

THOMAS S. BODENHEIMER
KEVIN GRUMBACH

Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας

Μια Κλινική Προσέγγιση

LANGGE



Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης
Κυριάκος Σουλιώτης



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Understanding Health Policy: A Clinical Approach, Fourth Edition

Copyright © 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. Except as permitted under the United States Copyright Act of 1976, no part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a data base or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

Previous editions copyright © 2002, 1998, 1995, by Appleton & Lange.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 DOC/DOC 0 9 8 7 6 5 4

ISBN: 0-07-142311-7

ISSN: 1080-9465

Notice

Medicine is an ever-changing science. As new research and clinical experience broaden our knowledge, changes in treatment and drug therapy are required. The authors and the publisher of this work have checked with sources believed to be reliable in their efforts to provide information that is complete and generally in accord with the standards accepted at the time of publication. However, in view of the possibility of human error or changes in medical sciences, neither the authors nor the publisher nor any other party who has been involved in the preparation or publication of this work warrants that the information contained herein is in every respect accurate or complete, and they disclaim all responsibility for any errors or omissions or for the results obtained from use of the information contained in this work. Readers are encouraged to confirm the information contained herein with other sources. For example and in particular, readers are advised to check the product information sheet included in the package of each drug they plan to administer to be certain that the information contained in this work is accurate and that changes have not been made in the recommended dose or in the contraindications for administration. This recommendation is of particular importance in connection with new or infrequently used drugs.



ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΕΚΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΙΤΛΟ:

Understanding Health Policy, A Clinical Approach, 4th edition

by Thomas S. Bodenheimer, Kevin Grumbach

© Copyright 2010



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

www.parisianou.gr - metbooks@otenet.gr

Ιωάννου Ράλλη 21, 14452 Μεταμόρφωση Αττικής,
210 3306880, 210 3610519, 210 2855183

ISBN 978-960-394-673-1

Περιεχόμενα

| | |
|--|-----|
| 1. Εισαγωγή: το οξύμωρο της υπερβολής & της στέρσης..... | 1 |
| 2. Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας | 4 |
| 3. Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας | 15 |
| 4. Αποζημίωση των προμηθευτών | 30 |
| 5. Κατά κεφαλήν πληρωμή σε συστήματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας | 40 |
| 6. Οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας I | 48 |
| 7. Οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας II | 62 |
| 8. Επώδυνος έναντι ανώδυνου ελέγχου των δαπανών υγείας..... | 73 |
| 9. Μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών υγείας | 84 |
| 10. Χρόνια φροντίδα υγείας | 98 |
| 11. Η πρόληψη της ασθένειας | 107 |
| 12. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας | 119 |
| 13. Η ιατρική δεοντολογία και ο περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας..... | 135 |
| 14. Η φροντίδα υγείας σε τέσσερις χώρες | 150 |
| 15. Εθνική Ασφάλιση Υγείας..... | 166 |
| 16. Συγκρούσεις & αλληλαγές στο σύστημα φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών..... | 175 |
| 17. Το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας | 185 |
| 18. Συμπέρασμα: τάσεις & προκλήσεις | 196 |
| 19. Ερωτήσεις και θέματα για συζήτηση..... | 199 |
| Ευρετήριο | 206 |

Αποζημίωση των προμηθευτών

4

Στο Κεφάλαιο 2 περιγράψαμε τους διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας: άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς, ατομική ασφάλιση υγείας, ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη και κρατική χρηματοδότηση. Καθένας απ' αυτούς τους μηχανισμούς επιχείρησε να λύσει το πρόβλημα της δυσβάσταχτης οικονομικά φροντίδας για ορισμένες ομάδες, αλλά κάθε «λύση» με τη σειρά της δημιουργούσε νέα προβλήματα προκαλώντας ραγδαίες αυξήσεις στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Ένας από τους παράγοντες που συνέβαλαν σ' αυτήν την αύξηση ήταν ο τρόπος αποζημίωσης των ιατρών και των νοσοκομείων από τις ασφαλιστικές εταιρείες και τα κυβερνητικά προγράμματα. Έτσι, προέκυψαν νέες μέθοδοι αποζημίωσης ως ένας τρόπος συγκράτησης του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας. Αυτές οι νέες μέθοδοι αποτελούν κεντρικό χαρακτηριστικό της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (βλ. Κεφάλαιο 1).

Η Δρ Mary Young πρόσφατα ολοκλήρωσε την ειδίκευσή της στην οικογενειακή ιατρική και έγινε μέλος μιας μικρής ομάδας ιατρών, της PrimaryCare. Την πρώτη της μέρα, έχει τις ακόλουθες εμπειρίες όσον αφορά στη χρηματοδότηση της ιατρικής φροντίδας: ο πρώτος της ασθενής είναι ασφαλισμένος στη Blue Shield και στην PrimaryCare καταβάλλεται μια αμοιβή για την ιατρική εξέταση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα που γίνεται. Ο δεύτερος ασθενής της Δρ. Young χρειάζεται τις ίδιες υπηρεσίες, για τις οποίες η PrimaryCare δεν λαμβάνει καμία πληρωμή αλλά της διαβιβάζονται 10\$ για κάθε μήνα που ο ασθενής είναι εγγεγραμμένος σ' αυτήν. Το απόγευμα, ένας ιατρός που επιθεωρεί τις πληρωμές του νοσοκομείου τηλεφωνεί στην Δρ. Young, εξηγεί το σύστημα πληρωμής κατά διαγνωστική ομάδα (Diagnostic Related Group, DRG) και προτείνει να στείλει στο σπίτι έναν ασθενή που νοσηλεύεται με πνευμονία. Το βράδυ, πηγαίνει στην αίθουσα των επειγόντων περιστατικών, όπου έχει συμφωνήσει να δουλέψει δύο βάρδιες την εβδομάδα για 55\$ την ώρα.

Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας, πολλοί ιατροί θα εμπλακούν σε τέσσερις ή πέντε διαφορετικούς τύπους αποζημίωσης. Στο παρόν κεφάλαιο, θα αναλυθούν οι διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους αμείβονται οι ιατροί και τα νοσοκομεία. Αν και η αποζημίωση έχει πολλές παραμέτρους, από τον καθορισμό των τιμών μέχρι την επεξεργασία των απαιτήσεων, η παρούσα συζήτηση θα

εστιάσει σ' ένα από τα πιο βασικά της στοιχεία, τον καθορισμό της μονάδας πληρωμής. Αυτή η βασική αρχή πρέπει να γίνει κατανοητή προτού μπορέσει κάποιος να καταλάβει τη βασική έννοια της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας που συνίσταται στον ιατρογενή κίνδυνο.

ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Οι μέθοδοι πληρωμής μπορούν να τοποθετηθούν σε μια συνέχεια που εκτείνεται από τη λιγότερο στην περισσότερη σύνθετη μονάδα. Οι μέθοδοι κυμαίνονται από την πιο απλή (μια αμοιβή για μια υπηρεσία που προσφέρεται) μέχρι την πιο σύνθετη (μια πληρωμή για πολλούς τύπους υπηρεσιών που προσφέρονται), με πολλές παραλλαγές στο ενδιάμεσο (Πίνακας 4-1) (Lee et al., 1990).

Ορισμοί των μεθόδων πληρωμής

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στο σύστημα αυτό μονάδα πληρωμής είναι η επίσκεψη ή /και η πράξη. Στον ιατρό ή το νοσοκομείο καταβάλλεται αμοιβή για κάθε επίσκεψη στο ιατρείο, για κάθε ηλεκτροκαρδιογράφημα, ενδοφλέβιο υγρό ή άλλη υπηρεσία που προσφέρεται και για κάθε άλλη παροχή η οποία λαμβάνει χώρα. Αυτή είναι η μόνη μορφή πληρωμής που βασίζεται σε ατομικά στοιχεία της φροντίδας υγείας. Όλοι οι άλλοι τρόποι αποζημίωσης συγκεντρώνουν αρκετές υπηρεσίες σε μία μονάδα πληρωμής.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΑΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Στην εκδοχή αυτή, ο ιατρός ή το νοσοκομείο πληρώνονται για όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των σφαιρικών αμοιβών στα χειρουργικά περιστατικά οι οποίες καλύπτουν τους χειρουργούς, τις διαγνωστικές ομάδες και τα νοσοκομεία.

ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΟ

Η εν λόγω μέθοδος βασίζεται στην αρχή σύμφωνα με την οποία το νοσοκομείο αποζημιώνεται για όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται σε έναν ασθενή κατά τη διάρκεια 1 ημέρας νοσηλείας.

ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ

Στο υπόδειγμα αυτό μία πληρωμή καλύπτει τη θεραπεία κάθε ασθενούς κατά τη διάρκεια ενός μήνα ή έτους. Αυτή η μέθοδος συνδέεται στενά με την διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας.

ΠΛΗΡΩΜΗ ΓΙΑ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΜΙΑΣ ΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει αποζημίωση των νοσοκομείων από έναν σφαιρικό προϋπολογισμό και έμμιση σχέση εργασίας των ιατρών.

Προγράμματα Διαχειριζόμενης Φροντίδας Υγείας (Managed Care)

Κατά παράδοση, οι ιατροί και τα νοσοκομεία αποζημιώνονταν για τις υπηρεσίες τους στη βάση του πρώτου υποδείγματος. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, όλο και πιο πολλοί άνθρωποι εγγράφονταν σε προγράμματα Managed Care, τα οποία συχνά τροποποιούν τις μεθόδους πληρωμής των νοσοκομείων και των ιατρών, με σκοπό τον έλεγχο των δαπανών. Οι ιδιωτικοί οργανισμοί παροχής φροντίδων υγείας αναλύονται λεπτομερέστερα στο Κεφάλαιο 7, ενώ στο παρόν κεφάλαιο θα δοθεί προσοχή μόνο σ' εκείνες τις παραμέτρους που είναι αναγκαίες για να κατανοήσουμε την αποζημίωση των ιατρών και των νοσοκομείων.

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι παροχής φροντίδας υγείας σε ιδιωτική βάση και στη λογική της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας: η πρακτική της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες με έλεγχο των πληρωμών, οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (PPOs) και οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMOs).

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΜΟΙΒΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Αυτός είναι ο παραδοσιακός τύπος αποζημίωσης, με επιπλέον στοιχείο το γεγονός ότι ο τρίτος πληρωτής (είτε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία είτε κρατική υπηρεσία) έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την αποζημίωση ακριβών ιατρικών επιλογών, όπως είναι η εισαγωγή στο νοσοκομείο, οι επιπλέον ημέρες νοσηλείας και οι χειρουργικές επεμβάσεις.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ (PPOs)

Πρόκειται για οργανισμούς με χαλαρές οργανωτικές δομές, στους οποίους οι ασφαλιστές συμβάλλονται μ' έναν περιορισμένο αριθμό ιατρών και νοσοκομείων που αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες στους δικαιούχους, συνήθως με μειωμένες αμοιβές και με έλεγχο των πληρωμών.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (HMOs)

Πρόκειται για οργανισμούς των οποίων οι ασθενείς χρειάζονται (εκτός από τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης) να λαμβάνουν τη φροντίδα τους από άτομα και φορείς που ανήκουν στους οργανισμούς. Υπάρχουν αρκετοί τύποι τέτοιων δομών για τους οποίους γίνεται αναφορά στο Κεφάλαιο 7. Σε κάποιες περιπτώσεις HMOs, έχουν υιοθετηθεί σύνθετα συστήματα πληρωμής των προμηθευτών (για παράδειγμα, με τη μέρα, κατά κεφαλήν ή και με μισθό).

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Πληρωμή κατά πράξη και περίπτωση

Ο Roy Sweet, ένας ασθενής του Δρ. Weisman παρακολουθείται λόγω πρόσφατης έναρξης διαβήτη. Ο Δρ. Weisman αφιερώνει 20 λεπτά σε μια εξέταση, μια μέτρηση σακχάρου τριχοειδικού αίματος, μια ανάληψη ούρων και ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα. Κάθε υπηρεσία έχει αμοιβή που καθορίζεται από τον Δρ. Weisman: 62\$ για μια σύνθετη επίσκεψη, 8\$ για μια μέτρηση σακχάρου τριχοειδικού αίματος, 12\$ για μια ανάληψη ούρων και 60\$ για ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα. Επειδή ο κύριος Sweet είναι ανασφάλιστος, ο Δρ. Weisman μειώνει το συνοδικό λογαριασμό από 142 σε 70\$.

Το 1988, ο Δρ. Lenz απαίτησε ο Δρ. Weisman να πραγματοποιήσει μια ιατρική εκτίμηση για τη Gertrude Rales, που εμφάνισε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και αρρυθμίες μετά από εγχείρηση καταρράκτη. Ο Δρ. Weisman χρειάστηκε 90 λεπτά για να πραγματοποιήσει την εκτίμηση και πληρώθηκε 100\$ από το Medicare. Ο Δρ. Lenz αφιέρωσε 90 λεπτά στην επέμβαση και την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα και έλαβε 1.600\$ από το Medicare. Το 1998, ο Δρ. Weisman πραγματοποίησε μια παρόμοια εκτίμηση για τον Δρ. Lenz και έλαβε 130\$ ενώ και στο Δρ. Lenz εστάθησαν 900\$ για την επέμβαση.

Η Melissa High, που είναι ασφαλισμένη στο Medicaid, πραγματοποιεί τρεις επισκέψεις στον Δρ. Weisman για την υπέρτασή της. Αυτός χρεώνει το Medicaid 62\$ για μια σύνθετη επίσκεψη και 32\$ για καθεμία από τις δύο συντομότερες επισκέψεις. Πληρώνεται 16\$ ανά επίσκεψη, λιγότερο από 40% των συνοδικών χρεώσεών του. Με το Medicaid, ο Δρ. Weisman μπορεί να μη χρεώσει την κυρία High για το υπόλοιπο της αμοιβής του.

Ο Δρ. Weisman συμβηθή με την Blue Cross για να παρέχει φροντίδα στους ασθενείς αυτού του οργανισμού τύπου PPO, στο 70% της κανονικής αμοιβής του. Ο Rick

Πίνακας 4-1. Μονάδες πληρωμής.

| | ← Λιγότερο Σύνθετη | | | → Περισσότερο Σύνθετη | |
|-------------------|--------------------|-----------|--|-----------------------|--------------------------|
| | Διαδικασία | Ημέρα | Επείσοδιο Ασθένειας | Ασθενής | Ωρα |
| Ιατρός | Αμοιβή κατά πράξη | - | Χειρουργική ή μαιευτική αμοιβή Ιατρική Διαγνωστική Ομάδα | Κατά κεφαλήν πληρωμή | Μισθός |
| Νοσοκομείο | Αμοιβή κατά πράξη | Ανά Ημέρα | Νοσοκομειακή | Κατά κεφαλήν πληρωμή | Σφαιρικός προϋπολογισμός |

Διαγνωστική Ομάδα

Payne, ασθενής αυτού του οργανισμού, παρουσιάζεται με οξύ πονοκέφαλο και ανακαλύπτεται ότι πάσχει από αδυναμία του αριστερού βραχίονα και αύξηση αντανάκλαστικών. Ο Δρ. Weisman πληρώνεται 43,40\$ για μια σύνθετη επίσκεψη. Προτού δοθεί εντολή για μαγνητική τομογραφία, πρέπει να ζητηθεί εξουσιοδότηση απ' τον οργανισμό.

Κατά παράδοση, οι ιδιώτες ιατροί εξοφλούνται από ασθενείς και ασφαλιστές μέσω του μηχανισμού που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη. Πριν από τη θέσπιση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid, οι ιατροί συχνά έκαναν έκπτωση στις αμοιβές για τους ηλικιωμένους ή φτωχούς ασθενείς και ακόμα και στη συνέχεια πολλοί ιατροί συνέχισαν να βοηθούν ανασφάλιστα άτομα με αυτόν τον τρόπο.

