



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΝΤΡΙΜΕΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

**ΣΥΝΑΨΗ ΣΥΜΦΩΝΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ-Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ
ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ (CAPITATION)**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΝΤΡΙΜΕΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

**ΣΥΝΑΨΗ ΣΥΜΦΩΝΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ-Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ
ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ (CAPITATION)**

Επιβλέπων Καθηγητής : **ΒΟΖΙΚΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ**
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

POSTGRADUATE STUDIES

HEALTH MANAGEMENT



**TEI OF
PIRAEUS**

NTRIMERIS ANDREAS

**CONTRACTING BETWEEN HEALTH SERVICES PROVIDERS AND
PRIVATE INSURANCE COMPANIES – THE CAPITATION
REIMBURSEMENT METHOD**

Supervisor : **VOZIKIS ATHANASIOS**
ASSISTANT PROFESSOR
DEPARTMENT OF ECONOMICS
UNIVERSITY OF PIRAEUS

Study on acquisition
Master's Degree

Piraeus, 2013

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της σχέσης μεταξύ παρόχου υπηρεσιών υγείας και ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας, η οποία συνίσταται σε χρηματικές ροές από την ασφαλιστική εταιρεία προς τον πάροχο και ροή υπηρεσιών υγείας από τον πάροχο στο πελατολόγιο της ασφαλιστικής εταιρείας.

Η ανταλλαγή αυτή υπηρεσιών και χρηματικών αμοιβών, καταγράφεται και αποτελεί το αντικείμενο συμφωνητικού μεταξύ των παραπάνω συμβαλλομένων. Λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη περιορισμού του συνεχώς αυξανόμενου κόστους υγειονομικής περίθαλψης, η προώθηση προπληρωμένων ασφαλιστικών προγραμμάτων θεωρείται μονόδρομος. Τα επιμέρους χαρακτηριστικά της μεθόδου της κατά κεφαλή αποζημίωσης και η ενσωμάτωσή της στη σχέση παρόχου και ασφαλιστικού φορέα, αντιστρέφοντας τους όρους της ανάληψης του οικονομικού κινδύνου, περιγράφονται αναλυτικά, δίνοντας έμφαση στην αποτύπωση των συνθηκών της εύρυθμης και ομαλής λειτουργίας των ασφαλιστικών προγραμμάτων capitation αποζημίωσης στις μεταξύ τους συμβάσεις.

Επιπλέον, περιγράφονται οι επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού υπό το καθεστώς της υφιστάμενης κρίσης, και τα αποτελέσματα αυτής στη χρήση υπηρεσιών υγείας, καθώς και την ανάγκη προσαρμογής των εμπλεκόμενων (παρόχου, ασφαλιστικής εταιρείας), επηρεάζοντας αντίστοιχα το περιεχόμενο των συμφωνητικών. Παράλληλα, η ανάγκη χρήσης μεθόδου capitation αποζημίωσης γίνεται πιο επιτακτική, ως μέσο ελέγχου και περιορισμού των αυξανόμενων δαπανών που δημιουργεί η υπερβάλλουσα ζήτηση, στο πλαίσιο της αυξημένης νοσηρότητας λόγω των δύσκολων συνθηκών που χαρακτηρίζουν την περίοδο που διανύουμε.

Στο πλαίσιο της προσαρμογής στα εκάστοτε δεδομένα, και διατήρησης της κερδοφορίας από τη λειτουργία των ασφαλιστικών προγραμμάτων capitation αποζημίωσης, ο προσδιορισμός του ποσού που θα αποτελέσει την αμοιβή του παρόχου, αποτελεί το πιο δυσεπίλυτο πρόβλημα για τον πάροχο. Αστάθμητοι παράγοντες, όπως ποσοστό χρήσης υπηρεσιών υγείας, επίπεδο υγείας του υπό ασφάλιση χαρτοφυλακίου σε συνδυασμό με άλλα στοιχεία, όπως ηλικία, περιβάλλον εργασίας και διαμονής, πρέπει να συνυπολογιστούν στον καθορισμό της αμοιβής του παρόχου, καθιστώντας τον -κάτω από αυτές τις συνθήκες- ασφαλιστικό φορέα.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ

- Πάροχος υπηρεσιών υγείας
- Ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία
- Σύναψη συμφωνιών
- Κατά κεφαλή (capitation) αμοιβή
- Χρήση υπηρεσιών υγείας
- Υπερβάλλουσα ζήτηση
- Αναπροσαρμογή capitation αμοιβής
- Βιωσιμότητα ασφαλιστικού προγράμματος

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στο 1^ο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης περιγράφεται η ανάγκη και τα αποτελέσματα της σύναψης συμφωνιών μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, αναλύοντας τους όρους που απαρτίζουν το μεταξύ του συμφωνητικό. Παράλληλα, αναδεικνύεται η ιστορική πλευρά της κατά κεφαλή αποζημίωσης και η αποτύπωσή της σε όρους συμφωνητικού.

Στο 2^ο κεφάλαιο, αναλύονται οι μέθοδοι αποζημίωσης ιατρών και παρόχων υπηρεσιών υγείας, δίνοντας έμφαση στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε μιας από τις υπό ανάλυση μεθόδους αποζημίωσης.

Στο 3^ο κεφάλαιο γίνεται μια αποτύπωση των εκπτώσεων της υφιστάμενης οικονομικής κρίσης στην υγεία και ποιο είναι το αποτέλεσμα αυτών των επιπτώσεων στην παρεχόμενη φροντίδα και κατ' επέκταση στη σύναψη συμβάσεων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο προσδιορίζεται ο τρόπος υπολογισμού της κατά κεφαλή αμοιβής χρησιμοποιώντας τα αποτελέσματα χρήσης ενός ασφαλιστικού προγράμματος. Στο πλαίσιο του προσδιορισμού αυτού, εντοπίζονται οι βασικές

παράμετροι που συνυπολογίζονται στον προσδιορισμό αυτό ενώ αναλύεται ο τρόπος ελέγχου της βιωσιμότητας ενός ασφαλιστικού προγράμματος.

Το τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παραπάνω ανάλυση, θεωρητική και ερευνητική.

CONTRACTING BETWEEN HEALTH SERVICES PROVIDERS AND PRIVATE INSURANCE COMPANIES – THE CAPITATION REIMBURSEMENT METHOD

Ntrimeris Andreas

**Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”
University of Piraeus- TEI of Piraeus, Greece.**

Supervisor: Dr Vozikis Athanasios

ABSTRACT

The purpose of this study is to assess the relationship between health provider and private insurance company, which consists of cash flows from the insurance company to the provider and flow of health services from the provider to the customers of the insurance company.

This exchange of services and cash flows are recorded and become the subject of agreement between these parties. Given the need to reduce the ever-increasing healthcare costs, promoting prepaid insurance programs is considered a unique solution. The individual characteristics of the method of per capita compensation and its integration in the relationship provider and insurer, reversing the terms of the assumption of financial risk are described in detail, emphasizing on imprinting the conditions of proper operation of insurance programs under capitation reimbursement in their contracts.

Furthermore, there is a description of the impact on health status of the population under the current crisis, and the results of the use of health services and the adaptation of the involved (provider, insurance company), affecting respectively the content of contracts. Furthermore, the need to use capitation reimbursement method becomes more imperative as a means to control and reduce the increasing costs that creates excess demand in the context of increased morbidity because of the hard circumstances we are experiencing.

In the context of adaptation to current data, and maintaining the profitability of the operation of insurance programs under capitation reimbursement model, the determination of the remuneration of the provider, is the most intractable problem for the provider. Unknown factors, such as rate of use of health services, health status of the insurance portfolio in combination with other factors, such as age, environment work and residence must be counted in determining the remuneration of the provider.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	vii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΩΝ (CONTRACTING)	1
1.2. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟΥ	2
1.3. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ (CARITATION) ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ	5
1.4. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΩΝ ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΩΝ CARITATION ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	12
2.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	12
2.1.1. ΚΛΑΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ.....	12
2.1.2. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ	16
2.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	22
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	22
3.1. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΖΩΗ	23
3.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	23
3.3. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	28
4.1. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΑΤΟΜΟ ΑΜΟΙΒΗΣ (CARITATION FEE).....	28
4.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	42
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	42
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	48

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: <i>Ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ</i>	6
Πίνακας 2: <i>Κριτήρια αξιολόγησης capitation αποζημίωσης</i>	20
Πίνακας 3: <i>Μηνιαία αποτελέσματα χρήσης ασφαλιστικού προγράμματος</i>	29
Πίνακας 4: <i>Σενάρια χρήσης υπηρεσιών υγείας</i>	32
Πίνακας 5: <i>Αποτελέσματα χρήσης ετών 2010-2012</i>	37
Πίνακας 6: <i>Αποτελέσματα αναπροσαρμογής capitation αμοιβής</i>	40
Γράφημα 1: <i>Οικονομικά αποτελέσματα</i>	30
Γράφημα 2: <i>Ποσοστά χρήσης υπηρεσιών υγείας</i>	31
Γράφημα 3: <i>Σύγκριση αποτελεσμάτων τρέχοντος προγράμματος & αποτελεσμάτων σεναρίων</i>	33
Γράφημα 4: <i>Οικονομικά αποτελέσματα (συμμετοχή 10%)</i>	34
Γράφημα 5: <i>Οικονομικά αποτελέσματα (συμμετοχή 15%-τρέχον πρόγραμμα)</i>	34
Γράφημα 6: <i>Οικονομικά αποτελέσματα (συμμετοχή 20%)</i>	35
Γράφημα 7: <i>% κέρδους και % συμμετοχής</i>	35
Γράφημα 8: <i>Οικονομικά αποτελέσματα ετών 2010-2012</i>	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΩΝ (CONTRACTING)

Η θεωρία της σύναψης συμφωνιών είναι μέρος μιας ευρύτερης οικονομικής θεωρίας σχετικής με τη σχέση αντιπροσώπευσης. Η σχέση αντιπροσώπευσης προκύπτει από την ύπαρξη ασυμμετρίας πληροφόρησης μεταξύ των ατόμων που εμπλέκονται σε μία συναλλαγή. Η σχέση αντιπροσώπευσης αφορά δύο μέρη, το μέρος που είναι ανεπαρκώς ενημερωμένο (principal) και το μέρος που γνωρίζει το σύνολο της πληροφορίας (agent), τα οποία μέρη επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση της χρησιμότητάς τους. Λόγω διαφορετικών ενδιαφερόντων και ασυμμετρίας πληροφόρησης, το μέρος με την ανεπαρκή πληροφόρηση πρέπει να σχεδιάσει ένα συμφωνητικό ή μεθόδους αποζημίωσης για να εξασφαλίσει ότι το μέρος που έχει το σύνολο της πληροφορίας δεν θα το εξαπατήσει. Τοιουτοτρόπως, οι όροι του συμφωνητικού είναι κρίσιμοι. Με το συμφωνητικό, επομένως, διαμοιράζεται το ρίσκο και οι ευθύνες μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών.¹

Η σύναψη συμφωνιών (contracting) είναι απαραίτητη όταν ένας από τους συμβαλλόμενους αγοράζει υπηρεσίες και το άλλο συμβαλλόμενο μέρος τις παρέχει.² Τα πλεονεκτήματα τη διαδικασίας αυτής συνοψίζονται στα εξής:

- i. Σύνδεση κονδυλίων, αποτελεσμάτων χρήσης υπηρεσιών υγείας και πρότυπων κατανάλωσης διευκολύνοντας την μέτρηση και κατ' επέκταση την εφαρμογή βελτιώσεων σε θέματα απόδοσης και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ii. Καθορισμός των ρόλων και του πεδίου ευθυνών των συμβαλλομένων.

Ένα συμφωνητικό παρέχει τη δυνατότητα να καθοριστούν με σαφήνεια το εύρος, η ποσότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών, τις οποίες θα παρέχει ο πάροχος. Κατά τη σύναψη συμφωνιών θα πρέπει να επιτευχθεί ο μέγιστος βαθμός συνεργασίας

¹ Mills, Anne, Broomborg, Jonathan, *Experiences of contracting Health services: an overview of the literature*, HEPP working paper, January 1998, LSHTM, σελ. 9.

² England, Roger, *Contracting and performance management in the Health Sector*, DFID Health System Resource Centre, 2000, σελ. 1.

μεταξύ των συμβαλλομένων και αυτό μπορεί πραγματοποιηθεί λαμβάνοντας υπόψη τα εξής:

- i. Αμοιβαία κατανόηση και συμμετοχή στην διαδικασία της σύναψης συμφωνίας.
- ii. Την αποδοχή ότι όλα τα συμβαλλόμενα μέρη οφείλουν να διαχειριστούν και να μοιράσουν το οικονομικό ρίσκο.
- iii. Την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων παρέχοντας την αναγκαία εμπιστοσύνη μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών και διευρύνοντας το πεδίο ικανοτήτων.
- iv. Υιοθέτηση συστημάτων υποστήριξης της διαχείρισης της διαδικασίας.
- v. Πλαίσιο όρων του συμφωνητικού, το οποίο δεν θα λειτουργεί ανασταλτικά για την ανάπτυξη καινοτομιών.

1.2. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟΥ

Το συμφωνητικό παρέχει με σαφήνεια του όρους σύμφωνα με τους οποίους παρέχονται οι αιτούμενες υπηρεσίες. Οι όροι αυτοί καθορίζουν το εύρος της ευθύνης των συμβαλλομένων με απώτερο σκοπό τον επιμερισμό του οικονομικού κινδύνου και στα δύο συμβαλλόμενα μέρη.³

Συνοπτικά, οι όροι αυτοί αφορούν:

- i. Τον τρόπο λειτουργίας του συμφωνητικού (υποχρεώσεις των συμβαλλομένων μερών)
- ii. Τις παρεχόμενες παροχές
- iii. Τη διάρκεια του συμφωνητικού

³ Brandenburg, Claudia A., *Analysing the relation between hospitals and health insurance companies in the Netherlands, the added value of the transaction costs theory*, Arthur Andersen Business Consulting, Rotterdam, 2000, σελ. 7, και Mills, Anne, Broomberg, Jonathan, *Experiences of contracting Health services: an overview of the literature*, HEPP working paper, January 1998, LSHTM, σελ. 10-16.

- iv. Τις εξαιρούμενες περιπτώσεις (αν υπάρχουν)
- v. Την καταγγελία του συμφωνητικού
- vi. Την προστασία προσωπικών δεδομένων
- vii. Τον τρόπο αποζημίωσης του παρόχου υπηρεσιών υγείας
- viii. Τον τρόπο πληρωμής του παρόχου
- ix. Τους γενικούς όρους-οριοθέτηση ευθυνών-επίλυση διαφορών

Ο τρόπος λειτουργίας του συμφωνητικού περιλαμβάνει την περιγραφή της ιδιότητας των συμβαλλομένων (ασφαλιστική εταιρεία ή φορέας, διαγνωστικό κέντρο, νοσοκομείο) και των υποχρεώσεων τους για τη εύρυθμη λειτουργία της σύμβασης. Οι υποχρεώσεις περιλαμβάνουν τις πληροφορίες που πρέπει να ανταλλάξουν, την περιγραφή τη παροχής των υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένων και των πληροφοριών που αφορούν τις υποχρεώσεις αυτών που απολαμβάνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες διατυπώνονται με σαφήνεια είτε αυτές αφορούν πρωτοβάθμια, είτε δευτεροβάθμια περίθαλψη, είτε συνδυασμό και των δύο. Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν, συνήθως, διαγνωστικές εξετάσεις, ιατρικές επισκέψεις και εξετάσεις προληπτικού ελέγχου (check up), εκπαιδευτική πολιτική σε νοσήλια σε περίπτωση εισαγωγής σε νοσοκομείο. Σε αυτόν τον βασικό κορμό παροχών, προστίθενται παροχές ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων που απολαμβάνουν τις υπηρεσίες αυτές.

