

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.epistemonikes.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

# Επώδυνος έναντι ανώδυνου ελέγχου των δαπανών υγείας



*Ο Δρ. Joshua Worthy είναι επικεφαλής του νευρολογικού τμήματος ενός μεγάλου ΗΜΟ τύπου προσωπικού (staff-model) και λειτουργεί ως ο εκπρόσωπος των ιατρών στην εκτελεστική επιτροπή του οργανισμού. Ένα εθνικό πρόγραμμα υγείας μόλις θεοπίστηκε, το οποίο επιβάλλει υποχρεωτικούς ελέγχους δαπανών. Ο προϋπολογισμός του οργανισμού υγείας για την ερχόμενη χρονιά θα παραμείνει στα επίπεδα της φετινής χρονιάς. Τα προηγούμενα χρόνια, η ετήσια αύξηση του προϋπολογισμού του οργανισμού κατά μέσο όρο ήταν 12%.*

*Ο γενικός διευθυντής του προγράμματος υγείας ξεκινάει τη συνεδρίαση της επιτροπής αναστενάζοντας και λέγοντας: «Αυτές οι περικοπές είναι δρακόντειες! Προκειμένου να προσεγγίσουμε τα νέα όρια του προϋπολογισμού, πρέπει να κάνουμε περικοπές προσωπικού και να περιορίσουμε την εφαρμογή τεχνολογιών που σώζουν ζωές. Οι ασθενείς θα υποφέρουν.» Ένα μέλος των καταναλωτών απαντά «Όλοι γνωρίζουμε πως υπάρχει υπερβολή στο σύστημα. Στην εφημερίδα τις προάλλες υπήρχε άρθρο σχετικά με το γεγονός ότι τα ποσοστά επεμβάσεων στην πλάτη είναι διπλάσια σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο. Και αν πρόκειται να μιλήσουμε για περικοπές, ίσως πρέπει να ξεκινήσουμε από την εξέταση του μισθού σας και του αριθμού των διοικητών που εργάζονται εδώ. Δεν είμαι και τόσο σίγουρος πως οι ασθενείς πρέπει να υποφέρουν απλά και μόνο επειδή υιοθετούμε τα λογικά όρια δαπανών που εφαρμόζονται στις περισσότερες χώρες.»*

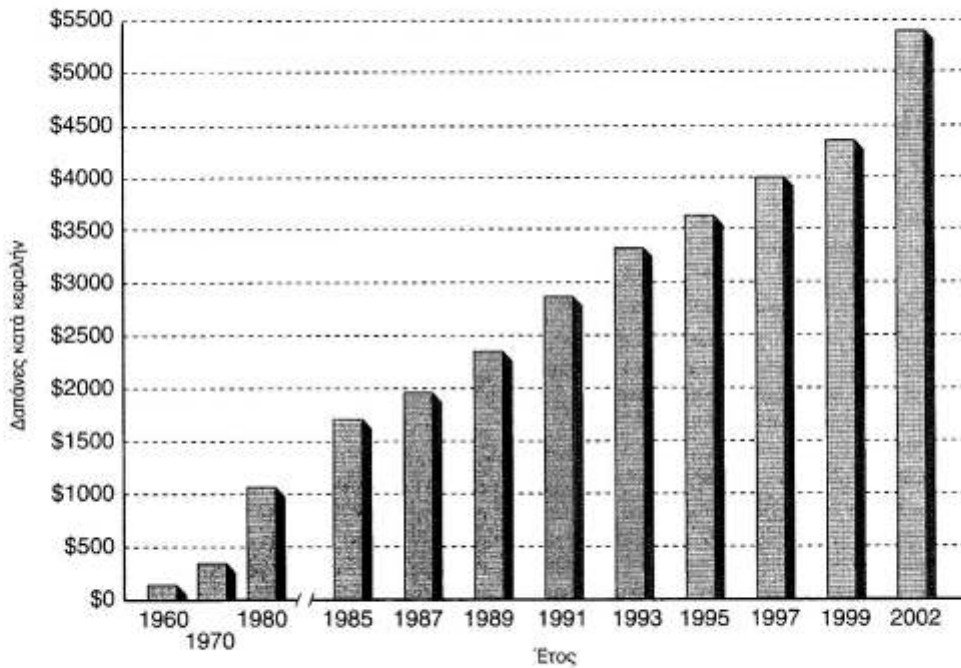
*Ο Δρ. Worthy παραμένει σιωπηλός για μεγάλο μέρος της συνεδρίασης. Αναρωτιέται: «Έχει δίκιο ο γενικός διευθυντής; Αποτελεί η ανάλυση δαπανών αναπόφευκτα μια επώδυνη διαδικασία που θα στερήσει από τους ασθενείς μας πολύτιμες υπηρεσίες υγείας; Ή θα μπορούσαμε να αξιοποιούμε καλύτερα τους πόρους που ήδη δαπανούμε; Υπάρχει τρόπος να εφαρμόσει ο οργανισμός μας αυτούς τους ελέγχους στις δαπάνες με σχετικά ανώδυνο τρόπο όσον αφορά στην υγεία των ασθενών μας;» Ερμηνεύοντας τη σιωπή του Δρ. Worthy ως ένδειξη μεγάλης σοφίας και κρίσης, η επιτροπή του αναθέτει να είναι επικεφαλής της ομάδας του οργανισμού που αναλαμβάνει την ανάπτυξη μιας στρατηγικής ελέγχου δαπανών προκειμένου να προσαρμοστεί ο οργανισμός στη νέα πραγματικότητα του προϋπολογισμού.*

Στα θέματα που αφορούν στην πολιτική υγείας

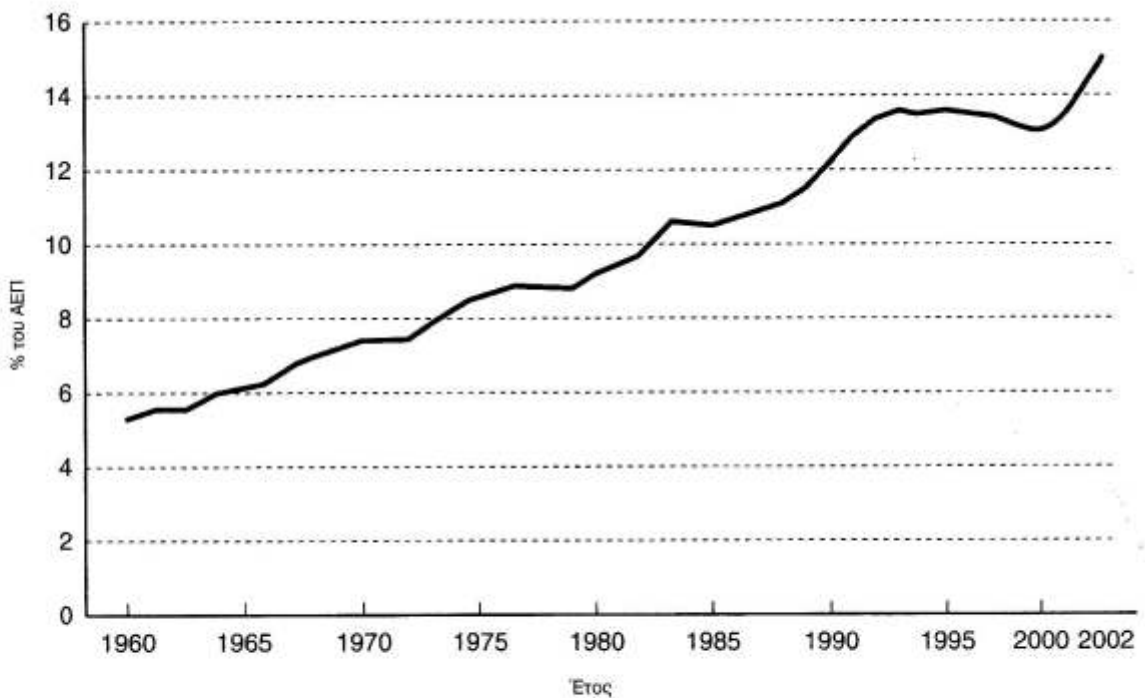
στις Ηνωμένες Πολιτείες κυριαρχεί η ανησυχία για την αύξηση των δαπανών για υπηρεσίες. Άλλη μια πειστική ανησυχία που υπάρχει στον τομέα της πολιτικής υγείας- η έλλειψη επαρκούς ασφάλειας και πρόσβασης στην φροντίδα για δεκάδες εκατομμύρια ανθρώπων- αποδίδεται εν μέρει στο πρόβλημα των αυξανόμενων δαπανών. Ο πληθωρισμός των υπηρεσιών υγείας έκανε την ασφάλιση υγείας και τις φροντίδες υγείας δυσβάσταχτες οικονομικά για πολλές οικογένειες και εργοδότες.

Οι ιδιωτικοί και οι δημόσιοι πληρωτές στις Ηνωμένες Πολιτείες έβαλαν στόχο τον πληθωρισμό των υπηρεσιών υγείας και παρουσίασαν πληθώρα καινοτόμων στρατηγικών στα πλαίσια της απόπειρας συγκράτησης του ρυθμού αύξησης των δαπανών, όπως ο σχεδιασμός νέων προσεγγίσεων στον έλεγχο των πληρωμών, η ενθάρρυνση της εγγραφής σε ΗΜΟs, η επινόηση συστημάτων με διαγνωστικές ομάδες και άλλες βελτιώσεις στις πληρωμές των παροχών (βλ. Κεφάλαιο 4), καθώς και ένα μεγάλο αριθμό άλλων μέτρων. Αυτές οι προσεγγίσεις επέδρασαν σε μικρό βαθμό στο ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι κατά κεφαλήν εθνικές δαπάνες για την υγεία τετραπλασιάστηκαν ανάμεσα στο 1980 και το 2002, σημειώνοντας μια αύξηση από 1.000 δολάρια περίπου σε πάνω από 5.400 δολάρια (Σχήμα 8-1). Σε σχέση με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ), οι δαπάνες υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξήθηκαν από 8,8% το 1980 σε 14,9% το 2002 (Σχήμα 8-2). Ο ρυθμός του πληθωρισμού της φροντίδας υγείας πράγματι μειώθηκε κατά κάποιον τρόπο τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1990. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, μάλιστα, μειώθηκαν ανάμεσα στο 1995 και το 1999. Ωστόσο, αυτή η μείωση οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στη σημαντική οικονομική άνθηση των Ηνωμένων Πολιτειών κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου που δημιούργησε ραγδαία αύξηση στο συνολικό ΑΕΠ, το οποίο και ξεπέρασε την πιο συγκρατημένη αύξηση στις δαπάνες υγείας. Μέχρι το 2000, ο αυξημένος πληθωρισμός των υπηρεσιών υγείας είχε επανέλθει και οι εθνικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν πάνω από 8% ανά έτος από το 1999 μέχρι το 2002. Σημειώνεται ότι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αναμένεται να αυξηθούν στο 17,7% μέχρι το 2012 (Levitt et al., 2004, Heffler et al., 2003).

Οι παροχές υπηρεσιών υγείας ανακαλύπτουν πως πρέπει να προσαρμοστούν στην προοπτική της λειτουργίας τους σε μια λογική περιορισμένων πόρων. Όπως ο Δρ. Worthy, οι ιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας



**Σχήμα 8-1.** Κατά κεφαλήν δαπάνες ιατρικής φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Στοιχεία που λαμβάνονται από Heffler S et al: Health spending projections for 2002-2012. Health Aff 2003; Web Exclusives Supplement, January-June 2003:W3).



**Σχήμα 8-2.** Δαπάνες ιατρικής φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος. (Στοιχεία που λαμβάνονται από Heffler S et al: Health spending projections for 2002-2012. Health Aff 2003; Web Exclusives Supplement, January-June 2003:W3).

πρέπει να σκεφθούν προσεκτικά τον τρόπο με τον οποίο οι περιορισμοί στην αύξηση των δαπανών ίσως επηρεάσουν την υγεία των ασθενών. Πρέπει ο έλεγχος των δαπανών απαραίτητα να είναι επώδυνος, οδηγώντας σε περιορισμό των χρήσιμων υπηρεσιών; Ή μήπως υπάρχει ανώδυνος τρόπος ανάσχεσης δαπανών, μέσω του αποκλεισμού των μη απαραίτητων θεραπειών και της εξάλειψης των μη απαραίτητων διοικητικών δαπανών;

Στο παρόν κεφάλαιο, θα εξερευνήσουμε το θέμα του επώδυνου και του ανώδυνου ελέγχου δαπανών. Πρώτον, θα κατασκευαστεί ένα μοντέλο που θα περιγράφει τη σχέση ανάμεσα στις δαπάνες υγείας και τα οφέλη τους σε όρους βελτιωμένων εκβάσεων για την υγεία του πληθυσμού. Κατόπιν, θα αναλυθούν διαφορετικές γενικές προσεγγίσεις ανάσχεσης των δαπανών και η δυνατότητά τους για επίτευξη ανώδυνου ελέγχου δαπανών. Στο Κεφάλαιο 9, θα περιγράψουμε με περισσότερες λεπτομέρειες συγκεκριμένα μέτρα ελέγχου δαπανών.

## ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

*Πριν μπει στην Ιατρική, ο Δρ. Worthy εργάστηκε στο Ειρηνευτικό Σώμα σε μια απομακρυσμένη περιοχή της Κεντρικής Αμερικής. Όταν έφτασε την πρώτη φορά στην περιοχή, ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας ήταν αρκετά υψηλός, με πολλούς θανάτους να οφειδόνται σε λοιμώδη γαστρεντερίτιδα. Ο Δρ. Worthy συμμετείχε στη δημιουργία ενός αποχετευτικού συστήματος και πηγών καθαρού πόσιμου νερού στην περιοχή, καθώς και ενός προγράμματος για την εφαρμογή τεχνικών χορήγησης υγρών από το στόμα στα βρέφη. Μέχρι το τέλος της δίχρονης παραμονής του, ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας είχε μειωθεί σχεδόν κατά 25%. Το κόστος ολόκληρου του προγράμματος ανήλθε στα 15 σεντς κατά κεφαλήν και καλύφθηκε απ' τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.*

*Οι συνθήκες είναι πολύ διαφορετικές για τον Δρ. Worthy ως νευρολόγο που ασκεί το λειτουργημά του στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα τελευταία 5 χρόνια, πάνω από δώδεκα καινούριοι μαγνητικοί τομογράφοι έχουν τοποθετηθεί στην πόλη όπου βρίσκεται ο ΗΜΟ στον οποίο ανήκει, μια αστική περιοχή με πληθυσμό 800.000 κατοίκων. Ο Δρ. Worthy ανακάθισε πως οι μαγνητικές τομογραφίες παρέχουν εικόνες καλύτερες από εκείνες των αξονικών τομογραφιών, γεγονός που του επιτρέπει να κάνει διάγνωση με μεγαλύτερη ακρίβεια σε καταστάσεις όπως π.χ. η σκλήρυνση κατά πλάκας στα πρώτα στάδια. Είναι όμως λιγότερο οίγουρος για το βαθμό στον οποίο αυτές οι εικόνες ανώτερης ποιότητας επιτρέπουν την παροχή φροντίδας ανώτερης ποιότητας στους ασθενείς του.*

Από την πλευρά της κοινωνίας, η αξία των δαπανών υγείας βρίσκεται στην «αγορά» καλύτερης υγείας για τον πληθυσμό. Η έννοια της «καλύτερης υγείας» είναι ευρεία και περιλαμβάνει βελτιωμένη μακροζωία και ποιότητα ζωής, μειωμένους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας από συγκεκριμένες ασθένειες, ανακούφιση από τον πόνο και την ταλαιπωρία, αυξημένη ικανότητα ανεξάρτητης λειτουργίας για εκείνα τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και μείωση του φόβου της ασθένειας και του θανάτου. Συνεπώς, είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς αν η επένδυση περισσότερων πόρων σε αγορές για τη φροντίδα

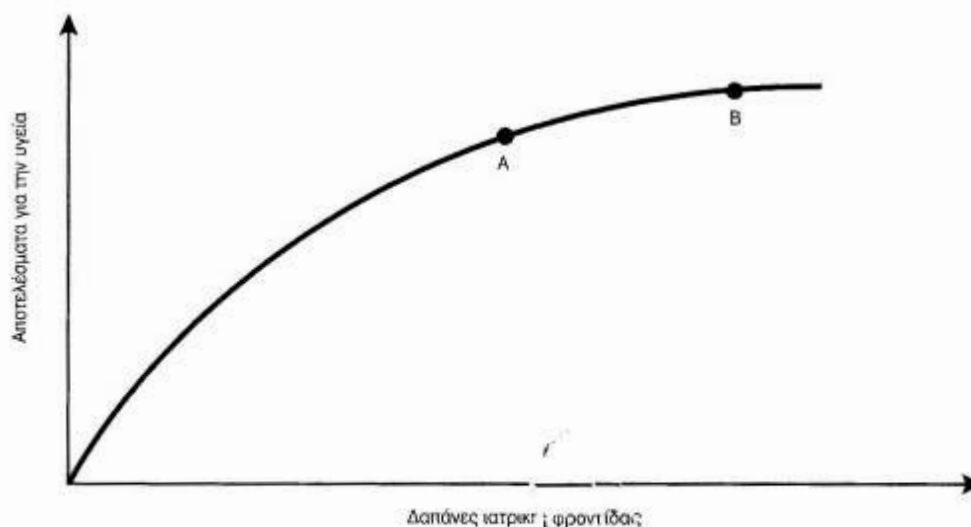
υγείας θα βελτιώνει τις εκβάσεις της υγείας για την κοινωνία και αν ισχύει κάτι τέτοιο, πώς το μέγεθος της βελτίωσης στις εκβάσεις μπορεί να είναι ποσότητας των πόρων που επενδύονται.

Το Σχήμα 8-3, που σχεδιάστηκε βάσει της εργασίας του Robert Evans (1984), παρουσιάζει μια θεωρητική σχέση ανάμεσα στην επένδυση πόρων για τη φροντίδα υγείας και στις εκβάσεις (ή αλλιώς εκροές) της υγείας. Αρχικά, καθώς αυξάνονται οι πόροι της φροντίδας υγείας, αυτές οι εκβάσεις βελτιώνονται αλλά, πάνω από ένα ορισμένο επίπεδο, η κλίση της καμπύλης μειώνεται, γεγονός που υποδηλώνει πως οι αυξανόμενες επενδύσεις στη φροντίδα υγείας παράγουν πιο οριακά οφέλη. Όσον αφορά στις εμπειρίες του Δρ. Worthy, η περιοχή της Κεντρικής Αμερικής στην οποία εργάστηκε βρίσκεται στην απότομη κλίση της καμπύλης κόστους-οφέλους: Μία μικρή επένδυση πόρων για τη δημιουργία περισσότερων εγκαταστάσεων παροχής πόσιμου νερού και για τη χορήγηση μη ακριβής θεραπείας χορήγησης υγρών οδήγησε σε πάρα πολύ σημαντικές βελτιώσεις στην υγεία. Απ' την άλλη πλευρά, η αγορά μαγνητικών τομογράφων, συμπληρωματικά στους αξονικούς τομογράφους, αφορά ένα σύστημα υγείας που λειτουργεί στο πιο επίπεδο τμήμα της καμπύλης: οι μεγάλες επενδύσεις πόρων σε νέες τεχνολογίες μπορεί να οδηγήσουν σε πιο οριακές βελτιώσεις στο σύνολο της υγείας ενός πληθυσμού που θα είναι δύσκολο να υπολογιστούν.

Όπως είναι φυσικό, οι διαφορετικές ιατρικές παρεμβάσεις βασίζονται σε πιο υψηλά (για παράδειγμα, εμβόλια κατά την παιδική ηλικία) ή πιο χαμηλά (για παράδειγμα, η δαπανηρή παράταση ζωής για ένα βρέφος χωρίς εγκεφαλική ανάπτυξη) τμήματα της καμπύλης. Η καμπύλη στο Σχήμα 8-3 μπορεί να θεωρηθεί σύνθετη καμπύλη κόστους-οφέλους για τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας ως συνόλου. Το σύστημα μπορεί να είναι μια ολόκληρη χώρα ή μια μικρότερη οντότητα, όπως ένας ΗΜΟ, με το δικό του καθορισμένο σύνολο εγγεγραμμένων μελών.

Συνολικά, το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών τώρα λειτουργεί κάπου κατά μήκος του πιο χαμηλού τμήματος της καμπύλης. Ας υποθέσουμε ότι το σύστημα του οργανισμού υγείας του Δρ. Worthy βρίσκεται στο σημείο Α στην καμπύλη του Σχήματος 8-3, με τις συνολικές δαπάνες υγείας κατά μέσο όρο ανά μέλος να είναι ίδιες με το μέσο συνολικό κατά κεφαλήν κόστος της φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες (περίπου 5.400 δολάρια το 2002). Αν νέες και αυστηρές τακτικές ανάσχεσης των δαπανών ανάγκαζαν τον οργανισμό υγείας να «παγώσει» ουσιαστικά τη δαπάνη στο σημείο Α αντί να αυξήσει τις ετήσιες δαπάνες στο συνηθισμένο τους ρυθμό για να υπάρξει μετακίνηση προς το σημείο Β, τότε το Σχήμα 8-3 υποδηλώνει πως ο οργανισμός υγείας θα θυσίαζε τη βελτίωση της υγείας των μελών του με ένα ποσό ισοδύναμο της απόστασης μεταξύ των σημείων Α και Β στον κάθετο άξονα.