Οι ιδιώτες ασφαλιστές, καθώς και τα προγράμματα Medicare και Medicaid τα πρώτα χρόνια συνήθως αποζημίωσαν τους ιατρούς σύμφωνα με το σύνηθες και λογικό σύστημα που άφηνε στους ιατρούς πολύ μεγάλο περιθώριο στον καθορισμό της αμοιβής (Langwell & Nelson, 1986).

Καθώς η συγκράτηση των δαπανών κατέστη η μεγαλύτερη προτεραιότητα, η συνήθης και λογική προσέγγιση στις αμοιβές υποσκελίστηκε σε μεγάλο βαθμό από προγράμματα αμοιβών που καθορίζονται από τον πληρωτή. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελούν οι τρεις επισκέψεις της Melissa High που επέφεραν χρεώσεις των 126\$ από τα οποία το Medicaid πλήρωσε μόνο 48 (16\$ ανά επίσκεψη).

Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, το Medicare προχώρησε σε ένα σύστημα αμοιβών καθορισμένο από μία κλίμακα σχετικών αξιών που βασιζόταν στους πόρους. Με αυτό το σύστημα, οι αμοιβές (που ποικίλλουν ανά γεωγραφική περιοχή) καθορίζονται για κάθε υπηρεσία ύστερα από εκτίμηση του χρόνου, της προσπάθειας και κρίσης, της τεχνικής επιδεξιότητας, της σωματικής προσπάθειας και της πίεσης που σχετίζονται συνήθως με την παροχή της υπηρεσίας αυτής (Lee et al., 1989). Αυτό το σύστημα της κλίμακας επιχειρεί να διορθώσει την προκατάληψη που υπάρχει σχετικά με την πληρωμή των ιατρών, σύμφωνα με την οποία οι ιατροί πληρώνονταν για χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες πράξεις με πολύ μεγαλύτερα ποσά απ' ό,τι για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και τις διαγνωστικές υπηρεσίες. Το 1998, ο Δρ. Weisman πληρώθηκε σχεδόν το 15% της χειρουργικής αμοιβής του Δρ. Lenz, ποσοστό το οποίο το 1988, πριν δηλαδή την εφαρμογή του συστήματος της κλίμακας, ήταν μόλις 6%.

Τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας των PPOs συχνά πληρώνουν τους συμβεβλημένους ιατρούς με μειωμένες αμοιβές για τις υπηρεσίες τους και απαιτούν εξουσιοδότηση από πριν για ακριβές πράξεις.

Με πληρωμές που πραγματοποιούνται βάσει του συστήματος αμοιβής κατά πράξη, οι ιατροί έχουν οικονομικό κίνητρο να προσφέρουν περισσότερες υπηρεσίες, επειδή οι περισσότερες υπηρεσίες συνεπάγονται υψηλότερες αμοιβές (βλ. Κεφάλαιο 12). Το κίνητρο της «αμοιβής κατά πράξη» είχε ως αποτέλεσμα την παροχή περισσότερων υπηρεσιών και έτσι συνέβαλε στη ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Relman, 1983).

Πληρωμή ανά επεισόδιο ασθένειας

Ο Δρ. Nick Belli αφαιρεί τη χοηδόχο κύστη του Tom Stone και πληρώνεται 1.300\$ από τη Blue Cross. Εκτός

από την πραγματοποίηση της κοηλοκυστεκτομής, ο Δρ. Belli συναντά τον κύριο Stone τρεις φορές στο νοσοκομείο και δύο φορές στο ιατρείο του για μετεγχειρητικές επισκέψεις. Επειδή η επέμβαση χρηματοδοτείται από έναν σφαιρικό προϋπολογισμό, ο Δρ. Belly έχει την δυνατότητα να μη χρεώνει χωριστά για τις επισκέψεις, που συμπεριλαμβάνονται στην αμοιβή της κοηλοκυστεκτομής των 1.300\$.

Η Joan Flemming παραπονιέται για βήχα, πυρετό και πύρεθα για 1 εβδομάδα. Η Δρ. Violet Gramm αναψύει ένα επίχρισμα πτυέλων, διατάσσει ακτινογραφία θώρακα και κάνει τη διάγνωση πνευμονίας. Κουράει την κυρία Flemming ως εξωτερική ασθενή με κεφαλοσπορίνη και την εξετάζει δύο φορές την εβδομάδα για 3 εβδομάδες. Με το σύστημα της πειραματικής περιπατητικής διαγνωστικής ομάδας, η Δρ. Gramm λαμβάνει μία αμοιβή για όλες τις υπηρεσίες και διαδικασίες που περιλαμβάνονται στη θεραπεία της πνευμονίας της κυρίας Flemming.

Οι χειρουργοί συνήθως λαμβάνουν εφάπαξ πληρωμή για αρκετές υπηρεσίες (την επέμβαση και τη μετεγχειρητική φροντίδα) που έχουν καταχωρηθεί μαζί (πακέτο), ενώ και οι μειωτέρες πληρώνονται κατά παρόμοιο τρόπο για τον τοκετό και την προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα. Αυτή η συνένωση των πληρωμών συχνά αναφέρεται ως εξόφληση στη μονάδα της περίπτωσης ή του επεισοδίου.

Με την πληρωμή ανά επεισόδιο, οι χειρουργοί έχουν οικονομικό κίνητρο να περιορίσουν τον αριθμό των μετεγχειρητικών επισκέψεων επειδή δεν λαμβάνουν επιπλέον πληρωμή για επιπλέον επισκέψεις. Αφετέρου, εξακολουθούν να έχουν κίνητρο να πραγματοποιούν περισσότερες εγχειρήσεις, όπως με το παραδοσιακό σύστημα που προέβλεπε καταβολή αμοιβής κατά πράξη. Μερικοί ειδικοί στη φροντίδα υγείας συνιστούν την πληρωμή των ιατρών μέσω ενός συστήματος ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων (βλ. παρακάτω) παρόμοιο μ' εκείνο που χρησιμοποιείται από το Medicare για την εξόφληση των νοσοκομείων (Langwell & Nelson, 1986). Βάσει ενός τέτοιου συστήματος, μία αμοιβή θα δινόταν για ένα επεισόδιο ασθένειας, ανεξάρτητα από το πόσες φορές ο ασθενής θα επισκεπτόταν τον ιατρό.

Σ' αυτό το σημείο, είναι χρήσιμο να εισάγουμε στη συζήτησή μας τη σημαντική έννοια του κινδύνου. Ο κίνδυνος αφορά στο ενδεχόμενο να χαθούν χρήματα, να κερδηθούν λιγότερα χρήματα ή να ξοδευτεί περισσότερος χρόνος χωρίς επιπρόσθετη πληρωμή σε μια συναλλαγή. Με το παραδοσιακό σύστημα που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη, αυτός που πληρώνει το λογαριασμό (ασφαλιστική εταιρεία, κρατική υπηρεσία ή ασθενής) απορροφά όλον τον κίνδυνο. Αν ο Δρ. Weisman εξετάσει τον Rick Payne δέκα φορές αντί για πέντε για τους πονοκεφάλους του, η Blue Cross πληρώνει περισσότερα χρήματα και ο κύριος Payne ξοδεύει περισσότερα σε συνεισφορές. Η συνένωση των υπηρεσιών μεταβιβάζει ένα μέρος του κινδύνου από τον πληρωτή στον ιατρό. Αν ο Δρ. Belly δει τον Tom Stone δέκα φορές αντί για πέντε για δεύτερη επίσκεψη μετά τη κοηλοκυστεκτομή δεν λαμβάνει καθόλου επιπλέον χρήματα. Ωστόσο, η Blue Cross εν μέρει βρίσκεται κι αυτή σε κίνδυνο: αν πιο πολλοί εγγεγραμμένοι σ' αυτή χρειάζονται επέμβαση χοηδόχου κύστης, η Blue Cross είναι υπεύθυνη για περισσότερες πληρωμές 1.300\$. Σαν γενικός κανόνας, όσο πιο πολλές υπηρεσίες συσσωρεύονται σε μια πληρωμή, τόσο μεγαλύτερο είναι το μερίδιο του οικονομικού κινδύνου που μεταβιβάζεται από τον πληρωτή στον πάροχο. (Η λέξη *πληρωτής* είναι

γενικός όρος που αναφέρεται σε οποιονδήποτε πληρώνει το λογαριασμό. Στο Κεφάλαιο 16, γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στους αγοραστές και τους ασφαλιστές, που μπορούν και οι δύο να είναι πληρωτές.)

Πληρωμή ανά ασθενή: κατά κεφαλήν πληρωμή με δομές δύο επιπέδων

Η Jennifer είναι μια νέα γυναίκα στην Αγγλία που εμφανίζει ροίμωξη στο αυτί. Ο παθολόγος της, ο Δρ. Walter Liston, την εξετάζει και της χορηγεί με συνταγή αντιβιοτικά. Η Jennifer δεν πληρώνει καθόλου χρήματα την ώρα της επίσκεψης και δεν λαμβάνει λογαριασμό. Ο Δρ. Liston πληρώνεται το προβλεπόμενο αντίτιμο των 85 το μήνα για να φροντίζει τη Jennifer, ανεξάρτητα από το πόσες φορές αυτή χρειάζεται φροντίδα. Όταν η Jennifer εμφανίζει σκωληκοειδίτιδα και χρειάζεται ακτινογραφία και χειρουργική εκτίμηση, ο Δρ. Liston τη στέλνει στο τοπικό νοσοκομείο για αυτές τις υπηρεσίες. Η πληρωμή αυτών των υπηρεσιών παραπομπής συμπεριλαμβάνεται στο λειτουργικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου που πληρώνεται χωριστά από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας.

ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι κατά κεφαλήν πληρωμές (δηλαδή πληρωμές «με το κεφάλι») σε ιατρούς στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι περίπλοκες, όπως θα δούμε σύντομα. Αλλά στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά παράδοση είναι απλές (βλ. Κεφάλαιο 14). Υπό το παραδοσιακό βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, κάθε άτομο εγγράφεται σε έναν γενικό ιατρό ή παθολόγο που λειτουργεί ως ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας. Για κάθε άτομο που εγγράφεται στη λίστα του, ο ιατρός λαμβάνει μια μηνιαία κατά κεφαλήν πληρωμή. Όσο περισσότεροι ασθενείς υπάρχουν στη λίστα, τόσο περισσότερα χρήματα κερδίζει ο ιατρός. Απαιτείται από τους ασθενείς να καθορίσουν όλες τις μη επείγουσες ιατρικές ανάγκες μέσω του

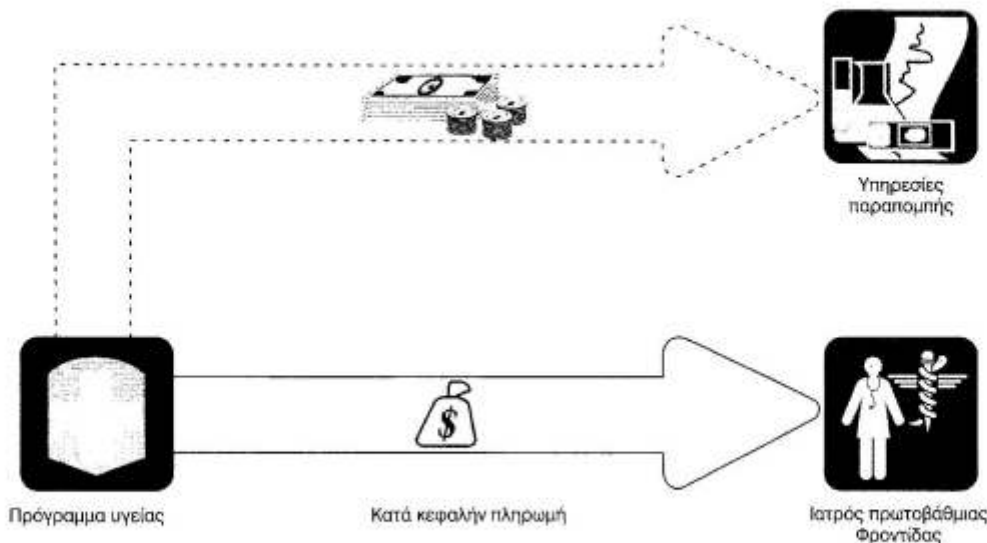
ιατρού αυτού, ο οποίος όταν είναι απαραίτητο παραπέμπει για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα. Οι ασθενείς μπορούν ελεύθερα να αλλάξουν τον ιατρό στον οποίο έχουν εγγραφεί για κάποιον άλλον (Grumbach & Fry, 1993). Αυτή η απλή ρύθμιση, που παρουσιάζεται στο Σχήμα 4-1, αναφέρεται ως μια κατά κεφαλήν δομή δύο επιπέδων. Το ένα επίπεδο είναι το πρόγραμμα υγείας και το άλλο ο ξεχωριστός ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ένας μικρός αριθμός ιατρών σε ομαδική άσκηση ιατρικής (group practice).

ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η κατά κεφαλήν πληρωμή συνδέεται με προγράμματα ΗΜΟs και όχι με παραδοσιακά ασφαλιστικά προγράμματα ή προγράμματα στη βάση των ΡΡΟs. Μερικά προγράμματα ΗΜΟs έχουν δομές δύο επιπέδων με τους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας να πληρώνουν κατά κεφαλήν αμοιβές απευθείας στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας (Σχήμα 4-1). Όμως, σε αντίθεση με το παραδοσιακό βρετανικό σύστημα, η κατά κεφαλήν πληρωμή στους ιδιωτικούς οργανισμούς διαχειριζόμενης φροντίδας των Ηνωμένων Πολιτειών μπορεί να περιλαμβάνει δομή τριών επιπέδων.

Πληρωμή ανά ασθενή: κατά κεφαλήν πληρωμή με δομές τριών επιπέδων

Στις δομές τριών επιπέδων, οι ΗΜΟs δεν πληρώνουν τις κατά κεφαλήν αμοιβές απευθείας σε ξεχωριστούς ιατρούς ή σε μικρές ομάδες ιατρών αλλά, αντίθετα, βασίζονται σε μια ενδιαμέσση διοικητική δομή για την επεξεργασία αυτών των πληρωμών (Robinson & Casalino, 1995). Σε μια κατηγορία τέτοιων δομών τριών επιπέδων (Σχήμα 4-2 Α) οι ιατροί παραμένουν στα δικά τους ιδιωτικά ιατρεία αλλά ενώνονται σε ομάδες ιατρών που ονομάζονται ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι (Independent Practice Associations-IPAs).



Σχήμα 4-1. Δομές κατά κεφαλήν πληρωμής δύο επιπέδων. Το πρόγραμμα υγείας πληρώνει τον ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά κεφαλήν και πληρώνει για τις υπηρεσίες παραπομπής (π.χ. για τις ακτινογραφίες και τις γυναικτεύσεις από ειδικούς μέσω μιας διαφορετικής ροής εξόφλησης).

Ο George είναι εγγεγραμμένος μέσω του εργοδότη του στη SmartCare, έναν HMO που διοικείται από την Ασφαλιστική Εταιρεία Smart. Η SmartCare έχει συμβληθεί με δύο ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους για να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες στο μέλη της στην περιοχή όπου ζει ο George. Ο George έχει επιλέξει να λαμβάνει τη φροντίδα του από τον Δρ. Bunch, έναν ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας, μέλος ενός από αυτούς τους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους, τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο CapCar Associates. Η SmartCare πληρώνει στην CapCar Associates μια μηνιαία κατά κεφαλήν αμοιβή 40\$ εκ μέρους του George για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες και τις σχετικές υπηρεσίες ως εξωτερικού ασθενούς. Η CapCar Associates με τη σειρά της πληρώνει στον Δρ. Bunch μια μηνιαία κατά κεφαλήν αμοιβή 10\$ για να λειτουργεί ως "gatekeeper".

