
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

Μηχανισμοί αποζημίωσης παρόχων υγείας

Ζυγογιάννη Ελένη

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2025

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

Μηχανισμοί αποζημίωσης παρόχων υγείας

Ζυγογιάννη Ελένη, Α.Μ.: ΟΔΥ/2110

Επιβλέπων: Ξένος Παναγιώτης / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2025

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

Mechanisms for reimbursing health care providers

Zygogianni Eleni

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management
Piraeus, Greece, 2025

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ονοματεπώνυμο

Τυχογιάννη Ελένη

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

.....

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου για την ουσιαστική και πολύτιμη συνδρομή του για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Κυρίως όμως θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη συμπαράσταση και την εμπιστοσύνη τους κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

Στην οικογένειά μου

Περιεχόμενα

Περίληψη	2
----------	---

Abstract

Κεφάλαιο 1: Υγειονομικό σύστημα

1.1 Σύστημα και σύστημα υγείας – Ορισμοί	5
1.2 Περιγραφή συστήματος χρηματοδότησης	6

Κεφάλαιο 2

Μηχανισμοί αποζημίωσης των παρόχων- Μέθοδοι χρηματοδότησης 7

2.1 Μέθοδοι χρηματοδότησης	7
2.2 Πηγές εσόδων συστήματος χρηματοδότησης	8

Κεφάλαιο 3

Μοντέλα συστημάτων χρηματοδότησης	10
3.1 Μοντέλο Beveridge	11
3.2 Μοντέλο Semashko	11
3.3 Μοντέλο Bismark	12
3.4 Σκανδιναβικό Μοντέλο	12
3.5 Νοτιοευρωπαϊκό Μοντέλο	13

Κεφάλαιο 4

Μηχανισμοί χρηματοδότησης συστήματος υγείας	13
Κεφάλαιο 5	
Χρηματοδότηση των νοσοκομείων στην Ελλάδα	17
Κεφάλαιο 6	
Η εξέλιξη του συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων την περίοδο της πανδημίας.	19
6.1 Αύξηση δαπανών της υγείας προς κάλυψη των αναγκών της πανδημίας.	20
Κεφάλαιο 7	
Αμοιβή-αποζημίωση προμηθευτών υγειονομικών υπηρεσιών	22
Κεφάλαιο 8	
Θεωρητική ανάλυση των DRGs	30
Κεφάλαιο 9	
Ομαδοποιημένες πληρωμές-αμοιβή βάσει επίδοσης στην φροντίδα υγείας.	35
9.1 Τα γνωρίσματα των προγραμμάτων PFP και τα πεδία επίδοσής τους.	38
9.2 Η συνολική αποτίμηση των προγραμμάτων PFP	40
9.3 Στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας	41

Κεφάλαιο 10

Μέθοδοι αποζημίωσης των ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.	43
---	----

Κεφάλαιο 11

Μέθοδος ομαδοποιημένων πληρωμών-bundled payments	50
12. Συμπεράσματα	56
13. Βιβλιογραφία	57

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 10.1	41-42
--------------	-------

Περίληψη

Ο χώρος της υγείας συνιστά ένα περιβάλλον εργασίας που χαρακτηρίζεται από την πολυπλοκότητά του, στο οποίο οι εργαζόμενοι και η διοίκηση αποτελούν υψίστης σημασίας παράγοντες για την υψηλού επιπέδου ποιότητα και αποτελεσματικότητα στην παροχή των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ο τρόπος αποζημίωσης των παρόχων στον τομέα της υγείας συμβάλλει στον καθορισμό του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιδρώντας τόσο στην οικονομική αποδοτικότητα όσο και στην παραγωγικότητα ενός συστήματος υγείας. Στόχος τίθενται η μείωση των δαπανών και η αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελούν η παρουσίαση και η ανάλυση των μεθόδων αποζημίωσης παρόχων που τίθενται σε εφαρμογή σε συστήματα υγείας διαφόρων χωρών, ανάμεσά τους και η Ελλάδα. Πραγματοποιείται ανάλυση των μεθόδων, όπως, Diagnosis Related Groups (DRGs), Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN), Capitation (αποζημίωση ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας) κ.α.

Πραγματοποιείται εκτεταμένη αναφορά στην μέθοδο των ομαδοποιημένων πληρωμών (bundled payments), η οποία προβάλλει την συγχώνευση υπηρεσιών, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων και αποζημιώνει το σύνολο των απαραίτητων υπηρεσιών για τη διαχείριση μιας κατάστασης που χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης. Επιπλέον, παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου.

Η σπουδαιότητα αυτής της μεθόδου, απαντάται στην ανάδειξη της ανάγκης μετασχηματισμού και επανασχεδιασμού του συστήματος παροχής υπηρεσιών, με σκοπό τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας για το σύνολο των εμπλεκόμενων στο υγειονομικό σύστημα.

Σημαντικοί όροι

Μηχανισμοί αποζημίωσης παρόχων υγείας, Diagnosis Related Groups (DRGs), Capitation, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ομαδοποιημένες πληρωμές, Συστήματα χρηματοδότησης

Abstract

The field of health is a work environment that is distinguished for its complexity, with employees and management being of outmost importance for the quality and efficient provision of the services offered. The way of the providers are compensated in the health sector affects the formation of the level of the quality of the services provided, affecting a health system both in its economic efficiency and its productivity. The aim is to reduce costs and increase the quality of the services provided.

The purpose of the thesis is the presentation and analysis of provider compensation methods applied in health systems of various countries, among them and Greece. An analysis is made of methods such as Diagnosis Related Groups (DRGs), Closed Unified Hospitals (KEN), Capitation (reimbursement of primary care doctors), etc.

An analytical approach is made in the method of bundled payments which promotes the integration of services by facilitating the collaboration of doctors of different specialties and reimburses all the services required to treat a medical condition. Reference is also made to the advantages and disadvantages of the method.

The importance of the bundled payments lies in the fact that it prompts the transformation and redesign of the service delivery system to ensure high quality health services for all.

Keywords

Methods of reimbursement of health care providers, bundled payments, Diagnosis Related Groups (DRGs), Closed Unified Hospitals (KEN), Capitation, National Health System, Financing systems

Κεφάλαιο 1. Υγειονομικό Σύστημα

1.1 Σύστημα και σύστημα υγείας-Ορισμοί

Ο όρος **Σύστημα** αναφέρεται σε ένα σύνολο, τα στοιχεία του οποίου (δομές, θεσμοί, υπηρεσίες, οργανώσεις, δίκτυα, πρόσωπα, εξοπλισμός) συνιστούν οργανωμένες λειτουργικά οντότητες, οι οποίες:

- Κάθε μία από αυτές βρίσκεται σε αμοιβαία εξάρτηση ή συνδέεται με τουλάχιστον με μια άλλη από το ίδιο σύνολο.
- Λειτουργούν τηρώντας σαφώς καθορισμένους και προσδιορισμένους κανόνες.
- Αποσκοπούν στην υλοποίηση συγκεκριμένων σκοπών και στόχων (σκοπιμότητα δράσης).

Το Σύστημα αποτελεί υποσύστημα ενός ανώτερου συστήματος (μεγασύστημα), ενώ τα επιμέρους στοιχεία του χαρακτηρίζονται ως υποσυστήματά του.

Ως **Σύστημα υγείας** νοείται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες παρουσιάζουν διαρκή συνεργασία μεταξύ τους και λειτουργική αλληλεξάρτηση, με στόχο την προαγωγή, την επαναφορά και τη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού. Αναλαμβάνει την ευθύνη για την βελτίωση της υγείας των πολιτών και την παροχή της κατάλληλης θεραπείας σεβόμενοι την προάσπιση της αξιοπρέπειάς τους και την προστασία τους, έναντι του απαιτούμενου οικονομικού κόστους. Δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην παροχή υπηρεσιών, αλλά και στην οργάνωση υπηρεσιών πρόληψης, αγωγής υγείας, δημόσιας υγείας και υγιεινής της εργασίας.

Ένα σύστημα υγείας συνίσταται και περιλαμβάνει δύο υποσυστήματα:

- Σύστημα συντονισμού-διεύθυνσης
- Σύστημα χρηματοδότησης

Στην πραγματικότητα, αυτά τα δύο υποσυστήματα προσιδιάζουν την ικανότητα σε λειτουργικό και διοικητικό επίπεδο του συνολικού συστήματος υγείας. Αναφορικά με

το θεσμικό και λειτουργικό επίπεδο του υποσυστήματος χρηματοδότησης, το ενδιαφέρον εστιάζεται σε οτιδήποτε αφορά τους φορείς και τις πηγές που αναλαμβάνουν την χρηματοδότησή του.

1.2 Περιγραφή συστήματος χρηματοδότησης

Η διαδικασία της χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας διακρίνεται σε δύο επιμέρους μέρη:

- Εξωτερική χρηματοδότηση, η οποία απορρέει και εδράζεται στις πηγές που χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας, με στόχο την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των φορέων που στηρίζουν τη χρηματοδότησή του.
- Εσωτερική χρηματοδότηση, η οποία καθορίζεται μέσω των τεχνικών και των μεθόδων που διαμορφώνουν τα συστήματα αμοιβών των μονάδων υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και των τρόπων αποζημίωσης μονάδων νοσοκομειακής περίθαλψης, αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. (Αλετράς κ.α, 2002)

Ως φορείς χρηματοδότησης, ορίζονται τα πρόσωπα ή οι οργανισμοί που φέρουν την υποχρέωση να καλύψουν το κόστος και τις ανάγκες χρηματοδότησης, άμεσα ή έμμεσα, σε μονάδες προσφοράς ή διανομής υπηρεσιών υγείας, αποσκοπώντας στην εξασφάλιση της χρηματοοικονομικής τους ισορροπίας. Κατηγοριοποιούνται ανάλογα της προέλευσης των πόρων του χρηματοδοτικού συστήματος για να καλυφθούν οι ανάγκες χρηματοδότησης του συστήματος υγείας σε δύο κατηγορίες:

- Πρωτογενείς φορείς χρηματοδότησης: πολίτες με τις ποικίλες ιδιότητές τους, όπως ασθενείς-υγιείς, ασφαλισμένοι-ανασφάλιστοι και φορολογούμενοι.
- Δευτερογενείς φορείς χρηματοδότησης: οι διάφοροι μηχανισμοί συλλογικής κάλυψης και είναι αυτοί που αποτελούν το σύστημα χρηματοδότησης.

Οι πηγές χρηματοδότησης είναι κυρίως οι πολίτες με την ιδιότητα του φορολογούμενου ή/και την ιδιότητα του ασφαλισμένου και σε ορισμένες χώρες, σημαντικό ρόλο ευθύνης αναλαμβάνουν και οι εργοδότες.

Κεφάλαιο 2: Μηχανισμοί αποζημίωσης των παρόχων – Μέθοδοι χρηματοδότησης.

2.1 Μέθοδοι χρηματοδότησης

Παρακάτω θα αναλύσουμε ορισμένες μεθόδους χρηματοδότησης και τους συνδυασμούς αυτών, δηλαδή τους τρόπους αποζημίωσης των παρόχων για την παροχή υπηρεσιών προς τους αγοραστές (πληρωτές). Ειδικότερα, στους μηχανισμούς χρηματοδότησης συγκαταλέγονται:

- Είσπραξη φόρων από το κράτος (δημόσια έσοδα).
- Αποπληρωμή εισφορών αναλογικά του εισοδήματος ως ποσοστό, σε Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης ή Ταμεία Υγείας.
- Είσπραξη ασφαλιστρών από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς υγείας, ως ανταποδοτικά προσδιορισμένα ποσά.
- Ανάληψη της πληρωμής του κόστους από τους ίδιους τους πολίτες στους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Οι περισσότερες χώρες εφαρμόζουν μεικτά συστήματα χρηματοδότησης, αφού λειτουργούν περισσότεροι από έναν μηχανισμό χρηματοδότησης και ο ένας από αυτούς διαδραματίζει καίριο ρόλο στη διαδικασία χρηματοδότησης. Η πηγή εσόδων του συστήματος χρηματοδότησης, καθορίζεται από τον βασικό μηχανισμό, ενώ συγχρόνως προσδιορίζει το μοντέλο που εφαρμόζει το σύστημα, καθώς και την διαφοροποίηση των συστημάτων μεταξύ τους. Ως πηγές εσόδων αναφέρονται οι ακόλουθες:

- Φορολογικό σύστημα – είσπραξη φόρων.
- Καταβολή εισφορών σε Ταμεία ή σε Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. (Εργασία, n.d.)

2.2 Πηγές εσόδων συστήματος χρηματοδότησης.

Στην Ελλάδα, η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) εδράζεται κυρίως, στη φορολογία. Από τα δημόσια έσοδα χρηματοδοτούνται τα δημόσια νοσοκομεία, οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων που παρουσιάζουν ελλείμματα, τα προγράμματα δημόσιας υγείας, η έρευνα που αναπτύσσεται αναφορικά με τον τομέα της υγείας, καθώς και η κατάρτιση και η επιμόρφωση όσων επαγγελματιών δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας.

Τα ασφαλιστικά ταμεία επιφορτίζονται την κάλυψη ενός μέρους του κόστους των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας, που πηγάζουν είτε από δημόσιες υπηρεσίες, είτε από ιδιώτες παρόχους συμβεβλημένους με τα ταμεία. Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί, ότι το ποσό που αναλαμβάνουν τα ταμεία να καταβάλλουν για τις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασφαλισμένους τους, απέχει σημαντικά από το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών αυτών, γιατί το μεγαλύτερο μέρος καλύπτεται από το κράτος.

Επιπροσθέτως, έχει παρατηρηθεί ότι οι εισφορές που καταβάλλουν οι εργοδότες υστερούν σημαντικά, ενώ στον αντίποδα, οι καταβαλλόμενες εισφορές των εργαζομένων, είναι συγκριτικά μεγαλύτερες από αντίστοιχα ποσοστά των ευρωπαϊκών χωρών. Οι ιδιωτικές πληρωμές, οι οποίες συνδέονται, είτε με την αγορά υπηρεσιών από τους ίδιους τους πολίτες, είτε με την ανάληψη μέρους του κόστους των υπηρεσιών που παρέχονται από το ΕΣΥ ή από ιδιώτες παρόχους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία, καλύπτουν μεγάλο μέρος των δαπανών για τη φροντίδα υγείας.

Επιπλέον, μέρος των ιδιωτικών πληρωμών σχετίζεται με ασφάλιστρα για κάλυψη σε περίπτωση νοσημάτων, ατυχημάτων ή θανάτων σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Για το λόγο αυτό, στη χώρα μας ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης παρουσιάζει τα

τελευταία χρόνια μια εντυπωσιακή άνοδο, καθώς ολοένα και περισσότεροι πολίτες ασφαλιστικά πακέτα από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς, για την προστασία απέναντι σε κινδύνους, οι οποίοι είτε δεν συγκαταλέγονται στις παροχές κοινωνικής προστασίας, είτε καλύπτονται μερικώς.

Αναλυτικότερα, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες:

- **Αναπληρωματική ασφάλιση υγείας:** υποκαθιστά την κοινωνική ασφάλιση και αποτελεί εναλλακτική λύση της.
- **Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας:** λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς την κοινωνική ασφάλιση, καλύπτοντας παροχές που δεν περιλαμβάνονται σε αυτήν, προσφέροντας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες. Για παράδειγμα, υπηρεσίες αποκατάστασης, οδοντιατρικές υπηρεσίες, χορήγηση φαρμάκων.
- **Διπλότυπη ασφάλιση υγείας:** παρέχει τη δυνατότητα σε πολίτες, που διαθέτουν και κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση, να χρησιμοποιούν εναλλακτικές καλύψεις για όμοιες υπηρεσίες από τους ίδιους ή διαφορετικούς παρόχους.
- **Επικουρική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας:** χρησιμοποιείται για την κάλυψη ορισμένων συμπληρωματικών ποσών στις παροχές ή για τα ποσά που εκπίπτουν και καθίσταται αδύνατη η κάλυψή τους από την κοινωνική ασφάλιση υγείας.

Εντούτοις, οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί, παρέχουν στους πελάτες-ασφαλισμένους, το πλεονέκτημα της χρήσης εναλλακτικών, αναφορικά με τη χρήση επιλογών. Ειδικότερα, η νοσοκομειακή φροντίδα, συνιστά ενδεικτικό παράδειγμα, όπου οι παροχές της Κοινωνικής Ασφάλισης υποκαθίστανται με δαπάνες, που συντελούνται μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης. Η πλειονότητα των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων, περιλαμβάνει την κάλυψη σημαντικού ποσοστού της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη. Ενδέχεται η Ιδιωτική Ασφάλιση να αναλάβει εξ' ολοκλήρου το κόστος κάλυψης της δαπάνης, στην

περίπτωση που ο ασφαλισμένος, χρησιμοποιήσει συνδυαστικά και τον βασικό ασφαλιστικό του φορέα.