Μια τέτοια ανάλυση θα επιβεβαίωνε τη γνώμη εκείνων που υποστηρίζουν ότι η ανάσχεση των δαπανών απαιτεί οδυνηρές επιλογές που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού. Μεταξύ των πιο ισχυρών υποστηρικτών αυτής της άποψης είναι ο Aaron και ο Schwartz (1984 και 1990) που περιέγραψαν την ανάσχεση δαπανών ως μια «οδυνηρή συνταγή ιατρού» που απαιτεί περιορισμό της ευεργετικής φροντίδας. Στο Σχήμα 8-3, η απόσταση μεταξύ των σημείων Α και Β στον άξονα ψ υπολογίζει πόσος «πόνος» για την υγεία συνοδεύει την απόφαση περιορισμού των δαπανών στο σημείο Α αντί να προχωρήσουμε στο σημείο Β. Κάποιο



**Σχήμα 8-3.** Ένα θεωρητικό μοντέλο δαπανών και αποτελεσμάτων για την υγεία. Η μετατόπιση από το σημείο Α στο σημείο Β στην καμπύλη σχετίζεται και με υψηλότερες δαπάνες και καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία.

ποσοστό πόνου υπάρχει στην καμπύλη. Όπως παρατηρεί ο Evans (1984) «αν η κλίση του είναι παντού θετική, τότε σ' έναν κόσμο περιορισμένων πόρων, οι ανάγκες που δεν έχουν καλυφθεί είναι αναπόφευκτες.» Σ' όποιο σημείο της καμπύλης κι αν βρισκόμαστε, θα είναι πάντα αλήθεια πως αν ξοδεύαμε περισσότερα, θα μπορούσαμε να τα πάμε κάπως καλύτερα.

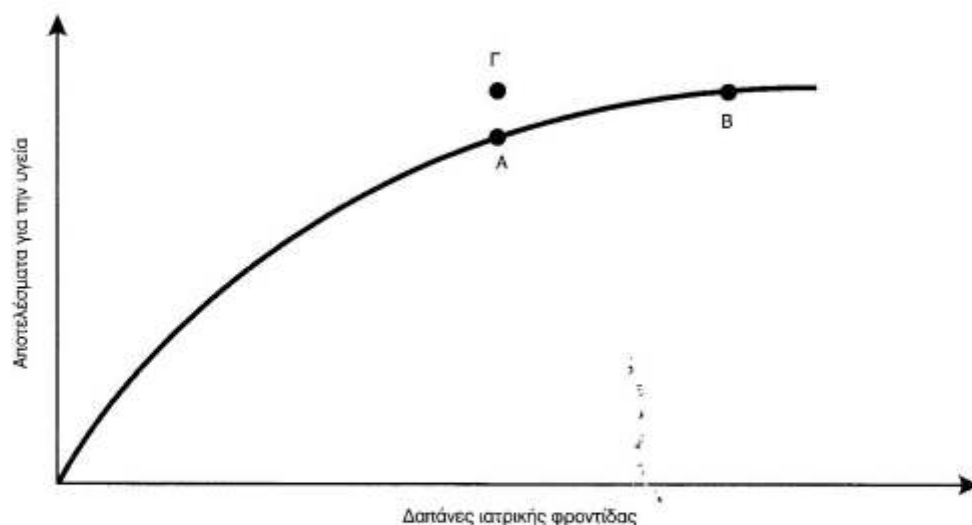
Στο Σχήμα 8-3, η απόσταση μεταξύ των σημείων Α και Β στον άξονα ψ είναι μικρή, δεδομένης της σχετικά χαμηλής κλίσης της καμπύλης σ' αυτά τα σημεία. Ωστόσο, ο εφουχασμός για σχετικά ήπιο πόνο από την ανάσχεση δαπανών φέρνει στο νου τον ιατρό με το νυστέρι στο χέρι να στέκεται πάνω από έναν ασθενή και να δηλώνει πως «θα πονέσει μόνο λιγάκι.» Η ύπαρξη ελάχιστου πόνου, αν και μπορεί να είναι απαραίτητη, δεν είναι ίδια με την απουσία πόνου, ή όπως το θέτει ο Fuchs (1993) «η ιατρική 'με λίγα αποτελέσματα' δεν είναι ιατρική 'χωρίς αποτελέσματα'.»

Πριν επιστρέψουμε στους εαυτούς μας (και στον Δρ. Worthy) να πικραθούμε υπερβολικά από την αναπόφευκτη οδονηρότητα της ανάσχεσης των δαπανών, ας προσθέσουμε τη νέα διάσταση της αποδοτικότητας. Μπορούμε να παρουσιάσουμε ένα σημείο Γ (Σχήμα 8-4) στο οποίο η δαπάνη είναι ίδια μ' αυτή στο σημείο Α αλλά οι εκβάσεις βελτιώνονται. Με ποιον τρόπο το μοντέλο εξηγεί το σημείο Γ, ένα σημείο εκτός καμπύλης;

Η κίνηση στο σημείο Γ απαιτεί μετατόπιση της καμπύλης (Σχήμα 8-5), παρουσιάζοντας μια νέα και πιο αποδοτική (ή παραγωγική) σχέση μεταξύ των δαπανών και των εκβάσεων της υγείας (Donabedian, 1988). Υπάρχουν πολυάριθμες δυνατές διαδρομές προς τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα. Παραδείγματος χάριν, το 2002, το 26% του συνόλου των γεννήσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες πραγματοποιήθηκε με καισαρική τομή· το ποσοστό αυτό αποτελεί το υψηλότερο που έχει αναφερθεί ποτέ και είναι σχεδόν διπλάσιο σε σχέση με τις περισσότερες άλλες δυτικές βιομηχανοποιημένες χώρες (Centers for Disease Control, 2003). Σύμφωνα με πολλές μελέτες, τα υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξάνουν τις δαπάνες υγείας χωρίς

να βελτιώνουν τις συνολικές εκβάσεις της υγείας ούτε του νεογνού ούτε της μητέρας μετά από τον τοκετό. Η μείωση του αριθμού των μη απαραίτητων καισαρικών θα μπορούσε να εξοικονομήσει πάνω από 1 δισεκατομμύριο δολάρια από χειρουργικές δαπάνες που δεν έγιναν και την παρατεταμένη παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο μετά τη γέννα, ενώ ταυτόχρονα θα βελτιώνει την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας (Stafford, 1990). Στο υπόλοιπο κεφάλαιο, θα εξετάσουμε με περισσότερες λεπτομέρειες τις διάφορες δυνατές μεθόδους που θα μπορούσε να σκεφτεί η ομάδα εργασίας του Δρ. Worthy για τον έλεγχο των δαπανών, όπως π.χ. η μείωση των μη απαραίτητων χειρουργικών επεμβάσεων, προκειμένου να αποκτήσουν μεγαλύτερη αξία τα χρήματα που δαπανώνται στην υγεία. Πριν επιστρέψουμε σ' αυτήν τη συζήτηση, ωστόσο, είναι απαραίτητο να εκφράσουμε με σαφήνεια τρεις υποθέσεις σχετικά μ' αυτό το μοντέλο δαπανών και εκβάσεων.

1. Σ' αυτό το μοντέλο υπάρχει η έννοια ότι το σχετικό αποτέλεσμα του ενδιαφέροντος είναι η συνολική υγεία ενός πληθυσμού και όχι οποιοδήποτε μεμονωμένου ασθενούς. Ορισμένοι συγγραφείς έδωσαν έμφαση στην ανάγκη των ιατρών να διευρύνουν τους ορίζοντές τους για να καλύπτουν την υγεία ενός γενικού πληθυσμού, καθώς και στο γεγονός ότι, κατά παράδοση, εστίαζαν στην παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας σε καθέναν από τους ασθενείς τους (Eddy, 1991, Greenlick, 1992). Το μοντέλο δαπανών και εκβάσεων που προσανατολίζεται προς τον πληθυσμό και απεικονίζεται στα Σχήματα 8-3, 8-4 και 8-5 μπορεί να μην ταιριάζει εύκολα με τις εμπειρίες πολλών ιατρών όσον αφορά στη φροντίδα ενός συγκεκριμένου ασθενούς. Στο επίπεδο του μεμονωμένου ασθενούς, η έκβαση μπορεί να είναι όλα ή τίποτα (για παράδειγμα, ο ασθενής σχεδόν σίγουρα θα ζήσει αν χειρουργηθεί και θα πεθάνει αν δεν χειρουργηθεί) και μπορεί να μην τη σκεφτόμαστε εύκολα από την άποψη των καμπυλών και των κλίσεων. Αντί να εστιάζει σε οποιαδήποτε συγκεκριμένη παρέμβαση ή σε οποιονδήποτε συγκεκριμένο ασθενή, η καμπύλη

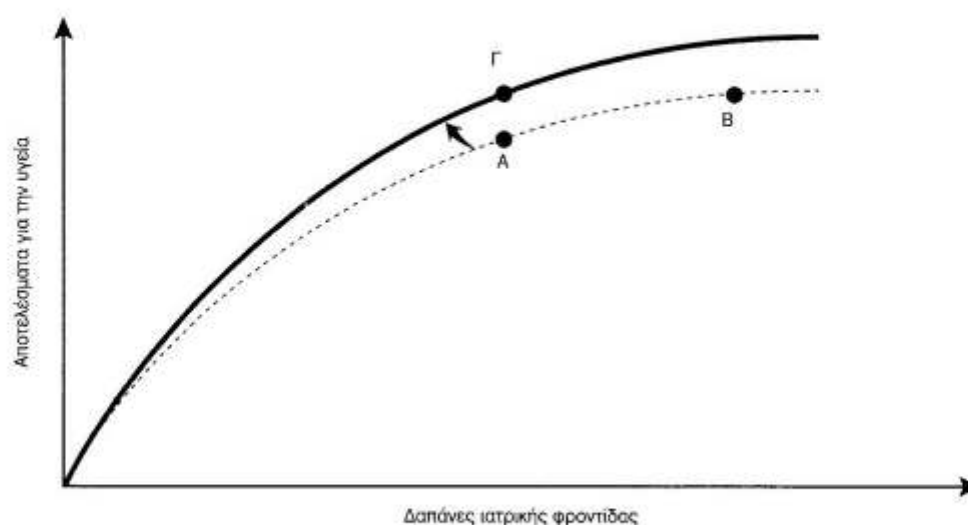


**Σχήμα 8-4.** Μετατόπιση εκτός καμπύλης. Το σημείο Γ αντιπροσωπεύει την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων για την υγεία χωρίς αυξημένες δαπάνες.

επιχειρεί να αναπαραστήσει τη συνολική λειτουργία ενός συστήματος υγείας αθροιστικά για τον πληθυσμό τον οποίο καλύπτει. (Τα ηθικά ζητήματα του θέματος της υγείας του πληθυσμού αναλύονται στο Κεφάλαιο 13).

2. Στο μοντέλο διατυπώνεται η υπόθεση ότι είναι εφικτό να ποσοτικοποιηθεί η υγεία σε επίπεδο συνολικού πληθυσμού. Κατά παράδοση, η κατάσταση της υγείας σ' αυτό το επίπεδο έχει μετρηθεί με το ενδεχόμενο να είναι περίπου ακριβής, με την εφαρμογή δημογραφικών στατιστικών, όπως τα ποσοστά της πιθανής διάρκειας ζωής και της βρεφικής θνησιμότητας. Ενώ δείκτες όπως τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας μπορεί να αποτελούν ευαίσθητο και σημαντικό τρόπο αξιολόγη-

σης των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας και των προγραμμάτων δημόσιας υγείας στις αγροτικές περιοχές της Κεντρικής Αμερικής, πολλοί αναλυτές αμφισβήτησαν το αν τέτοιοι κατά προσέγγιση δείκτες υπολογίζουν με ακρίβεια την επίδραση των υπηρεσιών υγείας στις πλουσιότερες βιομηχανοποιημένες χώρες. Σ' αυτές τις χώρες, μεγάλο μέρος της φροντίδας υγείας εστιάζει σε «πιο ήπιες» εκβάσεις για την υγεία όπως η βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής ατόμων με χρόνιες ασθένειες, θέματα που είναι πιο δύσκολο να ελεγχθούν στο επίπεδο του πληθυσμού σε σχέση με τα ποσοστά θανάτων και τις ανάλογες δημογραφικές στατιστικές. Μ' άλλα λόγια, ίσως είναι δύσκολο να φανταστούμε μια κλίμακα στον άξονα ψ



**Σχήμα 8-5.** Μετατόπιση της καμπύλης. Η μετατόπιση της καμπύλης αντιπροσωπεύει την μετατόπιση σε μια πιο αποδοτική σχέση μεταξύ των δαπανών και των αποτελεσμάτων για την υγεία.



των Σχημάτων 8-3, 8-4 και 8-5 που να καταγράφει και τις επιδράσεις της γαστρεντερίτιδας που μαστίζει μια φτωχή χώρα και την προσθήκη μαγνητικών τομογράφων σε μια πόλη των Ηνωμένων Πολιτειών.

- Όταν αξιολογούμε την υγεία του πληθυσμού, είναι δύσκολο να ξεχωρίσουμε τις επιδράσεις της φροντίδας από τις επιδράσεις βασικών κοινωνικών παραγόντων, όπως η ανέχεια, η εκπαίδευση, ο τρόπος ζωής και η κοινωνική συνοχή (βλ. Κεφάλαιο 3). Χάριν της συζήτησής μας σχετικά με τον έλεγχο των δαπανών, θεωρούμε ότι οι καμπύλες που παρουσιάζονται στα Σχήματα 8-3, 8-4 και 8-5 αντιπροσωπεύουν τις λειτουργίες του συστήματος υγείας (συμπεριλαμβανομένης και της δημόσιας υγείας) εσωτερικά αντί του ευρύτερου οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Συνεπώς χρησιμοποιούμε τον όρο *εκβάσεις της υγείας* για να περιγράψουμε τον άξονα ψ, έναν όρο που σκοπό έχει να δηλώσει ότι αξιολογούμε εκείνες τις πλευρές της κατάστασης της υγείας που επηρεάζονται άμεσα από τη φροντίδα της. Ο άξονας χ αντίστοιχα αναπαριστά τις δαπάνες για τις επίσημες υπηρεσίες υγείας.

## Τιμές & ποσότητες

Έχουμε δείξει πως ο ανώδυνος έλεγχος των δαπανών είναι θεωρητικά εφικτός. Αλλά μπορεί να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα στον αληθινό κόσμο; Τι στρατηγικές θα πρότεινε η ομάδα εργασίας του Δρ. Worthy προκειμένου να οδηγηθεί ο οργανισμός υγείας από το σημείο Α στο σημείο Γ στην καμπύλη; Η απάντηση σ' αυτά τα ερωτήματα απαιτεί περαιτέρω λεπτομερή εξέταση των δαπανών στον τομέα της υγείας.

Οι δαπάνες μπορούν να παρουσιαστούν στην εξίσωση

$$\text{Δαπάνη (Δ)} = \text{Τιμή} \times \text{Ποσότητα}$$

Η τιμή αναφέρεται σε παράγοντες, όπως η καθημερινή χρέωση του δωματίου στο νοσοκομείο ή η αμοιβή του ιατρού για μια επίσκεψη ρουτίνας στο ιατρείο. Η ποσότητα αναφέρεται στο μέγεθος και τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας (για παράδειγμα, στη διάρκεια της παραμονής σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας ή στον αριθμό και τα είδη των σημαντικών διαγνωστικών εξετάσεων που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο). Ο Lomas και οι συνάδελφοί του (1989), σημειώνοντας αυτό το διαχωρισμό μεταξύ των τιμών (Τ) και των ποσοτήτων (Π), αναφέρονται στην ανάλυση των δαπανών ως η «προσοχή στις Τ και στις Π» των δαπανών για την υγεία.

Ας ρίξουμε μια ματιά σ' ένα παράδειγμα της εξίσωσης  $\Delta = T \times \Pi$ :

*Η Blue Shield καταβάλλει στον Δρ. Morton 400 δολάρια για 10 επισκέψεις στο ιατρείο (η τιμή της κάθε επίσκεψης είναι 40 δολάρια). Τον επόμενο χρόνο, ο ασφαλιστής καταβάλλει στον Δρ. Morton 480 δολάρια για 10 επισκέψεις και η τιμή ανά επίσκεψη είναι 48 δολάρια. Η Prudential καταβάλλει στον Δρ. Norton 400 δολάρια για 10 επισκέψεις στο ιατρείο και την επόμενη χρονιά του δίνει 480 δολάρια για 12 επισκέψεις στην ίδια τιμή των 40 δολαρίων. Μία ίδια αύξηση των δαπανών αποτελεί αύξηση της τιμής για τον Δρ. Morton αλλά αύξηση της ποσότητας της φροντίδας για τον Δρ. Norton.*

Οι αλλαγές στις τιμές και τις ποσότητες έχουν διαφο-

ρετικές επιπτώσεις για τους ασθενείς και τους παροχείς (Reinhardt, 1987). Στο προαναφερθέν παράδειγμα, και οι δύο ιατροί αυξάνουν το εισόδημά τους (και τα δυο ασφαλιστικά προγράμματα αυξάνουν τις δαπάνες τους) κατά 80 δολάρια, αν και στην περίπτωση της αύξησης της τιμής, το επιπλέον εισόδημα δεν απαιτεί περισσότερη εργασία. Για τον ασθενή, όμως, μόνο τα επιπλέον 80 δολάρια που δαπανώνται σε μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων αγοράζουν περισσότερες υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας. (Χάριν απλότητας, υποθέτουμε πως όλες οι επισκέψεις είναι ίδιες και πως η αύξηση της τιμής δεν αντανakλά αυξημένη ποιότητα υπηρεσιών αλλά απλά υψηλότερη τιμή για το ίδιο προϊόν.) Μία αύξηση των δαπανών που απλά αντανakλά υψηλότερες τιμές χωρίς επιπλέον ποσότητες ιατρικής φροντίδας αποτελεί αναποτελεσματική χρήση των πόρων από την πλευρά του ασθενούς. Για να επιστρέψουμε στα διαγράμματα στα Σχήματα 8-3 και 8-4, αν οι αληθινές δαπάνες σ' ένα σύστημα υγείας αυξάνονταν μόνο επειδή ο πληθωρισμός των τιμών των υπηρεσιών υγείας υπερέβαινε το γενικό πληθωρισμό των τιμών ενώ η ποσότητα της φροντίδας κατά κεφαλήν παρέμενε στατική, τότε οι αυξημένες δαπάνες για την υγεία δεν θα οδηγούσαν σε βελτιωμένες εκβάσεις αυτής και όλη η καμπύλη θα γινόταν εντελώς επίπεδη.

## ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

### Ο έλεγχος του πληθωρισμού των τιμών

*Μετά από έντονη περιουληγοή, η ομάδα εργασίας του Δρ. Worthy υποβάλλει ένα πρόγραμμα για «ανώδυνη ανάλυση δαπανών» στην εκτελεστική επιτροπή του ΗΜΟ. Η πρώτη πρόταση απαιτεί από τον οργανισμό να αναζητήσει πειστικά εκπτώσεις στις τιμές των παροχών, του εξοπλισμού και των φαρμακευτικών προϊόντων συμβαλλόμενος επιλεκτικά με προμηθευτές για αγορές μεγάλων ποσοτήτων και αποθηκεύοντας μια πιο περιορισμένη ποικιλία από σειρές προϊόντων και φάρμακα της ίδιας θεραπευτικής ομάδας. Η πρόταση επίσης απαιτεί μείωση της τάξης του 10% στους μισθούς για όλους τους υπαλλήλους του οργανισμού υγείας που κερδίζουν πάνω από 100.000 δολάρια το χρόνο καθώς και μείωση της τάξης του 10% στην κατά κεφαλήν πληρωμή που καταβάλλεται στην ιατρική ομάδα του οργανισμού. Η εκτελεστική επιτροπή ποτέ δεν προχωράει πέρα από αυτό το μέρος του προγράμματος, καθώς ξεσπούν οργανωμένες διαφωνίες για τις προτεινόμενες περικοπές εισοδήματος.*

Ο πληθωρισμός των τιμών συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Ανάμεσα στο 1947 και το 1987, οι δαπάνες υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξήθηκαν κατά 2,5% ανά έτος γρηγορότερα σε σχέση με την αύξηση στο σύνολο της οικονομίας. Τα δύο τρίτα αυτού του υψηλότερου ρυθμού αύξησης, ή αλλιώς το 1,6%, οφειλονταν στις τιμές των υπηρεσιών υγείας που αυξάνονταν πιο γρήγορα σε σχέση με τις τιμές στο σύνολο της οικονομίας. Η εναπομείνουσα διαφορά του 0,9% οφειλόταν στις διαφορές στο ρυθμό αύξησης των ποσοτήτων στις υπηρεσίες αυτές σε σχέση με τις αυξήσεις στη συνολική ποσότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών (Fuchs, 1990).

Η ραγδαία αύξηση στις τιμές των υπηρεσιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες γίνεται φανερή σε διάφορες περιπτώσεις, όπως π.χ. στις τιμές για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που συχνά είναι πάνω από 50% υψηλότερες σε

σχέση με τις τιμές των ιδίων προϊόντων που πωλούνται σε άλλες χώρες. Επίσης, μέχρι πρόσφατα, τα εισοδήματα των ιατρών αυξάνονταν πολύ πιο γρήγορα σε σχέση με τα εισοδήματα άλλων εργαζομένων. Ο περιορισμός αυτού του είδους του πληθωρισμού των τιμών είναι ένας τρόπος περιορισμού των δαπανών χωρίς να επιβαρύνεται η υγεία του πληθυσμού (Πίνακας 8-1).