Ο George εμφανίζει συμπτώματα απόφραξης του ουροποιητικού συστήματος που συμφωνούν με καθόλην υπερηχοασία του προστάτη. Ο Δρ. Bunch δίνει εντολή για μερικές εργαστηριακές εξετάσεις και παραπέμπει τον George σε έναν ουρολόγο για κυστεοσκόπηση. Το εργαστήριο και ο ουρολόγος χρεώνουν την CapCar Associates με βάση το σύστημα που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη και πληρώνονται από τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο από ένα κοινό ταμείο (που ονομάζεται κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου) το οποίο ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος έχει δημιουργήσει για αυτόν το σκοπό από τις κατά κεφαλήν πληρωμές που η CapCar Associates λαμβάνει από τη SmartCare. Στο τέλος του χρόνου, η CapCar Associates έχει χρήματα που έχουν απομείνει σε αυτό το κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου από τις διαγνωστικές και εξειδικευμένες υπηρεσίες. Η CapCar Associates διανέμει αυτό το πλεόνασμα εσόδων στους δικούς της ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ως bonus.

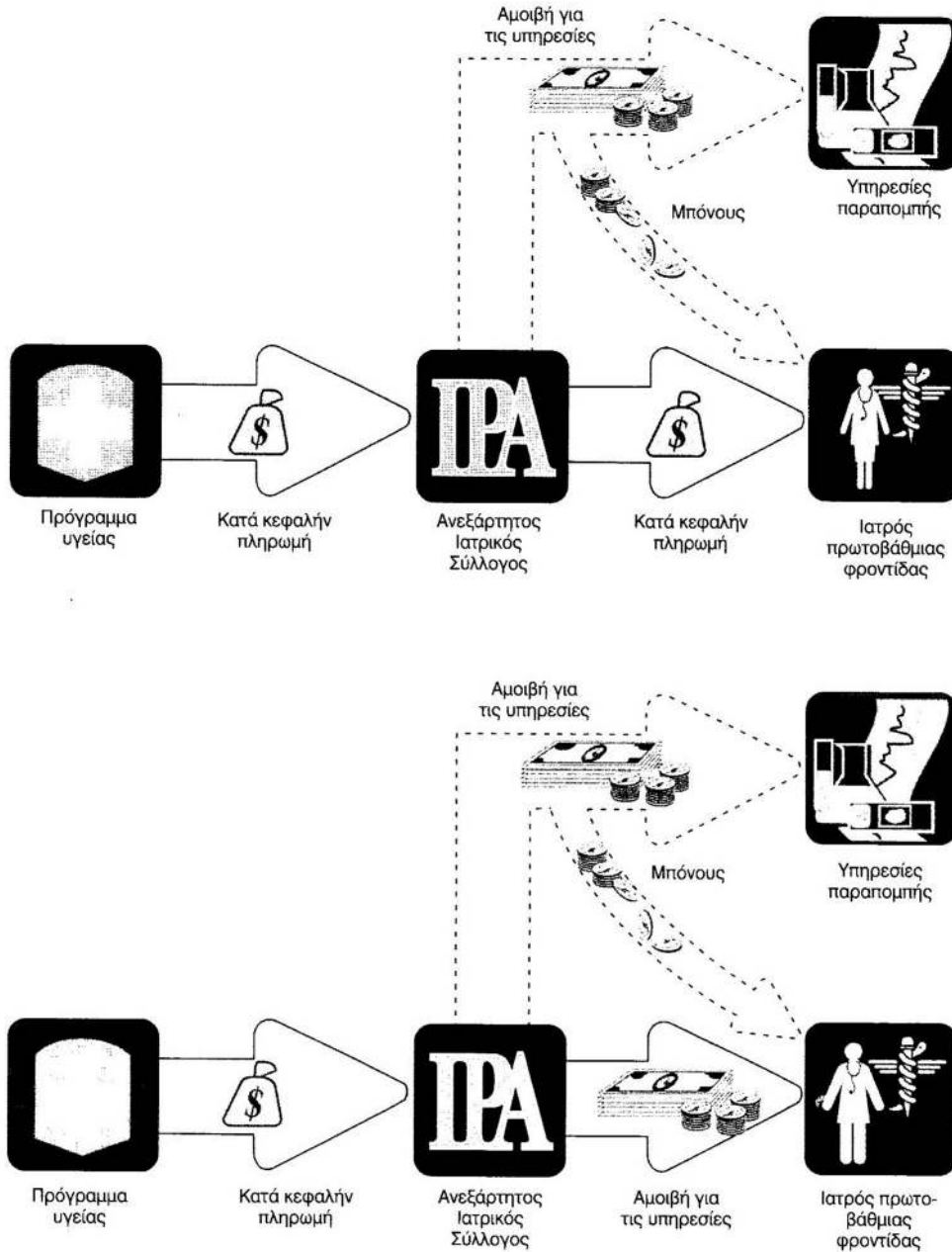
Η ρύθμιση της ροής των πληρωμών και της φύσης της κατανομής του κινδύνου γίνεται δύσκολη σ' αυτόν τον τύπο της κατά κεφαλήν πληρωμής με δομή τριών επιπέδων. Στους περισσότερους HMOs τριών επιπέδων, τον οικονομικό κίνδυνο για τις διαγνωστικές και τις εξειδικευμένες υπηρεσίες φέρει το σύνολο του οργανισμού του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου και αυτός ο κίνδυνος αφορά όλους τους συμμετέχοντες ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας του συλλόγου. Ο τύπος του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου που αντιπροσωπεύει η CapCar Associates μπορεί να παρέχει οικονομικά κίνητρα στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ούτως ώστε να περιορίσουν τη χρήση διαγνωστικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών επιστρέφοντας σ' αυτούς οποιοδήποτε πλεόνασμα κεφαλαίων υπάρχει στο τέλος του έτους. Αυτή η μέθοδος εξόφλησης είναι γνωστή ως κατά κεφαλήν πληρωμή και bonus (βλ. Κεφάλαιο 5). Όσο λιγότερο συχνή είναι η χρήση των διαγνωστικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών, τόσο υψηλότερο είναι το bonus στο τέλος του έτους για τους ιατρούς του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου, οι οποίοι επιπλέον αναλαμβάνουν να παραπέμπουν τους ασθενείς για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κρίνουν πως κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο. Αυτή η ρύθμιση υφίσταται κριτική με το σκεπτικό ότι αντιπροσωπεύει μια σύγκρουση ενδιαφερόντων για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, επειδή το προσωπικό τους εισόδημα αυξάνεται όταν αρνούνται την παροχή διαγνωστικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών στους ασθενείς τους (Rodwin, 1993). Τα προηγούμενα λίγα

χρόνια μερικοί ιδιωτικοί οργανισμοί Managed Care ξεκίνησαν να καθορίζουν τις πληρωμές bonus, λαμβάνοντας υπόψη την ποιότητα και όχι τον έλεγχο των δαπανών (βλ. Κεφάλαιο 12). Ένα σημαντικό ποσό πρέπει να πληρωθεί για τη δημιουργία μίας δομής τριών επιπέδων, επειδή οι διοικητικές δαπάνες είναι σημαντικές τόσο για το πρόγραμμα υγείας όσο και για τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο.

Ο αδερφός του George, ο Steve, εργάζεται στην ίδια εταιρεία με τον George και επίσης έχει ασφάλιση SmartCare. Ο Steve, όμως, λαμβάνει πρωτοβάθμια φροντίδα από έναν ιατρό στο πρόγραμμα του άλλου ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου με τον οποίο έχει συμβληθεί η SmartCare, της CapFee Associates. Όπως και η CapCar Associates, η CapFee Associates είναι ένας ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος που λαμβάνει 40\$ το μήνα σε κατά κεφαλήν αμοιβές για κάθε ασθενή που είναι μέλος. Σε αντίθεση με την CapCar Associates, η CapFee Associates πληρώνει τους δικούς της ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας με βάση το σύστημα που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη.

Οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι με δομές τριών επιπέδων γίνονται ακόμα πιο περίπλοκοι όταν η μονάδα εξόφλησης διαφέρει απ' το ένα επίπεδο στο άλλο. Στο μοντέλο της CapCar Associates, η κατά κεφαλήν πληρωμή είναι η βασική μέθοδος πληρωμής και για τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο ως σύνολο και για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας που ανήκουν σ' αυτόν. Ωστόσο, στο μοντέλο της CapFee Associates, ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμές απ' το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας αλλά κατόπιν εξοφλεί τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας που ανήκουν σ' αυτόν με βάση το σύστημα που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη (Σχήμα 4-2B). Με βάση αυτήν τη ρύθμιση, οι αμοιβές που ζητούν οι ιατροί του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου μπορεί κάλλιστα να υπερβαίνουν το χρηματικό ποσό που έχει λάβει ο σύλλογος απ' το ασφαλιστικό πρόγραμμα με βάση την κατά κεφαλήν πληρωμή, προκειμένου να πληρωθούν οι ιατρικές και λοιπές υπηρεσίες που παρέχονται σε εξωτερικούς ασθενείς. Προκειμένου να μειωθεί αυτός ο κίνδυνος, πολλοί ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι τύπου CapFee Associates πληρώνουν τους ιατρούς τους μόνο ένα μέρος, ίσως το 60%, ενός προκαθορισμένου πίνακα αμοιβών και παρακρατούν το 40%. Αν περισσέψουν χρήματα στο τέλος του έτους, οι ιατροί λαμβάνουν ένα μέρος των χρημάτων που έχουν παρακρατηθεί.

Με το σύστημα της CapFee, ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος είναι η κύρια οντότητα που βρίσκεται σε κίνδυνο επειδή η παροχή περισσότερων υπηρεσιών μπορεί να οδηγήσει το σύλλογο σε απώλεια χρημάτων. Ωστόσο, και οι μεμονωμένοι ιατροί βρίσκονται εν μέρει σε κίνδυνο επειδή, αν οι δαπάνες του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου είναι υψηλές, δεν θα λάβουν τα παρακρατηθέντα κεφάλαια. Το οικονομικό κίνητρο για τους μεμονωμένους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι περίπλοκο. Είναι προς οικονομικό όφελος του ιατρού να προγραμματίσει όσο το δυνατόν περισσότερες επισκέψεις ασθενών επειδή λαμβάνει αμοιβή για κάθε επίσκεψη. Ωστόσο, ένας μεγάλος αριθμός επισκέψεων συνολικά από ασθενείς του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου, καθώς και η πολύ συχνή χρήση διαγνωστικών και άλλων εξειδικευμένων υπηρεσιών θα εξαντλήσουν τον προϋπολογισμό του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου και, ως εκ τούτου, αυξάνεται η πιθανότητα χρεοκοπίας του



Σχήμα 4-2. Δομές κατά κεφαλήν πληρωμών τριών επιπέδων Α. Ο τύπος διεύθυνσης της Cap Associates, στην οποία οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας λαμβάνουν κατά κεφαλήν πληρωμή συν ένα μπόνους από τον Ανεξάρτητο Ιατρικό Σύλλογο αν υπάρχει πλεόνασμα στο τέλος του έτους στο κοινό ταμείο για την πληρωμή των υπηρεσιών παραπομπής. Β. Ο τύπος διεύθυνσης της CapFee Associates, στην οποία ο Ανεξάρτητος Ιατρικός Σύλλογος λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμές από τα προγράμματα υγείας αλλά πληρώνει τους δικούς του ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας με βάση ένα σύστημα καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

συλλόγου, μια κατάσταση που θα αφήσει τους ιατρούς του συλλόγου με χιλιάδες απλήρωτων χρεώσεων.

Πληρωμή ανά ώρα: μισθός

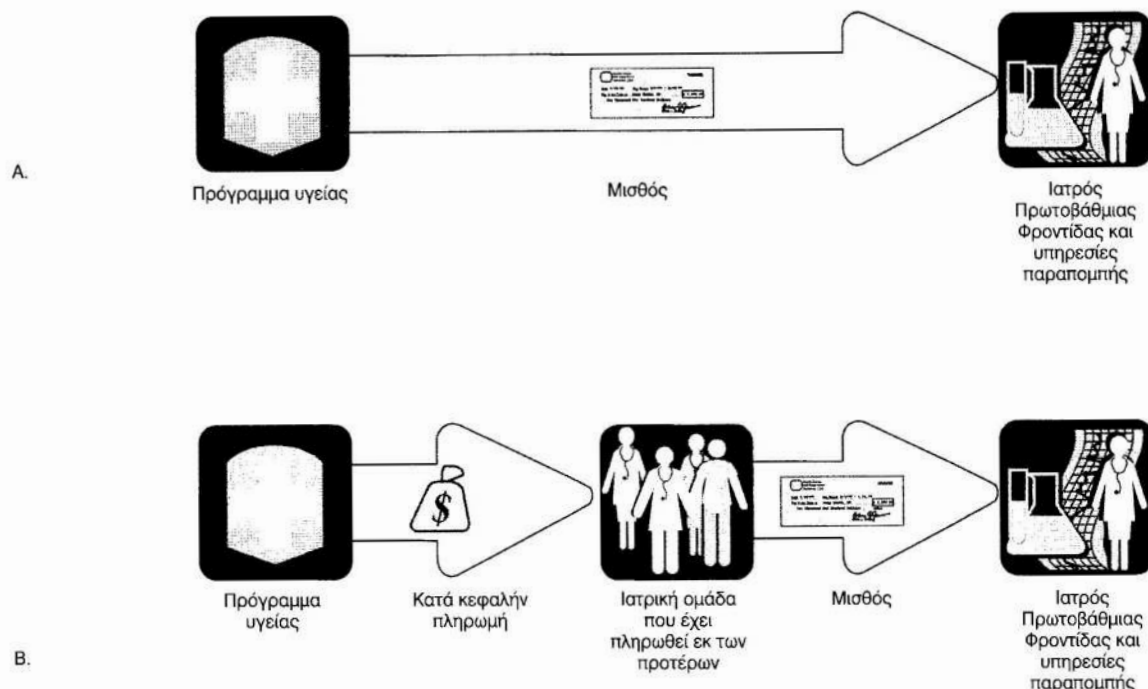
Η Δρ. Joyce Parto προσλαμβάνεται ως μαιευτήρας-γυναικολόγος από ένα μεγάλο οργανισμό HMO. Θεωρεί την οικονομική ασφάλεια και την έλλειψη επαγγελματικών ανησυχιών στον τωρινό εργασιακό της χώρο βελτίωση σε σχέση με τις εντάσεις που αντιμετώπισε ως ιατρός, όταν δούλευε μόνη της και πληρωνόταν με βάση το σύστημα που προέβλεπε καταβολή αμοιβής κατά πράξη, πριν γίνει μέλος του οργανισμού. Ωστόσο, έχει μερικές ανησυχίες πως οι άλλοι μαιευτήρες επιτρέπουν στο προσωπικό του μαιευτικού τμήματος του νοσοκομείου να φέρουν εις πέρας τους περισσότερους τοκετούς κατά τη διάρκεια της νύχτας και αναρωτιέται αν η απουσία οικονομικών κινήτρων προκειμένου να είναι παρόντες στους τοκετούς ευθύνεται εν μέρει για την κατάσταση. Ενοχλείται επίσης από τα γραφειοκρατικά μαρτύρια που πρέπει να υποστεί για να ακυρώσει μια απογευματινή κλινική και να παρευρεθεί στο σχολικό θεατρικό έργο του γιου της.