Σε κάθε συμφωνητικό αναφέρεται η διάρκεια του -αορίστου ή ορισμένου χρόνου- καθώς και η ημερομηνία έναρξης ισχύος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η περιγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συνοδεύονται από πιθανές εξαιρούμενες περιπτώσεις ανάλογα με το πρόγραμμα υγείας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων για τα οποία προορίζονται οι εν λόγω παροχές (ηλικία, περιοχή διαμονής, περιβάλλον εργασίας κτλ.). Σε αυτές, συνήθως, συγκαταλέγονται περιπτώσεις που αφορούν προϋπάρχουσες παθήσεις, ατυχήματα που προκαλούνται από φυσικές καταστροφές (σεισμό, πλημμύρες), κατά τη διάρκεια της στρατιωτικής θητείας, ανίατες ασθένειες κτλ. Προσδιορίζεται, με άλλα λόγια, με σαφή τρόπο το πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εξαλείφοντας της περιπτώσεις

υπερβάλλουσας ζήτησης. Πρέπει να γίνει σαφές ότι χωρίς τις εξαιρούμενες περιπτώσεις κανένα πρόγραμμα υγείας δεν θα ήταν βιώσιμο και αποδοτικό και για τα δύο συμβαλλόμενα μέρη.

Η καταγγελία του συμφωνητικού περιέχει τις πληροφορίες σχετικά με τη συνιστά λόγο καταγγελίας, και πώς μπορεί να πραγματοποιηθεί από τα συμβαλλόμενα μέρη. Αν, δηλαδή, υπάρχει περίοδος προειδοποίησης καθώς και επίσης αν η καταγγελία συνοδεύεται από πιθανή επιβολή ποινικής ρήτρας στο υπαίτιο συμβαλλόμενο μέρος.

Τα αρχεία που ανταλλάσσουν οι συμβαλλόμενες πλευρές αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, τα οποία προστατεύονται από την νομοθεσία για την προστασία των οποίων θα πρέπει να υιοθετούνται αυστηρά μέτρα ασφαλείας, τόσο κατά την μεταφορά τους, όσο και κατά τη φύλαξή τους. Θα πρέπει να τονιστεί ότι μέρος αυτών αποτελούν περιεχόμενο του ιατρικού ιστορικού των ατόμων που δικαιούνται τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Από ένα συμφωνητικό δεν μπορεί να λείπει η αναφορά στον τρόπο αποζημίωσης του παρόχου υπηρεσιών υγείας. Όπως θα αναφερθεί παρακάτω, ο τρόπος αυτός είναι είτε μέσω συμφωνημένης κατά άτομο αμοιβής, είτε μέσω αμοιβής κατά πράξη βάσει προσυμφωνημένων τιμών. Παράλληλα, αναφέρεται και ο τρόπος πληρωμής. Δηλαδή, έκδοση, συνήθως, τιμολογίων που αποστέλλονται στον ασφαλιστικό φορέα, ο οποίος οφείλει εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου να καταβάλλει τις προβλεπόμενες πληρωμές.

Το τελευταίο μέρος ενός συμφωνητικού περιλαμβάνει τους γενικούς όρους, στους οποίους διασαφηνίζεται το όριο ευθύνης των συμβαλλομένων καθώς οι τοπικές δικαστικές αρχές, οι οποίες είναι αρμόδιες για την επίλυση σχετικών διαφορών.

1.3. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ (CAPITATION) ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Η λέξη capitation προέρχεται από τη φράση *per capita*, η οποία σημαίνει κατά κεφαλή. Με τον όρο capitation αναφερόμαστε σε ένα συγκεκριμένο ποσό, το οποίο καταβάλλεται προκαταβολικά στον πάροχο ως αμοιβή για τις υπηρεσίες που θα παρέχει για συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Σύμφωνα με ιστορικά στοιχεία, η μέθοδος της κατά άτομο αποζημίωσης υπήρχε ανέκαθεν και κυρίως προτεινόταν σε κάθε περίπτωση αναμόρφωσης του εκάστοτε συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, όταν ο Ερρίκος I ανέλαβε τον θρόνο των ενωμένων βασιλείων της Αγγλίας και Νορμανδίας, ξεκίνησε το έργο του με εφαρμογή σειράς μεταρρυθμίσεων στο περιεχόμενο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Ιστορικές πηγές καταδεικνύουν ότι το αποτέλεσμα αυτών των μεταρρυθμίσεων ήταν η παροχή ιατρικών υπηρεσιών από έναν ιατρό με την επωνυμία John of Essex, ο οποίος λάμβανε ως αμοιβή ένα σεντ την ημέρα για τις υπηρεσίες του. Σύμφωνα με τον ιστορικό Edward J. Kealey, το ποσό αυτό ήταν σχεδόν ίσο με το ποσό που λάμβανε ένας στρατιώτης ή ένας τυφλός, γεγονός που αναδεικνύει την κοινωνική θέση του ιατρού. Η αμοιβή του John of Essex ήταν μια μορφή capitation μεθόδου: συγκεκριμένη τιμή για την θεραπεία συγκεκριμένου αριθμού ατόμων ανεξαρτήτως αν θα αρρωστήσουν ή όχι.⁴

Σύμφωνα με μία ακόμη μαρτυρία, οι αμερικανοί ιατροί, στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, λάμβαναν capitation τύπου αμοιβές. Ο συγγραφέας Marc Twain, συγκεκριμένα, αναφέρει ότι όταν ήταν νεαρός, οι γονείς του πλήρωναν τον τοπικό ιατρό 25\$ ετησίως για να παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες στα μέλη της οικογένειάς του, ανεξαρτήτως του επιπέδου υγείας τους.

Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του '60, '70 και '80 παρουσιάστηκε μία απροσδόκητη ανάπτυξη τους μεγέθους της φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον πίνακα

⁴ Πηγή: <http://sentineleffectwordpress.com>

που ακολουθεί,⁵ τα κόστη που αφορούν τη παρεχόμενη φροντίδα υγείας αυξήθηκαν ως ποσοστό του ΑΕΠ από 5,3% το 1960 σε 12,2% το 1990.

Πίνακας 1: Ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ

Έτος	Δολάρια (δισεκατομμύρια)	Κόστος ανά άτομο	% του ΑΕΠ
1960	27,1	143	5,3
1965	41,6	204	5,9
1970	74,4	346	7,4
1975	132,9	592	8,4
1980	250,1	1.064	9,2
1985	422,6	1.711	10,5
1990	675,0	2.601	12,2

Η αντίδραση σε αυτήν την χωρίς προηγούμενο αύξηση στα κόστη ήταν η ανάπτυξη και εδραίωση του λεγόμενου *managed care*, και η αντικατάσταση των παραδοσιακών ασφαλιστικών πλάνων. Ο όρος *managed care* αναφέρεται σε μια ευρεία ποικιλία οργανωτικών δομών, στις οποίες συγκαταλέγονται οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας (HMOs) και οι Οργανισμοί Προτιμώμενου Παρόχου (PPOs), το οποίων βασικό χαρακτηριστικό είναι η χρήση συγκεκριμένων μεθόδων για τον περιορισμό του κόστους. Συνοπτικά, οι μέθοδοι αυτοί είναι οι εξής:

1. Παροχή υπηρεσιών υγείας μόνο από συγκεκριμένο δίκτυο ιατρών ή/και διαγνωστικών κέντρων/νοσοκομείων. Η χρήση κινήτρων όπως μειωμένες τιμές ή επιπλέον εκπτώσεις στην περίπτωση χρήσης του συνεργαζόμενου δικτύου, βοηθούν προς την κατεύθυνση αυτή.
2. Διαχείριση της χρήσης υπηρεσιών υγείας, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της παρακολούθησης αναφορών χρήσης και της εφαρμογής της διαδικασίας προέγκρισης των αιτούμενων υπηρεσιών.
3. Εφαρμογή οικονομικών κινήτρων για τον περιορισμό του κόστους. Τα μέλη για παράδειγμα των PPOs απολαμβάνουν εκπτώσεις στις περιπτώσεις χρήσης των συνεργαζόμενων ιατρών. Οι HMOs δεν

⁵ Trauner, B. Joan, Chessnutt, S. Julie, *Medical Groups in California: Managing Care Under Capitation*, Health Affairs, vol. 15, no 1, 1996, σελ. 165-169.

καλύπτουν, από την άλλη μεριά, τις υπηρεσίες υγείας που διενεργούνται εκτός του δικτύου συνεργαζόμενων ιατρών και διαγνωστικών κέντρων.

Η μεγαλύτερη ανάπτυξη των προπληρωμένων προγραμμάτων υγείας και των HMOs παρουσιάστηκε στις αρχές τη δεκαετίας του '70. Το 1970 υπήρχαν μόνο 37 HMOs στις ΗΠΑ, παρέχοντας κάλυψη σε περισσότερους από 2 εκατομμύρια δικαιούχους υπηρεσιών υγείας, ενώ το 1995 υπήρχαν 617 HMOs με χαρτοφυλάκιο που ξεπερνούσε τα 51 εκατομμύρια άτομα. Η επιτυχία αυτή των οργανισμών οργανωμένης φροντίδας οφείλεται στην ικανότητά τους να παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε χαρτοφυλάκιο έναντι καθορισμένης μηνιαίας αμοιβής ανά άτομο. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εφαρμογή της capitation αποζημίωσης είχε αρχικά πολύ μικρή απήχηση. Στη συνέχεια εκτιμώντας τις επιδράσεις της μεθόδου στον περιορισμό του κόστους, είχε καθολική εφαρμογή.

Συνοψίζοντας, τα πλεονεκτήματα της μεθόδου capitation αποζημίωσης είναι τα ακόλουθα:

1. Οι πάροχοι εισπράττουν προκαταβολικά συγκεκριμένη αμοιβή γεγονός που καθιστά τα έσοδα από τη μέθοδο αυτή εύκολα υπολογίσιμα και προβλέψιμα συγκριτικά με άλλες μεθόδους αποζημίωσης (π.χ. κατά πράξη και περίπτωση [fee for service]).
2. Είναι συμβατή η μέθοδος και λειτουργεί επικουρικά προς την επίτευξη διεθνών στόχων (Π.Ο.Υ.), όσον αφορά της φροντίδα υγείας, όπως, για παράδειγμα, μείωση του κόστους και έμφαση στην πρόληψη.
3. Οδηγεί στη μείωση του διαχειριστικού κόστους.
4. Ενθαρρύνει και καθοδηγεί τους χρήστες υπηρεσιών υγείας στη χρήση χαμηλού κόστους θεραπείες, στο πλαίσιο πάντα της ιατρικής δεοντολογίας.

1.4. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΩΝ ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΩΝ CAPITATION ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

Το περιεχόμενο των συμφωνητικών της capitation αποζημίωσης είναι πιο σύνθετη από τα συμφωνητικά άλλων μορφών αποζημίωσης λόγω της ανάγκης επιμερισμού του ρίσκου-κινδύνου. Οι όροι που περιέχουν είναι περισσότεροι και πιο αναλυτικοί, αποτυπώνοντας την παραμικρή λεπτομέρεια. Με αυτόν τον τρόπο, δημιουργείται ένα πολύ συγκεκριμένο πλαίσιο στο οποίο αντισταθμίζονται οι απαιτήσεις της ασφαλιστικής εταιρείας με εκείνες του παρόχου υγείας. Μόνο σε ένα αυστηρό πλαίσιο, στο οποίο καθορίζεται και αναλύεται η παραμικρή λεπτομέρεια, μπορεί η capitation συμφωνία να αποδώσει κέρδη τόσο για τον πάροχο όσο και για αυτούς που απολαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας, τους ασφαλισμένους δηλαδή, και κατ' επέκταση για την ασφαλιστική εταιρεία.⁶

Εντός του πλαισίου αυτού γίνεται αναφορά:

1. Στον τρόπο λειτουργίας της σύμβασης (υποχρεώσεις της ασφαλιστικής εταιρείας, των ασφαλισμένων και του παρόχου υγείας)
2. Στις προσφερόμενες παροχές
3. Στη διάρκεια του συμφωνητικού
4. Στις εξαιρέσεις
5. Στο πλαίσιο καταγγελίας του συμφωνητικού
6. Στην προστασία προσωπικών δεδομένων
7. Στην αμοιβή του παρόχου υγείας
8. Στον τρόπο πληρωμής
9. Στους γενικούς όρους

Ο όρος σχετικά με τη λειτουργία της σύμβασης περιλαμβάνει:

⁶ American Medical Association, *Model managed care contract*, 2005, σελ. 8-13.

- Τις υποχρεώσεις της ασφαλιστικής εταιρείας: τα αρχεία με τα στοιχεία των ασφαλισμένων που δικαιούνται τις παροχές του ασφαλιστικού προγράμματος καθώς και τα επιμέρους στοιχεία (περίοδος αναμονής, ημερομηνίας έναρξης/λήξης ασφαλιστηρίου) που απαιτούνται για την ομαλή λειτουργία της σύμβασης.
- Τις υποχρεώσεις των ασφαλισμένων: τα επίσημα έγγραφα που θα πρέπει να φέρει για τον απαιτούμενο έλεγχο ταυτοπροσωπίας, ιατρικό παραπεμπτικό και ποιες πληροφορίες πρέπει να περιέχει (συμπτωματολογία-νόσημα, ημερομηνία έκδοσης, σφραγίδα και υπογραφή ιατρού), σε ποιο αριθμό καλεί για τον συντονισμό των δικαιούμενων παροχών.
- Τις υποχρεώσεις του διαγνωστικού κέντρου: να παρέχει τις υπηρεσίες στους δικαιούχους του εκάστοτε ασφαλιστικού προγράμματος.

Ο όρος με τις παροχές του προγράμματος περιλαμβάνει τις περιγραφές των παροχών του εκάστοτε ασφαλιστικού προγράμματος. Ο βασικός κορμός των προγραμμάτων υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελείται από τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και ιατρικών επισκέψεων με ή χωρίς συμμετοχή. Στον κορμό αυτό προστίθενται επιπλέον παροχές, όπως κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις, διενέργεια προληπτικών ελέγχων (check up), προγεννητικός έλεγχος για τις γυναίκες ασφαλισμένες, κατ' οίκον αιμοληψία, νοσηλεία κατ' οίκον, οδοντιατρικές πράξεις, επισκέψεις σε φυσικοθεραπευτήρια.

Ο όρος που περιγράφει τη διάρκεια του συμφωνητικού, τη διακρίνει σε ορισμένου και αορίστου χρόνου. Στην πλειοψηφία του τα συμφωνητικά capitation αποζημίωσης είναι ορισμένου χρόνου από ένα (1) έως τρία (3) έτη, χωρίς, βέβαια, να εξαιρούνται οι περιπτώσεις αορίστου διάρκειας. Η επιλογή της διάρκειας του συμφωνητικού διενεργείται λαμβάνοντας υπόψη τους ακόλουθους παράγοντες:

- Καταγγελία της σύμβασης
- Τη δυνατότητα ανανέωσης με ευνοϊκότερους όρους
- Τα αποτελέσματα της πορείας της σύμβασης κατά τους πρώτους έξι (6) μήνες λειτουργίας της

Όσο πιο αυστηρό είναι το πλαίσιο καταγγελίας της σύμβασης (ποινική ρήτρα), τόσο πιο περιορισμένο το χρονικό διάστημα λειτουργίας της.

Η περιορισμένη χρονική διάρκεια του συμφωνητικού εξυπηρετεί την ασφαλιστική εταιρεία, η οποία στο πλαίσιο της ανανέωσης της διάρκειας του συμφωνητικού -και βάσει του μεγέθους του χαρτοφυλακίου- μπορεί να επιδιώξει ευνοϊκότερους και επωφελής για αυτήν όρους.

