

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Μέθοδοι αποζημίωσης ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Πρόταση τροποποίησης των μεθόδων πληρωμής βάσει κινήτρων

Τα τελευταία έτη, οι μέθοδοι αμοιβής των ιατρών αποτελούν θέμα αυξανόμενου ενδιαφέροντος ώστε να επιτευχθεί ιδανική πολιτική πληρωμών, η οποία θα οδηγήσει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι μέθοδοι αποζημίωσης των ιατρών περιλαμβάνουν την αποζημίωση με πάγια αντιμισθία, την κατά κεφαλήν αποζημίωση, την κατά πράξη αποζημίωση ή έναν συνδυασμό των προαναφερόμενων μεθόδων. Για την αντιμετώπιση των μειονεκτημάτων των μεθόδων αποζημίωσης των ιατρών πολλές κυβερνήσεις προσανατολίζονται στην αποζημίωση των προμηθευτών-ιατρών υπηρεσιών υγείας μέσω της παροχής κινήτρων με βάση την απόδοση. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει προς το παρόν ένα σύστημα αποζημίωσης που να στηρίζεται στην απόδοση. Ωστόσο, μπορεί να εφαρμοστεί στη βάση των μεθόδων που ήδη χρησιμοποιούνται. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται οι μέθοδοι αποζημίωσης των ιατρών που δραστηριοποιούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), καθώς και τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματά τους. Αναφέρονται οι πολιτικές που ακολουθήθηκαν σε διάφορες ανεπτυγμένες χώρες ως προς την παροχή κινήτρων για απόδοση στους ιατρούς. Τέλος, γίνεται προσπάθεια διαμόρφωσης πρότασης πολιτικής, στηριγμένης στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, για την εφαρμογή παροχής κινήτρων με βάση την απόδοση στους ιατρούς που δραστηριοποιούνται στην ΠΦΥ στην Ελλάδα.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κύρια αποστολή των συστημάτων υγείας είναι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας και ενός ικανοποιητικού επιπέδου αποτελεσμάτων υγείας. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι το υψηλό κόστος δεν οδηγεί απαραίτητα σε ικανοποιητικά αποτελέσματα για την υγεία.¹ Αξίζει να σημειωθεί ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) έχουν το πλέον ακριβό, τεχνολογικά προηγμένο και εξειδικευμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο, αλλά εμφανίζουν και τη χειρότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού από οποιαδήποτε άλλη ανεπτυγμένη χώρα.² Γι' αυτόν τον λόγο, πολλές κυβερνήσεις έχουν αναλάβει πρωτοβουλίες και προγράμματα για τη διαχείριση δεικτών απόδοσης, όπως η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα.¹

Στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης οι αποφάσεις επικεντρώνονται σε τρεις τομείς και αφορούν (α) στο πακέτο των παροχών, δηλαδή το ποιες υπηρεσίες αγοράζονται,

(β) στην επιλογή παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή από ποιον αγοράζονται και (γ) στους μηχανισμούς πληρωμής των παρόχων, δηλαδή το πώς αγοράζονται οι υπηρεσίες υγείας. Οι μηχανισμοί πληρωμών παρόχων είναι κρίσιμοι για την επίτευξη των στόχων της καθολικής κάλυψης υγείας, επειδή δημιουργούν κίνητρα για τη βελτίωση της πρόσβασης, της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.³

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα κίνητρα ερμηνεύονται 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».⁴ Αντίστοιχα, οι οικονομολόγοι της υγείας με τον όρο «κίνητρα» εννοούν τα οικονομικά οφέλη για συμπεριφορές που προκύπτουν στο σύνολο της λειτουργικής αποδοτικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.⁵

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2022, 39(4):500-507
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2022, 39(4):500-507

Β. Γκουλιαβέρας,¹
Δ. Νιάκας^{1,2}

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών,
Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
²Ιατρική Σχολή, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Αθήνα

Methods of compensation
of doctors in primary health care:
A proposal for modification
of the methods based
on incentivess

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Μέθοδοι αποζημίωσης
προμηθευτών
Μέτρηση και αξιολόγηση
της απόδοσης
Οικονομικά κίνητρα
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Χρηματοδότηση βάσει απόδοσης

