

Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας και μέτρα αντιμετώπισης. Παραδείγματα από την Ελλάδα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης

Πετρέλης Ματθαίος

Φυσικοθεραπευτής Τ.Υ.Π.Ε.Τ, MSc (c) Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

DOI: 10.5281/zenodo.3469025

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στην τάση των γιατρών να ορίζουν θεραπεία υψηλότερου κόστους και μεγαλύτερου όγκου υπηρεσιών υγείας από αυτή που θα επέλεγε ο ασθενής, αν είχε την γνώση που έχει ο γιατρός. Συνεπώς, αυτή προκαλείται λόγω της ασυμμετρίας της πληροφόρησης και της σχέσης εκπροσώπησης μεταξύ των γιατρών και των ασθενών τους, οδηγώντας σε σπατάλη πόρων και αύξηση του κόστους εξαιτίας της υπερκατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας πέρα από κοινωνικά άριστο κατά Pareto σημείο (allocative efficiency ή αποδοτική κατανομή). Χαρακτηριστικά παραδείγματα στην Ελλάδα αποτελούν το μεγάλο ποσοστό των καισαρικών τομών και η αυξημένη φαρμακευτική δαπάνη, η οποία είναι διπλάσια από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης πάρθηκαν διάφορα μέτρα δημοσιονομικής πολιτικής, αποτελώντας πεδίο πολιτικών εξοικονόμησης πόρων, με αντιπροσωπευτικά παραδείγματα το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ελέγχου, βάσει θεραπευτικών πρωτοκόλλων και της προώθησης των γενοσήμων για την αντιμετώπιση της υπερβάλλουσας συνταγογράφησης, καθώς και την εισαγωγή των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων των ασθενειών (Diagnostic Related Groups ή DRGs) ως μεθόδου αποζημίωσης στα νοσοκομεία. Παρόλο τα αρχικά θεαματικά νούμερα υποχώρησης των υγειονομικών δαπανών, τα αποτελέσματα ήταν αμφίσημα επιβάλλοντας τον επαναπροσδιορισμό και τον καθορισμό εκ νέου των στόχων και του μείγματος των πολιτικών της υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: Προκλητή ζήτηση, υπηρεσίες υγείας, μέτρα υγειονομικής πολιτικής, Ελλάδα, φαρμακευτική δαπάνη, DRGs.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Πετρέλης Γ. Ματθαίος Σωκράτους 34, Άνω Λιόσια, Τ.Κ.13341, Τηλ.: 00306977275939, E-mail: matpetrelis@hotmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 18, Issue 4 (October – December 2019)

SPECIAL ARTICLE

Demand inducement and fiscal policy measures. Examples from Greece during the years of financial crisis

Petrelis Matthaïos

Physiotherapist T.Y.P.E.T, MSc (c) Health Management, Faculty of Social Sciences, Hellenic Open University, Greece

DOI: 10.5281/zenodo.3469025

ABSTRACT

The demand inducement for health services refers to the tendency of physicians to prescribe higher cost of treatment and higher quantity of health services than the patient would have chosen if he had the knowledge of the doctor. Therefore, this is due to information asymmetry and the agency relationship between doctors and their patients, leading to waste of resources and increased costs as a result of overconsumption of health services beyond the 'Pareto Optimum' (allocative efficiency). Typical examples in Greece are the large proportion of cesarean sections and the increased pharmaceutical expenditure, which is twice as high as the OECD average. During the years of the financial crisis, a variety of fiscal policy measures have been taken, emerged as a field of resource-saving policies, with representative examples the system of e-Prescribing medicines and control system based on therapeutic protocols, the promotion of generics in order to address over-prescription and the implementation of Diagnostic Related Groups (DRGs) as a method of reimbursement in hospitals. Despite the initial spectacular declining numbers of health expenditure, the results were ambiguous necessitating redefinition and new goal setting as well as the mixture of health policies.

Keywords: Demand inducement, health services, measures of health policies, Greece, pharmaceutical expenditure.

Σελίδα | 346



DRGs.

