

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα

Οι μέθοδοι αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας έχουν ως στόχο τη δημιουργία κινήτρων, τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά των προμηθευτών υγείας, την οικονομική αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα του συστήματος υγείας και, τελικά, το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών. Η παρούσα μελέτη περιγράφει και αναλύει τις σύγχρονες μεθόδους αποζημίωσης που εφαρμόζονται στα συστήματα των νοσοκομείων διεθνώς, από τη μέθοδο των "diagnosis-related groups" (DRGs) έως τις τελευταίες εξελίξεις του "hospital-based pay for performance" (P4P) του οργανισμού Medicare των ΗΠΑ και του "payment by results" της Αγγλίας. Γίνεται εκτεταμένη αναφορά σε μελέτες μέτρησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων πριν και μετά από την υιοθέτηση των νέων μεθόδων αποζημίωσης. Επί πλέον, παρουσιάζονται όλες οι απαραίτητες θεσμικές μεταρρυθμίσεις που ενισχύουν τον ανταγωνισμό μεταξύ των «αγοραστών» υγείας, οι οποίοι συνήθως είναι ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και ανταγωνιστικές ασφαλιστικές εταιρίες, και των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης, όπως είναι τα νοσοκομεία. Το τελευταίο τμήμα της μελέτης αξιολογεί την ελληνική περίπτωση, όπως έχει διαμορφωθεί από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μετά το 2009 έως σήμερα, με την ίδρυση του ενιαίου ταμείου ασφάλισης υγείας του ΕΟΠΥΥ, τη δημιουργία της βάσης δεδομένων esy.net για τη συλλογή αξιόπιστων και ολοκληρωμένων δεδομένων σχετικά με την κοστολόγηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ για την παρακολούθηση της οικονομικής και της διοικητικής τους λειτουργίας, καθώς και την υιοθέτηση του συστήματος αποζημίωσης των KEN-DRGs, όπου η ταξινόμηση πραγματοποιήθηκε σε 760 ομοειδείς ομάδες με βάση την αρχική διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία. Τέλος, προτείνεται περαιτέρω μεταρρύθμιση προς ένα πιο εξελιγμένο σύστημα αποζημίωσης των προμηθευτών, όπως καταδεικνύει η πρόσφατη διεθνής εμπειρία, μέσω της μεθόδου αποζημίωσης των προμηθευτών βάσει κριτηρίων απόδοσης και ποιότητας (pay according to the performance, including quality).

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ερμηνεύει τα κίνητρα 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».¹ Μια πιο αυστηρή περιγραφή του όρου δίνεται από τον Saltman,² ο οποίος ισχυρίζεται ότι τα κίνητρα αποτελούν μια ρητή ή υπονοούμενη, οικονομική ή μη οικονομική επιβράβευση για την εκτέλεση μιας συγκεκριμένης πράξης. Στο σύγχρονο λεξιλόγιο των οικονομολόγων της υγείας, ο όρος «κίνητρα» έχει την τάση να γίνεται αντιληπτός με τη

στενή οικονομική έννοια, η οποία εκφράζει οικονομικά οφέλη για συμπεριφορές που επηρεάζουν τη συνολική λειτουργική αποδοτικότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η στενά οικονομική έννοια του όρου είναι ένα σχετικά νέο φαινόμενο στην πολιτική υγείας, που αντικατοπτρίζει την αυξανόμενη ανησυχία σε πολλές χώρες της δυτικής Ευρώπης να εφαρμόσουν συστήματα συγκράτησης των δαπανών.³

Λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ των προμηθευτών και των χρηστών (ασθενών) του τομέα υγείας και της ασυμβατότητας μεταξύ της συνάρτησης χρησιμότητας των ιατρών και των ασθενών, ο προμηθευτής ενδέχεται να μην καλύψει με τον κατάλληλο τρόπο τις ανάγκες του

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(2):172-185
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(2):172-185

Π. Ξένος,¹
Μ. Νεκτάριος,¹
Ν. Πολύζος,²
Ι. Υφαντόπουλος³

¹Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Πειραιάς

²Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή

³Τμήμα Δημόσιας Πολιτικής και Διοίκησης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Modern methods of hospital funding, competition and financial incentives

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ανταγωνισμός
Ασφάλιση υγείας
Μέθοδοι αποζημίωσης προμηθευτών
Οικονομικά κίνητρα
Στρατηγική αγορά υπηρεσιών

Υποβλήθηκε 9.7.2013
Εγκρίθηκε 22.7.2013

ασθενούς. Οδηγούμενοι από τα οικονομικά τους κίνητρα οι προμηθευτές ενδέχεται να συμπεριφέρονται κατά το δικό τους συμφέρον, σε βάρος των ασθενών, προκαλώντας ταυτόχρονα αδικαιολόγητες δαπάνες στα συστήματα υγείας. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται προκλητή ζήτηση (supplier-induced demand) και έχει μελετηθεί συστηματικά από πολλούς οικονομολόγους υγείας παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, διεξοδική αναφορά στη θεωρητική τεκμηρίωση του φαινομένου αυτού έχει πραγματοποιηθεί από τον Υφαντόπουλο.⁴

Ωστόσο, οι χρηματικές αποζημιώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των προμηθευτών υπέρ των ασθενών. Αυτονόητοι είναι, λοιπόν, οι θεωρητικοί λόγοι που δικαιολογούν το ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με τις μεθόδους χρηματοδότησης των προμηθευτών υγείας.

Παγκοσμίως, αλλά ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες, η μείωση του ρυθμού ανάπτυξης των ιατρικών δαπανών έχει καταστεί ένα στρατηγικής σημασίας θέμα στη δημόσια πολιτική. Οι αντίστοιχες ενέργειες τείνουν να εστιάζουν στο επάγγελμα του ιατρού, δηλαδή στην πλευρά της προσφοράς της ιατρικής περίθαλψης. Συνεπώς, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής, καθώς και οι εκάστοτε διοικήσεις, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στη χρησιμοποίηση κινήτρων ώστε να βελτιώσουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας. Τα κίνητρα είναι σημαντικόι μοχλοί τους οποίους μπορεί να χρησιμοποιήσουν οι οργανισμοί έτσι ώστε να βελτιώσουν την αποδοτικότητα των εργαζομένων. Η χρήση τους είναι συχνή τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιωτικούς οργανισμούς και συναντάται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών.

Το μεγαλύτερο κεφάλαιο των υπηρεσιών υγείας είναι το ίδιο το ανθρώπινο δυναμικό. Η εφαρμογή αποτελεσματικών πακέτων κινήτρων αντιπροσωπεύει μια επένδυση μέσω της οποίας το εν λόγω απαραίτητο στοιχείο μπορεί να προστατευτεί και να αναπτυχθεί. Το ανθρώπινο δυναμικό στις χώρες του ΟΟΣΑ απορροφά το 60% των δαπανών υγείας και είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών, καθώς και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.⁵

Τα οικονομικά κίνητρα αποσκοπούν στην περαιτέρω αύξηση της παραγωγικότητας του συστήματος υγείας, δηλαδή στη μεγιστοποίηση του συνολικού προϊόντος των υπηρεσιών υγείας με δεδομένους τους πόρους που διατίθενται.

Στο παρόν άρθρο γίνεται αναφορά στην ενδεδειγμένη δομή του υγειονομικο-ασφαλιστικού συστήματος μιας χώρας, η οποία επιτρέπει την ανάπτυξη υγιούς ανταγωνι-

σμού μεταξύ των αγοραστών και των προμηθευτών υγείας, προς όφελος του ασθενούς και των οικονομικών δεικτών του συστήματος. Επίσης, εστιάζοντας στις νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες αντλούν το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών υγείας, γίνεται μνεία στις σύγχρονες μεθόδους χρηματικής αποζημίωσης, οι οποίες αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και στο βαθμό που επηρεάζεται η αποδοτικότητα των προμηθευτών, όπως αυτή εκφράζεται με διάφορους συντελεστές, π.χ. ο όγκος και η ποιότητα των υπηρεσιών, η συγκράτηση του κόστους κ.ά., μέσω των κινήτρων που παρέχονται. Επί πλέον, ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή της σημερινής πραγματικότητας στην Ελλάδα στον τομέα της χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων και παρατίθενται κάποιες προτάσεις για βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία.

2. ΔΟΜΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ-ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ – ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ

Οι αγοραστές υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης (health care purchasers), οι οποίοι συνήθως είναι ανταγωνιστικές ασφαλιστικές εταιρίες, ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, λειτουργούν σε δύο βασικά είδη αγορών: (α) Την αγορά της προσέλκυσης των πελατών-ασφαλισμένων (ή των εν δυνάμει ασθενών) και (β) την αγορά των κλινικών αγαθών και υπηρεσιών (νοσοκομεία, κλινικές, διαγνωστικές υπηρεσίες κ.λπ.). Στην πρώτη αγορά ενεργούν ως πωλητές υπηρεσιών στο ευρύ κοινό και στη δεύτερη ως αγοραστές υπηρεσιών από ένα εύρος κλινικών και άλλων προμηθευτών.