Υποβλήθηκε 16.8.2021
Εγκρίθηκε 11.9.2021

Συνεπώς, οι πληρωμές των ιατρών και οι μέθοδοι αμοιβής αποτελούν θέματα αυξανόμενου ενδιαφέροντος, καθώς οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής αναζητούν την ιδανική πολιτική πληρωμών για την εξισορρόπηση των συμφερόντων των ιατρών, των ασθενών και των πληρωτών. Οι ιατροί μπορεί να έχουν κίνητρα να παρέχουν λιγότερες ή περισσότερες υπηρεσίες ανάλογα με τις μεθόδους πληρωμής, αλλά το πόσο ευαίσθητοι είναι στα οικονομικά κίνητρα μπορεί να εξαρτάται και από το επίπεδο αλτρουϊσμού τους.⁶ Επομένως, στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης οι χώρες χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό μεθόδων πληρωμής για τους ιατρούς, ώστε να εξασφαλίσουν τη βέλτιστη παροχή υγειονομικής περίθαλψης⁷ με λογικό κόστος (οικονομική αποδοτικότητα) και αύξηση της παραγωγικότητας.⁵ Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και περιλαμβάνουν την αποζημίωση με πάγια αντιμισθία, την κατά κεφαλήν αποζημίωση, την κατά πράξη αποζημίωση ή έναν συνδυασμό αυτών.⁸

Την τελευταία δεκαετία έχει αναπτυχθεί σημαντικά η χρήση της αμοιβής για απόδοση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), επιβραβεύοντας οικονομικά τους ιατρούς για την επίτευξη ποιοτικών δεικτών που συνδέονται με στόχους.⁹ Επομένως, η ΠΦΥ και η ενίσχυσή της μέσω της μέτρησης της απόδοσης είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη των στόχων της αειφόρου ανάπτυξης για καθολική κάλυψη υγείας.¹⁰ Η ΠΦΥ συνιστά «την ουσιαστική φροντίδα που βασίζεται σε μεθόδους πρακτικά, επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές (και) είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας».^{11,12} Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας και παρέχει συντονισμένη, συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα.^{13,14} Συμβάλλει στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας¹⁵ και λειτουργεί ως φίλτρο προς τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη.^{13,16}

Στο παρόν άρθρο αναφέρεται η ανάγκη για περιορισμό του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας. Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται ο τρόπος αποζημίωσης του ιατρικού προσωπικού, το πλαίσιο υλοποίησης της αμοιβής βάσει κινήτρων σε ιατρούς της ΠΦΥ σε ανεπτυγμένες χώρες και οι μέθοδοι πληρωμής των ιατρών-παρόχων που δραστηριοποιούνται στην ΠΦΥ, στην Ελλάδα. Τέλος, προτείνεται η τροποποίηση της μεθόδου πληρωμής των ιατρών που δραστηριοποιούνται στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, μέσω παροχής κινήτρων.

2. Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η παρέμβαση για περιορισμό του κόστους είναι απα-

ραίτητη, όταν η «ικανότητα πληρωμής» της οικονομίας στο σύνολό της είναι χαμηλότερη από το κόστος της απαίτησης υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού.⁴ Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι αναγκασμένα να λειτουργούν σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον με συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες για οικονομικούς, ανθρώπινους και υλικούς πόρους.¹⁷ Αυτές οι ανάγκες και τα προβλήματα οφείλονται σε δημογραφικούς, περιβαλλοντικούς, επιδημιολογικούς, κοινωνικοοικονομικούς και τεχνολογικούς παράγοντες.^{18,19}

Ιστορικά, οι χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) αγωνίστηκαν να περιορίσουν τις δημόσιες δαπάνες τους για υγειονομική περίθαλψη μέσω παρεμβάσεων προσανατολισμένων τόσο στη ζήτηση (με τη μορφή συν-πληρωμών, δηλαδή οι καταναλωτές πρέπει να καλύψουν μέρος του κόστους των υπηρεσιών και η ασφάλιση υγείας ή η πολιτεία πληρώνει τα υπόλοιπα), όσο και στην πλευρά της προσφοράς (μέσω χρηματικών κινήτρων και κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, με σκοπό τον επηρεασμό της συμπεριφοράς του παρόχου). Η εμπειρία έχει δείξει ότι η ταυτόχρονη χρήση διαφορετικών μεθόδων πληρωμής παρόχου μπορεί να συγκρατήσει δαπάνες για την υγεία, διατηρώντας παράλληλα καλή ποιότητα φροντίδας και δίκαιη πρόσβαση σε υπηρεσίες.⁴