Επιπρόσθετα, τόσο για την ασφαλιστική εταιρεία, όσο και για τον πάροχο υπηρεσιών υγείας, η περίπτωση μη προσδοκώμενων αποτελεσμάτων κατά τους πρώτους μήνες λειτουργίας του συμφωνητικού οδηγεί σε δικλείδες ασφαλείας για επαναπροσδιορισμό των παροχών και των αντίστοιχων αμοιβών.

Το σημαντικότερο ίσως σημείο ενός συμφωνητικού capitation μορφής είναι η σαφής διατύπωση και απόδοση των εξαιρούμενων της ασφαλιστικής κάλυψης περιστατικών. Σε αυτόν τον όρο διασαφηνίζεται ποιες περιπτώσεις δεν περιλαμβάνονται στην ασφαλιστική κάλυψη, καθορίζοντας το πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών του ασφαλιστικού προγράμματος. Χαρακτηριστικές εξαιρέσεις αποτελούν οι διαγνωστικές εξετάσεις για έλεγχο γονιμότητας, για HIV, για προληπτικό έλεγχο (check up), διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούν παθήσεις που προϋπήρχαν της ασφαλιστικής κάλυψης, διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούν παρακολούθηση εγκυμοσύνης και τις επιπλοκές αυτής. Υπάρχουν, βέβαια, ασφαλιστικά προγράμματα, τα οποία ανταποκρινόμενα στις επιταγές και στις ανάγκες των ασφαλισμένων παρέχουν υπηρεσίες που ανήκουν στις προαναφερθείσες εξαιρέσεις καταβάλλοντας το αντίστοιχο επασφάλιστρο.

Ο όρος σχετικά με την καταγγελία του συμφωνητικού περιλαμβάνει τις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο πάροχος υπηρεσιών υγείας και η ασφαλιστική εταιρεία

- Μπορούν να καταγγείλουν τους όρους του συμφωνητικού. Τους λόγους, δηλαδή, για τους οποίους έκαστο των συμβαλλομένων μερών επιτρέπεται να καταγγείλει το περιεχόμενο της σύμβασης.
- Το χρονικό πλαίσιο στο οποίο μπορεί να γίνει η καταγγελία.
- Την αναφορά ποινικής ρήτρας σε περίπτωση που υπάρχει ή αν γίνεται αζημίως και για τα δύο συμβαλλόμενα μέρη.

Ένας επίσης σημαντικός όρος του συμφωνητικού αφορά την προστασία προσωπικών δεδομένων. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ασφαλιστική εταιρεία κοινοποιεί -για τις ανάγκες λειτουργίας της σύμβασης- τα στοιχεία των ασφαλισμένων (διεύθυνση, τηλέφωνο, Α.Δ.Τ. κ.ά.) στον πάροχο υγείας, ο οποίος βάσει νομοθεσίας θα πρέπει να διαφυλάττει την εχεμύθεια των στοιχείων αυτών και όχι να τα διαθέτει στη υπηρεσία τρίτων ή για την προώθηση δικών του προϊόντων. Παραβίαση αυτού του όρου αποτελεί συνήθως λόγο καταγγελίας της σύμβασης.

Ξεχωριστό κεφάλαιο στο περιεχόμενο του συμφωνητικού καταλαμβάνει η αναφορά στην αμοιβή του παρόχου υπηρεσιών υγείας από την ασφαλιστική εταιρεία. Στην περίπτωση που μελετούμε, πρόκειται για την πληρωμή κατά κεφαλήν (capitation). Η αμοιβή του παρόχου υπηρεσιών υγείας αφορά τη συνολική ετήσια αμοιβή ανά άτομο και ανά ασφαλιστικό έτος. Στο ίδιο κεφάλαιο αναφέρεται ο τρόπος υπολογισμού της αμοιβής αυτής, λαμβάνοντας υπόψη το εν ισχύ χαρτοφυλάκιο του προηγούμενου μήνα πολλαπλασιαζόμενο με την αντίστοιχη μηνιαία αμοιβή.

Ο επίλογος των όρων του συμφωνητικού περιλαμβάνεται στο κεφάλαιο με γενικούς όρους, των οποίων το περιεχόμενο αφορά γενικές ρυθμίσεις του συμφωνητικού, όπως την καθολική ισχύ των όρων, των τυχόν παραρτημάτων, την έγγραφη ειδοποίηση του εκάστοτε συμβαλλόμενου για τυχόν αλλαγές σε οποιοδήποτε όρο, τα αρμόδια δικαστήρια σε περίπτωση δικαστικής επίλυσης ζητημάτων.

Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω ανάλυση, οι capitation συμφωνίες αμοιβής των παρόχων υπηρεσιών υγείας απαιτεί εξαιρετική σαφήνεια και λεπτομέρεια στην διατύπωση των όρων που απαρτίζουν το συμφωνητικό. Τα σημαντικότερα σημεία ενός συμφωνητικού είναι -από την πλευρά του παρόχου υπηρεσιών υγείας- το κεφάλαιο με τις παροχές που δικαιούνται οι ασφαλισμένοι, οι εξαιρέσεις και η αμοιβή του παρόχου από την ασφαλιστική εταιρεία καθώς και ο καθορισμός του τρόπου πληρωμής βάσει του τρόπου πληρωμής των ασφαλιστρών (ετήσιος, εξαμηνιαίος, τριμηνιαίος, μηνιαίος).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα στη χρηματοδότηση σχετικά με τη λειτουργία ενός υγειονομικού συστήματος, είναι ο τρόπος αποζημίωσης των παραγωγών των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα του ιατρικού προσωπικού, το οποίο αποτελεί το στοιχείο-κλειδί που διαμορφώνει με τη στάση και τη συμπεριφορά του, τον όγκο και την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών.⁷ Η αποτίμηση των μεθόδων αποζημίωσης των ιατρών δεν είναι απλό ζήτημα. Η πληρωμή του ιατρικού σώματος επηρεάζει σημαντικά τη συμπεριφορά του απέναντι στον ασθενή και συνεπώς στην κοινωνία. Όταν αναφερόμαστε στις μεθόδους χρηματοδότησης ή στους τρόπους αποζημίωσης-αμοιβής των παραγωγών-προμηθευτών, κυρίως αναφερόμαστε στον τρόπο αμοιβής των ιατρών και δευτερευόντως στον τρόπο πληρωμής για την αγορά φαρμακευτικών ή άλλων ιατρικών αγαθών. Ο τρόπος πληρωμής των ιατρών προσδιορίζει, τόσο τη συμπεριφορά των ιδίων, δηλαδή τις κατευθύνσεις της προσφοράς, όσο και τη συμπεριφορά των καταναλωτών-ασθενών, δηλαδή της ζήτησης. Ο τρόπος αμοιβής των προμηθευτών επιδρά στην ποιότητα, στο κόστος και στην κατανομή των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι μέθοδοι αποζημίωσης διακρίνονται σε κλασικές και σύγχρονες.⁸

2.1.1. ΚΛΑΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Οι βασικές τεχνικές χρηματοδότησης-πληρωμής των ιατρών είναι οι ακόλουθες:

- i. Αμοιβή κατά πράξη (fee for service)
- ii. Αμοιβή με μισθό

⁷ Πηγή: www.healthacademy.gr

⁸ Σούλης, Σωτήρης, *Οικονομική της Υγείας*, Αθήνα, Παπαζήση, 1999², σ. 285.

iii. Αμοιβή κατά κεφαλή (capitation)

Η αμοιβή κατά πράξη περιλαμβάνει α) την αποζημίωση με τιμές αγοράς και β) την αποζημίωση με προκαθορισμένες τιμές.

Στην πρώτη περίπτωση, ο καταναλωτής ιατρικών υπηρεσιών καταβάλλει μία τιμή, η οποία διαμορφώνεται από τους ίδιους τους ιατρούς με βάση τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης. Η πληρωμή μπορεί να γίνεται με προσωπική χρέωση του καταναλωτή ή απευθείας από τον ασφαλιστικό του φορέα, ή μέρος από τον καταναλωτή και το υπόλοιπο από το ταμείο του. Η μέθοδος αυτή, παρά το πλεονέκτημα της επιλογής του ιατρού και της διαπροσωπικής σχέσης που διαμορφώνεται μεταξύ αυτού και των ασθενών, εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους συνεχούς αύξησης του κόστους και του όγκου των προσφερόμενων υπηρεσιών, δηλαδή πρόκληση υπερβάλλουσας ζήτησης.

Στην δεύτερη περίπτωση, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί διαπραγματεύονται με τους ιατρούς τις τιμές για μία σειρά προσφερόμενων ιατρικών πράξεων και καθορίζεται ένας τιμοκατάλογος, σύμφωνα με τον οποίο, αποζημιώνουν κάθε φορά τους προμηθευτές. Ο μηχανισμός έχει τα ίδια πλεονεκτήματα με την προηγούμενη μέθοδο και συγκρατεί ταυτόχρονα το κόστος και τον όγκο των προσφερόμενων υπηρεσιών, αν και εφόσον υπάρχουν σοβαροί μηχανισμοί ελέγχου από την πλευρά των ασφαλιστικών οργανισμών. Στην πράξη, όταν δεν συμβαίνει αυτό, οι ιατροί αναγκάζουν τους καταναλωτές σε επιπλέον αμοιβή ή σε επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις ή σε υπερβάλλουσα φαρμακευτική αγωγή.

Ζητήματα ηθικού κινδύνου (moral hazard), μπορούν να αναγνωριστούν από αυτή τη μέθοδο χρηματοδότησης, αφού τείνουν διαρκώς να αυξάνονται το κόστος και η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και οι εργοδότες δεν μπορούν να ελέγξουν τις ιατρικές πράξεις, ενώ παράλληλα δεν υπάρχουν κίνητρα για συγκράτηση των δαπανών από τους ιατρούς. Οι ιατροί επιδιώκουν αύξηση της ζήτησης αφού οι οικονομικές τους απολαβές είναι ανάλογες με τον αριθμό των ιατρικών πράξεων. Παράλληλα, παρατηρείται εξαναγκασμός των ασθενών από τους ιατρούς σε επιπρόσθετη αμοιβή, υπερβολική συνταγογράφηση, πληθώρα διαγνωστικών εξετάσεων και υψηλού κόστους θεραπεία.

Στην περίπτωση της αμοιβής με μισθό, ο ιατρός αμείβεται με πάγιο μισθό για προσφορά ιατρικών υπηρεσιών, σε καθορισμένο ωράριο, συνήθως στα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, στα αγροτικά ιατρεία, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή στα κέντρα υγείας. Ο ιατρός μπορεί να είναι μόνιμος, με σύμβαση αορίστου χρόνου, με σύμβαση ορισμένου χρόνου κα πλήρους ή μερικής απασχόλησης.

Το σύστημα αυτό μοιάζει να ελέγχει τις δαπάνες των ιατρικών πράξεων και δεν προκαλεί αύξηση της ζήτησης. Απαραίτητη, όμως, προϋπόθεση της σωστής λειτουργίας του είναι η ύπαρξη ενός καλά οργανωμένου διοικητικού και διαχειριστικού συστήματος και υψηλού επιπέδου οργάνωσης των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών, για να μην υπάρξουν προβλήματα γραφειοκρατίας και μη ικανοποίηση της ζήτησης.

Συνήθως, παρατηρείται αδυναμία εξυπηρέτησης των συμβεβλημένων καταναλωτών ή των ασφαλισμένων εξαιτίας της μειωμένης παραγωγικής απόδοσης των ιατρών, οι οποίοι προσβλέπουν μόνο στην οικονομική απόδοση του παράλληλου ιδιωτικού τους ιατρείου. Οι λίστες αναμονής και η κατάληξη στο ιδιωτικό ιατρείο των ιατρών είναι η συνήθης παρατηρούμενη κατάσταση που επιφέρει ο εν λόγω χρηματοδοτικός μηχανισμός. Η εξουσιαστική κοινωνική αντίληψη των ιατρών τους οδηγεί σε παραγωγικά αποτελέσματα μόνο μέσω της οικονομικής απόδοσης ενός εισοδήματος, πολύ μεγαλύτερου του μέσου εισοδήματος των υπόλοιπων κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών.

Επιπλέον, η μη ελεύθερη επιλογή ιατρού και το χαμηλό επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενών οδηγεί στην αδυναμία ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, γεγονός που μειώνει την ποιότητα των υπηρεσιών. Ο ρόλος του υπαλλήλου που αποκτά ο ιατρός, χωρίς να έχει οικονομικά κίνητρα παραγωγικότητας έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της απόδοσής του και τη στροφή του στην «ακριβή» συνταγογραφία, προκειμένου να αυξήσει το εισόδημά του. Ο χαμηλός μισθός δεν εξασφαλίζει τη δυνατότητα αύξησης των γνώσεων μέσω της έρευνας ή της μετεκπαίδευσης.⁹

⁹ Μούρτου, Ευστρατία Χ., «Μέθοδοι αποζημίωσης των ιατρών εξωνοσοκομειακής περιθαλψης στην Ελλάδα», *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 15, τεύχος, 86, Φεβρουάριος 2004, σελ. 6.

Κατά την αμοιβή κατά κεφαλή (per capita), ο συμβεβλημένος ιατρός ενός ασφαλιστικού φορέα, είναι υποχρεωμένος να δέχεται ένα ορισμένο αριθμό ασφαλισμένων. Ο αριθμός εξαρτάται από την ειδικότητα του ιατρού. Ο ιατρός αμοιβεται κατά ασφαλισμένο, ένα ορισμένο ποσό που συμφωνείται εκ των προτέρων με τον ασφαλιστικό οργανισμό και δεν εξαρτάται από τον αριθμό των επισκέψεων του κάθε ασφαλισμένου.

Ο καταναλωτής επιλέγει τον ιατρό του. Η δυνατότητα επιλογής αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα στο σύστημα αυτό, γιατί σε περίπτωση μη ικανοποίησης του ασφαλισμένου-καταναλωτή από τον συγκεκριμένο ιατρό, του παρέχεται η δυνατότητα αλλαγής του.

Οι χρηματοδότες και οι παραγωγοί γνωρίζουν από την αρχή τα οικονομικά στοιχεία των εξόδων ή των εσόδων τους. Η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών τους επιτρέπει να οργανώνουν τη δουλειά τους καλύτερα, επιλέγοντας του συνεργάτες τους, το ωράριο και τις εγκαταστάσεις τους, με αποτέλεσμα την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, ενισχύεται ιδιαίτερα η πρόληψη. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης ελαχιστοποιείται, αφού οι ιατροί δεν επιδιώκουν την αύξηση της ζήτησης, μη έχοντας κίνητρα για αυτό. Οι ασθενείς επιλέγουν ελεύθερα τον ιατρό που επιθυμούν εξασφαλίζοντας καλύτερες σχέσεις επικοινωνίας, ενώ μειώνεται η ασυμμετρία πληροφόρησης. Μειονέκτημα αποτελούν οι συχνές παραπομπές ασθενών στα νοσοκομεία, προκειμένου να μειωθεί ο χρόνος εξέτασης των ασθενών.

