρείται του μέτρου συνασφάλισης λόγω χρόνιων παθήσεων, ενώ αν ο ασθενής έχει και πρόσθετη ασφάλιση μπορεί να διεκδικήσει το σύνολο της δαπάνης. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα ποσοστά συμμετοχής των Γάλλων ασφαλισμένων ανά κατηγορία αγαθού και υπηρεσίας. Σημειώνεται ότι η μέση συμμετοχή στη φαρμακευτική περίθαλψη είναι 27%.

Πίνακας 3.2.5: Ποσοστά συμμετοχής ασφαλισμένων

Κατηγορίες αγαθών και υπηρεσιών	Ποσοστό συμμετοχής
Νοσοκομειακή περίθαλψη	20%
Επίσκεψη σε ιατρό	30%
Οδοντιατρική φροντίδα	30%
Νοσηλευτική φροντίδα	40%
Εργαστηριακές εξετάσεις	40%
Φαρμακευτική περίθαλψη*	0-85%

*Εξαρτάται από τη σοβαρότητα της ασθένειας

Πηγή: Chevreur et al., 2010

3.2.8 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ

Στη Γαλλία, η σχέση μεταξύ ασθενούς και ιατρού διέπεται από τις αρχές που περιγράφονται στη *Médecine Libérale* και έχουν θεοπιστεί από το 1920. Οι αρχές αυτές είναι:

- ♦ Η ελεύθερη επιλογή γενικού και ειδικού ιατρού από τον ασθενή,
- ♦ Η ελευθερία στη συνταγογράφηση από τον ιατρό,
- ♦ η αμοιβή του ιατρού κατά πράξη ή κατά περίπτωση, η οποία ιδεατά καθορίζεται ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή και
- ♦ η εμπιστευτικότητα.

Η μόνη απόκλιση από αυτές τις αρχές είναι το γεγονός ότι η Γαλλική κυβέρνηση από το 1960, έχει εισαγάγει ένα εθνικό σχέδιο αμοιβών για τους ανεξάρτητους γιατρούς και έχει υπό τις υπηρεσίες της νοσοκομειακούς γιατρούς, εκ των οποίων το ένα τρίτο αμείβεται με μισθό και εργάζεται υπό συνθήκες πλήρους απασχόλησης, ενώ άλλο ένα τρίτο αμείβεται επίσης με προκαθορισμένο μισθό αλλά εργάζεται υπό μορφή μερικής απασχόλησης.

Επιπλέον, στο σύστημα υγείας της Γαλλίας δεν υφίσταται ρόλος Gatekeeper για τον οικογενειακό ή γενικό γιατρό (*general practitioner*), αφού ο ασθενής μπορεί να επιλέξει οποιοδήποτε ιατρό ειδικότητας επιθυμεί και να πληρώσει απευθείας διεκδικώντας μετά την αποζημίωση του από την UNCAM.

Βάσει των παραπάνω, η μέθοδος αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ ποικίλει ανάλογα της σχέση εργασίας (αυτοαπασχολούμενοι ή μισθωτοί). Πιο συγκεκριμένα (Chevreul et al., 2010):

- ♦ Οι αυτοαπασχολούμενοι αποζημιώνονται κατά πράξη (*fee-for-service*): στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι γενικοί ιατροί, οι ειδικευμένοι ιατροί, οι οδοντίατροι, οι νοσηλευτές, οι ψυχοθεραπευτές, οι μαίες, το προσωπικό ασθενοφόρων, οι λογοθεραπευτές και οι τεχνικοί εργασιών που δραστηριοποιούνται ανεξάρτητα και παρέχουν τη συντριπτική πλειοψηφία των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Βέβαια, τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται και άλλες μέθοδοι, όπως η κατά κεφαλή αποζημίωση (*capitation*) για τους ιατρούς που παρακολουθούν χρόνια ασθενείς (€40 ανά ασθενή ανά έτος). Η κατά πράξη αμοιβή υλοποιείται στις περισσότερες περιπτώσεις με τη μορφή αποζημίωσης προς τον ασθενή²⁰. Δηλαδή, σε πρώτη φάση ο ασθε-

²⁰ Ωστόσο, ισχύουν και περιπτώσεις όπου αποζημιώνεται απευθείας ο πάροχος [“third-party payment” (*tiers payant*)].

νής χρεώνεται απευθείας από το γιατρό και σε δεύτερη φάση αποζημιώνεται μερικώς²¹ από την UNCAM. Η τιμολόγηση εκ μέρους των παρόχων δεν είναι αυθαιρέτη, αλλά υπάρχει συγκεκριμένος «τιμοκατάλογος» για κάθε ιατρική πράξη που περιλαμβάνεται στις υπογεγραμμένες εθνικές συμβάσεις με την UNCAM²². Η τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών περιλαμβάνεται σε δυο λίστες:

- Τη γενική ονοματολογία των ιατρικών πράξεων (*nomenclature générale des actes professionnels* – NGAP)
 - Την κοινή ταξινόμηση των ιατρικών πράξεων (*classification commune des actes médicaux* – CCAM). Οι λίστες αυτές διατίθενται ως επισυναπτόμενα αρχεία (αρχεία 5 και 6 αντίστοιχα).
- ♦ Οι γενικοί ιατροί μπορούν να έχουν επιπλέον αμοιβές βάσει της απόδοσης (*pay-for-performance*): το συγκεκριμένο σύστημα εφαρμόζεται από το 2009 και επιβραβεύει τους γενικούς ιατρούς προσφέροντας τους 3-ετή ατομικά συμβόλαια (CARI²³), όταν διαπιστωθεί βελτίωση σε ποιοτικούς δείκτες. Οι δείκτες αυτοί αφορούν τρεις γενικότερες στοχεύσεις του Γαλλικού συστήματος υγείας: α) τη βελτίωση της πρόληψης, β) την ενοποίηση της ποιότητας της φροντίδας προς ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και γ) τη βελτίωση της αποδοτικότητας από τη συνταγογράφηση.

²¹ Η κάλυψη αγγίζει το 85% του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών, διότι το υπόλοιπο 15% λαμβάνει τη μορφή ημερήσιων αποζημιώσεων λόγω μητρότητας, ασθένειας, εργατικού ατυχήματος και αναπηρικής σύνταξης.

²² Οι πάροχοι αυτού του καθεστώτος ανήκουν στον «τομέα 1». Βέβαια, υφίσταται και ο «τομέας 2», όπου οι πάροχοι επιτρέπεται να επιβάλλουν επιπλέον χρεώσεις (*extra-billing*). Στον τομέα αυτό ανήκαν κατά το 2008 το ¼ των ιατρών (κυρίως χειρουργοί ιατροί). Η εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού ανά τομέα παρουσιάζεται στο σχετικό επισυναπτόμενο αρχείο.

²³ Πρόσφατα, το 2009, το ΝΗΙ έχοντας δυσaréσκεια από τα αποτελέσματα των συλλογικών διαπραγματεύσεων στα πλαίσια των εθνικών συμβάσεων, ακολούθησε το παράδειγμα του Ηνωμένου Βασιλείου και εισήγαγε μία νέα μορφή εθελοντικών ατομικών συμβάσεων, παράλληλων με την γενική εθνική σύμβαση, τις «ατομικές συμβάσεις για την βελτίωση της επαγγελματικής πρακτικής» (*Contrat d'amélioration des pratiques individuelles, CAPI*). Οι CAPI, αποτελούν ατομικές συμβάσεις που συνάπτονται εθελοντικά μεταξύ ιδιωτών γενικών ιατρών και της UNCAM. Η διάρκεια των συμβάσεων είναι τριετής και μπορούν να καταγγελθούν και λυθούν από την πλευρά των ιατρών οποιαδήποτε στιγμή.

Στον Πίνακα 3.2.6 που ακολουθεί παρουσιάζεται για το 2007 το μέσο (ακαθάριστο και καθαρό) εισόδημα του Γάλλου αυτοαπασχολούμενου ιατρού ανά ειδικότητα, καθώς και τα αντίστοιχα μεγέθη για τους νοσηλευτές και τους φυσικοθεραπευτές.

Πίνακας 3.2.6: *Ετήσια αποζημίωση αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών υγείας (2007)*

	Γενικοί ιατροί	Χειρουργοί	ΩΡΛ	Παιδίατροι	Οδοντίατροι	Νοση-Λευτές	Φυσιοθεραπευτές
Μέσο ακαθάριστο εισόδημα (σε χιλιάδες ευρώ)	125	235	173	129	217	67	72
Δείκτης (κατά κεφαλή ΑΕΠ = 1)	4,2	7,8	5,8	4,3	7,2	2,2	2,4
Καθαρό εισόδημα προ φόρων (σε χιλιάδες ευρώ)	67	127	82	69	81	41	38
Δείκτης (Κατά κεφαλή ακαθάριστο εισόδημα = 1)	2,2	4,2	2,7	2,3	2,7	1,4	1,3
Δείκτης (μέσος μισθός διοικητικού προσωπικού = 1)	1,4	2,6	1,7	1,4	1,7	0,9	0,8
Δείκτης (μέσος μισθός διοικητικού προσωπικού = 1)	3,8	7,3	4,7	3,9	4,6	2,3	2,1

Πηγή: Chevreur et al., 2010

- ♦ Οι ιατροί που απασχολούνται σε δημόσια νοσοκομεία αποζημιώνονται ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν ως εξής:

- Οι πανεπιστημιακοί ιατροί με μισθό (salary) που αφορά και τις δυο ειδικότητές τους ξεχωριστά.
- Οι νοσοκομειακοί ιατροί πλήρους ή μερικής απασχόλησης (με θητεία ή σύμβαση) με μηνιαίο μισθό που εξαρτάται από την αρχαιότητα και τις εργατοώρες. Επίσης, λαμβάνουν διάφορα επιδόματα όταν εφημερεύουν.
- Οι attachés, εξωτερικοί συνεργάτες νοσοκομείων σε διακοπτόμενη βάση, με μηνιαίο μισθό κατ' αναλογία προς τον αριθμό συνεδριών που αναλαμβάνουν. Ισχύουν και γι' αυτούς επιδόματα σε εφημερίες.

Στο πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται οι μορφές αποζημίωσης ανά κατηγορία παρόχου:

Πίνακας 3.2.7: Μέθοδοι αποζημίωσης παρόχων ΠΦΥ στη Γαλλία

Κατηγορίες παρόχων	Αποζημίωση
Αυτοαπασχολούμενοι ιατροί	Κατά πράξη (fee-for-service) βάσει NGAM και CCAM Κατά κεφαλή για χρόνιους ασθενείς (capitation) Επιπρόσθετη αμοιβή βάσει της απόδοσης (pay-for-performance) στους γενικούς ιατρούς που θα προσχωρήσουν σε συμβάσεις CAPI
Μισθωτοί ιατροί	Με μισθό (salary)
Λοιποί αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες υγείας	Κατά πράξη (fee-for-service) βάσει NGAM και CCAM
Λοιποί μισθωτοί επαγγελματίες υγείας	Με μισθό (salary)

3.2.9 Έλεγχος και Ποιότητα ασφαλιστικού οργανισμού

Το περιεχόμενο των συμβάσεων, που συνάπτουν οι επαγγελματίες υγείας με την UNCAM, αφορά την προώθηση της πρόληψης (από την πλευρά των ιατρών), τη βελτίωση της ποιότητας των θεραπειών, τη συστηματική παρακολούθηση ασθενών με χρόνιες παθήσεις (κυρίως διαβήτη και

υπέρταση), τη βελτίωση της αποδοτικότητας με την αύξηση της χρήσης γεννοσήμων και γενικότερα την αύξηση της απόδοσης των ιατρών στους εν λόγω τομείς. Οι ειδικές συμβάσεις CAPI κινούνται προς την κατεύθυνση αυτή και βασίζονται στις προτεραιότητες της δημόσιας πολιτικής υγείας της χώρας, όπως αυτές καθορίζονται από το Κοινοβούλιο και εισήχθησαν με το νόμο περί χρηματοδότησης της Κοινωνικής Ασφάλισης του 2009 (άρθρο L. 162-12-21 του Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλισης). Στοχεύουν γενικότερα στη βελτίωση της κλινικής ποιότητας, της περίθαλψης και στην προώθηση της συνταγογράφησης γεννοσήμων, χωρίς όμως να διαφοροποιούν το υπάρχον σχήμα της κατά πράξη αμοιβής, δίδοντας οικονομικά κίνητρα στους συμβαλλόμενους ιατρούς. Ειδικότερα, με τις εν λόγω συμβάσεις τίθενται στόχοι καλής πρακτικής, που όταν και ανάλογα με το βαθμό που επιτυγχάνονται, προσπορίζουν στους συμβεβλημένους ιατρούς πρόσθετο εισόδημα βασισμένο στην κλινική τους απόδοση, ενώ δεν προβλέπεται κάποιο είδος ποινής σε περίπτωση μη επίτευξης των στόχων από τους συμβεβλημένους ιατρούς. Πιο συγκεκριμένα, με την πλήρη (100%) εκπλήρωση από τους ιατρούς των στόχων, που τίθενται από τη σύμβαση, μπορούν αυτοί να προσπορίσουν πρόσθετη αμοιβή υψηλότερη των 6.000 ευρώ ετησίως, ενώ όσοι δεν επιτυγχάνουν πλήρως τους τιθέμενους στόχους αποζημιώνονται ανάλογα με την πρόοδο που σημείωσαν (Or, 2010).

Πιο συγκεκριμένα ως προς το περιεχόμενο και τους στόχους των συμβάσεων, αυτοί αφορούν στη συμμόρφωση σε οδηγίες πρακτικής πάνω σε τρεις κύριους τομείς (Or, 2010):

1. Πρόληψη: Στόχος είναι η επίτευξη εμβολιασμών σε ποσοστό 75% σε άτομα ηλικίας πάνω από 65 ετών, η εξέταση ποσοστού 80% γυναικών ηλικίας 50 έως 70 ετών για ανίχνευση καρκίνου του μαστού, η αποτροπή της χρήσης συνδυασμών φαρμάκων που αντενδείκνυνται λόγω άσχημων παρενεργειών, η μείωση της συνταγογράφησης αγγειοδιασταλτικών (που υπερσυνταγογραφούνται παρότι έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικά) και βενζοδιαζεπίνων (ηρεμιστικών φαρμάκων πιθανώς επικίνδυνων και εθιστικών) σε ηλικιωμένους ασθενείς.
2. Χρόνιες ασθένειες: Βελτίωση της ποιότητας ζωής των διαβητικών με αύξηση του ποσοστού θεραπείας σύμφωνα με σύγχρονες συστάσεις (οφθαλμολογικές εξετάσεις, ειδικές συνταγογραφήσεις, κ.λπ.) και θεραπεία της υψηλής αρτηριακής πίεσης (με στόχο την πτώση της σε φυσιολογικά επίπεδα σε ποσοστό 50% των ασθενών σε χρονικό ορίζοντα τριών ετών).

3. Συνταγογραφήσεις: Σε επτά κατηγορίες φαρμάκων (αντιβιοτικά, αγχολυτικά, αντιυπερτασικά, στατίνες, κ.λπ.) ενθαρρύνεται η συνταγογράφηση γενοσήμων με ποικίλους τελικούς στόχους στο μερίδιο των γενοσήμων στο συνολικό αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

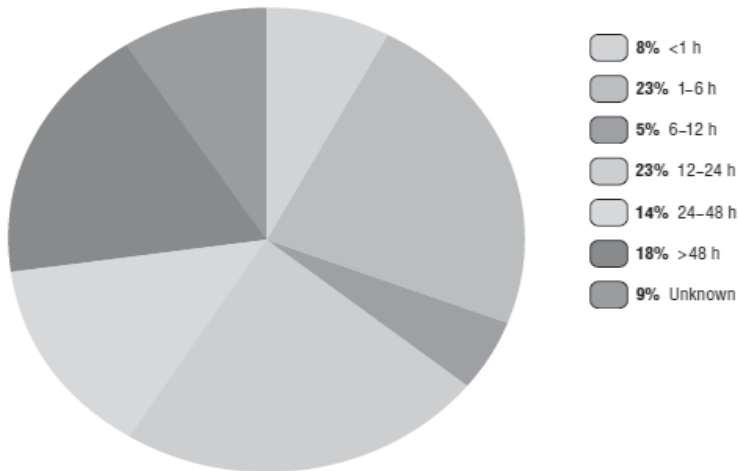
Στην πράξη, παρά την προτροπή των επαγγελματιών ενώσεων των ιατρών να μην προχωρήσουν σε υπογραφή των συμβάσεων CAPI, το ένα τρίτο του συνόλου των γενικών ιατρών συμβλήθηκαν με την UNCAM έως και το 2010. Μάλιστα, τα δύο τρίτα των συμβεβλημένων ιατρών, επιτυγχάνοντας ποσοστό 45% των στόχων, λαμβάνουν αποζημίωση κατά μέσο όρο 3.100 ευρώ ετησίως, ποσό που αντιστοιχεί σε πρόσθετο 5% του ετήσιου εισοδήματός τους. Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη το υψηλό ποσοστό συμβεβλημένων ιατρών σε συνδυασμό με την αρκετά πρόσφατη ισχύ των συμβάσεων αυτών, μπορεί να θεωρηθεί ότι η επίδρασή τους στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υπήρξε έως σήμερα θετική.

Πάντως, αξιοσημείωτη είναι η οξεία αντίθεση των ενδιαφερομένων μερών στην προτεινόμενη από τις CAPI φιλοσοφία, αντίθεση που ποικίλει σε ένταση και επιχειρηματολογία ανάλογα με το φορέα. Όλες οι ενώσεις των ιατρών και ειδικότερα η Ομοσπονδία των Ιατρικών Συλλόγων, ο σύλλογος των γενικών ιατρών (MG France), το Εθνικό Συμβούλιο της Ομοσπονδίας των ιατρών (CNOM) και η βιομηχανία φαρμάκων έχουν τεθεί κατά των CAPI. Η επιχειρηματολογία αυτών αφορά κατ' αρχάς στην ατομικιστική οπτική των συμβάσεων αυτών, που εξασθενούν τη συλλογική από πλευράς ιατρών διαπραγμάτευση και συμφωνία (Ομοσπονδία). Διατυπώθηκε επίσης η άποψη ότι οι CAPI ευνοούν την επιλογή των ασθενών από τους ιατρούς (risk selection), αποτρέπουν τους ιατρούς να απασχοληθούν σε «ευαίσθητες» (χαμηλού εισοδηματικού δείκτη με χειρότερα αποτελέσματα στον τομέα υγείας) περιοχές καθώς και ότι η εφαρμογή τους είναι ασύμφορη, εφόσον απαιτεί υψηλά διοικητικά κόστη συγκριτικά με τα αναμενόμενα οφέλη (MG France). Επίσης, υποστηρίχθηκε ότι οι CAPI ελέγχουν την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος ή την ελευθερία της συνταγογράφησης (CSMF), καθώς και ότι αντιτίθενται στον ιατρικό κώδικα δεοντολογίας (CNOM). Εντούτοις, τα επιχειρήματα αυτά αποδείχθηκε ότι δεν είχαν αντίκτυπο στις αποφάσεις των ιατρών (Chevreul et al., 2010).

Μέγεθος που αντικατοπτρίζει μερικώς την ποιότητα διανομής των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ο χρόνος που μεσολαβεί ανάμεσα στην «κράτηση» και την πραγματοποίηση της επίσκεψης στον ιατρό. Σχετική έρευνα που έχει διεξαχθεί το 2004 στη Γαλλία έχει δείξει ότι υπάρχουν

σημαντικές διαφορές στο χρόνο αναμονής για επίσκεψη σε γενικό ιατρό (διάμεσος 24 ώρες) και τον αντίστοιχο για επίσκεψη σε ειδικευμένο ιατρό (διάμεσος 25 μέρες). Η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή σχετικά με το χρόνο αναμονής για επίσκεψη σε γενικό ιατρό και μόνο το 11% θα επιθυμούσε ένα χαμηλότερο χρόνο (Διάγραμμα 3.2.5). Δυστυχώς, ανάλογα δεδομένα για τους χρόνους αναμονής για εντατική φροντίδα, σχεδιασμένα χειρουργεία και στους χώρους αναμονής των ιατρικών δεν είναι διαθέσιμα.

Διάγραμμα 3.2.5: Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε γενικό ιατρό



Πηγή: Chevreur et al., 2010

Σε επίπεδο ελέγχου, κατά την εφαρμογή των συμβάσεων με τους επαγγελματίες υγείας, η UNCAM παρακολουθεί την απόδοση και παρέχει πληροφορίες στους συμβεβλημένους ιατρούς. Ο έλεγχος ασκείται μέσω εκπροσώπου της UNCAM που επισκέπτεται τρεις φορές ετησίως κάθε συμβεβλημένο ιατρό, του ανακοινώνει τα αποτελέσματά της αξιολόγησής του, ενώ του παρέχει πρακτική βοήθεια ώστε να τηρεί τις κατευθυντήριες οδηγίες. Μάλιστα, δίνεται η δυνατότητα στους ιατρούς - ατομικά ο καθένας - να παρακολουθούν και να ελέγχουν την πρόδοό τους στην επίτευξη στόχων μέσω διαδικτύου. Παράλληλα, η UNCAM εκδίδει για τους ιατρούς ενημερωτικά φυλλάδια που παρέχουν πληροφορίες για ειδικές κατηγορίες ασθενών (διαβητικοί, κ.λπ.) και άλλα ιατρικά θέματα (ιατρογενής κίνδυνος από τη λήψη πολλαπλών φαρμάκων, κ.λπ.), με σκοπό την ενθάρρυνση του σεβασμού των κατευθυντηρίων οδηγιών. Επίσης, από τα τέλη του 2010 προβλέπεται η επίσκεψη εκπροσώπων της UNCAM σε μη συμβεβλημένους ιατρούς, με σκοπό να πειστούν να συμβληθούν.

Παράλληλα, υπάρχει η πρόθεση για υιοθέτηση συμβάσεων τύπου CAPI και με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως τους ειδικευμένους ιατρούς. Μέσω των συμβάσεων αυτών θα επιτευχθούν όχι μόνο στόχοι παρόμοιοι με αυτούς των γενικών ιατρών, αλλά και υψηλότερος βαθμός ελέγχου στους παρόχους (Or, 2010).

Το Γαλλικό σύστημα υγείας τα τελευταία έτη βρίσκεται σε μια γενικότερη τροχιά συγκράτησης των δαπανών για την υγεία (cost-containment), που λαμβάνει της ακόλουθες μορφές (Franc and Polton, 2006):

- Περιοδική αύξηση στη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος για τη φαρμακευτική περίθαλψη (εισαγωγή αρνητικής λίστας φαρμάκων τα οποία δεν υπόκεινται σε αποζημίωση από τα ασφαλιστικά ταμεία).
- Εφαρμογή νοσηλίου για τη νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Μείωση κατά 30% των εισακτέων φοιτητών σε ιατρικές σχολές μέσα σε 8 χρόνια (1980-1988).
- Δημιουργία τεχνολογικού ινστιτούτου ερευνών υγείας (1989).
- Λήψη μέτρων προληπτικής ιατρικής για συγκεκριμένες περιοχές.
- Περιορισμός αποζημιώσεων για εργαστηριακές εξετάσεις και εγχειρήσεις που γίνονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Αναθεωρήσεις συμβάσεων με ιδιώτες επαγγελματίες υγείας, προμηθευτές έκτακτης περίθαλψης, κ.λπ.

3.2.10 Συμπέρασμα και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ

Η συγκριτική αξιολόγηση των δύο οργανισμών (γαλλικού και ελληνικού) καταλήγει στα εξής συμπεράσματα:

- I. Η διάρθρωση και οι ιδρυτικοί στόχοι των δυο οργανισμών έχουν σημαντικές ομοιότητες, καθώς προέρχονται από την ενοποίηση των βασικότερων από τα υφιστάμενα ασφαλιστικά ταμεία στη χώρα του καθενός.
- II. Σε επίπεδο διαπραγματευτικής δύναμης υπάρχουν εξίσου ομοιότητες μεταξύ των δυο οργανισμών, μιας και δραστηριοποιούνται σε μονοπωνιακές αγορές υπό την επίβλεψη του Κράτους. Στη Γαλλία, το βασικό ασφαλιστικό πακέτο προσδιορίζεται από τις συλλογικές διαπραγματεύσεις της UNCAM με τους παρόχους, υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας. Το εύρος υπηρεσιών του πακέτου περιλαμβάνει βασική πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη και πλήρη ασφαλιστική κάλυψη σε μακροχρόνιες ασθένειες.

III. Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ στη Γαλλία πραγματοποιείται από τις υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών με επιπλέον συμμετοχή των ασθενών στο κόστος (co-payments). Οι πάροχοι που συνδέονται συμβολαιακά με την UNCAM, οργανώνονται σε συλλογικό και τοπικό επίπεδο, συμμετέχοντας στις ετήσιες διαπραγματεύσεις για τον προσδιορισμό των όρων των συμβάσεων. Σε επίπεδο αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ συναντώνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο οργανισμών:

- ♦ α. Η κατά πράξη αποζημίωση για τους αυτοαπασχολούμενους ιατρούς εφαρμόζεται τόσο στον ΕΟΠΥΥ όσο και στην UNCAM. Ωστόσο, ο ΕΟΠΥΥ δε διαθέτει κωδικοποιημένες και κοστολογημένες / τιμολογημένες ιατρικές πράξεις. Συνεπώς, προτείνεται άμεση δραστηριοποίηση προς αυτή την κατεύθυνση.
- ♦ β. Οι μισθωτοί του συστήματος αντιμετωπίζονται από άποψη αμοιβής με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή αμείβονται με μισθό.
- ♦ γ. Η UNCAM πειραματίζεται σε νέες μεθόδους, όπως η κατά κεφαλή αποζημίωση, εγχείρημα που απέτυχε να ολοκληρώσει ο ΕΟΠΥΥ κατά τη σύστασή του.
- ♦ δ. Η UNCAM παρέχει κίνητρα επιπρόσθετης αμοιβής στους γενικούς ιατρούς που συγκλίνουν με τους στόχους του συστήματος υγείας της Γαλλίας (ποιότητα, αποδοτικότητα, κ.λπ.). Οι επονομαζόμενες συμβάσεις CAPI είναι μια βασική πρωτοβουλία για τον περιορισμό του κόστους και την προαγωγή της ποιότητας στην ΠΦΥ. Παρόμοια πολιτική δεν έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα από τον ΕΟΠΥΥ και θα μπορούσε να εφαρμοστεί πιλοτικά και συμπληρωματικά στο κυρίως σύστημα αποζημίωσης.

Για περαιτέρω συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των δυο οργανισμών απαιτούνται πρόσθετα στατιστικά στοιχεία. Συμπληρωματικά στην παρούσα έρευνα θα μπορούσαν να αξιολογηθούν από τον ΕΟΠΥΥ έξι (6) υφιστάμενα αρχεία της UNCAM:

- Αρχείο 1: Λίστα θετικών προϊόντων και υπηρεσιών (LPP) και ετήσιες ποσότητες ανά κωδικό για τα έτη 2006-2011.
- Αρχείο 2: Λίστα συμβεβλημένων και μη ιατρών ανά περιοχή και ειδικότητα έτους 2010.
- Αρχείο 3: Αριθμός ιατρικών πράξεων ανά περιοχή και ειδικότητα ιατρού έτους 2010.
- Αρχείο 4: Σύνολο αμοιβών επαγγελματιών υγείας ανά περιοχή και ειδικότητα έτους 2010.

- Αρχείο 5: Γενική ονοματολογία των ιατρικών πράξεων (nomenclature générale des actes professionnels – NGAP).
- Αρχείο 6: Κοινή ταξινόμηση των ιατρικών πράξεων (classification commune des actes médicaux – CCAM).

3.2.11 Βιβλιογραφία

- Allin S., Mossialos E., McKee M. and Holland W. (2004), *Making decisions on public health: A review of eight countries*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Denmark.
- Bellanger M., Cherilova V. and Paris V. (2005), The “Health Benefit Basket” in France. *European Journal of Health Economics*, 6 (suppl. 1), pp. 24-29.
- Borgetto M. (2008), *La représentativité des syndicats en droits de l'assurance maladie*. Sève: Les Tribunes de la Santé, 18, pp. 39-45.
- Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C. and Mladovsky P. (2010), France: Health system review. *Health Systems in Transition* (World Health Organization), 12(6), pp. 1-291.
- Docteur E. and Oxley H. (2003), Health-care systems: lessons from the reform experience. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (Health working paper 9), available at <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>.
- Franc C. and Polton D. (2006), New governance arrangements for French health insurance. *Eurohealth*, 12, pp. 27-29.
- Mousquès J. (2005), *Common classification of medical procedures*. Health Policy Monitor.
- Or Z. (2010), P4P for generalists: first results (France). Health Policy Monitor, available at <http://www.hpm.org/>
- Thomson S., Foubister T. and Mossialos E. (2009), *Financing Health Care in the European Union, Challenges and policy responses*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Denmark.
- UNCAM - www.ameli.fr

3.3 Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας στη Γερμανία: Μελέτη περίπτωσης περιφερειακού ταμείου υγείας ΑΟΚ

3.3.1 Περίληψη

Το Γερμανικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα δημόσιο σύστημα υγείας με τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, αλλά και με αρκετούς βαθμούς ελευθερίας, γι' αυτό και περισσότερο προσεγγίζει το φιλελεύθερο μοντέλο. Είναι το τρίτο ακριβότερο σύστημα υγείας στον κόσμο, παρά το ότι διαχρονικά έχει ενσωματώσει και χρησιμοποιήσει μηχανισμούς, κίνητρα και εργαλεία για να ελέγξει το κόστος και να αυξήσει την αποδοτικότητα των πόρων. Το έτος 2009, στο ασφαλιστικό σύστημα υγείας της Γερμανίας πραγματοποιήθηκε μια σημαντική μεταρρύθμιση χρηματοδότησης. Συγκεκριμένα, ένας ενιαίος συντελεστής εισφοράς καθορίστηκε από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Παρόλο που υπάρχει γενική υποχρέωση ασφάλισης, οι εργαζόμενοι που βρίσκονται πάνω από το όριο ετήσιων αποδοχών που εκάστοτε ορίζεται, μπορούν να υπαχθούν σε ιδιωτική ασφάλιση. Τα ταμεία υγείας διατηρούν, πλέον, μόνο περιορισμένη αυτονομία επιβολής επιπλέον ασφαλιστρών, ενώ μια γενναία κρατική επιχορήγηση από τα γενικά έσοδα έχει αποφασιστεί.

Οι στόχοι αυτής της χρηματοδοτικής μεταρρύθμισης ήταν: (1) η ενίσχυση του ανταγωνισμού, (2) ο ανταγωνισμός ως προς την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, και (3) η αύξηση της οικονομικής βιωσιμότητας των ταμείων υγείας. Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων φαίνεται, από τη μία πλευρά, ότι η μεταρρύθμιση έδειξε ένα υψηλό επίπεδο ευελιξίας στην αντιμετώπιση της ύφεσης του 2009. Ενώ, από την άλλη πλευρά, οι πληρωμές στα ασφαλιστικά ταμεία βασίζονταν σε προβλέψεις, οι οποίες έχουν περιορισμένη ακρίβεια με σημαντική επίδραση στη χρηματοδότηση του συστήματος.

Στον τομέα της παροχής και χρηματοδότησης της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, που μας ενδιαφέρει για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, υπάρχουν πολλές και ενδιαφέρουσες προσεγγίσεις μέσα από τη χρήση πολύπλοκων εργαλείων και πρακτικών για τον περιορισμό του κόστους. Σε κάθε περίπτωση ο τρόπος αμοιβής των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί αντικείμενο μελέτης και σημείο αναφοράς για τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας σε πολλές χώρες. Γι' αυτό και κρίθηκε επιβεβλημένο στο πλαίσιο και την πορεία αυτής της μελέτης να παρουσιαστεί αναλυτικότερα το σύστημα αμοιβών, το πλέγμα των κινήτρων και αντικινήτρων και όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιού-

νται για τον έλεγχο του κόστους στο περιφερειακό ταμείο υγείας, ΑΟΚ. Απώτερος σκοπός είναι η σύγκριση του Ταμείου υγείας ΑΟΚ με τον ΕΟΠΥΥ, τον αντίστοιχο οργανισμό ασφάλισης στην Ελλάδα, αναφορικά με τη λειτουργία τους γύρω από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

Στις υποενότητες που ακολουθούν αναπτύσσονται με την αναγραφόμενη σειρά ζητήματα, όπως η οργάνωση του περιφερειακού ταμείου υγείας ΑΟΚ στη Γερμανία, η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, η οργάνωση της ΠΦΥ, η χρηματοδότηση του Γερμανικού συστήματος υγείας αλλά και του ασφαλιστικού οργανισμού, ειδικότερα. Στο τέλος της αναφοράς πραγματοποιείται συγκριτική ανάλυση μεταξύ ΑΟΚ και ΕΟΠΥΥ και αναπτύσσονται προτάσεις για τη βελτίωση λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

3.3.2 Εισαγωγή

Το Γερμανικό μοντέλο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, γνωστό ως μοντέλο Bismarck, βασίζεται στις ασφαλιστικές εισφορές που υπολογίζονται επί του εισοδήματος του ασφαλισμένου, ενώ η διαχείριση της υγείας γίνεται από αυτόνομα, αυτοδιοικούμενα ταμεία υγείας (Gerlinger et al, 2009; Thomson, 2011). Μέχρι πρόσφατα στη Γερμανία, κάθε ταμείο υγείας θεσμοθετούσε το δικό του ποσοστό εισφοράς. Αρχικά, το δικαίωμα της κοινωνικής ασφάλισης συνδέθηκε με την απασχόληση, με αποτέλεσμα να μην υπήρχε καθολική κάλυψη. Σταδιακά, η Γερμανία επέκτεινε την ασφάλιση, αλλά και πάλι ένα μέρος του πληθυσμού παρέμενε ανασφάλιστο. Η πραγματική πρόκληση, ωστόσο, ήταν οικονομική. Η χρηματοδότηση που βασίζεται στις εισφορές επί ενός ορίου μισθού αποτελεί πολύ περιορισμένη βάση για να καλύψει πλήρως το σύνολο του πληθυσμού, ενώ ανησυχίες προκαλούσαν η ανταγωνιστικότητα της παγκόσμιας οικονομίας αλλά και τα αυξημένα ποσοστά ανεργίας που πιέζουν προς τα κάτω τις ασφαλιστικές εισφορές. Σήμερα, το Γερμανικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις, ενώ από το 2009 βρίσκεται σε μια δυναμική πορεία μεγάλων δομικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων, αναφορικά με τον τρόπο χρηματοδότησης. Τελικά, αποφασίστηκε να διευρυνθεί η βάση των εσόδων μέσω κρατικής επιχορήγησης από τα γενικά έσοδα και να συσταθεί ένα κεντρικό ταμείο υγείας (Central Health Fund). Μετά τη σύσταση του εθνικού ταμείου υγείας, η κυβέρνηση έχει επιβάλει ένα ενιαίο ελάχιστο ασφαλιστρο υγείας, το οποίο συναθροίζεται στο εθνικό ταμείο υγείας, το οποίο στη συνέχεια κάνει την κατανομή στα ταμεία υγείας στη βάση συγκεκριμένης φόρμουλας, ενώ εκείνα διατηρούν μόνο μια περιορισμένη δυνατότητα να επιβάλλουν επιπλέον ασφαλιστρο.

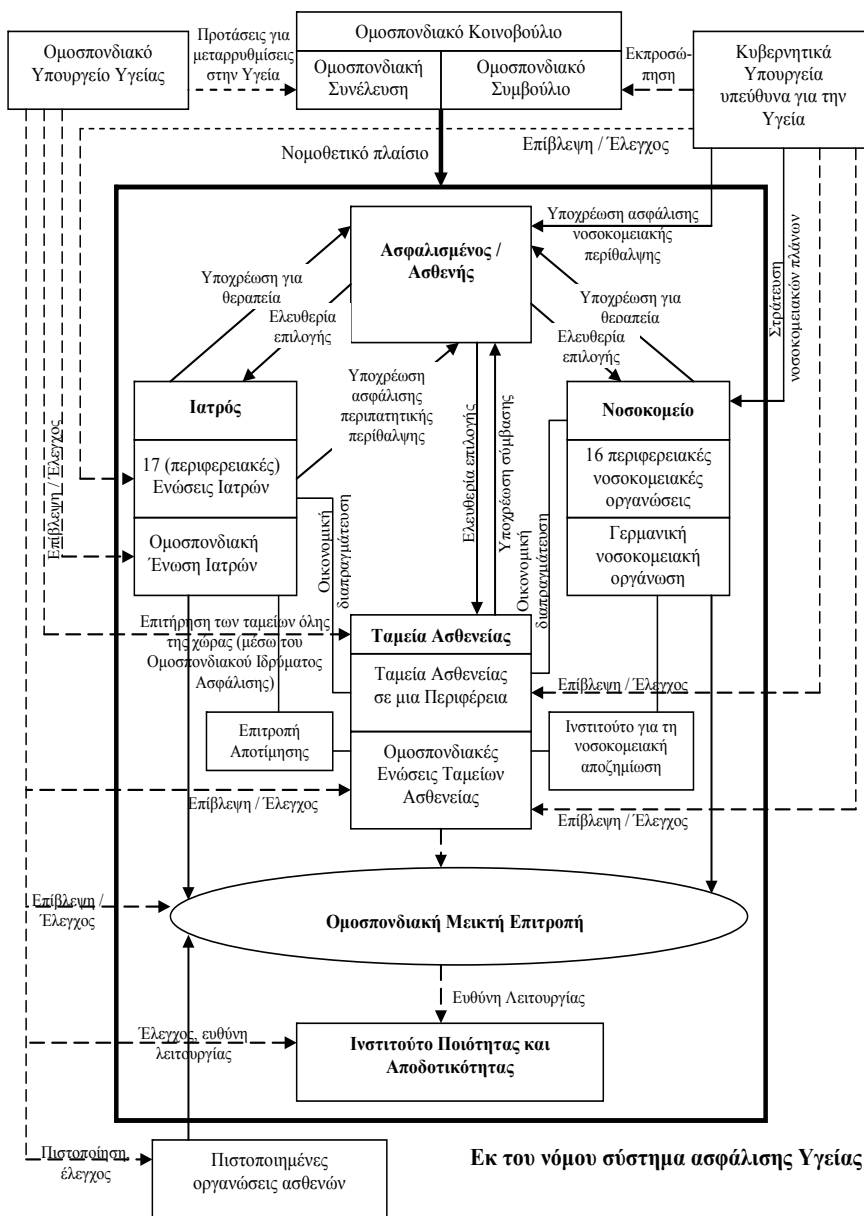
Αυτές οι αλλαγές είναι πιθανώς οι πιο θεμελιώδεις αλλαγές στις ρυθμίσεις του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας μετά την καθιέρωση της ελεύθερης επιλογής του ταμείου υγείας, το 1996 (Gerlinger, 2010). Από τότε, αυτό το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εξελίσσεται προς ένα πλαίσιο ελεγχόμενου ανταγωνισμού (Enthoven, 1993), ένα πλαίσιο όπου ο ανταγωνισμός είναι ένα μέσο για την επίτευξη των στόχων της πολιτικής υγείας, της ίσης πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας των ταμείων υγείας. Οι χαμηλά αμειβόμενοι πολίτες έχουν ελεύθερη επιλογή του ταμείου υγείας, το οποίο προσφέρει ένα πακέτο παροχών και ενεργεί ως διαπραγματευτής προς τους προμηθευτές φροντίδας υγείας, εκ μέρους των ασφαλισμένων. Ο ανταγωνισμός βέβαια, των ασφαλιστικών ταμείων ρυθμίζεται ώστε να προλαμβάνει τυχόν αδυναμία της αγοράς αλλά και να διασφαλίζει την επίτευξη των στόχων της πολιτικής υγείας. Από τον Ιανουάριο του 2009, όλοι οι πολίτες της Γερμανίας είναι υποχρεωμένοι να έχουν ασφάλιση είτε μέσω των ταμείων υγείας-ασφαλιστικών οργανισμών, είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης. Παρόλα αυτά, περίπου 200.000 πολίτες παραμένουν ανασφάλιστοι (Lisac et al, 2010).

Οι βασικοί πολιτικοί στόχοι της μεταρρύθμισης του 2009, ήταν (Knieps et al, 2007; Henke, 2007; Richter, 2007; Wörz et al, 2005; Pfohl, 2007):

- ♦ ενίσχυση του ανταγωνισμού των ταμείων υγείας με τη μετάβαση από τις διαφορές των εισφορών βάσει του ποσοστού συμμετοχής, στη βάση ενός ενιαίου ασφαλιστρού.
- ♦ ανταγωνισμός ως προς την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους προς τους ασφαλισμένους: μειώνοντας τις επιλογές τους στην αύξηση των εσόδων, με στόχο τα ταμεία να επικεντρώνονται στον έλεγχο των δαπανών και στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ♦ αύξηση της οικονομικής τους βιωσιμότητας διευρύνοντας τη βάση των εσόδων: τα ταμεία υγείας χρηματοδοτούνται όλο και περισσότερο από τα γενικά έσοδα αντί της μισθοδοσίας. Οι εργοδότες απαλλάσσονται από τον κίνδυνο μελλοντικών αυξήσεων των δαπανών ασθένειας, δεδομένου ότι αυτές θα καλύπτονται από υψηλότερα συμπληρωματικά ασφαλιστρα, αντί της αύξησης του ποσοστού της εισφοράς τους.
- ♦ τέλος, η αύξηση της διαφάνειας των χρηματοοικονομικών ροών στα ταμεία υγείας.

Στο διάγραμμα 3.3.1 απεικονίζεται η οργανωτική δομή του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας.

Διάγραμμα 3.3.1: Η οργανωτική δομή του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας



3.3.3 Οργάνωση του Περιφερειακού ταμείου υγείας AOK Berlin - Die Gesundheitskasse

Τα ταμεία υποχρεωτικής ασφάλισης είναι τα ακόλουθα:

1. Περιφερειακά ταμεία υγείας: Υπάρχουν 14 περιφερειακά γραφεία υπό τον έλεγχο του ΑΟΚ
2. Ταμεία υγείας των σωματείων-επιτηδευματιών
3. Ταμεία υγείας επιχειρήσεων
4. Οργανισμοί γεωργικών ασφαλίσεων
5. Επικουρικά ταμεία εργαζομένων
6. Επικουρικά ταμεία εργατών
7. Ταμεία εργατών ορυχείων-σιδηροδρομικών-ναυτικών.

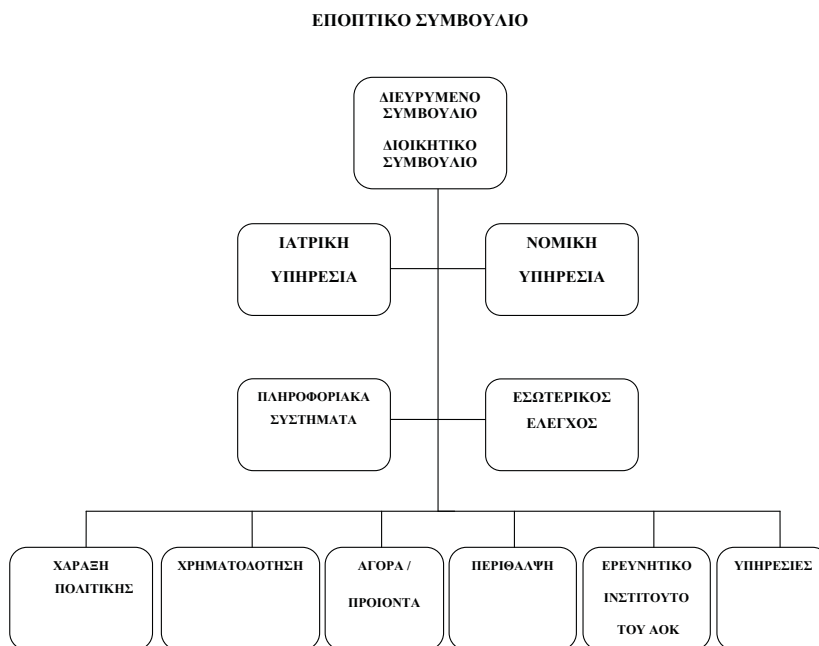
Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται μια συνοπτική αποτύπωση της οργάνωσης και λειτουργίας του μεγαλύτερου Περιφερειακού Ταμείου ασφάλισης υγείας, ΑΟΚ. Ο ΑΟΚ ως φορέας, λειτουργεί περισσότερο από 125 χρόνια, ενώ αποτελεί το μεγαλύτερο οργανισμό, από τους περίπου 180 ασφαλιστικούς οργανισμούς της Γερμανίας, κατέχοντας το 34%, από 292 που υπήρχαν το 2004.

Ο αριθμός των ταμείων υγείας από 206 που ήταν στο τέλος του 2008 μειώθηκε σε 136 ταμεία το 2012 (Müller et al, 2010). Τα τελευταία χρόνια, συνεπώς, ο αριθμός των ταμείων υγείας μειώνεται συνεχώς, από 1200 ταμεία που ήταν το 1992, αν και το κίνητρο συγχώνευσης διαφοροποιείται διαχρονικά, με αποτέλεσμα σήμερα να αποτελεί ως κυριότερο η αποφυγή επιβολής επιπλέον ασφαλιστρών. Μέχρι τον Οκτώβριο του 2012 όλα τα ταμεία υγείας, εκτός από ένα, είχαν συγχωνευθεί με κάποιο άλλο, ή είχαν κλείσει. Σε περίπτωση που κλείσει ένα ασφαλιστικό ταμείο, αυτό δεν αποτελεί πρόβλημα για τους ασφαλισμένους, αφού αυτοί μπορούν να εγγραφούν σε άλλα ταμεία υγείας, τα οποία υποχρεωτικώς τους αποδέχονται.

Η Γερμανική κυβέρνηση διασφαλίζει το ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας των αυτοδιοικούμενων Ταμείων υγείας και των ενώσεων των προμηθευτών γιατρών. Το ανώτατο και πιο σημαντικό όργανο για την οργάνωση και λειτουργία, αλλά και για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των πόρων και τη συμμόρφωση με τους κανονισμούς είναι η Ομοσπονδιακή Μεικτή Επιτροπή (Federal Joint Committee), στην οποία συμμετέχουν τα ταμεία υγείας, οι γιατροί και τα νοσοκομεία. Το ταμείο υγείας διαπραγματεύεται με τους παρόχους φροντίδας υγείας, τις φαρμακευτικές εταιρείες αλλά και τους επιστημονικούς ιατρικούς συλλόγους, με στόχο να συνάπτει επικερδείς συμβάσεις για τους ασφαλισμένους τους.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη σε όλες τις ειδικότητες παρέχεται κυρίως από γιατρούς που εργάζονται κατά μόνες (solo practices), αν και από το 2004 επιτρέπεται η λειτουργία δομών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υπό τη μορφή πολυκλινικών και με μισθωτούς γιατρούς. Για την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι ασφαλισμένοι διαθέτουν ηλεκτρονική κάρτα υγείας που τους επιτρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση σε όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες, χωρίς να απαιτείται να πληρώνουν άμεσα. Από το 2004, το ταμείο υγείας προσέφερε στους ασφαλισμένους τη δυνατότητα επιλογής του δικού τους οικογενειακού ιατρού, μέσω του οποίου είχαν κάποιο bonus, εφόσον το χρησιμοποιούσαν ως την πρώτη είσοδο στο σύστημα υγείας. Επιπρόσθετα, το εν λόγω ταμείο υγείας δίνει μεγάλη έμφαση στη δημιουργία προγραμμάτων διαχείρισης ασθένειας, ήδη από το 2002 για χρόνιους ασθενείς, με στόχο να προσφέρουν υπηρεσίες σε χρονίως πάσχοντες ασφαλισμένους. Τέτοια προγράμματα υπάρχουν για το Διαβήτη τύπου I & II, για καρκίνο του μαστού, για ασθενείς με στεφανιαία νόσο, άσθμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Οι συμμετέχοντες σε προγράμματα διαχείρισης ασθένειας ασφαλισμένοι, έχουν υψηλότερο συντελεστή κινδύνου και υπολογίζονται ξεχωριστά για την κατανομή των πόρων από το εθνικό ταμείο υγείας, αφού τα επιμέρους ταμεία υγείας λαμβάνουν γι' αυτούς τους ασφαλισμένους υψηλότερη κατά κεφαλή αμοιβή σε σύγκριση με τους άλλους ασφαλισμένους. Κάθε ταμείο υγείας με υψηλό ποσοστό ασφαλισμένων σε προγράμματα διαχείρισης της ασθένειας, λαμβάνει και μεγαλύτερη χρηματοδότηση.

Αναφορικά με τις συνολικές δαπάνες υγείας που κατέβαλε το ταμείο υγείας ΑΟΚ, για το έτος 2009, αυτές ανέρχονται σε: 64,3 δις ευρώ, ενώ ανά κατηγορία επιμερίζονται σε: Νοσοκομεία: 22.287 δις ευρώ, Ιατροί: 10.151 δις ευρώ, Οδοντιατρική περίθαλψη: 3.357 δις ευρώ και Φαρμακευτική δαπάνη: 11.729 δις ευρώ. Η μέση δαπάνη ανά ασφαλισμένο ανέρχόταν, για το έτος 2009 σε 3.485 ευρώ. Στο διάγραμμα 3.3.2 απεικονίζεται η οργανωτική δομή του ταμείου υγείας ΑΟΚ.

Διάγραμμα 3.3.2: Το οργανόγραμμα του ταμείου υγείας ΑΟΚ

Πηγή: www.aok-bv.de

3.3.4 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ

Το ταμείο υγείας - ΑΟΚ παρέχει ιατρική κάλυψη σε περίπου 24 εκατομμύρια ασφαλισμένα μέλη του - σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού της Γερμανίας, ενώ καλύπτει και τα μέλη της οικογένειας του ασφαλισμένου, υπό προϋποθέσεις, ενώ τα μέλη της οικογένειας ασφαλιζονται με απαλλαγή από την εισφορά. Οι παροχές είναι κατά κανόνα ίδιες για όλους αλλά υπάρχει δυνατότητα επιλογής κατηγορίας, ενώ το δικαίωμα των παροχών είναι ανεξάρτητο από το ύψος της εισφοράς. Η επιλογή των παρόχων-νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα- είναι ελεύθερη, εντός της περιφέρειας αλλά και των συμβεβλημένων, αρκεί να είναι πιστοποιημένοι από τον περιφερειακό ιατρικό σύλλογο. Στον Πίνακα 3.3.1 παρουσιάζονται τα πιο πρόσφατα στοιχεία του καλυπτόμενου πληθυσμού του ΑΟΚ με κριτήρια ηλικιακά και φύλου.

Επιπρόσθετα δημογραφικά στοιχεία του καλυπτόμενου πληθυσμού παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.3.2.

Πίνακας 3.3.1: Καλυπτόμενος πληθυσμός ΑΟΚ (2012)

Μέλη και μέλη οικογενειών		Υποχρεωτικά μέλη			Εθελοντικά μέλη			Συναξίουχοι			Σύνολο		
		Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ηλικία													
≤15	214.410	204.485	418.895	30.610	28.847	59.457	4.907	4.595	9.502	249.927	237.927	487.854	
15-20	92.101	86.664	178.765	13.788	13.729	27.517	4.370	4.576	8.946	110.259	104.969	215.228	
20-25	113.323	112.291	225.614	7.229	7.650	14.879	3.034	3.245	6.279	123.586	123.186	246.772	
25-30	107.425	108.305	215.730	5.617	4.887	10.504	1.045	901	1.946	114.087	114.093	228.180	
30-35	92.411	99.430	191.841	9.905	7.851	17.756	591	773	1.364	102.907	108.054	210.961	
35-40	83.136	94.256	177.392	11.400	8.623	20.023	975	1.376	2.351	95.511	104.255	199.766	
40-45	99.975	114.063	214.038	16.485	12.198	28.683	2.054	2.976	5.030	118.514	129.237	247.751	
45-50	117.397	131.295	248.692	22.393	14.633	37.026	3.955	5.774	9.729	143.745	151.702	295.447	
50-55	108.554	124.490	233.044	22.244	13.830	36.074	6.036	9.992	16.028	136.834	148.312	285.146	
55-60	88.748	100.219	188.967	18.658	10.907	29.565	9.188	18.938	28.126	116.594	130.064	246.658	
60-65	61.418	54.615	116.033	12.070	6.887	18.957	31.157	57.771	88.928	104.645	119.273	223.918	
65-70	6.972	4.531	11.503	6.763	3.880	10.643	68.059	85.006	153.065	81.794	93.417	175.211	
70-75	2.859	1.355	4.214	5.779	3.782	9.561	94.435	124.882	219.317	103.073	130.019	233.092	
75-80	1.041	648	1.689	3.646	3.047	6.693	78.485	113.935	192.420	83.172	117.630	200.802	
80-85	353	266	619	1.850	1.655	3.505	48.730	87.051	135.781	50.933	88.972	139.905	
85-90	113	135	248	714	1.108	1.822	20.429	56.319	76.748	21.256	57.562	78.818	
≥90	21	45	66	338	808	1.146	7.041	31.153	38.194	7.400	32.006	39.406	
Σύν.	1.190.257	1.237.093	2.427.350	189.489	144.322	333.811	384.491	609.263	993.754	1.764.237	1.990.678	3.754.915	

Πηγή: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM6_2012_121120.xls

Πίνακας 3.3.2: Δημογραφικά στοιχεία ασφαλισμένων ΑΟΚ (1885-2003)

	1885	1913	1925	1938	1950	1960	1987	1997	2003
Υποχρεωτικά ταμεία υγείας									
Αριθμός ταμείων	18.776	21.342	7.777	4.625	1.992	2.028	1.182	476	319
Συνεισφέροντα μέλη ανά ταμείο	229	636	2.345	4.832	10.141	13.383	30.917	91.782	159.780
Συμμετοχή									
Ασφαλισμένοι ως % του πληθυσμού	10	35	51	-	-	83	88	88	88
Συνεισφέροντα μέλη ως % του πληθυσμού	9	20	29	34	40	49	60	61	62
Υποχρεωτικά μέλη (εργαζόμενοι) ως % του πληθυσμού	22	44	57	66	62	67	76	78	76
Εισφορές									
Εισφορές ως % του εισοδήματος	2	3	6	-	6	8,4	12,6	13,5	14,3
Ανάτατο εισόδημα για υποχρεωτική ασφάλιση	3,1	2,1	1,6	1,9	1,5	1,3	1,1	1,3	1,6
Αναλογία εισοφρών εργαζομένων / εργοδοτών	2:1	2:1	2:1	2:1	2:1	1:1	1:1	1:1	1:1
Δαπάνες για υποχρεωτική ασφάλιση υγείας									
Ως % του ΑΕΠ	0,2	0,7	1,7	1,9	2,6	3,2	6,2	6,4	6,8
Αναλογία νομισματικών / ωφελειών υπηρεσιών	1,7:1	-	1:1	-	-	1:4	1:8	1:12	1:12

3.3.5 Οργάνωση της ΠΦΥ και ο τρόπος διαμόρφωσης των σχέσεων με τους παρόχους

Στη Γερμανία η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από συμβεβλημένους οικογενειακούς ιατρούς, οδοντίατρους και νοσηλευτικό προσωπικό (συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών και των φυσικοθεραπευτών), που εργάζονται κυρίως στα ατομικά τους ιατρεία και λιγότερο σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας ως μισθωτοί. Οι οικογενειακοί ιατροί περιθάλπουν τους ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία, αποφασίζουν για τη νοσηλεία και συμβουλεύουν στην επιλογή του νοσοκομείου. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτουν ολόκληρο το βασικό πακέτο της ΠΦΥ. Τυπικά, οι νοσοκομειακοί γιατροί δεν έχουν το δικαίωμα να βλέπουν ασθενείς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αν και προβλέπονται εξαιρέσεις σε εκείνες τις περιπτώσεις που η αναγκαία φροντίδα δεν μπορεί να προσφερθεί από άλλο γιατρό της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Η κλειστή νοσηλεία πληρώνεται στα νοσοκομεία μέσω των DRGs για κάθε εισαγωγή, και μέχρι πρόσφατα υπήρχαν περίπου 1.100 κατηγορίες DRGs. Το σύστημα των DRGs εισήχθη το 2004 και αναπροσαρμόζεται ετησίως, λαμβάνοντας υπόψη τις νέες τεχνολογίες, τα νέα θεραπευτικά σχήματα και μεθόδους και το απαιτούμενο κόστος.

Στη Γερμανία συγκεκριμένα, δραστηριοποιούνται 120.000 ιατροί εκ των οποίων 58.500 οικογενειακοί ιατροί, με μέσο όρο επισκέψεων 17,7 ετησίως (Barmer, 2010), αν και η μέση διάρκεια επίσκεψης δεν υπερβαίνει τα οκτώ λεπτά, ανά επίσκεψη (Barmer, 2010). Επιπρόσθετα, οι οικογενειακοί ιατροί δέχονται περίπου 60 επισκέψεις ημερησίως. Επιπλέον, κατά το έτος 2002 αναλογούσαν 2,3 οικογενειακοί ιατροί για κάθε 1.000 ασφαλισμένους, ένας οδοντίατρος για κάθε 1.298 ασφαλισμένους και ένα φαρμακείο ανά 1.528 ασφαλισμένους. Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνεται η κατανομή των ιατρών ανά ειδικότητα.

Πίνακας 3.3.3: Αριθμός ιατρών και ψυχθεραπευτών ανά ειδικότητα (2010)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Συμμετέχοντες		Συμβεβλημένοι		Συνεργάτες		Μισθωτοί		Εξουσιοδοτημένοι	
	Αριθμός	% μεταβολή από το προηγ. έτος	Αριθμός	% μεταβολή από το προηγ. έτος	Αριθμός	% μεταβολή από το προηγ. έτος	Αριθμός	% μεταβολή από το προηγ. έτος	Αριθμός	% μεταβολή από το προηγ. έτος
Χωρίς ειδικότητα	1.829	-3,6	1.655	-4,1	0	0,0	92	5,7	82	-3,5
Ειδικευόμενοι	5.024	-4,5	4.839	-4,9	8	33,3	158	6,0	19	0,0
Γενική ιατρική	35.262	0,3	33.131	-0,6	133	-8,9	1.955	19,8	43	4,9
Ανασθησιολογία	3.842	0,4	2.837	1,5	28	-20,0	233	14,8	744	-5,9
Εργασιακή ιατρική	3	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Οφθαλμιατρική	5.672	0,9	5.091	-0,2	45	2,3	403	17,2	133	0,8
Βιοχημεία	4	33,3	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Χειρουργική (εκτός ορθοπαιδική & φρονιματολογία)	6.004	0,9	3.966	1,5	57	-14,9	177	23,8	1.804	-1,6
Παιδική και εφηβική ψυχιατρική και ψυχοθεραπεία	878	2,6	783	3,4	0	0,0	55	10,0	40	-18,4
Μικροβιολογία, ιολογία και επίδημιολογία	236	9,8	205	12,0	0	0,0	12	20,0	19	-13,6
Δημόσια υγεία	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Φυσική ιατρική και αποκατάσταση	523	3,6	479	2,	0	0,0	33	32,0	11	-21,4
Γυναικολογία	11.552	0,9	9.755	0,5	156	-7,1	651	15,4	990	-1,8
ΩΡΛ	4.304	0,4	3.896	-0,2	39	-4,9	163	14,0	206	3,0
Δερματολογία (συμπερ. της αφοροδολογία)	3.722	0,6	3.243	-0,3	81	-9,0	279	19,2	119	-4,0
Γενετική	178	4,7	151	4,9	0	0,0	13	30,0	14	-12,5
Υγιεινολογία (Υγιεινή και Περιβαλλοντική Ιατρική)	2	-33,3	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	-100,0
Ανοσολογία	5	0	3	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Εσωτερική ιατρική	23.609	1,2	19.687	0,9	254	-1,6	1.184	19,0	2.484	-3,3

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Συμμετέχοντες		Συμβεβλημένοι		Συνεργάτες		Μισθωτοί		Εξουσιοδοτημένοι	
	Αριθμός	% μεταβολή από προηγ. έτος	Αριθμός	% μεταβολή από προηγ. έτος	Αριθμός	% μεταβολή από προηγ. έτος	Αριθμός	% μεταβολή από προηγ. έτος	Αριθμός	% μεταβολή από προηγ. έτος
Παιδιατρική	7.084	0,0	5.723	-0,1	113	-8,1	412	11,1	836	-2,9
Εργαστηριακή ιατρική	767	2,0	697	2,0	0	0,0	35	6,1	35	-2,8
Στοιχεική και γναθοπροσωπική χειρουργική	1.139	2,9	1.053	2,5	0	0,0	38	15,2	48	2,1
Νευρολογία (Nervenärzte)	2.417	-1,8	2.215	-1,6	11	10,0	49	14,0	142	9,0
Νευροχειρουργική	744	9,3	620	11,7	0	0,0	45	28,6	109	-7,6
Νευρολογία (Neurologen)	1.444	5,8	1.037	6,4	25	8,7	66	26,9	316	0,3
Πυθρινική ιατρική	799	5,7	701	5,6	0	0,0	55	27,9	43	-12,2
Ορθοπαιδική	6.088	2,1	5.247	1,3	148	-6,3	265	16,2	428	7,8
Παθολογία	877	2,9	718	3,0	0	0,0	87	26,1	72	-16,3
Φαρμακολογία	3	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Ψυχιατρική	1.982	0,9	1.744	1,2	30	-6,3	54	14,9	124	-6,1
Ψυχοθεραπευτική	2.574	0,7	2.516	0,5	6	0,0	6	-33,3	46	21,1
Απασχόληση στην ψυχοθεραπεία	2.461	3,8	2.368	4,0	4	-42,9	28	3,7	61	3,4
Ακτινολογία	3.598	1,8	2.534	2,8	72	-1,4	294	5,8	698	-2,8
Ιατροδικαστική	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Ακτινοθεραπευτική	643	12,2	511	12,6	0	0,0	80	37,9	52	-14,8
Ιατρική μεταγύσεων	121	10,0	76	24,6	0	0,0	4	-20,0	41	-6,8
Ουρολογία	3.042	1,3	2.635	0,5	51	-3,8	110	17,0	246	4,2
Λοιπές	7	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,0
Σύνολο ιατρών	138.472	0,8	120.153	0,3	1.261	-5,8	7.036	17,0	10.022	-2,5
Ψυχοθεραπεία	13.801	3,2	13.149	3,4	308	-3,8	211	8,8	133	-2,9
Παιδική και εφηβική ψυχοθεραπεία	3.507	12,8	3.379	15,4	16	-54,3	25	-16,7	87	-26,3
Γενικό σύνολο	155.780	1,2	136.681	0,9	1.585	-6,4	7.272	16,6	10.242	-2,7

Πηγή: <http://www.kbv.de/publikationen/2394.html>

3.3.6 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας / Χρηματοδότηση του ασφαλιστικού οργανισμού

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας αποτελείται από περίπου 200 ασφαλιστικά ταμεία υγείας που ανταγωνίζονται μεταξύ τους. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι αυτόνομα, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ελέγχονται από συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο. Χρηματοδοτούνται από ασφαλιστικές εισφορές υγείας που είναι υποχρεωτικές και υπολογίζονται επί του ετήσιου εισοδήματος μέχρι του ύψους των 43.000 ευρώ ετησίως. Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν την ελευθερία να καθορίζουν τα ασφάλιστρα υγείας ελεύθερα και στο πλαίσιο του ανταγωνισμού. Από το 2009 η κυβέρνηση έχει επιβάλει ένα ενιαίο ελάχιστο ασφάλιστρο υγείας, το οποίο συναθροίζεται σε ένα εθνικό ταμείο υγείας, το οποίο στη συνέχεια κάνει την κατανομή στα ταμεία υγείας. Έτσι για παράδειγμα, τα ταμεία υγείας λαμβάνουν μεγαλύτερη χρηματοδότηση από αυτό το εθνικό ταμείο για ασθενείς με AIDS, καρκίνο ή κυστική ίνωση απ' ό,τι για τους συνήθεις ασφαλισμένους. Βέβαια, από το 2009 και εφεξής, τα ταμεία μπορούν να επιβάλουν στους δικαιούχους τους ένα επιπλέον ασφάλιστρο, εφόσον το ποσό της χρηματοδότησης από το εθνικό ταμείο υγείας δεν επαρκεί.

Το ενιαίο ποσοστό εισφοράς θεσμοθετήθηκε με νόμο το 2011 και ανήλθε στο 15,5% το οποίο επιμερίζεται μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου. Οι εργαζόμενοι πληρώνουν το 8,2% και οι εργοδότες το 7,3% (Gerlinger, 2010). Με αυτό το ποσοστό καλύπτονται στο ταμείο υγείας μέσω του κυρίως ασφαλισμένου μέλους και τυχόν εξαρτώμενα άτομα. Οι άνεργοι συνεισφέρουν αναλογικά για το επίδομα ανεργίας που λαμβάνουν, ενώ για τους μακροχρόνια άνεργους καταβάλλεται από την κυβέρνηση ένα ετήσιο κατά κεφαλή ασφάλιστρο στα ταμεία υγείας.

Παραδοσιακά, τα ταμεία υγείας δε λάμβαναν επιχορήγηση από τα γενικά έσοδα της κυβέρνησης. Από το 2009, αποφασίστηκε κρατική επιχορήγηση των 4 δις ευρώ. Επιπλέον, αυτή η επιχορήγηση θα αυξάνεται ετησίως, κατά 1,5 δις ευρώ μέχρι να φτάσει στα 14 δις ευρώ το 2016. Η επιχορήγηση τεκμηριώθηκε ως αποζημίωση για τις κοινωνικές υπηρεσίες προς τα προστατευόμενα μέλη, ενώ η συνολική δαπάνη των 14 δις ευρώ αντιστοιχεί περίπου με το κόστος των παιδιών και των νέων μέχρι 18 ετών, ενώ η ετήσια αύξηση του 1,5 δις ευρώ αντιστοιχεί με τη διαφορά μεταξύ της αύξησης της δαπάνης και των εσόδων. Έτσι, η κατανομή αυτή των επιχορηγήσεων αναμένεται να εξορθολογήσει το ασφαλιστικό σύστημα και να το μετατρέψει σε οικονομικά βιώσιμο, μέχρι το 2016.

Επιπρόσθετα, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη Γερμανία έχει ρόλο υποκατάστασης της δημόσιας ασφάλισης υγείας (substitutive role), αφού ασφαλίζει τις δύο ομάδες εργαζομένων που αποκλείονται της κοινωνικής ασφάλισης (δημοσίους υπαλλήλους και ελεύθερους επαγγελματίες), αλλά και όσους έχουν υψηλά εισοδήματα και επιλέγουν να ασφαλιστούν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Το ασφαλιστρο καθορίζεται με βάση τους ασφαλιστικούς κινδύνους του ατόμου προς ασφάλιση, ενώ επιβάλλεται επιπλέον ασφαλιστρο για τα εξαρτώμενα μέλη. Οι ασφαλιστικοί κίνδυνοι λαμβάνονται υπόψη κατά την έναρξη της ασφάλισης και την υπογραφή του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Η ιδιωτική ασφάλιση ελέγχεται από το κράτος με νόμους σχετικά με το ύψος των ασφαλιστρών. Σε κάποιες περιπτώσεις, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει και ρόλο συμπληρωματικό της κοινωνικής ασφάλισης, προσφέροντας καλύψεις που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, όπως π.χ. μονόκλινο δωμάτιο σε νοσοκομείο ή καλύπτοντας την προβλεπόμενη συμμετοχή στο κόστος, ιδιαίτερα της οδοντιατρικής φροντίδας.

Στα ταμεία υγείας παραμένει η αρμοδιότητα συλλογής των εισφορών, αλλά έχουν την υποχρέωση στη συνέχεια να μεταφέρουν τις εισφορές τους στο Εθνικό Ταμείο Υγείας, το οποίο κάνει την κατανομή στα ταμεία υγείας στη βάση συγκεκριμένης φόρμουλας που λαμβάνει υπόψη την ηλικία, το φύλο αλλά και τη νοσηρότητα από 80 χρόνιες παθήσεις και σοβαρές ασθένειες. Για το σκοπό αυτό, το Εθνικό Ταμείο Υγείας πρέπει (α) να ορίσει το συνολικό ύψος της κατανομής των εσόδων στα ταμεία υγείας και (β) να υπολογίσει το μερίδιο που πρέπει να λάβει το κάθε ταμείο υγείας. Επιπλέον, μέχρι τη 1η Νοεμβρίου, τα ομοσπονδιακά Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών σε συνεργασία με ομάδα εμπειρογνομόνων (Schätzerkreis) (Henke, 2007) καθορίζουν, κατά μέσο όρο, το ύψος της πρόσθετης κρατικής επιχορήγησης για το επόμενο έτος. Αυτή ορίζεται ως η διαφορά των προβλεπόμενων δαπανών της κοινωνικής ασφάλισης, μετά την κατανομή από το Εθνικό Ταμείο Υγείας δια τον προβλεπόμενο αριθμό των ασφαλισμένων. Το ύψος της κατανομής ανά ταμείο υγείας από το Εθνικό Ταμείο βασίζεται στα έσοδα από τα ταμεία υγείας περιοριζομένων των προβλεπόμενων δαπανών, αν και έτσι διασφαλίζονται τα έσοδα για τα ταμεία υγείας, ανεξαρτήτως των πραγματικών εσόδων με βάση τις ασφαλιστικές εισφορές.

Τα ταμεία υγείας λαμβάνουν τέσσερα διαφορετικά επίπεδα πληρωμών από το Εθνικό Ταμείο Υγείας:

- i. πληρωμές για να καλύψουν το βασικό πακέτο ασφαλιστικής κάλυψης (αποτελούν το 92% όλων των πληρωμών). Οι πληρωμές αυτές προσαρμόζονται με βάση μια συγκεκριμένη φόρμουλα.
- ii. πληρωμές για την κάλυψη του λειτουργικού κόστους (αποτελούν το 5,2% όλων των πληρωμών). Το ήμισυ αυτής της πληρωμής ορίζεται κατά κεφαλήν και το άλλο μισό είναι ανάλογο με την πληρωμή προσαρμοσμένη με βάση τον ασφαλιστικό κίνδυνο.
- iii. κατά κεφαλήν αποζημίωση ώστε να καλύψει επιπλέον, πακέτο κάλυψης.
- iv. και τέλος, πληρωμή που ανέρχεται σε 152 εκ. ευρώ, ως παροχή κινήτρου για κάθε συμμετέχοντα-ασφαλισμένο σε ένα πρόγραμμα δημοσίας υγείας-διαχείρισης ασθένειας. Όλες οι πληρωμές είναι τυποποιημένες, με βάση τον κατά κεφαλήν μέσο όρο ή τον ασφαλιστικό κίνδυνο.

Καμία από τις ανωτέρω πληρωμές δεν περιλαμβάνουν δαπάνες αποζημίωσης του πραγματικού κόστους.

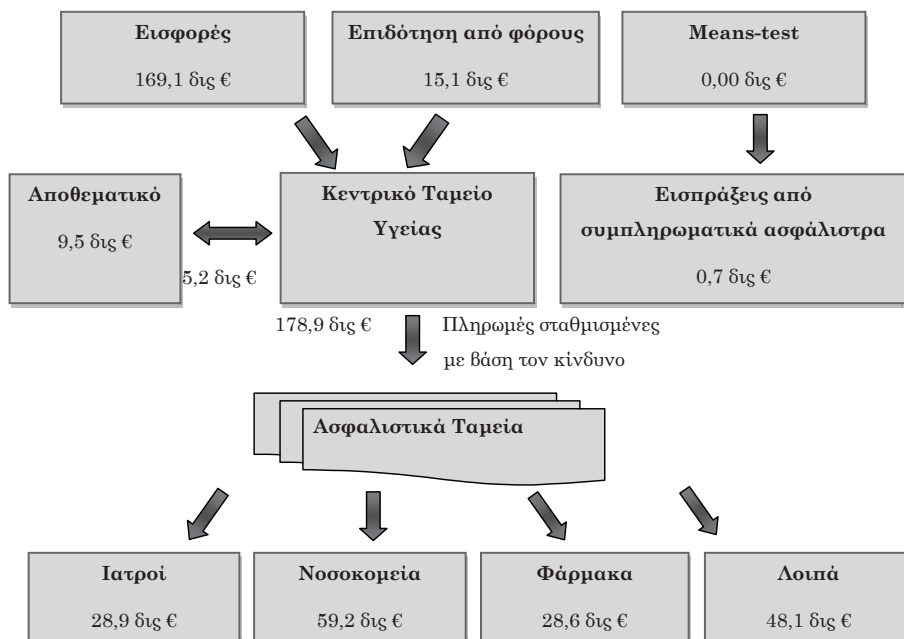
Στην περίπτωση που οι ανωτέρω πληρωμές του Εθνικού Ταμείου Υγείας σε κάθε ασφαλιστικό οργανισμό δεν επαρκούν να καλύψουν τις δαπάνες υγείας, επιβάλλεται επιπρόσθετο ασφάλιστρο από τον ασφαλιστικό οργανισμό, ενώ αν οι πληρωμές-έσοδα υπερβαίνουν τις δαπάνες οι ασφαλιστικοί οργανισμοί μπορούν, χωρίς να είναι υποχρεωμένοι, να επιστρέψουν ένα ποσοστό στους ασφαλισμένους τους. Επιπλέον, εάν ο εργοδότης επιβάλλει ασφαλιστικές εισφορές με βάση το ύψος του μισθού, τότε το ταμείο υγείας εισπράττει το επιπλέον ασφάλιστρο χωριστά. Το επιπρόσθετο ασφάλιστρο έχει δύο στόχους: πρώτον, σε περίπτωση που συνολικά, υπάρξει πλήρης χρηματοδοτική κάλυψη των δαπανών από το Εθνικό Ταμείο Υγείας, αυτό θα είναι μηδενικό αλλά τα ταμεία υγείας θα μπορούν να το εισπράττουν ή να το επιστρέφουν για να βελτιώνουν την οικονομική τους κατάσταση και δεύτερον, όταν οι συνολικές πληρωμές από το Εθνικό Ταμείο Υγείας είναι μειωμένο τότε, το ταμείο υγείας θα μπορεί να καλύψει τη διαφορά.

Η επιβολή ενιαίου ποσοστού εισφοράς αποτελεί πρόβλημα για τα χαμηλότερα εισοδήματα. Το ποσοστό ορίζεται κατά μέσο όρο και όχι με βάση πραγματικά δεδομένα. Εάν το πραγματικό ποσοστό είναι μεγαλύτερο του προσδιορισμένου κατά μέσο όρο, τότε η πραγματική εισφορά θα υπερβαίνει το όριο του 2%. Για παράδειγμα, εάν ο μηνιαίος μισθός ενός εργαζόμενου ανέρχεται σε 500 ευρώ, η ασφαλιστική εισφορά δεν μπορεί να υπερβαίνει

τα 10 ευρώ μηνιαίως (500 ευρώ \times 2%). Τώρα, αν η προβλεπόμενη κατά μέσο όρο μηνιαία εισφορά ήταν 12 ευρώ, ο εργοδότης θα έπρεπε να μειώσει την ασφαλιστική εισφορά του εργαζόμενου κατά 2 ευρώ (12 ευρώ – 500 ευρώ \times 2%), και κατ' επέκταση να αυξήσει το μισθό του κατά 2 ευρώ.

Το διάγραμμα 3.3.3 απεικονίζει τις χρηματοδοτικές ροές για το έτος 2011. Το σύνολο των εσόδων του Εθνικού Ταμείου Υγείας ήταν 184,2 δις ευρώ, εκ των οποίων τα 169 δις προήλθαν από εισφορές, ενώ οι πληρωμές σε ασφαλιστικά ταμεία είχαν καθοριστεί στο επίπεδο των 178,9 δις. Έτσι, το Εθνικό Ταμείο Υγείας είχε θετικό οικονομικό αποτέλεσμα της τάξης των 5,2 δις. Αυτό, λοιπόν το ποσό προστίθεται στο αποθεματικό του Εθνικού Ταμείου Υγείας, το οποίο, πλέον ανέρχεται σε 9,5 δις. Τα Ταμεία υγείας εισπράττουν τα έσοδά τους, κυρίως από το Εθνικό Ταμείο Υγείας (178,9 δις), ενώ οι εισπράξεις από συμπληρωματικά ασφάλιστρα ήταν 0,7 δις. Τα ταμεία ασθενείας είχαν συνολικές δαπάνες που ανήλθαν σε 175,2 δις (εκ των οποίων 164,9 δις για παροχές, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα). Ως εκ τούτου, τα ασφαλιστικά ταμεία έλαβαν από το Εθνικό Ταμείο για πληρωμές 3,8 δις περισσότερα από τις πραγματικές δαπάνες.

Διάγραμμα 3.3.3: Ροή χρηματοδότησης των ταμείων υγείας για το έτος 2011



Μολονότι το έτος 2009 δημιουργίας του Εθνικού Ταμείου Υγείας, η Γερμανία γνώρισε μια σοβαρή οικονομική ύφεση με το ΑΕΠ της να μειωθεί κατά 5,1%. Η απασχόληση και κατ' επέκταση οι μισθοί που αποτελούν τη βάση των εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης ελάχιστα επηρεάστηκαν. Ωστόσο, τα πραγματικά έσοδα του Εθνικού Ταμείου Υγείας υπολείπονται των προβλεπόμενων κατά 2,5 δις ευρώ. Δεδομένου ότι, οι πληρωμές προς τα ασφαλιστικά ταμεία ήταν εγγυημένες, το Εθνικό Ταμείο Υγείας έπρεπε να επωμιστεί τη διαφορά κατά το πρώτο έτος λειτουργίας του. Ταυτόχρονα, όμως με τη λειτουργία του απέδειξε τη δυνατότητα προστασίας των ασφαλιστικών ταμείων από τους κινδύνους που ενέχονται από την πλευρά των εσόδων και της ανεργίας.

Το 2009, ως μέρος ενός πακέτου τόνωσης της οικονομίας, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση αποφάσισε να μειώσει το ενιαίο ποσοστό εισφοράς στο 14,9%. Αυτό θεωρήθηκε ως πιο αποτελεσματικό στη σταθεροποίηση της κατανάλωσης υπηρεσιών, από μια μείωση του φόρου, δεδομένου ότι το ποσοστό εισφοράς ισχύει για το πρώτο ευρώ εισοδήματος. Επιπρόσθετα, η ομοσπονδιακή επιχορήγηση αυξήθηκε σε 7,2 δις ευρώ για να αντισταθμιστεί η απώλεια εσόδων από το μειωμένο συντελεστή εισφοράς. Το 2010, με μια δεύτερη τονωτική κίνηση αύξησε την ομοσπονδιακή επιχορήγηση που ανήλθε σε 15,7 δις, περισσότερο από ό, τι είχε αρχικά οραματιστεί για το 2016. Ο ενιαίος συντελεστής εισφοράς των ασφαλιστικών ταμείων αυξήθηκε, πάλι σε 15,5% το 2011, με όριο ατομικού εισοδήματος τα 365 ευρώ, μηνιαίως. Οι εργαζόμενοι οι οποίοι κερδίζουν λιγότερο από € 3.460 το μήνα απαιτείται να εγγραφούν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Επιπρόσθετα, το ποσοστό του πρόσθετου ασφαλιστρού που μπορεί να ορίσει το ταμείο υγείας δεν μπορεί να υπερβαίνει το 2% επί του μισθού, ο οποίος έχει προσδιοριστεί κατά μέσο όρο σε € 3.825 μηνιαίως, έτσι, το επιπρόσθετο ασφαλιστρού δεν μπορεί να υπερβαίνει τα € 76,50 (Busse, 2001; Busse, 2004; Buchner et al, 2003).

Με βάση το νέο σχέδιο, η πρόβλεψη των δαπανών με βάση τους ασφαλισμένους αντικαταστάθηκε από ένα ευρύ δείκτη νοσηρότητας που βασίζεται στις διαγνώσεις και στη συνταγογράφηση ογκόνοτα περισσότερων δαπανηρών χρόνιων νόσων (Schang, 2009; Buchner, 2012). Στον πίνακα 3.3.4 απεικονίζεται η κατανομή των δαπανών ανά κατηγορία υπηρεσιών υγείας.

3.3.7 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων των παρόχων ΠΦΥ

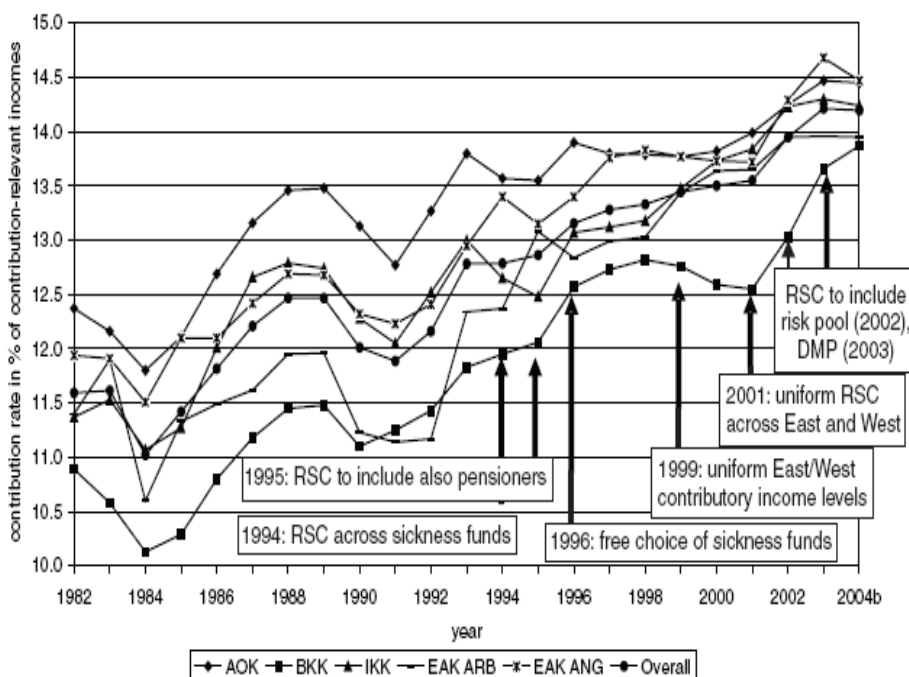
Η μέθοδος αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ περιλαμβάνει αμοιβή κατά πράξη με κλειστούς προϋπολογισμούς, συνήθως τριμηνιαίους, γιατρών και ταμείων, ενώ σε περίπτωση υπέρβασης χρεώνονται οι γιατροί. Οι γιατροί που προβαίνουν σε περισσότερες υπηρεσίες από τους συναδέλφους τους πρέπει να δικαιολογούν τις αποφάσεις τους, προκειμένου να αποφύγουν τις οικονομικές κυρώσεις. Αυτό το σχήμα λειτούργησε μέχρι τις αρχές του 1997 σε συνδυασμό με αυστηρούς προϋπολογισμούς για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα για τις περιφερειακές ενώσεις των γιατρών. Τότε, οι αυστηροί προϋπολογισμοί αντικαταστάθηκαν από στόχους με βάση τον όγκο δραστηριοτήτων (volume targets).

Οι γιατροί στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα αμείβονται με ένα μικτού τύπου σύστημα που βασίζεται στον απαιτούμενο για την εκτέλεση του έργου, χρόνο ανά ιατρική πράξη. Κάθε χρόνο το ταμείο υγείας διαπραγματεύεται με τις τοπικές ενώσεις των γιατρών το συνολικό ποσό του προϋπολογισμού (αμοιβής), έτσι ώστε να διασφαλίζεται ο έλεγχος του κόστους. Αναφορικά με τα νοσοκομεία, τόσο τα δημόσια (περίπου το 50% των συνολικών κλινών) όσο και τα ιδιωτικά (περίπου το 15% των συνολικών κλινών) είναι κυρίως μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οργανισμοί. Τα ιδιωτικά κερδοσκοπικού χαρακτήρα, κυρίως μέσω εξαγοράς δημόσιων νοσοκομείων, έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και διαθέτουν περίπου το ένα έκτο του συνολικού αριθμού των κλινών. Συνήθως, σε όλα τα νοσοκομεία και ανεξάρτητα από τη μορφή, στελεχώνονται με γιατρούς που αμείβονται με μισθό. Νοσοκομειακοί γιατροί με πολλά χρόνια προϋπηρεσία, έχουν το δικαίωμα να βλέπουν και ασθενείς από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και να αμείβονται κατά πράξη.

Σημαντικό χαρακτηριστικό του συστήματος είναι ο κυρίαρχος ρόλος των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας και οι διαπραγματεύσεις, που ενίοτε εξελίσσονται και σε συγκρούσεις με τα ταμεία υγείας για το ύψος του προϋπολογισμού εξωνοσοκομειακής φροντίδας για το επόμενο έτος. Το περιφερειακό ταμείο υγείας ΑΟΚ κάθε τρεις μήνες εκκαθαρίζει τις δαπάνες των ασφαλισμένων του και έτσι πληρώνει τους παρόχους υγείας συμπεριλαμβανομένης της ΠΦΥ. Κάθε οικογενειακός γιατρός αποζημιώνεται ανάλογα με την ειδικότητα, αλλά κατ' ελάχιστον με 34 ευρώ ανά ασθενή, σε τρίμηνη βάση. Αναλυτικότερα, η κατά κεφαλήν αμοιβή για την ΠΦΥ ανέρχεται σε 42 ευρώ για κάθε ασθενή από 0 έως 5 ετών, 31 ευρώ για κάθε ασθενή από 6 έως 59 ετών και 36 ευρώ για μεγαλύτερες ηλικίες, ανά τρίμηνο, ανεξαρτήτως του αριθμού των επισκέψεων στο τρίμηνο. Για

τους χρόνιους πάσχοντες λαμβάνουν επιπλέον 17 ευρώ για κάθε ασθενή, ανά τρίμηνο, χρεώνουν με αμοιβή ανά πράξη τις διαγνωστικές εξετάσεις, όπως π.χ. το υπερηχογράφημα. Η μόνη συμμετοχή που έχουν οι ασφαλισμένοι είναι 10 ευρώ ανά τρίμηνο, ανεξαρτήτως αριθμού επισκέψεων, και μια μικρή συμμετοχή για τη συνταγογράφηση, από 5 έως και 10 ευρώ, αν και όπως προκύπτει από το διάγραμμα 3.3.4 και τον πίνακα 3.3.5 παρατηρείται τα τελευταία χρόνια αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων ανά ταμείο υγείας.

Διάγραμμα 3.3.4: Ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων ανά ταμείο υγείας



Source: own compilation based on data from Federal Ministry of Health 2004 (30), Federal Ministry of Health 2002 (29), Federal Ministry of Health 1991 (31).

Note: RSC: risk structure compensation; DMP: disease management programmes; AOK: regional sickness funds; BKK: company-based funds; IKK: guild funds; EK ARB: substitute funds traditionally for blue collars; EK ANG: substitute funds, traditionally for white collars; ^a data for 1982–1990 refer to the western part only, overall average rates include sailors' fund, excluding miners' and farmers' funds; ^b state of 1 January, for all other years: annual average rates are used.

Πίνακας 3.3.5: Συμμετοχή του ασθενούς ανά πάροχο φροντίδας υγείας.

	1994-1996	A' εξάμηνο 1997	B' εξάμηνο 1997	1998	1999	2000-2003β	2004-2005
Περιπατητική ιατρική φροντίδα (€)	0	0	0	0	0	0	10 ^γ
Φάρμακα (€) ^δ							5-10 ε
-Μικρό πακέτο (€)	1.5	2	4.6	4.6	4.1	4.1 (4)	
-Μεσαίο πακέτο (€)	2.6	3.1	5.6	5.6	4.6	4.6 (4.5)	
-Μεγάλο πακέτο (€)	3.6	4.1	6.6	6.6	5.1	5.1 (5)	
Οδοντιατρική περίθαλψη (€)	0	0	0	0	0	0	0
Δόντια και οδοντοστοιχίες ή	50%				50% θ	50%	100% πάνω από σταθερό ποσό θ
	40% στ				40% στ	40% στ	
	35% ζ				35% ζ	35% ζ	
-Για άτομα γεννημένα πριν το 1979 ή		50%	55%	100% πάνω από φξ ποσό			
		40% στ	45% στ				
		35%	40%				
-Για άτομα γεννημένα μετά το 1978		100%	100%	100%			
Ορθοδοντική θεραπεία	0-20% ι	0-20% ι	20% ι	0-20% ι	20% ι	0-20% ι	20% ι
Μεταφορά από και προς ιατρική μονάδα							
-Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ή επειγόντα (€)	10.2	10.2	12.8	12.8	12.8	(13)	ε
-Περιπατητική θεραπεία	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Μη ιατρική περίθαλψη (π.χ. κατ' οίκον νοσηλεία, φυσιοθεραπείες)	10%	10%	15%	15%	15%	15%	10% + 10€/ανά συνταγή κ
Νοσηλεία στο νοσοκομείο και αποκατάσταση μετά από νοσηλεία (€ ανά ημέρα)	6.1	6.1	8.7	8.7	8.7	8.7 (9)	10
Προληπτικά λουτρά ή ενδο-νοσοκομειακή αποκατάσταση ανεξαρτήτως νοσηλείας (€ ανά ημέρα)	6.1	12.8	12.8	12.8	12.8	8.7 (9)	10

***Σημειώσεις:**

α. πολλές τιμές σε αυτόν τον πίνακα ήταν χαμηλότερες στο ανατολικό κομμάτι της Γερμανίας έως το 1999.

β. αλλαγές το 2002/2003.

γ. ανά ιατρό ή οδοντίατρο ανά τρίμηνο εκτός παραπομπών.

- δ. με την τιμή του φαρμάκου στο μέγιστο, επιπλέον της διαφοράς μεταξύ της τιμής και της τιμής αναφοράς.
- ε. 10% με το μίνιμουμ 5€ και το μάξιμουμ 10€.
- στ. εάν ο ασφαλισμένος είχε τακτικά ετήσια check-ups τα τελευταία πέντε χρόνια.
- ζ. εάν ο ασφαλισμένος είχε τακτικά ετήσια check-ups τα τελευταία δέκα χρόνια.
- η. 100% για κύρια οδοντιατρική εργασία (περισσότερες από τέσσερις αντικαταστάσεις δοντιών ανά γνάθο ή πάνω από τρεις ανά πλευρά στόματος, εκτός από πολλαπλές γέφυρες, οι οποίες μπορούν να υπερβαίνουν τις τρεις).
- θ. το σταθερό ποσό είναι υψηλότερο για τον ασφαλισμένο με τακτικά check-ups για 5 και 10 χρόνια αντίστοιχα.
- ι. εάν η τροφή, η ομιλία και η αναπνοή είναι σοβαρά περιορισμένη και η αγωγή ξεκινά για άτομα κάτω των 18 ετών, αλλιώς 100%.
- κ. για βραχυχρόνια κατ' οίκον νοσηλεία περιορισμένη σε 28 ημέρες το χρόνο.
- λ. μέχρι το 2003 περιορισμένη για 14 συνολικά ημέρες ανά ημερολογιακό έτος, το 2004 για 28 ημέρες.

Πηγή: Προσαρμογή από Busse, 2000 και Gericke et al., 2004

Στον πίνακα 3.3.6 απεικονίζεται, κατά φθίνουσα σειρά η συμμετοχή των ασφαλισμένων στην αποζημίωση για διάφορες κατηγορίες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 3.3.6: Ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων για τις 20 ακριβότερες υπηρεσίες υγείας

A/A	Υπηρεσίες	Αριθμός μονάδων	% επί του συνόλου αποζημίωσης ιατρών
1	Βασική αμοιβή ανά ασθενή για 3 μήνες	Οικογενειακοί ιατροί: 265 (475 για τους συνταξιούχους), Ειδικότητες: 40-420	20.8%
2	Επεξήγηση, προγραμματισμός και συντονισμός	180	5.0%
3	Αμοιβή επίσκεψης	50	4.8%
4	Βασική αμοιβή οικογενειακού ιατρού για 3 μήνες	90	2.9%
5	Εντατική παροχή συμβουλών σχετικά με τις επιπτώσεις και την αντιμετώπιση ασθένειας	300 (600 πέρα των 30 λεπτών)	2.2%
6	Κατ' οίκον επίσκεψη	300 (600 για άμεσα)	1.9%
7	Παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και παραπομπή για εργαστηριακές εξετάσεις	5-240 ανάλογα την ειδικότητα	1.9%
8	Ολική εξέταση σώματος	320	1.6%
9	Μαγνητική τομογραφία κεφαλιού, αρθρώσεων των άκρων	1.150	1.5%
10	Νυχτερινή, σαββατοκύριακου, επίσημης αργίας πληρωμή	200-300	1.4%
11	Υπέρηχο των ουρογεννητικών οργάνων	400	1.2%
12	Μαγνητική τομογραφία περιοχών του σώματος εκτός κεφαλιού και αρθρώσεων των άκρων	1.150	1.1%
13	Υπερηχογράφημα κοιλίας	520	0.9%
14	Αξονική τομογραφία περιοχών του σώματος εκτός κεφαλιού και αρθρώσεων των άκρων	80	0.8%
15	Ηλεκτροκαρδιογράφημα	100-250	0.8%
16	Βασική πληρωμή για εργαστηριακές εξετάσεις	5-110	0.8%
17	Φυσιοθεραπεία (μακροχρόνια, ατομική)	1.450	0.8%
18	Ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις γυναικών για καρκίνο	310 (άνδρες: 260) (+140 για κυτταρολογική εξέταση)	0.8%
19	Προγεννητική φροντίδα	1.850	0.8%
20	Κλινική - νευρολογική βασική εξέταση	170	0.7%

Πηγή: Ομοσπονδιακή ένωση ιατρών, 2004; Ομοσπονδιακή ένωση ιατρών και ομοσπονδιακές ενώσεις ταμείων ασθενείας, 2002.

3.3.8 Έλεγχος και Ποιότητα ασφαλιστικού οργανισμού

Παρά τη συνεχιζόμενη αύξηση στις δαπάνες υγείας που επενδύει το Γερμανικό σύστημα υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας παραμένει ένα ζητούμενο. Μολονότι, από το 1989, με νόμο επιβάλλεται στα νοσοκομεία να πιστοποιούνται, μόλις το 2000 άρχισε η πλήρης εφαρμογή του. Η ποιότητα και η αποδοτικότητα που οφείλουν όλα τα νοσοκομεία της Γερμανίας να δημοσιεύουν επιτυγχάνεται μέσα από μία δέσμη μέτρων. Η δομική ποιότητα επιδιώκεται μέσα από την ύπαρξη ενός συστήματος διοίκησης για όλους τους προμηθευτές-παρόχους, την υποχρέωση για συνεχή ιατρική εκπαίδευση για όλους τους γιατρούς και μηχανισμός αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας, των φαρμάκων και των διαδικασιών. Προς τούτο το 2004 δημιουργήθηκε το Ινστιτούτο Ποιότητας και Αποδοτικότητας – (IQWiG), με τη διαπίστευση των νοσοκομείων να μην είναι ακόμα υποχρεωτική. Η ποιότητα στις διαδικασίες και στα αποτελέσματα επιτυγχάνεται μέσα από το σύστημα αναφορών ποιότητας που έχουν την υποχρέωση να τηρούν τα περίπου 1.800 γενικά νοσοκομεία. Μέσα από αυτό το σύστημα μετρούνται περισσότεροι από 150 δείκτες και τα νοσοκομεία λαμβάνουν σχετική ανατροφοδότηση για τις επιδόσεις τους, αναφορικά με την ικανοποίηση του ασθενούς, του εργαζόμενου και της ασφάλειας.

Στην ίδια κατεύθυνση που στοχεύουν τα μέτρα για την ποιότητα και την αποδοτικότητα, τα μέτρα που είχαν επιβληθεί στο παρελθόν αναμορφώνονται και γίνονται πιο συγκεκριμένα, ιδιαίτερα όσον αφορά τους προϋπολογισμούς των γιατρών εξωνοσοκομειακής φροντίδας, τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και τη συνταγογράφηση ανά ειδικότητα σε τοπικό επίπεδο. Πρόσφατα σημαντικά εργαλεία για τον έλεγχο του κόστους αφορούν τα rebates από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τα ταμεία υγείας και οι χαμηλότερες τιμές από τις τιμές αναφοράς, ενώ εισάγονται και τα DRGs ανά περίπτωση (per case DRGs), τα οποία αποτελούν πλέον το βασικό εργαλείο αποζημίωσης των νοσοκομείων. Από το 2009 οι προϋπολογισμοί της εξωνοσοκομειακής φροντίδας καθορίζονται, λαμβάνοντας υπόψη και τη νοσηρότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού.

3.3.9 Συμπέρασμα και Προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο ΕΟΠΥΥ προσομοιάζει με το Ενιαίο Ταμείο Υγείας, μόνο που ειδοποιός διαφορά αποτελεί ο τρόπος χρηματοδότησής του, αφού, μολονότι προβλέπεται η ενοποίηση των ασφαλιστικών εισφορών, όπως και στο γερμανικό μοντέλο στο οποίο στη συνέχεια ακολουθεί η αποκέντρωση και κατανομή τους σε κάθε περιφερειακό

ταμείο υγείας, τύπου ΑΟΚ με ταυτόχρονη κρατική επιχορήγηση, στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ αυτό δεν έχει εφαρμοστεί. Επίσης, σε επίπεδο διαπραγματευτικής δύναμης υπάρχουν σημαντικές ομοιότητες, αφού και οι δύο φορείς δραστηριοποιούνται σε μονοπωνιακές αγορές υπό την επίβλεψη του Κράτους, μόνο που ο ΕΟΠΥΥ χρειάζεται οργάνωση και βούληση ώστε να βελτιώσει τη διαπραγματευτική του δύναμη.

