

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΩΣ «ΠΥΛΗ ΕΙΣΟΔΟΥ» ΤΩΝ ΔΙΑΡΘΡΩΤΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

#



Αθήνα, 2013

1. Εισαγωγή

Η διασφάλιση της επάρκειας και της αποτελεσματικής διανομής των υπηρεσιών υγείας υπό τις παρούσες περιοριστικές συνθήκες απαιτεί αλλαγή της «τεχνολογίας παραγωγής», δηλαδή διαρθρωτικές αλλαγές μείζονος κλίμακας στον υγειονομικό τομέα με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τη δημόσια υγεία. Το ζήτημα αυτό συνδέεται με τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ για ιστορικούς αλλά και πραγματικούς λόγους και δυσχεραίνεται εξαιτίας της ασταθούς χρηματοδοτικής βάσης του ΕΟΠΥΥ αλλά και των προβλημάτων στην οργάνωση και διοίκηση του οργανισμού κατά την αρχική φάση της συγκρότησης του¹.

Η υφιστάμενη μορφή ΕΟΠΥΥ, ως δημόσιου μονοψωνίου, δεν είναι η κατάλληλη απάντηση^{2,3} στο ζήτημα της ιατροασφαλιστικής μεταρρύθμισης δεδομένου ότι (α) το κύριο πρόβλημα βρίσκεται στην μονοπωλιακή κυριαρχία της πλευράς της προσφοράς, (β) στην πλήρη απουσία ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των προμηθευτών και (γ) στην έλλειψη πραγματικής μονοψωνιακής ισχύος του ΕΟΠΥΥ ο οποίος υπό τις παρούσες συνθήκες δεν δύναται να ασκεί ασφαλιστική πολιτική με κριτήρια την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ισότητα. Επί της ουσίας συνιστά ένα διαμεσολαβητικό μηχανισμό «είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών», ο οποίος επίσης ασκείται ανεπιτυχώς.

Επί της ουσίας, η συγκεκριμένη εκδοχή του ΕΟΠΥΥ επιτρέπει τη συνύπαρξη τεσσάρων διαφορετικών τύπων αγοράς εντός του ίδιου πλαισίου με αποτέλεσμα μια πληθώρα αντιφάσεων (Διάγραμμα 1), οι οποίες καθιστούν αναποτελεσματική

¹ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012α), Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ. Διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

² Pauly M.V. (1988), "Market Power, monopsony, and health insurance markets", *Journal of Health Economics*, 7(2), 111-128

³ Κυριόπουλος Γ. και Μπεαζόγλου Τ. (2001), "Η επίδραση του ασφαλιστικού μονοψωνίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας", Στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

την άσκηση πολιτικής και ακυρώνουν τα κριτήρια της αποδοτικότητας και της ισότητας.

Διάγραμμα 1. Η μορφή αγοράς των υπηρεσιών υγείας μετά τον ΕΟΠΥΥ⁴



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

Είναι αναγκαίο να κατανοηθεί ότι η οργάνωση του ΕΟΠΥΥ και διαμέσου αυτού η δομή της αγοράς υπηρεσιών υγείας έχει μείζονα σημασία για τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης, και κυρίως για την αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

Η ανασυγκρότηση του οργανισμού και ο επαναπροσδιορισμός των πολιτικών του είναι μια υπόθεση αναγκαία και επείγουσα προς τρεις κατευθύνσεις (α) την διασαφήνιση του ρόλου του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις

⁴ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2012β) Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy,

υπηρεσίες υγείας, (β) την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων αναζήτησης και επίτευξης της αποδοτικότητας και (γ) την διεύρυνση και σταθεροποίηση της χρηματοδοτικής βάσης του οργανισμού.

Στο κείμενο αυτό επιχειρείται η διατύπωση μιας συνεκτικής πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της σχέσης της με τον ΕΟΠΥΥ ως «πύλης εισόδου» των μειζόνων διαρθρωτικών αλλαγών οι οποίες είναι απαραίτητες ώστε να βελτιωθεί ή/και επιτευχθεί η (ιατρική) αποτελεσματικότητα, η (οικονομική) αποδοτικότητα και η (κοινωνική) ισότητα⁵. Η μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εικάζεται ότι μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση της διαχείρισης των ασθενών (patient management) και της διαχείρισης των νοσημάτων (disease management) και να συνδράμει την υποκατάσταση υπηρεσιών δαπανηρής τεχνολογικής νοσοκομειακής περίθαλψης με ήπια και κατάλληλη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας⁶.

2. Το βασικό πρόβλημα: Η ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης

Η δραματική μείωση των υγειονομικών πόρων στην περίοδο μετά το 2010 έχει εντείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας, η οποία επιτείνεται και εξαιτίας της μείωσης της ιδιωτικής δαπάνης. Είναι αξιοσημείωτο ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας ιστορικά και παραδοσιακά συνιστά το «εισιτήριο» ευχερούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με μικρό κόστος χρόνου και ανάκτηση πολλαπλών επιλογών και αποτελεί ως εκ τούτου θεμελιώδη συνιστώσα στην επίτευξη ισορροπίας. Η κατάρρευση αυτού του μηχανισμού και η ύπαρξη «πλεονάζουσας» ζήτησης έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό μέρος αυτής να μην βρίσκει ανταπόκριση, κυρίως σε ευπαθή στρώματα του πληθυσμού (χρονίως

⁵ Scott, Anthony 2000, "Economics of General Practice", Chapter 22 in Culyer, A. and Newhouse, J. (eds), Handbook of Health Economics, Amsterdam: Elsevier

⁶ Van de Ven WP. "Market-oriented health care reforms: trends and future options". Soc Sci Med. 1996 Sep;43(5):655-66.