## Η εξάλειψη της αναποτελεσματικής & ακατάλληλης φροντίδας

*Μετά από ένα σύντομο διάλειμμα για να υποχωρήσει η φρενίτιδα, η εκτελεστική επιτροπή του οργανισμού υγείας συνέρχεται εκ νέου. Ο Δρ. Worthy παρουσιάζει τη δεύτερη πρόταση της ομάδας εργασίας του που αφορά στην οργάνωση των οδηγιών για τη φροντίδα ούτως ώστε να είναι οι κατάλληλες, αφηγούμενος μία δική του κλινική εμπειρία. Συγκεκριμένα, όταν ήρθε για πρώτη φορά στον ΗΜΟ, οι νευρολόγοι κρατούσαν τους ασθενείς τους που είχαν υποστεί εγκεφαλικό στον κρεβάτι για 1 εβδομάδα πριν να ξεκινήσουν φυσικοθεραπεία. Αντίθετα, ο Δρ. Worthy ξεκίνησε να προγραμματίζει τη φυσικοθεραπεία και το εξιτήριο των ασθενών με εγκεφαλικό μόλις η νευρολογική τους κατάσταση ήταν σταθερή. Η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο οξέων παθήσεων για τους ασθενείς του που είχαν υποστεί εγκεφαλικό ήταν 3 μέρες σε σύγκριση με τις 9 μέρες για τους άλλους νευρολόγους. Ο Δρ. Worthy πραγματοποίησε μια εβδομαδιαία συζήτηση πάνω στα πιο αμφιλεγόμενα συμβάντα του νοσοκομείου, στην οποία έδειχνε πως 4 μέρες άσκησης απαιτούνται για να ανακτηθεί η χαμένη δύναμη από κάθε μέρα κατάκλισης, εννοώντας πως η υγεία των ασθενών που είχαν υποστεί εγκεφαλικό θα είχε καλύτερη έκβαση και πως αυτοί οι ασθενείς θα χρησιμοποιούσαν λιγότερους πόρους, χάρη στις μικρότερης διάρκειας νοσηλείες σε νοσοκομεία οξέων παθήσεων και στη συντομότερη αποκατάσταση, αν τους φρόντιζε ο ίδιος και όχι οι συνάδελφοί του. Ο Δρ. Worthy αναφέρει αυτήν την περίπτωση απλά ως ένα παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο ο οργανισμός υγείας μπορεί να αφιερώνει πόρους σε αναποτελεσματική ή ακόμα και επιβλαβή φροντίδα.*

Αν ο έλεγχος των τιμών αποτελεί μία προσέγγιση στο πλαίσιο του ανώδυνου ελέγχου των δαπανών, μήπως υπάρχουν επίσης τρόποι συγκράτησης του συντελεστή Π (ποσότητα) κατά τρόπο που δεν θυσιάζει την ωφέλιμη φροντίδα; Νωρίτερα, αναφέρθηκαν τα ασυνήθιστα υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών στις Ηνωμένες Πολιτείες ως

### Πίνακας 8-1. Παραδείγματα ανώδυνου ελέγχου δαπανών.

Έλεγχος των αμοιβών και των εισοδημάτων των παροχών  
Μείωση της τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων και των άλλων παροχών  
Μείωση της διοικητικής σπατάλης  
Εξάλειψη των ιατρικών παρεμβάσεων που δεν έχουν κανένα όφελος  
Αντικατάσταση με λιγότερο ακριβές τεχνολογίες που είναι εξίσου αποτελεσματικές  
Αύξηση της παροχής εκείνων των προληπτικών υπηρεσιών που στοιχίζουν λιγότερο από τις ασθένειες τις οποίες προλαμβάνουν

παράδειγμα αναποτελεσματικής χρήσης των πόρων όσον αφορά στην ποσότητα των υπηρεσιών που, σε πολλές περιπτώσεις, αυξάνουν τις δαπάνες χωρίς να αυξάνουν τα οφέλη για την υγεία. Ορισμένοι ερευνητές παρουσίασαν πειστικές αποδείξεις για σημαντικές ποσότητες μη απαραίτητης φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Eisenberg, 1986, Brook & Lohr, 1986, Leape, 1992). Οι ιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες πραγματοποιούν πάρα πολλές ακατάλληλες πράξεις (Chassin et al., 1987, Schuster et al., 1998) και ένα μεγάλο ποσοστό των λεγόμενων «κατάλληλων» επιπέδων άσκησης της ιατρικής (βλ. Κεφάλαιο 12) δεν έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα (Wennberg, 1987, Roper et al., 1988, Grimes, 1993). Η κλίση της καμπύλης κόστους-οφέλους θα γινόταν πιο ευνοϊκή αν ένα σύστημα μπορούσε να εξαλείψει εκείνες τις συνιστώσες των αυξανόμενων δαπανών που έχουν χαμηλή κλίση (κανένα ιατρικό όφελος) ή αρνητική κλίση (η ζημία να υπερβαίνει το όφελος, όπως στην περίπτωση των ακατάλληλων καισαρικών τομών ή της παρατεταμένης κατάκλισης μετά από ένα εγκεφαλικό). Ωστόσο, η παρότρυνση των ιατρών και των ασθενών να εξαλείφουν επιλεκτικά τη μη απαραίτητη φροντίδα δεν είναι εύκολη υπόθεση.

## Διοικητικές σπατάλες

*Η τρίτη πρόταση στο πρόγραμμα ανώδυνης ανάσχεσης των δαπανών του Δρ. Worthy στοχεύει στις διοικητικές δαπάνες του οργανισμού υγείας. Η ομάδα εργασίας προτείνει την εξάλειψη του προϋπολογισμού της διαφήμισης του οργανισμού από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο, την προσωρινή απόλυσή του 25% του συνόλου του διοικητικού προσωπικού και την εκ νέου τοποθέτηση 25 από τα 50 μέλη του προσωπικού του τμήματος χειρισμού των συμβολαίων με τους εργοδότες σε ένα νέο τμήμα που σχεδιάστηκε με σκοπό την οργάνωση ενός προγράμματος που θα διασφαλίζει ότι ο οργανισμός παρέχει εξειληγμένα παιδικά εμβόλια και σύγχρονες υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας για ενήλικες στο 100% των μελών του προγράμματος. Ο διευθυντής μάρκετινγκ του οργανισμού υπομονετικά εξηγεί στον Δρ. Worthy πως, αν και σε γενικές γραμμές συμφωνεί μ' αυτές τις προτάσεις, θεωρεί πως δεν είναι προς το καλύτερο συμφέρον του οργανισμού ο περιορισμός των δαπανών κατά τρόπο που θέτει σε κίνδυνο την ικανότητα του προγράμματος να διατηρήσει το ποσοστό μελών που του αντιστοιχεί.*

Δεν είναι όλες οι ποσότητες στην εξίσωση των δαπανών για την υγεία κλινικής φύσεως. Τα τρομακτικά διοικητικά έξοδα του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών όλο και περισσότερο υφίστανται εξονυχιστικό έλεγχο τα τελευταία χρόνια ως πηγή αναποτελεσματικότητας των δαπανών. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Woolhandler και των συναδέλφων του (2003), ένα ποσό της τάξεως των 31 σεντς του κάθε δολαρίου από τις δαπάνες υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών πηγαίνει σε διοικητικές υπηρεσίες, όπως οι υπηρεσίες μάρκετινγκ των ασφαλιστικών εταιρειών υγείας, η τιμολόγηση και η επεξεργασία των αξιώσεων, καθώς και ο έλεγχος των πληρωμών, παρά σε πραγματικές κλινικές υπηρεσίες. Οι διοικητικές δαπάνες στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι παραπάνω από διπλάσιες κατ' αναλογία με εκείνες σε χώρες όπως ο Καναδάς και αυξάνονται πιο ραγδαία από το ρυθμό του συνολικού εθνικού πληθωρισμού για την υγεία. Ενώ κάποιο επίπεδο διοικητικής υπηρεσίας είναι απαραίτητο για τη διαχείριση της χρηματοδότησης

των υπηρεσιών υγείας και για τις σχετικές δραστηριότητες, όπως η διασφάλιση της ποιότητας, λίγοι υποστηρίζουν πως οι αυξανόμενες διοικητικές δραστηριότητες και οι δραστηριότητες στον τομέα του μάρκετινγκ μεταφέρονται σε σημαντική βελτίωση της υγείας των πολιτών. Η μείωση των διοικητικών υπηρεσιών είναι άλλος ένας δρόμος για την ανώδυνη ανάσχεση των δαπανών.

Η εξάλειψη των καθαρά πολυδάπανων ποσοτήτων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, είτε είναι αναποτελεσματικές κλινικές υπηρεσίες είτε μη απαραίτητες διοικητικές δραστηριότητες, αποτελεί μια σχετικά απλή προσέγγιση στον ανώδυνο έλεγχο των δαπανών. Η αρχή αυτής της προσέγγισης είναι: «σταματήστε να κάνετε πράγματα χωρίς κλινικό όφελος». Πιο περίπλοκες είναι οι προσεγγίσεις προς την αποτελεσματικότητα που δεν περιλαμβάνουν απλά το να σταματήσουν εντελώς οι μη παραγωγικές δραστηριότητες, αλλά και το να ενεργούν διαφορετικά. Τα παραδείγματα αυτής της τελευταίας προσέγγισης περιλαμβάνουν καινοτομίες που αντικαθιστούν τη λιγότερο δαπανηρή φροντίδα με ίδιο όφελος, την προληπτική φροντίδα και την ανακατανομή των πόρων από υπηρεσίες με κάποιο όφελος σε υπηρεσίες με μεγαλύτερο όφελος ως προς τη δαπάνη.

Ας εξετάσουμε καθένα από αυτά τα παραδείγματα με τη σειρά.

#### ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ

Ένα μεγάλο μέρος της διαδικασίας αλλαγής στη φροντίδα υγείας περιλαμβάνει την έρευνα για την εύρεση λιγότερο δαπανηρών τρόπων για να οδηγηθούμε στις ίδιες ή καλύτερες εκβάσεις για την υγεία. Αναπτύσσεται ένα καινούριο φάρμακο που είναι λιγότερο ακριβό αλλά εξίσου δραστικό και καλά αποδεκτό όπως ένα συνηθισμένο φάρμακο. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από υψηλά αμειβόμενους ιατρούς μπορούν συχνά να παρέχονται με την ίδια ποιότητα από νοσηλευτές ή ιατρικούς βοηθούς. Μία κλινική δοκιμή τεκμηριώνει πως η χημειοθεραπεία για τη θεραπεία πολλών ειδών καρκίνου μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια σε άτομα που είναι εξωτερικοί ασθενείς, αποτρέποντας τη δαπάνη της παραμονής στο νοσοκομείο. Συχνά οι νέες τεχνολογίες αρχίζουν να εφαρμόζονται με την ελπίδα ότι τελικά θα αποδειχθεί πως είναι λιγότερο δαπανηρές από τις υπάρχουσες θεραπευτικές μεθόδους.

Ωστόσο, οι νέες τεχνολογίες συχνά δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες για εξοικονόμηση των δαπανών (Schwartz, 1987). Ένα πρόσφατο σχετικό παράδειγμα είναι αυτό της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Μέσω της χρήσης της νηματικής οπτικής τεχνολογίας, η χοληδόχος κύστη μπορεί να αφαιρεθεί με τη δημιουργία μιας πολύ μικρότερης τομής στην κοιλιακή χώρα σε σχέση μ' αυτήν που χρειάζεται κατά παράδοση για την χολοκυστεκτομή, μειώνοντας έτσι σημαντικά το χρόνο που απαιτείται για τη μετεγχειρητική ανάρρωση στο νοσοκομείο. Η μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μειώνει το συνολικό κόστος της επέμβασης, με βελτιωμένες εκβάσεις χάρη στο λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο και τη μετεγχειρητική αδυναμία και, έτσι, το παρόν παράδειγμα αποτελεί -φαινομενικά- μια κλασική περίπτωση «αποτελεσματικής αντικατάστασης» που μειώνει τις δαπάνες και βελτιώνει τις εκβάσεις της υγείας. Ωστόσο, υπάρχει μια παγίδα. Η αναγκαιότητα της επέμβασης στη χοληδόχο κύστη δεν είναι πάντα ξεκάθαρη για ασθενείς με χολόλιθους. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν μόνο περιστασιακά και ήπια συμπτώματα και προτιμούν να ανέχονται αυτά τα συμπτώματα αντί να υποβληθούν σε

επέμβαση. Τα ποσοστά της χολοκυστεκτομής έχουν αυξηθεί σημαντικά ύστερα από την εφαρμογή της λαπαροσκοπικής τεχνικής, γιατί προφανώς η επέμβαση στη χοληδόχο κύστη πραγματοποιείται σε ασθενείς με πιο ήπια συμπτώματα. Σ' έναν ΗΜΟ, το ποσοστό της χολοκυστεκτομής αυξήθηκε κατά 59% ανάμεσα στο 1988 και το 1992, μετά την εισαγωγή της λαπαροσκοπικής τεχνικής. Ακόμα κι αν η μέση δαπάνη ανά χολοκυστεκτομή μειώθηκε κατά 25%, η συνολική δαπάνη για όλες τις χολοκυστεκτομές στον οργανισμό αυξήθηκε κατά 11% λόγω του αυξημένου αριθμού των επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν (Legorreta et al., 1993).

#### ΜΙΚΡΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Αν μια μικρή δόση πρόληψης αξίζει φροντίδα μίας λίρας, τότε η αντικατάσταση της ακριβής θεραπείας στο τελευταίο στάδιο με χαμηλού κόστους πρόληψη, θα φαινόταν ιδανικός υποψήφιος για το «βραβείο του ανώδυνου ελεγκτή δαπανών». Η επένδυση στην πρόληψη μερικές φορές δημιουργεί αυτήν την αποτελεσματικότητα στις δαπάνες υγείας (για παράδειγμα, η παροχή παιδικών εμβολίων στοιχίζει λιγότερο από τη φροντίδα των παιδιών με λοιμώξεις απειλητικές για τη ζωή τους) (White et al., 1985). Όμως, η ιστορία της πρόληψης δεν είναι πάντα τόσο απλή. Σε πολλές περιπτώσεις, το κόστος εφαρμογής ενός διαδεδομένου προγράμματος πρόληψης μπορεί να υπερβεί το κόστος για τη φροντίδα της ασθένειας στην πρόληψη της οποίας στοχεύει. Παραδείγματος χάριν, η διερεύνηση του γενικού πληθυσμού για τον εντοπισμό ανεβασμένης αρτηριακής πίεσης και η παροχή μακροπρόθεσμης θεραπείας σ' εκείνα τα άτομα με ήπια έως μέση υπέρταση με σκοπό την πρόληψη εγκεφαλικών και άλλων καρδιαγγειακών επιπλοκών βρέθηκε ότι κοστίζει περισσότερο από τη θεραπεία των ίδιων των τελικών επιπλοκών (Stason, 1987). Για μερικές ασθένειες, αυτό συμβαίνει λόγω του ότι οι επιπλοκές είναι ραγδαία θανατηφόρες χωρίς να κοστίζουν τίποτα, ενώ, η επιτυχής πρόληψη οδηγεί σε μεγάλη διάρκεια ζωής με υψηλές όμως δαπάνες. Κατά παρόμοιο τρόπο, ένα πρόγραμμα μαστογραφίας και βιοψίας ρουτίνας μετά από μη φυσιολογικά αποτελέσματα εξετάσεων κοστίζει περισσότερα χρήματα απ' όσα εξοικονομεί με την ανίχνευση καρκίνου του μαστού σε πρώιμα στάδια. Τα προγράμματα ελέγχου της αρτηριακής πίεσης και εντοπισμού καρκίνου του μαστού οδηγούν σε βελτιωμένη υγεία του πληθυσμού αλλά απαιτούν μια καθαρή επένδυση σε επιπρόσθετους πόρους.

#### ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

*Μια τέταρτη πρόταση της ομάδας εργασίας του Δρ. Worthy περιλαμβάνει τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του ορθού. Πολλοί ιατροί των ΗΜΟς προτείνουν περιοδική διερευνητική κολονοσκόπηση στους ασθενείς τους που είναι πάνω από 50 χρόνων για μια έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του ορθού. Όλοι οι ογκολόγοι του οργανισμού υγείας συνιστούν ανεπιφύλακτα τη χημειοθεραπεία για ασθενείς που εμφανίζουν μεταστατικό καρκίνωμα του ορθού. Η ανάλυση της αποδοτικότητας του κόστους έχει δείξει πως η διερευνητική κολονοσκόπηση εξασφαλίζει πολύ περισσότερα χρόνια ζωής για κάθε δολάριο που δαπανάται σε σχέση με τη χημειοθεραπεία για το μεταστατικό καρκίνωμα του ορθού. Ωστόσο, η χημειοθεραπεία επιτρέπει στους εκάστοτε ασθενείς των οποίων η ασθένεια κάνει μετάσταση να απολαύσουν*

*επιπλέον 6-12 μήνες ζωής. Η ομάδα εργασίας υποστηρίζει πως οι ιατροί του οργανισμού υγείας πρέπει να πραγματοποιούν διερευνητικές κολινοσκοπήσεις αλλήλ και πως το ασφαλιστικό πρόγραμμα του οργανισμού δεν πρέπει να καλύπτει χημειοθεραπεία για μεταστατικό καρκίνωμα του ορθού.*

Η πιο αμφιλεγόμενη στρατηγική προκειμένου να γίνει η φροντίδα υγείας πιο αποτελεσματική είναι η ανακατανομή των πόρων από υπηρεσίες με κάποιο όφελος σε υπηρεσίες με μεγαλύτερο όφελος σε σχέση με το κόστος. Αυτή η προσέγγιση συνήθως κατευθύνεται από την ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας, η οποία όπως ορίζεται από τον Eisenberg (1989),

*...υποθρογίζει το καθαρό κόστος της παροχής μιας υπηρεσίας (δαπάνες μείον εξοικονομήσεις) καθώς και τις εκβάσεις που προκύπτουν. Οι εκβάσεις αναφέρονται σε μια ενιαία μονάδα μέτρησης, είτε μια συμβατική κλινική έκβαση (για παράδειγμα, έτη που κερδίζονται στη ζωή κάποιου) είτε ένα μέτρο που να συνδυάζει αρκετές εκβάσεις σε μια κοινή κλίμακα (Eisenberg, 1989).*

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ανάλυσης κόστους-αποδοτικότητας αποτελεί η αξιολόγηση διαφορετικών στρατηγικών για την πρόληψη των καρδιακών νόσων από την οποία προκύπτει ότι το κόστος ανά έτος ζωής που κερδίζεται (σε δολάρια του 1984) ήταν περίπου 1.000 δολάρια για σύντομες συμβουλές σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψης ρουτίνας στο ιατρείο, 24.000 δολάρια για τη θεραπεία της ήπιας υπέρτασης και σχεδόν 100.000 δολάρια για τη θεραπεία ανεβασμένων επιπέδων χοληστερόλης με φάρμακα (Cumplings et al., 1989). Προκειμένου να αποκτήσουν μεγαλύτερη αξία τα χρήματα για την υγεία, σύμφωνα μ' αυτήν την ανάλυση, ένα σύστημα που λειτουργεί με περιορισμένους πόρους θα τα πήγαινε καλύτερα αυξάνοντας στο μέγιστο βαθμό τους πόρους για τη διακοπή του καπνίσματος πριν να επενδύσει στην ανίχνευση και τη θεραπεία της χοληστερόλης.

Η ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή. Αν τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται είναι ανακριβή, τα συμπεράσματα μπορεί να είναι λανθασμένα. Επιπλέον, η ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας μπορεί να κάνει διακρίσεις εις βάρος ανθρώπων με αναπηρίες. Είναι πιθανό οι ερευνητές να θεωρήσουν ότι αξίζει λιγότερο ένας χρόνος ζωής ενός αναπήρου απ' ό,τι θα πίστευε το ίδιο το άτομο, συνεπώς οι αναλύσεις που χρησιμοποιούν «χρόνια ζωής προσαρμοσμένα στην ποιότητα» μπορεί να εκφράζουν και μια προκατάληψη ενάντια σε άτομα με λιγότερες ικανότητες να λειτουργήσουν ανεξάρτητα (Menzel, 1992).