Συνεπώς, θα μπορούσε να προταθεί ο τρόπος χρηματοδότησης του ταμείου υγείας ΑΟΚ, αφού οργανωθεί ο τομέας ΠΦΥ με την παρουσία του οικογενειακού γιατρού, ώστε να καταστεί δυνατή ακόμα και η ύπαρξη κινήτρων από την πλευρά του ΕΟΠΥΥ προς τους ασφαλισμένους του, όπως στην περίπτωση του ταμείου υγείας ΑΟΚ, όπου οι ασφαλισμένοι όταν δε χρησιμοποιούν το ασφαλιστικό τους ταμείο, παρά μόνο για τις ετήσιες γενικές εξετάσεις, έχουν δικαίωμα να μην καταβάλλουν τις εισφορές ενός μήνα στην ασφάλιση υγείας.

3.3.10 Βιβλιογραφία

- Barmer GEK Arztreport, *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, vol 1, January 2010, p 49-56.
- Barmer GEK Arztreport, *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, vol 1, January 2010, p 58.
- Buchner F., Wasem J. Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system. *Health Policy* 2003;65:21-35.
- Buchner F., Göppfarth D., Wasem J. (2012), *The new risk adjustment formula in Germany – implementation and first experiences*. Mimeo.
- Busse R. Risk structure compensation in Germany's statutory health insurance. *European Journal of Public Health* 2001;11:174-7.
- Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs* 2004;23(3):56-67.
- Enthoven A.C. (1993), The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 12:24-48.
- Gerlinger T., Schmucker R. (2009), A long farewell to the Bismarck system: incremental change in the German health insurance system. *German Policy Studies*; 5:3-20.
- Gerlinger T. (2010), Health care reform in Germany. *German Policy Studies*, 6:107-42.
- Henke K.-D. Der Gesundheitsfonds: Politikökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument. In: Göppfarth

- D., Greß S., Jacobs K., Wasem J., (eds) (2007), *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard p. 45-69.
- Knieps F. Der Gesundheitsfonds aus Sicht der Politik. In: Göppfarth D., Greß S., Jacobs K., Wasem J., (eds) (2007), *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 - Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard, p. 9-26.
- Lisac M., Reiners L., Henke K-D., (2010), Schlette S. Access and choice - competition under the roof of solidarity in German health care: an analysis of health policy reforms since 2004. *Health Economics, Policy and Law*, 5:31-52.
- Müller J., Maaz W. Der Schätzerkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2010;64(6):20-5.
- Pfohl A. Die Neuregelung der Finanzströme durch den Gesundheitsfonds. In: Göppfarth D., Greß S., Jacobs K., Wasem J., (eds) (2007), *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 - Gesundheitsfonds*. Asgard: Sankt Augustin, p. 195-214.
- Richter W.F. Der Gesundheitsfonds als Kernstück einer Reform. In: Göppfarth D., Greß S., Jacobs K., Wasem J., (eds) (2007), *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard p. 71-95.
- Schang L. Morbidity-based risk structure compensation. *Health Policy Monitor* 2009;13 <http://www.hpm.org/en/Surveys/BertelsmannStiftung-Germany/13/Morbidity-based-risk-structure-compensation4a3e.html?version=w>
- Thomson S., Osborne R., Squires D., Reed S.J. (2011), *International profiles of health care systems*, New York: The Commonwealth Fund.
- Wörz M., Busse R. Analysing the impact of health-care system change in the EU member states – Germany. *Health Economics* 2005; 14:S133-49.

3.4 Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας στην Αυστρία: Μελέτη περίπτωσης FAHIF

3.4.1 Περίληψη

Η Αυστρία αποτελείται από 9 αυτόνομες διοικητικές περιφέρειες, που επιτρέπουν στην κεντρική εξουσία να πετύχει τους στόχους της. Ένα από τα βασικά στοιχεία της οργανωτικής δομής του συστήματος υγείας της είναι η ασφάλιση των πολιτών. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υπάρχουν 21 ασφαλιστικοί οργανισμοί. Αυτοί βρίσκονται υπό την εποπτεία του κεντρικού οργανισμού ασφάλισης και δεν ανταγωνίζονται ο ένας τον άλλον, αφού η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες. Η λήψη της ασφάλισης από τον κάθε πολίτη γίνεται με βάση το επάγγελμα του. Όσον αφορά στην οργανωτική δομή, το Υπουργείο Υγείας έχει αναλάβει τον έλεγχο και τη καλή λειτουργία του συστήματος. Οι περιφέρειες έχουν επιφορτιστεί με την παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς καθώς και με την κατανομή των πόρων.

3.4.2 Εισαγωγή

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται συμπληρωματικά με το Γερμανικό ταμείο υγείας ΑΟΚ, μια πρώτη επαφή με την οργανωτική δομή της Ομοσπονδίας των 21 σήμερα, αυστριακών οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης που αντιπροσωπεύουν τα ενεργά ταμεία υγείας (Πίνακας 3.4.1), η οποία διαπραγματεύεται με τις επαγγελματικές ενώσεις των παρόχων φροντίδας υγείας. Απώτερος σκοπός είναι η σύγκριση της Ομοσπονδίας (Federation of Austrian Health Insurance Funds - FAHIF) με τον ΕΟΠΥΥ, τον αντίστοιχο οργανισμό ασφάλισης στην Ελλάδα, αναφορικά με τη λειτουργία τους γύρω από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Η οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας αποτυπώνεται στο διάγραμμα 3.4.1.

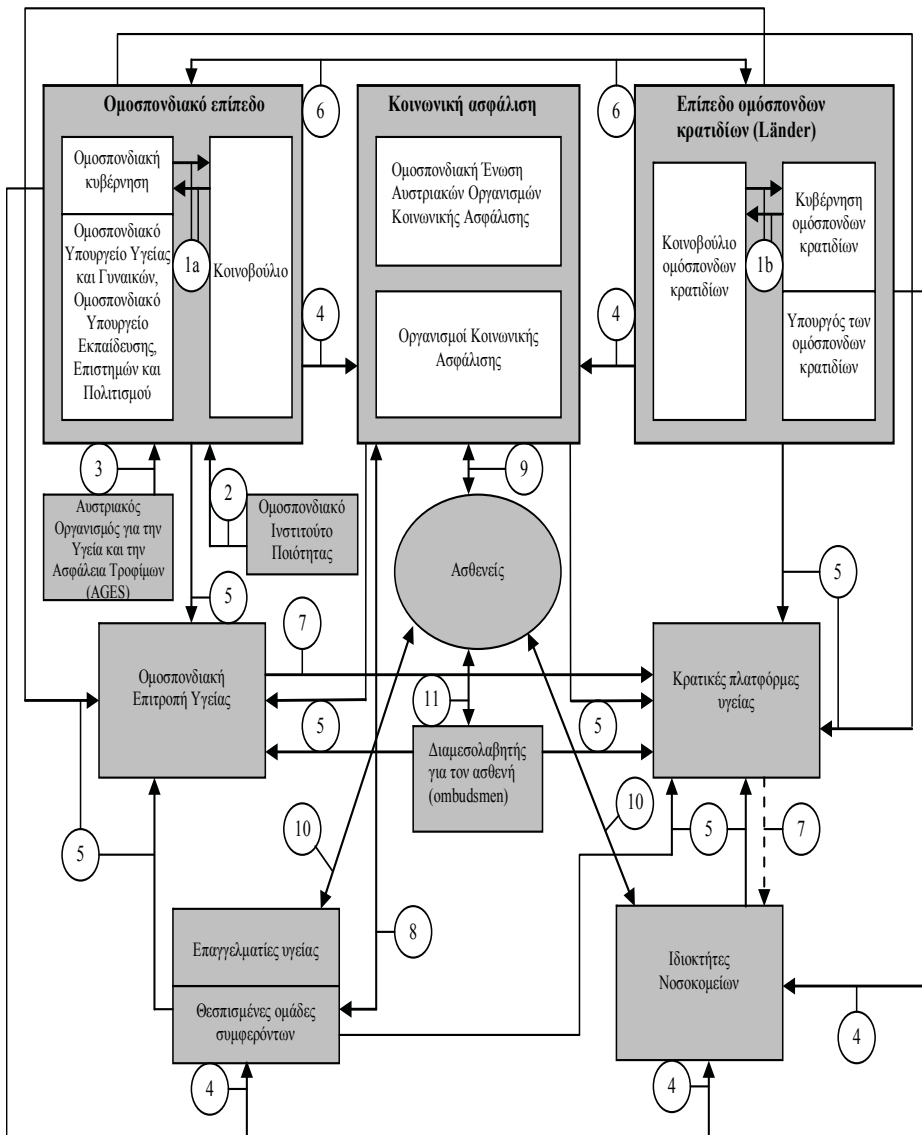
Το Αυστριακό σύστημα ασφάλισης καλύπτει περίπου το 99% των πολιτών (8,3 εκατ. πολίτες), ποσοστό που περιλαμβάνει διαφορετικούς κλάδους εργαζομένων. Στο σύστημα αυτό, περιλαμβάνονται συντάξεις γήρατος, ασθένειας αλλά και εργατικά ατυχήματα. Η κοινωνική ασφάλιση στην Αυστρία χρηματοδοτείται από τις εισφορές των ασφαλισμένων, ενώ υπάρχει κρατική επιχορήγηση στις περιπτώσεις των συντάξεων καθώς και για την υγειονομική περίθαλψη αλλά και για τα εργατικά ατυχήματα. Το ποσοστό εισφοράς προσδιορίζεται με βάση το ετήσιο εισόδημα των εργαζομένων.

Πίνακας 3.4.1: Η κατανομή των ταμείων υγείας στην Αυστρία

	Ταμεία ασφάλισης υγείας	Ποσοστό των ατόμων με ασφάλιση υγείας (ως % του συνολικού αριθμού ασφαλισμένων)		
		Αριθμός	Ασφαλισμένοι με τίτλο	Συνεισφέροντες	Άτομα ηλικίας 65+
Τοπικά ταμεία ασφάλισης υγείας	9	75,9	77,3	67,1
Επιχειρησιακά ταμεία σφάλισης υγείας	8	0,8	0,8	1,6
Ασφαλιστικός οργανισμός για δημόσιους υπαλλήλους	1	8,5	7,6	9,7
Ασφαλιστικός οργανισμός για σιδηροδρομικούς και ανθρακωρύχους	1	3,4	3,2	6,5
Ασφαλιστικός οργανισμός για τους αυτοαπασχολούμενους	1	6,8	6,7	6,6
Ασφαλιστικός οργανισμός για τους αγρότες	1	4,6	4,5	8,6
Σύνολο	21	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Ομοσπονδία Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης Αυστρίας, 2004

Διάγραμμα 3.4.1: Η οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας της Αυστρίας



Πηγή: Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Γυναίκων, τμήμα IV/A/4 και IV/A/5, 2005.

3.4.3 Η Οργάνωση των ασφαλιστικών οργανισμών

Η κοινωνική προστασία στην Αυστρία δεν εποπτεύεται μόνο από το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας αλλά και από άλλα Υπουργεία, τις Περιφέρειες και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, ενώ βασίζεται στους ακόλουθους νόμους:

- ♦ ASVG - General Social Security Act, που καλύπτει υγειονομική περίθαλψη, εργατικά ατυχήματα και συνταξιοδοτικό για εργαζόμενους και ελεύθερους επαγγελματίες, υγειονομική περίθαλψη για συνταξιούχους, χήρες θυμάτων πολέμου, προστατευόμενα μέλη και κάλυψη για εργατικό ατύχημα σε ελεύθερους επαγγελματίες, μαθητές, χαμηλόμισθους και αυτοαπασχολούμενους
- ♦ B-KUVG - Social Security Act for Civil Servants, που καλύπτει υγειονομική περίθαλψη και εργατικά ατυχήματα για δημοσίους υπαλλήλους και των προστατευόμενων μελών
- ♦ GSVG - Social Security Act for Self-employed Traders, που καλύπτει υγειονομική περίθαλψη και συνταξιοδοτικό για επαγγέλματα που ανήκουν στο εμπορικό επιμελητήριο και ελεύθερους επαγγελματίες και υγειονομική περίθαλψη για συνταξιούχους, αλλά και προστατευόμενα μέλη εκτός από δικηγόρους και μηχανικούς
- ♦ FSVG - Social Security Act for Freelance Professionals, που καλύπτει συνταξιοδοτικό για ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς, φαρμακοποιούς και δικηγόρους, καθώς και κάλυψη αστικής ευθύνης για ιατρούς
- ♦ BSVG - Social Security Act for Farmers, που καλύπτει υγειονομική περίθαλψη, εργατικά ατυχήματα και συνταξιοδοτικό για αγρότες και τα προστατευόμενα μέλη και υγειονομική περίθαλψη συνταξιούχων
- ♦ NVG - Social Security Act for Notaries, που καλύπτει το συνταξιοδοτικό των συμβολαιογράφων
- ♦ APG - General Pensions Act, για την συνταξιοδοτική κάλυψη όλων των ασφαλισμένων που γεννήθηκαν από το 1955 και μετά.

Η οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Αυστρία είναι αποκεντρωμένη, ενώ η λήψη της ασφάλισης που είναι υποχρεωτική, γίνεται με βάση το επάγγελμα του κάθε πολίτη. Η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει την υγειονομική ασφάλιση, τη συνταξιοδοτική, καθώς και την ασφάλιση σε περίπτωση εργατικών ατυχημάτων. Οι αυτοδιοικούμενοι ασφαλιστικοί οργανισμοί, 15 που παρέχουν υγειονομική κάλυψη και 7 γενικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί που μπορεί να παρέχουν τα δύο ή

και τα τρία είδη ασφάλισης βρίσκονται κάτω από την ομπρέλα της Ομοσπονδίας των Ασφαλιστικών Οργανισμών στην Αυστρία (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), η οποία τους εκπροσωπεί στις διαπραγματεύσεις αλλά και συνάπτει τις Συμφωνίες πλαίσιο με τους παρόχους (διαγράμματα 3.4.2 και 3.4.3).

Διάγραμμα 3.4.2: Κατανομή των ασφαλιστικών οργανισμών με βάση την κάλυψη που παρέχουν

Κοινωνική Ασφάλιση Αυστρίας Ένωση των Αυστριακών Ιδρυμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης		
Ασφάλιση Ατυχήματος	Υγειονομική Ασφάλιση	Συνταξιοδοτική Ασφάλιση
Ίδρυμα Γενικής Ασφαλίσεως Ατυχήματος	9 Περιφερειακά ασφαλιστικά ταμεία υγείας	Ίδρυμα Ασφαλίσεως Συντάξεων
	6 Επαγγελματικά ασφαλιστικά ταμεία υγείας	
	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης Εμπορίου & Βιομηχανίας	
Ασφαλιστικός Οργανισμός Εργατών Σιδηροδρομικών και Μεταλλευτικής Βιομηχανίας*		
Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης Αγροτών		
Ασφαλιστικός Οργανισμός Μισθωτών Απασχολούμενων Δημόσιου Τομέα		
	Ασφαλιστικός οργανισμός Συμβολαιογράφων	

*Ο οργανισμός αυτός αφορά για την ασφάλιση των εργατών σιδηροδρομικών σε περίπτωση ατυχήματος, ενώ για τους εργάτες ορυχείων υπεύθυνο είναι το ίδρυμα γενικής ασφαλίσεως ατυχήματος.

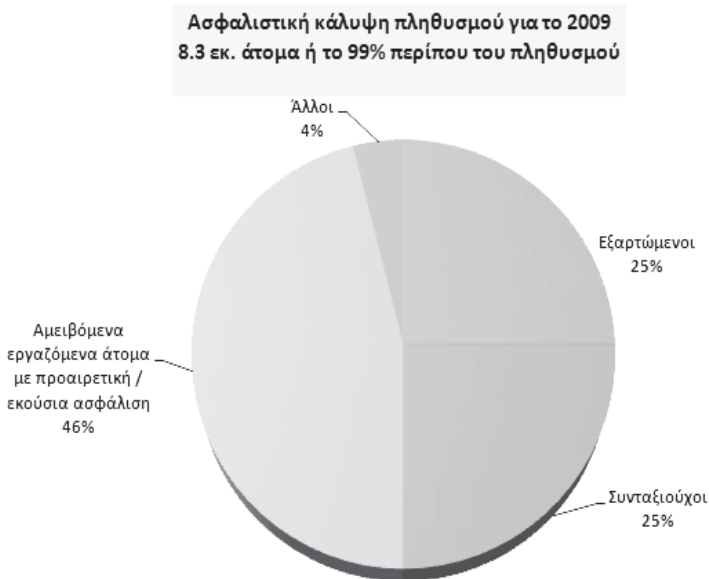
Διάγραμμα 3.4.3: Οργανόγραμμα της Ομοσπονδίας Ασφαλιστικών Οργανισμών



3.4.4 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού με έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ

Το σύστημα υγείας της Αυστρίας χρηματοδοτείται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων. Καλύπτει σχεδόν το 100% των δαπανών υγείας, εκτός από την περίπτωση των δημοσίων λειτουργιών, των ελεύθερων επαγγελματιών και των αγροτών που έχουν μια πρόσθετη συμμετοχή. Επίσης, για κάθε συνταγογραφούμενο φάρμακο καταβάλλεται συμμετοχή, ενώ ο κάθε ασφαλισμένος μπορεί να επισκεφθεί όποιο γιατρό είναι συμβεβλημένος αλλά μπορεί να επισκεφθεί και οποιονδήποτε άλλον, όμως θα επιβαρυνθεί το 20%. Σε περίπτωση που χρειαστεί νοσηλεία επιτρέπεται η άμεση εισαγωγή σε οποιοδήποτε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο έχει συμβληθεί με την Ομοσπονδία Ασφαλιστικών Οργανισμών και προβλέπεται μια μικρή ημερήσια συμμετοχή για τις πρώτες 28 ημέρες νοσηλείας.

Διάγραμμα 3.4.4: Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού, 2009



3.4.5 Η οργάνωση της ΠΦΥ και διαμόρφωση των σχέσεων παρόχων

Στην Αυστρία, η ΠΦΥ παρέχεται από τους ιδιώτες γιατρούς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για το αν θα στείλουν τον ασθενή στις νοσηλευτικές μονάδες ή όχι. Με αυτό το τρόπο, υπάρχει ένας έλεγχος που είναι απαραίτητος ώστε να υπάρχει μια σωστή λειτουργία του συστήματος. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται τόσο από τα δημόσια, όσο και από τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 2001, το 28% των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ήταν ιδιωτικά, ενώ το 73% ήταν δημόσια. Η ΠΦΥ είναι ευθύνη των περιφερειών -τα Lander, που μεταβιβάζει τις περισσότερες αρμοδιότητες στις τοπικές αρχές. Προληπτικές εξετάσεις για νέους και ενήλικες χρηματοδοτούνται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Το 1998, θεοπίστηκε το Ταμείο Υγείας στην Αυστρία, που χρηματοδοτεί πρωτοβουλίες προώθησης υγείας από τα έσοδα του ΦΠΑ. Επιπλέον, κλινικές και νοσοκομεία προσφέρουν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Το 2003, μόνο το 43% των αυτοαπασχολούμενων γιατρών είχε μια συμβατική σχέση με ένα ή περισσότερα Ταμεία ασφάλισης ασθενείας, ενώ περίπου το 58% εργάστηκε ως μη-συμβεβλημένος ιατρός. Στην Αυστρία δραστηριοποιούνται 10.060 γενικοί γιατροί και 11.412 άλλων ειδικοτήτων. Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνεται η κατανομή των συμβεβλημένων γιατρών:

Πίνακας 3.4.2: Κατανομή των συμβεβλημένων ιατρών και του μέσου αριθμού των επισκέψεων στην Αυστρία

Έτη	Όλα τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας		ASVG ασφαλιστικά ταμεία υγείας					
	Ασφαλισμένοι		Συμβεβλημένοι ιατροί		Επισκέψεις σε συμβεβλημένους ιατρούς α		Επισκέψεις ανά ασφαλισμένο άτομο β	
	Αριθμός (εκ.)	Δείκτης	Αριθμός	Δείκτης	Αριθμός (εκ.)	Δείκτης	Αριθμός	Αριθμός
1970	4.375	100	5.350	100	18.556	100	5.2	3.468
1980	4.799	110	5.787	108	21.584	116	5.4	3.730
1990	5.091	116	6.327	118	25.158	136	5.9	3.976
2000	5.696	130	6.941	130	31.839	172	6.7	4.587
2001	5.773	132	6.979	130	32.314	174	6.7	4.630
2002	5.853	134	7.004	131	32.738	176	6.7	4.674
2003	5.930	136	7.030	131	33.157	179	6.7	4.717
2004	6.019	138	7.023	131	33.360	180	6.7	4.750

Σημείωση: ASVG ασφαλιστικά ταμεία υγείας: τα τοπικά και επιχειρήσεων ασφαλιστικά ταμεία υγείας, ο ασφαλιστικός οργανισμός της μεταλλευτικής βιομηχανίας της Αυστρίας και ο οργανισμός κοινωνικής ασφάλισης αγροτών.

α. δεν συμπεριλαμβάνονται επαφές με μη συμβεβλημένους ιατρούς.
β. περιλαμβάνει περιπτώσεις φροντίδας ιατρού συμβεβλημένου για τις οποίες περιπτώσεις ο ασφαλισμένος ζητά αποζημίωση από το ασφαλιστικό του ταμείο.

Πηγή: Ομοσπονδία Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης Αυστρίας, 1970-2004; Υπολογισμοί IHS HealthEcon, 2005 (<http://www.ihs.ac.at>).

Στον πίνακα 3.4.3 ακολουθούν οι αποζημιώσεις των ασφαλισμένων ανά κατηγορία επίσκεψης στο σύστημα υγείας της Αυστρίας.

Πίνακας 3.4.3: *Αποζημίωση Αυστριακών ασφαλισμένων ανά επίσκεψη*

	2003	1995=100	1997=100
Εισαγωγές ασθενών (συμπεριλαμβάνονται και περιστατικά για λιγότερο από μία ημέρα)	2.538	127	118
Περιστατικά στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (εκ.)	5.457	117	113
Αποζημίωση ανά επίσκεψη σε €	186.0	115	116
ASVG περιστατικά (τεχνικές ειδικότητες) σε εκ.	5.198	149	135
ASVG περιστατικά (ειδικευμένοι) σε εκ.	10.343	122	119
ASVG περιστατικά (γενικοί ιατροί) σε εκ.	15.754	103	107
Σύνολο περιστατικών α εξωτερικών ασθενών σε εκ.	31.295	115	115
Πληρωμή ανά περιστατικό εξωτερικών ασθενών σε €	44.9	114	110

Σημείωση: ASVG ασφαλιστικά ταμεία υγείας: τα τοπικά και των επιχειρήσεων ταμεία, ο ασφαλιστικός οργανισμός εργατών ορυχείων Αυστρίας και των αγροτών.

α. περιλαμβάνει μόνο εξοφλημένα περιστατικά, παρόλο που η Ομοσπονδία Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης της Αυστρίας περιλαμβάνει επιπλέον περιστατικά που δεν έχουν εξοφληθεί.

Πηγή: Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Γυναικών, 2005; Ομοσπονδία Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης Αυστρίας; Υπολογισμοί IHS HealthEcon, 2005 (<http://www.ihs.ac.at>).

3.4.6 Η Χρηματοδότηση του Ασφαλιστικού Οργανισμού

Λόγω της σχεδόν καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, η βασική πηγή εσόδων για το σύστημα υγείας της χώρας παραμένουν οι εισφορές που πληρώνουν οι ασφαλισμένοι. Μέρος των δαπανών του συστήματος, καλύπτεται από το κρατικό προϋπολογισμό, και ένα άλλο, από απευθείας πληρωμές των πολιτών, όπως είναι η συμμετοχή στα φάρμακα. Στους ακόλουθους πίνακες φαίνεται το ποσοστό εισφοράς ανά ασφαλιστικό οργανισμό αλλά και το μέγιστο ποσό εισφοράς.

Πίνακας 3.4.4: Ποσοστό εισφοράς ανά ασφαλιστικό οργανισμό

Ποσοστά εισφοράς	Σύνολο	Συνεισφορά εργοδότη	Συνεισφορά ασφαλισμένου	Ποσοστά εισφοράς	Συνεισφορά ασφαλισμένου
Μη αυτοαπασχολούμενοι				Αυτοαπασχολούμενοι μικροέμποροι	
α) ασφάλιση υγείας*				α) ασφάλιση υγείας	7.65%
Απασχολούμενος (μισθός)	7.65%	3.83%	3.82%	β) ασφάλιση ατυχήματος	€8.03
Απασχολούμενος (ημερομίσθιο)	7.65%	3.70%	3.95%	γ) συνταξιοδοτική ασφάλιση	16.25%
Εργαζόμενοι εξωτερικοί	7.65%	3.78%	3.87%	Νέοι αυτοαπασχολούμενοι	
Δημόσιοι υπάλληλοι	7.65%	3.55%	4.10%	α) ασφάλιση υγείας	7.65%
β) ασφάλιση ατυχήματος				β) ασφάλιση ατυχήματος	€8.03
Απασχολούμενοι μισθωτοί				γ) συνταξιοδοτική ασφάλιση	16.25%
Εργαζόμενοι εξωτερικοί	1.40%	1.40%	--	Αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες	
Δημόσιοι υπάλληλοι	0.47%	0.47%	--	α) ασφάλιση υγείας	7.65%
γ) συνταξιοδοτική ασφάλιση				β) ασφάλιση σε περίπτωση ατυχήματος	€8.03
Απασχολούμενοι μισθωτοί				γ) συνταξιοδοτική ασφάλιση	20.00%
Εργαζόμενοι εξωτερικοί	22.80%	12.55%	10.25%	Αγρότες	
Εργάτες ορυχείων	28.30%	18.05%	10.25%	α) ασφάλιση υγείας	7.65%
				β) ασφάλιση ατυχήματος	1.90%
				γ) συνταξιοδοτική ασφάλιση	15.00%

*σταθερή εφόπαξ πληρωμή ανά μήνα

Πίνακας 3.4.5: Μέγιστο ποσό εισφοράς ανά ασφαλιστικό οργανισμό

ASVG	Υγειονομική, συνταξιοδοτική και ατυχήματος ασφάλιση	€ 4.110
ASVG	Εργαζόμενοι εξωτερικοί με ειδικό μπόνους πληρωμών	€ 4.110
	χωρίς ειδικό μπόνους πληρωμών	€ 4.795
GSVG (για ελεύθερους επαγγελματίες και όσους ανήκουν στο εμπορικό επιμελητήριο)	Υγειονομική και συνταξιοδοτική ασφάλιση	€ 4.795
BSVG (για αγρότες)	Υγειονομική, συνταξιοδοτική ατυχήματος ασφάλιση	€ 4.795
B-KUVG (για δημόσιους υπαλλήλους)	Υγειονομική ασφάλιση	€ 4.110

Στους χαμηλόμισθους ήτοι με εισόδημα 366,33 ευρώ μηνιαίως ή 28,13 ευρώ ημερομίσθιο, δεν υποχρεούνται σε ασφαλιστικές εισφορές και καλύπτονται από τη γενική φορολογία. Αναλυτικά τόσο η ροή της χρηματοδότησης όσο και η κατανομή των εισφορών που χρηματοδοτούν το ασφαλιστικό σύστημα.

3.4.7 Μέθοδοι και συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ

Στο σύστημα υγείας της Αυστρίας δεν υφίσταται ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, αφού ο ασθενής μπορεί να επιλέξει οποιοδήποτε ιατρό ειδικότητας επιθυμεί και είναι συμβεβλημένος, ενώ σε αντίθετη περίπτωση θα πρέπει να καταβάλλει το 20% της δαπάνης. Η Ομοσπονδία των Ταμείων κοινωνικής ασφάλισης προχωρά στη σύναψη συμβάσεων με τους επιστήμονες υγείας της ΠΦΥ, ώστε να μπορούν να παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας ικανοποιητικές στους ασφαλισμένους τους. Αυτές βέβαια θα πρέπει να εγκριθούν και από το κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης. Οι ετήσιες συμφωνίες περιλαμβάνουν, ιδίως τον όγκο αλλά τη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Σε αυτή τη βάση, καταρτίζονται ατομικές συμβάσεις ανά γιατρό, στο ιδιωτικό ιατρείο του. Ο συμβεβλημένος γιατρός αποζημιώνεται με ένα μείγμα αποζημίωσης κατά κεφαλήν για βασικές υπηρεσίες και αμοιβή για τις υπηρεσίες που υπερβαίνουν το πεδίο εφαρμογής των βασικών υπηρεσιών που έχουν συμφωνηθεί.

3.4.8 Συμπέρασμα και προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ

Μετά τη σύντομη αυτή αποτύπωση του ασφαλιστικού συστήματος της Αυστρίας και της οργάνωσης των ασφαλιστικών οργανισμών, τα βασικά συμπεράσματα είναι τα ακόλουθα:

- A. Στην οργάνωση του ΕΟΠΥΥ παρατηρούνται ομοιότητες με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς στην Αυστρία αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη, αν και η κάλυψη των εργατικών ατυχημάτων και η συνταξιοδοτική παρέχεται από διαφορετικούς οργανισμούς.
- B. Στην οργάνωση της ΠΦΥ στην Ελλάδα, παρατηρείται ότι αυτή παρέχεται από ένα μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων οι οποίοι έχουν κατά κύριο λόγο, δημόσια χρηματοδότηση, ενώ η είσοδος στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία σημείων και διαδικασιών, ενώ κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα της επιλογής μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων παρόχων ΠΦΥ. Στην Αυστρία επικρατεί παραπλήσια οργάνωση.

- Γ. Στη χρηματοδότηση του ασφαλιστικού ταμείου προκύπτει ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας συγχρηματοδοτείται κυρίως από πόρους κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck) και κρατικούς (Beveridge), ενώ οι μελετώμενοι ασφαλιστικοί οργανισμοί κυρίως από πόρους κοινωνικής ασφάλισης, δεδομένης της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας.
- Δ. Στη χρηματοδότηση της ΠΦΥ προκύπτει ότι η σχέση του ΕΟΠΥΥ με τους παρόχους είναι κυρίως συμβολαιακή (contractual), με παραπλήσια εικόνα στην Αυστρία.
- Ε. Επιπλέον, παρατηρείται και στην Αυστρία συμμετοχή του ασθενούς προκειμένου να ελεγχθεί κυρίως η δαπάνη της φαρμακευτικής περίθαλψης.

3.4.9 Βιβλιογραφία

- Boerma W., Rico A., Saltman R., (2006), *Primary care in the driver's seat*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.
- Bultman J., Gibis B., Koch-Wulkman P., (2004), "Shifting criteria for benefit decisions in social health insurance systems" in Busse R., Figueras J., Saltman R., *Social health insurance systems in western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, pp 189-206.
- Callaghan G.D., Wistow G., (2006), Publics, patients, citizens, consumers? Power and decision making in primary health care, In: *Public Administration* Vol 84, No 3, 2006 (583-601).
- Delnoij D., Greb S., Groenewegen P., (2006), "Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives" in Boerma W., Rico A., Saltman R., *Primary care in the driver's seat*, European Observatory on Health Systems and Policies Series Open University Press, pp. 184-200,
- Duran A., Ovretveit J., Schneider M., Sheiman I., (2005), "Purchasers, providers and contracts" in Figueras J., Jakubowski E., Robinson R., *Purchasing to improve health systems performance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series Open University Press, pp. 187-214.
- Hofmarcher M., Rack H., (2006), *Austria: Health system review, Health systems in transition*, European Observatory on Health System and Policies, 8 (3): 1-247.

3.5 Οργανισμοί Ασφάλισης Υγείας στις ΗΠΑ: Μελέτη περίπτωσης Kaiser Permanente

3.5.1 Περίληψη

Στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ κυρίαρχο ρόλο έχει ο ιδιωτικός τομέας, και στο περιβάλλον αυτό έχουν αναπτυχθεί μια σειρά από πρωτοποριακές μορφές οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι η διευθυνόμενη φροντίδα (Managed Care) και οι οργανισμοί διατήρησης της υγείας (Health Maintenance Organizations – HMOs) που την υλοποιούν. Ο οργανισμός Kaiser Permanente (KP) είναι αναμφισβήτητο το πιο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα επιτυχημένου HMO στις ΗΠΑ, και του οποίου το μοντέλο οργάνωσης και λειτουργίας αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλά συστήματα υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Στην παρούσα αναφορά παρουσιάζονται τα βασικότερα στοιχεία του εν λόγω οργανισμού, με έμφαση κυρίως στην οργανωτική του δομή, με σκοπό τη μεταφορά εμπειρίας και γνώσης προς όφελος του νεοσύστατου στην Ελλάδα Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

3.5.2 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, ο μεγαλύτερος Αμερικανικός οργανισμός διευθυνόμενης φροντίδας υγείας (managed care), Kaiser Permanente (KP), έχει επηρεάσει τη σκέψη των υπευθύνων χάραξης πολιτικής υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Αντιπροσωπείες από σαράντα πέντε χώρες έχουν επισκεφθεί τον οργανισμό ή έχουν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό του πρόγραμμα τα τελευταία χρόνια. Το διεθνές ενδιαφέρον για τον KP πηγάζει από τη γενική παραδοχή ότι αποτελεί ένα πολύ επιτυχημένο μοντέλο ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, αποτελεσματικής ως προς το κόστος (Ham et al., 2003; Light & Dixon, 2004). Έχει ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι στο άρθρο με ισχυρή επιρροή των Feachem et al (2002), παρουσιάζεται μια πολύ ενδιαφέρουσα σύγκριση του κόστους λειτουργίας και της απόδοσης του Βρετανικού NHS (National Health System) με τον KP στην πολιτεία της Καλιφόρνια. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι ο KP λειτουργεί πιο αποδοτικά λόγω της καλύτερης ολοκλήρωσης που παρουσιάζει, της πιο αποδοτικής διαχείρισης των νοσοκομειακών του εγκαταστάσεων, των οφελών του ανταγωνισμού αφού δραστηριοποιείται σε ένα περιβάλλον όπου επικρατεί ο ιδιωτικός τομέας, αλλά και της επένδυσης στην πληροφορική και στις τεχνολογίες επικοινωνίας.

Πρέπει από την άλλη να ληφθεί υπόψη ότι έχουν ακουστεί και αντίθετες φωνές που αμφισβητούν τα πορίσματα των ανωτέρω ερευνών, εστιάζοντας την κριτική τους κυρίως στις μεθόδους έρευνας που εφαρμόστηκαν σε αυτές (Evans, 2004; Talbot-Smith, 2004), ενώ έχει διατυπωθεί και η άποψη ότι η αξιολογημένη απόδοση του ΚΡ οφείλεται στους ανεξάντλητους πόρους που διαθέτει, και οι οποίοι του δίνουν ένα συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με τους ανταγωνιστές του. Τα μέχρι σήμερα εμπειρικά δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας δε φαίνεται να καταλήγουν σε ασφαλή συμπεράσματα για την υπεροχή ή όχι του ΚΡ, όμως δεν αμφισβητείται η άποψη ότι το μοντέλο του οργανισμού αυτού είναι άκρως ενδιαφέρον και προσφέρει πολλά στοιχεία για σκέψη και παραδειγματισμό (Strandberg-Larsen et al., 2007).

Στην Ελλάδα, το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) αποτελεί μια στρατηγικής σημασίας μεταρρύθμιση της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και της υγειονομικής περιθαλψης γενικότερα. Ιδιαίτερα υπό τις σημερινές περιοριστικές συνθήκες της οικονομικής, αλλά και της υγειονομικής κρίσης, η διασφάλιση της επάρκειας των υπηρεσιών υγείας (δεδομένης της μείωσης των πόρων) απαιτεί μεγάλης κλίμακας διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση μεταξύ άλλων και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη δημόσια υγεία. Αρωγός στις προσπάθειες αυτές οφείλει να είναι και η διεθνής εμπειρία προερχόμενη από χώρες που αντιμετώπισαν (ή/και συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν) παρόμοια προβλήματα με την Ελλάδα σε θέματα οργάνωσης, χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση, η παρούσα μελέτη, αφού πρώτα παραθέσει τα βασικά στοιχεία του συστήματος υγείας των ΗΠΑ, τα χαρακτηριστικά του managed care και των οργανισμών διατήρησης της υγείας (Health maintenance Organizations – HMOs), εξετάζει στη συνέχεια την οργάνωση και τη λειτουργία του Kaiser Permanente (ΚΡ), που είναι το πιο επιτυχημένο παράδειγμα ΗΜΟ στις ΗΠΑ.

3.5.3 Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ δεν υπάρχει σύστημα κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτούμενης από υποχρεωτικές εισφορές ή γενικότερα ευρωπαϊκού τύπου κοινωνική προστασία. Κοινωνική πολιτική ασκείται μέσω δύο ομοσπονδιακών προγραμμάτων, του Medicare και του Medicaid, τα οποία φέρουν το χαρακτήρα κοινωνικής προστασίας σε θέματα υγείας. Η έλλειψη ενός εθνικού φορέα κοινωνικής ασφάλισης και η ταχύτατη αύξηση των δαπα-

νών υγείας, δεδομένου ότι οι ΗΠΑ δαπανούν το υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, με συνεχείς διευρύνσεις των κοινωνικών ανισοτήτων, οδήγησαν στην αναζήτηση πολιτικών συγκράτησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες επέφεραν σημαντικές αλλαγές στην αγορά των ΗΠΑ. Οι αλλαγές αυτές αποτέλεσαν τους άξονες μεταρρυθμίσεων και σε διεθνές επίπεδο.

Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ είναι μεικτό και περιλαμβάνει τόσο ιδιωτική όσο και δημόσια ασφάλιση, ωστόσο ο κυρίαρχος ρόλος σαφώς να ανήκει στον ιδιωτικό τομέα. Η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας γίνεται μέσω προγραμμάτων ασφάλισης στην εργασία τους, προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης, ή με προγράμματα που χρηματοδοτούν οι ίδιοι από το διαθέσιμο εισόδημά τους. Συγκεκριμένα, 149 εκατομμύρια πολίτες (ή 45 % του συνόλου του πληθυσμού των ΗΠΑ) ασφαλιζονται μέσω της εργασίας τους, περίπου 122 εκατομμύρια (36,8%) λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, και συγκεκριμένα 48 εκατομμύρια (14,5%) από το Medicare, 69 εκατομμύρια (20,8%) από το Medicaid, και 5 εκατομμύρια (1,5%) από το Children's Health Insurance Program (CHIP). Τέλος, περίπου 11 εκατομμύρια πολίτες (3,3%), πληρώνουν προγράμματα ασφάλισης από το οικογενειακό τους εισόδημα ενώ 49 εκατομμύρια (14,8%) είναι χωρίς ασφάλιση.

Όσον αφορά στα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, το Medicaid απευθύνεται σε άτομα χαμηλού εισοδήματος και σε άτομα με αναπηρία. Σύμφωνα με ομοσπονδιακό νόμο, οι πολιτείες πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των γυναικών που κυοφορούν, των παιδιών, των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία και των γονέων, εφόσον οι ίδιοι αδυνατούν να το κάνουν με δικά τους μέσα. Άτεκνα άτομα δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα. Το σύστημα χρηματοδοτείται κατά 50% από την κεντρική κυβέρνηση και κατά το υπόλοιπο από τις πολιτείες. Η κυβέρνηση αναπληρώνει επίσης κατά ένα ποσοστό τις ανάγκες των φτωχότερων πολιτειών και έτσι η συνολική συμμετοχή της ανεβαίνει στο 57%. Το Medicaid προσφέρει ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η φαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, επειδή το ποσό της πληρωμής είναι χαμηλό, ελάχιστα ιατρεία είναι συμβεβλημένα και οι δικαιούχοι δυσκολεύονται να αποκτήσουν πρόσβαση.

Το Medicare είναι ένα ομοσπονδιακό πρόγραμμα που καλύπτει άτομα άνω των 65 ετών καθώς άλλους με αναπηρία και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από την κεντρική κυβέρνηση, με χρήματα που προέρχονται από

ομοσπονδιακούς φόρους, έναν φόρο απασχόλησης που βαρύνει εργοδότες και εργαζόμενους καθώς και τις εισφορές εγγραφής των δικαιούχων. Το σύστημα διαιρείται σε τρία υποσυστήματα, που καλύπτουν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, τις επισκέψεις σε γιατρούς και τη συνταγογράφηση φαρμάκων αντίστοιχα. Ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών υγείας, όπως τα μαιευτήρια, η προληπτική ιατρική, η οδοντιατρική και η υγεία των ματιών και των αυτιών παραμένουν εκτός κάλυψης, και έτσι η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων αναγκάζεται να καταφύγει σε πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση.

Οι προβληματισμοί γύρω από την παροχή φροντίδας στις ΗΠΑ δε διαφέρουν από εκείνους σε άλλες χώρες. Και εδώ τα θέματα ισότητας, οικονομίας, ποιότητας, πρόσβασης, αποδοτικής χρήσης των πόρων και καλών κλινικών αποτελεσμάτων είναι στην κορυφή της ατζέντας και ορίζουν τη συζήτηση. Η πολιτική οργάνωση της χώρας επιτρέπει πολύ συχνά διαφορετικές προσεγγίσεις προς κοινούς όμως στόχους (51 πολιτείες δημιουργούν διαφορετικά συστήματα διοίκησης). Αυτό οδηγεί στην υιοθέτηση των καλύτερων πρακτικών και από άλλους, αφού οι ΗΠΑ έχουν φέρει στο τραπέζι και στην πράξη μια σειρά από ενδιαφέρουσες και πρωτοποριακές μορφές οργάνωσης και χρηματοδότησης, όπως είναι το managed care και το managed competition, τα DRGs, τα HMOs, PPOs, POSs κ.λπ. Είναι προφανές πως αυτές οι καινούργιες προσεγγίσεις επηρεάζουν την πολιτική υγείας και σε άλλες χώρες.

3.5.4 Διευθυνόμενη Φροντίδα

Η διευθυνόμενη φροντίδα (Managed Care) αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ προκειμένου να αντιμετωπιστούν μια σειρά από προβλήματα του συστήματος υγείας όπως η έλλειψη συνοχής ως αποτέλεσμα της οργανωτικής πολυδιάσπασης, η ανυπαρξία της πρόληψης, οι υπάρχουσες διαφορές στο επίπεδο και την έκταση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας κατά την νοσηλεία των ασθενών, αλλά κυρίως η υπερκατανάλωση πόρων του συστήματος υγείας χωρίς την ανάλογη προσφορά υπηρεσιών. Η ιδέα του Managed Care ξεκινά στις αρχές του 20^{ου} αιώνα όταν στα πλαίσια των μεγάλων τότε έργων υποδομής όπως σιδηρόδρομοι, ορυχεία, λατομία, κ.ά., υποχρεώνονταν οι κατασκευάστριες εταιρίες να οργανώσουν δικές τους ιατρικές υπηρεσίες ή να συμβληθούν με ιατρικές ομάδες, καταβάλλοντας εκ των προτέρων ένα σταθερό ποσό ανά εργάτη για ορισμένο χρονικό διάστημα ανεξαρτήτως των υπηρεσιών που θα χρησιμοποιούνταν, για την περιθαλψη των εργατών (Fairfield et al, 1997).

Μέχρι το 1930, οι προπληρωμένες ομάδες άσκησης της ιατρικής ως προϊόν συμφωνίας εργοδοτών και εργαζομένων, ήταν κάτι πολύ συνηθισμένο στις ΗΠΑ και η έλευση του Β' Παγκοσμίου Πολέμου συνέβαλε στη μεγαλύτερη εξάπλωση τους. Παρά την ενθάρρυνση της κυβέρνησης των ΗΠΑ, οι προπληρωμένες ομάδες αναπτύχθηκαν με σχετικά αργούς ρυθμούς εξαιτίας της μεγάλης αντίδρασης του ιατρικού σώματος, που έβλεπε την ανάπτυξη τους ως απειλή εναντίον της ελεύθερης άσκησης της ιατρικής και κατά των εισοδημάτων τους. Όμως και οι ασθενείς ήταν απρόθυμοι να εγκαταλείψουν τον παραδοσιακό τρόπο ιατρικής, εξαιτίας του περιορισμού της ελευθερίας επιλογής γιατρού. Το Managed Care φαίνεται να αντικρούει βασικές αρχές του φιλελεύθερου συστήματος, με τους περιορισμούς που επιβάλλει στη χρήση των πόρων και με τον έλεγχο και τη διεύθυνση της συμπεριφοράς των βασικών μετόχων (γιατρών και ασθενών), και κατά βάση μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι δεν ταιριάζει με την κουλτούρα των Αμερικανών.

Επιχειρώντας έναν ορισμό για το Managed Care, αρχικά πρέπει να αποσαφηνιστεί ότι δεν πρόκειται για μια συγκεκριμένη δραστηριότητα αλλά για μια διαδικασία αποτελούμενη από φάσμα δραστηριοτήτων και ενεργειών σε ένα μεγάλο εύρος οργανωτικών δομών. Το πλαίσιο λειτουργίας είναι μεταβαλλόμενο, υπό το πρίσμα των συνεχών αλλαγών που συντελούνται στην κλινική πρακτική, ωστόσο σταθερός και αμετάβλητος στόχος παραμένει η προσπάθεια να επηρεαστεί η συμπεριφορά του ιατρικού σώματος και των άλλων επαγγελματιών υγείας, ώστε να περιοριστεί η περιττή φροντίδα και να εξασφαλιστεί η αποτελεσματική κλινική πρακτική σε σχέση με το κόστος. Το σημαντικότερο στοιχείο των οργανισμών του Managed Care είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένο αριθμό μελών με σταθερό μηνιαίο ασφάλιστρο για την αποζημίωση των προμηθευτών (αναλαμβάνοντας παράλληλα και το όποιο οικονομικό ρίσκο) με αποτέλεσμα να λειτουργούν με σταθερό προϋπολογισμό. Έτσι, και ενώ στο παραδοσιακό σύστημα της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση, οι περισσότερες επισκέψεις ισοδυναμούν με περισσότερα κέρδη, εδώ δε συμβαίνει κάτι ανάλογο. Επομένως, σαν μορφή οργάνωσης είναι στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης και του προβλήματος της προκλητής ζήτησης, αφού ο πάροχος υπηρεσιών υγείας έχει προφανές κίνητρο να περιορίσει τις προσφερόμενες ιατρικές πράξεις στις απολύτως απαραίτητες. Έτσι μπορεί να επιτευχθεί μείωση του κόστους από την αποφυγή των λιγότερο απαραίτητων εισαγωγών στα νοσοκομεία και την παραπομπή τους σε φθηνότερες εναλλακτικές λύσεις, καθώς και από τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας.

Οι οργανισμοί που υλοποιούν το Managed Care, φέροντας το βάρος των οικονομικών κινδύνων της ιατρικής φροντίδας, έχουν το κίνητρο να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με αποδοτικό τρόπο, ώστε να παραμείνουν βιώσιμοι, ανταγωνιζόμενοι και στην ποιότητα και στο κόστος. Πρέπει να επιτύχουν μια δύσκολη ισορροπία μεταξύ του ελέγχου του κόστους, των διοικητικών διαδικασιών και της ιατρικής πρακτικής. Το Managed Care υλοποιείται κυρίως από δύο είδη οργανισμών: i) Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας - Health Maintenance Organizations (HMOs) και ii) Οργανισμούς Επιλεγμένων Προμηθευτών - Preferred Provider Organizations (PPOs). Τα διαφορετικά μοντέλα των οργανισμών αυτών διακρίνονται από την έκταση που παίρνουν οι λειτουργίες της ασφάλισης και της παροχής των υπηρεσιών υγείας και από το καθεστώς απασχόλησης των προμηθευτών από τον οργανισμό (Robinson & Steiner, 1998).

Health Maintenance Organizations (HMOs)

Η πιο γνωστή οργανωτική και χρηματοδοτική πολιτική συγκράτησης του κόστους στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη είναι οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMOs). Οι HMOs θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ομάδες γιατρών που προσφέρουν υπηρεσίες σε ένα σύνολο εγγεγραμμένων σε εθελοντική βάση ατόμων, για συγκεκριμένη χρονική περίοδο, συνήθως ένα έτος, και αμείβονται βάσει μιας ετήσιας προκαταβαλλόμενης και προκαθορισμένης συνδρομής. Είναι μια εναλλακτική μορφή οργάνωσης, παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας που μέσα από την παροχή κινήτρων, ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό. Πέραν των επιμέρους πολλών διαφοροποιήσεων που παρουσιάζουν σήμερα οι HMOs, τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι τα εξής:

- Η προσφορά συγκεκριμένης δέσμης υπηρεσιών υγείας, σε προκαθορισμένη τιμή και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- Η τιμή προκαθορίζεται και προκαταβάλλεται ανεξαρτήτως της ποσότητας των υπηρεσιών που κατανάλωσε ο ασθενής, και είναι συνάρτηση κάποιων χαρακτηριστικών του υπό κάλυψη πληθυσμού, όπως φύλο, ηλικία, κατάσταση υγείας, κ.λπ.
- Ο κάθε εν δυνάμει αγοραστής έχει την ευχέρεια να επιλέξει εκείνη τη δέσμη υπηρεσιών που κρίνει ότι ανταποκρίνεται στις ανάγκες της υγείας του και βέβαια είναι μέσα στα πλαίσια των οικονομικών του δυνατοτήτων. Τα “πακέτα” αυτά προσφέρουν συνήθως ολοκληρωμένη ιατρική κάλυψη μέσω των ίδιων των γιατρών του HMO.
- Έχουν καθορισμένο προϋπολογισμό και αναλαμβάνουν οικονομικούς κινδύνους.

3.5.5 Η χρηματοδότηση των ΗΜΟs

Οι ΗΜΟs είναι συνήθως ιδιωτικοί -κερδοσκοπικοί ή όχι χαρακτήρα- οργανισμοί και συνδυάζουν την ασφάλιση και την περίθαλψη. Τα έσοδά τους αποτελούν συνάρτηση του προκαταβαλλόμενου ασφαλιστρού επί τον αριθμό των μελών που μπορεί να εγγράφονται ατομικά, επιλέγοντας οι ίδιοι το πρόγραμμα που τους ικανοποιεί και καταβάλλοντας το ασφαλιστρο, ή συλλογικά και μέσω της εργοδοσίας τους που διαπραγματεύεται και πληρώνει το ασφαλιστρο. Οι ΗΜΟs είναι υποχρεωμένοι να εργαστούν στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου προϋπολογισμού, αναλαμβάνοντας ουσιαστικά τον οικονομικό κίνδυνο να προσφέρουν όλες εκείνες τις υπηρεσίες που η υγεία των μελών τους θα απαιτήσει για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Επιχειρούν την τροποποίηση της κλινικής συμπεριφοράς των γιατρών με σκοπό τον περιορισμό περιττών υπηρεσιών και την υιοθέτηση αποδοτικών πρακτικών. Η κλινική πρακτική είναι δυνατό να μεταβληθεί με τρεις τρόπους: την ανάπτυξη δικτύων, την παροχή κινήτρων και τη σύνταξη οδηγιών. Η ιατρική φροντίδα που προσφέρεται και χρηματοδοτείται από τους ΗΜΟs κοστίζει λιγότερο από την παραδοσιακή ασφάλιση υγείας, αποτέλεσμα κυρίως της ουσιαστικής μείωσης του αριθμού των ημερών νοσηλείας και της δυνατότητάς τους να επιτυγχάνουν μείωση τιμών, αγοράζοντας μεγάλο όγκο νοσοκομειακών, ιατρικών, φαρμακευτικών και εργαστηριακών υπηρεσιών. Τέλος, σημείο κλειδί στους ΗΜΟs είναι η χρησιμοποίηση γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ρόλο συντονιστή και ελεγκτή (gatekeeper) προς τις ειδικές υπηρεσίες υγείας.

3.5.6 Πλεονεκτήματα / Μειονεκτήματα

Οι καλύτεροι ΗΜΟs έχουν αναπτύξει πρωτοποριακές τεχνικές κατανομής των πόρων και μέτρησης των αποτελεσμάτων τους. Τα πλεονεκτήματα που τους αποδίδονται είναι (Folland, Goodman & Stano, 2010):

- ♦ Η δυνατότητα μείωσης του όγκου και της έντασης της φροντίδας, που αποφέρει σημαντική περικοπή του κόστους. Σε αντίθεση με το παραδοσιακό σύστημα της κατά πράξη αμοιβής, οι ΗΜΟs δεν έχουν κίνητρο να παρέχουν περιττές υπηρεσίες.
- ♦ Η δυνατότητα αντικατάστασης υπηρεσιών υψηλού κόστους με άλλες χαμηλότερου κόστους, και η στροφή προς τις υπηρεσίες πρόληψης.
- ♦ Εκμεταλλεύονται ευκολότερα τις οικονομίες κλίμακας, αφού λόγω του μεγάλου συνήθως μεγέθους τους μπορούν να αξιοποιούν καλύτερα τις υπηρεσίες και τον εξοπλισμό τους.

- ♦ Έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλονται με μικρότερες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και ανεξάρτητους γιατρούς, μειώνοντας το κόστος.
- ♦ Οι μεγάλοι ΗΜΟs έχουν τη δύναμη να διαπραγματεύονται μειωμένες τιμές από τους προμηθευτές τους, νοσοκομεία, γιατροί, φαρμακευτικές εταιρίες.
- ♦ Έχουν περισσότερα κίνητρα για μέτρηση της λειτουργίας τους και ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχων της ιατρικής συμπεριφοράς.
- ♦ Υιοθετούν ευκολότερα και διαχειρίζονται αποδοτικότερα τη νέα τεχνολογία, που είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας παγκοσμίως.
- ♦ Στρέφονται και προς την προληπτική φροντίδα για τη μείωση της ανάγκης για μελλοντικές ακριβές υπηρεσίες υγείας.

Οι ΗΜΟs έχουν όμως δεχτεί και κριτική που επικεντρώνεται:

- ♦ Στη δυνατότητα που έχουν να επιλέγουν τα μέλη τους.
- ♦ Στην περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού, αν και οι περισσότεροι οργανισμοί σήμερα προσφέρουν περισσότερες δυνατότητες επιλογής.
- ♦ Στον αυστηρό έλεγχο της συμπεριφοράς του γιατρού, που μπορεί να έχει επιπτώσεις στις προσφερόμενες, προς τον ασθενή, υπηρεσίες υγείας.
- ♦ Ελλοχεύει ο κίνδυνος ελλιπούς παροχής υπηρεσιών.
- ♦ Στην έλλειψη ενημέρωσης και πληροφόρησης.

Τύποι ΗΜΟ

Ανάλογα με τη σχέση των γιατρών με τον οργανισμό οι ΗΜΟ διακρίνονται σε:

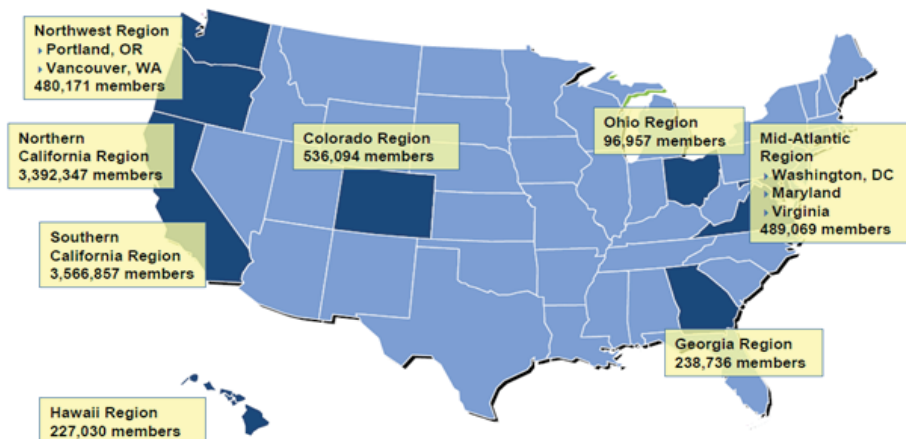
- ♦ **Staff model** όπου υπάρχει πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών, ως υπάλληλοι του οργανισμού που αμείβονται με μισθό από τα έσοδα των ασφαλιστών. Είναι οι άμεσοι εργοδότες του κλινικού προσωπικού, με ευχέρεια να προσλαμβάνουν και να διατηρούν το προσωπικό που συμμορφώνεται με τις πρακτικές του οργανισμού και να απολύουν τους υπόλοιπους. Οι γιατροί δεν αναλαμβάνουν συνήθως κανένα οικονομικό κίνδυνο από την κατάχρηση των υπηρεσιών. Οι ΗΜΟs με μόνιμο προσωπικό έχουν δυνατότητα να εφαρμόζουν ακριβέστερα τα πρωτόκολλα φροντίδας των ασθενών.

- ♦ **Group model**, όπου οι γιατροί είναι έμμεσοι υπάλληλοι των ΗΜΟ μέσω της ιατρικής κοινοπραξίας που τους εκπροσωπεί. Ο ΗΜΟ αποζημιώνει την ιατρική κοινοπραξία, η οποία με τη σειρά της αμείβει κάθε μέλος της είτε με μισθό είτε κατά κεφαλή και ένα ποσοστό από τα κέρδη ή με κάποιο μικτό σύστημα μισθού και πριμ ανάλογα με την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί για κάθε γιατρό. Η ιατρική κοινοπραξία μπορεί να είναι ακόμη υπεύθυνη για τη σύμβαση και αποζημίωση με άλλα νοσοκομεία και προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, που δεν παρέχει η ίδια αλλά κρίνονται απαραίτητες για την κατάλληλη θεραπεία του ασθενή. Ο Kaiser Permanente είναι το πιο επιτυχημένο παράδειγμα Group model ΗΜΟ.
- ♦ **Network model ή independent practice association model**. Ο ΗΜΟ οικοδομεί ένα δίκτυο από ήδη υπάρχοντα ιατρεία και γιατρούς και συμβάλλεται με αυτούς για να παρέχουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του. Όσοι εγγράφονται στο πρόγραμμα πρέπει να επιλέξουν ένα γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας μεταξύ των μελών του δικτύου. Οι προμηθευτές διατηρούν το δικαίωμα να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε άλλους ΗΜΟs ή ακόμα σε άλλους ασθενείς αμειβόμενοι κατά πράξη (Fairfield, 1997).

3.5.7 Η Κοινοπραξία Διευθυνόμενης Φροντίδας Υγείας Kaiser Permanente

Ο Kaiser Permanente (ΚΡ) αποτελεί τη μεγαλύτερη μη κερδοσκοπική κοινοπραξία διευθυνόμενης φροντίδας υγείας (managed care consortium) στις ΗΠΑ. Ιδρύθηκε το 1945 από τους Henry J. Kaiser, βιομήχανο, και Sidney Garfield, γιατρό, και εδρεύει στην πόλη Όκλαντ της Καλιφόρνια. Λειτουργεί σε οκτώ πολιτείες και στην περιοχή της πρωτεύουσας Washington D.C. (εικόνα 3.5.1), μέσα σε ένα άκρως ανταγωνιστικό περιβάλλον λόγω της παρουσίας ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών καθώς και των ομοσπονδιακών προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας Medicare και Medicaid. Καλύπτει 9 εκατομμύρια ασφαλισμένους, απασχολεί 173,000 εργαζομένους (μεταξύ των οποίων και 48.000 νοσηλευτές), συνεργάζεται με 17.000 γιατρούς, 37 ιατρικά κέντρα και 611 ιατρεία. Η κατανομή των μελών του ΚΡ, ως προς τον τρόπο ασφάλισης τους, είναι 6.930.000 περίπου άτομα (77% του συνόλου των ασφαλισμένων του) από προγράμματα εργοδοτών, 1.620.000 (18%) από τα Medicare/Medicaid, και 450.000 (5%) πληρώνοντας με δικά τους χρήματα.

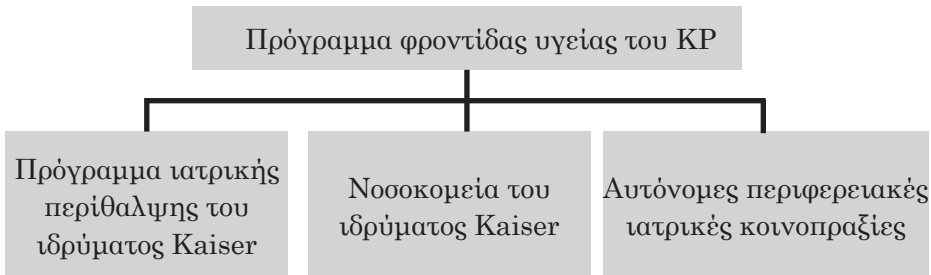
Εικόνα 3.5.1: Περιφερειακή κατανομή μελών του Kaiser Permanente (στοιχεία Ιανουαρίου 2012)



3.5.8 Οργανωτική δομή ΚΡ

Η δομή του ΚΡ βασίζεται σε διακριτές μεν, αλλά συνεργαζόμενες οντότητες, μέσω των οποίων επιτυγχάνεται το ζητούμενο της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (διάγραμμα 3.5.1). Η παρουσίαση της οργανωτικής δομής του ΚΡ εστιάζεται κυρίως στην περιφερειακή ενότητα της Βορείου Καλιφόρνια (Kaiser Permanente Northern California – ΚΡΝΚ) που αποτελεί τη μεγαλύτερη περιφέρεια δραστηριοποίησης του οργανισμού. Η συγκεκριμένη δομή υιοθετήθηκε το 1955 και ακολουθείται έκτοτε. Πρόκειται για κοινοπραξία των εξής τριών ξεχωριστών αλλά αλληλοεξαρτώμενων ομάδων (εικόνα 2): i) το πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης του ιδρύματος Kaiser (Kaiser Foundation Health Plan - ΚΦΗΡ) και τις περιφερειακές του θυγατρικές όπου με συνεργασία εργοδοτών, εργαζομένων και ανεξάρτητων μελών προσφέρονται προπληρωμένα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης, ii) τα νοσοκομεία του ιδρύματος Kaiser (Kaiser Foundation Hospitals) και iii) τις αυτόνομες περιφερειακές ιατρικές κοινοπραξίες (autonomous regional Permanente Medical Groups) που οργανώνουν και παρέχουν ιατρική φροντίδα για τα μέλη του ΚΦΗΡ στην αντίστοιχη περιφέρεια. Η πρώτη από αυτές τις κοινοπραξίες ιδρύθηκε στη Β. Καλιφόρνια το 1948.

Διάγραμμα 3.5.1: Το μοντέλο οργάνωσης του Kaiser Permanente



3.5.9 Οργάνωση ΠΦΥ

Ο ΚΡ παρέχει πλήρεις ιατρικές υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του όπως νοσοκομειακές εισαγωγές, περιπατητική και προληπτική φροντίδα, επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα, οπτομετρία, αποκατάσταση και κατ'οίκον φροντίδα (Feachem et al., 2002). Ένας τυπικός ασθενής που χρειάζεται πρωτοβάθμια φροντίδα, λόγω π.χ. μιας χρόνιας νόσου, θα λάβει περίθαλψη ως εξωτερικός ασθενής σε ιατρικό κέντρο το οποίο διαθέτει όλες τις απαραίτητες εγκαταστάσεις και προσωπικό (π.χ. παιδίατροι, παθολόγοι, γεροντολόγοι, νοσηλεύτες, εκπαιδευτές υγείας, διοικητικό προσωπικό), φαρμακείο και τμήμα επειγόντων περιστατικών. Το κέντρο διαθέτει επίσης πλήρως εξοπλισμένα εργαστήρια στα οποία έχουν πρόσβαση οι γιατροί του. Όταν κριθεί απαραίτητο, ο ασθενής μπορεί να εισαχθεί σε νοσοκομείο (του οργανισμού), όπου θα λάβει περαιτέρω περίθαλψη, ενώ μπορεί να του προσφερθούν και υπηρεσίες αποκατάστασης σε εξειδικευμένο κέντρο εκτός νοσοκομείου, γνωστό ως Skilled Nursing Facility (SNIF). Ο ΚΡ συμβάλλεται με τα SNIF που λειτουργούν ως ανεξάρτητοι οργανισμοί. Η ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών μέσα στον οργανισμό καθίσταται δυνατή χάρη στην ομαδοκεντρική προσέγγιση που έχει υιοθετηθεί, στη διεπιστημονικότητα των ιατρικών κέντρων και στην ανταλλαγή πληροφορησης ανάμεσα στους παρόχους μέσω συστήματος ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου που ονομάζεται *KP HealthConnect*, και επιτρέπει την πλήρη διαχείριση των ασθενών και την αμφίδρομη επικοινωνία (Scott et al., 2005).

3.5.10 Χρηματοδότηση του ΚΡΝΚ

Η χρηματοδοτική δομή του ΚΡΝΚ ορίζει το πλαίσιο για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Αναφορικά με τις τρεις διακριτές ενότητες που συγκροτούν τη βασική δομή του οργανισμού, το Health Plan είναι ουσιαστικά το κομμάτι που αφορά στην ασφάλιση, ενώ τα νοσοκομεία και

οι ιατρικές ομάδες παρέχουν όλες τις ιατρικές υπηρεσίες. Από την οπτική του ασφαλισμένου, τα συμβεβλημένα νοσοκομεία και ιατρεία θεωρούνται ενιαίος οργανισμός που συχνά αναφέρεται ως “Kaiser”. Το Health Plan και τα νοσοκομεία λειτουργούν μη κερδοσκοπικά, ενώ αντίθετα τα ιατρεία (δηλ. οι περιφερειακές ιατρικές κοινοπραξίες) λειτουργούν ως κερδοσκοπικοί οργανισμοί στις αντίστοιχες περιφέρειες τους.

Η χρηματοδότηση προέρχεται από τα ασφάλιστρα και τα συγκεκριμένα ποσά που πρέπει να πληρώσει ο δικαιούχος για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία (co-payments), τα οποία αναδιανέμονται στα ιατρικά κέντρα και κοινοπραξίες ιατρών σύμφωνα με τα ετήσια συμβόλαια που έχουν υπογραφεί. Όλοι οι γιατροί στο *The Permanente Medical Group* (TPMG) αμείβονται με μισθό. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία (2011), το Health Plan του μη κερδοσκοπικού Ιδρύματος Kaiser και τα νοσοκομεία του ιδρύματος παρουσίασαν κύκλο εργασιών 47,9 δις δολάρια από τα οποία καθαρά έσοδα τα 1,6 δις, συγκριτικά με τα 44,2 δις και 1,2 δις αντίστοιχα το 2010. Τα έσοδα διαμορφώνονται στο μεγαλύτερο μέρος τους από τα ασφάλιστρα των μελών και δευτερευόντως από το Medicare και άλλες πηγές όπως τα co-payments, τα ποσά που πρέπει να πληρώσει ο ασθενής πριν ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική του κάλυψη (deductibles), κ.ά.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασφαλισμένων

Από το 1993 και κάθε τρία χρόνια, ο τομέας έρευνας του KP πραγματοποιεί έρευνα, γνωστή ως *Member Health Survey*, με σκοπό να προσδιοριστούν τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασφαλισμένων στην περιφέρεια της Βόρειας Καλιφόρνια, η οποία έχει 3,4 εκατομμύρια εγγεγραμμένους και αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα. Η συλλογή των στοιχείων γίνεται ταχυδρομικά σε τυχαίο δείγμα μελών του οργανισμού στη συγκεκριμένη περιφέρεια, και οι πληροφορίες είναι πάντα εμπιστευτικές. Εκτός από τα βασικά δημογραφικά στοιχεία, διερευνώνται η αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας, οι τυχόν υπάρχουσες νόσοι, συμπεριφορές υγείας και παράγοντες κινδύνου, η χρήση επιλεγμένων φαρμάκων και συμπληρωμάτων διατροφής και συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες. Επίσης γίνονται και ερωτήσεις για τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, του διαδικτύου και επικοινωνίας με e-mail, αφού ο οργανισμός δίνει προτεραιότητα στην αξιοποίηση της τεχνολογίας για την επικοινωνία με τους ασφαλισμένους του.

Η έρευνα του 2008 (Gordon, 2008) είναι η πιο πρόσφατη, αφού τα πλήρη στοιχεία από την αντίστοιχη του 2011 δεν έχουν ακόμη δημοσιευτεί. Εστάλησαν 42.000 ερωτηματολόγια σε στρωματοποιημένο δείγμα ενηλίκων ασφαλισμένων του Kaiser Permanente που κατοικούσαν στη Β. Καλιφόρνια, και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 40,5% (16.960/41.913 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Βάσει των απαντήσεων εκτιμήθηκαν τα αντίστοιχα ποσοστά για το σύνολο της περιφέρειας. Τα ποσοστά ανταπόκρισης στην έρευνα με βάση το φύλο και την ηλικιακή ομάδα φαίνονται στον Πίνακα 3.5.1. Φαίνεται ότι σαφώς μεγαλύτερη προθυμία να συμμετάσχουν είχαν οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας; (>65 ετών) σε σχέση με τους νεότερους, ενώ δεν παρατηρήθηκαν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των φύλων.

Πίνακας 3.5.1: *Ανταπόκριση στην έρευνα ως προς το φύλο και την ηλικιακή ομάδα*

Φύλο	Ηλικιακή Ομάδα			
	20-44	45-64	> 65	Σύνολο
Γυναίκες	3119/9743 (32,0%)	2940/6303 (46,6%)	3402/4933 (69,0%)	9461/20979 (45,1%)
Άνδρες	1758/9692 (18,1%)	2308/6303 (36,6%)	3433/4939 (69,5%)	7499/20934 (35,8%)

Πηγή: Τμήμα Ερευνών Kaiser Permanente, 2008

Η εκτίμηση της κατανομής των ασφαλισμένων του Kaiser Permanente στην περιφέρεια της Β. Καλιφόρνια ανά φυλή παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.5.2. Αναμενόμενα, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απαρτίστηκε από λευκούς, με δεύτερη σε πλήθος φυλή τους Ασιάτες (Φιλιππινέζοι και μετά Κινέζοι).

Πίνακας 3.5.2: Εκτίμηση κατανομής ασφαλισμένων ανά φυλή

Φυλή	Ηλικιακή Ομάδα											
	20-44			45-64			> 65			Σύνολο		
	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
Λευκοί	49,7	50,0	49,9	64,9	65,2	65,0	76,6	76,7	76,7	60,3	60,1	60,2
Αφρο-Αμερικανοί	6,2	5,1	5,7	6,8	5,9	6,4	6,5	4,5	5,7	6,5	5,3	5,9
Ισπανόφωνοι	17,8	17,6	17,7	9,5	10,4	9,9	5,6	6,8	6,1	12,5	13,2	12,8
Ασιάτες	22,6	24,4	23,5	15,9	15,1	15,6	9,5	10,1	9,8	17,7	18,6	18,1
Άλλοι	3,7	2,8	3,3	2,9	3,4	3,1	1,8	1,8	1,7	3,0	2,9	3,0

Πηγή: Τμήμα Ερευνών Kaiser Permanente, 2008

Η εκτίμηση του επιπέδου μόρφωσης των ασφαλισμένων του Kaiser Permanente στην περιφέρεια της Β. Καλιφόρνια παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.5.3. Στις νεότερες ηλικίες φάνηκε ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος να έχει τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Πίνακας 3.5.3: Εκτίμηση κατανομής ασφαλισμένων ανά επίπεδο μόρφωσης

Επίπεδο Μόρφωσης	Ηλικιακή Ομάδα											
	20-44			45-64			> 65			Σύνολο		
	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
< 12 έτη	1,9	2,7	2,3	2,4	3,8	3,1	10,7	9,1	10,0	3,7	4,1	3,9
Δύκαιο	10,4	15,3	12,8	14,5	15,2	14,8	29,0	18,7	24,5	15,3	15,8	15,5
Μεταλυκειακή εκπ/ση	37,6	35,4	36,6	40,2	38,3	39,3	34,3	33,1	33,7	38,0	36,2	37,1
Κολλέγιο	50,0	46,6	48,3	42,9	42,8	42,9	26,1	39,1	31,8	43,0	43,9	43,5

Πηγή: Τμήμα Ερευνών Kaiser Permanente, 2008

Η εκτίμηση της κλίμακας ετησίου εισοδήματος των ασφαλισμένων του Kaiser Permanente στην περιφέρεια της Β. Καλιφόρνια παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.5.4.

Πίνακας 3.5.4: Εκτίμηση κατανομής ασφαλισμένων ανά κλίμακα ετησίου εισοδήματος

Ετήσιο εισόδημα (2007)	Ηλικιακή Ομάδα											
	20-44			45-64			> 65			Σύνολο		
	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
< \$15,000	5,2	4,8	5,0	3,1	2,5	2,8	12,7	4,3	8,9	5,7	3,8	4,8
\$15,001-\$25,000	5,4	3,5	4,5	4,5	3,3	3,9	18,3	10,2	14,7	7,2	4,5	5,9
\$25,001-\$35,000	7,5	6,7	7,1	5,8	5,0	5,4	18,1	13,5	16,0	8,6	7,1	7,9
\$35,001-\$50,000	16,0	14,1	15,1	12,0	10,3	11,2	17,3	18,6	17,9	14,7	13,3	14,1
\$50,001-\$65,000	11,7	12,8	12,2	11,7	10,6	11,1	9,5	14,4	11,7	11,3	12,2	11,7
\$65,001-\$80,000	13,2	14,4	13,8	15,8	12,8	14,4	8,5	12,4	10,3	13,4	13,5	13,5
\$80,001-\$100,000	13,0	12,8	12,9	15,0	15,0	15,0	7,3	10,9	9,0	12,8	13,3	13,1
\$100,000-\$150,000	17,6	20,0	18,7	19,1	22,5	20,7	5,4	10,4	7,7	16,1	19,5	17,7
> 150,000	10,5	11,0	10,7	13,0	18,0	15,4	2,7	5,1	3,8	10,1	12,8	11,4

Η εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης των ασφαλισμένων του Kaiser Permanente στην περιφέρεια της Β. Καλιφόρνια παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.5.5.

Πίνακας 3.5.5: Εκτίμηση κατανομής ασφαλισμένων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Ηλικιακή Ομάδα											
	20-44			45-64			> 65			Σύνολο		
	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
Έγγαμοι / Συζούν	77,0	72,8	75,0	76,5	82,6	79,4	48,9	79,6	62,4	71,8	77,6	74,5

Πηγή: Τμήμα Ερευνών Kaiser Permanente, 2008

Η εκτίμηση της επαγγελματικής κατάστασης των ασφαλισμένων του Kaiser Permanente στην περιφέρεια της Β. Καλιφόρνια παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.5.6.

Πίνακας 3.5.6: Εκτίμηση κατανομής ασφαλισμένων ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Επαγγελματική κατάσταση	Ηλικιακή Ομάδα											
	20-44			45-64			> 65			Σύνολο		
	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
Εργαζόμενοι	78,8	86,9	82,7	73,0	78,2	75,5	11,3	15,7	13,2	64,5	72,3	68,2
Άνεργοι	2,8	3,8	3,3	1,8	3,9	2,8	0,3	0,5	0,4	2,0	3,3	2,6
Οικιακά	11,0	1,2	6,3	6,8	0,5	3,8	10,1	0,6	5,9	9,3	0,9	5,3
Φοιτητές	5,2	5,5	5,3	0,6	0,2	0,4	0,4	0,1	0,3	2,6	2,6	2,6
Συνταξιούχοι / Ανίκανοι για εργασία	1,9	2,5	2,2	17,1	17,1	17,1	75,8	82,2	78,7	20,9	20,7	20,8

Πηγή: Τμήμα Ερευνών Kaiser Permanente, 2008

Κατανομή ιατρών ανά ειδικότητα και σύνδεση με τον πληθυσμό ευθύνης

Με τον Kaiser Permanente συνεργάζονται ιατροί κάθε ειδικότητας για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων του οργανισμού. Στον πίνακα 3.5.7 παρουσιάζεται, για την περιφέρεια της Β. Καλιφόρνια, η ποσοστιαία κατανομή των ιατρών στις 30 πιο «δημοφιλείς» ειδικότητες, που αντιστοιχούν περίπου στο 94% του συνόλου των συνεργαζόμενων ιατρών στη συγκεκριμένη περιφέρεια. Στον ίδιο πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός των γιατρών κάθε ειδικότητας ανά 1.000 κατοίκους για τον αντίστοιχο πληθυσμό ευθύνης. Η ειδικότητα με τους περισσότερους διαθέσιμους γιατρούς για τους ασφαλισμένους στον ΚΡ είναι η παθολογία (13,4%) και μετά η ψυχιατρική (9,7%). Οι δυο αυτές ειδικότητες, μαζί με την παιδιατρική (7,7%), την μαιευτική/γυναικολογία (7,3%) και την ιατρική της αποκατάστασης (6,2%) είναι οι πολυπληθέστερες και αναλογούν στο 45% περίπου των γιατρών της περιφέρειας.

Πίνακας 3.5.7: Κατανομή γιατρών του ΚΡ ανά ειδικότητα και σύνδεση με τον πληθυσμό ευθύνης¹

A/A	Ιατρική ειδικότητα	Ιατροί (N)	Κατανομή (%)	Γιατροί / 1000 ασφαλισμένοι
1	Γενική Ιατρική (Internal Medicine)	1.435	13,4	0,42
2	Ψυχιατρική	1.036	9,7	0,31
3	Παιδιατρική	817	7,7	0,24
4	Μαιευτική / Γυναικολογία	777	7,3	0,23
5	Φυσιοθεραπεία / Αποκατάσταση	660	6,2	0,19
6	Οικογενειακή Ιατρική	560	5,2	0,17
7	Νοσοκομειακή Ιατρική (Hospital Medicine)	524	4,9	0,15
8	Αναισθησιολογία	519	4,9	0,15
9	Επείγουσα Ιατρική	505	4,7	0,15
10	Ακτινολογία	321	3,0	0,09
11	Χειρουργική	295	2,8	0,09
12	Ορθοπαιδική	262	2,5	0,08
13	Οπτομετρία	236	2,2	0,07
14	Εθισμού σε ουσίες (Chemical Dependency)	196	1,8	0,06
15	Καρδιολογία	187	1,8	0,06
16	Οφθαλμολογία	186	1,7	0,05
17	Δερματολογία	168	1,6	0,05
18	Ιατρική της Εργασίας	136	1,3	0,04
19	Χειρουργική Κεφαλής & Τραχήλου	129	1,2	0,04
20	Γαστρεντερολογία	126	1,2	0,04
21	Ογκολογία	119	1,1	0,04
22	Ουρολογία	105	1,0	0,03
23	Ποδιατρική Χειρουργική	101	0,9	0,03
24	Νευρολογία	99	0,9	0,03
25	Νεφρολογία	96	0,9	0,03
26	Πνευμονολογία	93	0,9	0,03
27	Γενετική	87	0,8	0,03
28	Ακουολογία	85	0,8	0,03
29	Παθολογία	84	0,8	0,02
30	Πλαστική Χειρουργική	53	0,5	0,02
	Σύνολο	9.997	93,6²	

¹ Αφορά στην περιφέρεια της **Βόρειας Καλιφόρνια** που είναι η μεγαλύτερη που εξυπηρετεί ο ΚΡ.

² Εμφανίζονται ακόμη 694 ιατροί 30 διαφορετικών ειδικοτήτων που αντιστοιχούν στο 6,4% των συμβεβλημένων με τον οργανισμό στη συγκεκριμένη περιφέρεια.

Πηγή: Ιστοσελίδα Kaiser Permanente (<http://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/mdo/presentation/providers/providersearchpage.jsp?refresh=true>)

3.5.11 Έλεγχος και Ποιότητα του ΚΡ

Ο ΚΡ κάθε χρόνο υποβάλλεται σε πολυάριθμες εξωτερικές αξιολογήσεις της ποιότητας της φροντίδας του, και των υπηρεσιών του γενικότερα, από τις οποίες συντάσσονται αναφορές που είναι διαθέσιμες προς κάθε ενδιαφερόμενο. Αυτό διασφαλίζει αφενός τη συνεχή ροή έγκυρης, ενημερωμένης και αξιόπιστης πληροφορίας με στόχο την παρακολούθηση αλλά και τη βελτίωση της λειτουργίας του και επιτρέπει παράλληλα τη συγκριτική αξιολόγηση της απόδοσης του οργανισμού στις περιφέρειες όπου δραστηριοποιείται. Ενδεικτικό του πλήθους των εξωτερικών του αξιολογήσεων αλλά βέβαια και της αναγνώρισης που απολαμβάνει ο ΚΡ για τις υψηλής ποιότητας υπηρεσίες του, είναι οι παρακάτω διακρίσεις:

- **Best in California and ranked among nation's Top 25** - National Committee for Quality Assurance (NCQA) Health Insurance Plan Rankings 2010–11.
- **Four stars for quality of care** - the highest possible rating, and higher than any other health plan in the state - Office of the Patient Advocate: 2010 Quality Report Card.
- **Hospitals ranked top in the country** - Leapfrog Group 2010 survey.
- **A “Top Performer” in California** - Integrated Healthcare Association (IHA).
- First to earn a perfect rating - Healthcare Equality Index, Human Rights Campaign.
- **Fifth most innovative health care company in the world** - *Fast Company*.
- **Fourth in diversity** - 2010 Diversity Inc Top 50 Companies for Diversity list.

3.5.12 Συμπεράσματα και προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ

Στο χώρο της υγείας, η έννοια της «λειτουργικής αποδοτικότητας» αφορά στην επιλογή μεταξύ διαφορετικών μέσων για την επίτευξη του ίδιου

αποτελέσματος, και μπορεί κατά συνέπεια να θεωρηθεί ως η αναζήτηση για αριστοποίηση του αποτελέσματος δεδομένου του επιπέδου των πόρων ή ελαχιστοποίησης του κόστους για ένα δεδομένο αποτέλεσμα. Την τεκμηρίωση για την άποψη ότι ο Kaiser Permanente λειτουργεί αποδοτικά προσφέρουν αρκετές εμπειρικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια (Frølich et al., 2008; Strandberg-Larsen et al., 2010; Schiøtz et al., 2011) και, πιο άτυπα ίσως, τα λόγια του Αμερικανού Προέδρου σε μια ομιλία του 2009 (Εικόνα 3.5.2).

Εικόνα 3.5.2: Απόσπασμα από συνέντευξη του Προέδρου Ομπάμα στο περιοδικό *Time*

Performance Gets You the Podium

“...if we could actually get our health care system across the board to hit the efficiency levels of a Kaiser Permanente...we actually would have solved our problems.”

— President Barack Obama
TIME Magazine
July 29, 2009



Σε μια ιδιαίτερα σημαντική μελέτη (Feachem et al., 2002) συγκρίθηκε το Βρετανικό NHS και ο ΚΡ, που παρουσιάζουν ομοιότητες που επιτρέπουν τη σύγκριση αυτή, π.χ. παρέχουν ίδιο εύρος υπηρεσιών, εξυπηρετούν ίδιο αριθμό πολιτών, η εσωτερική τους διάρθρωση και λειτουργία ομοιάζει (π.χ. γιατροί shareholders ή συνεταιρείοι ή μισθωτοί). Τα δύο συστήματα συγκρίθηκαν ως προς το κόστος και τη λειτουργικότητα, την προσβασιμότητα, την ανταποκρισιμότητα και την ποιότητα. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αν και οι δαπάνες κατά κεφαλή είναι ίδιες στα δύο συστήματα, το ΚΡ λειτουργεί αποδοτικότερα από το NHS, και φαίνεται να μπορεί να προσφέρει διπλάσιους και τριπλάσιους παιδίατρος, ογκολόγους, καρδιολόγους και μαιευτήρες σε σχέση με το NHS. Επιπλέον, διενεργεί θεραπευτικές παρεμβάσεις με μικρότερους χρόνους αναμονής. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται, εάν το NHS είχε τον ίδιο μέσο όρο ημε-

ρών χρήσης κλινών οξείας νοσηλείας με το Kaiser, θα μπορούσε να εξοικονομήσει περίπου το 17% του προϋπολογισμού του NHS και να το διαθέσει σε άλλους τομείς που θα βελτιώναν την ποιότητα των υπηρεσιών.

Οι παράγοντες που επιδρούν και επιτυγχάνουν τελικά την αποδοτικότερη λειτουργία του Kaiser, είναι η επίτευξη της πραγματικά ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και ο τρόπος διαχείρισης των ασθενών με τον αποδοτικότερο και οικονομικότερο τρόπο, αφού οι ασθενείς του Kaiser αναλώνουν μικρότερο χρόνο στην πιο ακριβή ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Η ολοκληρωμένη φροντίδα που προσφέρεται επιτρέπει τον έλεγχο της αποδοτικότητας εισαγωγών και ημερών νοσηλείας, η οποία οδηγεί περαιτέρω σε μείωση των ημερών νοσηλείας σε κλίνες οξείας νοσηλείας ανά μονάδα του πληθυσμού. Σημαντικό όφελος αποκομίζεται και λόγω της λειτουργίας της εσωτερικής αγοράς (διαπραγμάτευση τιμής και ποιότητας μεταξύ κυβέρνησης, πολιτειών, εργασιακών συνδικάτων με το Kaiser) και της επιλογής που προσφέρεται στον πολίτη μεταξύ πακέτων υγείας. Τέλος, σημαντικό ρόλο στην επιτυχία του Kaiser φαίνεται να διαδραματίζουν τα πληροφοριακά συστήματα, αφού κάνοντας χρήση αυτών, μειώνονται τα διοικητικά κόστη, μειώνονται χρόνοι (π.χ. χρόνος για τη δημιουργία ιατρικού ιστορικού) και επιτυγχάνεται αποτελεσματική διαχείριση των ιατρικών φακέλων των ασθενών, απαλλάσσοντας το σύστημα κατά τη λειτουργία του από την ατέρμονη γραφειοκρατία και αναξιοπιστία.

3.5.13 Βιβλιογραφία

- Evans D.A. Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: debate about Kaiser needs transparency and hard evidence. *BMJ* 2004;328:583.
- Fairfield G., Hunter D.J., Mechanic D., Rosleff F. Managed care: origins, principles, and evolution. *BMJ* 1997;314(7097):1823-6.
- Feachem R.G., Sekhri N.K., White K.L. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324(7330):135-41.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M. *The Economics of Health and Health Care*, 6th Edition. Prentice Hall, 2010.
- Frølich A., Schiøtz M.L., Strandberg-Larsen M., et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Serv Res* 2008;8:252.
- Gordon N.P. Characteristics of Adult Health Plan Members in Kaiser Permanente's Northern California Region, as estimated from the 2008 Member Health Survey. Division of Research, Kaiser

- Permanente Medical Care Program, Oakland, CA, Mar. 2010.
Available at: http://www.dor.kaiser.org/external/DORExternal/mhs/2008_ncal_report.aspx
- Ham C., York N., Sutch S., Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003;327:1257.
- Light D., Dixon M. Making the NHS more like Kaiser Permanente. *BMJ* 2004;328:763-65.
- Robinson R., Steiner A. *Managed Care Health*. Open University Press, 1998.
- Scott J.T., Rundall T.G., Vogt T.M., Hsu J. Kaiser Permanente's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. *BMJ* 2005;331(7528):1313-6.
- Schiøtz M., Price M., Frølich A., et al. Something is amiss in Denmark: a comparison of preventable hospitalisations and readmissions for chronic medical conditions in the Danish Healthcare system and Kaiser Permanente. *BMC Health Serv Res* 2011;11:347.
- Strandberg-Larsen M., Schiøtz M., Frølich A. Kaiser Permanente revisited - Can European health care systems learn. *Eurohealth* 2007;4:24-6.
- Strandberg-Larsen M., Schiøtz M.L., Silver J.D., et al. Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration? A comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. *BMC Health Serv Res* 2010;10:91.
- Talbot-Smith A., Gnani S., Pollock A.M., Gray D.P. Questioning the claims from Kaiser. *British Journal of General Practice* 2004;54(503):415-21.

3.5.14 Παραρτήματα

Παραδείγματα προγραμμάτων ασφάλισης του ΚΡ.

Παράδειγμα 1ο

Ένας ασθενής παθαίνει έναν μικροτραυματισμό στο πόδι και επισκέπτεται τον ορθοπαιδικό γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΚΡ στην περιοχή του. Ο γιατρός ζητά την πραγματοποίηση μιας ακτινογραφίας και συνταγογραφεί ένα γενόσημο παυσίπονο. Με το πρόγραμμα Copayment 25, ο ασθενής πληρώνει ξεχωριστά ποσά για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία που καλύπτεται (co-payments). Στη συγκεκριμένη περίπτωση \$25 για την επίσκεψη, \$10 για την ακτινογραφία και \$ 10 για το παυσίπονο.

ΣΧΕΔΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ			
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ
	25	40	50
Οι περισσότερες συμμετοχές στο κόστος, εξαρωμένης της φαρμακευτικής αποζημίωσης, συνεισφέρουν στη μέγιστη ιδιωτική πληρωμή			
Ετήσια έκπτωση	Καμία	Καμία	Καμία
Ετήσια μέγιστη ιδιωτική πληρωμή (out-of-pocket) σε \$	2.500	3.000	3.500
ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ			
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ			
Πολλές υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας, όπως η εξέταση φυσικής κατάστασης και οι μαστογραφίες, είναι χωρίς χρέωση			
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (\$ ανά επίσκεψη ή πράξη)			
Επίσκεψη σε ιατρείο ΠΦΥ ή ειδικής φροντίδας	25	40	50
Πλευρηφία των εργαστηριακών και ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων	10	10	10
Μαγνητική τομογραφία, καρδιογράφημα και ποζιτρονική τομογραφία	50	50	50
Εξωνοσοκομειακή ενδοφύση	100	200	250
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (\$ ανά ημέρα)			
Διαμονή, εξετάσεις, νοσηλεία και φαρμακευτική περίθαλψη	200	350	500
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ (\$ ανά ημέρα)			
Προγεννητική επίσκεψη ρουτίνας	Καμία χρέωση	Καμία χρέωση	Καμία χρέωση
Κύηση και νοσοκομειακή μεταγεννητική φροντίδα	200	350	500
ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗ & ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (\$ ανά επίσκεψη)			
Επίσκεψη σε ΤΕΠ	100	100	150
Επίσκεψη εξαιρετικής φροντίδας	25	40	50
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (σε \$)			
Φαρμακείο (προμήθεια μέχρι 30 ημερών)	Πρότυπα: 10 Γενόσημα: 35	Πρότυπα: 10 Γενόσημα: 35	Δεν καλύπτεται
Δια αλληλογραφίας (προμήθεια μέχρι 100 ημερών)	Πρότυπα: 20 Γενόσημα: 70	Πρότυπα: 20 Γενόσημα: 70	Δεν καλύπτεται

Πηγή: <http://individual-family.kaiserpermanente.org/healthinsurance/health-plan-coverage-and-costs/california-health-plan-coverage-and-costs>

Παράδειγμα 2ο

Στην περίπτωση του προγράμματος ασφάλισης Deductible 30/1500, ο ασθενής πληρώνει ένα ποσό κάθε χρόνο από το ατομικό του εισόδημα, πριν ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική του κάλυψη, και στη συνέχεια πληρώνει co-payments για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία. Ο ασθενής του παραπάνω παραδείγματος μπορεί να καλύψει με co-payments το κόστος της επίσκεψης (\$30) και του φαρμάκου (\$10) χωρίς να καλυφθεί το ποσό του deductible. Αντίθετα, θα πληρώσει ολόκληρο το κόστος της ακτινογραφίας (\$500) και το ποσό αυτό προσμετράται στα \$1500 που πρέπει να καλυφθούν. Μετά την κάλυψη του ποσού του deductible, η ακτινογραφία θα χρεωνόταν \$10 με co-payment.

		ΣΧΕΔΙΑ ΕΚΠΙΤΩΣΕΩΝ	
		20/500	25/1000
Η έκπτωση και το μεγαλύτερο μέρος της συμμετοχής και της συνσφάλισης, εξαιρουμένης της φορμακευτικής αποζημίωσης, συνεισφέρουν στη μέγιστη ιδιωτική πληρωμή			
Ετήσια έκπτωση		500	1.000
Ετήσια μέγιστη ιδιωτική πληρωμή (out-of-pocket) σε \$		2.500	3.000
ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ: οι υπηρεσίες δεν υπόκεινται σε έκπτωση εάν δεν προβλέπεται			
ΠΡΟΑΗΠΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΛΑ			
Πολλές υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας, όπως η εξέταση φουσκιάς κατάστασης και οι μαστογραφίες, είναι χωρίς χρέωση			
ΕΞΩΝΟΣΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΛΑ (\$ ανά επίσκεψη ή πράξη)			
Επίσκεψη σε ιατρείο ΠΦΥ ή ειδικής φροντίδας		20	25
Πλεοψηφία των εργαστηριακών και ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων		10 (μετά την έκπτωση)	10 (μετά την έκπτωση)
Μαγνητική τομογραφία, καρδιογράφημα και ποζιτρονική τομογραφία		10 (μετά την έκπτωση)	50 (μετά την έκπτωση)
Εξωνοσκομειακή εγχείριση		50 (μετά την έκπτωση)	150 (μετά την έκπτωση)
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΛΑ (\$ ανά ημέρα)			
Διαμονή, εξέταση, νοσηλεία και φαρμακευτική περίθαλψη		100 (μετά την έκπτωση)	250 (μετά την έκπτωση)
ΦΡΟΝΤΙΛΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ (\$ ανά ημέρα)			
Προγεννητική επίσκεψη ρουτίνας		Καμία χρέωση	Καμία χρέωση
Κύηση και νοσοκομειακή μεταγεννητική φροντίδα		100 (μετά την έκπτωση)	250 (μετά την έκπτωση)
ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗ & ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΦΡΟΝΤΙΛΑ (\$ ανά επίσκεψη)			
Επίσκεψη σε ΤΕΠ		100 (μετά την έκπτωση)	100 (μετά την έκπτωση)
Επίσκεψη εξαιρετικής φροντίδας		20	25
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (σε \$)			
Φαρμακείο (προμήθεια μέχρι 30 ημερών)		Πρότυπα: 10 Γενόσημα: 35	Πρότυπα: 10 Γενόσημα: 35
Δια αλληλογραφίας (προμήθεια μέχρι 100 ημερών)		Πρότυπα: 20 Γενόσημα: 70	Πρότυπα: 20 Γενόσημα: 70

Πηγή: <http://individual-family.kaiserpermanente.org/healthinsurance/health-plan-coverage-and-costs/california-health-plan-coverage-and-costs>

3.6 Συμπέρασμα: Συγκρίσεις Οργανισμών Ασφάλισης Υγείας - Ιδέες και Προτάσεις για ΕΟΠΥΥ

Η ανασκόπηση της παρούσας μελέτης των επιμέρους τεσσάρων οργανισμών-ταμείων υγείας, τριών Ευρωπαϊκών και ενός Αμερικάνικου, επιτρέπει την ταξινόμηση των διαφόρων συστημάτων ασφάλισης υγείας και ΠΦΥ στη βάση κάποιων βασικών χαρακτηριστικών που αφορούν στη χρηματοδότηση και στο επίπεδο της ευθύνης και του ελέγχου της παροχής της φροντίδας καθώς και στο ρόλο των επαγγελματιών υγείας. Στόχος της ανωτέρω μελέτης ήταν να αναδείξουμε τις πιο επιτυχημένες πρακτικές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη χρηματοδότηση και την οργάνωση της ΠΦΥ.

Από την προηγούμενη ανάλυση των οργανισμών, θα προσπαθήσουμε επίσης να συνοψίσουμε τα βασικά κοινά συμπεράσματα για τη χώρα μας και κυρίως για τον ΕΟΠΥΥ, αλλά και να κωδικοποιήσουμε τις πληροφορίες που συλλέχτηκαν στις επτά υποενότητες σχετικά με την οργάνωση των Οργανισμών, τον τρόπο κάλυψης του πληθυσμού, τη χρηματοδότηση, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα συστήματα αποζημιώσεων, καθώς και τον έλεγχο και την ποιότητα, με παράλληλη παρουσίαση κοινών στοιχείων, όπου υπάρχουν, και παραδειγμάτων για τον ΕΟΠΥΥ, κλείνοντας με κάποια συμπεράσματα, ιδέες και προτάσεις προς συζήτηση.

3.6.1 Οργάνωση οργανισμών ασφάλισης υγείας

Αναφορικά με την οργάνωση των μελετώμενων ασφαλιστικών οργανισμών παρατηρούνται ομοιότητες με τον ΕΟΠΥΥ, κυρίως με εκείνους τους οργανισμούς που προέρχονται από την ενοποίηση των βασικότερων από τα υφιστάμενα ασφαλιστικά ταμεία στη χώρα του καθενός, όπως στη Γαλλία, στην Αυστρία και στη Γερμανία. Ο ρόλος των οργανισμών (ταμείων υγείας) επικεντρώνεται κυρίως ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους ΠΦΥ για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους, ενώ αντίθετα, ο ΕΟΠΥΥ εμφανίζεται ταυτόχρονα και ως πάροχος υπηρεσιών υγείας. Αναφορικά, με το μελετώμενο οργανισμό Kaiser Permanente (ΚΡ), στις ΗΠΑ παρουσιάζει ομοιότητες στην εσωτερική διάρθρωση και λειτουργία του περισσότερο με εθνικό σύστημα υγείας τύπου NHS (π.χ. γιατροί shareholders ή συνεταιρείοι ή μισθωτοί). Όσον αφορά την οργάνωση των τριών οργανισμών αυτοί διαρθρώνονται κυρίως σε περιφερειακό επίπεδο, αλλά σε όλα τα υπό μελέτη ταμεία υγείας η διαχείριση των προϋπολογισμών και των αντίστοιχων ασφαλιστικών εισφορών γίνεται από ένα ενιαίο φορέα, σε αντίθεση με τον ΕΟΠΥΥ που επιχορηγείται από το Υπουργείο

Υγείας. Όλοι οι οργανισμοί που μελετήθηκαν αποτελούν ΝΠΙΔ, ενώ στο εσωτερικό μάλιστα των 3 ευρωπαϊκών και του ενός από τις ΗΠΑ Οργανισμού διακρίνουμε να διοικούνται από ένα Δ.Σ., που συμμετέχει ο CEO, με σύγχρονες διευθύνσεις, ενώ διαθέτουν και περιφερειακές δομές.