πάσχοντες, φτωχοί, άνεργοι)⁷. Το γεγονός αυτό απορρέει από ευρήματα που αναδεικνύουν σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (60% του πληθυσμού δηλώνει ότι αντιμετωπίζει οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση)⁸. Παράλληλα, ένα άλλο σημαντικό μέρος της ζήτησης διαρρέει ως μη επιθυμητή «αντίστροφη υποκατάσταση» και επιβαρύνει (κατά 28% την τελευταία περίοδο) τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Το φαινόμενο αυτό πλην του προφανούς υγειονομικού κόστους⁹ (μη έγκαιρη αντιμετώπιση) έχει ως αποτέλεσμα και την επιβάρυνση των προϋπολογισμών υγείας δεδομένου ότι το κόστος μιας μέσης περίπτωσης (baserate) στη νοσοκομειακή περίθαλψη υπερβαίνει τα 2500 ευρώ, ενώ στην ανοικτή πρωτοβάθμια φροντίδα προσεγγίζει τα 150 ευρώ¹⁰. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μεγάλη αύξηση της χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών δεν τεκμηριώνεται από την αύξηση της νοσηρότητας ή άλλων συναφών παραγόντων. Ως εκ τούτου, το βασικό πρόβλημα στην παρούσα συγκυρία συνίσταται στην ύπαρξη ανισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, η οποία δε μπορεί να αρθεί λόγω της δραματικής μείωσης των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών, αλλά και στην απουσία μιας συνεκτικής πρότασης αντιμετώπισής της.

3. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως «πύλη εισόδου» της μεταρρύθμισης

Αν και η διάκριση μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης είναι σχηματική και μη ακριβής, εντούτοις αξίζει να σημειωθεί ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα καλύπτει τον κύριο όγκο των πράξεων ιατροασφαλιστικής διαχείρισης

⁷ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013α), Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα. Διαθέσιμο στο: http://www.healthpolicy.gr/images/stories/pdf/portaria_forum_2013_mylona_k.pdf

⁸ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013α), op.cit.

⁹ Godager G, Iversen T, Ching-to Albert Ma. "Competition, Gatekeeping, and Health Care Access". Working paper. HERO On line Working Paper Series No 2012:2

¹⁰ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012α), op.cit.

του ασθενούς και της νόσου, ενώ η νοσοκομειακή έχει επεισοδιακό και ευκαιριακό χαρακτήρα. Αυτό, παρά το γεγονός ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι πιο σύνθετη τεχνολογικά και πλέον πολύπλοκη κλινικά. Αντιθέτως, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει ένα πεδίο καθημερινής διαχείρισης του συνόλου του πληθυσμού και εκφράζεται ποσοτικά από την παραγωγή 50 περίπου εκατομμυρίων επισκέψεων (κατά μία άλλη εκτίμηση 70 εκατομμυρίων), 100 περίπου εκατομμυρίων διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων και πλέον των 70 εκατομμυρίων συνταγών φαρμακευτικής περίθαλψης.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ δεν είχε τη δέουσα πολιτική υποστήριξη και κατά συνέπεια την αναγκαία μεταφορά πόρων ώστε να αποτελέσει εμφανή πολιτική προτεραιότητα. Εντούτοις, ιστορικά τα πολυιατρεία του ΙΚΑ αλλά και μέρος των κέντρων υγείας του ΕΣΥ, κατά την πρώτη περίοδο λειτουργίας τους, είχαν επιδείξει υποδειγματική λειτουργία στην άσκηση καλής κλινικής πρακτικής και αποτελεσματικής ιατροασφαλιστικής διαχείρισης. Είναι αναγκαίο να επισημανθεί, ότι η χώρα διαθέτει ένα από τα πυκνότερα δίκτυα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (200 κέντρα υγείας, 350 σημεία των ασφαλιστικών οργανισμών και 100 περίπου της τοπικής αυτοδιοίκησης και άλλων φορέων) με δυνητικά πολλαπλές επιλογές στο επίπεδο του χρήστη. Κατά συνέπεια η μεταρρύθμιση και ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι μείζονος σημασίας δεδομένου ότι έχει σημαντική επίδραση (α) στη φαρμακευτική περίθαλψη, η οποία είναι συμπληρωματική φροντίδα, και (β) στην νοσοκομειακή περίθαλψη¹¹, η οποία -ως υποκατάστατη φροντίδα¹²- μπορεί να απαλλαγεί από το βάρος του 25-30% των περιπτώσεων.

¹¹ Roberts E, Mays N. "Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department?". Health Policy. 1998 Jun;44(3):191-214

¹² Fortney, J.C., Stec k, D.E., Burgess Jr, J.F., Maciejewski, M.L., Petersen, L. A. (2005): "Are Primary Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services". Health Services Research 40, 1422-1442.

4. Βασικές αρχές και κριτήρια της μεταρρύθμισης

Όπως ήδη σημειώθηκε, η οπτική της προσέγγισης είναι τα κριτήρια της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας, της (οικονομικής) αποδοτικότητας και της (κοινωνικής) ισότητας¹³. Σε αυτό το πλαίσιο, οι βασικοί άξονες της μεταρρύθμισης οφείλουν να εμπεριέχουν: (α) την έμφαση στην αποκατάσταση της καλής κλινικής πρακτικής (β) την επαναφορά στις αρχές της Διακήρυξης της Alma-Ata^{14,15,16,17,18} (φροντίδα πρώτης επαφής, συνεχής, συντονισμένη και περιεκτική με επίκεντρο την οικογένεια, καθώς και την κοινότητα και προσαρμογή στην υπάρχουσα κουλτούρα)^{19,20}, (γ) την ελεύθερη επιλογή του ιατρού και του δικτύου αναφοράς από τους πολίτες, ώστε να αναδειχθούν οι προτιμήσεις των καταναλωτών και να δημιουργηθούν συνθήκες άμιλλας και ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών^{21,22,23}, (δ) την εγκαθίδρυση κλειστών προϋπολογισμών ανά γεωγραφική ενότητα και πληθυσμό αναφοράς^{24,25,26}, (ε) την αποζημίωση των