Σε αντίθεση με τους παραδοσιακούς ιδιώτες ιατρούς, οι ιατροί του δημοσίου (στα δημοτικά νοσοκομεία, στα νοσοκομεία των Βετεράνων, στα στρατιωτικά νοσοκομεία, στα κρατικά ψυχιατρεία και στις κοινοτικές κλινικές) συνήθως πληρώνονται με μισθό. Η έμμισθη εξάσκηση λειτουργήματος συγκεντρώνει την πληρωμή για όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται κατά τη διάρκεια ενός μήνα ή έτους σ' ένα συνολικό ποσό. Η διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας έχει

φέρει την έμμισθη εξάσκηση λειτουργήματος στον ιδιωτικό τομέα, μερικές φορές με μια ρύθμιση που προβλέπει μισθό και bonus, ιδιαίτερα σε ενιαίες ιατρικές ομάδες και σε ομαδικά μοντέλα HMOs (βλ. Κεφάλαιο 7). Τα τελευταία φέρνουν τους ιατρούς και τα νοσοκομεία κάτω από μία ενιαία οργανωτική σκέπη.

Η διάκριση μεταξύ των HMO τύπου προσωπικού (staff-model) και τύπου ομάδας (group-model) είναι ανάλογη με τη διαφορά μεταξύ των οργανισμών υγείας που έχουν συμβληθεί με ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους με δομές δύο και τριών επιπέδων στην οποία έγινε αναφορά προηγουμένως. Ο HMO τύπου προσωπικού είναι μια δομή πληρωμής δύο επιπέδων, με ασφαλιστικό πρόγραμμα απ' τον ίδιο τον οργανισμό ο οποίος προσλαμβάνει άμεσα ιατρούς με μισθό (Σχήμα 4-3 Α). Στους HMOs τύπου ομάδας, το ασφαλιστικό πρόγραμμα του οργανισμού συμβάλλεται σε μια βάση κατά κεφαλήν πληρωμής με μια ενδιάμεση ομάδα ιατρών, που με τη σειρά της πληρώνει μισθό στους μεμονωμένους ιατρούς της. (Σχήμα 4-3 Β).

Οι ιατροί των HMOs που πληρώνονται αποκλειστικά με μισθό διατρέχουν ελάχιστο προσωπικό οικονομικό κίνδυνο ή δεν διατρέχουν καθόλου τέτοιο κίνδυνο: ο οργανισμός ή η ομάδα των ιατρών βρίσκονται σε κίνδυνο αν οι δαπάνες είναι υπερβολικά υψηλές. Προκειμένου να διαχειριστούν τον κίνδυνο, οι διοικητές των HMOs που βασίζονται στο ομαδικό μοντέλο και στο μοντέλο προσωπικού μπορεί να θέσουν περιορισμούς στους ιατρούς υπαλλήλους τους, όπως να τους προγραμματίσουν έναν μεγάλο αριθμό επισκέψεων ασθενών ή να περιορίσουν τον αριθμό των διαθέσιμων ειδικών ιατρών. Οι έμμισθοι ιατροί κινδυνεύουν να μη λάβουν επιπλέον πληρωμή για επιπλέον ώρες εργασίας. Για έναν ιατρό που πληρώνεται με ετήσιο μισθό χωρίς έγκριση



Σχήμα 4-3. Πληρωμή με μισθό Α. Στο επιτελικό μοντέλο οργανισμού υγείας, το πρόγραμμα απευθείας προσλαμβάνει ιατρούς. Β. Στο ομαδικό μοντέλο οργανισμών υγείας, μια ιατρική ομάδα που έχει πληρωθεί εκ των προτέρων λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμές από το πρόγραμμα και κατόπιν εξοφλεί τους ιατρούς της με μισθό.

για πληρωμή υπερωριών, ένας μεγάλος αριθμός σύνθετων επισκέψεων ασθενών μπορεί να μετατρέψει μια ημέρα με 8 ώρες εργασίας σε ημέρα με 12 ώρες εργασίας, χωρίς αύξηση στο εισόδημα. Οι ΗΜΟς και οι ιατρικές ομάδες μπορεί να προσφέρουν bonus στο τέλος του έτους σε έμμισθους ιατρούς αν οι συνολικές δαπάνες είναι μικρότερες απ' τα ποσά που προϋπολογίζονται. Οι ιατροί που πληρώνονται μισθό και bonus, όπως εκείνοι που λαμβάνουν κατά κεφαλήν πληρωμή και bonus, κινδυνεύουν να κερδίσουν μικρότερο εισόδημα.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Πληρωμή κατά διαδικασία: καταβολή αμοιβής κατά πράξη

Ο Kwin Mock Wong νοσηλεύεται για αιμορραγούν έλκος. Στο τέλος της 4ήμερης παραμονής του, το νοσοκομείο στέλνει έναν επασέηδο, αναλυτικό λογαριασμό 8.600\$ στην Blue Cross, τον ασφαλιστικό φορέα του κυρίου Wong.

Στο παρελθόν, οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούσαν πληρωμές με βάση το σύστημα που προέβλεπε καταβολή αμοιβής κατά πράξη στα ιδιωτικά νοσοκομεία με βάση την αρχή του «λογικού κόστους», ένα σύστημα στα πλαίσια του οποίου τα νοσοκομεία επηρέαζαν σε πολύ μεγάλο βαθμό τον καθορισμό του επιπέδου πληρωμής. Επειδή ο Αμερικανικός Σύλλογος Νοσοκομείων και η Blue Cross έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη σύνταξη κανονισμών αποζημίωσης για το Medicare, εκείνο το πρόγραμμα αρχικά πλήρωνε τα νοσοκομεία σύμφωνα με μια παρόμοια φόρμουλα λογικού κόστους (Law, 1974). Πιο πρόσφατα, οι ιδιωτικοί και οι δημόσιοι πληρωτές που ασχολούνται με την ανάσχεση των δαπανών έχουν αρχίσει να αμφισβητούν τις χρεώσεις των νοσοκομείων και να διαπραγματεύονται χαμηλότερες πληρωμές ή να μεταβιβάζουν τον οικονομικό κίνδυνο στα νοσοκομεία εφαρμόζοντας πληρωμές ανά ημέρα, πληρωμές διαγνωστικής ομάδας ή κατά κεφαλήν πληρωμές.

Πληρωμή ανά ημέρα

Ο John Johnson, ένας ασθενής-μέλος ΗΜΟ, εισάγεται στο νοσοκομείο με οξεία κεφαλαλγία. Κατά τη διάρκεια της 3ήμερης νοσηλείας του, υποβάλλεται σε μαγνητική τομογραφία, οσφυϊκή παρακέντηση και εγκεφαλική αρτηριογραφία, πράξεις οι οποίες είναι δαπανηρές για το νοσοκομείο. Το νοσοκομείο λαμβάνει 3.600\$ ή 1.200\$ ανά ημέρα από τον οργανισμό υγείας. Η νοσηλεία του κυρίου Johnson κοστίζει στο νοσοκομείο 5.400\$.

Ο Tom Thompson, μέλος του ίδιου ΗΜΟ, εισάγεται για συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Του χορηγείται ενδοφλέβια φουροσεμίδα για 3 ημέρες και η κατάστασή του βελτιώνεται. Οι διαγνωστικές εξετάσεις περιορίζονται σε ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα και βασικές αιματολογικές εξετάσεις. Το νοσοκομείο λαμβάνει 3.600\$ και το κόστος για το νοσοκομείο είναι 2.400\$.

Πολλοί ΗΜΟς συμβάλλονται με νοσοκομεία για πληρωμές ανά ημέρα παρά για καταβολή αμοιβής για κάθε αναλυτική υπηρεσία (χρέωση δωματίου, μαγνητική τομογραφία, αρτηριογράφημα, ακτινογραφία θώρακα και ηλεκτροκαρδιογράφημα). Το νοσοκομείο λαμβάνει ένα συνολικό ποσό για κάθε ημέρα που ο ασθενής του οργανισμού υγείας βρίσκεται στο

νοσοκομείο. Ο ΗΜΟ μπορεί να στείλει μια νοσηλεύτρια για τον έλεγχο των υπηρεσιών που παρέχονται στο νοσοκομείο, προκειμένου να επιθεωρήσει τα διαγράμματα των ασθενών του και αν η νοσηλεύτρια αποφασίσει ότι ένας ασθενής δεν πάσχει από οξεία πάθηση, ο οργανισμός υγείας μπορεί να σταματήσει να πληρώνει για τις επιπλέον ημέρες.

Οι πληρωμές ανά ημέρα αντιπροσωπεύουν τη συγκέντρωση όλων των υπηρεσιών που παρέχονται σε έναν ασθενή μια συγκεκριμένη ημέρα σε μία πληρωμή. Με την παραδοσιακή καταβολή αμοιβής κατά πράξη, αν το νοσοκομείο πραγματοποιεί αρκετές δαπανηρές διαγνωστικές εξετάσεις, κερδίζει περισσότερα χρήματα επειδή χρεώνει για κάθε εξέταση, ενώ με την πληρωμή ανά ημέρα το νοσοκομείο δεν λαμβάνει επιπλέον χρήματα για αυτές. Η ανά ημέρα συγκέντρωση των υπηρεσιών σε μία αμοιβή απομακρύνει το οικονομικό κίνητρο του νοσοκομείου επειδή το νοσοκομείο χάνει, αντί να κερδίζει, απ' την πραγματοποίηση δαπανηρών εξετάσεων.

Με την πληρωμή ανά ημέρα, ο ΗΜΟ συνεχίζει να βρίσκεται σε κίνδυνο για τις ημέρες που ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο επειδή πρέπει να πληρώσει για κάθε επιπλέον ημέρα. Ωστόσο, το νοσοκομείο κινδυνεύει από τις υπηρεσίες που παρέχονται οποιαδήποτε δεδομένη ημέρα επειδή προκαλούν περισσότερες δαπάνες χωρίς επιπλέον πληρωμή. Συνεπώς, είναι προς όφελος του ΗΜΟ να ελέγχει τις πληρωμές προκειμένου να μειώσει τον αριθμό των ημερών νοσηλείας, ενώ τον απασχολεί λιγότερο το εύρος των υπηρεσιών που παρέχονται κάθε ημέρα. Αυτή η οικονομική ανησυχία έχει μεταβιβαστεί στο νοσοκομείο.

Πληρωμή Ανά Επεισόδιο Νοσηλείας: Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (Diagnosis-Related Groups, DRGs)

Ο Bill είναι ένας 67χρονος άνδρας που εισάγεται στο νοσοκομείο με οξύ πνευμονικό οίδημα. Η θεραπευτική του αγωγή περιλαμβάνει φουροσεμίδα και οξυγόνο στην αίθουσα επείγοντων περιστατικών, αυτός παραμένει 36 ώρες στο νοσοκομείο και παίρνει εξιτήριο. Το κόστος για το νοσοκομείο είναι 2.800\$. Το νοσοκομείο λαμβάνει μια πληρωμή για τη συγκεκριμένη διαγνωστική ομάδα 6.000\$ από το Medicare.

Ο Will είναι ένας 82χρονος άνδρας που εισάγεται στο νοσοκομείο με οξύ πνευμονικό οίδημα. Παρά τις επαναλαμβανόμενες θεραπείες με φουροσεμίδα, καπτοπρίλη, διγοξίνη και οργανικά νιτρικά άλατα, παραμένει με καρδιακή ανεπάρκεια. Έχει ανάγκη από τηλεμετρία, καθημερινές αιματολογικές εξετάσεις, αρκετές ακτινογραφίες θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα και ένα ηχοκαρδιογράφημα. Τελικά, παίρνει εξιτήριο την ένατη ημέρα παραμονής στο νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή του περίθαλψη κοστίζει 18.000\$ και το νοσοκομείο λαμβάνει 6.000\$ από το Medicare.

Η μέθοδος πληρωμής ανά ομοιογενή διαγνωστική ομάδα για τους ασθενείς του Medicare ξεκίνησε το 1983. Αντί να καταβάλλει αμοιβή στα νοσοκομεία για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το Medicare πληρώνει ένα συνολικό ποσό για κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο, με το ύψος της πληρωμής να εξαρτάται απ' τη διάγνωση του ασθενούς. Το σύστημα των DRGs έχει πάει ένα βήμα πιο μπροστά από τις πληρωμές ανά ημέρα όσον αφορά στη συγκέντρωση των

υπηρεσιών σε μία πληρωμή. Ενώ η πληρωμή ανά ημέρα συγκεντρώνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται κατά τη διάρκεια μίας ημέρας, η εξόφληση της διαγνωστικής ομάδας συγκεντρώνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου στο νοσοκομείο. (Αν και ένα επεισόδιο ασθένειας μπορεί να ξεπεράσει τα όρια της περιθαλψής σε νοσοκομείο οξέων παθήσεων [για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει εκτίμηση εκτός του νοσοκομείου πριν τη νοσοκομειακή περίθαλψη και να μεταφερθεί σε κλινική για αποκατάσταση αργότερα], ο όρος επεισόδιο στα πλαίσια του συστήματος της διαγνωστικής ομάδας αναφέρεται μόνο στο μέρος της ασθένειας που ο ασθενής περνάει πράγματι στο νοσοκομείο οξέων παθήσεων.)

Με το σύστημα των DRGs, το πρόγραμμα Medicare κινδυνεύει απ' τον αριθμό των εισαγωγών, αλλά το νοσοκομείο κινδυνεύει από το χρόνο νοσηλείας και τους πόρους που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκειά της. Το Medicare δεν έχει οικονομικό ενδιαφέρον απ' τη διάρκεια νοσηλείας, γεγονός που (εκτός από ασυνήθιστα μακρές [πέρα από 20 ημέρες¹] παραμονές στο νοσοκομείο για ενήλικες) δεν επηρεάζει την πληρωμή του. Αντίθετα, το νοσοκομείο ενδιαφέρεται πάρα πολύ για τη διάρκεια νοσηλείας και τον αριθμό των δαπανηρών πράξεων που πραγματοποιούνται, γιατί μία μακροχρόνια, δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη όπως αυτή του Will οδηγεί σε οικονομική ζημία το νοσοκομείο, ενώ μία σύντομη περίθαλψη αποφέρει κέρδος. Τα νοσοκομεία συνεπώς διεξάγουν εσωτερικές επιθεωρήσεις και ελέγχους πληρωμών προκειμένου να μειωθούν οι δαπάνες που προκαλούνται απ' τους ασθενείς του Medicare.

Πληρωμή ανά ασθενή: κατά κεφαλήν πληρωμή

Η Jane είναι εγγεγραμμένη στον HMO Blue Cross, ο οποίος συμβάλλεται με το Νοσοκομείο Upscale για τη φροντίδα της στην περίπτωση που αυτή χρειαστεί νοσοκομειακή περίθαλψη. Το Upscale λαμβάνει 40\$ το μήνα ως κατά κεφαλήν αμοιβή για κάθε ασθενή εγγεγραμμένο στον HMO. Η Jane είναι υγιής και κατά τη διάρκεια των 36 μηνών που είναι μέλος του οργανισμού, το νοσοκομείο λαμβάνει 1.440\$, άκομα κι αν η Jane δεν πατήσει ποτέ το πόδι της σ' αυτό.

Ο Wayne επίσης είναι μέλος του HMO Blue Cross. Είκοσι τέσσερις μήνες μετά την εγγραφή του, κόλλησε πνευμονία από πνευμονοκύστη carinii και τους επόμενους 12 μήνες παρέμεινε 6 εβδομάδες στο Νοσοκομείο Upscale με κόστος 35.000\$. Το Upscale λαμβάνει συνολικά 1.440\$ (την κατά κεφαλήν αμοιβή των 40\$ το μήνα για 36 μήνες) για τη φροντίδα του Wayne.