3.6.2 Τρόπος ασφαλιστικής και άλλης κάλυψης πληθυσμού

Όσον αφορά στην ασφαλιστική κάλυψη υγείας του πληθυσμού, τα κοινά στοιχεία είναι ότι η κάλυψη είναι καθολική στους ασφαλισμένους των ταμείων που συμμετέχουν με υποχρεωτική ασφάλιση, ενώ η μόνη διαφορά εντοπίζεται στο ότι είναι δυνατή η μη ασφάλιση των εργαζομένων, εάν υπερβαίνουν ένα ετήσιο εισόδημα, όπως στο Γερμανικό οργανισμό. Αν δοθεί έμφαση στους παρόχους ΠΦΥ, παρατηρείται συμμετοχή του ασθενή στο κόστος (co-payments), αν και αυτή είναι περιορισμένη, σε όλα τα παραπάνω μοντέλα, όπως και στον ΕΟΠΥΥ.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που παρατηρείται στον ασφαλιστικό οργανισμό της Γερμανίας είναι της επιλογής, η οποία προσφέρεται κυρίως σε άτομα υψηλού εισοδήματος ή σε αυτοαπασχολούμενους, με δυνατότητα να μην καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Αυτοί που εξέρχονται από το σύστημα έχουν τη δυνατότητα είτε να ασφαλιστούν ιδιωτικά, είτε να μείνουν ανασφάλιστοι. Αυτό το μέτρο μεταφέρει τη συνολική ευθύνη για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής φροντίδας στα άτομα και επειδή περιορίζεται, κυρίως στους εύπορους, αποδυναμώνει την κοινωνική αλληλεγγύη, στερώντας από το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης μια σημαντική πηγή εσόδων.

Επίσης, ένα ακόμα μέτρο που παρατηρείται στον ασφαλιστικό οργανισμό ΑΟΚ της Γερμανίας, είναι αυτό που αναφέρεται στις εκπώσεις των ασφαλιστικών εισφορών, οι οποίες προσφέρονται στα άτομα που κάνουν περιορισμένη χρήση του δημόσιου συστήματος υγείας. Τέλος, τα βασικά πακέτα ασφαλιστικών παροχών των υπό μελέτη οργανισμών διαθέτουν ευρύ φάσμα και καλύπτουν όλο το εύρος των υπηρεσιών ΠΦΥ, περιλαμβανομένης και της προληπτικής ιατρικής, ενώ επικρατεί διαχωρισμός μεταξύ ενός υποχρεωτικού βασικού πακέτου υπηρεσιών και ενός προαιρετικού συμπληρωματικού πακέτου, που συνδέεται και με επιπλέον εισφορές ή ακόμη υπηρεσίες, όπως είναι η μακροχρόνια φροντίδα, να χρηματοδοτούνται από διαφορετικά ασφαλιστικά προγράμματα (Γερμανία, Αυστρία). Ο Οργανισμός Kaiser Permanente στις ΗΠΑ παρέχει πλήρεις ιατρικές υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του, από νοσοκομειακή εισαγωγή έως προληπτική φροντίδα.

Ένα ζήτημα που αφορά και στον ΕΟΠΥΥ είναι να αναζητηθεί τι θα περιλαμβάνει το βασικό πακέτο ασφαλιστικής κάλυψης, αλλά και το πακέτο των χρονίως πασχόντων, μέσα από μοντέλα διαχείρισης της ασθένειας.

3.6.3 Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση των μελετώμενων οργανισμών στη Γερμανία, Γαλλία και Αυστρία πραγματοποιείται από τις υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές υγείας των εργαζομένων και των εργοδοτών σε ποσοστό επί μισθού των εργαζομένων που κυμαίνεται από 15% στη Γερμανία, 13% στη Γαλλία, έως κάτω από 10% στην Αυστρία, με επιπλέον συμμετοχή των ασθενών στο κόστος (co-payments) σε ποσοστό που κυμαίνεται από 5 ευρώ για τη φαρμακευτική περίθαλψη έως 20% για ορθοδοντική θεραπεία στη Γερμανία και 25% για τις ιατρικές πράξεις έως 60% στη φαρμακευτική περίθαλψη στην UNCAM στη Γαλλία.

Οι πάροχοι που συνδέονται συμβολιακά με τους Οργανισμούς οργάνωνται σε συλλογικό και τοπικό επίπεδο, συμμετέχοντας στις ετήσιες διαπραγματεύσεις για τον προσδιορισμό των όρων των συμβάσεων. Επιπρόσθετα, στους τρόπους χρηματοδότησης ασφαλιστικών ταμείων επικρατούν κυρίως οι προοπτικοί προϋπολογισμοί, όπου το ύψος της χρηματοδότησης καθορίζεται όχι μόνο βάσει του αριθμού των δικαιούχων, αλλά σταθμίζεται, λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αλλά και το νοσολογικό κίνδυνο (κυρίως στο Γερμανικό Οργανισμό). Η χρηματοδοτική ροή στο ΚΡ ορίζεται κυρίως από τα ασφάλιστρα που πρέπει να πληρώσει ο δικαιούχος για κάθε υπηρεσία και δευτερευόντως από τη συμμετοχή των μελών (co-payment).

Αναφορικά με την κατανομή των δαπανών φαίνεται ότι σε όλους του μελετώμενους οργανισμούς, περίπου το 50% αφορά σε νοσοκομειακή περίθαλψη, το 20% σε φαρμακευτική δαπάνη, ενώ το 25% σε εξωνοσοκομειακή δαπάνη. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2010, η ετήσια κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία στη Γαλλία ανερχόταν στα 3.978 ευρώ, που αντιστοιχεί στο 11,6% του ΑΕΠ, ενώ στην Ελλάδα για την αντιστοιχη περίοδο ήταν στα 2.914 ευρώ που αντιστοιχεί στο 10,2% του ΑΕΠ.

3.6.4 Οργάνωση παροχών και παρόχων ΠΦΥ

Στους οργανισμούς της Γερμανίας και Αυστρίας ο ρόλος των γενικών γιατρών είναι οπωσδήποτε κεντρικός, άλλοτε ως ελεύθεροι επαγγελματίες (στον Οργανισμό της Αυστρίας και Γαλλίας, στα ιδιωτικά τους ιατρεία) και άλλοτε ως μισθωτοί (στο Γερμανικό Οργανισμό), συμβαλλόμενοι με τον Ασφαλιστικό οργανισμό σε εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο

μόνοι στο ιατρείο (Γαλλία) ή οργανωμένοι σε ομάδες πολυϊατρείων (Γερμανία) και αποτελούν το βασικό δομικό στοιχείο του συστήματος ΠΦΥ.

Αντίθετα, στο Γαλλικό Οργανισμό δεν υφίσταται ο ρόλος Gatekeeper για τον οικογενειακό ή γενικό γιατρό (general practitioner), αφού ο ασθενής μπορεί να επιλέξει οποιοδήποτε γιατρό ειδικότητας επιθυμεί και να πληρώσει απευθείας, διεκδικώντας μετά την αποζημίωσή του από την UNCAM, ενώ σχεδόν το σύνολο των αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών υγείας είναι συμβεβλημένοι με την UNCAM και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας καλύπτουν όλο το βασικό πακέτο της ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, σε όλους τους μελετώμενους Οργανισμούς οι παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτουν το βασικό πακέτο της ΠΦΥ περιλαμβάνοντας επιπλέον βιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις.

3.6.5 Συστήματα αποζημιώσεων – συγκρίσεις – παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ

Η μέθοδος αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ ποικίλει μεταξύ των τριών εξετασθέντων ευρωπαϊκών ταμείων υγείας και των ΗΠΑ. Αν και γενικά η χρηματοδότηση της ΠΦΥ βασίζεται στη σχέση με τους παρόχους, που είναι κυρίως συμβολαιακή (contractual), οι γιατροί της ΠΦΥ στη Γερμανία αμείβονται με αμοιβή κατά πράξη (fee-for-service), ενώ στο Γαλλικό Οργανισμό η αποζημίωση διαμορφώνεται ανάλογα με τη σχέση εργασίας (αυτοαπασχολούμενοι ή μισθωτοί), αν και τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται και άλλες μέθοδοι, όπως η κατά κεφαλή αποζημίωση (capitation) για τους γιατρούς που παρακολουθούν χρονίως πάσχοντες.

Αντίθετα, στην UNCAM της Γαλλίας, η κατά πράξη αμοιβή υλοποιείται στις περισσότερες περιπτώσεις με τη μορφή αποζημίωσης προς τον ασθενή, δηλαδή, σε πρώτη φάση ο ασθενής χρεώνεται απευθείας από τον γιατρό και σε δεύτερη φάση αποζημιώνεται μερικώς από τον Οργανισμό. Επιπλέον, οι γενικοί ιατροί μπορούν να έχουν επιπλέον αμοιβές βάσει της απόδοσης (pay-for-performance). Αναλυτικότερα, στην UNCAM της Γαλλίας που υπάρχει η ελεύθερη επιλογή γενικού και ειδικού ιατρού από τον ασθενή οι γιατροί αποζημιώνονται κατά πράξη, ενώ με κατά κεφαλήν αποζημίωση (40 ευρώ/ασθενή) για τους χρονίως πάσχοντες, ενώ η τιμολόγηση των ιατρικών πράξεων βασίζεται σε κοινή ταξινόμηση CCAM. Επιπρόσθετα, σε εκείνους τους γιατρούς που διαπιστώνεται ότι συμβάλλουν στη βελτίωση των ποιοτικών δεικτών προσφέρουν Ζετή ατομικά συμβόλαια.

Η μέθοδος αποζημίωσης στο Γερμανικό Οργανισμό περιλαμβάνει αμοιβή κατά πράξη με κλειστούς προϋπολογισμούς, συνήθως 3μηνου, ενώ στον

Οργανισμό της Αυστρίας ο συμβεβλημένος οικογενειακός γιατρός αποζημιώνεται με ένα μείγμα αποζημίωσης κατά κεφαλήν για βασικές υπηρεσίες ΠΦΥ και αμοιβή κατά πράξη για τις υπηρεσίες που υπερβαίνουν το βασικό πακέτο κάλυψης. Τέλος, στην ΚΡ οι γενικοί ιατροί που οργανώνονται σε περιφερειακές ιατρικές κοινοπραξίες αμείβονται με μισθό.

3.6.6 Έλεγχος - Ποιότητα (κοινά στοιχεία – παραδείγματα για Ελλάδα και ΕΟΠΥΥ)

Σε επίπεδο ελέγχου και ποιότητας όλοι οι υπό μελέτη οργανισμοί, κατά την υπογραφή των συμβάσεων με τους επαγγελματίες υγείας, παρακολουθούν την απόδοση και παρέχουν πληροφορίες τόσο στους συμβεβλημένους γιατρούς, αλλά και με βάση την απόδοσή τους, λαμβάνουν αποφάσεις για την ανανέωση ή μη των συμβολαίων.

Συγκεκριμένα, η συγκρότηση επιτροπών εξέτασης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και των επιτροπών διαιτησίας (στον Οργανισμό της Αυστρίας), η συμμόρφωση σε οδηγίες πρακτικής πάνω σε τρεις κύριους τομείς: πρόληψη, βελτίωση της ποιότητας ζωής χρονίως πασχόντων και ποσοστού συνταγογράφησης γενοσήμων (στην UNCAM στην Γαλλία), αλλά και η μέτρηση λειτουργικών δεικτών των νοσοκομείων τα οποία λαμβάνουν σχετική ανατροφοδότηση για τις επιδόσεις τους, αναφορικά με την ικανοποίηση του ασθενούς, του εργαζόμενου και της ασφάλειας (στον Οργανισμό της Γερμανίας), επιβεβαιώνουν τη λήψη μέτρων με σκοπό τη διασφάλιση αλλά και την προαγωγή της ποιότητας, μέσω συνεχών ελέγχων και μετρήσεων της απόδοσης του συστήματος, καθώς και της ικανοποίησης των χρηστών του συστήματος.

3.6.7 Συμπεράσματα – πρόταση για Ελλάδα

Η ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε κατά έναν αποσπασματικό τρόπο. Δεν υιοθετήθηκε ένα ενιαίο ασφαλιστικό καθεστώς για όλους τους εργαζόμενους, αλλά πληθώρα συστημάτων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης, μέσω της σύστασης αυτοτελών φορέων ασφάλισης που κάλυπταν συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού με βάση επαγγελματικά κριτήρια και χαρακτηριστικά.

Ο μεγάλος αριθμός των δημόσιων φορέων ασφάλισης (πολυκερματισμός) αποτέλεσε το βασικό χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος. Αρχικά, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ήταν δομημένο με βάση τις αρχές του μοντέλου Bismarck. Από τη δεκαετία του 1980 έγι-

νε προσπάθεια προσαρμογής του σε μοντέλο Beveridge, ενώ μέχρι σήμερα μοιάζει περισσότερο με “μεικτό” σύστημα.

Η ασφάλιση της υγείας, μέσω των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ), είναι υποχρεωτική στην Ελλάδα. Ο αριθμός των Ασφαλιστικών Φορέων για την υγεία ήταν περίπου 40 και η ασφάλιση των πολιτών γινόταν με βάση το είδος της απασχόλησης, ενώ σήμερα μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ η υγειονομική κάλυψη παρέχεται από έναν ενιαίο φορέα, για τη συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλισμένων στη κοινωνική ασφάλιση (βλέπε κεφάλαιο για ΕΟΠΥΥ).

Στην **οργάνωση** της ΠΦΥ στην Ελλάδα, παρατηρείται ότι αυτή παρέχεται από ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων οι οποίοι έχουν κατά κύριο λόγο, δημόσια χρηματοδότηση, ενώ η είσοδος στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία σημείων και διαδικασιών. Κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα της επιλογής μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων παρόχων ΠΦΥ, που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και το ΕΣΥ αντιστοιχώς. Επιπρόσθετα, επικρατεί η λογική του «ιδιώτη» οικογενειακού γιατρού, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ουσιαστική εφαρμογή, αλλά και λόγω του μη επαρκούς συνολικά αριθμού τους και της αποσπασματικής οργάνωσης. Επιπλέον, υπάρχει η διάρθρωση των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που λειτουργούν κυρίως στην Ελληνική επαρχία και παρέχουν ΠΦΥ. Τέλος, η ΠΦΥ παρέχεται και στα (τακτικά) εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Αντίθετα, στους οργανισμούς της Γαλλίας, Γερμανίας και Αυστρίας ο ρόλος των γενικών ιατρών είναι οπωσδήποτε κεντρικός, συμβαλλόμενος με την κοινωνική ασφάλιση σε εθνικό ή περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο, μόνος στο ιατρείο ή οργανωμένος σε ομάδες πολυϊατρείων, και αποτελεί το βασικό δομικό στοιχείο κάθε συστήματος ΠΦΥ.

Ένα δεύτερο σημαντικό σημείο που χρήζει διερεύνησης είναι η οργάνωση της ΠΦΥ με κυρίαρχο τον οικογενειακό ιατρό, ως gatekeeper του συστήματος υγείας. Συνεπώς, η πρόταση για μετατροπή του σε μονοφωνικό οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης υγείας (συμβάσεις με ΕΣΥ και τους καλύτερους ιδιώτες, χωρίς υπηρεσίες απευθείας παροχής) είναι επίκαιρη.

Αναφορικά με τη **χρηματοδότηση** του ασφαλιστικού ταμείου (ΕΟΠΥΥ ή/και ΦΚΑ) προκύπτει ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας συγχρηματοδοτείται κυρίως από πόρους κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck) και κρατικούς (Beveridge), ενώ τα μελετώμενα χρηματοδοτούνται κυρίως από πόρους κοινωνικής ασφάλισης, δεδομένης της υποχρεωτικής ασφάλισης

υγείας. Ο μηχανισμός σύναψης συμβάσεων υγείας, που συνδέει τους οργανισμούς με τους παρόχους, βασίζεται στις διαπραγματεύσεις των οργανισμών με τους ιατρικούς συλλόγους και γενικότερα τους παρόχους ΠΦΥ. Συνεπώς, ο ΕΟΠΥΥ χρειάζεται οργάνωση και ισχυρή βούληση, ώστε να βελτιώσει τη διαπραγματευτική του ικανότητα, ενώ θα πρέπει η ενοποίηση των ασφαλιστικών εισφορών που αφορούν στην υγειονομική περιθαλψη να μη μείνει στα «χαρτιά». Επομένως, η πρόταση για μετατροπή του σε οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης υγείας (απευθείας εισφορές με τη συνεισφορά και του Κράτους) είναι επιτακτική.

Από τη μελέτη της χρηματοδότησης της ΠΦΥ προκύπτει ότι η **σχέση του ΕΟΠΥΥ με τους παρόχους** είναι κυρίως συμβολαιακή (contractual), ή με αποζημίωση κατά κεφαλήν, ενώ στα τρία παραπάνω ευρωπαϊκά ταμεία υγείας η χρηματοδότηση είναι κυρίως η αμοιβή κατά πράξη, εκτός του ΚΡ που είναι μισθός. Επιπρόσθετα, θα μπορούσε να εξεταστεί το μοντέλο των προϋπολογισμών, που εφαρμόζεται στους οργανισμούς της Γερμανίας.

Στις μεθόδους και τα **συστήματα αποζημιώσεων** ΠΦΥ παρατηρείται ότι στην Ελλάδα μονοπωλεί η κατά πράξη αποζημίωση και, στην ιδιαίτερη περίπτωση των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών, η αμοιβή κατά επίσκεψη (fee-for-consultation), ενώ, οι ειδικοί γιατροί που εξυπηρετούν εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση αμείβονται με μισθό στην Ελλάδα (γιατροί ΙΚΑ). Μελετώντας τα παραπάνω μοντέλα, θα μπορούσε να εξεταστεί ένα νέο μικτό σύστημα αποζημίωσης βασιζόμενο:

1. Στη κατά κεφαλή ασφαλισμένου στους οικογενειακούς γιατρούς.
2. Στις μεθόδους κατηγοριοποίησης ασθενών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βάσει κλινικών χαρακτηριστικών, όπως π.χ. Ambulatory Visit Groups (AVGs), Ambulatory Patient Classification (APC) και Ambulatory Patient Groups (APGs) για τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ ή τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ ή ιδιωτικά συμβεβλημένα).
3. Αμοιβή κατά πράξη στα εργαστηριακά των ιδιωτικών διαγνωστικών ή λοιπών επαγγελματιών υγείας που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ.

Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη τη διεθνή εμπειρία αλλά και τις καλές πρακτικές των ανωτέρω οργανισμών-ταμείων υγείας θα μπορούσαν να διερευνηθούν τα ανωτέρω λεπτομερώς, σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης και αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ από τον ΕΟΠΥΥ. Αναλυτικότερα, ένα πιθανό μοντέλο οργάνωσης της εξωνοσοκομειακής φροντίδας θα μπορού-

σε να στηριχθεί σε μια μορφή οικογενειακών γιατρών, όπως στο Γερμανικό οργανισμό, με εγγεγραμμένους σε λίστα δικαιούχους, από τις ειδικότητες που ήδη βρίσκονται στο δημόσιο σύστημα (γιατροί κέντρων υγείας του ΕΣΥ και πολυιατρείων του ΙΚΑ), αλλά και πιστοποιημένους ιδιώτες γιατρούς. Αυτό το πλέγμα θα οργανώνεται σε περιφερειακό επίπεδο και θα συνδεθεί με τις Υ.Πε., αλλά και την τοπική αυτοδιοίκηση.

Ο **προϋπολογισμός** για την ΠΦΥ προτείνεται να είναι χωριστός (σφαιρικός) και να προέρχεται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές για υγειονομική περίθαλψη, αλλά και τη νομοθετημένη επιχορήγηση (συμμετοχή) του Κράτους. Οι εισφορές επί των εισοδημάτων από μισθωτή εργασία που θα συλλέγονται απευθείας στον ΕΟΠΥΥ, θα αποτελούν τη βασική πηγή των πόρων, αλλά θα μπορούσε να επανεξεταστεί και η (μικρή) συμμετοχή του ασθενούς. Τέλος, η αποζημίωση των παρόχων θα καλύπτεται από (προοπτικούς) προϋπολογισμούς, μετά από διαπραγμάτευση των ιατρικών συλλόγων με τον ΕΟΠΥΥ. Οι συμβεβλημένοι ιδιώτες θα αποζημιώνονται μέσα στο πλαίσιο ενός συστήματος, που θα προσομοιάζει με το Γερμανικό και θα μπορούσε να υπάρξει συμπληρωματική αμοιβή, όπως στο Γαλλικό Οργανισμό ως επιβράβευση.

Συνοπτικά τα **παραδείγματα** που θα χρησιμοποιούσαμε για εξέταση μεταφοράς του μοντέλου οργάνωσης στον ΕΟΠΥΥ, από τους 4 υπό μελέτη οργανισμούς είναι:

1. Στην οργάνωση η μεταφορά εμπειριών από το μανάτζμεντ των τριών ευρωπαϊκών οργανισμών, αλλά και του Kaiser Permanente, όσον αφορά τη σύνθεση του ΔΣ, τον επικεφαλής διευθύνοντα σύμβουλο, τη σύγχρονη κεντρική και ενίοτε περιφερειακή δομή και διάρθρωση, κ.λπ.
2. Στην (καθολική) κάλυψη της συντριπτικής πλειοψηφίας του (ασφαλισμένου) ελληνικού πληθυσμού με ενιαίες εισφορές (π.χ. ΙΚΑ) που θα ακολουθείται από το βασικό πακέτο υπηρεσιών ΠΦΥ που θα περιλαμβάνει επίσκεψη στον οικογενειακό ιατρό, οδοντιατρική φροντίδα, εργαστηριακές εξετάσεις, φαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα αποκατάστασης (νέος κανονισμός παροχών) και συμπληρωματικό που θα περιλαμβάνει εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη χρονίως πασχόντων (με επιπλέον ποσοστό ασφάλισης), αλλά θα προβλέπει ελάχιστες καλύψεις και για τους διαπιστωμένα ανέργους ή απόρους.
3. Στη χρηματοδότηση με ενιαίες εισφορές (π.χ. τύπου ΙΚΑ) που θα συμπληρώνονται από τη θεσμοθετημένη συμμετοχή του Κράτους και

τις επιχορηγήσεις από τη γενική φορολογία που δίδονται κυρίως στο ΕΣΥ για να συμπληρώνεται το συνολικό αναγκαίο ποσό για τον ΕΟΠΥΥ (πλησίον των 10 εκατ. ευρώ) που θα έχει σφαιρικούς προϋπολογισμούς για όλες τις βαθμίδες περίθαλψης π.χ. τη νοσοκομειακή περίθαλψη (σε συνδυασμό με βελτιωμένα και ολοκληρωμένα στο κόστος ΚΕΝ).

4. Στην παροχή ΠΦΥ και στα συστήματα αποζημιώσεων ΠΦΥ μικτό σύστημα αποζημίωσης στην ΠΦΥ (κατά κεφαλήν ασφαλισμένου στους οικογενειακούς γιατρούς), G.APGs στα κέντρα υγείας αστικού ή αγροτικού τύπου και στα συμβεβλημένα ιδιωτικά πολυϊατρεία που θα λειτουργούν ως Group Practice, και κατά πράξη ή/και περίπτωση στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας.
5. Στον έλεγχο και την ποιότητα του ΕΟΠΥΥ στο περιεχόμενο των συμβάσεων που θα συνάπτουν οι ιατροί της ΠΦΥ θα αφορά στην προώθηση της πρόληψης και τη βελτίωση των θεραπειών με συστηματική παρακολούθηση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, κυρίως διαβήτη και υπέρτασης και την αύξηση της χρήσης των γενοσήμων, με παρακολούθηση ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών που συλλέγονται τακτικά βάσει στόχων, επιβραβεύοντας ανάλογα τους παρόχους με οικονομικά κίνητρα.

4. ΠΦΥ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΟΙ, ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ, ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ

4.1 Γενικά – έννοιες - προτεραιότητες

Οι υπηρεσίες υγείας και η φροντίδα υγείας υπάρχουν για να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας. Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη. Είναι δε φυσικό, αυτές οι αλλαγές να παρασύρουν προς νέους προσανατολισμούς και τα συστήματα υγείας, που έτσι και αλλιώς δεν παραμένουν σε ακινησία αλλά συνεχώς εξελίσσονται, υποχρεωμένα από ευρύτερες διεργασίες όπως είναι η ανάπτυξη της οικονομίας και της τεχνολογίας.

Μια από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την πρόληψη. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής/ νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, κ.α. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται, ή και αδυνατούν, να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καλύπτουν ανάγκες του θεραπευτικού/ νοσοκομειακού τομέα. Αυτά τα δύο παράλληλα φαινόμενα (των αυξανόμενων δαπανών και της φθίνουσας αποτελεσματικότητας), που συνιστούν την πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά και να αντιμετωπιστούν οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας.

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) περιλαμβάνει το δίκτυο των δομών, των τεχνολογιών και του ανθρώπινου κεφαλαίου που προσφέρει υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα. Δια μέσου της ΠΦΥ παρέχονται υπηρεσίες σχετικές με την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, με στόχο τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την επίτευξη κοινωνικής ευεξίας.

Σύμφωνα με τον Νόμο 3235/2004 (ΦΕΚ 53/18-2-2004 – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) νοείται «*το σύστημα παροχής δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο*». Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας υγείας και αναπόσπαστο μέρος της συνολικής κοινωνικοοικονομικής δομής της κοινότητας. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει:

1. Τις υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
2. την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
3. τον οικογενειακό προγραμματισμό,
4. τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
5. την οδοντιατρική φροντίδα με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
6. τις υπηρεσίες μετα-νοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
7. την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο,
8. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Το σύστημα παροχής ΠΦΥ αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:

1. Της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
2. της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο τον ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,
3. της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερόμενου,
4. του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,
5. της διαχείρισης ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητα τους,
6. της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Προτεραιότητες στην ανάπτυξη της ΠΦΥ

Η συμβολή της ΠΦΥ στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας είναι γενικά αναγνωρισμένη. Ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας στην ΠΦΥ σχετίζεται με χαμηλές δαπάνες για την φροντίδα, υψηλή ικανοποίηση από τον πληθυσμό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων. Οι ιατροί που εργάζονται σε αυτή φαίνεται να συμβάλλουν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και στη μείωση της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών από τον πληθυσμό, γεγονός που οδηγεί τα συστήματα υγείας σε εξοικονόμηση πόρων χωρίς ουσιαστικές απώλειες στην ποιότητα (Θεοδωράκης Π. Λιονής Χ. 2003). Οι δε σύγχρονες τάσεις μεταρρύθμισης στον υγειονομικό τομέα αποσκοπούν στη διασφάλιση της ποιότητας, στη

βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας. Εστιάζουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση και ικανοποίηση του πληθυσμού από τις Υπηρεσίες Υγείας και στον έλεγχο του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Είναι επίσης δεδομένο, ότι οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από αυξημένες προσδοκίες του πληθυσμού για ιατρική φροντίδα και περιθαλψη, οι οποίες εξασφαλίζουν την καλύτερη δυνατή, σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής. Σε αυτήν την κατεύθυνση κινούνται οι αλλαγές στο χώρο της υγείας που καταγράφονται διεθνώς τις τελευταίες δεκαετίες και εστιάζουν στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και αυτές της πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Ιδιαίτερα δε σε μια εποχή που χαρακτηρίζεται από έντονα οικονομικά και κοινωνικά αδιέξοδα, μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας, δεν γίνεται να επιμένουμε στο υπάρχον νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο, αποσπασματικής, πολυδιασπασμένης και σπάταλης φροντίδας.

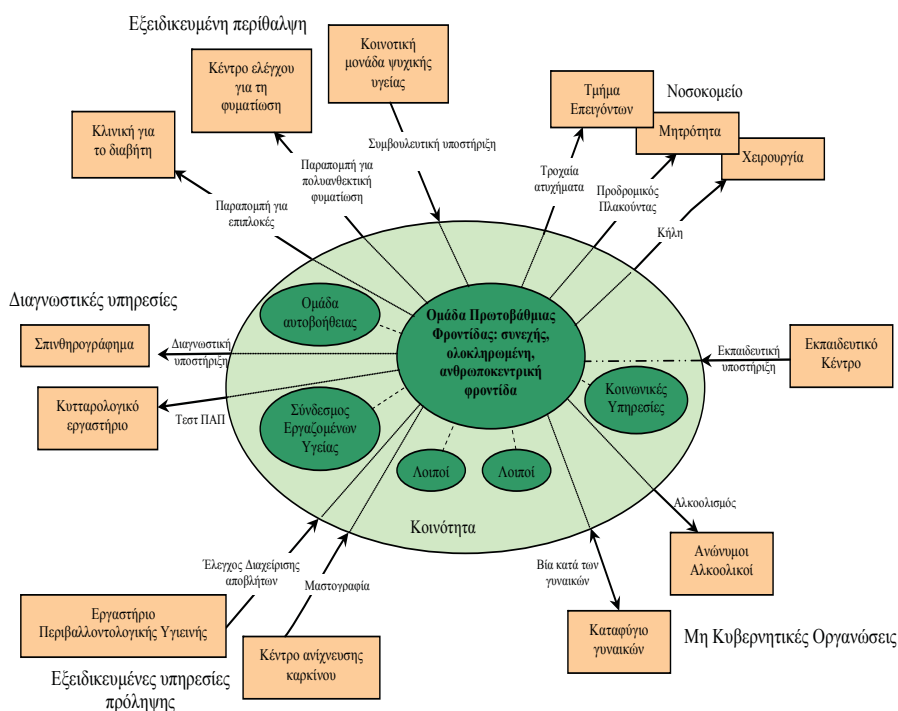
Επιπρόσθετα, είναι καλά τεκμηριωμένο, ότι οι διακυμάνσεις του οικονομικού περιβάλλοντος που παρατηρούνται περιοδικά στην οικονομική ιστορία, αποδεικνύεται ότι ασκούν σημαντική επίδραση, τόσο στην οικονομική όσο και στην κοινωνική ζωή των πολιτών. Η επιδείνωση του οικονομικού κλίματος και η καθίζηση της οικονομίας για μακρές περιόδους, η οποία λαμβάνει τη μορφή κρίσης της πραγματικής οικονομίας και δυσμενούς εξέλιξης των μακροοικονομικών δεικτών, επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις κύριες συνιστώσες του κοινωνικού γίγνεσθαι και ιδιαίτερα στην υγεία των πολιτών και την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό το δίκτυο ΠΦΥ εκτιμάται ότι οφείλει να προσαρμοστεί επιχειρησιακά στις νέες συνθήκες οι οποίες διαμορφώνονται στην τρέχουσα υγειονομική και οικονομική συγκυρία και να ενδυναμωθεί μέσω παρεμβάσεων και εργαλείων χαμηλού κόστους, ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πολιτών, για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας, καθώς και του προϋπολογισμού υγείας εντός των ορίων που επιβάλλει η δημοσιονομική προσαρμογή της χώρας.

Εμφατικά ο WHO (Primary Health Care. Now more than ever, 2008) υποστηρίζει ότι η αναγέννηση των συστημάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την αναγέννηση της ΠΦΥ και σε μια εποχή που χαρακτηρίζεται από έντονα οικονομικά και κοινωνικά αδιέξοδα, μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και αυξημένες προσδοκίες των πολιτών, δεν γίνεται να επιμένουμε στο υπάρχον νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο,

αποοπασματικής, πολυδιασπασμένης και σπάταλης φροντίδας, αφημένης στις ανεξέλεγκτες δυνάμεις της αγοράς. Αναγκαίες κρίνονται οι παρακάτω παρεμβάσεις:

- Καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού
- Ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας
- Δημόσιες πολιτικές που προάγουν την υγεία
- Συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την υλοποίησή τους με την ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας (Διάγραμμα 4.1.1).

Διάγραμμα 4.1.1: Η ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας



Πηγή: World Health Organization, 2008

Λαμβάνοντας υπόψη την καταγραμμένη εμπειρία από την ανάπτυξη συστημάτων ΠΦΥ, θα μπορούσαν να αναδειχτούν κάποιες προτεραιότητες για την ανάπτυξη της. Το όραμα για ολοκληρωμένη ιατρική και κοινωνική φροντίδα που επενδύθηκε στα “primary care groups” ή “primary

care trusts” του Ηνωμένου Βασιλείου δε μετουσιώθηκε σε πράξη, τόσο για ιδεολογικούς όσο και για οικονομικούς λόγους, αφήνοντας το μοντέλο του Γενικού Ιατρού-‘ιδιοκτήτη’ της μονάδας να υπερτερήσει. Η αρμονική συνύπαρξη του νοσηλευτή (με το νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί εμπλακεί στη λήψη αποφάσεων), του κοινωνικού λειτουργού, του ψυχολόγου και άλλων επαγγελματιών υγείας που μπορούν λόγω αντικειμένου να πλαισιώσουν την ομάδα της ΠΦΥ, μέσα από την οριζόντια διασύνδεση των ρόλων τους, φαίνεται να αποτελεί προϋπόθεση για να επιτευχθεί μια ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών ολοκληρωμένης ΠΦΥ.

Στην πρώτη φάση ανάπτυξης των “primary care groups” στο Ηνωμένο Βασίλειο, φαίνεται ότι έμφαση δόθηκε σε υποδομές και διαδικασίες. Η συνταγογράφηση αναδείχθηκε σε πεδίο που έχρηζε ιδιαίτερης προσοχής, προκαταλαμβάνοντας μερικές από τις προκλήσεις της κλινικής διακυβέρνησης και του εσωτερικού ελέγχου στην ΠΦΥ, ενώ η ανάγκη διασφάλισης αποτελεσματικής ηλεκτρονικής επικοινωνίας καταγράφηκε ως άμεση προτεραιότητα για την περαιτέρω υποστήριξη της οργανωτικό-λειτουργικής ανάπτυξης των δομών αυτών.

Επιπρόσθετα, τα προτερήματα που προκύπτουν από την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ στους προϋπολογισμούς των διαφόρων χωρών που ενεπλάκησαν σε τέτοιου είδους εγχειρήματα, είναι σαφώς περισσότερα από τα μειονεκτήματα. Οι θετικές συνέπειες της αποκεντρωμένης παροχής υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ περιλαμβάνουν:

- (α) την αύξηση των πηγών χρηματοδότησης, που πλέον διαφέρουν από τα κονδύλια της κεντρικής κυβέρνησης,
- (β) την εισαγωγή νέων και αποτελεσματικότερων κριτηρίων διαχείρισης των οικονομικών πόρων, που επιτρέπουν την καλύτερη εξισορρόπηση ανάμεσα σε δαπάνες υγείας και πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού,
- (γ) την ανάπτυξη ‘κουλτούρας’ που επάγει το αίσθημα μεγαλύτερης ευθύνης στα οικονομικά γενόμενα της περιφέρειας, σε σχέση με την προηγούμενη εξάρτηση από το κεντρικό μηχανισμό χρηματοδότησης, και τέλος
- (δ) την ανάπτυξη δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού στο επίπεδο της τοπικής κοινότητας, λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες πηγές χρηματοδότησης, την καλύτερη χρήση των πόρων και τις εναλλακτικές μορφές οικονομικής στήριξης.

Στο πλαίσιο αυτό της ‘συνυπευθυνότητας’ του κρατικού μηχανισμού

και της αποκεντρωμένης διοίκησης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η σύσταση οργανωτικών δομών για την παρακολούθηση των οικονομικών αλλαγών σε περιφερειακό επίπεδο, η ανάπτυξη μηχανισμών οικονομικού ελέγχου με βάση τις αρχές της αποτελεσματικότητας και της ισότητας, η ανακατανομή στην κατά κεφαλή δαπάνη με βάση τις τοπικές ανάγκες υγείας και η αύξηση της οικονομικής συνεισφοράς από νοικοκυριά και περιφερειακές διοικήσεις, αποτελούν τα κρίσιμα σημεία σε επίπεδο βιωσιμότητας για την αξιολόγηση του αποκεντρωμένου αυτού πλαισίου.

4.2. Οργάνωση και παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ διεθνώς – κοινά στοιχεία ή πρακτικές

Λαμβάνοντας υπόψη και τα αναφερόμενα στα προηγούμενα κεφάλαια, περί της ανασκόπησης συστημάτων υγείας και οργανισμών παροχής υπηρεσιών, όπως είναι φυσικό, υπάρχει μια μεγάλη ετερογένεια διεθνώς και ιδιαίτερα στην Ευρώπη σχετικά με την ΠΦΥ (Boerma, 2006).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, στον πυρήνα της ΠΦΥ βρίσκεται ο οικογενειακός ιατρός, θεσμός που παρουσιάστηκε στην Αγγλία πριν 30 χρόνια περίπου και λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες, ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα, αλλά και αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται. Προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συνεχή βάση, σε όλες τις περιπτώσεις, σε όλους τους ασθενείς, όλες τις ώρες, ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς όποτε χρειάζεται και σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη (Boerma, 2006). Πολύ σημαντικό ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ παίζουν επίσης οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές, μαίες, οι ψυχολόγοι κ.ά.).

Η κάλυψη σε οικογενειακούς γιατρούς ποικίλει από 0,5-0,7 σε χώρες που έχουν παράδοση σε αυτό τον τρόπο παροχής υπηρεσιών ως πρώτο σημείο επαφής (Αγγλία, Ιρλανδία) έως 1,7-2 σε χώρες που δεν έχουν όσο οι προηγούμενες (Γαλλία, Βέλγιο). Η Ελλάδα υπολογίζεται σε πιο χαμηλά ποσοστά (0,3-0,4), αλλά το πιο σημαντικό ίσως είναι ότι δε τους χρησιμοποιεί επισήμως όλους το σύστημα ή οι πολίτες δε τους θεωρούν πρωτεύον σημείο επαφής (Πίνακες 4.2.1-2).

Πίνακας 4.2.1: Οικογενειακοί γιατροί ανά 1000 κατοίκους

Χώρα	1996	2006	Διαφορά
Αυστρία	1,3	1,5	0,2
Βέλγιο	2	2,1	0,1
Γαλλία	1,6	1,7	0,1
Γερμανία	1,1	1	-0,1
Δανία	0,7	-	-
Ελβετία	0,4	0,5	0,1
Ελλάδα	-	-	-
ΗΠΑ	0,9	1	0,1
Ιαπωνία	-	-	-
Ιρλανδία	0,5	0,5	0
Ισλανδία	0,6	0,7	0,1
Ισπανία	-	0,9	-
Ιταλία	1	-	-
Καναδάς	1	1	0
Λουξεμβούργο	0,8	0,8	0
Μεγάλη Βρετανία	0,6	0,7	0,1
Νέα Ζηλανδία	0,8	0,8	0
Νορβηγία	0,8	0,8	0
Ολλανδία	0,4	0,5	0,1
Ουγγαρία	0,6	0,7	0,1
Πολωνία	-	0,1	-
Πορτογαλία	1,5	-	-
Σουηδία	0,5	-	-
Τουρκία	0,6	0,8	0,2
Τσεχία	-	0,7	-
Φιλανδία	0,7	0,7	0

Πηγή: OECD Health Data, 2008

Σε ότι αφορά τη δαπάνη για ΠΦΥ, αν και είναι δύσκολο να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ χωρών (Boerma and Dubois, 2006), φαίνεται ότι στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης υπήρξε μια ελαφρά μείωση δαπανών για δευτεροβάθμια φροντιδα, κυρίως λόγω των δημοσιονομικών πιέσεων, αλλά και της επικράτησης νεοφιλελεύθερων απόψεων, που θεωρούν τις δαπάνες υγείας όχι κινητήρια δύναμη της ανάπτυξης, αλλά φορτίο από το οποίο οι κυβερνήσεις θα πρέπει να ελαφρυνθούν. Ωστόσο, δεν υπήρξε μετατόπιση των δαπανών προς την ΠΦΥ. Η σύγκριση των χωρών της Ευρώπης, ως προς διάφορα γενικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ, εμφανίζεται στον Πίνακα 4.2.2.

Πίνακας 4.2.2: Διάφορα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ στην Ευρώπη

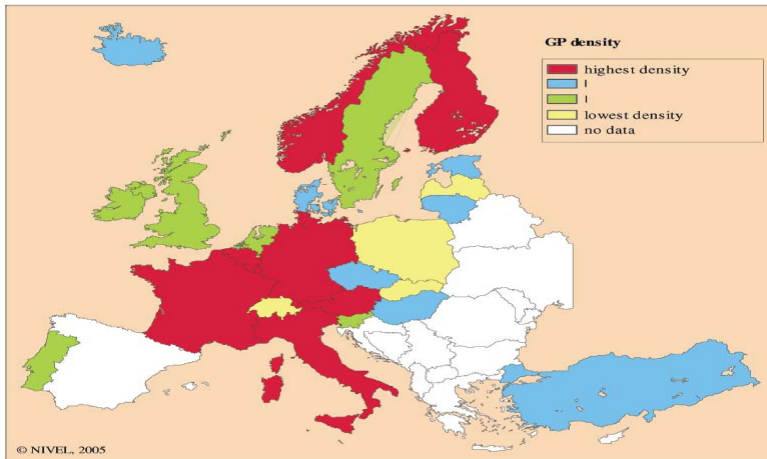
Χώρα	πρώτο σημείο επαφής	συνεργασία με νοσηλεύτη	αρχείο ιατρικών δεδομένων ασθενών	ιατρικός εξοπλισμός	οικογενειακός προγραμματισμός	ψυχολογικά, κοινωνικά προβλήματα
Αυστρία	2	3	2	2	2	2
Βέλγιο	2	4	2	2	1	1
Γαλλία	2	2	2	2	2	1
Γερμανία	3	2	1	1	2	2
Δανία	1	4	1	1	1	1
Ελβετία	2	2	1	1	1	2
Ελλάδα	3	4	4	3	3	3
Ιρλανδία	1	3	1	2	1	1
Ισλανδία	2	1	1	1	1	2
Ισπανία	1	4	3	3	3	2
Ιταλία	2	4	3	4	3	2
Λουξεμβούργο	3	3	1	2	2	3
Μεγάλη Βρετανία	1	1	1	2	1	1
Νορβηγία	1	3	1	1	1	2
Ολλανδία	1	3	1	1	1	1
Ουγγαρία	3	2	2	3	1	2
Πολωνία	3	1	2	4	4	3
Πορτογαλία	1	1	1	3	1	1
Σλοβακία	4	3	1	3	4	3
Σουηδία	3	1	2	1	3	2
Τουρκία	4	4	3	3	3	4
Τσεχία	3	3	1	4	4	3
Φιλανδία	2	1	1	1	2	3

Ταξινόμηση των χωρών:
1 = χώρα με υψηλό βαθμό, 4 = χώρα με χαμηλό βαθμό, 2 και 3 = ενδιάμεσοι βαθμοί

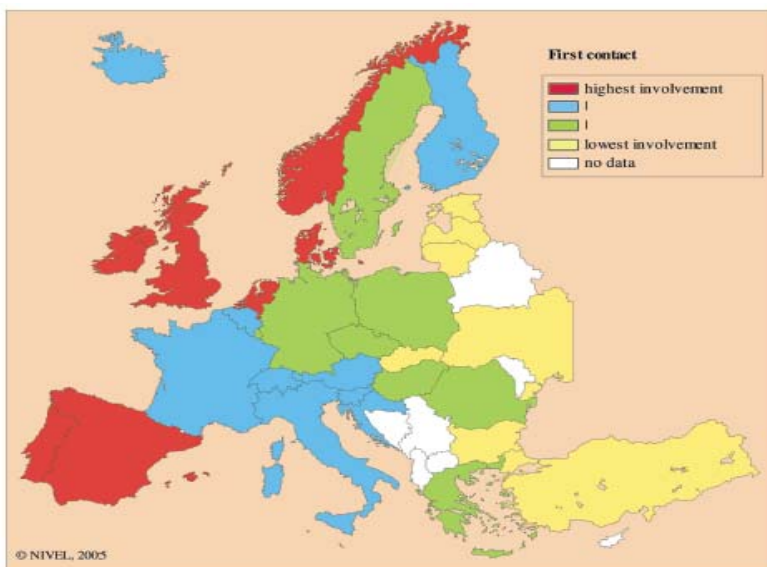
Πηγή: Boerma and Dubois, 2006

Η πυκνότητα των γενικών ιατρών σε όλη την Ευρώπη φαίνεται στο Σχήμα 4.2.1, ενώ ο ρόλος του γενικού ιατρού ως ιατρός πρώτης επαφής απεικονίζεται στο Σχήμα 4.2.2. Ο χάρτης δείχνει σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Οι χώρες με τους περισσότερους γενικούς ιατρούς ανά 1000 κατοίκους το 2002 είναι η Αυστρία, το Βέλγιο, η Φινλανδία και η Γαλλία, ενώ με τους λιγότερους η Λετονία, η Πολωνία, η Σλοβακία και η Ελβετία.

Σχήμα 4.2.1: Πυκνότητα των γενικών ιατρών σε όλη την Ευρώπη



Σχήμα 4.2.2: Ο γενικός ιατρός ως ιατρός πρώτης επαφής στην Ευρώπη



- ♦ Ειδικότερα, από την συστηματική ανάλυση επιλεγμένων συστημάτων ΠΦΥ και ασφαλιστικών οργανισμών φάνηκε ότι διεθνώς η κατάσταση έχει ενδεικτικά ως εξής:
- ♦ Στην οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών της ΠΦΥ συμμετέχουν:
- ♦ 1. οικογενειακοί γιατροί ατομικής ή ομαδικής πρακτικής (solo or group practice),
- ♦ 2. ειδικευμένοι γιατροί, σε κοινοτικές υπηρεσίες (π.χ. κέντρα υγείας) ή εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων (από παραπομπή των 1),
- ♦ 3. άλλοι επαγγελματίες υγείας σε μια από τις δυο ανωτέρω μορφές,
- ♦ 4. συνολική διαχείριση ΠΦΥ (HMO type),
- ♦ 5. κεντρική και περιφερειακή διαχείριση και χρηματοδότηση.
- ♦ Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψη τα επιμέρους στοιχεία των εξετασθέντων συστημάτων υγείας και οργανισμών σχετικά με την ΠΦΥ, ιδιαίτερη προσοχή κρίνεται σκόπιμο να δοθεί στις παρακάτω καλές πρακτικές:
- ♦ η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού προσφέροντας πρόσβαση ίση σε όλους τους πολίτες και ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση, τρόπο προπορισμού εισοδήματος, κ.λπ.
- ♦ η περιφερειακή απαρτίωση του συστήματος υγείας με έμφαση στις Υγειονομικές Περιφέρειες
- ♦ ο ρόλος των οργανισμών (ταμείων υγείας) επικεντρώνεται κυρίως ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους ΠΦΥ για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους
- ♦ η ασφαλιστική κάλυψη ενός βασικού πακέτου παροχών
- ♦ η διάθεση βασικών πακέτων ασφαλιστικών παροχών, τα οποία διαθέτουν ευρύ φάσμα και καλύπτουν όλο το εύρος των υπηρεσιών ΠΦΥ, περιλαμβανομένης και της προληπτικής ιατρικής, ενώ υπάρχει η δυνατότητα ενός προαιρετικού συμπληρωματικού πακέτου, που συνδέεται και με επιπλέον εισφορές ή ακόμη υπηρεσίες, όπως είναι η μακροχρόνια φροντίδα
- ♦ η υιοθέτηση δεικτών υγείας οι οποίοι θα περιλαμβάνουν την πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες ΠΦΥ, συμπεριλαμβανομένων των περιοδικών προληπτικών εξετάσεων και των εμβολιασμών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, ως μέτρο ελέγχου (monitoring)
- ♦ η ελεύθερη επιλογή οικογενειακού/προσωπικού ιατρού, με δυνατότητα bonus στους ασθενείς, εφόσον τον χρησιμοποιούσαν ως την πρώτη είσοδο στο σύστημα υγείας

- ♦ η ελευθερία στη συνταγογράφηση από τον ιατρό
- ♦ η ανάπτυξη και λειτουργία ενός συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, αλλά και η εφαρμογή πρωτοκόλλων και συστήματος ποινών για προκλητή ζήτηση, αλλά και επιβράβευσης με κριτήρια απόδοσης και ποιότητας
- ♦ η εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης ασθενειών για χρόνιους πάσχοντες
 - Στόχος των προγραμμάτων διαχείρισης της ασθένειας είναι η βελτίωση της ποιότητας μέσα από την τεκμηριωμένη ενσωματωμένη γνώση των ιατρικών πρωτοκόλλων και καλών πρακτικών, αλλά και ο έλεγχος του κόστους μέσα από τον αποτελεσματικό συντονισμό και τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας στα διαφορετικά επίπεδα του συστήματος και την παροχή κινήτρων προς τους προμηθευτές, τους ασθενείς και τα Ασφαλιστικά Ταμεία.
 - Οι συμμετέχοντες σε προγράμματα διαχείρισης ασθένειας ασφαλισμένοι, έχουν υψηλότερο συντελεστή κινδύνου και υπολογίζονται ξεχωριστά για την κατανομή των πόρων από το εθνικό ταμείο υγείας, αφού τα επιμέρους ταμεία υγείας λαμβάνουν γι' αυτούς τους ασφαλισμένους υψηλότερη κατά κεφαλή αμοιβή σε σύγκριση με τους άλλους ασφαλισμένους. Κάθε ταμείο υγείας με υψηλό ποσοστό ασφαλισμένων σε προγράμματα διαχείρισης της ασθένειας, λαμβάνει και μεγαλύτερη χρηματοδότηση.
- ♦ η εφαρμογή ηλεκτρονικής κάρτας υγείας που επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν άμεση πρόσβαση σε όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες, χωρίς να απαιτείται να πληρώνουν άμεσα.

4.3 Οργάνωση και παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα – μια πρώτη πρόταση

4.3.1 Υπάρχουσα κατάσταση

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μίγμα από τρία κύρια συστατικά (Μόσιαλος et al, 2005):

- ♦ το δημόσιο σύστημα υγείας (NHS), που έχει την ευθύνη για τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας,
- ♦ το ασφαλιστικό σύστημα, με βάση τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται από τους εργαζομένους και τους εργοδότες, το οποίο μέχρι πρόσφατα είχε οργανωθεί σε λίγα μεγάλα και πολλά μικρά ομοιοεπαγγελματικά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, που συνδυάζουν την ευθύνη για

την υγειονομική περίθαλψη και τις συντάξεις. Πρόσφατα το τμήμα ασφάλισης υγείας από τα κύρια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης συγχωνεύθηκαν σε έναν οργανισμό, τον ΕΟΠΥΥ, που καλύπτουν πάνω από το 90% του πληθυσμού. Ο ΕΟΠΥΥ, έχει τις δικές του μονάδες υγείας και παρέχει περίθαλψη στις κυρίως αστικές περιοχές, που καλύπτουν πάνω από το 70% του πληθυσμού,

- ♦ το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα (αρκετά μικρό, με το χαρακτήρα της συμπληρωματικής ασφάλισης) και ένα ιδιωτικό σύστημα διανομής, που αποτελείται από ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές, οι περισσότερες από τις οποίες έχουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ.

Επιπρόσθετα,

- ♦ η άμεση πρόσβαση στην φροντίδα είναι συνήθως εξειδικευμένη,
- ♦ δεν υπάρχει ολιστική προσέγγιση για τους ασθενείς και συνέχεια στην φροντίδα υγείας,
- ♦ δεν υπάρχει προσανατολισμός του ασθενή στο σύστημα υγείας και συντονισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγείας,
- ♦ υπάρχουν σαφείς και αυξανόμενες ανισότητες στον τομέα της υγείας, που αφορούν την κατάσταση της υγείας, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Έτσι, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε γενικές γραμμές παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα στους ακόλουθους τομείς:

- ♦ στη διακυβέρνηση, με την υγειονομική περίθαλψη να είναι κατακερματισμένη σε πολλά σημεία, τόσο στην χρηματοδότηση όσο και στην παροχή,
- ♦ στο ύψος των ιδιωτικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των «κάτω από το τραπέζι πληρωμών», που οδηγεί σε ένα οπισθοδρομικό σύστημα με μεγάλες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες,
- ♦ στα φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών και υπερβολικής κατανάλωσης, ιδίως των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των διαγνωστικών διαδικασιών,
- ♦ στην ανισοκατανομή του υγειονομικού δυναμικού, με πολλούς ειδικούς γιατρούς και λίγους γενικούς/οικογενειακούς γιατρούς,
- ♦ στην ισχυρή παραδοσιακά νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη,
- ♦ στην έλλειψη συνέχειας στη χάραξη πολιτικής και στην εφαρμογή των πολιτικών.

Η ΠΦΥ αποτέλεσε βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που συντελέστηκαν στο σύστημα υγείας στη χώρα μας τα τελευταία 20 χρόνια (Polyzos et al., 2008). Ενώ, όμως, σε επίπεδο επιστημονικού διαλόγου, διατυπώθηκαν όλο αυτό το διάστημα προτάσεις που χαρακτηρίζονται από πληρότητα και επαρκή τεκμηρίωση των εκάστοτε προτεινόμενων σχεδίων, σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής παρατηρήθηκε ένας περιορισμός σε νομοθετικές παρεμβάσεις που έμειναν σε μεγάλο βαθμό ανενεργείς. Επιπρόσθετα, μέχρι σήμερα, δεν έχει πραγματοποιηθεί μια συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ που έχουν παρασχεθεί από τα Κέντρα Υγείας, ενώ απουσιάζει η συστηματική έρευνα στην ΠΦΥ και οι επενδύσεις σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους που θα πρέπει να τη συνοδεύουν.

Σύμφωνα με τους Νόμους 3235/2004 και 3918/2011 (ΦΕΚ 31, 02/03/2011, Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις) η ΠΦΥ παρέχεται από:

- ♦ τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία,
- ♦ τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.,
- ♦ τις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ.ΕΤΑΜ (νυν ΕΟΠΥΥ), για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ.ΕΤΑΜ (νυν ΕΟΠΥΥ),
- ♦ από τους συμβεβλημένους με το ΙΚΑ.ΕΤΑΜ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ ιατρούς (νυν συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ),
- ♦ τις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης,
- ♦ άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ,
- ♦ ενώ, σύμφωνα με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, η ΠΦΥ μπορεί να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα, με σκοπό την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων.

Η παραγωγή και η διανομή της φροντίδας γίνεται κατά κύριο λόγο μέσω ενός δικτύου από 200 περίπου Κέντρα Υγείας σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα αυτοδύναμου προϋπολογισμού, από ένα δίκτυο από Περιφερειακά Ιατρεία, που υπάγονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας (Πίνακας 4.3.1-2) και 250 περίπου πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) στις

αστικές περιοχές. Το άτυπο αυτό δίκτυο θεωρείται ότι έχει στις περισσότερες περιπτώσεις ορθολογική χωροταξική κατανομή, καλή πυκνότητα ιατρικού δυναμικού και ικανοποιητικού επιπέδου τεχνολογία. Στα Κέντρα Υγείας και στα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ το 2012 υπήρχαν περίπου 3.500 γιατροί, 2.300 νοσηλευτές και 2.500 λοιπό προσωπικό (στοιχεία Δεκεμβρίου 2012). Αντίστοιχα στις μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ υπηρετούν 6.646 ιατροί, 2.983 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και 1.184 άτομα διοικητικό προσωπικό (στοιχεία Ιουνίου 2012). Ο ασφαλιστικός πληθυσμός των άλλων ταμείων που εντάχθηκαν στο ΕΟΠΥΥ, που δεν διέθεταν δικές τους υπηρεσίες υγείας, καλύπτονταν μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά οχήματα και ιατρούς, χωρίς όμως να διασφαλίζεται η επάρκεια και η ποιότητα των υπηρεσιών.

Πίνακας 4.3.1-2: Κατανομή Μονάδων ΠΦΥ ΕΣΥ και προσωπικού ανά ΔΥΠΕ (2011)

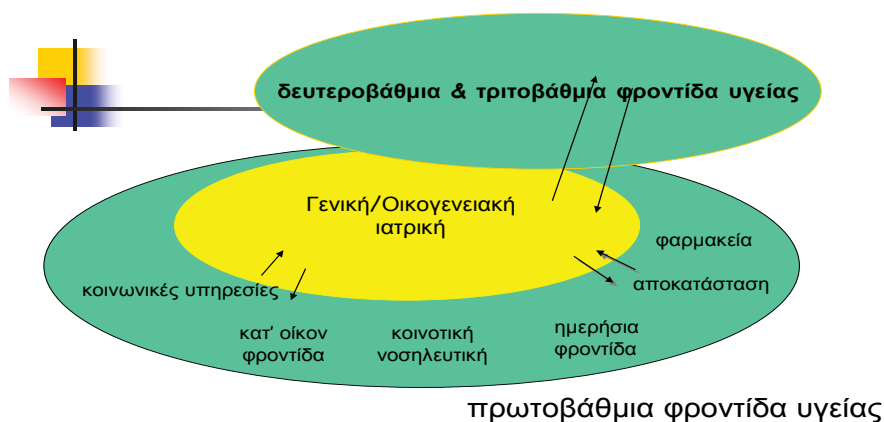
Υ.Πε.	Πληθυσμός	Δομές ΠΦΥ ΕΣΥ	Υπηρετούντες Ιατροί/ Δομή ΠΦΥ	Υπηρετούντες Νοσηλευτές/ Δομή ΠΦΥ
1η ΑΤΤΙΚΗΣ	3.068.694 (28%)	17 (1%)	87 (2.83%)	179 (8%)
2η ΠΕΙΡΑΙΩΣ-ΑΙΓΑΙΟΥ	1.359.244 (12.40%)	207 (11%)	357 (11.62%)	271 (11%)
3η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	1.972.123 (18%)	198 (11%)	381 (12.40%)	294 (12%)
4η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	811.983 (7.40)	277 (15%)	641 (20.86%)	502 (21%)
5η ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	1.359.217 (12.40%)	352 (20%)	676 (22%)	450 (19%)
6η ΠΕΛ/ΣΟΥ-ΙΟΝ.ΝΗΣΩΝ-ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ-ΗΠΕΙΡΟΥ	1.791.628 (16.30%)	600 (33%)	792 (25.77%)	550 (23%)
7η ΚΡΗΤΗΣ	601.131 (5.50%)	150 (8%)	139 (4.52%)	129 (5%)
ΣΥΝΟΛΟ	10.964.020	1.801	3.073	2.375

Δ.Υ.Πε.	ΚΥ	ΚΥΑΤ	ΠΠΙ	ΠΙ	ΕΠΙ	ΣΥΝΟΛΟ
1η ΑΤΤΙΚΗΣ	7 (3%)	2 (25%)	-	7 (0,5%)	1 (2%)	17 (1%)
2η ΠΕΙΡΑΙΩΣ-ΑΙΓΑΙΟΥ	25 (12%)	3 (38%)	37 (42%)	132 (9%)	10 (23%)	207 (11%)
3η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	17 (8%)	-	3 (3%)	176 (12%)	2 (5%)	198 (11%)
4η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	35 (17%)	2 (25%)	12 (13%)	223 (15%)	5 (12%)	277 (15%)
5η ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	33 (16%)	1 (13%)	15 (17%)	296 (20%)	7 (16%)	352 (20%)
6η ΠΕΛ/ΣΟΥ-ΙΟΝ.ΝΗΣΩΝ-ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ-ΗΠΕΙΡΟΥ	70 (35%)	-	20 (22%)	500 (34%)	10 (23%)	600 (33%)
7η ΚΡΗΤΗΣ	14 (7%)	-	2 (2%)	126 (9%)	8 (19%)	150 (8%)
ΣΥΝΟΛΟ	201	8	89	1.460	43	1.801

Δ.Υ.Πε.	ΙΑΤΡΙΚΟ	ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ- ΑΓΡΟΤΙΚΟΙ ΚΥ & ΠΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	ΛΟΙΠΟ	ΣΥΝΟΛΟ
1η ΑΤΤΙΚΗΣ	87 (6%)	0 (0%)	179 (8%)	128 (5%)	394 (5%)
2η ΠΕΙΡΑΙΩΣ-ΑΙΓΑΙΟΥ	175 (12%)	182 (11%)	271 (11%)	356 (14%)	984 (12%)
3η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	194 (13%)	187 (11%)	294 (12%)	279 (11%)	954 (12%)
4η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	280 (19%)	361 (22%)	502 (21%)	435 (17%)	1578 (20%)
5η ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	222 (15%)	454 (28%)	450 (19%)	502 (20%)	1628 (20%)
6η ΠΕΛ/ΣΟΥ-ΙΟΝ.ΝΗΣΩΝ-ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ- ΗΠΕΙΡΟΥ	406 (28%)	386 (24%)	550 (23%)	635 (25%)	1977 (25%)
7η ΚΡΗΤΗΣ	79 (5%)	60 (4%)	129 (5%)	204 (8%)	472 (6%)
ΣΥΝΟΛΟ	1.443	1.630	2.375	2.539	7.987

Σε ότι αφορά στον ιδιωτικό τομέα, υπολογίζεται ότι λειτουργούν περί τις 20.000 ιδιωτικά ιατρεία, 9.000 οδοντιατρεία, ενώ σύμφωνα με στοιχεία του 2000 οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ξεπέρασαν τις 400 (Κοντιάδης Ξ. Σουλιώτης Κ, 2005). Βέβαια, στον ευρύτερο χώρο της ΠΦΥ ανήκουν και άλλες δομές όπως είναι το ΕΚΑΒ το οποίο παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα και οι διάφορες μονάδες κοινωνικής πρόνοιας όπως π.χ. το «Βοήθεια στο Σπίτι» (Σχήμα 4.3.1).

Σχήμα 4.3.1: Το δίκτυο υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα



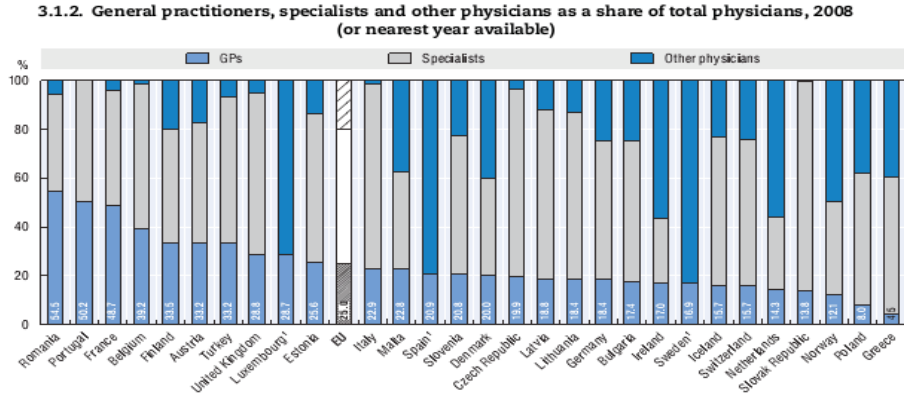
Συνεπώς για τη μελέτη μας ανακεφαλαιώνουμε:

- ♦ Πάνω από 200 Κ.Υ. (αγροτικού τύπου) του ΕΣΥ, με 3.100 γιατρούς (+1/2 γενικοί), 2.400 νοσηλευτές και 2.500 λοιπό προσωπικό (στοιχεία Δεκεμβρίου 2012).
- ♦ Πάνω από 300 πολυ-ιατρεία του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), με 6.600 ιατρούς (περίπου 1/10 γενικοί), 3.000 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και 1.200 άτομα διοικητικό προσωπικό (στοιχεία Ιουνίου 2012).
- ♦ Πάνω από 200 συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές μονάδες, μεταξύ των οποίων υπηρετούν και λίγοι γενικοί γιατροί.
- ♦ Πάνω από 6.000 συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ γιατροί ειδικοτήτων (1/10 περίπου γενικοί), μεταξύ των οποίων υπηρετούν και γενικοί γιατροί (βλέπε επόμενο κεφάλαιο).
- ♦ Λοιπές ιδιωτικές υπηρεσίες εξω-νοσοκομειακής φροντίδας.

Είναι λοιπόν ζητούμενο πως από 16.000 γιατρούς, που κατ' ελάχιστο υπηρετούν στην ΠΦΥ ή έστω στη γενική εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη (μεταξύ των οποίων 3.000 περίπου γενικοί γιατροί), 5.500 νοσηλευτικό προσωπικό (δυσαναλογία γιατρών και νοσηλευτών) και 4.000 περίπου λοιπό προσωπικό (πάνω από 25.000 συνολικά), δε λαμβάνονται οι υπηρεσίες που θα έπρεπε για τον πληθυσμό. Αυτό θα εξετασθεί στη τελική μας πρόταση στο τελευταίο κεφάλαιο σε συνδυασμό με τη χρηματοδότηση της ΠΦΥ και το (μικτό) σύστημα αποζημιώσεων των παρόχων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ.

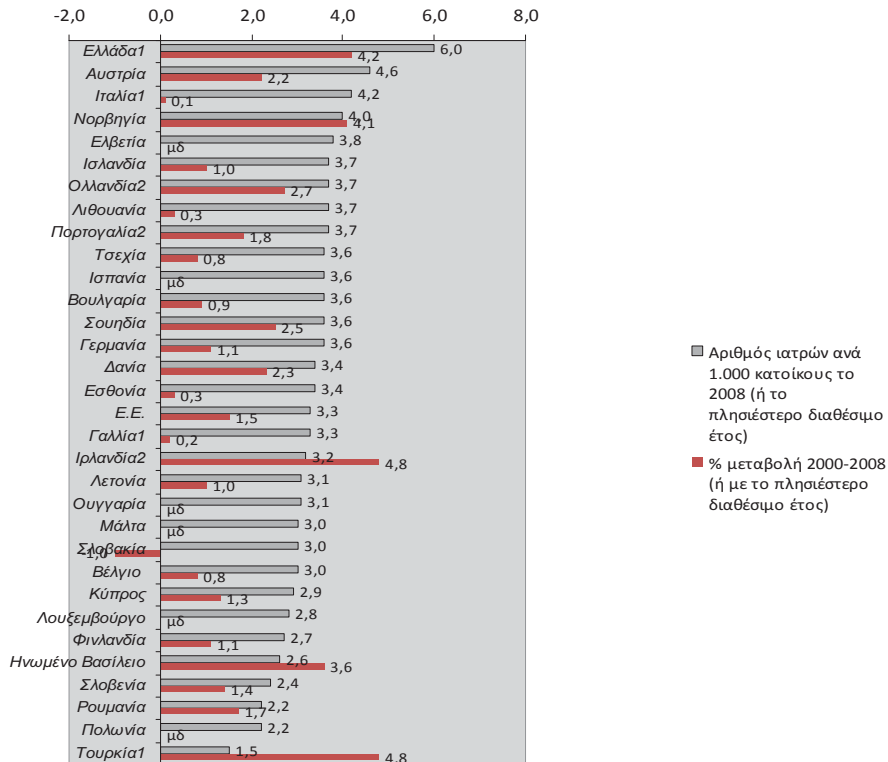
Η οδοντιατρική φροντίδα και κυρίως η προληπτική οδοντιατρική αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της ΠΦΥ. Οδοντιατρικές υπηρεσίες παρέχονται μέσω των οδοντιάτρων που ασκούν το επάγγελμά τους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία, στα Πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ και άλλων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, ή στο ιδιωτικό τους ιατρείο. Ωστόσο, η αποζημίωση που προσφέρουν τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία για την οδοντιατρική περίθαλψη είναι πολύ μικρή και αφορά συγκεκριμένες θεραπείες, με αποτέλεσμα ο ασθενής να επιβαρύνεται όλο σχεδόν το κόστος.

Διάγραμμα 4.3.1: Οι γενικοί ιατροί και άλλοι ως ποσοστό του συνόλου των γιατρών (2008)



Πηγή: OECD, 2010

Διάγραμμα 4.3.2: Ιατροί ανά 1000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ



Στην Ελλάδα, το ποσοστό των γενικών ιατρών είναι 4,5% (Διάγραμμα 4.3.1) επί του συνόλου των ιατρών (μέσος όρος των χωρών-μελών της ΕΕ 25%), όταν η χώρα μας με 6,1 ιατρούς/1.000 κατοίκους (Διάγραμμα 4.3.2), διαθέτει τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρών μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ και σχεδόν τον διπλάσιο από τον μέσο όρο των χωρών-μελών της ΕΕ (3,3/1.000 κατοίκους, OECD 2010). Διπλάσιος είναι και ο αριθμός των οδοντιάτρων με 1,31 οδοντιάτρους ανά 1.000 κατοίκους το έτος 2008, σε σύγκριση με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ που ανέρχεται σε 0,69 οδοντιάτρους ανά 1.000 κατοίκους (OECD 2010).

Παρά το θετικό βήμα της αποκέντρωσης και της περιφερειοποίησης της διοίκησης του συστήματος υγείας, τα Κέντρα Υγείας παρέμειναν υποβαθμισμένα, χωρίς την πρόπαιση στελέχωση, χωρίς δικτύωση, χωρίς πόρους. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εν πολλοίς ανεκπαιδευτο, σε ρόλους παραδοσιακούς και περιορισμένους και χωρίς υποστήριξη (Markaki, 2006). Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο σημείο αναφοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες, παραμένει ανύπαρκτος, παρόλο που έχουν διατυπωθεί σοβαρές προτάσεις (Souliotis and Lionis, 2005). Ανύπαρκτη επίσης είναι και η συμμετοχή της κοινότητας στο σύστημα, παρόλο που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει ήδη από τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα, αλλά πολύ περισσότερο σήμερα (WHO, 2002, 2008), με ιδιαίτερη έμφαση το ρόλο της κοινότητας σε όλα τα επίπεδα αποφάσεων που έχουν σχέση με την υγεία.

Ειδικότερα, για το θεσμό και το ρόλο του οικογενειακού ιατρού είναι χαρακτηριστικές οι παρακάτω αναφορές στην σχετική με την ΠΦΥ ελληνική νομοθεσία (Γιανασμίδης Α και Τσιαούση Μ, 2012):

- ♦ Στους νόμους 1397/83 και 2194/94 προβλέπεται ότι ο οικογενειακός ιατρός αμείβεται με μισθό και είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΕΣΥ.
- ♦ Στους νόμους 2519/97 και 3235/04 προβλέπεται να είναι ιδιώτης ιατρός, ιατρός του ΕΣΥ ή ιατρός ασφαλιστικών ταμείων, αμειβόμενος κατά κεφαλή,
- ♦ Στο σχέδιο μεταρρύθμισης του 2000 μπορεί να είναι πλήρους απασχόλησης και να ασκεί ιδιωτικό έργο, να αμείβεται κατά κεφαλή και επί πλέον να αμείβεται για πρόσθετες υπηρεσίες (εφημερίες, εμβολιασμούς κ.ά.).
- ♦ Στην έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994, ο οικογενειακός ιατρός προβλέπεται να είναι ιδιώτης ιατρός, συμβεβλημένος με

την υγειονομική περιφέρεια, που εκτός από την κατά κεφαλή αμοιβή μπορεί να διαχειρίζεται και προϋπολογισμούς,

- ♦ Στο σχέδιο νόμου του 2008 ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι ιδιώτης ιατρός ή ιατρός του ΕΣΥ και να πληρώνεται κατά πράξη από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, μέσω ηλεκτρονικής κάρτας και με βάση τα πρωτόκολλα ιατρικών εξετάσεων και φαρμάκων.

Σχετικά με τη ζήτηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, τα δεδομένα των μελετών καταγράφουν τις παρακάτω τάσεις:

- ♦ Στις αγροτικές περιοχές της χώρας, στις οποίες κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.
- ♦ Στις αστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.
- ♦ Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης των Κυριόπουλου & Φιλαλήθου (1996), το 19,3% των πολιτών επιλέγει να πάρει υπηρεσίες ΠΦΥ από το ΕΣΥ (Κ.Υ., Π.Ι., Ε.Ι. Νοσοκομείων), το 33,5% από τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων (με κυριαρχία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στην παροχή αυτών των υπηρεσιών), το 5% από αντίστοιχες υπηρεσίες των Ο.Τ.Α., ενώ το 42,2% από τον ιδιωτικό τομέα (με το 28% από συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία).

Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης καταναλωτών υπηρεσιών υγείας (EHCI, 2007), το ελληνικό σύστημα υγείας κατατάσσεται στην 22η θέση μεταξύ 29 χωρών ως προς τη φιλικότητα προς τον καταναλωτή, μαζί με χώρες όπως η Σλοβενία και η Ουγγαρία και πολύ μακριά από τα πρότυπα της Κύπρου. Τα σχετικά με την ΠΦΥ σημεία που αξιολογούνται στην έρευνα αφορούν τη χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον οικογενειακό γιατρό και την δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον ειδικευμένο γιατρό, χωρίς παραπομπή από τον οικογενειακό. Ως προς αυτά τα στοιχεία τα αποτελέσματα για την Ελλάδα είναι ιδιαίτερα απογοητευτικά, καθώς η χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου χαρακτηρίζεται ως φτωχή όπως και η δυνατότητα

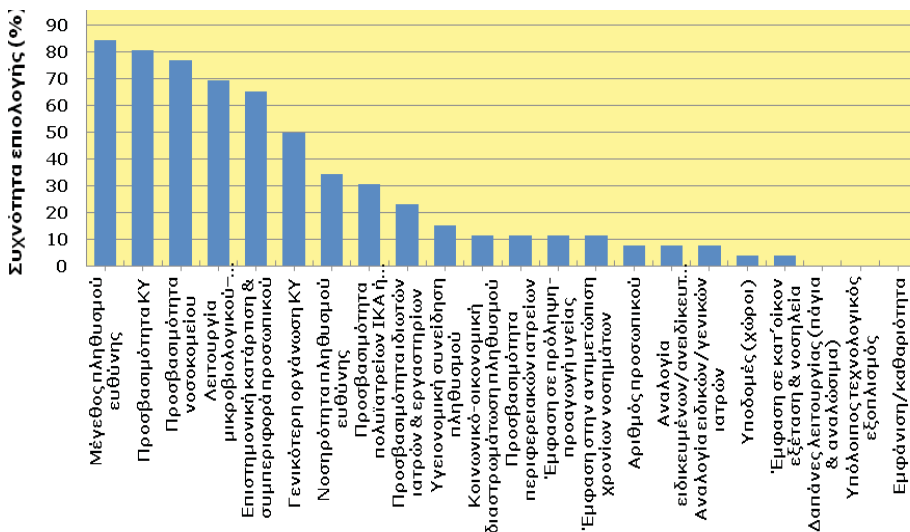
άμεσης πρόσβασης στον οικογενειακό γιατρό. Από την άλλη πλευρά είναι πολύ εύκολο για τον χρήστη του ελληνικού συστήματος υγείας να απευθυνθεί σε ειδικευμένο γιατρό χωρίς να χρειάζεται να τον παραπέμψει σε αυτόν ο οικογενειακός γιατρός. Η δυνατότητα αυτή μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών υγείας, καθώς πολλές φορές η χρήση εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας είναι αναίτια και πιο δαπανηρή.

Ειδικότερα, σχετικά με τις εισροές και εκροές των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ, στα στοιχεία μιας πρόσφατης μελέτης του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Παν/μίου Αθηνών (Τούντας, Οικονόμου και συν. 2010) δείχνουν την εικόνα που παρουσιάζεται στα Διαγράμματα 4.3.4 και 4.3.5 σχετικά με τον όγκο των περιστατικών, καθώς και τους παράγοντες που συμβάλλουν περισσότερο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα Κ.Υ.

Διάγραμμα 4.3.4: Κατανομή του όγκου των περιστατικών που εξυπηρετούνται από τα Κ.Υ.



Διάγραμμα 4.3.5: Παράγοντες που συμβάλλουν περισσότερο στη χρήση των υπηρεσιών υγεία από τα Κ.Υ.



Αν και μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί μια συστηματική αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αυτές μοιάζει να παρουσιάζουν τα παρακάτω γενικά χαρακτηριστικά:

- ♦ Πληθώρα φορέων και απουσία συντονισμού και λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ τους (Κέντρα Υγείας, Περιφερικά Ιατρεία, Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων, Ιατρεία ΙΚΑ και λοιπά ασφαλιστικών ταμείων, Ιδιωτικά Ιατρεία και Διαγνωστικά Κέντρα)
- ♦ Τα Ασφαλιστικά Ταμεία να παράγουν από μόνα τους υπηρεσίες υγείας, αντί να τις αγοράζουν, με ανισορροπίες μεταξύ προσφοράς και ζήτησης παρεχομένων υπηρεσιών υγείας
- ♦ και με συχνά τα φαινόμενα της «προκλητής ζήτησης» υπηρεσιών
- ♦ φροντίδας υγείας, του «κόστους χρόνου» που υποχρεούνται να καταβάλουν οι ασφαλισμένοι με το σύστημα των ραντεβού και τις αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες υγείας
- ♦ Περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών στους πολίτες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, με την απουσία Αστικών Κέντρων Υγείας ή Δικτύων ΠΦΥ, καθώς και της μη καθιέρωσης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού
- ♦ Έλλειψη μηχανισμού παραπομπών και απουσία συστήματος προσαυτολισμού των πολιτών στο σύστημα υγείας.

Για τις παρεχόμενες από τις Μονάδες Υγείας του ΕΣΥ υπηρεσίες ΠΦΥ:

- ♦ Απουσία συστηματικής καταγραφής επισκέψεων και τήρησης ιατρικού φακέλου, με αποτέλεσμα έλλειψη ολοκληρωμένης και αξιόπιστης καταγραφής στοιχείων που αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην ΠΦΥ.
- ♦ Απουσία στοιχείων για την ακριβή εικόνα του πληθυσμού ευθύνης, αλλά και στοιχείων για τα συνήθη νοσήματα και τις αιτίες θανάτου
- ♦ Αποκλειστική απασχόληση στην περίθαλψη, χωρίς πρακτικές οδηγίες/κατευθυντήριες γραμμές και απορρόφηση στη συνταγογράφηση.
- ♦ Παροχή περιορισμένων υπηρεσιών βραχείας νοσηλείας και μικρή συμμετοχή στην παροχή φροντίδας στο σπίτι.
- ♦ Απουσία συστηματικών και διαχρονικών παρεμβάσεων με στόχο την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.
- ♦ Αδυναμία διάγνωσης ψυχικών διαταραχών και άλλων «κρυμμένων» νοσημάτων της κοινότητας.
- ♦ Απουσία οδηγιών για τη διαχείριση των συχνών νοσημάτων στην ΠΦΥ, με αποτέλεσμα ανεπαρκή ρύθμιση ασθενών με χρόνια νοσήματα και πολυφαρμακία
- ♦ Απουσία διοικητικής και οικονομικής αυτοτέλειας και ανεξαρτησίας, με προβλήματα στελέχωσης και εξοπλισμού
- ♦ Έλλειψη οδηγιών παροχής υγειονομικών υπηρεσιών που στοχεύουν στην πρόληψη της νοσολογίας και την προαγωγή της υγείας με διαδικασίες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Ειδικότερα, στον τομέα της παροχής υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, τα αποτελέσματα μιας έρευνας του δικτύου EUROPREV (European Review Group on Health Promotion and Prevention in Family Medicine and General Practice), που διενεργήθηκε με τη μέθοδο της ταχυδρομικής αποστολής ερωτηματολογίων, με τη συμμετοχή 11 χωρών συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας και 2.082 συνολικά γενικών ιατρών, κατέδειξαν ότι οι Έλληνες γενικοί γιατροί:

- ♦ στο σύνολο τους σχεδόν γνώριζαν τη σημασία των σχετικών δραστηριοτήτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας
- ♦ το 61,3% απάντησαν ότι είναι δύσκολη η εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πρακτική δραστηριοτήτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας κυρίως λόγω φόρτου εργασίας, δυσκολίας προσέγγισης των ασθενών και ανεπαρκούς εκπαίδευσης
- ♦ είναι οι λιγότερο αποτελεσματικοί στη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.

Οι μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενες πρακτικές στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (Φ.Κ.Α.) παρουσιάζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Ανεξέλεγκτη παροχή πληθώρας εργαστηριακών, παρακλινικών και κλινικών εξετάσεων, χωρίς ποτέ να έχει αξιολογηθεί η συμβολή τους στη μείωση της νοσηρότητας ή τη βελτίωση των δεικτών υγείας των ασφαλισμένων του.
- Χωρίς οργάνωση, αποσπασματική, άκαιρη και συχνά ελλιπής παροχή ουσιωδών και τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας διαγνωστικών μεθόδων πρόληψης (για παράδειγμα Pap-test, μαστογραφία).
- Απουσία συγκεντρωτικής κλινικής αξιολόγησης και καταγραφής των αποτελεσμάτων των εξετάσεων με σκοπό την ενημέρωση και κατεύθυνση του ασθενή, οργάνωση και συστηματοποίηση της αντιμετώπισής του.
- Εφαρμογή κυρίως κατά πράξη συστήματος αμοιβής, το οποίο σε συνδυασμό με την πληθώρα παρόχων ΠΦΥ και την πλήρη ασφαλιστική κάλυψη δημιούργησε προκλητή ζήτηση.

Οι παραπάνω ελλείψεις και προβλήματα έχουν επιπτώσεις στην σπατάλη πόρων, την αστοχία του παραγόμενου έργου, την έλλειψη ικανοποίησης των ασφαλισμένων, και τη διαμόρφωση συνθηκών πολύμορφης εκμετάλλευσης από ποικίλους παράγοντες.

Είναι βέβαιο, ότι η αναδιοργάνωση της ΠΦΥ θα επέτρεπε:

- έλεγχο του κόστους
- περιορισμό του φαινομένου της άσκοπης προσφυγής στα νοσοκομεία, στα οποία πολλές φορές και κυρίως λόγω της ελλιπούς χρονικής διαθεσιμότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ, παρέχονται φροντίδες για τις οποίες δεν απαιτούνται νοσοκομειακές δομές.

4.3.2 Οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες του συστήματος ΠΦΥ

Όπως γίνεται αντιληπτό η εικόνα που παρουσιάζει το σύστημα ΠΦΥ στην Ελλάδα δεν είναι ιδιαίτερα θετική. Η ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα του δημοσίου τομέα στις προσδοκίες του πληθυσμού είναι χαμηλή, ειδικά σε ότι αφορά την επικοινωνία και την έγκαιρη προσοχή. Επιπλέον, η νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση των δημοσίων δαπανών υγείας, ωθεί τους χρήστες σε ιδιωτικούς φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αυξάνει κατά συνέπεια τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, σε σημείο που να πλησιάζει τα αντίστοιχα ποσοστά ιδιωτικών συστημάτων υγείας.

Η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και η δυσαρέσκεια η οποία διαπιστώνεται στον πληθυσμό οφείλεται κυρίως στο υψηλό κόστος χρόνου (ΕΣΔΥ, 2006) και στις γραφειοκρατικές διαδικασίες, που καθιστούν δυσχερή την πρόσβαση στις υπηρεσίες, καθώς και στη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η οποία είναι απόρροια αφενός της έλλειψης μηχανισμών ποιοτικού ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας και αφετέρου της παρουσίας προβλημάτων που σχετίζονται με το ξενοδοχειακό περιβάλλον και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Κυριόπουλος Γ. και συν., 2000).

Ο κατακερματισμός των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας σε διάφορους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίοι λειτουργούν με διαφορετικό λειτουργικό πρότυπο, χρηματοδοτικό πλαίσιο και διαφορετική έκταση παροχών τόσο σε είδος όσο και σε ποιότητα, εντείνει την ανισότητα μεταξύ των προσφερόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ, ενώ δημιουργούνται και διαφοροποιήσεις στον όγκο και την ποιότητα των φροντίδων που λαμβάνουν οι χρήστες διαφορετικών δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κοντιάδης Ξ. Σουλιώτης Κ. 2005). Οι εκτεταμένες αυτές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν τη βάση μεγάλων ανισοτήτων που εκφράζονται ποσοτικά με την κατά κεφαλήν κατανάλωση στην ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη και στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Εννοείται ότι το πλαίσιο αυτό λειτουργίας δεν ευνοεί σε καμία περίπτωση την άσκηση προληπτικής ιατρικής και προγραμμάτων προαγωγής της υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Η υψηλή επιβάρυνση των νοικοκυριών για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, εκφράζει τις ατέλειες τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές, της δημόσιας υποδομής με χαρακτηριστικότερη την περίπτωση της οδοντιατρικής φροντίδας, για την οποία όπως έχει ήδη αναφερθεί, η δημόσια χρηματοδότηση έχει έναν πολύ υποτυπώδη ρόλο (Σουλιώτης Κ. 2002). Ακόμα, το ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό δημοσίων δαπανών για την πρωτοβάθμια φροντίδα, αντανακλά και την κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες αυτές, ο οποίος ουσιαστικά ανταποκρίνεται σε μια ακάλυπτη ζήτηση.

Παρά το γεγονός ότι από τη σύσταση ακόμα του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα με το Ν.1397/1983, είχε καθοριστεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα λειτουργούσαν τα Κέντρα Υγείας, η σημερινή πραγματικότητα απέχει από αυτό το στόχο. Πολύ λίγα κέντρα υγείας κατόρθωσαν να αναπτύξουν τις δραστηριότητες που προβλέπονταν για τη λειτουργία τους. Τα περισσότερα από αυτά περιορίστηκαν στην κλασική ιατρική περίθαλψη και στην οδοντιατρική φροντίδα.

Σημαντική αδυναμία του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η απουσία διαμορφωμένης πολιτικής προτεραιοτήτων για τις προσλήψεις βασισμένη στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού και τους στόχους που έχουν τεθεί. Ως εκ τούτου, παρατηρούνται φαινόμενα κενών θέσεων στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ή καταστάσεις όπου οι ειδικότητες δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες. Η έλλειψη ορθολογικής πολιτικής προσλήψεων εξανεμίζει και τις όποιες δυνατότητες αποδοτικής χρήσης των περιορισμένων οικονομικών πόρων.

Επιπρόσθετα, η δυνατότητα των ασθενών, να απευθύνονται χωρίς κανέναν περιορισμό σε όλες τις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων και του ΕΣΥ, εκτός από τη συμφόρηση τεχνολογικά και ποιοτικά προηγμένων υπηρεσιών δημιουργεί και ένα επιπλέον πρόβλημα, την ασυνέχεια στη φροντίδα, δεδομένου μάλιστα ότι δεν υλοποιήθηκε η ρύθμιση για την τήρηση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου.

4.3.3 Σύσταση, σκοπός και θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ

Προκειμένου αρθούν παθογένειες του συστήματος, σύμφωνα με το Νόμο 3918/2011 (ΦΕΚ 31/2-3-2011) συνιστάται ο ΕΟΠΥΥ, ένα νέο ΝΠΔΔ υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έδρα την Αθήνα.

Στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ.ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περιθαλψής Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του ν. 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α'), ως προς τις παροχές σε είδος. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, μπορεί να μεταφέρονται στον ΕΟΠΥΥ και άλλοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου.

Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:

- ♦ Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον προβλεπόμενο στο άρθρο 30 Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του νόμου.

- ♦ Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ, κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 23 και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Η συνεργασία πραγματοποιείται με βάση τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Συμβουλίου Συντονισμού του άρθρου 31 του ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115 Α'). Με αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού διαρρυθμίζεται επίσης και ο χάρτης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την καλύτερη και σωστή εξυπηρέτηση των δικαιούχων.
- ♦ Η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων της προηγούμενης παραγράφου, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.
- ♦ Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το νέο Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 3054/18-11-2012), ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας:

- Στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα ολοήμερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών
- Στις υπηρεσίες του ΕΚΑΒ
- Στα Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία
- Στα Αγροτικά Ιατρεία
- Στα Πολυιατρεία και Ιατρεία του ΕΟΠΥΥ
- Στα Κέντρα Αποθεραπείας-Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας
- Στις Ιδιωτικές Κλινικές που λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία και διαπιστευμένα Διαγνωστικά Εργαστήρια.
- Στους Ιδιωτικούς Φορείς, όπως περιγράφονται στο άρθρο 28 του Ν. 3846/2010 (Α', 66)

- ♦ Στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας
 - ♦ Στις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης
 - ♦ Στις Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας του άρθρου 14 του Ν. 2071/1992 (Α', 123)
 - ♦ Στους Σταθμούς Προστασίας Μάνας, Παιδιού & Εφήβου, όπου διαθέτει ο Οργανισμός.
 - ♦ Στα Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας του Οργανισμού, στα Ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και στους κατ' οίκον φυσικοθεραπευτές.
- Με βάση στοιχεία του ΟΟΣΑ (OECD, 2009), της ΕΣΔΥ (Έρευνα υπηρεσιών υγείας, 2011) και του ESY.net (Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011), σε σύνολο επισκέψεων σε υπηρεσίες ΠΦΥ 71.500.000, με 4 κατά κεφαλή επισκέψεις (0.75 σε μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ), ο ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων έχει την παρακάτω κατανομή:

- το 21 % (14.300.00) των πολιτών επιλέγει να πάρει υπηρεσίες ΠΦΥ από το ΕΣΥ (ΚΥ/ΠΙ & ΤΕΙ Νοσοκομείων, με τους 8.350.950 να επιλέγουν ΚΥ/ΠΙ),
- το 30 % (21.450.000) από τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων του ΕΟΠΥΥ,
- το 5% (3.575.000) από αντίστοιχες υπηρεσίες εκτός ΕΟΠΥΥ και Ο.Τ.Α.,
- ενώ το 45% (32.175.000) από τον ιδιωτικό τομέα (με το 25% από συμβεβλημένους με ΕΟΠΥΥ).

4.4 Χρηματοδότηση και συστήματα αποζημίωσης διεθνώς – κοινά στοιχεία ή πρακτικές

Λαμβάνοντας υπόψη και τα αναφερόμενα στα προηγούμενα κεφάλαια της ανασκόπησης συστημάτων υγείας και οργανισμών παροχής υπηρεσιών, οι αλλαγές που έχουν γίνει με στόχο τη συγκέντρωση ασφαλιστικών παρόχων σε ενιαία (μονοψωνιακά) σχήματα οδήγησαν σε:

1. μηχανισμούς κατανομής κατά τη συλλογή εισφορών,
2. διαπραγματεύσεις για την αγορά πακέτου υπηρεσιών,
3. σχέση με τον πληθυσμό στη κάλυψη και την επιλογή,
4. διακυβέρνηση και ανάλογες ρυθμίσεις (συμβάσεις).

Επιπρόσθετα, τα τελευταία 15 χρόνια οι περισσότερες χώρες της Ε.Ε. εισήγαγαν τομεακούς **προϋπολογισμούς** σε ένα ή περισσότερα επίπεδα των υγειονομικών τους συστημάτων (Πίνακας 4.4.1).

Πίνακας 4.4.1: Τορμεακοί προϋπολογισμοί για την φροντίδα υγείας στα Κράτη- Μέλη της Ε.Ε., το 1997

Κράτος-Μέλος	Τορμεακοί προϋπολογισμοί
Βέλγιο	Τορμεακοί προϋπολογισμοί για τις δαπάνες της νοσοκομειακής, φαρμακευτικής, της οδοντιατρικής, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της κλινικής βιολογίας.
Δανία	Νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί που θεσπίζονται ετησίως. Προϋπολογισμοί στόχων για τις δαπάνες της πρωτοβάθμιας και της φαρμακευτικής περίθαλψης.
Γερμανία	Αυστηροί διαπραγματευθέντες προϋπολογισμοί για την εξωνοσοκομειακή και την οδοντιατρική περίθαλψη σε περιφερειακό επίπεδο. Προϋπολογισμοί στόχων για τα νοσοκομεία και διαπραγματευθέντα όρια στις φαρμακευτικές δαπάνες σε περιφερειακό επίπεδο.
Ελλάδα	Κανένας
Ισπανία	Προϋπολογισμοί στόχων για τις δαπάνες για πρωτοβάθμια, φαρμακευτική, νοσοκομειακή φροντίδα καθώς και για τις ερευνητικές και διοικητικές δαπάνες.
Γαλλία	Αυστηροί προϋπολογισμοί για τα νοσοκομεία, δαπάνες στόχων για την κλινική βιολογία, τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, τους γιατρούς των ιατρείων τα φάρμακα και τις φυσικοθεραπείες.
Ιρλανδία	Ετήσιοι προοπτικοί αυστηροί προϋπολογισμοί για οκτώ συμβούλια υγείας. Τορμεακοί αυστηροί προϋπολογισμοί για την κοινοτική φροντίδα και για τα προγράμματα των νοσοκομείων.
Ιταλία	Αυστηροί προϋπολογισμοί για τις φαρμακευτικές δαπάνες και σε μερικές περιφέρειες αυστηροί προϋπολογισμοί για τις δαπάνες της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και των ιδιωτικών νοσοκομείων.
Λουξεμβούργο	Κανένας
Ολλανδία	Δαπάνες στόχοι για την εξωνοσοκομειακή, νοσοκομειακή και ψυχιατρική περίθαλψη.
Αυστρία	Μέρος του τορμεακού νοσοκομειακού προϋπολογισμού θεσπίζεται ετησίως. Όρια στις δαπάνες κάποιων γιατρών.
Πορτογαλία	Τορμεακοί προϋπολογισμοί για τους γενικούς γιατρούς, τα φάρμακα και τα υλικά, σε περιφερειακό επίπεδο.
Φιλανδία	Αυστηροί τορμεακοί προϋπολογισμοί σε περιφερειακό επίπεδο για τα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
Σουηδία	Σε πολλά περιφερειακά συμβούλια υπάρχουν αυστηροί προϋπολογισμοί σε περιφερειακό επίπεδο, για τα κέντρα ΠΦΥ και κάθε νοσοκομείο. Δεν υπάρχουν αυστηροί προϋπολογισμοί στα περιφερειακά συμβούλια με διαχωρισμό αγοραστών και προμηθευτών. Οι φαρμακευτικές δαπάνες ελέγχονται έμμεσα από τα περιφερειακά συμβούλια
Μ.Βρετανία	Οι νοσοκομειακές και οι κοινοτικές υπηρεσίες προϋπολογίζονται σε εθνικό επίπεδο. Οι δαπάνες για οικογενειακές υπηρεσίες και φαρμακευτική περίθαλψη ρυθμίζονται έμμεσα.

Πηγή: Mossialos and LeGrand, 1999

Η αποζημίωση των υπηρεσιών στην ΠΦΥ

Οι σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης των γιατρών είναι η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service), η αμοιβή με πάγιο μισθό (salary) και η κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation payment). Αναλυτικότερα οι τρόποι αυτοί αμοιβής παρουσιάζονται παρακάτω (Σουλιώτης Κ. 2000, Κυριόπουλος Γ. και συν 1999, Γεννηματά Α. και συν. 1992).

- ♦ Η **αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση** είναι ο συνηθέστερος τρόπος αποζημίωσης ο οποίος στηρίζεται στη μεμονωμένη παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο χρήστης – ασθενής επιλέγει ελεύθερα τον γιατρό με βάση κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια. Στην περίπτωση αυτή οι γιατροί πληρώνονται για κάθε συγκεκριμένη υπηρεσία (πράξη) που παρέχουν. Η αμοιβή μπορεί να είναι είτε άμεση με απευθείας δηλαδή πληρωμή του γιατρού από τον ασθενή, ο οποίος εκ των υστέρων εισπράττει όλο το ποσό ή μέρος αυτού από το ασφαλιστικό ταμείο, είτε έμμεση με καταβολή δηλαδή της αμοιβής για κάθε πράξη από τον ασφαλιστικό φορέα προς το γιατρό, εφόσον έχει προηγηθεί σύμβαση του γιατρού με τον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα. Αυτή η μέθοδος αποζημίωσης εξασφαλίζει στον ασθενή την δυνατότητα ελεύθερης επιλογής του γιατρού. Από την άλλη πλευρά όμως έχει ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία του φαινομένου της προκλητής ζήτησης, καθώς δημιουργεί ισχυρά κίνητρα στον γιατρό για την παροχή περισσότερων ιατρικών υπηρεσιών από αυτές που είναι πραγματικά αναγκαίες.
- ♦ Στην **αμοιβή με πάγιο μισθό** οι γιατροί πληρώνονται για τις υπηρεσίες που παρέχουν με βάση ένα μηνιαίο πάγιο μισθό. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί σε συγκεκριμένες ώρες εργασίας, ανεξάρτητα από τον όγκο των υπηρεσιών που παρέχουν. Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι δε δημιουργεί κίνητρα για τη δημιουργία προκλητής ζήτησης. Από την άλλη πλευρά όμως το σύστημα αυτό αποζημίωσης των γιατρών δεν παρέχει κίνητρα παραγωγικότητας στο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται, λόγω της έλλειψης οικονομικών κινήτρων.
- ♦ Η **αμοιβή κατά κεφαλή εγγεγραμμένου** είναι ένας σχετικά νέος τρόπος χρηματοδότησης, σύμφωνα με τον οποίο ο γιατρός αποζημιώνεται με ένα προκαθορισμένο ποσό, το οποίο είναι ανάλογο των ασθενών προς τους οποίους έχει δεσμευθεί ότι θα παρέχει υπηρεσίες. Το θετικό στοιχείο αυτής της μεθόδου είναι ότι ο γιατρός έχει ένα ισχυρό κίνητρο βελτίωσης και αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών προκειμένου να αυξήσει τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών, η

οποία θα οδηγήσει με τη σειρά της σε αύξηση της αμοιβής του γιατρού. Μάλιστα ο τρόπος αυτός αποζημίωσης θεωρείται ως ο πλέον αποτελεσματικός για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή τους (Γείτονα Μ, 1997). Για το λόγο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ως τρόπος αποζημίωσης σε πολλά υγειονομικά συστήματα.