Με τη μέθοδο αυτή, ο κάθε πολίτης αισθάνεται ότι έχει τον δικό του οικογενειακό ιατρό, για μεγάλο χρονικό διάστημα μέσω του οποίου εξασφαλίζεται υψηλή συνέχεια στη φροντίδα. Ο ιατρός έχει επαγγελματική αυτονομία, αφού είναι υπεύθυνος για τη στελέχωση, οργάνωση και λειτουργία του ιατρείου του. Για τον ασφαλιστικό φορέα το κόστος είναι σε μεγάλο ποσοστό προβλέψιμο, ενώ το σύστημα δεν δημιουργεί κίνητρα για υπερκατανάλωση, αλλά αντίθετα ενθαρρύνει του ιατρούς να προάγουν την πρόληψη και να περιορίζουν τις άσκοπες επισκέψεις.¹⁰

Η αμοιβή κατά κεφαλή θα μπορούσε να λειτουργεί σε ικανοποιητικό βαθμό με δύο προϋποθέσεις:

¹⁰ Kwon, Soonman, *Payment systems for providers in health insurance markets*, The Journal of Risk and Insurance, vol. 64, no 1, March 1997, σελ. 158.

i. να μην απορρίπτονται ασθενείς που καταναλώνουν μεγάλο όγκο υπηρεσιών και να υπάρχουν υψηλότερες αμοιβές για συγκεκριμένες κατηγορίες καταναλωτών και

ii. να υπάρχει ανώτατο όριο συμβεβλημένων μελών, ώστε να μην μειώνεται ο χρόνος επικοινωνίας και να μην υπάρχουν καθυστερήσεις.

2.1.2. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Για την αποφυγή των αρνητικών συνεπειών από την εφαρμογή των κλασικών μεθόδων αποζημίωσης των παραγωγών-προμηθευτών έχουν υιοθετηθεί, σε πολλές χώρες, διάφορα εναλλακτικά πρότυπα αποζημίωσης, τα οποία και συνιστούν ταυτόχρονα νέα οργανωτικά σχήματα προσφοράς υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Τα περισσότερο αντιπροσωπευτικά εναλλακτικά πρότυπα χρηματοδότησης που επικρατούν διεθνώς είναι:

- i. Οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας (Health Maintenance Organizations HMO's)
- ii. Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (Reseaux de Soins Coordonnes RSC's)¹¹

Οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας είναι κοινοπραξίες ιατρών και νοσοκομείων που συμβάλλονται με ασφαλιστικούς φορείς ή με μεμονωμένους καταναλωτές για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών, σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο και έχουν αναπτυχθεί κυρίως στις Η.Π.Α. Η κοινοπραξία αυτή των ιατρών αμείβεται με συνδρομή κατά κεφαλή, για το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών και ανεξάρτητα από την ποσότητά τους.

Επειδή η μέθοδος αυτή περιέχει την έννοια της διαπραγμάτευσης του ύψους της κατά κεφαλή αμοιβής μεταξύ των οργανισμών αυτών και των ασφαλιστικών

¹¹ Σούλης, Σωτήρης, *Οικονομική της Υγείας*, Αθήνα, Παπαζήση, 1999², σ. 288.

εταιρειών, εξασφαλίζεται η συμπίεση των δαπανών ιατρικής περίθαλψης με παράλληλη ικανοποίηση των καταναλωτών.

Ο μεταξύ τους ανταγωνισμός προκαλεί βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και των προτεινόμενων τιμών. Υπάρχει, βέβαια, και ο κίνδυνος μονοπόλησης του χώρου από έναν Οργανισμό με όλα τα αρνητικά επακόλουθα.

Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων αποτελούν μια νεοεμφανιζόμενη διαδικασία, η οποία εφαρμόζεται στη Γαλλία και στηρίζεται στη λογική των Οργανισμών Προστασίας της Υγείας. Η διαφορά τους συνίσταται στον τρόπο με τον οποίο προκαθορίζεται το ύψος της κατά κεφαλή αμοιβής.

Το Δίκτυο Συντονισμένων Φροντίδων σχηματίζεται από ομάδα επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους αμειβόμενοι με μία ετήσια συνδρομή κατά κεφαλή. Η ετήσια αυτή συνδρομή υπολογίζεται όχι βάσει του συνολικού πακέτου υπηρεσιών, αλλά βάσει του διαχωρισμού των ιατρικών πράξεων ανά κατηγορία κινδύνου.

Η κοστολόγηση γίνεται από ειδική επιτροπή σε εθνικό επίπεδο. Τα πλεονεκτήματα του συστήματος αυτού είναι ο έλεγχος της υπερβολικής ζήτησης από την πλευρά των καταναλωτών.

2.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι μέθοδοι αποζημίωσης των παρόχων υπηρεσιών υγείας¹² είναι οι ίδιες με τις προαναφερθείσες μεθόδους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή:

- i. Μέθοδος κατά κεφαλή αποζημίωσης (per capita)
- ii. Μέθοδος κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωσης (fee for service)

Στην πρώτη περίπτωση, η αποζημίωση του παρόχου υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε προσυμφωνημένη μεταξύ των συμβαλλομένων ετήσια αμοιβή ανά άτομο, η οποία καταβάλλεται κατόπιν συμφωνημένης συχνότητας. Στις περιπτώσεις ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών η καταβολή της αμοιβής του παρόχου υπηρεσιών υγείας είναι συνήθως μηνιαία. Με τον τρόπο αυτό αποζημίωσης του παρόχου υπηρεσιών υγείας, ο έλεγχος του ρίσκου και του κόστους του εκάστοτε προγράμματος διενεργείται από τον πάροχο. Ο συγκεκριμένος τρόπος αποζημίωσης θεωρείται ως ο καλύτερος τρόπος ελέγχου του κόστους ενός προγράμματος υγείας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι το ύψος της συμφωνηθείσας αμοιβής του παρόχου για τις υπηρεσίες που θα παρέχει εξαρτάται κυρίως από το πλήθος των ατόμων που θα έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές, από το είδος των υπηρεσιών και από τις ηλικιακές κατηγορίες.¹³ Όσο μεγαλύτερο είναι το πλήθος που θα έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τόσο μεγαλύτερη η πίεση για τη μικρότερη δυνατή ετήσια αμοιβή ανά άτομο. Επιπλέον, όσο μεγαλώνει το εύρος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, τόσο αυξάνεται η συνολική ετήσια αμοιβή ανά άτομο. Επίσης, είναι φανερό ότι όσο αυξάνεται ο μέσος όρος ηλικίας μιας συγκεκριμένης ομάδας ατόμων, τόσο αυξάνονται οι ανάγκες για χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αντιστάθμιση της αυξημένης χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση του αυξημένου κόστους από τη χρήση αυτών με αντίστοιχη αύξηση της συνολικής ετήσιας αμοιβής ανά άτομο.

¹² Mills, Anne, Broomberg, Jonathan, *Experiences of contracting Health services: an overview of the literature*, HEPP working paper, January 1998, LSHTM, σελ. 13-14.

¹³ Pearce, Jonathan W., *The return of capitation: preparing for population based health care*, 02-07-2012, Healthcare Financial Management Association.

Ο πάροχος, φέροντας το βάρος του ρίσκου και της πιθανής αποτυχίας λόγω πιθανής κατάχρησης των υπηρεσιών υγείας, για τις οποίες αμείβεται ένα συγκεκριμένο ποσό, το οποίο προκύπτει λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες της προηγούμενης παραγράφου, θα πρέπει να συντονίσει και να εφαρμόσει διαδικασίες ελέγχου και περιορισμού ώστε να εξυπηρετηθούν οι πραγματικές ανάγκες του υπό εξυπηρέτηση πληθυσμού. Για να το πετύχει αυτό αναθέτει σε έναν Οργανισμό Προστασίας της Υγείας (HMO's) (ή δημιουργεί ο ίδιος αντίστοιχη υπηρεσία) τον συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η εφαρμογή μηχανογραφημένων online διαδικασιών, επιτρέποντας τη γρήγορη και αδιάλειπτη εξυπηρέτηση των ατόμων, σε συνδυασμό με το πλαίσιο που χορηγούνται οι υπηρεσίες υγείας (εξαιρέσεις κτλ.), οδηγούν στη δημιουργία ιατρικού φακέλου ανά άτομο γεγονός που βοηθά τον επιτυχή συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών βάσει πραγματικών αναγκών και την διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών.

Στην περίπτωση της μεθόδου αποζημίωσης κατά πράξη και περίπτωση, ο πάροχος αμείβεται βάσει προσυμφωνημένων τιμών και σύμφωνα με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ο ασφαλιστικός φορέας έχει την ανάληψη κινδύνου και την ευχέρεια, εφόσον το μέγεθος του χαρτοφυλακίου το επιτρέπει, να επιτύχει τις χαμηλότερες δυνατές χρεώσεις εφόσον θα πρέπει να αποζημιώσει το σύνολο της ζήτησης των υπό ασφάλιση ατόμων. Και σε αυτή την περίπτωση, ο ασφαλιστικός φορέας -για να μπορέσει να διατηρήσει το κόστος του προγράμματος σε βιώσιμο επίπεδο, αναθέτει σε έναν Οργανισμό Προστασίας της Υγείας (HMO's) την διαχείριση της ζήτησης των υπό ασφάλιση ατόμων.

Βέβαια, σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται χρήση και των δύο μεθόδων αποζημίωσης. Συμφωνείται, δηλαδή, για έναν συγκεκριμένο αριθμό ατόμων με ένα συγκεκριμένο χρηματικό όριο για διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις, μια ετήσια αμοιβή (capitation) και μετά την εξάντληση αυτού του ορίου να εφαρμόζεται η μέθοδος της αποζημίωσης κατά περίπτωση. Σε κάθε περίπτωση, η συμμετοχή των Οργανισμών Προστασίας της Υγείας για τον συντονισμό των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, την εξασφάλιση της ποιότητας αυτών καθώς και τον έλεγχο του πιθανού κόστους που προκαλεί η υπερβάλλουσα ζήτηση, κρίνεται απαραίτητη έως αναγκαία.

Ακολουθεί πίνακας με αξιολόγηση της αποζημίωσης κατά άτομο βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων.¹⁴

Πίνακας 2: Κριτήρια αξιολόγησης capitation αποζημίωσης

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Αντιστοίχιση δικαιων πληρωμών και απαραίτητων παροχών υγείας	Ο capitation τρόπος αποζημίωσης δεν παρέχει την αντιστοίχιση δικαιων πληρωμών και απαραίτητων παροχών, διότι το ποσό της πληρωμής έχει προσυμφωνηθεί και δεν έχει συνδεθεί με τον πραγματικό παρεχόμενο όγκο φροντίδας υγείας. Μόνο στην περίπτωση που το υπό ασφάλιση χαρτοφυλάκιο είναι αρκετά μεγάλο, αυξάνοντας κατ' επέκταση τα έσοδα από την capitation αποζημίωση, εξασφαλίζει την αντιστοίχιση δικαιων πληρωμών και απαραίτητων παροχών υγείας.
Θεραπεία ασθενών γρήγορα και αποτελεσματικά με το χαμηλότερο δυνατό κόστος	Η capitation αποζημίωση παρέχει ισχυρό κίνητρο στο πάροχο υπηρεσιών υγείας να θεραπεύσει τους ασθενείς όσο πιο γρήγορα και αποτελεσματικά γίνεται, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Εφόσον το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει προπληρωθεί, δεν υπάρχει κίνητρο από την πλευρά του παρόχου να επεκτείνει την θεραπεία των ασθενών πέρα από την ιατρικά επιβεβλημένη διάρκειά της.
Εύκολη διαχείριση και κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της capitation αποζημίωσης	Τα χαρακτηριστικά της capitation αποζημίωσης είναι εύληπτα και κατανοητά στους παρόχους υπηρεσιών υγείας.
Σύγκριση με άλλα είδη συμφωνιών	Η σύγκριση μεταξύ δύο διαφορετικών capitation αμοιβών είναι ήδη δύσκολη λόγω των διαφορετικών παραμέτρων που επιδρούν στην

¹⁴ Milliman & Robertson, INC., *Research Report – An innovation in hospital contracting-designing contracts that promote fair payment and aligned incentives*, 1999, σελ. 15.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
	<p>διαμόρφωση της αμοιβής, όπως ηλικία, φύλο, και επίπεδο υγείας.</p> <p>Επομένως, η σύγκριση με άλλα είδη συμφωνιών είναι εξ ορισμού εξαιρετικά δύσκολη και επιτυγχάνεται μόνο συνδυάζοντας τον εμπειρικό υπολογισμό των αιτημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που συνιστούν τον προτεινόμενο πληθυσμό.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Στις συνθήκες της υφιστάμενης χρηματοπιστωτικής κρίσης και των ανισορροπιών στο παγκοσμιοποιημένο οικονομικό σύστημα, η απουσία μηχανισμών ελέγχου, η κατάρρευση της πραγματικής οικονομίας, η ύφεση, η ανεργία, ο υπέρμετρος δανεισμός και τα χρέη πλήττουν πρωτίστως τους μηχανισμούς αναπαραγωγής της εργασίας (παιδεία, υγεία) και κοινωνικής προστασίας (ασφάλιση, υγεία). Η κατάσταση αυτή δεν επιτρέπει τη δημιουργία ενός ελάχιστου και αναγκαίου επιπέδου ασφαλείας έναντι των κοινωνικών κινδύνων (γηρατειά, αναπηρία, ασθένεια, πρόνοια) και ωθεί μεγάλο μέρος των νοικοκυριών σε μαζική πτώχευση.

Δεδομένων των συνθηκών αυτών, δηλαδή της δραματικής μείωσης των υγειονομικών πόρων και της αύξησης των κοινωνικών κινδύνων της υγείας, η επαρκής παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας δεν είναι εφικτή. Βάσει της κατάστασης αυτής, τίθεται σε ύψιστη προτεραιότητα η κινητοποίηση ουσιαστικών διαρθρωτικών αλλαγών στη διαδικασία παραγωγής, διανομής, διανομής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης.

Η επιβράδυνση του ρυθμού βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, η διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, η απουσία δικαιοσύνης στην κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους συνιστούν το υπόστρωμα της παρατεταμένης υγειονομικής κρίσης και οδηγούν το σύνολο των λειτουργιών του υγειονομικού τομέα σε απορρύθμιση.

Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό τη δημοσιονομική επιτήρηση και, επί της ουσίας υπό διεθνή οικονομικό έλεγχο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, εξαιτίας των υψηλών δημόσιων ελλειμμάτων, του μεγάλου δημόσιου χρέους και τελικά της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές. Η εξέλιξη αυτή συνδέεται με τα φαινόμενα απορρύθμισης της παγκόσμιας οικονομίας (από τα τέλη του 2008), αλλά και των σοβαρών διαρθρωτικών στρεβλώσεων και της δημοσιονομικής εκτροπής στη χώρα

μας. Η κατάσταση αυτή μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με κύρια χαρακτηριστικά την ύφεση και την ανεργία και ασκεί δυσμενείς επιδράσεις στην κοινωνική ζωή, στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης, δεδομένου ότι η μείωση ή/και η απουσία εισοδήματος, προκαλεί σημαντικές απώλειες στην ευημερία και εξωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια.

3.1. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΖΩΗ

Η παρούσα κρίση προκαλεί μηδενική ή αρνητική ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, με εξαίρεση μερικές νέες βιομηχανικές χώρες. Η παγκόσμια οικονομία εκτιμάται ότι έχει αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης. Έχει διαπιστωθεί ότι η οικονομική κρίση σε παγκόσμια κλίμακα θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ σχεδόν των εργαζομένων, οι οποίοι υφίστανται μια κατάσταση παρατεταμένης εργασιακής ανασφάλειας.

Η παρατεταμένη εργασιακή ανασφάλεια σε συνδυασμό με τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας σε παγκόσμια κλίμακα και σε επίπεδο τοπικό, καθώς και η όξυνση τους με τα μέτρα που επιβλήθηκαν από τον διεθνή έλεγχο, επέφεραν ταχείες και δραματικές μεταβολές στα βασικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση, εξαιτίας της επιδείνωσης των συνθηκών εργασίας, δημιουργεί μια απειλή, όπως ήδη σημειώθηκε, για μεγάλο μέρος των εργαζομένων, οι οποίοι βρίσκονται σε μια κατάσταση παρατεταμένου εργασιακού κινδύνου απώλεια της εργασίας.