¹³ Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε. Οικονομική κρίση και υγεία: Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα. Εκδόσεις Παπαζήσης, 2012, Αθήνα

¹⁴ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013β), Το αξιακό φορτίο και η πολιτική επικαιρότητα της διακήρυξης της Alma-Ata. Διαθέσιμο στο: http://www.healthpolicy.gr/images/stories/pdf/portaria_forum_2013_kyriopoulos_i.pdf

¹⁵ World Health Organization (1979). Declaration of Alma-Ata, Geneva

¹⁶ Lawn J.E, (2008). "Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize." Lancet. 372: 917-27

¹⁷ Gillam S., (2008). "Is the declaration of Alma-Ata still relevant to primary health care?" BMJ. 336: 536-538

¹⁸ Bhatia M., Rifkin S., (2010). "A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe?" Globalization and Health. 6:13

¹⁹ Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε. (2012), op.cit.

²⁰ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2012β), op.cit.

²¹ Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε. (2012), op.cit.

²² Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2012β), op.cit.

²³ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2013β), op.cit.

²⁴ Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε. (2012), op.cit.

²⁵ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2012β), op.cit.

²⁶ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2013β), op.cit.

προμηθευτών με συνδυασμό μισθού ή/και αποζημίωση κατά κεφαλήν ασφαλισμένου ή/και αποζημίωση κατά πράξη και περίπτωση (σε συνάρτηση τιμών και όγκου)²⁷ ώστε τα «χρήματα να ακολουθούν τους ασθενείς», (στ) την εισαγωγή συνθηκών ελεγχόμενου ανταγωνισμού (τιμής ή/και ποιότητας) μεταξύ των προμηθευτών^{28, 29} και (ζ) την διασφάλιση και τον έλεγχο της ποιότητας φροντίδας υγείας.

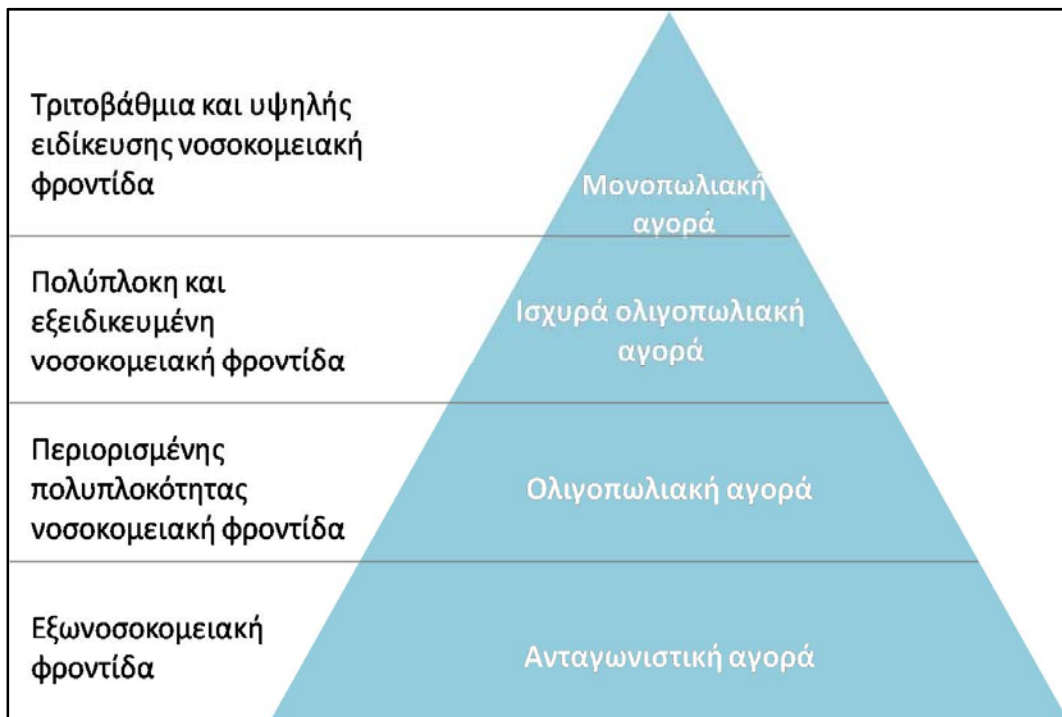
Είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι οι υγειονομικές αγορές δεν είναι ομοιογενείς και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρεται και έχει δυνητικά ανταγωνιστικό χαρακτήρα (Διάγραμμα 2) πράγμα το οποίο ενισχύει τη θέση των χρηστών και της ασφάλισης υγείας.

²⁷ Carr-Hill R "Efficiency and equity implications of the health care reforms". Social Science & Medicine 1994:39(9) 1189-1201

²⁸ Enthoven, A.C., (1978) "Consumer-choice health plan". New England Journal of Medicine, 28:650-658, 709-20

²⁹ Porter M. and Teisberg E., (2004) "Redefining Competition in Health Care". Harvard Business Review:65–76.