- ♦ Φαίνεται λοιπόν ότι υπάρχει μια πολλαπλότητα στις **μεθόδους αμοιβής** των ιατρών της ΠΦΥ στις χώρες της Ε.Ε. (Πίνακας 4.4.2).
- ♦ Σε τρεις χώρες (Ιρλανδία, Ιταλία και Μ. Βρετανία) οι γιατροί πληρώνονται με κατά κεφαλή αμοιβή, σε τέσσερις με αμοιβή κατά πράξη (Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία και Λουξεμβούργο), ενώ στη Γαλλία υπάρχουν περίπου 2.000 κέντρα υγείας με έμμισθους γιατρούς. Στη Γαλλία, η ένωση των ιδιωτών γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εισήγαγε ένα εθελοντικό σχήμα το 1987, το οποίο έδωσε τη δυνατότητα στους γιατρούς να γίνουν «medecin referants». Οι ασθενείς που εντάχθηκαν στο σχήμα ανέλαβαν την ηθική υποχρέωση να μην επισκέπτονται απευθείας τους ειδικούς γιατρούς. Οι γιατροί έπρεπε να τηρούν λεπτομερή φάκελο των ασθενών τους και το 10% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων έπρεπε να είναι γενόσημα. Οι εντεταγμένοι στο σχήμα γιατροί λαμβάνουν μια επιπρόσθετη ετήσια αμοιβή για κάθε εγγεγραμμένο ασθενή. Η Δανία έχει ένα μικτό σύστημα αμοιβής (κατά κεφαλήν και κατά πράξη) για όλους τους γενικούς γιατρούς. Στην Ισπανία το 60% των γενικών γιατρών πληρώνονται κατά κεφαλή και το 40% με μισθό. Στην Αυστρία από τον Ιανουάριο του 1995, η αμοιβή των γιατρών βασίζεται εν μέρει στην κατά κεφαλή αμοιβή. Οι γιατροί λαμβάνουν ανά τρίμηνο ένα συνολικό ποσό βάσει των ασθενών που εξέτασαν. Στην Ολλανδία, για τους ασθενείς χαμηλού εισοδήματος, οι γιατροί αμείβονται κατά κεφαλήν, ενώ για τους εύπορους, κατά πράξη. Για τους ειδικούς γιατρούς, οι αμοιβές που καταβάλλονται σε ιδιωτική βάση είναι διπλάσιες από τις αμοιβές που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι στα δημόσια ταμεία υγείας. Οι περισσότεροι ειδικοί γιατροί αμείβονται κατά πράξη, ανεξάρτητα από το είδος του ασφαλιστικού ταμείου που τους αποζημιώνει.
- ♦ Με βάση το νόμο του 1980 για τις τιμές στην φροντίδα υγείας (Health Care Price Act) μια ειδική αυτόνομη αρχή, το Κεντρικό Γραφείο για τις Τιμές στην Φροντίδα Υγείας (Central Office on Health Care Prices) θέτει τις κατευθυντήριες γραμμές για τη σύνθεση και τον υπολογισμό των τιμών. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές, αφού εγκριθούν από την κυβέρνηση, χρησιμοποιούνται από τις οργα-

νώσεις των προμηθευτών και των ασφαλιστικών φορέων στην διαπραγμάτευση των πραγματικών αμοιβών, οι οποίες με τη σειρά τους πρέπει να εγκριθούν από το Κεντρικό Γραφείο για τις Τιμές στην Φροντίδα Υγείας. Οι ενώσεις των γενικών και των ειδικών γιατρών, από τη μία πλευρά και εκείνες των ταμείων υγείας και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών από την άλλη ορίζονται με νόμο ως διαπραγματευτές. Οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να δεχθούν τη διαπραγματευθείσα τιμή της αμοιβής τους σε όλα τα Κράτη-Μέλη εκτός της Γαλλίας, όπου το 26% των γιατρών που ασκούν την ιατρική σε ιατρεία έχουν επιλέξει να μπορούν να επιβάλλουν υψηλότερες αμοιβές. Οι ασθενείς τους αποζημιώνονται μόνο με ένα σταθερό ποσοστό της διαπραγματευθείσης αμοιβής, ενώ ο γιατρός υποχρεούται να πληρώνει τις συνταξιοδοτικές του εισφορές και να τηρεί τους άλλους όρους. Στην Δανία υπάρχει επιπλέον χρέωση (extra billing) για τους ασθενείς της Ομάδας II (2,5% του πληθυσμού).

- ♦ Στα συστήματα αμοιβής κατά πράξη οι γιατροί είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με αλλαγή της Κλίμακας Σχετικών Αξιών, όπως στη Γερμανία. Στη Γερμανία και τη Γαλλία, οι γιατροί πληρώνονται λιγότερο για τις διαγνωστικές εξετάσεις, με στόχο τη μείωση της προκλητής ζήτησης. Μια αδυναμία της Κλίμακας Σχετικών Αξιών είναι ότι καταγράφει μόνο υπηρεσίες και όχι τις ενδείξεις που δικαιολογούν αυτές τις υπηρεσίες. Αυτός ο μηχανισμός έχει προστατεύσει το υψηλό επίπεδο της κλινικής ελευθερίας των γερμανών γιατρών, οι οποίοι περιορίζονται μόνο από τους εσωτερικούς μηχανισμούς ελέγχου των ενώσεών τους. Οι γιατροί που προβαίνουν σε περισσότερες υπηρεσίες από τους συναδέλφους τους πρέπει να δικαιολογούν τις αποφάσεις τους, προκειμένου να αποφύγουν τις οικονομικές κυρώσεις. Αυτό το σχήμα λειτούργησε μέχρι τις αρχές του 1997 σε συνδυασμό με αυστηρούς προϋπολογισμούς για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα για τις περιφερειακές ενώσεις των γιατρών. Τότε, οι αυστηροί προϋπολογισμοί αντικαταστάθηκαν από στόχους με βάση τον όγκο δραστηριοτήτων (volume targets).

Οι ειδικοί γιατροί που εξυπηρετούν εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση αμείβονται με μισθό στην Ισπανία, την Ελλάδα, την Πορτογαλία, τη Μ. Βρετανία, τη Φιλανδία και τη Σουηδία και όσοι είναι εντεταγμένοι στο σχήμα υπηρεσιών γενικής ιατρικής (General Medical Service) στην Ιρλανδία. Στα υπόλοιπα Κράτη-Μέλη, κάποιοι ή όλοι αμείβονται κατά πράξη

Πίνακας 4.4.2: Σύστηματα αμοιβής των ιατρών της ΠΦΥ στα Μέλη της Ε.Ε.

Βέλγιο	Αμοιβή κατά πράξη
Δανία	Μικτό: αμοιβή κατά κεφαλή και αμοιβή κατά πράξη. Επιπλέον πληρωμές για τους ασθενείς της Ομάδας 2 των ασθενών (2,5% του πληθυσμού), Ομάδα 1 των ασθενών (97,5% του πληθυσμού)- Σύστημα παραπομπής- Δεν απαιτείται παραπεμπτικό για τους ΩΡΑ και τους οφθαλμίατρους.
Γερμανία	Αμοιβή κατά πράξη
Ελλάδα	Μισθός (γιατροί ΕΣΥ), αμοιβή κατά πράξη (ιδιώτες γιατροί)
Ισπανία	60% των γενικών γιατρών αμοιβή με μισθό και κατά κεφαλήν αμοιβή. 40% των γενικών γιατρών κατά κεφαλήν αμοιβή. Σύστημα παραπομπής.
Γαλλία	Αμοιβή κατά πράξη. Επιπλέον αμοιβή για τους γιατρούς της Ομάδας 2 (26% των ιδιωτών γιατρών). Το 12% των γιατρών έχουν ενταχθεί στο σχήμα του «medecin referant».
Ιρλανδία	Αμοιβή κατά κεφαλήν συν αμοιβή κατά πράξη για ειδικές υπηρεσίες, (GMS-το 1/3 του πληθυσμού). Σύστημα παραπομπής. Αμοιβή κατά πράξη για την κατηγορία 2.
Ιταλία	Αμοιβή κατά πράξη συν αμοιβή κατά κεφαλή για ειδικές υπηρεσίες, Σύστημα παραπομπής.
Λουξεμβούργο	Αμοιβή κατά πράξη.
Ολλανδία	Αμοιβή κατά κεφαλή για τις ασθενείς οικονομικά ομάδες και αμοιβή κατά πράξη για τις εύπορες. Σύστημα παραπομπής.
Αυστρία	Αμοιβή κατά πράξη σε συνδυασμό με κατά κεφαλήν αμοιβή.
Πορτογαλία	Μισθός. Σύστημα παραπομπής. Δεν απαιτείται παραπεμπτικό για τους δημοσίους υπαλλήλους, τους στρατιωτικούς και τους τραπεζικούς.
Φιλανδία	Μισθός, αμοιβή κατά πράξη. Σύστημα παραπομπής. Δεν απαιτείται παραπεμπτικό για ειδική φροντίδα σε ιδιώτες γιατρούς που καλύπτεται από την Εθνική Ασφάλιση Υγείας.
Σουηδία	Μισθός, αμοιβή κατά πράξη κατόπιν ρύθμισης για τους ιδιώτες γιατρούς. Μικτό σύστημα για τους οικογενειακούς γιατρούς σε κάποιες περιφέρειες. Το σύστημα παραπομπής δεν είναι υποχρεωτικό. Υπάρχει απευθείας πρόσβαση στους ειδικούς σε πολλές περιφέρειες με προσαυξημένη αμοιβή.
Μ. Βρετανία	Αμοιβή κατά κεφαλή, μερικά έξοδα αποζημιώνονται απευθείας. Οι γενικοί γιατροί λαμβάνουν επιπλέον αμοιβή για την κάλυψη του παιδικού εμβολιασμού και την εξέταση του τραχήλου της μήτρας. Σύστημα παραπομπής.

Πηγή: Mossialos and LeGrand, 1999

Στην Ελλάδα, το σύνολο των ιατρών ΠΦΥ του ΕΣΥ (περίπου 3.500) και οι περίπου 6.500 ιατροί του ΕΟΠΥΥ, έχουν πάγια αντιμισθία, με τους υπόλοιπους ιατρούς ΠΦΥ (ιδιωτικός τομέας) να έχουν αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση. Επιπρόσθετα, το μέσο μηνιαίο μισθολογικό κόστος ιατρών ΚΥ/ΠΙ να ανέρχεται στα 9.122.092€, επί συνολικής ετησίας δαπάνης για ΚΥ/ΠΙ 257.009.460€ (στοιχεία ΥΥΚΑ).

Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψη τα επιμέρους στοιχεία των εξετασθέντων συστημάτων υγείας και οργανισμών σχετικά με την ΠΦΥ, καθώς και τα συμπεράσματα της παραγράφου 2.8.3., ιδιαίτερη προσοχή κρίνεται σκόπιμο να δοθεί στις παρακάτω καλές πρακτικές:

- ♦ η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τις υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, με επιπλέον συμμετοχή των ασθενών στο κόστος (co-payments). Επιπρόσθετα, στους τρόπους χρηματοδότησης επικρατούν κυρίως οι προοπτικοί προϋπολογισμοί, όπου το ύψος της χρηματοδότησης καθορίζεται όχι μόνο βάσει του αριθμού των δικαιούχων, αλλά σταθμίζεται, λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, άλλα και το νοσολογικό κίνδυνο.
- ♦ η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας σε περιφερειακή βάση, μέσα από δύο κύριους τύπους εισροών: φόρους (περιφερειακούς και εθνικούς) και εφάπαξ χρηματοδοτήσεις από την κεντρική κυβέρνηση, λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος του πληθυσμού κάθε περιφέρειας, θεσπίζοντας ελάχιστα εγγυημένα όρια χρηματοδότησης του τομέα της υγείας, αλλά και κριτήρια για την ορθολογική κατανομή των πόρων, όπως η γήρανση του πληθυσμού, η προσβασιμότητα απομακρυσμένων περιοχών κ.ά.
- ♦ η ανάπτυξη μονοψωνιακών ή ολιγοψωνιακών συνθηκών στην αγορά υπηρεσιών υγείας από τους φορείς που αγοράζουν υπηρεσίες υγείας και χρηματοδοτούν το σύστημα ΠΦΥ
- ♦ το καθορισμένο όριο δαπανών, το οποίο αν ξεπεραστεί, η Διοίκηση του Περιφερειακού Συστήματος έχει τη δυνατότητα να μειώσει την τιμή ανά πράξη, βάσει εθνικής συμφωνίας, με στόχο να υπάρξει μία ενιαία τιμή ανά πράξη, είτε αυτή παρέχεται από δημόσιο νοσοκομείο, είτε από ιδιωτική κλινική
- ♦ η διαμόρφωση λίστας διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων βάσει της οποίας καθορίζεται η αποζημίωση των παρόχων
- ♦ η διαμόρφωση συνθηκών και παροχή κινήτρων για την άσκηση group practice, που αφορούν πέραν των γενικών ιατρών και των ειδικευμένων ιατρών, νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές

- ♦ η εφαρμογή συμβολαίων μεταξύ ασφαλιστικών φορέων και παρόχων, βάσει ρυθμίσεων είτε σε εθνικό επίπεδο είτε σε τοπικό/περιφερειακό επίπεδο, με δυνατότητα να υπάρχει η αναφορά και σε ποιοτικούς στόχους. Έτσι οι πάροχοι αμείβονται τόσο για απαραίτητες βασικές υπηρεσίες όσο και για πρόσθετες υπηρεσίες, όπως παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, εμβολιασμούς, παρακολούθηση εγκύων, μητέρων και παιδιών, αλλά και διενέργεια απλών (minor) χειρουργικών επεμβάσεων
- ♦ η υιοθέτηση μικτών συστημάτων αποζημίωσης με εφαρμογή του συστήματος αμοιβής 'κατά κεφαλήν' (capitation), αλλά και ενός συστήματος προ-αμοιβής που μέσω ενός συνδυασμού παραμέτρων (δημογραφικό προφίλ πληθυσμού, κοινωνικά στρώματα στην περιοχή, απομονωμένο ή όχι της περιοχής, επιθυμία νυκτερινής απασχόλησης του ίδιου του γιατρού)
- ♦ οι γενικοί ιατροί μπορούν να έχουν επιπλέον αμοιβές βάσει της απόδοσης (pay-for-performance), με βάση ποιοτικούς δείκτες, οι οποίοι αφορούν τρεις γενικότερες στοχεύσεις: α) τη βελτίωση της πρόληψης, β) την ενοποίηση της ποιότητας της φροντίδας προς ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και γ) τη βελτίωση της αποδοτικότητας από τη συνταγογράφηση

4.5 Συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος

Η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος αναφέρεται σε μια ομάδα ειδικών εργαλείων πολιτικής τα οποία δρουν στην πλευρά της ζήτησης στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτά εφαρμόζονται συνήθως στο πλαίσιο της ασφάλισης (δημόσιας ή ιδιωτικής) ή ενός εθνικού συστήματος υγείας. Οι τρεις κύριες μορφές συμμετοχής του ασθενή στο κόστος είναι οι εξής (WHO, 1997, p. 84):

- *Deductible*: Το ποσό που πρέπει να πληρώσει ο ασθενής πριν ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική του κάλυψη.
- *Co-payments*: Ένα συγκεκριμένο ποσό που πρέπει να πληρώσει ο δικαιούχος για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία.
- *Co-insurance*: Το ποσοστό της συνολικής δαπάνης για μια υπηρεσία που πρέπει να πληρώσει ο δικαιούχος

Άλλες πολιτικές που συχνά συνδέονται με αυτές τις μορφές συμμετοχής του ασθενή στο κόστος και επηρεάζουν επίσης τις πληρωμές που γίνονται από τους ασθενείς στους προμηθευτές είναι οι εξής:

- *Benefit maximum*: Ένα προκαθορισμένο όριο στο ποσό που θα αποζημιωθεί από τον ασφαλιστικό του φορέα για μια συγκεκριμένη περίοδο, πέραν του οποίου ο ασθενής είναι υπεύθυνος για τη δαπάνη.

- *Out of pocket maximum:* Ένα προκαθορισμένο όριο στο συνολικό ποσό των ίδιων δαπανών του ασφαλισμένου για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, πέραν του οποίου όλες οι δαπάνες καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα.
- *Extra billing:* Οι αμοιβές του προμηθευτή που είναι υψηλότερες από το όριο που αποζημιώνει ο ασφαλιστικός φορέας, καθιστώντας υπεύθυνους τους ασθενείς για την κάλυψη της διαφοράς.
- *Coverage exclusion:* Υπηρεσίες ή μέθοδοι χρησιμοποίησης υπηρεσιών οι οποίες δεν καλύπτονται από τη δέσμη παροχών της δημόσιας ή της ιδιωτικής ασφάλισης, αφήνοντας τα άτομα να πληρώσουν το συνολικό ή το επιπλέον κόστος που δεν καλύπτεται από την ασφάλιση.

Η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος δεν αποτελεί ισχυρό εργαλείο πολιτικής, ούτε όσον αφορά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, ούτε στη συγκράτηση του κόστους του υγειονομικού τομέα. Λόγω της σημαντικής επιρροής των προμηθευτών στους παράγοντες που αυξάνουν το κόστος, οι πολιτικές που απευθύνονται στην πλευρά της προσφοράς είναι πιθανόν πιο αποτελεσματικές από αυτές που δρουν αποκλειστικά στην πλευρά της ζήτησης. Η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος θα μειώσει την κατανάλωση από την πλευρά του χρήστη αλλά μια τέτοια μείωση δεν είναι αποτελεσματική στη συγκράτηση του κόστους. Αυτό συμβαίνει γιατί το βασικό αίτιο του κόστους της υγειονομικής φροντίδας είναι η ένταση της φροντίδας, η οποία προκαλείται από τους προμηθευτές. Η διακρατική σύγκριση αποδεικνύει ότι, αν και στις ΗΠΑ αναλογούν λιγότερες ιατρικές επισκέψεις κατά κεφαλήν πληθυσμού από άλλες χώρες, έχουν μεγαλύτερες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, γεγονός που δηλώνει ότι η ένταση της φροντίδας σε κάθε ιατρική επίσκεψη στις ΗΠΑ είναι υπεύθυνη για αυτό το παράδοξο. Οι ΗΠΑ έχουν επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό ίδιων πληρωμών και παράλληλα το μεγαλύτερο συνολικό κόστος. Αυτό σημαίνει ότι άλλα μέτρα είναι πιο αποτελεσματικοί μηχανισμοί στη συγκράτηση του κόστους.

Η καταλληλότητα και τα πιθανά αποτελέσματα του μέτρου εξαρτώνται από τις υπηρεσίες στις οποίες εφαρμόζεται, και το ευρύτερο πλαίσιο του συστήματος αμοιβής των προμηθευτών. Η χρήση της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος ως εργαλείου ελέγχου της ζήτησης έχει νόημα μόνο όταν εφαρμόζεται στις υπηρεσίες με τις οποίες ο πολίτης έρχεται σε πρώτη επαφή. Για τις υπηρεσίες στις οποίες παραπέμπεται, η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος έχει μικρή επίδραση στην κατανάλωση και επομένως

μικρή σημασία από πλευράς αποτελεσματικότητας. Στα συστήματα στα οποία οι προμηθευτές αποζημιώνονται αναδρομικά, οι περικοπές στην κατανάλωση που προέρχεται από την πλευρά του χρήστη θα ενθαρρύνουν τους προμηθευτές να αυξήσουν τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών σε κάθε επαφή με τον ασθενή προκειμένου να διατηρήσουν το εισόδημά τους. Στα συστήματα που οι προμηθευτές πληρώνονται εκ των προτέρων, τα αποτελέσματα του μέτρου εξακολουθούν να είναι οριακά επειδή τα κίνητρα από την πλευρά της προσφοράς είναι αρκετά για συγκρατήσουν την αύξηση των δαπανών.

Χωρίς αντισταθμιστικές διοικητικές διαδικασίες, η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος εγείρει ζητήματα ισότητας όσον αφορά στη χρηματοδότηση και στην λήψη των υπηρεσιών υγείας. Αν το μέτρο δεν συνδέεται με το εισόδημα θα επιβάλλει μεγαλύτερο βάρος στα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Επίσης μπορεί να προκαλέσει ανισότητες στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μειώνοντας την πρόσβαση στους ηλικιωμένους, τους νέους και τους χρονίως πάσχοντες. Η μείωση της κατανάλωσης ή η καθυστέρηση στην προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας ενδέχεται να οδηγήσουν σε μείωση του επιπέδου υγείας, ενώ η έγκαιρη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας θα είχε ευεργετικά αποτελέσματα. Είναι, επίσης, γνωστό ότι οι φτωχοί γενικά έχουν χειρότερη υγεία από τους πλούσιους. Σε ένα τέτοιο σχήμα, στην περίπτωση μιας ακριβής ασθένειας οι δαπάνες των φτωχών για την υγεία θα αυξάνονταν πολύ.

Το ποσοστό της συμμετοχής στο κόστος είναι συνήθως χαμηλό για να αποτρέψει επαρκώς τη χρήση. Εναλλακτικά, αν ανέλθει σε ένα αρκετά υψηλό επίπεδο (όπως στη Γαλλία), οι ενδιαφερόμενοι θα αναλάβουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας προκειμένου να καλύψουν την επιβάρυνση, με συνέπεια αυτό το μέτρο να έχει μικρή επίπτωση στη χρήση.

Η επιβάρυνση ανάλογα με το εισόδημα συχνά προτείνεται ως ένας τρόπος που θα κάνει τη συμμετοχή στο κόστος πιο δίκαιη. Η λειτουργία ενός αποτελεσματικού τρόπου εξέτασης της ικανότητας του καθενός να πληρώνει περιστασιακές δαπάνες είναι βέβαια διοικητικά ακριβή και ίσως οδηγήσει σε κοινωνικές αντιπαραθέσεις (Mossialos E., Le Grand J., 1997, p.64).

Στην πραγματικότητα όλες οι χώρες της Ε.Ε. χρησιμοποιούν την συμμετοχή του ασθενή στο κόστος προκειμένου να ελέγξουν τις δαπάνες της φαρμακευτικής και της οδοντιατρικής περίθαλψης. Οι περισσότερες από αυτές χρησιμοποιούν επίσης συστήματα συμμετοχής στο κόστος ως μέσο συγκράτησης του κόστους των εξωνοσοκομειακών και των νοσοκομειακών

υπηρεσιών, είτε αυξάνοντας την ήδη υπάρχουσα συμμετοχή είτε εισάγοντας την σε υπηρεσίες που παλαιότερα παρέχονταν δωρεάν, ιδιαίτερα κατά τα τέλη της δεκαετίας του '80 και τη δεκαετία του '90 (Πίνακας 4.5.1).

Εντούτοις, παρά την αύξηση της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος, αυτή δεν αποτελεί τον πιο σημαντικό μηχανισμό για τον έλεγχο του κόστους. Σε όλες τις χώρες το μέτρο αυτό αποτελεί ζήτημα οξείας αντιπαράθεσης μεταξύ των κομμάτων. Η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος αυξάνεται όταν η οικονομική κατάσταση χειροτερεύει και μειώνεται όταν οι προοπτικές της οικονομίας βελτιώνονται. Επιπρόσθετα, η έκταση της εξαρτάται από το πολιτικό κόμμα που είναι κάθε φορά στην εξουσία. Στην πράξη, η έκτασή της είναι μέτρια, με εξαίρεση την Γαλλία και την Πορτογαλία. Στην Γαλλία η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος (*ticket modérateur*) έπαιζε πάντα σημαντικό ρόλο στην ιστορία του γαλλικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Εντούτοις το 83% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία καλύπτει όλη ή ποσοστό της επιβάρυνσης του ασθενή, μειώνοντας τα αποτελέσματά του μέτρου. Πιο πρόσφατα, η συμμετοχή στο κόστος έχει παίξει ένα πιο σημαντικό ρόλο, κυρίως ως μέτρο συγκέντρωσης εσόδων, στην Σουηδία, τη Φιλανδία και τη Δανία. Στις δύο πρώτες χώρες, οι ίδιες πληρωμές αυξήθηκαν σημαντικά κατά τη δεκαετία του '90, αλλά η μείωση του αριθμού των υπηρεσιών που αποζημιώνονται ίσως συνέβαλε περισσότερο σ' αυτήν την τάση. Στην Πορτογαλία, όπου έγιναν εμπειρικές μελέτες, η επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας αποδείχθηκε αμελητέα. Στην Φιλανδία η μείωση των δαπανών είχε περισσότερο σχέση με τη μείωση της προσφοράς παρά με παράγοντες που αφορούν στη ζήτηση. Στη Γερμανία, στα πεδία που επεκτάθηκε η συμμετοχή στο κόστος, οι δαπάνες αυξήθηκαν ταχύτερα.

Η μειωμένη συμμετοχή ή η απαλλαγή από το μέτρο εκείνων που έχουν χαμηλό εισόδημα ή άλλων κοινωνικών κατηγοριών ποικίλει μεταξύ των κρατών της Ε.Ε. Κάποια Κράτη-Μέλη όπως η Σουηδία, η Γερμανία, το Βέλγιο, η Φιλανδία, η Ιρλανδία και η Ολλανδία, έχουν εισάγει σχήματα προστασίας του εισοδήματος, θεσπίζοντας όρια σε κάθε μορφή συμμετοχής του ασθενή στο κόστος.

Γενικά, το περιθώριο για αυξήσεις της συμμετοχής στο κόστος βασικών ιατρικών υπηρεσιών ως μέσου ελέγχου του κόστους στην Ε.Ε., φαίνεται να είναι εξαιρετικά περιορισμένο (Mossialos E., Le Grand J., 1997).

Πίνακας 4.5.1: Συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των ιατρικών επισκέψεων σε γενικούς και ειδικούς γιατρούς, στα Κράτη-Μέλη της Ε.Ε., το 1996.

<p>Βέλγιο (1995) Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί</p>	<p>7,6% για ανάπηρους, συνταξιούχους, χήρους και ορφανά, των οποίων το εισόδημα είναι χαμηλότερο από ένα προκαθορισμένο όριο. 30% για τις άλλες κατηγορίες. Για επισκέψεις κατ' οίκον: 7,9% για τους ανάπηρους κ.λ.π. και 34,9% για τις άλλες κατηγορίες. 8,45% για τους ανάπηρους κ.λ.π. και 40% για τις άλλες κατηγορίες.</p>
<p>Δανία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί</p>	<p>Επιπλέον πληρωμές για την Ομάδα 2 των ασθενών (2,5% του πληθυσμού). Επιπλέον πληρωμές για την Ομάδα 2 των ασθενών.</p>
<p>Γερμανία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί</p>	<p>Τίποτα Τίποτα</p>
<p>Ελλάδα Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί</p>	<p>Τίποτα Τίποτα για τους γιατρούς που ασκούν ιατρική στα ιδιωτικά τους ιατρεία.</p>
<p>Ισπανία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί</p>	<p>Τίποτα Τίποτα</p>
<p>Γαλλία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί</p>	<p>30% 30% (25% για επισκέψεις σε δημόσια νοσοκομεία).</p>
<p>Ιρλανδία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί</p>	<p>Κατηγορία 1 ασθενών: τίποτα. Κατηγορία 2: 18,9-25,2 ECU ανάλογα με την περιοχή. Κατηγορία 1 και 2: τίποτα. Κατηγορία 2: 15,12 ECU για εισαγωγή χωρίς παραπεμπτικό.</p>

Ιταλία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί	Τίποτα 35,7 ECU.
Λουξεμβούργο Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί	35% συν επιπλέον συμμετοχή στο κόστος 20% για την πρώτη επίσκεψη στο σπίτι μέσα σε τέσσερις εβδομάδες. Το ίδιο με τους γενικούς γιατρούς.
Ολλανδία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί	Τίποτα Τίποτα
Αυστρία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί	20% του πληθυσμού(αγρότες, δημόσιοι υπάλληλοι, εργοδότες) πληρώνουν 20%. Το ίδιο με τους γενικούς γιατρούς.
Πορτογαλία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί	1,87 ECU -3,73 ECU για τις επισκέψεις κατ' οίκον. 2,48 ECU στα τοπικά νοσοκομεία και 3,73 ECU στα τριτοβάθμια νοσοκομεία.
Φιλανδία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί	Δημοτικές υπηρεσίες: μία ετήσια συνδρομή 17,16 ECU ή ένα ποσό για κάθε μία από τις πρώτες τρεις επισκέψεις ή ένα μέγιστο ποσό (8,58 ECU). Σχήμα εθνικής ασφάλισης υγείας: 60% της βασικής αμοιβής των ιδιωτικών γιατρών συν επιπλέον πληρωμές. Δημοτικές υπηρεσίες: ένα μέγιστο ποσό (17,16 ECU) ανά επίσκεψη. Σχήμα εθνικής ασφάλισης υγείας: 60% της βασικής αμοιβής των ιδιωτικών γιατρών συν επιπλέον πληρωμές.
Σουηδία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί	7-16,40 ECU εξαρτάται από το τοπικό συμβούλιο. 11,75-30,55 για τους ειδικούς νοσοκομειακούς γιατρούς.
Μ.Βρετανία Γενικοί γιατροί Ειδικοί γιατροί	Τίποτα Τίποτα

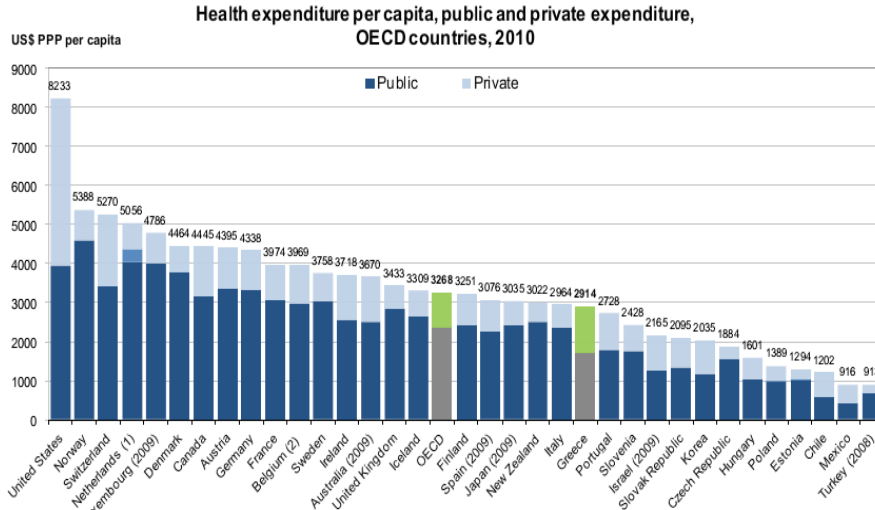
Πηγή: Mossialos and LeGrand, 1999

Στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα (2011), οι ασφαλισμένοι ασθενείς που προσέρχονταν σε μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ δεν είχαν συμμετοχή στο κόστος των ιατρικών επισκέψεων. Από το 2011 εφαρμόστηκε εισιτήριο 5€ στις μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ (με σημαντικές εξαιρέσεις σε περιπτώσεις χρονίων πασχόντων).

4.6 Χρηματοδότηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα

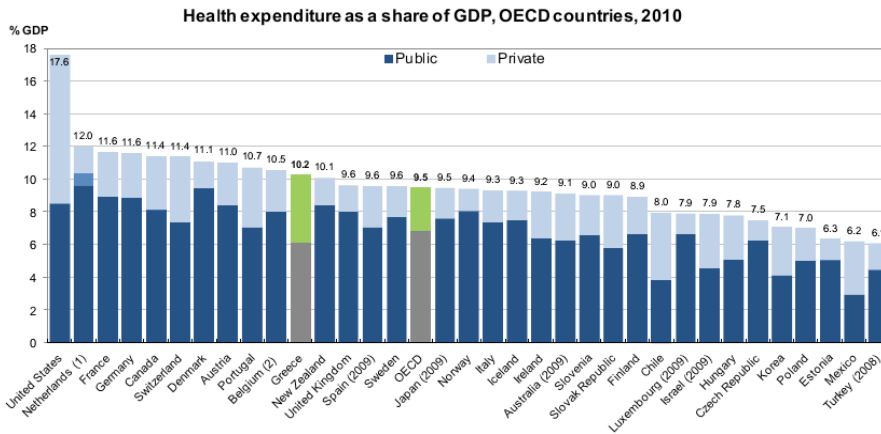
Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια μείωση της κατά κεφαλή δαπάνης ανά κάτοικο στην Ελλάδα (από τα 3.078 \$ το 2008, στα 2.914 \$ το 2010) (Διάγραμμα 4.6.1), με τη δημόσια δαπάνη υγείας στο 59,4% το 2010 (από 61,7% το 2009, με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ στο 72,2% το 2010), τις συνολικές δαπάνες υγείας στο 10,2% του ΑΕΠ το 2010 (από 10,6% το 2009, με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ στο 9,5% το 2010) (Διάγραμμα 4.6.2). Η υποχρηματοδότηση της ΠΦΥ από τον κρατικό προϋπολογισμό, αναπληρώνεται από τις ιδιωτικές δαπάνες και κυρίως τις ίδιες πληρωμές. Με στοιχεία του 1998 (Σουλιώτης Κ., 2002) το 22,8% των δημοσίων δαπανών αφορά εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη (26,5% επί των συνολικών δαπανών υγείας), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό είναι 31,36% για τις ιδιωτικές δαπάνες, με τις out-of-pocket δαπάνες υγείας να ανέρχονται το 2010 στο 94,5% επί των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία (World Bank, 2010). Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αυξήθηκε μεταξύ του 2000 και του 2009 με ταχύ ρυθμό από 6,1% ετησίως σε πραγματικούς όρους κατά μέσο όρο, αλλά μειώθηκε κατά 6,5% το 2010, σαν συνέπεια των μέτρων για μείωση του δημοσιονομικού ελλείμματος (OECD Health Data, 2012).

Διάγραμμα 4.6.1: Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας, δημόσια και ιδιωτική δαπάνη, Χώρες του ΟΟΣΑ, 2010



Πηγή: OECD, 2010

Διάγραμμα 4.6.2: Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2010



Πηγή: OECD, 2010

Στην Ελλάδα η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι διαφορετική στα διάφορα τμήματα του υγειονομικού τομέα. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα είναι:

- ♦ η κοινωνική ασφάλιση (κυρίως εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών),
- ♦ ο κρατικός προϋπολογισμός (γενική φορολογία) και
- ♦ οι ιδιωτικές πληρωμές (διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση).

Τα ποσοστά συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης και του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας διαφοροποιούνται στο πέρασμα των χρόνων.

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις πληρωμές της ασφάλισης, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων (το ποσοστό των οποίων διαφέρει μεταξύ των ταμείων, ενώ η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ελευθερία επιλογής και ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων, ενώ ο ιδιωτικός φορέας είτε από εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης, είτε από ίδιες πληρωμές συμπεριλαμβανομένης και της ιδιωτικής ασφάλισης (Σισσούρας Α. και συν. 1995, Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ. και συν, 2000).

Η χρηματοδότησή της ΠΦΥ γίνεται με βάση τους κανονισμούς παροχών του ΕΟΠΥΥ και τα δεδομένα στο ΕΣΥ. Η χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ γίνεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ταμείων που συμμετέχουν (π.χ. ΙΚΑ, 7.65%: 5.1% εργοδότης & 2.55% εργαζόμενος) + από την ετήσια επιχορήγηση από κρατικό προϋπολογισμό σε ποσοστό 0.6% του ΑΕΠ (νόμος 3918/2011) και μετά τη μείωση στο 0.4% του ΑΕΠ (νόμος 4041/2012) + rebate από φαρμακευτικές εταιρίες και φαρμακεία και λοιπά έσοδα από κοινωνικούς φορείς. Έχει υπολογιστεί επιχορήγηση με 1δισ σε ετήσια βάση για συμμετοχή του ΟΓΑ. Ο προϋπολογισμός του 2012 είχε υπολογιστεί με σύνολο εσόδων 5.832.000.000 και εξόδων 6.010.272.800.

Στην Ελλάδα στις υπηρεσίες ανοικτής περίθαλψης συνυπάρχουν όλες οι παραδοσιακές μορφές οργάνωσης και χρηματοδότησης, με κύρια έμφαση στο σύστημα αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση και στην αμοιβή των γιατρών με πάγιο μισθό (Γεωργούση Ε. Κυριόπουλος Γ. 1996). Γενικά στον ιδιωτικό τομέα κυριαρχεί η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, ενώ στον δημόσιο η αμοιβή με πάγιο μισθό. Οι γιατροί και το προσωπικό των (αγροτικών) κέντρων υγείας του ΕΣΥ και των πολυϊατρείων (αστικών κέντρων υγείας του ΙΚΑ) αμείβονται με μισθό και είναι αντιστοιχώς δυο ταχυτήτων (δημόσιοι υπάλληλοι και υπάλληλοι ιδιωτικού δικαίου).

Οι συμβεβλημένοι γιατροί και λοιποί ιδιώτες επαγγελματίες υγείας (π.χ. οδοντίατροι, φυσιοθεραπευτές, οπτικοί, κ.λπ.) αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση. Τέλος, τα νομικά πρόσωπα (διαγνωστικά κέντρα κ.λπ.) αμείβονται με βάση τις συμβάσεις και αμοιβή κατά πράξη.

4.7 Μια πρώτη πρόταση οργανωτικής και λειτουργικής ανασυγκρότησης της ΠΦΥ

4.7.1 Εισαγωγή

Στην Ελλάδα, η αδυναμία ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ιδιαίτερα σε αστικό επίπεδο, μέσα στο οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οδήγησε στον κατακερματισμό των υπηρεσιών ΠΦΥ και στη διόγκωση της δαπάνης για υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα. Καθημερινά αρκετοί ασθενείς συνωστιζονται σε δομές Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ νοσοκομείων) για να αναζητήσουν υπηρεσίες ΠΦΥ. Από την άλλη πλευρά δημογραφικές αλλαγές, κοινωνικο-οικονομικές προκλήσεις και η επιτακτική ανάγκη για διασφάλιση του αγαθού της ‘καλής υγείας για όλους’ προϋποθέτει μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες που θα βασιστούν στη διεθνή εμπειρία και τεκμηριωμένη γνώση, ώστε η χρήση των υπαρχόντων οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων να είναι αποτελεσματική και επαρκής.

Στην ΠΦΥ αποδίδεται όχι μόνον ο ρόλος του Θυρωρού (gatekeeper), αλλά και του Συμβούλου (councillor), τόσο για τον προσανατολισμό του πολίτη στην αναζήτηση φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας, όσο και στην υποβοήθηση του στη λήψη προσωπικών αποφάσεων και στην αξιολόγηση του χειρισμού θεμάτων υγείας του (informed and consentaneous patient) στη σχέση του με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ θα πρέπει να έχει συνεπώς τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- ♦ να αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, δηλαδή το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, αλλά και υποστήριξης της “κυκλοφορίας” του μέσα σε αυτό (εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια στη φροντίδα που απαιτείται για τον ασθενή και τη νόσο/disease management σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας)
- ♦ να παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση), οι οποίες καλύπτουν όλα τα συνήθη προβλήματα και καταστάσεις υγείας, καθώς και επιλεγμένα χρόνια νοσήματα, τη στιγμή που αυτός τις έχει ανάγκη, δηλαδή σε λογική απόσταση και σε εύλογο χρόνο.

Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να παρέχονται από έναν **ενιαίο πρωτοβάθμιο χώρο** που περιλαμβάνει όλες τις αντίστοιχες υπηρεσίες υποστήριξης των πολιτών (πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δημόσια υγεία, κοινωνική φροντίδα, προαγωγή της ψυχικής υγείας και αντιμετώπιση εξαρτήσεων) στο πλαίσιο ενός Εθνικού Δικτύου Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο στόχος θα είναι η διάκριση της παροχής-χρηματοδότησης της ΠΦΥ από την παραγωγή, με πιθανή ανεξαρτητοποίησή της από τον ΕΟΠΥΥ και λειτουργία ενός συστήματος ΠΦΥ ως gate keeper ή gate opener για τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

4.7.2 Οι βασικές αρχές μιας πρότασης ανασυγκρότησης της ΠΦΥ

Από τις προτάσεις που κατά καιρούς έχουν συζητηθεί και προταθεί, αυτή που τελικά φαίνεται να συγκεντρώνει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τη συγκρότηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η πρόταση της λειτουργικής ανασυγκρότησης. Σκοπός της είναι να δώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών με εγγυητή το κράτος, το οποίο οφείλει να εξασφαλίσει την ύπαρξη αυτών των υπηρεσιών, να προσδιορίσει το περιεχόμενο και τον τρόπο παροχής τους και να εγγυηθεί τη συνέχειά τους.

Το νέο σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει να δομηθεί με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, και να ικανοποιεί τις αρχές της ισότητας στην πρόσβαση, της συνέχειας στη φροντίδα, της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας και τον προσανατολισμό στον ασθενή και στην οικογένειά του. Η κινητήριος δύναμη αυτού του συστήματος θα είναι ο προσωπικός ή οικογενειακός ιατρός, ο οποίος θα είναι, κατά προτίμηση, ειδικευμένος στη Γενική Ιατρική. Ο προσωπικός γιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του σε όλους ανεξαρτήτως τους πολίτες και να είναι σε θέση να διαχειριστεί χρόνια νοσήματα και μείζονες παράγοντες κινδύνου, να διεξάγει προσυμπτωματικό και προληπτικό έλεγχο και να παρέχει υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης.

Στο πλαίσιο αυτό απαιτούνται οργανωτικές και λειτουργικές παρεμβάσεις, οι οποίες παρατίθενται συγκεντρωτικά παρακάτω:

Οργανωτικές παρεμβάσεις

- ♦ Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού
 - Η στελέχωση των μονάδων ΠΦΥ με εκπαιδευμένο προσωπικό το οποίο θα είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και στους στόχους του συστήματος της ΠΦΥ
 - Η διαμόρφωση μιας κοινής, ενιαίας δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών

- Η εξασφάλιση της συνέχειας στην προσπάθεια καταγραφής των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ
- ♦ Ολοκλήρωση του θεσμού του προσωπικού/οικογενειακού ιατρού, με στόχο την απορρόφηση της αναιτίας πολλές φορές ζήτησης για δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία αυξάνει τις υγειονομικές δαπάνες. Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι:
 - Σαφής προσδιορισμός των ιατρικών ειδικοτήτων που μπορούν μετά από εκπαίδευση να αναλάβουν ρόλο οικογενειακού ιατρού, κυρίως οι ειδικότητες γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής.
 - Σαφής προσδιορισμός και περιγραφή των αρμοδιοτήτων και των υποχρεώσεων του οικογενειακού ιατρού.
 - Περιγραφή της υποχρεωτικής δέσμης υπηρεσιών του οικογενειακού ιατρού.
 - Σαφής προσδιορισμός των αρμοδιοτήτων και του ρόλου νοσηλευτών, άλλων επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων μονάδων ΠΦΥ, καθώς και εργασιακών σχέσεων με τους οικογενειακούς ιατρούς.
 - Ανάπτυξη μηχανισμού εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του οικογενειακού ιατρού.
 - Ανάπτυξη μεθοδολογίας αξιολόγησης της γνώμης του ασθενή για τις υπηρεσίες των οικογενειακών ιατρών.
- ♦ Δικτύωση των φορέων ΠΦΥ, με στόχο την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας, καθώς και την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις ανάγκες και απαιτήσεις τους.
- ♦ Χρηματοδότηση του συστήματος ΠΦΥ, με στόχο τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου πλαισίου αποζημίωσης των ιατρικών πράξεων, το οποίο θα βασίζεται σε δεδομένα πραγματικού κόστους ως προς τις αμοιβές και επιπλέον θα λειτουργεί στη λογική μιας πολιτικής κινήτρων για τους ιατρούς της ΠΦΥ.
 - Ορθολογική κατανομή των δαπανών στο σύστημα στις ΠΦΥ
 - Αναδιάρθρωση του συστήματος χρηματοδότησης

Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι:

- ♦ Η ομαδοποίηση των όμοιων περιπτώσεων ασθένειας σύμφωνα με το ICP-2 (International Classification of Primary Care)
- ♦ Η κοστολόγηση των διαγνωστικών κατηγοριών
- ♦ Η θέσπιση σχετικού νομοθετικού πλαισίου.

Λειτουργικές παρεμβάσεις

- ♦ Ανάλυση και μελέτη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, με τη χρήση των εργαλείων «Υγειονομικός Χάρτης» και ESY.net, με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, την βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος και τη δημιουργία μιας επιδημιολογικής βάσης δεδομένων.
- ♦ Ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος ΠΦΥ, η οποία ουσιαστικά συνίσταται στην παροχή αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών, με στόχο την εξασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση και στην ποιότητα φροντίδα υγείας.
- ♦ Ανάπτυξη πληροφοριακών υποδομών και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, με στόχο την βελτίωση της διοικητικής ικανότητας των μονάδων ΠΦΥ, αλλά και την βελτίωση των καθημερινών συναλλαγών των πολιτών με τις μονάδες ΠΦΥ.

4.7.3 Αχικές προτάσεις μας για την ΠΦΥ

4.7.3.1 Προτάσεις για περιφερειακή απαρτίωση του συστήματος ΠΦΥ

- ♦ Όλες οι υπηρεσίες ΠΦΥ του δημόσιου, κοινωνικού και ιδιωτικού τομέα δύνανται να τεθούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας (Υ.Υ.).
- ♦ Η εποπτεία αυτή μπορεί να είναι πλήρης ή αποκλειστική και αφορά όχι μόνο στον τομέα παροχής υπηρεσιών, αλλά και στη διαδικασία παροχής αυτών των υπηρεσιών. Η εποπτεία και ο έλεγχος των μονάδων ΠΦΥ, ανεξαρτήτως της νομικής και διοικητικής φύσης τους, αφορά επίσης στη σκοπιμότητα ίδρυσης, την πιστοποίηση, τη διαπίστευση, τη λειτουργία και την ποιότητα του εξοπλισμού.
- ♦ Στο πλαίσιο λειτουργίας ενός αποκεντρωμένου Συστήματος Υγείας, πρέπει να συγκροτούνται και Περιφερειακές Δ/νσεις ΠΦΥ στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΔΥΠΕ), με την αναγκαία διασύνδεση (απαρτίωση) των υπηρεσιών ΠΦΥ με αυτές της κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας (Lionis, 2009), με σκοπό:
 - τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών ΠΦΥ σε επίπεδο Περιφέρειας, που θα εγγυάται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών ΠΦΥ υψηλής ποιότητας,

- το συντονισμό των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στο επίπεδο της Περιφέρειας
- τη διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των δημόσιων μονάδων ΠΦΥ που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα

και με αρμοδιότητες:

- την εποπτεία, τον έλεγχο και την αξιολόγηση της λειτουργίας όλων των δημόσιων μονάδων ΠΦΥ (Κ.Υ., Π.Ι. Μονάδες Φ.Κ.Α. και Ο.Τ.Α.)
- την εκπόνηση των επιχειρησιακών σχεδίων δράσης για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στην Περιφέρεια, στο πλαίσιο των κατευθύνσεων της Εθνικής Στρατηγικής για την ΠΦΥ
- τη δημιουργία υποστηρικτικών μηχανισμών και συστημάτων γύρω από τις δομές ΠΦΥ με τη συνεργασία όλων των φορέων (τοπικών, περιφερειακών, εθνικών), οι οποίοι θα αναλαμβάνουν συγκεκριμένες δράσεις (π.χ. δράσεις προαγωγής υγείας, πρόληψης), ανάλογα και με τις τοπικές ιδιαιτερότητες ή ανάγκες
- τη χωροταξική κατανομή των μονάδων ΠΦΥ, καθώς και την ανέγερση ή επέκταση ή αναδιάρθρωση τους
- την κατάρτιση και υποβολή για έγκριση στο Υ.Υ. των οργανισμών των μονάδων ΠΦΥ
- τη διοικητική υποστήριξη των μονάδων ΠΦΥ και τη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων σε επίπεδο Περιφέρειας (σχεδιασμός για την κάλυψη αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό, μέριμνα για μετακινήσεις, αποσπάσεις, μετατάξεις προσωπικού για κάλυψη αναγκών)
- την κατάρτιση αυτόνομου ετήσιου προϋπολογισμού των μονάδων ΠΦΥ (στον οποίο θα λαμβάνονται υπόψη οι αμοιβές, τα λειτουργικά έξοδα, το κόστος του εξοπλισμού και οι αποσβέσεις), ο οποίος διαμορφώνεται από το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτουν, τη σύνθεση του πληθυσμού αυτού (ηλικιωμένοι, παιδιά), τις ειδικές συνθήκες της περιοχής και άλλα κριτήρια τα οποία διατυπώνονται με απόφαση του Υ.Υ. και συναρμοδίων Υπουργών μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ
- την ορθολογική και προνομιακή κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες

- τον έλεγχο της εκτέλεσης του προϋπολογισμού των μονάδων, καθώς και τη σύνταξη του ενοποιημένου ισολογισμού και απολογισμού
- τη διενέργεια ενιαίων προμηθειών για τις μονάδες ΠΦΥ
- την κατάρτιση και το συντονισμό των εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων στις μονάδες ΠΦΥ, καθώς και την οικονομική και διοικητική υποστήριξή τους.

Σημείωση 1: Η Περιφερειακή οργάνωση του συστήματος ΠΦΥ εφαρμόζεται στις Σκανδιναβικές χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Δανία και την Ιταλία, με την παρουσία ή όχι ενός Περιφερειακού Αρχιάτρου και με τις περιφέρειες να είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό, τη διοίκηση, τη θέσπιση νομοθεσίας, την παρακολούθηση και αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Σημείωση 2: Στην Ελλάδα υπάρχει η εμπειρία του 2004, της ένταξης και λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων της Κρήτης ως αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων του ΠεΣΥΠ, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Τα βασικά συμπεράσματα αυτής της περιόδου (Lionis, 2004) είναι: α). Η ανάπτυξη ξεχωριστών κατά κέντρο υγείας προϋπολογισμών και ενιαίων διαδικασιών προμηθειών (ή έστω ανά ΔΥΠΕ στην ΠΦΥ), β). Η ανάπτυξη της κάρτας υγείας και αρχείων ασθενών, γ). Η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων για τα χρόνια νοσήματα, δ). Η αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και από τους ασθενείς.

- ♦ Προτείνεται η δημιουργία ενός **Παρατηρητηρίου ΠΦΥ** για να παίξει το ρόλο ενός ολοκληρωμένου επιχειρησιακού και συντονιστικού εργαλείου του Υ.Υ. και του ΕΟΠΥΥ, το οποίο θα προωθεί σταθερά τον σχεδιασμό παρεμβάσεων για την ανάπτυξη των δημόσιων φορέων ΠΦΥ με την εκπόνηση επιχειρησιακών σχεδίων και την παρακολούθηση υλοποίησης των εγκεκριμένων παρεμβάσεων. Στις αρμοδιότητες του Παρατηρητηρίου περιλαμβάνονται:
 - Εκπόνηση Εθνικής Στρατηγικής για την ΠΦΥ και Επιχειρησιακού Σχεδιασμού δημόσιων φορέων ΠΦΥ, με στόχο την υποστήριξη των Περιφερειακών Δ/νσεων ΠΦΥ ως προς την παρακολούθηση υλοποίησης των αντίστοιχων αναπτυξιακών δράσεων και παρεμβάσεων και ενημέρωση των αρμοδίων υπηρεσιών
 - Τεχνική υποστήριξη των Περιφερειακών Δ/νσεων ΠΦΥ και της αρμόδιας Επιτροπής του ΚΕΣΥ (εκπόνηση ειδικών μελετών π.χ.

κοστολόγησης, συντονισμό δράσεων για την σύνταξη πρωτοκόλλων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας στην ΠΦΥ, πρωτοκόλλων παραπομπών και διατομεακής συνεργασίας της ΠΦΥ με τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη, καθώς και τους Φ.Κ.Α./ΕΟΠΥΥ κ.α.)

- Προσδιορισμός κοινής δέσμης υπηρεσιών που θα παρέχονται από το Δημόσιο Σύστημα ΠΦΥ, παροχές σύμφωνα με διεθνή δεδομένα και κατευθυντήριες οδηγίες (π.χ. μέσος αριθμός ετήσιων επισκέψεων, συχνότητα-περιεχόμενο παρακλινικών εξετάσεων για «επεισόδια υγείας» ή πρόληψη)
- Προσδιορισμός αριθμητικών κριτηρίων αναλογίας παρόχων υπηρεσιών ΠΦΥ/ασφαλισμένους (διαμορφώνεται με βάση διεθνή δεδομένα και ιστορική εμπειρία)
- Διαμόρφωση ενός συστήματος παραπομπών και ροών από τις Μονάδες ΠΦΥ προς τα διαγνωστικά εργαστήρια, καθώς και προς τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, με προσανατολισμό του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας
- Ανάπτυξη προτύπου συστήματος διαδικασιών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ (Σύστημα ποιότητας και προδιαγραφές λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ), ενώ σε συνεργασία πχ με το ΕΚΑ-ΠΤΥ πιστοποίηση των φορέων του Εθνικού Δικτύου Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ (δημόσιων και ιδιωτικών)
- Ενιαίος σχεδιασμός κοινής πληροφοριακής βάσης (του ενιαίου δικτύου υπηρεσιών), η οποία να επιτρέπει διακίνηση και διαχείριση ιατρικού φακέλου σε περιβάλλον διαδικτύου, εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ραντεβού για επισκέψεις και εργαστηριακές εξετάσεις, καθώς και τη λειτουργία συστήματος ηλεκτρονικής κάρτας υγείας ΠΦΥ (έκδοση και διαχείριση καρτών).

Οι αναγκαίες παρεμβάσεις για τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και της προκλητής ζήτησης

- ♦ Εφαρμογή μηχανογραφικού συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης του έργου των μονάδων υγείας (ESY.net και Υγειονομικός Χάρτης)
- ♦ Ανάπτυξη ιατρικών πρωτοκόλλων για την εφαρμογή σαφώς καθορισμένων διαδικασιών στην παροχή φροντίδας υγείας
- ♦ Ανάπτυξη και εφαρμογή διαδικασιών κλινικού ελέγχου κατά ειδικότητα και βαθμίδα περίθαλψης (διαγνωστικά πρωτόκολλα)

- ♦ Ανάπτυξη και εφαρμογή μηχανισμού ελέγχου της συνταγογραφίας σύμφωνα με τις ενδείξεις και την αναγκαιότητα της χορηγούμενης θεραπείας (θεραπευτικά πρωτόκολλα και αλγόριθμοι χρήσης φαρμάκων)
- ♦ Πρωτόκολλα διαχείρισης συνήθων νοσημάτων της κοινότητας (καρδιαγγειακά, διαβήτης, ΧΑΠ) και μειζόνων παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, παχυσαρκία)
- ♦ Ανάπτυξη πρωτοκόλλων προσυμπτωματικού ελέγχου ανά φύλο και ηλικία
- ♦ Εφαρμογή των ενιαίων κωδικοποιήσεων στον τομέα υγείας:
 - Κωδικοποίηση Νόσων και Διαγνώσεων (ICD10)
 - Κωδικοποίηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ICPC2) (βλέπε και κεφ. 6)
 - Κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων (Medical Procedure Coding)
 - Περιοδική αξιολόγηση Δ/ντών Μονάδων με κριτήρια την επιτυχή υλοποίηση συγκεκριμένων στόχων – Λογοδοσία στην Περιφερειακή Διοίκηση
 - Έλεγχος προμηθευτών για περιορισμό του φαινομένου της προκλητής ζήτησης.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα

Στα προσδοκώμενα αποτελέσματα είναι η δημιουργία ενός Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας προς τον πληθυσμό της κοινότητας, με οργάνωση, χαμηλότερο λειτουργικό κόστος και επάρκεια ιατρών όλων των ειδικοτήτων (βλέπε κεφ. 6). Η δημιουργία αυτού του δικτύου εκτός των κοινωνικών πλεονεκτημάτων, θα έχει σαν αποτέλεσμα την αποσυμφόρηση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Ειδικότερα, στα προσδοκώμενα οφέλη – αποτελέσματα θα πρέπει να εντάξουμε:

1. Τη δυνατότητα ελέγχου της αποτελεσματικής λειτουργίας του Δικτύου.
2. Την ποσοτική και ποιοτική αύξηση των παρεχομένων υπηρεσιών, παράλληλα με τη δυνατότητα του ποιοτικού ελέγχου αυτών.
3. Την αξιοποίηση κατά τον βέλτιστο τρόπο των ανθρωπίνων πόρων.
4. Τη μείωση των λειτουργικών δαπανών από συστέγαση μονάδων (εξοικονόμηση των εννοικίων που καταβάλλουν οι μονάδες του ΙΚΑ, καθώς και τα λειτουργικά τους έξοδα, όπως δαπάνες ηλεκτρικού ρεύματος, συντήρησης, θέρμανσης, τηλεπικοινωνίες, κ.ά.)

5. Την ενθάρρυνση του πολίτη για χρήση της ΠΦΥ, που τελικά θα λειτουργήσει ευεργετικά και αποσυμπίεστικά για τα Νοσοκομεία.
6. Τον προϋδεασμό της κοινωνίας για την μετάβαση του συστήματος ΠΦΥ στο μοντέλο του οικογενειακού (προσωπικού) γιατρού.
7. Την αποτελεσματική εφαρμογή του Υγειονομικού Χάρτη και την εφαρμογή μιας «κουλτούρας» χρήση των στοιχείων και δεικτών για την ΠΦΥ.
8. Τη δυνατότητα επεξεργασίας των δημογραφικών χαρακτηριστικών σε τοπικό επίπεδο, προς χάραξη ενδεχομένως γενικότερης στρατηγικής υγείας.

4.7.3.2 Προτάσεις για ένα νέο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών

Θεωρώντας ότι αξιολογείται ως αναγκαίο (βλέπε και κεφ. 6):

- ♦ ότι θα πρέπει να διασυνδεθεί ο τρόπος αποζημίωσης των γιατρών στον ΕΟΠΠΥ με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τον πολίτη,
- ♦ ότι θα πρέπει να αποφευχθούν φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας,
- ♦ ότι θα πρέπει να γίνει παρέμβαση στη ζήτηση και στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας,

Θα πρέπει να επιδιωχθεί (βλέπε και κεφ. 6):

- ♦ η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού
- ♦ η διαμόρφωση ενός πακέτου υπηρεσιών
- ♦ η διαμόρφωση ενός ενιαίου πλαισίου παροχής των υπηρεσιών

Θα πρέπει να αποφευχθεί:

- ♦ η ενιαία αμοιβή κατά πράξη
- ♦ η αμοιβή χωρίς διασύνδεσή της με το παρεχόμενο έργο
- ♦ η ανάπτυξη ενός συστήματος ποιότητας και προδιαγραφών λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς πιστοποίηση των φορέων του Εθνικού Δικτύου Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών) βάσει της απαίτησης του Νόμου για παροχή πιστοποιημένων υπηρεσιών ΠΦΥ.

Στη διαμόρφωση ενός νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών προτείνεται η λειτουργία ενός δικτύου οικογενειακών ιατρών (βλέπε κεφ. 6) για την παροχή μιας ελάχιστης δέσμης υπηρεσιών ΠΦΥ, με στόχο τη διαχείριση των επιπτώσεων των χρόνιων νοσημάτων στη νοσηρότητα και την αναπηρία,

- ♦ με την υποχρέωση εκ μέρους των οικογενειακών ιατρών, υπό τη μορφή ενός «συμβολαίου», της παροχής μιας υποχρεωτικής και ελάχιστης δέσμης υπηρεσιών ΠΦΥ (Souliotis and Lionis, 2004) στους

δικαιούχους περίθαλψης και ιδιαίτερα στους τομείς της πρόληψης (προσυμπτωματικός έλεγχος, εκτίμηση του κινδύνου) και διαχείρισης επιλεγμένων συνήθων νοσημάτων της κοινότητας (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, ΧΑΠ, οστεοπόρωση κ.ά.), με τις ακόλουθες απαραίτητες προϋποθέσεις:

- Επιλογή, προσαρμογή και εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων στην κοινότητα
 - Συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση ασθενών
 - Εφαρμογή προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης ανά φύλο και ηλικία στο ιατρείο.
- ♦ με αξιοποίηση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών, για την εφαρμογή ενός ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή, για το κλείσιμο των ραντεβού, αλλά και για τη συνταγογράφηση και την παραγγελία εξετάσεων (<https://www.e-syntagografisi.gr/epre/Index.iface>)
 - ♦ με διασύνδεσή τους σε μια κοινή πληροφοριακή βάση του ενιαίου δικτύου υπηρεσιών ΠΦΥ, σταδιακά (όλα).

Το ρόλο του οικογενειακού ιατρού πρέπει να αναλαμβάνουν ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής και ελλείψει αυτών, το έργο τους μπορεί να αναλαμβάνουν ειδικοί παθολόγοι (εξέταση για ομάδες γιατρών, ως κεφ. 6). Στον κατάλογο κάθε οικογενειακού ιατρού είναι δυνατό να εγγράφονται έως 2.000 πολίτες. Για ασθενείς που δεν καλύπτονται από Δημόσιο ασφαλιστικό φορέα δίνεται η δυνατότητα στον οικογενειακό γιατρό να αμείβεται για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ με αμοιβή, η οποία καθορίζεται με απόφαση του ΕΟΠΥΥ. Για τους Παιδιάτρους ισχύει ότι και για τους οικογενειακούς ιατρούς, με τη μόνη διαφορά ότι οι κατάλογοί τους συμπεριλαμβάνουν έως 1.200 παιδιά.

Οι οικογενειακοί γιατροί παραπέμπουν, εφ' όσον το κρίνουν απαραίτητο, ασθενείς σε υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης, παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικό γιατρό (αν όχι βλέπε κεφ. 6). Ο αριθμός και το είδος των παραπομπών, καθώς και το είδος των εξετάσεων αλλά και των δοκιμασιών που εξυπηρετούν προληπτικές δραστηριότητες, ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές.

Θα μπορούσε να μην απαγορεύεται η επίσκεψη ενός ασθενούς σε οικογενειακό γιατρό στον οποίο δεν είναι εγγεγραμμένος. Ο ασθενής αυτός θα είναι υποχρεωμένος να πληρώσει το αντίτιμο της επίσκεψης.

Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να συμπράττει με άλλους οικογενειακούς ιατρούς, δημιουργώντας Κέντρα Οικογενειακών Ιατρών (Group Practice), τα οποία μπορεί και να εφημερεύουν (βλέπε κεφ. 6).

Ιδιαίτερο ρόλο παροχής υπηρεσιών φροντίδας θα αναλάβουν οι οικογενειακοί γιατροί στην παροχή υπηρεσιών για χρονίως πάσχοντες (και αμοιβή ως κεφ. 6), καθώς, όπως έχει υπογραμμιστεί, οι ανάγκες των πολιτών στη συντριπτική τους πλειοψηφία οφείλονται σε χρόνια νοσήματα, των οποίων η φροντίδα και η πρόληψη μπορεί να παρακολουθείται από τις υπηρεσίες ΠΦΥ με αποτελεσματικότητα, αλλά και αποδοτικότητα ως προς τη χρήση των οικονομικών πόρων, με τη δημιουργία ειδικών Προγραμμάτων Διαχείρισης Χρονίων Ασθενειών (Disease Management Programms) ή ακόμη και με την ανάπτυξη Μονάδων Αντιμετώπισης Χρονίων Παθήσεων.

Ειδικότερα, με βάση σχετικές μελέτες στη Γερμανία, τα Προγράμματα Διαχείρισης Χρονίων Ασθενειών (Disease Management Programs), με κριτήρια τις διεθνείς προδιαγραφές, επιτυγχάνουν με την εφαρμογή τους τα παρακάτω:

- ♦ Κατηγοριοποιούνται οι βασικές, χρόνιες ασθένειες σε ολιγάριθμες μεγάλες κατηγορίες.
- ♦ Τα προγράμματα διαχείρισης χρόνιων ασθενειών ορίζουν τον απαραίτητο αριθμό επισκέψεων στις ειδικότητες που προβλέπεται ότι χρειάζεται να επισκεφθεί ο ασθενής, βάσει της πάθησής του.

4.7.3.3 Προτάσεις αποζημίωσης ...

των οικογενειακών ιατρών

Το σύστημα αμοιβής των οικογενειακών ιατρών προτείνεται να αποτελεί συνδυασμό των παρακάτω παραμέτρων:

- ♦ ενός πάγιου μηνιαίου μισθού (salary) για τους εντός ΕΣΥ ή ΕΟΠΥΥ (βλέπε κεφ. 6),
- ♦ ενός ποσού αμοιβής κατά κεφαλή, ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων στον κατάλογο των δικαιούχων (capitation), ως κεφ. 6,
- ♦ εναλλακτικά, ενός ποσού αμοιβής κατά κεφαλή, ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων στον κατάλογο των δικαιούχων και την επίτευξη των στόχων που έχουν συμφωνηθεί (βάσει των ποιοτικών κριτηρίων που έχει ήδη καθορίσει ο ΕΟΠΥΥ). Αυτή η μέθοδος έχει ήδη υιοθετηθεί από τον ΕΟΠΥΥ και περιλαμβάνεται σε σχετική Κ.Υ.Α (αρχίζοντας με ένα πάγιο ποσό των 1.000 € και κλιμάκωση ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων και μέχρι ανώτερο όριο των 2.500 €),
- ♦ ενός επιδόματος υπερωριακής απασχόλησης για την 24ωρη κάλυψη αναγκών και την κατ' οίκον νοσηλεία των εγγεγραμμένων στον κατάλογο των δικαιούχων (βλέπε κεφ. 6),

- ♦ ενός κατά περίπτωση πρόσθετου ποσού ως κίνητρο για την ταυτόχρονη διαχείριση πολλαπλών προβλημάτων υγείας ασθενή στο ίδιο επεισόδιο φροντίδας υγείας και τις αναγκαίες προληπτικές ιατρικές πράξεις και δραστηριότητες (προσυμπτωματικός έλεγχος, αγωγή υγείας, διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου κ.λπ.) ως κεφ. 6,
- ♦ άλλων ποσών τα οποία προσδιορίζονται ως κίνητρα καλής πρακτικής, αποδοτικής χρήσης των πόρων και ποιότητας της φροντίδας για επιλεγμένα χρόνια νοσήματα που είναι υπεύθυνα για το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας και αναπηρίας στη χώρα μας, τα οποία προσδιορίζονται με απόφαση του ΥΥΚΑ μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ με τη χρήση της υπάρχουσας επιστημονικής μαρτυρίας και απόδειξης (κεφ. 6).

Στους οικογενειακούς γιατρούς που λειτουργούν σε απομακρυσμένες νησιωτικές, ορεινές, αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές, όπου ο πληθυσμός ευθύνης είναι μικρότερος των 2.000 ατόμων, θα πρέπει να δοθούν επιπλέον ειδικά μισθολογικά κίνητρα. Παρόμοια κίνητρα θα πρέπει να θεσπιστούν και για τους οικογενειακούς ιατρούς, οι κατάλογοι των οποίων έχουν σημαντικό αριθμό ηλικιωμένων, χρονίως πασχόντων και παιδιών.

Η κατά κεφαλή αποζημίωση των οικογενειακών γιατρών καταβάλλεται κατά την εγγραφή των χρηστών στους σχετικούς καταλόγους. Από την υποχρέωση αυτή εξαιρούνται οι ηλικιωμένοι, οι χρονίως πάσχοντες, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι άνεργοι και τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα, των οποίων αυτή η εισφορά καταβάλλεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τους φορείς πρόνοιας οι οποίοι τους καλύπτουν.

Απαραίτητη είναι η σύνδεση της αμοιβής με τα αποτελέσματα (outcomes) διαχείρισης της ασθένειας (μείωση εισαγωγών και επαναεισαγωγών, πρόοδος στη νόσο και αποφυγή επιπλοκών, μείωση κόστους για φάρμακο, εργαστηριακές εξετάσεις κ.ά.).

των ειδικών ιατρών

Το σύστημα αμοιβής των ειδικών ιατρών προτείνεται να αποτελεί μια μορφή αμοιβής κατά πράξη ή και περίπτωση, με προσδιορισμό ενός ανώτερου πλαφόν επισκέψεων, μετά από παραπομπή από οικογενειακό ιατρό (βλέπε κεφ. 6).

Η απ' ευθείας επίσκεψη σε ειδικό ιατρό επιτρέπεται χωρίς τη μεσολάβηση του οικογενειακού ιατρού, αλλά θεσπίζονται αντικίνητρα που αποθαρρύνουν αυτή τη συμπεριφορά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (βλέπε κεφ. 6). Εάν ο ασθενής παραπέμπεται από τον οικογενειακό γιατρό του στον ειδικό ιατρό, τότε η επίσκεψη αυτή και οι εξετάσεις καλύπτονται πλήρως. Αντίθετα, σε περίπτωση που ο ασθενής αυτός παραπεμφθεί

σε ειδικό ιατρό επιβαρύνεται με συμμετοχή στο κόστος, το ύψος της οποίας θα καθορισθεί (βλέπε πρόταση κεφ. 6).

Στην περίπτωση επιλογής και ίδρυσης Κέντρων Χρόνιων Παθήσεων, οι ειδικοί γιατροί αποτελούν μέρος της ιατρικής ομάδας που παρακολουθεί τους ασθενείς της αντίστοιχης χρόνιας πάθησης και αμείβεται με τον ίδιο τρόπο, όπως οι άλλοι γιατροί.

Ειδικότερα, στα Κέντρα Χρόνιων Παθήσεων (ΚΧΠ), όπου γιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων συγκροτούν ιατρικές ομάδες εξασφαλίζοντας τη συνέχιση της θεραπείας και αναλαμβάνουν την πλήρη ευθύνη παρακολούθησης της υγείας των ασθενών που πάσχουν από τις πιο συχνές και σοβαρές χρόνιες παθήσεις (που είναι όμως υπεύθυνες για το 80% των συνολικών δαπανών υγείας) και λογοδοτούν για τα αποτελέσματα των θεραπευτικών τους παρεμβάσεων:

- ♦ οι αμοιβές των γιατρών καθορίζονται από τον αριθμό των ασθενών που παρακολουθούν, που είναι ένα μικρό ποσοστό της συνολικής αμοιβής, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό προέρχεται από την επίτευξη των στόχων που αποφασίζονται για κάθε χρόνια πάθηση ξεχωριστά.
- ♦ οι στόχοι έχουν να κάνουν είτε με την έκβαση της θεραπευτικής αγωγής (outcomes) και μπορούν να αφορούν τη μείωση της θνησιμότητας από τη συγκεκριμένη νόσο, τη μείωση των εισαγωγών σε νοσοκομεία και των επανεισαγωγών, τη μείωση των επιπλοκών της νόσου, τη μη πρόοδο στην νόσο, και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών κ.λπ, είτε από τη μείωση του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών π.χ. τη μείωση της φαρμακευτικής αγωγής, των εργαστηριακών εξετάσεων κ.λπ.

Το μοντέλο αυτό συνδέει άμεσα τα αποτελέσματα της ιατρικής παρέμβασης με τις αμοιβές, με αποτέλεσμα να παρέχει υψηλές αμοιβές για το ιατρικό προσωπικό που επιτυγχάνει τους στόχους. Προϋποθέτει την αξιολόγηση των υπηρεσιών και των ιατρών και εγκαθιστά τη λογοδοσία, με συνέπεια να προωθεί τον υγιή ανταγωνισμό μεταξύ των παραγωγών των υπηρεσιών υγείας και την παροχή καινοτόμων υπηρεσιών.

των διαγνωστικών μονάδων

Η αποζημίωση για τις παραπάνω υπηρεσίες από τις αντίστοιχες μονάδες θα καταβάλλεται από τον ΕΟΠΥΥ με βάση μια συμβατική συμφωνία στο πλαίσιο της ανάπτυξης ενός συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (APGs) κατά αντιστοιχία των ΚΕΝ/DRGs (βλέπε κεφ. 6).

Εναλλακτικά ή μέχρι να αναπτυχθεί ένα σύστημα APGs, μπορεί να εφαρμοστεί ένα σύστημα αποζημίωσης της μορφής των «κλειστών προϋπολογισμών» ανά περιφέρεια (βλέπε κεφ. 6), που στην υπέρβασή τους μπορεί να δίνει σημαντικές εκπτώσεις (αντίστοιχα συστήματα λειτουργούν σε Ιταλία, Γαλλία, Ουγγαρία, Ρουμανία κ.ά.), με τη μεγαλύτερη έκπτωση να δύναται να παρέχεται σε αυτούς που πληρούν κάποια προσδιορισμένα κριτήρια ποιότητας (πιστοποίηση και διαπίστευση διαδικασιών και μονάδων, επένδυση σε τεχνολογικό εξοπλισμό, πληροφοριακά συστήματα κ.α.).

Ειδικότερα, έχει προταθεί από την ΕΣΔΥ (Κυριόπουλος και συν, 2012) ένα σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών ΠΦΥ, βασικές παράμετροι του οποίου είναι ο προσδιορισμός της συνολικής δαπάνης υγείας υπηρεσιών ΠΦΥ σε όλες τις συνιστώσες των παρόχων (γιατροί, εξετάσεις, φάρμακα, υποδομές). Χρησιμοποιώντας πρότυπα αποζημίωσης των παρόχων φροντίδας:

- Των γιατρών πρώτης επαφής (Γενικός Ιατρός, Παθολόγος, Παιδίατρος) σε ετήσια βάση κατά κεφαλήν και ανάλογα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρόληψης (προσυπωματικός έλεγχος, εμβολιασμοί κ.ά.).
- Του ιατρικού προσωπικού ειδίκευσης με συνδυασμό κατά πράξη (fee-for-service) και σφαιρικό προϋπολογισμό (global budgeting), ο οποίος υπολογίζεται βάσει δημογραφικών, επιδημιολογικών και στοιχείων νοσηρότητας κάθε περιοχής.
- Με ανάλογη μεθοδολογία επιχειρείται η αποζημίωση των εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Το προτεινόμενο υπόδειγμα, εισάγει συνθήκες εσωτερικού ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών και αποτρέπει την πρόκληση ζήτησης (supplier induced demand) και προωθεί μορφές αποζημίωσης στη βάση του “global budgeting” και της προοπτικής αποζημίωσης (βλέπε κεφ. 6).

Με βάση τα παραπάνω, μια πρώτη πρόταση για την ανασυγκρότηση της ΠΦΥ προτείνεται να έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- ♦ Οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν το χαρακτήρα της καθολικότητας και απαιτείται ο αναπροσανατολισμός τους, από την νοσοκεντρική και αμιγώς θεραπευτική αντίληψη, σε μια ολιστική αντίληψη για την προάσπιση της υγείας.
- ♦ Το σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει να διέπεται από τους κανόνες:
- ♦ της ελεύθερης επιλογής από πλευράς πολιτών

- ♦ της αποδοτικής χρήσης των πόρων
- ♦ της αποζημίωσης των προμηθευτών σύμφωνα με το παραγόμενο έργο
- ♦ της ασφαλιστικής κάλυψης για τις υπηρεσίες που είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές
- ♦ της χρηματοδοτικής δικαιοσύνης, ώστε οι επιβαρύνσεις των χρηστών να είναι ανάλογες του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογες της ανάγκης
- ♦ Την υπαγωγή των δημόσιων παρόχων υπηρεσιών ΠΦΥ (Κ.Υ. & ΠΠΠ/ ΠΠ ΕΣΥ και Πολυϊατρεία ΕΟΠΥΥ), σε ένα φορέα, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την εποπτεία, την υλοποίηση και τη χρηματοδότησή τους. Αυτόν το ρόλο θα μπορούσαν να παίξουν οι ΔΥΠε.
- ♦ Την ανάπτυξη Δικτύων ΠΦΥ, με επίκεντρο τα Κ.Υ. (τα ΠΠΠ σε απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές), που θα αποτελούν τη βάση στηριξης της υγειονομικής περίθαλψης στον εκάστοτε πληθυσμό αναφοράς. Με κριτήριο το μέγεθος και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, την προσβασιμότητα και το κόστος χρόνου των πολιτών, θα πρέπει ίσως να γίνει μια νέα χωροθέτηση των δομών αυτών. Στο πλαίσιο αυτό θα μπορούσαμε να δούμε (βλέπε ανάλυση κεφ. 6):
 - Ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών ΠΦΥ ανά Περιφέρεια (ΔΥΠε) με 200 αγροτικά και 200 αστικά Κ.Υ.:
- ♦ Κάθε Κ.Υ. να συγκροτεί Group Practice (GP) με λίστα εγγεγραμμένων πολιτών (συνολικά και ανά γενικό γιατρό, με μισθό και κίνητρα, για γενικούς και ειδικούς γιατρούς)
- ♦ Κάθε Κ.Υ. να έχει προϋπολογισμό (ΕΣΥ-450 εκατ. ευρώ περίπου) και να συμβάλλεται με τον ΕΟΠΥΥ ($\text{price-arg} \times \text{volume} = 400$ εκατ. ευρώ)
- ♦ Το Κ.Υ. θα αποτελεί το κέντρο της κλινικής και διοικητικής διαχείρισης του Δικτύου ΠΦΥ και θα συντονίζει τις δράσεις για την επίτευξη στόχων επίδοσης:
 - βελτίωση επιπέδου υγείας πληθυσμού αναφοράς
 - προαγωγή προγραμμάτων πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου
 - διαχείριση χρόνιων νοσημάτων
 - τήρηση ιατρικών φακέλων ασθενών
 - ικανοποίηση των χρηστών.
- ♦ Ο βασικός θεσμός της λειτουργίας της ΠΦΥ μπορεί να είναι ο οικογενειακός γιατρός, με την υποχρέωση παροχής, μέσω “συμβολαίου”, μιας βασικής δέσμης υπηρεσιών, με έμφαση στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και η ομάδα υγείας.

- ♦ Την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων αναζήτησης και επίτευξης της αποδοτικότητας
- ♦ Την ανάπτυξη συστήματος παραπομπών σε γιατρούς ειδικοτήτων και στη Πβάθμια περίθαλψη
- ♦ Αναζήτηση πλουραστικών λύσεων στη χρηματοδότηση του συστήματος (κρατικός προϋπολογισμός ή και ασφαλιστικές εισφορές, μικρή συμμετοχή των χρηστών, μερική εξαίρεση κάλυψης, κ.α.).
- ♦ Ο ΕΟΠΥΥ, ως ένας κεντρικός μηχανισμός οργάνωσης και διαχείρισης της χρηματοδότησης του συστήματος, μέσω εισπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών, θα μπορεί να κάνει:
 - Επιπλέον συμβάσεις με GP ή/και οικογενειακούς γιατρούς ανά περιφέρεια για να καλύπτονται οι ανάγκες από τα κενά του ΕΣΥ με αποζημίωση κατά κεφαλή + ειδικές πράξεις (150 εκατ. Ευρώ)
 - Επιπλέον συμβάσεις με ειδικούς γιατρούς ανά περιφέρεια για να καλύπτονται οι ανάγκες από τα κενά του ΕΣΥ με αποζημίωση κατά περιστατικό (arg ή άλλο) και παραπομπή από τους ανωτέρω (150 εκατ. Ευρώ)
 - Επιπλέον συμβάσεις με διαγνωστικά κέντρα και άλλους ειδικούς ανά περιφέρεια για να καλύπτονται οι ανάγκες από τα κενά του ΕΣΥ με αποζημίωση κατά περιστατικό (arg ή άλλο) και παραπομπή από τους ανωτέρω (200+ εκατ. ευρώ).

4.7.4 Οι αρχικές σχετικές προτάσεις για τον ΕΟΠΥΥ

Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ συνιστά μια απόπειρα μεταρρύθμισης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα, κρίσιμης σημασίας για την παρούσα συγκυρία. Οι περιοριστικές συνθήκες της δημοσιονομικής κρίσης, της ύφεσης και της ανεργίας καθιστούν το εγχείρημα δυσχερές και πολύπλοκο, δεδομένης της αύξησης του φορτίου νοσηρότητας (και κατά συνέπεια των αναγκών υγείας του πληθυσμού), αλλά και της δραματικής μείωσης των εισροών, η οποία προκαλεί χρηματοδοτικό «έμφραγμα» στον υγειονομικό τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, η διασφάλιση της επάρκειας των υπηρεσιών υγείας (δεδομένης της μείωσης των πόρων) απαιτεί διαρθρωτικές αλλαγές, με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη δημόσια υγεία.

Ο ΕΟΠΥΥ, ως κεντρικός φορέας οργάνωσης και διαχείρισης της χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας:

- ♦ θα πρέπει να αφοσιωθεί στη συγκέντρωση των πόρων, στην αξιολόγηση των παρόχων, στη σύναψη σχετικών συμβάσεων και στην αποζη-

μίσωση των υπηρεσιών (βάσει πάγιας αντιμισθίας/capitation για τους οικογενειακούς γιατρούς, κατά πράξη/fee-for-services για τους γιατρούς ειδικοτήτων, ενός συστήματος προοπτικής εξωνοσοκομειακής τιμολόγησης των συμβεβλημένων διαγνωστικών κέντρων/εργαστηρίων/Κ.Υ./Δομών ΦΚΑ), (ως κεφ. 6),

- ♦ θα πρέπει να εγγυάται την πλήρη κάλυψη του συνόλου των ασφαλισμένων με την υιοθέτηση ενός βασικού πακέτου παρεχομένων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων
- ♦ θα πρέπει να αναπτύξει ένα σύστημα αξιολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών,
- ♦ θα πρέπει να αναλάβει την κάλυψη του μισθολογικού κόστους των δημοσίων υπηρεσιών υγείας (συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων), βάσει σφαιρικών προϋπολογισμών βασισμένων στα ΚΕΝ/DRGs στα νοσοκομεία και στις ΟΕΠ/ΑΡGs στην ΠΦΥ, αλλά και σε ανάλογους δείκτες λειτουργικότητας και στόχων.

Στην κατεύθυνση αυτή, λοιπόν, η εισαγωγή κλειστών προϋπολογισμών και μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης, σε συνθήκες εσωτερικού ανταγωνισμού, συνιστά μια από τις ενδεχόμενες απαντήσεις. Τα όρια περυστολής της υγειονομικής δαπάνης είναι περιορισμένα, σε αντίθεση με τις πολιτικές διαρθρωτικών αλλαγών, μέσω των οποίων μπορεί να επιτευχθεί η αποδοτικότητα και με αυτή η σχετική επάρκεια αγαθών και υπηρεσιών υγείας.

Αναλυτικότερα τα σχετικά θέματα θα αναπτυχθούν στο τελευταίο κεφάλαιο. Η ιστορία του ΕΟΠΥΥ είναι πολύ μικρή για να απορρίπτεται ή να αφήνεται στην τύχη του το όλο εγχείρημα, ιδιαίτερα στην ΠΦΥ. Σίγουρα χρειάζεται διορθωτικές παρεμβάσεις σε όλα τα επίπεδα, αλλά και πολιτική στήριξη για να βελτιωθεί και να αποδώσει, ιδιαίτερα όσον αφορά τον πληθυσμό, με έμφαση όπου αυτός δεν ικανοποιείται.

4.8 Βιβλιογραφία

- Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyrman J., Svab I., Ram P., Evans P. The European definition of General Practice / Family Medicine, EURACT (Network within WONCA Europe) ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%20EURACTshort%20version.pdf.
- Boerma W.G.W. (2006), "Coordination and integration in European primary care," in: *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*, edited by Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke G. W. Boerma, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, UK.

- Boerma W., Dubois CA. Mapping primary care across Europe in *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in the European primary care*. Saltman RB., Rico A., Boerma W.(eds), European Observatory on Health Systems and Policies, London:Open University Press/ McGraw-Hill Education, 2006.
- Brotans C., Bjorkelund C., Bulc M., Ciurana R., Godyski – Cwirko M., Jurgova E., Kloppe P., Thireos E. et al Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe, *Preventive Medicine* 2005;40:595-601
- Γείτονα Μ., Ο Γενικός Γιατρός ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη και τις υγειονομικές υπηρεσίες και ως ρυθμιστής των δαπανών υγείας, στο: Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1996.
- Γείτονα Μ., Χειπνίτος Κ., Μονέδας Γ., Μπατίκας Α., Κυριόπουλος Γ., Τα χαρακτηριστικά του Γενικού Γιατρού στην Ελλάδα, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1995;7(3):138-147.
- Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ., Μέθοδοι και κριτήρια Χρηματοδότησης Υπηρεσιών Υγείας, στο: Κυριόπουλος Γ. *Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας*, Εκδόσεις Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992.
- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Η οικονομία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία: Μια πρώτη θεώρηση, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1996;8(3):137-140.
- Γιανασμίδης Α. και Τοιαούση Μ., Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2012, 29(1):106-115.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, *Αδημοσίευτα δεδομένα έρευνας*, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα 2006.
- Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index 2007*.
- Θεοδωράκης Π., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Στρατηγικός Σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2006.
- Θεοδωράκης Π., Λιονής Χ., Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η γενική ιατρική αποτελεσματική στην έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής; στο: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., (επιμ.), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.
- Geitona M., Zavras D., Kyriopoulos J., Determinants of health care utilization in Greece: implications for decision making, *Eur J Gen.*

Pract. 2007; Epublication.

- Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας: Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, Εκδόσεις Σάκκουλας, Σειρά Δίκαιο και Δημόσιες Πολιτικές, Αθήνα – Κομοτηνή 2005.
- Κυριόπουλος Γ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η γενική ιατρική ως πρόβλημα πολιτικής και «κουλτούρας» στην Ελλάδα, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1995;7(1):9-11.
- Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική: η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας, (editorial), *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000;12(4):167-168.
- Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ-Π. Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Α. και ομάδα εργασίας, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000;12(4):169-188.
- Markaki A., Antonakis N., Philalithis A., Lionis C., Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile, *International Nursing Review* 2006;53:16-18
- Mossialos E., Citizens views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health economics*, 1997, 6:109-116.
- Mossialos E. and Le Grand J. (1997). *Health in Transition Profile – United Kingdom*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mossialos and Le Grand (1999), Cost Containment in the EU : an overview. In E. Mossialos and J. Le Grand (eds.) (1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot :Ashgate Publishing Ltd.
- Mossialos E., Allin S., Davaki K., Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ.* 2005;14:151-168
- OECD, *Health data 2008, 2010 & 2012*, www.oecd.org
- Polyzos N., C. Economou and C. Zilidis (2008), “National Health Policy in Greece: Regulations or Reforms? The Sisyphus Myth,” *European Research Studies*, XI(3):91-118.
- Rivo M.L., Satcher D. Improving access to health care through physician workforce reform. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:1074-1078.
- Saltman R.B., Rico A., Boerma W.(eds) *Primary Care in the Driver’s Seat? Organizational Reform in the European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies, London:Open University Press/ McGraw-Hill Education, 2006.

- Starfield B. Primary care and health. A cross national comparison. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 266:2268-2271.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*, 1994; 344: 1129-1133.
- Souliotis K. and C. Lionis (2005), "Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective," *Journal of Medical Systems*, 29(2):187-196.
- Σισούρας Α., Καρόκης Α., Πολύζος Ν., Θεοδώρου Μ., Ενιαίος Φορέας Υγείας: η Οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 1995.
- Σουλιώτης Κ. Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές διευκρινίσεις και διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας, στο: Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002.
- Σουλιώτης Κ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μια ενδιάμεση μεταρρυθμιστική πρόταση, (editorial), *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2003;15(3)
- Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2000.
- Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ., Λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2003;20:466-476.
- Τούντας Γ. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:76-87.
- Υ.Υ.Κ.Α./Γενική Γραμματεία: *Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011*.
- Φιλαλήθης Α., 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2008, 20:108-110.
- WHO, Alma-Ata 1978, *Primary Health Care – Health for all series 1*, Geneva 1978.
- WHO (2004), *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?*, Health Evidence Network (HEN), WHO – Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (2008), *Primary health Care: Now More Than Ever*, The World Health Report 2008, Geneva.

5. ΕΟΠΥΥ: ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΑΙ ΑΡΧΙΚΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

5.1 Γενικά - Νομοθεσία

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι ένα Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου το οποίο συνεστήθη με το Ν. 3918/2011, και το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έδρα την Αθήνα. Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:

- α. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον προβλεπόμενο στο άρθρο 30 Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του παρόντος νόμου.
- β. Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ, κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 23 και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Η συνεργασία πραγματοποιείται με βάση τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Συμβουλίου Συντονισμού του άρθρου 31 του Ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115 Α'). Με αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού διαρρυθμίζεται επίσης και ο χάρτης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την καλύτερη και σωστή εξυπηρέτηση των της περίπτωσης α' του παρόντος άρθρου δικαιούχων.
- γ. Η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων της προηγούμενης παραγράφου, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας

της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

- δ. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους γιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

Στόχος είναι η πληροφόρηση της ηγεσίας του Υπουργείου και της Διοίκησης του ΕΟΠΥΥ για την εξέλιξη των δαπανών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την εξέλιξη των δαπανών νοσηλείας ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ σε καθημερινή βάση και με ειδικές αναφορές όποτε αυτές ζητούνται.

Ως μέσο για την υλοποίηση του παραπάνω στόχου θεωρείται η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου περιβάλλοντος που θα εξασφαλίζει τη διαλειτουργικότητα των διαφόρων συστημάτων πληροφορικής που σήμερα λειτουργούν είτε ανεξάρτητα μεταξύ τους ή με «χαλαρά» διασύνδεση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή εκμετάλλευση από τον ΕΟΠΥΥ των πρωτογενών δεδομένων, που διαχειρίζεται το κάθε σύστημα, αλλά και των μετα-δεδομένων που παράγονται κατά τη λειτουργία τους.

5.2 Κάλυψη Πληθυσμού – Ασφάλιση

Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού ήταν η 1η Ιανουαρίου 2012. Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων:

- ♦ ΙΚΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ♦ ΟΓΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ♦ ΟΑΕΕ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ♦ ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ♦ ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ♦ Οίκος Ναύτου (ΟΝ), από 1η Απριλίου 2012
- ♦ ΤΑΥΤΕΚΩ, από 1η Μαΐου 2012
- ♦ ΕΤΑΑ, από 1η Νοεμβρίου 2012
- ♦ ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, από 1η Δεκεμβρίου 2012

Βάσει τελευταίων εκτιμήσεων, η κάλυψη του πληθυσμού ξεπερνά το 98% των ασφαλισμένων της χώρας (περίπου 11 εκατ.). Το μονοψωνιακό αυτό μοντέλο αντιπαραβάλλεται έντονα με την Ένωση των Ασφαλιστικών

Ταμείων στη Γαλλία (UNCAM), ενώ υπάρχουν σημαντικές ομοιότητες με τους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς στη Γερμανία και την Αυστρία. Συνεπώς, προτάσεις διάρθρωσης και οργάνωσης στον ΕΟΠΥΥ κρίνεται σκόπιμο να προέλθουν από τις προαναφερόμενες χώρες, και όχι τόσο από συστήματα ασφάλισης υγείας που έχουν υιοθετήσει τον ανταγωνισμό ως κεντρική τους φιλοσοφία (βλ. Ολλανδία, Η.Π.Α.). Αντιστοιχως ιδέες για τους παρόχους και τα συστήματα αποζημίωσής τους μπορεί να προκύψουν από όλα τα υπόλοιπα εξετασθέντα συστήματα (Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Ισπανία, κ.λπ.).

Οι εκτιμήσεις σχετικά με το συνολικό αριθμό των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, καταλήγουν σε 11,351 εκ. ασφαλισμένους, εκ των οποίων τα 6,381 εκ. αφορούν άμεσα ασφαλισμένους (κλάδος σύνταξης και υγείας) και τα 4,97 εκ. έμμεσα ασφαλισμένους (μόνο ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) (ΕΣΔΥ, 2012). Ωστόσο, στη συνέχεια της μελέτης θα πραγματοποιηθεί αναπροσαρμογή της διάρθρωσης αυτής, λαμβάνοντας υπόψη τις τάσεις εισφοροδιαφυγής και την καλπάζουσα ανεργία κατά το α' εξάμηνο του 2013. Επίσης, παρατηρώντας των πίνακα 5.2.1 είναι αξιοσημείωτο ότι ο εκτιμώμενος αριθμός των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ ξεπερνά τον πληθυσμό της απογραφής του 2011. Η απόκλιση αυτή σχετίζεται με το φαινόμενο της διπλής ασφάλισης σε κάποιες κατηγορίες ασφαλισμένων και αποτελεί παράγοντα επιβάρυνσης του συνολικού συστήματος²⁴. Επίσης, πιθανολογείται ότι αριθμός ατόμων που δε συμμετέχει στην απογραφή λαμβάνει κάποιου είδους ασφάλιση (π.χ. άποροι και άνεργοι).

Οι εισφορές του ΕΟΠΥΥ με βάση τις αρχικές εκτιμήσεις προέρχονται κατά το μεγαλύτερο μέρος τους από την ετήσια κρατική επιχορήγηση (1,5 δις ευρώ) και από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών (4,5 δις. ευρώ). Επιπλέον από τις νομοθετικές ρυθμίσεις προσαρμογής των εισφορών του ΟΠΑΔ υπολογίζονται επιπλέον 500 εκατ. ευρώ και από τη εξίσωση των εισφορών των υπόλοιπων ταμείων στα επίπεδα των εισφορών του ΙΚΑ

²⁴ Ο Ν. 2084/1992 διαχώρισε τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ σε δυο κατηγορίες: αυτούς που είχαν ξεκινήσει την ασφάλισή τους σε οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα μέχρι 31/12/1992 (παλιοί ασφαλισμένοι) και αυτοί που ξεκίνησαν μετά τη 1/1/1993 (νέοι ασφαλισμένοι). Όταν οι ασφαλισμένοι της πρώτης κατηγορίας ασκούν ταυτοχρόνως επιχειρηματική δραστηριότητα ή ελεύθερο επάγγελμα υποχρεωτικά είναι ασφαλισμένοι και στον ΟΑΕΕ, διατηρώντας το δικαίωμα για διπλή σύνταξη και διπλές παροχές υγείας. Αντιθέτως, οι νέοι ασφαλισμένοι έχουν το δικαίωμα επιλογής ανάμεσα στην παραπάνω εκδοχή ή στην εξαιρέση από έναν εκ των δυο φορέων.

(7,65%) αναμένονται επιπλέον έσοδα ύψους τουλάχιστον 1,5 δις. ευρώ. Όπως προκύπτει από τον επόμενο πίνακα, τα προϋπολογιζόμενα έσοδα του οργανισμού για το 2012 ξεπερνούν τα 8 δις. ευρώ.

Πίνακας 5.2.1: Πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (αρχικές εκτιμήσεις για το 2012)

Άμεσα ασφαλισμένοι	6.381	Σε χιλ. ατόμων
Έμμεσα ασφαλισμένοι	4.970	
Σύνολο ασφαλισμένων	11.351	
Σύνολο πληθυσμού	10.815	
Εισροές (σε εκ. ευρώ)		% του συνόλου
Ετήσιες εισφορές	4.565	57,06%
Εργοδότες	2.080	26,00%
Ασφαλισμένοι	2.485	31,06%
Κρατική επιχορήγηση	1.500	18,75%
Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ	500	6,25%
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65%	> 1.500	18,75%
Σύνολο εισροών	> 8.000	100,00%

5.3 Οργάνωση ΕΟΠΥΥ (Κεντρική – Περιφερειακή)

Σε πρώτη φάση σκιαγραφείται το οργανόγραμμα του οργανισμού (βλ. διάγραμμα 5.3.1). Ο Οργανισμός διοικείται από Πρόεδρο, δύο Αντιπροέδρους και το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.). Ο Πρόεδρος επιλέγεται με τη διαδικασία του άρθρου 49Α του Κανονισμού Εργασιών της Βουλής, μετά από πρόταση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και διορίζεται με κοινή απόφαση των ανωτέρω Υπουργών. Είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και πρέπει να έχει πτυχίο Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής, όπως και να έχει διοικητική εμπειρία και

κατάρτιση σε διοικητικά ή οικονομικά θέματα υγείας. Ασκεί τις αρμοδιότητες που προβλέπονται στο άρθρο 21 του Ν. 3918/2011.

Οι Αντιπρόεδροι ονομάζονται Αντιπρόεδρος Α' και Αντιπρόεδρος Β'. Διορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και πρέπει να έχουν πτυχίο Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος της ημεδαπής ή ισοτίμο πτυχίο της αλλοδαπής, καθώς και διοικητική εμπειρία και κατάρτιση σε διοικητικά και οικονομικά θέματα. Με την ίδια υπουργική απόφαση καθορίζονται οι αρμοδιότητες των Αντιπροέδρων οι οποίες αφορούν: α) για τον Αντιπρόεδρο Α' στην παροχή, στον έλεγχο και στην κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας προς τα υπαγόμενα πρόσωπα στον ΕΟΠΥΥ και β) για τον Αντιπρόεδρο Β' στην έκταση των παροχών υγείας, στην οικονομική διαχείριση, στον έλεγχο και στη χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ, καθώς και στα θέματα λειτουργίας του προσωπικού αυτού.

Η πρώτη πρόταση που προκύπτει για την οργανωτική δομή του ΕΟΠΥΥ αφορά τον καταμερισμό αρμοδιοτήτων ανάμεσα στους δυο Αντιπροέδρους. Προτείνεται ο ένας Αντιπρόεδρος να ασχολείται με την κοινωνική ασφάλιση υγείας, την αποτελεσματική συλλογή και διαχείριση των εισφορών, τη διοίκηση των διοικητικών μονάδων και την οικονομική διαχείριση του προϋπολογισμού, ενώ ο δεύτερος να ασχολείται με τις συμβάσεις με τους παρόχους, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), έως ότου πιθανά περάσουν στο ΕΣΥ, τον τρόπο αποζημιώσεων καθώς και τον ποιοτικό έλεγχο.