Έχει αποδειχθεί από τη διεθνή εμπειρία ότι εάν δεν υπάρχει ανταγωνισμός στη διαδικασία της παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι αδύνατον η αγορά υπηρεσιών υγείας να εξασφαλίσει από μόνη της σημαντική βελτίωση στην οικονομική αποδοτικότητα (cost-effectiveness) του τομέα της ιατρικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από το βαθμό ανταγωνιστικότητας μεταξύ των αγοραστών.⁶

Χωρίς μια ανταγωνιστική αγορά προμηθευτών, οι αγοραστές θα είναι αναγκασμένοι να αναζητούν το ανταγωνιστικό τους πλεονέκτημα μέσω στρατηγικών οι οποίες δεν συνδέονται άμεσα με την υγειονομική περίθαλψη. Οι στρατηγικές αυτές σχετίζονται με την τιμολόγηση των ασφαλιστρών και είναι (α) η μείωση του αναμενόμενου κόστους ζημίας (expected claim cost) μέσω της διαδικασίας του underwriting, όπως για παράδειγμα η αποφυγή εισδοχής «μη κερδοφόρων» ασφαλισμένων (cream skimming), (β) η μείωση των λειτουργικών και των διοικητικών εξόδων και (γ) η αύξηση των εσόδων από επενδύσεις.⁷

Μια αγορά προμηθευτών με υψηλό ανταγωνισμό προσφέρει στους αγοραστές την ικανότητα επιλογής ωφέλιμων προς αυτούς συμβάσεων με προμηθευτές βάσει κριτηρίων, όπως η ποιότητα και το κόστος. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας του τομέα περίθαλψης εν γένει, στην περίπτωση βέβαια όπου οι αγοραστές μπορούν να οδηγήσουν τους ασφαλισμένους τους να χρησιμοποιούν προτιμητέους προμηθευτές (preferred providers) με τους οποίους έχουν συμβληθεί. Η ισχύς αυτού του αποτελέσματος θα εξαρτηθεί και από τη λειτουργία της αγοράς των αγοραστών (προσέλκυσης των πελατών-ασφαλισμένων). Για παράδειγμα, ένας και μοναδικός αγοραστής μπορεί κατ' αρχήν να επιβάλλει μονοψωνιακή ισχύ σε μια ανταγωνιστική αγορά προμηθευτών, αλλά ενδέχεται να μην έχει μεγάλο κίνητρο για να πράξει κάτι τέτοιο. Περισσότεροι όμως ανταγωνιστικοί αγοραστές μπορεί να έχουν μεμονωμένα ο καθένας λιγότερη αγοραστική ισχύ, αλλά θα έχουν μεγάλο κίνητρο να προχωρήσουν σε συμβόλαια με προμηθευτές βάσει κριτηρίων, όπως η ποιότητα και το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, στην περίπτωση όπου δεν θα υπάρχει «προσεκτική» αγορά και δεν θα δίνεται έμφαση στη μέτρηση της απόδοσης των προμηθευτών, οι τελευταίοι θα καταφύγουν σε μεθόδους μείωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και θα ορθώσουν εμπόδια στην προσβασιμότητά τους, ώστε να ισοσταθμίσουν τις ενδεχόμενες οικονομικές τους απώλειες. Τέτοιες περιπτώσεις δίνουν έμφαση στην ανάγκη για δημιουργία και τήρηση εκ των προτέρων συμφωνηθέντων πρωτοκόλλων θεραπείας (agreed treatment protocols) και αξιόπιστων μετρήσεων της ποιότητας των υπηρεσιών περίθαλψης με τις οποίες θα υποστηριχθεί η διαδικασία της αγοράς.

Επί πλέον, η αγορά των προμηθευτών συχνά επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις οικονομίες κλίμακας και πεδίου (economies of scale and scope) που διαμορφώνονται στο νοσοκομειακό τομέα. Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες γίνονται φυσικά μονοπώλια σε πολλές γεωγραφικές περιοχές, γεγονός το οποίο δημιουργεί την ανάγκη για χρήση αντισταθμιστικών εργαλείων, όπως για παράδειγμα η αξιολόγηση των ομάδων διοικήσεων των νοσοκομείων.

Η λειτουργία του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών και των αγοραστών υπηρεσιών υγείας μπορεί να διασφαλιστεί μέσω μηχανισμών ελέγχου, όπως το benchmarking (συγκριτική αξιολόγηση ως προς τη βέλτιστη μονάδα) και το yardstick competition (σύγκριση της αποδοτικότητας των μονάδων με ταυτόχρονη επιβράβευση των καλύτερων και επιβολή ποινών στις χειρότερα αποδοτικές μονάδες, αντίστοιχα).⁸ Οι μηχανισμοί αυτοί τεχνικά έχουν τη βάση τους σε ανώτερες στατιστικές μεθόδους, οι κυριότερες από τις οποίες είναι η Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων

(DEA) και η Ανάλυση Στοχαστικών Συνόρων (SFA). Στην Ελλάδα, στον τομέα των προμηθευτών υγείας (νοσοκομεία) έχουν διεξαχθεί μελέτες που χρησιμοποίησαν τις παραπάνω στατιστικές μεθόδους από τους Athanasopoulos και Gounaris,⁹ Giokas,¹⁰ Maniadakis και Thanassoulis,¹¹ Aletras et al,¹² Androutsou et al,¹³ Polyzos¹⁴ κ.ά. Σε επίπεδο αγοραστών υγείας, όπως είναι οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, ανάλογες μελέτες έχουν εκπονηθεί από τους Borges et al,¹⁵ Nektarios και Barros,¹⁶ καθώς και από τους Barros et al.¹⁷

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αύξησης του ανταγωνισμού μεταξύ των αγοραστών υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης είναι η νομοθετική κίνηση "affordable health care for America" το 2009 από την Κυβέρνηση των ΗΠΑ, η οποία είχε ως πρωτεύοντα στόχο τον περιορισμό των υπέρογκων δαπανών υγείας οι οποίες είναι οι μεγαλύτερες παγκοσμίως χωρίς να ανταποκρίνονται απαραίτητα και σε καλύτερο επίπεδο υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Παράλληλα με την υποχρέωση κάθε πολίτη να έχει ασφάλιση υγείας (με ειδική μέριμνα κρατικής επιδότησης για τα οικονομικά ασθενέστερα στρώματα του πληθυσμού) και τους αυστηρούς περιορισμούς στην τιμολόγηση και στο underwriting των ασφαλιστικών εταιριών, δημιουργήθηκε ένα δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο το οποίο θα είναι αυτοσυντηρούμενο και θα ανταγωνίζεται τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, διαπραγματευόμενο τις τιμές των υπηρεσιών υγείας με τους προμηθευτές.¹⁸

Τέλος, χαρακτηριστικό παράδειγμα αγοράς προμηθευτών με υψηλό ανταγωνισμό είναι το βρετανικό σύστημα υγείας, όπου ύστερα από τη μεταρρύθμισή του στις αρχές της δεκαετίας του 1990 έγινε διαχωρισμός της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (αγοραστές) από την παροχή τους (προμηθευτές), έτσι ώστε να εισαχθούν οιονεί στοιχεία αγοράς (quasi market) και ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων που απορροφούσε.¹⁹ Είναι προφανές ότι οι προμηθευτές πλέον για να επιλεχθούν θα πρέπει να ανταγωνιστούν μεταξύ τους τόσο σε επίπεδο ποιότητας όσο και σε επίπεδο κόστους.

3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

3.1. Παραδοσιακές μέθοδοι

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων, διαχρονικά, είναι η «πληρωμή κατά πράξη», η «πληρωμή ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού», το ημερήσιο νοσήλιο και οι σφαιρικοί (ή ανά κατηγορία) προϋπολογισμοί. Η κάθε μέθοδος παρουσιάζει, αντίστοιχα, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Για παράδειγμα, με τη μέθοδο της «πληρωμής κατά πράξη», η οποία είναι και η αρχαιότερη καθώς συμπίπτει με την έναρξη του ιατρικού επαγγέλματος,²⁰

υπάρχει μια τάση για υπερπροσφορά υπηρεσιών εκ μέρους των προμηθευτών ώστε να εξασφαλίσουν υψηλότερα έσοδα, εφ' όσον αποκομίζουν ένα καθαρό κέρδος για κάθε ξεχωριστή υπηρεσία που προσφέρουν.²¹ Ως αποτέλεσμα παρατηρείται μείωση της συγκράτησης του κόστους και της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο η συγκεκριμένη μέθοδος συνδυάζεται με σφαιρικούς προϋπολογισμούς.

Η μέθοδος της «αμοιβής κατά κεφαλή» ορίζεται ως η εκ των προτέρων καθορισμένη πληρωμή (prospective payment) των προμηθευτών υγείας για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό και για μια χρονική περίοδο για την οποία αντιστοιχεί ένα πακέτο υπηρεσιών. Οι τιμές του πακέτου υπηρεσιών σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο ισοδυναμούν με το συνολικό ποσό που δίνεται στον προμηθευτή προς τον αριθμό των ασφαλισμένων για συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Εάν οι τιμές αυτές είναι κάτω από τα αναμενόμενα κόστη, τότε οι προμηθευτές αναμένεται να διορθώσουν τα ελλείμματά τους μειώνοντας τα αναμενόμενα κόστη μέσω της μείωσης του χρόνου παρακολούθησης των ασθενών, της επιλογής ασθενών «χαμηλού κινδύνου» κ.ά. Δηλαδή, μεταφέρεται ο οικονομικός κίνδυνος (financial risk) από τον «τρίτο πληρωτή» στους προμηθευτές υγείας. Υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις όπου η αμοιβή δεν είναι καθορισμένη αλλά διαμορφώνεται, ενσωματώνοντας κάποιους παράγοντες σχετικού κινδύνου του εγγεγραμμένου πληθυσμού, όπως το φύλο των ασθενών, η ηλικία κ.ά. Η μέθοδος αυτή έχει αποδειχθεί ότι παρέχει ισχυρά κίνητρα για έλεγχο του όγκου και του κόστους των υπηρεσιών, αλλά την ίδια στιγμή υπάρχει ο κίνδυνος της υπολειπουργίας (under-provision) των προμηθευτών και της παροχής υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας.²²

Οι σφαιρικοί ή οι «ανά κατηγορία» προϋπολογισμοί είναι εκ των προτέρων καθορισμένες συνολικές πληρωμές για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Το ύψος των πληρωμών ως επί το πλείστον βασίζεται σε προηγούμενες πληρωμές, οι οποίες ενδέχεται να είναι προσαρμοσμένες στον πληθωριστικό παράγοντα. Οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, σε αντίθεση με τους σφαιρικούς, δεν παρέχουν τη δυνατότητα στις διοικήσεις των νοσοκομειακών μονάδων της ανακατανομής των πόρων ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες των κονδυλίων (μισθοί, φάρμακα, εξοπλισμός, συντήρηση κ.ά.). Ως συνέπεια αυτού του γεγονότος ενδέχεται να παρατηρηθεί ελλιπής παροχή σημαντικών υπηρεσιών υγείας, το μέγεθος των οποίων θα βασίζεται σε ιστορικά επίπεδα χρησιμοποίησης των πόρων. Η μέθοδος αυτή είναι περισσότερο διαδεδομένη σε χώρες με χαμηλό και μέσο εισόδημα, και η κύρια αιτία είναι η έλλειψη συστημάτων πληροφόρησης η οποία αποτρέπει τη χρήση περισσότερο αναπτυγμένων συστημάτων αποζημίωσης.