Διάγραμμα 2. Ανταγωνισμός και επίπεδο φροντίδας³⁰



Πηγή: Dash P. and Meredith D., 2011

5. Η μετεξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και η συμβολή του ΕΟΠΥΥ

Έχει διατυπωθεί ένας σημαντικός αριθμός εναλλακτικών επιλογών για την ανάπτυξη και ολοκλήρωση ενός συστήματος ΠΦΥ όπως έχουν προκύψει από προτάσεις ανεξάρτητων ερευνητών ή υπευθύνων του σχεδιασμού του συστήματος στο πλαίσιο του δημόσιου διαλόγου. Για το σύνολο αυτών των προτάσεων επιχειρείται στη συνέχεια μια σύντομη κριτική ανασκόπηση, σύμφωνα με τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα και τεκμήρια της διεθνούς βιβλιογραφίας, με

³⁰ Dash P., Meredith D., (2010) "When and how provider competition can improve health care delivery." McKinsey & Company. Διαθέσιμο στο:

http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/when_and_how_provider_competition_can_improve_health_care_delivery

κριτήρια την πρόσβαση των ασθενών, την ολοκλήρωση της φροντίδας, τις οικονομικές επιπτώσεις και τη βιωσιμότητα εκάστης εναλλακτικής πρότασης.

5.1. Πρώτη Εναλλακτική Εκδοχή. Πλήρης διαχωρισμός της ΠΦΥ από τον ΕΟΠΥΥ.

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, ο ΕΟΠΥΥ παραμένει ως ασφαλιστής (δημόσιο μονοψώνιο) και μεταφέρονται οι υπηρεσίες του ως προμηθευτή στο ΕΣΥ. Η πρόταση αυτή αποσκοπεί στη δημιουργία ενός δημόσιου μονοπωλίου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας που συνυπάρχει με το αντίστοιχο μονοψώνιο από την πλευρά της ασφάλισης. Η εκδοχή αυτή, αν και λογικοφανής υπό μια στενή διοικητική και οργανωτική οπτική, εμφανίζει μείζονες αδυναμίες, καθώς διαθέτει τη μοναδική ιδιαιτερότητα να συγκεντρώνει όλα τα μειονεκτήματα ενός συστήματος τύπου Bismarck (κοινωνικής ασφάλισης) και ενός συστήματος τύπου Beveridge (σύστημα εθνικής υπηρεσίας υγείας) δεδομένου ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο σύνολο της ζήτησης και, συνεπώς, ωθεί σε εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές. Η εξέλιξη αυτή είναι προφανές ότι οδηγεί σε μεγαλύτερη ενδυνάμωση της μονοπωλιακής ισχύος της πλευράς της προσφοράς και κατά συνέπεια σε αντίθετα –από τα επιδιωκόμενα– αποτελέσματα. Η διεθνής εμπειρία από τα συστήματα Beveridge έχει πολλάκις αποδείξει ότι ενώ είναι αποτελεσματικά στον περιορισμό του συνολικού κόστους³¹ (ήτοι τη λειτουργία εντός δεδομένου προϋπολογισμού) υστερούν δραματικά σε ζητήματα πρόσβασης και διαθεσιμότητας της φροντίδας και κατά συνέπεια λειτουργούν σε βάρος της αποδοτικότητας. Τα συστήματα τύπου NHS χαρακτηρίζονται από σημαντικά εμπόδια πρόσβασης (σειρές αναμονής)³², απουσία προδραστικής (proactive) προσέγγισης της φροντίδας και σημαντική υποαπασχόληση των συντελεστών παραγωγής, εντός και εκτός δημοσίου

³¹ Grumbach K., Vranizan K. and Bindman A.B. (1997), "Physician supply and access to care in urban communities". Health Affairs, 16(1), 71-86

³² Preker A., "Global Marketplace for Private Health Insurance: Strength in Numbers World Bank". Publications No 13085

συστήματος. Εν τέλει, η μεταρρύθμιση προς ένα πρότυπο Beveridge συνιστά «βήμα προς τα πίσω» στην εξελικτική πορεία των συστημάτων υγείας και ασφάλισης διεθνώς³³. Αξίζει να σημειωθεί ότι η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος στην υγειονομική πραγματικότητα της χώρας (με τις δεδομένες καταναλωτικές συμπεριφορές των χρηστών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ισχυρή ιδιωτική δαπάνη προκειμένου οι ασθενείς να άρουν τα εμπόδια πρόσβασης) αναμένεται να ωθήσει σε σημαντική υπερβάλλουσα ζήτηση, στροφή προς την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών και μαζική αποασφάλιση. Η μεταρρύθμιση πρακτικά οδηγεί στην αποδυνάμωση της ασφάλισης υγείας.

5.2. Δεύτερη Εναλλακτική Εκδοχή: Ενοποίηση των διαδικασιών λειτουργίας στο ΕΣΥ.

Η προσέγγιση αυτή αποτελεί συναφή πρόταση με την προηγούμενη, με τη διαφοροποίηση ότι αποσκοπεί πλήρως στην κατάργηση των ασφαλιστικών εισφορών (κατά συνέπεια και του λόγου ύπαρξης του ΕΟΠΥΥ) και την αντικατάστασή τους από τα έσοδα μέσω της γενικής φορολογίας. Αν και η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στο επίσης λογικοφανές επιχείρημα της αδυναμίας καταβολής ασφαλιστικών εισφορών σε περίοδο κρίσης και υψηλής ανεργίας, η αντίθετη άποψη, ήτοι η επιβολή επιπλέον φορολογίας κρίνεται ακόμα πιο δυσχερής. Πέραν αυτών, τίθεται το ζήτημα της μη δίκαιης φορολογίας στην χώρα μας, συνεπεία της φοροδιαφυγής και της φοροαποφυγής, και της θεμελιώδους παράλειψης του αξιώματος ότι οι χρήστες του συστήματος συμμετέχουν αναλόγως της έντασης της χρήσης υπηρεσιών υγείας (αίρεται το ατομικό κίνητρο για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας). Πέραν αυτών, η κατάργηση του ανταγωνισμού και (εκ των πραγμάτων) της ελεύθερης επιλογής (όπως χαρακτηριστικά έχει δείξει η εμπειρία τριάντα ετών του ΕΣΥ στη χώρα), αποτελούν μείζονα προβλήματα της πρότασης, η οποία πρακτικά αποτελεί μια «αναπαραγωγή» της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων και στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η

³³ Van der Zee J, Kroneman MW. "Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs." BMC Health Serv Res. 2007 Jun 26;7:94.