Το Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ ασκεί τις αρμοδιότητες που προβλέπονται στο άρθρο 22 του Ν. 3918/2011. Τα μέλη του διορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Οι υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ διακρίνονται σε Κεντρική και Περιφερειακές.

Η Κεντρική Υπηρεσία διαρθρώνεται ως εξής:

1. Γενική Διεύθυνση Διαχείρισης και Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας.
2. Γενική Διεύθυνση Σχεδιασμού και Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας.
3. ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.

Η Γενική Διεύθυνση Διαχείρισης και Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

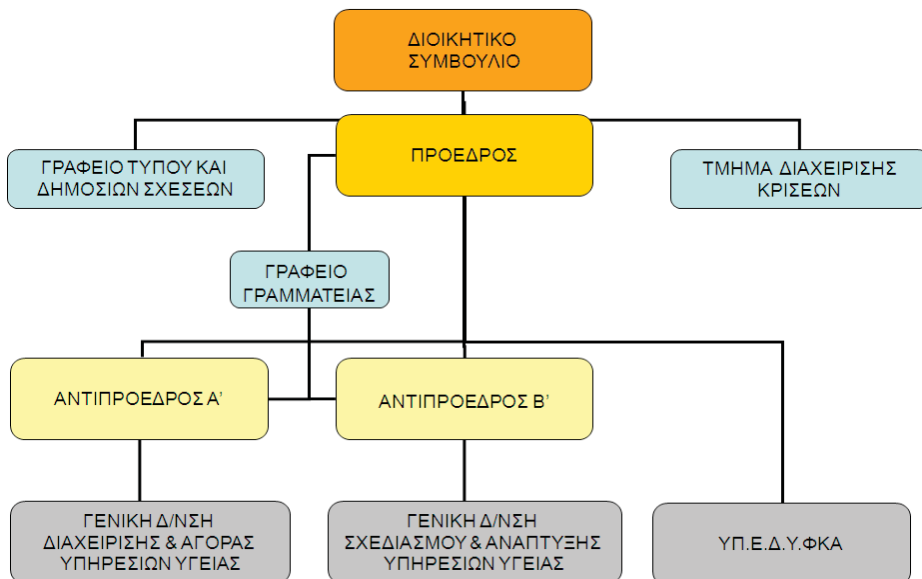
- α. Διεύθυνση Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού
- β. Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών και Κατάρτισης Συμβάσεων
- γ. Διεύθυνση Φαρμάκου
- δ. Διεύθυνση Πληροφορικής
- ε. Διεύθυνση Νομικών Υποθέσεων
- στ. Αυτοτελές Τμήμα Εξυπηρέτησης Πολιτών.

Η Γενική Διεύθυνση Σχεδιασμού και Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

- α. Διεύθυνση Οργάνωσης και Εποπτείας Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ
- β. Διεύθυνση Σχεδιασμού και Αξιολόγησης
- γ. Διεύθυνση Διασφάλισης Ποιότητας
- δ. Διεύθυνση Ασφάλισης – Παροχών
- ε. Διεύθυνση Ασφάλισης – Παροχών Λογαριασμού Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων, η οποία διαρθρώνεται ως εξής:
 - ε1. Τμήμα Εσόδων
 - ε2. Τμήμα Παροχών
 - ε3. Τμήμα Λογιστηρίου και Γραμματεία.

Βάσει των παραπάνω ακολουθεί το οργανόγραμμα του οργανισμού:

Διάγραμμα 5.3.1: Οργανόγραμμα ΕΟΠΥΥ



Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2013

Σε συνέχεια της πρότασης για τις αρμοδιότητες των Αντιπροέδρων του οργανισμού, προτείνεται αντιστοίχιση των αρμοδιοτήτων των Γενικών Διευθυντών. Δηλαδή, ο κάθε Γενικός Διευθυντής να έχει ως πεδία ευθύνης αυτά του αντιστοιχού Αντιπροέδρου. Αυτό συνεπάγεται ότι οι επιμέρους Διευθύνσεις θα πρέπει να αντιστοιχούν στις δυο Γενικές Διευθύνσεις με τον κάτωθι τρόπο.

Η **Γενική Διεύθυνση Διαχείρισης Ασφάλισης Υγείας** να συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

- α. Διεύθυνση Ασφάλισης Υγείας
- β. Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών
- γ. Διεύθυνση Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού
- δ. Διεύθυνση Πληροφορικής
- ε. Διεύθυνση Νομικών Υποθέσεων
- στ. Αυτοτελές Τμήμα Εξυπηρέτησης Πολιτών

Η **Γενική Διεύθυνση Σχεδιασμού και Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας** να συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

- α. Διεύθυνση Οργάνωσης και Εποπτείας Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ
- β. Διεύθυνση Σχεδιασμού, Αξιολόγησης και Διασφάλισης Ποιότητας Υγείας
- γ. Διεύθυνση Παροχών και Κατάρτισης Συμβάσεων Παρόχων
- δ. Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων
- ε. Διεύθυνση Ασφάλισης – Παροχών Λογαριασμού Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων, στην οποία προτείνεται το Τμήμα Εσόδων, το Λογιστήριο και η Γραμματεία να υπάγεται στην πρώτη Γενική Διεύθυνση και το Τμήμα Παροχών στη δεύτερη.

5.4 Οργάνωση παροχών και παρόχων

Στο ΦΕΚ Β 3054/2012 (Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας) καθορίζεται ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται σε όλους τους ασφαλισμένους από τις κατά τόπους υφιστάμενες δομές, ήτοι από τα εξωτερικά ιατρεία των κέντρων υγείας, των κρατικών νοσοκομείων, των στρατιωτικών νοσοκομείων, των πανεπιστημιακών νοσοκομείων, τα αγροτικά Ιατρεία, τα περιφερειακά ιατρεία, τα πολυϊατρεία και ιατρεία του ΕΟΠΥΥ, τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα καθώς και από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς συμβεβλημένους με το Φορέα.

Η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει την εξέταση στο ιατρείο ή στο σπίτι του ασφαλισμένου, εφόσον αυτό είναι απαραίτητο. Επίσης, περιλαμβάνει τις ιατρικές πράξεις που είναι αναγκαίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενούς.

Οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να ελέγχουν την ταυτοπροσωπία και την ασφαλιστική ικανότητα των ασφαλισμένων ασθενών που εξετάζουν και σε περίπτωση μη ύπαρξης αυτής να μην προβαίνουν σε χορήγηση οποιασδήποτε παροχής προς τους ασφαλισμένους. Συνταγογράφηση, παραπομπή για εξετάσεις και οποιαδήποτε παροχή περίθαλψης κατευθυνόμενη απαγορεύεται και επισύρει την επιβολή των προβλεπόμενων κυρώσεων από την κείμενη νομοθεσία και στον παραπέμποντα και στον εκτελούντα.

Οι συμβεβλημένοι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να συμμορφώνονται με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας, του π.δ. 121/2008 (Α', 183) όπως ισχύει και των οδηγιών περί του τρόπου, χρόνου και όρων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και να τηρούν τους όρους της σύμβασης.

Ο Φορέας διατηρεί το δικαίωμα να διενεργεί ελέγχους σε όλους τους ιατρούς για τη διαπίστωση της τήρησης των διατάξεων του παρόντος κανονισμού, των ισχυουσών διατάξεων περί υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των όρων της σύμβασης.

Παροχές

Από **στοιχεία** του 2011 από τα τέσσερα (4) μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία προκύπτουν τα εξής:

- ♦ Στο **οικονομικό** μέρος, οι ετήσιες συνολικές δαπάνες φαίνεται να κινούνταν σε άνω των 8 δις ευρώ (σε αυτό δεν πρέπει να υπολογίζονται νοσήλια πάνω από 1 δισ. ευρώ, προς τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, που δεν αποδόθηκαν το 2010). Από τα περίπου 9 δις ευρώ, τα 2 πήγαν για νοσοκομειακές δαπάνες, τα 5 για φάρμακα και τα υπόλοιπα (2 εκατ. ευρώ) σε υπηρεσίες ΠΦΥ (και λοιπές παροχές). Το 2011 έκλεισε με έξοδα άνω των 8 δις ευρώ.
- ♦ Στο μέρος του **προσωπικού**, οι απασχολούμενοι γιατροί του ΙΚΑ (με κάθε είδους εργασιακή σχέση) ήταν 7.000, οι συμβεβλημένοι με τον ΟΑΕΕ γιατροί 4.000 και οι αντίστοιχοι του ΟΠΑΔ 12.000, ενώ υπήρχε και σημαντικός αριθμός συμβεβλημένων (έως 10.000) στον ΟΓΑ (με περιορισμούς λόγω της χρήσης των Κέντρων Υγείας). Ως νοσηλευτικό προσωπικό δόθηκε ότι υπηρετεί μόνο στο ΙΚΑ (4.000), ενώ το διοικητικό προσωπικό συνολικά εκτιμάται σε 10.000 (8.000 στο ΙΚΑ και 2.000 στον ΟΑΕΕ).
- ♦ Απαιτείται η **ενημέρωση** των τεσσάρων+ (4+) ασφαλιστικών **ταμείων** για τους κανονισμούς παροχών τους και ανάλογη **ενημέρωση** για τα Κ.Υ. (και τα νοσοκομεία) του **ΕΣΥ**, που θα συνεργασθούν με τον ΕΟΠΥΥ.

Η συμμετοχή κάθε ταμείου στον ενοποιημένο οργανισμό (ΕΟΠΥΥ) είναι ενδεικτική των δαπανών σε παροχές ασθενοείας που σημειώνει κατ' έτος. Τα στοιχεία του πίνακα 5.4.1 δείχνουν ότι το ΙΚΑ καταλαμβάνει πάνω από τον 50% των δαπανών του ενοποιημένου οργανισμού, ενώ σημαντική είναι η συμβολή του ΟΓΑ και του ΟΠΑΔ. Σε επίπεδο διάρθρωσης των δαπανών, η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί το 50,9% της συνολικής δαπάνης και ακολουθεί η νοσοκομειακή περίθαλψη με 24,3%. Η διάρθρωση των δαπανών ανά ταμείο διαφέρει (π.χ. υψηλή φαρμακευτική δαπάνη σε ΟΓΑ και ΟΝ) και σχετίζεται με τις παροχές ανά ταμείο καθώς και το προφίλ των ασφαλισμένων.

Με σκοπό την πλήρη αποτύπωση της τρέχουσας λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, συλλέχθηκαν ποσοτικά στοιχεία σχετικά με τους συμβεβλημένους παρόχους ΠΦΥ, τη γεωγραφική κατανομή, καθώς και την ειδικότητα αυτών (ο έλεγχος τους ανέδειξε σημαντικά προβλήματα). Ο πληθυσμός ευθύνης (αριθμός ανά 1.000 κατοίκους) προέκυψε από την τελευταία απογραφή της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2011).

Στον πίνακα 5.4.2 καταγράφεται ο αριθμός των αυτοαπασχολούμενων ιατρών, συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ, στους 51 νομούς και στο σύνολο της χώρας. Αρχικά, παρατηρείται μεγάλη συγκέντρωση γιατρών στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης (περίπου 62% του συνόλου των ιατρών), ενώ υπάρχει παντελής έλλειψη κάποιων ειδικοτήτων σε όλη τη χώρα²⁵, πλην των πέντε μεγαλύτερων νομών. Οι πέντε πολυπληθέστερες ειδικότητες κατά σειρά είναι η παθολογία, η καρδιολογία, η μαιευτική-γυναικολογία, η γενική ιατρική και η ορθοπαιδική, που αντιστοιχούν στο 63% των συνολικών ιατρών. Η μέση πυκνότητα στο σύνολο της χώρας είναι 0,51 ιατροί ανά χίλιους κατοίκους, με τους νομούς Λάρισας, Τρικάλων και Θεσσαλονίκης να βρίσκονται στις πρώτες θέσεις με 0,88, 0,73 και 0,73 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους αντίστοιχα.

Στο τέλος της παρούσας ενότητας (πίνακας 5.4.10) ακολουθεί συγκριτική ανάλυση μεταξύ της Ελλάδας και των εξεταζόμενων συστημάτων και οργανισμών των προηγούμενων κεφαλαίων.

²⁵ Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι ειδικότητες τις Ακτινοδιαγνωστικής, της Αναισθησιολογίας, της Κυτταρολογίας και της Χειρουργικής Θώρακος, στις οποίες υπάρχει μόνο ένας συμβεβλημένος ιατρός (για κάθε ειδικότητα) στο σύνολο της χώρας και μάλιστα βρίσκεται στο Ν. Αττικής. Στον αντίποδα, στο μικρότερο Νομό της χώρας (Δευκάδα) δεν υπάρχει συμβεβλημένος ιατρός, ενώ στους Νομούς Σάμου και Ευρυτανίας υπάρχουν μόλις 1 και 2 συμβεβλημένοι ιατροί αντίστοιχα.

Πίνακας 5.4.1: Δαπάνες παραχών ασθένειας των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (2011)

Φορέας	Νοσοκομειακή Περιθαλψη	Ιατρική Περιθαλψη	Φαρμακευτική Περιθαλψη	Πρόσθετη Περιθαλψη	Λοιπές Δαπάνες	ΣΥΝΟΛΟ	% του ΣΥΝΟΛΟΥ
ΙΚΑ	1.139.047.206 (27%)	490.974.475 (12%)	1.961.191.276 (47%)	450.783.240 (11%)	140.867.666 (3%)	4.182.863.863	53,5%
ΟΝ	26.672.213 (12%)	28.749.178 (13%)	156.771.238 (71%)	8.302.114 (4%)	81.215 (0%)	220.575.958	2,8%
ΕΤΑΑ	46.730.921 (24%)	43.406.415 (22%)	92.805.109 (47%)	13.806.408 (7%)	29.303 (0%)	196.778.156	2,5%
ΕΤΑΠ-ΜΜΕ	2.202.722 (16%)	4.677.818 (34%)	4.752.567 (34%)	2.243.908 (16%)	369 (0%)	13.877.384	0,2%
ΟΑΕΕ	128.138.828 (28%)	128.397.053 (28%)	188.278.956 (41%)	12.804.040 (3%)	0 (0%)	457.618.877	5,9%
ΟΓΑ	330.172.011 (26%)	9.808.579 (1%)	911.292.757 (70%)	43.155.595 (3%)	0 (0%)	1.294.428.942	16,6%
ΟΠΑΔ	142.346.817 (14%)	333.494.602 (33%)	471.531.142 (47%)	49.883.791 (5%)	3.397.011 (0%)	1.000.653.364	12,8%
ΤΑΥΤΕΚΩ	83.087.434 (18%)	136.164.786 (30%)	192.810.705 (43%)	40.013.584 (9%)	679.880 (0%)	452.756.389	5,8%
ΣΥΝΟΛΟ	1.898.398.153	1.175.672.906	3.979.433.750	620.992.681	145.055.445	7.819.552.934	100,0%
% του ΣΥΝΟΛΟΥ	24,3%	15,0%	50,9%	7,9%	1,9%	100,0%	

Πηγή: Ελεξοργασία από Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2012.

**Αναλυτική περιγραφή ειδικοτήτων:*

1. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	19. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
2. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	20. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ
3. ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ	21. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ
4. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	22. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ
5. ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΑ	23. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ
6. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	24. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ
7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	25. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ
8. ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	26. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
9. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ	27. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
10. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ	28. ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
11. ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΕΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ	29. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ – ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
12. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	30. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
13. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	31. ΦΥΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
14. ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑ	32. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
15. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	33. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣ
16. ΜΕ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (Αρ. 9 Π.Δ. 38/04)	34. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
17. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ (ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ)	35. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
18. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ	36. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2013

Στον πίνακα 5.4.3 παρατίθενται τα ανάλογα δεδομένα για τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ διαγνωστικά εργαστήρια. Περίπου το 50% αυτών είναι συγκεντρωμένα στους νομούς της πρωτεύουσας και της συμπρωτεύουσας, ενώ πάνω από το 70% αυτών αφορούν μικροβιολογικά εργαστήρια. Το τελευταίο δεδομένο δημιουργεί σκέψεις, καθότι οι εν λόγω υπηρεσίες παρέχονται επιπρόσθετα από δευτεροβάθμιες δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες. Εντύπωση, επίσης, προκαλεί το γεγονός ότι η μεγαλύτερη πυκνότητα εργαστηρίων (αριθμός ανά 1.000 κατοίκους) συναντάται σε νομούς της περιφέρειας (Τρικάλων, Πρέβεζας και Άρτας). Η μέση πυκνότητα στο σύνολο τη χώρας ανέρχεται σε 0,22 διαγνωστικά εργαστήρια ανά 1.000 κατοίκους.

Πίνακας 5.4.3: Κατανομή διαγνωστικών εργαστηρίων ΕΟΠΠΥ ανά Νομό και ειδικότητα*

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΑΚΤΙΝ	ΒΙΟΧΗ	ΓΑΣΤΡ	ΔΙΑΓΝ	ΔΙΑΓΝ	ΕΡΓ.ΥΓ	ΙΑΤΡΟ	ΚΥΤΤΑ	ΜΙΚΡΟ	ΠΑΘΟ	ΠΥΡΗ	ΑΠΡΟ	ΣΥΝΟΛ	Ανά 1.0
1	Ν. Αττικής	82	1	0	10	164	1	1	28	679	4	4	5	979	0,256
2	Ν. Θεσσαλονίκης	15	1	0	0	27	0	0	9	163	1	7	2	225	0,203
3	Ν. Αχαΐας	10	0	0	0	8	0	0	6	67	0	4	0	95	0,307
4	Ν. Ηρακλείου	3	0	0	0	6	0	0	0	46	0	2	1	58	0,190
5	Ν. Λάρισας	7	0	0	1	9	0	0	5	59	0	2	1	84	0,295
6	Ν. Αιτωλοακαρναν	8	0	0	0	4	0	0	1	33	0	2	0	48	0,228
7	Ν. Εύβοιας	6	0	0	1	3	0	0	2	20	0	1	0	33	0,157
8	Ν. Μαγνησίας	8	0	0	0	5	0	0	0	37	1	1	1	53	0,260
9	Ν. Σερρών	0	0	0	0	4	0	0	0	16	0	1	0	21	0,119
10	Ν. Ηλείας	1	0	0	0	0	0	0	1	26	0	1	0	29	0,182
11	Ν. Δωδεκανήσου	6	0	0	0	2	0	0	2	29	0	1	0	40	0,209
12	Ν. Φθιώτιδας	0	0	0	0	0	0	0	0	26	1	0	1	28	0,177
13	Ν. Μεσσηνίας	2	0	0	2	4	0	0	3	22	0	0	0	33	0,206
14	Ν. Ιωαννίνων	2	0	0	0	5	0	0	2	38	3	1	0	51	0,304
15	Ν. Κοζάνης	0	0	0	0	6	0	0	0	16	0	1	1	24	0,160
16	Ν. Κορινθίας	4	0	0	0	6	0	0	0	27	0	0	0	37	0,255
17	Ν. Χανίων	2	0	0	0	3	0	0	0	22	0	0	0	27	0,172
18	Ν. Έβρου	4	0	0	0	3	0	0	2	20	0	0	0	29	0,196
19	Ν. Πέλλας	1	0	0	0	6	0	0	0	19	0	0	0	26	0,186
20	Ν. Καβάλας	2	0	0	0	3	0	0	0	21	1	0	0	27	0,195
21	Ν. Ημαθίας	1	0	0	0	2	0	0	0	15	0	1	0	19	0,135
22	Ν. Τρικάλων	5	0	1	0	3	0	0	1	34	0	1	0	45	0,343
23	Ν. Βοιωτίας	3	0	0	0	3	0	0	0	7	0	0	0	13	0,110
24	Ν. Πιερίας	2	0	0	0	1	0	0	2	20	0	2	1	28	0,221
25	Ν. Καρδίτσας	6	0	0	0	3	0	0	1	17	0	0	0	27	0,238
26	Ν. Κυκλάδων	0	0	0	0	2	0	0	0	8	0	0	1	11	0,093
27	Ν. Κέρκυρας	1	0	0	1	3	0	0	1	23	0	0	0	29	0,278
28	Ν. Ροδόπης	0	0	0	0	3	0	0	0	11	0	1	0	15	0,134
29	Ν. Λέσβου	5	0	0	0	3	0	0	0	18	0	0	0	26	0,251
30	Ν. Αργολίδας	3	0	0	0	2	0	0	1	13	0	0	0	19	0,196
31	Ν. Χαλκιδικής	2	0	0	1	0	0	0	0	8	0	0	0	11	0,102
32	Ν. Δράμας	1	0	0	0	4	0	0	0	11	0	2	0	18	0,183
33	Ν. Αρκαδίας	3	0	0	0	1	0	0	0	14	0	0	0	18	0,208
34	Ν. Ξάνθης	0	0	0	0	2	0	0	1	10	1	1	0	15	0,135
35	Ν. Λακωνίας	1	0	0	0	1	0	0	0	17	0	0	0	19	0,213
36	Ν. Κιλκίς	0	0	0	0	4	0	0	0	10	0	0	0	14	0,174
37	Ν. Ρεθύμνου	2	0	0	0	2	0	0	0	8	0	0	0	12	0,140
38	Ν. Άρτας	3	0	0	0	1	0	0	0	17	0	0	0	21	0,309
39	Ν. Λασιθίου	3	0	0	0	0	0	0	1	15	0	0	0	19	0,252
40	Ν. Πρέβεζας	2	0	0	0	1	0	0	1	14	0	0	0	18	0,313
41	Ν. Φλώρινας	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,019
42	Ν. Καστοριάς	1	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	9	0,179
43	Ν. Χίου	3	0	0	0	1	0	0	0	11	0	0	1	16	0,304
44	Ν. Φωκίδας	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,000
45	Ν. Θεσπρωτίας	2	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	11	0,252
46	Ν. Σάμου	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,000
47	Ν. Κεφαλληνίας	0	0	0	1	2	0	0	0	2	0	0	1	6	0,154
48	Ν. Ζακύνθου	1	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	6	0,147
49	Ν. Γρεβενών	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	4	0,126
50	Ν. Ευρυτανίας	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,050
51	Ν. Λευκάδας	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0,169
	ΣΥΝΟΛΟ	213	2	1	17	315	1	1	72	1.715	12	36	17	2.402	0,222
	Ανά 1.000 κατοίκ	0,020	0,000	0,000	0,002	0,029	0,000	0,000	0,007	0,159	0,001	0,003	0,002	0,222	

**Αναλυτική περιγραφή ειδικοτήτων:*

1. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ
2. ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ
3. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ
4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΕΡΗΧΩΝ
7. ΙΑΤΡΟΣ ΧΗΜΙΚΟΣ ΚΛΙΝΙΚΟΣ
8. ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΣ
9. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
10. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ
11. ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
12. ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΟ

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2013

Ο πίνακας 5.4.4 περιλαμβάνει δεδομένα για τους αυτοαπασχολούμενους φυσικοθεραπευτές, που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ. Οι τάσεις συγκέντρωσης στους δυο μεγαλύτερους νομούς είναι παρόμοιες με αυτές των διαγνωστικών εργαστηρίων (περίπου 50%). Η μέση πυκνότητα στο σύνολο τη χώρας ανέρχεται σε 0,20 φυσικοθεραπευτές ανά 1.000 κατοίκους. Στους νομούς Ζακύνθου, Έβρου και Κέρκυρας συναντάται η μεγαλύτερη πυκνότητα φυσικοθεραπευτών και ξεπερνά κατά 20% τη μέση πυκνότητα.

Πίνακας 5.4.4: Κατανομή φυσικοθεραπευτών ΕΟΠΥΥ ανά Νομό και ειδικότητα*

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΕΡΓΑΣΤ	ΕΡΓΑΣΤ	Φ ΥΣΙΚΟ	Φ ΥΣΙΚΟ	Φ ΥΣΙΚΟ	Φ ΥΣΙΚΟ	Φ ΥΣΙΚΟ	ΣΥΝΟΛΟ	Ανά 1.000
1	Ν. Αττικής	12	1	1	813	3	70	0	900	0,235
2	Ν. Θεσσαλονίκης	2	1	0	153	0	3	0	159	0,143
3	Ν. Αχαΐας	1	1	0	44	0	5	0	51	0,165
4	Ν. Ηρακλείου	2	0	0	46	0	7	0	55	0,180
5	Ν. Λάρισας	2	0	0	40	0	4	0	46	0,162
6	Ν. Αιτωλοακαρνανίας	1	0	0	52	0	0	0	53	0,251
7	Ν. Εύβοιας	1	0	0	46	0	0	0	47	0,223
8	Ν. Μαγνησίας	2	0	0	46	0	3	0	51	0,250
9	Ν. Σερρών	1	0	1	27	0	3	0	32	0,181
10	Ν. Ηλείας	0	0	0	17	0	0	0	17	0,107
11	Ν. Δωδεκανήσου	1	0	0	18	0	1	0	20	0,105
12	Ν. Φθιώτιδας	0	0	0	30	0	0	0	30	0,190
13	Ν. Μεσσηνίας	3	0	0	13	0	0	0	16	0,100
14	Ν. Ιωαννίνων	1	0	0	33	0	2	0	36	0,214
15	Ν. Κοζάνης	0	1	0	37	0	0	0	38	0,253
16	Ν. Κορινθίας	1	0	0	36	0	1	0	38	0,262
17	Ν. Χανίων	1	0	0	38	0	1	0	40	0,255
18	Ν. Έβρου	0	0	0	38	0	2	0	40	0,270
19	Ν. Πέλλας	0	0	0	31	0	1	0	32	0,229
20	Ν. Καβάλας	0	0	0	28	0	0	0	28	0,202
21	Ν. Ημαθίας	1	0	0	23	0	2	0	26	0,185
22	Ν. Τρικάλων	0	0	0	28	0	0	0	28	0,214
23	Ν. Βοιωτίας	1	0	0	27	0	1	0	29	0,246
24	Ν. Πιερίας	1	0	0	28	0	1	0	30	0,237
25	Ν. Καρδίτσας	0	0	0	24	0	0	0	24	0,211
26	Ν. Κυκλάδων	0	0	0	13	0	1	1	15	0,127
27	Ν. Κέρκυρας	0	0	0	25	0	3	0	28	0,268
28	Ν. Ροδόπης	0	0	0	22	0	0	0	22	0,196
29	Ν. Λέσβου	0	0	0	1	0	0	0	1	0,010
30	Ν. Αργολίδας	1	0	0	13	0	0	0	14	0,144
31	Ν. Χαλκιδικής	0	0	0	9	0	0	0	9	0,084
32	Ν. Δράμας	0	0	0	19	0	0	0	19	0,193
33	Ν. Αρκαδίας	0	0	0	22	0	1	0	23	0,265
34	Ν. Ξάνθης	0	0	0	2	0	0	0	2	0,018
35	Ν. Λακωνίας	0	0	0	11	0	0	0	11	0,123
36	Ν. Κιλκίς	0	0	0	15	0	0	0	15	0,187
37	Ν. Ρεθύμνου	0	0	0	18	0	0	0	18	0,210
38	Ν. Άρτας	0	0	0	10	0	0	0	10	0,147
39	Ν. Λασιθίου	0	0	0	14	0	0	0	14	0,186
40	Ν. Πρέβεζας	0	0	0	11	0	0	0	11	0,191
41	Ν. Φλώρινας	0	0	0	4	0	1	0	5	0,097
42	Ν. Καστοριάς	0	0	0	4	0	0	0	4	0,079
43	Ν. Χίου	0	0	0	0	0	0	0	0	0,000
44	Ν. Φωκίδας	0	0	0	0	0	0	0	0	0,000
45	Ν. Θεσπρωτίας	0	0	0	8	0	0	0	8	0,184
46	Ν. Σάμου	0	0	0	0	0	0	0	0	0,000
47	Ν. Κεφαλληνίας	0	0	0	7	0	0	0	7	0,179
48	Ν. Ζακύνθου	0	0	0	12	0	0	0	12	0,294
49	Ν. Γρεβενών	0	0	0	3	0	0	0	3	0,094
50	Ν. Ευρυτανίας	0	0	0	3	0	0	0	3	0,149
51	Ν. Λευκάδας	0	0	0	4	0	1	0	5	0,211
ΣΥΝΟΛΟ		35	4	2	1.966	3	114	1	2.125	0,196
Ανά 1.000 κατοίκ		0,003	0,000	0,000	0,182	0,000	0,011	0,000	0,196	

**Αναλυτική περιγραφή ειδικοτήτων:*

1. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
3. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ
4. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
5. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ
6. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ
7. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2013

Άλλη κατηγορία μονάδων ΠΦΥ είναι τα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας του ΕΟΠΥΥ, που παρουσιάζονται στον πίνακα 5.4.5. Ο συνολικός αριθμός αυτών ανέρχεται σε 40 κέντρα και η διασπορά τους καταλαμβάνει όλες τις υγειονομικές περιφέρειες, ωστόσο παρατηρείται απουσία αυτού του είδους μονάδων από τη νησιωτική χώρα (με εξαίρεση την Κρήτη). Η μέση πυκνότητα αυτών είναι 0,04 κέντρα ανά 1.000 κατοίκους.

Πίνακας 5.4.5: Κατανομή κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας ΕΟΠΥΥ ανά Νομό

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Ανά 1.000 κατοίκους
1	Ν. Αττικής	7	0,0018
2	Ν. Θεσσαλονίκης	7	0,0063
3	Ν. Αχαΐας	1	0,0032
4	Ν. Ηρακλείου	0	0,0000
5	Ν. Λάρισας	5	0,0176
6	Ν. Αιτωλοακαρνανίας	1	0,0047
7	Ν. Εύβοιας	0	0,0000
8	Ν. Μαγνησίας	2	0,0098
9	Ν. Σερρών	0	0,0000
10	Ν. Ηλείας	1	0,0063
11	Ν. Δωδεκανήσου	0	0,0000
12	Ν. Φθιώτιδας	1	0,0063
13	Ν. Μεσσηνίας	2	0,0125
14	Ν. Ιωαννίνων	2	0,0119
15	Ν. Κοζάνης	1	0,0067
16	Ν. Κορινθίας	0	0,0000
17	Ν. Χανίων	2	0,0128
18	Ν. Έβρου	0	0,0000

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Ανά 1.000 κατοίκους
19	Ν. Πέλλας	0	0,0000
20	Ν. Καβάλας	0	0,0000
21	Ν. Ημαθίας	0	0,0000
22	Ν. Τρικάλων	2	0,0153
23	Ν. Βοιωτίας	0	0,0000
24	Ν. Πιερίας	0	0,0000
25	Ν. Καρδίτσας	2	0,0176
26	Ν. Κυκλάδων	0	0,0000
27	Ν. Κέρκυρας	0	0,0000
28	Ν. Ροδόπης	0	0,0000
29	Ν. Λέσβου	0	0,0000
30	Ν. Αργολίδας	0	0,0000
31	Ν. Χαλκιδικής	1	0,0093
32	Ν. Δράμας	1	0,0102
33	Ν. Αρκαδίας	1	0,0115
34	Ν. Ξάνθης	0	0,0000
35	Ν. Λακωνίας	1	0,0112
36	Ν. Κιλκίς	0	0,0000
37	Ν. Ρεθύμνου	0	0,0000
38	Ν. Άρτας	0	0,0000
39	Ν. Λασιθίου	0	0,0000
40	Ν. Πρέβεζας	0	0,0000
41	Ν. Φλώρινας	0	0,0000
42	Ν. Καστοριάς	0	0,0000
43	Ν. Χίου	0	0,0000
44	Ν. Φωκίδας	0	0,0000
45	Ν. Θεσπρωτίας	0	0,0000
46	Ν. Σάμου	0	0,0000
47	Ν. Κεφαλληνίας	0	0,0000
48	Ν. Ζακύνθου	0	0,0000
49	Ν. Γρεβενών	0	0,0000
50	Ν. Ευρυτανίας	0	0,0000
51	Ν. Λευκάδας	0	0,0000
	ΣΥΝΟΛΟ	40	0,0037

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2013

Ακολουθούν στον πίνακα 5.4.6 τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ κέντρα διημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας. Οι μονάδες αυτές βρίσκονται κατά κύριο λόγο στους μεγαλύτερους νομούς της χώρας και πάνω από το 50% αυτών στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Η μέση πυκνότητα κέντρων διημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας στη χώρα υπολογίζεται στα 0,003 κέντρα ανά 1.000 κατοίκους.

Πίνακας 5.4.6: Κατανομή κέντρων διημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας ΕΟΠΥΥ ανά Νομό

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Ανά 1.000 κατοίκους
1	Ν. Αττικής	12	0,0031
2	Ν. Θεσσαλονίκης	6	0,0054
3	Ν. Αχαΐας	0	0,0000
4	Ν. Ηρακλείου	0	0,0000
5	Ν. Λάρισας	1	0,0035
6	Ν. Αιτωλοακαρνανίας	3	0,0142
7	Ν. Εύβοιας	1	0,0047
8	Ν. Μαγνησίας	1	0,0049
9	Ν. Σερρών	1	0,0057
10	Ν. Ηλείας	0	0,0000
11	Ν. Δωδεκανήσου	0	0,0000
12	Ν. Φθιώτιδας	1	0,0063
13	Ν. Μεσσηνίας	0	0,0000
14	Ν. Ιωαννίνων	1	0,0060
15	Ν. Κοζάνης	1	0,0067
16	Ν. Κορινθίας	0	0,0000
17	Ν. Χανίων	2	0,0128
18	Ν. Έβρου	1	0,0068
19	Ν. Πέλλας	0	0,0000
20	Ν. Καβάλας	0	0,0000
21	Ν. Ημαθίας	0	0,0000
22	Ν. Τρικάλων	0	0,0000
23	Ν. Βοιωτίας	2	0,0170
24	Ν. Πιερίας	0	0,0000
25	Ν. Καρδίτσας	0	0,0000

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Ανά 1.000 κατοίκους
26	Ν. Κυκλάδων	0	0,0000
27	Ν. Κέρκυρας	0	0,0000
28	Ν. Ροδόπης	0	0,0000
29	Ν. Λέσβου	0	0,0000
30	Ν. Αργολίδας	0	0,0000
31	Ν. Χαλκιδικής	0	0,0000
32	Ν. Δράμας	0	0,0000
33	Ν. Αρκαδίας	0	0,0000
34	Ν. Ξάνθης	0	0,0000
35	Ν. Λακωνίας	0	0,0000
36	Ν. Κιλκίς	0	0,0000
37	Ν. Ρεθύμνου	0	0,0000
38	Ν. Άρτας	0	0,0000
39	Ν. Λασιθίου	0	0,0000
40	Ν. Πρέβεζας	0	0,0000
41	Ν. Φλώρινας	0	0,0000
42	Ν. Καστοριάς	0	0,0000
43	Ν. Χίου	0	0,0000
44	Ν. Φωκίδας	0	0,0000
45	Ν. Θεσπρωτίας	0	0,0000
46	Ν. Σάμου	0	0,0000
47	Ν. Κεφαλληνίας	0	0,0000
48	Ν. Ζακύνθου	0	0,0000
49	Ν. Γρεβενών	0	0,0000
50	Ν. Ευρυτανίας	0	0,0000
51	Ν. Λευκάδας	0	0,0000
	ΣΥΝΟΛΟ	33	0,0031

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2013

Τελευταία κατηγορία συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ μονάδων ΠΦΥ (εκτός των ιδιωτικών κλινικών) είναι τα πολυϊατρεία, τα οποία είναι συγκεντρωμένα στη συντριπτική τους πλειοψηφία στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη.

Πίνακας 5.4.7: Κατανομή πολυιατρείων ΕΟΠΥΥ ανά Νομό

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Ανά 1.000 κατοίκους
1	Ν. Αττικής	20	0,0052
2	Ν. Θεσσαλονίκης	8	0,0072
3	Ν. Αχαΐας	2	0,0065
4	Ν. Ηρακλείου	1	0,0033
5	Ν. Λάρισας	0	0,0000
6	Ν. Αιτωλοακαρνανίας	0	0,0000
7	Ν. Εύβοιας	0	0,0000
8	Ν. Μαγνησίας	0	0,0000
9	Ν. Σερρών	0	0,0000
10	Ν. Ηλείας	0	0,0000
11	Ν. Δωδεκανήσου	0	0,0000
12	Ν. Φθιώτιδας	0	0,0000
13	Ν. Μεσσηνίας	0	0,0000
14	Ν. Ιωαννίνων	0	0,0000
15	Ν. Κοζάνης	0	0,0000
16	Ν. Κορινθίας	0	0,0000
17	Ν. Χανίων	0	0,0000
18	Ν. Έβρου	0	0,0000
19	Ν. Πέλλας	2	0,0143
20	Ν. Καβάλας	0	0,0000
21	Ν. Ημαθίας	0	0,0000
22	Ν. Τρικάλων	0	0,0000
23	Ν. Βοιωτίας	0	0,0000
24	Ν. Πιερίας	0	0,0000
25	Ν. Καρδίτσας	0	0,0000
26	Ν. Κυκλάδων	0	0,0000
27	Ν. Κέρκυρας	0	0,0000
28	Ν. Ροδόπης	0	0,0000
29	Ν. Λέσβου	1	0,0096
30	Ν. Αργολίδας	0	0,0000
31	Ν. Χαλκιδικής	0	0,0000
32	Ν. Δράμας	0	0,0000
33	Ν. Αρκαδίας	2	0,0231
34	Ν. Ξάνθης	0	0,0000

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Ανά 1.000 κατοίκους
35	Ν. Λακωνίας	0	0,0000
36	Ν. Κιλκίς	0	0,0000
37	Ν. Ρεθύμνου	0	0,0000
38	Ν. Άρτας	0	0,0000
39	Ν. Λασιθίου	0	0,0000
40	Ν. Πρέβεζας	0	0,0000
41	Ν. Φλώρινας	0	0,0000
42	Ν. Καστοριάς	0	0,0000
43	Ν. Χίου	0	0,0000
44	Ν. Φωκίδας	0	0,0000
45	Ν. Θεσπρωτίας	0	0,0000
46	Ν. Σάμου	0	0,0000
47	Ν. Κεφαλληνίας	0	0,0000
48	Ν. Ζακύνθου	0	0,0000
49	Ν. Γρεβενών	0	0,0000
50	Ν. Ευρυτανίας	0	0,0000
51	Ν. Λευκάδας	0	0,0000
	ΣΥΝΟΛΟ	36	0,0033

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2013

Πέραν των ανωτέρω, η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται και από δημόσιες μονάδες οι οποίες υπάγονται σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Νοσοκομεία της χώρας (με εξαίρεση την κατηγορία «Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας»). Οι μονάδες αυτές παρουσιάζονται σε πανελλαδικό επίπεδο στον πίνακα 5.4.8. Έμφαση δίνεται στα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία που είναι διάσπαρτα σε όλη τη χώρα. Η συγκέντρωση σε μεγάλους νομούς, που παρατηρήθηκε στους προηγούμενους πίνακες, δεν έχει ισχύ σε αυτές τις μονάδες, σημείο καλύτερου σχεδιασμού του ΕΣΥ. Αντιθέτως, νομοί της παραμεθορίου είναι ιδιαίτερα ενισχυμένοι, κυρίως με κέντρα υγείας και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η έκταση και η μορφολογία του εδάφους του νομού εμποδίζουν την πρόσβαση στα αστικά κέντρα. Βέβαια, ακριβή συμπεράσματα δεν μπορούν να εξαχθούν, καθώς η ποσότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στις μονάδες αυτές συναρτάται άμεσα με το ποσοστό κάλυψης των οργανικών θέσεων και την κάλυψη των διαφορετικών ειδικοτήτων σε καθεμιά απ' αυτές (βλέπε και αναφορές προηγούμενου κεφαλαίου).

Πίνακας 5.4.8: Λοιπές δημόσιες μονάδες ΠΦΥ*

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΓΝ-ΚΥ	ΚΥ	ΚΥ Α/Τ	ΠΙ	ΠΠΙ	Πολυκ	ΕΙΔΙΚΣ	ΕΙΔΙΚΣ	ΥΠΟ Σ'	ΣΥΝΟΛ	Ανά 1.000 κ
1	Ν. Αττικής	1	10	3	20	1	1	1	0	1	38	0,010
2	Ν. Θεσσαλονίκης	0	9	0	37	0	0	0	1	2	49	0,044
3	Ν. Αχαΐας	1	5	0	41	0	0	0	0	0	47	0,152
4	Ν. Ηρακλείου	0	6	0	41	1	0	0	1	0	49	0,160
5	Ν. Λάρισας	0	5	0	38	1	0	0	0	0	44	0,155
6	Ν. Αιτωλοακαρναν	0	9	0	60	0	0	0	0	0	69	0,327
7	Ν. Εύβοιας	2	4	0	46	1	0	0	1	0	54	0,256
8	Ν. Μαγνησίας	0	6	0	30	1	0	0	2	0	39	0,191
9	Ν. Σερρών	0	8	0	45	0	0	0	0	0	53	0,300
10	Ν. Ηλείας	1	5	0	40	0	0	0	0	0	46	0,289
11	Ν. Δωδεκανήσου	3	4	0	25	9	0	0	1	0	42	0,220
12	Ν. Φθιώτιδας	0	5	0	39	0	0	0	0	0	44	0,278
13	Ν. Μεσσηνίας	1	5	0	49	0	0	0	0	0	55	0,344
14	Ν. Ιωαννίνων	0	6	0	56	0	0	0	1	0	63	0,375
15	Ν. Κοζάνης	0	3	0	39	0	0	0	0	0	42	0,280
16	Ν. Κορινθίας	0	5	0	37	0	0	0	1	0	43	0,296
17	Ν. Χανίων	0	3	0	35	1	0	0	3	0	42	0,268
18	Ν. Έβρου	0	4	0	31	0	0	0	0	0	35	0,237
19	Ν. Πέλλας	0	4	0	25	0	0	0	0	0	29	0,208
20	Ν. Καβάλας	0	3	0	24	0	0	0	0	0	27	0,195
21	Ν. Ημαθίας	0	1	0	18	0	0	0	0	0	19	0,135
22	Ν. Τρικάλων	0	3	0	34	0	0	0	1	0	38	0,290
23	Ν. Βοιωτίας	0	3	0	28	0	0	0	0	0	31	0,263
24	Ν. Πιερίας	0	2	0	18	1	0	0	0	0	21	0,166
25	Ν. Καρδίτσας	0	3	0	47	0	0	0	0	0	50	0,440
26	Ν. Κυκλάδων	1	7	0	26	15	0	0	0	0	49	0,415
27	Ν. Κέρκυρας	0	4	0	25	1	0	0	1	0	31	0,297
28	Ν. Ροδόπης	0	2	0	21	0	0	0	1	0	24	0,214
29	Ν. Λέσβου	1	4	0	32	2	0	0	0	0	39	0,376
30	Ν. Αργολίδας	0	2	0	15	1	0	0	2	0	20	0,206
31	Ν. Χαλκιδικής	0	5	0	25	0	0	0	1	0	31	0,288
32	Ν. Δράμας	0	3	0	20	0	0	0	0	0	23	0,234
33	Ν. Αρκαδίας	0	5	0	39	0	0	0	1	0	45	0,519
34	Ν. Ξάνθης	0	3	0	17	0	0	0	0	0	20	0,180
35	Ν. Λακωνίας	1	4	0	38	0	0	0	0	0	43	0,482
36	Ν. Κιλίκης	1	2	0	24	0	0	0	0	0	27	0,336
37	Ν. Ρεθύμνου	0	4	0	23	0	0	0	0	0	27	0,315
38	Ν. Άρτας	0	3	0	22	0	0	0	0	0	25	0,368
39	Ν. Λασιθίου	3	1	0	20	0	0	0	1	0	25	0,332
40	Ν. Πρέβεζας	0	4	0	12	0	0	0	0	0	16	0,278
41	Ν. Φλώρινας	0	1	0	21	0	0	0	0	0	22	0,428
42	Ν. Καστοριάς	0	1	0	14	0	0	0	0	0	15	0,298
43	Ν. Χίου	0	1	0	7	3	0	0	1	0	12	0,228
44	Ν. Φωκίδας	0	2	0	17	0	0	0	2	0	21	0,521
45	Ν. Θεσπρωτίας	1	3	0	18	0	0	0	0	0	22	0,505
46	Ν. Σάμου	1	2	0	14	2	0	0	0	0	19	0,443
47	Ν. Κεφαλληνίας	0	2	0	13	0	0	0	0	0	15	0,384
48	Ν. Ζακύνθου	0	1	0	5	0	0	0	0	0	6	0,147
49	Ν. Γρεβενών	0	1	0	15	0	0	0	0	0	16	0,504
50	Ν. Ευρυτανίας	0	1	0	17	0	0	0	0	0	18	0,896
51	Ν. Λευκάδας	0	1	0	8	0	0	0	0	0	9	0,380
ΣΥΝΟΛΟ		18	190	3	1.411	40	1	1	22	3	1.689	0,156
Ανά 1.000 κατοίκους		0,002	0,018	0,000	0,130	0,004	0,000	0,000	0,002	0,000	0,156	

**Αναλυτική περιγραφή ειδικοτήτων:*

8. ΓΝ-ΚΥ: Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας
9. ΚΥ: Κέντρο Υγείας
10. ΚΥ Α/Τ: Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου
11. ΠΙ: Περιφερειακό Ιατρείο
12. ΠΠΙ: Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο
13. Πολυκλινική
14. ΕΙΔΙΚΟ ΚΥ
15. ΕΙΔΙΚΟ ΠΙ
16. ΥΠΟ ΣΥΣΤΑΣΗ

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2011

Στον πίνακα 5.4.9 συνοψίζονται τα στοιχεία των προηγούμενων πινάκων και προστίθενται νέα, ώστε να δημιουργηθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με τους επαγγελματίες και τις μονάδες υγείας που εμπλέκονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα της χώρας. Εν συνέχεια, στον πίνακα 5.4.10 πραγματοποιείται συγκριτική ανάλυση μεταξύ των σχετικών μεγεθών στην Ελλάδα και τα εξεταζόμενα συστήματα και οργανισμούς.

Αναφορικά με τους γιατρούς της Ελληνικής ΠΦΥ, παρατηρείται μικρή αναλογία γενικών ιατρών στο σύνολο των αυτοαπασχολούμενων (7,66%). Ακόμη και αν γίνει η υπόθεση (που δεν ισχύει) ότι το σύνολο των μισθωτών στα ΚΥ ιατρών ανήκουν στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής, το ποσοστό των γενικών ιατρών δεν ξεπερνά το 33% του συνόλου των ιατρών (βλ. πίνακα 5.4.9). Η απόκλιση είναι σημαντική σε σχέση με προηγμένα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Στη Σουηδία οι γενικοί ιατροί καταλαμβάνουν το 34% του συνόλου των ιατρών, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στην Ολλανδία και τη Γαλλία είναι 36% και 49% (βλ. πίνακα 5.4.10). Το εύρημα αυτό δημιουργεί αμφιβολίες σχετικά με τη μικρή έκταση, στην οποία ισχύει ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού (GPs) και του ελέγχου ροής των ασθενών (gatekeeping) στο Ελληνικό σύστημα υγείας.

Συνολικά, στην Ελληνική ΠΦΥ δραστηριοποιούνται 7.548 ιατροί όλων των ειδικοτήτων, εκ των οποίων το 73% συνδέεται συμβολαϊκά με τον ΕΟΠΠΥ και το υπολειπόμενο 27% παρέχει μισθωτές υπηρεσίες στο ΕΣΥ (βλ. πίνακα 5.4.9). Σε καθέναν από τους οποίους αντιστοιχούν περίπου 1.429 μόνιμοι κάτοικοι (ή 0,7 ιατροί/1.000 κατοίκους). Η αναλογία αυτή, ωστόσο, είναι πλασματική και μη συγκρίσιμη, διότι ένα σεβαστό ποσοστό των υπηρεσιών ΠΦΥ παρέχεται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) των δημόσιων νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών, των οποίων το προσωπικό είναι δύσκολο να καταγραφεί για την ΠΦΥ.

Σε συνέχεια των παραπάνω, τα στοιχεία του πίνακα παρέχουν ενδείξεις ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα έχει υιοθετήσει μια «ιατροκεντρική» οργανωτική δομή, με τους γιατρούς να υπερέχουν σημαντικά έναντι των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας, εξαιρουμένων των φαρμακοποιών. Ο αριθμός των φαρμακοποιών είναι εξίσου υπέρογκος (και σε απόλυτους αριθμούς και σε αναλογία πληθυσμού) συγκριτικά με τις περισσότερες εξεταζόμενες χώρες (βλ. πίνακα 5.4.10). Το δεδομένο αυτό πιθανώς να συνδέεται άμεσα με τα στοιχεία του πίνακα 5.4.1, σύμφωνα με τα οποία η φαρμακευτική δαπάνη των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης υπερτερεί έναντι των άλλων μορφών δαπάνης.

Πίνακας 5.4.9: Σύνοψη επαγγελματιών υγείας και μονάδων ΠΦΥ

Κατηγορία επαγγελματία	Αριθμός	Αριθμός ανά 1.000 κατοίκους
Γενικοί ιατροί αυτοαπασχολούμενοι¹	420	0,04
Ειδικευμένοι ιατροί αυτοαπασχολούμενοι	5.066	0,47
Ιατροί μισθωτοί²	2.062	<u>0,19</u>
Σύνολο ιατρών στην ΠΦΥ	7.548	0,70
Νοσηλεύτες²	1.973	0,18
Φαρμακοποιοί³	12.336	1,14
Φυσικοθεραπευτές αυτοαπασχολούμενοι	2.125	0,20
Λοιπό προσωπικό²	2.137	0,20
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Διοικητικό ▪ Επιστημονικό μη ιατρικό ▪ Τεχνικό ▪ Παραϊατρικό ▪ Λοιπό 	784 144 301 468 <u>440</u>	0,07 0,01 0,03 0,04 <u>0,04</u>
Σύνολο επαγγελματιών στην ΠΦΥ εξαιρουμένων των ιατρών	20.708	1,91
Σύνολο επαγγελματιών στην ΠΦΥ ⁴	28.256	2,61
Κατηγορία μονάδας	Αριθμός	Αριθμός ανά 1.000 κατοίκους
Διαγνωστικά εργαστήρια	2.402	0,222
Κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας	40	0,004
Κέντρα διημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας	33	0,003
Πολυϊατρεία	36	0,003
Λοιπές μονάδες ΠΦΥ		
ΚΥ⁵	212	0,020
ΤΕΙ δημοσίων νοσοκομείων⁶	131	0,012
ΤΕΙ ιδιωτικών θεραπευτηρίων / κλινικών⁶	162	0,015
Σύνολο μονάδων ΠΦΥ	3.016	0,279

¹ Με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής και με πιστοποίηση ιδιότητας Γενικής Ιατρικής (Αρ. 9 Π.Δ. 38/04) (βλ. πίνακα 5.4.2), ² Σε δημόσιες μονάδες του πίνακα 5.4.8 ³ και 10.500 φαρμακεία (ΙΟΒΕ, 2009), ⁴ δε συμπεριλαμβάνονται οι οδοντίατροι, για τους οποίους δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή, ⁵ ΓΝ-ΚΥ + ΚΥ + ΚΥ Α/Τ + Ειδικά ΚΥ (βλ. πίνακα 5.4.8), ⁶ Επεξεργασία στοιχείων από ΥΥΚΑ

Πηγή: Επεξεργασία προηγούμενων πινάκων; επεξεργασία δεδομένων esy.net; ΙΟΒΕ, 2009; ΥΥΚΑ, 2013

Πίνακας 5.4.10: Σύγκριση πυκνότητας επαγγελματιών υγείας

Ειδικότητα	Πυκνότητα ανά 1.000 κατοίκους							
	Σουηδία ¹	Ισπανία	Γερμανία ²	Ολλανδία ³	Γαλλία ⁴	ΗΠΑ (ΚΡ)	Η. Βασίλειο	Ελλάδα
Γενικοί Ιατροί	0,63	0,71	-	0,52	1,63	0,42	0,67	0,04
Ειδικοί Ιατροί	1,21	-	-	0,92	1,72	-	-	0,47
Νοσηλεύτες	-	0,60	8,57	-	7,94	-	-	0,18
Φαρμακοποιοί	1,23	-	0,65	0,17	1,17	-	-	1,14
Φυσιοθεραπευτές	-	-	-	1,1	1,07	-	-	0,20

¹ Στοιχεία 2010 σε όλες τις κατηγορίες πλην των φαρμακοποιών που αναφέρονται στο 2011

² Στοιχεία 2002

³ Στοιχεία 2007 σε όλες τις κατηγορίες πλην των φαρμακοποιών που αναφέρεται στο 2006

⁴ Στοιχεία 2009

Πηγή: Επεξεργασία πινάκων 2.3.1, 2.3.3, 2.4.1, 2.5.1, 3.2.3, 3.5.7, 5.4.9

Συνολικά, οι προτάσεις για το νεοσύστατο οργανισμό (ΕΟΠΥΥ) επικεντρώνονται σε μια ορθολογικότερη και πιο στοχευμένη κατανομή των επαγγελματιών στη ΠΦΥ. Πιο συγκεκριμένα:

- Απαιτείται να δοθούν κίνητρα, ώστε οι υπό ειδικότητα ιατροί να προτιμούν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Αυτό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να δοθεί ώθηση στο θεσμό του ελέγχου της ροής των ασθενών στο σύστημα υγείας (gatekeeping). Απαιτούνται άμεσα 2.000 πρόσθετοι οικογενειακοί (γενικοί) γιατροί οι οποίοι θα συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ.
- Απαιτείται μια ορθολογικότερη γεωγραφική κατανομή των γιατρών στην κατακερματισμένη Ελληνική Περιφέρεια. Μέσω αυτού θα εξαλειφθεί το φαινόμενο προσέλκυσης παρόχων αλλά και ασθενών στα αστικά κέντρα. Εξάλλου, εξ' ορισμού της Alma Ata (1978), η ΠΦΥ οφείλει να παρέχεται στον τόπο διαμονής του ασθενούς.
- Απαιτείται η αναβάθμιση του ρόλου των ΚΥ και ΠΙ της Περιφέρειας, ώστε να παρέχονται σε αυτά αποτελεσματικές υπηρεσίες ΠΦΥ, τις οποίες οι ασθενείς θα προτιμούν έναντι των περισσότερο δαπανηρών υπηρεσιών των νοσοκομειακών μονάδων.

- Απαιτείται επαναπροσανατολισμός της διάρθρωσης του προσωπικού μέσα από προώθηση επαγγελματιών υγείας που προσαρμόζονται καλύτερα στην ΠΦΥ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο εξέχουσας σημασίας ρόλος (και αριθμός) των νοσηλευτών και των μαιών, που εντοπίστηκε στην ΠΦΥ προηγμένων Ευρωπαϊκών χωρών.

5.5 Χρηματοδότηση ΕΟΠΥΥ και ΠΦΥ

Ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΦΕΚ Β 3054/2012) προβλέπει τις ακόλουθες πηγές χρηματοδότησης του οργανισμού:

1. Προβλεπόμενες εισφορές ασφαλισμένων – εργοδοτών – συνταξιούχων – ασφαλιστικών φορέων (περίπου 4,5 δις. ευρώ το 2012, βλ. πίνακα 5.5.1).
2. Ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό ως συμμετοχή του δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων (περίπου 1,5 δις. ευρώ το 2012, βλ. πίνακα 5.5.1).
3. Έσοδα από τυχόν κοινωνικούς πόρους υπέρ των Φορέων και Κλάδων Υγείας.
4. Πρόσοδοι περιουσίας, απόδοση κεφαλαίων και αποθεματικών, καθώς και κάθε άλλο έσοδο που προβλέπεται από την οικεία νομοθεσία ή άλλες γενικές διατάξεις νόμων.
5. Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα και κτήσεις από άλλη χαριστική αιτία.
6. Πρόσοδοι από τη χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθεσίμων κεφαλαίων και αξιών.
7. Ποσά από επιβολή προστίμων και άλλων χρηματικών ποινών.
8. Έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών, οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς φορείς, καθώς και σε αλλοδαπούς, σύμφωνα με τις συμβατικές υποχρεώσεις της χώρας.
9. Οι προβλεπόμενοι πόροι από τις διατάξεις του άρθρου 19 του Ν. 3918/2011 (Α', 31).
10. Είσπραξη ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 34 και 35 του Ν. 3918/2011, όπως ισχύουν κάθε φορά, καθώς επίσης και οποιαδήποτε άλλη επιστροφή (rebate) που θεσμοθετείται.

Εισφορές

Το πιο σημαντικό στοιχείο στην όλη προσπάθεια είναι η γνώση της χρηματοδότησης και της οικονομικής διαχείρισης του όλου εγχειρήματος του ΕΟΠΥΥ. Από **στοιχεία** του 2011 από τα τέσσερα (4) μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία, προκύπτουν τα εξής (γίνεται παρακάτω **επικαιροποίηση** για το 2012):

- Το σύνολο των ασφαλισμένων είναι πάνω από 11 εκατομμύρια (6,3 άμεσα και 4,9 έμμεσα, απαιτείται περαιτέρω έλεγχος και διαχωρισμός σε ενεργείς – συνταξιούχους),
- Τα ποσοστά εισφορών υγείας σήμερα κυμαίνονται από 2,55% στον ΟΓΑ (χωρίς σαφή αναφορά σε εργοδότη ή κράτος), έως 6,3% στο ΙΚΑ και έως 7,65% στους νέους (όχι στους παλιούς) ασφαλισμένους του ΟΑΕΕ και στον ΟΠΑΔ από 1/1/2012 (προτείνεται αντιστοιχία ΙΚΑ σε όλους από 1/1/2014, εκτός αν υπάρξει ειδική φορολόγηση, άμεση από υψηλά εισοδήματα ή έμμεση από καπνό, αλκοόλ κ.λπ., τουλάχιστον 0,5 δις ευρώ).
- Το σύνολο των ετήσιων εισφορών (όπως τότε δόθηκαν) είναι περίπου τέσσερα και μισό (4,5) εκατομμύρια ευρώ, ενώ με τη συμμετοχή του Κράτους (0,7% ΑΕΠ) θα ανέρχονταν σε 6 εκατομμύρια ευρώ και με την προσαρμογή στον ΟΠΑΔ θα ανέρχονταν (1/1/2013) σε έξι και μισό (6,5) εκατομμύρια ευρώ (με την προτεινόμενη ανωτέρω ρύθμιση δύναται να φτάσουν τα επτά (7) εκατομμύρια ευρώ).
- Αν και με το άρθρο 72 του Ν. 3984/2011 προσδιορίστηκε το νέο πλαίσιο, **προτείνεται** η ανάλυση του τρόπου είσπραξης των εισφορών και πληρωμής των παροχών από το καθένα από τα τέσσερα+ (4+) ασφαλιστικά ταμεία, με στόχο την εξέταση και έκδοση της κανονιστικής πράξης, ενιαία για τον ΕΟΠΥΥ, με την αντίστοιχη πρόταση.

Στον πίνακα 5.5.1 παρατίθεται η ανάλογη διάρθρωση της χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις για το 2012, η χρηματοδότηση του οργανισμού θα ξεπερνούσε τα 8,065 δις ευρώ, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό θα προερχόταν από τις ασφαλιστικές εισφορές (56,6%) και τη συμμετοχή του κράτους (18,6%). Επιπλέον έσοδα θα προέκυπταν για τον οργανισμό από την προσαρμογή των εισφορών στα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία.

Πίνακας 5.5.1: Πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (σε εκατομμύρια ευρώ) – Προϋπολογισμός 2012*

Εισροές	2012	% του συνόλου
Ετήσιες ασφαλιστικές εισφορές	4.565	56,6
Εργοδότες	2.080	25,8
Ασφαλισμένοι	2.485	30,8
Κρατική επιχορήγηση	1.500	18,6
Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ	500	6,2
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65%	> 1.500	18,6
Σύνολο	> 8.065	100

* αρχικές εκτιμήσεις για το 2012

Πηγή: προσαρμογή από ΕΣΔΥ, 2012

Βέβαια, το σενάριο αυτό δεν επαληθεύτηκε κυρίως για δυο λόγους: 1. η συμμετοχή του κράτους μειώθηκε στο 0,4% (από 0,6% που αντιστοιχεί σε 1,5 δις ευρώ) και 2. η προσαρμογή των εισφορών στον ΟΠΑΔ και τα λοιπά ταμεία ήταν μερική. Κατά συνέπεια, για το 2012 παρατηρήθηκε υστέρηση εσόδων άνω των 2,5 δις ευρώ, που χρήζει οικονομικής και λογιστικής μελέτης.

Επιπλέον, όπως φαίνεται στον πίνακα 5.5.2, η μεταφορά πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία που απαρτίζουν τον ΕΟΠΥΥ είναι ελλειμματική της τάξεως των 2 δις. ευρώ.

Πίνακας 5.5.2: Προϋπολογισμός εσόδων ΕΟΠΥΥ 2012

Σύννομη εσόδων	Προϋπολογισμός 2012	Εκτιμήσεις 2011 των ταμείων που προσχώρησαν από 31/12/2011	Απόκλιση (%)
Επιχορηγήσεις	795.000.000	2.015.770.000	-60,56
Φόροι, τέλη, δικαιώματα	-	41.850.000	-100,00
Ασφαλιστικές εισφορές	4.634.650.000	5.035.859.022	-7,97
Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα	82.300.000	330.888.878	-75,13
Προσαυξήσεις, πρόστιμα, χρηματικές ποινές και παράβολα	29.300.000	48.992.433	-40,19
Λοιπά έσοδα	289.550.000	19.771.000	1.364,52
Έκτακτα έσοδα	200.000	3.268.018	-93,88
Έσοδα από δάνεια	450.000	150.000	200,00
Σύνολο	5.831.150.000	7.865.549.351	

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

Σε επίπεδο δαπανών, τα στοιχεία του πίνακα 5.5.3 δείχνουν ότι ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ (περίπου 5,5 δις ευρώ) δεν είναι σε θέση να καλύψει την πραγματική δαπάνη υγείας των ασφαλισμένων, ενώ συγχρόνως εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα ρευστότητας. Στον προϋπολογισμό δαπανών κυριαρχεί η φαρμακευτική και η νοσοκομειακή περίθαλψη, φαινόμενο το οποίο σε συνδυασμό με το πρόβλημα της υποχρηματοδότησης, ασκεί ασφυκτική πίεση στην υποστήριξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της ανάγκης ανταπόκρισης στην ζήτηση, ώστε να επιτευχθεί συγκράτηση της ροής προς τη δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη (ΕΣΔΥ, 2012).

Το σχετικό έλλειμμα του οργανισμού προϋπολογίζεται μόνο στα 41 εκ. ευρώ. Στη σημείο αυτό, δεδομένης της δυσκολίας στην εξεύρεση νέων πόρων, προτείνεται ο περιορισμός των δαπανών στις δυο βασικές κατηγορίες αυτών (φαρμακευτική δαπάνη και δημόσια νοσοκομεία). Αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη, οι προσπάθειες προώθησης γενόσημων σκευασμάτων που πραγματοποιούνται τα τελευταία τρία έτη είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Αντίστοιχα, ο περιορισμός της νοσοκομειακής δαπάνης μπορεί να προέλθει από την επιβολή του οικογενειακού ιατρού ως υποχρεωτικό σημείο πρώτης επαφής με τον ασθενή.

Πίνακας 5.5.3: Προϋπολογισμός δαπανών ΕΟΠΥΥ 2012

Περιγραφή	Προϋπολογισμός 2012	Πληρωθείσα δαπάνη	Δεσμευθέντα και μη πληρωθέντα	Οφειλόμενες δαπάνες (εκτίμηση 5/2012)	Σύνολο	Ποσοστό εκτέλεσης προϋπολογισμού	Κλείσιμο προϋπολογισμού (εκτίμηση 2012)	Μεταβιβάσεις προς φορείς
Καθαρή φαρμακευτική δαπάνη	2.250.000.000	1.229.917.377	-	350.000.000	1.579.917.377	70%	3.350.000.000	283.627.013
Δημόσια νοσοκομεία	1.050.000.000	-	-	320.000.000	320.000.000	30%	1.100.000.000	143.149.283
Ίδιωτικές κλινικές	585.000.000	93.790.000	-	90.000.000	183.790.000	31%	562.740.000	36.738.697
Εξετάσεις – παρακλινικά	187.548.800	41.300.000	-	40.000.000	81.300.000	43%	247.800.000	23.679.213
Ιατροί	152.000.000	16.000.000	-	10.000.000	26.000.000	17%	83.478.260	1.250.000
Πρόσθετη περιθαλψη	172.960.200	-	-	-	-	-	180.000.000	64.365.680
Οδοντιατρική – προληπτική – λοιπές παροχές	247.067.000	-	-	-	-	-	250.000.000	28.490.086
Λοιπές δαπάνες (μισθοδοσίας, λειτουργικές)	896.800.600	-	-	-	-	-	850.000.000	243.031.762
Δαπάνες ασφαλισμένων ΟΠΑΔ	-	-	-	110.000.000	-	-	180.000.000	-
Σύνολο	5.541.376.600	1.381.007.377	-	810.000.000	2.191.007.377	-	5.705.118.260	824.331.758

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

5.6 Συστήματα Αποζημιώσεων

Η αποζημίωση των παρόχων ΠΦΥ που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ είναι αποκλειστικά σχεδόν κατά πράξη και καθορίζεται από το Κρατικό Τιμολόγιο Ιατρικών Πράξεων¹. Εξαιρέση αποτελούν οι εργαζόμενοι των μονάδων του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), των ΚΥ, των ΠΙ και των ΤΕΙ των Δημόσιων Νοσοκομείων, οι οποίοι αποζημιώνονται με σταθερό μισθό.

Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος λήψης φροντίδας υγείας προβλέπεται στις περιπτώσεις του επόμενου πίνακα. Στα φάρμακα και τις ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις εφαρμόζεται η υψηλότερη συμμετοχή. Αυτό οφείλεται αφενός στη δαπανηρή φύση των εν λόγω αγαθών/υπηρεσιών και αφετέρου στην ανελαστική τους ζήτηση.

Πίνακας 5.6.1: Ποσοστά συμμετοχής ασφαλισμένων

Κατηγορίες αγαθών και υπηρεσιών	Ποσοστό συμμετοχής
Πράξεις προληπτικής ιατρικής ¹	0%
Εργαστηριακές εξετάσεις ²	15% ή 0%
Αναλώσιμο υγειονομικό υλικό ³	25% ή 0%
Κοστολογημένες ιατρικές πράξεις ⁴	20% ή 45%
Φυσικοθεραπείες ⁵	0% με όριο
Λογοθεραπείες ⁶	0% με όριο
Ψυχοθεραπείες ⁷	0% με όριο
Πρόσθετη περίθαλψη και θεραπευτικά μέσα	25%
Νοσηλεία σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Νοσοκομείο του εξωτερικού ⁸	5% ή 10%
Φαρμακευτική περίθαλψη ⁹	0-25%

¹ Εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων, Εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου σε γυναίκες και άνδρες, μαστογραφία, τεστ PAP, τεστ PSA, εξετάσεις χοληστερόλης ολικής και κλασμάτων υψηλής και χαμηλής πυκνότητας καθώς και τριγλυκεριδίων, εξετάσεις διάγνωσης του καρκίνου του παχέως εντέρου (βλ. §6 ΦΕΚ Β 3054/2012).

² Πραγματοποιούνται εντός μονάδων του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ.

³ Δεν υφίσταται συμμετοχή όταν η προμήθεια γίνεται από φαρμακεία, αποθήκες και ιατρεία του Φορέα καθώς και όταν η χορήγηση αφορά χρόνια πάσχοντες και άλλες ειδικές κατηγορίες ασθενών (βλ. §9 ΦΕΚ Β 3054/2012).

⁴ Στις κοστολογημένες ιατρικές πράξεις του κρατικού τιμολογίου η συμμετοχή των ασθενών ανέρχεται στο 20% με εξαίρεση τις Μαγνητικές τομογραφίες, Αξονικές τομογραφίες, TRIPLEX αγγείων και καρδιάς, Ορμονολογικές εξετάσεις (όχι

¹ Πρόσβαση από <http://www.eopyy.gov.gr/>

οι δοκιμασίες) και Καρκινικοί δείκτες, στις οποίες η συμμετοχή αυξάνεται στο 45% (βλ. §10 ΦΕΚ Β 3054/2012).

⁵ Χωρίς συμμετοχή έως 12 συνεδρίες 2 φορές το χρόνο. Ο μέγιστος αριθμός συνεδριών αυξάνεται για ειδικές ασθένειες (βλ. §14 ΦΕΚ Β 3054/2012).

⁶ έως 8 ανά μήνα (βλ. §14 ΦΕΚ Β 3054/2012).

⁷ έως 4 ανά μήνα (βλ. §14 ΦΕΚ Β 3054/2012).

⁸ 5% για παιδιά έως 16 ετών και 10% στις λοιπές περιπτώσεις ανεξαρτήτως πάθησης (βλ. §10 ΦΕΚ Β 1233/2012).

⁹ Βλέπε τον επικαιροποιημένο κατάλογο συμμετοχών φαρμάκων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) – www.eof.gr

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2013

Επιπλέον των παραπάνω, οι ασθενείς συμμετέχουν με τη μορφή «εξετάστρου» ύψους 5 (πέντε) ευρώ ανά επίσκεψη σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και Κέντρα Υγείας. Απ' αυτό εξαιρούνται οι ασθενείς των κάτωθι περιπτώσεων:

1. Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει πληρώσει τα 5 ευρώ και κατόπιν παραπεμφθεί σε γιατρό άλλης ειδικότητας εντός της ίδιας ημέρας.
2. Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού.
3. Οι κάτοχοι βιβλιαρίων πρόνοιας ή πιστοποιητικών κοινωνικής προστασίας.
4. Οι χρόνιοι πάσχοντες (καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς, διαβητικοί κλπ.).
5. Οι πολιτικοί πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο αλλοδαποί.

Συγκριτικά με τα εξεταζόμενα συστήματα υγείας και τους εξεταζόμενους ασφαλιστικούς οργανισμούς προηγμένων χωρών, ο ΕΟΠΥΥ παραβλέπει συστήματα κατά κεφαλήν (capitation), ανά κατηγορία περιστατικού (per case) και βάσει της απόδοσης (pay for performance) αποζημίωσης. Συνεπώς, από άποψη προϋπολογισμού κόστους ελαχιστοποιούνται οι δυνατότητες του ΕΟΠΥΥ για συγκράτηση των δαπανών στη ΠΦΥ.

Ειδικότερα, η αντιμετώπιση των φαινομένων προκλητής ζήτησης προέρχεται από τον έλεγχο των γιατρών και δευτερευόντως από πολιτικές συνασφάλισης (συμμετοχής των ασθενών στο κόστος), με ποσοστά συμμετοχής που έχουν αυξηθεί την τελευταία διετία, και που αφενός εγείρουν αμφιβολίες αναφορικά με την αποτελεσματικότητά τους και αφετέρου συμβάλλουν στην ανάπτυξη εισοδηματικών ανισοτήτων.

Αξιζει να σημειωθεί, βέβαια, ότι ο ιδρυτικός Νόμος του οργανισμού προέβλεπε σύστημα capitation για την αποζημίωση των ανεξάρτητων (ελεύθερων επαγγελματιών) συμβεβλημένων ιατρών, πολιτική η οποία δεν επικροτήθηκε από το ιατρικό σώμα και τελικά ανακλήθηκε στην εφαρμογή της.

Συνοψίζοντας, προτείνεται στον οργανισμό η αναζήτηση βέλτιστων πρακτικών για την αποζημίωση των παρόχων ΠΦΥ. Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το συνδυαστικό σύστημα κατά πράξη και κατά κεφαλήν αποζημίωσης στην Ολλανδία, καθώς και το σύστημα αποζημίωσης βάσει της απόδοσης για τους Γάλλους γενικούς ιατρούς.

5.7 Έλεγχος και Ποιότητα

Ο έλεγχος εκ μέρους του οργανισμού εστιάζει κυρίως στην εξάλειψη φαινομένων υπερσυνταγογράφησης και υπερπαραγγελίας ιατρικών εξετάσεων. Βάσει του Ν. 3892/2010 (Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων) καθορίζεται το πλαίσιο δραστηριοποίησης των ιατρών, των φαρμακοποιών και των μονάδων υγείας ως εξής:

1. Υποχρεώσεις ιατρών ως προς την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (§3)

Οι γιατροί² υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ.) που διαχειρίζεται ο Φορέας «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Οι γιατροί, αφού προβούν στην ταυτοποίηση του ασθενούς με την επίδειξη βιβλιαρίου υγείας και τη χρήση του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ), καταχωρίζουν ηλεκτρονικά τη συνταγή και συγκεκριμένα καταχωρίζουν τη διάγνωση, τα φάρμακα ή/και τα παραπεμπτικά. Όσον αφορά τα φάρμακα καταχωρίζουν την ονομασία (εμπορική ονομασία ή δραστική ουσία), δοσολογία, περιεκτικότητα, ποσότητα των συνταγογραφημένων φαρμάκων, κατηγορία συνταγής και το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου.

Οι γιατροί επιλέγουν τη διάγνωση από τη λίστα κωδικοποιημένων διαγνώσεων ή εισάγουν ελεύθερο κείμενο περιγραφής της διάγνωσης και συνταγογραφούν φάρμακα από τον κατάλογο εγκεκριμένων από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και νομίμως κυκλοφορούντων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, κάνοντας χρήση των γενικών και ειδικών

² Οι γιατροί που έχουν σχέση εργασίας με οποιαδήποτε μορφή με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (εφεξής Φ.Κ.Α.), οι ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τους Φ.Κ.Α. και οι ιατροί που δεν ανήκουν στις ως άνω κατηγορίες αλλά έχουν δικαίωμα παροχής συνταγών και παραπεμπτικών σε ασφαλισμένους των Φ.Κ.Α., οι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων, των εξωτερικών ιατρείων και των κέντρων υγείας, οι αγροτικοί ιατροί, οι ειδικευόμενοι ιατροί και οι ιατροί των ιδιωτικών κλινικών δυναμικότητας κάτω των εξήντα (60) κλινών.

διατάξεων του τρόπου διάθεσης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που ισχύουν για τους Φ.Κ.Α. Στα παραπεμπτικά οι γιατροί καταχωρίζουν το είδος της πράξης ή της παρακλινικής εξέτασης που επιβάλλεται να εκτελεστεί. Όσον αφορά τα παραπεμπτικά ιατρικών πράξεων, οι ιατροί εισάγουν με ελεύθερο κείμενο την αιτία παραπομπής του ασφαλισμένου στο αντίστοιχο πεδίο (όπου κρίνεται απαραίτητο). Επίσης του δίνεται η δυνατότητα να επιλέξει τη διάγνωση χρησιμοποιώντας διεθνή πρότυπα κωδικοποιήσεων (ICD). Στη συνέχεια εισάγουν τις ιατρικές πράξεις από τον κατάλογο εγκεκριμένων πράξεων, από το Τιμολόγιο Ιατρικών Πράξεων και Εξετάσεων ή/και τον Κανονισμό Παροχών.

Η συνταγή ή το παραπεμπτικό που καταχωρίζεται ηλεκτρονικά περιέχει στοιχεία του ιατρού που τα καταχώρισε, την ημερομηνία καταχώρισης και τις ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους. Κάθε συνταγή ή παραπεμπτικό που καταχωρίζεται ηλεκτρονικά χαρακτηρίζεται από ένα μοναδικό κωδικό αριθμό, ο οποίος εμφανίζεται και με την μορφή γραμμωτού κώδικα (barcode).

Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρισης της συνταγής και του παραπεμπτικού, οι ιατροί εκτυπώνουν αντίγραφο της συνταγής ή του παραπεμπτικού που καταχωρίστηκε, υπογράφουν και το παραδίδουν στον ασθενή, ο οποίος το παραδίδει στον φαρμακοποιό ή στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας που θα εκτελέσει την εν λόγω συνταγή ή παραπεμπτικό αντίστοιχα.

Η εκτέλεση της συνταγής πραγματοποιείται μέσα σε πέντε (5) εργάσιμες ημέρες από την καταχώρισή της. Σε περίπτωση επαναλαμβανόμενης συνταγής η εκτέλεση αυτής κατά τα επόμενα στάδια μπορεί να πραγματοποιηθεί πέντε (5) ημέρες πριν και πέντε (5) ημέρες μετά τη συμπλήρωση του πρώτου και δεύτερου μήνα από την ημερομηνία έκδοσης της αρχικής συνταγής. Η εκτέλεση των παραπεμπτικών πραγματοποιείται σύμφωνα με τις προθεσμίες, οι οποίες προβλέπονται στον Κανονισμό του εκάστοτε Φ.Κ.Α.

2. Υποχρεώσεις φαρμακοποιών προς την εκτέλεση συνταγών που έχουν καταχωριστεί ηλεκτρονικά (§4)

Οι φαρμακοποιοί³ που συμβάλλονται, είτε ατομικά είτε συλλογικά, με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του Σ.Η.Σ.

³ Οι φαρμακοποιοί που λειτουργούν φαρμακείο και είναι συμβεβλημένοι με τους Φ.Κ.Α. και οι φαρμακοποιοί των δημόσιων νοσοκομείων.

Οι φαρμακοποιοί εισάγουν στην εφαρμογή τον κωδικό συνταγής που καταχωρίστηκε ηλεκτρονικά και στη συνέχεια αντιπαραβάλλουν τα στοιχεία του ασθενούς που εμφανίζονται στη συνταγή που καταχωρίστηκε με τα στοιχεία που αναγράφονται στο βιβλιάριο υγείας του ασθενούς.

Οι φαρμακοποιοί, αφού προβούν στην ταυτοποίηση του ασθενούς για τον οποίο έχει καταχωριστεί η ηλεκτρονική συνταγή, εισάγουν τα προς πώληση φάρμακα στην εφαρμογή εισάγοντας τους δύο (2) γραμμωτούς κώδικες που υπάρχουν στην ταινία γνησιότητας κάθε φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος. Μετά από την καταβολή της αναγραφόμενης συμμετοχής και την παράδοση των φαρμάκων οι φαρμακοποιοί καταχωρίζουν στην εφαρμογή τη συνταγή ως «εκτελεσμένη». Η καταχώριση περιλαμβάνει την ημερομηνία εκτέλεσης, τα στοιχεία των ιδιοσκευασμάτων που παραδόθηκαν στον ασθενή, συνοδευόμενα από τους αντίστοιχους γραμμωτούς κώδικες (barcodes) και το σχετικό κόστος (σύνολο και συμμετοχή).

Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρισης της εκτέλεσης της συνταγής οι φαρμακοποιοί εκτυπώνουν αντίγραφο της εκτελεσμένης συνταγής, στο οποίο επικολλούν τις ταινίες γνησιότητας των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που εκτελέστηκαν. Το αντίγραφο υπογράφεται από τον ασφαλισμένο ή αυτόν που παραλαμβάνει τα φάρμακα και οι φαρμακοποιοί υπογράφουν και σφραγίζουν τα αντίγραφα και τα αποστέλλουν στους οικείους Φ.Κ.Α. σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης η υποχρέωση αυτή μπορεί να καταργείται για έναν ή περισσότερους Φ.Κ.Α..

3. Υποχρεώσεις Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (§5)

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας⁴ δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών αυτών με τους Φ.Κ.Α. υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του Σ.Η.Σ.

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους εισάγουν στην εφαρμογή τον κωδικό παραπεμπτικού που

⁴ αα) οι συμβεβλημένοι ιδιωτικοί φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως περιγράφονται στο άρθρο 1 του π.δ. 84/2001 «Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την Ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)» (ΦΕΚ 70 Α'), όπως ισχύει, ββ) οι συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν τμήματα εκτέλεσης ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων, γγ) τα δημόσια νοσοκομεία καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία, τα ολόημερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών, δδ) τα κέντρα υγείας, εε) τα αγροτικά ιατρεία.

καταχωρίστηκε ηλεκτρονικά και στη συνέχεια αντιπαραβάλλουν τα στοιχεία του ασθενούς που εμφανίζονται στο παραπεμπτικό που καταχωρίστηκε με τα στοιχεία που αναγράφονται στο βιβλιário υγείας του ασθενούς.

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους αφού προβούν στην ταυτοποίηση του ασθενούς για τον οποίο έχει καταχωριστεί το παραπεμπτικό, εισάγουν τα στοιχεία του παραπεμπτικού αυτού. Μετά από την εκτέλεση της ιατρικής πράξης ή παρακλινικής εξέτασης που αναφέρεται στο παραπεμπτικό, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους καταχωρίζουν στην εφαρμογή το παραπεμπτικό αυτό ως «εκτελεσμένο». Η καταχώριση περιλαμβάνει την ημερομηνία εκτέλεσης, τα στοιχεία που απαιτούνται για την εκτέλεση του παραπεμπτικού και τα στοιχεία της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας που εκτέλεσε το παραπεμπτικό, καθώς και την ημερομηνία παραλαβής της έκθεσης αποτελεσμάτων των εξετάσεων από τον ασφαλισμένο ή αυτόν που παρέλαβε τα αποτελέσματα.

Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρισης του παραπεμπτικού οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους εκτυπώνουν αντίγραφο, το οποίο φυλάσσουν επί τριετία από την καταχώρισή του, σύμφωνα τις ειδικές προς τούτο ισχύουσες διατάξεις. Αν επιθυμεί ο ασφαλισμένος, η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας του χορηγεί αντίγραφο του εκτελεσμένου παραπεμπτικού.

5.8 Συμπεράσματα

Το 2011 συστήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ενοποιώντας τις παροχές υγείας από την πλειοψηφία των ασφαλισμένων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Τη μεγαλύτερη συμβολή στις συνολικές δαπάνες του Οργανισμού έχει το ΙΚΑ (ταμείο μισθωτών) και ακολουθεί ο ΟΓΑ (ταμείο αγροτών), ο ΟΠΑΔ (ταμείο δημοσίων υπαλλήλων) και ο ΟΑΕΕ (ταμείο ελεύθερων επαγγελματιών). Ανάλογη είναι και η συμβολή των προαναφερόμενων ταμείων στο συνολικό αριθμό ασφαλισμένων.

Σήμερα, ο ΕΟΠΥΥ εξυπηρετεί τουλάχιστον το 98% των ασφαλισμένων της χώρας, στην προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας να προωθήσει ένα μονοψωνιακό μοντέλο αγοράς. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει (σχεδόν) ένας μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας από τους διάφορους παρόχους.

Η ΠΦΥ παρέχεται σε ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ από πληθώρα επαγγελματιών και μονάδων υγείας, που συνδέονται συμβολαϊκά (contractual) με τον Οργανισμό. Βασικότεροι πάροχοι είναι:

- ♦ Τα εξωτερικά ιατρεία των κέντρων υγείας
- ♦ Τα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών, των ιδιωτικών, των στρατιωτικών και των πανεπιστημιακών νοσοκομείων
- ♦ Τα αγροτικά ιατρεία
- ♦ Τα περιφερειακά ιατρεία
- ♦ Τα πολυϊατρεία και ιατρεία του ΕΟΠΥΥ
- ♦ Οι συμβεβλημένοι ιατροί και λοιποί επαγγελματίες υγείας (φαρμακοποιοί, φυσικοθεραπευτές κλπ.).

Σε επίπεδο διάρθρωσης των παρόχων τα βασικότερα συμπεράσματα συνοψίζονται παρακάτω.

Ο αριθμός των γιατρών και των φαρμακοποιών είναι υπέρογκος στα αστικά κέντρα, αλλά και στο σύνολο της χώρας, ξεπερνώντας κατά πολύ τα αντίστοιχα μεγέθη σε δεδομένες αναλογίες πληθυσμού προηγμένων κρατών. Αντιδιαμετρικά αντίθετα αποτελέσματα προκύπτουν για τους νοσηλευτές του συστήματος.

Η γενική ιατρική δεν είναι δημοφιλής ειδικότητα στην Ελλάδα και συγχρόνως δεν παρέχονται κίνητρα δραστηριοποίησης σε αυτή (βλ. Γαλλία). Επιπλέον, ο γενικός ιατρός δεν είναι υποχρεωτικά η πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας. Συνεπώς, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και του gatekeeping εφαρμόζονται μόνο στη θεωρητική τους εκδοχή.

Γενικότερα, η ΠΦΥ προσανατολίζεται έντονα προς τους ειδικευμένους ιατρούς και των δημόσιων δομών, και σε πολλές φορές των δευτεροβάθμιων, του συστήματος υγείας.

Σε χρηματοδοτικό επίπεδο, οι πόροι του ΕΟΠΥΥ προέρχονται από την κοινωνική ασφάλιση και από κρατικές επιχορηγήσεις. Τα στοιχεία του 2012 δείχνουν ότι ο Οργανισμός υπο-χρηματοδοτείται με αποτέλεσμα να λειτουργεί με ελλείμματα. Σ' αυτό συμβάλλει και η αδυναμία αποτροπής των ασθενών από την περισσότερο δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα προκύπτοντα χρηματοδοτικά κενά μετακυλίσονται στους παρόχους, συνήθως υπό τη μορφή καθυστέρησης στην καταβολή των δεδουλευμένων αποζημιώσεων.

Αναφορικά με τη μορφή αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ, ο ΕΟΠΥΥ εφαρμόζει τα απλούστερης μορφής συστήματα συγκριτικά με προηγμένα κράτη. Δηλαδή, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι συμβεβλημένες μονάδες αποζημιώνονται κατά πράξη (fee-for-service), βάσει Κρατικού Τιμολογίου, ενώ οι μισθωτοί των κρατικών δομών με μηνιαίο μισθό. Με άλλα λόγια, απουσιάζουν παντελώς το σύστημα κατά κεφαλήν αποζημίωσης (capitation), που εφαρμόζονται κατά κόρον στους οικογενειακούς για-

τρούς της Ευρώπης, το σύστημα των κλειστών προϋπολογισμών (global budgets), που είχε εφαρμογή στους general practitioners της Βρετανίας, το σύστημα αποζημίωσης βάσει της απόδοσης (pay-for-performance), που φαίνεται να έχει καλές προοπτικές στη Γαλλία, καθώς και το σύστημα αποζημίωσης βάσει του κόστους ανά περιστατικό (cost-per-case), το οποίο έχει ήδη εφαρμογή στην Ελληνική δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια). Γενικά, η επιλογή της κατά πράξη αποζημίωσης σε συνδυασμό με τη μεγάλη αναλογία ειδικευμένων ιατρών, φαρμακοποιών και διαγνωστικών κέντρων δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη προκλητής ζήτησης σε επίπεδο συνταγογράφησης, αλλά και παραγγελίας εργαστηριακών εξετάσεων.

Άλλο ένα χαρακτηριστικό της λειτουργίας του Οργανισμού είναι η συν-ασφάλιση (co-insurance), υπό την έννοια ότι οι ασφαλισμένοι συμμετέχουν στο κόστος των φαρμάκων, της περίθαλψης, των εξετάσεων και των επισκέψεων σε παρόχους. Η συμμετοχή λαμβάνει τη μορφή είτε ποσοστού στη συνολική δαπάνη είτε σταθερού χρηματικού ποσού. Μάλιστα τα ποσοστά (ή ποσά) συν-ασφάλισης αυξάνονται σταδιακά, σε επίπεδα που αναδύονται ζητήματα εισοδηματικών ανισοτήτων. Συνοπτικά, δημιουργείται η αίσθηση ότι η συμμετοχή των ασθενών είναι το μοναδικό εργαλείο για τη συγκράτηση των δαπανών για την υγεία, στην προσπάθεια να διαφυλαχτούν τα συμφέροντα των επαγγελματιών του κλάδου, οι οποίοι σε αρκετές περιπτώσεις ενεργούν συντεχνιακά. Τελευταία, κι αυτοί συμμετέχουν με οριζόντιες περικοπές τύπου «rebate».

Σε επίπεδο ελέγχου, οι προσπάθειες του Οργανισμού επικεντρώνονται στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και της ηλεκτρονικής έκδοσης παραπεμπτικών μέσω ενός πληροφοριακού συστήματος που διασυνδέει ιατρούς-φαρμακοποιούς-μονάδες (ΗΛΙΚΑ). Ωστόσο, πρωτόκολλα διασφάλισης της ποιότητας και μετρήσεις δεικτών ποιότητας δε φαίνεται να έχουν μέχρι στιγμής εφαρμογή.

5.9 Πρόταση

Οι προτάσεις βελτίωσης για τον ΕΟΠΥΥ, που προκύπτουν ως τώρα από την προηγούμενη μελέτη έχουν ως εξής:

- ♦ Σωστός προϋπολογισμός εσόδων με ενιαίο ποσοστό και τρόπο συλλογής εισφορών των (4+) Ασφαλιστικών Ταμείων από τον ΕΟΠΥΥ (με ενιαίο τρόπο και χρόνο μεταβίβασής της από 1/1/14, δηλαδή ο Ιανουάριος το Φεβρουάριο, κ.ο.κ.), και κατανομή ανά περιφέρεια κ.λπ.
- ♦ Σωστός (κλειστός ανά γεωγραφική περιοχή και βαθμίδα περίθαλψης)

προϋπολογισμός εξόδων, με πιθανή εξαίρεση πληρωμών των παροχών σε χρήμα (ή/και μέρους των παροχών σε είδος) από τον ΕΟΠΥΥ (παραμένουν της ΦΚΑ), ιδιαίτερα αν δεν επαναπροσδιορισθούν οι εισφορές,

- ♦ Ενιαίος αποτελεσματικός κανονισμός παροχών ΕΟΠΥΥ, που θα συνοδεύεται και από την ένταξη προσωπικού των (4+) Ασφαλιστικών Ταμείων στον ΕΟΠΥΥ, και την αποσαφήνιση των εργασιακών σχέσεων (και των μεθόδων αποζημίωσης) όλων των γιατρών (ιδιαίτερα στην ΠΦΥ).
- ♦ Εφαρμογή συστήματος αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ που θα ευνοεί τον έλεγχο εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας και θα εξαλείφει τις αποκλίσεις στον προϋπολογισμό του οργανισμού.

5.10 Βιβλιογραφία

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), (2012), *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)*, Αθήνα.

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας - <http://www.eopyy.gov.gr>

Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων - <http://www.eof.gr>

Ελληνική Στατιστική Αρχή - <http://www.statistics.gr>

Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων - <http://ggka.citron.gr>

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, (2009), *Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Ετήσια Έκθεση 2009, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - <http://www.moh.gov.gr/>
N. 3892/2010

N. 3918/2011

ΦΕΚ Β 3054/2012 - Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας

ΦΕΚ Β 1233/2012 - Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΠΦΥ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ που προηγήθηκαν, τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της μελέτης αυτής του νέου έργου ήταν:

- A. Να ολοκληρωθεί η συγκριτική ανάλυση των 6 συστημάτων υγείας (Αγγλία, Σουηδία, Ισπανία, Γερμανία, Ολλανδία, ΗΠΑ), από όπου προκύπτουν και αναλυτικές προτάσεις σχετικές με το έργο και τον ΕΟΠΥΥ, με συντονιστές τους Ν. Πολύζο, Αναπλ. Καθηγητή Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης (ΤΚΔΠΕ) του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (ΔΠΘ) και Μ. Θεοδώρου, Αναπλ. Καθηγητή Ανοικτού Παν/μίου Κύπρου (ΑΠΚ) και ευθύνη μελέτης (υποκεφαλαίων) των επιστημονικών συνεργατών από ΔΠΘ.
- B. Να ολοκληρωθεί η συγκριτική ανάλυση των 4 οργανισμών ασφάλισης υγείας (ΑΟΚ - Γερμανία, UNCAM - Γαλλία, Kaiser Permanenete - ΗΠΑ, FANIF-Αυστρία) από όπου προκύπτουν και αναλυτικές προτάσεις σχετικές με το έργο και τον ΕΟΠΥΥ, με συντονιστές τους Ν. Πολύζο και Α. Καστανιώτη, Επίκ. Καθηγήτρια ΤΔΜΥΠ του ΤΕΙ Πελοποννήσου, και ευθύνη μελέτης (υποκεφαλαίων) επιστημονικών συνεργατών.
- Γ. Να ποσοτικοποιηθούν όλα τα σχετικά με την ανάλυση, μεγέθη της ΠΦΥ και του ΕΟΠΥΥ, αλλά και η πρόταση για αυτά που έχει εξειδικευθεί, με συντονιστές τους Ν. Πολύζο, καθώς και τους Ε. Θηραίο, γενικό γιατρό ΕΣΥ, και Σ. Καρακόλια, υποψήφιου διδάκτορα ΤΚΔΠΕ του ΔΠΘ, αντίστοιχα,
- Δ. Να διερευνηθεί και τεκμηριωθεί πρόταση για το νέο σύστημα αποζημιώσεων όλων των παρόχων ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ με υπεύθυνο μελέτης - συγγραφής το Ν. Πολύζο και επιμέρους βοήθεια στη διαμόρφωση από τους ανωτέρω αναφερόμενους συν-συντονιστές (πλέον Α. Μαρά, μεταπτυχιακής αποφοίτου ΤΚΔ του ΔΠΘ και Χ. Κακαρά, νομικού).

Συμπληρωματικά, θα πρέπει να τονισθεί η επικαιρότητα της παρούσας επιστημονικής έρευνας – μελέτης, εξαιτίας της πρόσφατης δημοσιονομικής κρίσης, της οποίας οι επιπτώσεις στην κοινωνική και την οικονομική ζωή αναδεικνύουν τα προβλήματα της υγειονομικής περιθαλψης και τις αναγκαίες προτεραιότητες στις πολιτικές υγείας, ιδιαίτερα για το νεοσύστατο και με πολλά προβλήματα ΕΟΠΥΥ, που καλείται από 1/1/14 να διαχειρισθεί το σύνολο της δημόσιας και κοινωνικής χρηματοδότησης στην υγεία. Ο διεθνής οικονομικός έλεγχος υπό τον οποίο έχει περιέλθει η χώρα, προβλέπει σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης στην υγεία (η οποία σημειωτέον είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, ως ποσοστό του ΑΕΠ, κάτω από 6%). Στο πλαίσιο αυτό κρίνονται αναγκαίες μείζονες παρεμβάσεις διαρθρωτικού χαρακτήρα προς την κατεύθυνση:

- ♦ του επαναπροσδιορισμού και της εναρμόνισης της δέσμης ασφαλιστικής κάλυψης,
- ♦ του ελέγχου της προσφοράς στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, ιδιαίτερα της νοσοκομειακής περιθαλψης και υψηλού κόστους βιοϊατρικής τεχνολογίας,
- ♦ της υποκατάστασης υπηρεσιών νοσοκομειακής περιθαλψης με υπηρεσίες ΠΦΥ,

και με απαραίτητες προϋποθέσεις, υπό την εποπτεία του ΕΟΠΥΥ και με στόχους την ποιότητα-προσβασιμότητα, αλλά και τον έλεγχο της δαπάνης - τον περιορισμό του κόστους με:

- ♦ τη θέσπιση ενιαίων κανόνων μεταξύ των προμηθευτών (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) και τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών,
- ♦ την ενίσχυση της διαπραγματευτικής θέσης της ασφάλισης υγείας για την επίτευξη χαμηλότερων τιμών και υψηλότερης αποδοτικότητας της δαπάνης ασφαλιστικής κάλυψης.

Επιπρόσθετα, αναμένεται σημαντικός περιορισμός της ιδιωτικής δαπάνης για αγαθά και υπηρεσίες υγείας (>15% το 2011 και >30% το 2012, όταν προ της κρίσης αντιστοιχούσε σε άνω του 40% της συνολικής δαπάνης υγείας), που μεταφράζεται σε μείωση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα και υποκατάστασή τους από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, κυρίως της νοσοκομειακής περιθαλψης, με αύξηση των εισαγωγών στο 20% το 2012 (σε σχέση με το 2010), και δευτερευόντως της εξωνοσοκομειακής περιθαλψης.

Τέλος, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η διάσταση και το μέγεθος της επίδρασης του φαινομένου της υποκατάστασης δύναται να αποτυπωθεί από τη διαφορά του μέσου κόστους περίπτωσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία υπολογίζεται σε άνω των 30 € (με 5 περίπου επισκέψεις κατά κεφαλήν ετησίως) και του μέσου κόστους περίπτωσης σε ένα δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα, η οποία ανέρχεται σε πλέον των 2.200 € (στοιχεία ΕΣΔΥ και Esy.net, 2012). Και τα δυο έχουν μειωθεί σημαντικά με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτό πια να επιδιώκεται μεγαλύτερη αποδοτικότητα του συστήματος, χωρίς τη τεκμαιρόμενη αποτελεσματικότητα. Μέλη της Επιστημονικής ομάδας έχουν διερευνήσει και δημοσιεύσει σχετικά για το δεύτερο (*Polyzos N., Karanikas H., Thireos E., Kastanioti C., Kontodimopoulos N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. Health Policy 2013;109(1):14-22*), ενώ τώρα σκοπεύουν να πράξουν ανάλογα για το πρώτο.

6.1 Πρόταση Χρηματοδότησης ΕΟΠΥΥ

6.1.1 Κάλυψη/ασφάλιση-εισφορές-επιχορηγήσεις ΕΟΠΥΥ ετησίως

Όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο 5 του παρόντος, ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από τη συνένωση των Κλάδων Υγείας των βασικότερων ασφαλιστικών Ταμείων και αναμένεται στο άμεσο μέλλον να εξακολουθήσει να καλύπτει πάνω από το 98% των ασφαλισμένων της χώρας. Παρά την αυξανόμενη ανεργία και το φαινόμενο της «μαύρης» εργασίας, ο αριθμός των ασφαλισμένων προϋπολογίζεται να παραμείνει σταθερός σε σχέση με το 2012 (περίπου 11 εκατομμύρια **εκ των οποίων υπολογίζεται το 1/3 περίπου σε άμεσα ασφαλισμένους και τα 2/3 σε έμμεσα ασφαλισμένους**). Ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να απογράψει με προσοχή όλους τους ασφαλισμένους για να ξεκαθαριστεί το θέμα των κάθε είδους ανασφάλιστων.