Επιπλέον, ο προαιρετικός χαρακτήρας της ιδιωτικής ασφάλισης, εξασφαλίζει ότι οι πόροι που συσσωρεύονται από τις ασφαλιστικές εισφορές, δύνανται μακροπρόθεσμα να αποτελέσουν πρόσθετη κοινωνική αποταμίευση.

Οι **άμεσες πληρωμές (out of pocket)**, δηλαδή οι πληρωμές από τον ίδιο τον πολίτη προς τον πάροχο για τις προσφερόμενες υπηρεσίες, χωρίς την συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων, δεν συνιστούν κάποια πηγή χρηματοδότησης, καθώς απορρέουν από την έλλειψη κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης. Πραγματοποιούνται με τη διάθεση χρημάτων από το εισόδημα ή την αποταμίευση του ασφαλισμένου και ορισμένες είναι άτυπες πληρωμές, ενώ παρατηρούνται στην πλειοψηφία τους σε χώρες με μεσαίο ή χαμηλό εισόδημα, όπου η κρατική χρηματοδότηση στο υγειονομικό σύστημα, κινείται σε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά. Επιπροσθέτως, ενδέχεται να λάβουν την πληρωμή πληρωμών «κάτω από το τραπέζι», γνωστές στη χώρα μας ως «φακελάκι». Το γεγονός ότι στην Ελλάδα μια στις τέσσερις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές είναι άτυπες πληρωμές, δημιουργεί σοβαρή ανησυχία στο πως διασφαλίζεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγειονομικές περίθαλψης και τι εμπόδια παρουσιάζονται στην πρόσβαση των πολιτών στις κατάλληλες υπηρεσίες.

Κεφάλαιο 3: Μοντέλα συστημάτων χρηματοδότησης στον χώρο της υγείας.

Οι μεταρρυθμίσεις των Συστημάτων Υγείας αποδείχθηκαν διαχρονικά μια δυσχερής διαδικασία. Πολλές χώρες παρουσίασαν διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες ως προς την υλοποίηση των στόχων τους. Η υλοποίηση από πλείστους παράγοντες, κυρίως οικονομικούς, ιστορικούς, πολιτικούς και

οργανωτικούς. Η εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, συσχετίζεται άμεσα με την οικονομική και κοινωνική πρόοδο της εκάστοτε χώρας.

Το δικαίωμα στην υγεία είναι συνταγματικά κατοχυρωμένο και σήμερα, στην πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χωρών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στο σύνολο των πολιτών ισότιμα και σχεδόν δωρεάν. Η καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού, καθιερώθηκε ως ο κύριος πολιτικός στόχος και επιτεύχθηκε με τη συμμετοχή του δημοσίου στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

3.1 Μοντέλο Beveridge (αγγλοσαξονικό μοντέλο): Η Μεγάλη Βρετανία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες αυτού του μοντέλου. Στο εν λόγω σύστημα, η κάλυψη θεωρείται ιδιαίτερα εκτεταμένη και πλήρως καθολική για τον τομέα της υγείας. Η εκάστοτε κυβέρνηση εξασφαλίζει στο σύνολο των πολιτών, παροχή στην υγειονομική περίθαλψη, μέσω της πληρωμής φόρου εισοδήματος. Η πλειονότητα των νοσοκομείων και των κλινικών είναι κρατικά και οι επαγγελματίες υγείας, λογίζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι, ενώ ορισμένα ιδιωτικά ιδρύματα που υφίστανται, αμείβονται επίσης από το κράτος. Η κυβέρνηση καθίσταται ο μοναδικός πληρωτής στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, εξαλείφοντας τον ανταγωνισμό και διατηρώντας σε χαμηλό επίπεδο το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Η χρηματοδότηση διατηρεί μικτό χαρακτήρα, καθώς η υγεία χρηματοδοτείται εξ 'ολοκλήρου από τη φοροδοτική ικανότητα των πολιτών, ενώ τα χρηματικά επιδόματα από τις κοινωνικές συνεισφορές. Στο παρόν μοντέλο, η υγεία αντιμετωπίζεται ως ανθρώπινο δικαίωμα, όπου η κυβέρνηση παρέχει πλήρη κάλυψη και πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στο σύνολο των πολιτών.

3.2 Μοντέλο Semashko: Στο συγκεκριμένο μοντέλο, το σύστημα υγείας διαθέτει έναν αποκλειστικό πληρωτή και η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται δωρεάν στο σύνολο των πολιτών. Συγκριτικά με το μοντέλο Beveridge, η πηγή χρηματοδότησης είναι ο εθνικός προϋπολογισμός και όχι ο φόρος

χρηματοδότησης. Η αρχή του εδράζεται στην Ρωσία και σήμερα συνεχίζεται σε άλλα μετα-σοβιετικά κράτη.

3.3 Μοντέλο Bismark (ηπειρωτικό μοντέλο): Αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που εισηγήθηκε ο Bismark το 1883. Η κεντρική ιδέα στηριζόταν στη δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος, το οποίο θα εδράζεται στην αυτονομία και στην αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων.

Ονομάζεται και Μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, καθώς στο συγκεκριμένο σύστημα, οι πολίτες καταβάλλουν ένα τέλος σε ένα ταμείο, που με τη σειρά του πληρώνει δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο δύναται να παρέχεται από κρατικά ιδρύματα και άλλους κρατικούς φορείς. Η Γερμανία, η Αυστρία, η Ελβετία και η Τσεχική Δημοκρατία εφαρμόζουν το μοντέλο Bismark, ενώ ο τύπος των επιδομάτων και η χρηματοδότηση μέσω κοινωνικών συνεισφορών, αντανakλούν λογικές ασφάλειας, σύμφωνα με επαγγελματικές ομάδες. Τα συνδικάτα και οι ενώσεις εργοδοτών συμμετέχουν ενεργά στη διαχείριση των συστημάτων ασφάλισης, διατηρώντας ένα βαθμό αυτονομίας από τις δημόσιες αρχές.

3.4 Σκανδιναβικό μοντέλο: Στο παρόν μοντέλο, η κεντρική και κυρίως, η τοπική αυτοδιοίκηση, αναλαμβάνουν την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, η Δανία και οι υπόλοιπες σκανδιναβικές χώρες έχουν υιοθετήσει το συγκεκριμένο πρότυπο. Η κοινωνική προστασία θεωρείται δικαίωμα του πολίτη, η κάλυψη είναι πλήρης και τα επιδόματα περιλαμβάνουν γενναιόδωρα ποσά, που αυτομάτως προορίζονται για την αποζημίωση από διάφορους κοινωνικούς κινδύνους.

Η χρηματοδότηση στηρίζεται στα δημοσιονομικά έσοδα, ενώ σε οργανωτικό επίπεδο, τα διάφορα μέρη της σκανδιναβικής πρόνοιας συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους και η παροχή των επιδομάτων και των παροχών, τελεί υπό την

αιγίδα των δημοσίων αρχών. Η προστασία από την ανεργία παρέχεται από τα συνδικάτα.

3.5 Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο: Συνιστά ένα αυτοτελές πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Οι αρχές του εδράζονται στη φιλοσοφία των μοντέλων Beveridge και Bismark. Η μετάβαση των χωρών της Νότιας Ευρώπης από την πτώση των ολοκληρωτικών καθεστώτων σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα διακυβέρνησης, συνοδεύτηκε από μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούσαν στην καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Το πρότυπο οργάνωσης στηρίχτηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, ενώ πολιτικοί και ιστορικοί παράγοντες οδήγησαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού, με συνέπεια την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων. Η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία και η Πορτογαλία, συγκαταλέγονται στις χώρες που εφάρμοσαν το συγκεκριμένο σύστημα, ενώ η έλλειψη ομοιογενούς ανάπτυξης αποτέλεσε το στοιχείο διαφοροποίησης.

Στη Νότια Ευρώπη, η κοινωνική προστασία διακρίνεται από μεικτό προσανατολισμό, καθώς τα επαγγελματικά ταμεία και οι κοινωνικοί εταίροι διατηρούν αξιόλογο ρόλο στη διατήρηση του εισοδήματος. Το γεγονός ότι τα κράτη αυτά χαρακτηρίζονται από περιορισμένη διοικητική ικανότητα και εμπλοκή ιδιαίτερων ομάδων στον κρατικό μηχανισμό, οδηγεί στην απομόνωση αυτού του μοντέλου από τα υπόλοιπα της Ευρώπης. (Τζημούλη Ελπίδα, 2023)

Κεφάλαιο 4: Κάλυψη και μηχανισμοί καταμερισμού κόστους χρηματοδότησης.

Η παραδοσιακή αναδρομική μέθοδος αποζημίωσης των προμηθευτών, στοχοποιείται για την εμφάνιση έντονων πληθωριστικών πιέσεων και την συνακόλουθη αύξηση του κόστους, λόγω της επικυριαρχίας των προμηθευτών στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα προοπτικής χρηματοδότησης στηρίζονται στο παραγόμενο έργο και στην ποιότητα της φροντίδας σε κάθε

βαθμίδα περίθαλψης και προωθούν σημαντικές μεταβολές στους παραδοσιακούς τρόπους αμοιβής και αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας και των ιδρυμάτων παροχής ιατρικής περίθαλψης. Τα συστήματα αυτά έχουν καθιερώσει επίσης, την εκ των προτέρων κοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στα πλαίσια αυτά, έχουν αναπτυχθεί μια σειρά μηχανισμών χρηματοδότησης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι παρουσιάζουν ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Αναλυτικότερα, η αμοιβή κατά πράξη, όπου το νοσοκομείο πληρώνεται όχι με ένα προκαθορισμένο, πάγιο ποσό, αλλά βάσει κοστολόγησης της εκάστοτε παρεχόμενης υπηρεσίας ξεχωριστά, ενισχύει το δικαίωμα της επιλογής του χρήστη, ικανοποιεί τις επαγγελματικές φιλοδοξίες των επαγγελματιών υγείας, αλλά συγχρόνως οδηγεί σε προκλητή υπερβάλλουσα ζήτηση και πληθωρισμού κόστους.

Το ημερήσιο νοσήλιο, συνιστά τον κλασικό τρόπο χρηματοδότησης των νοσοκομείων και υπολογίζεται από το πηλίκο του συνόλου των δαπανών του νοσοκομείου, προς τον συνολικό αριθμό των ημερών νοσηλείας. Είναι η ημερήσια αποζημίωση που καταβάλλεται από τον ασθενή ή το ασφαλιστικό του ταμείο για κάθε ημέρα νοσηλείας στο νοσοκομείο. Τα νοσήλια διακρίνονται σε:

- Κλειστό νοσήλιο.
- Ευέλικτο ή σύνθετο νοσήλιο.
- Ανοικτό νοσήλιο.

Ταυτόχρονα, τα Κοινά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) αποτελούν υποχρεωτικό τρόπο τιμολόγησης σε όλες τις υγειονομικές μονάδες της χώρας, ο οποίος βασίζεται σε έναν κωδικό με την κατηγορία της πάθησης του ασθενούς, στην οποία αντιστοιχεί ένα συγκεκριμένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία. Η λειτουργία του στηρίζεται στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs).

Παράλληλα, στο πεδίο της νοσοκομειακής περίθαλψης, πλήθος ευρωπαϊκών χωρών, υιοθέτησα το σύστημα του σφαιρικού προϋπολογισμού. Το συγκεκριμένο σύστημα αξιοποιείται είτε ως μηχανισμός καταμερισμού των υγειονομικών πόρων σε περιφερειακό επίπεδο, είτε ως μηχανισμός κατανομής των πόρων στις υγειονομικές μονάδες και στους εσωτερικούς τμηματικούς και κλινικούς προϋπολογισμούς. Περιλαμβάνει την προκαταβολή της συνολικής, σφαιρικής χρηματοδότησης των λειτουργιών του νοσοκομείου για το εκάστοτε έτος και την πρόβλεψη του προϋπολογισμού από τους υπευθύνους. Σε επίπεδο χρηματοδότησης, αποτυπώνει την συνολική προπληρωμή του νοσοκομείου για το εκάστοτε έτος, ενώ σε επίπεδο διαχείρισης συνδέεται με τον καινούργιο τρόπο οργάνωσής του και τη συμβολή διαφόρων υπευθύνων του νοσοκομείου στην κατάρτιση του προϋπολογισμού.

Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs) συνιστούν μια μέθοδο χρηματοδότησης, που επικεντρώνονται στην αξιολόγηση του παρεχόμενου νοσοκομειακού προϊόντος και στην κατηγοριοποίηση των ασθενών σε ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, με κριτήρια την ομοιογένεια ως προς τις κλινικές και οικονομικές παραμέτρους. Η μέθοδος εδράζεται στην εκ των προτέρων κοστολόγηση των παρεχόμενων νοσοκομειακών φροντίδων.

Αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση μηχανισμού πληρωμών, στην οποία ο υπολογισμός του κόστους προκύπτει από την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών (International classification of Diseases). Στην αρχική ταξινόμηση, οι ασθενείς τοποθετούνται βάσει διαγνωστικών κατηγοριών. Παρόλο που αρχικά εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ, πλέον χρησιμοποιείται σε διάφορες χώρες της Ε.Ε, είτε με την ίδια μορφή, είτε συνδυαστικά με τις υφιστάμενες μεθόδους χρηματοδότησης, διότι εισάγει την κωδικοποίηση, την ταξινόμηση και την κοστολόγηση των ασθενειών, με αποτέλεσμα να καθίσταται μια ολοκληρωμένη μέθοδος αξιολόγησης των παροχών κάθε υγειονομικής μονάδας.

Κατά συνέπεια, συμβάλλουν στον εσωτερικό προγραμματισμό των τμημάτων και μονάδων υγείας, καθώς και στην τεκμηρίωση για την επέκταση, τη συρρίκνωση ή το σχεδιασμό νέων νοσηλευτικών τμημάτων. Με αυτόν τον τρόπο, δύνανται να επιφέρουν σημαντικές μεταβολές στις επικρατούσες μεθόδους της κλινικής πρακτικής, με γνώμονα την αναβάθμιση της ποιότητας και την ελαχιστοποίηση του κόστους. Επίσης, με την προώθηση αυτών των τεχνικών, οι διαχειριστές των υγειονομικών μονάδων και οι υπεύθυνοι των ιατρικών τμημάτων, διαθέτουν την ευχέρεια σύγκρισης του κόστους της εκάστοτε διαγνωστικής κατηγορίας και με άλλα νοσοκομεία, καθώς και της εκτίμησης της πιθανής επίδρασης της μεταβολής του κόστους, στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, παρουσιάζεται αυξημένη ζήτηση για την εφαρμογή των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών, δεδομένου ότι αποτελούν έναν εύχρηστο και σχετικώς αντικειμενικό δείκτη αξιολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Διεξοδικότερα, με την υιοθέτηση αυτού του συστήματος, αναμένεται ότι θα προκύψει θετική εξέλιξη για τη συγκρότηση ενιαίας κωδικοποίησης των πηγών πληροφόρησης και συλλογής των νοσοκομειακών δεδομένων, προτυποποίηση των ιατρικών αρχείων, εναρμόνιση της ιατρικής ορολογίας με κοινές κατατάξεις και ονοματολογίες και ευρύτερα, η χρήση κοινών νοσοκομειακών δεικτών, ώστε να σημειωθεί βελτίωση της δυνατότητας σύγκρισης και της αξιοπιστίας τους.

Κεφάλαιο 5: Χρηματοδότηση των νοσοκομείων στην Ελλάδα.

Όσον αφορά τη διαδικασία χρηματοδότησης των ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων, ως σύστημα χρηματοοικονομικών ροών, από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, λαμβάνονται αποφάσεις επενδυτικού χαρακτήρα, για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών. Η κάλυψη του κόστους σε επίπεδο χρηματοδότησης, πραγματοποιείται από τα Προγράμματα Δημοσίων Επενδύσεων και τα Κοινοτικά

Πακέτα Στήριξης. Επιπλέον, το Υπουργείο επιφορτίζεται με την ευθύνη για την προμήθεια των νοσοκομείων με εξοπλισμό υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας. Το σύνολο του κόστους που προκύπτει για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων, κατανέμεται στους ακόλουθους φορείς:

- Το κόστος για την καταβολή της μισθοδοσίας του προσωπικού καλύπτεται με φόρους από το Εθνικό δημοσιονομικό σύστημα.
- Το κόστος λειτουργίας εξασφαλίζεται από τα ασφαλιστικά ταμεία με την μορφή νοσηλίου.