3.2. Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης

Ένας σύγχρονος μηχανισμός αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού κόστους, που χρησιμοποιείται πλέον στα σύγχρονα συστήματα υγείας με επί μέρους παραλλαγές, είναι η χρηματοδότηση βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (diagnosis-related groups, DRGs). Η μέθοδος αυτή υιοθετήθηκε για πρώτη φορά από το Αμερικανικό Κογκρέσο το 1983 και αφορούσε στην πληρωμή των νοσοκομείων που εξυπηρετούσαν ασθενείς οι οποίοι καλύπτονταν από το ομοσπονδιακό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης ηλικιωμένων και αναπήρων Medicare.

Η βασική ιδέα των Fetter και Thompson, του Πανεπιστημίου Yale των ΗΠΑ, ήταν η ταξινόμηση του εξαιρετικά μεγάλου αριθμού ιατρικών περιστατικών-περιπτώσεων σε ομάδες με κοινά χαρακτηριστικά.²³ Το βασικό πλεονέκτημα είναι η ικανότητα ορισμένης ανάλυσης, όπως για παράδειγμα η σύγκριση του κόστους, της αποδοτικότητας και της ποιότητας, που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτό.²⁴ Επίσης, τα παραπάνω συνέδραμαν στην αύξηση του βαθμού διαφάνειας σχετικά με την απόδοση των προμηθευτών και την κατανάλωση των πόρων, σε έναν τομέα όπου η άσκηση πολιτικής και διοίκησης ήταν συνδεδεμένη με προβλήματα ελλιπούς πληροφόρησης καθώς οι διευθύνσεις και οι «τρίτοι» πληρωτές γνώριζαν λίγα για την εσωτερική διαδικασία των νοσοκομείων και είχαν περιορισμένα μέσα για να προβούν σε ουσιαστικές συγκρίσεις. Η μέθοδος DRG είναι ένας μηχανισμός κατανομής των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων βάσει των υπηρεσιών που αυτά παρέχουν, ο οποίος παράλληλα αποθαρρύνει την παροχή της περιττής (μη αναγκαίας) ιατρικής περίθαλψης και ενθαρρύνει, αντίστοιχα, την οικονομικά αποδοτική παροχή της κατάλληλης ιατρικής περίθαλψης.

Η μέθοδος αυτή, με ορισμένες παραλλαγές, κατέστη πολύ ελκυστική για τους έχοντες την ευθύνη χάραξης πολιτικής στον τομέα των οικονομικών της υγείας τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε ορισμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφ' όσον με αυτή επιτυγχάνεται συγκράτηση των δαπανών των νοσοκομείων, ενώ αποφεύγονται οι πολιτικές διαμάχες όπως στις περιπτώσεις των σφαιρικών προϋπολογισμών.

Ειδικά σε χώρες όπου η κύρια μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, οι διοικήσεις έχουν πολύ περιορισμένη πληροφόρηση για το είδος και το τελικό κόστος των υπηρεσιών που προσφέρονται από τους ιατρούς. Η μέθοδος των DRGs, ταυτόχρονα με την κατάλληλη μηχανοργάνωση που απαιτείται, αποσκοπεί στην υποστήριξη του ρόλου των διοικήσεων των νοσοκομείων, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα παρακολούθησης και ελέγχου του έργου των ιατρών.

Όλοι οι τύποι χρηματοδότησης DRGs των νοσοκομείων είναι κυρίως δομημένοι πάνω σε δύο μηχανισμούς: (α) Στην ταξινόμηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών οι οποίες προσφέρονται σε μεμονωμένα άτομα σε συγκρίσιμες ομοειδείς ομάδες, ορίζοντας έτσι τις κατηγορίες των «προϊόντων» ενός νοσοκομείου. Αυτή η ταξινόμηση βασίζεται σε περιορισμένα κλινικά δεδομένα (όπως οι κλινικές διαγνώσεις και οι ιατρικές επεμβάσεις), δημογραφικά δεδομένα (ηλικία, φύλο) και μετρήσεις της κατανάλωσης των πόρων (κόστος, χρόνος παραμονής). Ορισμένες παραλλαγές των συστημάτων DRGs, όπως έχουν εφαρμοστεί για παράδειγμα στην Αυστραλία, στη Γερμανία και στην Ολλανδία, λαμβάνουν υπόψη και άλλους παράγοντες όπως το συνδυασμό όλων των επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν κατά την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο (diagnosis-treatment groups). (β) Σταθμίζοντας τις τιμές για κάθε κατηγορία προϊόντων.²⁵

Έτσι, η μέθοδος χρηματοδότησης DRGs βασίζεται σε μια καθορισμένη πληρωμή ανά ασθενή ανάλογα με την κύρια διάγνωση του και έχει αποδειχθεί, σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας,⁷ ότι αυξάνει τα κίνητρα για αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υπηρεσιών και αποτρέπει ακούσιες συμπεριφορές, όπως τα πρόωρα εξιτήρια των ασθενών.

Ενώ η οικονομική θεωρία προτείνει ότι το σύστημα αποζημίωσης DRG των νοσοκομείων παρέχει κίνητρα για αύξηση της αποδοτικότητας, σύμφωνα με τον Street²⁶ ενδέχεται να υπάρχουν εμπόδια (όπως ο συγκεκριμένος σχεδιασμός και η λειτουργία του εκάστοτε συστήματος) για την επιτυχία αυτών των κινήτρων στην πράξη.

Οι μελέτες οι οποίες έχουν εκπονηθεί για την εύρεση του βαθμού επιρροής της αποδοτικότητας των νοσοκομείων από την υιοθέτηση της μεθόδου αποζημίωσης DRG εστιάζουν στη μέτρηση της τεχνικής αποδοτικότητας (technical efficiency) και της παραγωγικότητας (productivity), η οποία περιλαμβάνει και την αποδοτικότητα κλίμακας (scale efficiency). Δεδομένων των επί μέρους διαφορών των συστημάτων υγείας της κάθε χώρας, στον πίνακα 1 καταγράφονται μελέτες που υπολογίζουν τη διαφορά αποδοτικότητας των νοσοκομείων πριν και μετά από την εισαγωγή των DRGs. Ενδεικτικά, η Πορτογαλία, η Σουηδία και η Αυστρία κατόρθωσαν να αυξήσουν την αποδοτικότητα και επομένως να περιορίσουν το νοσοκομειακό κόστος. Για τον υπολογισμό της αποδοτικότητας στην περίπτωση της Πορτογαλίας υπολογίστηκαν ποιοτικές μεταβλητές εκρών, όπως τα ποσοστά επιβίωσης των νοσηλευθέντων ασθενών.

4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ (Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ)

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και μετέπειτα πα-

ρατηρήθηκε ότι η συγκράτηση του κόστους ήταν και πάλι ένας δύσκολος επιτεύξιμος στόχος καθώς οι δαπάνες υγείας είχαν αρχίσει ξανά να αυξάνουν για τις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ.²⁷ Επίσης, παρατηρήθηκαν μεγάλες αυξήσεις στους καταλόγους αναμονής και έλλειψη υγειονομικής φροντίδας. Ένα ακόμη καθοριστικό πρόβλημα σχετικά με τις μεθόδους περιορισμού του κόστους ήταν το γεγονός ότι δεν παρείχαν κίνητρα ώστε οι υπηρεσίες που προσφέρονται να είναι οικονομικά αποδοτικές.

Η αντίδραση των κυβερνήσεων στους παραπάνω προβληματισμούς ήταν η εισαγωγή κινήτρων για τους προμηθευτές. Για την ακρίβεια, θεσμοθετείται ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών υγείας με το διαχωρισμό της «προσφοράς» από τη «ζήτηση» των ιατρικών υπηρεσιών (βρετανικό ΕΣΥ). Σε ορισμένες χώρες (π.χ. Γερμανία) επιχειρείται η εισαγωγή του ανταγωνισμού και στους αγοραστές υπηρεσιών υγείας, όπως είναι οι ασφαλιστικές εταιρίες.

Στις ΗΠΑ παρατηρείται η ανάπτυξη του συστήματος managed care, που προοριζόταν για τη μείωση των περιττών δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης μέσω διαφόρων μηχανισμών, περιλαμβανομένων των εξής: Οικονομικά κίνητρα για τους ιατρούς και τους ασθενείς προκειμένου να επιλέξουν τις λιγότερο δαπανηρές μορφές φροντίδας, προγράμματα για τον έλεγχο της ιατρικής αναγκαιότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών, αύξηση του επιμερισμού του κόστους του δικαιούχου της ασφάλισης, έλεγχος των εισαγωγών των ασθενών και της διάρκειας νοσηλείας, δημιουργία κινήτρων για επιμερισμό του κόστους για ιατρικές πράξεις στα εξωτερικά ιατρεία, επιλεκτική διαδικασία σύναψης συμβάσεων με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και εντατική διαχείριση των περιπτώσεων υψηλού ιατρικού κόστους. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι Health Maintenance Organizations και οι Preferred Provider Organizations.

Στις ΗΠΑ, το σύστημα managed care ήταν επιτυχές στη μείωση του κόστους κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ 1993 και 1999, όπου οι ιατρικές δαπάνες παρέμειναν σταθερές ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ αυξάνονταν συνεχώς από το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.²⁷

Τελευταία διεθνής εξέλιξη στις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών είναι η θεσμοθέτηση χρηματικών κινήτρων ανάλογα με την παραγωγικότητα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Ο όρος «ποιότητα» στη νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να έχει διαφορετικές ερμηνείες. Θα μπορούσε να υποδηλώνει ένα επιτυχές αποτέλεσμα (για παράδειγμα, ένας ασθενής επέζησε από μια καρδιακή προσβολή ή θεραπεύτηκε από πνευμονία) ή μπορεί να σημαίνει ότι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με την παραμονή τους στο νοσοκομείο και έκριναν ότι έτυχαν καλής μεταχείρισης. Η

Πίνακας 1. Σύγχρονες μελέτες της επιρροής του συστήματος DRG στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων.