προσέγγιση αυτή οδηγεί αναπόφευκτα στη σύγκρουση διημερούς μονοπωλίου «προνοιακού» χαρακτήρα με περιορισμένη δυνατότητα προσφοράς υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια στον «διχασμό» του υγειονομικού τομέα με την ανάπτυξη και προσαρμογή του ιδιωτικού τομέα για τα μεσαία στρώματα.

5.3. Τρίτη Εναλλακτική Εκδοχή: Παραχώρηση της παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στην αγορά. Η προσέγγιση αυτή αποσκοπεί σε ένα «καθαρό» σύστημα Bismarck (όσον αφορά την ΠΦΥ). Η πρόταση αυτή έχει ως βασική επίπτωση την αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος μέσω της αναζήτησης χαμηλότερων τιμών για δεδομένες (και ποιοτικά διασφαλισμένες) υπηρεσίες. Όμως, βασικό της χαρακτηριστικό της είναι ότι μπορεί να λειτουργήσει μόνον όπου υπάρχει ικανή ζήτηση για τη δημιουργία αγοράς (προσέλκυση προμηθευτών), γεγονός το οποίο μπορεί να καταστήσει μη καλυπτόμενες τις γεωγραφικά απομακρυσμένες και χαμηλής πληθυσμιακής πυκνότητας περιοχές της χώρας. Επιπλέον, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα τα αδύναμα εισοδηματικά στρώματα να αντιμετωπίσουν ανυπέρβλητα εμπόδια πρόσβασης, τα οποία ωθούν ως συνήθως σε ζήτηση για υπηρεσίες ΠΦΥ στα δημόσια νοσοκομεία. Η πρόταση αυτή υποβιβάζει το ρόλο της ΠΦΥ από την «φροντίδα» στην «περίθαλψη», και δεν επιτρέπει την άσκηση ολοκληρωμένων πολιτικών πρωτοβάθμιας φροντίδας δημόσιας υγείας, οι οποίες είναι πλέον απαραίτητες, στην παρούσα συγκυρία.

5.4. Τέταρτη Εναλλακτική Εκδοχή: Δημιουργία δημόσιου πυλώνα ΠΦΥ, με διακριτή δομή και διοίκηση. Η βασική σύλληψη εστιάζεται στη δημιουργία ενός οργανισμού παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας), ο οποίος θα αποτελεί διακριτή δομή, υπό τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ. Τυπολογικά, η προτεινόμενη μεταρρύθμιση ακολουθεί το σύστημα Bismarck αλλά εισάγει και όλες τις βελτιώσεις από τη διεθνή εμπειρία, ιδίως στη Γερμανία με την εισαγωγή κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών σε όλες τις κατηγορίες δαπανών, τιμών

αναφοράς στα φάρμακα, εσωτερικού ανταγωνισμού μεταξύ των δικτύων (δημόσια και ιδιωτικά), την επιλογή δικτύου αναφοράς και οικογενειακού γιατρού αναφοράς από τους ασφαλισμένους καθώς και την προστασία των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

Στο πλαίσιο αυτό, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να αγοράζονται από τον ΕΟΠΥΥ είτε από τον νεοσύστατο δημόσιο πυλώνα, είτε από ιδιώτες προμηθευτές με προοδευτική εξίσωση των τιμών, ώστε να δημιουργηθούν συνθήκες ανταγωνισμού και αύξησης της οικονομικής αποδοτικότητας. Η ύπαρξη, όμως, του δημόσιου πυλώνα στην αγορά αυτή, επιτρέπει να αναπτυχθούν τα ειδικά και διακριτά χαρακτηριστικά πολιτικής υγείας που πρέπει να διέπουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ, όπως: (α) η εστίαση στην αναίρεση των εμποδίων πρόσβασης κυρίως για τις οικονομικά αδύναμες ομάδες του πληθυσμού (διακριτές τιμές), (β) η ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων δημόσιας υγείας (αγωγή και προαγωγή υγείας, προσυμπτωματικοί έλεγχοι και άλλα σχετικά), οι οποίες απαιτούν κεντρικό σχεδιασμό και κίνητρα μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας (σε αντιδιαστολή με τα επιχειρηματικά κίνητρα) προκειμένου να καταστούν αποτελεσματικές, και (γ) η δημιουργία ενός «αντίπαλου πόλου» δημόσιου χαρακτήρα σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία, με στόχο την υποκατάσταση υπηρεσιών, η οποία στην παρούσα φάση συνιστά υψηλή προτεραιότητα για την ανταπόκριση στην «πλεονάζουσα» ζήτηση και βελτίωση της αποδοτικής χρήσης των πόρων.

Πλέον των προαναφερομένων, η παρουσία ενός ολοκληρωμένου δημόσιου πυλώνα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ μπορεί να ευνοήσει την εύρυθμη λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών ΠΦΥ και να (α) επηρεάσει τις τιμές των υπηρεσιών των ιδιωτών προμηθευτών ώστε να ισορροπήσουν σε χαμηλότερα επίπεδα, λόγω ανταγωνισμού (β) αποτρέψει τη δημιουργία φυσικών μονοπωλίων ή ολιγοπωλιακών πρακτικών, τα οποία αναμένεται να δημιουργηθούν εξαιτίας της απουσίας ενός «αντίπαλου δέους» από πλευράς της δημόσιας παροχής.