Corresponding Author: Petrelis Matthaios, Sokratous 34, Ano Liosia, 13341, Mob: 00306977275939, E-mail: matpetrelis@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ραγδαία αύξηση των συνολικών υγειονομικών δαπανών (δημόσιων-ιδιωτικών) που παρατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο, τεκμηριώνει την αναγκαιότητα για την αποδοτική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων.¹ Πέρα των δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών, επιδημιολογικών μεταβολών, της βελτίωσης του επιπέδου υγείας, των πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας -πλευρά ζήτησης-, στην διόγκωση των δαπανών συνετέλεσαν αποφασιστικά η ιατροτεχνολογική πρόοδος, οι τιμές των αγαθών και των υπηρεσιών, όπως και τα δομικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας -πλευρά προσφοράς-.² Κύριο γνώρισμα της τελευταίας, αποτελεί το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, η οποία έχει συγκεντρώσει και το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας.³

Οι Labelle και συν.,⁴ επαναπροσδιόρισαν την έννοια της προκλητής ζήτησης (χρησιμοποίησης) των υπηρεσιών υγείας υπό το πρίσμα της αποτελεσματικότητας της εκπροσώπησης και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών στην υγεία των ασθενών, καθώς και της σύνδεσης της με τις πολιτικές της υγείας. Με την βοήθεια ενός πίνακα διακρίναν 6 διαφορετικούς τύπους

χρησιμοποίησης, ανάλογα με το εύρος της εκπροσώπησης των ασθενών - ιατρών (ανεξαρτήτως του επιπέδου της πληροφόρησης) και των επιδράσεων τους στο επίπεδο υγείας των ασθενών (λειτουργικές, συναισθηματικές, κοινωνικές). Από την αναγωγή των τύπων χρησιμοποίησης στην αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών καταλήξαν στην προκλητή ζήτηση, στο στόχο μείωσής της και στο μείγμα των πολιτικών υγείας, ώστε να αναζητηθεί και να επιτευχθεί στο βέλτιστο βαθμό η αποδοτικότητα (όλων των τύπων) και η συγκράτηση των δαπανών. Τέτοιες πολιτικές περιλαμβάνουν :

- α. Μεταρρυθμίσεις του τρόπου αποζημίωσης (κίνητρα επίτευξης στόχων, κατά κεφαλήν, μισθός κ.ά.)
- β. Διάδοση της πληροφόρησης στην κοινωνία, τόσο για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών όσο και την κατανόηση της σημασίας αποδοτικής κατανομής των πόρων
- γ. Ποιοτικά προγράμματα ασφάλισης
- δ. Δημιουργία θεραπευτικών πρωτοκόλλων
- ε. Μηχανισμούς συγκέντρωσης αξιόπιστων στοιχείων για τις

προτιμήσεις και τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού

στ. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιατρού για την κατανόηση του ρόλου του (αλλαγή της σχέσης με τον ασθενή και του τρόπου αξιολόγησης της αποδοτικότητας των πόρων)

ζ. Ενδυνάμωση του ρόλου του ασθενή.

Σε αυτό το άρθρο, περιγράφονται η έννοια της προκλητής ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και κάποια χαρακτηριστικά παραδείγματα από την Ελλάδα. Τέλος, διατυπώνονται κάποια μέτρα υγειονομικής πολιτικής που πάρθηκαν στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση της, εστιασμένα κυρίως στην φαρμακευτική και νοσοκομειακή δαπάνη.

Η ΠΡΟΚΛΗΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η σχέση ιατρού-ασθενή αποτελεί ένα κλασικό παράδειγμα εκπροσώπησης στην οικονομία, διότι εξαιτίας του ελλείματος της ιατρικής γνώσης, ο ασθενής του αναθέτει όλες εκείνες της αποφάσεις σχετικά με την θεραπεία του, προσδοκώντας ότι αυτός θα ενεργήσει με τον πιο ωφέλιμο τρόπο για τις ανάγκες του.⁵ Η ασυμμετρία της πληροφόρησης όμως, εγείρει σοβαρά ερωτήματα σχετικά με την δυνατότητα του ιατρού να ορίζει διαφορετική θεραπεία (αποτελεσματικότητας, εύρους, κόστους) από αυτή που ενδεχομένως θα επέλεγε ο ασθενής, εάν είχε τέλεια

πληροφόρηση.⁶ Η ελαχιστοποίηση της κυριαρχίας του καταναλωτή-ασθενή και η αβεβαιότητα οδηγούν στην εμφάνιση της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, οι οποίες προκαλούνται από την ιδιοτέλεια του γιατρού, χωρίς να αντιστοιχούν σε πραγματικές ανάγκες υγείας ή να επιφέρουν θετικές συνέπειες στην υγεία των ασθενών.⁷