Χώρα, έτος εφαρμογής συστήματος χρηματοδότησης DRG	Μελέτη	Μεθοδολογία	Μεταβλητές	Αποτελέσματα/ συμπεράσματα
ΗΠΑ, 1983	Borden, 1988	Μέθοδος: DEA, λόγος και ανάλυση παλινδρόμησης Δείγμα: 52 νοσοκομεία στο New Jersey Περίοδος μελέτης: 1979–1984	Εκροές: (α) Αριθμός νοσηλειών για τις 8 κατηγορίες DRG με το μεγαλύτερο όγκο υπηρεσιών, (β) αριθμός νοσηλειών για τις υπόλοιπες κατηγορίες DRG Εισροές: (α) Συνολικός αριθμός εργαζομένων, (β) αριθμός νοσηλευτών, (γ) άλλες μη εργοδοτικές δαπάνες, (δ) αριθμός κλινών Ποιότητα: Δεν περιλαμβάνεται	Η μεταρρύθμιση στον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομείων δεν είχε θετική επιρροή στην τεχνική αποδοτικότητα
	Chern & Wan, 2000	Μέθοδος: DEA Δείγμα: 80 νοσοκομεία στη Virginia Περίοδος μελέτης: 1984 & 1993	Εκροές: (α) Αριθμός εξιτηρίων από ενδονοσοκομειακή νοσηλεία (case mix-adjusted inpatient discharges), (β) επισκέψεις στα επείγοντα περιστατικά και στα εξωτερικά ιατρεία Εισροές: (α) Αριθμός κλινών, (β) αριθμός εργαζομένων εκτός των ιατρών και σταθμισμένος αριθμός εργαζομένων μερικώς απασχόλησης, (γ) λειτουργικές δαπάνες εκτός μισθοδοσίας, κεφαλαίου και αποσβέσεων Ποιότητα: Δεν περιλαμβάνεται	Δεν παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφορά στην τεχνική αποδοτικότητα μεταξύ των ετών 1984 και 1993, αλλά το ποσοστό των αποδοτικών νοσοκομείων ήταν υψηλότερο το 1993
Πορτογαλία, 1990	Dismuke & Sena, 1999	Μέθοδος: Δύο σταδίων (two stages): (α) DEA και εκτίμηση μεγίστης πιθανοφάνειας στοχαστικών συνόρων, (β) ανάλυση παλινδρόμησης Δείγμα: 2 DRGs: (α) Καρδιακή ανεπάρκεια, (β) ειδικές εγκεφαλοαγγειακές διαταραχές εκτός παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων Περίοδος μελέτης: 1992–1994	Εκροές: (α) Αριθμός εξιτηρίων επιβιωσάντων ασθενών ανά κατηγορία DRG, (β) αριθμός εξιτηρίων μη επιβιωσάντων ανά κατηγορία DRG Εισροές: Αριθμός εξετάσεων με τη χρήση (α) αξονικού τομογράφου, (β) ηλεκτροκαρδιογραφήματος, (γ) υπερηχοκαρδιογραφήματος Ποιότητα: Διαφορά ανάμεσα στις επιθυμητές εκροές (εξιτήρια επιβιωσάντων) και στις μη επιθυμητές εκροές (εξιτήρια μη επιβιωσάντων)	Για ένα ποσοστό που δέχθηκε αποζημίωση μέσω DRGs παρατηρήθηκε θετική επιρροή στην παραγωγικότητα
Πορτογαλία, 1990	Dismuke & Sena, 2001	Μέθοδος: Malmquist-Luenberger index Δείγμα: 2 DRGs Περίοδος μελέτης: 1992–1994	Εκροές: (α) Αριθμός εξιτηρίων επιβιωσάντων ασθενών ανά κατηγορία DRG, (β) αριθμός εξιτηρίων μη επιβιωσάντων ανά κατηγορία DRG Εισροές: Αριθμός εξετάσεων με τη χρήση (α) αξονικού τομογράφου, (β) ηλεκτροκαρδιογραφήματος, (γ) υπερηχοκαρδιογραφήματος Ποιότητα: Όπως στη μελέτη Dismuke & Sena, 1999	Η εισαγωγή των DRGs αύξησε την παραγωγικότητα
Σουηδία, αρχή δεκαετίας 1990	Gerdtham et al, 1999b	Μέθοδος: Δύο σταδίων (two stages): (α) DEA, (β) Ανάλυση παλινδρόμησης Δείγμα: 26 country councils Περίοδος μελέτης: 1993 & 1994	Εκροές: (α) Εξιτήρια χειρουργείων, (β) εξιτήρια σύντομης νοσηλείας, (γ) χειρουργικές επεμβάσεις σύντομης νοσηλείας, (δ) ιατρικές επισκέψεις στη μετεγχειρητική φροντίδα σύντομης νοσηλείας, (ε) ιατρικές επισκέψεις στην εσωτερική παθολογία Εισροές: (α) Συνολικό κόστος της σύντομης νοσηλείας, (β) αριθμός κλινών Ποιότητα: Δεν περιλαμβάνεται	Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες ήταν περισσότερο αποδοτικές σε καθεστώς ανταγωνισμού και αποζημίωσης με βάση τις παραγόμενες υπηρεσίες, σε σύγκριση με αυτές που αποζημιώνονται με τη μέθοδο του προϋπολογισμού. Οι δυνητικές περικοπές κόστους υπολογίζονται σε 13%

Πίνακας 1. (συνέχεια) Σύγχρονες μελέτες της επιρροής του συστήματος DRG στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων.

Χώρα, έτος εφαρμογής συστήματος χρηματοδότησης DRG	Μελέτη	Μεθοδολογία	Μεταβλητές	Αποτελέσματα/ συμπεράσματα
	Gerdtham et al, 1999	Μέθοδος: Πολλαπλών εκρών ανάλυση στοχαστικών συνόρων Δείγμα: 26 country councils Περίοδος μελέτης: 1989–1995	Εξαρτημένες μεταβλητές: (α) Επεμβάσεις, (β) εξιτήρια, (γ) ιατρικές επισκέψεις Ανεξάρτητες μεταβλητές: (α) Κόστος, (β) διαθέσιμες κλίνες, (γ) έτος, (δ) μεταβλητές που θα περιλαμβάνουν τις αρχικές επιδράσεις της μεταρρύθμισης, (ε) μεταβλητές για το νέο σύστημα αποζημίωσης, (στ) πολιτική πλειοψηφία, (ζ) αναλογία του πληθυσμού >70 ετών, (η) αναλογία των ιδιωτικών ιατρικών επισκέψεων, (θ) πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ποιότητα: Δεν περιλαμβάνεται	Η υιοθέτηση αποζημίωσης με βάση τις παραγόμενες εκροές αύξησε την τεχνική αποδοτικότητα κατά 9,7% κατά μέσον όρο
Αυστρία, 1997	Sommersguter-Reichmann, 2000	Μέθοδος: DEA/Malmquist Δείγμα: 22 νοσοκομεία Περίοδος μελέτης: 1994–1998	Εκροές: (α) Αριθμός ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα εξωτερικά ιατρεία, (β) πιστωτικές μονάδες που δηλώνονται από κάθε νοσοκομείο πολλαπλασιασμένες με ένα συντελεστή διεύθυνσης (για να ξεχωρίζουν τα νοσοκομεία ανάλογα με τον τύπο τους) Εισροές: (α) Αριθμός εργαζομένων, (β) νοσοκομειακές κλίνες, (γ) δαπάνες για εξωτερικές ιατρικές υπηρεσίες Ποιότητα: Δεν περιλαμβάνεται	Παρατηρήθηκε βελτίωση στην τεχνολογική αποδοτικότητα μεταξύ 1996 και 1998, αλλά δεν παρατηρήθηκε βελτίωση στην τεχνική αποδοτικότητα
Νορβηγία, 1997	Biorn et al, 2003	Μέθοδος: Δύο σταδίων (two stages): (α) DEA, (β) ανάλυση παλινδρόμησης Δείγμα: 48 νοσοκομεία Περίοδος μελέτης: 1992–2000	Εκροές: (α) Αριθμός εξιτηρίων (case mix-adjusted discharges) περιλαμβάνοντας τις νοσηλείες ημέρας, (β) επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία σταθμισμένες από την τιμή που ορίζεται από το κράτος για κάθε επίσκεψη Εισροές: (α) Αριθμός ιατρών, (β) αριθμός λοιπών εργαζομένων, (γ) ιατρικές δαπάνες, (δ) συνολικά τρέχοντα έξοδα (για ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας) Ποιότητα: Δεν περιλαμβάνεται	Η εισαγωγή του συστήματος αποζημίωσης DRG βελτίωσε την τεχνική αποδοτικότητα, αλλά τα αποτελέσματα κυμαίνονταν σχετικά με τη σχέση κόστους-αποδοτικότητας
	Hagen et al, 2006	Μέθοδος: Δύο σταδίων (two stages): (α) DEA, (β) ανάλυση παλινδρόμησης Δείγμα: 48 νοσοκομεία Περίοδος μελέτης: 1992–2003	Εκροές: (α) Αριθμός εξιτηρίων (case mix-adjusted discharges), (β) επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία σταθμισμένες με την κυβερνητική αποζημίωση ανά επίσκεψη Εισροές: (α) Αριθμός ιατρών, (β) αριθμός λοιπών εργαζομένων, (γ) ιατρικές δαπάνες, (δ) συνολικά τρέχοντα έξοδα (για ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας) Ποιότητα: Δεν περιλαμβάνεται	Η τεχνική αποδοτικότητα αυξήθηκε με τη μεταρρύθμιση του συστήματος αποζημίωσης, αλλά η επιρροή στη σχέση κόστους-αποδοτικότητας ήταν μη σημαντική
Νορβηγία, 1997 και Φινλανδία	Linna et al, 2006	Μέθοδος: DEA Δείγμα: Φινλανδία: 47 νοσοκομεία και Νορβηγία: 51 νοσοκομεία Περίοδος μελέτης: 1999	Εκροές: (α) Αριθμός εισαγωγών σταθμισμένων ανά κατηγορία DRG, (β) σταθμισμένος αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία, (γ) σταθμισμένος αριθμός νοσηλειών ημέρας, (δ) ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας Εισροές: (α) Καθαρό κόστος λειτουργίας Ποιότητα: Δεν περιλαμβάνεται	Το μέσο επίπεδο κόστους-αποτελεσματικότητας ήταν χαμηλότερο στα νοσοκομεία της Νορβηγίας