6. Το προτεινόμενο υπόδειγμα

Το προτεινόμενο υπόδειγμα βασίζεται στην προσφορά ολοκληρωμένης φροντίδας στον κατάλληλο τόπο και χρόνο με έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου και τη μείωση των επιπτώσεων μέσω της αποκατάστασης. Παράλληλα η λογική της συγκεκριμένης πρότασης βασίζεται στη φιλοσοφία των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας³⁴ στις Ηνωμένες Πολιτείες, των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη Βρετανία³⁵ και της μεθόδου αποζημίωσης των προμηθευτών στη Γερμανία³⁶.

Τα προτεινόμενα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι αποτέλεσμα της ενοποίησης και ανασυγκρότησης των υπάρχουσών δομών, αποτελούνται από τα πολυιατρεία και τα κέντρα υγείας και απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού³⁷. Κατά αυτή την έννοια προβλέπεται η ενοποίηση όλων των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (σε 320-350 δίκτυα με βάση την τοπική αυτοδιοίκηση και το σχέδιο «Καλλικράτης») υπό ένα οργανωτικό σχήμα. Επιπροσθέτως, η διαχείριση του ενιαίου προϋπολογισμού για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας γίνεται από τον ΕΟΠΥΥ, η λειτουργία του οποίου ενισχύεται μέσω της ίδρυσης θεσμών όπως η επιτροπή διαπραγμάτευσης, η επιτροπή βέλτιστης πρακτικής κλινικού ελέγχου καθώς και το σώμα εμπειρογνομόνων υγείας. Είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι η ενδεχόμενη εγκαθίδρυση των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΟΠΥΥ δεν υπονομεύει την παράλληλη ύπαρξη ιδιωτικών δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Προς τούτο,

³⁴ Ellwood PM Jr. "Health maintenance organizations. Concept and strategy." *Hospitals*. 1971 Mar 16;45(6):53-6.

³⁵ Smith J, Curry N Commissioning. In *Understanding New Labour's Market Reforms of the English NHS*. Edited by Dixon A, Jones L. London: King's Fund; 2011.

³⁶ Nonnemaker L et al. *Physician Payment: Current System and Opportunities for Reform*. AARP Public Policy Institute. April 2009.

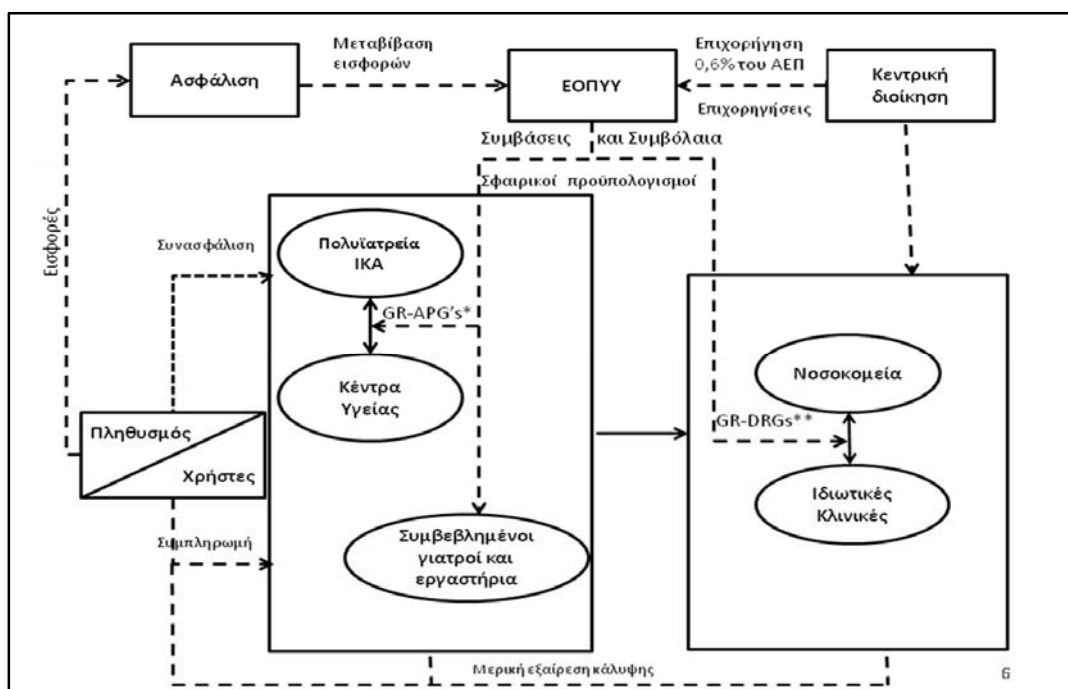
³⁷ Η ενοποίηση των δομών οφείλει να πραγματοποιηθεί με αναφορά στους «Καλλικρατικούς» δήμους και με κριτήριο το μέγεθος του πληθυσμού αναφοράς, το κόστος χρόνου των χρηστών και δείκτες προσφοράς ζήτησης και ανάγκης της περιοχής. Αναλυτική παρουσίαση του σχεδίου ενοποίησης των δομών περιλαμβάνεται στο: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012β) *op.cit*.

προτείνεται η πιστοποίηση των δομών του δικτύου και των ιδιωτικών δομών να γίνεται με τα ίδια κριτήρια.

Υπό το πρίσμα αυτό, στο Διάγραμμα 3 παρουσιάζεται η δομή της αγοράς και οι χρηματοδοτικές και άλλες ροές στο προτεινόμενο υπόδειγμα στο οποίο ο ΕΟΠΥΥ σε συνεργασία με τις δομές ΠΦΥ, συγκροτεί μια σχέση «αντίπαλου» πόλου προς το νοσοκομειακό σκέλος του υγειονομικού τομέα ώστε να διευκολυνθεί η συγκράτηση της ζήτησης και η υποκατάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας³⁸.