Από την σκοπιά των οικονομικών της υγείας, η υπερβάλλουσα κατανάλωση υπηρεσιών υγείας αποτιμάται πέρα από το κοινωνικά άριστο κατά Pareto σημείο (allocative efficiency ή αποδοτική κατανομή), λογιζόμενη ως κοινωνική απώλεια.⁸ Στο Διάγραμμα 1, ακολουθώντας τους νόμους της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, η οποία διαφοροποιείται λόγω των ιδιαιτεροτήτων της από την ελεύθερη αγορά, το σημείο ισορροπίας μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης αντανακλά τη χρησιμοποίηση των πόρων με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (αρχική προσφορά και ζήτηση).⁹ Οποιαδήποτε μεταβολή στην πλευρά της προσφοράς και της ζήτησης έχει ως αποτέλεσμα μια μετατόπιση της καμπύλης προς μια νέα ισορροπία, προκειμένου να διατηρηθεί ή και ακόμα να αυξηθεί το κόστος των υπηρεσιών.⁶ Σύμφωνα με έρευνες, υπάρχει θετική συσχέτιση αυτής με την αναλογία των ιατρών στο γενικό πληθυσμό, τα συστήματα αμοιβής των ιατρών (fee-for-service), ενώ η υγειονομική κάλυψη (ηθικός κίνδυνος)

φαίνεται να επιτείνει την ένταση του φαινομένου.⁶ Αν και υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι ο αριθμός των ιατρών δεν έχει καμία επίπτωση στην προκλητή ζήτηση (κυρίως βελτιώνουν τη διαθεσιμότητα και τη προσβασιμότητα, μειώνουν τις λίστες αναμονής), οι περισσότερες καταδεικνύουν ότι η αύξηση της συγκέντρωσης τους (ιατρικός πληθωρισμός) συμβάλει θετικά, ως μια προσπάθεια των ιατρών- εκπροσώπων ν' αντισταθμίσουν την απώλεια εισοδήματος με αύξηση του όγκου των υπηρεσιών.^{5,7} Οι Yuda (2013) και Nguyen (1995) διαπίστωσαν ότι η μείωση της ιατρικής αποζημίωσης κατά 1% και 10%, ακολουθήθηκε από μια αύξηση κατά 7,5% και 3,7% του όγκου των υπηρεσιών.^{10,11} Τέλος, πλήθος μελετών αναφέρουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες της προκλητής ζήτησης τον επαγγελματισμό του ιατρού, την προβολή των νέων ιατρικών προϊόντων- υπηρεσιών, την ολοένα αυξανόμενη ενημέρωση των ασθενών από το διαδίκτυο, μέσω ιστοσελίδων φημισμένων υγειονομικών ιδρυμάτων όπως το Mayo Clinic (κατευθυνόμενη αναζήτηση υπηρεσιών).^{12,13} Τα ανωτέρω φαίνεται να έχουν διαδραματίσει σαφή ρόλο στην προκλητή ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, την αλόγιστη χρήση τους και την διόγκωση των υγειονομικών δαπανών στην Ελλάδα, συνεπικουρούμενα με χρονίζοντα δομικά και οργανωτικά προβλήματα όπως η υποχρηματοδότηση, η απουσία ΠΦΥ, ο

νοσοκομοκεντρικός προσανατολισμός, η έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών κ.α.¹⁴ Πριν παρατεθούν παραδείγματα της προκλητής ζήτησης, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη μνεία στην διαχρονική υπερεπάρκεια ιατρικού προσωπικού στην Ελλάδα σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ, κατατάσσοντας την στην πρώτη θέση με 6,3 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις.¹⁵ Για την περιγραφή της υπερκατανάλωσης θα χρησιμοποιηθούν δεδομένα από τον ΟΟΣΑ, τα οποία αποκαλύπτουν στοιχεία για την χρησιμοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Πιο συγκεκριμένα, η Ελλάδα αν και υιοθέτησε πλήθος μέτρων περιστολής των υγειονομικών δαπανών στα χρόνια της οικονομικής κρίσης μέσω των προγραμμάτων της δημοσιοοικονομικής προσαρμογής, συνεχίζει να βρίσκεται μέσα στις πρώτες χώρες του ΟΟΣΑ με 24,3 μαγνητικούς τομογράφους και 35,1 αξονικούς τομογράφους ανά 1000000 κατοίκους, πολύ πάνω από το μ.ο. των χωρών του ΟΟΣΑ με 14,1 και 24,4 αντίστοιχα.^{16,17} Ακολούθως αντίστοιχος είναι και ο όγκος των πραγματοποιημένων εξετάσεων φτάνοντας στις 68 και 181 στην Ελλάδα, σε σχέση με τις 52 και 120 του μέσου όρου του ΟΟΣΑ.¹⁷ Στη συνέχεια, πολλοί μελετητές έχουν ασχοληθεί με το διογκούμενο ποσοστό των γεννήσεων με καισαρική τομή παγκοσμίως το οποίο προσεγγίζει το 27,6%, στην Ελλάδα