Ο Δρ. David Eddy (1991, 1992, 1993), σε μια σειρά προκλητικών άρθρων στο επιστημονικό περιοδικό του αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου *Journal of the American Medical Association*, έχει αναλύσει τις πρακτικές και ηθικές προκλήσεις της εφαρμογής της ανάλυσης κόστους-αποδοτικότητας στην άσκηση του λειτουργήματος της ιατρικής. Δύο από τα δοκίμια περιλαμβάνουν την περίπτωση ενός ΗΜΟ που προσπαθεί να αποφασίσει αν θα υιοθετήσει τη χρήση ρουτίνας χαμηλής οσμωτικότητας σκιαστικών ουσιών, ενός τύπου χρωστικής για ειδικές ακτινολογικές μελέτες που φέρει μικρότερο κίνδυνο πρόκλησης αλλεργικών αντιδράσεων σε σχέση με τη φθηνότερη, συμβατική χρωστική. Με τη χρήση αυτής της ουσίας για όλες τις ακτινολογικές μελέτες με χρωστική, 40 μη θανατηφόρες αλλεργικές αντιδράσεις θα

αποφεύγονταν ετησίως και το κόστος για τον οργανισμό υγείας θα ήταν 3,5 εκατομμύρια δολάρια περισσότερα ανά έτος, σε σύγκριση με τις δαπάνες για την εφαρμογή των παλαιότερα χρησιμοποιούμενων ουσιών σε περιπτώσεις ρουτίνας και τη χρήση της χαμηλής οσμωτικότητας χρωστικής μόνο για ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο αλλεργίας. Τα ίδια 3,5 εκατομμύρια δολάρια αν επενδύονταν σ' ένα διευρυμένο πρόγραμμα του οργανισμού για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου θα προλάμβαναν περίπου 100 θανάτους από καρκίνο του τραχήλου ανά έτος.

Στα πλαίσια της αναζήτησης του καλύτερου δυνατού τρόπου αξιοποίησης αυτών των πόρων, ο Eddy τονίζει αρκετά σημεία που έχουν ιδιαίτερη σχέση με τους κλινικούς ιατρούς:

1. Πρέπει να συμφωνηθεί πως οι πόροι είναι αλήθεια περιορισμένοι. Αν και η σχέση κόστους-αποδοτικότητας της χαμηλής οσμωτικότητας σκιαστικής χρωστικής και της ανίχνευσης του καρκίνου του τραχήλου είναι αρκετά διαφορετική, και τα δύο προγράμματα έχουν κάποιο όφελος (δηλαδή, δεν εκφράζουν μια ιατρική που βρίσκεται στα χαμηλά επίπεδα της καμπύλης). Αν δεν υπήρχαν περιορισμοί στους πόρους, η καλύτερη τακτική θα ήταν η επένδυση και στις δύο υπηρεσίες.
2. Αν οι πόροι είναι περιορισμένοι και πρόκειται να δημιουργηθούν αντισταθμίματα βασισμένα σε συλλογισμούς κόστους-αποδοτικότητας, αυτά τα αντισταθμίματα θα έχουν επαγγελματική νομιμότητα μόνο αν είναι ξεκάθαρο ότι οι πόροι που εξοικονομήθηκαν από την άρνηση υπηρεσιών με χαμηλή αποδοτικότητα, θα επενδυθούν εκ νέου σε υπηρεσίες με μεγαλύτερη αποδοτικότητα και δεν θα διοχετευτούν για αναποτελεσματική φροντίδα ή μεγαλύτερα κέρδη.
3. Οι ηθικές εντάσεις υπάρχουν όσον αφορά στην αύξηση στο μέγιστο δυνατό βαθμό των εκβάσεων υγείας για μια ομάδα ή πληθυσμό και για το μεμονωμένο ασθενή. Ο ακτινολόγος βιώνει το τραύμα ασθενών που υφίστανται οξείες αλλεργικές αντιδράσεις στην έγχυση σκιαστικής χρωστικής. Η πρόληψη μελλοντικών θανάτων από καρκίνο του τραχήλου σε μια απροσδιόριστη ομάδα ασθενών που δεν βρίσκονται απευθείας υπό τη φροντίδα του ακτινολόγου φαίνεται να είναι ένα αφηρημένο και μακρινό όφελος από τη δική του πλευρά· ένα όφελος που κάποιος μπορεί να αντιληφθεί πως συγκρούεται με την υποχρέωση του ακτινολόγου να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς του.

Πολλοί αναλυτές, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αμφισβητούν τις μεθόδους της ανάλυσης κόστους-αποδοτικότητας, συμφωνούν με το συμπέρασμα του Eddy πως οι ιατροί πρέπει να διευρύνουν τις απόψεις τους, για να ισορροπήσουν, τις ανάγκες των μεμονωμένων ασθενών που βρίσκονται άμεσα υπό τη φροντίδα τους, με τις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετείται από το σύστημα της υγείας, τόσο συνολικά όσο και σε σχέση με τον πληθυσμό που καλύπτει ένας ΗΜΟ (βλ. Κεφάλαιο 13). Η επαγγελματική δεοντολογία πρέπει να ενσωματώσει την ευθύνη της κοινωνίας για τη χρήση των πόρων και την υγεία του πληθυσμού, καθώς και την κλινική ευθύνη για τη φροντίδα των μεμονωμένων ασθενών (Greenlick, 1992, Hiatt, 1975).

*Η ηθική πρόταση της ομάδας εργασίας του Δρ. Worthy είναι ο ΗΜΟ να προσλάβει έναν εμπειρογνώμονα για να*

δίνει συμβουλές στον οργανισμό για τη σχετική αποδοτικότητα των διαφορετικών υπηρεσιών που προσφέρει ο οργανισμός, με σκοπό να δοθεί προτεραιότητα στις περισσότερες αποδοτικές από άποψη κόστους δραστηριότητες. Εν αναμονή της αναφοράς του εμπειρογνώμονα, η ομάδα εργασίας προτείνει ο οργανισμός να ξεκινήσει την εφαρμογή αυτής της στρατηγικής παραχωρώντας ακόμα 5 θέατρα σε κάθε ιατρικό ραντεβού ρουτίνας για τους ασθενείς που καπνίζουν, ούτως ώστε ο ιατρός, η νοσηλεύτρια ή ο ιατρικός βοηθός να έχουν χρόνο να συμβουλευθούν τους ασθενείς σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς και ξεκινώντας είκοσι τέσσερα νέα ομαδικά τμήματα με βάση την κοινότητα, σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος για τα μέλη του ΗΜΟ. Οι δαπάνες αυτών των νέων δραστηριοτήτων πρόκειται να χρηματοδοτηθούν από τον υπάρχοντα προϋπολογισμό του οργανισμού για την επέμβαση «bypass» στεφανιαίων και ο αριθμός αυτών των επεμβάσεων πρόκειται να περιοριστεί σε δώδεκα λιγότερες από αυτές που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους. Την επόμενη μέρα από τη συνεδρίαση της εκτελεστικής επιτροπής, ο διευθυντής του τομέα της εκπαίδευσης πάνω σε θέματα υγείας από τον οργανισμό έκανε το μεσημέρι το τραπέζι στον Δρ. Worthy και τον συνεχάρη για τις «πεφωτισμένες» απόψεις του. Επιστρέφοντας από το μεσημεριανό φαγητό, ο επικεφαλής του καρδιοθωρακικού τμήματος πλησιάζει τον Δρ. Worthy στο διάδρομο και του λέει, «Γιατί απλά δεν βγάζεις έξω και δεν πυροβολείς τους δώδεκα ασθενείς μου που πάσχουν από οξεία στεφανιαία νόσο; Τέλειωσε μ' αυτούς γρήγορα αντί να τους αρνούμαστε την επέμβαση που χρειάζονται και που θα τους σώσει τη ζωή».

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις εκβάσεις της υγείας και στις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας δεν είναι απλή. Η καμπύλη κόστους-οφέλους εμφανίζει μια φθίνουσα πορεία, καθώς η αυξανόμενη επένδυση των πόρων επιφέρει πιο οριακές βελτιώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Η ίδια η καμπύλη μπορεί να μετακινείται προς τα πάνω ή προς τα κάτω, ανάλογα με την αποτελεσματικότητα με την οποία αξιοποιείται ένα δεδομένο επίπεδο πόρων.

Η ιδανική μέθοδος ανάλυσης δαπανών είναι αυτή που επιτυγχάνει πρόοδο στις συνολικές εκβάσεις υγείας μέσω της «ανώδυνης» οδού της πιο αποτελεσματικής εκμετάλλευσης ενός υπάρχοντος επιπέδου πόρων. Τα παραδείγματα αυτής της προσέγγισης περιλαμβάνουν τον περιορισμό των αυξήσεων στις τιμές, τη μείωση της διοικητικής σπατάλης και την εξάλειψη των ακατάλληλων και των αναποτελεσματικών υπηρεσιών. Η «επώδυνη» ανάλυση δαπανών αντιπροσωπεύει το άλλο άκρο, όταν οι έλεγχοι στις δαπάνες επιτυγχάνονται μόνο αν θυσιάσουν ποσότητες ιατρικά ωφέλιμων υπηρεσιών. Τη δημιουργία αντισταθμισμάτων στις υπηρεσίες που βασίζονται στη σχέση κόστους-αποδοτικότητας μπορεί να την αισθάνεται κανείς ανώδυνη ή επώδυνη, ανάλογα με το τί πότεύει. Μερικοί μπορεί να βιώσουν πόνο από την άρνηση εν δυνάμει ωφέλιμων υπηρεσιών, αλλά με καθαρό όφελος για την υγεία του συνόλου του πληθυσμού μέσω πιο αποτελεσματικής αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων.

Η ανάλυση δαπανών στον αληθινό κόσμο συνήθως βρίσκεται κάπου ανάμεσα στο εντελώς ανώδυνο υπόδειγμα

και στον εντελώς επώδυνο παρία (Ginzberg, 1983, Platt, 1983). Όπως αποκαλύπτουν οι εμπειρίες του Δρ. Worthy, η εφαρμογή στην πράξη του ανώδυνου ελέγχου των δαπανών μπορεί να εμποδιστεί από πολιτικά, οργανωτικά και τεχνικά εμπόδια. Οι έλεγχοι στις τιμές μπορεί να έχουν νόημα από οικονομικής πλευράς αλλά υπάρχει το ρίσκο της έντονης αντίδρασης από τους παροχείς. Τα διοικητικά αποθέματα μπορεί να βρίσκονται σε μεγάλο βαθμό πέρα από τον έλεγχο οποιουδήποτε μεμονωμένου οργανισμού υγείας ή ομάδας παροχών και να απαιτούν γενική επιθεώρηση ολόκληρου του συστήματος υγείας. Ο προσδιορισμός και η τροποποίηση των ακατάλληλων κλινικών πρακτικών αποτελεί τρομακτικό έργο, όπως και η παραχώρηση προτεραιότητας σε υπηρεσίες βάσει της αποδοτικότητάς τους. Αλλά ενώ μπορεί να είναι δύσκολο να πετύχουμε ανώδυνο έλεγχο κόστους, λίγοι θα υποστήριζαν πως η λειτουργία του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών τώρα πλησιάζει προς ένα μέγιστο επίπεδο αποτελεσματικότητας. Οι περιοχές της χώρας με υψηλότερες δαπάνες υγείας δεν έχουν καλύτερες εκβάσεις υγείας (Fisher et al., 2003). Η μη πειστική απόδοση της χώρας σε δείκτες όπως η βρεφική θνησιμότητα και η πιθανή διάρκεια ζωής δείχνει πως ο παραγωγικός βαθμός δαπάνης για τη φροντίδα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν συνοδεύτηκε από ένα ανάλογο επίπεδο υπεροχής στην υγεία του πληθυσμού (Starfield, 2000). Η καλύτερη αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων πρέπει να αποτελεί την προτεραιότητα των στρατηγικών που εφαρμόζονται για τον έλεγχο των δαπανών στις Ηνωμένες Πολιτείες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaron H, Schwartz WB: Rationing health care: The choice before us. *Science* 1990;247:418.
- Aaron H, Schwartz WB: *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Washington, Brookings Institution, 1984.
- Brook RH, Lohr KN: Will we need to ration effective health care? *Issues Sci Tech* 1986;3:68.
- Centers for Disease Control and Prevention: Births: Preliminary Data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003;51:11.
- Chassin MR et al: Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? *JAMA* 1987;258:2533.
- Cummings SR, Rubin SM, Oster G: The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989;261:75.
- Donabedian A: Quality and cost: Choices and responsibilities. *Inquiry* 1988;25:90.
- Eddy DM: Applying cost-effectiveness analysis. *JAMA* 1992;268:2575.
- Eddy DM: Broadening the responsibilities of practitioners. *JAMA* 1993;269:1849.
- Eddy DM: The individual vs. society: Is there a conflict? *JAMA* 1991; 265:1446.
- Eisenberg JM: Clinical economics. *JAMA* 1989;262:2879.
- Eisenberg JM: *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care*. Chicago, Health Administration Press, 1986.
- Evans RG: *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto, Butterworths, 1984.
- Fisher ES et al: The implications of regional variation in Medicare spending. *Ann Intern Med* 2003;138:273.
- Fuchs VR: No pain, no gain: Perspectives on cost containment. *JAMA* 1993;269:631.

# Μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών υγείας

9

Στο Κεφάλαιο 8, αναλύθηκε η γενική σχέση ανάμεσα στις δαπάνες και τις εκβάσεις της υγείας και διερευνήθηκε η έντονη σχέση ανάμεσα στις επώδυνες και στις ανώδυνες μεθόδους ανάσχεσης των δαπανών. Στο παρόν κεφάλαιο, εξετάζονται συγκεκριμένοι μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών υγείας. Δίνεται έμφαση στη διάκριση μεταξύ των διαφορετικών μηχανισμών ελέγχου των δαπανών και στην κατανόηση του σκοπού τους και της λογικής τους. Εν συντομία, παρατίθενται στοιχεία σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι μηχανισμοί αυτοί μπορούν να επηρεάσουν το κόστος και τις εκβάσεις της υγείας.

Οι οικονομικές συναλλαγές στα πλαίσια της ιδιωτικής ή της δημόσιας ασφάλισης υγείας (βλ. Κεφάλαιο 2, Σχήματα 2-2, 2-3 και 2-4) μπορούν να χωριστούν σε δυο συνιστώσες, και πιο συγκεκριμένα στη:

1. *Χρηματοδότηση*, τη ροή των δολαρίων (ασφαλιστρά ή φόροι) από άτομα και εργοδότες στο πρόγραμμα ασφάλισης υγείας (ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας ή κυβερνητικά προγράμματα), και στην
2. *Εξόφληση*, τη ροή των δολαρίων από ασφαλιστικά προγράμματα σε ιατρούς, νοσοκομεία και άλλους παροχείς.

Οι στρατηγικές ελέγχου δαπανών μπορούν να χωριστούν σ' εκείνες που στοχεύουν στη χρηματοδότηση και σε εκείνες που επηρεάζουν τη συνιστώσα της αποζημίωσης στη ροή της χρηματοδότησης (Σχήμα 9-1 και Πίνακας 9-1).

## Έλεγχοι στη χρηματοδότηση

Οι έλεγχοι των δαπανών για χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας επιχειρούν να περιορίσουν τη ροή των κεφαλαίων στα προγράμματα ασφάλισης υγείας, με την προσδοκία πως τα προγράμματα αυτά θα «αναγκαστούν» να τροποποιήσουν τη ροή της εξόφλησης. Οι έλεγχοι στη χρηματοδότηση είναι δύο ειδών: ρυθμιστικοί και ανταγωνιστικοί.

## Ρυθμιστικές στρατηγικές

*Ο Dieter Arbeiter, ένας ξυλουργός στο Βερολίνο της Γερμανίας είναι εγγεγραμμένος σ' ένα από τα ασφαλιστικά προγράμματα της χώρας του, στο «κεφάλαιο ασθενείας» ("sick fund") που παρέχεται από τη Συντεχνία των Ξυλουργών. Κάθε μήνα, ο Dieter καταβάλλει το 7% του μισθού του στο κεφάλαιο ασθενείας και ο εργοδότης συνεισφέρει μ' ένα ισότιμο 7%. Η γερμανική ομοσπονδιακή*

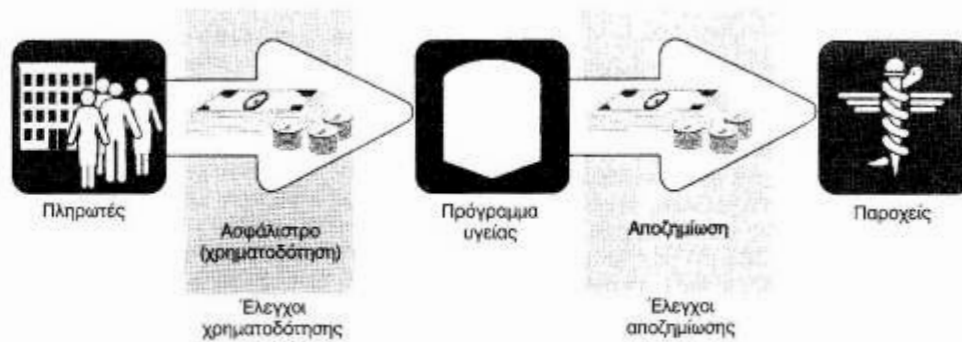
*κυβέρνηση ρυθμίζει τους φορολογικούς συντελεστές για τη μισθοδοσία. Όταν η κυβέρνηση προτείνει την αύξηση του συντελεστή σε 8%, ο Dieter και οι συνάδελφοί του κάνουν πορεία προς το κτίριο του κοινοβουλίου για να διαμαρτυρηθούν για την αύξηση. Η κυβέρνηση υποχωρεί και ο συντελεστής παραμένει 7%. Συνεπώς, οι αμοιβές των ιατρών δεν αυξάνονται εκείνη τη χρονιά.*

Σε χώρες με ασφάλιση υγείας που χρηματοδοτείται από φόρους, η κυβερνητική ρύθμιση των φόρων λειτουργεί ως ένας έλεγχος στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Αυτός ο ρυθμιστικός έλεγχος είναι πιο φανερός όταν ορισμένα κεφάλαια φόρων προορίζονται για την ασφάλιση υγείας, όπως στην περίπτωση των γερμανικών ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας (βλ. Κεφάλαιο 14) ή του Μέρους Α του προγράμματος Medicare στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στα πλαίσια αυτών των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, μια αύξηση στις δαπάνες υγείας απαιτεί σαφή νομοθεσία για να αυξηθεί ο συντελεστής των φόρων που προορίζονται για την ασφάλιση υγείας. Η δημόσια «αντιπάθεια» στις αυξήσεις των φόρων μπορεί να λειτουργήσει ως πολιτικό φρένο ενάντια στον πληθωρισμό της φροντίδας υγείας.

Ένα κάπως διαφορετικό μοντέλο χρηματοδοτικής ρύθμισης παρουσιάστηκε στα πλαίσια της πρότασης του 1994 για τη φροντίδα υγείας του Προέδρου Κλίντον (που ποτέ δεν πέρασε). Αυτή η πρόταση απαιτούσε κυβερνητική ρύθμιση των ασφαλιστρών που καταβάλλονταν στα ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας (Starr & Zelman, 1993).

## Πίνακας 9-1. Κατηγορίες ελέγχων στις δαπάνες.

Έλεγχοι στη χρηματοδότηση
Ρυθμιστικοί: όρια σε φόρους ή ασφαλιστρά
Ανταγωνιστικοί
Έλεγχοι στην αποζημίωση
Έλεγχοι στις τιμές
Ρυθμιστικοί
Ανταγωνιστικοί
Έλεγχοι πληρωμών (ποσότητα)
Σύνθετες μονάδες πληρωμής: κατά κεφαλήν αποζημίωση,
διαγνωστικές ομάδες, σφαιρικοί προϋπολογισμοί
Κατανομή των δαπανών των ασθενών
Έλεγχοι πληρωμών
Όρια στις παροχές
Μικτοί έλεγχοι



**Σχήμα 9-1.** Μηχανισμοί ελέγχου δαπανών μπρούν να εφαρμοστούν και στη χρηματοδοτική και την εξοφλητική συνιστώσα των δαπανών ιατρικής φροντίδας στα πλαίσια ενός συστήματος ασφάλειας υγείας.

### Ανταγωνιστικές στρατηγικές

Μια εναλλακτική πρόταση των Ηνωμένων Πολιτειών για την ανάσχεση των δαπανών υγείας επιχειρεί να ελέγξει τη ροή της χρηματοδότησης μέσω μιας ανταγωνιστικής στρατηγικής. Η βασική πρόταση των ανταγωνιστικών στρατηγικών χρηματοδότησης είναι να αποκτήσουν οι εργοδότες μεγαλύτερη επίγνωση των δαπανών στις αγοραστικές αποφάσεις τους. Τα προγράμματα ασφάλισης υγείας θα ενθαρρύνονταν να ανταγωνίζονται με βάση την τιμή, με τα λιγότερο ακριβά προγράμματα να ανταμειβονται με μεγαλύτερο αριθμό μελών. Αντί να υπάρχει μια κυβερνητική υπηρεσία για να ρυθμίζει τη χρηματοδότηση, η ανταγωνιστική αγορά θα πιέζε τα προγράμματα να συγκρατήσουν τις τιμές των ασφαλιστρών τους και τις συνολικές δαπάνες.