Ο προϋπολογισμός των εσόδων του οργανισμού για το 2013 (μετά την επιβολή των μέτρων του «μεσοπρόθεσμου» προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής) παρουσιάζεται στον πίνακα 6.1. Τα έσοδα του ΕΟΠΥΥ για το τρέχον έτος προϋπολογίζονται στα 6,2 δις ευρώ, το μεγαλύτερο μέρος των οποίων προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές (70%) και την κρατική επιχορήγηση (18%). Συμπληρωματικοί πόροι για τον οργανισμό αποτελούν οι πρόσοδοι περιουσίας και κεφαλαίων (0,9%), τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε τρίτους (6%), τα έσοδα από το rebate με τα φαρμακεία και τις φαρμακευτικές εταιρίες (4%), κοινωνικοί πόροι υπέρ ΦΚΑ (0,1%) και λοιποί πόροι (1%).

Πίνακας 6.1: Πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (προϋπολογισμός 2013)

Άμεσα ασφαλισμένοι (σε εκ.)	3,6	
Έμμεσα ασφαλισμένοι (σε εκ.)	7,2	
Σύνολο (σε εκ.)	10,8	
Εισροές (σε εκ. ευρώ)		% του συνόλου
Ετήσιες εισφορές	4.355	70,30%
Κοινωνικοί πόροι	3	0,05%
Κρατική επιχορήγηση	1.108	17,89%
Απόδοση περιουσιακών στοιχείων	53	0,86%
Έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε τρίτους	364	5,88%
Rebate	250	4,04%
Λοιπά έσοδα ¹	62	1,00%
Σύνολο εισροών	6.195	100,00%

¹ Περιλαμβάνονται 50 εκ. ευρώ επιχορήγηση από το ΝΑΤ

Πηγή: ΕΟΠΥΥ, 2013

Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη και το φαινόμενο της εισφοροδιαφυγής (μερικής ή ολικής), που υπολογίζεται περίπου στο 20% των ετήσιων ασφαλιστικών εισφορών (περίπου 800 εκ. ευρώ) που συνεπάγεται μειωμένη καθαρή πρόσοδο για τον οργανισμό. Το φαινόμενο αυτό θέτει τις βάσεις για τη δημιουργία χρηματοδοτικών κενών, που πρέπει να καλυφθούν από πρόσθετους οικονομικούς πόρους. Συνεπώς, αναζητούνται πόροι από την εισφοροδιαφυγή ή αντί αυτής για να ξεπεραστούν τα 7 δις, αλλά και πρόσθετοι πόροι για να πλησιάσουν τα 8 δις ευρώ (πλέον του 1 δις για αναλογία νοσηλίων στα δημόσια νοσοκομεία από το σημερινό σύνολο 2 δις για την κάλυψη λειτουργικών τους εξόδων, ή πλέον 3 δις, και συνολικά 5 δις αν ληφθεί υπόψη κι η μισθοδοσία τους).

Πιο αναλυτικά, στα ανωτέρω πρέπει να προστεθούν οι επιχορηγήσεις για δαπάνες μισθοδοσίας 3,3 δις ευρώ και λειτουργικές δαπάνες 1,1 δις ευρώ (σύνολο 4,4 δις ευρώ ή πλέον 2% του ΑΕΠ) για τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ. Συνεπώς, ο ΕΟΠΥΥ πρέπει θεωρητικά (και πρακτικά από 1/1/2014) να διαχειρισθεί δημόσιες δαπάνες υγείας πλησίον των 11 δις ευρώ για περίπου 11 εκ. ασφαλισμένους.

Το πρώτο ερώτημα, λοιπόν είναι, αν ο ΕΟΠΥΥ ως μονοψώνιο θα συγκεντρώσει άμεσα 7 ή 8 ή 9 ή 10 ή 11 δις (το τελευταίο για όλες τις δημόσιες δαπάνες υγείας που περιορίστηκαν σε κάτω από 6 % του ΑΕΠ). Το δεύτερο ερώτημα είναι, αν μπορεί να διατηρηθεί στο μέλλον ένας τέτοιος οργανισμός όταν:

1. Η χρηματοδότηση του (θα) είναι στη μειοψηφία από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (40%+), που στη καλύτερη περίπτωση είναι σήμερα στο 7,5% περίπου επί των αμοιβών των απασχολουμένων, με ανεργία - που πλησιάζει το 30% - και ύφεση ή χαμηλό ρυθμό ανάπτυξης βραχυπρόθεσμα, και στην πλειοψηφία του από τη φορολογία (60%-) μέσω επιχορηγήσεων του ΕΟΠΥΥ ή/και του ΕΣΥ, που δύσκολα διατηρείται,
2. Η κάλυψη των παροχών του ελληνικού πληθυσμού κατά κεφαλή από ΕΟΠΥΥ δύναται το μέγιστο σήμερα να είναι 1.000 ευρώ κατά κεφαλή, ενώ το 2009 ήταν (κοινωνική ασφάλιση και επιχορηγήσεις) 1.500 ευρώ περίπου και στις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και του ΟΟΣΑ υπερβαίνουν τις 2.000 ευρώ,
3. Συνεπώς, η πρόσθετη αναλογική ή εισοδηματική ή ειδική άμεση ή έμμεση φορολογία, η πιθανή συνασφάλιση (ή πρόσθετη ασφάλιση) και οι συν-πληρωμές (co-payments) θα πρέπει συνδυαστικά να εξετασθούν τι μπορεί και τι πρέπει να αποδώσουν, χωρίς να χαθεί ο κοινωνικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας, που έτσι κι αλλιώς αλλιώθηκε, όχι τόσο πρόσφατα, αλλά κυρίως τις προηγούμενες δυο 10ετίες.

Στην κατεύθυνση αυτή μπορούν να επιλεγούν και διάφοροι άλλοι τρόποι χρηματοδότησης του συστήματος, όπως η μεταφορά πόρων μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και η αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών ή η αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από τα έσοδα που προέρχονται από τον ΦΠΑ. Η ειδική φορολόγηση προϊόντων (earmarked taxes) με αποδεδειγμένη αρνητική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού, εκτός των άμεσων οικονομικών αποτελεσμάτων, συμβάλει επίσης στη μείωση της ζήτησης και συνεπώς της κατανάλωσης βλαπτικών για την υγεία προϊόντων και ως εκ τούτου στη μείωση της επίδρασής τους στο φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας, ώστε να δημιουργούνται κλινικά και οικονομικά οφέλη.

Έτσι, μπορεί να εξετασθεί η αύξηση του φόρου στον καπνό, τα οινοπνευματώδη ποτά, τα αναψυκτικά με υψηλή συγκέντρωση σακχάρου και στα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε άλας και κορεσμένα λιπαρά (με καλά αποτελέσματα από την εφαρμογή τους σε άλλες χώρες).

- ♦ η αναπροσαρμογή της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος και διαμόρφωσή της αναλόγως του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογα της ανάγκης,
- ♦ η εξίμηση κάλυψης (deductible) με βάση εισοδηματικά κριτήρια, όπου τα άτομα τα οποία εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή καλούνται να καλύπτουν τα έξοδα των υπηρεσιών υγείας, τα οποία καταναλώ-

νουν, έως ενός προκαθορισμένου χρηματικού ορίου, πριν ενεργοποιηθεί το ασφαλιστικό τους δικαίωμα.

Η ανασκόπηση των επιμέρους τεσσάρων οργανισμών-ταμείων υγείας, τριών Ευρωπαϊκών και ενός Αμερικάνικου, αλλά και των έξι συστημάτων υγείας (πέντε Ευρωπαϊκών και των ΗΠΑ), επιτρέπει την ανάδειξη των πιο επιτυχημένων πρακτικών που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την αποτελεσματικότερη χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ.

Αναλυτικότερα, η χρηματοδότηση των μελετώμενων οργανισμών στη Γερμανία, Γαλλία και Αυστρία πραγματοποιείται κυρίως από τις υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές υγείας των εργαζομένων και των εργοδοτών σε ποσοστό επί των αποδοχών των εργαζομένων που κυμαίνεται από 15% στη Γερμανία, 13% στη Γαλλία, έως και λίγο κάτω από 10% στην Αυστρία. Οι πόροι αυτοί εισπράττονται από τους ανάλογους του ΕΟΠΥΥ οργανισμούς (ΑΟΚ, UNCAM, Austrian Federation..., αντίστοιχα).

Το Γερμανικό σύστημα υγείας ανήκει σε εκείνα τα συστήματα της κοινωνικής ασφάλισης, όπου κυρίαρχο ρόλο στην ασφάλιση και παροχή έχουν τα ταμεία υγείας, ενώ σημαντικό ρόλο έχουν και οι ενώσεις των γιατρών (μοντέλο Bismarck ή κορπορατιστικό μοντέλο). Είναι καθολικής κάλυψης και με χρηματοδότηση κυρίως από εισφορές. Η χρηματοδότηση γίνεται μέσα από μια αλληλουχία οργανισμών και διαδικασιών που ξεκινούν από το Κεντρικό Ταμείο Υγείας προς τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία, τις ενώσεις των γιατρών στη συνέχεια και τους ίδιους τους γιατρούς ατομικά. Η όλη διαδικασία, αλλά και τα επιμέρους κίνητρα, στόχοι, εργαλεία και τεχνικές χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών, πράγματι αποτελούν μια ενδιαφέρουσα περιοχή για τον ΕΟΠΥΥ.

Επιπρόσθετα, η ύπαρξη μιας ασφαλιστικής εισφοράς που να συνδέεται με το εισόδημα από μισθωτή εργασία και μια δεύτερη εισφορά που υπολογίζεται επί του συνόλου των εισοδημάτων, όπως ισχύει στην Ολλανδία, θα μπορούσε να εξετασθεί ως εναλλακτική-συμπληρωματική πηγή εσόδων.

Συμπληρωματική, αλλά σημαντική πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, διεθνώς, φαίνεται πως αποτελεί, κυρίως τα τελευταία χρόνια, η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος, η οποία εξαπλώνεται σε περισσότερες υπηρεσίες υγείας και αυξάνεται ποσοτικά. Αναλυτικότερα, παρατηρείται συμμετοχή των ασθενών στο κόστος (co-payments) σε ποσοστό που κυμαίνεται από 5 ευρώ για τη φαρμακευτική περίθαλψη έως 20% για τη φαρμακευτική περίθαλψη και για ορθοδοντική θεραπεία στο Γερμανικό μοντέλο, και 25% για τις ιατρικές πράξεις έως 60% στη φαρμακευτική περίθαλψη στον οργανισμό UNCAM στη Γαλλία.

Στην Ελλάδα οι ετήσιες ασφαλιστικές εισφορές ανέρχονται σε 7,65% των αποδοχών για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τους ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ, 2,55% για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ (δεν υπάρχουν εισφορές εργοδότη που τις καλύπτει με επιχορήγηση το κράτος) και 92,79 – 129,91 ευρώ (ο μ.ό. εκτιμάται σε 100+ ευρώ, ήτοι 7,65% επί αποδοχών 1.300 ευρώ το μήνα) για τους ασφαλισμένους του ΟΑΕΕ (ανάλογα με την κατηγορία ασφαλισμένου).

Συμπερασματικά, από τη μελέτη των διεθνών οργανισμών προτείνεται για τον ΕΟΠΥΥ το μοντέλο χρηματοδότησης με ενιαίες εισφορές (π.χ. τύπου ΙΚΑ), που θα εισπράττονται **άμεσα από τον ΕΟΠΥΥ** ή θα **συλλέγονται από τα ασφαλιστικά ταμεία και θα μεταφέρονται άμεσα στον ΕΟΠΥΥ**, π.χ. σε μηνιαία online διαδικασία, και θα συμπληρώνονται από τη θεσμοθετημένη συμμετοχή του Κράτους και τις επιχορηγήσεις από τη γενική φορολογία, που δίδονται κυρίως στο ΕΣΥ. Έτσι θα συμπληρώνεται το συνολικό ελάχιστο αναγκαίο ποσό για τον ΕΟΠΥΥ (πλησίον των 8 δις ευρώ χωρίς τη μισθοδοσία του ΕΣΥ ή πλησίον των 11 δις ευρώ με τη μισθοδοσία του ΕΣΥ), που θα έχει σφαιρικούς προϋπολογισμούς ανά υγειονομική περιφέρεια, για όλες τις βαθμίδες περίθαλψης π.χ. τη νοσοκομειακή περίθαλψη (3,3 δις δημόσια και ιδιωτικά νοσήλια + 3,2 δις μισθοδοσία δημόσιων νοσοκομείων), την εξω-νοσοκομειακή (1 και πλέον δις), το φάρμακο (2 δις) και τα λοιπά (έως 1 δις). Το εναπομείναν 0,5 δις ευρώ δύναται να ανακατανεμηθεί με έμφαση την ΠΦΥ και τους ανασφάλιστους. Ωστόσο, από τον προϋπολογισμό των εξόδων της επόμενης παραγράφου προκύπτει ότι για την απρόσκοπτη χρηματοδοτική λειτουργία του οργανισμού απαιτούνται και πρόσθετοι οικονομικοί πόροι (πιθανή μετατροπή εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, σε έσοδα από φορολογία, θα ενισχύσει τις υπάρχουσες ανισότητες, εκτός αν αλλάξει ριζικά το φορολογικό σύστημα ή δημιουργηθεί μέσω εθνικής ασφάλισης υγείας).

Προτάσεις

1. Η εξασφάλιση όλων των πόρων από την κοινωνική ασφάλιση (υγείας) και τη φορολογία (κάθε είδους επιχορηγήσεις προς ΕΟΠΥΥ ή/και ΕΣΥ) και η ενιαία διαχείρισή τους από τον ΕΟΠΥΥ (κι όχι από τα ασφαλιστικά ταμεία ή τα νοσοκομεία αντιστοίχως), που εκτιμώνται σε πλέον των 10 δις ευρώ.
2. Η αυστηρότερη αντιμετώπιση της εισφοροδιαφυγής με επιβολή υψηλότερων προστίμων στους παραβάτες, και κυρίως η ενιαία διαχείρισή τους από τον ΕΟΠΥΥ (κι όχι από τα ασφαλιστικά ταμεία), που εκτιμώνται σε άνω των 0,5 δις ευρώ.
3. Η εξέταση μικρής προσαύξησης των ασφαλιστικών εισφορών των

ασφαλισμένων (αναλογικά με τα εισοδήματα) του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και του ΟΠΑΔ στο 8,1% των ετήσιων αποδοχών τους (+0,30% εργοδότη και +0,15% ασφαλισμένου), στον ΟΓΑ 2,7%, στον ΟΑΕΕ και στα υπόλοιπα ταμεία που συμμετέχουν στον ΕΟΠΥΥ αναλογικά προς τα ανωτέρω. Αυτό θα έχει ως συνέπεια επιπρόσθετα έσοδα της τάξης των 200 εκ. ευρώ. Με σκοπό το ανωτέρω πρόσθετο ποσοστό των ασφαλιστρών να παραμείνει στα Ταμεία, ως αμοιβή για τη συλλογή των εισφορών, μπορούν να επιλεγούν, εναλλακτικά, διάφοροι τρόποι χρηματοδότησης του συστήματος εξαιτίας της σημαντικής πτώσης των αμοιβών και πιθανής μετακύλισης στο κόστος παραγωγής, όπως η αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από τα έσοδα που προέρχονται από τον ΦΠΑ, κ.ά.

4. Η ειδική φορολόγηση προϊόντων (earmarked taxes) με αποδεδειγμένη αρνητική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού, εκτός των άμεσων οικονομικών αποτελεσμάτων, συμβάλει επίσης στη μείωση της ζήτησης και συνεπώς της κατανάλωσης βλαπτικών για την υγεία προϊόντων και ως εκ τούτου στη μείωση της επίδρασής τους στο φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας, ώστε να δημιουργούνται κλινικά και οικονομικά οφέλη. Έτσι, μπορεί να εξετασθεί η αύξηση του φόρου στον καπνό, τα οινοπνευματώδη ποτά, τα αναψυκτικά με υψηλή συγκέντρωση σακχάρου και στα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε άλας και κορεσμένα λιπαρά (με καλά αποτελέσματα από την εφαρμογή τους σε άλλες χώρες). Στόχος είναι η διασφάλιση επιπρόσθετων πόρων έως 300 εκ. ευρώ για τη συμπλήρωση των 11 δις ευρώ (ελάχιστος στόχος ΕΟΠΥΥ), και κυρίως για τη **χρηματοδότηση της περίθαλψης των άπορων ή ανασφάλιστων Ελλήνων**, που στο ΕΣΥ κοστίζει τουλάχιστον το ½ του ανωτέρω ποσού (150 εκ. ευρώ για άπορους, ανασφάλιστους που δεν πληρώνουν, οικονομικούς μετανάστες, κ.λπ.).
5. Επιπρόσθετα μέτρα (αλλά στον τομέα της προσφοράς) που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και είναι πέρα από τους σκοπούς της παρούσας μελέτης-έρευνας αποτελούν:
 - ♦ η αναπροσαρμογή της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος και διαμόρφωσή της αναλόγως του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογα της ανάγκης,
 - ♦ η εξαιρέση κάλυψης (deductible) με βάση εισοδηματικά κριτήρια, όπου τα άτομα τα οποία εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή καλύπτουν τα έξοδα των υπηρεσιών υγείας, τα οποία καταναλώνουν, έως ενός προκαθορισμένου χρηματικού ορίου, πριν ενεργοποιηθεί το ασφαλιστικό τους δικαίωμα.

Σύμφωνα με την προηγούμενη μελέτη, τα έσοδα του ΕΟΠΥΥ για το 2014 προϋπολογίζονται περίπου στα (8 ή) 11 δις ευρώ (με τη μισθοδοσία του ΕΣΥ), το μεγαλύτερο μέρος των οποίων προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές (περίπου 44%) και την κάθε είδους κρατική επιχορήγηση (περίπου 50%). Συμπληρωματικοί πόροι για τον οργανισμό αποτελούν οι πρόσοδοι περιουσίας και κεφαλαίων (1%), τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε τρίτους (3%) και τα έσοδα από το rebate, με τα φαρμακεία και τις φαρμακευτικές εταιρίες (2%), περίπου (βλ. πίνακα 6.2), που πρέπει όλα να εξετασθούν.

Ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να λειτουργήσει πρώτιστα ως Οργανισμός Κοινωνικής και Δημόσιας Ασφάλισης Παροχών Υγείας (ΟΚΔΑΠΥ), που θα συγκεντρώνει τη (δημόσια) χρηματοδότηση και θα λειτουργεί ως μονοψώνιο, μετατρέπόμενος από πάροχος σε συμβεβλημένος οργανισμός (*contractual agency*) με:

- α. τις απαιτούμενες «καλύτερες» μονάδες του ΕΣΥ (με τις οποίες θα συγχωνευθούν οι «χειρότερες») μέσω ΥΠε, και
- β. τις απαιτούμενες «καλύτερες» μονάδες του ιδιωτικού τομέα (όχι όλες), μέσω των συλλόγων τους,
- γ. με ποσοτικά και ποιοτικά κριτήρια για όλους.

Πίνακας 6.2: Πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (Προτάσεις για το 2014)

Άμεσα ασφαλισμένοι (σε εκ.)	3,5	
Έρμεσα ασφαλισμένοι (σε εκ.)	7,3	
Σύνολο (σε εκ.)	10,80	
Εισροές (σε εκ. ευρώ)		% του συνόλου
Ετήσιες εισφορές		
▪ Εργοδότες	2.900	26,3
▪ Ασφαλισμένοι	1.450	13,1
Κρατική επιχορήγηση (για νοσήλια, εξετάσεις, λειτουργικά, κ.λπ.)	2.200	20,0
Κρατική επιχορήγηση (ανάλογη μισθοδοσίας ΕΣΥ)	3.200	29,1
Πρόσοδοι περιουσίας κ.λπ.	0,110	1,0
Έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε τρίτους	0,360	3,2
Rebate φαρμακευτικών	0,200	1,8
Σύνολο εισροών	10.400	94,5
Εισφοροδιαφυγή (ή άλλα προταθέντα μέτρα)	0,600	5,5
Σύνολο καθαρών εισροών	11.000	100

6.1.2 Δαπάνες ΕΟΠΥΥ με έμφαση στους Παρόχους-Παροχές ΠΦΥ

Στα κεφάλαια 2 και 3 παρουσιάσθηκαν προτάσεις για το παρόν κεφάλαιο που θα αξιοποιηθούν. Ο κλασικός, παραδοσιακός ρόλος του οικογενειακού γιατρού ως solo gatekeeper του συστήματος υπάρχει αλλά αποδυναμώνεται, με τη λειτουργία πλέον όχι μόνο των group practices στις ομάδες ΠΦΥ, αλλά και το μεγαλύτερο ρόλο των γιατρών ειδικοτήτων που καλύπτουν μεγάλο μέρος της εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Ισπανία, Μ. Βρετανία, Γερμανία). Ωστόσο, οι οικογενειακοί γιατροί θα πρέπει να εξακολουθήσουν να έχουν σημαντικό ρόλο στον ΕΟΠΥΥ, όπως συμβαίνει σε όλα τα οργανωμένα συστήματα υγείας στην Ευρώπη, αφού αποδεδειγμένα κοστίζουν λιγότερο, χρησιμοποιούν ιατρική τεχνολογία χαμηλού κόστους και ασκούν έλεγχο στη χρήση υπηρεσιών υγείας και εξειδικευμένων γιατρών ή νοσοκομείων, ελέγχοντας τις ροές των ασθενών προς τους παρόχους-διανομείς των υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας, κατ' αυτόν τον τρόπο, και το συνολικό κόστος της υγείας.

Στο κεφάλαιο 4 τονίστηκαν οι διαρθρωτικές αδυναμίες στην ΠΦΥ, που σχετίζονται αφενός με την ελευθερία των ασφαλισμένων να επιλέγουν τον πάροχο και αφετέρου με το μειωμένο ρόλο των οικογενειακών ιατρών, συνθήκες που ευνοούν (και οι δυο) τη στροφή των ασφαλισμένων προς την περισσότερο δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη. Στο κεφάλαιο 5 παρουσιάσθηκαν οι σχετικοί πάροχοι του ΕΟΠΥΥ. Στα κεφάλαια 4 και 5 παρουσιάσθηκαν και προτάσεις για το παρόν κεφάλαιο που θα αξιοποιηθούν για την ΠΦΥ.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, στον πυρήνα της ΠΦΥ βρίσκεται ο οικογενειακός γιατρός που λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες, ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα, αλλά και αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται. Προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συνεχή βάση και σε ένα συνολικό πλαίσιο, που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη. Πολύ σημαντικό ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ παίζουν επίσης, οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές, μαίες, οι ψυχολόγοι, κ.ά.).

Η κάλυψη σε οικογενειακούς γιατρούς ποικίλει από 1,7-2 (ανά 1.000 κατοίκους) σε χώρες που έχουν παράδοση σε αυτό τον τρόπο παροχής υπηρεσιών ως πρώτο σημείο επαφής (Αγγλία, Ιρλανδία) έως 0,5-0,7 σε χώρες που δεν έχουν όσο οι προηγούμενες (Γαλλία, Βέλγιο). Η Ελλάδα υπολογίζεται σε πιο χαμηλά ποσοστά (0,3-0,4), αλλά το πιο σημαντικό ίσως είναι ότι το σύστημα δε χρησιμοποιεί επισήμως όλους ή οι πολίτες δε τους θεωρούν πρωτεύον σημείο επαφής.

Οι παροχές του ΕΟΠΥΥ για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας και ανάλογα με τις δαπάνες που προκαλούν ανά βαθμίδα περίθαλψης, είναι:

1. πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας - ιατρική περίθαλψη - διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, στα οποία κυρίως παρεμβαίνουμε,
2. πρόληψη και προαγωγή της υγείας (χωρίς εμφανείς δαπάνες) ,
3. παρακλινικές εξετάσεις (με διογκωμένες δαπάνες),
4. φυσικοθεραπεία - εργοθεραπεία - λογοθεραπεία – ψυχοθεραπεία,
5. οδοντιατρική - στοματολογική περίθαλψη (που χρήζει εξέτασης),
6. ειδική αγωγή και λουπή περίθαλψη (που πρέπει να διευκρινισθεί),
7. αποκατάσταση της υγείας (που πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα),
8. επιδόματα λουτροθεραπείας και αεροθεραπείας - πρόσθετη περίθαλψη.

Οι πάροχοι του ΕΟΠΥΥ για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) (εδ. 1, 2, και 3 του κανονισμού του) είναι:

1. τα περίπου 400 πολυϊατρεία και ιατρεία του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) με το προσωπικό τους (περίπου 6.000 γιατροί και 4.200 νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό), τα οποία προτείνουμε να περιέλθουν έως το τέλος 2013 στο ΕΣΥ (κατ' αντιστοιχία των 5 νοσοκομείων πρώην ΙΚΑ) και να εποπτεύονται από τις ΔΥΠε (βλ. πίνακα 6.3), αφού εξετασθεί το μέγεθος και η κατανομή τους,
2. τις 1.750 μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ (220 Κέντρα Υγείας και 1.530 πολυδύναμα ή απλά ή ειδικά περιφερειακά - αγροτικά - ιατρεία), οργανωμένες ανά ΔΥΠε, με πάνω από 3.500 γιατρούς (2.000 ειδικευμένους και 1.500 αγροτικούς, κ.λπ.) και περίπου 4.500 λοιπό προσωπικό, νοσηλευτικό και διοικητικό (βλ. πίνακα 6.4),
3. τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) των 78 ενιαίων κρατικών νοσοκομείων (125 ΤΕΙ και 78 ΤΕΠ) και τα αντιστοιχία των 7 πανεπιστημιακών νοσοκομείων (στόχος είναι να μειωθεί εδώ η προσέλευση για περιστατικά ΠΦΥ, εφόσον οργανωθούν καλύτερα τα ανωτέρω),
4. τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών νοσοκομείων και τα διαγνωστικά κέντρα που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ (σήμερα όλα, πρότασή μας για το 2014 είναι τα πιστοποιημένα με βάση τις οδηγίες του ΕΟΠΥΥ),
5. τους 6.000, περίπου γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ (για 200 επισκέψεις ανά μήνα), που πρέπει να επανεξετασθούν από το 2014 (βλ. πρόταση παρακάτω στον πίνακα 6.5), με βάση και τον εκτιμώμενο ασφαλισμένο πληθυσμό (βλ. πίνακα 6.6).

Πίνακας 6.3: Αριθμός Μονάδων και Προσωπικού ΠΦΥ στον ΕΟΠΥΥ ανά ΔΥΠε

ΔΥΠε	Πολύ-ιατρεία ²	Ιατρεία ²	Ιατρικό προσωπικό ¹				Υγειονομικό προσωπικό ¹		Διοικητικό Προσ. ¹	Συν. Προσ. ¹
			Μόνιμοι	Αορίστου χρόνου	Συμβασ.	Μερικής απασχ.	Μόνιμοι	Συμβασ.		
1η	36	40	146	877	131	8	540	2	262	1.967
2η	36	29	125	750	112	7	462	2	224	1.683
3η	32	45	148	889	133	8	547	3	266	1.993
4η	17	22	75	450	67	4	277	1	135	1.010
5η	16	24	77	462	69	4	284	1	138	1.035
6η	44	43	167	1.004	150	9	618	3	300	2.252
7η	6	8	27	162	24	1	99	0	48	362
Σύν.	187	211	765	4.594	686	41	2.827	12	1.373	10.302
Γεν. Συνολο	398		6.086				2.839		1.373	10.302

¹ Στοιχεία 2013 από ΕΟΠΥΥ (κατανομή στις ΔΥΠε από το ποσοστό των τοπικών μονάδων στις συνολικές),

² Στοιχεία 2013 από ΕΟΠΥΥ

Αναλυτικά, στον πίνακα 6.3 παρουσιάζονται οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ ανά ΔΥΠε και το προσωπικό των Μονάδων Υγείας. Σε αυτές υπηρετούσαν, στις 31-5-2013, 6.086 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, 1.373 διοικητικοί υπάλληλοι και 2.839 υγειονομικό προσωπικό. Δε δόθηκαν στοιχεία ανά ειδικότητα, οπότε θα γίνουν εκτιμήσεις ανάλογες για 800 μονίμους ή 4.500 με σύμβαση αορίστου χρόνου, που πρέπει να αξιολογηθούν για το ΕΣΥ, πρώτοι εκ των οποίων είναι οι περίπου 500 γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί, 1.000 εργαστηριακοί, 2.000 παθολογικών ειδικοτήτων, 1.500 χειρουργικών ειδικοτήτων και 300 λοιποί. Αναλογικά με τον πληθυσμό ευθύνης ανά ΔΥΠε πρέπει να ανακατανομηθούν τα πολύιατρεία και να συνδεθούν με όσα από τα ιατρεία χρειάζονται, ως παραρτήματα.

Πίνακας 6.4: Αριθμός Μονάδων και Προσωπικού ΠΦΥ στο ΕΣΥ ανά ΔΥΠε

ΔΥΠε	Κ.Υ.	Π.Ι.	Γενικ. Γιατρ. ¹	Εργαστ. Γιατροί ¹	Λοιποί Ειδικευμ. ¹	Λοιποί ειδικευόμεν. / αγροτικ. ²	Νοσηλ. Προσ. ³	Λοιπό Προσ. ³	Συν. Προσ.
1η	9	8	30	30	54	0	159	117	391
2η	29	172	61	61	109	182	241	326	979
3η	18	174	67	67	121	187	262	256	960
4η	39	231	97	97	175	361	447	398	1.575
5η	36	306	77	77	138	454	400	460	1.606
6η	74	508	141	141	253	386	489	581	1.991
7η	15	131	27	27	49	60	115	187	466
Σύν.	220	1.530	500	500	899	1.630	2.113	2.325	7.968

¹ Προβλέψεις 2013 από Υπουργείο Υγείας (κατανομή στις ΔΥΠε από πίνακες 4.3.1-2)

² Στοιχεία 2011 από Υπουργείο Υγείας (σύνδεση με πίνακες 4.3.1-2)

³ Στοιχεία 2012 από esy.net

Αναλυτικά, στον πίνακα 6.4 παρουσιάζονται οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ ανά ΔΥΠε και το προσωπικό των Κέντρων Υγείας (ΚΥ) (αγροτικού τύπου) του ΕΣΥ. Στις μονάδες αυτές υπηρετούν 500 γενικοί γιατροί (εκτιμώνται σε περισσότερους συνολικά στο ΕΣΥ με όσους υπηρετούν και στα νοσοκομεία), άλλοι τόσοι εργαστηριακοί, 899 γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και 1.630 ειδικευόμενοι και κυρίως αγροτικοί (πάνω από 3.500 συνολικά ή πλέον των 10 γιατρών ανά ΚΥ, όπως 10 νοσηλευτικοί και 10 λοιπό προσωπικό ανά ΚΥ). Εκτιμάται ότι, χωρίς τους αγροτικούς γιατρούς των αγροτικών ιατρείων (1.500), οι γιατροί στα ΚΥ είναι περίπου 2.000 και το λοιπό προσωπικό 4.000. Γι' αυτό η ενοποίησή τους με τις μονάδες του ΕΟΠΥΥ θα βοηθήσει και τα δύο.

Πίνακας 6.5: Προτεινόμενος Αριθμός Συμβεβλημένων Γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ ανά ΔΥΠε και σύγκριση με υπάρχουσα κατάσταση

ΔΥΠε ¹	Γενικοί Ιατροί	Παθολόγοι (διαβ. κ.λπ.)	Καρδιολόγοι	Παιδίατροι	Μαιευτ-Γυναικ.	Ορθοπ.	Λοιποί Γιατροί Παθολ. Ειδικ.	Λοιποί Γιατροί Χερ. Ειδικ.	Σύν.	Ανά/1000 ασφ
1 ⁿ	280	336	224	280	168	112	420	140	1.959 (28%)	
2 ⁿ	124	149	99	124	74	50	186	62	868 (12.4%)	
3 ⁿ	180	216	144	180	108	72	270	90	1259 (18%)	
4 ⁿ	74	89	59	74	44	30	111	37	518 (7.4%)	
5 ⁿ	124	149	99	124	74	50	186	62	868 (12.4%)	0.64
6 ⁿ	163	196	131	163	98	65	245	82	1.144 (16.3%)	
7 ⁿ	55	66	44	55	33	22	82	27	384 (5.5%)	
Σύν. (πρό-ταση)	1.000 (14.3%)	1.200 (17.1%)	800 (11.4%)	1.000 (14.3%)	600 (8.6%)	400 (5.7%)	1.500 (21.4%)	500 (7.1%)	7.000 (100%)	
Σύν. 31-12-2012 ²	420 (7.7%)	1.246 (22.7%)	842 (15.3%)	206 (3.8%)	569 (10.4%)	383 (7%)	1.650 (30.1%)	170 (3.1%)	5.486 (100%)	0.50
Απόκ. ³	580	-46	-42	794	31	17	-150	330	1.514	0.14

¹ Κατανομή βάσει πληθυσμού ευθύνης (πιν 4.3.1-2), 2 Επεξεργασία πιν. 5.4.2, 3 +σύνταξη νέων συμβάσεων, -Αύση υφιστάμενων συμβάσεων

Στον πίνακα 6.5 παρουσιάζεται μια (πρώτη) πρόταση για τον ελάχιστο απαιτούμενο αριθμό συμβεβλημένων γιατρών του ΕΟΠΠΥ, ανά ΔΥΠε και ειδικότητα. Η πρόταση έχει άμεση σχέση με τους προηγούμενους πίνακες 6.3 και 6.4, όπως και με τον επόμενο πίνακα 6.6 (ασφαλιστικός πληθυσμός ΕΟΠΠΥ, ανά συμμετέχον ταμείο και ΔΥΠε). Προσθέτει στους 5.500 συμβασιούχους γιατρούς 1.500 γενικούς και παιδίατρος τουλάχιστον (με ανακατανομή όλων).

Πίνακας 6.6: Ασφαλισμένος Πληθυσμός ΕΟΠΠΥ ανά ΥΠε (εκτιμήσεις σε εκ.)

ΔΥΠε	ΙΚΑ	ΟΓΑ	ΟΠΑΔ	ΟΑΕΕ	Λοιπά Ταμεία	Άμεσα Ασφαλ.	Έμμεσα Ασφαλ.	Άνδρ.	Γυν.	Συν.
1 ^η	1,5	0,2	0,70	0,50	0,10	1,10	1,90	1,55	1,45	3,00
2 ^η	0,5	0,2	0,10	0,20	0,05	0,35	0,80	0,50	0,55	1,05
3 ^η	0,6	0,3	0,10	0,25	0,05	0,45	0,85	0,65	0,65	1,30
4 ^η	0,6	0,3	0,10	0,25	0,05	0,45	0,85	0,65	0,65	1,30
5 ^η	0,7	0,4	0,15	0,30	0,05	0,55	1,05	0,75	0,85	1,60
6 ^η	0,9	0,5	0,20	0,30	0,00	0,65	1,25	0,90	1,00	1,90
7 ^η	0,3	0,2	0,05	0,10	0,00	0,25	0,40	0,30	0,35	0,65
Συν.	5,1	2,1	1,40	1,90	0,30	3,80	7,00	5,30	5,50	10,8

Με βάση τα τωρινά δεδομένα των υπάρχοντων γενικών γιατρών, ο προτεινόμενος αριθμός των **1.000 γενικών γιατρών, το πρώτο έτος** εφαρμογής (2014) δύναται το **δεύτερο έτος** (2015) να διπλασιασθεί (**2.000**) που είναι και η πρότασή μας. Αναφορικά με το μέλλον, θα πρέπει να υπάρξει από το Υπουργείο Υγείας, άμεσα, ετήσιο πρόγραμμα **εκπαίδευσης** ειδικευμένων γιατρών στη γενική ιατρική (**1.000**) με ανάλογη αύξηση των θέσεων (**1.000**) της ειδικότητας τα επόμενα χρόνια. Τέλος, οι συμβεβλημένοι **παιδίατροι** (προτείνονται στην αρχή **1.000**, ενώ σήμερα είναι μόλις 200) δύναται να συμπληρώσουν το θεσμό του οικογενειακού παιδίατρο. Στις λοιπές ειδικότητες έγιναν μικρές προσαρμογές στα σύνολα και κυρίως στις περιφέρειες, ανάλογα με τον εκτιμώμενο ασφαλιστικό πληθυσμό (πίνακας 6.6). Σημειώνεται, ότι μέχρι και 31-5-2013 ως συμβλημένοι γιατροί δίνονταν 5.420 εκ των οποίων 811 συμβασιούχοι του πρώην ΙΚΑ, οι οποίοι έχουν συμβληθεί να εξυπηρετούν ασθενείς, το απόγευμα στα ιδιωτικά τους ιατρεία, με έως και 150 επισκέψεις το μήνα, για τον ΕΟΠΠΥ.

Σε συνέχεια των ανωτέρω κι όσον αφορά στις δαπάνες του οργανισμού για το 2013, προϋπολογίζονται στα 6 περίπου δις ευρώ (βλ. πίνακα 6.7). Με βάση τα προηγούμενα και σε αντιπαράθεση με τον προϋπολογισμό εσόδων για το τρέχον έτος (πίνακας 6.1) προκύπτει μικρό πλεόνασμα, το οποίο βέβαια είναι αμφίβολο λόγω της αβεβαιότητας είσπραξης των εσόδων.

Πίνακας 6.7: Προϋπολογισμός δαπανών ΕΟΠΥΥ 2013 (εκτιμήσεις)

Περιγραφή	Εκροές (σε εκ. ευρώ)	% του συνόλου
Καθαρή φαρμακευτική δαπάνη (ιδιωτικά φαρμακεία)	2.621	44,17%
Άλλες παροχές ασθένειας (σε είδος) ¹	1.672	28,18%
Επερχόμενες πληρωμές από πραγματοποιηθείσες πληρωμές	364	6,13%
Λοιπά έξοδα	100	1,69%
Μεταφορές σε δημόσια νοσοκομεία	1.150	19,38%
Διοικητικές δαπάνες	2	0,03%
Μισθοδοσία προσωπικού	25	0,42%
Σύνολο	5.934	100,00%

¹ Περαιτέρω ανάλυση σε 732 εκ. ευρώ προς ιδιωτικές κλινικές, 450 εκ. ευρώ για εξετάσεις-παρακλινικά, 110 εκ. ευρώ προς συμβεβλημένους ιατρούς, 150 εκ. ευρώ για πρόσθετη περίθαλψη και 230 εκ. ευρώ για οδοντιατρική-προληπτική-λοιπές παροχές

Πηγή: ΕΟΠΥΥ, 2013

Στον πίνακα 6.8 παρουσιάζεται πρόταση προϋπολογισμού των δαπανών του ΕΟΠΥΥ, με βάση τα σημερινά δεδομένα και τις δεσμεύσεις της χώρας. Διευρύνεται με τη συνολική διαχείριση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία από τον ΕΟΠΥΥ, που ξεπερνά τα 10 δις ευρώ, και καλύπτεται αν διασφαλισθούν τα ανάλογα έσοδα (πίνακας 6.2).

Πίνακας 6.8: Προϋπολογισμός δαπανών ΕΟΠΥΥ 2014 (εκτιμήσεις)

Περιγραφή	Εκροές (σε εκ. ευρώ)	% του συνόλου (2013)	% του συνόλου (2014)
Φαρμακευτική δαπάνη (ιδιωτικά φαρμακεία και ακριβά φάρμακα)	2.420	44,1	23,4
Ιδιωτικά Νοσοκομεία (μέρος νοσηλίων)	750	13,6	7,2
Δημόσια Νοσοκομεία (μέρος νοσηλίων)	1.150	20,9	11,1
Συμβεβλημένοι Γιατροί	150	2,7	1,4
Συμβεβλημένοι Οδοντίατροι	200	3,6	1,9
Διαγνωστικές εξετάσεις	300	5,4	2,9
Πρόσθετη περιθαλψη	150	2,7	1,4
Επερχόμενες πληρωμές από πραγματοποιηθείσες πληρωμές (δε διευκρινίσθη- κε από τον ΕΟΠΥΥ)	350	6,4	3,4
Κόστος διοίκησης και προσωπικού	30	0,6	0,3
Σύνολο με βάση το 2013	5.500	100,0	52,9
Συνολικό υπόλοιπο κόστος νοσοκομείων (ΕΣΥ & Ιδιωτ.)	3.850		36,9
Συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί	100		1,0
Κόστος έως 200 ΚΥ αγροτικού τύπου (πρώην πολυιατρείων) και έως 1.500 αγροτ. ιατρείων	250		2,4
Κόστος έως 200 ΚΥ αστικού τύπου (πρώην πολυιατρείων)	300		2,9
Κόστος ανασφάλιστων- απόρων, κ.λπ.	300		2,9
Περιφ. Διοίκηση - Μισθοδοσία	100		1,0
Σύνολο (πρόταση 2014)	10.400		100,0

Κάνοντας πράξη το σενάριο συγκέντρωσης όλης της δημόσιας χρηματοδότησης στον ΕΟΠΥΥ, προτείνουμε για το 2014 τη κατανομή δαπανών, ανά βαθμίδα περίθαλψης όπως εμφανίζεται στον πίνακα 6.8. Το 50% και πλέον απορροφάται από το συνολικό κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης (είναι αντικείμενο μιας άλλης ενδελεχούς μελέτης) και το 25% από το φάρμακο (επίσης δεύτερης μελέτης). Οι κάθε είδους δαπάνες ΠΦΥ (εξωνοσοκομειακής περίθαλψης) ανέρχονται στην πρότασή μας τουλάχιστον στο 1,1 δις (άνω του 10%), εξαιρουμένης της οδοντιατρικής και των υπολοίπων (πρόσθετης, κ.λπ.), που επίσης είναι αντικείμενο μιας τρίτης μελέτης (έως 15%).

6.1.3 Χρηματοδότηση ΠΦΥ

Από το σύνολο των προϋπολογιστικών δαπανών του οργανισμού με βάση το 2013 εκτιμάται ότι η ΠΦΥ θα καταλάβει περίπου το 1/6 (άνω του 1 δις ευρώ), ενώ με βάση το 2014 το 1/10 (λόγω της πρότασής μας για πλήρη κάλυψη των νοσοκομείων, από όπου θα μεταφέρονται σταδιακά πόροι άνω των 200 εκατ. ευρώ προς την ΠΦΥ έως τον προϋπολογισμό του 2015). Το ποσό αυτό θα κατανομηθεί περιφερειακά και ανά βαθμίδα ΠΦΥ βάσει κλειστού (σφαιρικού προϋπολογισμού), όπως ενδεικτικά αναλύεται στον πίνακα 6.9.

Η ανάλογη συγκράτηση της δαπάνης μπορεί να επιτευχθεί μέσω συμβολαίων με α. γενικούς και ειδικούς γιατρούς, και β. διαγνωστικά κέντρα και άλλους επαγγελματίες υγείας, αλλά και προγραμματικών συμβάσεων με α. κέντρα υγείας αστικού τύπου (νυν ΕΟΠΥΥ, πρώην ΙΚΑ και μελλοντικά προτεινόμενα το 2014 στο ΕΣΥ), β. κέντρα υγείας αγροτικού τύπου (νυν ΕΣΥ), στο πλαίσιο κλειστών προϋπολογισμών ανά περιφέρεια (πίνακας 6.9), νομαρχιακή ενότητα (αντιπεριφέρεια) και δήμο (δηλαδή τον εκάστοτε πληθυσμό αναφοράς), υπό την εποπτεία της κάθε ΔΥΠε (Αθήνα, Θεσ/νίκη, Πάτρα, κ.ά., ανά δημ. διαμέρισμα).

Πίνακας 6.9: Σφαιρικός προϋπολογισμός ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ ανά ΔΥΠε σε εκατ. ευρώ

ΔΥΠε	Κ.Υ.- Π.Ι.	Πολυ-ατρεία	Γενικ. Γιατρ. Συμβ.	Λοιποί Συμβ. Γιατροί	Διαγνωστικά - Εργαστ. Γιατροί	Λοιποί επαγγ. υγείας	Συν. (.000) Ευρώ	Συν. Πληθυσμός
1 ^η	25	102	30	50	69	16	292	3,00
2 ^η	43	18	10	15	20	5	111	1,05
3 ^η	32	36	10	15	35	5	133	1,30
4 ^η	32	36	10	15	35	5	133	1,30
5 ^η	43	42	15	20	36	8	164	1,60
6 ^η	56	48	20	30	37	9	200	1,90
7 ^η	19	18	5	5	18	2	67	0,65
Σύν.	250*	300*	100*	150	250*	50	1.100	10,8

* Εκτιμήσεις αλληλοσυμπληρούμενες.

Για την κατάρτιση των **σφαιρικών προϋπολογισμών**, με βάση την παραπάνω πρόταση, λαμβάνονται υπόψη, ο πληθυσμός της περιφέρειας (σε σχέση με το σύνολο), ο ειδικός πληθυσμός κάθε περιοχής που κάνει συχνότερα χρήση των υπηρεσιών υγείας (πληθυσμός γυναικών, αριθμός παιδιών, πληθυσμός τρίτης ηλικίας, πληθυσμός χρονίως πασχόντων), καθώς και ανά νόσο προτυποποιημένα ηλικιακά νοσηρότητας της περιοχής:

$$RHB = (P_i * G_i * C_i * A_i * CP_i * SMR_i * U_i / P_n) \times THB$$

RHB = Σφαιρικός Προϋπολογισμός Περιφέρειας

P_i-P_n = Πληθυσμός Περιφέρειας - Συνολικός

G_i = Γυναικεῖος Πληθυσμός, C_i = Παιδικός Πληθυσμός

A_i = Πληθυσμός Τρίτης Ηλικίας, CP_i = Χρονίως Πάσχοντες

SMR_i = Προτυποποιημένα Ηλικιακά Νοσηρότητας, U_i = Άνεργοι/Αναφάλιστοι

Στο πλαίσιο αυτών των σφαιρικών προϋπολογισμών, για την αποζημίωση των επαγγελματιών υγείας λαμβάνονται περαιτέρω υπόψη τα παρακάτω (διάγραμμα 6.1):

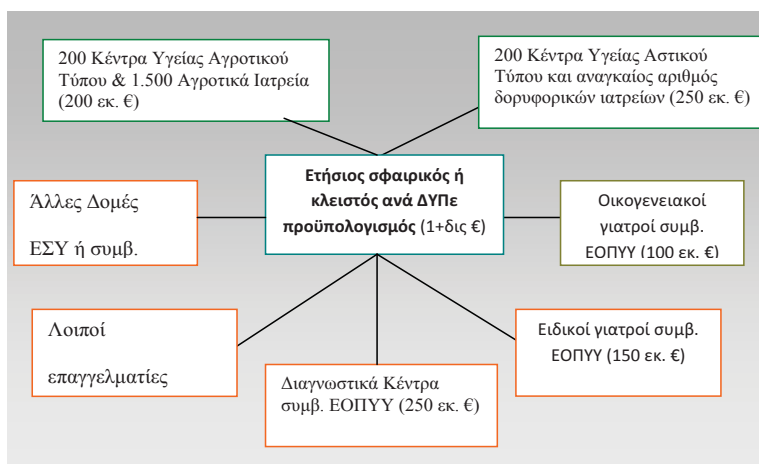
- ♦ αποζημίωση 500 περίπου οικογενειακών γιατρών στο ΕΣΥ, που θα συμβάλλονται και με τον ΕΟΠΥΥ, μέσω ΕΣΥ (ΔΥΠε και ΚΥ), με 1.000 άτομα πληθυσμό ευθύνης στη λίστα του γιατρού για τις αμοιβές που ήδη λαμβάνει ως δημόσιος υπάλληλος, και αμοιβή 10 ευρώ για άνω των 1.000 [πλέον κατά πράξη αμοιβή 5 ευρώ για κάθε ετήσιο ανά ασθενή προσυ-

μπωματικό έλεγχο, κατά κεφαλή ετήσια αμοιβή 5 ευρώ για τον πληθυσμό άνω των 65 ετών (πρόσθετη αμοιβή) και κατά κεφαλή ετήσια αμοιβή 5 ευρώ (πρόσθετη αμοιβή) για τον πληθυσμό χρονίως πασχόντων, που δύναται να προκαλεί και αμοιβή 5 ευρώ για κατ' οίκον επίσκεψη (έως 3 ετησίως)]. Έτσι για κάθε ένα εγγεγραμμένο στη λίστα του, άνω των 1.000, η προβλεπόμενη δαπάνη είναι 10 περίπου ευρώ κατά κεφαλή. Εναλλακτική λύση αποτελούν τα 5 ευρώ κάτω των 1.000 και 15 ευρώ άνω των 1.000 για να υπάρχει από την αρχή κίνητρο που θα επανεξεταστεί στο τέλος της πρώτης χρονιάς. Έτσι το κόστος για τον ΕΟΠΥΥ είναι ετησίως 5 εκ. ευρώ για 10.000 ευρώ (μέγιστο με plafond) κίνητρο ανά οικογενειακό γιατρό στο ΕΣΥ ετησίως. Αυτές οι δαπάνες μπορούν να εξοικονομηθούν από την πλήρη παρακολούθηση των ασφαλισμένων και τη μείωση της πρωτογενούς νοσηρότητας, μέσω και των ιατρικών επισκέψεων σε ειδικευμένους γιατρούς (εναλλακτικά “co-payment”). Ο αριθμός των οικογενειακών γιατρών στο ΕΣΥ δύναται να διπλασιασθεί με ταχύρυθμη εκπαίδευση λοιπών συναφών ειδικοτήτων, αν όχι την πρώτη (2014), ίσως τη δεύτερη (2015) χρονιά εφαρμογής.

- ♦ αποζημίωση 500 οικογενειακών γιατρών στις μονάδες του ΕΟΠΥΥ, που θα ενταχθούν στο ΕΣΥ και θα συμβάλλονται και με τον ΕΟΠΥΥ, ως ανωτέρω σχήμα [κόστος για τον ΕΟΠΥΥ ετησίως περίπου 5 εκ. ευρώ για 10.000 (μέγιστο) κίνητρο ανά οικογενειακό γιατρό (πρώην ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ)] ετησίως, που μπορούν να εξοικονομηθούν ή να δοθούν παρομοίως), και τέλος
- ♦ αποζημίωση οικογενειακών γιατρών 1.000 ιδιωτών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ, για 8 ώρες ημερησίως (4 πρωί και 4 απόγευμα) τις εργάσιμες ημέρες, πλέον των έως 4 εφημεριών στις αργίες κάθε μήνα για 10 μήνες, ανά ομάδα 3 οικογενειακών γιατρών (με τους οποίους θα συνεργάζονται οι συμβεβλημένοι ειδικομένοι γιατροί), ανά π.χ. δημοτικό διαμέρισμα: πληθυσμός στη λίστα του γιατρού (ελάχιστος 1.000 και μέγιστος 2.000), κατά κεφαλή αμοιβή 20 ευρώ, κατά κεφαλή αμοιβή 5 ευρώ για προσυμπτωματικό έλεγχο, πρόσθετη αμοιβή 5 ευρώ για κάθε έναν άνω των 65 ετών, πρόσθετη αμοιβή 5 ευρώ για αντίστοιχο πληθυσμό χρονίως πασχόντων και ανάλογη αμοιβή 5 ευρώ κατ' οίκον επίσκεψης (για έως 3). Το κόστος για τον ΕΟΠΥΥ εκτιμάται μεταξύ 40 και 50 εκατ. ευρώ (ανάλογα και με πιθανό “co-payment”) την πρώτη χρονιά (πλέον των ανωτέρω 10), που ήδη προϋπολογίσθηκαν (πλέον του αρχικού κόστους εγκατάστασης και νοσηλεύτριας). Ο αριθμός των συμβεβλημένων οικογενειακών γιατρών του ΕΟΠΥΥ δύναται να διπλασιασθεί, από την πρώτη χρονιά

- εφαρμογής (2014), ή έστω τη δεύτερη (2015), με την είσοδο κι άλλων.
- ♦ αποζημίωση 6.000 γιατρών ειδικοτήτων που ως ιδιώτες συμβάλλονται ετησίως, με κριτήρια ποιότητας και ικανοποίησης ασθενών του ΕΟΠΥΥ, με 5ωρη απασχόληση 4 ημέρες την εβδομάδα για εξέταση έως 320 περιστατικών το μήνα (10 μήνες) με κατά πράξη αμοιβή (έως 10 ευρώ πλέον πιθανού +150% “co-payment”) ή με βάση τα δεδομένα του κεφ. 6.3. Η συνολική δαπάνη για το σύνολο των ειδικοτήτων δε ξεπερνά τα προϋπολογισθέντα 150 εκατ. ευρώ ετησίως, αλλά πρέπει να συνυπολογισθεί η συμβολή κάθε ειδικότητας στον συνολικό όγκο υπηρεσιών, η ποσότητα (και μέση αμοιβή) υπηρεσιών κάθε ειδικότητας, η συνολική ποσότητα υπηρεσιών, κ.λπ.
 - ♦ επιλεγμένα και πιστοποιημένα διαγνωστικά κέντρα, για εξειδικευμένες ιατρικές επισκέψεις (συνταγογράφηση από οικογενειακό γιατρό ΕΟΠΥΥ), βιοπαθολογικές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις (συνταγογράφηση από συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ γιατρό), με βάση τα προτεινόμενα στο κεφ. 6.3 για τις επισκέψεις και το ισχύον κρατικό τιμολόγιο για τις εξετάσεις, που χρειάζεται ετήσια επικαιροποίηση από το ΚΕΣΥ (στόχος η μείωση του ετήσιου κόστους για τον ΕΟΠΥΥ σε κάτω από 250 εκ. ευρώ), πλέον ειδικών θεραπειών από λοιπούς επαγγελματίες υγείας (φυσιοθεραπευτές κ.ά.), που συνταγογραφούν οι οικογενειακοί ή ειδικευμένοι προς τούτο γιατροί (κόστος έως 50 εκ. ευρώ), που με τις λοιπές δομές ΕΣΥ ή συμβάσεις ΕΟΠΥΥ δύναται να διπλασιασθούν (έτσι η δαπάνη ΠΦΥ υπερβαίνει το 1,1 δις ευρώ).

Διάγραμμα 6.1 Δομή Χρηματοδότησης ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ



Στο ανωτέρω πλαίσιο η πρόταση αφορά υπόδειγμα χρηματοδότησης (διάγραμμα 6.1), με αξιολόγηση μεθόδων υπολογισμού των (προοπτικών) προϋπολογισμών-κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών (global budget) για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), βασισμένων σε ένα μικτό σύστημα αποζημιώσεων:

- ♦ στην κατά κεφαλήν αποζημίωση (capitation) (π.χ. αμοιβές γιατρών πρώτης επαφής), ως ανωτέρω,
- ♦ στην αποζημίωση ανά περιστατικό (case-based) ή/και κατά πράξη (fee-for-service) (π.χ. γιατροί ειδικοτήτων, διαγνωστικά κέντρα), ως ανωτέρω αναφέρθηκε και κατωτέρω (6.3) θα επεξηγηθεί, αντιστοίχως,
- ♦ ή/και (εναλλακτικά) η κατά περιστατικό και περίπτωση αποζημίωση, θα μπορεί να γίνεται μέσω ενός συστήματος προοπτικής αποζημίωσης κατά το πρότυπο των ΚΕΝ/DRGs (ΟΕΠΦΥ/ΑΡGs) (π.χ. αποζημίωση κέντρων υγείας και νυν δικτύου ΕΟΠΥΥ), ως κατωτέρω 6.3.

6.2 Οργάνωση στις Παροχές και στους Παρόχους ΕΟΠΥΥ στην ΠΦΥ

Εισαγωγικά πρέπει να αναφερθεί ότι ανάλογο, με όσα αναπτύχθηκαν ήδη, πρέπει να είναι και το μοντέλο διοίκησης του ΕΟΠΥΥ (αφού ληφθούν υπόψη και ανάλογα μοντέλα των 4 οργανισμών που εξετάστηκαν). Προτείνουμε Πρόεδρο – Διευθύνοντα Σύμβουλο, ειδικό στην ασφάλιση και στην υγεία, δυο Αντιπροέδρους και αντιστοίχως Γενικούς Διευθυντές (έναν Ασφάλισης-Οικονομικών και έναν Παροχών-Διοίκησης), που και οι 5 συμμετέχουν στο 9μελές Δ.Σ. (βλέπε κεφ. 5). Τα υπόλοιπα 4 μέλη αντιπροσωπεύουν τους ασφαλισμένους, π.χ. α. ένας του ΙΚΑ και λοιπών ασφαλισμένων ταμείων μισθωτών δευτερογενούς ή τριτογενούς τομέα, β. ένας του ΟΓΑ και λοιπών ασφαλισμένων ταμείων μισθωτών πρωτογενούς τομέα, γ. ένας του ΟΠΑΔ και λοιπών ασφαλισμένων ταμείων απασχολούμενων στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και δ. ένας του ΟΑΕΕ και λοιπών ασφαλισμένων ταμείων λοιπών αυτοαπασχολούμενων. Η δομή κεντρικών και περιφερειακών διευθύνσεων και τμημάτων πρέπει να είναι ανάλογη και αποτελεσματική. Απαιτείται άμεσα ειδική μελέτη και σύνταξη ανάλογου οργανισμού και καθηκοντολογίου με περιγραφές θέσεων εργασίας.

6.2.1 Παροχές ΕΟΠΥΥ στην ΠΦΥ

Το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ, αποτελεί τη βασική αλλαγή στην κοινωνική ασφάλιση και στην αγορά υπηρεσιών υγείας, με το νέο οργανισμό να καλύπτει τη συντριπτική πλειονότητα του πληθυσμού και να κατέχει θεωρητικά ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας, αποτελώντας το βασικό μοχλό ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης. Ειδικότερα για την ΠΦΥ, στο πλαίσιο της πρότασης αυ-

τής, περιγράφεται η λειτουργική ανασυγκρότηση του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα, έτσι ώστε να ικανοποιούνται οι **αρχές**:

- ♦ της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας, γι' αυτό και η ανωτέρω κάλυψη σε χρηματοδότηση,
- ♦ της συνέχειας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο γιατρό ή κυρίως ομάδα γιατρών, από δημοτικό διαμέρισμα ή γειτονιά, στη διάρκεια του χρόνου γι' αυτό και η ανωτέρω κάλυψη σε υπηρεσίες,
- ♦ της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του πολίτη, μέσω και του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και την οικογένειά του, μέσω μια συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων, γι' αυτό και η ανωτέρω διασπορά υπηρεσιών και ανάλογης δυνατότητας χρηματοδότηση.

με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- ♦ να υπάρχει σαφώς καθορισμένη πύλη εισόδου και ροή στο σύστημα υγείας, δηλαδή το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, αλλά και υποστήριξη της “κυκλοφορίας” του μέσα σε αυτό (να εξασφαλίζει και να συντονίζει τη συνέχεια στη φροντίδα που απαιτείται για τον ασθενή και τη νόσο/disease management σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας),
- ♦ να παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση), οι οποίες να καλύπτουν όλα τα συνήθη προβλήματα και καταστάσεις υγείας, καθώς και επιλεγμένα χρόνια νοσήματα, τη στιγμή που αυτός τις έχει ανάγκη, δηλαδή σε λογική γεωγραφική απόσταση και σε εύλογο χρόνο.

Στην **κατεύθυνση** αυτή κρίνεται αναγκαίο:

- ♦ να γίνει παρέμβαση στη ζήτηση και στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, με το να εφαρμοστεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, σε “group practice”,
- ♦ να διαμορφωθεί μια ενιαία και επαρκής δέσμη των υπηρεσιών που θα προσφέρει ο ενταγμένος στο σύστημα οικογενειακός γιατρός, σε συνεργασία με άλλους, γενικούς και ειδικευόμενους συμβεβλημένους γιατρούς,
- ♦ να εισαχθεί ο έλεγχος της κλινικής αποτελεσματικότητας των οικογενειακών και άλλων γιατρών, την παρακολούθηση της οποίας θα βοηθούσε η καθιέρωση ενός ανάλογου συμβολαίου ή μιας αντιστοιχίας σύμβασης.

Με δεδομένο ότι, όπως φάνηκε, διαθέτουμε ένα από τα πιο εκτεταμένα δίκτυα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η αναγκαία ανασυγκρότηση της ΠΦΥ θα πρέπει να είναι στην κατεύθυνση της οργανωτικής και λειτουργικής ενοποίησης αυτών των δομών και της μετατροπής τους σε δίκτυα συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας, κατά το πρότυπο της ελεγχόμενης φροντίδας (managed care), με επίκεντρο τον οικογενειακό/προσωπικό γιατρό πρώτης επαφής, σε συνεργασία με άλλους, ανά δημοτικό διαμέρισμα ή γειτονιά ή χωριά.

Προτείνεται έτσι, ένα ενιαίο σύστημα ΠΦΥ των δομών δημόσιου χαρακτήρα, υπό τον έλεγχο των ΔΥΠε που θα συμβάλλονται για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας (αλλά και δευτεροβάθμιας-τριτοβάθμιας) περίθαλψης με τον ΕΟΠΥΥ (για την κοινωνική ασφάλιση), όπως και με την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών (για την ιδιωτική ασφάλιση), αλλά και με τη δυνατότητα να συμβληθούν με ατομική επιλογή, οι καλύτεροι από το σύνολο των γιατρών της χώρας, που το επιθυμούν.

Εργαλεία στην κατεύθυνση αυτή μπορεί να αποτελέσουν:

1. υπό τη μορφή ενός ετήσιου αρχικά «συμβολαίου» με τους γιατρούς πρώτης επαφής (οικογενειακοί γιατροί), ως ανωτέρω περιγράφηκε, η παροχή μιας υποχρεωτικής ελάχιστης δέσμης υπηρεσιών στους δικαιούχους, η οποία εστιάζεται στους βασικούς τομείς ιατρικής φροντίδας, συνοδευόμενη από την αναγκαία εργαστηριακή υποστήριξη, σε συνεργασία και με ειδικευμένους συμβεβλημένους γιατρούς (GPs),
2. ένα σύστημα παραπομπών σε εξειδικευμένη φροντίδα, καθώς και με ένα μηχανισμό άμεσης αντιμετώπισης, σταθεροποίησης και ασφαλούς παραπομπής στη δευτεροβάθμια περίθαλψη των συνθέτων ή/και των επειγόντων περιστατικών,
3. η ανάπτυξη προγραμμάτων διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων, με τις ακόλουθες απαραίτητες προϋποθέσεις:
 1. επιλογή, προσαρμογή και εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων στην κοινότητα,
 2. συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση ασθενών,
 3. εφαρμογή προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης ανά φύλο και ηλικία στο ιατρείο.

Βάσει των παραπάνω, η πρόταση για τους παρόχους ΠΦΥ περιλαμβάνει την πλήρη απασχόληση των γενικών γιατρών ΕΣΥ και ΕΟΠΥΥ (1.000), την ενίσχυση ανάλογου αρχικά αριθμού των συμβεβλημένων οικογενειακών (γενικών) γιατρών (συνολικά 2.000 για το 2014 και 3.000 για το 2015), οι οποίοι θα συμβάλλουν πρωτίτως στη συγκράτηση της ροής των ασφα-

λιωμένων σε υψηλότερα επίπεδα περιθαλψής, σε συνεργασία με τους 7.000 και πλέον ειδικευμένους γιατρούς ΠΦΥ του δημοσίου (πλέον των αγροτικών κ.ά.), άλλους 6.000 ιδιώτες συμβεβλημένους, 8.000 και πλέον νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό ΠΦΥ του δημοσίου και κατ' εκτίμηση 2.000 συνεργαζόμενους (επαγγελματίες υγείας, νοσηλευτές, κ.λπ.) με τους ιδιώτες οικογενειακούς ή άλλους συμβεβλημένους γιατρούς (GPs).

Σε επίπεδο παροχών, στο βασικό πακέτο ασφαλιστικής κάλυψης του ΕΟΠΥΥ προτείνεται ο εμπλουτισμός του με βάση το διευθετημένο πρότυπο της UNCAM (Γαλλίας), όπως φαίνεται στον ακόλουθο Πίνακα 6.10, ή το αντίστοιχο του ΑΟΚ (Γερμανία).

Πίνακας 6.10: Ασφαλιστική κάλυψη στο βασικό πακέτο του ΕΟΠΥΥ

ΠΦΥ και νοσηλεία	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ιατρική περίθαλψη: ραντεβού με γενικούς ιατρούς κ.λπ. που παραπέμπουν για φροντίδα σε πιο ειδικευμένους ιατρούς και νοσοκομειακή περίθαλψη ▪ Οδοντιατρική φροντίδα για άτομα κάτω των 18 ετών και ειδική οδοντιατρική φροντίδα για άτομα άνω των 65 ετών ▪ Μεταγεννητική φροντίδα και υπηρεσίες μαιών ▪ Συνταγογράφηση για Φαρμακευτική περίθαλψη ▪ Συνταγογράφηση για Φροντίδα αποκατάστασης ▪ Ετήσιος προληπτικός έλεγχος και αγωγή υγείας
Μακροχρόνιες Ασθένειες	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εγκεφαλικό επεισόδιο (αποκατάσταση) ▪ Χρόνια αρτηριακά ισχαιμικά γεγονότα ▪ Καρδιακή ανεπάρκεια και αρρυθμίες, συγγενείς ανωμαλίες της καρδιάς ▪ Σοβαρή πρωτογενής ανοσοανεπάρκεια (HIV) ▪ Διαβήτης τύπου 1 και 2 ▪ Νευρολογικές διαταραχές και παθήσεις των μυών (συμπεριλαμβανομένης της μυοπάθειας), επιληψία ▪ Στεφανιαία καρδιακή νόσος ▪ Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια ▪ Νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας ▪ Κληρονομικά μεταβολικά νοσήματα που απαιτούν παρατεταμένη θεραπεία ▪ Κυστική ίνωση ▪ Χρόνια νεφροπάθεια και νεφρωσικό σύνδρομο ▪ Ρευματοειδής αρθρίτιδα ▪ Μακροχρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές ▪ Ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn ▪ Προοδευτική σκολίωση ▪ Σοβαρή σπονδυλίτιδα ▪ Ενεργή φυματίωση

6.2.2 Πάροχοι υπηρεσιών ΠΦΥ στον ΕΟΠΥΥ

Εισαγωγικά αναφέρονται τρεις από τις καλύτερες εμπειρίες στο παρόν κεφάλαιο. Μολονότι το σύστημα υγείας, όπως και το περιβάλλον σύστημα κοινωνικής προστασίας της Σουηδίας συγκαταλέγεται στα κορυφαία του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου, ο ρόλος των Γενικών Ιατρών ως πύλη ελέγχου του συστήματος υγείας φαίνεται να μην έχει ανταποκριθεί στις αρχικές προβλέψεις. Οι Γενικοί Ιατροί έχουν σχετικά αυξηθεί σε σχέση με το 2000 [αριθμός γενικών ιατρών 5.879, 0.63 ανά 1.000 κατοίκους], με πληθυσμό ανάλογο της χώρας μας.

Η Ισπανία, όπως και η Ελλάδα, είναι μία χώρα εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης με εξαιρετικά υψηλό ποσοστό ατόμων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ η πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνεται μέσω της προσωπικής κάρτας υγείας που εκδίδεται από τις Υπηρεσίες Υγείας. Προτείνεται αντίστοιχο ηλεκτρονικό έγγραφο για τον ΕΟΠΥΥ που θα ταυτοποιεί κάθε πρόσωπο που χρησιμοποιεί οποιαδήποτε υπηρεσία του εθνικού συστήματος υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ισπανία, συμπεριλαμβάνει την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ολόκληρο το 24ωρο και το μεγαλύτερο μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διεκπεραιώνεται από τα κέντρα φροντίδας υγείας, τα οποία στελεχώνονται από γενικούς γιατρούς, παιδίατρος, νοσηλευτές, διοικητικά στελέχη, κοινωνικούς λειτουργούς, μαιές και φυσικοθεραπευτές. Προκειμένου να εξασφαλιστεί πρόσβαση στο σύνολο του πληθυσμού, οι αυτόνομες περιφέρειες ορίζουν επιμέρους βασικές περιοχές υγείας με συγκεκριμένα δημογραφικά και γεωγραφικά κριτήρια, ενώ σε τοπικό επίπεδο οι περιοχές αυτές διαίρονται σε βασικές ζώνες υγείας, στις οποίες αντιστοιχίζονται τα κέντρα φροντίδας υγείας. Αναφορικά, με τους παρόχους φαίνεται ότι ο λόγος των γενικών γιατρών είναι ιδιαίτερα αυξημένος [1.55].

Οι βασικοί πάροχοι ΠΦΥ στην Ελλάδα και την Ολλανδία είναι παρόμοιοι. Ωστόσο, η κυριότερη διαφορά είναι ο εκτεταμένος ρόλος του οικογενειακού (γενικού) γιατρού στο Ολλανδικό σύστημα υγείας. Επίσης, στην Ολλανδία δεν υπάρχουν τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία, ωστόσο θα μπορούσαν να παραλληλιστούν με τα out-of-hours centers που συστήνουν γενικοί και άλλοι γιατροί. Επιπλέον, στην Ολλανδία συνηθίζεται οι ασφαλιστικοί οργανισμοί να εφαρμόζουν τη στρατηγική της κάθετης ολοκλήρωσης, δηλαδή να δημιουργούν ιδιόκτητες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή η στρατηγική θα μπορούσε - έως ένα βαθμό - να παραλληλιστεί με τα πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ).

Οι πάροχοι υπηρεσιών ΠΦΥ στον ΕΟΠΥΥ είναι οι ακόλουθοι (με σημερινά δεδομένα):

1. Δημόσιες Μονάδες ΠΦΥ

1.1. Μονάδες ΠΦΥ ΕΣΥ, με τους 3.500 γιατρούς ΠΦΥ ΕΣΥ (κι άλλους 4.500 νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, πλέον των 1.500 αγροτικών γιατρών),

1.2. Πολυϊατρεία ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), με 6.000 γιατρούς (5.000 μόνιμοι ή αορίστου χρόνου) και πλέον των 3.500 λοιπό προσωπικό,

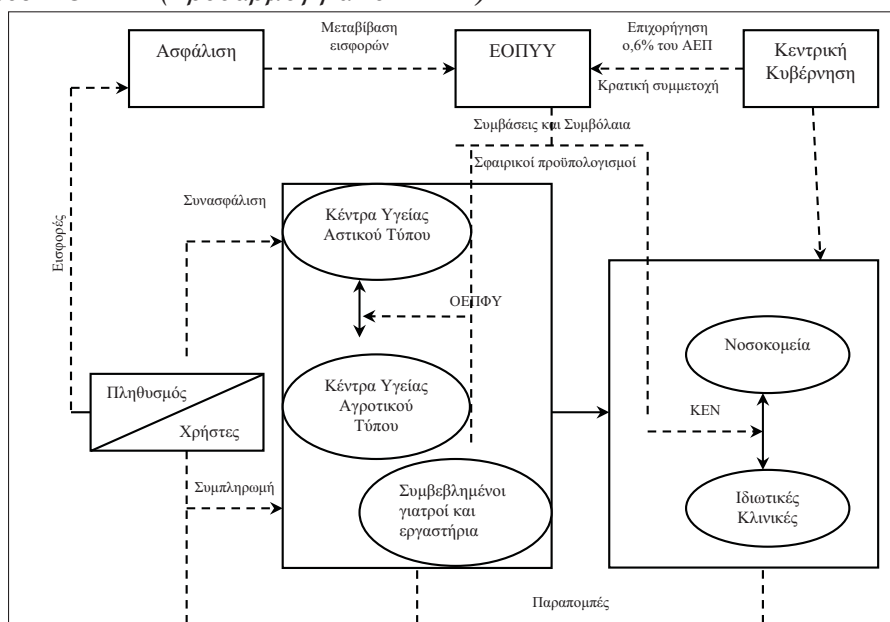
2. Συμβεβλημένοι γιατροί

6.000 γιατροί με δυνατότητα για 200 επισκέψεις (plafond) ανά μήνα,

3. Διαγνωστικά εργαστήρια (αυτά που θα πιστοποιηθούν και θα καλύπτουν τις πρόσθετες ανάγκες του ΕΟΠΥΥ), και

4. Άλλοι επαγγελματίες υγείας, π.χ. φυσιοθεραπευτές, ειδικοί νοσηλευτές, μαίες, κοινωνικές λειτουργοί κ.ά.

Διάγραμμα 6.2: Ροή Παροχών και Χρηματοδότησης Παρόχων του ΕΟΠΥΥ (προσαρμογή από ΕΣΔΥ)



Με στόχο την ανασυγκρότηση της παροχής υπηρεσιών περιθαλψης από τον ΕΟΠΥΥ οι οργανωτικές και χρηματοδοτικές ροές, που προτείνονται στη μελέτη μας, παρουσιάζονται τελικά στην παραπάνω εικόνα (διάγραμμα 6.2). Η πρότασή μας για τους παρόχους και τις μονάδες ΠΦΥ συνοψίζεται στον Πίνακα 6.11.

Αναλυτικότερα, με βάση την πρόταση μας προτείνονται τα ακόλουθα:

- ♦ Μονάδες ΠΦΥ (υπό ενιαία διοίκηση στη ΔΥΠε)
 - Έως 200 ΚΥ και 1.500 ΠΙ (μονάδες ΠΦΥ) του ΕΣΥ, με τους 3.500 γιατρούς ΠΦΥ ΕΣΥ που μπορούν να γίνουν 4.000 με ενίσχυση από νοσοκομειακούς, όταν ευοδωθούν οι συγχωνεύσεις κ.λπ. (κι άλλους 5.000 νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, με ανάλογη ενίσχυση 500),
 - Έως 200 Πολυϊατρεία ΕΟΠΥΥ (με ενταγμένα τα 200 ιατρεία πρώην ΙΚΑ), με 5.000 ιατρούς (μόνιμοι ή αορίστου χρόνου κατόπιν αξιολόγησης πλέον 4.000 λοιπού προσωπικού),
- ♦ Συμβεβλημένοι ιατροί
 - 1.000 γενικοί και 6.000 ειδικευμένοι γιατροί με δυνατότητα για 300 επισκέψεις ανά μήνα,
- ♦ Έως 200 διαγνωστικά εργαστήρια (αυτά που θα πιστοποιηθούν και καλύπτουν τις πρόσθετες ανάγκες του ΕΟΠΥΥ) με επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 6.11: *Επαγγελματίες και μονάδες ΠΦΥ (εκτιμήσεις για 2014)*

Κατηγορία επαγγελματία	Αριθμός	Αριθμός ανά 1.000 κατοίκους
Γενικοί γιατροί ΕΣΥ - ΕΟΠΥΥ	1.000	0,10
Γενικοί γιατροί Συμβεβλημένοι	1.000	0,10
Γιατροί μισθωτοί ΚΥ - ΠΙ	3.500	0,35
Γιατροί μισθωτοί ΕΟΠΥΥ	4.500	0,40
Ειδικευμένοι ιατροί Συμβεβλημένοι	6.000	0,55
Σύνολο γιατρών στην ΠΦΥ	16.000	1,50
Νοσηλευτικό προσωπικό ΕΣΥ	2.000	0,20
Υγειονομικό Προσωπικό ΕΟΠΥΥ	2.000	0,20
Διοικητικό - Παραϊατρικό - Τεχνικό - Λοιπό (ΕΣΥ-ΕΟΠΥΥ)	4.000	0,40
Φυσικοθεραπευτές κ.λπ. αυτοαπασχολούμενοι	2.000	0,20

Σύνολο επαγγελματιών στην ΠΦΥ εξαιρουμένων των γιατρών	10.000	0,90
Σύνολο επαγγελματιών στην ΠΦΥ	26.000	2,5
Κατηγορία μονάδας	Αριθμός	Αριθμός ανά 1.000 κατοίκους
Διαγνωστικά εργαστήρια	200	0,020
Κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας	40	0,004
Κέντρα διημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας	30	0,003
Πολυϊατρεία	200	0,020
ΚΥ	200	0,020
ΠΙ - Ιατρεία ΕΟΠΥΥ	1.700	0,200
ΤΕΙ δημόσιων νοσοκομείων (συνολικά)	100	0,010
ΤΕΙ ιδιωτικών θεραπευτηρίων / κλινικών	130	0,013
Σύνολο μονάδων ΠΦΥ	2.600	0,260

Επιπρόσθετα, προτείνεται η σύσταση και λειτουργία *Παρατηρητηρίου ΠΦΥ* που θα παίξει το ρόλο ενός ολοκληρωμένου επιχειρησιακού και συντονιστικού εργαλείου του Υπουργείου Υγείας και του ΕΟΠΥΥ, το οποίο θα προωθήει το σχεδιασμό παρεμβάσεων για την ανάπτυξη των δημόσιων φορέων ΠΦΥ με την εκπόνηση επιχειρησιακών σχεδίων και την παρακολούθηση υλοποίησης των εγκεκριμένων παρεμβάσεων. Επιπλέον, σαφής προσδιορισμός αριθμητικών κριτηρίων αναλογίας παρόχων και υπηρεσιών ΠΦΥ/ασφαλισμένους θα διαμορφώνεται με βάση τα διεθνή δεδομένα που αναλύθηκαν. Επιμέρους προτείνεται:

1. να δοθούν κίνητρα, ώστε οι υπό ειδικότητα ιατροί να προτιμούν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής και αυτό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να δοθεί ώθηση στο θεσμό του ελέγχου της ροής των ασθενών στο σύστημα υγείας (gatekeeping).
2. μια ορθολογικότερη γεωγραφική κατανομή των γιατρών στην κατακερματισμένη Ελληνική Περιφέρεια για να περιοριστεί το φαινόμενο της υπερουγκέντρωσης παρόχων, και ασθενών ως συνέπεια, στα αστικά κέντρα.

3. η αναβάθμιση του ρόλου των ΚΥ και ΠΙ της Περιφέρειας, όπως και των ιατρείων (νυν) ΕΟΠΥΥ, ώστε να παρέχονται σε αυτά αποτελεσματικές υπηρεσίες ΠΦΥ, τις οποίες οι ασθενείς θα προτιμούν έναντι των περισσότερο δαπανηρών υπηρεσιών των νοσοκομειακών μονάδων και τέλος,
4. επαναπροσανατολισμός της διάρθρωσης του προσωπικού μέσα από την προώθηση επαγγελματιών υγείας που προσαρμόζονται καλύτερα στην ΠΦΥ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο εξέχουσας σημασίας ρόλος (και αριθμός) των νοσηλευτών και των μαιών, που εντοπίστηκαν στην ΠΦΥ προηγμένων Ευρωπαϊκών χωρών (αλλά κι εδώ).

6.2.3 Έλεγχος/ποιότητα παροχών και συμμετοχές ασφαλισμένου ΕΟΠΥΥ

Η διασφάλιση και προαγωγή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα της πολιτικής υγείας στον ΕΟΠΥΥ. Συγκεκριμένα, σε χαμηλότερο επίπεδο, το συμβόλαιο των γενικών γιατρών μπορεί να προβλέπει έξτρα αμοιβές, εφόσον επιτευχθούν κάποιοι στόχοι που συνδέονται με την απόδοση, όπως στο Βρετανικό μοντέλο της ΠΦΥ, δηλαδή το Quality and Outcome Framework (QOF) που αποτελείται από ένα σετ δεικτών, βάσει των οποίων καθορίζεται και το ποσό των έξτρα αμοιβών. Αν και η συμμετοχή των οικογενειακών γιατρών δεν είναι υποχρεωτική, οι περισσότεροι γιατροί συμμετέχουν σ' αυτό και αμείβονται επιπλέον, με βάση κάποια κριτήρια που συμφωνούνται σε τοπικό επίπεδο.

Συνεπώς, οι επιδόσεις κάθε γιατρού στα πλαίσια ενός Πλαισίου Ελέγχου Ποιότητας και Αποτελεσμάτων (ΠΕΠΑ) θα καταγράφονται ηλεκτρονικά από κάθε ιατρείο και θα υποβάλλονται στον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος, δειγματοληπτικά θα ελέγχει κάποια από αυτά. Σε αυτό είναι σημαντική η συνεισφορά της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που εφάρμοσε η ΗΔΙΚΑ ΑΕ που πρέπει συνολικά να περιέλθει στον ΕΟΠΥΥ. Το Πλαίσιο αυτό προτείνεται να έχει 4 κύριους άξονες:

- ♦ **Κλινικά πρότυπα**, στα οποία θα περιλαμβάνονται δείκτες που θα καλύπτουν αρχικά τις κατηγορίες περιπτώσεων των Ομάδων Επισκέψεων ΠΦΥ (πίνακας 6.12) και κατόπιν όλα τα ICPC2 ανά κλινικές περιοχές, στις οποίες περιλαμβάνονται ενδεικτικά: στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, υπέρταση, διαβήτης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, επιληψία, καρκίνος, ψυχική υγεία, υποθυρεοειδισμός και άσθμα.
- ♦ **Οργανωτικά πρότυπα**, κατόπιν, με δείκτες που καλύπτουν μητρώα και ιατρικούς φακέλους ασθενών, εκπαίδευση και κατάρτιση επαγ-

γελματιών υγείας και διαδικασίες αποτελεσματικής διοίκησης της μονάδας και διαχείρισης των ασθενών, κυρίως στη συνταγογράφηση.

- ♦ **Εμπειρίες ασθενών**, με δείκτες που αναφέρονται στις παρεχόμενες υπηρεσίες, στον τρόπο που παρέχονται και στη συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό και την ανάλυση του σχεδιασμού, με ανάπτυξη ερωτηματολογίου σε όλες τις μονάδες ΠΦΥ.
- ♦ **Επιπλέον υπηρεσίες**, με δείκτες που καλύπτουν π.χ. τέσσερις περιοχές, μεταξύ των οποίων εξέταση του τραχήλου της μήτρας, υγεία του παιδιού, μητρότητα και αντιούλληψη.

Το παραπάνω πλαίσιο ελέγχου και ποιότητας (ΠΕΠΑ) για τον ΕΟΠΥΥ θα συμβάλει στη μείωση των αρνητικών, για το σύστημα υγείας, ζητημάτων όπως προβλήματα ισότητας και προσβασιμότητας στο σύστημα και αποσκοπεί ώστε ο ασθενής να βρίσκει επαγγελματία ΠΦΥ μέσα σε 24 ώρες και γενικό ή άλλο γιατρό σε 48 ώρες και εν τέλει στον κλινικό έλεγχο.

Αναφορικά με τη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος, αυτή δε φαίνεται να αποτελεί τον πιο σημαντικό μηχανισμό για τον έλεγχο του κόστους. Στην πράξη, η έκτασή της είναι μέτρια, με εξαίρεση τη Γαλλία, όπου η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος (ticket modérateur) διαδραμάτιζε πάντα σημαντικό ρόλο στην ιστορία του γαλλικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Εντούτοις, το 83% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία καλύπτει όλη ή ποσοστό της επιβάρυνσης του ασθενή, μειώνοντας τα αποτελέσματά του μέτρου. Πιο πρόσφατα, η συμμετοχή στο κόστος έχει παίξει ένα πιο σημαντικό ρόλο, κυρίως ως μέτρο συγκέντρωσης εσόδων, στη Σουηδία. Στη Γερμανία, στα πεδία που επεκτάθηκε η συμμετοχή στο κόστος, οι δαπάνες αυξήθηκαν ταχύτερα. Η μειωμένη συμμετοχή ή η απαλλαγή από το μέτρο εκείνων που έχουν χαμηλό εισόδημα ή άλλων κοινωνικών κατηγοριών ποικίλει μεταξύ των κρατών της Ε.Ε. Κάποια Κράτη-Μέλη όπως η Σουηδία, η Γερμανία και η Ολλανδία, έχουν εισάγει σχήματα προστασίας του εισοδήματος, θεσπίζοντας όρια σε κάθε μορφή συμμετοχής του ασθενή στο κόστος.

Για τον ΕΟΠΥΥ προτείνεται:

1. η διατήρηση του εισιτηρίου των 5 ευρώ στις μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ, για όσους τουλάχιστον παρόχους δε συμβληθούν μαζί του (εξέταση των υπολοίπων),
2. η θέσπιση επιπλέον ανάλογης συμμετοχής (5 ευρώ) σε κατευθείαν επισκέψεις σε συμβεβλημένους ειδικούς γιατρούς του, όταν ο ασθενής δεν έχει παραπεμπτικό οικογενειακού γιατρού ή παιδίατρο,

3. η αυξημένη συμμετοχή ασθενούς – ασφαλισμένου ΕΟΠΥΥ, όταν πραγματοποιεί εξετάσεις σε συμβεβλημένα διαγνωστικά κ.λπ. κέντρα ή λοιπούς επαγγελματίες υγείας, χωρίς παραπεμπτικό συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΥΥ γιατρού ή μονάδας ΠΦΥ (π.χ. 33%),
4. άλλα μέτρα που θα εξετασθούν στην πορεία και εμπίπτουν στο αντικείμενο ειδικής μελέτης (αναφέρθηκαν στο 6.1.3).

6.3 Συστήματα Αποζημιώσεων των Παρόχων της ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ

6.3.1. Γενική Περιγραφή Συνολικού Μοντέλου Αποζημιώσεων ΠΦΥ

Στο πλαίσιο της πρότασης αυτής και λαμβάνοντας περαιτέρω υπόψη την εμπειρία άλλων συστημάτων, όπως αυτή αποτυπώθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια της μελέτης, προτείνεται ένα μικτό σύστημα αποζημίωσης των παρόχων υπηρεσιών ΠΦΥ από τον ΕΟΠΥΥ, λαμβάνοντας υπόψη και τις παρακάτω προϋποθέσεις:

1. να διασυνδεθεί ο τρόπος αποζημίωσης των γιατρών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τον πολίτη, σε συνεχή βάση,
2. βασικό στοιχείο της ασφαλιστικής πολιτικής θα πρέπει να είναι η κάλυψη να αναφέρεται σε ιατρικές παρεμβάσεις τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, απαλλάσσοντας έτσι χρονίως πάσχοντες από συν-πληρωμές, εφόσον αυτοί ακολουθούν αγωγή με βάση την τεκμηριωμένη αγωγή/κατευθυντήριες οδηγίες (κατά τα πρότυπα των γερμανικών DMPs/disease management programmes και των γαλλικών ALD/affections de longue durée).

Οι γιατροί πρώτης επαφής (γενικοί γιατροί/παθολόγοι και παιδίατροι), προτείνεται να αποζημιώνονται με σύστημα κατά κεφαλήν (capitation), όπως περιγράφηκε, σύστημα που διαρρηγγύνει τη σχέση μεταξύ αμοιβής και αριθμού των παρεχομένων υπηρεσιών, προωθεί τις προληπτικές δραστηριότητες και παρέχει κίνητρα στους γιατρούς να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να εγγραφούν στη λίστα τους. Εναλλακτικά, το σύστημα αμοιβής των οικογενειακών γιατρών προτείνεται να αποτελεί συνδυασμό των παρακάτω παραμέτρων:

- ♦ ενός πάγιου μηνιαίου μισθού (salary), ιδιαίτερα για όσους απασχολούνται στις μονάδες του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ (που προτείνεται να περάσουν στο ΕΣΥ), πλέον των κινήτρων που αναφέρθηκαν,
- ♦ ενός ποσού αμοιβής κατά κεφαλή, ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων στον κατάλογο των δικαιούχων (capitation), η οποία καταβάλλεται από τον ΕΟΠΥΥ (εξέταση συμπληρωμής από τους

- χρήστες π.χ. ως δικαίωμα εγγραφής), όπως περιγράφηκε και υπολογίστηκε ανωτέρω,
- ♦ ενός ποσού αμοιβής κατά κεφαλή, ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων στον κατάλογο των δικαιούχων και την επίτευξη των στόχων που αναφέρθηκαν αλλά θα έχουν συμφωνηθεί (βάσει των ποιοτικών κριτηρίων που έχει ήδη καθορίσει ο ΕΟΠΥΥ). Αυτή η μέθοδος έχει εν μέρει υιοθετηθεί από τον ΕΟΠΥΥ και περιλαμβάνεται σε σχετική Κ.Υ.Α (αρχίζοντας με ένα πάγιο ποσό των 1.000 € και κλιμάκωση ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων και μέχρι ανώτερο όριο των 2.500 €),
 - ♦ ενός κατά περίπτωση πρόσθετου ποσού ως κίνητρο για την ταυτόχρονη διαχείριση πολλαπλών προβλημάτων υγείας ασθενή στο ίδιο επεισόδιο φροντίδας υγείας και τις αναγκαίες προληπτικές ιατρικές πράξεις και δραστηριότητες (προληπτικός έλεγχος και αγωγή υγείας, διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου για χρόνια περιστατικά ή συγκεκριμένο πληθυσμό, κ.λπ.), που αναφέρθηκαν,
 - ♦ εξέταση υπερωριακής απασχόλησης για την 24ωρη κάλυψη αναγκών και κατ' οίκον νοσηλεία εγγεγραμμένων στον κατάλογο των δικαιούχων που αναφέρθηκαν,
 - ♦ μελλοντική εξέταση άλλων ποσών τα οποία προσδιορίζονται ως κίνητρα καλής πρακτικής, αποδοτικής χρήσης των πόρων και ποιότητας της φροντίδας για επιλεγμένα χρόνια νοσήματα που είναι υπεύθυνα για το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας και αναπηρίας στη χώρα μας.

Στους οικογενειακούς γιατρούς που λειτουργούν σε απομακρυσμένες νησιωτικές, ορεινές, αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές, όπου ο πληθυσμός ευθύνης είναι μικρότερος των 2.000 ατόμων, θα πρέπει να δοθούν επιπλέον ειδικά μισθολογικά και άλλα κίνητρα. Για τους (οικογενειακούς) παιδίατρος ισχύει ότι και για τους οικογενειακούς/γενικούς γιατρούς, με τη μόνη διαφορά ότι οι κατάλογοί τους δύναται να συμπεριλαμβάνουν άνω των 800 και έως 1.200 παιδιά.

Η κατά κεφαλή αποζημίωση των οικογενειακών γιατρών καταβάλλεται από τον ΕΟΠΥΥ περιοδικά ($\frac{1}{2}$ στην αρχή του πρώτου εξαμήνου και $\frac{1}{2}$ στην αρχή του δεύτερου), ενώ οι επιπλέον αμοιβές κατά κεφαλή ή κατά πράξη στο τέλος του έτους ή κάθε εξαμήνου.

Απαραίτητη είναι η σύνδεση της αμοιβής με τα αποτελέσματα (outcomes) διαχείρισης της ασθένειας, πρόοδο στη νόσο και αποφυγή επι-

πλοκών, μείωση κόστους για φάρμακο, εργαστηριακές εξετάσεις κ.ά. (βλέπε και κεφ. 6.2.3).

Οι γιατροί ειδικοτήτων (κατόπιν παραπομπής από γιατρούς πρώτης επαφής), δύνανται να αποζημιώνονται με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service), με προσδιορισμό ωραρίου ή/και ενός ανώτερου πλαφόν επισκέψεων μηνιαίως (κοντά στις 300), μετά από εξέταση παραπομπής από οικογενειακό γιατρό και ανάλογα με τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το σφαιρικό προϋπολογισμό της κάθε περιοχής ευθύνης. Εξασφαλίζεται έτσι η ελευθερία επιλογής γιατρού από τον ασθενή και η διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, με τον αναγκαίο όμως έλεγχο, στο πλαίσιο των κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών, για την αποφυγή φαινομένων προκλητής ζήτησης υπηρεσιών.

Η απ' ευθείας επίσκεψη σε ειδικό γιατρό επιτρέπεται χωρίς τη μεσολάβηση του οικογενειακού γιατρού, αλλά πρέπει να εξετασθεί κι η πρόταση αντικινήτρων, που θα αποθαρρύνουν αυτή τη συμπεριφορά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Εάν π.χ. ο ασθενής παραπέμπεται από τον οικογενειακό γιατρό του στον ειδικό γιατρό, τότε η επίσκεψη αυτή και οι εξετάσεις καλύπτονται πλήρως. Αντίθετα, σε περίπτωση που ο ασθενής αυτό-παραπεμφθεί σε ειδικό γιατρό π.χ. επιβαρύνεται με συμμετοχή στο κόστος, το ύψος της οποίας πρέπει να καθορισθεί (έχει προηγουμένως προταθεί αντίστοιχα στα 5 ευρώ).

Η κατά περιστατικό και περίπτωση αποζημίωση, θα μπορεί να γίνεται μέσω ενός συστήματος προοπτικής αποζημίωσης κατά το πρότυπο των KEN/DRGs (ΟΕΠΦΥ/ΑΡGs), αρχικά στην κατεύθυνση της διαχείρισης συνήθων χρόνιων νοσημάτων της κοινότητας από τις μονάδες και τους λοιπούς γιατρούς ή επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ (πακέτα αποπληρωμής διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων). Γι αυτό το λόγο παρακάτω θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη κι αυτής της ολοκληρωμένης μεθόδου αποζημίωσης ΠΦΥ, με στόχο ένα ολοκληρωμένο σύστημα αποζημιώσεων των παρόχων ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ.

6.3.2 Μεθοδολογία Ανάπτυξης ΟΕΠΦΥ-ΑΕΠ/ΑΡG-ICPC2

Η μέθοδος, λοιπόν, των ομάδων επισκέψεων (ΑΡGs) πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ακολουθεί τη φιλοσοφία των ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων (KEN/DRGs) και είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να προβλέπει τη μέση χρήση πόρων των ασθενών που ανήκουν στην ίδια ομοιογενή ομάδα. Αντίθετα με τα KEN ως βασική μονάδα αμοιβής ορίζεται η ιατρική επίσκεψη αντί της εισαγωγής σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Η ιατρική επίσκεψη προσδιορίζεται από το σύνολο των υπηρεσιών που παρέχονται στον

ασθενή την ίδια ημέρα της επίσκεψης από τον ίδιο γιατρό και δύναται να αποτελείται από μια ή περισσότερες πράξεις, από μία ιατρική εξέταση ή από βοηθητικές δοκιμασίες ή πράξεις.

Οι ασθενείς που ανήκουν στην ίδια ομάδα έχουν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και παρόμοια χρήση πόρων και συνεπώς κόστος. Είναι προφανές, ότι κάποια διακύμανση στη χρήση πόρων μεταξύ των ασθενών που εμπίπτουν στην ίδια ομάδα δεν μπορεί να αποκλειστεί, καθώς οι ασθενείς μεταξύ τους δεν μπορούν να είναι πανομοιότυποι. Παρόλα αυτά όμως, ενώ η ακριβής χρήση πόρων κάθε ασθενή δεν μπορεί να προβλεφθεί, η μέση χρήση πόρων μιας ομάδας ασθενών που ανήκουν στην ίδια APG μπορεί να εκτιμηθεί με σχετική ακρίβεια.

Όπως προαναφέρθηκε τα APGs κατηγοριοποιούν τον όγκο και το είδος των πόρων που χρησιμοποιούνται σε διάφορες επισκέψεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ομαδοποιώντας πράξεις, διαδικασίες και ιατρικές επισκέψεις, με παρόμοια χαρακτηριστικά και κατανάλωση πόρων. Απαραίτητη προϋπόθεση για την κατασκευή των ομάδων αποτελεί η ύπαρξη μιας μεθόδου κατηγοριοποίησης και ομαδοποίησης των ασθενών.

Ως επικρατέστερες μέθοδοι κατηγοριοποίησης ασθενών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βάσει κλινικών χαρακτηριστικών και χρησιμοποίησης πόρων εμφανίζονται οι μέθοδοι των Ambulatory Visit Groups (AVGs), Ambulatory Patient Classification (APC) και Ambulatory Patient Groups (APGs). Παρότι τα AVGs δεν αποτέλεσαν την πρώτη απόπειρα κατηγοριοποίησης ασθενών, ήταν η πρώτη μέθοδος που εισήγαγε την παράμετρο της ίσης κατανάλωσης πόρων. Η δημιουργία της μεθόδου των AVGs, με πρωταρχικό στόχο την κατασκευή ενός εργαλείου σύγκρισης της παραγωγικότητας και της απόδοσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ανέδειξε τα πλεονεκτήματα του εργαλείου για πιθανή χρήση του ως μεθόδου αποζημίωσης. Αποτέλεσμα αυτού ήταν η δημιουργία των APC και APG στα μέσα της δεκαετίας του 1990 ως μεθόδου αποζημίωσης των προμηθευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Τόσο τα APC όσο και τα APG χρησιμοποιούν την ίδια βασική μεθοδολογία. Εν τούτοις, τα APG δύνανται να αποτελέσουν χρησιμότερο εργαλείο κατηγοριοποίησης και αποζημίωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και σύμφωνα με τους Goldfield, N. Averill, R., Eisenhandler, J., & Grant, T. (2008) [APGs version 3 - A classification system for payment of AVs. *Journal of Ambulatory Care Management*, 31(1): 2-16], η μέθοδος των APG είναι περισσότερο λεπτομερής και ολοκληρωμένη, τόσο σε επίπεδο αποζημίωσης όσο και σε επίπεδο κατηγοριοποίησης.

Ειδικότερα, κάθε ασθενής κατηγοριοποιείται στο εκάστοτε APG βάσει της διάγνωσής του και των πράξεων που του παρέχονται, σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση παθήσεων International Classification of Disease (ICD-10) ή το International Classification of Primary Care (ICPC-2) και πράξεων Current Procedural Terminology (CPT-4).

Το σύνολο των APG που προκύπτουν από την ομαδοποίηση των κωδικών του ICD-10 και CPT-4 χωρίζονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες.