εκτιμάται ότι ξεπερνάει το 50% τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.^{18,19} Σε αυτό το σημείο πρέπει να ειπωθεί ότι λόγοι κυρίως οικονομικοί (επίσημες πληρωμές ή κάτω από το τραπέζι) και διευκόλυνσης του ιατρού κατά προτεραιότητα και μετά του ασθενή (ημέρα και ώρα επέμβασης αποφυγή λιστών αναμονής) επισημαίνονται ως αιτιολογικοί αυτών των πρακτικών.^{19,20} Επιπρόσθετα, η Ελλάδα εξακολουθεί να πρωταγωνιστεί στην φαρμακευτική δαπάνη ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, αγγίζοντας το 2,8% του ΑΕΠ το 2014 και διπλάσιο από το μ.ό. των χωρών του ΟΟΣΑ.¹⁷ Η υπερσυνταγογράφηση στην Ελλάδα αποτυπώνεται και στον όγκο των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών, το οποίο είναι περίπου 32% σε σχέση με το 20,7% των χωρών του ΟΟΣΑ την ίδια χρονική περίοδο.¹⁷

Συνεπώς, η προκλητή ζήτηση όχι μόνο επιβαρύνει τις υγειονομικές δαπάνες, αλλά αδυνατεί να αξιοποιήσει στον άριστο βαθμό κατά Pareto τους ολιγάριθμους διαθέσιμους πόρους.^{1,8} Αυτό αντανακλάται με μείωση των εκροών, όπως μείωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας σε όλες τις βαθμίδες του, μεγάλες λίστες αναμονής, προβλήματα στην προσβασιμότητα, στην ισότητα και στην υγειονομική κάλυψη ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων, αυξημένες παράπλευρες ή και επίσημες ιδιωτικές πληρωμές, αύξηση των

ανεκπλήρωτων αναγκών και εν τέλει ελάττωση του επιπέδου υγείας των Ελλήνων.^{20,21}

ΜΕΤΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΚΛΗΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ

Στην Ελλάδα, η συνεχής μεγέθυνση των δεικτών των δαπανών υγείας μέχρι το 2008 και την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, θεωρήθηκε από πολλούς ερευνητές μια από τις κύριες παθογένειες της ακολουθούμενης δημοσιονομικής πολιτικής, αποτελώντας πεδίο πολιτικών εξοικονόμησης πόρων, σύμφωνα με τα δυο προγράμματα σταθερότητας.¹⁴ Με βάση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2016), οι συνολικές υγειονομικές δαπάνες, εκφρασμένες στην ισοτιμία τις αγοραστικής δύναμης (PPPs) ανά κάτοικο, παρουσίασαν μια πτώση της τάξης του 26% από τα 3041 \$ το 2008 στα 2245 \$ το 2015.²¹ Ανεξαρτήτως των μειώσεων των ιδιωτικών και των δημόσιων δαπανών, το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης ως προς τις συνολικές κατατάσσει το ελληνικό σύστημα υγείας από τα πιο «ιδιωτικοποιημένα» στην ΕΕ, φανερώνοντας τον ασαφή προσανατολισμό των μεταρρυθμίσεων ως προς τις ανάγκες υγείας, την ισότητα και την αποδοτικότητα.^{15,22} Μέτρα προς την πλευρά της προσφοράς της ιατρικής φροντίδας (καθιέρωση κινήτρων), καθίστανται όλο και

πιο αναγκαία για την αντιμετώπιση της προκλητής ζήτησης στην Ελλάδα.²³ Τα κίνητρα αποτελούν μοχλούς επηρεασμού της συμπεριφοράς και της απόδοσης των ιατρών, με κατ' επέκταση αύξηση της παραγωγικότητας του συστήματος και των εκροών του.²⁴