DRG: Diagnosis-related group

Πηγή: DRGs in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies (2011)

αξιολόγηση της διαδικασίας της περίθαλψης ενός ασθενούς αποτελεί έναν άλλο τρόπο για τη μέτρηση της ποιότητας. Η αξιολόγηση της διαδικασίας καταδεικνύει εάν δόθηκε

σε έναν ασθενή ένα απαραίτητο φάρμακο, μια θεραπεία ή μια εξέταση ανάλογα με την αρχική του διάγνωση. Σε προηγμένα κράτη στον τομέα της Ιατρικής, όπως οι ΗΠΑ,

μέσω της ιατρικής έρευνας έχουν καθιερωθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση των κύριων νοσοκομειακών περιστατικών όπως η καρδιακή προσβολή, η καρδιακή ανεπάρκεια και η πνευμονία. Η χορήγηση της ενδεδειγμένης περίθαλψης αυξάνει τις πιθανότητες για καλύτερα ιατρικά αποτελέσματα.²⁸

Από τις μεθόδους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας τύπου DRG απορρέουν άρρητα (explicit) οικονομικά κίνητρα που επηρεάζουν την αποδοτικότητα των παραγωγών. Αντίθετα, με τη μέθοδο πρόσθετων αμοιβών (ή οικονομικών κρατήσεων σε περίπτωση μη επίτευξης του ελάχιστου προκαθορισμένου επιπέδου απόδοσης) παρέχονται ρητά (implicit) οικονομικά κίνητρα που συνδέονται με το είδος, την ποσότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης, την ορθή κατανάλωση ιατροφαρμακευτικών πόρων και την ποιότητα των ιατρικών αποτελεσμάτων.

Η «πληρωμή σύμφωνα με την απόδοση» ή η «αγορά υπηρεσιών υγείας βάσει της αξίας τους» (pay for performance, P4P/valued-based purchasing) είναι ένα αναδυόμενο κίνημα στην ασφάλιση υγείας το οποίο άρχισε να εφαρμόζεται από τις ΗΠΑ και τη Μ. Βρετανία τόσο για την πρωτοβάθμια όσο και για τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Οι Rosenthal et al²⁹ συνοψίζουν τα μεγαλύτερα προγράμματα αυτού του είδους που είχαν λάβει χώρα μέχρι και το 2003 στις ΗΠΑ. Ο Roland,³⁰ καθώς και οι Smith και York,³¹ περιέγραψαν τα προγράμματα P4P στη Μ. Βρετανία, ενώ οι Pink et al³² συνέκριναν τα προγράμματα P4P των ΗΠΑ, της Μ. Βρετανίας και της Αυστραλίας.

Ανταποκρινόμενα στις διάφορες δημόσιες αντιδράσεις που είχαν οι μέθοδοι managed care στη δεκαετία του 1990, τα προγράμματα ιατρικής περίθαλψης (health care plans) και οι οργανωμένες ομάδες ιατρών (physicians groups) στην πολιτεία της California των ΗΠΑ ανέπτυξαν μια σειρά δεικτών ποιότητας (quality performance measures) και τις κάρτες δημόσιας λογοδοσίας/αναφοράς (public report cards), τα οποία, το 2001, είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία του προγράμματος "California pay for performance program", το οποίο είναι το μεγαλύτερο πρόγραμμα του είδους σε όλες τις ΗΠΑ. Τα οικονομικά κίνητρα που στηρίζονταν στη διαχείριση της χρησιμότητας (utilization management) αντικαταστάθηκαν από αυτά που βασίζονται σε δείκτες ποιότητας.

Με την ομοσπονδιακή νομοθεσία στις ΗΠΑ που θεσπίστηκε το 2003 ορίστηκε ο ανεξάρτητος μη κυβερνητικός και μη κερδοσκοπικός, συμβουλευτικός οργανισμός Institute of Medicine να προτείνει ένα πλαίσιο οικονομικών κινήτρων, έτσι ώστε ο τομέας του Υπουργείου Υγείας που είναι υπεύθυνος για τα προγράμματα Medicare και Medicaid "Centers for Medicare and Medicaid services" να είναι σε θέση να

επιβραβεύει τους ιατρούς, τα νοσοκομεία, τα προγράμματα ιατρικής περίθαλψης (health care plans) και άλλους προμηθευτές με υψηλή ποιότητα. Επί πλέον, νομοθεσία που θεσπίστηκε νωρίτερα κατά τον ίδιο χρόνο απαίτησε από τον Υπουργό Υγείας των ΗΠΑ να δημιουργήσει ένα σχέδιο πληρωμών βάσει της αξίας των υπηρεσιών (value-based) του νοσοκομειακού προγράμματος Medicare, το οποίο θα είχε ημερομηνία έναρξης της υλοποίησής του το οικονομικό έτος 2009. Το 2004, το νομοσχέδιο για τον εκσυγχρονισμό του προγράμματος Medicare καθιέρωσε ένα σχετικά μικρό οικονομικό κίνητρο, το οποίο ισοδυναμούσε με το 0,4% των συνολικών πληρωμών, για να ενθαρρύνει τα νοσοκομεία να δημοσιοποιήσουν 10 ποιοτικούς δείκτες σχετικά με τα κλινικά αποτελέσματά τους στις νόσους του εμφράγματος του μυοκαρδίου, της καρδιακής ανεπάρκειας και της πνευμονίας.

Για την ανάπτυξη και την εφαρμογή των παραπάνω πολιτικών το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ συνεργάζεται με πολλούς φορείς που έχουν ως κοινό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την αποφυγή του περιττού ιατρικού κόστους, όπως οι National Quality Forum (NQF), Joint Commission of the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), National Committee for Quality Assurance (NCQA), Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), American Medical Association (AMA) και άλλους. Το Υπουργείο Υγείας, επί πλέον, παρέχει τεχνική βοήθεια σε ένα μεγάλο εύρος προμηθευτών υγείας, μέσω των Quality Improvement Organizations.

Τα νοσοκομειακά προγράμματα P4P του προγράμματος Medicare είναι τα εξής δύο: (α) Το "Hospital Quality Initiative",³³ το οποίο εστιάζει σε μια αρχική ομάδα 10 δεικτών ποιότητας και συνδέει τη δημοσιοποίηση αυτών των μετρήσεων με τις πληρωμές των νοσοκομείων που λαμβάνουν για κάθε εξιτήριο ασθενούς από το νοσοκομείο. Τα νοσοκομεία που παρέχουν τις απαιτούμενες μετρήσεις λαμβάνουν την πλήρη επικαιροποιημένη πληρωμή μέσω της μεθόδου αποζημίωσης των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (DRG) που χρησιμοποιείται από το πρόγραμμα Medicare. Περίπου όλα (98,3%) τα νοσοκομεία τα οποία συμμετέχουν στο πρόγραμμα έχουν τηρήσει τους παραπάνω απολογιστικούς όρους που απαιτούνται για αυτή τη χρηματική προμήθεια. (β) Το "Premier Hospital Quality Incentive Demonstration" (PHQID),³⁴ το οποίο έχει ως σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης στους δικαιούχους ασφαλισμένους του προγράμματος Medicare, παρέχοντας οικονομικά κίνητρα σε περίπου 300 νοσοκομεία για τις υψηλής ποιότητας υπηρεσίες τους. Υπό αυτή την έννοια, η υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας που είναι υπεύθυνη για το πρόγραμμα Medicare συλλέγει δεδομένα από 34 δείκτες ποιότητας βασισμένους στην τεκ-

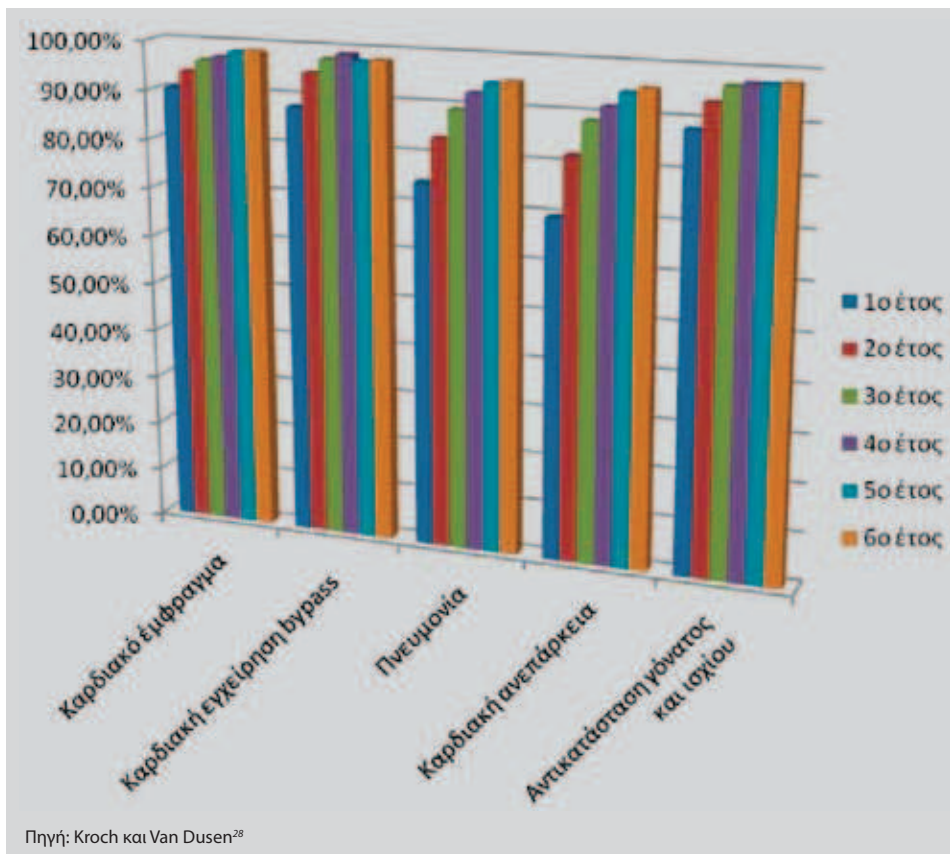
μηρίωση (evidence-based clinical quality measures) σχετικά με πέντε κλινικές καταστάσεις (έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, αορτοστεφανιαία παράκαμψη με μόσχευμα, αντικατάσταση γόνατος και ισχίου, πνευμονία) και η συγκεκριμένη απόδοση του κάθε νοσοκομείου σε αυτούς τους δείκτες δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας. Τα νοσοκομεία που βρίσκονται στο καλύτερο 10% των θέσεων ανάλογα με τους δείκτες ποιότητας λαμβάνουν μια πρόσθετη αμοιβή (bonus) 2% στο σύνολο των καθιερωμένων πληρωμών μέσω DRG για τα σχετικά εξιτήρια ασθενών. Μετά τον τρίτο χρόνο από την έναρξη της νομοθετικής πρωτοβουλίας, όποια νοσοκομεία δεν πληρούν κάποια κατώτατα προκαθορισμένα όρια στις ποιοτικές μετρήσεις θα αντιμετωπίζουν μειώσεις στις πληρωμές τους.