Ωστόσο, η απουσία ενός συγκεκριμένου φορέα ολοκληρωμένη ανάληψη της διαδικασίας χρηματοδότησης των υγειονομικών μονάδων, αποκαλύπτει την αδυναμία και τη δυσλειτουργία του συστήματος υγείας συνολικά. Τα προβλήματα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα καταγράφονται ως εξής:

- Η έλλειψη οικονομικών πόρων, καθώς απαιτείται η συνεχής επαναξιολόγηση του τρόπου διάθεσης των κονδυλίων που διατίθενται, σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους, για την αντιμετώπιση των πραγματικών προβλημάτων υγείας του πληθυσμού.
- Η άνιση κατανομή των πόρων, τόσο σε γεωγραφικό επίπεδο, όσο και μεταξύ των διάφορων κοινωνικό-οικονομικών ομάδων του πληθυσμού και μορφών υπηρεσιών υγείας.
- Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, που οφείλεται στην ολοένα αυξανόμενη χρήση των υπηρεσιών, η οποία προέρχεται από την αυξημένη ζήτηση λόγω της ανόδου του βιοτικού επιπέδου, του μορφωτικού επιπέδου, των συγκοινωνιών, την αύξηση των πόρων του τομέα της υγείας. Επιπλέον, συσχετίζεται με την ανάπτυξη των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, η οποία καταρρίπτει εμπόδια την ομαλή πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς και με την αλματώδη άνοδο της ιατρικής τεχνολογίας.

- Η αδυναμία συντονισμού των φορέων μεταξύ τους, η οποία συνήθως απαντάται στα προγράμματα του κεντρικού υπουργείου ή του εθνικού φορέα υγείας και των άλλων ασφαλιστικών φορέων. Στη χώρα μας, χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί, η ταυτόχρονη λειτουργία των κέντρων υγείας, των ιατρείων του Ι.Κ.Α και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, που συχνά χρησιμοποιούνται από ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α και μη.
- Οι αντιπαραγωγικές δαπάνες, δηλαδή η ανορθόδοξη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού σε θέσεις εργασίας που δεν αντιστοιχούν με το επίπεδο εκπαίδευσης του, η ανέγερση μεγάλων και δαπανηρών μονάδων στα αστικά κέντρα, εις βάρος κονδυλίων που θα μπορούσαν να διατεθούν για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή για την ενίσχυση νοσοκομείων σε περιφερειακά αστικά κέντρα.

Κεφάλαιο 6: Η εξέλιξη της χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα στην περίοδο της πανδημίας.

Η πολιτική χρηματοδότησης της υγείας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία ανθεκτικότητας στα συστήματα υγείας, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Οι δαπάνες του Υπουργείου Υγείας αυξήθηκαν κατά 788 εκατομμύρια το 2020, σε σχέση με το 2019 (αύξηση περίπου 20%). Καθώς οι δαπάνες του κορονοϊού ήταν απρόβλεπτες και συνεπώς έκτακτες, είχε προβλεφθεί πρόσθετο σχετικό ειδικό αποθεματικό για τον ιό, από το οποίο θα κατανεμηθούν οι πιστώσεις που απαιτήθηκαν για το υγειονομικό σύστημα, παράλληλα με τις δαπάνες για τα οικονομικά μέτρα στήριξης νοικοκυριών και επιχειρήσεων. Σημειώνεται επίσης ότι οι τακτικές δαπάνες νοσοκομείων και μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) ανήλθαν στα 2.923 εκατομμύρια ευρώ το 2019 και στα 3.153 εκατομμύρια ευρώ το 2020.

Οι δαπάνες για την υγεία το 2020 σε ολόκληρη την Ευρώπη επηρεάστηκαν σημαντικά από την πανδημία της νόσου COVID-19. Οι κυβερνήσεις των χωρών της Ε.Ε αποδέσμευσαν πρόσθετους πόρους για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας με αξιόλογα οικονομικά πακέτα στήριξης, ώστε να αντιμετωπίσουν την πανδημία της νόσου. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, οι περισσότερες δημοσιονομικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένων των άμεσων δημοσιονομικών μέτρων που σχετίζονται με τις πολιτικές δαπανών και εσόδων, ταυτόχρονα με άλλες παρεμβάσεις, όπως για παράδειγμα, δάνεια, εισφορές ιδίων κεφαλαίων και κρατικές εγγυήσεις, ανήλθαν σε ποσοστό 5-20% του ΑΕΠ. Ο τομέας της υγείας ήταν από τους πρώτους αποδέκτες πρόσθετων οικονομικών πόρων. Τα κοινά δημοσιονομικά μέτρα που συνδέονται με την πανδημία στον τομέα της υγείας, περιλαμβάνουν τη χρηματοδότηση του υπό προμήθεια εξειδικευμένου ιατρικού και ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, την επέκταση των υποδομών, την πρόσληψη πρόσθετου ανθρώπινου δυναμικού και τις πληρωμές πρόσθετων αμοιβών, την υποστήριξη σε νοσοκομεία και σε κυβερνήσεις, καθώς και τις συνεισφορές στην ανάπτυξη των εμβολίων.

6.1 Αύξηση δαπανών υγείας προς κάλυψη αναγκών λόγω πανδημίας

Η πανδημία δημιούργησε μια άνευ προηγουμένου απαίτηση για εξοπλισμό και για μέσα ατομικής προστασίας. Οι χώρες της Ε.Ε προχώρησαν στην παροχή πρόσθετων κεφαλαίων, ώστε να μετριάσουν τις αρνητικές συνέπειες στην υγειονομική περίθαλψη, διασφαλίζοντας συγχρόνως, την ετοιμότητα για μελλοντικές υγειονομικές κρίσεις.

Η συμφωνία της Ε.Ε για την κοινή προμήθεια ιατρικών αντιμέτρων, η οποία κατέστη δυνατή με την απόφαση 1082/2013/ΕΕ, χρησιμοποιήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της κρίσης της νόσου COVID-19 και αποσκοπούσε στη βελτίωση της ετοιμότητας των κρατών μελών για τον περιορισμό διασυνοριακών απειλών κατά της υγείας. Επιπροσθέτως, καθιστούσε τα κράτη μέλη ισότιμα ως προς την πρόσβαση σε συγκεκριμένα ιατρικά αντίμετρα και τη βελτίωση της ασφάλειας του εφοδιασμού, με πλέον ισορροπημένες τιμές για την προμήθεια συναφών προϊόντων Μέσων Ατομικής Προστασίας για τα συμμετέχοντα κράτη μέλη. Η συνεργασία και ο συντονισμός σε

επίπεδο Ε.Ε έχουν ενταθεί και έχουν καταβληθεί προσπάθειες σε όλους τους τομείς. Αυτός είναι ο μοναδικός τρόπος για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαφόρων αλληλοσυνδεόμενων ζημιών που προκαλούνται από την πανδημία στον υγειονομικό, στον οικονομικό, καθώς και στον κοινωνικό τομέα.

Προϋπόθεση για τη δημιουργία ανθεκτικών συστημάτων υγείας, συνιστά η λειτουργία μιας κατάλληλης χρηματοδοτικής στήριξης σε επίπεδο Ε.Ε. Η χρηματοδότηση δύναται να προέρχεται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσαρμογής και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Αλληλεγγύης. Η ενεργοποίηση του προγράμματος EU4Health, με σκοπό τη στήριξη των κρατών μελών μπορεί να διασφαλίσει την ετοιμότητα για μελλοντικές υγειονομικές κρίσεις και συγχρόνως, να συμβάλλει μακροπρόθεσμα στην ανθεκτικότητα των συστημάτων δημόσιας υγείας και στην εύρυθμη λειτουργία τους.

Η Ε.Ε με στόχο την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ανέπτυξε νέα σύγχρονα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα όπως:

- Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ), το οποίο σαν φιλοσοφία στηρίζει τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με στόχο τον εκσυγχρονισμό του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στις περιφέρειες των κρατών μελών, δημιουργώντας δίκτυα διαπεριφερειακής συνεργασίας. Το ΕΤΠΑ παρέχει επενδύσεις στην έρευνα και στην καινοτομία, καθώς και στην υιοθέτηση καινοτόμων και προηγμένων τεχνολογιών στην ψηφιοποίηση στον τομέα της υγείας.
- Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), το οποίο δημιουργεί συνέργειες και συμπληρωματικά με το πρόγραμμα «Η Ε.Ε για την υγεία» υποστηρίζει την ανάπτυξη δεξιοτήτων του προσωπικού στον τομέα της υγείας και τη βελτίωση στην πρόσβαση ευάλωτων ατόμων σε κοινωνικοοικονομικές καταστάσεις που χρειάζονται μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη.
- Τον μηχανισμό ανάκαμψης και ανθεκτικότητας, ο οποίος θα παρέχει χρηματοδοτική στήριξη σε μεταρρυθμίσεις και επενδύσεις που θα έχουν διαρκή

αντίκτυπο στο αναπτυξιακό δυναμικό και στην ανθεκτικότητα της οικονομίας των κρατών μελών και θα αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις, οι οποίες προσδιορίζονται στο Ευρωπαϊκό Εξάμηνο.

- Το πρόγραμμα «Ορίζων Ευρώπη», το οποίο χρηματοδοτεί την έρευνα και την καινοτομία στον τομέα της υγείας και ειδικότερα για τις μη μεταδοτικές και σπάνιες νόσους, τις λοιμώδεις νόσους, καθώς και ψηφιακές λύσεις για περίθαλψη και την υγεία και για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Σε συνδυασμό με το πρόγραμμα «Η Ε.Ε για την υγεία», θα συμβάλλει στη διασφάλιση και στη βέλτιστη χρήση των αποτελεσμάτων της έρευνας και στις κλινικές πρακτικές.
- Το πρόγραμμα «Ψηφιακή Ευρώπη», το οποίο υποστηρίζει και επικεντρώνεται μαζί με το πρόγραμμα «Η Ε.Ε για την υγεία» στην παροχή εφαρμογών ανταλλαγής δεδομένων και εφαρμογών τύπου πλατφόρμας για τους πολίτες, καλύπτοντας τομείς όπως η αποτελεσματική διαχείριση των προσωπικών δεδομένων υγείας σε διασυνοριακό επίπεδο, στην έρευνα και στην πρόληψη νόσων σε συνδυασμό με την εξατομικευμένη υγεία και περίθαλψη και στη χρήση ψηφιακών εργαλείων με επίκεντρο τον ασθενή, έχοντας ως γνώμονα τους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων.
- Το πρόγραμμα CEF Digital (μηχανισμός «Συνδέοντας την Ευρώπη»- ψηφιακός τομέας), το οποίο έχει ως σκοπό τη χρηματοδότηση δικτύων για τη σύνδεση των νοσοκομείων και των ιατρικών κέντρων σε περιοχές δυσπρόσιτες και σε όσες δεν υπάρχουν αντίστοιχα δίκτυα, ώστε να εξελιχθεί η εφαρμογή Τηλεχειρουργικής, καθώς και η ανταλλαγή ιατρικών δεδομένων.

Κεφάλαιο 7. Αμοιβή-αποζημίωση προμηθευτών υγειονομικών υπηρεσιών

Ο όρος «μέθοδος αποζημίωσης των προμηθευτών» αναφέρεται εκτενώς στους επαγγελματίες υγείας, κυρίως στους γιατρούς, καθώς και στα νοσοκομεία. Ο τρόπος πληρωμής των επαγγελματιών προσδιορίζει τόσο τη συμπεριφορά των ιδίων (προσφορά), όσο και τη συμπεριφορά των καταναλωτών-ασθενών (ζήτηση) και επιδρά στην ποιότητα, στο κόστος και στην κατανομή των υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο, εκπονούνται μελέτες με στόχο την ανάπτυξη μεθόδων αμοιβών των παρόχων υπηρεσιών υγείας, όπου θα συσχετίζεται το κόστος και η αμοιβή με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών αυτών. Ειδικότερα, στις μεθόδους αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας, συγκαταλέγονται οι παρακάτω:

- **Αμοιβή κατά πράξη-Πληρωμή για τις υπηρεσίες (fee for service):** Αφορά την πληρωμή για τις ειδικές υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή και εξατομικεύονται ανάλογα με τις ανάγκες του. Συνιστά τη δημοφιλέστερη μέθοδο αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας, όπου οι πληρωτές (ασφαλιστικές εταιρίες ή άλλοι φορείς), αναλαμβάνουν την κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών στους παρόχους υγείας. Ωστόσο, συχνά δημιουργεί πληθωριστικές τάσεις, καθώς ως αποτέλεσμα της προκλητής ζήτησης, αυξάνεται ο όγκος των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η μέθοδος αυτή εστιάζει περισσότερο στην παραγωγικότητα και στην υπευθυνότητα για την περίθαλψη του ασθενούς, αλλά δεν ενθαρρύνεται η αποδοτικότητα στην παροχή της κατάλληλης φροντίδας και δεν αποτρέπεται η παροχή μη απαραίτητων υπηρεσιών.
- **Αμοιβή με πάγιο μισθό:** Με τη μέθοδο αυτή, ελέγχονται οι δαπάνες, καθώς δεν προκαλείται αύξηση της ζήτησης. Ωστόσο, συχνά παρατηρείται αδυναμία εξυπηρέτησης των ασθενών και χαμηλή ικανοποίησή τους, εξαιτίας της μειωμένης παραγωγικής απόδοσης των γιατρών.

- **Αμοιβή κατά κεφαλή ασφαλισμένου (capitation):** Σε αυτήν την περίπτωση, ο συμβεβλημένος ιατρός, συνήθως ο οικογενειακός ιατρός, ενός ασφαλιστικού φορέα, είναι υποχρεωμένος να δέχεται και να παρακολουθεί έναν ορισμένο αριθμό ασθενών-ασφαλισμένων. Η μέθοδος αυτή, δύναται να λειτουργήσει σε ικανοποιητικό βαθμό, αρκεί να πληρούνται τα εξής κριτήρια:
- 1) Να μην απορρίπτονται ασθενείς που καταναλώνουν μεγάλο όγκο υπηρεσιών και να υφίστανται υψηλότερες αμοιβές για συγκεκριμένες κατηγορίες καταναλωτών.
 - 2) Να υφίσταται ανώτατο όριο συμβεβλημένων ιατρών-μελών, ώστε να μην μειώνεται ο χρόνος επικοινωνίας και να μην υφίστανται καθυστερήσεις.
- **Πληρωμή για συντονισμό (pay for coordination):** Στην μέθοδο αυτή, με την πληρωμή συντονίζεται η παροχή φροντίδας στον ασθενή από διαφορετικούς παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στην παρούσα περίπτωση, εντείνεται η συμμετοχή του ασθενούς και των οικείων προσώπων του, ενώ αποφεύγεται η παροχή όσων υπηρεσιών δεν κρίνονται ως απαραίτητες. Το γεγονός ότι επιτρέπει την ενδυνάμωση της σχέσης του γιατρού με τον ασθενή, βελτιώνοντας την επικοινωνία τους, αναδεικνύει την συγκεκριμένο μέθοδο ως περισσότερο αποτελεσματική και ευέλικτη. Ωστόσο, τα ενδεχόμενα πρόσθετα κόστη που ενδέχεται να προκύψουν και οι ασθενείς με τη σειρά τους να κληθούν να καλύψουν και η αύξηση του χρόνου για την παροχή των υπηρεσιών, συγκαταλέγονται στα μειονεκτήματά της.
- **Πληρωμή για την εκπλήρωση (pay for performance):** Η παρούσα μέθοδος συνδέεται με την επίτευξη στόχων που συνδέονται με τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας, την εμπειρία των ασθενών, καθώς και με τη χρήση των πόρων που δαπανώνται για την παροχή των υπηρεσιών. Η άνοδος της ποιότητας και η αύξηση της αποδοτικότητας, που απορρέουν από τη συνεργασία και την υπευθυνότητα των εμπλεκόμενων μερών, καθώς και το αυξημένο ενδιαφέρον για τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας,

περιλαμβάνονται στα πλεονεκτήματα της μεθόδου. Στον αντίποδα, η προώθηση παροχών υπηρεσιών υγείας που απορρίπτονται από τους ασθενείς και το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν δέχονται όσους ασθενείς θεωρούνται υψηλού κινδύνου, θέτουν τη συγκεκριμένη μέθοδο σε μειονεκτικότερη θέση. Επιπλέον, η προσήλωση σε μεμονωμένες καταστάσεις, όπου δεν διαφαίνεται η ανάγκη για τη σύνθετη περίθαλψη, όσων ασθενών αντιμετωπίζουν πολλαπλά θέματα υγείας, συγκαταλέγεται εξίσου στα μειονεκτήματα της μεθόδου.