Όπως έχει αναφερθεί και στην προηγούμενη ενότητα, η εκτίναξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα μέχρι το 2009 θεωρήθηκε τυπικό παράδειγμα προκλητής ζήτησης λόγω της υπερσυνταγογράφησης.²⁵

Ο τρόπος επιλογής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων από τους ιατρούς επηρεάζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά του ιδίου και του ασθενή, την ενημέρωση-διαφήμιση των φαρμακευτικών εταιρειών, καθώς και από τα οικονομικά και τα μη-οικονομικά κίνητρα, όπως η αποτελεσματικότητα στην ιατρική πράξη.²³ Αν και οι Tsiantou και συν.,²⁶ και οι Theodorou και συν.,²⁷ στις έρευνες τους επιβεβαιώνουν τους προαναφερθέντες καθοριστικούς παράγοντες στους Έλληνες ιατρούς, τόνισαν την θετική τους στάση απέναντι στα γενόσημα, τα οποία όμως στην πράξη δεν τα προωθούσαν. Σε άλλη έρευνα οι Tsiantou και συν.,²⁸ προσθέτουν στους λόγους, που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση, την επίδραση της οικογένειας και την αρκετά συχνή πρακτική της συνταγογράφησης υπέρ τρίτων. Ταυτόχρονα, επιβαρυντικά λειτούργησαν η απουσία προώθησης των

γενοσήμων, η αδυναμία επιβολής του κανονιστικού πλαισίου και η έλλειψη ενός μηχανισμού ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ελέγχου αυτής.¹⁴

Για την αντιμετώπιση της υπερβάλλουσας συνταγογράφησης, η πολιτεία υιοθέτησε σε πρώτη φάση το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ελέγχου, βάσει των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, τον ορισμό ενός πλαφόν επισκέψεων (300 το μήνα) και την συνταγογράφηση σύμφωνα με τη δραστική ουσία, για την προώθηση των γενοσήμων. Τα Ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν πλήρως το φθηνότερο φάρμακο, ενώ σε περίπτωση που ο ασθενής επιλέξει ένα πιο επώνυμο τότε επιβαρύνεται την οικονομική διαφορά.²⁹ Επιπρόσθετα, καθιερώθηκαν κατ' ελάχιστο, ποσοστιαίοι στόχοι συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων ανά ειδικότητα, αριθμό ασθενών, μήνα του χρόνου και περιοχή, ώστε το ποσοστό των γενοσήμων να φτάσει το 40% το Δεκέμβριο του 2015.³⁰

Από την παρατήρηση των δεδομένων του ΟΟΣΑ (2016) προκύπτει μια μείωση στην φαρμακευτική δαπάνη περίπου 29%, η οποία το 2014 αγγίζει τα 629,6 \$ ανά κάτοικο.²¹ Αντίστοιχα, ο όγκος των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών από 39,4% το 2010 φτάνει το 32,2% το 2013, πάνω όμως από τον μ.ό. των χωρών του ΟΟΣΑ (20,7%), ενώ τα γενόσημα καταλαμβάνουν το 20% της αγοράς

φαρμάκων, υπολειπόμενα αρκετά από το 48% του μ.ό. των χωρών του ΟΟΣΑ.¹⁷

Παρόλο την θεαματική «καθίζηση» της φαρμακευτικής δαπάνης, η επιτυχία των μέτρων που εφαρμοστήκαν για την συνταγογράφηση κρίνονται μερικώς αναποτελεσματικά, διότι φαίνεται να έχουν παίξει πρωταγωνιστικό ρόλο η αλλαγή του τρόπου τιμολόγησης των φαρμάκων, η μείωση του ποσοστού κέρδους των ενδιάμεσων πωλητών και των παραγωγών και η μετακύληση του κόστους στους ασθενείς και όχι η αλλαγή στις χρόνιες παθολογίες της υπερσυνταγογράφησης.^{22,25}

Η «δυσκινησία» της αλλαγής της συμπεριφοράς συνταγογράφησης των ιατρών, της συμμόρφωσής τους με τις κατευθυντήριες οδηγίες (γενόσημα) και τα θεραπευτικά πρωτοκόλλα, αποτυπώνεται γλαφυρά από το ποσοστό των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών και το μικρό μερίδιο των γενοσήμων στην αγορά, γεγονός που έχει επισημανθεί από πολλούς ερευνητές.^{23,31}