Με την κατά κεφαλήν πληρωμή, τα νοσοκομεία κινδυνεύουν απ' τις εισαγωγές, τη διάρκεια παραμονής και τους πόρους που χρησιμοποιούνται. Με άλλα λόγια, τα νοσοκομεία κινδυνεύουν εξολοκλήρου και ο ασφαλιστής, συνήθως ένας HMO, δεν κινδυνεύει καθόλου. Η κατά κεφαλήν πληρωμή στα νοσοκομεία έχει σχεδόν εξαφανιστεί ως μέθοδος πληρωμής αφού οι περισσότεροι HMOs πληρώνουν τα νοσοκομεία ανά ημέρα.

¹ Με τον όρο «outlier stay», αναφερόμαστε στην κάλυψη της νοσηλείας άνω των 20 ημερών ενήλικων ασθενών, άνω των 21 χρόνων που συνήθως είναι καρκινοπαθείς, φέρουν εγκαύματα και τραύματα και έχουν υποβληθεί σε σημαντικές επεμβάσεις που χρειάζονται μακρά νοσοκομειακή περίθαλψη.

Πληρωμή ανά ίδρυμα: σφαιρικός προϋπολογισμός (Global Budget)

Ο Don Samuels, μέλος της Kaiser Health Plan, υποφέρει από ξαφνική κεφαλαλγία που τον καταβάλλει και νοσηλεύεται για 1 εβδομάδα στο Νοσοκομείο Kaiser στο Όουκλαντ της Καλιφόρνια με οξεία εγκεφαλική αιμορραγία. Έπεσε σε κώμα και πέθανε. Δεν δημιουργείται κανένας λογαριασμός νοσοκομείου ως αποτέλεσμα της εισαγωγής του κυρίου Samuels και δεν πραγματοποιούνται κατά κεφαλήν πληρωμές από κανένα ασφαλιστικό πρόγραμμα προς το νοσοκομείο.

Η Kaiser Health Plan είναι ένας μεγάλος HMO που σε μερικές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών λειτουργεί τα δικά του νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία Kaiser πληρώνονται από την Kaiser Health Plan μέσω ενός σφαιρικού προϋπολογισμού: μια πάγια πληρωμή γίνεται για όλες τις νοσοκομειακές υπηρεσίες για 1 έτος. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί επίσης χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία των Βετεράνων και στα νοσοκομεία του Υπουργείου Αμύνης στις Ηνωμένες Πολιτείες, και αποτελούν επίσης μία σταθερή μέθοδο πληρωμής στον Καναδά και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Στη γλώσσα της Managed Care, θα έλεγε κανείς πως το νοσοκομείο βρίσκεται εξολοκλήρου σε κίνδυνο γιατί ανεξάρτητα απ' τον αριθμό των ασθενών που εισάγονται και των δαπανηρών υπηρεσιών που παρέχονται, το νοσοκομείο πρέπει να σκεφτεί τον τρόπο με τον οποίο θα παραμείνει εντός του καθορισμένου προϋπολογισμού. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί αντιπροσωπεύουν την πιο εκτεταμένη συσσώρευση υπηρεσιών: Κάθε υπηρεσία που παρέχεται σε κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια 1 έτους συγκεντρώνεται σε μία πληρωμή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, η έμφαση που δόθηκε στη συγκράτηση των δαπανών υγείας οδήγησε σε ανάληψη πρωτοβουλιών προκειμένου να αλλάξει -με δύο τρόπους- ο τρόπος αποζημίωσης των ιατρών και των νοσοκομείων:

1. Πολλοί HMOs αντικατέστησαν την καταβολή αμοιβής κατά πράξη, η οποία ενθαρρύνει τη χρήση περισσότερων υπηρεσιών, με μηχανισμούς εξόφλησης που ασκούν οικονομική πίεση στους ιατρούς και τα νοσοκομεία προκειμένου να περιορίσουν τον αριθμό και το κόστος των υπηρεσιών που προσφέρονται. Η συγκέντρωση των υπηρεσιών σε μία πληρωμή τείνει να μεταβιβάσει τον οικονομικό κίνδυνο μακριά απ' τους πληρωτές προς τους ιατρούς και τα νοσοκομεία.
2. Ενώ τα επίπεδα πληρωμής προηγούμενης ήταν καθορισμένα σε μεγάλο βαθμό απ' τους ίδιους τους παροχείς (εξόφληση λογικών δαπανών για τα νοσοκομεία και συνήθισμένες και λογικές αμοιβές για τους ιατρούς), τα επίπεδα πληρωμής όλο και περισσότερο καθορίζονται μέσω διαπραγμάτευσης μεταξύ των πληρωτών και των παροχών ή με πίνακες αμοιβών που καθορίζονται απ' τους πληρωτές.

Το 2004, η δεύτερη απ' αυτές τις τάσεις φαίνεται να είναι μόνιμο χαρακτηριστικό στοιχείο της πληρωμής των παροχών. Ωστόσο, η πρώτη αλλαγή, η εφαρμογή της κατά κεφαλήν πληρωμής και των άλλων συγκεντρωτικών μηχανισμών,

νιαμών αντί για την καταβολή αμοιβής κατά πράξη αντιστρέφεται σε μερικούς χώρους διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας. Η καταβολή αμοιβής κατά πράξη επανέρχεται.

Μία απ' τις προκλήσεις κατά το σχεδιασμό ενός άριστου συστήματος αποζημίωσης συνίσταται στην επίτευξη της σωστής ισορροπίας μεταξύ των οικονομικών κινήτρων για την υπερβολική θεραπεία και την ελλιπή θεραπεία (Casalino, 1992). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) της Βρετανίας παραδοσιακά έχει συνδυάσει διαφορετικά συστήματα αποζημίωσης για τους γενικούς ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πληρώνοντας έναν αφαιρικό προϋπολογισμό για γενικές δαπάνες (για παράδειγμα, ενοίκιο και προσωπικό του ιατρείου) και καταβάλλοντας επιπλέον μια κατά κεφαλήν πληρωμή για κάθε ασθενή εγγεγραμμένο στη λίστα τους καθώς και αμοιβές για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, επιλεκτικά για τις υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας (για παράδειγμα, εμβόλια και τεστ Παπανικολάου) και για μερικές κατ' οίκον επισκέψεις προκειμένου να ενθαρρύνει την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, μερικοί ιδιωτικοί οργανισμοί διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας ακολουθούν το παράδειγμα της Βρετανίας, συνενώνοντας τις πληρωμές για τους ιατρούς ούτως ώστε να περιλαμβάνουν στοιχεία και κατά κεφαλήν πληρωμής και καταβολής αμοιβής κατά πράξη (Robinson, 1999). Αυτή η καινοτομία έχει τη δυνατότητα να εξισορροπεί τα κίνητρα υπερβολικής θεραπείας και ελλιπούς θεραπείας.

Στο Κεφάλαιο 5, θα γίνει αναφορά στις λεπτομέρειες της αποζημίωσης στα πλαίσια της Managed Care.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Casalino LP: Balancing incentives: How should physicians be reimbursed? *JAMA* 1992;267:403.
- Grumbach K, Fry J: Managing primary care in the United States and in the United Kingdom. *N Engl J Med* 1993;328:940.
- Langwell KM, Nelson LM: Physician payment systems: A review of history, alternatives, and evidence. *Med Care Rev* 1986;43:5.
- Law SA: *Blue Cross: What Went Wrong?* New Haven, CT, Yale University Press, 1974.
- Lee PR, Grumbach KL, Jameson WJ: Physician payment in the 1990s: Factors that will shape the future. *Ann Rev Public Health* 1990;11:297.
- Lee PR et al: The Physician Payment Review Commission report to Congress. *JAMA* 1989;261:2382.
- Relman A: The future of medical practice. *Health Aff* 1983;2(2):5.
- Robinson JC: Blended payment methods in physician organizations under managed care. *JAMA* 1999;282:1258.
- Robinson JC, Casalino LP: The growth of medical groups paid through capitation in California. *N Engl J Med* 1995;333:1684.
- Rodwin MA: *Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*. New York, Oxford University Press, 1993.

Κατά κεφαλήν αποζημίωση σε συστήματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας



Η Violet Fairbanks αισθάνεται πολύ άσχημα. Η συνάντηση, η οποία πραγματοποιείται προκειμένου να συζητηθούν οι επικείμενες διαπραγματεύσεις για την κατά κεφαλήν πληρωμή μ' ένα μεγάλο ΗΜΟ, έχει καταλήξει σε αμοιβαία ανταλλαγή ύβρων. Ο ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας Δρ. George Carwell κατηγορεί τους ειδικούς ιατρούς ότι «αδειάζουν» την τσέπη του και τον οδηγούν σε οικονομική καταστροφή. Ο Jack Powers, διοικητής του Νοσοκομείου Bottom Line, ενοχοποιεί τους ιατρούς ως την κύρια αιτία των οικονομικών προβλημάτων του νοσοκομείου του. Η συνάντηση καταλήγει σε χάος, καθώς ο άνδρας που κάθεται πίσω στο βάθος της αίθουσας, απεσταθμένος του οικονομικού διευθυντή του ΗΜΟ, αποχωρεί σαστισμένος απ' την ανικανότητα των παροχέων να ενεργήσουν.

Το επόμενο πρωί, η ηγεσία των ιατρών του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap συνεδριάζει. Μέχρι τώρα, η Δρ. Fairbanks απέφυγε την πολεμική της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (Managed Care). Τώρα, η περιέργεια και η καχυποψία απέναντι στον ασφαλιστικό φορέα, στο νοσοκομείο και σε μερικά ηγετικά στελέχη των ιατρών την φέρνουν στις συνεδριάσεις ως θεατή. Καθώς τα ηγετικά στελέχη του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap σχεδιάζουν τις διαπραγματευτικές τους τακτικές, η Δρ. Fairbanks σηκώνει το χέρι της δειλά. «Πρέπει να ισχύει κάτι τέτοιο; Δεν μπορεί ο καθένας από εμάς να υποχωρήσει λίγο, να αφήσει αυτήν την κατάσταση πίσω του και να ασχοληθεί ξανά με την άσκηση της ιατρικής;» Εγκαταλείπει την αίθουσα στις 8:30π.μ., για να ολοκληρώσει την επίσκεψή της μέσα στο νοσοκομείο. Στις 9π.μ. αφήνουν μήνυμα στον τηλεφωνητή της: «Θα θέλαμε να γίνετε ο νέος διαπραγματευτής του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου. Καλή τύχη.»

Η κεντρική ιδέα της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας στη δεκαετία του 1990 μπορεί να συνοψιστεί σε μία λέξη: κατά κεφαλήν πληρωμή. Στα πλαίσια μίας απόπειρας να προβληθεί ως η μαγική λύση σε πολλά απ' τα πιεστικά προβλήματα της φροντίδας υγείας, ήταν αναμενόμενο η κατά κεφαλήν πληρωμή να επιβραδύνει το ρυθμό αύξησης των δαπανών, να μειώσει τις άσκοπες ιατρικές υπηρεσίες και να διορθώσει τη δυσαναλογία που υπήρχε ανάμεσα στην εξειδικευμένη φροντίδα και την πρωτοβάθμια φροντίδα. Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, η υπόσχεση της κατά κεφαλήν πληρωμής άρχισε να διαψεύδει τις προσδοκίες της. Η συγκέντρωση των ιατρικών υπηρεσιών σε μία κατά

κεφαλήν πληρωμή έχει σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με την εξόφληση βάσει του συστήματος που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη. Ωστόσο, η εφαρμογή της κατά κεφαλήν πληρωμής από ασφαλιστές και παροχείς που υποκινούνται απ' το χρήμα δημιούργησε τεράστιες εντάσεις εντός της κοινότητας των υπηρεσιών υγείας. Επειδή η κατά κεφαλήν πληρωμή εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική παράμετρο της εξόφλησης των παροχέων και επειδή η εμπειρία της κατά κεφαλήν πληρωμής μας βοηθάει να εξετάσουμε την επιρροή που ασκεί το χρήμα στη φροντίδα υγείας, ολόκληρο το παρόν κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στη δομή των κατά κεφαλήν πληρωμών στην αγορά της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας.

Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, μερικές ιατρικές ομάδες στην Καλιφόρνια κέρδισαν εκατομμύρια συνάπτοντας προσοδοφόρα συμβόλαια κατά κεφαλήν πληρωμής με ραγδαία αναπτυσσόμενους ΗΜΟs. Ωστόσο, η «φούσκα» της κατά κεφαλήν πληρωμής σύντομα έσπασε. Ο ρυθμός των κατά κεφαλήν πληρωμών που καταβάλλονταν από τους οργανισμούς υγείας σε ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους και σ' άλλες ιατρικές ομάδες της Καλιφόρνια μειώθηκε κατά 20%- 25% ανάμεσα στην περίοδο 1990-1993 και στην περίοδο 1997-1999. Η οικονομική κατάρρευση δύο ιατρικών ενώσεων, της MedPartners και της FPA Medical Management, άφησε χιλιάδες ιατρών στην Καλιφόρνια με ανεξόφλητους λογαριασμούς συνολικού ύψους 100 εκατομμυρίων δολαρίων. Έκλεινε ο ένας ΗΜΟ μετά τον άλλο, αποδιοργανώνοντας έτσι τη φροντίδα για εκατοντάδες χιλιάδες ασθενών (Bodenheimer, 2000). Μέχρι το 2000, το 55% των ιατρών σ' όλη τη χώρα δεν είχαν καθόλου έσοδα από κατά κεφαλήν πληρωμές και μόνο το 9% έλαβαν περισσότερο απ' το 50% των εσόδων τους από κατά κεφαλήν πληρωμές (Community Tracking Study, 2001).

ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗ: ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η Δρ. Fairbanks θα μπορούσε κάλλιστα να παρακολουθεί μια σύσκεψη που λαμβάνει χώρα στα ρωσικά. Στην πρώτη της διαπραγματευτική συνεδρίαση, δεν μπορεί να καταλάβει τίποτα απ' όσα λέγονται. «Σε 50.000 ανθρώπινες ζωές και με αναλογία εισφορών 60-40, μπορούμε να μειώσουμε το ρίσκο της κοινοπραξίας στα 850\$, για όσο διάστημα οι εμπορικές μας ημέρες ανά χιλιόδα γίνουν λιγότερες από 150.» «Αν ξεπεράσετε και την επικουρική

ασφάλιση, σας προσφέρουμε αποκλειστικό συμβόλαιο¹ και ο επενδυτικός κίνδυνος θα χωριστεί σε 35-50-15 ενώ ταυτόχρονα ο επενδυτικός κίνδυνος για τους ιατρούς θα μειώνεται κατά 10%.*

Ανθρώπινες ζωές; Αναδιάταξη εισφορών σε περίπτωση υπέρβασης των εξόδων; Επενδυτικό ρίσκο; Ημέρες ανά κιλάδα; Η Δρ. Fairbanks τηλεφωνεί στον James Jefferson, τον εκτελεστικό διευθυντή του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap και προγραμματίζει συνάντηση με θέμα τις βασικές έννοιες της κατά κεφαλήν πληρωμής.

Όπως έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 4, η ουσία της κατά κεφαλήν πληρωμής είναι η μετατόπιση του οικονομικού κινδύνου απ' τους ασφαλιστές στους παροχείς. Στα πλαίσια του συστήματος που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη, οι ασθενείς που χρειάζονται ακριβές υπηρεσίες υγείας στοιχίζουν στο πρόγραμμα υγείας τους περισσότερα χρήματα απ' όσα καταβάλλουν στο πρόγραμμα σε ασφάλιστρα, συνεπώς ο ασφαλιστής διατρέχει κίνδυνο και χάνει χρήματα. Οι ιατροί και τα νοσοκομεία που παρέχουν τη φροντίδα κερδίζουν περισσότερα χρήματα για τη θεραπεία ασθενών.