- **Πληρωμή της ολικής φροντίδας (comprehensive care/total cost of care payment) ή κεφαλαιοποίηση (πληρωμή βάσει του πληθυσμού):** Αφορά τη μέθοδο που εναρμονίζεται σε ενδεχόμενο κίνδυνο πληρωμής στο σύνολο των δυνατών υπηρεσιών φροντίδας που ενδέχεται να χρειαστεί μια ορισμένη ομάδα και σε ορισμένο χρονικό διάστημα. Παρουσιάζει ομοιότητες με την μέθοδο «πληρωμή κατά κεφαλήν», αλλά εμπεριέχει και μεθόδους που εκτιμούν τον κίνδυνο και τα όρια έκθεσης σε αυτόν, ενώ περιλαμβάνει και μετρήσεις ποιότητας. Συγκριτικά με άλλες μεθόδους, βρίσκεται σε πλεονεκτικότερη θέση, αφού θεωρείται περισσότερη ευέλικτη και αποδοτική σαν μέθοδος, προωθεί πιο σύγχρονες παροχές υπηρεσιών, ενώ ενθαρρύνει την συνεργασία μεταξύ των παρόχων. Ως μειονέκτημα της μεθόδου, αναγνωρίζεται ότι επικεντρώνεται περισσότερο στην υγεία των ομάδων και λιγότερο στην υγεία των ατόμων, καθώς και ότι περιορίζονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες, προκειμένου να αποφευχθεί ο υψηλός κίνδυνος ασθενών.
- **Πληρωμή κατά περίπτωση ή ομαδοποιημένες πληρωμές (episode or bundled payments):** Αφορά την πληρωμή για την παροχή ενός συνόλου υπηρεσιών, οι οποίες συσχετίζονται με την κατάσταση της υγείας ή της θεραπείας ενός ασθενούς, η οποία απαιτεί τη χρήση πολλαπλών παρόχων. Το πλεονέκτημά της έγκειται στην διασύνδεση πολλαπλών παρόχων, γεγονός που την καθιστά περισσότερο ευέλικτη και αποδοτικότερη στη διαχείριση της κατάστασης από τους ασθενείς, εξασφαλίζοντας μείωση του κόστους και μεγαλύτερη υπευθυνότητα απέναντι στην κατάσταση. Ως μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου, δύνανται να αναφερθούν η

δυσχέρεια στον καθορισμό των ορίων σε μια τρέχουσα κατάσταση, με συνέπεια να καθίσταται δυσχερής η επιλογή των παρόχων ή η αποφυγή των μη αναγκαίων. Με αυτόν τον τρόπο, αποφεύγονται οι δυσάρεστες και οι επικίνδυνες καταστάσεις.

Συνοπτικά, οι μέθοδοι αποζημίωσης των παρόχων οφείλουν να διασφαλίζουν και να πετυχαίνουν τους κάτωθι στόχους, οι οποίοι με τη σειρά τους πρέπει να διακρίνουν ένα σύστημα υγείας:

- Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται στο επίκεντρο της περίθαλψης και το ενδιαφέρον να εστιάζεται στην αντιμετώπισή του ως υπόσταση.
- Η διασφάλιση της ασφάλειας της φροντίδας και η αποδοτικότητα αυτής, συνιστούν καίρια ζητούμενα.
- Η έγκαιρη και η προσιτή παροχή φροντίδας υγείας προς το κοινωνικό σύνολο κρίνονται ως απαραίτητα.
- Η παροχή των υπηρεσιών υγείας πρέπει να χαρακτηρίζεται από αποδοτικότητα, δίχως την ύπαρξη πρόσθετου κόστους.
- Κρίνεται επιτακτική η εξασφάλιση της φροντίδας υγείας απρόσκοπτα, χωρίς προσκόμματα.
- Οι πάροχοι οφείλουν να αναπτύσσουν δίκτυα συνεργασίας μεταξύ τους, ώστε να προσφέρουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.
- Η φροντίδα υγείας πρέπει να αναβαθμίζεται και να εξελίσσεται αδιάκοπα.
- Οι υπηρεσίες υγείας κρίνεται αναγκαίο να παρέχονται εντός πλαισίων υπευθυνότητας και ακρίβειας στον εκάστοτε ασθενή.
- Η φροντίδα υγείας πρέπει να προάγεται και να προωθείται σε επίπεδο επιμόρφωσης συνεχώς.
- Οι ασθενείς οφείλουν να συμμετέχουν με τέτοιον τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται η ωφέλειά τους στο μέγιστο βαθμό, καθώς και των παρόχων υγείας.

Συγκεντρωτικά, από τις προαναφερθείσες μεθόδους αποζημίωσης, ουδεμία κρίνεται ως η βέλτιστη και η καταλληλότερη για να εκπληρώσει το σύνολο των περιπτώσεων παροχής υπηρεσιών υγείας και δεν δύναται να χρησιμοποιηθεί στην εκάστοτε κατάσταση, σε όλους του χώρους, τις περιοχές, τα κοινωνικά συστήματα και τις πρακτικές. Η εκάστοτε μέθοδος οδηγεί τους παρόχους να εναρμονιστούν με τα δεδομένα που προσφέρει η μέθοδος. Το κόστος πρέπει να καθίσταται προσιτό και διαχειρίσιμο για τον εκάστοτε ασθενή, δεδομένου ότι η υγεία συνιστά δημόσιο αγαθό.

Επιπροσθέτως, η αποζημίωση των νοσοκομείων συνιστά ένα από τα κομβικότερα ζητήματα της πολιτικής υγείας, επειδή το μέγεθος της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί σε αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ το 50% των συνολικών δαπανών υγείας.

Με το σύστημα της **πληρωμής κατά πράξη**, η αποζημίωση υπολογίζεται με βάση τον τύπο της διαδικασίας και της υπηρεσίας που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο. Ορισμένες φορές, περιλαμβάνει και τις ημέρες νοσηλείας για να προσδιοριστεί το ξενοδοχειακό κόστος του νοσοκομείου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου τύπου αποζημίωσης, συνιστά αυτή του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας, η οποία αποζημιώνεται ιδιωτικά (πληρωμές των χρηστών και ιδιωτική ασφάλιση).

Η **πληρωμή με βάση το ημερήσιο νοσήλιο**, εμπεριέχει το κόστος των ιατρικών, νοσηλευτικών, φαρμακευτικών, εργαστηριακών και ξενοδοχειακών υπηρεσιών, που παρέχει το νοσοκομείο στον εκάστοτε ασθενή. Ανάλογα με τον τρόπο υπολογισμού του, συναντούμε τρία διαφορετικά είδη ημερησίου νοσηλίου:

- **Κλειστό νοσήλιο:** Συνιστά πάγιο ποσό για την εκάστοτε ημέρα νοσηλείας και εμπεριέχει όλες τις τιμές των υπηρεσιών υγείας.
- **Ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο:** Το ένα μέρος του παραμένει σταθερό, ενώ το υπόλοιπο διαφοροποιείται ανάλογα τη σοβαρότητα των περιπτώσεων (για παράδειγμα, είδος ιατρικής φροντίδας).
- **Ανοικτό νοσήλιο:** Υφίσταται μία πάγια ορισμένη αμοιβή του νοσοκομείου για τις ξενοδοχειακές και τις διοικητικές υπηρεσίες. Σε αυτήν, συνυπολογίζεται η

πρόσθετη αξία οποιασδήποτε άλλης υπηρεσίας, η οποία κοστολογείται κατά πράξη και περίπτωση.

Όσον αφορά την αμοιβή των νοσοκομείων, διακρίνονται οι παρακάτω μέθοδοι:

- **Ο σφαιρικός προϋπολογισμός:** Ο προϋπολογισμός αυτός αποφασίζεται σε ετήσια βάση, έπειτα από διαπραγμάτευση, μεταξύ της διοίκησης του νοσοκομείου και του χρηματοδοτικού φορέα. Το νοσοκομείο επιφορτίζεται με την ευθύνη να παρέχει ορισμένο όγκο υπηρεσιών ανά έτος, εξασφαλίζοντας συγκεκριμένες ανάγκες του πληθυσμού, σύμφωνα με τον προϋπολογισμό που αναλαμβάνει ο αρμόδιος χρηματοδοτικός φορέας, ο οποίος καλύπτει τους πολίτες.
- **Οι σφαιρικές πληρωμές (global payments):** Αποτελούν έναν μηχανισμό αποζημίωσης στο χώρο της υγείας, όπου οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας λαμβάνουν ένα προκαθορισμένο συνολικό ποσό για την παροχή υπηρεσιών σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ή για μία κατηγορία υπηρεσιών κατά τη διάρκεια μιας προκαθορισμένης χρονικής περιόδου, συνήθως ενός έτους. Ο μηχανισμός αυτός συνδέεται άρρηκτα με την έννοια των **σφαιρικών προϋπολογισμών**, καθώς παρέχει στους οργανισμούς υγείας τη δυνατότητα να διαχειρίζονται τους διαθέσιμους πόρους με ευελιξία και με γνώμονα τις προτεραιότητές τους, χωρίς να δεσμεύονται από πληρωμές ανά υπηρεσία (fee-for-service).

Η κύρια λειτουργία των **global payments** είναι η κατανομή ενός συνολικού προϋπολογισμού από τους χρηματοδότες (π.χ. δημόσιο σύστημα υγείας ή ασφαλιστικούς φορείς) και καλύπτει όλες τις αναμενόμενες ανάγκες του πληθυσμού που υπηρετεί ο πάροχος. Με αυτόν τον τρόπο, οι πάροχοι ενθαρρύνονται να βελτιστοποιούν τη διαχείριση των πόρων τους και να προλαμβάνουν περιττές δαπάνες, ενώ ταυτόχρονα αναλαμβάνουν τον οικονομικό κίνδυνο, σε περίπτωση που οι πραγματικές δαπάνες υπερβούν τον προκαθορισμένο προϋπολογισμό.

Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα των **global payments** αποτελεί η ενίσχυση της οικονομικής αποδοτικότητας και της ευελιξίας του σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας, καθώς επιτρέπουν στους παρόχους να αποφασίζουν τον τρόπο κατανομής των πόρων, έπειτα από την εκτίμηση των αναγκών των ασθενών. Παράλληλα, προάγουν την ενοποίηση και το συντονισμό της φροντίδας, μειώνοντας την πιθανότητα διττής ή περιττής δαπάνης για τον ίδιο ασθενή.

Ωστόσο, ένα σημαντικό μειονέκτημα συνιστά το γεγονός, ότι οι πάροχοι ενδέχεται να αντιμετωπίσουν κίνδυνο υποχρηματοδότησης σε περίπτωση απρόβλεπτων αναγκών ή έκτακτων περιστατικών, με αποτέλεσμα να απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός και συχνή αξιολόγηση των δεδομένων.

Σε πρακτικό επίπεδο, τα **global payments** έχουν εφαρμοστεί σε αρκετές χώρες της Ευρώπης (Ηνωμένο Βασίλειο, Δανία) και της Βόρειας Αμερικής (Καναδάς), όπου νοσοκομεία ή τοπικά συστήματα υγείας λαμβάνουν ετήσιο συνολικό προϋπολογισμό για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού τους, αντί για αποζημίωση ανά επιμέρους υπηρεσία. Αυτός ο μηχανισμός, έχει αποδείξει ότι δύναται να βελτιώσει την αποδοτικότητα, να ενθαρρύνει την πρόληψη και να μειώσει τις περιττές δαπάνες, ενώ συγχρόνως διατηρεί την ποιότητα της φροντίδας. (Economou et al., 2015)

- **Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs):** Συνιστά το κυριότερο υπόδειγμα «προοπτικής αποζημίωσης» και χρησιμοποιείται κυρίως στις ΗΠΑ.

Σύμφωνα με την μέθοδο των **DRGs**, ο εκάστοτε εισαγόμενος ασθενής στο νοσοκομειακό σύστημα, ταξινομείται σε κάποια προσδιορισμένη και προ-κοστολογημένη διάγνωση και ο εκάστοτε ασφαλιστικός οργανισμός αναλαμβάνει την καταβολή της δαπάνης στο νοσοκομείο. Συγκεντρωτικά, υφίστανται 23 ομαδοποιημένες διαγνωστικές κατηγορίες και αναλόγως με τις παρεχόμενες υπηρεσίες διακρίνονται σε 467 υπο-ομάδες. Στη χώρα μας, η μέθοδος αυτή άρχισε να αναπτύσσεται με την παράλληλη εφαρμογή του «πακέτου» αποζημίωσης της καρδιοχειρουργικής επέμβασης αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG-by pass),

το οποίο απαντάται και σε δημόσια και σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Εν συνεχεία, προσδιορίστηκαν για το δημόσιο τομέα ειδικές αποζημιώσεις ανάλογα το περιστατικό, όπως μεταμοσχεύσεις οργάνων, καρδιολογικές επεμβατικές θεραπείες (για παράδειγμα, εμφύτευση απινιδωτή, στεφανιογραφία, καθετηριασμός).

Κεφάλαιο 8: Θεωρητική ανάλυση των DRGs.

Η βασική ιδέα του συστήματος αποσκοπούσε στην κατάταξη των νοσοκομειακών περιπτώσεων σε ομάδες συσχετιζόμενες με τη διάγνωση των ασθενών, οι οποίες φέρουν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και παρόμοιο οικονομικό κόστος, ώστε καταβάλει στο νοσοκομείο ένα ενιαίο τέλος, που αποτυπώνει τον εθνικό μέσο όρο κόστους θεραπείας των ασθενών για την εκάστοτε ομαδοποίηση. Ως αποτέλεσμα, τα συστήματα πληρωμών των νοσοκομείων με βάση τα DRGs, σταδιακά καθιερώθηκαν ως κύριο μέσο πληρωμής για την νοσοκομειακή περίθαλψη στην πλειονότητα των ανεπτυγμένων χωρών και ιδιαίτερα, στην Ευρώπη.

Ταυτόχρονα, καθίσταται αντιληπτό, ότι η διαδικασία της ομαδοποίησης συνιστά μια πρόκληση, καθώς απαιτείται η ύπαρξη κλινικής και οικονομικής συνοχής, καθώς και η παρουσία συστημάτων κωδικοποίησης για τις διαγνώσεις και τις διαδικασίες, μία συγκεκριμένη μεθοδολογία για τον υπολογισμό του κόστους και των πραγματικών δεδομένων από ένα δείγμα νοσοκομείων, τα οποία με τη σειρά τους εφαρμόζουν τέτοιους κώδικες και μεθοδολογίες. Δεδομένου ότι οι συγκεκριμένες συνθήκες, δεν υφίστανται πάντοτε σε χώρες που επιχειρούν να ενσωματώσουν και να χρησιμοποιήσουν συστήματα DRGs, οδηγούμαστε εν τέλει στην κοινή πρακτική «εισαγωγής» ενός συστήματος DRG από μια άλλη χώρα και εν συνεχεία, στην τελειοποίηση του συστήματος αυτού με τη χρήση των εθνικών τους δεδομένων.

Το σύστημα DRG συνιστά ένα σύστημα ταξινόμησης των ασθενών (Patient Classification System, PCS), που φέρει τέσσερα κύρια γνωρίσματα: 1)

συστηματική συλλογή δεδομένων των ασθενών, τα οποία ταξινομούνται σε 2) ένα διαχειρίσιμο αριθμό των ομάδων (δηλαδή, DRGs), που προορίζονται να αποτελούν 3) κλινικά σημαντικές και 4) οικονομικά ομοιογενείς. Τα DRGs περιλαμβάνουν το συγκεχυμένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών ασθενών σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό, κλινικά σημαντικό και οικονομικά ομοιογενών, προσφέροντας με αυτόν τον τρόπο μια εικόνα των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου. Κατά συνέπεια, ευνοούνται οι συγκρίσεις των νοσοκομειακών δαπανών, η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα, ενώ η ταξινόμηση αυτή συντελεί στην ενίσχυση της διαφάνειας στα νοσοκομεία. Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, αναφέρει τα DRGs ως συστήματα στηριζόμενα σε περιπτώσεις, τα οποία αποσκοπούν στην ταξινόμηση της παρέμβασης στο χώρο του νοσοκομείου και της κατηγοριοποίησης των ασθενών σε ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες, με σκοπό την παρακολούθηση της ποιότητας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και των πόρων που απαιτούνται και χρησιμοποιήθηκαν.

Τα κίνητρα των DRG με βάση τις μεθόδους αποζημίωσης του νοσοκομείου.

Οι τρεις πιο σημαντικές στρατηγικές που εφαρμόζονται από τα νοσοκομεία, τα οποία επιδιώκουν την μείωση του κόστους ανά νοσοκομειακή περίπτωση συνιστούν:

- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας.
- Μείωση της έντασης των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Διαλογή των ασθενών, για τους οποίους τα νοσοκομεία δύνανται να παρέχουν φροντίδα στο κόστος που βρίσκεται κάτω από το ποσοστό πληρωμής των DRGs.

Από τη μία πλευρά, η μείωση της διάρκειας νοσηλείας και έντασης των υπηρεσιών, αποτελούν προβλέψιμα αποτελέσματα των μεθόδων αποζημίωσης με βάση τα DRGs, επειδή και τα δύο δύνανται να συνεισφέρουν στην αύξηση της αποδοτικότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. Για παράδειγμα, η διάρκεια της νοσηλείας δύναται να μειωθεί με τη βελτιστοποίηση της εσωτερικής φροντίδας και

η ένταση των υπηρεσιών δύναται να μειωθεί με την περιστολή της παροχής περιττών υπηρεσιών. Ωστόσο, από την άλλη πλευρά, η μείωση της διάρκειας νοσηλείας θα μπορούσε να καταλήξει σε απορρίψεις και στον περιορισμό της έντασης των υπηρεσιών, στο επίπεδο των αναγκαίων υπηρεσιών, με άμεσο αντίκτυπο την μείωση της ποιότητας. Ομοίως, η διαλογή των ασθενών δύναται να επιφέρει προβλέψιμες και απρόβλεπτες συνέπειες, καθώς από τη μία πλευρά, τα νοσοκομεία θα μπορούσαν να εξειδικεύονταν σε περιορισμένες θεραπείες, κατακτώντας ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, γεγονός που θα μπορούσε να συμβάλει σε μεγαλύτερη απόδοση, αποτελεσματικότητα και υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών. Ωστόσο, από την άλλη πλευρά, ελλοχεύει ο κίνδυνος ότι τα νοσοκομεία εμπλέκονται σε «cream-skimming», δηλαδή επιδιώκουν να περιθάλλουν ασθενείς αποκλειστικά, οι οποίοι θα προβλέπεται ότι θα έχουν κόστος κατώτερο από το ποσοστό πληρωμής ή να μην δέχονται ασθενείς ασύμφορους με την παραπομπή τους σε άλλους παρόχους ή με την πλήρη απόρριψή τους.