Επιπλέον, η επιβολή ανώτατου ορίου στις επισκέψεις (300 το μήνα) και στην συνταγογράφηση έχουν δημιουργήσει προβλήματα στην πρόσβαση των ασθενών, ιδιαιτέρως των ευπαθών ομάδων (ηλικιωμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες και χρόνιες παθήσεις) το οποίο μεταφράζεται σε αύξηση των ατόμων που εκφράζουν

ανεκπλήρωτες ανάγκες.¹⁵ Το ποσοστό των ατόμων αυτών ενισχύεται ακόμα περισσότερο εξαιτίας των ελλείψεων πολλών φαρμάκων από την αγορά, καθώς και από την αύξηση του ποσοστού των ιδιωτικών δαπανών ως προς τις συνολικές (40,3%), λόγω του επιμερισμού του κόστους σε αυτούς.¹⁵ Πιθανώς, η εισαγωγή οικονομικών κινήτρων για την ενδυνάμωση του ποσοστού των γενοσήμων και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση μέσω σεμιναρίων υποχρεωτικής παρακολούθησης, μπορεί να αποτελέσουν βήματα προς την σωστή κατεύθυνση, όπως έχει προταθεί από την επιστημονική κοινότητα.^{23,32}

Ένας άλλος τομέας που βρέθηκε στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων ήταν τα νοσοκομεία, η δαπάνη των οποίων άγγιξε το 2009 το 36% των συνολικών δαπανών ή περίπου 7,7 δις €.³³ Το ανθρώπινο δυναμικό στα νοσοκομεία αποτελεί τον πιο παραγωγικό συντελεστή εργασίας, ο οποίος καθορίζει αποφασιστικά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα αυτών.²⁴ Η απουσία κινήτρων παραγωγικότητας του προσωπικού και ενός αξιόπιστου μηχανισμού παρακολούθησης των επιδόσεων και της οικονομικής λειτουργίας των νοσοκομείων, ήταν οι κυριότεροι λόγοι του ύψους των δαπανών.^{34,35} Επιπρόσθετα, η ύπαρξη ενός αρκετά διαδεδομένου φαινομένου άτυπων

πληρωμών εντός του νοσοκομείου (υπολογίζεται περίπου στο 20% των συνολικών δαπανών) ανεβάζει ακόμα περισσότερο το μέγεθος των δαπανών.³⁶

Για τον εξορθολογισμό του κόστους και της αύξησης της αποδοτικότητας του προσωπικού, η πολιτεία εισήγαγε ως μέθοδο αποζημίωσης τις Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες των ασθενειών (Diagnostic Related Groups ή DRGs) στα νοσοκομεία.³⁵ Η αξία των DRGs έχει υπερθεματιστεί από τον ΠΟΥ για την παροχή κινήτρων στο προσωπικό και την αποτροπή ακούσιων ή ιδιοτελών συμπεριφορών των γιατρών, ενώ εφαρμόζεται σε πολλές χώρες με πολύ θετικά αποτελέσματα.²⁴ Ως βάση των ελληνικών KEN-DRGs χρησιμοποιήθηκαν το αυστραλιανό και το γερμανικό σύστημα αξιολόγησης, χωρών με παρόμοια χαρακτηριστικά. Αφότου έγιναν οι αναγκαίες τροποποιήσεις για τα ελληνικά δεδομένα εισήχθησαν στις αρχές του 2012. Στην πορεία χρειάστηκε να γίνει μια μείωση κατά 10% των αρχικών τιμών των κατηγοριών, όπως επίσης και η προσθήκη ενός αριθμού νέων κατηγοριών οι οποίες ανήλθαν τις 760.³⁵

Από την μελέτη των δεδομένων της ΕΛΣΤΑΤ (2016) διαπιστώνεται ότι η συνολική δαπάνη για τα νοσοκομεία ελαττώνεται στα 4,5 δις € το 2014, ενώ αντίθετη πορεία εμφανίζει η ιδιωτική η οποία αυξάνεται στα 1,9 δις €. ³³ Ανάλογη πορεία καταγράφει και το ποσοστό