Με μια αντιστροφή ρόλων 180 μοιρών, η κατά κεφαλήν πληρωμή απαλλάσσει τους ασφαλιστές απ' τον κίνδυνο, μετατοπίζοντάς τον στους παροχείς. Ένας ΗΜΟ που καταβάλλει κατά κεφαλήν πληρωμή στους ιατρούς και τα νοσοκομεία έχει λίγους λόγους να φοβάται βραχυπρόθεσμα από ασθενείς, αφού ο οργανισμός καταβάλλει ένα σταθερό ποσό ανεξάρτητα απ' τον αριθμό των υπηρεσιών που παρέχονται. Οι παροχείς, αντίθετα, δεν κερδίζουν επιπλέον χρήματα, ωστόσο αφιερώνουν πολύ χρόνο και προκαλούν μεγάλες δαπάνες στα ιατρεία και τα νοσοκομεία, προκειμένου να φροντίσουν τους ασθενείς. (Μακροπρόθεσμα, οι ΗΜΟs πραγματικά επιθυμούν να περιορίσουν τις υπηρεσίες, προκειμένου να περιορίσουν την πίεση των παροχών για υψηλότερες κατά κεφαλήν πληρωμές.)

Η Δρ. Fairbanks καλεί σε συνεδρίαση όλους τους ιατρούς που ανήκουν στους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους, προκειμένου να μοιραστεί μαζί τους τις νεοσποκτηθείσες γνώσεις της. Φτιάχνει διάγραμμα των σχέσεων μεταξύ των ΗΜΟs, των ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων, των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, των ειδικών ιατρών και των επικουρικών υπηρεσιών (Σχήμα 5-1). Οι εργοδότες καταβάλλουν στον ΗΜΟ Apple a Day 100\$ το μήνα για κάθε υπάλληλο που είναι μέλος του. Ο οργανισμός Apple a Day κρατάει 20\$ ανά μέλος το μήνα για τη διοίκηση και τα κέρδη, αποταμιεύει 15\$ ανά μέλος το μήνα για τα φάρμακα και συμβάλλεται με αρκετά νοσοκομεία για τη φροντίδα των ασθενών του για 30\$ ανά μέλος το μήνα. Ο οργανισμός καταβάλλει τα υπόλοιπα 35\$ ανά μέλος το μήνα σε δύο ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους, συμπεριλαμβανομένου του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap, για επαγγελματικές και επικουρικές υπηρεσίες.

Απ' τα μέλη του Apple a Day, 100.000 άτομα έχουν επιλέξει τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο CarCap για ιατρικές υπηρεσίες. Ο Apple a Day στέλνει στον CarCap μία μηνιαία επιταγή κατά κεφαλήν πληρωμής 3,5 εκατομμυρίων δολαρίων- 35\$ για κάθε μέλος. Ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος καταβάλλει 10\$ ανά μέλος το μήνα σε ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η Δρ. Fairbanks, εσω-

τερική παθολόγος, την οποία επιλέγουν 1.000 ασθενείς του Apple a Day, λαμβάνει μηνιαία επιταγή 10.000\$ απ' τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο. Ο σύλλογος κρατάει 4\$ ανά μέλος το μήνα για τη διοίκηση και τοποθετεί τα υπόλοιπα 21\$ ανά μέλος το μήνα σ' ένα κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου, όπως οι περιπτώσεις όπου χρειάζεται παραπομπή. Αυτό το κοινό ταμείο χρησιμοποιείται για την πληρωμή της εξειδικευμένης φροντίδας, των εργαστηρίων και των ακτινογραφιών, της σωματικής θεραπείας και άλλων επικουρικών υπηρεσιών.

Το κεφάλαιο αυτό θα εστιάσει στο μοντέλο πληρωμής τριών επιπέδων, στο οποίο έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 4. Σύμφωνα μ' αυτό το μοντέλο, οι ΗΜΟs στέλνουν στις ιατρικές ομάδες μία κατά κεφαλήν πληρωμή ανά μέλος το μήνα, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξειδικευμένης φροντίδας και επικουρικής φροντίδας, και μπορεί να αναθέσουν στην ιατρική ομάδα τη δημιουργία και τη διατήρηση ενός δικτύου παροχών φροντίδας υγείας, καθώς και την επιθεώρηση των πληρωμών και τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Οι ασθενείς που εγγράφονται σ' έναν ΗΜΟ επιλέγουν και ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας και ιατρική ομάδα. Οι ιατρικές ομάδες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους -δηλαδή ομάδες με χαλαρές οργανωτικές δομές που αποτελούνται από ιατρούς οι οποίοι απασχολούνται στα δικά τους ιδιωτικά ιατρεία- και τις ενιαίες ιατρικές ομάδες μ' εργαζόμενους ιατρούς. Στο μοντέλο τριών επιπέδων, ο κίνδυνος μετατοπίζεται σ' ολόκληρη την ιατρική ομάδα. Αν το κόστος της φροντίδας για τα μέλη μιας ομάδας είναι μεγαλύτερο απ' τις κατά κεφαλήν πληρωμές για τα μέλη αυτά, η ιατρική ομάδα χάνει χρήματα.

Ενώ μερικοί ιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες λαμβάνουν κατά κεφαλήν πληρωμές απευθείας απ' τους ΗΜΟs (μοντέλο δύο επιπέδων), οι γενικές αρχές ισχύουν για όλα τα μοντέλα κατά κεφαλήν πληρωμής. Σύμφωνα με το μοντέλο δύο επιπέδων, ο κίνδυνος μετατοπίζεται στο μεμονωμένο ιατρό (Gold et al., 1995).

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Δρ. Fairbanks ολοκληρώνει την παρουσίασή της με μία περιγραφή του συστήματος bonus του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αν οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας πραγματοποιούν περιορισμένες παραπομπές για διαγνωστικές εξετάσεις και εξειδικευμένες υπηρεσίες, στο κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου, όπως οι περιπτώσεις στις οποίες χρειάζεται παραπομπή, θα έχουν μείνει χρήματα στο τέλος του έτους και ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος θα διανείμει ένα μέρος αυτών των χρημάτων στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ως bonus. Ο ΗΜΟ επίσης προορίζει μερικά κεφάλαια ως bonus σε ιατρικές ομάδες που εμφανίζουν υψηλό επίπεδο ποιοτικής απόδοσης.

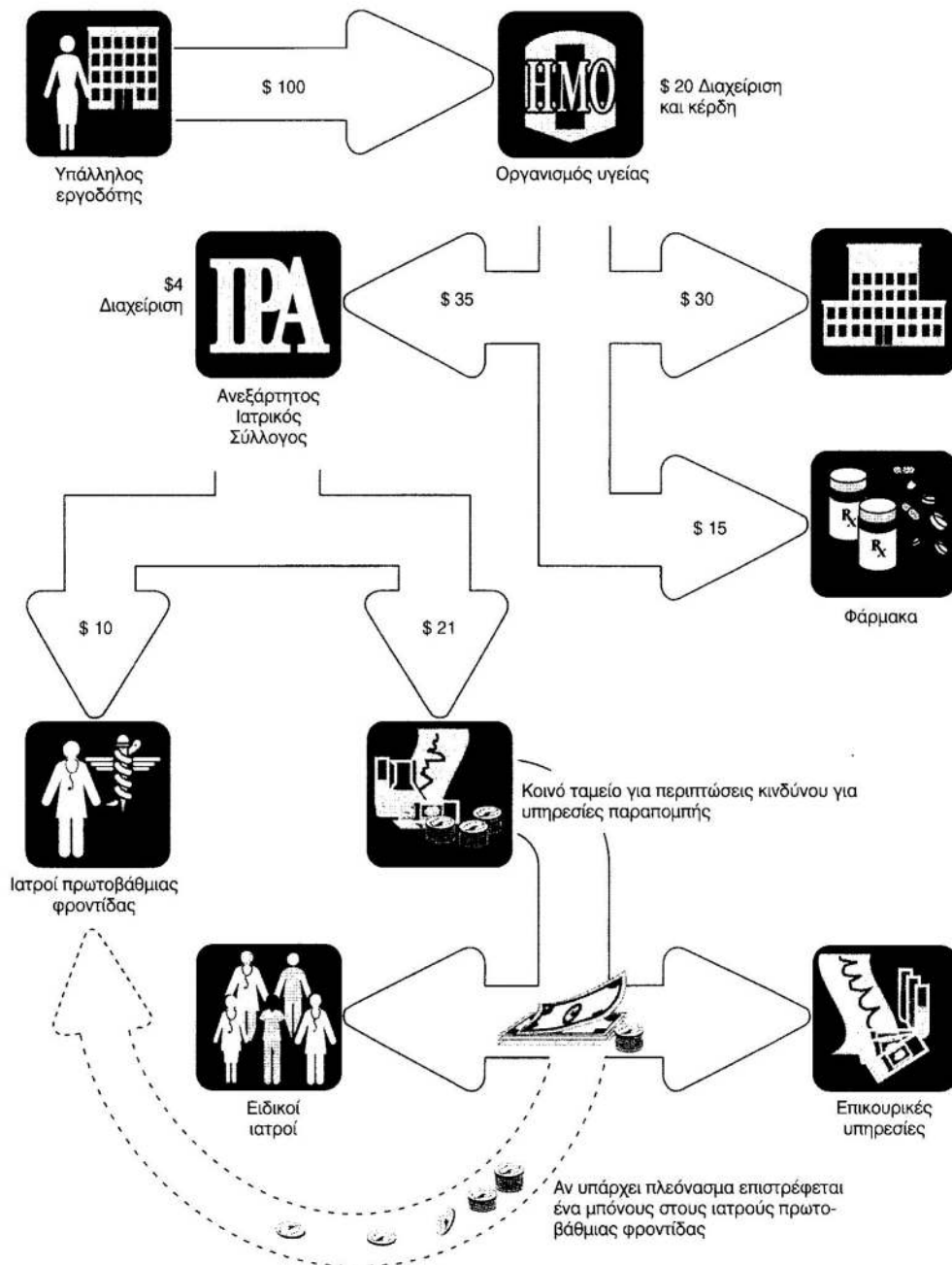
Ο κίνδυνος αφορά στο ενδεχόμενο απώλειας χρημάτων, κέρδους λιγότερων χρημάτων ή αφίερωσης περισσότερου χρόνου χωρίς επιπλέον πληρωμή. Η κατά κεφαλήν πληρωμή χωρίς το bonus θέτει τους ιατρούς σε κίνδυνο για το χρόνο τους. Η κατά κεφαλήν πληρωμή και το bonus (είτε το bonus βασιζέται στη δαπάνη, στην ποιότητα ή και στα

1 Έννοει με ειδικές παροχές

δύο) θέτουν τους ιατρούς σε επιπλέον οικονομικό κίνδυνο, διότι κερδίζουν λιγότερα χρήματα αν αυτό δεν καταβληθεί. (Πίνακας 5-1).

Τα σχέδια που προβλέπουν κατά κεφαλήν πληρωμή και bonus υφίστανται κριτική ως ανέντιμα, αν ανταμείβουν τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας για τον περιορισμό των υπηρεσιών παραπομπής στους ασθενείς τους (Pearson et al., 1998). Συνεπώς, τα bonus τον τελευταίο καιρό δίνουν

έμφαση στα κριτήρια της ποιότητας της φροντίδας και της ικανοποίησης των ασθενών. Το αν υπάρχουν κεφάλαια για bonus ή όχι, εξαρτάται απ' την ομαδική προσπάθεια των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, όσον αφορά στον έλεγχο των δαπανηρών εξειδικευμένων εκτιμήσεων και διαγνωστικών διαδικασιών. Μερικές φορές, τα οικονομικά προβλήματα των ιατρικών ομάδων μετατρέπουν τα bonus σε τρόπο πληρωμής- φάντασμα.



Σχήμα 5-1. Δομή κατά κεφαλήν πληρωμών σε μια συνηθισμένη διευθέτηση ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων. Οι τιμές του δοηληρίου υποδηλώνουν κατά προσέγγιση μεγέθη συνηθισμένων πληρωμών ανά μέλος ανά μήνα,

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Εξωλογιστικές δαπάνες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Ένας απ' τους παθιούς συμφοιτητές της Δρ. Fairbanks απ' την ιατρική δουλεύει σ' έναν ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο που καταβάλλει κατά κεφαλήν πληρωμή μόνο 8\$ στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλιά καταβάλλει και επιπλέον αμοιβές για τεστ Παπανικολάου, ηλεκτροκαρδιογραφήματα και μικρές χειρουργικές επεμβάσεις στο ιατρείο, εμβόλια και επισκέψεις στο νοσοκομείο. Στη Δρ. Fairbanks αρέσει η ιδέα, επειδή στον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο στον οποίο ανήκει δεν έχει οικονομικό κίνδυρο, να είναι ευσυνειδήτη ιατρός και να πραγματοποιεί όλα τα ενδεδειγμένα εμβόλια, για τα οποία δεν αμοιβεται. Σ' αντίθεση με τον παλιό συμφοιτητή της, η Δρ. Fairbanks επίσης δεν λαμβάνει αμοιβή για τις επισκέψεις στο νοσοκομείο.

Ορισμένες μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να περιορίζουν τον οικονομικό κίνδυνο που σχετίζεται με την κατά κεφαλήν πληρωμή (Πίνακας 5-1). Μία μέθοδος περιλαμβάνει την εκ νέου εφαρμογή του συστήματος της κατά πράξη αποζημίωσης για ορισμένες υπηρεσίες. Τέτοιες υπηρεσίες που παρέχονται αλλά δεν καλύπτονται απ' την κατά κεφαλήν πληρωμή ονομάζονται «εξωλογιστικές δαπάνες», γιατί η εξόφλησή τους διαχωρίζεται απ' την κατά κεφαλήν πληρωμή και πραγματοποιείται χωριστά (Robinson, 1999). Ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος CapCar δεν έχει εξωλογιστικές δαπάνες απ' την πρωτοβάθμια φροντίδα,

Πίνακας 5-1. Τύποι κατά κεφαλήν πληρωμών.

| |
|---|
| Κατά κεφαλήν πληρωμή χωρίς επιπλέον οικονομικό κίνδυνο |
| Κατά κεφαλήν πληρωμή με επιπλέον οικονομικό κίνδυνο |
| Παρακρατήσεις/bonus που καταναλώνονται ανάλογα με: |
| A) Δαπάνες των υπηρεσιών παραπομπής και των επικουρικών υπηρεσιών |
| Συνδεδεμένες με την απόδοση του μεμονωμένου ιατρού ή |
| Συνδεδεμένες με την απόδοση μεγαλύτερης ομάδας ιατρών ή ολόκληρου ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου |
| B) Άλλοι παράγοντες εκτός απ' τις δαπάνες |
| Ποιότητα φροντίδας, ικανοποίηση του ασθενούς |
| Αποκλειστικότητα συμμετοχής σε ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο ή οργανισμό υγείας |
| Μέθοδοι περιορισμού ή υπολογισμού του οικονομικού κινδύνου |
| A) «Εξωλογιστικές δαπάνες» |
| Που βασίζονται: |
| Στον τύπο της υπηρεσίας (για παράδειγμα, προληπτική φροντίδα) |
| Στις διαγνώσεις ή στις συνθήκες (για παράδειγμα, σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας- AIDS) |
| Στον ειδικό ιατρό στον οποίο παραπέμπεται ο ασθενής (για παράδειγμα, στον οφθαλμίατρο) |
| B) Ασφάλιση ελαχιστοποίησης ζημιών |
| Γ) Υπολογισμός των κατά κεφαλήν πληρωμών με βάση τον κίνδυνο |

αλλά για το συμφοιτητή της Δρ. Fairbanks, τα τεστ Παπανικολάου, τα εμβόλια, τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα στο ιατρείο, οι μικρές χειρουργικές επεμβάσεις και οι επισκέψεις στο νοσοκομείο διαχωρίζονται και πληρώνονται με βάση το σύστημα της κατά πράξη αποζημίωσης. Οι ιατροί επίσης μπορούν να επιχειρήσουν να μην περιλαμβάνουν ασθενείς που προκαλούν υψηλές δαπάνες, όπως το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) στις συμφωνίες που κάνουν για κατά κεφαλήν πληρωμή και να εξοφλούνται για τους ασθενείς που πάσχουν από τέτοιες ασθένειες βάσει του συστήματος που προβλέπει καταβολή αμοιβής για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία.