Όπως προαναφέρθηκε, οι μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs, εφαρμόζονται από τις χώρες, κατά κύριο λόγο για τις ευεργετικές συνέπειες που εμφανίζουν στην αποτελεσματικότητα και την ποιότητα του νοσοκομείου. Σε γενικότερες γραμμές, υφίστανται τρεις βασικές κατηγορίες στρατηγικών, οι οποίες υιοθετούνται για την επίτευξη του ανωτέρω στόχου:

- Μείωση του κόστους ανά θεραπεία ασθενούς.
- Αύξηση του αριθμού των ασθενών.
- Αύξηση των εσόδων ανά ασθενή.

Το πρωταρχικό και βασικό κίνητρο της μείωσης του κόστους ανά περίπτωση, ικανοποιείται επειδή η βασικότερη προϋπόθεση αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs εδράζεται σε ένα υποθετικό πρότυπο ασθενή, στο οποίο τα νοσοκομειακά έσοδα ανά ασθενή σε μία κατηγορία δεν επηρεάζονται από το

κόστος της παροχής υπηρεσιών, δημιουργώντας ισχυρά κίνητρα για τη μείωση του κόστους κάτω από το ποσοστό πληρωμών.

Το δεύτερο βασικό κίνητρο των συστημάτων πληρωμών, αποτελεί η αύξηση των εσόδων ανά νοσοκομειακή περίπτωση, κάτι που δύναται να πραγματοποιηθεί με μεταβολή της κωδικοποίησης των πρακτικών ή με μεταβαλλόμενες πρακτικές. Ενώ η αναλυτικότερη κωδικοποίηση των δευτεροβάθμιων διαγνώσεων και διαδικασιών συνιστά επιδιωκόμενο αποτέλεσμα της εισαγωγής του συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs, η απόπειρα των νοσοκομείων να αυξήσουν τα έσοδά τους μέσω δόλιων πρακτικών κωδικοποίησης «DRG creep», όπως η προσθήκη ανύπαρκτων δευτερογενών διαγνώσεων ή αναστροφή της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας διάγνωσης, είναι απρόβλεπτη προκαλώντας αδικαιολόγητες πληρωμές στα νοσοκομεία. Επιπλέον, η μεταβολή των προτύπων πρακτικής, συνιστά μια απρόβλεπτη συνέπεια, αν τα νοσοκομεία προσφέρουν περιττές διαδικασίες, προκαλώντας την ανακατανομή των ασθενών σε υψηλότερες DRGs πληρωμές.

Παράλληλα, επειδή τα έσοδα του νοσοκομείου προσδιορίζονται με βάση τις δραστηριότητες, καθίσταται προφανές ότι πολλαπλασιάζοντας τις δραστηριότητες, αυξάνονται τα έσοδα και επομένως, το τρίτο βασικό κίνητρο για τα νοσοκομεία, αποτελεί η αύξηση του αριθμού των ασθενών εισαγωγής. Από τη μία πλευρά, με το παλιό σύστημα πληρωμών, μια αύξηση της δραστηριότητας του νοσοκομείου θα εκτοξεύσει τις λίστες αναμονής, γεγονός που δύναται να οδηγήσει στην αναγκαία αύξηση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου. Από την άλλη, αν η δραστηριότητα αυξάνεται κατά την εισαγωγή ασθενών για προσφορά υπηρεσιών που θα μπορούσαν να παρέχονται και σε εξωτερικούς ασθενείς, η αποτελεσματικότητα μειώνεται.

Επιπροσθέτως, σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι προσπάθειες των νοσοκομείων προσανατολίζονται στο να προσελκύσουν περισσότερους ασθενείς, οδηγώντας τα νοσοκομεία στην υιοθέτηση τέτοιων πρακτικών, οι οποίες θα

ενισχύσουν τη φήμη τους μέσω της παροχής υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό όμως συγχρόνως, θα μπορούσε να οδηγήσει σε στρατηγικές, που επικεντρώνονται στη βελτίωση των υπηρεσιών οι οποίες προσφέρονται στους ασθενείς ή παρέχουν μετρήσιμα αποτελέσματα στα προγράμματα της διασφάλισης της ποιότητας.

Ανεξάρτητα από τον τύπο του νοσοκομειακού συστήματος, τα συστήματα DRGs εφαρμόστηκαν σε διεθνές επίπεδο για παρόμοιους λόγους, οι οποίοι δύνανται να διακριθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: αύξηση της διαφάνειας των υπηρεσιών του, η οποία δύναται να επιτευχθεί μέσω της κατηγοριοποίησης των ασθενών και της μέτρησης της παραγωγικότητας, καθώς και παροχή κινήτρων για αποδοτικότερη χρήση των πόρων στα νοσοκομεία, μέσω των συστημάτων πληρωμής, τα οποία στηρίζονται στα DRGs. Επίσης, διαπιστώθηκε διεθνώς, ότι συνεισφέρουν στη βελτίωση, ή τουλάχιστον στη διασφάλιση, ποιοτικού επιπέδου περίθαλψης. Ειδικότερα, η εκάστοτε χώρα εφάρμοσε τη δική της στρατηγική και καθιέρωσε τη δική της στοχοθεσία, με την εισαγωγή του συστήματος ομαδοποίησης των DRGs και του συστήματος αποζημίωσης με βάση αυτά. Ωστόσο, η επίτευξη των στόχων της εκάστοτε χώρας, διαφοροποιείται καθώς όπως καθίσταται αντιληπτό, το εκάστοτε σύστημα εναρμονίζεται με τα εθνικά δεδομένα, ενώ τόσο οι απαιτήσεις όσο και οι αδυναμίες του παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους.

Επομένως, όπως συμπεραίνεται από τα προαναφερθέντα, η κατηγοριοποίηση των ασθενών σε Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες, συνιστά την πιο ολοκληρωμένη μέθοδο αξιολόγησης των δραστηριοτήτων των νοσοκομείων. Ο πρωταρχικός λόγος που συντελεί σε αυτό, συνιστά η εκ των προτέρων κοστολόγηση των υπηρεσιών του εκάστοτε νοσοκομείου, σύμφωνα με την κατάταξη των ασθενών σε κατηγορίες (ICD-10). Ένα από τα βασικότερα κίνητρα των νοσοκομείων, αποτελεί η αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους, καθώς σε περιπτώσεις που η αποζημίωση υπερτερεί του κόστους, παρουσιάζουν κέρδος, ενώ

όταν το κόστος υπερβαίνει το ποσό της αποζημίωσης, καλούνται να το αποπληρώσουν.

Ο μακροπρόθεσμος προγραμματισμός ευνοεί όλους τους τομείς του συστήματος, ενώ η οικονομική αυτονομία των νοσοκομείων, δύναται να υλοποιηθεί μέσω της αποκέντρωσης των υπηρεσιών τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Η ενεργή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας δύναται να λειτουργήσει ευεργετικά για τις διοικητικές λειτουργίες των νοσοκομείων, αφού θα συνεισφέρει στη λειτουργικότητα του συστήματος των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων. Οι Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες δεν πρέπει να παρουσιάζουν στατικότητα, οι αποζημιώσεις που στηρίζονται σε αυτές πρέπει να αποτυπώνουν το πραγματικό κόστος, καθώς και να επεκτείνονται και να μεταβάλλονται διαρκώς, ώστε με αυτόν τον τρόπο να καλύπτουν κάθε δυνατή περίπτωση και να παρέχουν τα απαιτούμενα κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας. Ο έλεγχος της λειτουργικότητας και της αποτελεσματικότητάς τους θα πραγματοποιείται μέσω των αποτελεσμάτων των ιατρικών πράξεων, που θα εδράζονται σε ενδείξεις μέσω κλινικών μονοπατιών (clinical pathways) και μέσω αξιολογήσεων από εγκεκριμένους φορείς, με πρωταρχικό μέλημα τον έλεγχο της καταγραφής των κλινικών αποτελεσμάτων, των παραπομπών, των συνταγογραφήσεων και τον αριθμό διαγνωστικών εξετάσεων με ανάλογες επιβραβεύσεις (Pay for Performance-P4P).

Στόχος των ανωτέρω, καθίσταται η αποφυγή δυσάρεστων συνεπειών, όπως της συστηματικής και σκόπιμης μετατόπισης της κωδικοποίησης προκειμένου να παρουσιάσουν αύξηση οι αποζημιώσεις του νοσοκομείου, η αποφυγή της αδικαιολόγητης νοσηλείας ασθενών των οποίων οι αποζημιώσεις καθίστανται χαμηλές, της διαλογής περιστατικών «cream skimming», της χορήγησης εσπευσμένων εξιτηρίων και επανεισαγωγής περιστατικών για τους ίδιους λόγους, καθώς και φαινομένων άσκησης πίεσης προς το προσωπικό από τη διοίκηση για μείωση της μέσης διάρκειας και του κόστους θεραπείας «skimming».

Κεφάλαιο 9: Ομαδοποιημένες πληρωμές-αμοιβή βάσει επίδοσης στην φροντίδα υγείας.

Τα προγράμματα «αμοιβών βάσει επίδοσης» (Pay For Performance) στο υγειονομικό σύστημα, συνιστούν προγράμματα «αμοιβών βάσει επίδοσης» ή άλλων κινήτρων, στα οποία η αμοιβή ή γενικότερα η «επιβράβευση» πραγματοποιείται βάσει καθορισμένων ποιοτικών στόχων.

Συνιστά κοινή παραδοχή, ότι τα συστήματα υγείας όλων των τύπων, εμφανίζουν ελλείψεις μεταξύ των βέλτιστων πρακτικών, οι οποίες εδράζονται σε αποδεικτικά στοιχεία και στην πραγματική παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, παρά τα αυξανόμενα επίπεδα δαπανών για την υγεία και την προώθηση πολλών άλλων μεταρρυθμίσεων στις παροχές υπηρεσιών, οι ελλείψεις αυτές παραμένουν. Παρά τους διάφορους τύπους πολιτικών κινήτρων που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση των κενών στην ποιότητα, όπως οι κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας, η προώθηση του ανταγωνισμού, της δημοσιοποίησης των ποιοτικών δεδομένων και διαφόρων μορφών πιστοποίησης ποιότητας (ISO) και την κάποια επιτυχία που σημείωσαν αυτά τα μέτρα σε ορισμένα πεδία, διαφαίνεται ότι τα οφέλη τους χαρακτηρίζονται συνολικά ως μέτρια.

Πριν από περίπου δύο δεκαετίες, τα κενά στην υγεία (οι μη βέλτιστες πρακτικές και μη βασισμένες σε αποδείξεις), τα παρατηρούμενα ιατρικά λάθη και το αυξανόμενο κόστος στην υγεία, έστρεψαν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, σε μια μετατόπιση του ενδιαφέροντος στην χρήση πιο δυναμικών μέσων για τη μεταβολή της συμπεριφοράς των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή στο μηχανισμό των αμοιβών τους. Με αυτόν τον τρόπο, από τη μία πλευρά, οι αμοιβές θα αξιοποιούνται με γνώμονα την άσκηση επιρροής στην συμπεριφορά των παρόχων υπηρεσιών υγείας, προς όφελος των ασθενών. Σε αντιδιαστολή, οι ίδιοι οι ασθενείς, αλλά και ενδιάμεσοι αυτών, θα δύνανται να περιστεύουν το κόστος, καθώς και ενδεχόμενα δυσάρεστα αποτελέσματα.

Παρά το γεγονός, ότι τα καθιερωμένα συστήματα αμοιβών, όπως η αμοιβή με πάγιο μισθό, οι αμοιβές βάσει υπηρεσιών, οι ομαδοποιημένες πληρωμές και η κατά κεφαλή πληρωμή, επιδρούν σε κάποιο βαθμό στην ποσότητα και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οι παραδοσιακοί αυτοί τρόποι πληρωμής δεν επιβραβεύουν ισότιμα τους παρόχους, για την προσφορά καλύτερης ποιότητας περίθαλψης. Η προέλευση του κινήματος αμοιβών μέσω κινήτρων, αποτέλεσε φυσικό επακόλουθο και συγχρόνως ανάγκη, που αναδείχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1990 μετά τις εκθέσεις του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) για τα ιατρικά σφάλματα και τις αποκλίσεις από τις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές των βέλτιστων πρακτικών.

Παρότι στη βιβλιογραφία δεν συναντάται αποδεκτός διεθνής ορισμός για την «αμοιβή βάσει επίδοσης», πραγματοποιήθηκε μια απόπειρα για προσαρμογή των μεθόδων αμοιβών των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να εμπεριέχουν σαφώς καθορισμένα κίνητρα και μετρήσεις για την προώθηση της επιδίωξης στόχων ποιότητας ή άλλων επιδόσεων του συστήματος υγείας.

Ωστόσο, ο όρος «Pay For Performance» δύναται εναλλακτικά να χρησιμοποιηθεί με παραπλήσιους όρους, όπως «χρηματοδότηση βάσει επιδόσεων» (performance-based funding), «πληρωμή για αποτελέσματα» (paying for results), «χρηματοδότηση βάσει αποτελεσμάτων» (results-based funding).

Τα προγράμματα PFP στον διεθνή χώρο.

Η δοκιμή και η λειτουργία αυτών των μοντέλων προγραμμάτων παρατηρείται σε αρκετές προηγμένες υγειονομικές χώρες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία, άλλες χώρες μεσαίων εισοδημάτων, όπως η Βραζιλία, η Κίνα και η Ινδία, αλλά και χώρες χαμηλών εισοδημάτων, όπως η Ρουάντα και το Αφγανιστάν. Το πρώτο πρόγραμμα μεγάλης κλίμακας ιδιωτικού τομέα PFP, συναντάται στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ το 2003, το οποίο βρίσκεται σε ισχύ έως και σήμερα.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό τέτοιο πρόγραμμα συνιστά το «Hospital Quality Incentive Demonstration» Project (HQID), στις ΗΠΑ, που αποσκοπούσε στην αναβάθμιση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης στους δικαιούχους ασφαλισμένους του προγράμματος Medicare, προσφέροντας οικονομικά κίνητρα σε 262 νοσοκομεία για παροχή υπηρεσιών υψηλών προδιαγραφών. Σε μια προηγούμενη έκθεσή του, ο ΟΟΣΑ κατέγραψε τις βασικότερες περιπτώσεις των προγραμμάτων PFP που είχαν εφαρμοστεί στα κράτη μέλη του, καθώς και τα κυριότερα χαρακτηριστικά τους.

Η θεωρητική προσέγγιση των οικονομικών κινήτρων στον υγειονομικό τομέα.

Υπό τη στενή του έννοια, το PFP αποτελεί ένα τρόπο βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης μέσω οικονομικών κινήτρων. Η θεωρία του προγράμματος εδράζεται στην κατανόηση ότι οι πάροχοι υπηρεσιών των οργανισμών που αναλαμβάνουν την εκπόνηση του προγράμματος, διαθέτουν σημαντική αξία.

Η μέτρηση της επίδοσης ενός προγράμματος PFP, διαδραματίζει καίριο ρόλο, διότι σε περίπτωση σφάλματος, ελλοχεύει ο κίνδυνος να υποτιμηθεί ή να αξιολογηθεί σε υπερθετικό βαθμό, η επίδοση του παρόχου. Στην ιδεατή περίπτωση, οι μετρήσεις της επίδοσης πρέπει να χαρακτηρίζονται από ακρίβεια και σαφήνεια, να βασίζονται σε έγκυρους δείκτες, ευαίσθητους στις διακυμάνσεις των εγχειρημάτων του παρόχου και ανθεκτικούς απέναντι στην μεροληψία και τη χειραγώγηση. Επιπλέον, στο σχεδιασμό του προγράμματος, πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν το μέγεθος του κινήτρου, δηλαδή το μέγεθος ή το ποσοστό του μισθού που συσχετίζεται με την επίδοση, ο τρόπος που το ποσό διαμορφώνεται με βάση την ποιότητα, ο τρόπος με τον οποίο αποτυπώνεται το κίνητρο (ατομικά ή συλλογικά), καθώς και αν οι αμοιβές εδράζονται σε απόλυτα επίπεδα επίτευξης ή σε σύγκριση με προηγούμενες επιδόσεις.