1. Σημαντικές πράξεις/διαδικασίες (significant procedures): Μια πράξη η οποία αποτελεί το βασικό λόγο της επίσκεψης και για την οποία δαπανάται το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου και των πόρων που αναλώνονται στην επίσκεψη
2. Ιατρική επίσκεψη (medical visit): Μια ιατρική επίσκεψη κατά τη διάρκεια της οποίας ο ασθενής λαμβάνει ιατρική φροντίδα (αξιολόγηση και διαχείριση) χωρίς να του παρέχεται κάποια σημαντική πράξη
3. Βοηθητικές δοκιμασίες και πράξεις (ancillary procedures): Δοκιμασίες και πράξεις ο οποίες χρησιμοποιούνται ώστε να βοηθήσουν στη διάγνωση ή τη θεραπεία, π.χ. εμβολιασμοί, εργαστηριακά τεστ
4. Συνοδευτική πράξη (Incidental procedures): Αναπόσπαστο μέρος μιας ιατρικής επίσκεψης, το οποίο σχετίζεται με τις υπηρεσίες του ιατρού. Π.χ. χρήση εργαλείων αξιολόγησης ασθενών και εκτίμησης του κινδύνου (π.χ. motion measurements).

Σε αντίθεση με τα DRG, κάθε ασθενής που κάνει χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας περιγράφεται από ένα ή περισσότερα APG, το κάθε ένα από τα οποία αντιστοιχεί στις υπηρεσίες που του παρασχέθηκαν. Αναλυτικότερα, αν σε έναν ασθενή παρασχέθηκαν δυο σημαντικές πράξεις, μια ακτινογραφία θώρακος και ένα αιματολογικό τεστ, τότε του αποδίδονται 4 APGs, το άθροισμα των τιμών αμοιβής των οποίων καθορίζει και την αμοιβή του προμηθευτή για κάθε ασθενή.

Μεθοδολογία ανάπτυξης ελληνικών APGs

Λεδομένης της οικονομικής συγκυρίας και της ανάγκης απομάκρυνσης από την αναδρομική χρηματοδότηση, που αποδεικνύεται αναποτελεσματική και μη αποδοτική, κρίθηκε αναγκαία η μετάβαση σε ένα εναλλακτικό σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στη βάση των Ομάδων Επισκέψεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Ambulatory Patient Groups, APG). Η χρηματοδότηση αυτή έχει σχέση με την επιβεβαίωση του σφαιρικού προϋπολογισμού που αναπτύχθηκε παραπάνω προς όλες τις κατηγορίες παρόχων ΠΦΥ, όσον

αφορά τα αποτελέσματα κάθε μονάδας υγείας, ταξινομημένα ανά κατηγορίες περιστατικών (ασθενών).

Βασική προϋπόθεση για την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε APGs αποτελεί η ύπαρξη ενός συστήματος ανεπτυγμένου στη βάση του ICD-10/ICPC-2 και του CPT-4, σύμφωνα με το οποίο κωδικοποιούνται παθήσεις και πράξεις που χαρακτηρίζουν τον εκάστοτε ασθενή, ώστε να είναι δυνατή εν συνεχεία η αντιστοίχιση του σε μια ομάδα επισκέψεων. Επιπλέον, η άντληση των απαραίτητων δεδομένων προϋποθέτει την ύπαρξη μιας ευρείας βάσης δεδομένων, η διαθεσιμότητα της οποίας είναι αρκετά περιορισμένη, σε απουσία ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών, καθώς και ενός επικαιροποιημένου και αξιόπιστου συστήματος τιμολόγησης.

Επιπρόσθετα, παρά το γεγονός ότι τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με την ιδρυτική τους διακήρυξη αναμένεται να παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, που ξεκινά από την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, έως την κοινωνική ιατρική και την αποκατάσταση, η πραγματική προσφορά τους περιορίζεται σε μια μικρή δέσμη υπηρεσιών/παροχών. Για τους λόγους αυτούς και για τις ανάγκες του έργου, χρησιμοποιήθηκαν αρχικά τα αποτελέσματα 15 κατηγοριών περιστατικών, οι οποίες αντιπροσωπεύουν και ομαδοποιούν τις παρεχόμενες από τις μονάδες υγείας του ΕΣΥ (ΚΥ, ΠΙ).

Μεθοδολογία για τις ανάγκες του παρόντος έργου

Ομάδες επισκέψεων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΟΕΠΦΥ):

Λαμβάνοντας υπόψη,

- ♦ ότι η ανάπτυξη ενός συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης βασισμένο στις ΟΕΠΦΥ εκτιμάται ότι δύναται να λειτουργήσει ως εργαλείο συγκράτησης του κόστους και εξορθολογισμού των δαπανών, μέσω του ελέγχου του είδους και του όγκου των παρεχομένων υπηρεσιών,
- ♦ τους περιορισμούς της παραπάνω μελέτης σχετικά με την εισαγωγή συστημάτων-ταξινόμησης και κωδικοποίησης-καθώς και ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών και επικαιροποιημένων συστημάτων τιμολόγησης, προκειμένου να καταρτιστούν ακριβέστερες και λεπτομερέστερες ομάδες επισκέψεων,

και δεδομένου ότι βασική πρόταση του παρόντος έργου αποτελεί κι η εφαρμογή μεθόδων αποζημίωσης προγραμμάτων διαχείρισης νοσημάτων, ακολουθήθηκε η παρακάτω μεθοδολογία, με σκοπό την κοστολόγηση των 15 ΟΕΠΦΥ, καθώς και την κοστολόγηση επιλεγμένων Ατομικών Επισκέ-

ψεων – Περιστατικών (ΑΕΠ) στο πλαίσιο της διαχείρισης συνήθων νοσημάτων της κοινότητας από τις μονάδες και τους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ.

Ειδικότερα, η σχετική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ξεκινά από την κοστολόγηση μεμονωμένων περιστατικών σε Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια:

1. Καταγραφή των Ομάδων Επισκέψεων ΠΦΥ (ΟΕΠΦΥ). Τα περιστατικά των Κέντρων Υγείας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε 15 κατηγορίες (Πίνακας 6.12). Τα περιστατικά της ίδιας ΟΕΠΦΥ παρουσιάζουν ομοιογένεια ως προς την κατάσταση του ασθενούς, καθώς και τη διαδικασία αντιμετώπισης, με συνέπεια να αναμένεται παραπλήσιο κόστος για αυτά.
2. Αντιστοίχιση των ΟΕΠΦΥ με τη διεθνή κωδικοποίηση Συμπτωμάτων – Διαγνώσεων ICPC-2 (Πίνακας 6.13). Η αντιστοίχιση αυτή αποσκοπεί στην επακόλουθη ομαδοποίηση των Ατομικών Επισκέψεων – Περιστατικών (ΑΕΠ).

Πίνακας 6.12: Κατηγορίες Περιστατικών σε Κέντρα Υγείας

Κατηγορία περιστατικών	Παρατήρηση
1. Διαχείριση επείγοντος περιστατικού (π.χ. τοκετός, ΟΕΜ, σοβαρή παρόξυνση ΧΑΠ)	Περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις - συνταγογράφηση- παραπομπή-διακομιδή
2. Διαχείριση έκτακτου / οξέος νοσήματος (μη επείγοντος) (π.χ. θλαστικό τραύμα, λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού, κρίση ημικρανίας)	Περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις- συνταγογράφηση- παραπομπή
3. Επανεξέταση έκτακτου / οξέος ή επείγοντος περιστατικού	Περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις συνταγογράφηση- παραπομπή
4. Ολοκληρωμένη αξιολόγηση της υγείας (π.χ. πιστοποιητικό υγείας, πρώτη εξέταση σε ιατρείο χρόνιων παθήσεων)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος, και σύνθετες προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις

5. Μερική αξιολόγηση υγείας - επανεξέταση για χρόνιες παθήσεις ή ενοχλήματα (π.χ. δυσκοιλιότητα, οστεοπόρωση, ΑΥ, κατάθλιψη, γλαύκωμα, προβλήματα όρασης)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος, και σύνθετες προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις
6. Τακτική εξέταση υγιούς ατόμου (π.χ. περιγεννητική φροντίδα, παρακολούθηση ανάπτυξης βρεφών και παιδιών)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος
7. Πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων	Χωρίς κλινική εξέταση
8. Συνταγογράφηση φαρμάκων ή εξετάσεων	Χωρίς κλινική εξέταση
9. Απλή διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. μέτρηση ΑΠ, σακχάρου αίματος, ενεσιοθεραπεία, αλλαγή απλού τραύματος)	Χωρίς κλινική εξέταση
10. Σύνθετη διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. αφαίρεση σπίλου, υπέρηχος)	Χωρίς κλινική εξέταση
11. Εμβολιασμός παιδιών και ενηλίκων	Χωρίς κλινική εξέταση
12. Πρωτογενής πρόληψη (π.χ. συμβουλή για κάπνισμα, αντισύλληψη, αλκοόλ, διαίτα, ΣΜΝ, ατυχήματα)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος
13. Σύνθετη προληπτική παρέμβαση (π.χ. λήψη επιχρίσματος κατά Παπανικολάου)	Χωρίς συνολική κλινική εξέταση
14. Εξειδικευμένη υποστήριξη (π.χ. φυσικοθεραπεία, αποκατάσταση, ψυχοθεραπεία, κοινωνική υποστήριξη, παρηγορητική θεραπεία)	Από ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας
15. Αντιμετώπιση διοικητικού θέματος (π.χ. λήψη απαντήσεων εξετάσεων, λήψη παραπεμπτικού, διόρθωση λάθους συνταγής)	Χωρίς κλινική εξέταση

Πίνακας 6.13: Ταξινόμηση κωδικών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ICPC-2) σε κατηγορίες περιστατικών

Κωδικοί ΟΕΠΦΥ	Παρατήρηση	Κωδικοί ICPC-2
1. Διαχείριση επειγόντος περιστατικού (π.χ. τοκετός, ΟΕΜ, σοβαρή παρ΄δυσνη ΧΑΠ)	Περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις - συνταγογράφηση- παραπομπή-διακομική	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -30, -31, -34, -35, -39, -40, -41, -42, -50, -51, -52, -53, -54, -55, -56, -67 A06, A07, A10, A80, A81, A82, A84, A92, B76, B77, D14, D15, D16, K74, K75, K90, K93, L81, N07, N71, N72, N88, R02, R03, T87, W80, W90, W91, W92, W93, W99
2. Διαχείριση έκτακτου / οξείος νοσήματος (μη επειγόντος) (π.χ. θλαστικό τραύμα, λοιμώξη ανώτερου αναπνευστικού, κρίση ημικρανίας)	Περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις- συνταγογράφηση- παραπομπή	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -30, -31, -34, -38, -39, -40, --41, -42, -43, -45, -50, -51, -52, -53, -54, -55, -56, -67, A02, A03, A06, A11, A12, A76, A77, A80, A85, A86, B76, B83, D10, D15, D70, D80, D88, F76, F79, F82, F85, H05, H71, H79, K01, K70, K75, K80, K85, K90, K93, K99, L72, L73, L74, L75, L76, L80, L81, N07, N70, N71, N72, N89, P02, P16, P18, P72, P77, P82, R02, R03, R24, R77, R96, R87, R98, S18, S80, T11, T85, T87, U06, U70, U88, W03, W17, W70, W99, X82, Y80
3. Επανεξέταση έκτακτου / οξείος ή επειγόντος περιστατικού	Περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις- συνταγογράφηση- παραπομπή	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -30, -31, -34, -38, -39, -41, -42, -43, -45, -50, -51, -52, -53, -54, -55, -67, A87, A99

Κωδικοί ΟΕΠΦΥ	Παρατήρηση	Κωδικοί ΙCPC-2
4. Ολοκληρωμένη αξιολόγηση της υγείας (π.χ. ποσοπονητικό υγείας, πρώτη εξέταση σε ιατρείο χρονίων παθήσεων)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος, και σύνθετες προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -30, -39, -42 A98, A99
5. Μερική αξιολόγηση υγείας - επανεξέταση για χρόνιες παθήσεις ή ενδοκλήματα (π.χ. δυσκοιλιότητα, οστεοπόρωση, ΑΥ, κατάθλιψη, γλαύκωμα, προβλήματα όρασης)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος, και σύνθετες προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -30, -31 B71, B72, B73, B74, B75, B80, B81, B82, B83, B86, B87, B90, B99, D74, D75, D76, D77, D78, D82, D83, D84, D85, D86, D87, D89, D90, D91, D92, D93, D94, D95, D97, D98, D99, F71, F74, F83, F84, F85, F86, F91, F92, F93, F94, F95, F99, H74, H75, H81, H82, H83, H84, H86, H99, K72, K74, K76, K77, K78, K80, K81, K82, K83, K84, K86, K87, K88, K90, K91, K92, K95, K99, L71, L83, L85, L88, L89, L90, L91, L92, L95, L97, L98, L99, N74, N75, N76, N86, N87, N89, N94, N99, P70, P71, P72, P73, P74, P75, P76, P77, P78, P79, P80, P81, P85, P98, P99, R84, R85, R86, R92, R95, R96, R97, R99, S77, S79, S85, S86, 887, S88, S91, S96, S97, S98, S99, T71, T72, T93, T81, T85, T86, T89, T90, T92, T93, T99, U75, U76, U77, U78, U79, U88, U90, U95, U99, W72, W73, W78, W80, W84, W85, W99, X75, X76, X77, X78, X79, X80, X81, X85, X87, X88, X89, X91, X99, Y77, Y78, Y79, Y81, Y82, Y83, Y85, Y86, Y99

Κωδικοί ΟΕΠΦΥ	Παρατήρηση	Κωδικοί ICPC-2
6. Τακτική εξέταση υγιούς ατόμου (π.χ. περιγεννητική φροντίδα, παρακολούθηση ανάπτυξης βρεφών και παιδιών)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος	Για όλα τα συστήματα -26, -27 A20, A21, A23, A30, A39, P05, W01, W02, W10, W11, W12, W13, W14
7. Πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων	Χωρίς κλινική εξέταση	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -34, -35, -41, -42, -43 A91
8. Συνταγογράφηση φαρμάκων ή εξετάσεων	Χωρίς κλινική εξέταση	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -50
9. Απλή διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. μέτρηση ΑΠ, σακχάρου αίματος, ενεσιοθεραπεία, αλλαγή απλού τραύματος)	Χωρίς κλινική εξέταση	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -50 T34, K39, -S56, A91, Y85
10. Σύνθετη διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. αφαίρεση σπίλου, υπέρηχος)	Χωρίς κλινική εξέταση	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -37, -39, -40, -41, -42, -43, -52, -53, -55 A51, D51, H51, L51, R51, S51, U51, X51, Y51, F54, L54, S54, B55, F55, H55, L55, Y55
11. Εμβολιασμός παιδιών και ενηλίκων	Χωρίς κλινική εξέταση	A44, A98

Κωδικοί ΟΕΠΦΥ	Παρατήρηση	Κωδικοί ICPC-2
12. Σύνθετη προληπτική παρέμβαση (π.χ. λήψη επιχρίσματος κατά Παπανικολάου)	Χωρίς συνολική κλινική εξέταση	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -37, -39, -40, -41, -42, -43 A98, A70, B25, D18, F93, K99, R95, T07, Z19
13. Εξειδικευμένη υποστήριξη (π.χ. φυσικοθεραπεία, αποκατάσταση, ψυχοθεραπεία, κοινωνική υποστήριξη, παρηγορητική θεραπεία)	Από ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας για όλα τα συστήματα -26, -27, -28 A79, B72, B73, B74, D74,D75, D76, D77, L71, N74, R84, R85, S77, T71, U76, U77, W72, X74, X76,X77, Y77, Y78, R53, L57, A58, F58, A20, A25, A26, A27, A18, B25, F83, F84, F85, K75, K77, L72, L73, L74, L75, L76, L80, P76, P77, P79, P81, P82, P85, P86, R95, R96, T82, T89, T90, U04, W10, W11, W15, W27, W79, W82, W92, W93, X70, X82, Y70, Z12, Z13, Z14, Z15	
14. Αντιμετώπιση διοικητικού θέματος (π.χ. λήψη απαντήσεων εξετάσεων, λήψη παραπεμπτικού, διόρθωση λάθους συνταγής)	Χωρίς κλινική εξέταση	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: -60, -61, -62, -63, -67 A96, Z01, Z10

6.3.3 Μεθοδολογία Κοστολόγησης για Αποζημιώσεις ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ

Μετά την καταγραφή των Ομάδων Επισκέψεων – Περιστατικών ΠΦΥ (ΟΕΠΦΥ) και την αντιστοίχιση αυτών με τη διεθνή κωδικοποίηση Συμπτωμάτων – Διαγνώσεων ICPC-2 (βλ. 6.3.2), για τη συλλογή δεδομένων, την ανάλυση των στοιχείων και την τελική υλοποίηση της κοστολόγησης μεμονωμένων περιστατικών σε Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ επακολούθησε η δημιουργία φύλλου κοστολόγησης (πίνακας 6.14) με:

- A. το διαχωρισμό του προσωπικού ενός Κέντρου Υγείας σε τέσσερις βασικές κατηγορίες, σε ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό (λοιποί επαγγελματίες υγείας) προσωπικό
- B. τον καθορισμό του κόστους εργασίας ανά εργατοώρα για κάθε κατηγορία προσωπικού. Ο ρόλος των τεσσάρων κατηγοριών στην παροχή των υπηρεσιών είναι σαφέστατα διαφοροποιημένος. Οι εργατοώρες για κάθε κατηγορία προσωπικού αναφέρονται στη μετατροπή της διάρκειας απασχόλησης κάθε περιστατικού σε ώρες (π.χ. 30 λεπτά της ώρας αντιστοιχούν σε 0,5 εργατοώρα).

Δεδομένου ότι το προσωπικό των ΚΥ απασχολείται με εξαρτημένη σχέση εργασίας και αμείβεται με πάγιο μηνιαίο μισθό, το κόστος ανά κατηγορία προσωπικού προέκυψε από τη σχέση:

$$\text{Κόστος άμεσης εργασίας ανά εργατοώρα} = \frac{\text{Μηνιαίο κόστος άμεσης εργασίας}}{\text{Μηνιαίος αριθμός εργατωρών}}$$

Το μηνιαίο κόστος άμεσης εργασίας αφορά τις μηνιαίες μικτές αποδοχές σε κάθε κατηγορία προσωπικού. Υπολογίστηκε ότι το κόστος ενός γιατρού ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 3.000 ευρώ ανά μήνα (μικτά με εφημερίες και εισφορές) και το κόστος των άλλων τριών κατηγοριών σε 2.000 ευρώ ανά μήνα (μικτά με πρόσθετες αμοιβές και εισφορές). Όλες οι κατηγορίες προσωπικού απασχολούνται κατά μέσο όρο 176 εργατοώρες το μήνα (22 εργάσιμες ημέρες * 8 ώρες ανά ημέρα), με εξαίρεση τους γιατρούς που απασχολούνται κατά μέσο όρο 154 εργατοώρες (22 εργάσιμες ημέρες * 7 ώρες ανά ημέρα). Κατά συνέπεια, το κόστος εργασίας ανά εργατοώρα για τις τέσσερις κατηγορίες προσωπικού υπολογίστηκε 19,48, 11,36, 11,36 και 11,36 ευρώ αντίστοιχα. Το ζητούμενο κόστος άμεσης εργασίας σε κάθε περιστατικό προέκυψε ως το άθροισμα των γινομένων ανάμεσα στις εργατοώρες και το κόστος ανά εργατοώρα για κάθε κατηγορία προσωπικού.

- Γ. το ποσοστό συμμετοχής (προσωπικού) ανά κατηγορία περιστατικού.
- Δ. την καταγραφή του κόστους που συνεπάγεται η αντιμετώπιση ενός περιστατικού / μιας επίσκεψης σε ένα Κέντρο Υγείας.

Το κόστος αυτό διαχωρίστηκε σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- i. Άμεσο κόστος εργασίας (προσωπικού),
- ii. Άμεσο λοιπό κόστος (υλικών, φαρμάκων, εξετάσεων),
- iii. Έμμεσο κόστος (overheads).

Σημειώνεται ότι, οι δυο πρώτες κατηγορίες κόστους σχετίζονται άμεσα με την παραγωγική διαδικασία (εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών), ενώ η τρίτη κατηγορία κόστους επιβαρύνει τη μονάδα στο σύνολό της, με αποτέλεσμα να χρήζει επιμερισμού στα μεμονωμένα περιστατικά.

Το άμεσο κόστος εργασίας σε κάθε περιστατικό ενός Κέντρου Υγείας είναι αποτέλεσμα τριών παραγόντων και συγκεκριμένα του προσωπικού που απασχολείται στη συγκεκριμένη διαδικασία, των εργατοωρών που αναλώνει και του χρηματικού κόστους ανά μονάδα του χρόνου.

Το υπολειπόμενο άμεσο κόστος (λοιπό άμεσο κόστος) αφορά κόστος που συνεπάγονται 5 κατηγορίες εξετάσεων και υλικών:

1. Βιοπαθολογικές εξετάσεις,
2. Ακτινολογικές εξετάσεις,
3. Οδοντιατρικές εξετάσεις (σε ανάλογα περιστατικά),
4. Φάρμακευτικό υλικό,
5. Υγειονομικό υλικό και αντιδραστήρια.

Το μοναδιαίο κόστος των βιοπαθολογικών, ακτινολογικών και οδοντιατρικών εξετάσεων προέκυψε σύμφωνα με τις αποζημιώσεις του Κρατικού Τιμολογίου για τις σχετικές εξετάσεις. Αντίστοιχα, το κόστος των φαρμάκων προήλθε από τις Νοσοκομειακές τιμές του πιο πρόσφατου Δελτίου Τιμών Φαρμάκων. Τέλος, το κόστος του υγειονομικού υλικού αντλήθηκε από το Παρατηρητήριο Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας.

Το έμμεσο κόστος, το οποίο συνεπάγεται η παροχή υπηρεσιών σε ένα τυπικό ΚΥ, αναφέρεται σε 4 βασικές κατηγορίες κόστους:

- ✓ Αμοιβές τρίτων

Οι αμοιβές τρίτων αναφέρονται στο κόστος παροχής υπηρεσιών από εξωτερικούς συνεργάτες του ΚΥ, συννηθέστερες των οποίων είναι οι υπηρεσίες φύλαξης (security), συντήρησης και καθαριότητας.

- ✓ Παροχές τρίτων

Οι παροχές τρίτων είναι συνώνυμες με τα έξοδα σε υπηρεσίες ΔΕΚΟ (ηλεκτρική ενέργεια, τηλεπικοινωνίες, κ.λπ.).

- ✓ Έμμεσα υλικά.

Τα έμμεσα υλικά περιλαμβάνουν όλες τις κατηγορίες υλικών, πλην του υγειονομικού και φαρμακευτικού. Για παράδειγμα, αναλώσιμα γραφείου, είδη καθαρισμού, κ.λπ.

✓ Λοιπό κόστος.

Βασικές υποκατηγορίες του λοιπού κόστους είναι για παράδειγμα τα έξοδα διοίκησης και διάθεσης. Όπως γίνεται φανερό, οι παραπάνω κατηγορίες κόστους επιβαρύνουν τη συνολική λειτουργία του ΚΥ και απαιτείται επιμερισμός αυτών στα μεμονωμένα περιστατικά.

Για τις αμοιβές και παροχές τρίτων, ως βάση επιμερισμού χρησιμοποιήθηκαν οι εργατοώρες των 4 βασικών κατηγοριών προσωπικού. Με άλλα λόγια, θεωρήθηκε ότι η ανάλωση οικονομικών πόρων σε αμοιβές και παροχές τρίτων είναι σε ευθεία συνάρτηση των εργατοωρών του προσωπικού. Κατ' αυτό τον τρόπο, το έμμεσο κόστος κάθε περιστατικού προέκυψε από τη σχέση:

Καταλογιστέο Έμμεσο Κόστος = Συνολικές εργατοώρες περιστατικού * Συντελεστής καταλογισμού

Όπου, οι «Συνολικές εργατοώρες περιστατικού»: το άθροισμα των εργατοωρών που αφιερώνουν οι 4 κατηγορίες προσωπικού για το εκάστοτε περιστατικό και «Συντελεστής καταλογισμού»: το αποτέλεσμα του ετήσιου κόστους (σε αμοιβές ή παροχές τρίτων) προς τις ετήσιες εργατοώρες του προσωπικού.

Το ετήσιο κόστος αντλήθηκε από την εκάστοτε Διοικητική Υπηρεσία των εξεταζόμενων ΚΥ, ενώ οι ετήσιες εργατοώρες προϋπολογίστηκαν στις 8.184 ώρες ως εξής: 7 ώρες ημερησίως * 22 ημέρες μηνιαίως * 12 μήνες ετησίως = 1.848 για κάθε γιατρό πλέον 8 ώρες ημερησίως * 22 ημέρες μηνιαίως * 12 μήνες ετησίως = 2.112 για κάθε εργαζόμενο από τις υπόλοιπες 3 κατηγορίες (1.848 + 3*2.112 = 8.184).

Αντίστοιχα, το κόστος των έμμεσων υλικών και το λοιπό κόστος επιμερίστηκε με βάση τον ετήσιο αριθμό των εξετασθέντων ασθενών. Ο συντελεστής καταλογισμού στην περίπτωση αυτή είναι το αποτέλεσμα του ετήσιου κόστους (σε έμμεσα υλικά ή λοιπά έξοδα) δια τον ετήσιο αριθμό των εξετασθέντων ασθενών, μεγέθη που αντλήθηκαν μέσω της Διοικητικής Υπηρεσίας των ΚΥ.

Να σημειωθεί πως στον τελικό επιμερισμό του κόστους συναντήθηκε η αντικειμενική δυσκολία να συσχετιστεί το εν λόγω έμμεσο κόστος με τη συχνότητα κάθε περιστατικού καθώς και τη συνολική ανάλωση πόρων. Κατά συνέπεια, θεωρήθηκε ότι οι συγκεκριμένες κατηγορίες έμμεσου κόστους κατανέμονται ισοποσα σε κάθε περιστατικό.

6.3.3.1 Εφαρμογή – Συλλογή Δεδομένων – Ανάλυση

Βάσει λοιπόν των παραπάνω, το φύλλο κοστολόγησης που σχεδιάστηκε χωρίστηκε σε τρία μέρη, όσες δηλαδή και οι κατηγορίες κόστους που καλείται να καταγράψει, δηλαδή σε:

- A. Εργασία,
- B. Άμεσο κόστος και
- Γ. Έμμεσο κόστος.

Η κοστολόγηση έλαβε χώρα κατά το μήνα Ιούνιο του 2013 στο Κέντρο Υγείας Βάρης (Ν. Αττικής), καθώς και στο Κέντρο Υγείας Μηχανιώνας (Ν. Θεσσαλονίκης). Στο πλαίσιο της περιγραφείσας μεθοδολογίας κοστολογήθηκαν **79** περιστατικά/επισκέψεις (79 ΑΕΠ σε 15 ΟΕΠΦΥ) στα 2 ως άνω Κέντρα Υγείας της χώρας, με το μέσο όρο κόστους των τριών κατηγοριών να υπολογίζεται στα 20,89 ευρώ, με τη μεγαλύτερη τιμή κόστους να σημειώνεται στην κατηγορία του άμεσου κόστους (12,66 ευρώ) και δη των βιοπαθολογικών εξετάσεων (8,28 ευρώ) (πίνακας 6.15).

Ενδεικτικά πρέπει να αναφερθεί, πως τα 79 περιστατικά/επισκέψεις αφορούν συνολικά 9 ΑΕΠ για την πρώτη κατηγορία περιστατικών με συνολικό μέσο όρο κόστους 21,80 ευρώ, 10 ΑΕΠ για τη δεύτερη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο κόστους 10,63 ευρώ, 5 ΑΕΠ για την τρίτη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 7,76 ευρώ, 6 ΑΕΠ για την τέταρτη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 47,00 ευρώ, 9 ΑΕΠ για την πέμπτη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 34,40 ευρώ, 6 ΑΕΠ για την έκτη και την έβδομη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 24,64 ευρώ και 59,51 ευρώ αντίστοιχα, 3 ΑΕΠ για την ογδοη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 4,58 ευρώ, 6 ΑΕΠ για την ένατη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 2,89 ευρώ, 3 ΑΕΠ για τη δέκατη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 14,93 ευρώ, 4 ΑΕΠ για τη ενδέκατη και τη δωδέκατη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 5,05 ευρώ και 9,27 ευρώ αντίστοιχα, 3 ΑΕΠ για τη δεκάτη τρίτη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 19,93 ευρώ, 1 ΑΕΠ για την δεκάτη τέταρτη κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 5,05 ευρώ και 4 ΑΕΠ για την τελευταία κατηγορία περιστατικών με μέσο όρο 3,60 ευρώ (αναλυτικότερα στον πίνακα 6.15).

Στο σύνολο των καταγεγραμμένων ΑΕΠ είναι φανερό ότι τη μεγαλύτερη συνεισφορά στο συνολικό κόστος ενός περιστατικού έχει η άμεση εργασία (31,36% του συνολικού κόστους) και το άμεσο κόστος (60,64% του συνολικού κόστους), ενώ το έμμεσο κόστος καταλαμβάνει κατά μέσο όρο μόλις το 8% του συνολικού. Στα επιμέρους στοιχεία του άμεσου κόστους σημαντικότερη είναι η συνεισφορά των ιδιαίτερα δαπανηρών βιοπαθολογικών εξετάσεων (περίπου 65% του άμεσου κόστους). Εξάλλου δεν προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι από τις ομάδες επισκέψεων, που περιλαμβάνουν συνήθως βιοπαθολογικές εξετάσεις (ΟΕΠΦΥ 4, 5 & 7), προέρχονται τα ΑΕΠ με το υψηλότερο κόστος.

6.3.3.2 Περιορισμοί έρευνας

Ολοκληρώνοντας, σε αυτό το σημείο, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν ορισμένοι βασικοί περιορισμοί της έρευνας:

- ♦ Η άμεση εργασία στα ΚΥ της χώρας αποζημιώνεται έως σήμερα μέσω πάγιων μηνιαίων μισθών, που προέρχονται από Κρατική Επιχορήγηση προς το Νοσοκομείο υπαγωγής. Κατά συνέπεια, η αποζημίωση μέσω ΑΕΠ προτείνει εμμέσως αλλαγή στον τρόπο αποζημίωσης του προσωπικού των ΚΥ. Κατά διαφορετικό τρόπο αναμένονται αποκλίσεις στο κόστος μισθοδοσίας.
- ♦ Οι εργατοώρες κάθε περιστατικού καταγράφηκαν μέσω προσωπικών συνεντεύξεων με εργαζομένους του ΚΥ (κυρίως γιατρούς). Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για την ανάλωση εξετάσεων, υγειονομικού υλικού και φαρμάκων σε κάθε περιστατικό. Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται ο παράγοντας της υποκειμενικότητας, υπό την έννοια ότι οι αναλώσεις σε κάθε ΚΥ εξαρτώνται από τις υπάρχουσες υποδομές, τα χαρακτηριστικά του προσωπικού (π.χ. εμπειρία), καθώς και τη φιλοσοφία στην αντιμετώπιση των περιστατικών. Συνεπώς, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το σφάλμα γενίκευσης στα υπόλοιπα ΚΥ της χώρας (από τις εργατοώρες ανά περιστατικό κι όχι από τις αποδοχές).
- ♦ Τα φάρμακα της ίδιας δραστικής ουσίας, που χρησιμοποιούνται στα ΚΥ για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου περιστατικού, ποικίλουν με αποτέλεσμα να υπάρχουν διακυμάνσεις του σχετικού κόστους (από την επιλογή φαρμάκου, όχι της τιμής του).
- ♦ Το έμμεσο κόστος σε διαφορετικά ΚΥ ποικίλει. Για παράδειγμα, δεν παρέχονται από τρίτους υπηρεσίες φύλαξης (security) στο σύνολο των ΚΥ της χώρας, το κόστος όμως αυτό είναι πολύ μικρό.

Τέλος, να αναφέρουμε πως τα ΑΕΠ σε ένα γενικότερο πλαίσιο μπορούν να αποτελέσουν ουσιώδες και ακριβές εργαλείο αποζημίωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα, εφόσον βέβαια στηριχτούν σε μελέτες λεπτομερείς και ολοκληρωμένες, στη βάση αξιόπιστων, διαθέσιμων και επικαιροποιημένων στοιχείων και δεδομένων για την κοστολόγηση των περιστατικών, κάτω από το πρίσμα ενός αναπτυσσόμενου πληροφοριακού συστήματος.

Πίνακας 6.14: Φύλλο κοστολόγησης ΚΥ

Κωδικός Ομάδας Επισκέψεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΟΕΠΦΥ)				
Περιγραφή ΟΕΠΦΥ				
Κωδικός Ατομικής Επίσκεψης - Περιστατικού (ΑΕΠ - ΑΡΓ)				
Περιγραφή ΑΕΠ - ΑΡΓ				
Κωδικός Συμπεριμάτων - Διαγνώσεων (ICFC-2)				
Περιγραφή ICFC-2			(1)	
Κωδικός Συμπεριμάτων - Διαγνώσεων (ICFC-2)				
Περιγραφή ICFC-2			(2)	
Κωδικός Συμπεριμάτων - Διαγνώσεων (ICFC-2)				
Περιγραφή ICFC-2			(3)	

Α. ΕΡΓΑΣΙΑ						
Κωδ.	Κατηγορία προσωπικού	Αμοιβή ανά ανθρώπινο-ώρα (€)	Κόστος ανά εργασία (€)	Εργασιακές	Κόστος (€)	% συμμετοχή ανά κατηγορία προσωπικού
A1.	Ιατρικό	3.000,00	19,48		0,0000	
A2.	Νοσηλευτικό	2.000,00	11,36		0,0000	
A3.	Διοικητικό	2.000,00	11,36		0,0000	
A4.	Λοιπό	2.000,00	11,36		0,0000	
Σύνολο					0,0000	
Β. ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ						
Κωδ.	Κατηγορία	Ποσότητα	Κόστος ανά μονάδα (€)	Κόστος (€)		
B1.	<u>Βιοπαθολογικές εξετάσεις</u>	-				
	Γενική αίματος		2,88	0,0000		
	Σάκχαρο		2,26	0,0000		
	Χοληστερίνη		2,88	0,0000		
	Τριγλυκερίδια		4,49	0,0000		
	HDL		4,75	0,0000		

LDL	4,75	0,0000
Τρανσαμινάσες	4,49	0,0000
Υ-GT	5,02	0,0000
Αλκαλική φωσφατάση	5,02	0,0000
K	5,22	0,0000
Na	5,22	0,0000
Σίδηρος	2,41	0,0000
Γλυκοζυλιωμένη	7,16	0,0000
Αιμοσφαιρίνη	2,88	<u>0,0000</u>
Σύνολο		0,0000
B2. <u>Ακτινολογικές εξετάσεις</u>		
Ακτινογραφία θώρακος	4,05	0,0000
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	4,05	0,0000
Ακτινογραφία κοιλίας	4,05	0,0000
Ακτινογραφία οστού	4,05	<u>0,0000</u>
Σύνολο		0,0000
B3. <u>Οδοντιατρικές εξετάσεις / πράξεις</u>		

Γ. ΕΜΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ						
Κωδ.	Κατηγορία ΓΒΕ	Ετήσιο κόστος	Βάση επιμερισμού	Ποσότητα βλάβης επιμερισμού	Συντελεστής καταλογισμού (Ετήσιο κόστος / Ποσότητα)	Κόστος (€)
Γ1.	Εξωτερικές υπηρεσίες (αμοιβές τρίτων)		Εργατοϋφρες			0,0000
Γ2.	Παροχές τρίτων (ηλεκτρισμός, τηλεπικοινωνίες κλπ.)		Ποσότητα ιατρικών εξετάσεων			0,0000
Γ3.	Έμμεσα (γενικά) υλικά		----//----			0,0000
Γ4.	Λοιπά (διοίκησης, διάθεσης κλπ.)		----//----			0,0000
Σύνολο						0,0000
				ΚΟΣΤΟΣ ΑΡΓ (€)		0,0000
				≤ 20 €		
				20 - 40 €		
				≥ 40 €		

Πίνακας 6.15: Μέσοι όροι ανά ΟΕΠΦΥ και ΑΕΠ στα δύο υπό εξέταση Κέντρα Υγείας

ΚΥ	ΟΕΠ	ΑΕΠ	Α. ΕΡΓΑΣΙΑ	Β. ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ	Β1. Βιοταβολογικές εξετάσεις	Β2. Ακτινολογικές εξετάσεις	Β3. Οδοντιατρικές εξετάσεις	Β4. Φάρμακα	Β5. Υγειονομικό υλικό	Γ. ΕΜΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ (Α+Β+Γ)
ΜΗΧ	1	1	8,3874	0,8358	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,8358	1,7305	10,9537
		2	14,2045	7,0115	0,0000	4,0500	0,0000	2,7611	0,2004	2,6574	23,8734
		3	4,4643	3,0172	0,0000	0,0000	0,0000	0,5880	2,4292	1,2671	8,7486
		4	8,5227	1,7234	0,0000	0,0000	0,0000	1,6650	0,0584	1,7305	11,9767
		5	5,1407	0,2853	0,0000	0,0000	0,0000	0,1433	0,1420	1,2671	6,6931
ΒΑΡ	1	1	13,3929	32,0923	18,4900	12,8500	0,0000	0,2713	0,4810	3,3304	48,8155
		2	14,8810	19,8470	0,0000	12,8500	0,0000	4,0070	2,9900	3,6651	38,3931
		3	5,9524	16,0190	0,0000	12,8500	0,0000	0,2880	2,8810	1,6568	23,6282
		4	17,8571	0,9287	0,0000	0,0000	0,0000	0,4477	0,4810	4,3345	23,1204
		ΜΟ	10,3114	9,0845	2,0544	4,7333	0,0000	1,1302	1,1665	2,4044	21,8003
ΜΗΧ	2	1	4,1937	2,9666	0,0000	0,0000	0,0000	2,8940	0,0726	1,0354	8,1957
		2	3,6255	0,2832	0,0000	0,0000	0,0000	0,2540	0,0292	0,8037	4,7124
		3	3,2468	0,4742	0,0000	0,0000	0,0000	0,4742	0,0000	0,8037	4,5246
		4	3,2468	9,1700	0,0000	4,0500	0,0000	0,0000	0,0000	5,1200	13,2204
		5	3,8149	0,6723	0,0000	0,0000	0,0000	0,6263	0,0460	0,9427	5,4300
		6	5,1407	5,2625	0,0000	4,0500	0,0000	1,1833	0,0292	1,2671	11,6703
ΒΑΡ	2	1	4,4643	13,0247	0,0000	12,8500	0,0000	0,1747	0,0000	1,3220	18,8110
		2	4,4643	7,1760	0,0000	0,0000	0,0000	6,5910	0,5850	1,3220	12,9623
		3	8,9286	6,8550	0,0000	4,0500	0,0000	2,8050	0,0000	2,3262	18,1098
		4	4,4643	2,9018	1,7600	0,0000	0,0000	0,7356	0,4062	1,3220	8,6882
		ΜΟ	4,5590	4,8786	0,1760	2,5000	0,0000	1,5738	0,6288	1,1949	10,6325
ΜΗΧ	3	1	4,3831	1,6364	0,0000	0,0000	0,0000	1,5780	0,0584	1,0817	7,1013
		2	2,9762	8,8160	0,0000	8,8000	0,0000	0,0000	0,0160	0,9873	12,7795
ΒΑΡ	3	1	2,9762	0,1889	0,0000	0,0000	0,0000	0,1529	0,0160	0,9873	4,1324
		2	2,9762	4,0660	0,0000	4,0500	0,0000	0,0000	0,0160	0,9873	8,0295
		ΜΟ	2,9762	2,8210	0,0000	0,0000	0,0000	2,8050	0,0160	0,9873	6,7845
		ΜΟ	3,2576	3,5017	0,0000	2,5700	0,0000	0,9072	0,0245	1,0062	7,7654

MHX	1	4.1937	10.3600	2.2600	8.1000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.0354	15.5891
	2	4.5725	15.0000	6.9000	8.1000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.1281	20.7006
BAP	1	5.9524	23.0860	14.9700	8.1000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0160	1.6568	30.6952
	2	5.9524	54.9260	50.8600	4.0500	0.0000	0.0000	0.0000	0.0160	1.6568	62.5352
	3	5.9524	61.8560	53.7400	8.1000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0160	1.6568	69.4652
	4	5.9524	75.4060	71.3400	4.0500	0.0000	0.0000	0.0000	0.0160	1.6568	83.0152
	MO	5.4293	40.1057	33.3450	6.7500	0.0000	0.0000	0.0000	0.0107	1.4651	47.0001
MHX	1	5.8983	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.2208	7.1190
	2	7.4134	4.0500	0.0000	4.0500	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.8232	13.2866
	3	6.8723	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.3598	8.2321
	4	2.0022	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.6647	2.6668
	5	5.1407	19.6300	19.6300	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.0354	25.8061
MHX	1	5.9524	60.6110	53.7400	4.0500	0.0000	0.0000	2.8050	0.0160	1.6568	68.2202
BAP	2	5.9524	71.3963	71.3400	0.0000	0.0000	0.0403	0.0160	0.0160	1.6568	79.0055
	3	5.9524	11.6960	2.8800	8.8000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0160	1.6568	19.3052
	4	11.9048	71.0960	67.0300	4.0500	0.0000	0.0000	0.0000	0.0160	2.9957	85.9964
	MO	6.3432	26.4977	23.8467	2.3278	0.0000	0.3161	0.0071	1.5633	34.4042	12.5993
MHX	1	6.3582	4.9740	4.6400	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.3340	1.2671	12.5993
	2	5.2489	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.1281	6.3770
	1	3.9570	3.8000	0.0000	0.0000	0.0000	3.8000	0.0000	0.0000	1.3220	9.0790
BAP	2	10.0108	36.2900	0.0000	0.0000	36.2900	0.0000	0.0000	0.0000	2.6609	48.9618
	3	10.0108	42.3000	0.0000	0.0000	42.3000	0.0000	0.0000	0.0000	2.6609	54.9718
	4	3.9570	10.6100	0.0000	0.0000	0.0000	10.6100	0.0000	0.0000	1.3220	15.8890
	MO	6.5905	16.3290	0.7733	0.0000	13.0983	2.4017	0.0557	1.7269	24.6463	33.3525
MHX	1	5.8171	26.5000	26.5000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.0354	33.3525
	2	6.7911	33.6600	33.6600	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.1744	41.6256
	1	36.9318	76.9400	71.3400	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	5.6000	8.3512	122.2230
BAP	2	18.3983	10.8900	5.2900	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	5.6000	4.3345	33.6228
	3	36.7965	59.3400	53.7400	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	5.6000	8.3512	104.4877
	4	9.1991	10.2400	4.6400	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	5.6000	2.3262	21.7653
	MO	18.9890	36.2617	32.5283	0.0000	0.0000	0.0000	3.7333	4.2622	59.5128	0.8037
MHX	1	2.9762	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.8037	3.7799
BAP	1	3.0709	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.9873	4.0582
	2	4.5996	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.3220	5.9216
	MO	3.5489	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1.0377	4.5866

MHX	1	2,2186	0,4702	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,4702	0,8037	3,4925
	2	1,1364	0,4506	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,4506	0,6183	2,2053
BAP	1	1,5368	0,2462	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,2462	0,6526	2,4356
	2	1,5368	0,1270	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,1270	0,6526	2,3164
	3	1,5368	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,6526	2,1894
	4	3,0736	0,6535	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,6535	0,9873	4,7144
	MO	1,8398	0,3246	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,3246	0,7279	2,8923
	1	8,3874	1,4650	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,8237	0,6413	1,7305	11,5829	
MHX	2	7,7110	10,7506	0,0000	4,0500	0,0000	0,0000	0,0000	6,7006	1,7305	20,1922	
	3	10,2814	0,5414	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,5414	2,1940	13,0167	
	MO	8,7933	4,2523	0,0000	1,3500	0,0000	0,0000	0,2746	2,6278	1,8850	14,9306	
MHX	1	2,4351	0,8358	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,8358	0,8037	4,0745	
	1	4,0584	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,3220	5,3805	
BAP	2	4,0584	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,3220	5,3805	
	3	4,0584	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,3220	5,3805	
	MO	3,6526	0,2089	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,2089	1,1925	5,0540	
MHX	1	3,2468	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,8037	4,0504	
	1	2,7056	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,9873	3,6930	
BAP	2	16,2338	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	4,3345	20,5683	
	3	6,7641	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,9915	8,7556	
	MO	7,2376	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	2,0293	9,2668	
MHX	1	2,2727	2,4100	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	2,4100	0,8964	5,5791	
	1	5,4113	13,1120	6,6600	0,0000	0,0000	0,1420	0,0000	6,3100	1,6568	20,1800	
BAP	2	5,4113	26,9620	13,3200	0,0000	0,0000	0,1420	0,0000	13,5000	1,6568	34,0300	
	MO	4,3651	14,1613	6,6600	0,0000	0,0000	0,0947	0,0000	7,4067	1,4033	19,9297	
MHX	1	3,7879	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,2671	5,0550	
	MO	3,7879	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,2671	5,0550	
MHX	1	4,8701	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,0354	1,0354	5,9055	
	2	3,2197	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,8964	4,1161	
BAP	1	1,5557	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,6526	2,2083	
	2	1,5557	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,6526	2,2083	
	MO	2,8003	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,8092	3,6096	
MO (79 ΑΕΤΙ)		6,5510	12,6675	8,2877	1,8475	0,9948	0,6178	0,9197	4,40%	1,6728	20,8914	
% ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ		31,36%	60,64%	39,67%	8,84%	4,76%	2,96%	4,40%	8,01%	100,00%		

6.3.3.3 Σύνοψη

Βασικός, τέλος, περιορισμός της έρευνας αποτέλεσε κατά κύριο λόγο η ελλιπής πληροφόρηση από τη μεριά μας για στοιχεία που ζητήθηκαν και από τον ΕΟΠΥΥ, προκειμένου να υπάρξει μία όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη και σαφής πρόταση χρηματοδότησης της ΠΦΥ. Η έλλειψη στοιχείων είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν τελικά οι πίνακας 6.16-6.18 που αφορούν εκτιμώμενες ετήσιες ιατρικές επισκέψεις και διαγνωστικές εξετάσεις σε μονάδες ΠΦΥ (βλ. πίνακα 6.16), εκτιμώμενες ετήσιες κατηγορίες περιστατικών ΟΕΠΦΥ σε μονάδες ΠΦΥ (βλ. πίνακα 6.17) και τελική χρηματοδότηση με βάση τις αποζημιώσεις ΟΕΠΦΥ μονάδων ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ (βλ. πίνακα 6.18).

Τα μόνα στοιχεία που μας δόθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ ήταν συγκεντρωτικός κατάλογος (Πίνακας 6.19), ο οποίος έχει καταγράψει τις ιατρικές επισκέψεις και διαγνωστικές εξετάσεις στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, που πιθανόν περιλαμβάνουν και Κέντρα Υγείας, με σύνολο πράξεων πλησίον των 10.000.000, σε συμβεβλημένους γιατρούς, με σύνολο πράξεων περίπου 3.500.000, σε συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και άλλους παρόχους (ιδιωτικές κλινικές, λοιποί επαγγελματίες υγείας, κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας και οδοντιατρικά εργαστήρια), με τελικό σύνολο πράξεων 65 περίπου εκατομμύρια.

Πίνακας 6.16: *Εκτιμώμενες ετήσιες ιατρικές επισκέψεις και διαγνωστικές εξετάσεις σε μονάδες ΠΦΥ (κόστος σε εκ. ευρώ)*

	Ιατρικές Επισκέψεις	Κόστος (.000 ευρώ)	Διαγνωστικές Εξετάσεις	Κόστος (.000 ευρώ)
Κέντρα Υγείας ΕΣΥ	7.500.000	150	7.500.000	50
ΤΕΙ Νοσοκομείων	5.000.000	100	5.000.000	50
ΤΕΠ Νοσοκομείων	2.500.000		2.500.000	
Πολυιατρεία ΕΟΠΥΥ	10.000.000	250	10.000.000	*
Συμβεβλημένοι γιατροί ΕΟΠΥΥ	10.000.000	150		
Συμβεβλημένα διαγνω- στικά κέντρα με ΕΟΠΥΥ			15.000.000	150
Λοιπά σε ιδιώτες	15.000.000		10.000.000	
Σύνολο	50.000.000	650	50.000.000	250

* Κόστος διαγνωστικών εξετάσεων περιλαμβάνεται και στις ιατρικές επισκέψεις

Οι εκτιμήσεις μας όσον αφορά στο σύνολο των ιατρικών επισκέψεων και των διαγνωστικών εξετάσεων ανήλθαν στο σύνολο των 50.000.000 για κάθε κατηγορία, με το κόστος να υπολογίζεται συνολικά στα 650.000.000 € για τις ιατρικές επισκέψεις και στα 250.000.000 € για τις διαγνωστικές εξετάσεις.

Το σύνολο των ιατρικών επισκέψεων για τα Κέντρα Υγείας εκτιμάται στα 7.500.000, όσο και των διαγνωστικών εξετάσεων. Για τα ΤΕΙ οι εκτιμώμενες ιατρικές επισκέψεις ανέρχονται στα 5.000.000 και για τα ΤΕΠ Νοσοκομείων στα 2.500.000. Να σημειωθεί όμως πως η παροχή υπηρεσιών στα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών στα Νοσοκομεία της χώρας είναι δωρεάν, οπότε το τελικό κόστος για τον ΕΟΠΥΥ αφορά μόνο τα ΤΕΙ Νοσοκομείων και όχι τα ΤΕΠ.

Επίσης, για τα Πολυιατρεία οι επισκέψεις και οι εξετάσεις εκτιμώνται στα 10.000.000, όπως και οι επισκέψεις για τους συμβεβλημένους γιατρούς ΕΟΠΥΥ με κόστος για τον ΕΟΠΥΥ στα 150 εκ. €. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί πως οι συμβεβλημένοι γιατροί του ΕΟΠΥΥ πληρώνονται κατά μέσο όρο με 10 € την επίσκεψη και πλαφόν 200 επισκέψεις το μήνα. Στην πρότασή μας αυτές έχουν υπολογιστεί ως οι εκτιμώμενες ιατρικές επισκέψεις, οι οποίες αν υπολογιστούν με το μέσο όρο του σημερινού τιμολογίου (10 € αντί 20 € της δικής μας κοστολόγησης των ΟΕΠΦΥ), τότε το κόστος μειώνεται περίπου στο $\frac{1}{2}$, δηλαδή στα 125 εκ € (βλ. και πίνακα 6.18 που ακολουθεί, στον οποίο παρατηρείται υπέρβαση ποσού στην κατηγορία των συμβεβλημένων γιατρών ΕΟΠΥΥ), κ.λπ.

Προτείνουμε λοιπόν, την αύξηση του πλαφόν στις 300 επισκέψεις και τον καθορισμό του τιμολογίου κατά μ.ό. κάθε ΟΕΠΦΥ στα 15 € (μεταξύ της σημερινής τιμής τιμολογίου για κάθε επίσκεψη και της τιμής των ΟΕΠΦΥ – 10 με 20 €), καθώς και το παραπεμπτικό από οικογενειακούς γιατρούς προς ειδικούς γιατρούς, με στόχο τελικά τα έξοδα να μη ξεπεράσουν τα 150 εκ. € (σε διαφορετική περίπτωση “co-payment” π.χ. 5 €).

Πίνακας 6.17: Εκτιμώμενες ετήσιες κατηγορίες περιστατικών σε μονάδες ΠΦΥ

Κατηγορία περιστατικών ΟΕΠΦΥ	% για ΕΣΥ (ΚΥ & ΤΕΙ)	% για ΕΟΠΥΥ (Πολυιατρεία & Συμβεβλημένοι γιατροί)	ΚΥ	ΤΕΙ-ΤΕΠ (ΤΕΙ)	Πολυιατρεία	Συμβεβλημένοι γιατροί	Σύνολο Περιστατικών
1. Διαχείριση επειγόντων περιστατικού (π.χ. τοκετός, ΟΕΜ, σοβαρή παρόξυνση ΧΑΠ)	10	0	750.000	750.000 (500.000)	0	0	1.500.000
2. Διαχείριση έκτακτου / οξείας νοσήματος (μη επειγόντος) (π.χ. θλαστικό τραύμα, λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού, κρίση ημικρανίας)	5	0	375.000	375.000 (250.000)	0	0	750.000
3. Επανεξέταση έκτακτου / οξείας ή επειγόντος περιστατικού	5	0	375.000	375.000 (250.000)	0	0	750.000
4. Ολοκληρωμένη αξιολόγηση της υγείας (π.χ. πιστοποιητικό υγείας, πρώτη εξέταση σε ιατρείο χρονίων παθήσεων)	5	10	375.000	375.000 (250.000)	1.000.000	1.000.000	2.750.000
5. Μερική αξιολόγηση υγείας - επανεξέταση για χρόνιες παθήσεις ή ενοχλήματα (π.χ. δυσκοιλιότητα, οστεοπόρωση, ΑΥ, κατάθλιψη, γλαύκωμα, προβλήματα όρασης)	5	10	375.000	375.000 (250.000)	1.000.000	1.000.000	2.750.000
6. Τακτική εξέταση υγιούς ατόμου (π.χ. περιγεννητική φροντίδα, παρακολούθηση ανάπτυξης βρεφών και παιδιών)	5	5	375.000	375.000 (250.000)	500.000	500.000	1.750.000
7. Πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων	15	20	1.125.000	1.125.000 (750.000)	2.000.000	2.000.000	6.250.000
8. Συνταγογράφηση φαρμάκων ή εξετάσεων	25	30	1.875.000	1.875.000 (1.250.000)	3.000.000	3.000.000	9.750.000

9. Απλή διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. μέτρηση ΑΠ, σακχάρου αίματος, ενδοθεραπεία, αλλαγή απλού τραύματος)	5	0	375.000	375.000	375.000	(250.000)	0	0	750.000
10. Σύνθετη διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. αφαίρεση σπίλου, υπέρηχος)	2	5	150.000	150.000	150.000	(100.000)	500.000	500.000	1.300.000
11. Εμβολιασμός παιδιών και ενηλίκων	5	10	375.000	375.000	375.000	(250.000)	1.000.000	1.000.000	2.750.000
12. Προσογενής πρόληψη (π.χ. συμβουλή για κάπνισμα, αντιούλληψη, αλκοόλ, διατάα, ΣΜΝ, στυχήματα)	3	3	225.000	225.000	225.000	(150.000)	300.000	300.000	1.050.000
13. Σύνθετη προληπτική παρέμβαση (π.χ. λήψη επιχρισματος κατά Παπανικολάου)	5	5	375.000	375.000	375.000	(250.000)	500.000	500.000	1.750.000
14. Εξειδικευμένη υποστήριξη (π.χ. φυσικοθεραπεία, αποκατάσταση, ψυχοθεραπεία, κοινωνική υποστήριξη, παραγωγική θεραπεία)	2	0	150.000	150.000	150.000	(100.000)	0	0	300.000
15. Αντιμετώπιση διοικητικού θέματος (π.χ. λήψη απαντήσεων εξετάσεων, λήψη παραπεμπτικού, διάρφωση λάθους συνταγής)	3	2	225.000	225.000	225.000	(150.000)	200.000	200.000	850.000
Σύνολο	100	100	7.500.000	7.500.000	7.500.000	(5.000.000)	10.000.000	10.000.000	35.000.000 (32.500.000)

Βάσει όλων των παραπάνω αναφερόμενων συνόλων (πίνακας 6.16) ακολούθησε ο πίνακας 6.17, στον οποίο καταγράφεται η ποσοστωση για το ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας και ΤΕΙ) και για τον ΕΟΠΥΥ (Πολυιατρεία και συμβεβλημένοι γιατροί) στις 15 κατηγορίες περιστατικών ΟΕΠΦΥ του μέσου όγκου (αριθμού) περιστατικών σε κάθε ΟΕΠΦΥ, όπου τα υψηλότερα ποσοστά, άρα και ο μεγαλύτερος όγκος περιστατικών και για το ΕΣΥ και για τον ΕΟΠΥΥ, εκτιμώνται στην κατηγορία της πραγματοποίησης εργαστηριακών εξετάσεων και στη συνταγογράφηση φαρμάκων ή εξετάσεων (αφορούν το 45%).

Ολοκληρώνοντας την ανωτέρω πρότασή μας για τη χρηματοδότηση των παρόχων ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ με βάση την κοστολογημένη μεθοδολογία μας για αποζημιώσεις ανά κατηγορία περιστατικών (ΟΕΠΦΥ) συντάχθηκε ο Πίνακας 6.18. Σε αυτόν υπολογίστηκαν το μέσο κόστος ανά εξέταση σε κάθε κατηγορία περιστατικών (ΟΕΠΦΥ) και πολλαπλασιάστηκαν με το εκτιμώμενο στον Πίνακα 6.16-6.17 αριθμό εξετάσεων για κάθε ομάδα παρόχων (κέντρα υγείας, τακτικά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων του ΕΣΥ, Πολυιατρεία ΕΟΠΥΥ και συμβεβλημένοι γιατροί ΕΟΠΥΥ). Το σύνολο της εκτιμώμενης ως άνω χρηματοδότησης ιατρικών επισκέψεων (ΟΕΠΦΥ) εκτιμάται σε πλησίον των 700 εκ. €, πλέον 250 εκ. € για διαγνωστικές εξετάσεις. Τα 150 επιπλέον εκ. € αναλογούν σε ως $\frac{1}{2}$ σε συμβεβλημένους ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς και άνω του $\frac{1}{2}$ σε λοιπούς επαγγελματίες υγείας (και δομές ΕΣΥ), και συμφωνεί αρχικά με τα δεδομένα του Πίνακα 6.9 για συνδυασμό χρηματοδότησης με βάση το σφαιρικό προϋπολογισμό και τις προτεινόμενες από την έρευνα αποζημιώσεις (ΟΕΠΦΥ) του Πίνακα 6.18. Πρόβλημα αποτελεί το ΟΕΠΦΥ 7 που περιλαμβάνει και διαγνωστικές εξετάσεις, που γίνονται στα διαγνωστικά εργαστήρια και πρέπει να αφαιρεθούν από τον προϋπολογισμό τους ανάλογα.

Γ' αυτό, λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη και τους προαναφερθέντες περιορισμούς και την ενδεχομένως μελλοντική άρση αυτών, ευελπιστούμε να τεθούν οι βάσεις κατάρτισης ακόμα πιο λεπτομερών ΟΕΠΦΥ, αποσκοπώντας στον εκουγχρονισμό του συστήματος χρηματοδότησης (αποζημίωσης) των μονάδων της ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ. Η μελέτη αυτή ανέδειξε ένα νέο τρόπο (κεφ. 6.3). Πρότασή μας είναι η περαιτέρω κοστολόγηση ανά Ατομική Επίσκεψη – Περιστατικό (ΑΕΠ), με βάση τα APGs, σε συνδυασμό με την αντιστοιχιστή και την κοστολόγηση των Ιατρικών Πράξεων ΠΦΥ - ICPC-2 (παραρτήματα με αντιστοιχιστές πίνακες 6.20 και 6.21). Η μετά τη χρηματοδότηση των μονάδων αποζημίωση (πληρωμή) των παρόχων τους αναλύθηκε διεξοδικά στο κεφάλαιο 6.1.3 και προϋποθέτει σοβαρές αλλαγές τόσο στη χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ (κεφ. 6.1) όσο και στην παροχή ΠΦΥ (κεφ. 6.2).

Πίνακας 6.18: Χρηματοδότηση με βάση τις αποζημιώσεις ΟΕΠΦΥ μονάδων ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ

ΑΕΠ	Μέσο κόστος ανά ΑΕΠ σε €	Κέντρα Υγείας ΕΣΥ κόστος σε €	ΤΕΠ-ΤΕΠ Νοσοκομείων ΕΣΥ (ΤΕΠ) κόστος σε €	Πολυιατρεία ΕΟΠΥΥ κόστος σε €	Συμβεβλημένου γιατρού ΕΟΠΥΥ (με έκπτωση 40%) κόστος σε €	Συνολικό κόστος ΠΦΥ (με έκπτωση και χωρίς επείγοντα) σε €
1. Διαχείριση επειγόντων περιστατικών (π.χ. τοκετός, ΟΕΜ, σοβαρή παρόξυνση ΧΑΠ)	21,8003	16.350.225,00	16.350.225,00 (10.900.150,00)	0,00	0,00 (0,00)	32.700.450,00 (27.250.375,00)
2. Διαχείριση έκτακτου / οξέως νοσήματος (μη επειγόντος) (π.χ. θλαστικό τραύμα, λοιμώξη ανώτερου αναπνευστικού, κρίση ημικρανίας)	10,6325	3.987.187,50	3.987.187,50 (2.658.125,00)	0,00	0,00 (0,00)	7.974.375,00 (6.645.312,50)
3. Επανεξέταση έκτακτου / οξέως ή επειγόντος περιστατικού	7,7654	2.912.025,00	2.912.025,00 (1.941.350,00)	0,00	0,00 (0,00)	5.824.050,00 (4.853.375,00)
4. Ολοκληρωμένη αξιολόγηση της υγείας (π.χ. πιστοποιητικό υγείας, πρόληψη εξέταση σε ιατρείο χρονίων παθήσεων)	47,0001	17.625.037,50	17.625.037,50 (11.750.025,00)	47.000.100,00	47.000.100,00 (28.200.060,00)	129.250.275,00 (104.575.222,50)
5. Μερική αξιολόγηση υγείας - επανεξέταση για χρόνιες παθήσεις ή ενοχλήματα (π.χ. δυσκολία, οστεοπόρωση, ΑΥ, κατάθλιψη, γλαύκωμα, προβλήματα όρασης)	34,4042	12.901.575,00	12.901.575,00 (8.601.050,00)	34.404.200,00	34.404.200,00 (20.642.520,00)	94.611.550,00 (76.549.345,00)
6. Τακτική εξέταση υγιούς ατόμου (π.χ. περιγεννητική φροντίδα, παρακολούθηση ανάπτυξης βρεφών και παιδιών)	24,6463	9.242.362,50	9.242.362,50 (6.161.575,00)	12.323.150,00	12.323.150,00 (7.393.890,00)	43.131.025,00 (35.120.977,50)
7. Πραγματοποίηση εργασηριακών εξετάσεων	59,5128	66.951.900,00	66.951.900,00 (44.634.600,00)	119.025.600,00	119.025.600,00 (71.415.360,00)	371.955.000,00 (302.027.460,00)

8. Συνταγογράφηση φαρμάκων ή εξετάσεων	4,5866	8.599.875,00	8.599.875,00 (5.733.250,00)	13.759.800,00	13.759.800,00 (8.255.880)	44.719.350,00 (36.348.805)
9. Απλή διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. μέτρηση ΑΠ, σακχάρου αίματος, ενυδοθεραπεία, αλλαγή απλού τραύματος)	2,8923	1.084.612,50	1.084.612,50 (723.075,00)	0,00	0,00 (0,00)	2.169.225,00 (1.807.687,50)
10. Συνθετή διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. αφαίρεση σπλινου, υπέρηχος)	14,9306	2.239.590,00	2.239.590,00 (1.493.060,00)	7.465.300,00	7.465.300,00 (4.479.180)	19.409.780,00 (15.677.130,00)
11. Εμβολιασμός παιδιών και ενηλίκων	5,0540	3.790.500,00	3.790.500,00 (1.263.500,00)	5.054.000,00	5.054.000,00 (3.032.400,00)	17.689.000,00 (13.140.400,00)
12. Πρωτογενής πρόληψη (π.χ. συμβουλή για κάπνισμα, αντι-σύλληψη, αλκοόλ, διατα, ΣΜΝ, ασυχήματα)	9,2668	2.085.030,00	2.085.030,00 (1.390.020,00)	2.780.040,00	2.780.040,00 (1.668.024,00)	9.730.140,00 (7.923.114,00)
13. Συνθετή προληπτική παρέμβαση (π.χ. λήψη επιχρίσματος κατά Παπανικολάου)	19,9297	7.473.637,50	7.473.637,50 (4.982.425,00)	9.964.850,00	9.964.850,00 (5.978.910,00)	34.876.975,00 (28.399.822,50)
14. Εξειδικευμένη υποστήριξη (π.χ. φυσικοθεραπεία, αποκατάσταση, ψυχοθεραπεία, κοινωνική υποστήριξη, παρηγορητική θεραπεία)	5,0550	758.250,00	758.250,00 (505.500,00)	0,00	0,00 (0,00)	1.516.500,00 (1.263.750,00)
15. Αντιμετώπιση διοικητικού θέματος (π.χ. λήψη απαντήσεων εξετάσεων, λήψη παραπεμπτικού, διόρθωση λάθους συνταγής)	3,6096	812.160,00	812.160,00 (541.440,00)	721.920,00	721.920,00 (433.152,00)	3.068.160,00 (2.508.672,00)
Σύνολο	Μέσο κόστος: 20,89	156.813.967,50	156.813.967,50 (103.279.145,00)	252.498.960,00	252.498.960,00 (151.499.376,00)	818.625.855,00 (664.091.448,50)

Πίνακας 6.19. Πλήθος πράξεων ανά κατηγορία παρόχων του ΕΟΠΥΥ

Περιγραφή	Όνομασία	Πλήθος Πράξεων
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ	302
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1.482
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	125.781
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ	820.446
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	1.313
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	28.055
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	31.078
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΓΕΝΙΚΑ	97
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	772
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	998.658
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	353.906
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	5.907.167
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ	28.171
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	351.250
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	360.112
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	32.253
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ	347
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ	152
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	31.856
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	31.696
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	441
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	17.914

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	51
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	574
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ	2.381
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	15.475
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ	44.455
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	6.356
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	31.788
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	41
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	57.552
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΠΙΝΘΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	17.589
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΥΠΕΡΗΧΟΙ	317.379
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	20.780
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	4.627
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ	10.349
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Σ.Υ. ΓΕΝΙΚΟ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	40.359
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΣΥ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	2
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΣΥ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	9
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΣΥ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	40
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ	3.090
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	77
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	88.641
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ	274.372
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΟΣΚΟ- ΠΙΚΗ	ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	1

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	19.059
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΓΕΝΙΚΑ	4.398
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	6
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	290.009
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	134.583
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	1.277.856
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ	10.371
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	192.347
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	181.656
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	14.184
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ	11
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	10.190
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	91.593
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	32.194
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	3
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ - ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ: ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (ΣΥΜΒΕΒΑΗΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ)	2
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ	30
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	146

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ	1.655
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	3.455
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	7.067
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	84
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	25.145
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΠΙΝΘΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	15.073
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΥΠΕΡΗΧΟΙ	196.125
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	7.456
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ	415
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	9.525
ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ - ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ: ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ)	64.840
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ	10
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	4.686.948
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ	12
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ	193
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	39
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	4
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ	502.872
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	36
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	17
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	3
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΓΕΝΙΚΑ	165

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	5
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	4.523.621
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	1.272.784
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	21.014.826
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ	201.402
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	2.518.652
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	2.505.440
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	17.787
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ	140
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ	14
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	13
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	32.423
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	4
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	18
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	22
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ - ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ: ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ)	7
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	7
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ	4
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	32
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ	11
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	19.090
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	105.244

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	729
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	16
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	299.425
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	29.345
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΥΠΕΡΗΧΟΙ	431.623
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ	60
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	221.576
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ	132
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	789
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	14
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ	1.590.995
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	826
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	197
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	3.777
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΓΕΝΙΚΑ	40
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	1.072
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	2.321.404
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	913.715
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	11.508.372
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ	47.148

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	1.379.284
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	1.728.381
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	10.997
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ	31
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ	31
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	54.534
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	228.000
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	11
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	118.081
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	19
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ - ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ: ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ)	1
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	223
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ	1
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	144
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ	1.766
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	20.354
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙ- ΡΕΙΑ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	59.845

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	362
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	1
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	203.626
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	51.400
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΥΠΕΡΗΧΟΙ	1.492.489
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	32
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ	7.403
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	78.899
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ	1
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΑ	139.945
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	21
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	21
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	34.229
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ	650
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	109.334
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ	39
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	723
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	62.299
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	15.241

ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΓΕΝΙΚΑ	14.191
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	17.141
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΛΟΣΙΑΣ	482
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	11.944
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	1.038
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ	59
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	376
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	93
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	194
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ	1
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	134.481
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	7
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	1
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	231.843
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	2.755
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	9.726
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ	94.744
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	709.197
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ	431.540

ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	4
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	13
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	2
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΥΠΕΡΗΧΟΙ	399.458
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	213.411
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	23.254
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ	455.104
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	150
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ (ΕΤΑΙΡΙΑ)	ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	91.360
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ	2.799
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	23.483
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	5.138
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	79.878
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ	6
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	4.541
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	4.642
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	1
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	4.706
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	2

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ	275
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	1
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	96
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	81
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	3.258
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΥΠΕΡΗΧΟΙ	14.124
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	94
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚ (ΧΩΡΙΣ ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ)	ΓΕΝΙΚΑ	792.493
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚ (ΧΩΡΙΣ ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ)	ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	42.398
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚ (ΧΩΡΙΣ ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ)	ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	136.651
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΣ	ΓΕΝΙΚΑ	117.105
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	3.340
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4.527
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	786
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	7.441
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	12.814
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΥΠΕΡΗΧΟΙ	907
ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ)	ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	48.019
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ	1

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	209
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ	7.316
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	2.463
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	12.377
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	4.260
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	51.175
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ	276
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	2.891
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	4.823
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	1.886
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	1.451
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	1.327
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	314

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ	187
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	167
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ	5.300
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ	493
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ	14
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ	373
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	560
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΥΠΕΡΗΧΟΙ	4.727
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (ΑΝΕΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ)	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ	398
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚ (ΜΕ ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ)	ΓΕΝΙΚΑ	441.996
ΣΥΝΟΛΟ		77.917.393

Πηγή: ΕΟΠΥΥ 2013

6.4 Συμπεράσματα

Η μελέτη για το προτεινόμενο νέο σύστημα αποζημίωσης των παρόχων και των παροχών του ΕΟΠΥΥ ολοκληρώθηκε, αφού εξετάστηκαν πρώτα οι ανάλογες διεθνείς εμπειρίες, η κατάσταση στην ΠΦΥ και στον ΕΟΠΥΥ, και προτάθηκε το αναγκαίο πλαίσιο χρηματοδότησης και παροχών ΠΦΥ. Οι ενδιαφέρουσες διεθνείς πρακτικές, που είναι άξιες προσοχής για τον ΕΟΠΥΥ και την ΠΦΥ στη χώρα μας είναι, επιγραμματικά:

A. Χρηματοδότηση

A.1. Μ. Βρετανία: κρατική χρηματοδότηση (γενική φορολογία 80% του 9% του ΑΕΠ, με 10% κοινωνική ασφάλιση και 10% ιδιωτική ασφάλιση και συμπληρωμές) προς 10 υγειονομικές περιφέρειες και κατόπιν σε 150 Συγκροτήματα ΠΦΥ (PCT) των 340.000 κατοίκων, που λειτουργούν ιδιωτικά ή συνεταιριστικά και αμείβονται με συνδυασμό προϋπολογισμών (80% δημόσιων δαπανών υγείας), με βάση τους GPs, που αμείβονται με λίστα και κατά κεφαλή σταθμισμένη αμοιβή (πληθυσμός και δείκτες) 100.000 λίρες ετησίως (μ.ό.).

A.2. Σουηδία: παρόμοια με τη Μ. Βρετανία, αλλά με εκλεγμένες και αυτοχρηματοδοτούμενες 21 περιφέρειες και 290 δήμους που χρηματοδοτούν πάνω από 1.000 δομές ΠΦΥ (δημόσιες και ιδιωτικές). Οι δημόσιες δαπάνες είναι 80% του 10% του ΑΕΠ και οι ιδιωτικές με τις συμπληρωμές 20%. Για την ΠΦΥ διατίθεται το 20%, ενώ οι αμοιβές βασίζονται κατά 50% σε κατά κεφαλή και 50% σε κατά πράξη.

A.3. Ισπανία: παρόμοια με τα ανωτέρω, αλλά σε 17 αυτόνομες περιφέρειες και 90% δημόσιες – κοινωνικές δαπάνες ή 1.300 ευρώ κατά κεφαλή ετησίως. Στην ΠΦΥ αφιερώνεται το 19%, ενώ οι αμοιβές καταβάλλονται με συμβολιακά προγράμματα και προϋπολογισμούς με σταθμισμένες προσαρμογές βάσει στόχων (URA).

A.4. Γερμανία - ΑΟΚ: το παλαιότερο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας με ενώσεις 300 αυτοδιοικούμενων ταμείων στα 16 κρατίδια. Ο ΑΟΚ περιλαμβάνει περίπου 90 ταμεία με περισσότερους από 20 εκ. ασφαλισμένους και τα υπόλοιπα συγχωνεύθηκαν σε 130. Οι εισφορές είναι 8% του ασφαλισμένου και 7% του εργοδότη που καλύπτουν το 90% των δαπανών. Ο ΑΟΚ έχει έσοδα (195 δις ευρώ) από εισφορές (170 δις), κρατικές επιχορηγήσεις (15 δις) και ίδια έσοδα (10 δις). Τα αντίστοιχα έξοδά του (180 δις) κατανέμονται σε νοσοκομεία (60 δις), γιατρούς (30 δις), φάρμακα (60 δις) και λοιπά (50 δις). Οι αμοιβές των παρόχων είναι συνδυασμός προϋπολογισμού (προς ενώσεις γιατρών) και κατά πράξη (για τους γιατρούς) με βάση στόχους παροχών. Η συμμετοχή του ασθενούς είναι 10 ευρώ στην επίσκεψη χωρίς παραπεμπτικό.

A.5. ΗΠΑ – ΚΡ: η χρηματοδότηση στις ΗΠΑ βασίζεται στην ιδιωτική (HMO) και τη δημόσια (Medicare-Medicaid) ασφάλιση (δαπάνες υγείας άνω του 15% του ΑΕΠ ή 3.500 δολάρια κατά κεφαλή). Το ΚΡ έχει τζίρο 50 δις δολάρια για πάνω από 5 εκατ. ασφαλισμένους.

A.6. Ολλανδία: Η χρηματοδότηση γίνεται μέσω 30 ταμείων κοινωνικής και 40 ιδιωτικής ασφάλισης. Τα πρώτα συνιστούν ενιαίο ταμείο που

καθορίζει εισφορές και τις εισπράττει. Οι εισφορές χωρίζονται σε βασικές (1.000 ευρώ) και αναλογικά με το εισόδημα (1.000 ευρώ). Αποτελούν το 9% περίπου των μισθών (μ.ό.) και καλύπτουν τα 2/3 της χρηματοδότησης (τα υπόλοιπα κατά το ήμισυ από φορολογία και το υπόλοιπο ήμισυ ιδιωτική ασφάλιση ή συμπληρωμές ή ιδιωτικές δαπάνες).

A.7. UNCAM (Γαλλία): Εθνική Ένωση Ταμείων Ασφάλισης Υγείας που συνάπτει συμβάσεις με παρόχους και καλύπτει το 70% των δημόσιων δαπανών υγείας (30% ιδιωτικές). Το σύστημα διοίκησης του είναι ενδιάμεσον (επικεφαλής διοικητής που διορίζεται από τη Κυβέρνηση, είναι υπεύθυνος για τις διαπραγματεύσεις και λογοδοτεί στη Βουλή).

A.8. Αυστρία (Ομοσπονδιακό Ταμείο): περιλαμβάνει τους 20 οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης υγείας και καλύπτει το 100% της περίθαλψης με συμβεβλημένους παρόχους (20 % συμπληρωμές σε μη συμβεβλημένους).

B. Οργάνωση Παροχών και Παρόχων

A.1. Μ. Βρετανία: κυρίαρχος ο ρόλος του GP και των PCTs, ενώ είναι συμπληρωματικός των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας. Ο GP είναι υπεύθυνος για την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των εγγεγραμμένων ασθενών. Μόνο εκείνος τους παραπέμπει αν χρειασθεί. Τα PCTs συμβάλλονται και με ιδιώτες γιατρούς. Οι GPs είναι πλέον των 40.000 για πληθυσμό 60 εκ. (1.500 κάτοικοι/γιατρό) και πραγματοποιούν 5 ιατρικές επισκέψεις το χρόνο ανά εγγεγραμμένο πολίτη (μ.ό.).

A.2. Σουηδία: παρόμοιο πρότυπο με τη Μ. Βρετανία και περίπου 6.000 γενικούς γιατρούς (1.500 κάτοικοι/γιατρό), 1.000 παιδίατρος, 1.000 μαιευτήρες – γυναικολόγους και 2.000 ψυχιάτρους (όλοι εν είδη οικογενειακών γιατρών), πλέον νοσηλευτών και μαιών. Οι επισκέψεις στους γιατρούς αυτούς είναι κατά μ.ό. λίγες (3 κατά κεφαλή ετησίως, περίπου), τα ραντεβού κλείνονται εντός της ημέρας και η επίσκεψη λαμβάνει χώρα εντός εβδομάδας. Συλλέγονται και αξιολογούνται συνεχώς δείκτες.

A.3. Ισπανία: 3.000 μικρά ή μεγάλα κέντρα υγείας προσφέρουν πλήρη κάλυψη ΠΦΥ με πρόσβαση σε 15'. Απασχολούνται 28.000 γενικοί γιατροί (1.500 κάτοικοι/γιατρό), 6.000 παιδίατροι (1.000 παιδιά/γιατρό), 28.000 νοσηλευτές και 20.000, περίπου λοιπό προσωπικό. Οι αμοιβές των γιατρών ανέρχονται, ετησίως πλησίον των 40.000 ευρώ και των νοσηλευτών 25.000 ευρώ.

A.4. Γερμανία - ΑΟΚ: 17 περιφερειακές ενώσεις γιατρών διαπραγματεύονται με ΑΟΚ κ.λπ. ασφαλιστικά ταμεία. Δεν υπάρχει ισχυρό gate-

keeping στους γενικούς γιατρούς. Οι γιατροί συμβάλλονται κυρίως ως solo-practice. Οι ενώσεις τους αποζημιώνονται με κατά κεφαλή ασφαλισμένο των ταμείων και αμείβουν με τη σειρά τους γιατρούς με βάση την «Ενιαία Κλίμακα Αξιών» περίπου 150 υπηρεσιών (πακέτων) ΠΦΥ (ανάλογα των ΑΡΓ). Οι μέσες ετήσιες αμοιβές των γενικών ή ειδικών γιατρών είναι περίπου 80.000 ευρώ.

Α.5. ΗΠΑ – ΚΡ: υπάρχουν 4 κατηγορίες οικογενειακών γιατρών (γενικοί, παθολόγοι, παιδίατροι, χειροπρακτικοί). Το ΚΡ (μεγάλο ΗΜΟ της Καλιφόρνιας με πάνω από 5 εκ. ασφαλισμένους) διαθέτει 17.000 γιατρούς, 600 μονάδες ΠΦΥ και 40 νοσοκομεία. Οι αμοιβές δίνονται με μισθό και κίνητρα.

Α.6. Ολλανδία: διαθέτει 8.000 γενικούς γιατρούς (1.500 κατοίκους ανά γιατρό), που έχουν κεντρικό ρόλο (90% των περιπτώσεων σε όλη την ΠΦΥ). Οι μισοί γιατροί είναι ιδιώτες και συμβάλλονται κυρίως ως solo-practice, και οι άλλοι μισοί σε GP ή ΚΥ. Παραπέμπουν σε 16.000 ειδικούς γιατρούς και νοσοκομεία που συμβάλλονται με το ενιαίο ταμείο. Οι πρώτοι αμείβονται με κατά κεφαλήν αποζημίωση και οι δεύτεροι με κατά πράξη, στη βάση διαπραγματεύσεων ενώσεων γιατρών και ασφαλιστικών ταμείων (μέσω και του ενιαίου ταμείου).

Α.7. UNCAM (Γαλλία): οι επαγγελματικές ενώσεις συνάπτουν πολυετείς συμβάσεις με την ένωση ταμείων. Τα μέλη τους είναι κυρίως ιδιώτες που αμείβονται κατά πράξη. Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν και αποζημιώνονται εκ των υστέρων. Οι γενικοί γιατροί αμείβονται με βάση την απόδοση (κατά κεφαλήν στους χρόνιους ασθενείς) με ζετή συμβόλαια και δείκτες (πρόληψης, ποιότητας, αποδοτικότητας) και μ.ο. 100.000 ευρώ, ετησίως.

Α.8. Αυστρία (Ομοσπονδιακό Ταμείο): έχει τη δυνατότητα να συμβάλλεται με τους 10.000 γενικούς γιατρούς (1.000 κάτοικοι/γιατρό) και 11.000 ειδικούς γιατρούς (45% συμβεβλημένοι και 55% όχι). Συνολική αμοιβή κατά περιστατικό (ΑΡΓ) είναι 100 ευρώ (μ.ό.).

Γ. ΠΦΥ - Παροχές/Πάροχοι στην Ελλάδα

Γ.1. Προβλήματα και λύσεις

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των γενικών γιατρών είναι 4,5% επί του συνόλου των γιατρών (μέσος όρος των χωρών-μελών της ΕΕ 25%), όταν η χώρα μας με 6,1 γιατρούς/1.000 κατοίκους διαθέτει το μεγαλύτερο αριθμό ιατρών μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ. Επιπρόσθετα, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο σημείο αναφοράς στις υγειονομικές

υπηρεσίες παραμένει ανύπαρκτος, ενώ ανύπαρκτη είναι και η συμμετοχή της κοινότητας στο σύστημα. Οι μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενες πρακτικές στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) παρουσίαζαν μια ανεξέλεγκτη παροχή πληθώρας εργαστηριακών, παρακλινικών και κλινικών εξετάσεων, χωρίς ποτέ να έχει αξιολογηθεί η συμβολή τους στη μείωση της νοσηρότητας ή τη βελτίωση των δεικτών υγείας των ασφαλισμένων τους καθώς και απουσία κλινικής αξιολόγησης και καταγραφής των αποτελεσμάτων των εξετάσεων με σκοπό την ενημέρωση και κατεύθυνση του ασθενή, οργάνωση και συστηματοποίηση της αντιμετώπισής του. Προφανώς, οι παραπάνω ελλείψεις έχουν επιπτώσεις στην οπατάλη πόρων, την αστοχία του παραγόμενου έργου και την έλλειψη ικανοποίησης των ασφαλισμένων.

Γ.2. Προτάσεις περιληπτικά

Είναι βέβαιο, ότι η αναδιοργάνωση της ΠΦΥ θα επέτρεπε τον έλεγχο του κόστους αλλά και τον περιορισμό του φαινομένου της άσκοπης προσφυγής στα νοσοκομεία, στα οποία πολλές φορές αλλά κυρίως λόγω της ελλιπούς χρονικής διαθεσιμότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ, παρέχονται φροντίδες για τις οποίες δεν απαιτούνται νοσοκομειακές δομές. Αναλυτικότερα, περιληπτικά προτείνεται:

- ♦ αναβάθμιση του ρόλου των ΚΥ (αγροτικών και αστικών), ώστε να παρέχονται σε αυτά αποτελεσματικές υπηρεσίες ΠΦΥ, τις οποίες οι ασθενείς θα προτιμούν έναντι των περισσότερο δαπανηρών υπηρεσιών των νοσοκομειακών μονάδων,
- ♦ ορθολογικότερη γεωγραφική κατανομή των γιατρών ώστε, μέσω αυτών, να εξαλειφθεί το φαινόμενο προσέλκυσης παρόχων αλλά και ασθενών στα αστικά κέντρα,
- ♦ να δοθούν κίνητρα, ώστε οι υπό ειδικότητα γιατροί να προτιμούν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής,
- ♦ επαναπροσανατολισμός της διάρθρωσης του προσωπικού μέσα από την προώθηση επαγγελματιών υγείας που προσαρμόζονται καλύτερα στην ΠΦΥ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο εξέχουσας σημασίας ρόλος (και αριθμός) των νοσηλευτών και των μαιών, που εντοπίστηκε στην ΠΦΥ προηγμένων Ευρωπαϊκών χωρών.
- ♦ θα πρέπει να αποτελεί εχέγγυο η πλήρης κάλυψη του συνόλου των ασφαλισμένων με την υιοθέτηση ενός βασικού πακέτου παρεχομένων υπηρεσιών και τέλος,
- ♦ θα πρέπει να αναπτυχθεί ένα σύστημα αξιολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών με βάση το σύστημα αποζημιώσεων.

Προτείνεται έτσι, ένα σύστημα ΠΦΥ των δημόσιων δομών, υπό τον έλεγχο των ΔΥΠε που θα συμβάλλονται για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας (αλλά και δευτεροβάθμιας-τριτοβάθμιας) περίθαλψης με τον ΕΟΠΥΥ (για την κοινωνική ασφάλιση) και με την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών (για την ιδιωτική ασφάλιση), αλλά και με τη δυνατότητα να συμβληθούν με ατομική επιλογή, οι καλύτεροι από το σύνολο των γιατρών της χώρας, που το επιθυμούν. Βάσει των παραπάνω, η πρόταση για τους παρόχους ΠΦΥ περιλαμβάνει την πλήρη απασχόληση των γενικών γιατρών ΕΣΥ και ΕΟΠΥΥ και την ενίσχυση του αριθμού των συμβεβλημένων οικογενειακών (γενικών) γιατρών (συνολικά 2.000 για το 2014 και 3.000 για το 2015), οι οποίοι θα συμβάλλουν πρωτίστως στη συγκράτηση της ροής των ασφαλισμένων σε υψηλότερα επίπεδα περίθαλψης. Επιπροσθέτως, 6.000 γιατροί ΠΦΥ του δημοσίου και άλλοι 6.000 συμβεβλημένοι, μαζί με τους πλέον των 10.000 νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού θα αποτελέσουν τις «ελληνικές ομάδες ΠΦΥ» (Κ.Υ. ανά δήμο και GPs ανά γειτονιά ή χωριά).

Αναφορικά με το πακέτο παροχών προτείνεται υπό τη μορφή ενός ετήσιου αρχικά «συμβολαίου» με τους γιατρούς ή τις μονάδες πρώτης επαφής (οικογενειακοί γιατροί και Κέντρα Υγείας), η παροχή μιας υποχρεωτικής και ελάχιστης δόσης υπηρεσιών στους δικαιούχους περίθαλψης, η οποία εστιάζεται στους βασικούς τομείς ιατρικής περίθαλψης, συνοδευόμενης από την αναγκαία εργαστηριακή υποστήριξη, αλλά και ένα σύστημα παραπομπών σε εξειδικευμένη φροντίδα, με ένα μηχανισμό άμεσης αντιμετώπισης και ασφαλούς παραπομπής στη δευτεροβάθμια περίθαλψη των συνθέτων ή/και των επειγόντων περιστατικών και τέλος, την ανάπτυξη προγραμμάτων διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων.

Δ. ΕΟΠΥΥ - Χρηματοδότηση

Δ.1. Προβλήματα και λύσεις

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ είναι οι εισφορές των ασφαλισμένων – εργοδοτών – συνταξιούχων – ασφαλιστικών φορέων (έως 4,5 δις ευρώ το 2012), αν και η μεταφορά πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία που απαρτίζουν τον ΕΟΠΥΥ είναι ελλειμματική.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις για το 2012, η χρηματοδότηση του οργανισμού θα ξεπερνούσε τα 8,065 δις ευρώ, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό θα προερχόταν από τις ασφαλιστικές εισφορές (56,6%) και τη συμμετοχή του κράτους (18,6%), ενώ επιπλέον έσοδα θα προέκυπταν για τον οργανισμό από την προσαρμογή των εισφορών στα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία. Βέβαια, το σενάριο αυτό δεν επαληθεύτηκε, κυρίως για δυο

λόγους, αφού η συμμετοχή του κράτους μειώθηκε στο 0,4% (από 0,6% που αντιστοιχεί σε 1,5 δις ευρώ) και η προσαρμογή των εισφορών στον ΟΠΑΔ και τα λοιπά ταμεία ήταν μερική, με συνέπεια, για το 2012, να παρατηρηθεί υστέρηση εσόδων άνω των 2,5 δις ευρώ.

Δ.2. Προτάσεις περιληπτικά

Ο ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε, να λειτουργήσει πρώτιστα ως Οργανισμός Κοινωνικής και Δημόσιας Ασφάλισης Παροχών Υγείας (ΟΚΔΑΠΥ), που θα συγκεντρώνει τη (δημόσια) χρηματοδότηση και θα λειτουργεί ως μονοψώνιο, και δευτερευόντως ως ΕΟΠΥΥ (δηλαδή πάροχος υπηρεσιών υγείας), μετατρέπόμενος σε συμβεβλημένος οργανισμός (contractual agency), με τις απαιτούμενες καλύτερες μονάδες του ΕΣΥ και τις απαιτούμενες καλύτερες μονάδες του ιδιωτικού τομέα, με ποσοτικά και ποιοτικά κριτήρια για όλους. Αναλυτικότερα, από τη μελέτη των διεθνών οργανισμών προτείνεται για τον ΕΟΠΥΥ το μοντέλο χρηματοδότησης με ενιαίες εισφορές (π.χ. τύπου ΙΚΑ), που θα εισπράττονται άμεσα από τον ΕΟΠΥΥ και θα συμπληρώνονται από τη θεσμοθετημένη συμμετοχή του Κράτους και τις επιχορηγήσεις από τη γενική φορολογία, που δίδονται κυρίως στο ΕΣΥ, έτσι ώστε να συμπληρώνεται το συνολικό, ελάχιστο αναγκαίο ποσό χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ (πλησίον των 8 δις ευρώ ή πλησίον των 11 δις ευρώ με τη νυν μισθοδοσία ΕΣΥ), με σφαιρικούς προϋπολογισμούς ανά υγειονομική περιφέρεια, για όλες τις βαθμίδες περίθαλψης π.χ. τη νοσοκομειακή περίθαλψη (6 και πλέον δις), την εξωνοσοκομειακή (1 και πλέον δις), το φάρμακο (2 και πλέον δις) και τα λοιπά (1 και πλέον δις), με ενδεχόμενους πρόσθετους οικονομικούς πόρους, είτε από την ειδική φορολόγηση προϊόντων, είτε από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων (κυρίως για τους ανέργους και τους απόρους).

Ε. Σύστημα Αποζημιώσεων ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να αφοσιωθεί στην αξιολόγηση των παρόχων και στη σύναψη σχετικών συμβάσεων για την αποζημίωση των υπηρεσιών (βάσει πάγιας αντιμισθίας/capitation για τους οικογενειακούς γιατρούς, κατά πράξη/fee-for-services για τους γιατρούς ειδικοτήτων, ενός συστήματος προοπτικής εξωνοσοκομειακής τιμολόγησης των συμβεβλημένων διαγνωστικών κέντρων/εργαστηρίων/Κ.Υ./Δομών ΦΚΑ). Συγκεκριμένα, οι γιατροί πρώτης επαφής, προτείνεται να αποζημιώνονται με σύστημα κατά κεφαλήν (**capitation**), που παρέχει κίνητρα στους γιατρούς να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να εγγραφούν στη λίστα τους.

Οι γιατροί ειδικοτήτων, δύναται να αποζημιώνονται με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service), ανάλογα με τον όγκο των παρεχό-

μενων υπηρεσιών σε σχέση με το σφαιρικό προϋπολογισμό της κάθε περιοχής ευθύνης. Εξασφαλίζεται έτσι η ελευθερία επιλογής γιατρού από τον ασθενή και η διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, με τον αναγκαίο όμως έλεγχο, στο πλαίσιο των κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών, για την αποφυγή φαινομένων προκλητής ζήτησης υπηρεσιών.

Η κατά περιστατικό και περίπτωση αποζημίωση, θα μπορεί να γίνεται μέσω ενός συστήματος προοπτικής αποζημίωσης κατά το πρότυπο των ΚΕΝ/DRGs (ΟΕΠΦΥ/ΑΡGs), που στην έρευνά μας κοστολογήθηκε λίγο πάνω από τα **20 ευρώ** και που προτείνουμε να εφαρμοσθεί από 1/1/14 για τις συμβεβλημένες μονάδες του ΕΟΠΥΥ (ΕΣΥ και Ιδιωτικού τομέα) αφού εγκριθούν οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί 2014 και συνυπολογισθούν τα παρακάτω:

1. Αν εφαρμοσθεί το σύστημα των 3.000 οικογενειακών γιατρών και παιδιάτρων το 2014, τα 5 εκ. περίπου Ελλήνων στη λίστα τους θα έχουν εκτιμώμενες εξετάσεις έως 25 εκ. που θα κοστίσουν στον ΕΟΠΥΥ 100 εκ. που προβλέφθηκαν στον προϋπολογισμό μας (άλλα 100 στο μέλλον για την πλήρη ανάπτυξη του συστήματος μέρος των οποίων θα προκύψει από ανάλογες από τα παρακάτω εξοικονομήσεις).
2. Αν ενοποιηθεί το σύστημα ΕΣΥ-ΕΟΠΥΥ στις ΔΥΠε με βάση την πρότασή μας το κόστος των δημοσίων μονάδων για όλη τη χώρα (προϋπόθεση συγκέντρωσής τους σε έως 400) θα μειωθεί σε κάτω από τα εκτιμώμενα σήμερα 500 εκ. ευρώ και θα εξυπηρετήσει εξετάσεις άνω των 25 εκ. με ανάλογες διαγνωστικές.
3. Αν εφαρμοσθεί το σύστημα των 6.000 συμβεβλημένων ιδιωτών ειδικών γιατρών το 2014 θα έχουμε εκτιμώμενες επισκέψεις έως 20 εκατ. που θα κοστίσουν στον ΕΟΠΥΥ άλλα 150+ εκατ. που προβλέφθηκαν στον προϋπολογισμό μας, σε συνάρτηση με τα πιστοποιημένα –συμβεβλημένα διαγνωστικά κ.λπ. κέντρα, με εκτιμώμενες διαγνωστικές εξετάσεις σε αριθμό αντίστοιχο των επισκέψεων (50 εκ.) που θα κοστίσουν στον ΕΟΠΥΥ άλλα 250 εκ.– που προβλέφθηκαν στον προϋπολογισμό μας, πλέον των 50 εκ. ευρώ για τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας (όλες οι κατηγορίες δαπανών περίθαλψης μπορούν να εξετασθούν ως συγκοινωνούντα δοχεία).

Κλείνοντας, ο Επιστημονικά Υπεύθυνος του Έργου και Επικεφαλής Συγγραφέας του παρόντος, θέλει να ευχαριστήσει τους έντεκα συμμετέχοντες συναδέλφους-ερευνητές και όλους τους υπολοίπους που βοήθησαν σε αυτό, αναλογιζόμενος τους κάθε είδους περιορισμούς, αλλά και τη συμβολή του παρόντος στον επιστημονικό (κι όχι μόνο) διάλογο.