3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η προσοχή για περιορισμό των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνεται όλο και περισσότερο στην πλευρά της προσφοράς, κυρίως με τη χρήση χρηματικών κινήτρων προς τους παρόχους. Τους πλέον διαδεδομένους τρόπους πληρωμής του παρόχου μεταξύ των μελών του ΟΟΣΑ⁴ αποτελούν η αποζημίωση με πάγια αντιμισθία, η αποζημίωση κατά πράξη, η αποζημίωση κατά κεφαλήν ασφαλισμένου ή ένας συνδυασμός αυτών των μεθόδων (πίν. 1).⁸

Αναλυτικότερα, στην αμοιβή με πάγια αντιμισθία οι ιατροί αμείβονται με βάση έναν μηνιαίο πάγιο μισθό, με συγκεκριμένες ώρες εργασίας για τις υπηρεσίες που παρέχουν.²⁰ Επομένως, η πληρωμή δεν εξαρτάται από τον αριθμό των δραστηριοτήτων υγειονομικής περίθαλψης ούτε από τον αριθμό των ασθενών. Η εν λόγω μέθοδος πληρωμής δημιουργεί μια σταθερή, προβλέψιμη πηγή εισοδήματος για τους ιατρούς, αλλά παρέχει επίσης το κίνητρο για μείωση της ποσότητας της περίθαλψης. Οι μισθοί είναι μια εξαιρετική μέθοδος πρόσληψης και διατήρησης ιατρών σε περιοχές με χαμηλό πληθυσμό. Επί πλέον, οι σταθερές πληρωμές τείνουν να μειώνουν το διοικητικό κόστος στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης²¹ και δεν δημιουργούν κίνητρα

Πίνακας 1. Πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα μεθόδων αποζημίωσης προμηθευτών και αντιμετώπιση αυτών σε ευρωπαϊκές χώρες.

Προμηθευτής/ πληρωμή	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα	Χώρα
Μισθός	Έλεγχος κόστους, δίκαιος, εύκολη διαχείριση	Χαμηλή παραγωγικότητα, χαμηλή ποιότητα υπηρεσίας, χαμηλή ηθική των παρόχων, άτυπες πληρωμές	Στην Ουγγαρία οι περισσότεροι ιατροί είναι δημόσιοι εργαζόμενοι και μισθωτοί. Οι ιατροί λαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος των άτυπων πληρωμών. Από το 2002 η κυβέρνηση αύξησε τον μισθό κατά μέσο όρο 50% για την αντιμετώπιση του προβλήματος
Αμοιβή κατά πράξη	Υψηλή προσβασιμότητα και ποιότητα, αύξηση του ανταγωνισμού	Υπερπροσφορά, υψηλό διοικητικό κόστος, αύξηση των δαπανών	Οι βελγικές μεταρρυθμίσεις στη δεκαετία του 1990 επικεντρώθηκαν κυρίως στην εξάλειψη της κατάχρησης-υπερκατανάλωσης
Αμοιβή κατά κεφαλήν	Περιορισμός του κόστους, παροχή προληπτικής φροντίδας	Αύξηση της παραπομπής σε νοσοκομεία και ειδικούς, χαμηλή ποιότητα της φροντίδας	Στην Ισπανία οι γενικοί ιατροί λαμβάνουν έναν σταθερό μισθό, συν αμοιβή ανάλογα με τις συνθήκες εργασίας. Αυτές μπορεί να εξαρτώνται είτε από την ηλικία των ασθενών που θεραπεύουν είτε από τη φύση του πληθυσμού στην περιοχή υπηρεσίας τους, π.χ. το ποσοστό του πληθυσμού >65 ετών. Το ακριβές είδος συνθηκών εξαρτάται από την επαρχία η οποία είναι υπεύθυνη για το περιφερειακό σύστημα υγείας

Πηγή: WHO⁴

για διαμόρφωση προκλητής ζήτησης.²⁰ Ωστόσο, υπάρχει ο κίνδυνος ο μισθός να μειώσει την παραγωγικότητα²¹ λόγω έλλειψης οικονομικών κινήτρων.²⁰

Η αμοιβή κατά κεφαλήν εγγεγραμμένου ασθενούς θεωρείται η πλέον αποτελεσματική σε ό,τι αφορά στη συγκράτηση των δαπανών υγείας και στην ορθολογική κατανομή των πόρων.²⁰ Σύμφωνα με αυτόν τον τρόπο, οι πάροχοι αμείβονται με ένα σταθερό ποσό με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών που βρίσκεται στους καταλόγους τους για παροχή μιας σειράς υπηρεσιών.⁴ Η μέθοδος αυτή παρέχει κίνητρο για βελτίωση, αναβάθμιση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, ώστε να αυξηθεί ο αριθμός των εγγεγραμμένων ασθενών και επομένως το εισόδημα του ιατρού,²⁰ χωρίς να συνδέεται με αύξηση της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η συγκεκριμένη παράμετρος οδηγεί σε αύξηση των παραπομπών των ασθενών σε νοσοκομεία για υπηρεσίες που θα μπορούσαν να είχαν παρασχεθεί από τον παραπέμποντα ιατρό.²¹