Το εγγενές κίνητρο των επαγγελματιών υγείας και των οργανισμών συνδέεται με τον βαθμό στον οποίο οι επιθυμητές βελτιώσεις στην ποιότητα, συνάδουν με τους επαγγελματικούς στόχους των επαγγελματιών ή των οργανισμών στους οποίους

συμμετέχουν. Σε περίπτωση που το πρόγραμμα PFP βρίσκεται σε αντιδιαστολή ή υποσκάπτει το επαγγελματικό κίνητρο ή τα οικονομικά κίνητρα ενός οργανισμού, μπορεί να θεωρηθεί αναποτελεσματικό ακόμη και να επιφέρει δυσάρεστες συνέπειες.

9.1 Τα γνωρίσματα των προγραμμάτων PFP και τα πεδία επίδοσής τους.

Τα συγκεκριμένα προγράμματα διακρίνονται από ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, στα οποία συμπεριλαμβάνονται:

- Οι τομείς και η μέτρηση της επίδοσης (για παράδειγμα μέτρηση της ποιότητας), που επιδρούν στις αμοιβές.
- Ο καθορισμός του συστήματος αμοιβής και τα είδη της επιβράβευσης.
- Ο προσδιορισμός των σχετικών κανόνων για την παροχή πληροφοριών και άλλων προτύπων.
- Οι διοικητικές ρυθμίσεις που διαμορφώνουν τη διασφάλιση της λειτουργίας του προγράμματος συνολικά.

Η πλειονότητα των προγραμμάτων PFP περιλαμβάνουν ως κύριους τομείς επίδοσης την κλινική ποιότητα, την αποδοτικότητα, καθώς και την πρόσβαση στις υπηρεσίες.

Στο πεδίο της ποιότητας, η μέτρησή της συνιστά αστάθμητο παράγοντα, καθώς οι δύο ευρείες διαστάσεις της, τα αποτελέσματα, δηλαδή η έκβαση της υγείας του ασθενούς και η απόκριση του συστήματος υγείας, δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως. Τα αποτελέσματα καθίστανται αντιληπτά με ευκολία, ενώ η απόκριση συνδέεται κυρίως με την εμπειρία του ασθενούς και την ικανοποίηση των χρηστών υγείας (για παράδειγμα, ο χρόνος αναμονής). Άλλοι τομείς επίδοσης, που περιλαμβάνονται στα συγκεκριμένα προγράμματα, εμπεριέχουν κάλυψη υπηρεσιών προτεραιότητας, όπως διενέργεια εμβολιασμών και διάγνωση ασθενών με χρόνιες ασθένειες.

Επιπροσθέτως, τα προγράμματα PFP διαφοροποιούνται συχνά, μεταξύ χωρών υψηλότερου και χαμηλότερου εισοδήματος. Στις χώρες που παρουσιάζουν υψηλό εισόδημα, η επιβράβευση συνδέεται συνήθως με τον περιορισμό της ολοένα αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και τεχνολογίας, την περιστολή των μη αποτελεσματικών φροντίδας υγείας και την αναβάθμιση στη ροή της φροντίδας, ειδικά σε χρόνιες ασθένειες. Στον αντίποδα, στις χώρες που παρουσιάζουν χαμηλό εισόδημα, η επιβράβευση συσχετίζεται με την αποδοτικότητα και συχνά, με την μείωση της χαμηλής παραγωγικότητας των επαγγελματιών υγείας και την εδραίωση της κάλυψης στοιχειωδών παρεμβάσεων δημόσιας υγείας, όπως ο προγεννητικός έλεγχος και ο εμβολιασμός.

Πεδία εφαρμογής προγραμμάτων PFP.

Τα συγκεκριμένα προγράμματα διακρίνονται μεταξύ τους, ανάμεσα σε αυτά που εφαρμόζονται πρωτοβάθμιας φροντίδας και σε εκείνα που απευθύνονται σε νοσοκομειακές δομές.

Οι σκοποί και τα πεδία εφαρμογής τους, συχνά διαφοροποιούνται στα δύο αυτά πεδία υγείας, εξαιτίας των ζητημάτων επίδοσης που επιδιώκουν να επιλύσουν, του τρόπου οργάνωσης της φροντίδας και της διαθεσιμότητας των δεδομένων.

Διεξοδικότερα, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, οι σκοποί συνήθως προσανατολίζονται στην ποσοστιαία κάλυψη του πληθυσμού με υπηρεσίες που προσφέρονται βάσει κλινικών οδηγιών, ενώ τα νοσοκομειακά προγράμματα PFP, απευθύνονται κυρίως στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων ποιότητας, όπως η μείωση των επιπλοκών ή η τήρηση των κλινικών οδηγιών.

Σχετική έρευνα του ΟΟΣΑ για τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας το 2012, καταγράφηκε ότι τα προγράμματα PFP εφαρμόστηκαν σε 15 χώρες, σε ιατρούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και σε νοσοκομειακές δομές γενικότερα. Η επίδοση σε νοσοκομειακό επίπεδο, σχετιζόταν κυρίως με

δείκτες διαδικασιών φροντίδας, με αποτελέσματα στην κλινική πράξη και με την ικανοποίηση των ασθενών.

9.2 Η συνολική αποτίμηση των προγραμμάτων PFP.

Στα προγράμματα PFP οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αμείβονται για συγκεκριμένες συμπεριφορές και διαδικασίες, που συντελούν και σε καλύτερα αποτελέσματα των ασθενών. Ωστόσο, τα τελικά αποτελέσματα της υγείας, δύνανται να επηρεαστούν από διάφορους θεσμικούς, συμπεριφορικούς και συστημικούς παράγοντες. Το συνολικό τελικό «κέρδος» για το σύστημα υγείας, δύναται να αποτιμηθεί είτε ως θετικό είτε ως αρνητικό και αυτό τελικά θα διαμορφωθεί από την αλληλεπίδραση των οικονομικών κινήτρων του προγράμματος PFP, την ανταπόκριση των παρόχων σε αυτά τα κίνητρα, τα πεδία εφαρμογής τους και ποικίλους άλλους παράγοντες.

Για παράδειγμα, εάν η ανταπόκριση των παρόχων συνιστά την υποκατάσταση των δραστηριοτήτων με άλλες καλύτερες, που συμβάλουν στην επίτευξη της ποιότητας, τότε η συμβολή στην συνολική επίδοση αποτιμάται ως θετική. Στην περίπτωση όμως, που υποκαταστήσουν ορισμένες δραστηριότητες με άλλες που δεν συνεισφέρουν κάποια αξία στην βελτίωση της ποιότητας (για παράδειγμα, αμοιβή για τη συμπεριφορά τους αλλά όχι για τα κλινικά αποτελέσματα), αποκλειστικά επειδή αμείβονται περισσότερο, τότε η συνολική συνεισφορά του προγράμματος, κρίνεται ως αρνητική. Τα προγράμματα PFP δύνανται ενδεχομένως να προκαλέσουν θετικές επιπτώσεις, που δεν συγκαταλέγονται στους άμεσους στόχους του προγράμματος. Για παράδειγμα, δύνανται να μεταβάλλουν την κουλτούρα των παρόχων ή του οργανισμού, αναδεικνύοντας περισσότερο την αξία της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και την ανάγκη για την ανάληψη πρωτοβουλιών νέων πολιτικών προσεγγίσεων στην οργάνωση.

Ωστόσο, ενδέχεται να σημειωθούν και αρνητικές παράπλευρες επιπτώσεις, όπως η εστίαση στην ατομική προσπάθεια έναντι της συλλογικής και η εμφάνιση πιθανού ανταγωνισμού για μεγαλύτερες αμοιβές. Στα προγράμματα PFP, ενδέχεται να

εμφανιστεί πρόσθετο κόστος από πιθανές ή απαραίτητες αμοιβές, τη συλλογή δεδομένων, τα συστήματα ανάλυση και επαλήθευσης διαπίστευσης ή άλλες διοικητικές και διαχειριστικές λειτουργίες. Σε μια αξιολόγηση ενός τέτοιου προγράμματος, οι παράγοντες αυτοί δεν πρέπει να μην λαμβάνονται υπόψιν, ώστε να καθορίζεται το καθαρό «κέρδος» του οργανισμού.

9.3 Στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας.

Η θεώρηση, οι αντιλήψεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τα προγράμματα PFP από την υφιστάμενη διεθνή βιβλιογραφία κρίνονται ως μεικτές. Στο σύνολο των μελετών, ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων θεωρεί ότι οι ποιοτικοί στόχοι που καθορίζονται από τα προγράμματα αυτά, συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών. Σε μια συγκριτική μελέτη, για τον έλεγχο της LDL-C (low-density lipoprotein cholesterol) που σχετιζόταν με γιατρούς και ασθενείς, οι οποίοι συμμετείχαν σε πρόγραμμα PFP και σε άλλα προγράμματα κλασσικών συστημάτων αμοιβών, οι γιατροί γενικά ενέκριναν την παροχή κλινικών κινήτρων, αξιολογώντας τα κίνητρα ως κλινικά συναφή, χωρίς να θεωρούν ότι τα κίνητρα θα επέφεραν ακούσιες συνέπειες στις πρακτικές τους.

Ωστόσο, αναγνώρισαν ότι το κίνητρο δεν επαρκούσε, ενώ διατήρησαν ουδέτερη στάση, ως προς το ενδεχόμενο τα κίνητρα να επιδρούσαν ισχυρά στην κλινική τους πρακτική. Πράγματι, στην μελέτη αυτή, σε σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές στον έλεγχο της LDL-C μεταξύ των ασθενών σε πρόγραμμα PFP και της ομάδας ελέγχου. Στις αρνητικές στάσεις και απόψεις, συμπεριλήφθηκαν οι ενδιασμοί αναφορικά με την εγκυρότητα των μέτρων επίδοσης και των ποιοτικών στόχων που τέθηκαν.

Αρκετές φορές, αυτό που υπολογίζεται δεν αντικατοπτρίζει πλήρως την ποιότητα ή ενδέχεται να διαφέρει μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας κατέθεσαν τους ενδιασμούς τους σχετικά με την αξιοπιστία των μετρήσεων επίδοσης στην ακρίβεια των δεδομένων, τόσο στην καταγραφή όσο και στην αναφορά, καθώς και για τα δεδομένα που αντλούνται από πηγές τρίτων.

Επιπροσθέτως, μια ανησυχία που εκφράστηκε σχετικά αναφορικά με την επιτυχία των προγραμμάτων, αποτέλεσαν οι έμμεσες συνέπειες στα προγράμματα που σχετίζονταν με συγκεκριμένους τομείς κλινικής υγειονομικής φροντίδας, εις βάρος κάποιων άλλων.

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι τα ποσά των κινήτρων και η κατανομή αυτών, ασκούσαν σημαντική επιρροή στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων. Ο τρόπος διανομής των μπόνους που χρησιμοποιήθηκαν, χαρακτηρίστηκε ως άδικος εξίσου.

Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο κριτικής θεώρησης, διατυπώθηκε η άποψη ότι συνιστά ζήτημα υψίστης σημασίας, η στροφή του ενδιαφέροντος στο συνολικό σύστημα υγείας, τις μεταρρυθμίσεις και τον τρόπο που συνδέονται με τις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας και τα αποτελέσματα της υγείας, παρά στις λεπτομέρειες και στην απήχηση των προγραμμάτων PFP, διακριτά από το συνολικότερο σύστημα υγείας.

Κεφάλαιο 10: Μέθοδοι αποζημίωσης των ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η κύρια αποστολή των συστημάτων υγείας καθίσταται η προσφορά υψηλής ποιότητας φροντίδας και ενός ικανοποιητικού επιπέδου αποτελεσμάτων υγείας. Ωστόσο, μελέτες καταδεικνύουν ότι το υψηλό κόστος δεν προσφέρει απαραίτητα θετικά αποτελέσματα για την υγεία. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι ΗΠΑ διαθέτουν το πλέον ακριβό, τεχνολογικά προηγμένο και εξειδικευμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε διεθνές επίπεδο, αλλά συγχρόνως παρουσιάζουν και τη χειρότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού από οποιαδήποτε άλλη ανεπτυγμένη χώρα. Γι' αυτό το λόγο, πολλές κυβερνήσεις προχωρούν στην ανάληψη πρωτοβουλιών και στην εκπόνηση προγραμμάτων για τη διαχείριση δεικτών απόδοσης, όπως η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα.

Στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης, οι αποφάσεις εστιάζονται σε τρεις τομείς και σχετίζονται με:

- Το πακέτο των παροχών, δηλαδή με τις υπηρεσίες που αγοράζονται.
- Την επιλογή παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, από ποιον αγοράζονται.
- Τους μηχανισμούς πληρωμής των παρόχων, δηλαδή το πώς αγοράζονται οι υπηρεσίες υγείας.

Οι μηχανισμοί πληρωμών παρόχων θεωρούνται κρίσιμοι για την επίτευξη των στόχων της καθολικής κάλυψης υγείας, επειδή παρέχουν κίνητρα για τη βελτίωση της πρόσβασης, της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα κίνητρα ορίζονται ως «όλες οι επιβραβεύσεις και οι ποινές που αντιμετωπίζουν οι προμηθευτές, ως συνέπεια των οργανισμών όπου εργάζονται, τα ινστιτούτα κάτω από τα οποία λειτουργούν και τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις που παρέχουν». Αντίστοιχα, οι οικονομολόγοι της υγείας με τον όρο «κίνητρα», ορίζουν τα οικονομικά οφέλη για συμπεριφορές που απορρέουν από το σύνολο της λειτουργικής αποδοτικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Συνεπώς, οι πληρωμές των ιατρών και οι μέθοδοι αμοιβής συνιστούν θέματα αυξανόμενου ενδιαφέροντος, καθώς οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής συσκέπτονται για την ιδανική πολιτική πληρωμών για την εξισορρόπηση των συμφερόντων των ιατρών, των ασθενών και των πληρωτών. Οι ιατροί ενδέχεται να διαθέτουν κίνητρα να παρέχουν λιγότερες ή περισσότερες υπηρεσίες ανάλογα με τις μεθόδους πληρωμής, αλλά το πόσο ευαίσθητοι παρουσιάζονται απέναντι στα οικονομικά κίνητρα δύναται να συνδέεται με το επίπεδο αλτρουισμού τους. Επομένως, στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης οι χώρες εφαρμόζουν έναν συνδυασμό μεθόδων πληρωμής για τους ιατρούς, ώστε να διασφαλίζουν τη βέλτιστη παροχή υγειονομικής περίθαλψης με λογικό κόστος (οικονομική αποδοτικότητα) και αύξηση παραγωγικότητας. Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται φέρουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και εμπεριέχουν την αποζημίωση με πάγια αντιμισθία, την κατά

κεφαλήν αποζημίωση, την κατά πράξη αποζημίωση, καθώς και συνδυασμό των παραπάνω.

Την τελευταία δεκαετία εφαρμόζεται ευρέως η χρήση της αμοιβής για απόδοση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), ανταμείβοντας οικονομικά τους ιατρούς για την επίτευξη ποιοτικών δεικτών που συσχετίζονται με στόχους. Επομένως, η ΠΦΥ και η ενδυνάμωσή της μέσω της μέτρησης της απόδοσης, καθίσταται καθοριστικής σημασίας για την υλοποίηση των στόχων της αειφόρου ανάπτυξης για καθολική κάλυψη της υγείας του πληθυσμού. Η ΠΦΥ αποτελεί «την ουσιαστική φροντίδα που βασίζεται σε μεθόδους πρακτικά, επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές και είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και της οικογένειες της κοινότητας». Συνιστά το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας και προσφέρει διαρκή, συντονισμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα. Συντελεί στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας, λειτουργώντας ως φίλτρο προς τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη.

Το ενδιαφέρον για συγκράτηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στην πλευρά της προσφοράς, κυρίως με τη χρήση χρηματικών κινήτρων προς τους παρόχους. Τους πλέον διαδεδομένους τρόπους πληρωμής του παρόχου μεταξύ των μελών του ΟΟΣΑ συνιστούν η αποζημίωση με πάγια αντιμισθία, η αποζημίωση κατά πράξη, αποζημίωση κατά κεφαλήν ασφαλισμένου, καθώς και ένας συνδυασμός αυτών των μεθόδων.

Διεξοδικότερα, στην αμοιβή με πάγια αντιμισθία οι ιατροί αμείβονται με βάση έναν μηνιαίο πάγιο μισθό, με συγκεκριμένες ώρες εργασίας για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Συνεπώς, η πληρωμή δεν συνδέεται με τον αριθμό των δραστηριοτήτων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά ούτε και με τον αριθμό των ασθενών. Η συγκεκριμένη μέθοδος πληρωμής καθιερώνει μια σταθερή, προβλέψιμη πηγή εισοδήματος για τους ιατρούς, αλλά προσφέρει συγχρόνως το κίνητρο για μείωση της ποσότητας της περίθαλψης. Οι μισθοί συνιστούν μια αξιόλογη μέθοδο πρόσληψης και διατήρησης ιατρών σε περιοχές δυσπρόσιτες και

με χαμηλό πληθυσμό. Επίσης, οι σταθερές πληρωμές συμβάλουν στη μείωση του διοικητικού κόστους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και δεν παρέχουν κίνητρα για διαμόρφωση προκλητής ζήτησης. Ωστόσο, ελλοχεύει ο κίνδυνος ο μισθός να μειώσει την παραγωγικότητα, εξαιτίας της έλλειψης οικονομικών κινήτρων.