Πίνακας 6.20. APGs in Version 3.4 With Type and Category

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	UNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

EAPG	EAPG Description	EAPG Type	EAPG Category
00001	PHOTOCHEMOTHERAPY	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00002	SUPERFICIAL NEEDLE BIOPSY AND ASPIRATION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00003	LEVEL I SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00004	LEVEL II SKIN INCISION AND DRAINAGE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00005	NAIL PROCEDURES	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00006	LEVEL I SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00007	LEVEL II SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00008	LEVEL III SKIN DEBRIDEMENT AND DESTRUCTION	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00009	LEVEL I EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00010	LEVEL II EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00011	LEVEL III EXCISION AND BIOPSY OF SKIN AND SOFT TISSUE	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00012	LEVEL I SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00013	LEVEL II SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00014	LEVEL III SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00015	LEVEL IV SKIN REPAIR	Significant Procedure	Skin and integumentary system procedures
00020	LEVEL I BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00021	LEVEL II BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00022	LEVEL III BREAST PROCEDURES	Significant Procedure	Breast procedures
00030	LEVEL I MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00031	LEVEL II MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00032	LEVEL III MUSCULOSKELETAL PROCEDURES EXCLUDING HAND AND	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00033	LEVEL I HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00034	LEVEL II HAND PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00035	LEVEL I FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00036	LEVEL II FOOT PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00037	LEVEL I ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00038	LEVEL II ARTHROSCOPY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00039	REPLACEMENT OF CAST	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00040	SPLINT, STRAPPING AND CAST REMOVAL	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00041	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION OF FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00042	CLOSED TREATMENT FX & DISLOCATION EXC FINGER, TOE & TRUNK	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00043	OPEN OR PERCUTANEOUS TREATMENT OF FRACTURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00044	BONE OR JOINT MANIPULATION UNDER ANESTHESIA	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00045	BUNION PROCEDURES	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00046	LEVEL I ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00047	LEVEL II ARTHROPLASTY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00048	HAND AND FOOT TENOTOMY	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00049	ARTHROCENTESIS AND LIGAMENT OR TENDON INJECTION	Significant Procedure	Musculoskeletal system procedures
00060	PULMONARY TESTS	Significant Procedure	Respiratory procedures
00061	NEEDLE AND CATHETER BIOPSY, ASPIRATION, LAVAGE AND	Significant Procedure	Respiratory procedures
00062	LEVEL I ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00063	LEVEL II ENDOSCOPY OF THE UPPER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00064	ENDOSCOPY OF THE LOWER AIRWAY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00065	RESPIRATORY THERAPY	Significant Procedure	Respiratory procedures
00066	PULMONARY REHABILITATION	Significant Procedure	Respiratory procedures

Πίνακας 6.21: ICPC-2.gr

ICPC-2 Ελληνικά

Παγκόσμια Ταξινόμηση
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
2^{ης} έκδοση (ICPC-2)



WONCA International
Classification Committee (WICC)

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

- 30 Ιατρ έξι/επτά ημερών/ΠΑΡΗΣ
- 31 Ιατρ έξι/επτά ημερών/ΜΕΡΙΚΗ
- 32 Εξέταση ικανότητας
- 33 Μικροβιολογικό έξι/επτά ημερών
- 34 Εξέταση ούρων
- 35 Εξέταση σπέρματος
- 36 Εξέταση κοπράνων
- 37 Ιστολογικό/κυτταρολογικό έξι/επτά ημερών
- 38 Άλλες εργασίες εξετάσεις ΜΚΑ
- 39 Λειτουργική δοκιμασία
- 40 Διαγνωστική ενδοσκόπηση
- 42 Καταγραφή καρπιογράμμου
- 43 Άλλη διαγνωστική διαδικασία
- 44 Εμβολιασμοί/αγωγή προληπτικής
- 46 Παρατήρηση για υπερτασικούς/υψηλά
- 46 Εκπαίδευση σε παροχή ΠΘΥ
- 47 Επισκευή σε ειδικό
- 48 Διακρίνιση/λήψη ΑΕΙ/αίματος
- 49 Άλλη προληπτική διαδικασία
- 50 Φαρμακογινεσμολογική παρακολούθηση
- 51 Διάγνωση/παροχή παραφάρμ (κατ. κωδ. -53)
- 52 Εκπαίδευση/βοήθεια/επιβλέψεις/καταγραφή
- 53 Καθημερινή/εβδομαδιαία/ετήρια εργασιών
- 54 Ανάλυση/αξιολόγηση/επιβλέψεις/αρθρογραφία
- 55 Εξαγωγή/έλεγχος
- 56 Επιθετικότητα/παιδαγωγική/επιθετικότητα
- 57 Φυσική/ισομετρική/στατική άσκηση
- 58 Θεραπευτική συμβουλευτική/Ακρόαση
- 59 Άλλη θεραπευτική διαδικασία/ακρόαση ΜΚΑ
- 60 Αποδοχή/εξέταση/επιθετικότητα
- 61 Αποδοχή/εξέταση/επιθετικότητα/αλλο παροχή
- 62 Διανοητική διαδικασία
- 63 Επόμενη επαφή μη προσδοκώμενη
- 64 Επαφή/πρόβλεψη για έπειτα από παροχή
- 65 Επαφή/πρόβλεψη έπειτα από ασθενή/παροχή
- 66 Παραπομπή σε παροχή ΠΘΥ μη-απρό
- 67 Παραπομπή σε κεντρικό/εξωτερικό/επισκευή
- 68 Άλλη παραπομπή ΜΚΑ
- 69 Άλλο από επαφή/επισκευή ΜΚΑ

Γενικά και μη καθορισμένα

- A01 Άλλες γενικότοπολογικές ασθένειες
- A02 Ριτίτις
- A03 Πυρετός
- A04 Γενική αδυναμία/Καταβολή
- A05 Αίσθημα ασθενούς
- A06 Αποδοχή/Απόλυση συνειδητής
- A07 Κούρα
- A08 Δύσπνοια
- A09 Πρόβλημα επιβίωσης
- A10 Αμφοράγρια ΜΚΑ
- A11 Ευαριστικό άλγος ΜΚΑ
- A12 Αλκοολική/Αλκοολική αντίδραση/ΝΟΣ
- A13 Αντίδραση σε φάρμακο/σε θερμά αγωγή
- A14 Βρεφικός κολικός
- A15 Βρέφος που κλαίει υπερβολικά
- A16 Ευερεθιστό/Ανήσυχος βρέφος
- A17 Άλλα γενικά συμπτώματα βρέφους
- A18 Αντίδραση για έπειτα από έμφυση
- A20 Ειδικό/Ασυνήθιστο Αιμάτωμα/έξοψη
- A21 Παρόνοιας κίνδυνος για κακοποίηση
- A23 Παρόνοιας κίνδυνος ΜΚΔ
- A25 Φόβος θανάτου/επιθανότητας
- A26 Φόβος καρκινώματος ΜΚΔ
- A27 Φόβος άλλης ασθένειας ΜΚΔ
- A28 Περιορισμός λειτουργίας/Ανισορροπία ΜΚΔ
- A29 Άλλο γενικό σύμπτωμα/έξοψη
- A70 Φυματίωση
- A71 Ίνδα
- A72 Αμυγδαλίτις
- A73 Ελονοσία
- A74 Ερυθρά
- A75 Λοιμώδης μονοπύηνωση
- A76 Άλλα γενικά εξάνθημα
- A77 Άλλα γενικά νοσήματα ΜΚΑ
- A78 Άλλα λοιμώδη νοσήματα ΜΚΑ
- A79 Κακοήθεια ΜΚΑ
- A80 Τραύμα/Καύση ΜΚΑ
- A81 Παλλήττα τραυματική κακώσης
- A82 Διαπληθική αποπληξη τραυματικής
- A84 Δηλητηρίαση από ατμικά παράγοντα
- A85 Ακτινοβιο ενζυμική κατά παράγοντα
- A86 Τοξική επίδραση μη ισχυρών ουσιών
- A87 Επιπλοκή/ισχυρή βερταπίδα
- A88 Ακτινοβιο ενζυμική από φυσικό παράγοντα
- A89 Συνέπεια συστηματικής πρόσεως
- A90 Σύνδεση/ακρωτικό ΜΚΑ/ΤΑ/Α/Α/Α/Α/Α
- A91 Παράσιτο σπινθηρικό ΜΚΑ
- A92 Αλκοολική/Αλκοολική Αντίδραση ΜΚΔ
- A93 Πρόδρομο νεφρίτιδας
- A94 Περιγεννητική υπερτασική Άλλη
- A95 Περιγεννητική Φυλαγγίτιδα
- A96 Θάνατος
- A97 Αποστολή νόσου
- A98 Υποστηρίξη Υγείας/Προληπτική Ιατρική
- A99 Νόσος/κατάσταση απροσδιόριστη/φυσική/θέσης

Αίμα, Αιμοποιητικά όργανα & Ανοσοποιητικό σύστημα

- B02 Λεμφοειδής (σε) Διακλωνισμένη/επιδημίας
- B03 Άλλα συστήματα Αιμορραγικών
- B04 Αιμολογικό Σύμπτωμα/Ενόχληση
- B25 Φόβος για AIDS
- B26 Φόβος Καρκίνου αίματος/Αίματος
- B27 Φόβος άλλων νοσημάτων/Αίματος
- B28 Περιορισμός λειτουργίας/Ανισορροπία
- B29 Άλλα συμπτώματα/Αιμορραγικών/Αίματος
- B70 Οξεία Αιμορραγία
- B71 Χρόνια/Μερίκι ελά Αιμορραγία
- B72 Νόσος του Hodgkin/Λεμφομ
- B73 Λευχαιμία
- B74 Άλλα κοκκώδη νεόπλασμα αίματος
- B75 Καλοήγητη/μη καθορ νεόπλασμα αίματος
- B76 Τραυματική ρήξη σπλήνος
- B77 Άλλη έκτακτη αιματώδη/επιδημίας
- B78 Κίτριση/αποχρωτική νόσος
- B79 Άλλη αιμική ανεπάρκεια αιματοποίησης
- B80 Ανωμαλία από ανεπάρκεια σπλήνος
- B81 Ανωμαλία σπλήνος B12/Φωσφορικό οξύ
- B82 Άλλη μη καθορ νόσος
- B83 Περιφερική/αποχρωτική νόσος
- B84 Ανιχνευτήρα ποσολογικό/ελά αιμοσφαιρίων
- B85 Ανιχνευτήρα αιματολογικό/ελά αίματος
- B86 Άλλη αιματολογική ανωμαλία
- B87 Σπληνομεγαλία
- B90 ΗIV λοίμωξη/AIDS
- B99 Άλλο νόσος αίματος/Αίματος/Σπλήνος

Γαστρεντερικό σύστημα

- D01 Κοιλιακή/Κράμπες Γενικά
- D02 Κοιλιακό άλγος επιταχισμένο
- D03 Κοιλιακή επιταχισμένη
- D04 Άλλος αρθροπρωκτικός
- D05 Πεπτοεπιταχισμένο κινήσεις
- D06 Άλλο εντόπιση κοιλιακού άλγος
- D07 Δυσπεψία/Αίτια
- D08 Μεταωχρική/Αδριακή/Επινεφρική
- D09 Δυσπεψία
- D10 Έμετος
- D11 Διάρροια
- D12 Δυσκοιλιότητα
- D13 κούραση
- D14 Αποδοχή/επιθετικότητα αίματος
- D15 Μελανούρα
- D16 Αμφοράγρια ορθού
- D17 Ακράτεια του εντέρου
- D18 Αλλαγή σε κοπράνων/κινήσεις εντέρου
- D19 Συμπτώματα/έξοψη, ούλων
- D20 Συμπτώματα/έξοψη/καλοήγητων
- D21 Πρόβλημα κατάποσης
- D22 Εκκολιτιδίτις/Οξεία/Χρόνια/Άλλα παθήματα
- D23 Ηπατομεγαλία
- D24 Κοιλιακή μάζα ΜΚΑ
- D25 Κοιλιακή διάταση
- D26 Φόβος καρκινώματος πεπτικού συστήματος
- D27 Φόβος άλλης ασθένειας πεπτικού συστήματος
- D28 Περιορισμός λειτουργίας/Ανισορροπία
- D29 Άλλο συμπτωμά/έξοψη πεπτικού συστήματος
- D70 Γαστρεντερική λοίμωξη
- D71 Λοιμώδης περιηπατίτιδα
- D72 Λοιμώδης ηπατίτιδα
- D73 Θεωρούμενη γαστρεντερική
- D74 Κακοήγη νεόπλασμα στομάχου
- D75 Κακοήγη νεόπλασμα κόλον/ορθού
- D76 Κακοήγη νεόπλασμα παγκρέατος
- D77 Άλλα κοκκώδη νεόπλασμα πεπτικού ΜΚΑ
- D78 Νεοπλασματικό πεπτικό καλοήγητο/μη καθορ
- D79 Έξοψη αίματος (πεπτικό σύστημα)
- D80 Άλλες κακώσεις πεπτικού συστήματος
- D81 Σύνδεση/ακρωτικό πεπτικού συστήματος
- D82 Νοσήματα δονητικών/ούλων
- D83 Νοσήματα στόματος/γλωσσικού/σπληνικού
- D84 Νόσημα οισοφάγου
- D85 Έλλοξ/δυσκοιλιότητα
- D86 Άλλο πεπτικό έλλοξ
- D87 Διαταραχές λειτουργίας στομάχου
- D88 Σπληνομεγαλία
- D89 Βουβινγίτιδα
- D90 Διαφραγματική
- D91 Άλλες κήλες κοιλίας
- D92 Εκκολιτιδίτιδα νόσος
- D93 Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- D94 Χρόνια εντερική/εξοχική κούραση
- D95 Ραγδαίο πρωκτικό/πληκτικό απόστημα
- D96 Σκωληκίτις/Άλλα παθήματα
- D97 Άλλα νοσήματα Πέους
- D98 Χολοκυστίτις/Χολοκυστίτιδα
- D99 Άλλο νόσημα πέους συστήματος

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ / ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΟΜΑΛΙΕΣ

ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

Οφθαλμός

- F01 Άλλος οφθαλμικός
- F02 Ερυθρός οφθαλμικός
- F03 Οφθαλμικό έκκριμα
- F04 Κινητή φως/σπληνίτιδα (Μυαλγία)
- F05 Άλλα οπτικά ενόχληματα
- F13 Παθολογική αντίδραση οφθαλμικού
- F14 Παθολογική κίνηση οφθαλμικού
- F15 Παθολογική εμφάνιση οφθαλμικού
- F16 Συμπτωμά/έξοψη Βλεφάρων
- F17 Συμπτωμά/έξοψη νοσίων (όρασης)
- F18 Συμπτωμά/έξοψη σπλήνος
- F27 Φόβος οφθαλμικού νοσήματος
- F28 Περιορισμός λειτουργίας/Ανισορροπία
- F29 Άλλα συμπτώματα/έξοψη οφθαλμικού
- F70 Λοιμώδης Επιπεφυκίτις
- F71 Αλκοολική επιπεφυκίτις
- F72 Βλεφαρίτις/Κηρίδα/Χαλαζία
- F73 Άλλες Λοιμώδεις/εξοχικές οφθαλμικές
- F74 Νεκρωτικό οφθαλμικό/Εξαρτημάτων
- F75 Μυωλωμα/Άμφορρα οφθαλμικού
- F76 Έξοψη αίματος οφθαλμικού
- F78 Άλλος οφθαλμικός οφθαλμικός
- F80 Αποκαταστάση/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- F81 Άλλη σπινθηρική οφθαλμική
- F82 Αποκαταστάση/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- F83 Αμφοβλαστωειδίτιδα
- F84 Αποκαταστάση/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- F85 Έλλοξ/επιδημίας
- F86 Τράχημα
- F91 Διαδοστικό σπλήνος
- F92 Καταρράκτης
- F93 Λοιμώδης κатарάκτης
- F94 Τυφλοπληξία
- F95 Στραβισμός
- F98 Άλλες ασθένειες οφθαλμικού/εξαρτημάτων

Ους - Αυτί

- H01 Άλλος ωτίτις
- H02 Ενοχλήματα ακοής
- H03 Εμβόλις/Σπληνική/Βουβινητική ωτίτις
- H04 Οπτική έκκριση
- H05 Αμφοράγρια ωτίτις
- H13 Αιολογική βλαβερότητα/βουβινητική/ωτίτις
- H15 Αντίδραση σε φάρμακο/ωτίτις
- H27 Φόβος νοσήματος των αυτιών
- H28 Περιορισμός λειτουργίας/Ανισορροπία
- H29 Άλλο συμπτωμά/έξοψη ωτίτις
- H70 Εξωτερική ωτίτις
- H71 Οξεία μέση ωτίτις/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- H72 Εκκολιτιδίτιδα μέσης ωτίτις
- H73 Φλεγμονή/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- H74 Χρονική μέση ωτίτις
- H75 Νεκρωτικό μέση ωτίτις
- H76 Έξοψη αίματος ωτίτις
- H77 Διαταραχές ακοής
- H78 Επιπλοκή/κακώση του ωτίτις
- H79 Άλλες κακώσεις ωτίτις
- H80 Σύνδεση/ακρωτικό ωτίτις
- H81 Υπερκαταστάση/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- H82 Οποιοδήποτε/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- H83 Σπληνική/ωτίτις
- H84 Πρωκτοκυστίτιδα/βουβινητική
- H85 Ακουστικό τραύμα
- H86 Κιρκωσία
- H99 Άλλα νοσήματα ωτίτις/Μαστοειδίτις

Κυκλοφορικό σύστημα

- K01 Άλλος αποδοξίμο/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους στην καρδιά
- K02 Αίσθημα πίεσης/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους καρδιάς
- K03 Άλλος κυκλοφορικός συστήματος ΜΚΑ
- K04 Αιολογική/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους καρδιάς
- K05 Άλλο έλλοξ/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους καρδιάς
- K06 Επιπλοκή
- K07 Διάγνωση/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- K22 Παρόνοιας κίνδυνος για καρδιακό νοσημα
- K24 Φόβος καρδιακού νοσήματος
- K25 Φόβος υπερτασικής
- K27 Φόβος άλλων νοσημάτων/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- K28 Περιορισμός λειτουργίας/Ανισορροπία
- K29 Άλλα συμπτώματα/έξοψη καρδιάς
- K70 Λοιμώδης νόσος κυκλοφορικού
- K71 Ρευματικός πυρετός/Καρδιάς νόσος
- K72 Νεκρωτικό κυκλοφορικού
- K73 Σύνδεση/ακρωτικό/Καρδιάς
- K74 Ισχυρή καρδιάς νόσος με σπληνική
- K75 Οξεία επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- K76 Ισχυρή καρδιάς νόσος χωρίς σπληνική
- K77 Καρδιακή ανεπάρκεια
- K78 Καρδιακή ανεπάρκεια/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- K79 Παροξυσμική ταχυκαρδία
- K80 Καρδιακή αρρυθμία ΜΚΑ
- K81 Καρδιακή/Αρτηριακή φυματίωση ΜΚΑ
- K82 Χρόνια/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους καρδιάς
- K83 Βαλβιδοπάθεια ΜΚΑ
- K84 Άλλο καρδιακό νοσημα
- K85 Αιολογική επίδημίας
- K86 Υπέρταση, μη επιπλεγμένη
- K87 Υπέρταση, επιπλεγμένη
- K88 Χρόνια/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους υπερτασική
- K89 Παροξυσμική υπερτασική/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- K90 Εγκεφαλικό επεισόδιο
- K91 Αρτηριακή/Αρτηριακή/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- K92 Αρτηριακή/Αρτηριακή/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- K93 Πνευμονική εμβολία
- K94 Φλεβική/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- K95 Κιρκωσία/κατά σπλήνος
- K96 Αμφοράγριας
- K99 Άλλα νοσήματα κυκλοφορικού

Μυοσκελετικό σύστημα

- L01 Συμπτωμά/έξοψη
- L02 Συμπτωμά/έξοψη
- L03 Συμπτωμά/έξοψη
- L04 Συμπτωμά/έξοψη
- L05 Συμπτωμά/έξοψη
- L06 Συμπτωμά/έξοψη
- L07 Συμπτωμά/έξοψη
- L08 Συμπτωμά/έξοψη
- L09 Συμπτωμά/έξοψη
- L10 Συμπτωμά/έξοψη
- L11 Συμπτωμά/έξοψη
- L12 Συμπτωμά/έξοψη
- L13 Συμπτωμά/έξοψη
- L14 Συμπτωμά/έξοψη
- L15 Συμπτωμά/έξοψη
- L16 Συμπτωμά/έξοψη
- L17 Συμπτωμά/έξοψη
- L18 Μυαλγία
- L19 Άλλα συμπτώματα/έξοψη ΜΚΑ
- L20 Συμπτωμά/έξοψη ΜΚΑ
- L26 Φόβος καρκινώματος/μυοσκελετικού
- L27 Φόβος άλλων μυοσκελετικών νοσημάτων
- L28 Περιορισμός λειτουργίας/Ανισορροπία
- L29 Άλλα συμπτώματα/έξοψη ΜΚΑ
- L70 Λοιμώδης μυοσκελετικός
- L71 Κοκκώδη νεόπλασμα μυοσκελετικού
- L72 Κάταγμα κερκιδίου/κνήμης
- L73 Κάταγμα κνήμης/πρόβλεψη βρέφους
- L74 Κάταγμα άκρου χερσός/πρόβλεψη βρέφους
- L75 Κάταγμα μηρού
- L76 Άλλα κάταγματα
- L77 Διαστρεμματική/κακώση ποδοκνημικής
- L78 Διαστρεμματική/κακώση γόνατος
- L79 Διαστρεμματική/κακώση άλλων αρθρώσεων
- L80 Εξάρθρωση/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- L81 Κοιλιακή μασαλική συσκευή
- L82 Σύνδεση/ακρωτικό/μυοσκελετικού
- L83 Άλλο σπλήνος
- L84 Οποιοδήποτε/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- L85 Επιπλοκή/κακώση της ΣΣ
- L86 Οποιοδήποτε/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- L87 Ολοκληρωμένη/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- L88 Ρευματοειδής/Οροθετική Αρθρίτις
- L89 Οστεοαρθρίτις
- L90 Οστεοαρθρίτις
- L91 Άλλη οστεοαρθρίτις
- L92 Σύνδρομο οίδημας Σύνδεσης
- L93 Επιπλοκή/κακώση Σύνδεσης
- L94 Οστεοαρθρίτις
- L95 Οστεοαρθρίτις
- L96 Οξεία/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- L97 Νεκρωτικό μασαλική συσκευή/κακώση
- L98 Επιπλοκή/κακώση άκρου
- L99 Άλλα νοσήματα μασαλική συσκευή

Νευρικό σύστημα

- N01 Καταρσία
- N02 Κεφαλαλγία τάσης
- N03 Άλλος προνόμος
- N04 Σύνδρομο γαστρικού άλγος στην ανάπτυξη
- N05 Λοιμώδης/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- N06 Άλλη διαταραχή αισθητικότητας
- N07 Σπασμική/Επιληπτική κρίση
- N08 Παθολογικές ακούσιες κινήσεις
- N16 Διαταραχές διαφραγματικής/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- N17 Λοιμώδης/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- N18 Παράλυση/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- N19 Διαταραχές λόγου
- N26 Φόβος καρκινώματος νευρικού συστήματος
- N27 Φόβος άλλων νευρικών νοσημάτων
- N28 Περιορισμός λειτουργίας/Ανισορροπία
- N29 Άλλα συμπτώματα/έξοψη νευρικού συστήματος
- N70 Πολυμυοπάθεια
- N71 Μηνιγγιτιδο/εγκεφαλιτίδα
- N72 Τενόσιτις
- N73 Άλλες Λοιμώδεις νευρικές
- N74 Κακοήγη νεόπλασμα νευρικού συστήματος
- N75 Κακοήγη νεόπλασμα νευρικού συστήματος
- N76 Νεκρωτικό νευρικού συστήματος
- N79 Διάταση
- N80 Άλλη/κακώση κεφαλής
- N81 Άλλη/κακώση νευρικού συστήματος
- N85 Σύνδεση/ακρωτικό/μυοσκελετικού
- N86 Σύνδεση/ακρωτικό/μυοσκελετικού
- N87 Πόνηση/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- N88 Επιληψία
- N89 Ημικρανία
- N90 Αρτηριακή/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- N91 Παράλυση/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- N92 Νευρολογικό τραύμα
- N93 Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα
- N94 Περιφερική νευρο/επιδημίας/πρόβλεψη βρέφους
- N95 Κεφαλαλγία τάσης
- N99 Άλλα νοσήματα νευρικού συστήματος

Ψυχιατρικά-Ψυχολογικά P

R01 Αίσθημα αγγούρι/Νευροληπτική/Εντασης
R02 Οξεία αγγούρι αντίδραση
R03 Καταθλιπτικό αίσθημα
R04 Αισθησιοχημική εξαρτησιολογία
R05 Γραφ. αισθησιοχημική ηλιμισμένη
R06 Διαταραχές ύπνου
R07 Μετωμην σπειροειδή επίθεση
R08 Μετωμην σπειροειδή ικανοποίηση
R09 Αισθησιο για σέ, προημιόση
R10 Τραυλισμοί/συντηρη ηλιμισμένη
R11 Πρόβλημα λίγης τροφής παιδιού
R12 Ενούρηση
R13 Εγκρίση/τροφή ακαθιά εντέρου
R14 Χρόνια κατάθλιψη αλκοόλ
R16 Οξεία κατάθλιψη αλκοόλ
R17 Κατάθλιψη καπνού
R18 Κατάθλιψη φαρμάκων
R19 Φαρμακτική εξάρτηση
R20 Διαταραχές μνήμης
R21 Υπερνητικό παιδί
R22 Συμπενοχία σχετ συμπεριφ παιδιού
R23 Συμπενοχία σχετ συμπεριφ μαθητή
R24 Εξέλιφ προημιόση φοση/ζωής ενήλικα
R25 Πρόβλφ βρογχίτης διαταραχή
R26 Φόβος διαβητικής διαταραχής
R28 Περιορισμψ λεπτομην/Αναπνοία
R29 Άλλο ψυχολογ συμπενοχία
R70 Ακεία
R71 Άλλο οργάνω ψυχροσύνδρομο
R72 Σχισμρένεια
R73 Συνασθημική ψύχωση
R74 Αγχώσης διαταραχή/Άλλη κατάσταση
R75 Σωματιστική διαταραχή
R76 Καταθλιπτική συνδρομή
R77 Αυτοκτονία/Αποτομία αυτοκτονίας
R78 Νευροσθένεια/Υπερκόπωση
R79 Φοβική/Ψυχανογκαστική διαταραχή
R80 Διαταραχή προσωπικότητας
R81 Υπερνητική διαταραχή
R82 Μετατραυματική αγγούρι διαταραχή
R85 Διανοητική καθυστέρηση
R86 Ψυχονετική καθυστέρηση
R89 Άλλη ΜΚΑ ψύχωση
R99 Άλλες ψυχολογικές διαταραχές

Αναπτυξιακό σύστημα R

R01 Άλιος ανανι ανανι
R02 Τρόπηση, διαποσφια
R03 Σπρωτισία ανανι
R04 Άλλο πρόβλημα ανανι
R05 Βλας
R06 Πρωτογενής/Επίσταξη
R07 Πρωτογενής/Πηκία σωματισμένη
R08 Άλλο συμπενοχία, νικός
R09 Συμπενοχία κόπηση κεφαλής
R21 Συμπενοχία λοιμού
R22 Συμπενοχία ομαφθαλμ
R23 Συμπενοχία φωνής
R24 Αιμόσταση
R25 Παθολογία πτελερ/Αλγισμα
R26 Φόβος καρκινου του ανανι ανανι
R27 Φόβος άλλου νοσημ ανανι ανανι
R28 Περιορισμψ λεπτομην/Αναπνοία
R29 Άλλο συμπενοχία ανανι ανανι
R70 Φυματισία πνευμ/λιμφ Α70
R71 Κοκκίτης
R72 Σπασμ φλεγμονώδη/Οστρακία
R73 Διαιτητική/Αποτομία νικός
R74 Οξεία λοιμική ανανι ανανι
R75 Παραρρινοκολίτης οξεία/χρόνια
R78 Οξεία αμυγδαλίτις
R77 Οξεία λαρυγγίτις/τραχείτις
R78 Οξεία βρογχίτις/βρογχολίτις
R79 Χρόνια βρογχίτις
R80 Γρίπη
R81 Πνευμονία
R82 Πνευμ/Πνευμική συλλογή
R83 Άλλο λοιμική ανανι ανανι
R84 Κακόηθες νεοπλασμά βρογχίτις/πνευμονίτις
R85 Άλλο κακόηθες νεοπλασμά ανανι ανανι
R86 Κακόηθες νεοπλασμά ανανι ανανι
R87 Ξένο σώμα νεοπλασμά/βρογχίτις
R88 Άλλο κακία ανανι ανανι
R89 Συγγενής ανωμαλία ανανι ανανι
R90 Υπερτασική αμυγδαλίτις/αδενίτις
R92 Νόσος ανανι ανανι ανανι ανανι
R95 Χρόνια λοίμωξη/Πνευμονία/Παθή
R96 Ακεία
R97 Άλλη/Άλλη ριτίτις
R98 Ξένονομο υπερτασικού
R99 Άλλο νοσήμα ανανι ανανι

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ / ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ
ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΟΜΑΛΙΕΣ
ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

Δέρμα

S01 Άλλο/Εξαισθησία δερμάτος
S02 Κνησμός
S03 Μυρμηγκιές
S04 Τοπική δερματίτιδα
S05 Γενικευμένη δερματίτιδα
S06 Τοπικό εξάνθημα
S07 Γενικευμένο εξάνθημα
S08 Άλλο/χρόνια δερμάτος
S09 Μόλυβου δειψ χηρτοδός
S10 Δοξηλ/Ανδράκος
S11 Μετατραυματική φλεγμονή δερμ
S12 Δοκίμια ενάντιου
S13 Δοκίμια ζωοανθράκω
S14 Έγκωμα/βραχίονας
S15 Ξένο σώμα μέσα στο δερμα
S16 Μυλομυο/Σύνθεση
S17 Εξιδροσ/Λιμφο/Φλυκταία
S18 Ριτίτ/Τριμ
S19 Άλλη κακία δερμάτος
S20 Τόλκω/Τόλκω
S21 Συμπενοχία υφής δερμάτος
S22 Συμπενοχία ανούνη
S23 Τρυφισία/Λιμφοία
S24 Άλλο συμπενοχία τριχον/τριχουαί κεφαλής
S26 Φόβος καρκινου δερμάτος
S27 Φόβος άλλου νοσημψ δερμάτος
S28 Περιορισμψ λεπτομην/Αναπνοία
S29 Άλλο συμπενοχία δερμάτος
S70 Ερπητς ζωστήρας
S71 Ερπητς απλάς
S72 Ψωρα/Άλλες ακαριασές
S73 Φθορισμψ/Άλλο παράσιτα δερμάτος
S74 Δερματισμική
S75 Μονιλιακή/Κανθινίωση δερμάτος
S76 Άλλη λοιμική δερμάτος
S77 Κακόηθες νεοπλασμά δερμάτος
S78 Λίπωμα
S79 Άλλο κακόηθες/λιμφο κακία νεοπλασμά δερμ
S80 Ησική υπερκεράτωση/εγκώμια
S81 Αιμοχρωμική/Αιμοχρωμική
S82 Σπλην/Κρετασμία
S83 Άλλο συγγενής ανωμαλία δερμάτος
S84 Κρίλια
S85 Δερματικές καθυστέρηση
S86 Σηλησπορική δερματίτις
S87 Αποθήκη δερματίτις/Εκζέμα
S88 Δερματίτις από επαφή/Αλλεργική
S89 Εξάνθημα αι σταγονίδια
S90 Ροδόχρους πυτυρίδας
S91 Ψωρίασις
S92 Νόσος θρηπιστικού αδένια
S93 Σηλησπορική συστή
S94 Επιστροφή ούλων
S95 Μολυσματική τερμίνθος
S96 Ακμή
S97 Χρόνια νόσος δερμάτος
S98 Κνίδια
S99 Άλλο νόσημα δερμάτος

Ενδοκρινολογία, Μεταβολισμός, Τ
Ορμή

T01 Υπερμετρη θια
T02 Υπερμετρη ορμή
T03 Απώλεια τη ορμής
T04 Πρόβλ διαταραχής βρεφου/παιδιού
T05 Πρόβλημα διαταραχής ενήλικα
T06 Ψυχονετική ανανι/βουλιμία
T07 Αδύνη βραχίον
T08 Απώλεια βραχίον
T10 Καθυστέρηση ανάπτυξης
T11 Αδύνησθια
T15 Ογκος θυροειδούς
T26 Φόβος καρκινου ενδοκριν ανανι
T27 Φόβος άλλου ενδοκριν/μεταβολψ νοσημψ
T28 Περιορισμψ λεπτομην/Αναπνοία
T29 Άλλο συμπενοχία ενδοκριν/μεταβολψ
T70 Λοιμική ενδοκρινική ασπτήματα
T71 Κακόηθες νεοπλασμά θυροειδούς
T72 Κακόηθες νεοπλασμά θυροειδούς
T73 Άλλη/Μη κακία νεοπλασμά ενδοκριν ανανι
T78 Ψευδομολυσματική παρως/κυστή
T80 Άλλη συγγενής ανωμαλία ενδοκριν/μεταβ ανανι
T81 Βρογχίτις
T82 Παγκρεατίτις
T83 Υπερβροσική
T88 Υπερβροσικός/Δυσρεσοξίτικος
T89 Υπερβροσικός/Μυοζήθια
T87 Υποπαραθυροειδής
T88 Γλαυκώμια
T89 Ισοουλοεστρωμίνος οσκή διαβήτης
T90 Μη-Ισοουλοεστρωμίνος οσκή διαβήτης
T91 Έλκωμα θηλαγγίτις/θρητίτις
T92 Οσική ορμή
T93 Διαταραχή μεταβολισμού λιπών
T99 Άλλη ενδοκριν/μεταβολψ/διατροφ νοσός

Ουρολογία U

U01 Διασπορική/Επίθεση ούρησης
U02 Συγκρασία/Επίθεση πύσης ούρησης
U04 Ακεία ούρων
U05 Άλλο πρόβλημα ούρησης
U06 Αμιατορία
U07 Άλλο ενόχημα ούρησης
U08 Επισπασμ ούρων
U13 Άλλο συμπενοχία κύστης
U14 Συμπενοχία νεφρού

S

U26 Φόβος καρκινου ούρου ανανι
U27 Φόβος άλλου νοσημ ούρου ανανι
U28 Περιορισμψ λεπτομην/Αναπνοία
U29 Άλλο συμπενοχία ούρου ανανι
U70 Παρεσφρασία/Επίθεση
U71 Κυστείτη/Άλλη ουρολοιμική ΜΚΑ
U72 Ουρηθρίτις
U75 Κακόηθες νεοπλασμά νεφρού
U76 Κακόηθες νεοπλασμά κύστης
U77 Άλλο κακόηθες νεοπλασμά ούρου ανανι
U78 Κακόηθες νεοπλασμά ούρου ανανι
U79 Μη κακία νεοπλασμά ούρου ανανι
U80 Κακία ουροποιητικού συστήματος
U85 Συγγενής ανωμαλία ούρου ανανι
U88 Σπερματοσπρηφί/Νήφρωση
U90 Ορθοσφραγία λεπτομην/Αναπνοία
U95 Νεφρ ήβια άλλου των κύστης/νεφρ
U96 Παθολογική γενική εξέταση ούρων ΜΚΑ
U99 Άλλη ασθένεια ούρου ανανι

Εγκοιμωτική, Γονιμότης, W
Οικ. προγραμματισμός

W01 Υπομία εγκοιμωσής
W02 Φόβος πθίσσης εγκοιμωσής
W03 Αμφορμία κατά την κύηση
W04 Εξιδροσ/Λιμφο/Φλυκταία
W10 Μετασοουσιακή ανου/αλλημην
W11 Ανου/αλλημην από του στόματος
W12 Ενδομητρηκή μέθοδος ανου/αλλημην
W13 Σπέρμα (γυναικία)
W18 Άλλο αδές ανου/αλλημην (γυναικία)
W15 Σπρωτισία/Υπογόνιμωτη (γυναικία)
W17 Αμφορμία μετά τον τοκετό
W18 Άλλο συμπενοχία μετά τον τοκετό
W19 Συμπενοχία μαστοβήλασμου
W20 Άλλο συμπενοχία μαστού επι κύστης
W21 Ανου/αλλημην σχετ εμφάνιση εγκοιμωσής
W22 Φόβος επιτοκίων κυήσεως
W28 Περιορισμψ λεπτομην/Αναπνοία
W29 Άλλο συμπενοχία εγκοιμωσής
W70 Επληροσφραγία/Ασπτήματα
W71 Άλλη λοιμική επιπλ εγκοιμωσής/ακεία
W72 Κακόηθες νεοπλασμά σχετ με την κύηση
W73 Καλοήθης/Μη κακία νεοπλασμά σχετ εγκοιμωσ
W75 Κυωσικές επιπλκ της εγκοιμωσ
W76 Συγγενής ανωμαλία επιπλκ εγκοιμωσ
W78 Εγκοιμωτική
W79 Αναβλήθη εγκοιμωσής
W80 Εξυμνητική εγκοιμωσής
W81 Τοκετμός της εγκοιμωσής
W82 Ατύχηση έκτρωτος
W83 Τεχνητή έκτρωση
W84 Εγκοιμωτική υψίλο κινδύνου
W85 Διαβήτης κύησης
W90 Τοκετός χωρίς επιπλκ νεκρού νεογνού
W91 Τοκετός χωρίς επιπλκ νεκρού νεογνού
W92 Τοκετός με επιπλκ ζώντος νεογνού
W93 Τοκετός με επιπλκ νεκρού νεογνού
W94 Μαστίτις της θηλάδας
W95 Άλλη διαταραχή μαστού στην κύηση/λοκία
W96 Άλλη επιπλκή της θηλάδας
W99 Άλλη διαταραχή κύησης/τοκετού

Γεννητικό σύστημα γυναικας X

X01 Άλιος γεννητικψ γεννητικψ οργάνων
X02 Άλιος εμμηνορροία
X03 Άλιος στο μεσοδείο των εμμηλίων
X04 Διασπορική
X05 Αμηνόρροια/Ολιγομηνόρροια
X06 Πολυμηνόρροια
X07 Αραιομηνόρροια/Πολυμηνόρροια
X08 Αμφορμψ μεσοδιστημ εμμηλίων
X09 Προεμμηνορροιακό συμπτωματολόγισμα
X10 Μετάθεση εμμηνορροίας
X11 Συμπενοχία εμμηνορροίας
X12 Μεταμηνουσιακή αμφορροία
X13 Μετασοουσιακή αμφορροία
X14 Κακία έκτρωτος
X15 Άλλο συμπενοχία κόπηση
X16 Συμπενοχία ούλων
X17 Συμπενοχία πτείου
X18 Άλιος μαστού
X19 Διάγκωση/Ογκος μαστού
X20 Συμπενοχία θηλάδας
X21 Άλλο συμπενοχία μαστού
X22 Αντισημα σχετ εμφάνιση μαστού
X23 Φόβος σθλαίου μεθοδου νοσημ
X24 Φόβος σέψ, δυσμετεωρογία
X25 Φόβος καρκινου γενν οργάνων
X26 Φόβος καρκινου του μαστού
X27 Φόβος άλλου γενν συστήματος
X28 Περιορισμψ λεπτομην/Αναπνοία
X29 Άλλο συμπενοχία γενν ανανι
X70 Σύνδρμ (Γυναικία)
X71 Γονόρροια (Γυναικία)
X72 Μολυσμα γενν ανανι γυναικ
X73 Τροχομολυσία γενν ανανι γυναικ
X74 Φλεγμονώδης νοσός πτείου
X75 Κακόηθες νεοπλασμά πτείου
X76 Κακόηθες νεοπλασμά μαστού
X77 Άλλο κακόηθ νεοπλασμά γενν ανανι γυναικ
X78 Ισομύκρια μήτρας
X79 Κακόηθες νεοπλασμά μαστού
X80 Άλλο κακόηθες νεοπλασμά γενν ανανι γυναικ
X81 Άλλη/Μη κακία νεοπλασμά γενν ανανι γυναικ
X82 Τραύμα γεννητικού συστήματος γυναικ
X83 Σύνγ ανωμαλία γενν ανανι γυναικ

X84 Κολπίτις/Αδενίτις ΜΚΑ
X85 Άλλο νοσήμα τραχήλου
X86 Παθολογικό Pap test
X87 Μητροκοιλιακή πρόπτωση
X88 Ινομυοική νόσος μαστού
X89 Προεμμηνορροιακό σύνδρομο
X90 Ερπητς γεννητικψ οργάνων
X91 Οξεία/Χρόνια ουρηθρίτις
X92 Λοίμωξη με χλαμύδια γενν ανανι γυναικ
X99 Άλλη νοσήμα γενν ανανι γυναικ

Γεννητικό σύστημα άνδρα Y

Y01 Άλιος πέος
Y02 Άλιος σπυρρινοσπλάγγου
Y03 Ουρηθρίτις έκτρωτος (Ανδρα)
Y05 Άλλο συμπενοχία πέους
Y06 Άλλο συμπενοχία οσχου/βροχίτων
Y08 Συμπενοχία προστάτη
Y09 Σέψ ανικανότητα ΜΚΑ
Y08 Άλλο συμπενοχία σέψ λεπτομην
Y10 Σπέρμα/Υπογεννητικωσής
Y12 Σπέρμα
Y14 Άλλο αδές ανούνη ανανι προημ
Y16 Συμπενοχία μαστού (Ανδρα)
Y24 Φόβος σθλαίου δυσμετεωρογ
Y25 Φόβος σέψ μεσοδίου νοσημψ
Y26 Φόβος καρκινου γενν ανανι άνδρα
Y27 Φόβος άλλου νοσημψ γενν ανανι άνδρα
Y28 Περιορισμψ λεπτομην/Αναπνοία
Y29 Άλλο συμπενοχία γενν ανανι άνδρα
Y70 Σπέρμα (Ανδρα)
Y71 Γονόρροια (Ανδρα)
Y72 Ερπητς γενν ανανι άνδρα
Y73 Προστατίτις/Φλεγμ σπέρμ κύστης
Y74 Ορχίτις/Επιδιφιμής
Y75 Βλακίτις
Y76 Καλοήθης/Μη κακία νεοπλασμά (Ανδρα)
Y77 Κακόηθες νεοπλασμά προστάτη
Y78 Άλλο κακόηθ νεοπλασμά γενν ανανι άνδρα
Y79 Καλοήθης/Μη κακία νεοπλασμά γενν ανανι άνδρα
Y80 Τραύμα γενν ανανι άνδρα
Y81 Φιμωσική/Περιορισμψ ακρωσθιάς
Y82 Υποσπασμός
Y83 Φιμωσική
Y84 Άλλο σπυρ ανανι γενν ανανι άνδρα
Y85 Κακόηθες υπερπροστάτη προστάτη
Y86 Υπέρσθησις
Y99 Άλλο νοσήμα γενν ανανι άνδρα

Κοινωνικά προβλήματα Z

Z01 Πρόβλ πνεύσ/οικονομικό
Z02 Πρόβλ διαταραχή/νέου
Z03 Πρόβλ κατακρίση/μετενοσής
Z04 Πρόβλ κοινωνικό/πολιτιστικό
Z05 Πρόβλημα στην εργασία
Z06 Πρόβλημα ανανι
Z07 Πρόβλημα εκπαιδευτικό
Z08 Πρόβλ κοινών πνεύσος
Z09 Πρόβλ νομικό
Z10 Πρόβλ νόσημα Συστήματος Ύγιας
Z11 Πρόβλ αμφορροσφραγία/αδενίτις
Z12 Πρόβλ σχέση με τοπική ανανι
Z13 Πρόβλ συμπεριφορικός ανανι
Z14 Πρόβλ ασθένεια συντροφού
Z15 Πρόβλ απεικασ/θανάτου συντροφού
Z16 Πρόβλ σχέση με το παιδί
Z18 Πρόβλ ασθένεια παιδιού
Z19 Πρόβλημα απεικασ/θανάτου παιδιού
Z20 Πρόβλ σχέσεων με γονε/αίκο
Z21 Πρόβλ σπασμ γονε/αίκο
Z22 Πρόβλ σπασμ γονε/αίκο
Z23 Απυλοεστρωμίνος γονε/αίκο οικογ
Z24 Πρόβλ σχέσεων με τους φίλους
Z25 Πρόβλ νόσημα επίθεσις/επλ γεγον
Z27 Φόβος κοινωνικού προβλήματος
Z28 Περιορισμψ λεπτομην/Αναπνοία
Z29 Άλλο κοινωνικό πρόβλημα ΜΚΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΕΡΕΥΝΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ - ΕΟΠΥΥ - ΠΦΥ

Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ ΤΟΥ δυτικού κόσμου υφίσταται αυτή την περίοδο πολλές θεμελιώδεις αλλαγές. Η αυξανόμενη ζήτηση μέσα σε ένα πλαίσιο δημοσιονομικού περιορισμού δημιουργεί την ανάγκη για διαχείριση της αποδοτικότητας και πιο αυστηρό έλεγχο των πόρων που κατευθύνονται στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα στην Ελλάδα, το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές κατά την τελευταία τριακονταετία, με καθοριστικό στοιχείο αναφοράς τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Υπό το πρίσμα των περιορισμένων πόρων, τα κριτήρια της υγειονομικής ισότητας και της αποδοτικότητας έχουν, ιδιαίτερα σήμερα, μέγιστη σημασία και το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ αποκτά κρίσιμη στρατηγική σπουδαιότητα για την εθνική πολιτική υγείας.

Θεωρείται επίσης, ότι σημαντική κατεύθυνση στο σχεδιασμό μιας αποδοτικής και αποτελεσματικής πολιτικής υγείας αποτελεί ο προσανατολισμός της διαχείρισης της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκφράζει μια στρατηγική η οποία δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξωνοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας και αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας. Μερικά από τα κύρια προβλήματα που υπήρχαν στη χώρα μας ήταν ο έντονος κατακερματισμός των φορέων, με διαφορετικά και ασύνδετα μεταξύ τους σχήματα, μεγάλες ανισότητες στις εισφορές και στις παροχές, τις πολυσύνθετες γραφειοκρατικές διαδικασίες και επικαλύψεις, καθώς και η σημαντική έλλειψη γιατρών γενικής ιατρικής και νοσηλευτικού προσωπικού, με συνέπεια την απου-

οία οικογενειακού γιατρού και συστήματος ελέγχου της διακίνησης των ασθενών εντός του συστήματος υγείας.

Ως «διαχείριση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας» (Health Care Services Demand Management) ορίζεται η διαδικασία της αναγνώρισης του πώς, γιατί και από ποιους δημιουργείται η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, έτσι ώστε στη συνέχεια να είναι δυνατή η ανάπτυξη του πλέον αποδοτικού, κατάλληλου και δίκαιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Υπό μία έννοια, η διαχείριση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η διαχείριση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, σε όλα τα σημεία μετάβασης του ασθενούς μέσα στο συνολικό σύστημα υγείας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση είναι πολλοί και δύσκολο να υπολογιστούν και αξιολογηθούν με ακρίβεια. Παρόλα αυτά, η ζήτηση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επηρεάζεται και από άλλους εξωγενείς παράγοντες, όπως την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, το ευρύτερο επιδημιολογικό φάσμα (ιδιαίτερα δε των χρόνιων νοσημάτων) [επιδημιολογικό προφίλ, life style], τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, την οικονομική ανάπτυξη και υποδομή, την κοινωνική αντίληψη για την ασθένεια και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, τις πολιτιστικές αξίες [κουλτούρα], αλλά κυρίως τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης του συστήματος.

Η παραγωγή και η διανομή της φροντίδας γίνεται κατά κύριο λόγο μέσω ενός δικτύου από 200 και πλέον περίπου κέντρα υγείας σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (με τα οποία συνδέονται τα 1.500 περίπου ιατρεία) και πλησίον των 200 πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) στις αστικές περιοχές (με τα οποία συνδέονται άλλα τόσα ιατρεία). Το άτυπο αυτό δίκτυο θεωρείται ότι δεν έχει στις περισσότερες περιπτώσεις ορθολογική χωροταξική κατανομή, καλή πυκνότητα ιατρικού δυναμικού και ικανοποιητικού επιπέδου τεχνολογία. Ο ασφαλιστικός πληθυσμός των άλλων ταμείων που εντάχθηκαν στο ΕΟΠΥΥ, που δε διέθεταν δικές τους υπηρεσίες υγείας, καλύπτονταν μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά σχήματα και γιατρούς, χωρίς όμως να διασφαλίζεται η επάρκεια και η ποιότητα των υπηρεσιών.

Οι μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενες πρακτικές στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τους Φ.Κ.Α. (Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης) παρουσιάζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- ♦ Απορρόφηση στη συνταγογράφηση, συχνά χωρίς οδηγίες, και πολυφαρμακία
- ♦ Απουσία οδηγιών και πρωτοκόλλων για τη διαχείριση των συχνών νοσημάτων στην ΠΦΥ, με αποτέλεσμα ανεπαρκή ρύθμιση ασθενών με χρόνια νοσήματα,

- ♦ Ανεξέλεγκτη παροχή πληθώρας εργαστηριακών, παρακλινικών και κλινικών εξετάσεων, χωρίς να έχει αξιολογηθεί η συμβολή τους στη μείωση της νοσηρότητας ή τη βελτίωση των δεικτών υγείας των ασφαλισμένων τους,
- ♦ Απουσία συστηματικών και διαχρονικών παρεμβάσεων, με στόχο την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας των ασφαλισμένων τους,
- ♦ Εφαρμογή κυρίως κατά πράξη συστήματος αμοιβής, το οποίο σε συνδυασμό με την πληθώρα παρόχων ΠΦΥ και την πλήρη ασφαλιστική κάλυψη προξένησε προκλητή ζήτηση
- ♦ Αποσπασματική, άκαιρη και συχνά ελλιπής παροχή ουσιωδών διαγνωστικών μεθόδων πρόληψης (για παράδειγμα Pap-test, μαστογραφία), με αμφίβολη την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους,
- ♦ Απουσία συγκεντρωτικής κλινικής αξιολόγησης και καταγραφής των αποτελεσμάτων των εξετάσεων, με σκοπό την ενημέρωση και καθοδήγηση του ασθενή, την οργάνωση και συστηματοποίηση της αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας του και του προσανατολισμού του στο σύστημα υγείας.

Οι παραπάνω ελλείψεις και προβλήματα έχουν ως επιπτώσεις τη σπατάλη πόρων, την αστοχία του παραγόμενου έργου και την έλλειψη ικανοποίησης των ασφαλισμένων.

Σύμφωνα με το Νόμο 3918/2011 (ΦΕΚ 31/2-3-2011) συνιστάται ο ΕΟΠΥΥ, ένα νέο ΝΠΔΔ υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έδρα την Αθήνα. Στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ.ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του Ν. 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α'), ως προς τις παροχές σε είδος. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, μπορεί να μεταφέρονται στον ΕΟΠΥΥ και άλλοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:

- ♦ Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον προβλεπόμενο στο άρθρο 30 Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του νόμου.
- ♦ Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ, κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 23 και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ. Η συνεργασία πραγματοποιείται με βάση τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Συμβουλίου Συντονισμού του άρθρου 31 του Ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115 Α'). Με αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού διαρρυθμίζεται επίσης και ο χάρτης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με σκοπό την καλύτερη και σωστή εξυπηρέτηση των της περίπτωση α' του παρόντος άρθρου δικαιούχων.
- ♦ Η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων της προηγούμενης παραγράφου, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.
- ♦ Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το νέο Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 3054/18-11-2012), ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας:

- Στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα ολοήμερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών
- Στις υπηρεσίες του ΕΚΑΒ
- Στα Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία
- Στα Αγροτικά Ιατρεία
- Στα Πολυιατρεία και Ιατρεία του ΕΟΠΥΥ

- Στα Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας
- Στις Ιδιωτικές Κλινικές που λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία και διαπιστευμένα Διαγνωστικά Εργαστήρια
- Στους Ιδιωτικούς Φορείς, όπως περιγράφονται στο άρθρο 28 του Ν. 3846/2010 (Α', 66)
- Στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- Στις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης
- Στις Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας του άρθρου 14 του Ν. 2071/1992 (Α', 123)
- Στους Σταθμούς Προστασίας Μάνας, Παιδιού & Εφήβου, όπου διαθέτει ο Οργανισμός
- Στα Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας του Οργανισμού, στα Ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και στους κατ' οίκον φυσικοθεραπευτές.

B. ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

B.1. Διερεύνηση και αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης στο διεθνές περιβάλλον με την παράθεση βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Θα επλεγούν συστήματα χρηματοδότησης διαφορετικών συστημάτων υγειονομικής προστασίας ορισμένων κρατών, τα οποία πρέπει να έχουν εμφανείς ομοιότητες ή διαφορές από το υπάρχον και το επιδιωκόμενο σύστημα πληρωμών του ΕΟΠΥΥ για την ΠΦΥ, είτε προς τους ιδιωτικούς είτε προς τους δημόσιους παρόχους υπηρεσιών. Καταρχήν, αυτό σημαίνει την επιλογή ορισμένων συστημάτων (ή/και κρατών) που έχουν τόσο ιδιωτικούς όσο και δημόσιους παρόχους (ενίοτε και μόνον ή έστω πρωτίστως δημόσιους), οι οποίοι χρηματοδοτούνται δημόσια (φορολογία ή κοινωνική ασφάλιση), όσον αφορά τις ομοιότητες, αλλά και οργανισμών που συμβάλλονται με ιδιωτικούς παρόχους που χρηματοδοτούνται ιδιωτικά (είτε άμεσα –out of pocket–, είτε μέσω ασφαλιστικών προγραμμάτων), όσον αφορά τις διαφορές. Η αξία της μελέτης των διαφορετικών συστημάτων (από βιβλιογραφία ή άλλες πηγές ή επί τόπου έρευνα) είναι η διερεύνηση της υπόθεσης, αν και κατά πόσο η μέθοδος χρηματοδότησης (ιδιωτική πληρωμή για ιδιωτική παροχή) μπορεί να δώσει ιδέες για ένα διαφορετικό σύστημα (δημόσια πληρωμή για ιδιωτική –ή δημόσια– παροχή).

Εκτός από τον παραπάνω διαχωρισμό που αναφέρεται σε ιδιωτική ή δημόσια πληρωμή, τα συστήματα χωρίζονται σε αυτά που αφορούν στην πληρωμή του παρόχου είτε μέσα από ολοκληρωμένα συστήματα (integrated/comprehensive), όπως π.χ. στη Βρετανία, είτε μέσα από συμβολαιακά (contractual), όπως π.χ. στη Γερμανία, ή την κατόπιν της -ιατρικής- πράξης, αποζημίωση αυτού που τη ζήτησε και υλοποιήθηκε καταβάλλοντας αρχικά το τίμημα ο ίδιος (reimbursement), όπως π.χ. στη Γαλλία, ενώ τέλος δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας και η «συνέχεια» και η «απόληξη» του ολοκληρωμένου προγράμματος Shemasko, όπως π.χ. χώρες της «πρώην ανατολικής Ευρώπης», όπως και κατόπιν εξελίχθηκαν. Παράλληλα, θα ληφθούν υπόψη περισσότερο «ιδιωτικά» ή «μεικτά» συστήματα, π.χ. ΗΠΑ, Ελβετία και Ολλανδία.

Συνεπώς, θεωρείται πως πρέπει να γίνει μία σταχυολόγηση και να αναλυθούν συστήματα, τα οποία έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: **α.** Ιδιωτική πληρωμή (ατομική ή μέσω ιδιωτικής ασφάλισης) για ιδιωτική παροχή, ώστε να εξεταστεί τι μπορεί να δώσει ένα εντελώς διαφορετικό σύστημα, **β.** Ολοκληρωμένα συστήματα, αφού και το ΕΣΥ, αρχικά στόχευε προς αυτή την κατεύθυνση, καθ' όσον ακόμη δεν έχει εγκαταλειφθεί στην Ελλάδα η ιδέα του «μονοψώνιου» (ενώ και το κατ' εξοχήν ολοκληρωμένο, όπως ξεκίνησε το βρετανικό σύστημα, το 1948, παρουσιάζει σημαντικά βήματα προς κάτι διαφορετικό με τις εσωτερικές οιονεί αγορές από το 1991 και μετά), **γ.** Συμβολαιακά συστήματα, αφού και ο ΕΟΠΥΥ συμβάλλεται τόσο με ιδιωτικούς όσο και με δημόσιους παρόχους για μια σειρά πράξεων και τέλος, **δ.** τα μετά-Σέμασκο συστήματα, τόσο γιατί παρουσιάζουν ενδιαφέρον όσο και γιατί τυγχάνουν ευρείας εφαρμογής σε μεγάλο μέρος της ηπείρου μας. Αντίθετα, δεν κρίνεται σκόπιμο να προσεγγίσουμε συστήματα αποζημίωσης που δεν περιλαμβάνονται στη λογική του ΕΟΠΥΥ.

Σύντομα διευκρινιστικά σχόλια σχετικά με τη μεθοδολογία αναζήτησης της βιβλιογραφίας:

- ♦ Πηγές αναζήτησης: ως πηγές αναζήτησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν α) ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων βιβλιογραφικής αναφοράς, όπως Medline/PubMed, Excerpta Medica (EMBASE), Scopus, ABI/INFORM κ.ά., καθώς και πηγές υψηλής ποιότητας συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων, όπως η Cochrane Library, β) σχετικές μελέτες από διεθνείς φορείς και οργανισμούς (π.χ. WHO, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, ECB, NICE κ.ά.) και γ) κείμενα και μελέτες επλεγμένων σχετικών οργανισμών (π.χ. από τα επίσημα site των οργανισμών αυτών).

- ♦ Όροι αναζήτησης: θα χρησιμοποιηθούν γενικοί όροι (λέξεις-κλειδιά), σε διάφορους συνδυασμούς, με τη χρήση τελεστών (AND/OR), καθώς και ειδικοί όροι αναζήτησης με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα.
- ♦ Στρατηγική αναζήτησης και αξιολόγηση της ποιότητας της βιβλιογραφίας: θα ληφθεί υπόψη ο βαθμός συνάφειας των αποτελεσμάτων της αναζήτησης με τα ερευνητικά ερωτήματα.

B.2. Αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης σε επιλεγμένες χώρες [μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης] και οργανισμούς αυτών [μέσω πηγών ή/και επισκέψεων]

Κρίνεται αρχικά σκόπιμη η περιγραφή και η ανάλυση των ακόλουθων συστημάτων και κρατών:

- ♦ Ηνωμένο Βασίλειο (κυρίως Αγγλία και Σκωτία), Σουηδία, Ισπανία, τα οποία έχουν ολοκληρωμένο σύστημα,
- ♦ Γερμανία ή/και Αυστρία ή/και Γαλλία που έχουν συμβολιακό σύστημα,
- ♦ ΗΠΑ με ιδιωτικό σύστημα ή/και Ολλανδία με μεικτό.

Αυτή η προσέγγιση δίνει ένα ευρύ, αλλά και πλήρες φάσμα, με τρία ολοκληρωμένα συστήματα στην Ευρώπη (με το Ισπανικό μάλιστα να έχει και το ενδιαφέρον των περιφερειών), τρία συμβολιακά εντός Ευρώπης, ένα ολοκληρωμένο εκτός Ευρώπης, και τέλος το κατ' εξοχήν σύστημα ιδιωτικής πληρωμής για ιδιωτική παροχή (HMOs, PPOs με διάφορους τρόπους), το οποίο όμως περιλαμβάνει και ένα υποσύστημα με όρους δημόσιας χρηματοδότησης (Medicare-Medicaid) (ΗΠΑ). Ακόμη περισσότερο, το υποσύστημα αυτό ίσως είναι πιθανόν να αποτελέσει πρότυπο blue-print για μια μεγάλη χώρα. Οι διαστάσεις των **συστημάτων** που συνθέτουν το βασικό πλαίσιο και θα **διερευνηθούν επιστημονικά** είναι:

- Τα συστήματα (Εθνικά, Κοινωνικής Ασφάλισης, Ιδιωτικά) με τον τρόπο (φόροι, ταμεία υγείας, πολίτες) και τις μεθόδους χρηματοδότησης (αποζημίωση παρόχων – συμμετοχή πολιτών),
- Η ΠΦΥ με τους παρόχους της και οι σχέσεις που τους συνδέουν με τα ταμεία ή το κράτος ή τους πολίτες (συμβάσεις, έλεγχος, αποζημίωση, κ.λπ.).

Τα ειδικά **ερευνητικά ζητήματα** θα είναι:

- η οργανωτική διάρθρωση του συστήματος,
- ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των οργανισμών-φορέων [εύρος κάλυψης, υποδομές, λίστα αναμονής, γεωγραφική κατανομή],

- ο τρόπος χρηματοδότησης καθώς και αποζημιώσεων (όροι πληρωμών).

Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί βασίζεται στην αλληλουχία της θεωρητικής θεμελίωσης, της εμπειρικής τεκμηρίωσης και της εξαγωγής συμπερασμάτων μέσω των συγκριτικών αναλύσεων των προαναφερομένων χωρών, αλλά και οργανισμών τους. Θα επιχειρηθεί μια κριτικά αναστοχαστική ανασκόπηση-προσέγγιση της σχετικής βιβλιογραφίας, σχετικές μελέτες, π.χ. του European Observatory on Health Systems and Policies, αλλά και επί τόπου επισκέψεις. Περιληπτικά, στους ασφαλιστικούς **οργανισμούς** υγείας κυρίως, θα διερευνηθούν και θα αποτυπωθούν:

- τα πακέτα ασφαλιστικών παροχών τους, το εύρος των υπηρεσιών που περιλαμβάνουν και τον τρόπο που προσδιορίζονται,
- ο ρόλος των οργανισμών (φορέων) ως αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους ΠΦΥ για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους,
- ο μηχανισμός σύναψης συμβάσεων υγείας που συνδέει τους φορείς με τους παρόχους,
- το σύστημα χρηματοδότησης των παρόχων ΠΦΥ [τυπολογία, θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά κάθε συστήματος, παραδείγματα],
- τα συστήματα ελέγχου του κόστους και της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ [δείκτες και τρόπος μέτρησης].

Στη μελέτη τα ανάλογα μέλη της επιστημονικής ομάδας θα επεκτείνουν και θα εξειδικεύσουν τα ανωτέρω, με βάση και το παρακάτω δελτίο 1 ενδεικτικά.

Δελτίο1 – Ενδεικτική συστηματική ανασκόπηση διεθνών συστημάτων υγείας και οργανισμών χρηματοδότησης ασφάλισης υγείας, για την ΠΦΥ			
A/A	Ερευνητικά Ερωτήματα	Πηγές & Όροι Αναζήτησης	Μεθοδολογία Αξιολόγησης Βιβλιογραφίας
1	<p>A. Ποια συστήματα – ποιών χωρών – γιατί?</p> <p>B. Πάροχοι ΠΦΥ (σχέσεις-αποζημιώσεις)</p> <p>Γ. Οργάνωση-Λειτουργία</p> <p>Δ. Χρηματοδότηση– τρόποι και μέθοδοι</p> <p>Ε. Οργανισμοί (βλέπε ανωτέρω)</p>	<p>Πηγές</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pubmed / Medline • ABI / INFORM Global • ABI / INFORM Trade & Industry • OmniFile Full Text Select (H.W. Wilson) • Λοιπές (ηλεκτρονικά περιοδικά, Google scholar κλπ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Citation index • Περιοδικά ευρείας κυκλοφορίας • Μελέτες διεθνών οργανισμών (W.H.O., E.C.B. κλπ.)
2	<p>A. Ποιες ομοιότητες ή διαφορές με Ελλάδα (χώρες)</p> <p>B. Ποιες ομοιότητες ή διαφορές με τον ΕΟΠΥΥ (πακέτα, υπηρεσίες, πάροχοι, συμβάσεις, χρηματοδότηση, αποζημιώσεις, κόστος, έλεγχος κ.λπ.)</p>	<p>Όροι:</p> <p>Health insurance fund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primary health care • Financing • NHS • Contractual system • Integrated/ comprehensive system • Shemasko system • Private (insurance) system 	<p>Θα καταγραφούν άμεσα χώρες - συστήματα – οργανισμοί (2012)</p>
3	Καταγραφή του υπάρχοντος χρηματο-δοτικού πλαισίου του ΕΟΠΥΥ (συγκρίσεις)	Διαδίκτυο ή/και επί τόπου	Ποσοτικά-ποιοτικά
4	Δυνατότητες αλλαγής του (προτάσεις)	Διαδίκτυο ή/και επί τόπου	Ποσοτικά-ποιοτικά

Β.3. Διερεύνηση και αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης στην Ελλάδα

Η ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε κατά έναν αποσπασματικό τρόπο. Δεν υιοθετήθηκε ένα ενιαίο ασφαλιστικό καθεστώς για όλους τους εργαζόμενους, αλλά πληθώρα συστημάτων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης, μέσω της σύστασης αυτοτελών φορέων ασφάλισης που κάλυπταν συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού με βάση επαγγελματικά κριτήρια και χαρακτηριστικά. Ο μεγάλος αριθμός των δημόσιων φορέων ασφάλισης (πολυκερματισμός) αποτέλεσε το βασικό χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος. Αρχικά, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ήταν δομημένο με βάση τις αρχές του μοντέλου Bismark. Από τη δεκαετία του 1980 έγινε προσπάθεια προσαρμογής του σε μοντέλο Beveridge, ενώ μέχρι σήμερα μοιάζει περισσότερο με “μεικτό” σύστημα. Όσον αφορά τη διάρθρωση του συστήματος, το ελληνικό μοντέλο διαρθρώνεται σε τρεις κύριους πυλώνες:

- ♦ Ο πρώτος πυλώνας καλύπτει το σύνολο των εργαζομένων στην ελληνική περιφέρεια (περιλαμβάνοντας εκ του νόμου συστήματα κύριας και επικουρικής κάλυψης) και εξασφαλίζεται μέσω νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, τα οποία σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία αποτελούν τους αποκλειστικούς φορείς κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα. Προβλέπεται μάλιστα η κάλυψη ακόμα και εκείνων που απασχολούνται με τις νέες ή ευέλικτες μορφές εργασίας (μερική απασχόληση, κατ' οίκον απασχόληση κ.ά.). Η επικουρική κάλυψη όμως δεν είναι ενιαία, καθώς ιδρύονται και λειτουργούν εκ του νόμου συστήματα υποχρεωτικής επικουρικής ασφάλισης μόνο για τους μισθωτούς και όχι για άλλες κατηγορίες πληθυσμού.
- ♦ Ο δεύτερος πυλώνας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που δεν εντοπίζονται σε αντίστοιχη έκταση στο επίπεδο της ευρωπαϊκής περιφέρειας. Το κύριο χαρακτηριστικό μέχρι πρόσφατα ήταν η αδυναμία σύστασης επαγγελματικών ταμείων από τους κοινωνικούς εταίρους μέσω συλλογικών συμβάσεων εργασίας. Η δυνατότητα σύστασης επαγγελματικών ταμείων κατοχυρώθηκε το 2002 με τις ρυθμίσεις του Ν. 3029/2002, που προβλέπουν τη δημιουργία ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης που θα λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου αποβλέποντας στην παροχή στους ασφαλισμένους και δικαιούχους των παροχών, επαγγελματικής προστασίας πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική

κοινωνική ασφάλιση για τους ασφαλιστικούς κινδύνους και ενδεικτικά τους κινδύνους γήρατος, θανάτου, αναπηρίας, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας και διακοπής της εργασίας.

- ♦ Ο τρίτος πυλώνας είναι λιγότερο αναπτυγμένος σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και αφορά στα προγράμματα της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης για τους εργαζόμενους και τα μέλη των οικογενειών τους (μέσω ομαδικών ασφαλιστικών συμβολαίων που συνάπτονται μεταξύ επιχειρήσεων και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών), καθώς και τα προγράμματα ατομικής κάλυψης.

Αναφορικά με τη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, σημειώνεται ότι η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης θεσμοθετήθηκε ουσιαστικά το 1992, οπότε και προβλέφθηκε νομοθετικά (το κράτος χρηματοδοτεί τις παροχές τόσο των μισθωτών όσο και των αυτοαπασχολούμενων). Η κρατική συμμετοχή επεκτάθηκε και στην κάλυψη των αγροτών και των δημοσίων υπαλλήλων, οι οποίοι ελάμβαναν ασφαλιστικές παροχές που συγχρηματοδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η συμμετοχή του προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης κατοχυρώθηκε το 2002 ως αποτέλεσμα του διαλόγου μεταξύ της Κυβέρνησης και των κοινωνικών εταίρων για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος.

Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης περιελάμβανε διαφορετικούς μηχανισμούς για τους δύο πυλώνες. Έτσι, ο πρώτος πυλώνας του δημόσιου συστήματος ασφάλισης στηριζόταν κατά βάση σε ένα τριμερές μοντέλο χρηματοδότησης (κράτος - εργοδότες - εργαζόμενοι), ενώ ο δεύτερος πυλώνας των επαγγελματικών ταμείων χρηματοδοτούνταν από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

Η ασφάλιση της υγείας, μέσω των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ), είναι υποχρεωτική στην Ελλάδα. Ο αριθμός των Ασφαλιστικών Φορέων για την υγεία ήταν περίπου 40 και η ασφάλιση των πολιτών γινόταν με βάση το είδος της απασχόλησης. Οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην παροχή και τη χρηματοδότηση υγειονομικών υπηρεσιών, καλύπτοντας τις υγειονομικές ανάγκες των ασφαλισμένων τους. Επιπλέον, ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αποτελούν έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες διαμόρφωσης της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, παρά το γεγονός ότι η διείσδυση της ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα μας υπολείπεται

σημαντικά ακόμα, σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας καλύπτει σε μεγάλο βαθμό ανάγκες ανάλογες με αυτές που καλύπτονται και από την κοινωνική ασφάλιση υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας κατέχει συμπληρωματικό ρόλο, ενώ τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας προσφέρουν κυρίως διάφορα «πακέτα» νοσοκομειακής περίθαλψης, προσαρμοζόμενα στις επιθυμίες και τις οικονομικές δυνατότητες του υποψήφιου ασφαλισμένου, τα οποία καλύπτουν τον ασφαλισμένο μέχρι ενός ανωτάτου ποσού, διαφοροποιούμενο κάποιες φορές ανά είδος ιατρικής πράξης.

Η συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ) σε έναν ενιαίο οργανισμό, με τη θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ σηματοδοτεί τη βασική αλλαγή στην κοινωνική ασφάλιση και στην αγορά υπηρεσιών υγείας στην πρόσφατη περίοδο. Ο νέος οργανισμός καλύπτει το 95% του πληθυσμού και κατ' επέκταση κατέχει θεωρητικά ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας. Στην προοπτική αυτή, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης (πολυϊατρεία ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, συμβεβλημένοι γιατροί και άλλες υπηρεσίες, με εξαίρεση τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ) συνιστούν το πεδίο εφαρμογής της πολιτικής του ΕΟΠΥΥ.

Η άσκηση μονοψωνιακής δύναμης προαπαιτεί την εισαγωγή συστήματος πραγματικών τιμών στις «ανταλλαγές» με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τα νοσηλευτικά ιδρύματα, πράγμα το οποίο απαιτεί κατάλληλη διοικητική κουλτούρα και πραγματικά δεδομένα με την ύπαρξη σαφούς σχεδιασμού. Επίσης, είναι αναγκαία η άμεση εισαγωγή των διεθνών ταξινομήσεων και κωδικοποιήσεων (ICD-10, ICPC-2, EDMA, GMDN, Κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων), ώστε να είναι δυνατή η ακριβής και αξιόπιστη ποσοτική εκτίμηση και κατά συνέπεια η κοστολόγηση και τιμολόγηση επί των οποίων μπορεί να υπάρξουν διαπραγματεύσεις και συμβόλαια και προσθέτως ορθή απεικόνιση της ροής υπηρεσιών και αποζημιώσεων και κατά συνέπεια αξιολόγηση της αποδοτικότητας.

Σήμερα, η συντριπτική πλειονότητα των ασφαλισμένων των ΦΚΑ για υγεία βρίσκεται στον ΕΟΠΥΥ με τα γνωστά πλεονεκτήματα, αλλά και τις σοβαρές αδυναμίες (χρηματοδότησης, αποζημίωσης, παροχών, κ.λπ.). Έτσι, λοιπόν, στη διερεύνηση και αποτύπωση της **υφιστάμενης κατάστασης** στην Ελλάδα θα μελετηθούν:

- ♦ **αποτύπωση αναγκών και περιγραφή του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ**, καθώς και συλλογή δεδομένων από τον ΕΟΠΥΥ με ποσοτικά μεγέθη, δείκτες, από υπάρχουσες βάσεις

δεδομένων. Θα γίνει προσπάθεια και σε ποιοτικά μεγέθη, κι αν δεν υπάρχουν θα δημιουργηθούν από ερωτηματολόγια για συνεντεύξεις στελεχών του. Ο προσδιορισμός κρίσιμων και δευτερευόντων δεδομένων θα γίνει προσπάθεια μεθοδικής αποτελεσματικής συλλογής τους (ταχύτητα, ακρίβεια, περιορισμός άσκοπου διοικητικού φορτίου), για την ανάδειξη δεικτών κόστους/αποδοτικότητας/αποτελεσματικότητας.

- ♦ **προβλήματα εφαρμογής, καθώς και μέθοδοι άμεσης και παραγωγικής εισαγωγής (implementation/facilitation) των υπαρχόντων διεθνών ταξινομήσεων και κωδικοποιήσεων**, με υπόδειξη ελλείψεων ή αναγκαίων αναμορφώσεων, έτσι ώστε να καθίσταται δυνατή η ακριβής και αξιόπιστη ποσοτική εκτίμηση και κατά συνέπεια η κοστολόγηση και τιμολόγηση επί των οποίων μπορεί να υπάρξουν διαπραγματεύσεις και συμβόλαια και επιπροσθέτως ορθή απεικόνιση της ροής υπηρεσιών και αποζημιώσεων και κατά συνέπεια αξιολόγηση της αποδοτικότητας.

Απαιτούμενοι πίνακες στοιχείων που ζητήθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ:

Ποσοτικά Δεδομένα

1. Ποσοτικά δημογραφικά δεδομένα ασφαλισμένων (φύλο, ηλικία, διαμονή, επάγγελμα, κ.λπ.)
2. Αριθμός μονάδων ΠΦΥ [κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, μονάδες ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), διαγνωστικά κέντρα κ.λπ.] στο σύνολο και ανά περιφέρεια
3. Αριθμός ανά ειδικότητα συμβεβλημένων γιατρών ανά περιφέρεια
4. Αριθμός ιατρικών πράξεων ανά μονάδα ΠΦΥ, ανά είδος και ανά μήνα
5. Αριθμός ιατρικών πράξεων ανά ειδικότητα συμβεβλημένων γιατρών και ανά μήνα
6. Πίνακας κωδικοποίησης ιατρικών πράξεων (εφόσον υπάρχει)
7. Στοιχεία κόστους ανά ειδικότητα γιατρών μηνιαία ή 2012 (εφόσον υπάρχουν)
8. Στοιχεία συνταγογράφησης ανά περιφέρεια και ασθένεια
9. Χρηματοδότηση 2012 ανά πηγή εσόδων (ασφαλιστικές εισφορές, συμμετοχή του Κράτους, ιδιωτικές πληρωμές, κ.λπ.) και κατηγορία εξόδων (δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, γιατροί ΠΦΥ, διαγνωστικά κέντρα, φάρμακα, κ.λπ.), ανά περιφέρεια και ανά μήνα
10. Προϋπολογισμός 2013 ανά πηγή εσόδων και κατηγορία εξόδων.

Ποιοτικά δεδομένα (μέσω των κανονισμών παροχών ή ερωτηματολογίων ή συνεντεύξεων) (δεν κατέστησαν όλα εφικτά στην παρούσα φάση)

1. Σύστημα αποζημίωσης ανά πάροχο
2. Συμμετοχή ασθενών στο κόστος ανά κατηγορία πράξης
3. Μέσος χρόνος αναμονής (για ραντεβού)
4. Ελάχιστη απαιτούμενης ποιότητας από τους παρόχους
5. Άλλα,

ενώ ίσως προταθεί μια «υποθετική περιφέρεια» - π.χ. η Αττική -, με αντίστοιχες δομές (Νοσοκομείο, Κέντρα Υγείας, δομές κοινωνικής φροντίδας, μονάδες ΕΣΥ, συμβεβλημένοι γιατροί και διαγνωστικά κέντρα κ.ά.), έτσι ώστε να καταγραφεί η ροή εργασιών ανάμεσα στις μονάδες υγείας, και επιπρόσθετα,

- ♦ αναζήτηση του τρέχοντος χάρτη ΠΦΥ και συνολική καταγραφή των μονάδων παροχής υπηρεσιών στην ΠΦΥ,
- ♦ συνολική καταγραφή των νοσολογικών οντοτήτων – κατάλογος νοσημάτων και λόγων επίσκεψης/παραπομπής).

B.4. Παρουσίαση πρότασης χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ

Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα απορροφούσε (2009) το 10% του ΑΕΠ (σήμερα εκτιμάται σε κάτω από 9%) και έχει αποτελέσει βασικό τομέα εφαρμογής οικονομικών πολιτικών που επικεντρώνονται στη μείωση των δαπανών, προς αντιστάθμιση των ελλειμματικών προϋπολογισμών και την ενδυνάμωση της προοπτικής διαχείρισης των δημοσιονομικών χρεών. Στην κατεύθυνση αυτή η πολιτική υγείας προσανατολίζεται στη μείωση της σπατάλης μέσω εξορθολογισμού των δαπανών, αλλά και σε μεταρρυθμιστικές προσπάθειες αναδιάρθρωσης και αναδιάρθρωσης της δομής του συστήματος, αποσκοπώντας στην αύξηση της αποδοτικότητας, διατηρώντας παράλληλα ένα ικανοποιητικό επίπεδο παροχών.

Η μέθοδος κατανομής των πόρων και αποζημίωσης των προμηθευτών αποτελούν σημαντικά εργαλεία στη διάθεση του συστήματος, τα οποία δύναται να καθορίσουν ποιες υπηρεσίες και παρεμβάσεις θα αποζημιωθούν και με ποια κριτήρια και παράλληλα να αποτελέσουν μέτρα συγκράτησης του κόστους και του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η αναδρομική φύση της χρηματοδότησης, η οποία χαρακτηρίζει τη κατανομή των πόρων στο ελληνικό σύστημα υγείας, αποδεικνύεται πως οδηγεί σε μη αποδοτική χρήση των πόρων, ενώ παράλληλα η απουσία στρατηγικών οργάνωσης και κατανομής των παραγωγικών συντελεστών, σε συνδυασμό με τις μεθόδους αποζημίωσης των γιατρών δεν παρέχουν

κίνητρα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη συγκράτηση του κόστους.

Κρίνεται έτσι απαραίτητη η μετάβαση σε ένα αποτελεσματικότερο και αποδοτικότερο υπόδειγμα ΠΦΥ, το οποίο θα παρέχει κίνητρα αποδοτικότητας και θα δίνει την δυνατότητα ελέγχου της πλευράς της προσφοράς και προγραμματισμού των δαπανών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σε αυτή την κατεύθυνση, η υιοθέτηση της μεθόδου της προοπτικής χρηματοδότησης οδηγεί στη μετάβαση στο νέο υπόδειγμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μεταφέροντας ουσιαστικά τον οικονομικό κίνδυνο από τον αγοραστή στον προμηθευτή υπηρεσιών υγείας και δίνοντας τη δυνατότητα συγκράτησης της δαπάνης και ελέγχου της προσφοράς, μέσω κλειστών ετήσιων προϋπολογισμών βασιζόμενων σε αναμενόμενα μελλοντικά έξοδα.

Στο πλαίσιο αυτό θα ερευνηθεί-μελετηθεί και θα συνταχθεί πρόταση αναφορικά με:

- ♦ ετήσιο προοπτικό προϋπολογισμό ΕΟΠΥΥ με έμφαση στην ΠΦΥ,
- ♦ υπόδειγμα χρηματοδότησης, με αξιολόγηση μεθόδων υπολογισμού των (προοπτικών) προϋπολογισμών-κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών (global budget) για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), βασισμένων:
 - στην κατά κεφαλήν αποζημίωση (capitation) (π.χ. αμοιβές για τρών πρώτης επαφής),
 - στην αποζημίωση ανά περιστατικό (case-based) ή/και κατά πράξη (fee-for-service) (π.χ. διαγνωστικές εξετάσεις, ιατροί ειδικότητων),
 - ή/και (εναλλακτικά) στη μέθοδο των ομάδων επισκέψεων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (π.χ. αποζημίωση κέντρων υγείας και δικτύου ΕΟΠΥΥ).

Ειδικότερα, η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας για τις μεθόδους κατηγοριοποίησης ασθενών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βάσει κλινικών χαρακτηριστικών και χρησιμοποίησης πόρων, καθώς και των σχετικών με τον υπολογισμό των αμοιβών, θα επικεντρωθεί στις επικρατέστερες μεθόδους :

- ♦ Ambulatory Visit Groups (AVGs),
- ♦ Ambulatory Patient Classification (APC),
- ♦ Ambulatory Patient Groups (APGs).

Παρότι τα AVGs δεν αποτέλεσαν την πρώτη απόπειρα κατηγοριοποι-

νης ασθενών, ήταν η πρώτη μέθοδος που εισήγαγε την παράμετρο της ίσης κατανάλωσης πόρων. Η δημιουργία της μεθόδου των AVGs, με πρωταρχικό στόχο την κατασκευή ενός εργαλείου σύγκρισης της παραγωγικότητας και της απόδοσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ανέδειξε τα πλεονεκτήματα του εργαλείου για πιθανή χρήση του ως μεθόδου αποζημίωσης. Αποτέλεσμα αυτού ήταν η δημιουργία των APC και APG στα μέσα της δεκαετίας του 1990, ως μεθόδου αποζημίωσης των προμηθευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Κάθε ασθενής κατηγοριοποιείται στο εκάστοτε APC ή APG βάσει της διάγνωσής του και των πράξεων που του παρέχονται, σύμφωνα με τις διεθνείς ταξινομήσεις παθήσεων/και στην ΠΦΥ (ICD-10 & ICPC-2) και πράξεων Current Procedural Terminology (CPT-4).

Σε αντίθεση με τα DRG, κάθε ασθενής που κάνει χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας περιγράφεται από ένα ή περισσότερα APC ή APG, το κάθε ένα από τα οποία αντιστοιχεί στις υπηρεσίες που του παρασχέθηκαν. Βέβαια, η υιοθέτηση και ανάπτυξη ενός συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης βασισμένο στη μέθοδο των ομάδων επισκέψεων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας απαιτεί ένα σημαντικό όγκο δεδομένων και την ύπαρξη ενός συστήματος παρακολούθησης των υπηρεσιών που προσφέρονται και των ασθενών στους οποίους παρέχονται, η διαθεσιμότητα των οποίων είναι αρκετά περιορισμένη, λόγω της απουσίας ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών, αλλά και επιπρόσθετα ενός επικαιροποιημένου και αξιόπιστου συστήματος τιμολόγησης και συγκρότησης υπηρεσίας μηχανισμού ελέγχου (και τιμολόγησης), με στόχο τον έλεγχο του κόστους και τον εξορθολογισμό των δαπανών, αλλά και τη διασφάλιση επαρκούς δέσμης υπηρεσιών που θα παρέχεται σε κάθε ασφαλισμένο/υπόχρεο παροχών, έτσι ώστε οι ομάδες επισκέψεων στην ΠΦΥ, να κατηγοριοποιηθούν και να ομαδοποιηθούν βάσει των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών αλλά και της χρησιμοποίησης των αντίστοιχων πόρων.

Στη μελέτη τα ανωτέρω θα εξειδικευθούν από τα ανάλογα μέλη της επιστημονικής ομάδας που θα επεκτείνουν και θα εξειδικεύσουν τα ανωτέρω (βλέπε ενδεικτικά το Δελτίο 2).

Δελτίο2 – Ενδεικτική συστηματική ανασκόπηση διεθνών συστημάτων αποζημίωσης παρόχων ΠΦΥ και ΕΟΠΥΥ			
A/A	Ερευνητικά Ερωτήματα	Πηγές & Όροι Αναζήτησης	Μεθοδολογία Αξιολόγησης Βιβλιογραφίας
1	Ποια συστήματα – ποιων χωρών	Πηγές: • Pubmed / Medline • ABI / INFORM Global • ABI / INFORM Trade & Industry • OmniFile Full Text Select (H.W. Wilson) • Λοιπές (ηλεκτρονικά περιοδικά, Google scholar, κ.λπ.)	• Citation index • Περιοδικά ευρείας κυκλοφορίας • Μελέτες διεθνών οργανισμών (W.H.O., E.C.B.. κ.λπ.)
2	Πλεονεκτήματα –μειονεκτήματα	Όροι: • Reimbursement • Primary health care • Provider payment • Fee-for-service • Fee per case • Capitation • Global budget	Ανασκόπηση-Σύγκριση
3	Βαθμός συμβατότητας με τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ	ΕΟΠΥΥ	Ποσοτική-Ποιοτική
4	Συνδυασμός συστημάτων για διαφορετικούς παρόχους και Στρατηγική εφαρμογής	ΕΟΠΥΥ	Ποσοτική-Ποιοτική

Τέλος, θα γίνει πρότυπη κοστολόγηση και συγκριτική ανάλυση των Ελληνικών Ομάδων Επισκέψεων ΠΦΥ για να προκύψει συνολική πρόταση για το νέο προτεινόμενο σύστημα αποζημιώσεων μονάδων ΠΦΥ, οι οποίες συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, και θα εξαχθούν τα συμπεράσματα μέσα από ενδελεχή ανάλυση.

CD (E-BOOK) ABSTRACT

THIS STUDY REFERS TO A RESEARCH PROJECT that aims to contribute to the rationalization of health expenditure, the sustainability of the domestic health system and the improvement of primary health care (PHC) provided to the beneficiaries of the National Organization for Healthcare Provision (EOPYY). The methodology includes a literature review of six (6) foreign health systems, four (4) foreign sickness funds, the current situation of the Greek PHC and EOPYY and the proposal of a new providers' reimbursement system under an alternative PHC network.

The study on health systems highlights issues, such as organizational structure, functioning of concerning bodies (coverage, infrastructure, waiting lists and geographical distribution), financing and remuneration methods. In UK, Sweden, and Spain, there is a notable decentralization of health services through resources and responsibilities allocation to local authorities (mainly municipal). Most European health systems retain their public image, while the USA health system represents a standard free / private health system. The German health system is also notable where the Central Health Fund acts as a central firstly collective and secondly allocative mechanism which takes into account the beneficiaries' demographics and epidemiological data. The Netherlands enjoys a mix system that could be a paradigm if examined carefully.

According to the examined insurance organizations (health funds), all of them act mainly as buyers of health services from PHC providers on behalf of their beneficiaries, while EOPYY is a parallel to the NHS provider. Comparing with Kaiser Permanente (KP), the USA health insurance market is similar to the internal structure and operation of more NHS type systems. In Germany, France and Austria the organizations' financing derives primarily from the mandatory health insurance contributions of employees and employers. Additional payments (co-payments) are charged to the German and French beneficiaries, in a

manner similar to the EOPYY's ones. General practitioners (GPs) own a central role in the French and German systems and apply gatekeeping as well. On the other hand, UNCAM (France) allows the free choice of provider like Greece. Between sickness funds and providers dominate contractual relationships world widely. German PHC physicians are reimbursed through fee-for-service payments. The same system is applied in France with the exception of employed physicians who enjoy fixed salaries. Recently, other systems, favorable to cost-containment, have appeared such as per capita remuneration for physicians who attend chronically ill beneficiaries. An interesting pay-for-performance system also exists in France whereby GPs earn additional payments as an incentive to improve quality indices and apply preventive medicine.

In the 21st century Healthcare Systems must focus on the needs of the population and its demographic structures; the progress in all aspects of medical practice and financing models are the most sensible areas to tackle as priorities. Public contributions to the costs via insurance premiums and taxes cannot grow unlimitedly while the working population is shrinking. The potentials for costs reduction have to be quickly realised by redefining the Healthcare packages that can be provided from public funds as the level of commitment and solidarity to be given by our society. A new strategy that will fix Health Care should be taken into account. Integrated Practice Units (IPU), outcome and cost evaluation, geographical patients' needs, information technology are the starting points (Porter M. and Lee T., 2013, *The Strategy that will fix Health Care*, *Harvard Business Review*, visit HBR.ORG).

In other words, systems have to learn and benefit from each other via adopting and adapting methods and practices in financing, delivering and remunerating health care services, not to mention patients' flow between primary and secondary (or indeed tertiary) healthcare services. All four depend upon decisions, choices and habits of the past alongside social practices and culture relating to healthcare and doctor-patient or even physician-society nexuses and relations for that matter. This is therefore why instead of a system of copying and almost automatic implementation, a process of selective adoption and critical, flexible and suitable adaptation is overall chosen and suggested, as well as followed in our case regarding proposals related to the betterment of the Greek system. Redesigning Primary Health Care (PHC) should be led

to improve values in order to meet patients' needs towards groups of patients and team-based professionals and services (Porter M., Pado E., Lee T., 2013, Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs, *Health Affairs*, 32, no. 3, p. 516-525). Payments would be modified to succeed an effective relation between them and third party payer. This is what our study tried indicatively to solve.

Domestically, EOPYY was established in 2011 aiming to unify the main sickness funds and boost the bargaining power of State against providers. Nowadays, EOPYY covers approximately 98% of the insured population, which results in a monopsony market model similar to the French one. However, EOPYY is a provider too. PHC in Greece is provided by both NHS and EOPYY units, however a large number of self-employed health professionals exist too. The current scheme allows the free choice of provider but free choice of insurer is prohibited. Structurally, Greek GPs are under-crowded (comparing with specialists), nurses own a large catchment population and urban areas attract most providers and patients. As a result, gatekeeping and family physician institution do not exist, leading patients to less cost-effective secondary care structures. Regarding the reimbursement system, self-employed professionals enjoy only a fee-for-service payment excluding physicians who earn additional income per visit. Physicians are reimbursed for a maximum number of visits per month. On the other hand, employees of NHS and EOPYY are salaried regardless their specialty. Another feature of the Greek health insurance market is the growing co-payments.

The main components of the proposed EOPYY's strategy can be summarized as follows:

- ♦ Conversion from a provider to a "contractual agency" which would be an insurer rather than a provider.
- ♦ Concentration of the total public health financing (payroll, benefits and operational costs State subsidies for the NHS).
- ♦ Extraction of the contribution evasion management from pension funds in order to reach the revenue target.
- ♦ Financing of PHC providers under an annual global budget, taking into account demographics and performance data.
- ♦ Mergers among health centers (NHS) and EOPYY's units.

- ♦ Reallocation of human resources and additional contracts with GPs and (family) pediatricians who will constitute the first contact physicians.
- ♦ Remuneration of self-employed first contact physicians per capita and establishment of additional pay-for-performance payments for them.
- ♦ GPs employed by NHS or EOPYY keep on being salaried, but they will also be able to sign per capita contracts with EOPYY.
- ♦ Activation of gatekeeping through charging beneficiaries a co-payment for each visit to specialists without a referral from a family physician or pediatrician.
- ♦ Design and implementation of a per case reimbursement system for health centers and EOPYY's units (Ambulatory Patient Groups - APGs).

Greek health care provision (and moreover primary health care provision) can benefit by an “a’ la cart” picking up of solutions internationally implemented, and subsequent adaptation to the now existing national system taking current crisis into account. Such an approach can easily commence with ‘negative selection’ or else exclusion of the American and Dutch systems as they rely too much upon private insurance and provision (with the American currently trying to use the Dutch as an example for its expansion). Turning to what can be used as examples in organisation structure, the English, Swedish and Spanish systems of regional administration can be followed (excluding the Swedish idea of regional self funding as Greece has not such an experience in regional taxation on the one hand, and important differences in wealth and per capita wealth and income between regions on the other. Such an administrative structure can be followed and indeed assist a better location of services by overlooking staffing of Health Centres, giving motives to doctors and other personnel (nursing staff, auxiliaries) as to reduce patient overcrowding at the centre (mainly regional hospitals, and predominantly Athens and Thessaloniki). This latter strengthening of services at the localities can lead to stronger ‘gatekeeping’ by primary health care practitioners and ultimately assist in overall cost reduction. Such a goal can be also assisted by adopting the German idea of fee paying for secondary care if no referral from primary care practitioner or service is presented, but adapting it to a lower level eg 5 instead of 10 euro.

In this sense, a contract can be drawn (and offered) to primary health care group practitioners / doctors of first instance requiring compulsory coverage of a basic range of medical services (coupled by laboratory assistance and ability for secondary care referrals) towards to specific group of patients.

On the other hand, the recently unified fund (EOPYY) could be primarily a sole purchaser of services setting the rules of the game for providers and assessing their performance with the ability to strike of its register unsatisfactory ones and attract promising individuals. Last but not least, EOPYY funding can be as currently drawn from a combination of national insurance contributions and general budget assistance (direct, property and indirect taxes).

Practitioners remuneration can be set upon a multiple of choices ranging from salary for National Health Service Health Centres (and EOPYY transferred to NHS) staff, plus incentives proposed, and going on the per capita payments (following a combination of the English workload weighted system and the German regional negotiations system) for free lance doctors of general practice, and fee for service (coupled by Ambulatory Patients Groups cost estimated in our research) for contracted centers and doctors.



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑΣ ΓΙΑ

ΕΟΠΥΥ - ΠΦΥ

**(ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΓΟΥ
ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ)**

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Παρασκευή 25 & Σάββατο 26 Οκτωβρίου 2013,
Αμφιθέατρο ΕΣΔΥ, Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196, Αθήνα

*Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και με τη συμμετοχή των εταιρειών:
Lilly-Pharmaserv, Demo, Eirpen και Μάγειρας-Διαγνωστικά Α.Ε.*

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
Παρασκευή 25 Οκτωβρίου 2013

2.30 μ.μ.	Προσέλευση – εγγραφές (δωρεάν)
3.00 μ.μ.	<i>Χαιρετισμοί (έχουν προσκληθεί ο Υπουργός Υγείας Α. Γεωργιάδης, ο Υφυπουργός Υγείας Α. Μπέζας και η Γεν. Γραμματέας Δημ. Υγείας Χ. Παπανικολάου, ο Γ. Κουτρουμάνης (πρώην Υπουργός Εργασίας και εκπρόσωπος ΠΑΣΟΚ), η Α. Μάρκου (βουλευτής ΔΗΜΑΡ).</i>
3.30 μ.μ.	Ν. Πολύζος , Αναπλ. Καθηγητής Δημοκρίτειου Παν/μίου, <i>Ανακοίνωση αποτελεσμάτων έρευνας-μελέτης για τον ΕΟΠΥΥ και την ΠΦΥ</i>
3.45 μ.μ.	Γ. Κυριάπουλος , ομότιμος Καθηγητής ΕΣΔΥ, <i>Διαρθρωτικές αλλαγές στην υγεία σε συνθήκες αβεβαιότητας και περιορισμών</i>
4.00 μ.μ.	Π. Μπουχώρης , Ανώτατο Στέλεχος Ιδιωτικού Τομέα Υγείας, <i>Χρηματοδότηση Ιδιωτικών Παρόχων Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ</i>
4.15 μ.μ.	Δ. Κοντός , Πρόεδρος ΕΟΠΥΥ, <i>Ανασυγκρότηση και προοπτική του ΕΟΠΥΥ</i>
4.30 μ.μ.	Στρογγυλό Τραπέζι 1: Συντονιστές: Γ. Υφαντόπουλος (Καθηγητής Παν/μίου Αθηνών) – Α. Καστανιώτη (Επικ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Πελοποννήσου): <i>Η Εμπειρία Οργανισμών ανάλογων του ΕΟΠΥΥ σε αναπτυγμένες χώρες</i> <ul style="list-style-type: none"> • Α. Καστανιώτη, Επικ. Καθηγήτρια, “Αποτελέσματα μελέτης οργανισμών: Η εμπειρία της Αυστρίας και πρόλογος για την Γερμανία”. • Christian Traupe, Head of strategy and program of AOK (Germany), “The organizational and financial framework of AOK and challenges for the German primary care system” • Σ. Καρακόλιας, Ερευνητής και Υποψήφιος Διδάκτορας, “Η εμπειρία από το Γαλλικό UNCAM και το Αμερικάνικο ΚΡ” • Γ. Υφαντόπουλος, Καθηγητής Παν/μίου, “Η πρόσφατη Εμπειρία της Κύπρου” • Κ. Αθανασάκης, Οικονομολόγος ΕΣΔΥ, “Σχέδιο διευρυμένης και εναλλακτικής χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ” • Α. Σισσούρας, ομ. Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πατρών, “Η πρόταση της Επιτροπής Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων” • Έχει προσκληθεί: Task Force Expert for Proposals from Task Force • Συζήτηση-Συμπεράσματα για τον ΕΟΠΥΥ (οργάνωση-χρηματοδότηση-ΠΦΥ)
7.00 μ.μ.	Λήξη Εργασιών 1ης Ημέρας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 26 Οκτωβρίου 2013

10.00 π.μ.	<p>Στρογγυλό Τραπέζι 2: Συντονιστές: Α. Σισσούρας (ομότιμος Καθηγητής Παν/μίου Πατρών) Μ. Θεοδώρου (Αναπλ. Καθηγητής ΑΠΚ): <i>Η Εμπειρία από Συστήματα Υγείας στη Χρηματοδότηση και την ΠΦΥ σε αναπτυνόμενες χώρες</i></p> <ul style="list-style-type: none">♦ Μ. Θεοδώρου, Αναπλ. Καθηγητής ΑΠΚ, “Αποτελέσματα μελέτης ουστημάτων υγείας: Το Βιομαρκιανό μοντέλο της Γερμανίας”♦ Κ. Δικαίος, Επίκ. Καθηγητής, “Δημοκρίτειο Παν/μιο, Το Αγγλικό NHS”♦ Χ. Σκαμνάκης, Επίκ. Καθηγητής, “Δημοκρίτειο Παν/μιο, Το Σουηδικό ΕΣΥ”♦ Π. Πολυζοίδης, Επίκ. Καθηγητής, “Δημοκρίτειο Παν/μιο, Τα παραδείγματα της Ισπανίας και των ΗΠΑ”♦ Σ. Καρακόλιας, Ερευνητής και Υποψήφιος Διδάκτορας, “Η εναλλακτική περίπτωση της Ολλανδίας”♦ Χ. Ζηλίδης, Καθηγητής ΤΕΙ Λάρισας, “Σχολιασμός Συστημάτων Υγείας”♦ Συζήτηση-Συμπεράσματα για τον ΕΟΠΥΥ (χρηματοδότηση και παροχή ΠΦΥ)
11.30 π.μ.	Διάλειμμα-Καφές
11.50 π.μ.	<p>Στρογγυλό Τραπέζι 3: Συντονιστές: Α. Δημόπουλος (Οδοντίατρος - πρώην ΓΓ Δημόσιας Υγείας) Ε. Θηραίος (Γενικός Γιατρός ΕΣΥ): <i>Προτάσεις για την ΠΦΥ στην Ελλάδα</i></p> <ul style="list-style-type: none">♦ Ε. Θηραίος, Γενικός Γιατρός ΕΣΥ, “Αποτελέσματα μελέτης ΠΦΥ - ΕΟΠΥΥ”♦ Χ. Λιονής, Καθηγητής, Παν/μιο Κρήτης, “Αξιολόγηση μονάδων και Επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ”♦ Τ. Φιλαλήθης, Καθηγητής, Παν/μιο Κρήτης, “Οι Μονάδες Οικογενειακής Ιατρικής. Μια εναλλακτική πρόταση για την άμεση ανάπτυξη ΠΦΥ στις αστικές περιοχές”♦ Α. Σκρουμπέλος, Οικονομολόγος ΕΣΔΥ, “Η πρόταση της ΕΣΔΥ, ΕΟΠΥΥ και δίκτυα ΠΦΥ”♦ Dirk Horemans, Senior Health Policy Advisor, WHO Consultant, “Health Reform Support Programme, Greece, PHC perspective and actions from WHO”♦ Κ. Σουλιώτης, Επίκ. Καθηγητής, Παν/μιο Πελοποννήσου, “Η εκκρεμότητα της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Διαρθρωτική αλλαγή τώρα περισσότερο από ποτέ”♦ Συζήτηση-Συμπεράσματα για την ΠΦΥ στον ΕΟΠΥΥ
1.50-2.00 μ.μ.	Συμπεράσματα και Κλείσιμο Δημερίδας

Υποστήριξη Δημερίδας: Χ. Κακαράς 210 3825542,
Μ. Μαριά 6947905934, mirella_km@hotmail.com