της νοσοκομειακής δαπάνης ως προς τις συνολικές φτάνοντας το 42% το 2013.¹⁷

Όπως συμπεραίνεται, η εφαρμογή των KEN-DRGs έχει αμφίσημα αποτελέσματα, διότι η συρρίκνωση των δαπανών ήταν συνέπεια κυρίως των οριζόντιων περικοπών στο κόστος των φαρμάκων και των προμηθειών.^{14,22} Η μη σύνδεση των αμοιβών του προσωπικού με τα KEN-DRGs (έλλειψη κινήτρων), υπό τον έλεγχο του ΕΟΠΥΥ ή του Υπουργείου Υγείας, αποτελεί τροχοπέδη για την βελτίωση της παραγωγικότητας του προσωπικού και της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Η πολύ σύντομη περίοδος εισαγωγής των KEN-DRGs και η απουσία αξιόπιστων και ολοκληρωμένων δεδομένων είχε ως αποτέλεσμα να μην κοστολογηθούν σε πραγματικές τιμές και να αυξηθεί η ιδιωτική νοσοκομειακή δαπάνη.^{22,24}

Ταυτόχρονα, η υποστελέχωση των νοσοκομείων, η εξουθένωση του προσωπικού, οι ελλείψεις σε αναγκαίο υλικό και οι μεγάλες λίστες αναμονής δημιουργούν εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών και την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών.^{14,15} Από την άλλη, οι μειώσεις των μισθών του προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων και η μη δυνατότητα εξέλιξης του προσωπικού μέσω των επιδόσεων τους, μπορούν να λειτουργήσουν ως αιτίες ακόμη περισσότερων άτυπων πληρωμών, μεγεθύνοντας τα εμπόδια στην πρόσβαση και την διάθεση των υπηρεσιών, καθώς και του

ποσοστού των ατόμων που δηλώνουν ανεκπλήρωτες ανάγκες.¹⁵ Η καλύτερη εναρμόνιση των κατηγοριών των KEN-DRGs στην ελληνική πρακτική, η πίστωση χρόνου για την καλύτερη ενημέρωση των άμεσα εμπλεκόμενων, η παροχή οικονομικών και μη οικονομικών κινήτρων για την επίτευξη των στόχων μπορεί να αποτελέσουν προϋποθέσεις για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των KEN-DRGs.²⁴

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προκλητή ζήτηση των υπηρεσιών υγείας αντικατοπτρίζεται ξεκάθαρα στο ύψος των δεικτών των δαπανών υγείας της Ελλάδας διαχρονικά, ενώ τα μέτρα των υγειονομικών πολιτικών που υιοθετήθηκαν για τον περιορισμό της δεν έχουν φέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, διάφοροι λόγοι δεν το έχουν επιτρέψει, καθιστώντας ολοένα και περισσότερο επιτακτική την ανάγκη του επαναπροσδιορισμού της έννοιας της προκλητής ζήτησης, σύμφωνα με την προσέγγιση και των Labelle και συν.,⁶ ώστε να αναζητηθεί το μείγμα των απαραίτητων πολιτικών υγείας και να επιτευχθεί στο βέλτιστο βαθμό η αποδοτικότητα (όλων των τύπων) και η συγκράτηση των δαπανών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τούντας Γ, Οικονόμου ΝΑ. “Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας.” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007;24(1):8-9.
2. Καραμπλή Ε, Χατζάκη Α, Πολύζος Ν, Σουλιώτης Κ, Κυριόπουλος Γ. “Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας.” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014; 31(2):77-84.
3. De Jaegher K, Jegers M. “A model of physician behaviour with demand inducement.” Journal of Health Economics 2000; 19(2):231-258.
4. Labelle R, Stoddart G, Rice T. “A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand.” Journal of health economics 1994; 13(3):347-368.
5. Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, Καραθανάση Κ, Σωτηριάδου Κ. “Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς.” Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2011;3(2):38-43.
6. Delattre E, Dormont B. “Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians.” Health Economics 2003; 12(9):741-754.
7. Léonard C, Stordeur S, Roberfroid D. “Association between physician density and health care consumption: A systematic review of the evidence.” Health policy 2009; 91(2):121-134
8. Zweifel P, Breyer F, Kifmann M. “Health economics.” Springer Science & Business Media, 2009.
9. Σωτηριάδου Κ. “Μπορεί η Αγορά Υπηρεσιών Υγείας να Είναι μια Ανταγωνιστική Αγορά.”

- Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης 2009; 2(4):94-97.
10. Yuda M. "Medical fee reforms, changes in medical supply densities, and supplier-induced demand: Empirical evidence from Japan." *Hitotsubashi Journal of Economics* 2013; 54(1):79-93.
 11. Nguyen XN. "Physician volume response to price controls." *Health Policy* 1996; 35(2):189-204.
 12. Lamiraud K, Lhuillery S. "Endogenous Technology Adoption and Medical Costs". Available at SSRN 2676621, 2015.
 13. Shih YCT, Tai-Seale M. "Physicians' perception of demand-induced supply in the information age: a latent class model analysis." *Health Economics* 2012; 21(3):252-269.
 14. Goranitis I, Siskou O, Liaropoulos L. "Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece." *Health Policy* 2014; 117(3):279-284.
 15. Economou C. "Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece." WHO Regional Office for Europe, 2015.
 16. Βοζίκης Α, Κασκαρέλη Α. "Ο κλάδος του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στην Ελλάδα." *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2012; 11(3):405-421.
 17. OECD. "Health at a glance: Europe." 2015.
 18. Fabbri D, Monfardini C, Castaldini I, Protonotari A. "Caesarean section and the manipulation of exact delivery time." *Health Policy* 2016; 120(7): 780-789.
 19. Mossialos E, Allin S, Karras K, Davaki K. "An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals." *The European Journal of Public Health* 2005; 15(3):288-295.
 20. Kaitelidou D C, Tsirona CS, Galanis P A, Siskou OC, Mladovsky P, Kouli EG, Liaropoulos LL. "Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece." *Health policy* 2013; 109(1):23-30.
 21. OECD. "Health spending (indicator)." 2016 (doi: 10.1787/8643de7e-en, Accessed on 27 September 2018).
 22. Νιάκας Δ. "Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας." *Ελληνική Επιθεώρηση- Διατροφή* 2014; 5(1): 3-7.
 23. Kanavos P, Vandoros S, Irwin R, Nicod E, Casson M. "Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU." European Parliament, Brussels, 2011.
 24. Ξένος Π, Νεκτάριος Μ, Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Ι. "Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα." *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2014; 31(2):172-18.
 25. Vandoros S, Stargardt T. "Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis." *Health policy* 2013; 109(1):1-6.
 26. Tsiantou V, Zavras D, Kousoulakou H, Geitona M, Kyriopoulos J. "Generic medicines: Greek physicians' perceptions and prescribing practices." *Journal of clinical pharmacy and therapeutics* 2009; 34(5):547-554.
 27. Theodorou M, Tsiantou V, Pavlakis A, Maniadakis N, Fragoulakis V, Pavi E, Kyriopoulos J. "Factors influencing

- prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey." *BMC health services research* 2009; 9(1); 1.
28. Tsiantou V, Shea, S, Martinez L, Agius D, Basak O, Faresjö T, Lionis C. "Eliciting general practitioners' salient beliefs towards prescribing: A qualitative study based on the Theory of Planned Behaviour in Greece." *Journal of clinical pharmacy and therapeutics* 2013; 38(2):109-114.
29. ΦΕΚ 545/B/01/03/2012. Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και στους άλλους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, Εφαρμογή συνταγογράφησης με Δραστική Ουσία, Ταινία γνησιότητας των φαρμάκων, Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, Φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων, Καθολική και Υποχρεωτική Εφαρμογή των Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων Συνταγογράφησης.
30. ΦΕΚ 1796/B/01.07.2014. Καθορισμός ελάχιστων ποσοστιαίων ορίων συνταγογράφησης φαρμάκων δραστικών ουσιών, οι οποίες δεν τελούν υπό καθεστώς προστασίας και καθορισμός ορίου δαπάνης συνταγογράφησης φαρμάκων.
31. Siskou O, Litsa P, Georgiadou G, Paterakis P, Alexopoulou E, Argyri S, Liaropoulos L. "Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece." *Value in Health* 2013; 16(7): A470.
32. Ξανθοπούλου Σ, Κατσαλιάκη Κ. Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2016; 33(5):583-595.
33. ΕΛΣΤΑΤ. "Σύστημα λογαριασμών υγείας. Δελτίου τύπου 31/03/2016", 2016.
34. Katharaki M. "Approaching the management of hospital units with an operation research technique: The case of 32 Greek obstetric and gynaecology public units." *Health Policy* 2008; 85(1):19-3.
35. 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(1):14-22.
36. Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. "Informal payments in public hospitals in Greece." *Health Policy* 2008; 87(1):72-81.