³⁸ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012 α), *op.cit.*

Διάγραμμα 3. Η ανασυγκρότηση της δομής της αγοράς υπηρεσιών υγείας³⁹



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

Στο πλαίσιο αυτό, κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα εγγραφής σε ένα δίκτυο και ένα γιατρό αναφοράς (γενικός γιατρός, παθολόγος, παιδίατρος, γυναικολόγος), και με τη χρήση της «κάρτας υγείας» διασφαλίζεται η πορεία και η ελευθερία επιλογής του δικτύου και του γιατρού^{40,41}. Ο ρόλος του γιατρού αναφοράς σχετίζεται με την παρακολούθηση του ασφαλισμένου αλλά και την παραπομπή του σε ειδικούς γιατρούς και νοσοκομεία, ενώ η συνέχεια της φροντίδας επιτυγχάνεται μέσω της αντίστροφης παραπομπής (δηλαδή της παραπομπής από τον ειδικό ιατρό στον ιατρό αναφοράς για την παρακολούθηση και τον έλεγχο του ασθενούς). Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι το δίκτυο εξασφαλίζει την παροχή

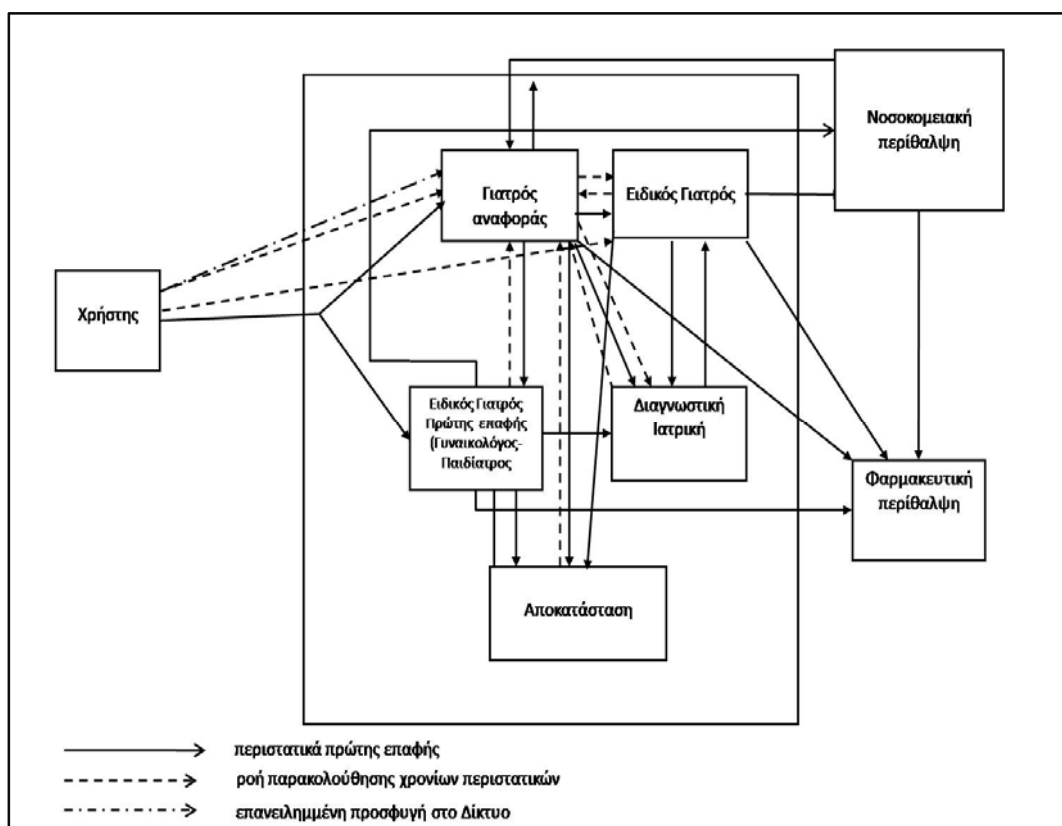
³⁹ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012α), *op.cit.*

⁴⁰ Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημόλιτης Γ., και συν., (2000). "Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης". *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, 12(4): 169-188

⁴¹ Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. "Τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία: Συγκλίσεις προς μια ενιαία υγειονομική αγορά". Στο: Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. Μπαζόγλου Τ., *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας*. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, 2000

υπηρεσιών σε πλήρη χρονική βάση χωρίς φυσικά, χρονικά και οικονομικά εμπόδια και τα παραπεμπτικά και η συνταγογραφία των γιατρών που δεν περιλαμβάνονται στο δίκτυο εκτελούνται εφόσον έχουν εγκριθεί από το αντίστοιχο δίκτυο αναφοράς, ώστε να αποφεύγεται η εμφάνιση φαινομένων ευρείας προκλητής ζήτησης. Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζεται η ροή («ταξίδι») του χρήστη στο σύστημα υγείας.