Η κατά πράξη μέθοδος αποζημίωσης αποτελεί τον συνηθέστερο τρόπο αποζημίωσης των ιατρών στις χώρες του ΟΟΣΑ⁴ και είναι το πλέον ενδεδειγμένο σύστημα αποζημίωσης για τους ιατρούς, λόγω των οικονομικών κινήτρων που τους προσφέρει.⁸ Πιο συγκεκριμένα, το εισόδημα του ιατρού σχετίζεται άμεσα με τον αριθμό των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται, δημιουργώντας ένα κίνητρο για την εκτέλεση μεγάλης ποσότητας δραστηριοτήτων υγειονομικής περίθαλψης,

καθώς οι χρηματοοικονομικοί κίνδυνοι που σχετίζονται με υψηλούς όγκους δραστηριοτήτων βρίσκονται στον πληρωτή.²¹ Ο καταναλωτής-ασθενής έχει το δικαίωμα επιλογής παρόχου υπηρεσιών υγείας με βάση κοινωνικοοικονομικά κριτήρια και η αμοιβή μπορεί να είναι άμεση, δηλαδή πληρωμή απ' ευθείας από τον χρήστη, είτε εκ των υστέρων από τον ασφαλιστικό φορέα, εφόσον είναι συμβεβλημένος ο ιατρός με το ασφαλιστικό ταμείο. Η μέθοδος αυτή έχει διαπιστωθεί ότι ευνοεί τη δημιουργία του φαινομένου της προκλητής ζήτησης.²⁰ Η προκλητή ζήτηση δημιουργείται εξ αιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ των καταναλωτών-ασθενών και των παρόχων-ιατρών για τη χρησιμότητα παρεμβάσεων. Οι ενέργειες αυτές προκαλούν αδικαιολόγητη αύξηση δαπανών υγείας, λόγω οικονομικών κινήτρων των προμηθευτών σε βάρος των ασθενών και του κοινωνικού συνόλου (απώλεια ευημερίας).⁵

Τα τελευταία έτη όλο και περισσότερο χρησιμοποιείται το πρόγραμμα Pay for Performance (αποζημίωση βάσει επίδοσης) ως εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας²² και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.¹ Η αποζημίωση βάσει επίδοσης θεωρείται αποτελεσματική όταν η βελτίωση της ποιότητας ή της ποσότητας φροντίδας επιτυγχάνεται με ίσο ή χαμηλότερο κόστος ή, εναλλακτικά, όταν η ίδια η ποιότητα ή η ποσότητα της φροντίδας επιτυγχάνεται χρησιμοποιώντας λιγότερους οικονομικούς πόρους.²³ Το αναφερόμενο πρόγραμμα δεν συνιστά από μόνο του μια μέθοδο πληρωμής, αλλά μια προσέγγιση που χρησιμοποιείται για τη βελτίωση των παραδοσιακών μεθόδων πληρωμών.²⁴

4. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Η χρήση της αμοιβής για απόδοση στην ΠΦΥ έχει αναπτυχθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία, επιβραβεύοντας οικονομικά τους ιατρούς για την επίτευξη ποιοτικών δεικτών που συνδέονται με στόχους.⁹ Μεταξύ χωρών σημειώνεται σημαντική διακύμανση στο μέγεθος της αποζημίωσης βάσει επίδοσης, που στην Ευρώπη κυμαίνεται από 1–25%.²⁴ Καθώς τα συστήματα υγείας ποικίλλουν ως προς τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούν την κατανάλωση υγειονομικής περίθαλψης και οργανώνουν την πρόσβαση στην περίθαλψη, τα αποτελέσματα των κινήτρων που δημιουργούνται από τα συστήματα πληρωμής για απόδοση είναι δύσκολο να μεταφερθούν από το ένα σύστημα στο άλλο. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι παθολόγοι στη Γαλλία και στις ΗΠΑ πληρώνονται βάσει αμοιβής κατά πράξη, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιεί πληρωμές κατά κεφαλήν.⁹ Γι' αυτόν τον λόγο αναφέρονται ορισμένα από τα προγράμματα που εφαρμόστηκαν σε κάποιες χώρες, ώστε από την εμπειρία τους να δημιουργηθεί ένα αντίστοιχο πρόγραμμα στην ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Το πιο μακροχρόνιο και πλέον ολοκληρωμένο πρόγραμμα εισήχθη το 2004²² και είναι το Πλαίσιο Ποιότητας και Αποτελεσμάτων (QOF) για τη γενική πρακτική του Ηνωμένου Βασιλείου,²⁵ στο οποίο το 2006 συμμετείχε εθελοντικά το 99,6% των οικογενειακών ιατρών.²⁶ Η αξία του προγράμματος ανήλθε το 2016/2017 σε 691 εκατομμύρια £.²⁵ Το ποσό της αμοιβής απόδοσης που χορηγείται σε κάθε πάροχο καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίο επιτυγχάνουν ένα σύνολο στόχων απόδοσης.²⁷ Πιο συγκεκριμένα, βάσει συμβολαίου, προβλέπεται κατά κεφαλήν αμοιβή του παρόχου με βάση την ηλικία, το φύλο, τη νοσηρότητα των εγγεγραμμένων ασθενών στον κατάλόγό του και αύξηση αυτής μέχρι 25% στη βάση εκπλήρωσης στόχων. Αυτοί αφορούν στην κλινική αποτελεσματικότητα, στην οργάνωση, στην εμπειρία των ασθενών, στην παροχή ολιστικής φροντίδας, στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας²⁸ και στην πρόσβαση των ασθενών στην περίθαλψη.²⁶ Οι Άγγλοι ιατροί αξιολογούνται χρησιμοποιώντας δεδομένα που εξάγονται από τα δικά τους ιατρικά αρχεία, έχοντας μεγάλη εξάρτηση από ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία με υποδείξεις για τη διευκόλυνση της παράδοσης των μέτρων απόδοσης.²⁸

Στη Γαλλία, το 2009 εισήλθε πιλοτικά η μέθοδος αποζημίωσης των ιατρών με βάση την απόδοση και από το 2012 το 97% των ιατρών συμμετέχουν σε αυτή.⁹ Οι δείκτες απόδοσης που χρησιμοποιούνται αφορούν στη διαδικασία, στη δομή και στο αποτέλεσμα. Επικεντρώνονται σε τέσσερις

περιοχές απόδοσης σε σύνολο 29 δεικτών και περιλαμβάνουν την πρόληψη, τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, την οικονομικά αποδοτική συνταγογράφηση και την οργάνωση.²⁹

Στη Σουηδία, σε όλες τις επαρχίες η κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος προέρχεται από τον φόρο εισοδήματος, με τον κάθε νομό να καθορίζει τον δικό του φορολογικό συντελεστή. Οι ιατροί στον ιδιωτικό τομέα αμείβονται με συνδυασμό των μεθόδων κατά κεφαλήν και κατά πράξη, ενώ του δημόσιου τομέα με μισθό.³⁰ Τα κίνητρα συνδέονται με στόχους συνταγογράφησης, ικανοποίηση ασθενών, εγγραφές σε μητρώα ποιότητας και με ποσοστά εμβολιασμού. Το 2012, η αμοιβή βάσει της απόδοσης αντιπροσώπευε το 1–5% της συνολικής αποζημίωσης.³¹

Στις ΗΠΑ, πολλά συστήματα πληρωμής για απόδοση αναπτύχθηκαν μέσω κέντρων για υπηρεσίες Medicare και Medicaid και μέσω ιδιωτικής ασφάλισης,⁹ το μεγαλύτερο από τα οποία εδράζεται στην πολιτεία της Καλιφόρνιας. Εκεί οι περισσότεροι ιατροί ΠΦΥ συμμετέχουν σε μεγαλύτερους οργανισμούς ιατρών (όπως προπληρωμένες ιατρικές ομάδες και ανεξάρτητες επαγγελματικές ενώσεις, που συνάπτουν συμβόλαια με προγράμματα υγείας εκ μέρους τους), στους οποίους γίνονται πληρωμές κινήτρων.²⁸ Υπάρχουν δείκτες, όπως η συνταγογράφηση, που σχετίζονται με την αποτελεσματική χρήση πόρων.²⁵ Ωστόσο, το ποσό που λαμβάνουν οι ιατροί είναι πολύ χαμηλότερο από εκείνο των ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο.²⁸

Αντίθετα με ό,τι προαναφέρθηκε, η Γερμανία έχει καθιερώσει ένα σύστημα αμοιβών κατά πράξη και περίπτωση, το οποίο συνδέεται με μειωμένη αμοιβή του ιατρού σε περίπτωση υπέρβασης του προκαθορισμένου ορίου δαπάνης.³²