Το πρόγραμμα "PHQID" λειτούργησε ως πεδίο δοκιμής για την επερχόμενη πολιτική μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης και συγκεκριμένα την υιοθέτηση κριτηρίων ποιότητας στον τρόπο αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας σε εθνικό επίπεδο, αρχής γενομένης από το οικονομικό έτος 2013. Για τα 6 χρόνια λειτουργίας του "PHQID" (2003–2009) οι συμμετέχοντες²⁵ (α) αύξησαν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών κατά μέσον όρο 18,6 ποσο-

στιαίες μονάδες βάσει της απόδοσής τους στους 34 δείκτες ποιότητας, όπως η κατάλληλη χορήγηση φαρμάκων (π.χ. αντιβιοτικά, β-αναστολείς) σε ασθενείς σε πέντε κλινικές καταστάσεις, (β) έλαβαν οικονομικά κίνητρα ύψους 60 εκατομμυρίων δολαρίων για τη βελτίωση της απόδοσης και την επίτευξη των στόχων, (γ) βελτίωσαν την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης για κάθε κατηγορία κλινικής κατάστασης για όλη τη χρονική περίοδο του δείγματος (2003–2006), ενώ (δ) σώθηκε η ζωή περίπου 8.500 ασθενών με καρδιακή προσβολή.

Στην εικόνα 1 καταγράφονται οι μετρήσεις του σύνθετου δείκτη ποιότητας ανά κλινική περίπτωση για την εξαετία 2003–2009. Ο δείκτης προσμετρά τόσο το επιτυχές αποτέλεσμα της νοσοκομειακής περίθαλψης (ποσοστό θνησιμότητας) όσο και την αξιολόγηση της διαδικασίας περίθαλψης των ασθενών. Παρατηρείται ότι ο σύνθετος δείκτης ποιότητας αυξάνει συν τω χρόνω, γεγονός το οποίο καταδεικνύει την επιτυχία του προγράμματος αποζημίωσης.

Ένας κίνδυνος που ελλοχεύει σχετικά με τα προγράμματα P4P είναι ο εξής: Οι ασθενείς είναι πιθανό να μην είναι τυχαία κατανεμημένοι σε όλους τους προμηθευτές ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους.²⁸ Έτσι, ορισμένοι προμηθευτές με μεγάλη επιτυχία στις «δύσκο-



Εικόνα 1. Μετρήσεις σύνθετου δείκτη ποιότητας ανά κλινική περιοχή για τα έτη 2003–2009 του προγράμματος (PHQID).

λες περιπτώσεις νοσηλείας» ενδέχεται να γίνονται πόλος έλξης για παρόμοια περιστατικά. Αυτό το γεγονός θα έχει ως συνέπεια να βαθμολογηθούν χειρότερα στις ποιοτικές μετρήσεις. Η λύση σε αυτό το γεγονός βρίσκεται στη χρήση στατιστικών μεθόδων προσαρμογής κινδύνου (risk-adjust methods) στις μετρήσεις της απόδοσης των προμηθευτών ανάλογα με τη σοβαρότητα των ασθενών. Ωστόσο, οι εν λόγω τεχνικές προσαρμογής κινδύνου προϋποθέτουν υψηλή τεχνογνωσία, είναι δύσκολο να εφαρμοστούν και ενδέχεται να μην είναι απόλυτα επιτυχείς.

Στη Μ. Βρετανία, αντίστοιχα, η εισαγωγή της «πληρωμής των προμηθευτών υγείας ανάλογα με τα αποτελέσματά τους» (payment by results, PbR) το 2005 εφαρμόστηκε με σκοπό την παραγωγή ενός διαφανούς, βάσει κανόνων, συστήματος για την πληρωμή των νοσοκομείων (trusts), μέσω της επιβράβευσης της αποδοτικότητας, της υποστήριξης της δυνατότητας επιλογής του κάθε ασθενούς και της ενθάρρυνσης της δραστηριότητας για τη βιώσιμη μείωση του χρόνου αναμονής.³⁵ Η πληρωμή συνδέεται με τα αποτελέσματα του κάθε νοσοκομείου, προσαρμοσμένη ανάλογα με την ομοειδή διαγνωστική ομάδα (case mix). Το πλέον σημαντικό είναι ότι αυτό το σύστημα διασφαλίζει μια δίκαιη και συνεπή βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων, η οποία δεν στηρίζεται κατά το μεγαλύτερο τμήμα στους ιστορικούς προϋπολογισμούς και στις διαπραγματευτικές ικανότητες των εκάστοτε διοικήτων.

Συγκεκριμένα, η δραστηριότητα των νοσοκομείων, κατηγοριοποιημένη σύμφωνα με ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες που απαιτούν περίπου το ίδιο επίπεδο ιατρικών πόρων (healthcare resource groups, HRGs), θα αποζημιώνεται με ένα σταθερό ποσό για όλη τη χώρα (national tariff). Το ποσό αυτό υπολογίζεται σύμφωνα με το μέσο όρο παροχής της περίθαλψης ή της θεραπείας από το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, προσαρμοσμένο στον πληθωρισμό, στις αλλαγές στην τεχνολογία, στις κλινικές πρακτικές και σε τοπικούς παράγοντες. Ενώ το σταθερό αυτό ποσό σε επίπεδο χώρας θα καθορίζει την τιμή, οι αγοραστές και οι προμηθευτές θα διαπραγματεύονται τον όγκο των υπηρεσιών, εστιάζοντας στην ποιότητα παρά στην τιμή. Ο κίνδυνος ο οποίος συνδέεται με αυτή τη μέθοδο χρηματοδότησης για τα νοσοκομεία είναι η συγκράτηση του κόστους τους στο πλαίσιο του επιπέδου της σταθερής τιμής (tariff) που θα λαμβάνουν. Η μέθοδος PbR έχει ως σκοπό να αυξήσει τη δραστηριότητα (να μειώσει το χρόνο αναμονής), την παραγωγικότητα και τη διαφάνεια, να διευκολύνει τη δυνατότητα επιλογής από τον ασθενή, καθώς και να δημιουργήσει πλουραλισμό στην παροχή των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τη μέθοδο χρηματοδότησης PbR, ο αγο-

ραστής υπηρεσιών υγείας πληρώνει ένα σταθερό ποσό (tariff) για κάθε ασθενή που περιθάλπει, δημιουργώντας έτσι μια άμεση (γραμμική) σχέση μεταξύ του επιπέδου δραστηριότητας (activity) του νοσοκομείου και του πληρωτέου ποσού. Σε αντίθεση με το προηγούμενο καθεστώς χρηματοδότησης των συμβολαίων (block contracts), η μέθοδος PbR εισάγει κίνητρα για τα νοσοκομεία ώστε να αυξήσουν τη δραστηριότητά τους, επειδή έτσι θα μπορούν να αυξήσουν τα έσοδά τους κατ' αναλογία με την αύξηση της δραστηριότητας. Ενώ προηγουμένως η τοπική τιμή (local price) ανά μονάδα δραστηριότητας ήταν προϊόν διαπραγμάτευσης γύρω από το συνολικό συμβόλαιο, τώρα τα σταθερά ποσά (tariffs) ορίζονται σύμφωνα με το μέσο κόστος για το σύνολο της χώρας. Αυτό σημαίνει ότι τα νοσοκομεία γνωρίζουν εκ των προτέρων το ποσό που θα λάβουν όσο θα αυξάνεται η δραστηριότητά τους.

Η μελέτη των Christianson et al,³⁷ η οποία συνοψίζει τις επί μέρους μελέτες σχετικά με την επιρροή που ασκούν τα οικονομικά κίνητρα τύπου "pay-for-performance" στο επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή), οι οποίες έχουν διεξαχθεί μέχρι το 2008 στη Βρετανία, στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία, αναφέρει ότι συνολικά υπήρξε μια αύξηση σε ορισμένους δείκτες ποιότητας, αλλά η συνεισφορά των οικονομικών κινήτρων στη συγκεκριμένη αύξηση δεν είναι απόλυτα σαφής, καθώς τα οικονομικά κίνητρα είχαν εφαρμοστεί από κοινού με άλλες προσπάθειες για αναβάθμιση της ποιότητας ή δεν υπήρχαν βάσιμα συγκριτικά στοιχεία. Η έρευνα των Manion et al,³⁸ για το ρόλο των κινήτρων και της παροχής πληροφόρησης για την επιτυχή εφαρμογή του συστήματος πληρωμής payment by result (σε νοσοκομειακό επίπεδο) στην Αγγλία, κατέδειξε ότι ο καθορισμός του σταθερού ποσού (tariff) παρέχει υψηλής δυναμικής κίνητρα στους προμηθευτές προκειμένου να αυξήσουν τη δραστηριότητά τους. Ωστόσο, υπάρχει κίνδυνος τα νοσοκομεία να αυξήσουν τη δραστηριότητα πάνω από τα οικονομικά ανεκτά επίπεδα και να προκαλέσουν το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.

5. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Στην Ελλάδα, το σύνολο της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας εκδηλώνεται πρωτίστως από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας (περιλαμβανομένων και των κρατικών ενισχύσεων για την κάλυψη των ελλειμμάτων) και δευτερευόντως από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και τους ανασφάλιστους πολίτες.³⁹ Για τα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει ένα καθεστώς μικτής χρηματοδότησης, το οποίο περιλαμβάνει πληρωμές από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους ασφαλιστικούς φορείς και ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Θεσμοθετημένα

κίνητρα παραγωγικότητας δεν υπάρχουν και οι ποινές που επιβάλλουν τα πειθαρχικά συμβούλια είναι σπάνιες. Το ίδιο εμφανής είναι και η έλλειψη ελέγχου διασφάλισης της ποιότητας εργασίας και του παραγόμενου έργου.^{4,5}

Μέχρι το 2009, το Υπουργείο Υγείας δεν διέθετε την κατάλληλη υποδομή για τη συλλογή αξιόπιστων και ολοκληρωμένων δεδομένων σχετικά με την κοστολόγηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων. Προφανώς, αυτό το γεγονός προσέδιδε μια περιορισμένη ικανότητα παρακολούθησης της οικονομικής λειτουργίας των νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ), καθώς και σύγκρισης των επί μέρους επιδόσεων. Για να ξεπεραστεί αυτός ο περιορισμός, από πλευράς υπουργείου, αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε μια διαδικτυακή πλατφόρμα δεδομένων, με την ονομασία "ESY.net", για τη συλλογή αξιόπιστων και ενημερωμένων δεδομένων.⁴⁰ Κάθε νοσοκομείο πρέπει να παρουσιάζει σε αυτή την πλατφόρμα τα στατιστικά δεδομένα τα οποία αφορούν στην είσπραξη των εσόδων, στους μισθούς του προσωπικού, στα λοιπά ιατρικά έξοδα, καθώς και σε στοιχεία του αναφορικά με το φόρτο εργασίας (όπως ο αριθμός εισαγωγών και ο αριθμός εξωτερικών ασθενών) σε μηνιαία βάση.

Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία (π.χ. περίπτωση του βρετανικού ΕΣΥ), κρίθηκε απαραίτητος ο διαχωρισμός των λειτουργιών της «προσφοράς» και της «ζήτησης» υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με το Νόμο «διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» του 2011,⁴¹ ο συντονισμός της αγοράς των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΟΠΑΔ, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) και όποιων άλλων ταμείων πραγματοποιείται από ένα ενιαίο συντονιστικό όργανο (με τη μορφή ΝΠΔΔ), το οποίο διαπραγματεύεται εκ μέρους όλων των ταμείων τις τιμές και τις συμβάσεις, με ιατρούς, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. Τα ταμεία, μέσω του συντονιστικού οργανισμού (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ΕΟΠΥΥ), έχουν ενιαία μηχανογράφηση και μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη. Τα νοσοκομεία που ανήκαν στο ταμείο του ΙΚΑ μεταφέρονται οργανικά πλέον στο ΕΣΥ.

Το σύστημα υγείας έως τώρα ήταν ανοικτό ως προς τη χρηματοδότησή του, με συνέπεια το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία να πληρώνουν αναδρομικά οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ είναι από τη μια πλευρά η συλλογή εσόδων από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υγείας και κρατικής συμμετοχής (επιχορηγήσεις) κι από την άλλη πλευρά η σύναψη συμβάσεων με δημόσιους ή ιδιωτικούς προμηθευτές νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Κύριος σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι η δημιουργία μηχανισμού αγοράς και ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας, καθώς και της οικονομικής αποδοτικότητας, των υπηρεσιών υγείας, εισάγοντας σημεία benchmarking

(χωρίς yardstick) στο ΕΣΥ και μονοψωνίου στην κοινωνική ασφάλιση (ΕΟΠΥΥ) και το φάρμακο (Υπουργείο Υγείας).

Όσον αφορά στην οικονομική λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, από τις αρχές του 2012 οι πληρωμές από τους αγοραστές υπηρεσιών υγείας γίνονται με βάση το σύστημα DRG (καθιέρωση «πακέτου νοσηλείας» ανά διαγνωστική κατηγορία) και καταργήθηκαν, αντίστοιχα, τα κρατικά τιμολόγια για τα ημερήσια νοσήλια και οι πρόσθετες ιατρικές πράξεις στις νοσηλείες.⁴² Για τη δόμηση του ελληνικού μηχανισμού αποζημίωσης των DRGs-KEN (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια) αξιοποιήθηκε η εμπειρία από άλλες χώρες κατά τη διάρκεια των αντίστοιχων προσπαθειών υιοθέτησης του εν λόγω μηχανισμού. Έμφαση δόθηκε σε χώρες με συστήματα υγείας παρόμοια με το ελληνικό όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών και στους μηχανισμούς χρηματοδότησης. Η επιλογή του Υπουργείου Υγείας, καθώς και εξειδικευμένων επιστημόνων στα θέματα των Οικονομικών της Υγείας ήταν η εστίαση και η προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα του αυστραλιανού (version 6.0, 2008–2009) και του γερμανικού (version 2011) συστήματος ταξινόμησης DRG. Η ταξινόμηση με βάση το γερμανικό μοντέλο, το οποίο βασίστηκε στη δημιουργία του από το αυστραλιανό, επιλέχθηκε γιατί η Ελλάδα αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα πλεονάζουσας δυναμικής παραγωγικότητας και έλλειψης ορθής κατανομής πόρων βάσει κριτηρίων ζήτησης.⁴³ Η ταξινόμηση, σε περίπου 700 ομοειδείς ομάδες, επιλέχθηκε με βάση την αρχική διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία.

Μετά από την πρώτη χρήση του νέου συστήματος αποζημίωσης και τη συστηματική και αναλυτική λογιστική καταγραφή του κόστους, η οποία προέκυπτε από τα DRGs-KEN που εφαρμόστηκαν στα μεγάλα νοσοκομεία, έγινε μια προσαρμογή των τιμών στο πραγματικό νοσοκομειακό κόστος. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια μέση μείωση 10% στις αρχικές τιμές ανά κατηγορία (δεύτερη υπουργική απόφαση για τα KEN). Επί πλέον, ένας αριθμός κατηγοριών DRGs-KEN, ο οποίος δεν είχε τιμολογηθεί ορθά, διασπάστηκε σε περισσότερες κατηγορίες, αυξάνοντας το συνολικό αριθμό των κατηγοριών σε 760.

Τα έσοδα που δημιουργήθηκαν κατά τους πρώτους τρεις μήνες (Οκτώβριος–Δεκέμβριος 2011) της εφαρμογής του συστήματος των DRGs-KEN, ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠΕ), παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Για το 33,1% των νοσηλείων, η διάρκεια νοσηλείας υπερέβαινε την προτεινόμενη τιμή της (ακραίες τιμές), υποδηλώνοντας την ανάγκη για περαιτέρω αποζημίωση. Για το συνολικό δείγμα των νοσοκομείων (n=133), τα συνολικά έσοδα ήταν περίπου 175 εκατομμύρια €.⁴¹

Το επόμενο στάδιο στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας σχετικά με τις μεθόδους αποζημίωσης των νοσο-

Πίνακας 2. Εξιτήρια και έσοδα για το τρίμηνο Οκτωβρίου–Δεκεμβρίου 2011 ανά υγειονομική περιφέρεια Ελλάδας (ΥΠΕ).

	n	Ημέρες νοσηλείας	Εξιτήρια* n	Έσοδα		
				% ακραίες τιμές (out-liers)**	Συνολικά (€)	% ακραίες τιμές (out-liers)
Συνολικό δείγμα	113	480.944	166.013	33,1%	174.848.410	13,4%
<i>Υγειονομικές περιφέρειες</i>						
1η Αττικής	22	127.490	39.097	31,9%	48.346.704	21,1%
2η Πειραιώς και Αιγαίου	18	74.655	18.328	30,1%	31.379.066	17,3%
3η Μακεδονίας	15	71.039	23.610	38,4%	19.557.853	10,5%
4η Μακεδονίας και Θράκης	12	99.097	34.843	34,0%	29.755.868	9,4%
5η Θεσσαλίας και Κεντρικής Ελλάδος	13	32.025	25.023	30,0%	26.637.779	8,2%
6η Πελοποννήσου, Δ. Ελλάδος και Ηπείρου	25	67.796	22.662	34,4%	17.069.112	10,0%
7η Κρήτης	8	8.842	2.450	27,4%	2.102.028	10,1%

*Σύνολο από χειρουργικό και παθολογικό τομέα. **Περιπτώσεις νοσηλείας, των οποίων η διάρκεια υπερβαίνει την προτεινόμενη τιμή της Πηγή: Polyzos et al¹⁴

κομειακών υπηρεσιών πρέπει να είναι η αξιοποίηση του συστήματος DRG- KEN από τον ΕΟΠΥΥ προκειμένου να ελέγξει το κόστος των νοσοκομείων του ΕΣΥ μέσω σχετικών συμβάσεων. Επίσης, προτείνεται η μισθοδοσία του νοσοκομειακού προσωπικού, η οποία αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του νοσοκομειακού κόστους, να μεταφερθεί υπό τον έλεγχο της διοίκησης του ΕΟΠΥΥ ώστε να επιτευχθεί η σύνδεσή της με την αξιολόγηση και την παραγωγικότητα.

Μια σημαντική έλλειψη του ΕΣΥ είναι η απουσία ενός επίσημου συστήματος πληροφόρησης των ασθενών για τις επιδόσεις των μονάδων υγείας. Κατά συνέπεια, δεν μπορεί να γίνει ούτε σύγκριση ούτε αξιολόγηση του κινδύνου. Αντίθετα, η πληροφόρηση γίνεται με το στόμα (world of mouth) και δεν είναι τεκμηριωμένη. Κατά συνέπεια, ο χρήστης δεν διευκολύνεται στις επιλογές του και οι προμηθευτές δεν έχουν κίνητρο βελτίωσης της απόδοσής τους. Υποχρεωτική θα πρέπει να είναι και η χρήση διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Η μη τήρησή τους θα συνεπάγεται και τις ανάλογες συνέπειες.