3.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η απασχόληση συνιστά μια σημαντική παράμετρο, η οποία πλήττεται από την οικονομική κρίση. Έχει επαρκώς διερευνηθεί ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην

εργασία και η απώλεια διαθέσιμου εισοδήματος έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Σημαντικός αριθμός μελετών παρουσιάζουν ευρήματα, τα οποία, υποστηρίζουν ότι η ανεργία συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας από 20% έως 25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες και κοινωνικές τάξεις.¹⁵

Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπροσθέτως πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υπηρεσίες υγείας. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης από ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι οι πλέον εμφανείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού. Η ανεργία συνδέεται επίσης με ψυχολογικές συνέπειες (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Εξίσου σημαντικό ζήτημα προκύπτει από τη μείωση του εισοδήματος και την επακόλουθη αύξηση της πίεσης των δανειακών υποχρεώσεων των νοικοκυριών. Εμπειρικά δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία τεκμηριώνουν ότι από το σύνολο των ατόμων, τα οποία πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα, το 23% έχει χρέη από δανεισμό, σε αντίθεση με τα άτομα χωρίς ψυχικό νόσημα, όπου μόλις το 8% έχει οφειλές από δανειακές συμβάσεις.¹⁶

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλίμακα και τα άτομα και οι οικογένειες, οι οποίες βρίσκονται χαμηλά σε αυτή την κλίμακα, διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά.

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγούν πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα των αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα, τα οποία ανήκουν σε

¹⁵ Κυριόπουλος, Γ., Αθανασάκης, Κ., Παβή, Ε., *Οικονομική Κρίση και Υγεία*, Αθήνα, Καστανιώτης, 2012, σ. 28.

¹⁶ Ο. π., σελ.28.

μειονότητες όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα.

3.3. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στις υπηρεσίες υγείας, για την οποία απαιτείται η δέσμευση 1,1 τρισεκατομμύριων δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για τη διατήρηση σε υψηλό ποιοτικό επίπεδο μέρους της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας ευρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, με κορυφαίο παράδειγμα τις ΗΠΑ, στις οποίες υπάρχουν 47 εκατομμύρια ανασφάλιστοι. Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης υγείας, στους προϋπολογισμούς των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, αλλά και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών.

Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Υπό την οπτική αυτή, είναι πιθανό, να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης κατά την εκτίμηση της Παγκόσμιας Τράπεζας.

Η ανάδειξη των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (εισόδημα, εκπαίδευση, απασχόληση) ως σημαντικών συνιστωσών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας, αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική και ως εκ τούτου την αναγκαιότητα έμφασης στον τομέα αυτό.

Η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της κρίσης, αλλά και μετά, εξαιτίας των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων από το άγχος, ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες, σε πολλές περιπτώσεις, δεν δύνανται να

ανταποκριθούν στη ζήτηση, με αποτέλεσμα την πλημμελή διαχείριση των νοσημάτων και των ασθενών, ιδίως στις περιπτώσεις των χρονίως πασχόντων.

Η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες, οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η οικονομική κρίση δημιουργεί, επίσης, προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, δεδομένου ότι η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος προκαλεί μείωση των ασφαλιστικών συμβολαίων και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης, μέρος της οποίας μεταφέρεται από τον ιδιωτικό τομέα.

Στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία του 2010, στρέφεται προς τον δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24%, αλλά μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως, πράγμα το οποίο υποδηλώνει και την ανάπτυξη μηχανισμού αντίστροφης «υποκατάστασης», φαινόμενο το οποίο σχετίζεται με τη διαφορετική επιβάρυνση των καταναλωτών (με ίδιες πληρωμές ή/και παραπληρωμές) στις διάφορες υπηρεσίες υγείας.

Παρατηρείται, επίσης, σημαντική μείωση από 18% έως 25% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2010 και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Όμως, στη διάρκεια του 2011, τα φαινόμενα αυτά έχουν ενταθεί και η μείωσης χρήσης των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα προσεγγίζει το 50% σε σχέση με το 2009, καθώς επίσης και η χρήση κλινικών παρεμβατικών τεχνολογιών στον δημόσιο τομέα μειώνεται για του ίδιους λόγους, δεδομένου ότι αυτές συνδέονται με ίδιες πληρωμές και παραπληρωμές. Τα φαινόμενα αυτά σχετίζονται με την εκτεταμένη μείωση της υγειονομικής δαπάνης ως αποτέλεσμα των μέτρων του προγράμματος του διεθνούς οικονομικού ελέγχου.

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, τα

αποτελέσματα των οποίων στο επίπεδο υγείας έχουν επιδεινωθεί, ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας με το εισόδημα και η παρούσα κρίση επιβεβαιώνει τα ευρήματα αυτά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΑΤΟΜΟ ΑΜΟΙΒΗΣ (CAPITATION FEE)

Το πιο κρίσιμο σημείο ενός συμφωνητικού είναι ο προσδιορισμός της τιμής ανά άτομο, η οποία θα αποτελέσει την αμοιβή του παρόχου υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα το πιο δύσκολο εγχείρημα διότι θα πρέπει να συνυπολογιστούν πολλές μεταβλητές. Οι οικονομικοί κίνδυνοι που διέπουν μια συμφωνία κατά κεφαλή αποζημίωσης, και τους οποίους αναλαμβάνει ο πάροχος, καθιστούν αυτόματα τον πάροχο ασφαλιστικό φορέα όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, εφόσον αναλαμβάνει την ευθύνη της διαχείρισης άγνωστου μεγέθους ζημιών από τη χρήση υπηρεσιών υγείας των ασθενών τους.

Ο οικονομικός κίνδυνος προκύπτει από την ύπαρξη αβεβαιότητας σχετικά με τις ροές χρημάτων. Αν οι χρηματικές ροές ήταν γνωστές, δεν θα υπήρχε οικονομικός κίνδυνος. Εξαιτίας της αβεβαιότητας αυτής, υπάρχει πιθανότητα ένα συμβόλαιο capitation αποζημίωσης να είναι λιγότερο κερδοφόρο από ότι αναμενόταν, και όσο μεταλύτερη είναι η πιθανότητα μιας αναμενόμενης κερδοφορίας χαμηλότερης από αυτή που αναμενόταν, τόσο μεγαλύτερος ο οικονομικός κίνδυνος.

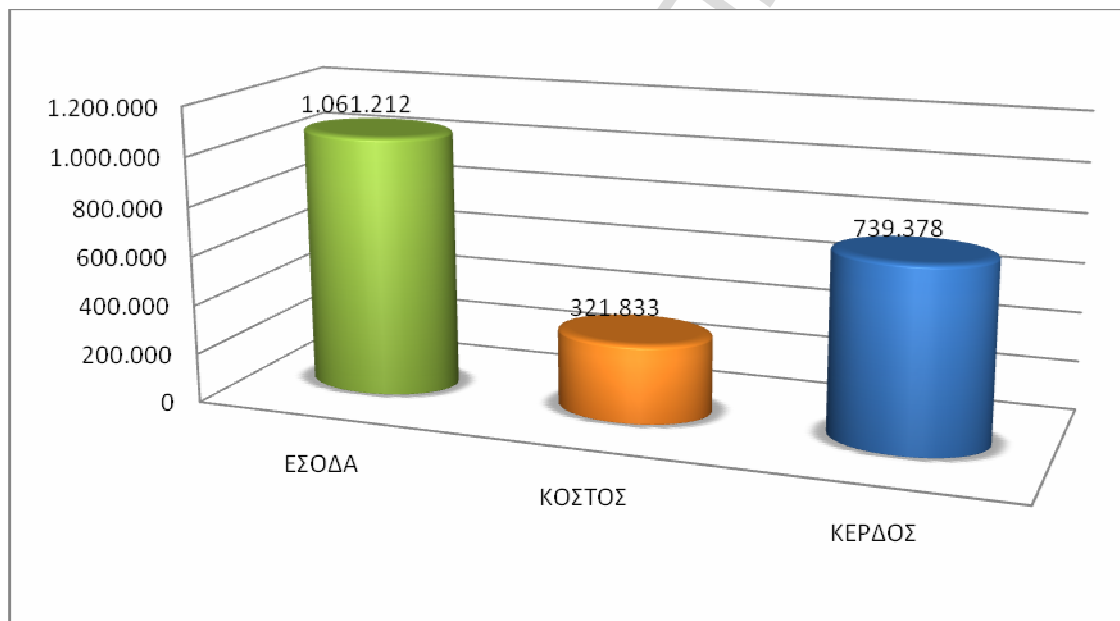
Για τον προσδιορισμό του τρόπου υπολογισμού της κατά άτομο αμοιβής θα παρουσιαστούν τα ετήσια οικονομικά αποτελέσματα ενός ασφαλιστικού προγράμματος μεγάλης ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας. Η κατά άτομο αμοιβή του παρόχου μηνιαίως είναι 4,03€, η συμμετοχή των ασφαλισμένων στην αξία των διενεργηθεισών διαγνωστικών εξετάσεων είναι 15%, για τις ιατρικές επισκέψεις 10€ και για τις κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις 15€. Το υπό ασφάλιση χαρτοφυλάκιο αριθμεί περίπου 17.000 άτομα.

Πίνακας 3: Μηνιαία αποτελέσματα χρήσης ασφαλιστικού προγράμματος

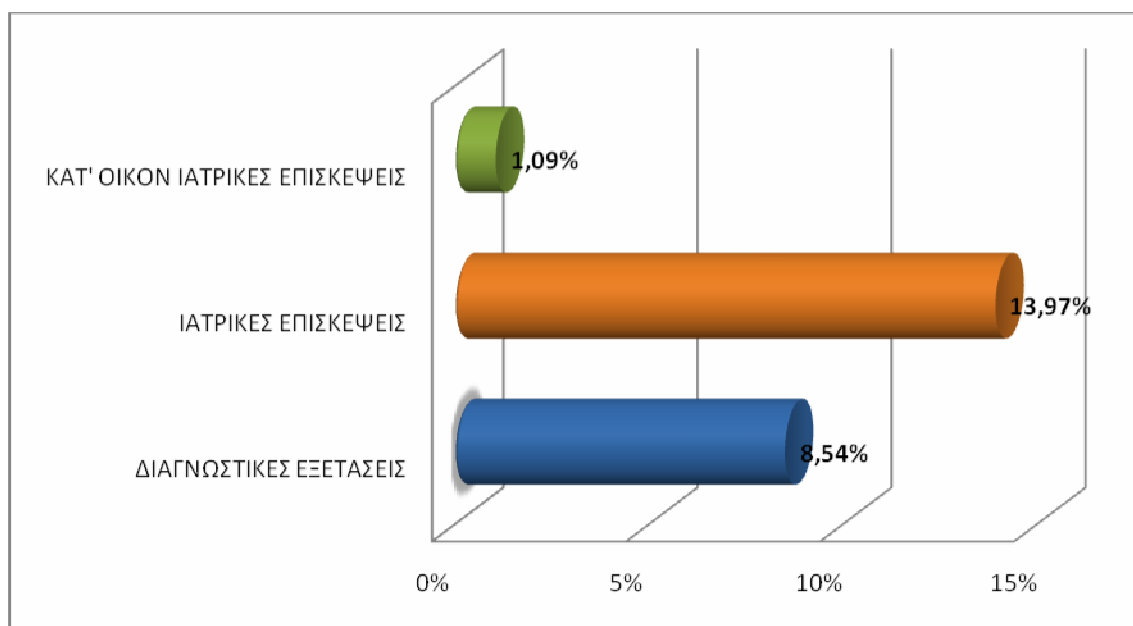
Περιγραφή Χαρακτηριστικών	Ιαν	Φεβ	Μαρ	Απρ	Μαΐ	Ιουν	Ιουλ	Αυγ	Σεπ	Οκτ	Νοε	Δεκ	ΣΥΝΟΛΟ
Πλήθος Ασφαλισμένων	17.129	17.323	17.122	17.179	16.952	17.125	16.985	16.891	16.920	17.006	17.226	17.453	17.109
Διαγνωστικές εξετάσεις	126	119	140	104	127	154	109	85	128	132	139	96	1.460
Ιατρικές επισκέψεις	208	210	169	200	220	210	215	152	206	187	224	188	2.390
Κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις	29	38	23	17	7	7	4	6	12	10	17	17	186
Διαγνωστικές Εξετάσεις (ιδιωτικός τιμοκατάλογος)	120.924	126.958	163.229	118.994	119.320	145.511	140.254	62.203	113.840	135.353	140.773	171.347	1.558.705
Κόστος Διαγνωστικών εξετάσεων	24.185	25.392	32.646	23.799	23.864	29.102	28.051	12.441	22.768	27.071	28.155	34.269	311.741
Κόστος ιατρικών επισκέψεων (5€)	630	594	702	522	636	768	546	426	642	660	696	480	7.302
Κόστος κατ' οίκον ιατρικών επισκέψεων (15€)	432	576	342	252	108	108	54	90	180	144	252	252	2.790
ΣΥΝΟΛΟ ΖΗΜΙΩΝ	25.247	26.562	33.690	24.573	24.608	29.978	28.651	12.957	23.590	27.875	29.103	35.001	321.833
Capitation αμοιβή (4,03€)	69.029	69.812	69.000	69.232	68.318	69.015	68.449	68.072	68.188	68.536	69.421	70.335	827.406
Συμμετοχή διαγνωστικών εξετάσεων (15%)	18.139	19.044	24.484	17.849	17.898	21.827	21.038	9.330	17.076	20.303	21.116	25.702	233.806
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	87.168	88.856	93.484	87.081	86.216	90.841	89.487	77.402	85.264	88.839	90.537	96.037	1.061.212
ΚΕΡΔΟΣ	61.921	62.295	59.795	62.508	61.608	60.863	60.836	64.445	61.674	60.964	61.434	61.035	739.378
%ΚΕΡΔΟΥΣ ΕΠΙ ΕΣΟΔΩΝ	71%	70%	64%	72%	71%	67%	68%	83%	72%	69%	68%	64%	70%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, τα ποσοστά χρήσης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, δηλαδή για διαγνωστικές εξετάσεις, ιατρικές επισκέψεις και κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις είναι 8,54%, 13,97% και 1,09% αντίστοιχα. Τα ποσοστά αυτά χρήσης αντιστοιχούν σε ζημιές 311.741€, 7.302€ και 2.790€ αντίστοιχα. Τα έσοδα από την κατά άτομο αμοιβή ανέρχονται σε 827.406€, τα οποία μαζί με τα έσοδα από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων (15%) αποφέρουν συνολικά ετήσια έσοδα 1.061.212€. το κέρδος που προκύπτει για τον πάροχο είναι 739.778€, το οποίο αποτελεί το 70% των εσόδων.

Γράφημα 1: Οικονομικά αποτελέσματα



Γράφημα 2: Ποσοστά χρήσης υπηρεσιών υγείας



Λαμβάνοντας υπόψη ότι το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων αποτελεί το 97% του συνολικού ετήσιου κόστους, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η συγκεκριμένη παροχή, το ποσοστό χρήσης αυτής και τα αποτελέσματά της αποτελούν του κύριους παράγοντες βάσει των οποίων προσδιορίζεται η κατά κεφαλή αμοιβή και βάσει αυτών σχεδιάζονται προτάσεις -εφόσον απαιτείται- βελτίωσης της οικονομικής αποδοτικότητας ενός προγράμματος.