Διάγραμμα 4. Η ροή («Ταξίδι») των Χρηστών στο Δίκτυο ΠΦΥ



**Δε περιλαμβάνεται η περίπτωση των επειγόντων περιστατικών*

Παράλληλα, η μεγαλύτερη δυνατή διεύρυνση της προσφοράς (ανάπτυξη ανταγωνιστικών συνθηκών) αποτελεί κομβικό σημείο της πρότασης, με προϋπόθεση την ύπαρξη κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών ανά περιφερειακή ένωση και πληθυσμό αναφοράς (συγκράτηση της δαπάνης). Κατά αυτή την έννοια, η μεταρρύθμιση δεν πρέπει να οδηγήσει σε περιορισμό του αριθμού των

προμηθευτών, δεδομένου ότι ένα τέτοιο μέτρο οδηγεί σε αύξηση των μονοπωλιακών τάσεων και μείωση της ελευθερίας επιλογής του ασθενούς⁴². Το ζήτημα του αριθμού των προμηθευτών δεν πρέπει να αντιμετωπισθεί ως ένα απλό διαχειριστικό εργαλείο ελέγχου του κόστους. Ο λόγος εδράζεται στο γεγονός ότι ο αριθμός των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας φαίνεται να σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα σε πληθώρα δεικτών επιπέδου υγείας⁴³. Παράλληλα, η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι επιπτώσεις ενός αυξημένου αριθμού γιατρών στη ζήτηση και τη δαπάνη δεν είναι όμοιες για του ειδικούς και τους γενικούς γιατρούς⁴⁴. Κατά αυτή την έννοια, ένας μεγάλος αριθμός χειρουργών φαίνεται να οδηγεί σε αυξημένες χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ μεγάλος αριθμός γιατρών που απασχολούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οδηγεί σε λιγότερη χρήση των υπηρεσιών καθώς και χαμηλότερο κόστος⁴⁵. Με βάση τα ανωτέρω, η μείωση του αριθμού των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν προκρίνεται ως ένα χρήσιμο εργαλείο για τη μείωση του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης. Στον αντίποδα, οι κλειστοί σφαιρικοί προϋπολογισμοί μπορούν να αποτελέσουν το βασικό εργαλείο για έλεγχο του κόστους και συγκράτηση της δαπάνης.

Στο πλαίσιο αυτό, η ανασυγκρότηση της ΠΦΥ βασίζεται στην ανακατανομή των πόρων με βάση τον υφιστάμενο συνολικό «προϋπολογισμό» (Πίνακας 1) αλλά και τη μεταφορά πόρων από άλλους τομείς στους οποίους διαπιστώνεται σπατάλη πόρων και μη αποδοτική χρήση ή ακόμη επιλέγεται η υποκατάσταση «κλειστών» υπηρεσιών με «ανοικτές» δομές. Η δαπάνη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνίσταται από τη δαπάνη του ΕΟΠΥΥ και των κέντρων υγείας που υπερβαίνει το

⁴² Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012α), *op.cit*

⁴³ Μια αναλυτική επισκόπηση των ευρημάτων περιλαμβάνεται στο: Starfield B., Shi L. and Macinko J. (2005), Contribution of primary care to health systems and health, *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502

⁴⁴ Chernew, et al. (2009): Would Having More Primary Care Doctors Cut Health Spending Growth? *Health Affairs* 28, 1327-1335.

⁴⁵ Grumbach K., Vranizan K. and Bindman A.B. (1997), *op.cit*

1,5 δις € (15% της συνολικής δημόσιας δαπάνης) και την ιδιωτική δαπάνη η οποία προσεγγίζει τα 2,0 δις € (28% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης). Είναι προφανές ότι η ανακατανομή και η αποδοτική χρήση των διατιθέμενων οικονομικών πόρων σε συνδυασμό με την δομική ανασυγκρότηση των υπηρεσιών, μπορεί να είναι η κατάλληλη απάντηση για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού τομέα.

Πίνακας 1. Προϋπολογισμός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Κατηγορία δαπάνης	Προϋπολογισθείσα δαπάνη
A. Πρωτοβάθμια φροντίδα ΕΟΠΥΥ	
Διαγνωστικές Υπηρεσίες(σύνολο)	370.000.000
Συμβεβλημένοι γιατροί	82.000.000
Οδοντιατρική	17.000.000
Άλλες δαπάνες υγείας	237.398.000
Υγειονομικά Υλικά	126.845.000
Μισθοί ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού ΕΟΠΥΥ	430.210.000
Σύνολο ΠΦΥ ΕΟΠΥΥ	1.263.453.000
B. Πρωτοβάθμια φροντίδα ΕΣΥ	
Μισθοί ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού ΕΣΥ	215.000.000
Υγειονομικά υλικά και τεχνολογικοί πόροι	71.666.667
Σύνολο ΠΦΥ ΕΣΥ	286.666.667
Γενικό σύνολο ΠΦΥ	1.550.119.667

Η εκτίμηση του προϋπολογισμού για την πρωτοβάθμια περίθαλψη βασίζεται στον τρέχοντα προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ και σε ίδιες εκτιμήσεις και υπολογισμούς για τη συνολική δαπάνη των Κέντρων Υγείας

7. Επίμετρο

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αν και αποτελεί προνομιακό πεδίο της επιστημονικής και πολιτικής ρητορικής δεν συνιστά –επί του παρόντος- υψηλή προτεραιότητα της υγειονομικής πολιτικής. Όμως σε διεθνή κλίμακα έχει γίνει αντιληπτό ότι τα οικονομικά, κοινωνικά και υγειονομικά αδιέξοδα του υγειονομικού τομέα επαναφέρουν στο προσκήνιο την επικαιρότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπροσθέτως, η συρρίκνωση ανθρώπινων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, επιβάλλει εναλλακτικές προσεγγίσεις μεταξύ των οποίων η πρωτοβάθμια φροντίδα συνιστά επίσης προτεραιότητα.

Η κρίσιμη και μεταβατική συγκυρία στη χώρα μας επιβάλλει διαρθρωτικές αλλαγές μείζονος κλίμακας μεταξύ των οποίων η ανασυγκρότηση του ΕΟΠΥΥ και συνδυαστικά η δημιουργία Δικτύων ΠΦΥ που μπορεί να συντελέσουν στην κινητοποίηση θετικών εξελίξεων στην υγειονομική πολιτική.