Παράλληλα, η αμοιβή κατά κεφαλήν εγγεγραμμένου ασθενούς αποτελεί την πλέον αποτελεσματική σε ό,τι σχετίζεται με τη συγκράτηση των δαπανών της υγείας και στην ορθολογική κατανομή των πόρων. Σύμφωνα με αυτόν τον τρόπο, οι πάροχοι πληρώνονται με ένα σταθερό ποσό με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών που εντοπίζεται στους καταλόγους τους για παροχή μιας σειράς υπηρεσιών. Η μέθοδος αυτή προσφέρει κίνητρο για βελτίωση, αναβάθμιση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, ώστε να αυξηθεί ο αριθμός των εγγεγραμμένων ασθενών και κατ' επέκταση το εισόδημα του ιατρού, χωρίς να συσχετίζεται με αύξηση της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η μέθοδος αυτή συντείνει στην αύξηση των παραπομπών των ασθενών σε νοσοκομεία για υπηρεσίες, που δυνητικά θα μπορούσαν να είχαν προσφερθεί από τον θεράποντα ιατρό.

Η κατά πράξη μέθοδος αποζημίωσης συνιστά τον συνηθέστερο τρόπο αποζημίωσης των ιατρών στις χώρες του ΟΟΣΑ και αποτελεί το πλέον ενδεδειγμένο σύστημα αποζημίωσης για τους ιατρούς, εξαιτίας των οικονομικών κινήτρων που τους προσφέρει. Ειδικότερα, το εισόδημα του ιατρού συνδέεται άμεσα με τον αριθμό των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρονται, παρέχοντας ένα κίνητρο για την εκτέλεση μεγάλης ποσότητας δραστηριοτήτων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι χρηματοοικονομικοί κίνδυνοι που συνδέονται με υψηλούς όγκους δραστηριοτήτων εντοπίζονται στον πληρωτή. Ο καταναλωτής-ασθενής φέρει το δικαίωμα επιλογής παρόχου υπηρεσιών υγείας με βάση κοινωνικοοικονομικά κριτήρια και η αμοιβή δύναται να είναι άμεση, δηλαδή πληρωμή απευθείας από τον χρήστη, είτε εκ των υστέρων από τον ασφαλιστικό

φορές, εφόσον ο ιατρός διατηρεί σύμβαση με το ασφαλιστικό ταμείο. Η μέθοδος αυτή έχει αποδειχθεί ότι δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης. Η προκλητή ζήτηση εμφανίζεται λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ των καταναλωτών-ασθενών και των παρόχων-ιατρών για τη χρησιμότητα παρεμβάσεων. Οι ενέργειες αυτές οδηγούν στην αδικαιολόγητη αύξηση δαπανών υγείας, λόγω οικονομικών κινήτρων των προμηθευτών, εις βάρος των ασθενών και του κοινωνικού συνόλου, στερώντας τους εν τέλει την ευημερία τους.

Τα τελευταία έτη ολοένα και περισσότερο εφαρμόζεται το πρόγραμμα Pay for Performance (αποζημίωση βάσει επίδοσης) ως εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Η αποζημίωση βάσει επίδοσης κρίνεται ως αποτελεσματική, όταν η βελτίωση της ποιότητας ή της ποσότητας της φροντίδας δύναται να επιτευχθεί με ίσο ή χαμηλότερο κόστος ή εναλλακτικά, αξιοποιώντας λιγότερους οικονομικούς πόρους. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν αποτελεί από μόνο του μια μέθοδο πληρωμής, αλλά μια προσέγγιση που εφαρμόζεται για τη βελτίωση των παραδοσιακών μεθόδων πληρωμών.

Η αποζημίωση των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα.

Οι ιατροί που βιοπορίζονται επαγγελματικά και οικονομικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αποζημιώνονται μέσω ενός συνδυασμού όλων των μεθόδων πληρωμής. Ειδικότερα, οι επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στην ΠΦΥ των δημοσίων μονάδων (κέντρα υγείας, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας {ΠΕΔΥ}, περιφερειακά ιατρεία, Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Τοπική Μονάδα Υγείας (ΤΟΜΥ) αποζημιώνονται με πάγια αντιμισθία, ενώ οι ιατροί που ιδιωτεύουν, ανταμείβονται κατά πράξη και περίπτωση. Οι τελευταίοι είτε συνάπτουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ θέτοντας ένα πλαφόν επισκέψεων τον μήνα, είτε πληρώνονται από τους ασθενείς. Το συγκεκριμένο σύστημα αποζημίωσης των ιατρών, όσον αφορά στις δημόσιες δομές, διακρίνεται από έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας, ενώ σε οτιδήποτε σχετίζεται με τους

συμβεβλημένους ιατρούς, παρέχει κίνητρα προκλητής ζήτησης, μην μπορώντας όμως να προσφέρει κίνητρα συγκράτησης των δαπανών και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, οι αποδοχές διαφοροποιούνται εξαιτίας των διαφορετικών σχέσεων εργασίας.

Πίνακας 10.1. Μηχανισμοί αποζημίωσης παρόχων υγείας μέσω ΕΟΠΥΥ στην Ελλάδα.

Μηχανισμός αποζημίωσης	Περιγραφή	Σχόλια / Σημειώσεις
Άμεση αποζημίωση από ΕΟΠΥΥ	Ο ασφαλισμένος πληρώνει μειωμένη συμμετοχή και ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει το υπόλοιπο	Ισχύει σε συμβεβλημένους παρόχους
Αποζημίωση μετά από καταβολή	Ο ασφαλισμένος πληρώνει όλο το ποσό και ζητά αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ	Χρειάζεται υποβολή αίτησης και δικαιολογητικά
Αποζημίωση με χρήση ηλεκτρονικής κάρτας	Η ηλεκτρονική κάρτα χρησιμοποιείται για άμεση χρέωση του ΕΟΠΥΥ	Μόνο σε συμβεβλημένα φαρμακεία και διαγνωστικά κέντρα
Συμβατική συμμετοχή	Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει ποσοστό και ο ασφαλισμένος πληρώνει το υπόλοιπο	Συνήθως για εργαστηριακές εξετάσεις

Πλήρης κάλυψη από τον Ο πάροχος αναλαμβάνει Σπάνιο, συνήθως για
πάροχο όλη την διαδικασία με τον συγκεκριμένα
ΕΟΠΥΥ προγράμματα

Πηγή: Ιδία επεξεργασία, βάσει στοιχείων του ΕΟΠΥΥ (2023).

Σύμφωνα με τον Ξένο (2023), οι σύγχρονες μέθοδοι αποζημίωσης υπηρεσιών υγείας στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας. Διεθνώς εφαρμόζονται συστήματα όπως τα Diagnosis-Related Groups (DRGs), που ταξινομούν τις νοσηλείες σε ομοειδείς ομάδες, και τα Pay for Performance (P4P), τα οποία βασίζονται στην απόδοση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτά τα συστήματα δημιουργούν κίνητρα για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ώστε να βελτιώνουν τη διαχείριση των πόρων και την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης.

Στο ελληνικό πλαίσιο, η εφαρμογή του KEN-DRGs ταξινομεί τις νοσηλείες σε 760 ομοειδείς ομάδες με βάση τη διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία, ενώ η βάση δεδομένων esy.net επιτρέπει την παρακολούθηση της οικονομικής και διοικητικής λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Η μελέτη προτείνει περαιτέρω μεταρρυθμίσεις, εστιάζοντας σε συστήματα αποζημίωσης που βασίζονται σε κριτήρια απόδοσης και ποιότητας, σύμφωνα με τις διεθνείς τάσεις (Ξένος, 2023).

Συνοπτική αναφορά στις μεθόδους αμοιβών των παρόχων στις ευρωπαϊκές χώρες.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, η χρήση μεικτών σχημάτων πληρωμών συνιστά την πρωταρχική μέθοδο πληρωμών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον, σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, διαπιστώνονται στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, ενώ διαφοροποιήσεις εμφανίζουν οι μέθοδοι πληρωμών μεταξύ ειδικευόμενων και γενικών ιατρών.^A

Οι διαφοροποιήσεις των οικονομικών κινήτρων παρουσιάζουν ποικιλομορφία, με στόχο την επίτευξη ποικίλων επιθυμητών κάθε φορά στόχων. Παράδειγμα χρήσης μεικτής αποζημίωσης και δημιουργίας οικονομικών κινήτρων με σκοπό την ομοιόμορφη αύξηση της προσβασιμότητας στο εσωτερικό των χωρών, συνιστά η Αυστρία, όπου οι ιδιώτες ιατροί αποζημιώνονται με μεικτό σύστημα αποζημίωσης αποτελούμενο από πάγιο ποσό αμοιβής για βασικές υπηρεσίες στην αμοιβή κατά πράξη. Για την πλειοψηφία των ασφαλισμένων, το ποσό της πάγιας αμοιβής, αποζημιώνεται από τον ασφαλιστικό φορέα ανά τρίμηνο, ασχέτως της χρήσης των υπηρεσιών. Το βασικό αυτό ποσό διαφοροποιείται ανά ειδικότητα και μάλιστα, οι τιμές ανά κρατίδιο διαφοροποιούνται σημαντικά, αποτυπώνοντας την πολιτική κινήτρων για την προσέλκυση ιατρών σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές.

Γενικότερα, στην δυτική Ευρώπη οι εξωνοσοκομειακοί ιδιώτες ιατροί αμείβονται κατά βάση με κατά πράξη αμοιβές (fee-for-service), ενώ οι εργαζόμενοι ιατροί στον δημόσιο τομέα με μισθό, κατά κεφαλή αμοιβές ή συνδυασμό αυτών. Στον νοσοκομειακό τομέα, παρατηρήθηκε μετατόπιση στις βασισμένες στην απόδοση αμοιβές με τη χρήση DRGs ή/και σφαιρικούς προϋπολογισμούς. Στις υπό μετάβαση χώρες της ανατολικής Ευρώπης, κυριαρχεί η κατά κεφαλή και κατά πράξη πληρωμή στην πρωτοβάθμια φροντίδα και οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί στον νοσοκομειακό τομέα.

Κεφάλαιο 11: Μέθοδος ομαδοποιημένων πληρωμών (bundled payments)

Ορισμός

Τα «Bundled Payments» ή «πακέτα αποζημίωσης» αποτελούν έναν από τους πιο σύγχρονους και καινοτόμους μηχανισμούς αποζημίωσης παροχών υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για ένα σύστημα στο οποίο οι πάροχοι αποζημιώνονται με μία συνολική, προκαθορισμένη πληρωμή για το σύνολο των πληρωμών που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο «επεισόδιο φροντίδας» (episode of care). Το επεισόδιο αυτό, δύναται να αφορά είτε μια οξεία θεραπευτική πράξη (π.χ. μια χειρουργική επέμβαση) είτε μια περίοδο διαχείρισης χρόνιας νόσου (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης).

Εν αντιθέσει, με το fee-for-service μοντέλο, όπου η εκάστοτε ιατρική πράξη, εξέταση ή νοσηλεία τιμολογείται και αποζημιώνεται ξεχωριστά, η μέθοδος των «πακέτων αποζημίωσης» συνοψίζει όλες αυτές τις παρεμβάσεις σε ένα ενιαίο οικονομικό «πακέτο», το οποίο καλύπτει όλη τη διαδρομή του ασθενούς. Αυτό το ποσό καθορίζεται εκ των προτέρων, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία κόστους και κλινικών πρωτοκόλλων και καταβάλλεται συνήθως σε έναν κύριο πάροχο (π.χ. το νοσοκομείο), ο οποίος στη συνέχεια, διανέμει το ποσό στους υπόλοιπους συμμετέχοντες παρόχους (χειρουργούς, φυσικοθεραπευτές, κεντρικά εργαστήρια), ανάλογα με τη συνεισφορά τους στην φροντίδα.

Ο μηχανισμός αυτός θέτει ως βασικό στόχο την αποφυγή της υπερβολικής παροχής υπηρεσιών (overprovision), η οποία χαρακτηρίζει το σύστημα fee-for-service και την προώθηση μιας αποτελεσματικής, συντονισμένης και προσανατολισμένης στην αξία (value-based) φροντίδας. Οι πάροχοι επικεντρώνονται στην διατήρηση του κόστους εντός του προκαθορισμένου ορίου, καθώς οποιαδήποτε εξοικονόμηση μετατρέπεται σε όφελος, υπό την προϋπόθεση ότι δεν υποβαθμίζεται η ποιότητα

της παρεχόμενης φροντίδας. Για τον σκοπό αυτό, πολλά συστήματα υγείας συνδέουν τα bundled payments με δείκτες ποιότητας, όπως τα ποσοστά επιπλοκών, επανεισαγωγών ή ικανοποίησης των ασθενών.

Αξιολόγηση του μηχανισμού «Bundled Payments»

Η αξιολόγηση του εν λόγω μηχανισμού κρίνεται αναγκαία, προκειμένου να κατανοηθούν οι επιπτώσεις του στην αποδοτικότητα, την ποιότητα και τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Όπως κάθε σύστημα αποζημίωσης, τα πακέτα πληρωμών ενσωματώνουν ένα σύνολο κινήτρων και αντικινήτρων, τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παρόχων και τη δομή του συστήματος υγείας συνολικά. Η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο σχεδιασμού και εφαρμογής τους, την ακρίβεια των δεδομένων κόστους, καθώς και την παρουσία μηχανισμών ελέγχου ποιότητας και κινδύνου.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, ο μηχανισμός των bundled payments, έχουν συσχετιστεί με σημαντικά οικονομικά και οργανωτικά οφέλη, αλλά και με προκλήσεις που συνδέονται με τη δίκαιη αποζημίωση, τη διαχείριση της πολυπλοκότητας και τον ενδεχόμενο περιορισμό της φροντίδας. Παρακάτω, παρουσιάζονται αναλυτικά τα βασικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του συγκεκριμένου μηχανισμού, όπως προκύπτουν από τη διεθνή εμπειρία και την επιστημονική ανάλυση.

Πλεονεκτήματα των ομαδοποιημένων πληρωμών.

➤ Έλεγχος και συγκράτηση του κόστους.

Ένα από τα κυριότερα πλεονεκτήματα του συστήματος συνιστά η δυνατότητα περιορισμού των ανεξέλεγκτων δαπανών, οι οποίες χαρακτηρίζουν τα παραδοσιακά μοντέλα αποζημίωσης (fee-for-service). Εφόσον η αποζημίωση καθορίζεται εκ των προτέρων, οι πάροχοι διαθέτουν ισχυρό κίνητρο να βελτιστοποιήσουν τις διαδικασίες τους, να προχωρήσουν στην περαιτέρω μείωση των περιττών εξετάσεων και να αποφεύγουν νοσηλείες ή παρεμβάσεις οι οποίες δεν προσθέτουν

πραγματική αξία στην φροντίδα του ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται αποδοτικότερη χρήση των πόρων και προβλεψιμότητα στις δαπάνες για τα ασφαλιστικά ταμεία και τους χρηματοδότες.

➤ **Ενίσχυση του συντονισμού και της συνέχειας της φροντίδας.**

Επειδή το συνολικό ποσό καλύπτει ένα ολόκληρο «επεισόδιο φροντίδας», οι εμπλεκόμενοι πάροχοι (π.χ. νοσοκομεία, ιατροί, κέντρα αποκατάστασης) καλούνται να συνεργαστούν στενά για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Το μοντέλο αυτό ενθαρρύνει τη δημιουργία δικτύων συνεργασίας και ολοκληρωμένων διαδρομών φροντίδας (care pathways), που συνιστούν κεντρικό στοιχείο των σύγχρονων πολιτικών υγείας.

➤ **Παροχή κινήτρων για την βελτίωση της ποιότητας.**

Πολλά προγράμματα bundled payments συνδέουν την αποζημίωση με δείκτες ποιότητας και αποτελεσματικότητας (π.χ. επιπλοκές, ποσοστά επανεισαγωγών, ικανοποίηση ασθενών). Με αυτόν τον τρόπο, οι πάροχοι παρακινούνται όχι μόνο να μειώσουν το κόστος, αλλά και να βελτιώσουν τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών, προάγοντας την «value-based» λογική.

➤ **Εξασφάλιση διαφάνειας και λογοδοσίας.**

Η ανάγκη καθορισμού σαφούς κόστους ανά επεισόδιο φροντίδας και η χρήση τεκμηριωμένων κλινικών πρωτοκόλλων, οδηγούν στην μεγιστοποίηση της διαφάνειας στη διαδικασία αποζημίωσης. Οι χρηματοδότες δύνανται να γνωρίζουν εκ των προτέρων τι πληρώνουν και για ποια ακριβώς υπηρεσία, περιορίζοντας το φαινόμενο της υπερτιμολόγησης ή της διπλής χρέωσης.