*Ο Giovanni Costa εργάζεται για την General Auto (GA). Βρισκόμαστε στο 1985 και αυτός και η οικογένειά του έχουν ασφάλιση υγείας Blue Cross που καλύπτει τις περισσότερες υπηρεσίες του παροχέα φροντίδας υγείας της επιλογής του, με κανένα αφαιρετέο ποσό. Ο Giovanni δεν γνωρίζει πόσο κοστίζει το πρόγραμμα υγείας του επειδή η GA πληρώνει το ασφαλιστρο. Μια φορά ρώτησε το φίλο του στο τμήμα υπαλλήλικών επιδομάτων αν η εταιρεία ανησυχούσε για τις δαπάνες της ασφάλισης υγείας. «Είναι πρόβλημα», του είπαν, «αλλά δεν είναι πολύ άσχημα τα πράγματα γιατί τα δικά μας ασφαλιστρα είναι αφαιρετέα ποσά από τους φόρους για την εταιρεία. Επίσης, αν σας δίνανε υψηλότερο μισθό, θα έπρεπε να καταβάλλετε φόρους γι' αυτόν το μισθό αλλά αν σας παρέχουμε καλύτερη κάλυψη για τη φροντίδα υγείας, δεν πληρώνετε φόρους για την αξία αυτής της κάλυψης. Έτσι, είμαστε και οι δύο καλύτερα παρέχοντας γενναιοδωρα επιδόματα για ασφάλιση υγείας. Όταν φτάνουμε σ' αυτό το σημείο, η κυβέρνηση καταβάλλει ένα μέρος αυτών των ασφαλιστρών».*

Όταν σκεφτόμαστε ανταγωνιστικές στρατηγικές που επιχειρούν να κάνουν τους αγοραστές να αποκτήσουν μεγαλύτερη ευαισθησία στο ζήτημα των τιμών, είναι σημαντικό να σκεφτούμε ποιά είναι στ' αλήθεια το άτομο που προβαίνει σε ασφάλιση υγείας. Για την ασφάλιση υγείας που παρέχεται από τον εργοδότη το άτομο αυτό είναι ο εργοδότης που επιλέγει ποιά προγράμματα υγείας θα προσφέρει στους υπαλλήλους ή ο μεμονωμένος υπάλληλος που αποφασίζει να εγγραφεί σ' ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα;

Όπως συμβαίνει στην περίπτωση του Giovanni Costa και της GA, η απάντηση συχνά είναι η εξής: και οι δύο, γιατί η GA επιλέγει ποιά προγράμματα θα προσφέρει στους υπαλλήλους και ποιά μέρος του ασφαλιστρο να επιδοτήσει και ο Giovanni επιλέγει ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα από εκείνα που του προσφέρει η GA.

Από ιστορικής πλευράς, αρκετοί παράγοντες έχουν επηρεάσει αρνητικά τη μελέτη της τιμής και από την πλευρά των εργοδοτών και από την πλευρά των εργαζομένων στο ζήτημα της αγοράς ασφάλισης υγείας (Enthoven, 1993). Για τους υπαλλήλους, το γεγονός πως οι εργοδότες συνήθως συμπληρώνουν την επιταγή για να αγοράσουν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας των υπαλλήλων έχει απαλλάξει τους ασφαλισμένους υπαλλήλους από αυτά τα έξοδα. Οι υπάλληλοι θεωρούν τα ασφαλιστρα υγείας δαπάνη για τον εργοδότη παρά δαπάνη που επιβαρύνει τους ίδιους. Στη πραγματικότητα, πολλοί υπάλληλοι μπορεί να λάβαιναν υψηλότερο μισθό αν οι δαπάνες της ασφάλισης υγείας ήταν χαμηλότερες αλλά οι υπάλληλοι γενικά δεν αντιλαμβάνονται τα επιδόματα ασφάλισης υγείας ως έναν προκαθορισμένο μισθό.

Επιπλέον, η ομοσπονδιακή πολιτική της αντιμετώπισης των επιδομάτων φροντίδας υγείας ως μη φορολογητέων και για τον εργαζόμενο και για τον εργοδότη, ωφελεί οικονομικά τον εργαζόμενο, αφού λαμβάνει γενναιοδωρα επιδόματα για τη φροντίδα του και μειώνει το βάρος της πληρωμής τέτοιων επιδομάτων από την πλευρά του εργοδότη. Ένα δολάριο που συνεισφέρει απευθείας ο εργοδότης σ' ένα πρόγραμμα υγείας χρηματοδοτεί σε μεγαλύτερο βαθμό την ασφάλιση υγείας σε σχέση με ένα δολάριο στο μισθό που σε πρώτο στάδιο φορολογείται ως εισόδημα και σε δεύτερη φάση δαπανάται από τον υπάλληλο για την ασφάλιση υγείας. Αυτή η δυναμική προστάτευσε τους υπαλλήλους από την αληθινή τιμή της ασφάλισης υγείας και τους έδωσε ελάχιστα κίνητρα για να έχουν συναίσθηση του κόστους ως καταναλωτές όταν επιλέγουν ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα.

Για τους εργοδότες, ο πληθωρισμός των ασφαλιστρών υγείας τη δεκαετία του 1950 και του 1960 αποτελούσε αποδεκτό κομμάτι των συναλλαγών, όταν η οικονομία άνθιζε και οι δαπάνες από την ασφάλιση υγείας αποτελούσαν μόνο μικρό τμήμα των συνολικών δαπανών από τις συναλλαγές. Ωστόσο, καθώς οι ασφαλιστικές δαπάνες συνέχιζαν να κινούνται ανοδικά και η οικονομική ανάπτυξη παρουσίασε επιβράδυνση τη δεκαετία του 1980 και τα πρώτα χρόνια του 21<sup>ου</sup> αιώνα, οι εργοδότες έγιναν πιο δραστήριοι στην

προσέγγισή τους προς τις δαπάνες για ασφάλιση υγείας (βλ. Κεφάλαιο 16).

*Βρισκόμαστε στο 2000 και η GA τώρα προσφέρει στο Giovanni Costa τρεις επιλογές ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας: το πρόγραμμα του οργανισμού υγείας κοστίζει 300 δολάρια το μήνα, και η GA καταβάλλει το 80% και ο Giovanni το 20%, το πρόγραμμα του οργανισμού που συμβάλλεται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία αξίζει 400 δολάρια το μήνα και το πρόγραμμα που βασίζεται στην καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες κοστίζει 500 δολάρια το μήνα. Αν ο Giovanni επιλέξει το πρόγραμμα του οργανισμού υγείας, η GA καταβάλλει 240 δολάρια (80%) και αυτός 60 δολάρια (20%). Αν υπογράψει για το πρόγραμμα του οργανισμού που συμβάλλεται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία και κοστίζει 400 δολάρια, η GA και πάλη καταβάλλει 240 δολάρια (80% του προγράμματος με το πιο χαμηλό κόστος) και αυτός πρέπει να πληρώσει 160 δολάρια. Αν θέλει να επιλέξει το πρόγραμμα που βασίζεται στην καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η GA πληρώνει μόνο 240 δολάρια και ο Giovanni 260. Η GA διαπραγματεύτηκε και με τα τρία προγράμματα υγείας πως τα επίπεδα των ασφαλιστρών θα ήταν «παγωμένα» στους συντελεστές του 1995 για τα επόμενα τρία χρόνια. Ένα τέταρτο πρόγραμμα που προηγουμένως πρόσφερε η GA αρνήθηκε να συμφωνήσει μ' αυτόν τον όρο και η GA το απέσυρε από την ομάδα επιδομάτων για τους υπαλλήλους. Μετά το 2000, όμως, τα τρία προγράμματα υγείας απαιτήσαν αυξήσεις ασφαλιστρών της τάξης του 12% ανά έτος και η δαπάνη της GA ανέβηκε και γι' αυτήν και για το Giovanni.*

Η ανταγωνιστική προσέγγιση στη χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, που σταδιακά αναπτύσσεται στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενθαρρύνει και τον εργοδότη και τον υπάλληλο προς την αγορά που γίνεται με ευαισθησία προς τις τιμές. Για τους εργοδότες, η ανταγωνιστική στρατηγική καλεί τις επιχειρήσεις να γίνουν πιο επιθετικές στις διαπραγματεύσεις τους με προγράμματα υγείας στο ζήτημα των συντελεστών των ασφαλιστρών. Οι εργοδότες «παζαρεύουν» πιο ενεργά και προσφέρουν στους υπαλλήλους μόνο προγράμματα που κρατάνε τους συντελεστές τους κάτω από ένα ορισμένο επίπεδο. Επιπλέον, οι εργοδότες κάνουν τους υπαλλήλους να έχουν περισσότερη επίγνωση του κόστους όταν επιλέγουν ένα πρόγραμμα υγείας, περιορίζοντας το ποσό του ασφαλιστρου που θα καταβάλει ο εργοδότης. Αντί να πληρώνουν ολόκληρο το ασφαλιστρο ή το μεγαλύτερο μέρος αυτού, πολλοί εργοδότες προσφέρουν σταθερή επιχορήγηση ασφάλισης -που συχνά ενσωματώνεται στο κόστος του πιο φθηνού προγράμματος υγείας- και υποχρεώνουν τους υπαλλήλους που επιλέγουν πιο δαπανηρά προγράμματα να πληρώνουν το επιπλέον ποσό. Ο οικονομολόγος Alain Enthoven, ένας από τους κύριους υποστηρικτές της ανταγωνιστικής προσέγγισης, ονόμασε αυτήν τη στρατηγική «ελεγχόμενο ανταγωνισμό» ("managed competition") (Enthoven & Kronick, 1989, Enthoven 2003). Η στρατηγική επίσης είναι γνωστή και ως η προσέγγιση της «καθορισμένης συνεισφοράς» (βλ. Κεφάλαιο 16).

Καταφέρνει η εξελισσόμενη ανταγωνιστική προσέγγιση να ελέγχει τις δαπάνες; Κατά τη διάρκεια της επιβράδυνσης του ρυθμού των δαπανών υγείας, η αύξηση στα ασφαλιστρα φαίνεται να είναι πιο αργή σε πιο ανταγωνιστικές αγορές (Zwanziger & Melnick, 1996). Μερικοί σημαντικοί

εργοδότες σε πολιτείες όπως η Καλιφόρνια απέσπασαν διευκολύνσεις από μεγάλους ΗΜΟs για να μειώσουν τα ασφαλιστρά τους στα μέσα της δεκαετίας του 1990 (Enthoven & Singer, 1996). Ωστόσο, από το 2000 μέχρι το 2003, η τιμή των ασφαλιστρών υγείας αυξήθηκε κατά 10%-14% ανά έτος (Gabel et al., 2003). Ο Enthoven υποστηρίζει ότι ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός ποτέ δεν καθιερώθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες και δεν μπορεί να κατηγορηθεί για την ανανεωμένη ραγδαία αύξηση στις δαπάνες (Enthoven, 2003). Αυτοί που ασκούν κριτική στον ανταγωνισμό υποστηρίζουν πως οι ασφαλιστικές εταιρείες αναπόφευκτα θα συμπεριφέρονται με τρόπους που θα υπερβούν την ικανότητα της αγοράς να παράγει ένα πιο αποτελεσματικό και λιγότερο δαπανηρό σύστημα υγείας. Μετά το 1998, πολλές μητροπολιτικές περιοχές κυριαρχήθηκαν από μερικούς μεγάλους ομίλους οργανισμών υγείας που κατάφεραν να αποσπάσουν αυξανόμενα ασφαλιστρα από τους εργοδότες (Pauly et al., 2002). Επιπλέον, ήταν ευκολότερο για τα ασφαλιστικά προγράμματα να ανταγωνίζονται την αγορά μέσω της επιλογής μελών χαμηλού κόστους, παρά υποχρεώνοντας τους παροχείς να προσφέρουν ένα προϊόν χαμηλότερου κόστους και υψηλότερης ποιότητας. Μελέτες έχουν δείξει πως οι ανταγωνιζόμενοι οργανισμοί υγείας του προγράμματος Medicare χρησιμοποίησαν με ακρίβεια αυτήν τη στρατηγική (Berenson, 2001, U.S. General Accounting Office, 1997).

Αν ο ανταγωνισμός μπορούσε να επιτύχει ανάσχεση των δαπανών, το αποτέλεσμα θα ήταν επώδυνος ή ανώδυνος έλεγχος δαπανών; Μια βασική ανησυχία σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις που προορίζονται για την αγορά είναι πως όποιος «πόνος» και αν δημιουργούνταν όσον αφορά την ανεκτή κατάσταση της υγείας, αυτόν θα τον βίωναν πιο έντονα τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα. Στα πλαίσια του ανταγωνισμού, τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα θα ήταν πιο πιθανό να πληρώνουν τις δαπάνες των επιπλέον ασφαλιστρών για να εγγραφούν σε πιο ακριβά προγράμματα υγείας, ενώ τα άτομα με λιγότερα εισοδήματα δεν θα μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά τα επιπλέον ασφαλιστρα και θα υποβιβάζονταν στα προγράμματα με χαμηλότερο κόστος. Αν η διαφορά στις τιμές των ασφαλιστρών για τα διάφορα προγράμματα ήταν μεγάλη, τα μέλη των προγραμμάτων χαμηλότερου κόστους ίσως λάμβαναν φροντίδα κατώτερης ποιότητας και ίσως εμφάνιζαν χειρότερες εκβάσεις υγείας.

### Οι αδυναμίες των ελέγχων στη χρηματοδότηση

Για να είναι αποτελεσματικοί οι έλεγχοι των δαπανών -είτε ρυθμιστικοί είτε ανταγωνιστικοί- στη χρηματοδοτική πλευρά της εξίσωσης της φροντίδας υγείας, αυτές οι στρατηγικές σε τελευταία ανάλυση πρέπει να επιφέρουν μειώσεις στη ροή των κεφαλαίων όσον αφορά στην εξόφληση. Μια κυβέρνηση μπορεί να προσπαθήσει να περιορίσει το επίπεδο των φόρων που προορίζονται για τη φροντίδα υγείας. Όμως, αν οι πληρωμές στους ιατρούς, στα νοσοκομεία και τους άλλους παροχείς συνεχίζουν να αυξάνονται ραγδαία, η δυσαναλογία ανάμεσα στο επίπεδο χρηματοδότησης και στο επίπεδο εξόφλησης θα δημιουργήσει ελλείμματα στον προϋπολογισμό και τελικά θα αναγκάσει την κυβέρνηση να αυξήσει τους φόρους. Κατά παρόμοιο τρόπο, στα πλαίσια του ανταγωνισμού, οι ασφαλιστές υγείας θα επιχειρήσουν να συγκρατήσουν τις αυξήσεις των ασφαλιστρών για να



κερδίσουν περισσότερους πελάτες. Αν όμως αυτά τα προγράμματα υγείας δεν μπορούν να ελέγξουν με επιτυχία τί πληρώνουν σε νοσοκομεία, ιατρούς, φαρμακεία και άλλους παροχείς, τότε οι ασφαλιστές θα αναγκαστούν να αυξήσουν τα ασφάλιστρά τους και η ανταγωνιστική ανακούφιση από τον πληθωρισμό των υπηρεσιών υγείας θα αποδειχτεί ασύλληπτη, όπως αποδεικνύεται από την αναγέννηση του πληθωρισμού των δαπανών για την υγεία μετά το 1998. Όσον αφορά στην αποζημίωση, οι κυβερνήσεις χωρών με χρηματοδοτούμενα από το δημόσιο ασφαλιστικά προγράμματα δεν ρυθμίζουν απλά τη χρηματοδότηση της φροντίδας αλλά εμπλέκονται ενεργά στον έλεγχο της αποζημίωσης του παροχέα. Ο ανταγωνισμός θα επιβάρυνε τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας -αντί για μια δημόσια υπηρεσία- για να ρυθμίσουν τις δαπάνες αποζημίωσης. Τώρα θα εξετάσουμε τις επιλογές που είναι διαθέσιμες στους ιδιώτες ασφαλιστές ή στην κυβέρνηση για τον έλεγχο της ροής κεφαλαίων στη συναλλαγή της αποζημίωσης.

## ΕΛΕΓΧΟΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ

Στο Κεφάλαιο 8, κάναμε διάκριση ανάμεσα στις τιμές (Τ) και στις ποσότητες (Π) των δαπανών υγείας. Επειδή το κόστος ισούται με την τιμή πολλαπλασιασμένη με την ποσότητα

$$K = T \times \Pi,$$

οι στρατηγικές για τον έλεγχο των δαπανών όσον αφορά στην αποζημίωση μπορούν πρωταρχικά να στοχεύουν είτε στις τιμές είτε στις ποσότητες (βλ. Πίνακα 9-1).

### Έλεγχος στις τιμές

*Στα πλαίσια του προγράμματος Medicaid της Καλιφόρνια που βασίζεται στην καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η εξόφληση του Δρ. Vincent Lo για μια επίσκεψη ρουτίνας στο ιατρείο έχει παραμείνει στα 16 δολάρια τα τελευταία 8 χρόνια.*

*Το πρόγραμμα Medicare μείωσε την αμοιβή του Δρ. Ernesto Ojo για επέμβαση καταρράκτη από 1.600 σε 900 δολάρια.*

*Αντί να πληρώνει σ' όλη τα νοσοκομεία της περιοχής την τρέχουσα τιμή της μαγνητικής τομογραφίας του εγκεφάλου (1.200 δολάρια), ο οργανισμός υγείας Apple a Day συμβάλλεται μόνο μ' εκείνα τα νοσοκομεία που συμφωνούν να πραγματοποιούν τομογραφίες για 800 δολάρια και δεν θα επιτρέψει στους ασθενείς του να κάνουν τις τομογραφίες σε κανένα άλλο νοσοκομείο.*

*Το Νοσοκομείο Metropolitan θέλει συμβόλαιο με τον οργανισμό Apple a Day με τιμή 1.400 δολάρια ανά ημέρα. Επειδή ο οργανισμός αυτός μπορεί να παρέχει νοσηλεία στους ασθενείς του στο Νοσοκομείο Crosstown για 1.100 δολάρια την ημέρα, το Metropolitan δεν έχει άλλη επιλογή από το να μειώσει την ημερήσια τιμή του προς τον Apple a Day στα 1.100 δολάρια για να πάρει το συμβόλαιο. Με τη σειρά του, το Metropolitan, για να αναπληρώσει το έλλειμμα των 300 δολαρίων ανά ημέρα, αυξάνει τις χρεώσεις του σε αρκετούς άλλους ιδιωτικούς ασφαλιστές.*

Στον Καναδά και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, μια δημόσια ή σχεδόν δημόσια υπηρεσία ρυθμίζει ένα

ομοιόμορφο πρόγραμμα αμοιβών για τις πληρωμές των ιατρών και των νοσοκομείων. Συχνά, γίνονται διαπραγματεύσεις ανάμεσα στους πληρωτές (πληρωτής είναι ο γενικός όρος που περιλαμβάνει και τους αγοραστές και τους ασφαλιστές- βλ. Κεφάλαιο 16) και τους επαγγελματικούς οργανισμούς όσον αφορά στην καθιέρωση αυτών των προγραμμάτων αμοιβών (Glaser, 1991, Evans et al., 1989). Τα προγράμματα αμοιβών που καθορίζονται από τον πληρωτή είναι λιγότερο συνηθισμένα στις Ηνωμένες Πολιτείες, αν και όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 4, το Medicare, το Medicaid και πολλά προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης αντικατέστησαν τις «συνήθεις και λογικές» ιατρικές αμοιβές με προκαθορισμένες τιμές για συγκεκριμένες υπηρεσίες. Οι ανταγωνιστικές προσεγγίσεις στον έλεγχο των τιμών επιχειρήθηκαν επίσης στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τη δεκαετία του 1980, η Καλιφόρνια εισήγαγε την ανταγωνιστική προσφορά μεταξύ των νοσοκομείων για συμβόλαια Medicaid τα οποία τελικά προσφέρονταν σε νοσηλευτικά ιδρύματα με χαμηλότερες χρεώσεις την ημέρα. Πολλά προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης επίσης εφάρμοσαν την ανταγωνιστική προσφορά για να διαπραγματευτούν μειώσεις στις αμοιβές ιατρών και νοσοκομείων.

Ο έλεγχος των τιμών είχε κάποια περιορισμένη επιτυχία στη συγκράτηση της αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας. Ο χαμηλότερος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας στον Καναδά σε σύγκριση μ' εκείνον των Ηνωμένων Πολιτειών έχει αποδοθεί στη ρύθμιση των αμοιβών των ιατρών στον Καναδά (Evans et al., 1989, Welch et al., 1996). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι πολιτείες που εφάρμοζαν είτε σε μεγάλο βαθμό ρυθμισμένες προσεγγίσεις είτε υψηλά ανταγωνιστικές προσεγγίσεις ελέγχου τιμών των νοσοκομειακών υπηρεσιών εμφάνισαν πιο αργούς ρυθμούς συνολικού πληθωρισμού νοσοκομειακών δαπανών σε σχέση με τις πολιτείες που δεν εφάρμοζαν καμία από τις δυο στρατηγικές ανάσχεσης των δαπανών (Zwanziger & Melnick, 1996). Όμως, δύο σοβαρά προβλήματα περιορίζουν την ισχύ των ελέγχων στις τιμές για την ανάσχεση του συνόλου των δαπανών, ιδιαίτερα όταν οι τιμές ρυθμίζονται στο επίπεδο της καταβολής αμοιβής κατά πράξη.