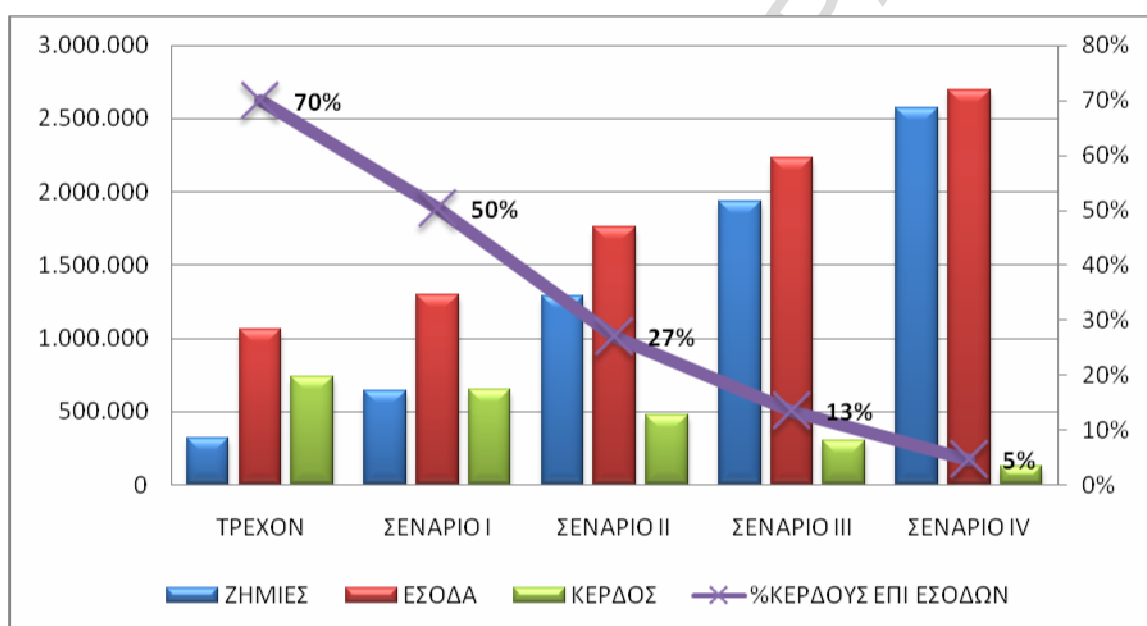
Προς επίρρωση των παραπάνω, ακολουθεί παρουσίαση τεσσάρων (4) σεναρίων, σύμφωνα με τα οποία τα πραγματικά ποσοστά χρήσης διπλασιάζονται (σενάριο I), τετραπλασιάζονται (σενάριο II), αυξάνονται κατά έξι (6) φορές (σενάριο III), αυξάνονται κατά οκτώ (8) φορές (σενάριο IV). Σκοπός της υποθετικής αύξησης των ποσοστών χρήσης είναι η ανάδειξη των επιπτώσεων αυτής στο συνολικό κόστος, στα συνολικά έσοδα και κυρίως στο κέρδος.

Πίνακας 4: Σενάρια χρήσης υπηρεσιών υγείας

Περιγραφή	ΤΡΕΧΟΝ		ΣΕΝΑΡΙΟ I (Χ2)		ΣΕΝΑΡΙΟ II (Χ4)		ΣΕΝΑΡΙΟ III (Χ6)		ΣΕΝ
Πλήθος Ασφαλισμένων	ΠΟΣΟΣΤΟ ΧΡΗΣΗΣ	17.109	ΠΟΣΟΣΤΟ ΧΡΗΣΗΣ	17.109	ΠΟΣΟΣΤΟ ΧΡΗΣΗΣ	17.109	ΠΟΣΟΣΤΟ ΧΡΗΣΗΣ	17.109	ΠΟΣ
Διαγνωστικές εξετάσεις (αριθμός επισκέψεων)	8,54%	1.460	17%	2.922	34%	5.845	51%	8.767	
Ιατρικές επισκέψεις	13,97%	2.390	28%	4.780	56%	9.561	84%	14.341	
Κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις	1,09%	186	2%	373	4%	746	7%	1.119	
Διαγνωστικές Εξετάσεις (ιδιωτικός τιμοκατάλογος)		1.558.705		3.117.410		6.234.821		9.352.231	
Κόστος Διαγνωστικών εξετάσεων		311.741		623.482		1.246.964		1.870.446	
Κόστος ιατρικών επισκέψεων (5€)		7.302		14.604		29.208		43.812	
Κόστος κατ' οίκον ιατρικών επισκέψεων (15€)		2.790		5.580		11.160		16.740	
ΣΥΝΟΛΟ		321.833		643.666		1.287.332		1.930.998	
Capitation αμοιβή (4,03€)		827.406		827.406		827.406		827.406	
Συμμετοχή διαγνωστικών εξετάσεων (15%)		233.806		467.612		935.223		1.402.835	
ΣΥΝΟΛΟ		1.061.212		1.295.017		1.762.629		2.230.240	
ΚΕΡΔΟΣ		739.378		651.351		475.297		299.242	
%ΚΕΡΔΟΥΣ ΕΠΙ ΕΣΟΔΩΝ		70%		50%		27%		13%	

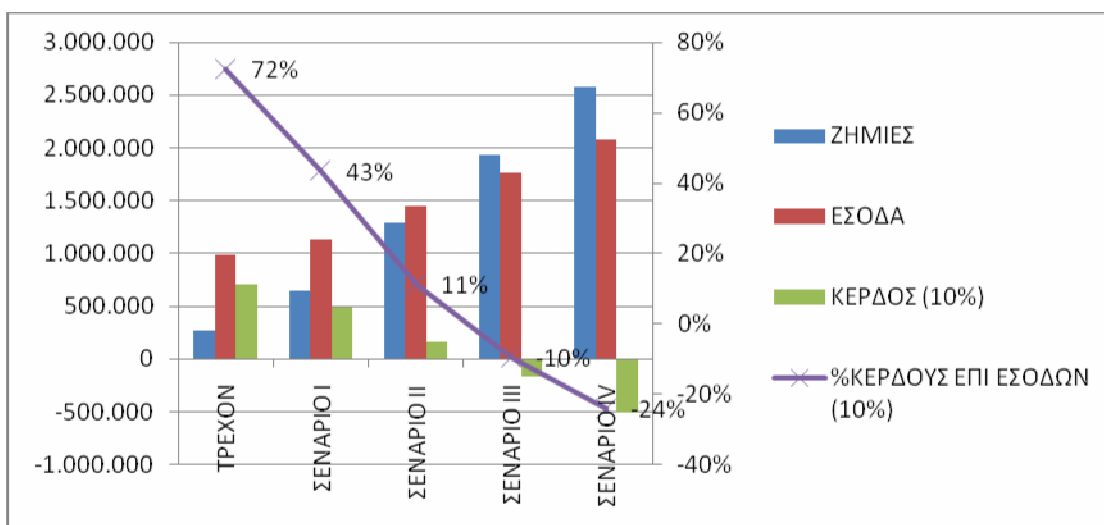
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, η αύξηση στα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε μείωση των κερδών και κατ' επέκταση μείωση των ποσοστών του κέρδους επί των εσόδων. Ακόμη, βέβαια, και στην ακραία περίπτωση του σεναρίου IV, τα κέρδη και το ποσοστό κέρδους παραμένουν θετικά. Ακολουθεί η γραφική αποτύπωση του παραπάνω πίνακα, στην οποία φαίνεται χαρακτηριστικά η αρνητική επίδραση στο ποσοστό κέρδους.

Γράφημα 3: Σύγκριση αποτελεσμάτων τρέχοντος προγράμματος & αποτελεσμάτων σεναρίων

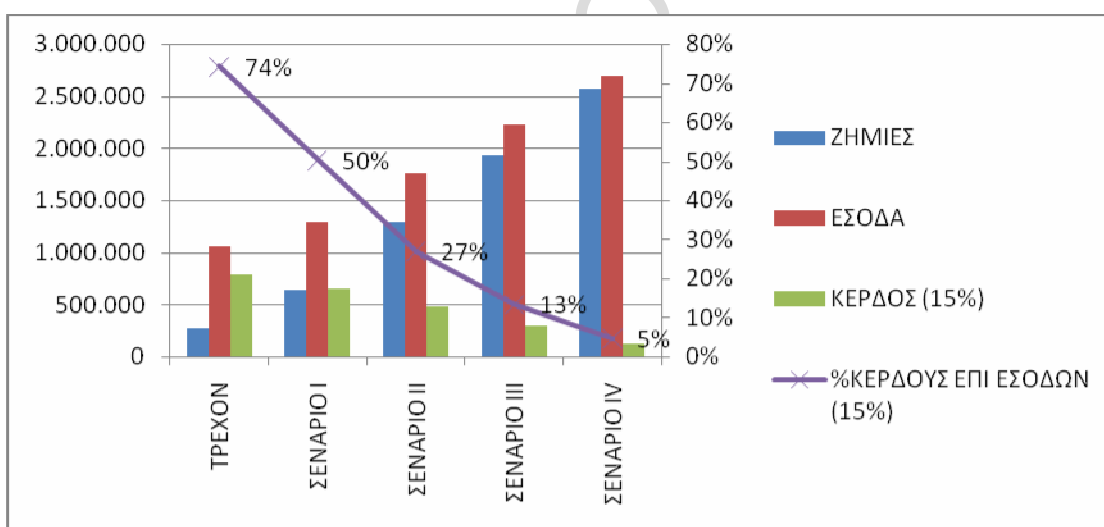


Αν στα παραπάνω σενάρια, μεταβάλλουμε το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αξία των διαγνωστικών εξετάσεων και δημιουργήσουμε τρεις περιπτώσεις ποσοστών συμμετοχής, 10%, 15% (τρέχουσα συμμετοχή) και 20%, θα διαπιστώναμε ότι όσο αυξάνεται η συμμετοχή των ασφαλισμένων, αυξάνονται και τα συνολικά έσοδα. Η αύξηση στη χρήση υπηρεσιών, οδηγεί σε αύξηση των εσόδων, η οποία, όμως, ακόμη και σε περίπτωση αύξησης του ποσοστού συμμετοχής, οδηγεί σε μείωση του ποσοστού κέρδους.

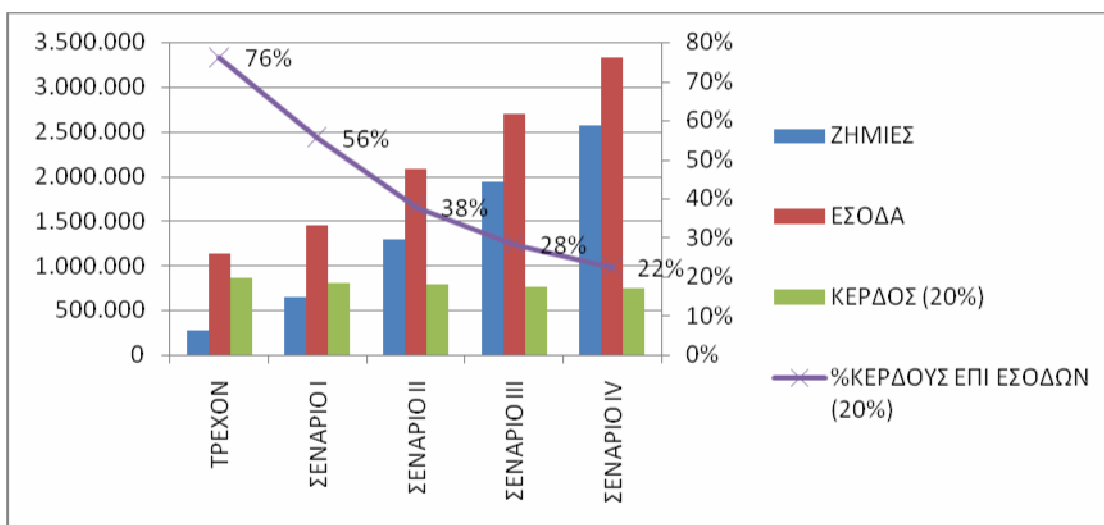
Γράφημα 4: Οικονομικά αποτελέσματα (συμμετοχή 10%)



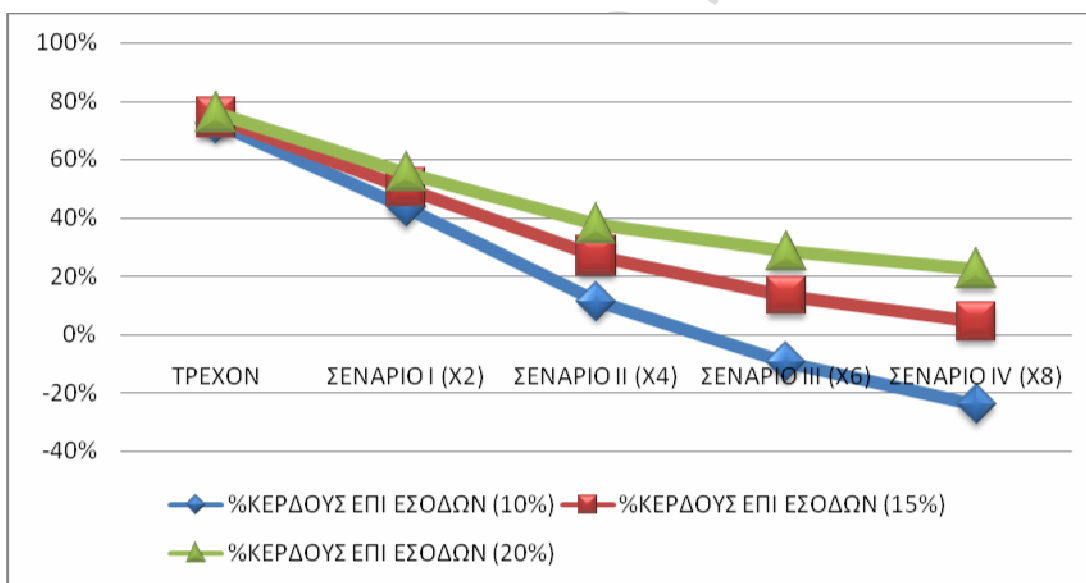
Γράφημα 5: Οικονομικά αποτελέσματα (συμμετοχή 15%-τρέχον πρόγραμμα)



Γράφημα 6: Οικονομικά αποτελέσματα (συμμετοχή 20%)



Γράφημα 7: % κέρδους και % συμμετοχής



Από την παραπάνω ανάλυση γίνεται εύκολα αντιληπτό πόσο μεγάλη είναι η επίδραση του ποσοστού χρήσης των υπηρεσιών υγείας στα οικονομικά αποτελέσματα του προγράμματος υγείας, καθιστώντας το βιώσιμο ή όχι. Κατ' επέκταση, αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο που αναλαμβάνει ο πάροχος. Ο κίνδυνος αυτός αφορά τόσο τον αριθμό των ασφαλισμένων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας, όσο και τον αριθμό των υπηρεσιών που χρησιμοποιεί ο κάθε ασφαλισμένος.