Στην Ελλάδα, στην ΠΦΥ δεν υφίσταται ένα σύστημα βασισμένο στην ολοκληρωμένη, συντονισμένη και με συνέχεια φροντίδα υγείας των ασθενών και των οικογενειών τους.³³ Το εν λόγω σύστημα αδυνατεί να αποτρέψει νοσηλείες στα νοσοκομεία και δεν υπάρχει εποπτεία, μέτρηση της χρήσης των πόρων με βάση την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας και αξιολόγηση των ιατρικών πρακτικών.³⁴

5. Η ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι ιατροί που δραστηριοποιούνται στην ΠΦΥ αποζημιώνονται από έναν συνδυασμό όλων των μεθόδων πληρωμής.³⁵ Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες που εργάζονται στην ΠΦΥ των δημόσιων μονάδων (κέντρα υγείας, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας [ΠΕΔΥ], περιφερειακά ιατρεία, Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

[ΕΟΠΥΥ], Τοπική Μονάδα Υγείας [ΤΟΜΥ]) αποζημιώνονται με πάγια αντιμισθία,³⁴ ενώ οι ιατροί που ασκούν το επάγγελμά τους ιδιωτικά αποζημιώνονται κατά πράξη και περίπτωση. Οι τελευταίοι είτε συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ με πλαφόν επισκέψεων τον μήνα,²⁰ είτε αποζημιώνονται από τους ασθενείς.³⁴ Αυτό το σύστημα αποζημίωσης των ιατρών, όσον αφορά στις δημόσιες δομές, χαρακτηρίζεται από έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας, ενώ σ' ό,τι αφορά στους συμβεβλημένους ιατρούς δημιουργεί κίνητρα προκλητής ζήτησης,³² αδυνατώντας να παρέχει κίνητρα συγκράτησης των δαπανών και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας.³⁵ Επί πλέον, οι αποδοχές είναι διαφορετικές λόγω των διαφορετικών σχέσεων εργασίας.²⁰ Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα διαθέτει μικρό αριθμό γενικών ιατρών (3.800) συγκριτικά με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (8.140). Στο μεταξύ, αντίθετη εικόνα παρουσιάζεται στον αριθμό διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων, που το 2014 ήταν 42.687 ενώ ο μέσος όρος της ευρωζώνης ανέρχεται σε 20.283.¹⁶ Γι' αυτούς τους λόγους προτείνεται τροποποίηση των μεθόδων αποζημίωσης ιατρών που δραστηριοποιούνται στην ΠΦΥ βάσει κινήτρων.³⁵

6. ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Για να καταστεί ο ΕΟΠΥΥ ισχυρός διαπραγματευτής έναντι των προμηθευτών θα πρέπει να μετατραπεί σε ενιαίο μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας, με κλειστό προϋπολογισμό ανά περιφέρεια, ενώ οι τιμές να προσδιορίζονται με βάση τη μεγιστοποίηση της τεχνικής αποδοτικότητας.³⁶ Για τους ιδιώτες γενικούς ιατρούς, παθολόγους και παιδίατρους προτείνεται η μέθοδος κατά κεφαλήν αποζημίωσης, με συγκεκριμένο ποσό βάσει του φύλου και της ηλικίας των εγγεγραμμένων ασθενών και ανεξάρτητα από τον αριθμό των επισκέψεών τους. Επί πλέον συστήνεται επιπρόσθετη κατά πράξη αμοιβή μέσω κινήτρων για υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης και ικανοποίησης της ζήτησης, σε οποιονδήποτε χρόνο και τόπο μπορεί να προκύψει ανάγκη.^{32,35} Παραδείγματα τέτοιων περιπτώσεων είναι η διαχείριση ασθενών με συννοσηρότητα και χρόνια νοσήματα, με συγκεκριμένο αριθμό ασθενών και χρήση δεικτών για παρακολούθηση του κόστους,²⁰ κάλυψη των αναγκών και κατ' οίκον επισκέψεις όλο το 24ωρο, παροχή υπηρεσίας σε δυσπρόσιτες περιοχές, εργασία σε αργίες και Σαββατοκύριακα, συμβουλευτική υπηρεσία μέσω τηλεφώνου, συμμετοχή σε δράσεις για την προαγωγή και την πρόληψη της υγείας (εμβολιασμούς).³² Τα εν λόγω κίνητρα θα βοηθούσαν στην αντιμετώπιση προβλημάτων τα οποία δημιουργεί η μέθοδος αποζημίωσης που προτείνεται για αδικαιολόγητες παραπομπές ασθενών στα νοσοκομεία,