➤ **Προώθηση της καινοτομίας στη διαχείριση υπηρεσιών.**

Καθώς οι πάροχοι αναζητούν τρόπους να διαχειριστούν αποδοτικότερα τα κόστη και να επιτύχουν τα βέλτιστα αποτελέσματα, ενθαρρύνονται στην εφαρμογή καινοτόμων πρακτικών (π.χ. τηλεϊατρική, προγράμματα αποκατάστασης στο σπίτι, ψηφιακή παρακολούθηση των ασθενών).

Μειονεκτήματα και προκλήσεις των ομαδοποιημένων πληρωμών.

➤ **Κίνδυνος υποπαροχής (underprovision).**

Όταν το ποσό αποζημίωσης είναι προκαθορισμένο, οι πάροχοι ενδέχεται να μειώσουν την παρεχόμενη φροντίδα ή τις υπηρεσίες με στόχο τη συγκράτηση του κόστους και τη διατήρηση του περιθωρίου κέρδους. Αυτό ενδέχεται να οδηγήσει σε υποβάθμιση της ποιότητας ή σε περιορισμό της πρόσβασης για ασθενείς με πιο σύνθετες ή δαπανηρές ανάγκες.

➤ **Δυσχέρεια στον καθορισμό κατάλληλου «πακέτου».**

Ο προσδιορισμός του περιεχομένου ενός «πακέτου φροντίδας» (π.χ. διάρκεια, είδος υπηρεσιών, κόστος) συνιστά μια πολύπλοκη διαδικασία. Απαιτεί αξιόπιστα δεδομένα κόστους και κλινικά πρωτόκολλα, τα οποία συχνά δεν είναι διαθέσιμα ή δεν είναι ομοιογενή, ιδιαίτερα σε χώρες με κατακερματισμένα συστήματα πληροφόρησης, όπως η Ελλάδα.

➤ **Ανάγκη για ισχυρή πληροφοριακή υποδομή.**

Η επιτυχής εφαρμογή των bundled payments προϋποθέτει λεπτομερή καταγραφή του κόστους και των αποτελεσμάτων στο εκάστοτε επεισόδιο φροντίδας. Σε περιβάλλοντα όπου τα πληροφοριακά συστήματα υγείας είναι ανεπαρκή και χωρίς διασύνδεση μεταξύ τους, η εφαρμογή του μοντέλου καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής.

➤ **Σύνθετη διαχείριση και κατανομή της πληρωμής μεταξύ των παρόχων.**

Όταν συμμετέχουν πολλοί πάροχοι σε ένα επεισόδιο φροντίδας (π.χ. νοσοκομεία, ιδιώτες, ιατροί, φυσικοθεραπευτές), η κατανομή της

αποζημίωσης, ενδέχεται να εγείρει εντάσεις ή ασάφειες ως προς τις ευθύνες και τα οικονομικά οφέλη. Αυτό απαιτεί σαφείς συμβατικές ρυθμίσεις και μηχανισμούς διαφάνειας.

➤ **Πιθανότητα επιλογής «εύκολων» περιστατικών (cream skimming).**

Οι πάροχοι ενδέχεται να επιλέγουν ασθενείς με χαμηλότερο αναμενόμενο κόστος ή μικρότερο κίνδυνο επιπλοκών, προκειμένου να αποφύγουν οικονομικές απώλειες. Το γεγονός αυτό, μπορεί να προκαλέσει ανισότητες πρόσβασης για ασθενείς με πολυνοσηρότητα ή χρόνιες παθήσεις.

➤ **Αντίσταση στην αλλαγή και διοικητική πολυπλοκότητα.**

Η μετάβαση από τα παραδοσιακά συστήματα αποζημίωσης (όπως τα fee-for-service ή DRGs) σε bundled payments απαιτεί σημαντική οργανωτική προσαρμογή και εκπαίδευση προσωπικού. Πολλοί οργανισμοί υγείας εμφανίζουν αντίσταση στην αλλαγή, ειδικά όταν η νέα μέθοδος επηρεάζει την οικονομική τους σταθερότητα ή τα καθιερωμένα πρότυπα λειτουργίας.

Σε διεθνές επίπεδο, το μοντέλο έχει εφαρμοστεί ευρέως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής μέσω του προγράμματος Medicare Bundled Payments for Care Improvement (BPCI), το οποίο καλύπτει πλήθος ιατρικών και χειρουργικών επεμβάσεων (όπως ολικές αρθροπλαστικές ισχίου ή γόνατος, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις κ.α.). Αντίστοιχες πρακτικές έχουν αναπτυχθεί και σε ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ολλανδία (bundled payments για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, π.χ. διαβήτη τύπου 2), η Σουηδία και η Γερμανία, με θετικά αποτελέσματα στη συγκράτηση του κόστους και στη βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας.

Στη χώρα μας, το μοντέλο των bundled payments δεν έχει υιοθετηθεί ακόμη επισήμως, ωστόσο η εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN) το 2012 συνιστά ένα πρώτο βήμα προς αυτήν την κατεύθυνση. Τα KEN καθορίζουν προκαθορισμένα ποσά αποζημίωσης για συγκεκριμένες

κατηγορίες νοσηλειών και διαγνώσεις, λειτουργώντας στην πράξη ως μια μορφή «μεικτού» συστήματος ανάμεσα στα DRGs και τα bundled payments. Η μελλοντική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος αποζημίωσης, ιδίως μέσω της αναθεώρησης των ΚΕΝ και της εισαγωγής δεικτών ποιότητας, θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια πιο ολοκληρωμένη εφαρμογή του μοντέλου αυτού, ενισχύοντας τόσο την αποδοτικότητα όσο και τη διαφάνεια στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

12. Συμπεράσματα

Το ιδανικό σύστημα χρηματοδότησης οφείλει να ενθαρρύνει τους παρόχους να δύνανται να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, οι οποίες να διακρίνονται από υψηλή ποιότητα, αποτελεσματικότητα ως προς την ικανοποίηση των πολιτών και αποδοτικότητα ως προς τη διασύνδεση με τις τρέχουσες τεχνολογικές εξελίξεις. Κανένα σύστημα χρηματοδότησης δεν δύναται να εξυπηρετεί από μόνο του τις ανάγκες που προκύπτουν, επομένως για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος στην παροχή υπηρεσιών υγείας, θεωρείται ωφέλιμο να προτιμάται η εφαρμογή ενός συστήματος, που θα εδράζεται στο συνδυασμό περισσότερων από μίας μεθόδου πληρωμών.

Ο μηχανισμός των ομαδοποιημένων πληρωμών εμφανίζει καλύτερα αποτελέσματα, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους μηχανισμούς, ωστόσο δεν είναι εφικτή η εκτεταμένη εφαρμογή της σε ολόκληρο το φάσμα των παθήσεων. Στα σύγχρονα συστήματα υγείας, η εύρεση της μεγαλύτερης αξίας στην ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, αποτελεί πλέον τη μεγαλύτερη πρόκληση, με την ταυτόχρονη μείωση του απαιτούμενου κόστους. Κομβικής σημασίας για την επίτευξη του στόχου αυτού, συνιστά η εφαρμογή κινήτρων με γνώμονα την αποδοτικότητα και

την αποτελεσματικότητα τόσο σε οικονομικό όσο και σε υγειονομικό επίπεδο.

13. Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλετρας, Β., Ματσαγγανης, Μ., Νιακας, Δ., (2002). Οικονομική και Χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας: «Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας», ΕΑΠ, Πάτρα, Τόμος Α, κεφ. 8, σελ. 187-217

Drummond et al. (2002), Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης προγραμμάτων υγείας, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, κεφ. 7 , σελ. 305-340

ΕΣΔΥ (2013). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «Πύλη Εισόδου» των Διαρθρωτικών Αλλαγών στην Υγεία, Αθήνα: ΕΣΔΥ

Θεοδώρου Μ., Σαρρήs Μ., Σούλης Σ., (2001): Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα

Δουμουλακης, Γ., Πολύζος, Ν., Χρυσοχοϊδης, Γ., (2000). Οικονομική και Χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας: «Οικονομική και Χρηματοδοτική διοίκηση/ διαχείριση Νοσοκομείου», ΕΑΠ, Πάτρα, Τόμος Β, κεφ. 3, σελ. 221-231

Dimogerontas, G., Balaska, D., Bitsiori, Z. (2017): Η χρηματοδότηση των ελληνικών Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων βάση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN) και η επίδραση στη βιωσιμότητα τους, PERIOPERATIVE NURSING (2017), VOLUME 6, ISSUE 2

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2022), Η υγεία στην ΕΕ: Ευρωπαϊκός χώρος δεδομένων για την υγεία, Ερωτήσεις και απαντήσεις (EHDS), Αναρτήθηκε σε : https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/QANDA_22_2712

Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., (2007): Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, Εκδόσεις Κλειδάριθμος - Αθήνα.

Κοντιάδης Ξ., (2004): Συνταγματικές εγγυήσεις και θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας. Εκδόσεις Σάκκουλα-Αθήνα

Κυριόπουλος Ι., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ., Επιμ., (2001): Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα: Θεμέλιο

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΤΕΛΛΟΓΛΟΥ Τ., (2019): Η περιπέτεια της μεταρρύθμισης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2019.

Λιονής Χ. (2020): Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Astana Ένα κείμενο θέσεων, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 37(1): 7-10.

Λιαρόπουλος Λ., (2007): Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, Εκδόσεις Βήτα – Αθήνα.

Μπουρσανίδης Χ., (2000): Αποκεντρωμένο υπόδειγμα διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, στο: Κυριόπουλος και συν (Επιμ.), Αθήνα: Θεμέλιο, σελ. 71-99.

Μπουρσανίδης Χ., (2015): Προς ένα Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (ETAY) ως στρατηγικός αγοραστής. Σκιαγράφηση οδικού χάρτη για την επίτευξη της Καθολικής

Κάλυψης Υγείας και τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος δομών διακυβέρνησης. Policy Brief submitted to HRSP-WHO-GIZ. Αθήνα, σ. 75.

Ξένος Π, Νεκτάριος Μ, Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Ι.(2014), Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31: 172-185.

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019):

Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.

Οικονόμου Χ., (2012): Το Θεσμικό Πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ

RICE, THOMAS. (2006), Τα Οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση, Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ

Shih, T., Chen, LM, Nallamotheu, BK, (2015): «Θα αλλάξουν οι ομαδικές πληρωμές την υγειονομική περίθαλψη; Εξέταση των αποδεικτικών στοιχείων τόσο μακριά στην Καρδιαγγειακή Φροντίδα», *Κυκλοφορία* 131, αρ. 24 (2015): 2151–58.

Αθανασάκης, Κ., & Σισσούρας, Α. (2015). Οικονομικά της Υγείας και Πολιτική Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Σουλιώτης, Κ. (2017). Χρηματοδότηση και αποζημίωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα: Προκλήσεις και προοπτικές. Στο Κ. Σουλιώτης (Επιμ.), Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Παπαζήσης.

Κατσίκας, Δ. (2020). Μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση της υγείας μετά την κρίση: Η περίπτωση του ΕΟΠΥΥ. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 153, 45–62.

Λιαρόπουλος, Α. (2016). Χρηματοδότηση και αποζημίωση υπηρεσιών υγείας: Από τη θεωρία στην πράξη. *Οικονομία και Υγεία*, 25(3), 5–14.

Τούντας, Γ., & Κυριόπουλος, Γ. (2018). Μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος υγείας και μηχανισμοί αποζημίωσης. *Υγεία & Κοινωνία*, 10(2), 33–48.

Κυριόπουλος, Γ., & Μανιαδάκης, Ν. (2014). Χρηματοδότηση και αποδοτικότητα του ΕΣΥ: Προβλήματα και προοπτικές. Αθήνα: Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών – Τομέας Οικονομικών της Υγείας.

Μανιαδάκης, Ν., & Θεοδώρου, Μ. (2021). Κοστολόγηση και αποζημίωση υπηρεσιών υγείας: Προσεγγίσεις και μέθοδοι. Ελληνική Επιθεώρηση Δημόσιας Διοίκησης, 17(1), 22–37.

Βασιλείου, Ε., & Αθανασάκης, Κ. (2022). Αποζημίωση παρόχων υγείας και βιωσιμότητα του συστήματος υγείας: Μία εμπειρική ανάλυση. Οικονομία της Υγείας, 31(2), 41–58.

ΕΟΠΥΥ. (2023). Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων 2023. Αθήνα: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. <https://www.eopyy.gov.gr/>

Φιλαλήθης Τ., (2020): Ο ΝΕΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, διαΝΕΟσις – Αθήνα

Γκουλιαβέρας Β., Νιάκας Δ., (2022): Μέθοδοι αποζημίωσης ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (2022) 39: 500-507

ΝΙΑΚΑΣ Δ. Μέθοδοι αποζημίωσης και χρηματοδότησης των προμηθευτών. Στο: Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ (Επιμ.) Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Τόμος Α΄. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2002

Ελεγκτικό Συνέδριο (2022). Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια αποτελούν αξιόπιστο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων; Εξυπηρέτησαν τους στόχους της εισαγωγής τους;

Οικονόμου, Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

Χριστοδουλίδης, Μ. (2015). Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της εφαρμογής των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων σαν μέθοδος αποζημίωσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Πρίφτη, Μ. (2017). Πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Πολύζος, Ν. (2016). Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Σώζου, Α. (2011). Ο ρόλος της σύναψης συμβάσεων υγείας (contracting) ως εργαλείου management στα σύγχρονα συστήματα υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Γεωργακόπουλος, Ν. (2012). Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

ΜΠΟΥΜΠΑΣ ΔΤ, ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ. Προς μια ρεαλιστική αντιμετώπιση του προβλήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2021, 38:295–298.

ΚΑΡΑΜΠΛΗ Ε, ΧΑΤΖΑΚΗ Α, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31:77–84.

ΜΠΙΤΣΩΡΗ Ζ, ΜΠΑΛΑΣΚΑ Δ. Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους. Περιεχειρητική Νοσηλευτική 2016, 5:113–124.

Ξένος, Π. (2023). Σύγχρονες μέθοδοι αποζημίωσης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

ADAMAKIDOU T, KALOKERINOU A. New health policies on primary health care in Greece. *Health Sci J* 2010, 4:15–23 12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. WHO, Geneva, 1979. Available at: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Realising the full potential of primary health care. OECD Publishing, Paris, 2019. Available at: <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN COMMISSION. Health at a glance: Europe 2016 – State of health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris, 2016.

Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been
ISSUE BRIEFS APRIL 6, 2020

Busse R., Schreyögg J., Tiemann O., (Hrsg.) (2017): *Management im Gesundheitswesen*. 3e Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer.

Busse R., (2010): *The German health system – an introduction*, Lectures MiG TU-Berlin

Busse R, Figueras J. (Eds): (2010) *Social Health Insurance Systems in western Europe*, Open University Press, United Kingdom, pp 33-79.

Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M., Ed., (2012): *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency*, European Observatory on Health Systems and Policies Series efficiency and quality in hospitals Open University Press.

World Health Organization. (2010). Health systems financing: The path to universal coverage. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/health-financing>

OECD. (2024). Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/health/innovative-providers-payment-models-for-promoting-value-based-health-systems.pdf>

Wagenschieber, E., et al. (2024). Impact of reimbursement systems on patient care: A systematic review of systematic reviews. *Systematic Reviews*, 13, Article 45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10944612/>

Ali, S. A. (2024). Clinical resource management: Reimbursement models and strategies. In National Center for Biotechnology Information Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK614167/>

Barasa, E., et al. (2021). How do healthcare providers respond to multiple funding flows? *Health Policy and Planning*, 36(7), 967–975. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8227448/>

Ndayishimiye, C., et al. (2023). Barriers and facilitators to health-care provider payment reforms: A global review. *Health Policy*, 127(11), 1022–1033. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10494919/>

Waitzberg, R., et al. (2022). Balancing financial incentives during COVID-19: Adjustments to provider payment mechanisms. *Health Policy*, 126(10), 789–798. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021002499>

Douglas, A. O., et al. (2025). Global adoption of value-based health care initiatives: A scoping review. *JAMA Health Forum*, 6(4), e250123. <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2833867>

Gigengack, T., et al. (2025). Changes in spending, quality indicators, and provider behavior under blended payment models: Evidence from the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, 26, 123–140. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-025-01765-8>

Joint Learning Network. (2019). Financing and payment models for primary health care: Six lessons. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. <https://www.jointlearningnetwork.org/>

Freeman, M., et al. (2017). The effects of pay-for-performance programs on health: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6, 45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMCXXX/>

de Silva Etges, A. P. B., et al. (2023). Value-based reimbursement as a mechanism to achieve social and financial impact in the healthcare system. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*, 11(2), 150–162. <https://jheor.org/article/89151-value-based-reimbursement-as-a-mechanism-to-achieve-social-and-financial-impact-in-the-healthcare-system>

ResearchGate. (2024). Impact of reimbursement systems on patient care: A systematic review of systematic reviews. https://www.researchgate.net/publication/379022242_Impact_of_reimbursement_systems_on_patient_care_-_a_systematic_review_of_systematic_reviews

Allers, S., et al. (2025). Patterns in the influence of funding and reimbursement on health innovation. *Health Research Policy and Systems*, 23, 10. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2199853125000253>