1. Το πρώτο πρόβλημα προκύπτει όταν οι έλεγχοι στις τιμές εφαρμόζονται αποσπασματικά από διαφορετικούς πληρωτές. Παροχείς, όπως το Νοσοκομείο Metropolitan, συχνά αντιδρούν στους ελέγχους των τιμών που επιβάλλονται από έναν πληρωτή αυξάνοντας τις χρεώσεις σε άλλους πληρωτές που εφαρμόζουν λιγότερο περιοριστικές πολιτικές στις αμοιβές - ένα φαινόμενο γνωστό ως μετατόπιση του κόστους. Το πρόβλημα της μετατόπισης του κόστους μπορεί να αποφευχθεί όταν χρησιμοποιείται ομοιόμορφο πρόγραμμα αμοιβών από όλους τους πληρωτές (όπως στη Γερμανία) ή από έναν πληρωτή (όπως στον Καναδά). Η δύναμη της μετατόπισης του κόστους μπορεί επίσης να μειωθεί από μια υψηλά ανταγωνιστική αγορά στην οποία οι πληρωτές είναι εξίσου προσηλωμένοι στη διαπραγμάτευση χαμηλότερων τιμών και τον περιορισμό του αριθμού των προγραμμάτων που είναι πρόθυμα να απορροφήσουν υψηλότερες τιμές για να αντισταθμίσουν μειώσεις που γίνονται σε άλλους πληρωτές.
2. Ακόμα και όταν εφαρμόζονται ομοιόμορφα προγράμματα τιμών, υπάρχουν αποδείξεις πως η ποσότητα των υπηρεσιών αυξάνεται ιδιαίτερα ραγδαία όταν οι τιμές ελέγχονται αυστηρά, γεγονός που οδηγεί μερικούς

αναλυτές στο συμπέρασμα ότι οι παροχές αντιδρούν στους ελέγχους των αμοιβών, προκαλώντας αυξημένη χρήση των υπηρεσιών για να διατηρούν κέρδη (Rice & Labelle, 1989).

Οι έλεγχοι των τιμών είναι ελκυστικοί γιατί είναι μια σχετικά ανώδυνη μορφή ελέγχου των δαπανών, στο βαθμό που δεν περιορίζουν την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όμως, η έλλειψη ομοιομορφίας στην εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την πρόσβαση στην φροντίδα για ορισμένες ομάδες πολιτών. Οι αμοιβές του Medicaid για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρών είναι πολύ πιο χαμηλές σε σχέση με τις τιμές της ιδιωτικής ασφάλισης στις περισσότερες πολιτείες, γεγονός που δυσκολεύει πολλούς ασθενείς του Medicaid να βρουν ιδιώτες ιατρούς πρόθυμους να τους αναλάβουν. Σε χώρες όπου εφαρμόζονται ομοιόμορφα προγράμματα αμοιβών, έχουν εκφραστεί ανησυχίες πως η απόλυτη μείωση των αμοιβών μπορεί να οδηγήσει σε αναστάτωση των ασθενών (μεγάλες ποσότητες σύντομων επισκέψεων), κάτι που θα έχει ως επακόλουθο την επιδείνωση στην ποιότητα της φροντίδας και την έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών.

### Έλεγχοι στη χρήση (ποσότητα)

Επειδή η αποτελεσματικότητα των ελέγχων στις τιμές μπορεί να περιορίζεται από αυξήσεις στις ποσότητες των υπηρεσιών, οι πληρωτές χρειάζεται να σκέφτονται μεθόδους συγκράτησης της πραγματικής χρήσης υπηρεσιών. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 9-1, υπάρχει ποικιλία μεθόδων βάσει των οποίων μπορεί να επιτευχθεί έλεγχος της χρήσης. Εξετάζεται μία στρατηγική, η αλλαγή της μονάδας πληρωμής που αναφέρθηκε για πρώτη φορά στο Κεφάλαιο 4. Κατόπιν περιγράφονται συμπληρωματικοί μηχανισμοί που επιχειρούν να συγκρατήσουν την ποσότητα των υπηρεσιών.

#### ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

*Ο Δρ. John Wiley είναι αναστατωμένος γιατί ο ΡΡΟ με τον οποίο συνεργάζεται μειώνει την αμοιβή του από 35 σε 30 δολάρια ανά επίσκεψη. Για να διατηρήσει το εισόδημά του, παρατείνει την ημέρα του κατά μισή ώρα για να μπορέσει να προγραμματίσει περισσότερες επισκέψεις ασθενών.*

*Η Δρ. Jane Stuckey είναι θυμωμένη γιατί ο ΗΜΟ μειώνει την κατά κεφαλήν πληρωμή της από 12 σε 10 δολάρια ανά ασθενή το μήνα. Δεν μπορεί να διατηρήσει το εισόδημά της εξετάζοντας περισσότερους ασθενείς, γιατί οι περισσότερες επισκέψεις ασθενών δεν της αποφέρουν περισσότερα χρήματα. Ελπίζει πως περισσότεροι ασθενείς του οργανισμού θα εγγραφούν στη λίστα των ασθενών της ούτως ώστε να μπορεί να λαμβάνει περισσότερες κατά κεφαλήν πληρωμές.*

Ένας απλός τρόπος για να ελέγξουμε τον παράγοντα της ποσότητας είναι ο αναπροσδιορισμός της μονάδας πληρωμής. Στο Κεφάλαιο 4, αναλύθηκε ο τρόπος με τον οποίο οι υπηρεσίες μπορούν να ενωθούν σε πιο σύνθετες μονάδες πληρωμής, όπως η κατά κεφαλήν αμοιβή των ιατρών και η αμοιβή του νοσοκομείου με βάση το επείσοδο ασθενείας και τη διαγνωστική ομάδα. Όσο πιο ενιαία είναι η μονάδα πληρωμής τόσο πιο προβλέψιμη τείνει να είναι η ποσότητα. Παραδείγματος χάριν, στην περίπτωση του Δρ. Wiley που λαμβάνει αμοιβή για κάθε υπηρεσία που προσφέρει,

υπάρχει μεγάλο ενδεχόμενο να αυξηθούν οι δαπάνες λόγω αυξήσεων στον αριθμό των επισκέψεων στον ιατρό, των χειρουργικών επεμβάσεων και των διαγνωστικών εξετάσεων. Όταν η πληρωμή είναι κατά κεφαλήν, όπως στην περίπτωση της Δρ. Stuckey, η ποσότητα δεν ορίζεται από τον αριθμό των επισκέψεων αλλά μάλλον από τον αριθμό των ατόμων που εγγράφονται στη λίστα ενός ιατρού ή σ' ένα πρόγραμμα. Από την πλευρά ενός προγράμματος υγείας, ο τύπος  $K = T \times \Pi$  ακόμα βρίσκει εφαρμογή όταν οι ιατροί πληρώνονται κατά κεφαλήν αλλά τώρα  $T$  είναι η κατά κεφαλήν αμοιβή και  $\Pi$  ο αριθμός των ατόμων που καλύπτονται. Οι ιατροί όμως, δεν προβληματίζονται ιδιαίτερα προκειμένου να προκαλέσουν μεγαλύτερες «ποσότητες» στο επίπεδο της κατά κεφαλήν πληρωμής για το σύνολο του συστήματος υγείας. Κατά παρόμοιο τρόπο, στα πλαίσια του σφαιρικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων, το  $T$  αντιπροσωπεύει το μέσο σφαιρικό προϋπολογισμό ανά νοσοκομείο και το  $\Pi$  τον αριθμό των νοσοκομείων.

Η μετατόπιση της πληρωμής σε μια πιο σύνθετη μονάδα είναι φανερά ελκυστική ως ένας τρόπος αντίδρασης των πληρωτών στον πληθωρισμό του κόστους λόγω του παράγοντα της ποσότητας. Όμως η ζωή δεν είναι ποτέ τόσο απλή. Στο Κεφάλαιο 4, αναλύθηκε ο τρόπος με τον οποίο οι πιο σύνθετες μονάδες πληρωμής μεταβιβάζουν τον οικονομικό κίνδυνο στους παροχείς της φροντίδας. Άλλος ένας τρόπος περιγραφής αυτής της μετατόπισης κινδύνου είναι να θεωρήσουμε πως η λύση που βρίσκει ένα άτομο στο πρόβλημα της ποσότητας γίνεται το νέο πρόβλημα ποσότητας ενός άλλου ατόμου. Ένα νοσοκομείο που πληρώνεται από τον σφαιρικό προϋπολογισμό αντί να υπάρχει αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, πρέπει να ελέγχει τις δικές του εσωτερικές ποσότητες υπηρεσιών από φόβο μήπως αυτές οδηγήσουν το νοσοκομείο σε δαπάνες που υπερβαίνουν τον προϋπολογισμό. Στο βαθμό που οι παροχείς δεν επιτυγχάνουν τη διαχείριση των πόρων σύμφωνα με περισσότερο σφαιρικές μορφές πληρωμής, οι πιέσεις αυξάνονται, για να αυξηθούν με τη σειρά τους και οι τιμές που καταβάλλονται σ' αυτές τις πιο σύνθετες μονάδες πληρωμής.

Οι αλλαγές στις πολιτικές για τις μονάδες πληρωμής σπάνια συμβαίνουν ανεξάρτητα από άλλες μεταρρυθμίσεις στις στρατηγικές ελέγχου των δαπανών, γεγονός που καθιστά δύσκολη την απομόνωση των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων από την αλλαγή της μονάδας πληρωμής. Παραδείγματος χάριν, η κατά κεφαλήν πληρωμή των ιατρών συνήθως λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο άλλων οργανωτικών στοιχείων και χαρακτηριστικών ελέγχου των δαπανών σ' ένα πρόγραμμα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας. Μια μεγάλη μελέτη σε δείγμα 300 ΗΜΟs χρησιμοποίησε στατιστικές τεχνικές στην απόπειρά της να απομονώσει τα αποτελέσματα από τις διαφορετικές μονάδες πληρωμής των ιατρών από τα αποτελέσματα άλλων χαρακτηριστικών στοιχείων των οργανισμών υγείας (Hillman et al., 1989). Σύμφωνα με τη μελέτη, σε σύγκριση με την αποζημίωση κατά πράξη, τόσο η κατά κεφαλήν πληρωμή όσο και η πληρωμή με μισθό συνδεόταν με χαμηλότερα ποσοστά νοσηλείας των οργανισμών υγείας. Οι περισσότερες καλά τεκμηριωμένες μελέτες πάνω στην πληρωμή των ιατρών συνήθως ανακαλύπτουν πως οι ιατροί ασκούν ένα λιγότερο δαπανηρό είδος ιατρικής όταν πληρώνονται κατά κεφαλήν αντί όταν αμείβονται για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία (Hellinger, 1996).

Για τα νοσοκομεία, η αλλαγή που συντελέστηκε το 1983 όσον αφορά στις πληρωμές του Medicare από το σύστημα

καταβολής αμοιβής κατά πράξη στο σύστημα αμοιβής ανά επεισόδιο ασθένειας σύμφωνα με τη διαγνωστική ομάδα κατέληξε σε μια συγκρατημένη επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης των δαπανών του Τμήματος Α του προγράμματος Medicare. Ωστόσο, τα νοσοκομεία μπόρεσαν να μετατοπίσουν τις δαπάνες σε ιδιώτες πληρωτές για να επανορθώσουν για τα χαμηλότερα εισοδήματα των διαγνωστικών ομάδων και το σύνολο των εθνικών δαπανών για την υγεία δεν επηρεάστηκε από το νέο μηχανισμό πληρωμών του Medicare (Rice, 1996). Πολλοί αναλυτές θεωρούν πως η Καναδική και η Ευρωπαϊκή στρατηγική του σφαιρικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων είναι βασικό στοιχείο της σχετικής επιτυχίας αυτών των χωρών όσον αφορά στη διατήρηση ενός πιο αργού ρυθμού αύξησης από εκείνον στις Ηνωμένες Πολιτείες (Luft & Grumbach, 1994, Evans et al., 1989, U.S. General Accounting Office, 1991).

Το σύστημα φροντίδας υγείας στη Γερμανία και σε μερικές επαρχίες του Καναδά αντέδρασε στην άνευ ορίων δυναμική της πληρωμής κατά πράξη, εισάγοντας τον σφαιρικό προϋπολογισμό, ως ανώτατο όριο δαπανών για την πληρωμή των ιατρών (Barer et al., 1996). Στα πλαίσια του ανώτατου ορίου δαπανών για τον Καναδά, καθιερώνεται ένας προϋπολογισμός για όλες τις υπηρεσίες υγείας σε μια επαρχία. Αν και οι ανεξάρτητοι ιατροί συνεχίζουν να χρεώνουν το τοπικό πρόγραμμα υγείας λαμβάνοντας αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αν οι αυξήσεις στη χρήση υπηρεσιών οδηγήσουν τις συνολικές δαπάνες σε υπέρβαση του προϋπολογισμού, οι αμοιβές μειώνονται (ή «θυσιάζονται») οι αυξήσεις των αμοιβών για τον επόμενο χρόνο) προκειμένου να συμφωνούν με το όριο στις δαπάνες. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Καναδά, η εφαρμογή του ορίου δαπανών συνδέθηκε με τη σταθεροποίηση των δαπανών υγείας στα μέσα της δεκαετίας του 1990 (Barer et al., 1996). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το πρόγραμμα Medicare υιοθέτησε μια λιγότερο αυστηρή εκδοχή του ορίου στις δαπάνες για τις ιατρικές αμοιβές, γνωστή ως η «σταθερά του όγκου της απόδοσης» (Rice, 1996). Τα όρια στις δαπάνες για τις πληρωμές των ιατρών επιτρέπουν στον πληρωτή να εστιάσει στο σύνθετο μέρος Κ της εξίσωσης και στην προκειμένη περίπτωση, στο συνολικό προϋπολογισμό για τους ιατρούς.

#### ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΑΠΑΝΗ

*Ο Randy Payton έχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο με αφαιρετέο ποσό 2.000 δολάρια και 20% συν-πληρωμή για όλες τις υπηρεσίες. Αν δημιουργήσει δαπάνες υγείας 6.000 δολαρίων, πληρώνει τα πρώτα 2.000 δολάρια συν το 20% των 4.000 δολαρίων, για ένα σύνολο των 2.800 δολαρίων.*

*Η ασφάλιση του Joseph Mednick δεν καλύπτει τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Επειδή πάσχει από διαβήτη, υπέρταση και στεφανιαία νόσο, τα πολλὰ φάρμακά του κοστίζουν 2.400 δολάρια το χρόνο.*

Ο όρος «συμμετοχή στη δαπάνη» σημαίνει πως οι ασθενείς πληρώνουν ένα μέρος της φροντίδας υγείας τους απευθείας από την τσέπη τους. Στον ελεγχόμενο ανταγωνισμό, η συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη λαμβάνει χώρα ως μέρος της χρηματοδοτικής συναλλαγής όταν αγοράζεται ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας. Σ' αυτό το μέρος, αναλύουμε την πιο παραδοσιακή έννοια της κατανομής δαπανών, τη χρήση αφαιρετέων ποσών, συν-πληρωμών

και μη καλυπτόμενων υπηρεσιών ως μέρος της συναλλαγής, προκειμένου οι ασθενείς να πληρώσουν ένα μέρος των εξόδων όταν λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας.

Ο σκοπός της συμμετοχής αυτής των ασθενών είναι η αποθάρρυνση της ζήτησης υπηρεσιών από μέρους τους. Όπως αναλύθηκε στο Κεφάλαιο 3, όταν τα άτομα έχουν ασφαλιστική κάλυψη, είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες. Ενώ η προστασία από τον ατομικό οικονομικό κίνδυνο αποτελεί ένα από τα σημαντικά οφέλη της ασφάλισης, η ασφαλιστική κάλυψη, παράλληλα, απομακρύνει τον περιορισμό που προκαλείται από το σύστημα των άμεσων πληρωμών.

Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος μιας υπηρεσίας κατά τη στιγμή της παροχής της είναι μια από τις λίγες τεχνικές ανάσχεσης των δαπανών που υποβάλλονται στην αυστηρή αξιολόγηση ενός τυχαίου και ελεγχόμενου πειράματος. Στο Πείραμα Ασφάλισης Υγείας του οργανισμού RAND (Rand Health Insurance Experiment), τα άτομα τοποθετήθηκαν τυχαία σε προγράμματα ασφάλισης υγείας με διάφορα ποσοστά συμμετοχής των ασθενών στη δαπάνη. Τα άτομα που συμμετείχαν στο κόστος των φροντίδων πραγματοποίησαν περίπου κατά ένα τρίτο λιγότερες επισκέψεις και νοσηλεύτηκαν κατά ένα τρίτο λιγότερες φορές σε σχέση με τα άτομα που τοποθετήθηκαν στο πρόγραμμα χωρίς οικονομική συμμετοχή (Newhouse et al., 1981).

Αν και η τυχαία και ελεγχόμενη δοκιμή παρέχει ένα εξαιρετικό κριτήριο για την προσεκτική εξέταση της επίδρασης ενός μόνο μηχανισμού ανάσχεσης των δαπανών, μερικοί παρατηρητές προειδοποίησαν πως αυτά τα είδη «in vitro» αναλύσεων μπορεί να παράγουν αποτελέσματα που δεν μπορούν να γενικευτούν στον «in vivo» κόσμο της πολιτικής υγείας. Για παράδειγμα, οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ένα από τα υψηλότερα επίπεδα συμμετοχής των ασθενών στη δαπάνη υγείας σε σχέση με οποιαδήποτε χώρα και επίσης τις υψηλότερες συνολικές δαπάνες. Σύμφωνα με μελέτες, όταν η συμμετοχή αρχίζει να οδηγεί σε χαμηλότερη χρήση υπηρεσιών για ένα μεγάλο πληθυσμό ασθενών, οι παροχές μπορεί να προσαρμόσουν τις πελατείες τους και να αυξήσουν τον όγκο των υπηρεσιών που παρέχονται σε ασθενείς που έχουν περισσότερες δυνατότητες να πληρώσουν ή έχουν καλύτερη ασφαλιστική κάλυψη (Beck & Horne, 1980, Fahs, 1992).

Το πείραμα RAND επίσης αξιολόγησε την επιρροή του μέτρου στην καταλληλότητα της φροντίδας και στις εκβάσεις της υγείας. Η συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη υγείας δεν περιόρισε μόνο την ακατάλληλη από ιατρικής πλευράς χρήση υπηρεσιών αλλά αποθάρρυνε εξίσου και τη χρήση κατάλληλων φροντίδων (Siu et al., 1986). Τα άτομα (ιδιαίτερα εκείνα με χαμηλά εισοδήματα) με ασφαλιστικά προγράμματα που απαιτούν συμμετοχή στο κόστος λαμβάνουν λιγότερες προληπτικές υπηρεσίες και όχι καλό έλεγχο της υπέρτασής τους σε σχέση με τα άτομα χωρίς υποχρέωση συν-πληρωμής (Brook et al., 1983). Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να αγοράσουν απαραίτητα φάρμακα στα πλαίσια της πολιτικής αυτής και η αδυναμία απόκτησης αυτών των φαρμάκων οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά σοβαρών ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, όπως η νοσηλεία και η εισαγωγή σε ιδιωτική κλινική (Blustein, 2000, Tamblyn et al., 2001). Σύμφωνα μ' αυτές τις μελέτες, η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φροντίδων δεν αποτελεί ανώδυνη μορφή ελέγχου των δαπανών.

Πρόσφατες μελέτες εξέτασαν τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται στις αί-

θουσες επειγόντων περιστατικών σε δύο μεγάλους ΗΜΟς (Selby et al., 1996, Magid et al, 1997). Η συμμετοχή αυτή μείωσε την ακατάλληλη χρήση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης χωρίς να επηρεάζει αρνητικά την κατάλληλη χρήση ή την έκβαση της υγείας των ασθενών. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η συμμετοχή των ασθενών μπορεί να είναι ανώδυνη μορφή ελέγχου των δαπανών υγείας όταν χρησιμοποιείται σε λογικά πλαίσια, δεν εφαρμόζεται σε ασθενείς χαμηλού εισοδήματος και σχεδιάζεται για να ενθαρρύνει τους ασθενείς να χρησιμοποιούν χαμηλότερου κόστους πηγές φροντίδας (για παράδειγμα, κλινικές αντί για αίθουσες επειγόντων περιστατικών) και όχι να αποθαρρύνει τη χρήση υπηρεσιών συνολικά.

#### ΕΛΕΓΧΟΙ ΤΩΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

*Η Thelma Graves πάσχει από σοβαρό υπερθυρεοειδισμό. Αυτή και ο ιατρός της συμφωνούν να υποβληθεί σε επέμβαση θυρεοειδούς. Πριν προγραμματίσουν την επέμβαση, ο ιατρός πρέπει να τηλεφωνήσει στην ασφαλιστική εταιρεία της κυρίας Graves για να λάβει προεξουσιοδότηση, χωρίς την οποία ο ασφαλιστής δεν θα πληρώσει την επέμβαση.*

*Ο Fred Brady νοσηλεύεται με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το νοσοκομείο επικοινωνεί με την εταιρεία ελέγχου των υπηρεσιών για τον ασφαλιστή του κυρίου Brady, που δίνει εξουσιοδότηση για 5 μέρες παραμονής στο νοσοκομείο. Την τέταρτη μέρα, οι καρδιακοί παλμοί του κυρίου Brady είναι 36 ανά λεπτό, μια κατάσταση που απαιτεί τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη και παράταση της παραμονής στο νοσοκομείο για 10 επιπλέον ημέρες. Μετά την πέμπτη μέρα νοσηλείας, ο ιατρός του κυρίου Brady πρέπει να τηλεφωνεί στην εταιρεία ελέγχου πληρωμών κάθε 2 μέρες για να δικαιολογεί το λόγο που ο ασφαλιστής πρέπει να συνεχίσει να πληρώνει για τη νοσηλεία.*

*Ο Derek Jordan έχει νεανικό ζαχαρώδη διαβήτη και στα 42 του χρόνια πληροί τις προϋποθέσεις για το πρόγραμμα Medicare λόγω της μόνιμης αναπηρίας του από τις επιπλοκές του διαβήτη. Εισάγεται στο νοσοκομείο για θεραπεία ενός νεκρωμένου δακτύλου λόγω γάγγραινας. Στα πλαίσια της μεθόδου πληρωμής του Medicare με τη διαγνωστική ομάδα, το νοσοκομείο λαμβάνει την ίδια πληρωμή για τη νοσηλεία του Derek, άσχετα από το αν αυτή διαρκεί 2 μέρες ή 12 μέρες. Συνεπώς, το νοσοκομείο θέλει από τον ιατρό του να του δώσει εξιτήριο το συντομότερο δυνατό. Κάθε μέρα, μια νοσηλεύτρια που ανήκει στο προσωπικό του νοσοκομείου και ελέγχει τις πληρωμές εξετάζει το φάκελο παρακοιούθησης του Derek και υποδεικνύει στον ιατρό πως ο ασθενής δεν χρειάζεται πλέον άμεση νοσηλεία.*

Ο έλεγχος (ή αλλιώς διαχείριση) των υπηρεσιών περιλαμβάνει την επιτήρηση αλλά και την παρέμβαση στις κλινικές δραστηριότητες των ιατρών, με σκοπό τον περιορισμό του κόστους (Grumbach & Bodenheimer, 1990). Σε αντίθεση με τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, που επιχειρεί να περιορίσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας επηρεάζοντας τη συμπεριφορά των ασθενών, ο έλεγχος των υπηρεσιών επιχειρεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά των ιατρών. Ο μηχανισμός επιρροής των ιατρικών αποφάσεων είναι απλός και άμεσος: άρνηση πληρωμής των υπηρεσιών που δεν θεωρούνται απαραίτητες.