Η αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων του προαναφερθέντος ασφαλιστικού προγράμματος, του οποίου η χρήση των υπηρεσιών υγείας αποδίδει το μέσο όρο χρήσης των capitation προγραμμάτων, παρέχει τη δυνατότητα να προσδιορίσουμε την capitation σε ένα συγκεκριμένο χαρτοφυλάκιο. Έστω ότι το πρόγραμμα υγείας περιλαμβάνει μόνο την παροχή διαγνωστικών εξετάσεων, χωρίς συμμετοχή των ασφαλισμένων. Το πλήθος των ατόμων, βάσει των οποίων θα υπολογιστεί η capitation αμοιβή, είναι 1.000. Βάσει της προηγούμενης ανάλυσης, και δεδομένου ότι η χρήση της μοναδικής υπηρεσίας του προγράμματος θα κυμανθεί στον μέσο όρο, δηλαδή 8,5%, προκύπτει ότι 85 άτομα θα κάνουν χρήση, γεγονός που σημαίνει 18.159€ το ύψος των ζημιών του παρόχου. Εφόσον θέλουμε να διατηρήσουμε το ίδιο ποσοστό κέρδους (70%), θα πρέπει τα έσοδα του παρόχου να ανέρχονται σε 59.924€. Επειδή τα έσοδα αυτά προέρχονται μόνο από την κατά άτομο αμοιβή, προκύπτουν τα εξής:

$$59.924 = \text{capitation fee} * 1.000 * 12 \Rightarrow \text{capitation fee} = \frac{59.924}{1.000 * 12} \Rightarrow \text{capitation fee} = 4,99\text{€}$$

Δηλαδή, η κατά άτομο μηνιαία αμοιβή του παραπάνω παραδείγματος είναι 4,99€, έχοντας υποθέσει ότι το κόστος χρήσης είναι 8,5%. Συγκριτικά με το παράδειγμα που αναλύθηκε αρχικά, του οποίου κατά άτομο αμοιβή είναι 4,03€, η αυξημένη αμοιβή οφείλεται στην έλλειψη συμμετοχής, της οποίας το ποσοστό της επί του συνόλου των εσόδων θα πρέπει να αντισταθμιστεί με υψηλότερη κατά άτομο αμοιβή. Ο υπολογισμός της κατά άτομο αμοιβής στην τελευταία περίπτωση (4,99€) έγινε με την προσδοκία ποσοστού κέρδους 70%. Η έλλειψη συμμετοχής των ασφαλισμένων σε προγράμματα υγείας, οδηγεί σε άνω του μέσου όρου ποσοστά χρήσης, και ο υπολογισμός της κατά άτομο αμοιβής θα πρέπει να βασίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά κέρδους, προλαμβάνοντας μια αναμενόμενη αύξηση της χρήσης. Ενδεικτικό στοιχείο της σημασίας της συμμετοχής των δικαιούχων ενός ασφαλιστικού προγράμματος είναι η επιλογή της ως μέτρο περιορισμού της χρήσης υπηρεσιών υγείας. Την τρέχουσα μάλιστα περίοδο, η επίπτωση εφαρμογής ποσοστού συμμετοχής θα έχει δραστικά και άμεσα αποτελέσματα, αποτυπώνοντας τις πραγματικές ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας ενός χαρτοφυλακίου προγράμματος υγείας ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας.

4.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η προηγούμενη ανάλυση ανέδειξε την επιρροή της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, η οποία συνιστά τον μεγαλύτερο κίνδυνο στις συμφωνίες κατά κεφαλή αποζημίωσης. Χρησιμοποιώντας ως δεδομένο τον μέσο όρο χρήσης διαγνωστικών εξετάσεων, που βάσει τη προηγούμενης ανάληψης είναι αυτός που καθορίζει το ύψος των ζημιών, υπολογίζουμε την capitation αμοιβή με απώτερο σκοπό την μεγιστοποίηση του κέρδους. Το ερώτημα που τίθεται είναι πώς μπορεί να παρακολουθηθεί και να ελεγχθεί η πορεία ενός προγράμματος, και κατ' επέκταση να εκτιμηθεί η βιωσιμότητά του.

Για να μπορέσουμε αν απαντήσουμε στο παραπάνω ερώτημα, θα περιγράψουμε την ανάλυση ενός ασφαλιστικού προγράμματος ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας βασιζόμενοι στον τρόπο ανάλυσης της προηγούμενης ενότητας. Τα οικονομικά αποτελέσματα είναι ετήσια και αφορούν τα έτη 2010, 2011 και 2012. Το πρόγραμμα παρέχει μόνο την δυνατότητα διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων χωρίς συμμετοχή των ασφαλισμένων. Το υπό κάλυψη χαρτοφυλάκιο είναι περίπου 6.200 άτομα ενώ η τρέχουσα μηνιαία αμοιβή του παρόχου κατά άτομο είναι 4,07€. Τα οικονομικά αποτελέσματα αποδίδονται στον πίνακα που ακολουθεί:

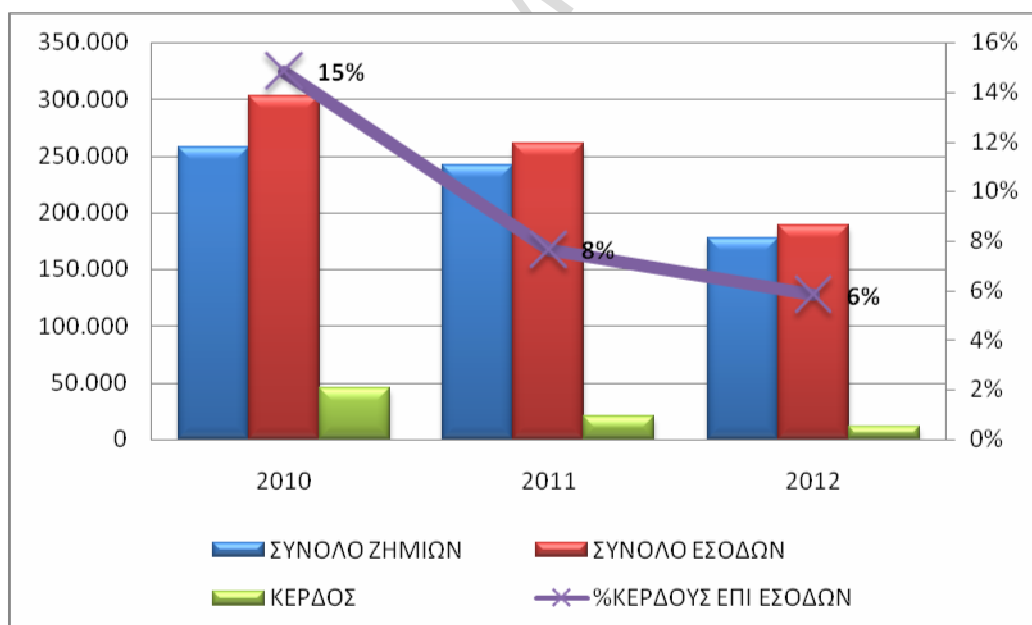
Πίνακας 5: Αποτελέσματα χρήσης ετών 2010-2012

Περιγραφή Χαρακτηριστικών	2010	2011	2012
Πλήθος Ασφαλισμένων	6.194	5.348	3.854
Διαγνωστικές εξετάσεις	1.260	1.354	1.205
Ποσοστό χρήσης	20,34%	25,31%	31,26%
Διαγνωστικές Εξετάσεις (ιδιωτικός τιμοκατάλογος)	1.288.283	1.206.342	886.481
Κόστος Διαγνωστικών εξετάσεων	257.657	241.268	177.296
ΣΥΝΟΛΟ ΖΗΜΙΩΝ	257.657	241.268	177.296
Capitation αμοιβή (4,07€)	302.534	261.216	188.249
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	302.534	261.216	188.249
ΚΕΡΔΟΣ	44.878	19.947	10.953

Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

1. Το ασφαλιστικό πρόγραμμα έχει υψηλό ποσοστό χρήσης, γεγονός που ενδυναμώνεται από την απουσία συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αξία των διενεργηθεισών διαγνωστικών εξετάσεων.
2. Το ήδη μικρό ποσοστό κέρδους (15%) για το έτος 2010 συρρικνώνεται σε 8% και 6% για τα επόμενα δύο έτη αντίστοιχα.
3. Βάσει των παραπάνω (1) και (2) συμπερασμάτων, το συγκεκριμένο πρόγραμμα καθίσταται ζημιολόγο καθώς οι προβλέψεις για τα επόμενα έτη επισημαίνουν την περαιτέρω συμπίεση του ποσοστού κέρδους σε μηδενικά επίπεδα.

Γράφημα 8: Οικονομικά αποτελέσματα ετών 2010-2012



Πώς αντιμετωπίζονται τέτοια ενδεχόμενα; Κατ' αρχήν, ο πάροχος, έχοντας αναλάβει τον οικονομικό κίνδυνο, σε συνεργασία με την ασφαλιστική εταιρεία και βάσει αποτελεσμάτων σχεδιάζει και προτείνει τρόπους να μεγιστοποιήσει το κέρδος,

περιορίζοντας τα ποσοστά χρήσης της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας. Ο περιορισμός του ποσοστού χρήσης μπορεί να επιτευχθεί:

1. Με την προσθήκη ποσοστού συμμετοχής. Σε αυτή την περίπτωση, βέβαια, αν η προσθήκη συμμετοχής δεν εξισορροπηθεί με μείωση του ασφαλιστρού που πληρώνει ο ασφαλισμένος, τότες η ασφαλιστική εταιρεία διατρέχει τον κίνδυνο της διαρροής του χαρτοφυλακίου σε άλλα ανταγωνιστικότερα προγράμματα.
2. Με την ανάληψη της παροχής της υπηρεσίας των ιατρικών επισκέψεων σε συνεργαζόμενο δίκτυο ιατρών του παρόχου. Λαμβάνοντας υπόψη ότι βασικός κανόνας και κατευθυντήρια οδηγία είναι η προληπτική ιατρική, η πρόληψη της ασθένειας δηλαδή και όχι η θεραπεία της στις συμφωνίες capitation αποζημίωσης, σε συνδυασμό με τον έλεγχο της συνταγογραφίας, ο οποίος ακολουθεί συγκεκριμένα πρωτόκολλα,¹⁷ όπως αυτά παρουσιάζονται στην διεθνή βιβλιογραφία, θα είναι εφικτή η μείωση των ποσοστών χρήσης καθιστώντας το πρόγραμμα βιώσιμο.
3. Ο τρίτος τρόπος δεν αφορά τη μείωση του ποσοστού χρήσης αλλά τον επιμερισμό του. Δηλαδή, αναπροσαρμογή της αμοιβής του παρόχου έτσι ώστε με δεδομένα τα ποσοστά χρήσης, να αυξηθεί η μηνιαία αμοιβή κατά άτομο και κατ' επέκταση να αυξηθεί το ποσοστό κέρδους. Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα του 2012 ως βάση αναφοράς, η κατά άτομο αμοιβή θα πρέπει να αυξηθεί κατά 87,5% έτσι ώστε το ποσοστό κέρδους να αγγίξει το 50%. Η αύξηση αυτή θα διαμορφώσει την capitation αμοιβή σε 7,632€ μηνιαίως ανά άτομο. Ακολουθεί πίνακας με την διαμόρφωση των οικονομικών αποτελεσμάτων από την αναπροσαρμογή της capitation αμοιβής.

¹⁷ Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η προσπάθεια της Ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας να προσδιορίσει και να αποτυπώσει την εφαρμογή πρωτοκόλλων-αλγορίθμων στην ακτινολογία, τα οποία περιγράφοντας την ιεράρχηση των απεικονιστικών εξετάσεων, δημιουργούν βαθμίδες αντιμετώπισης των συμπτωμάτων-ασθενειών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι απεικονιστικές εξετάσεις είναι οι πιο ακριβές διαγνωστικές εξετάσεις και η εφαρμογή αλγορίθμων στην συνταγογράφηση αυτών οδηγεί σε δραστική μείωση του κόστους ενός προγράμματος υγείας. Περισσότερες λεπτομέρειες στο βιβλίο *Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Πρωτόκολλα στην Ακτινολογία*, Ελληνική Ακτινολογική Εταιρεία, Αθήνα, 2011, σσ. 257.

Πίνακας 6: Αποτελέσματα αναπροσαρμογής capitation αμοιβής

Περιγραφή Χαρακτηριστικών	2010	2011	2012	2012 (αναπροσαρμογή capitation αμοιβής)
Πλήθος Ασφαλισμένων	6.194	5.348	3.854	3.854
Διαγνωστικές εξετάσεις	1.260	1.354	1.205	1.205
Ποσοστό χρήσης	20,34%	25,31%	31,26%	31,26%
Διαγνωστικές Εξετάσεις (ιδιωτικός τιμοκατάλογος)	1.288.283	1.206.342	886.481	886.481
Κόστος Διαγνωστικών εξετάσεων	257.657	241.268	177.296	177.296
ΣΥΝΟΛΟ ΖΗΜΙΩΝ	257.657	241.268	177.296	177.296
Capitation αμοιβή (4,07€)	302.534	261.216	188.249	353.001 Capitation αμοιβή (7,32€)
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	302.534	261.216	188.249	353.001
ΚΕΡΔΟΣ	44.878	19.947	10.953	175.705
%ΚΕΡΔΟΣ ΕΠΙ ΕΣΟΔΩΝ	15%	8%	6%	50%

Από το ποσοστό αναπροσαρμογής της capitation αμοιβής (87,5%) ανάγεται εύκολα το συμπέρασμα ότι ο αστάθμητος παράγοντας της χρήσης υπηρεσιών υγείας απαιτεί συνδυασμό μέτρων για τη διατήρησή της σε επίπεδα που καθιστούν το πρόγραμμα υγείας κερδοφόρο και συνάμα βιώσιμο. Στην προηγούμενη περίπτωση, η αύξηση της κατά άτομο αμοιβής κατά 87,5% είναι εξαιρετικά δυσβάσταχτη για την ασφαλιστική εταιρεία, η οποία πιθανόν να μετακυλήσει το αύξηση της αμοιβής αυτής στο τελικό χρήστη των υπηρεσιών υγείας, τον ασφαλισμένο δηλαδή, δεν εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα του προγράμματος αφού δεν έχει κάποιο αντίκτυπο στο ποσοστό χρήσης. Από την άλλη μεριά, αν αυξηθεί η χρήση θα απαιτηθούν νέα μέτρα επιμερισμού του υψηλού κόστους. Η ελεγχόμενη συνταγογραφία, βάσει ιατρικών πρωτοκόλλων, και η έμφαση στην πρόληψη περισσότερο, παρά στην θεραπεία σε συνδυασμό με μικρότερου ποσοστού αναπροσαρμογή της κατά άτομο αμοιβής. Επομένως, πρώτο μέλημα σε περιπτώσεις προγραμμάτων αυξημένης χρήσης είναι η εφαρμογή μέτρων για τον περιορισμό και την συγκράτηση του επιπέδου χρήσης σε ποσοστά κάτω του 10% μέσω του ελέγχου συνταγογραφίας που μπορεί να προσφέρει η παροχή υπηρεσίας ιατρικής φροντίδας από ιατρούς συνεργαζόμενους με τον πάροχο. Η παράλληλη αναπροσαρμογή του ασφαλιστή ακολουθώντας τις αντίστοιχες πληθωριστικές ετήσιες τάσεις λειτουργεί σαν δίχτυ ασφαλείας για τον πάροχο και αποτελεί στοιχείο το οποίο αποτυπώνεται στα συμφωνητικά κατά κεφαλή αποζημίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι η επιλογή της capitation αποζημίωσης του παρόχου υγείας έχει άμεση σχέση με την άσκηση αυστηρού ελέγχου και περιορισμό του κόστους του προγράμματος υγείας. Αυτό μεταφράζεται σε χαμηλό κόστος για τον ασφαλιστικό φορέα, ο οποίος μπορεί να προωθήσει το ασφαλιστικό προϊόν σε πολύ ανταγωνιστική τιμή. Η διεύθυνση αυτού του προγράμματος ισοδυναμεί με αυξανόμενες τάσεις στο πλήθος του υπό ασφάλιση ατόμων και κατ' επέκταση αυξημένα έσοδα για τον πάροχο, εφόσον η σχέση capitation αμοιβής και πλήθους ασφαλισμένων είναι ανάλογη.