Κάλυψη ελαχιστοποίησης Ζημιών

Μία ασθενής της Δρ. Fairbanks εμφανίζει οξεία μυελογενή λευχαιμία. Επειδή αυτή η ασθενής χρειάζεται παραπομπή σε αιματολόγο, χημειοθεραπεία, θεραπεία των ριμώξεων που προκαλούν λευκοπενία και μεταμόσχευση μυελού των οστών, θα αυξήσει σε πολύ μεγάλο βαθμό το μέσο κόστος ανά ασθενή το μήνα της Δρ. Fairbanks. Η Δρ. Fairbanks εξομολογείται την ανησυχία της στον κύριο Jefferson, τον εκτελεστικό διευθυντή του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου, ο οποίος την καθησυχάζει. «Έχουμε ασφάλιση ελαχιστοποίησης ζημιών. Αν ένας ασθενής προκαλεί δαπάνες άνω των 5.000\$ κατά τη διάρκεια ενός έτους, ο HMO πληρώνει όταν το ποσό υπερβαίνει τα 5.000\$.»

Ουσιαστικά, κάθε ιατρός ή ιατρική ομάδα που λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμή λαμβάνει ασφάλιση ελαχιστοποίησης ζημιών για περιπτώσεις ασθενών που προκαλούν υψηλές δαπάνες. Το όριο αυτής της κάλυψης είναι τα έξοδα που πρέπει να δημιουργήσει ένας ασθενής απ' την παροχή υπηρεσιών κατά τη διάρκεια ενός έτους, προκειμένου να οδηγήσει σε πληρωμές των ιατρών βάσει του συστήματος αμοιβής κατά πράξη απ' το φορέα ελαχιστοποίησης ζημιών για τις επιπρόσθετες υπηρεσίες.

Κατά κεφαλήν πληρωμή που υπολογίζεται με βάση τον κίνδυνο

Ο Δρ. Reddink, ο οποίος έλαβε μόνο ένα μικρό bonus λόγω των υψηλών δαπανών ανά ασθενή το μήνα, συνέκρινε το δικό του πελατολόγιο μ' εκείνο του Δρ. Carwell, του οποίου οι δαπάνες ήταν χαμηλές. Ο Δρ. Reddink κατέληξε να εξετάζει 18 ασθενείς με AIDS και ο Δρ. Carwell εξέτασε μόνο 3. Ο Δρ. Reddink έκανε προσφυγή για το bonus, ισχυριζόμενος ότι οι δαπάνες του ήταν υψηλότερες, γιατί τα άτομα που αναλάμβανε ήταν κατά μέσο όρο πιο άρρωστα. Ο Δρ. Reddink επίσης εργάζεται πιο σκληρά χωρίς να λαμβάνει επιπλέον αμοιβή.

Καθώς οι ιατροί και τα νοσοκομεία διατρέχουν μεγαλύτερο οικονομικό κίνδυνο, αρχίζουν να βιώνουν τη βασική δυναμική της κάλυψης των ασφαλιστικών κινδύνων: οι ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες που προκαλούν μεγάλες δαπάνες αποτελούν χρηματοπιστωτική υποχρέωση και τα άτομα με καλή υγεία αποτελούν οικονομικό όφελος. Ο σκοπός της κατά κεφαλήν πληρωμής είναι να ενθαρρύνει τους παροχείς να χρησιμοποιούν πιο αποτελεσματικά τους πόρους για μια ομάδα συγκεντρωμένων υπηρεσιών. Ωστόσο, όπως ακριβώς οι ασφαλιστικές εταιρείες και οι HMOs έχουν ανακαλύψει μια ακατανίκητη λογική της αγοράς όσον αφορά

στη λήψη χρημάτων απ' τα πιο υγιή μέλη, οι ιατροί όπως ο Δρ. Carwell και ο Δρ. Reddink έχουν οικονομικό κίνητρο να φροντίσουν άτομα με καλύτερη υγεία. Η ανησυχία γι' αυτό το κοινωνικά ανεπιθύμητο κίνητρο της απομάκρυνσης του κινδύνου οδήγησε σε απόπειρες αποζημίωσης «υπολογισμένης με βάση τον κίνδυνο», δηλαδή, σε καταβολή υψηλότερου ποσού για ασθενείς υψηλότερου κινδύνου.

Η πληρωμή βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβής κατά πράξη έχει έναν ουσιαστικό παράγοντα υπολογισμού με βάση τον κίνδυνο. Όσο πιο άρρωστος είναι ο ασθενής, τόσο πιο πολλές υπηρεσίες παρέχονται και τόσο υψηλότερη είναι η αποζημίωση. Ο υπολογισμός με βάση τον κίνδυνο αποτελεί επίσης παράγοντα του συστήματος της διαγνωστικής ομάδας (DRG) του νοσοκομείου του Medicare, αφού οι σοβαρότερες ασθένειες τοποθετούνται σε κατηγορίες υψηλότερα αμειβόμενων διαγνωστικών ομάδων.

Ωστόσο η επιλογή του κινδύνου είναι η αξιλλειος πτέρνα της κατά κεφαλήν πληρωμής. Αν ισχύει για όλους τους ασθενείς η ίδια τιμή κατά κεφαλήν πληρωμής, οι παροχείς μπορεί να μπουν στον πειρασμό να εγγράψουν επιλεκτικά μόνο άτομα με καλύτερη υγεία, για να περιορίσουν τον οικονομικό κίνδυνο- μια τακτική που είναι γνωστή ως «επιλεκτική διαλογή»². Η πιο γενική μέθοδος υπολογισμού των κατά κεφαλήν πληρωμών είναι ο καθορισμός διαφορετικών τιμών με βάση την ηλικία και το φύλο του ασθενούς. Σε γενικές γραμμές, τα άτομα που ανήκουν σ' ορισμένες ομάδες ηλικίας και φύλου είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας απ' ό,τι τα άτομα που ανήκουν σ' άλλες ομάδες. Για παράδειγμα, ένας ΗΜΟ ή ένας ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος μπορεί να πληρώνει μηνιαία κατά κεφαλήν πληρωμή για την πρωτοβάθμια φροντίδα 25\$ για ένα μωρό κάτω του 1 έτους, 5\$ για έναν έφηβο, 10\$ για άνδρα ηλικίας 45-64 χρόνων, 11,50\$ για γυναίκα ηλικίας 45-64 χρόνων και πολύ περισσότερα για άτομα άνω των 65 χρόνων. Ωστόσο, υπάρχει ακόμα τεράστια απόκλιση στην κατάσταση της υγείας και στις δαπάνες για την ιατρική φροντίδα μεταξύ των ατόμων που ανήκουν σ' ορισμένες ομάδες ηλικίας και φύλου.

Γιατί πρέπει ένας ιατρός να δουλεύει σκληρότερα από έναν άλλο χωρίς επιπλέον πληρωμή απλά επειδή αναλαμβάνει άτομα που είναι περισσότερο άρρωστα; Ο υπολογισμός με βάση τον κίνδυνο, δηλαδή ο καθορισμός των τιμών της κατά κεφαλήν πληρωμής ανάλογα με τον κίνδυνο που διατρέχει η υγεία του ασφαλισμένου, αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση. Οι ερευνητές έχουν εξετάσει κριτήρια για τον καθορισμό των κατά κεφαλήν πληρωμών με βάση τον κίνδυνο, με πιο άμεση εκτίμηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου ή του ενδεχομένου να χρειάζεται υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας (Dudley et al., 2003). Δυστυχώς, η εφαρμογή αυτών των μεθόδων είναι συχνά ακριβή και υπάρχει περιορισμένη ικανότητα δικαιολόγησης του υψηλού βαθμού απόκλισης στις δαπάνες υγείας ανάμεσα σε διαφορετικούς ασθενείς (Iezzoni, 1997).

2 Στο αγγλικό κείμενο υπάρχουν φράσεις που αφορούν στη γεύση και αναφέρονται στην επιλεκτική διαλογή. Αυτές οι φράσεις είναι «cream skimming» και «cherry picking» και χρησιμοποιούνται μεταφορικά για να δηλώσουν την επιλεκτική διαλογή των καλύτερων αντικειμένων και ευκαιριών απ' αυτά που είναι διαθέσιμα.

ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Ο James Jefferson, εκτελεστικός διευθυντής του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap, ζητάει απ' τη Δρ. Fairbanks να τον βοηθήσει να μειώσει τις δαπάνες των ειδικών ιατρών οι οποίες, στα πλαίσια της πληρωμής κατά πράξη, οδηγούν σε χρεωκοπία τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο. Αποφασίζουν να θέσουν αυστηρό προϋπολογισμό σε κάθε ειδικότητα. Οι ιατροί της κάθε ειδικότητας μπορούν να αποφασίσουν πώς θέλουν να πληρώνονται, εφόσον δεν υπερβαίνουν τον προϋπολογισμό.

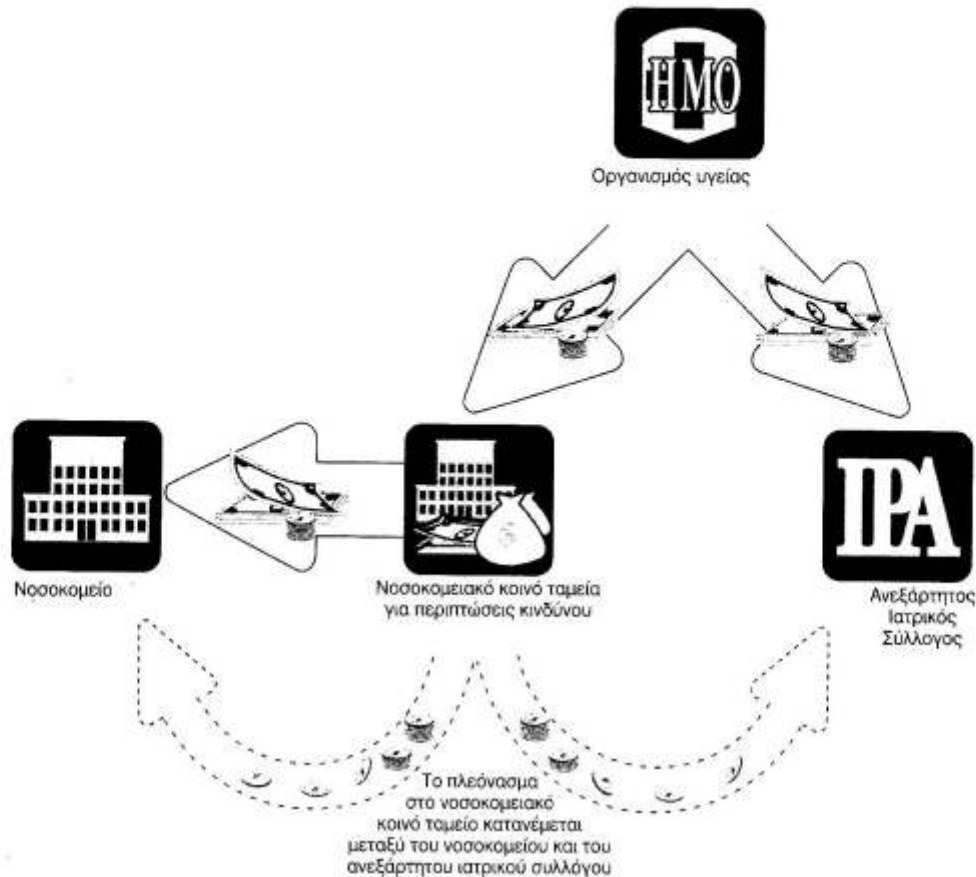
Οι ειδικοί ιατροί είναι υπόλογοι για πολύ μεγαλύτερα χρηματικά ποσά για υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η εξαίεψη του κινήτρου των ειδικών ιατρών, που βασίζεται στην καταβολή αμοιβής για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία μπορεί να συμβάλει στη μείωση των δαπανών υγείας για τους ΗΜΟ. Συνεπώς, ένας αριθμός οργανισμών υγείας και ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων έχουν αρχίσει να θέτουν προϋπολογισμούς στην εξειδικευμένη φροντίδα. Οι ειδικοί ιατροί μπορούν να λαμβάνουν μειωμένες αμοιβές για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα πλαίσια του προϋπολογισμού (όπως το σύστημα της CapFee στο οποίο έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 4) ή μπορούν να λαμβάνουν εφάπαξ πληρωμή ανά επεισόδιο ασθένειας.

ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η Violet Fairbanks είναι εξοργισμένη. Ο Jack Powers, διοικητής του Νοσοκομείου Bottom Line, αρνήθηκε να διαπραγματευτεί ένα συμβόλαιο κατά κεφαλήν πληρωμής με τον ΗΜΟ Dollar a Day, που είναι ο ασφαλιστικός φορέας για τους περισσότερους ασθενείς του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap. Οι ιατροί της CarCap θα πρέπει να διασχίζουν την πόλη με το αυτοκίνητο για να κάνουν εισαγωγή στους ασθενείς τους στο Νοσοκομείο Top of the Line.