Η σημερινή οικονομική συγκυρία που διέρχεται η Ελλάδα δεν αφήνει ανεπηρέαστο το σύστημα υγείας, καθώς απαιτούνται πλέον περικοπές και συμπίεσεις του συνόλου των σχετικών δαπανών. Αυτό το γεγονός μπορεί να χαρακτηριστεί ως ευκαιρία για να υλοποιηθούν οι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις για την αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας και του επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, οι οποίες δεν επιτεύχθηκαν τα προηγούμενα χρόνια στο βαθμό που έπρεπε.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα άριστο σύστημα χρηματοδότησης πρέπει να οδηγεί τους προμηθευτές να προσφέρουν υψηλής ποιότητας θεραπευτικές υπηρεσίες που καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών και με μεγάλο βαθμό τεχνικής αποδοτικότητας. Ενώ όλες οι παραπάνω προϋποθέσεις είναι επιθυμητές, κανένα σύστημα χρηματοδότησης δεν είναι ικανό από μόνο του να τις καλύπτει, οπότε συχνά εφαρμόζονται περισσότερα του ενός συστήματα για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

Στα σύγχρονα συστήματα υγείας, η μεγαλύτερη πρόκληση πλέον είναι η αναζήτηση της υψηλότερης ποιότητας στις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες. Κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η χρήση κινήτρων με βάση την κλινική και την οικονομική αποδοτικότητα.

Η σημερινή δύσκολη οικονομική συγκυρία στην Ελλάδα αποτελεί ευκαιρία για τη μεταρρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης των προμηθευτών υγείας, έτσι ώστε να επιτευχθεί μεγαλύτερη οικονομική αποδοτικότητα και παραγωγικότητα των προμηθευτών, με παράλληλη αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Στα σημαντικά βήματα της τελευταίας τριετίας (ΕΟΠΥΥ, esy.net, KEN κ.λπ.) θα πρέπει να προστεθούν η ανάπτυξη, η αξιολόγηση και τα κίνητρα στις μονάδες του ΕΣΥ, καθώς και ο εξορθολογισμός των εσόδων και των εξόδων του ΕΟΠΥΥ, στη βάση "pay according to the performance, including quality".

ABSTRACT

Modern methods of hospital funding, competition and financial incentives

P. XENOS,¹ M. NEKTARIOS,¹ N. POLYZOS,² J. YFANTOPOULOS³¹Department of Statistics and Insurance Science, University of Piraeus, Piraeus, ²Department of Social Management, University of Thrace, Komotini, ³Department of Public Policy and Management, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(2):172–185*

The various mechanisms of payment for health services aim to create incentives which affect the health provider behavior, economic efficiency and productivity of a health system, and ultimately its quality. This paper describes and analyzes the current methods of funding used in hospital systems worldwide, from the “diagnosis related groups” (DRGs) method to the recent development of hospital-based “pay for performance” (P4P) of the US Medicare system and the “payment by results” of the UK. Emphasis is placed on studies measuring hospital efficiency before and after adoption of the new methods of payment. The necessary institutional reforms are described which enhance competition between the health care funding schemes, such as social security funds and insurance companies, and the health care providers, such as hospitals. The Greek case is evaluated from the beginning of the economic crisis in 2009 until the present, with the establishment of a single health insurance fund, EOPYY, the creation of the database esy.net for the collection of complete, reliable data on the costing and operation of the state hospitals (ESY) in order to monitor their financial and administrative functioning, and the adoption of the payment method of KENDRGs, where classification was made in 760 groups based on the initial diagnosis and treatment process. Finally, several changes are proposed which would lead towards a more sophisticated payment system based on performance criteria, including quality.

Key words: Competition, Financial incentives, Health insurance, Provider payment methods, Strategic purchasing

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2000 – health systems: Improving performance. WHO, Geneva, 2000
2. SALTMAN RB. Regulating incentives: The past and present role of the state in health care systems. *Soc Sci Med* 2002, 54:1677–1684
3. MOSSIALOS E, LE GRAND J. Cost containment in the EU: An overview. In: Mossialos E, Le Grand J (eds) *Health care and cost containment in the European Union*. Ashgate, Aldershot, UK, 1999:1–154
4. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδανός, Αθήνα, 2006
5. ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2000, 17:627–639
6. FIGUERAS J, ROBINSON R, JAKUBOWSKI E. *Purchasing to improve health systems performance*. Open University Press, New York, 2005
7. ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ. Διοικητική κινδύνων και ασφαλίσεις επιχειρήσεων. Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα, 2010
8. SHLEIFER A. A theory of yardstick competition. *Rand J Econ* 1985, 16:319–327
9. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Α, ΓΟΥΝΑΡΙΣ Σ. Assessing the technical and allocative efficiency of hospital operations in Greece and its resource allocation implications. *Eur J Oper Res* 2001, 133:416–431
10. ΓΙΟΚΑΣ Δ. Greek hospitals: How well their resources are used. *Omega* 2001, 29:73–83
11. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ Ν, ΘΑΝΑΣΣΟΥΛΗΣ Ε. A cost malmquist productivity index. *Eur J Oper Res* 2004, 154:396–409
12. ΑΛΕΤΡΑΣ Β, ΚΟΝΤΟΔΙΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΖΑΓΟΥΛΔΟΥΔΗΣ Α, ΝΙΑΚΑΣ Δ. The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals. *Health Policy* 2007, 83:236–245
13. ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΥ Λ, ΓΕΙΤΟΝΑ Μ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Measuring efficiency and productivity across hospitals in the Regional Health Authority of Thessaly, in Greece. *J Health Manag* 2011, 13:121–140
14. ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. A three-year performance of the NHS hospitals in Greece. *Hippokratia* 2012, 16:350–355
15. ΒΟΡΓΕΣ Μ, ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ, ΒΑΡΡΟΣ Σ. Analyzing the efficiency of the Greek life insurance industry. *Eur Res Stud* 2008, 11:35–52
16. ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ, ΒΑΡΡΟΣ Σ. A malmquist index for the Greek insurance industry. The Geneva Pap R I - ISS P 2010, 35:309–324
17. ΒΑΡΡΟΣ Σ, ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ, ΑΣΣΑΦ Α. Efficiency in the Greek insurance industry. *Eur J Oper Res* 2010, 205:431–436
18. ΧΑΡΡΙΝΓΤΟΝ Σ. The health insurance reform debate. *J Risk Insur* 2010, 77:5–38
19. ΕΝΤΟΒΕΝ Α. Internal market reform of the British National Health Service. *Health Aff (Millwood)* 1991, 10:60–70

20. KLARMAN H. *The economics of health*. Columbia University Press, New York, 1965
 21. BUNKER J. Surgical manpower. A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. *N Engl J Med* 1970, 282:135–144
 22. HORN BROOK MC, GOLDFARB MG. A partial test of a hospital behavior model. *Soc Sci Med* 1983, 17:667–680
 23. THOMPSON JD, AVERILL RF, FETTER RB. Planning, budgeting and controlling – one look at the future: Case-mix cost accounting. *Health Serv Res* 1979, 14:111–125
 24. SCHELLER-KREINSEN D, GEISSLER A, BUSSE R. The ABC of DRGs. *Euro Observer* 2009, 11:1–5
 25. SCHREYÖGG J, STARGARDT T, TIEMANN O, BUSSE R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. *Health Care Manag Sci* 2006, 9:215–223
 26. STREET A, O'REILLY J, WARD P, MASON A. DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (eds) *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, Berkshire, England, 2011:93–114
 27. CUTLER D. Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *J Econ Lit* 2002, 40:881–906
 28. KROCH E, VAN DUSEN C. *Premier hospital quality incentive demonstration project: White paper*. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2012
 29. ROSENTHAL MB, FERNANDOPULLE R, SONG HR, LANDON B. Paying for quality: Providers' incentives for quality improvement. *Health Aff (Millwood)* 2004, 23:127–141
 30. ROLAND M. Linking physicians pay to the quality of care – a major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2004, 351:1448–1454
 31. SMITH PC, YORK N. Quality incentives: The case of UK general practitioners. *Health Aff (Millwood)* 2004, 23:112–118
 32. PINK GH, BROWN AD, STUDER ML, REITER KL, LEATT P. Pay-for-performance in publicly financed healthcare: Some international experience and considerations for Canada. *Healthc Pap* 2006, 6:8–26
 33. MEDICARE. Available at: <http://www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1343>
 34. LINDENAUER PK, REMUS D, ROMAN S, ROTHBERG MB, BENJAMIN EM, MA A ET AL. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007, 356:486–496
 35. AUDIT COMMISSION. *National health report: Early lessons from payment by results*. Audit Commission Publications, London, 2005
 36. MIRALDO M, GODDARD M, SMITH PC. *The incentive effects of payment by results*. University of York, Centre for Health Economics, York, 2006
 37. CHRISTIANSON JB, LEATHERMAN S, SUTHERLAND K. Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs: A review of the evidence. *Med Care Res Rev* 2008, 65(Suppl 6):S5–S35
 38. MANNION R, MARINI G, STREET A. Implementing payment by results in the English NHS: Changing incentives and the role of information. *J Health Organ Manag* 2008, 22:79–88
 39. ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ. *Στρατηγική εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας. Επιθεώρησης Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλισης* 2010, NB (12/622):1097–1108
 40. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/esynet/311-esy-net-ei-sagwgh-stoixeiwn-monadwn-ygeias>
 41. Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις
 42. POLYZOS N, KARANIKAS H, THIREOS E, KASTANIOTI C, KONTODIMOPOULOS N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy* 2013, 109:14–22
 43. SCHMID A, GÖTZE R. Cross-national policy learning in health system reform: The case of diagnosis related groups. *Int Soc Secur Rev* 2009, 62:21–40
- Corresponding author:*
- P. Xenos, 80 M. Karaoli & A. Dimitriou street, GR-185 34 Pireas, Greece
e-mail: panosonex@yahoo.com