καθορίζοντας όριο 2.000 εγγεγραμμένων ασθενών.³⁵ Επιπρόσθετα, με τα κίνητρα που προαναφέρθηκαν, μπορεί να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα επιλογής νέων και υγιών εγγεγραμμένων πολιτών για μείωση του φόρτου εργασίας.²⁸

Για τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες στον ιδιωτικό χώρο προτείνεται η μέθοδος αποζημίωσης κατά πράξη και περίπτωση, με περιορισμούς στη βάση ενός σφαιρικού προϋπολογισμού για κάθε νομό, σύμφωνα με το μέγεθος του πληθυσμού και τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών κάθε ειδικότητας.²⁰ Αυτό σημαίνει ότι οι ιατροί θα έχουν κίνητρο για αύξηση του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών, με συνέπεια την αύξηση του εισοδήματός τους. Οι περιορισμοί μέσω ορίου στις δαπάνες θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της προκλητής ζήτησης που δημιουργείται με τη συγκεκριμένη μέθοδο αποζημίωσης.³⁵

Προτείνεται ακόμη η δυνατότητα συνεργασίας-σύμπραξης των δημόσιων δομών ΠΦΥ με ιδιώτες ιατρούς, μέσω ειδικών συμβάσεων εργασίας με τον ΕΟΠΥΥ, για την κάλυψη αναγκών του πληθυσμού σε περιοχές δυσπρόσιτες, όπου εντοπίζονται προβλήματα. Για τους ιατρούς που αποζημιώνονται με πάγια αντιμισθία (κέντρα υγείας, ΠΕΔΥ, ΤΟΜΥ) προτείνεται να δοθεί και επί πλέον εισόδημα από κατ' οίκον επισκέψεις, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων του προϋπολογισμού. Ακόμη, να παρέχεται δυνατότητα λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου για όσους το επιθυμούν, ενώ σε όσους δεν το επιθυμούν να δοθεί κίνητρο μοριοδότησης για ανάληψη διευθυντικών θέσεων και καθηκόντων.²⁰

Ωστόσο, τα κίνητρα αύξησης του εισοδήματος των ιατρών που προαναφέρθηκαν πρέπει να συνδυαστούν και να ποσοτικοποιηθούν με διάφορους δείκτες, οι οποίοι να αφορούν στην κλινική αποτελεσματικότητα βάσει κατευθυντήριων οδηγιών, στην οργάνωση των ιατρών (τήρηση ραντεβού και μητρώου ασθενών) και στην ικανοποίηση των ασθενών.³⁷ Τέλος, η αμφίδρομη συνεργασία και σύμπραξη των γενικών ιατρών με τις υπόλοιπες ειδικότητες και η διασύνδεση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας) συνιστά προϋπόθεση για συνεχή, ολοκληρωμένη, ποιοτική και εστιασμένη φροντίδα υγείας με επίκεντρο τον ασθενή και με μικρότερο κόστος.¹⁵

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατανόηση των χαρακτηριστικών των μεθόδων πληρωμής που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του σχεδιασμού και των μεταρρυθμίσεων, με στόχο την καθολική κάλυψη για την υγεία του πληθυσμού. Επομένως, τα προγράμματα οικονομικών κινήτρων συνιστούν

πολύπλοκες παρεμβάσεις και ποικίλλουν ευρέως κατά την εφαρμογή τους, με την αποτελεσματικότητά τους να εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο συζήτησης, ιδίως όσον αφορά στην ικανότητά τους να παράγουν υψηλότερη ποιότητα φροντίδας.

Εν τούτοις, ενισχύοντας τα πληροφοριακά συστήματα και την ανατροφοδότηση, οι αγοραστές, οι πάροχοι, οι ασθενείς και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μπορούν να χρησιμοποιούν πληροφορίες σχετικά με την απόδοση για τον προσδιορισμό τομέων για περαιτέρω αλλαγή και βελτίωση. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ της ικανοποίησης του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης και της βιωσιμότητας του μηχανισμού πληρωμών. Δημιουργείται έτσι μια νοοτροπία λογοδοσίας (όχι μόνο για

τον όγκο αλλά και για τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα), ώστε τα προγράμματα αμοιβής με βάση την απόδοση να συμβάλλουν στη βελτίωση της απόδοσης στο σύστημα υγείας.