Από την πλευρά του παρόχου, η σχετικά μικρή -βάσει των προσφερόμενων υπηρεσιών- αμοιβή σύμφωνα με την capitation συμφωνία προϋποθέτει την υιοθέτηση συγκεκριμένων διαδικασιών ώστε να μπορεί να ελεγχθεί το κόστος αποτελεσματικά εφόσον ο οικονομικός κίνδυνος αφορά αποκλειστικά και μόνο τον πάροχο. Το πρώτο στοιχείο που καθιστά ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα capitation συμφωνίας βιώσιμο είναι η ύπαρξη ενός διαχειριστικού συστήματος, το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο οργάνωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών και χρήση τεχνολογικών καινοτομιών. Απώτερος σκοπός αυτών είναι η όσον το δυνατόν γρηγορότερη θεραπεία του ασθενούς και με το πιο αποτελεσματικό τρόπο. Το δεύτερο στοιχείο είναι το ύψος της capitation αμοιβής, η οποία καθορίζεται αφού ληφθούν υπόψη πολλοί και διαφορετικοί παράγοντες. Ειδικότερα, το υπό ασφάλιση χαρτοφυλάκιο και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που του αποδίδονται: ηλικιακές κατηγορίες, περιβάλλον εργασίας, περιοχή διαμονής κτλ. Υπάρχουν περιπτώσεις που για διάφορους λόγους, ο ασφαλιστικός φορέας δεν αποδίδει το σύνολο της παραπάνω πληροφορίας, και αποκρύπτοντάς τες, ο οικονομικός κίνδυνος που αναλαμβάνει ο πάροχος με τη λειτουργία του προγράμματος πολλαπλασιάζεται. Αυτό εξηγείται ως εξής: η σχέση μεταξύ υψηλού μέσου όρου ηλικίας σε ένα χαρτοφυλάκιο, η διαμονή σε περιοχές με υψηλή περιβαλλοντική επιβάρυνση ή ανθυγιεινό εργασιακό περιβάλλον είναι ανάλογη με τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Αν οι παράγοντες αυτοί δεν ληφθούν

υπόψη στη διαμόρφωση της capitation αμοιβής, τότε το πρόγραμμα υγείας είναι καταστροφικό για τον πάροχο. Γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί ο ασφαλιστικός φορέας αποκρύπτει το σύνολο της πληροφορίας: σκοπός είναι επωφεληθεί από τη χαμηλότερη δυνατή αμοιβή βάσει της οποίας θα πληρώνει τον πάροχο. Η προστασία του παρόχου παρέχεται από το συμφωνητικό που έχει συνάψει με τον ασφαλιστικό φορέα.

Η οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων capitation αποζημίωσης σε τακτά χρονικά διαστήματα είναι απαραίτητο στοιχείο για την αποτίμηση του οικονομικού κινδύνου και τον επιμερισμό του στα συμβαλλόμενα μέρη και η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο σύνολο των όρων του συμφωνητικού. Θα πρέπει, δηλαδή, να αναφέρεται ρητά ότι ανά περίοδο έξι (6) μηνών, για παράδειγμα, θα διενεργείται αποτίμηση των αποτελεσμάτων από τη λειτουργία του προγράμματος και βάσει αυτών θα αναπροσαρμόζονται οι σχετικοί όροι που αφορούν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (συμμετοχή στις διαγνωστικές εξετάσεις, αύξηση των ιατρικών αμοιβών) και την αμοιβή του παρόχου. Αυτοί οι όροι παρέχουν μια δικλείδα ασφαλείας στον πάροχο, δίνοντας του τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις περιπτώσεις υπερβάλλουσας ζήτησης λόγω των παραγόντων που προαναφέρθηκαν. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο καθορισμός της capitation αμοιβής βασίζεται πρωτίστως στην ανάγκη ασφάλισης: δηλαδή, η ασφάλισης γίνεται και περιλαμβάνει πολλά άτομα έτσι ώστε να μπορέσουν να θεραπευτούν οι λίγοι. Βάσει αυτής της παραδοχής προκύπτει η σχετικά μικρή αμοιβή κατά άτομο. Οι προαναφερθέντες παράγοντες επηρεάζουν τη συνθήκη αυτή με αποτέλεσμα την αύξηση του πλήθους των ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας για τους οποίους, όμως ο πάροχος εισπράττει την ίδια χαμηλή αμοιβή.

Στα κεφάλαια της παρούσας εργασίας, αναλύθηκαν οι μέθοδοι αποζημίωσης των παρόχων υπηρεσιών υγείας, δίνοντας έμφαση στην capitation μέθοδο. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής έχει καθολική εφαρμογή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτό συμβαίνει για τους εξής λόγους: πρώτον, οι υπηρεσίες που χαρακτηρίζουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι πολύ συγκεκριμένες και ο υπολογισμός του κόστους κάθε μίας από αυτές είναι εύκολο να υπολογιστεί και κατ' επέκταση να συνυπολογιστεί στη συνολική capitation αμοιβή. Οι υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνουν ένα ευρύ και σύνθετο φάσμα παροχών, το οποίο χαρακτηρίζεται κυρίως από επεμβάσεις, χρήσης υλικών και φαρμάκων, η αποτίμηση

των οποίων οδηγεί σε εξαιρετικά υψηλές αμοιβές κατά κεφαλή γεγονός που δρα αποτρεπτικά για τον ασφαλιστικό φορέα. Δεύτερον, ο οικονομικός κίνδυνος των προγραμμάτων υγείας δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι εξαιρετικά μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο της πρωτοβάθμιας λόγω της εξαιρετικά μεγάλης πληθώρας παροχών. Ο επιμερισμός του οικονομικού κινδύνου οδηγεί σε υψηλό επίπεδο αμοιβής του παρόχου και χαμηλή διείσδυση του προγράμματος υγείας στην αγορά.

Στο κεφάλαιο που γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις τη υφιστάμενης κρίσης τον τομέα της υγείας, αναλύονται οι τομείς που πλήττονται από την κρίση και πως αυτοί επιδρούν στην υγεία του πληθυσμού (αύξηση της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών με έμμεσο αποτέλεσμα την αυξημένη νοσηρότητα, αύξηση της θνησιμότητας). Οι υφιστάμενες συνθήκες και τα συνεπακόλουθά τους επηρεάζουν αντίστοιχα τη βιωσιμότητα των προγραμμάτων υγείας ως εξής: η επιβάρυνση της υγείας του ασφαλιζόμενου πληθυσμού αντισταθμίζεται με τη αυξημένη αλλά δικαιολογημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε αύξηση του κόστους του παρόχου και κατ' επέκταση σε αύξηση του οικονομικού κινδύνου. Αν υπολογίσουμε και τον παράγοντα της αβεβαιότητας που δημιουργούν οι τρέχουσες συνθήκες, είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί και το χρονικό πλαίσιο στο οποίο θα περιοριστεί η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η προσαρμογή στις εκάστοτε δυσμενείς για τον πάροχο συνθήκες γίνεται μέσω συμφωνητικών δηλαδή, μέσω της προσαρμογής της capitation αμοιβής, της προσαρμογής της αμοιβής συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών και την πρόταση νέων παροχών που θα εκτονώσουν και θα αποκλιμακώσουν την αυξημένη ζήτηση. Στις προτάσεις νέων παροχών συγκαταλέγονται: 1. Εξειδικευμένοι προληπτικοί έλεγχοι (check up) με συμμετοχή ή όχι των ασφαλισμένων στην αξία αυτών 2. Η υπηρεσία συνασφάλισης. Η δυνατότητα, δηλαδή, επιλογής είτε του ιδιωτικού ασφαλιστικού φορέα, είτε του κρατικού (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Στην περίπτωση αυτή, καλύπτεται μέρος ή το σύνολο της συμμετοχής που προβλέπει ο κρατικός ασφαλιστικός φορέας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ., 15%). Λαμβάνοντας υπόψη ότι η μέθοδος αποζημίωσης μέσω κρατικού ασφαλιστικού φορέα είναι κατά πράξη και περίπτωση, διαπιστώνουμε ότι η προσαρμογή στις τρέχουσες συνθήκες οδηγεί σε συνδυασμό μεθόδων αποζημίωσης (κατά κεφαλή και κατά πράξη και περίπτωση).

Παράλληλα, οι υφιστάμενες συνθήκες δημιουργούν μια ακόμη ανάγκη: αυτή της ασφάλισης με το μικρότερο δυνατό ασφάλιστρο χωρίς όμως χαμηλού επιπέδου

ποιότητας παροχές υγείας. Σε αυτή την απαίτηση τα συμφωνητικά capitation αποζημίωσης στέκονται στο ύψος των περιστάσεων, παρέχοντας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας με πολύ μικρό αντίτιμο καθιστώντας εφικτή την πώληση του προϊόντος από τον ασφαλιστικό φορέα σε τιμή προσιτή, καλύπτοντας την προαναφερθείσα ανάγκη του πληθυσμού για φθηνές σε ασφάλιστρο και όχι φτωχές σε ποιοτικά κριτήρια υπηρεσίες υγείας. Συγκριτικά, με τις άλλες μεθόδους αποζημίωσης, η capitation μέθοδος έχει τον χαρακτήρα ελεγχόμενου κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών και αποτελεί την επιλογή που θα συντελέσει στην μακροχρόνια βιωσιμότητα τόσο του παρόχου, όσο και του ασφαλιστικού φορέα.

Η μετακύλιση του οικονομικού κινδύνου στον πάροχο υπηρεσιών υγείας διενεργείται με την μέθοδο της κατά κεφαλή αποζημίωσης. Η επιλογή της μεθόδου αυτής συνδέεται με την εδραίωση των δομών *managed care* έναντι των παραδοσιακών ασφαλιστικών προγραμμάτων, η οποία με τη σειρά της αποτέλεσε το μέτρο περιορισμού και ελέγχου του αυξανόμενου κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Λαμβάνοντας υπόψη ότι στην Ελλάδα το 40% των ασφαλισμένων ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών είναι κάτοχοι ασφαλιστικών προγραμμάτων capitation αποζημίωσης, το οποίο ποσοστό αυξάνεται, αποτυπώνεται η αδιάλειπτη ανάγκη περιορισμού και ελέγχου του κόστους από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ο προσδιορισμός της capitation αμοιβής μετατρέπει τον πάροχο σε ασφαλιστικό φορέα, ο οποίος θα πρέπει να εκτιμήσει τον οικονομικό κίνδυνο. Προϋπόθεση για τον προσδιορισμό αποτελεί η παρακολούθηση και λήψη των αποτελεσμάτων χρήσης ασφαλιστικών προγραμμάτων ώστε να μπορεί να υπολογίζεται ο αστάθμητος παράγοντας του καθορισμού της capitation αμοιβής: το ποσοστό χρήσης υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα των προγραμμάτων capitation αποζημίωσης καταδεικνύουν ποσοστό χρήσης που κυμαίνεται στο 8,5%. Βάσει αυτού του ποσοστού και του προσδοκώμενου ποσοστού κέρδους, γίνεται ο υπολογισμός της capitation αμοιβής.

Ο υπολογισμός μιας αμοιβής, που αποφέρει τα υπολογιζόμενα κέρδη δεν είναι αρκετή ώστε να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα ενός προγράμματος υγείας, μέσω της διατήρησης της κερδοφορίας του. Απαιτεί συνεχή παρακολούθηση και έλεγχο των οικονομικών αποτελεσμάτων μέσω της χρήσης αναφορών, όπως αυτή παρουσιάστηκε στο σχετικό κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων οδηγεί σε λήψη μέτρων επηρεάζοντας την αναλογία εσόδων και ζημιών και κατ' επέκταση του ύψους των κερδών.

Η επίτευξη δημιουργίας και παρακολούθησης αποτελεσμάτων χρήσης προγραμμάτων υγείας capitation αποζημίωσης απαιτεί την εφαρμογή εξειδικευμένων μηχανογραφημένων διαδικασιών. Η διαχείριση και παρακολούθηση (monitoring) αυτών μπορεί να γίνει μόνο από παρόχους που έχουν την εμπειρία, τα μέσα, την οικονομική δυνατότητα, την τεχνογνωσία και τις οικονομικές γνώσεις.

Στον τρόπο υπολογισμού της capitation αμοιβής, πολλές φορές, υπολογίζονται τα μελλοντικά αποτελέσματα που μπορεί να αποφέρει η διαχείριση ενός χαρτοφυλακίου. Πρόκειται για περιπτώσεις όπου γίνεται προσέλκυση πιθανών μελλοντικών πελατών-χρηστών υπηρεσιών υγείας. Αυτό ισοδυναμεί με πιθανή αύξηση των εσόδων του παρόχου. Προς την επίτευξη αυτή, ο υπολογισμός της capitation αμοιβής βασίζεται σε συμπιεσμένο ποσοστό κέρδους, προσφέροντας ανταγωνιστικότερη τιμή ανά άτομο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία τόνισε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά -πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα- των διαφόρων μεθόδων αποζημίωσης του παρόχου υπηρεσιών υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην κατά κεφαλή αποζημίωση, καθώς και την αποτύπωσή της στο πλαίσιο συμφωνητικού.

Η δημιουργία ευέλικτων ασφαλιστικών προγραμμάτων capitation αποζημίωσης, φανερώνει την ανάγκη περιορισμού του κόστους αυτών. Η διεύθυνση της συγκεκριμένης μεθόδου και σε τραπεζοασφαλιστικά προϊόντα φανερώνει την λειτουργικότητα και την προσαρμοστικότητα της συγκεκριμένης μεθόδου στις εκάστοτε συνθήκες, με απώτερο σκοπό την μειωμένη προσφερόμενη τιμή στον τελικό «καταναλωτή», του οποίου η αγοραστική δύναμη έχει περιοριστεί ενώ οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας αυξάνονται.

Οι τρέχουσες ανάγκες καθιστούν αναγκαία της υιοθέτηση μεθόδου capitation αποζημίωσης καθιστώντας βιώσιμα τα προγράμματα υγείας -και κατ' επέκταση τα συμβαλλόμενα μέρη- ενώ ταυτόχρονα διατηρούν υγιή του ασφαλιζόμενους πληθυσμούς, των οποίων το επίπεδο υγείας δοκιμάζεται έντονα από την υφιστάμενη κρίση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Κυριόπουλος, Γ., Αθανασάκης, Κ., Παβή, Ε., *Οικονομική Κρίση και Υγεία*, Αθήνα, Καστανιώτη, 2012.
- Μούρτου, Ευστρατία Χ., «Μέθοδοι αποζημίωσης των ιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα», *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 15, τεύχος, 86, Φεβρουάριος 2004.
- Σούλης, Σωτήρης, *Οικονομική της υγείας*, Αθήνα, Παπαζήση, 1999².

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- American Medical Association, *Model managed care contract*, 2005.
- Brandenburg, Claudia A., *Analysing the relation between hospitals and health insurance companies in the Netherlands, the added value of the transaction costs theory*, Arthur Andersen Business Consulting, Rotterdam, 2000.
- England, Roger, *Contracting and performance management in the Health Sector*, DFID Health System Resource Centre, 2000,
- Kwon, Soonman, *Payment systems for providers in health insurance markets*, The Journal of Risk and Insurance, vol. 64, no 1, March 1997, pp. 155- 173.
- Milliman & Robertson, INC., *Research Report – An innovation in hospital contracting-designing contracts that promote fair payment and aligned incentives*, 1999, σελ. 15.
- Mills, Anne, Broomberg, Jonathan, *Experiences of contracting Health services: an overview of the literature*, HEPP working paper, January 1998, LSHTM.

- Pearce, Jonathan W., *The return of capitation: preparing for population based health care*, 02-07-2012, Healthcare Financial Management Association.
- Trauner, B. Joan, Chessnutt, S. Julie, *Medical Groups in California: Managing Care Under Capitation*, Health Affairs, vol. 15, no 1, 1996.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

www.healthacademy.gr

<http://sentineleffectwordpress.com>