Ο Jack Powers θέλει να τροποποιήσει το συμβόλαιο «πλήρους κινδύνου» με τον ΗΜΟ - που του δίνει 30\$ ανά μέλος το μήνα- σε συμβόλαιο «μοιρασμένου κινδύνου», σύμφωνα με το οποίο ο οργανισμός υγείας καταβάλλει στο νοσοκομείο 1.500\$ ανά ημέρα για κάθε ημέρα που ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο. Η ένταση κλιμακώνεται καθώς πλησιάζει η ημέρα που οι ιατροί δεν θα μπορούν πλέον να κάνουν εισαγωγή στους δικούς τους ασθενείς που ανήκουν στον ΗΜΟ Dollar a Day στο Νοσοκομείο Bottom Line. Την τελευταία στιγμή, ο μεγαλύτερος εργοδότης στην πόλη, του οποίου οι περισσότεροι υπάλληλοι μένουν κοντά στο Bottom Line, αναγκάζει τον ΗΜΟ να υποκύψει στα αιτήματα του Jack Powers. Οι ιατροί του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap μπορούν να συνεχίσουν να κάνουν εισαγωγές στο Νοσοκομείο Bottom Line.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, ένας αριθμός νοσοκομείων και ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων διαπραγματεύτηκαν ρυθμίσεις στις κατά κεφαλήν πληρωμές πλήρους κινδύνου με τους ΗΜΟ (Σχήμα 5-2). Σύμφωνα μ' αυτές τις ρυθμίσεις, ο οργανισμός υγείας βάζει περίπου 30\$ το μήνα για κάθε μέλος σ' ένα κοινό ταμείο του νοσοκομείου για περιπτώσεις κινδύνου. Όταν νοσηλεύεται ένας ασθενής, το νοσοκομείο αποσύρει 1.500\$ για κάθε ημέρα



Σχήμα 5-2. Μια οικονομική διευθέτηση ιατρού-νοσοκομείου πλήρους κινδύνου στην οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

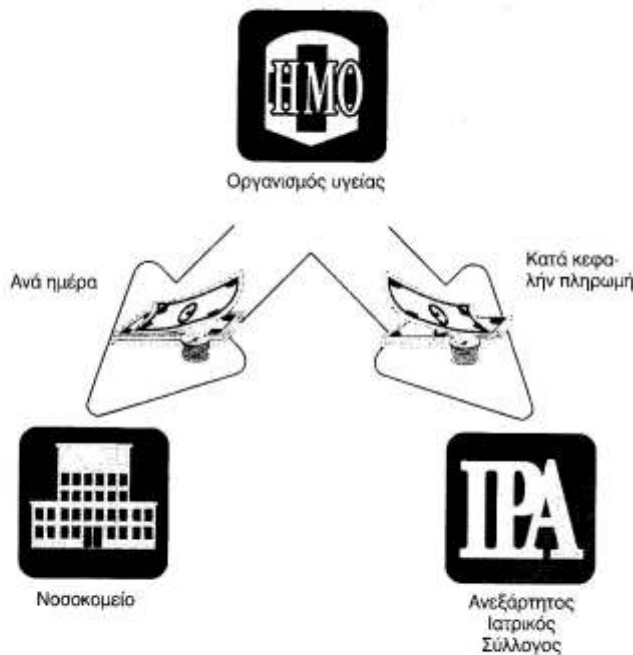
που ο ασθενής παραμένει σε αυτό. Αν υπάρχει πλεόνασμα στο κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου στο τέλος του έτους, αυτό μοιράζεται ανάμεσα στο νοσοκομείο και τους ιατρούς στον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο. Αυτή η ρύθμιση δίνει κίνητρο στους ιατρούς να κρατάνε τους ασθενείς τους εκτός νοσοκομείου, εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο ένα πλεόνασμα στο κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου που θα τους ωφελήσει. Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, μερικοί ιατροί κέρδιζαν πάνω από 30.000\$ το χρόνο χάρη στα πλεονάσματα αυτού του κοινού ταμείου του νοσοκομείου. Απ' την άλλη πλευρά, αν γίνουν υπερβολικές δαπάνες στο κοινό ταμείο, τόσο το νοσοκομείο όσο και οι ιατροί χάνουν χρήματα. Πλήρης κίνδυνος σημαίνει ότι και το νοσοκομείο και οι ιατροί διατρέχουν κίνδυνο εξαιτίας των δαπανών για φροντίδα υγείας.

Μέχρι το 2000, τα περισσότερα νοσοκομεία παραπονήθηκαν ότι έχαναν χρήματα εξαιτίας των συμβολαίων πλήρους κινδύνου και πολλά νοσοκομεία αρνήθηκαν να συνεχίσουν αυτά τα συμβόλαια. Τώρα, μια πιο συνηθισμένη ρύθμιση είναι το συμβόλαιο «μοιρασμένου κινδύνου» (Σχήμα 5-3), με το οποίο οι ιατροί του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου εξακολουθούν να βρίσκονται σε κίνδυνο (λαμβάνοντας κατά κεφαλήν πληρωμή απ' τον ΗΜΟ), αλλά τα νοσοκομεία δεν κινδυνεύουν πλέον (λαμβάνοντας ανά ημέρα πληρωμή απευθείας απ' τον οργανισμό υγείας). Στα πλαίσια των

ρυθμίσεων μοιρασμένου κινδύνου, οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι μπορούν διαπραγματευτούν συμφωνίες με ΗΜΟs έτσι ώστε να τους πληρώνουν bonus αν οι ιατροί τους περιορίζουν τον αριθμό των ημερών που οι ασθενείς τους παραμένουν στο νοσοκομείο. Στα πλαίσια του καθεστώτος μοιρασμένου κινδύνου, τα νοσοκομεία έχουν κίνητρο να κρατούν τους ασθενείς στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και οι ΗΜΟs αναλαμβάνουν τον κίνδυνο χρονικά μεγαλύτερων παραμονών στο νοσοκομείο.

Η ΥΠΟΣΧΕΣΗ & Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Ο Δρ. Will Core περίμενε τα χειρότερα, όταν η ομάδα του που αποτελούνταν από δώδεκα παιδίατρος εισήλθε στο χώρο της κατά κεφαλήν πληρωμής. Προς έκπληξή του, ο Δρ. Core ανακάλυψε ορισμένα απροσδόκητα οφέλη της κατά κεφαλήν πληρωμής. Τώρα λαμβάνει έναν τακτικά ενημερωμένο κατάλογο όλων των ασθενών που ανήκουν στην ομάδα του. Προηγουμένως, συχνά εξοργιζόταν επειδή δεν γνώριζε ακριβώς ποιοι ασθενείς ακόμα τον θεωρούσαν παιδίατρό τους. Οι υπενθυμίσεις προς τις οικογένειες να φέρουν τα παιδιά τους για τα εμβόλιά τους συχνά του επιστρέφονταν με ειδοποιήσεις ότι οι



Σχήμα 5-3. Μια οικονομική διευθέτηση ιατρού-νοσοκομείου μοιρασμένου κινδύνου στην οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Αν οι ιατροί διατήρησαν τον αριθμό των ημερών παραμονής στο νοσοκομείο χαμηλό, ο οργανισμός υγείας μπορεί να μοιραστεί τις οικονομίες με τους ιατρούς.

οικογένειες είχαν μετακομίσει ή είχαν αλλιάξει παροχέα φροντίδας. Ο Δρ. Core μπορεί τώρα να παρακολουθεί τους ασθενείς για τους οποίους παραμένει υπεύθυνος και να ελέγχει με περισσότερη ακρίβεια αυτούς που έχουν καθυστερήσει τους ελέγχους και τα εμβόλιά τους. Η ομάδα του Δρ. Core επίσης οργάνωσε το σύστημα των bonus της, ούτως ώστε να ανταμείβεται πρωτίστως η ποιότητα της φροντίδας, όπως η επίτευξη υψηλών αναθρογίων εμβολιασμών, παρά οι μειωμένες υπηρεσίες.

Ο Δρ. Gary Geld εργάζεται ως ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας σε διαφορετική ιατρική ομάδα. Ο Δρ. Geld γνωρίζει καλά ότι ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος στον οποίο ανήκει παρακολουθεί τις συνολικές δαπάνες που δημιουργούνται απ' τους ασθενείς του για διαγνωστικές εξετάσεις, παραπομπές για εξειδικευμένες υπηρεσίες και ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο. Επίσης γνωρίζει ότι το bonus που λαμβάνει στο τέλος του έτους μειώνεται καθώς αυξάνονται οι συνολικές του δαπάνες. Ο Δρ. Geld αρνείται σε ασθενή με πυρετό και έμετο επίσκεψη σε αίθουσα επειγόντων περιστατικών, ο ασθενής αφυδατώνεται σοβαρά και παραλίγο να πεθάνει. Επίσης, δεν κάνει εισαγωγή σε έναν ασθενή με ασταθή στηθάγχη, με αποτέλεσμα ο ασθενής να υποστεί σοβαρή μυοκαρδική ισχαιμία.

Η κατά κεφαλήν πληρωμή δεν είναι ούτε εξολοκλήρου νέα ούτε αποκλειστικά αμερικανική. Πολλοί φιλανθρωπικοί και εμπορικοί σύλλογοι που εισήγαγαν τα ομαδικά ασφαλιστικά προγράμματα στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες

ες στο τέλος του δέκατου ένατου αιώνα κατέβαλλαν κατά κεφαλήν πληρωμές στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας (Friedman, 1996). Η κατά κεφαλήν πληρωμή είναι ο κύριος τρόπος πληρωμής των γενικών ιατρών και των παθολόγων τα τελευταία 50 χρόνια στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου. Η κατά κεφαλήν πληρωμή έχει πιθανά οφέλη ως τρόπος ελέγχου των δαπανών με την παροχή εναλλακτικής λύσης στις πληθωριστικές τάσεις της πληρωμής βάσει του συστήματος αμοιβής κατά πράξη. Επιπλέον, η κατά κεφαλήν πληρωμή υποστηρίζεται ότι έχει θετική επίδραση στην οργάνωση του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας. Οι κατά κεφαλήν πληρωμές απαιτούν απ' τους ασθενείς να εγγραφούν στη λίστα ενός ιατρού ή μιας ομάδας ιατρών. Όπως ανακάλυψε ο Δρ. Core, η σαφέστερη καταγραφή των ασθενών στην ομάδα του είχε πλεονεκτήματα όσον αφορά στον έλεγχο της σωστής χρήσης των υπηρεσιών και στο σχεδιασμό για τον υπολογισμό των αναγκών αυτών των ασθενών. Η κατά κεφαλήν πληρωμή επίσης καθορίζει εκ των προτέρων με σαφήνεια το χρηματικό ποσό που είναι διαθέσιμο για τη φροντίδα ενός εγγεγραμμένου πληθυσμού ασθενών, ενδεχομένως προσφέροντας ένα καλύτερο πλαίσιο για τη λογική κατανομή των πόρων και την καινοτομία στην ανάπτυξη τρόπων παροχής υπηρεσιών που να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ομάδα και να είναι πιο αποτελεσματικοί. Για μια μεγάλη ομάδα ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας αυτό καθαυτό το μέγεθος των σύνθετων κατά κεφαλήν πληρωμών προσφέρει δύναμη και ευελιξία όσον αφορά στον καλύτερο τρόπο ρύθμισης των επικουρικών και των εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Το καινούριο στοιχείο, ωστόσο, της κατά κεφαλήν πληρωμής στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι ο βαθμός στον οποίο αυτή μετατράπηκε σε επιχείρηση υψηλού κινδύνου και μεγάλων στοιχημάτων στα πλαίσια ενός συστήματος υπηρεσιών υγείας που είναι τρομακτικά ανταγωνιστικό και προσανατολισμένο εμπορικά. Τα κοινά ταμεία για περιπτώσεις κινδύνου που είναι συνδεδεμένα με την ατομική ιατρική απόδοση δημιουργούν το ενδεχόμενο μαζικών διακυμάνσεων στο εισόδημα, ανάλογα με την «επιτυχία» ενός συγκεκριμένου ιατρού όσον αφορά στον περιορισμό των εισαγωγών σε νοσοκομείο, των παραπομπών και των διαγνωστικών εξετάσεων ή στην αποφυγή ασθενών υψηλού κινδύνου. Η ευφυΐα στη διαπραγμάτευση των τιμών της κατά κεφαλήν πληρωμής μπορεί να σημαίνει μεταφορές εκατομμυρίων δολαρίων σε εισόδημα σε μία ιατρική ομάδα. Η ταχεία αντικατάσταση ασθενών λόγω απώλειας ασφάλισης ή ακούσιας αλλαγής προγράμματος υγείας υπονομεύει την ενδεχόμενη ωφέλεια της κατά κεφαλήν πληρωμής όσον αφορά στο σχεδιασμό για τον υπολογισμό των αναγκών ενός πληθυσμού με το πέρασμα του χρόνου. Η κοινή πελατεία των ιατρών που ανήκουν σε πολλαπλούς ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους και συμβάλλονται μ' αρκετούς ΗΜΟs -ο καθένας με τις δικές του απαιτήσεις για παραπομπή και εξουσιοδότηση- έχει αμβλύνει τη νοοτροπία μιας αποδοτικής και προσανατολισμένης στην ποιότητα ομαδικής εξάσκησης λειτουργήματος. Επιπλέον, ένα σύστημα πληρωμής που ανταμείβει την παροχή λιγότερης φροντίδας προκαλεί με-ταξύ άλλων και ηθικά ζητήματα. Αυτά τα χαρακτηριστικά στοιχεία της εμπορικής κατά κεφαλήν πληρωμής έχουν αφήσει μεγάλο μέρος της υπόσχεσης εφαρμογής αυτού του συστήματος απραγματοποίητο.

Οι Clancy και Brody (1995) έχουν κάνει διαχωρισμό ανάμεσα στις «Τζέκυλ» και «Χάιντ» μορφές διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας. Το μοντέλο Τζέκυλ, το οποίο εκπροσω-

πείται από μερικούς παραδοσιακούς και μη κερδοσκοπικούς ΗΜΟs, ενθαρρύνει μια προσέγγιση και μια προοπτική για την υγεία του πληθυσμού που προσανατολίζεται προς την πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στη δημιουργία μιας «νοοτροπίας άσκησης λειτουργήματος που χαρακτηρίζεται από ιατρούς που εξισώνουν την καλή φροντίδα του ασθενούς με την αποδοτική φροντίδα και οι οποίοι αγωνίζονται για βελτίωση της ποιότητας». Το μοντέλο Χάιντ αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα των πιο πρόσφατων και εμπορικά προσανατολισμένων ΗΜΟs που δεν έχουν συνοχή στην άσκηση του λειτουργήματος, βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στα οικονομικά κίνητρα για να αλλάξουν την πελατεία των ιατρών και υπολογίζουν την επιτυχία με βάση το κατώτατο όριο της επιστροφής κερδών στους μετόχους. Η κατά κεφαλήν πληρωμή ως μέθοδος αποζημίωσης μπορεί να βγάλει το Δρ. Τζέκυλ ή το Δρ. Χάιντ στους ιατρούς. Ενώ ο Δρ. Τζέκυλ ανταποκρίνεται στα επαγγελματικά ζητήματα και ενεργεί αποκλειστικά με γνώμονα το καλύτερο συμφέρον των ασθενών, ο Δρ. Χάιντ υποκινείται αποκλειστικά απ' το προσωπικό οικονομικό συμφέρον. Η ένταση μεταξύ των πλευρών Τζέκυλ και Χάιντ των ιατρών επιτείνεται απ' την κλινική αβεβαιότητα (Light & May, 1993). Σ' αυτές τις καταστάσεις, η πληρωμή βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβής κατά πράξη μπορεί να γείρει τη ζυγαριά υπέρ της δράσης παρά υπέρ της αναμονής. Σε μία παρόμοια κατάσταση, η κατά κεφαλήν πληρωμή μπορεί να ενθαρρύνει τον ιατρό να περιμένει αντί να ενεργήσει. Και στις δύο περιπτώσεις, υπάρχει το ρίσκο ο

τρόπος πληρωμής των ιατρών να ωφελήσει τον υποκινούμενο απ' τα δολάρια Δρ. Χάιντ εις βάρος του επαγγελματικά προσανατολισμένου Δρ. Τζέκυλ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bodenheimer T: California's beleaguered physician groups—will they survive? *N Engl J Med* 2000;342:1064.
- Clancy CM, Brody H: Managed care: Jekyll or Hyde? *JAMA* 1995; 273:338.
- Community Tracking Study, 2000–2001 Physician Survey. Center for Studying Health System Change. www.hschange.org
- Dudley RA et al: The best of both worlds? Potential of hybrid prospective/concurrent risk adjustment. *Med Care* 2003;41:56.
- Friedman E: Capitation, integration, and managed care. *JAMA* 1996; 275:957.
- Gold MR et al: A national survey of the arrangements managed-care plans make with physicians. *N Engl J Med* 1995;333:1678.
- Iezzoni LI: The risks of risk adjustment. *JAMA* 1997;278:1600.
- Light D, May A: *Britain's Health System: From Welfare State to Managed Markets*. New York, Faulkner and Gray, 1993.
- Pearson SD et al: Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. *N Engl J Med* 1998;339:689.
- Robinson JC: Blended payment methods in physician organizations under managed care. *JAMA* 1999;282:1258.