Τέλος, διαπιστώνεται ότι η εισαγωγή οικονομικών κινήτρων συνιστά διέξοδο για περιορισμό του κόστους, αλλά δεν επαρκεί για την επίτευξη ενός βιώσιμου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, την επαγγελματική ικανοποίηση και τις σχέσεις ιατρού-ασθενών. Επίσης, τα μη χρηματικά κίνητρα για τους καταναλωτές, όπως η ιατρική εκπαίδευση, μπορεί να οδηγήσουν τους ιατρούς στην παροχή υψηλής ποιότητας και οικονομικά αποδοτικών υπηρεσιών.

ABSTRACT

Methods of compensation of doctors in primary health care: A proposal for modification of the methods based on incentives

V. GKOULIAVERAS,¹ D. NIAKAS^{1,2}

¹School of Social Science, Hellenic Open University, Patra, ²School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2022, 39(4):500–507

In recent years, the methods of remuneration of physicians have been the subject of increasing interest, as efforts are made to achieve an ideal payment policy, which would lead to increases in the efficiency, effectiveness and quality of health services. Methods of compensation for physicians include fixed compensation, per capita compensation, *de facto* compensation, or a combination of the above methods. In an attempt to address the disadvantages of the various methods of physician compensation, many governments focus on compensating health care providers through performance-based incentives. In Greece, currently no compensation system is based on performance, but such a system could be applied, based on the methods already used. This article presents the methods of compensation of doctors who are active in the primary health care sector, along with their disadvantages and advantages. Reference is made to policies implemented in various other developed countries to provide incentives for physicians to perform more effectively. An attempt is made to formulate a policy proposal, based on the current literature, for the implementation of incentives based on the performance of physicians active in the primary health care sector in Greece.

Key words: Financial incentives, Performance based financing, Performance measurement and evaluation, Primary health care, Supplier compensation methods

Βιβλιογραφία

1. DELGOSHAEI B, VATANKHAH S, SARABANDI A. Performance payment challenges for family physician program. *J Educ Health Promot* 2020, 9:225
2. ELLNER AL, PHILLIPS RS. The coming primary care revolution. *J Gen Intern Med* 2017, 32:380–386
3. KAZUNGU JS, BARASA EW, OBADHA M, CHUMA J. What characteristics of provider payment mechanisms influence health care providers' behaviour? A literature review. *Int J Health Plann Manage* 2018, 33:e892–e905
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION; PARK M, BRAUN T, CARRIN G, EVANS DB. Provider payments and cost-containment: Lessons from OECD countries. WHO, Geneva, 2007. Available at: https://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-providerpay_oecd.pdf
5. ΞΕΝΟΣ Π, ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:172–185
6. LABERGE M, WODCHIS WP, BARNESLEY J, LAPORTE A. Costs of health

- F%CE%A0%CE%A5%CE%A5.pdf
31. ELLEGÅRD LM, DIETRICHSON J, ANELL A. Can pay-for-performance to primary care providers stimulate appropriate use of antibiotics? *Health Econ* 2018, 27:e39–e54
 32. ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΘΗΡΑΙΟΣ Ε, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. Ποιότητα και αποδοτικότητα στην ΠΦΥ – Αξιολόγηση και σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. 42ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 2016. Διαθέσιμο στο: http://www.mednet.gr/externals/wow/tinyMCE/source/2016%20klinika/Klin_1_Lionis-Thiraios-Papanikolaou_HR.pdf#page=78
 33. LIONIS C, TEDESCHI P, SARIDAKI A. The context of primary care. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (eds) *Building primary care in a changing Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016
 34. ΕΚΟΝΟΜΟΥ C, ΚΑΙΤΕΝΙΔΟΥ D, ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΟΣ Μ, ΜΑΡΕΣΣΟ Α. Greece: Health system review. *Health Syst Transit* 2017, 19:1–166
 35. ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου. IOBE, Αθήνα, 2011. Διαθέσιμο στο: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_01092011_REP_GR.pdf
 36. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ ΚΑΙ ΣΥΝ. Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Διανέοσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης, Αθήνα, 2020. Διαθέσιμο στο: https://www.diagnosis.org/wp-content/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020.pdf
 37. SANTOS R, BARSANTI S, SEGHIERI C. Pay for performance in primary care: The use of administrative data by health economists. In: Crato N, Paruolo P (eds) *Data-driven policy impact evaluation: How access to microdata is transforming policy design*. Springer, Cham, 2019:313–332
- Corresponding author:*
V. Gkouliaveras, 4, 13th October street, 511 00 Grevena, Greece
e-mail: V.Gouliaveras@gmail.com
-