Ο έλεγχος των υπηρεσιών σχετίζεται με τη μονάδα

πληρωμής ως εξής: Οποιοσδήποτε διατρέχει οικονομικό κίνδυνο (βλ. Κεφάλαιο 4) πραγματοποιεί τέτοιου είδους έλεγχο. Στο πλαίσιο της αποζημίωσης κατά πράξη, οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν έλεγχο των υπηρεσιών για να μειώσουν τις πληρωμές σε νοσοκομεία και ιατρούς. Το σύστημα των διαγνωστικών ομάδων παρακινεί τα νοσοκομεία που κινδυνεύουν να χάσουν χρήματα αν οι ασθενείς τους νοσηλευτούν για πολύ καιρό να ελέγξουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες κατά το διάστημα της κάθε νοσηλείας. Στα πλαίσια ενός κατά κεφαλήν συμβολαίου ενός ΗΜΟ με μια ιατρική ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας, η τελευταία ελέγχει τις παρεχόμενες φροντίδες ούτως ώστε να μην πληρώνει στους ιατρούς περισσότερο απ' όσα λαμβάνει σε κατά κεφαλήν πληρωμές. Αν ένας ΗΜΟ καταβάλλει σ' ένα νοσοκομείο μία συγκεκριμένη αμοιβή ανά ημέρα, μπορεί να στέλνει στο νοσοκομείο αυτό μια νοσηλεύτρια, η οποία θα είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των υπηρεσιών καθώς και για τη συνολική παραμονή των ασθενών σε αυτό.

*Η Micromanage Inc. διεξάγει έλεγχο υπηρεσιών για αρκετές ασφαλιστικές εταιρείες. Κάθε μέρα, η Rebecca Hasselbach επιθεωρεί το φάκελο παρακοιούθησης του κάθε ασθενούς για να προσδιορίσει αν οι ασθενείς είναι έτοιμοι να λάβουν εξιτήριο. Σε μερικές περιπτώσεις, συζητά την περίπτωση με τον ιατρικό της διευθυντή και με τον/ την θεράποντα ιατρό του ασθενούς. Συνήθως, αν ο/ η θεράπων ιατρός θέλει να παραμείνει ο ασθενής στο νοσοκομείο, η γνώμη του/ της γίνεται σεβαστή. Με την άσκηση πιέσεων για έγκαιρα εξιτήρια, η κυρία Hasselbach, οι συνάδελφοί της από τη Micromanage σ' όλη τη χώρα και ο επιστημονικός διευθυντής εξοικονομούν στους ασφαλιστές τους περίπου 500.000 δολάρια το χρόνο. Η επίσημη δαπάνη της διενέργειας ελέγχων πληρωμών είναι 495.000 δολάρια.*

Αν και μερικές μελέτες περιπτώσεων ελέγχου υπηρεσιών έδειξαν κάποια βραχυπρόθεσμη μείωση στα ποσοστά νοσηλείας και επεμβάσεων, λίγες αποδείξεις υπάρχουν πως αυτή η προσέγγιση οδηγεί σε σημαντικές εξοικονομήσεις, ιδιαίτερα όταν λαμβάνονται υπόψη τα γενικά έξοδα της διαχείρισης του ίδιου του προγράμματος ελέγχου (Wickizer, 1990). Αν ήταν επιτυχής ως προς την ανάσχεση δαπανών, ο έλεγχος της χρήσης υπηρεσιών θα φαινόταν ανώδυνη μορφή ελέγχου δαπανών επειδή στοχεύει στην επιλεκτική μείωση της ακατάλληλης ή της μη απαραίτητης φροντίδας. Ωστόσο, οι ελεγκτές συχνά λαμβάνουν αποφάσεις με βάση τη μία περίπτωση μετά την άλλη, χωρίς σαφείς οδηγίες ή κριτήρια, με αποτέλεσμα οι αποφάσεις ενδεχομένως να είναι αντιφατικές και μεταξύ διαφορετικών ελεγκτών για την ίδια περίπτωση και στον ίδιο ελεγκτή για διαφορετικές περιπτώσεις (Dirpe et al., 1989, Light, 1994, Kerr et al., 1995).

Ο έλεγχος των καταναλισκόμενων φροντίδων έχει δεχθεί τα πυρά ως μια διαδικασία μικρο-διαχείρισης κλινικών αποφάσεων που εισβάλλει στη σχέση ιατρού-ασθενούς και θέτει ένα ανεπιθύμητο διαχειριστικό βάρος στους ιατρούς και σε άλλους παροχείς φροντίδας. Οι ιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες δέχονται τις περισσότερες κριτικές και είναι φορτωμένοι με την πιο πολλή διοικητική-υποστηρικτική εργασία στις δυτικές βιομηχανοποιημένες δημοκρατίες (Lee & Etheredge, 1989). Σημαντικός ιατρικός χρόνος πηγαίνει στο να υποβάλλουν αρνήσεις και να πείθουν τους ασφαλιστές για την καταλληλότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μερικοί ιατροί γράφουν πολλές σημειώσεις στο φάκελο

παρακολούθησης του ασθενούς όχι για να τεκμηριώσουν μια ιατρική κατάσταση και τη θεραπεία της αλλά για να δικαιολογήσουν τη δαπάνη. Πολλοί ιατροί αισθάνονται πως ο έλεγχος των υπηρεσιών έχει μετατρέψει το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών σε ένα τεράστιο παιχνίδι ερωτήσεων τύπου «Μαμά μπορώ;»

Αναπτύχθηκαν αρκετές μέθοδοι ελέγχου της χρήσης υπηρεσιών υγείας στην επιθεώρηση πληρωμών που επιχειρούν να αποφύγουν μερικά από τα επαχθή χαρακτηριστικά της διαδικασίας αυτής στις διάφορες περιπτώσεις. Η καταγραφή της πελατείας -και όχι η εστίαση σε μεμονωμένες περιπτώσεις- χρησιμοποιεί συνοπτικά στοιχεία για να προσδιοριστούν οι ιατροί με συνολική χρήση υπηρεσιών που παρεκκλίνει σημαντικά από τα πρότυπα που έχουν καθορίσει άλλοι ιατροί εντός της κοινότητας (Welch et al., 1994). Οι εφεδρικοί ιατροί που προσδιορίζονται από την καταγραφή της πελατείας υπόκεινται τότε σε διάφορες παρεμβάσεις. Στον Καναδά και τη Γερμανία, αυτές οι παρεμβάσεις αποτελούνται από εκπαιδευτικές δραστηριότητες και δραστηριότητες παρακολούθησης που πραγματοποιούνται από περιφερειακές ιατρικές ομάδες (Glaser, 1991). Η δυσκολία με τα προφίλ της πελατείας είναι πως τα στοιχεία που προκύπτουν είναι συχνά ανακριβή, με αποτέλεσμα να οδηγούνται οι ιατροί στη δυσπιστία και όχι στη λήψη στοιχείων απ' αυτά (Bindman, 1999).

Η ανάθεση σε έναν ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (gatekeeper) της ευθύνης παραπομπής των ασθενών για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα αποτελεί μια παραλλαγή του ελέγχου των υπηρεσιών (βλ. Κεφάλαιο 6). Τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας ήλπιζαν ότι η ανάθεση ενός τέτοιου ρόλου στους ιατρούς θα απέτρεπε τους ασθενείς από την απ' ευθείας χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών και ως εκ τούτου θα περιορίζε τις δαπάνες υγείας, κάτι όμως το οποίο δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί (Bodenheimer et al., 1999, Escarce et al., 2001, Forrest, 2003).

Οι λιγότερο «αδιάκριτες» μορφές ελέγχου των υπηρεσιών περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές δραστηριότητες και ανατροφοδότηση πάνω στον τρόπο παροχής των φροντίδων χωρίς πειθαρχικά μέτρα για τους θεράποντες. Αυτές οι εθελοντικές προσεγγίσεις δεν φάνηκαν να έχουν σημαντική επίδραση στην ανάσχεση των δαπανών (Greco & Eisenberg, 1993). Επειδή η παροχή ακατάλληλων (είτε περισσότερων είτε λιγότερων) ποσοτήτων φροντίδας υγείας συχνά έχει επιπτώσεις στην ποιότητα αυτής (βλ. Κεφάλαιο 12), οι δραστηριότητες του ελέγχου των υπηρεσιών και της βελτίωσης της ποιότητας συχνά συμπλέκονται.

#### ΟΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

*Ο Harry είναι ένας ασθενής εγγεγραμμένος στο Πρόγραμμα Υγείας Kaiser στο Λος Άντζελες. Εμφανίζει πόνο στην πλάτη, πραγματοποιεί αρκετές επισκέψεις στον οικογενειακό του ιατρό αλλά θέλει μαγνητική τομογραφία της σπονδυλικής στήλης για να αποκλείσει την κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου. Ο ιατρός του αρνείται το αίτημά του επειδή, δεδομένου του περιορισμένου αριθμού των μαγνητικών τομογράφων για τα εγγεγραμμένα μέλη του Kaiser, τα ιατρικά ευρήματα του Harry δεν είναι αρκετά σοβαρά για να δικαιολογήσουν μαγνητική τομογραφία σύμφωνα με τα κριτήρια του Kaiser.*

*Ο Larry τραυματίζεται στο ποδόσφαιρο και το τραύμα αυτό του προκαλεί έντονο πόνο στην πλάτη που αντα-*

*νακλάται στο πόδι. Πηγαίνει στην κλινική επείγουσας φροντίδας του Kaiser και διαπιστώνεται ότι έχει απώλεια αίσθησης, δύναμης και αντανακλαστικών στο αριστερό του πόδι. Ο ιατρός του Kaiser του συνιστά απόλυτη ανάπαυση στο κρεβάτι και κανονίζει επείγουσα μαγνητική τομογραφία σε 3 μέρες.*

*Ο Bob είναι ασθενής στην Καναδική επαρχία της Αλμπέρτα. Εμφανίζει πόνο στην πλάτη και μετά από αρκετές επισκέψεις στον οικογενειακό του ιατρό απαιτεί μαγνητική τομογραφία της σπονδυλικής του στήλης για να αποκλείσει κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου. Ο ιατρός του που δεν υποπτεύεται κάτι τέτοιο, συμφωνεί να τον βάλει στη λίστα αναμονής για μαγνητική τομογραφία, που για μη επείγουσες περιπτώσεις είναι 5 μήνες.*

*Ο Rob ζει στην Αλμπέρτα και αφού σήκωσε φορτίο 40 κιλών στη δουλειά του, αισθάνεται οξύ πόνο χαμηλά στην πλάτη που αντανακλάται στο δεξί του πόδι. Ανακαλύπτοντας θετικό αντανακλαστικό ανυψωμένου δεξιού ποδιού με απώλεια του αντανακλαστικού της κάτω γνάθου, ο οικογενειακός ιατρός του τηλεφωνεί στον ακτινολόγο και καταφέρνει επείγουσα μαγνητική εντός 3 ημερών.*

Όταν μιλάμε για όρια στην προσφορά υπηρεσιών εννοούμε ελέγχους στον αριθμό των ιατρών και άλλων παροχών φροντίδας και στους υλικούς πόρους όπως ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ή των τομογράφων. Τα όρια στην προσφορά των υπηρεσιών μπορούν να θεθούν σ' ένα συγκεκριμένο ίδρυμα όπως ένας HMO στις Ηνωμένες Πολιτείες (τα παραδείγματα του Harry και του Larry) ή σε μια ολόκληρη γεωγραφική περιοχή όπως μια Καναδική επαρχία (τα παραδείγματα του Bob και του Rob).

Οι ερευνητές βρήκαν πως η αύξηση του αριθμού των χειρουργικών και ορθοπεδικών πράξεων συνδέεται με την αύξηση του δείκτη χειρουργών και ορθοπεδικών κατά κεφαλήν αντίστοιχα (Phelps, 2003, Fuchs, 1978, Bunker, 1970, Wennberg & Gittelsohn, 1973). Αυτό το φαινόμενο μερικές φορές ονομάζεται «προκλητή ζήτηση» ("supplier-induced demand") (Evans, 1984, Rice και Labelle, 1989, Phelps, 2003). Ο έλεγχος στην προσφορά ιατρών μπορεί να μειώσει τη χρήση των υπηρεσιών τους και, συνεπώς, να συμβάλει στην ανάσχεση των δαπανών.

Η προκλητή ζήτηση (από τον παροχέα) αντανακλάται στο ότι η κατά κεφαλήν δαπάνη για τους ασθενείς του Medicare που καταβάλλουν αμοιβή κατά πράξη είναι κατά 250% υψηλότερη σε μερικές περιφέρειες των Ηνωμένων Πολιτειών απ' ότι σε άλλες (Wennberg & Cooper, 1999). Αυτή η αξιοσημείωτη απόκλιση στις δαπάνες δεν εξηγείται από διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, τις τιμές των υπηρεσιών ή τα επίπεδα της ασθένειας αλλά οφείλεται στην ποσότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών. Οι κάτοικοι περιοχών με μεγαλύτερη κατά κεφαλήν διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών έχουν κατά 30% περισσότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν σε σχέση μ' εκείνους σε περιοχές με λιγότερα κρεβάτια (Fisher et al., 2000). Το απόφθεγμα «τα άδεια κρεβάτια τείνουν να γεμίσουν» έγινε γνωστό ως ο νόμος του Roemer (Roemer & Shain, 1959). Αντίστροφα, η αυστηρή ρύθμιση του αριθμού των κέντρων στα οποία επιτρέπεται να πραγματοποιούνται επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς θέτει ένα όριο για το συνολικό αριθμό των επεμβάσεων καρδιάς που μπορούν να πραγματοποιηθούν. Σε καταστάσεις περιορισμένης προσφοράς, οι ιατροί πρέπει να καθορίσουν ποιού ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ανάγκη

τις περιορισμένες αυτές διαθέσιμες φροντίδες. Σε ιδανικές συνθήκες, εκείνοι που έχουν πραγματικά ανάγκη κερδίζουν την πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες (Larry & Rob), βασιζόμενοι στη «σοφία» των ιατρών να τους διακρίνουν ανάμεσα στο σύνολο όσων ζητούν υπηρεσίες (Harry & Bob). Σε λιγότερο ιδανικές περιστάσεις, οι διαθέσιμοι πόροι δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν όλους τους ασθενείς που έχουν ανάγκη και οι ιατροί και οι άλλοι παροχείς αναγκάζονται να δίνουν προτεραιότητα στους ασθενείς σύμφωνα με το βαθμό ιατρικής ανάγκης (βλ. Κεφάλαιο 13).

Αν και μπορεί να μην υπάρχει πάντα μια απευθείας γραμμική σχέση ανάμεσα στην προσφορά και τη χρήση των υπηρεσιών, υπάρχουν ξεκάθαρες περιπτώσεις όπου οι περιορισμοί στη διαθεσιμότητα συγκρατούν τη χρήση. Παραδείγματος χάριν, οι συγκρίσεις σε διεθνές επίπεδο δείχνουν μεγάλες παρεκκλίσεις στην εγχείρηση "bypass" στεφανιαίων, με σχετικά χαμηλό ποσοστό επεμβάσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο, ένα μεσαίο ποσοστό στον Καναδά και το πιο υψηλό ποσοστό στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αυτά τα ποσοστά αντιστοιχούν στο βαθμό που αυτές οι χώρες ρυθμίζουν (σε ελάχιστο βαθμό στην περίπτωση των Ηνωμένων Πολιτειών) τον αριθμό των κέντρων που πραγματοποιούν επεμβάσεις καρδιάς (Mc Pherson, 1989, Rublee, 1994). Οι ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες που εισάγονται με έμφραγμα του μυοκαρδίου λαμβάνουν διαφορετικές θεραπείες ανάλογα με το αν εισάγονται σε νοσοκομεία με μονάδες καρδιακού καθετηριασμού και χειρουργικές μονάδες. Εκείνοι που εισάγονται σε νοσοκομεία με τέτοιες μονάδες είναι πολύ πιο πιθανό να λάβουν αγγειογραφία στεφανιαίων ή επέμβαση bypass σε σχέση με τους ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου που εισάγονται σε νοσοκομεία χωρίς τέτοιες μονάδες (που πρέπει να μεταφέρουν τους ασθενείς σε άλλες εγκαταστάσεις για να πραγματοποιηθούν αυτές οι διαδικασίες) (Blustein, 1993, Every et al., 1993).

Σύμφωνα μ' αυτές τις μελέτες, όταν αντιμετωπίζουν όρια στην προσφορά, οι ιατροί μπορεί να είναι σε θέση να δίνουν προτεραιότητα σε ασθενείς με κλινικές αιτιολογίες κατά τρόπο που επιλεκτικά μειώνει τις ανεπιθύμητες υπηρεσίες. Η καθιέρωση ορίων στην προσφορά, τα οποία απαιτούν από τους ιατρούς να δίνουν προτεραιότητα σε υπηρεσίες με βάση την καταλληλότητα και το επείγον της ανάγκης του ασθενούς, αντιπροσωπεύει μια πολύ διαφορετική (και λιγότερο επεμβατική) προσέγγιση στην ανάλυση δαπανών σε σχέση με τον έλεγχο των φροντίδων, ο οποίος βασίζεται σε εξωτερικούς παράγοντες για να εξουσιοδοτήσουν ή να αρνηθούν μεμονωμένες υπηρεσίες σε ένα περιβάλλον σχετικά μη περιορισμένης διαθεσιμότητας.

#### ΕΛΕΓΧΟΙ ΣΤΟΝ ΤΥΠΟ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ

Μια συγκεκριμένη μορφή ελέγχου της προσφοράς είναι η ρύθμιση των τύπων (αντί για το συνολικό αριθμό) των παροχών. Στο Κεφάλαιο 6, διερευνήσαμε την ισορροπία ανάμεσα στον αριθμό των γενικών και των ειδικών ιατρών σ' ένα σύστημα υγείας. Η αύξηση της αναλογίας των γενικών ιατρών μπορεί να οδηγήσει σε εξοικονομήσεις για δύο λόγους (Grumbach & Lee, 1991). Πρώτον, οι γενικοί ιατροί έχουν χαμηλότερα εισοδήματα από τους ειδικούς. Δεύτερον, και με μεγαλύτερη επίδραση στις συνολικές δαπάνες, οι γενικοί ιατροί εμφανίζονται να ασκούν ένα είδος ιατρικής με λιγότερη έμφαση στους πόρους και παράγουν χαμηλότερες συνολικές δαπάνες υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης σε μικρότερο βαθμό των νοσοκομειακών και

των εργαστηριακών υπηρεσιών (Greenfield et al., 1992). Η έρευνα δεν έχει πείσει για το αν η αντικατάσταση των ιατρών με νοσηλευτές / τριες, και ιατρικούς βοηθούς μπορεί να περιορίσει τις συνολικές δαπάνες (DeAngelis, 1994, Venning et al., 2000, Hooker, 2002). Σ' αυτές τις καταστάσεις, οι χαμηλότερες δαπάνες για αμοιβή του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να αντισταθμιστούν από τη χαμηλότερη παραγωγικότητα.

#### ΜΙΚΤΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ

Στον αληθινό κόσμο, οι στρατηγικές ανάλυσης των δαπανών εφαρμόζονται όχι ως απομονωμένα φαινόμενα σ' ένα στατικό σύστημα αλλά ως μια σειρά από πολιτικές που ασχολούνται συνολικά με τους τρόπους χρηματοδότησης, τα μοντέλα παροχής φροντίδας υγείας και τους ελέγχους δαπανών. Τώρα γυρίζουμε σε δύο μελέτες περιπτώσεων που αποτελούν παράδειγμα για το κράμα των μεθόδων ανάλυσης δαπανών: στη διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες και στο Καναδικό σύστημα υγείας.

#### Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

Ο όρος *διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας* αναφέρεται σε μια ετερογενή σειρά ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας που διαφέρουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό από την παραδοσιακή ασφάλιση υγείας. Προηγουμένως (βλ. Κεφάλαια 4, 5 και 7), αναλύσαμε τον τρόπο με τον οποίο τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας μπορεί να χαρακτηριστούν από την άποψη των οργανωτικών δομών τους και των μεθόδων αποζημίωσης των προμηθευτών. Ωστόσο, άλλο ένα στοιχείο για την κατηγοριοποίηση των προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας είναι η προσέγγισή τους στην ανάλυση των δαπανών (Πίνακας 9-2).

Τα προγράμματα των PPOs διαφέρουν στο μικρότερο δυνατό βαθμό από την παραδοσιακή μη οργανωμένη ασφάλιση υγείας. Για να ελέγχουν τις δαπάνες, αυτοί οι οργανι-

**Πίνακας 9-2.** Στρατηγικές ελέγχου των δαπανών στη διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας.

#### Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (PPOs)

- Έλεγχος στις τιμές
- Έλεγχος υπηρεσιών
- Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φροντίδων

#### Ανεξάρτητοι Ιατρικοί Σύλλογοι-Δικτυακές Μορφές Οργανισμών Υγείας (IPA-Network HMOs)

- Έλεγχος στις τιμές
- Έλεγχος υπηρεσιών
- Ιατρός ΠΦΥ με ρόλο πορπαρέμνητος (Gatekeeping)
- Αλλαγή της μονάδας πληρωμής σε κατά κεφαλήν αποζημίωση
- Ρύθμιση της προσφοράς μέσω επιλεκτικής δημιουργίας συμβάσεων

#### Οργανισμοί Υγείας (HMOs) τύπου ομάδας (group-model) και τύπου προσωπικού (staff-model)

- Αλλαγή μονάδας πληρωμής σε μισθό και σφαιρικούς προϋπολογισμούς
- Έλεγχος στην προσφορά
- Διαχειριστική απλότητα

σμοί βασίζονται σε μέτρα όπως ο έλεγχος των υπηρεσιών και οι εκπαιώσεις στις αμοιβές των ιατρών και των νοσοκομείων που αποζημιώνονται κατά πράξη. Οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι και οι δικτυακές μορφές ΗΜΟs συχνά αλλάζουν τη μονάδα πληρωμής σε πιο σύνθετο επίπεδο ως επιπρόσθετη στρατηγική ανάσχεσης δαπανών, συνήθως σε σχέση με την απαίτηση οι ασθενείς να επιλέγουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα τον ιατρό που θα τους παραπέμψει για περαιτέρω φροντίδα και ο οποίος μπορεί να ασκεί ένα λιγότερο δαπανηρό είδος ιατρικής.

Τα μοντέλα ομάδας και προσωπικού των ΗΜΟs, μέσω της αναδιοργάνωσης του συστήματος παροχής που επιφέρουν, έχουν επιπρόσθετα όπλα ελέγχου των δαπανών. Λόγω της πιο ολοκληρωμένης σχέσης τους με τους ιατρούς και τα νοσοκομεία, τα προγράμματα αυτά συνήθως πληρώνουν τους παροχείς χρησιμοποιώντας όσον το δυνατόν πιο σύνθετες μονάδες πληρωμής (δηλαδή, τους μισθούς για τους ιατρούς και τους σφαιρικούς προϋπολογισμούς για τα νοσοκομεία). Αυτοί οι οργανισμοί υγείας, επίσης, εισάγουν ελέγχους στην προσφορά ως ένα σημαντικό τρόπο ανάσχεσης των δαπανών. Τα περισσότερα μοντέλα ΗΜΟs σχεδιάζουν την προσφορά νοσοκομειακών κλινών και ιατρών με βάση σαφείς στόχους για τους δείκτες κρεβάτι ανά εγγεγραμμένο μέλος και ιατρός ανά εγγεγραμμένο μέλος. Επίσης μπορεί να περιορίζουν τον αριθμό των δαπανηρών πόρων, όπως οι μαγνητικοί τομογράφοι.

#### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα στη σύγχρονη πολιτική υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι αν τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας όντως ελέγχουν τις δαπάνες πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τα προγενέστερα προγράμματα της μη οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι ερευνητές αυτού του ζητήματος έχουν να αντιμετωπίσουν μεθοδολογικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων των δυσκολιών στον υπολογισμό των διαφορών στο βαθύτερο ιατρικό κίνδυνο μεταξύ των εγγεγραμμένων μελών του προγράμματος, στη λεπτομερή εξήγηση όλων των δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των διαχειριστικών γενικών δαπανών από την τσέπη των ασθενών, στην τυποποίηση των επιδομάτων που καλύπτονται από τα διαφορετικά προγράμματα και στον έλεγχο των δαπανών με το πέρασμα του χρόνου. Υπάρχει γενική συμφωνία πως, σε σύγκριση με τα παραδοσιακά μη οργανωμένα ασφαλιστικά προγράμματα, οι ΗΜΟs χρησιμοποιούν λιγότερους πόρους για νοσοκομειακή φροντίδα λόγω των χαμηλότερων ποσοστών νοσηλείας. Αν και πολλές μελέτες ανακάλυψαν πως οι υπηρεσίες για τους εξωτερικούς ασθενείς χρησιμοποιούνται πιο συχνά στους οργανισμούς υγείας, αυτό το υψηλότερο ποσοστό χρήσης δεν φαίνεται να αντισταθμίζει πλήρως τις μειώσεις στη φροντίδα των εσωτερικών ασθενών (Luft, 1978, Miller & Luft, 1994, Miller & Luft, 2002).

Σε μια απόπειρα να αποφευχθούν μερικά από τα μεθοδολογικά προβλήματα, το Πείραμα Ασφάλισης Υγείας RAND τυχαία παραχώρησε άτομα σ' ένα οργανισμό υγείας ή ένα παραδοσιακό ασφαλιστικό πρόγραμμα. Η μελέτη RAND ανακάλυψε πως οι συνολικές δαπάνες ήταν περίπου κατά 25% χαμηλότερες για τα άτομα που ήταν εγγεγραμμένα στον ΗΜΟ (Manning et al., 1984). Πολλοί αναλυτές προειδοποιούν για τις γενικεύσεις από τη μελέτη RAND επειδή το πείραμα συμπεριέλαβε μόνο ένα ενιαίο πρόγραμμα οργανισμού υγείας, το Συνεταιρισμό για την Ομαδική Υγεία

του Πάτζετ Σάουντ. Ο Συνεταιρισμός για την Ομαδική Υγεία ήταν ένα επιτελικό μοντέλο ΗΜΟ που ιδρύθηκε το 1947 ως καταναλωτικός συνεταιρισμός και δεν είναι αντιπροσωπευτικός των περισσότερων προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980.

Μια συνοπτική έκθεση για την απόδοση της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα πως η έρευνα «δεν παρέχει στους δημιουργούς των πολιτικών αρκετές ρεαλιστικές εκτιμήσεις των διαφορών στις δαπάνες ανά εγγεγραμμένο μέλος σε σύγκριση με τα παραδοσιακά ασφαλιστικά προγράμματα», αλλά απλά προτείνει δυνατές εξοικονομήσεις στις δαπάνες μεταξύ των προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (Miller & Luft, 1994). Οι μειώσεις που μπορούν να γίνουν στις συνολικές δαπάνες με τα προγράμματα αυτά, οι οποίες απορρέουν από τη χαμηλότερη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, μπορεί να οδηγούν μόνο σε εξοικονομήσεις της μιας φοράς και αυτές οι εξοικονομήσεις μπορεί να αντισταθμιστούν από τις αυξανόμενες διοικητικές δαπάνες των ΗΜΟs και τους παροχείς που μεταβιβάζουν τις δαπάνες από τους οργανισμούς υγείας σε άλλους πληρωτές (Sullivan, 2000). Ακόμα και για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, τα προγράμματα μη οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης τώρα εμφανίζουν ένα ποσοστό ημερών παραμονής ανά μέλος, παρόμοιο μ' εκείνο των προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (Weinick & Cohen, 2000). Μερικοί αναλυτές υποστήριξαν ότι η παρουσία προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας στην αγορά των υπηρεσιών υγείας μπορεί να δημιουργήσει ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον που καταστέλλει τον πληθωρισμό για όλα τα προγράμματα στην περιοχή, συμπεριλαμβανομένων και των προγραμμάτων μη οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Wickizer & Feldstein, 1995, Bamezai et al., 1999).

#### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα του Πειράματος Ασφάλισης Υγείας RAND είναι ενδεικτικά των διαφορούμενων ευρημάτων που συχνά προκύπτουν σε μελέτες δαπανών και εκβάσεων. Οι εκβάσεις για την υγεία όπως η μείωση των επιπέδων χοληστερόλης ήταν καλύτερες για ανθρώπους υψηλότερου εισοδήματος χωρίς προβλήματα υγείας στην αρχή της μελέτης, αν λάβαν φροντίδα από τον ΗΜΟ του Συνεταιρισμού για την Ομαδική Υγεία του Πάτζετ Σάουντ. Όμως, για ανθρώπους χαμηλού εισοδήματος με αρχικά προβλήματα υγείας, η κατάσταση της υγείας των ασθενών του οργανισμού υγείας κατέληξε να είναι χειρότερη από εκείνη των ασθενών στη λίστα ιατρών που λάμβαναν αμοιβή κατά πράξη (Ware et al., 1986).

Πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν πως για το γενικό πληθυσμό, οι εκβάσεις είναι συγκρίσιμες στα προγράμματα διαχειριζόμενης και μη φροντίδας υγείας (Miller & Luft, 2002). Όμως, μεταξύ των ηλικιωμένων με χρόνια ασθένεια, εκείνοι που ανήκουν σε ΗΜΟs έχουν διπλάσιες πιθανότητες (54% έναντι 28%) σε σχέση μ' εκείνους που λαμβάνουν φροντίδα και καταβάλλουν αμοιβή γι' αυτή να χειροτερέψει η υγεία τους σε μια χρονική περίοδο τεσσάρων χρόνων (Ware et al., 1996). Τα τελευταία αυτά ευρήματα προκάλεσαν ανησυχία πως η διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας μπορεί να αποδίδει λιγότερο καλά στις περιπτώσεις των ασθενών με μεγαλύτερες ανάγκες υγείας. Επιπλέον, τα μέλη προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας

συνήθως είναι λιγότερο ικανοποιημένα από την ποιότητα της φροντίδας και τις σχέσεις ασθενούς-ιατρού αλλά περισσότερο ικανοποιημένα από την οικονομική προστασία που προσφέρουν τα προγράμματα αυτά, υποδηλώνοντας ένα ενδεχόμενο αντιστάθμισμα ανάμεσα στις αξίες της ποιότητας και της οικονομικής δυνατότητας (Miller & Luft, 1997, Miller & Luft, 2002).

### Το Καναδικό Σύστημα Υγείας

Ο Καναδάς έχει σύστημα μοναδικού πληρωτή της εθνικής ασφάλισης υγείας που διοικείται από τις επαρχιακές κυβερνήσεις (βλ. Κεφάλαιο 14). Η Καναδική προσέγγιση στην ανάλυση των δαπανών δίνει έμφαση στη ρύθμιση των τιμών, την πληρωμή με σφαιρικούς προϋπολογισμούς και στα όρια στην προσφορά (Evans et al., 1989) (Πίνακας 9-3). Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος και ο έλεγχος των υπηρεσιών δεν προβλήθηκαν σημαντικά στην Καναδική στρατηγική ελέγχου των δαπανών. Η καταβολή αμοιβής κατά πράξη είναι η κυρίαρχη μέθοδος πληρωμής των ιατρών, με τα επαρχιακά προγράμματα να εφαρμόζουν τους ελέγχους αμοιβών ως μια στρατηγική συγκράτησης της αύξησης των δαπανών υγείας. Οι πολιτικές για το ανθρώπινο δυναμικό ρύθμισαν τις θέσεις για τις ιατρικές ειδικότητες για να πετύχουν μια ισορροπία κοντά στο 50:50 μεταξύ γενικών και ειδικών ιατρών. Οι πληρωμές στα νοσοκομεία λαμβάνουν χώρα μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών για τις λειτουργικές δαπάνες. Τα περιφερειακά προγράμματα, επίσης, ρυθμίζουν όλα τα νέα κεφαλαιακά προγράμματα ως μέσο ελέγχου της προσφοράς σημαντικών τεχνολογιών, καταλήγοντας σε χαμηλότερη κατά κεφαλήν διαθεσιμότητα κέντρων για επεμβάσεις καρδιάς, μηχανημάτων λιθοτριψίας και αξονικών τομογράφων, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των Ηνωμένων Πολιτειών.

#### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Από το 1970 -περίπου την εποχή που εφαρμόστηκε πλήρως η εθνική ασφάλιση υγείας στον Καναδά- μέχρι το 2001, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), αυξήθηκαν κατά 38% στον Καναδά σε σύγκριση με το 200% στις Ηνωμένες Πολιτείες ([www.oecd.org](http://www.oecd.org)).

Μια από τις πιο σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο χώρες είναι το επίπεδο διοικητικών δαπανών, το οποίο ανέρχεται σε 31% των συνολικών δαπανών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε 17% στον Καναδά (Woolhandler et al., 2003). Αυτή η διαφορά στις διοικητικές δαπάνες είναι υπόλογη για περίπου το μισό της διαφοράς στις συνολικές δαπάνες υγείας στις δύο χώρες. Η προσέγγιση του μοναδικού πληρωτή στην ασφάλιση υγείας οδηγεί σε διοικητικές εξοικονομήσεις και στη χρηματοδότηση και στην αποζημίωση. Στη χρηματοδοτική πλευρά, ένα αδιαίρετο και χρηματοδοτούμενο από φόρους κυβερνητικό ασφαλιστικό

#### Πίνακας 9-3. Στρατηγικές ελέγχου των δαπανών στον Καναδά.

Έλεγχος στις τιμές
Αλληγογή της μονάδας πληρωμής
Νοσοκομεία: σφαιρικοί προϋπολογισμοί
Ιατροί: ονώτατα όρια στις δαπάνες
Έλεγχος στην προσφορά
Διαχειριστική απλότητα

πρόγραμμα προλαβαίνει την ανάγκη για δαπάνες μάρκετινγκ του ασφαλιστή, επιτρέπει την απλοποίηση της διαδικασίας ελέγχου της καταλληλότητας και της διαδικασίας εγγραφής, έχει ασφαλιστικά έσοδα χρησιμοποιώντας τις υπάρχουσες υπηρεσίες φοροείσπραξης και εξαλείφει τα κέρδη από ενδιάμεσους φορείς ιδιωτικής ασφάλισης που ανήκουν σε επενδυτές. Στην πλευρά της αποζημίωσης, η επεξεργασία των αξιώσεων εκσυγχρονίζεται για τις υπηρεσίες στις οποίες ισχύει η καταβολή αμοιβής κατά πράξη και αποκλείεται για την πληρωμή των νοσοκομείων στα πλαίσια των σφαιρικών προϋπολογισμών. Η αποφυγή του μεμονωμένου ελέγχου των χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών, επίσης, κρατά τις γενικές δαπάνες σε χαμηλά επίπεδα και για τα περιφερειακά ασφαλιστικά προγράμματα και για τους παροχείς.

Εκτός από την ελαχιστοποίηση των διοικητικών δαπανών, η κυβερνητική ρύθμιση στον Καναδά έχει μειώσει το ρυθμό της αύξησης στις αμοιβές των ιατρών σε σχέση με τις αντίστοιχες τάσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μια χαμηλότερη αναλογία των Καναδών ιατρών ασκούν το λειτουργημά τους σε ειδικότητες που επιφέρουν υψηλότερο εισόδημα. Λόγω των διαφορών στα επίπεδα των αμοιβών και στη σύνθεση των ειδικοτήτων, οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες για υπηρεσίες υγείας είναι κατά 40% χαμηλότερες από αυτές των Ηνωμένων Πολιτειών, παρά το γεγονός ότι οι Καναδοί χρησιμοποιούν κατά 20% περισσότερες υπηρεσίες (Fuchs & Hahn, 1990, Welch et al., 1996). Το 1996, ο λόγος του μέσου εισοδήματος των Αμερικανών ιατρών προς το μέσο εισόδημα των υπαλλήλων στις Ηνωμένες Πολιτείες συνολικά ήταν 5,5 σε σύγκριση με το 3,2 για τον Καναδά (Reinhardt et al., 2002). Η επιβολή των ανώτατων ορίων στις δαπάνες (που εξηγήθηκε νωρίτερα σ' αυτό το κεφάλαιο) στον Καναδά φαίνεται πως έχει μειώσει το ρυθμό αύξησης στον όγκο κάποιων ειδών υπηρεσιών, εκτός από τη διατήρηση του ελέγχου των ιατρικών αμοιβών (Katz et al., 1997α). Το Καναδικό σύστημα, επίσης, εφάρμοσε αυστηρότερα μέτρα στη δεκαετία του 1990 για να ελέγξει το συνολικό αριθμό των ιατρών (Barer et al., 1996).

Οι αναλύσεις των νοσοκομειακών δαπανών στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά αποκαλύπτουν πως ο συνδυασμός του σφαιρικού προϋπολογισμού και της ρύθμισης της νέας τεχνολογίας κράτησε τις κατά κεφαλήν νοσοκομειακές δαπάνες κατά 20% χαμηλότερες στον Καναδά. Τα ποσοστά νοσηλείας και η διάρκεια της παραμονής είναι υψηλότερα στον Καναδά, τα συνολικά ποσοστά επεμβάσεων είναι παρόμοια για τις περισσότερες περιπτώσεις (συμπεριλαμβανομένης και της μεταμόσχευσης) και τα γενικά μοντέλα χρήσης των διαγνωστικών εξετάσεων σε εσωτερικούς ασθενείς φαίνονται συγκρίσιμα και στις δύο χώρες (Redelmeier & Fuchs, 1993, Anderson et al., 1989). Η στεφανιαία νόσος είναι μια κλινική κατάσταση για την οποία οι μελέτες έχουν τεκμηριώσει τη λιγότερο εντατική χρήση σημαντικών υπηρεσιών στον Καναδά. Το 1999, το ποσοστό εγχείρησης "bypass" στεφανιαίων στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν πάνω από 300% σε σχέση μ' εκείνο του Καναδά (Reinhardt et al., 2002). Τέλος, οι ομοσπονδιακές και επαρχιακές κυβερνήσεις ρυθμίζουν την τιμή των φαρμακευτικών προϊόντων στον Καναδά, με αποτέλεσμα το κόστος των ιδίων φαρμάκων και ο πληθωρισμός των δαπανών από τα φάρμακα να είναι χαμηλότερος στον Καναδά σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες (Menon, 2001).



## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ

Τα στοιχεία που συγκρίνουν τις εκβάσεις στην υγεία στις διαφορετικές χώρες είναι ελλιπή. Οι δείκτες της δημόσιας υγείας, όπως τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και η πιθανή διάρκεια ζωής, είναι πολύ καλύτερα στον Καναδά απ' ό,τι στις Ηνωμένες Πολιτείες ([www.oecd.org](http://www.oecd.org)). Όμως, όπως αναλύθηκε στο Κεφάλαιο 3, αυτοί οι δείκτες επηρεάζονται από πολλούς κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, όχι απλά από τις υπηρεσίες υγείας και, συνεπώς, μπορεί να μην αντανακλούν με ακρίβεια τις σχετικές αποδόσεις των συστημάτων φροντίδας υγείας. Λίγες μελέτες εκτίμησαν προσεκτικά τα αποτελέσματα της φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά για παρόμοιους τύπους ασθενών. Μια μελέτη που συνέκρινε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια στις δύο χώρες αποκάλυψε ότι οι ασθενείς στον Καναδά με παρόμοια σοβαρότητα νόσου σε σχέση μ' εκείνους στις Ηνωμένες Πολιτείες είχαν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν ηπατικά μοσχεύματα αντί να παραμείνουν σε μακροπρόθεσμη αιμοκάθαρση. Επιπλέον, ο δείκτης θνησιμότητας για τους Καναδούς ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια ήταν χαμηλότερος σε σχέση με τους Αμερικανούς ασθενείς (Hornberger et al., 1997). Μια μελέτη ασθενών με νοητική ασθένεια έδειξε πως οι ασθενείς με τη μεγαλύτερη ανάγκη -εκείνοι με χαμηλά εισοδήματα και ήπια προς σοβαρή νοητική ασθένεια- είχαν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν υπηρεσίες για τη νοητική τους υγεία στον Καναδά απ' ό,τι στις Ηνωμένες Πολιτείες (Katz et al., 1997β). Συγκρίσεις ασθενών με νοητική ασθένεια στον Καναδά και στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν ανίχνευσαν σημαντικές διαφορές στην επιβίωση και στα ποσοστά επαναλαμβανόμενου εμφράκτου παρά την πιο επιθετική θεραπεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, όμως οι ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποστούν στηθάγχη κόπωσης μετά τα εμφράκτα (Rouleau et al., Mark et al., 1994, Tu et al., 1997).

Αν και είναι δύσκολο να εξαχθούν ακλόνητα συμπεράσματα από περιορισμένα στοιχεία, αυτές οι μελέτες μπορεί να είναι σε λογικό βαθμό αντιπροσωπευτικές των τρόπων με τους οποίους η φροντίδα υγείας διαφέρει ανάμεσα στον Καναδά και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το σύστημα υγείας του Καναδά στοχεύει περισσότερο στη βελτίωση των εκβάσεων υγείας του πληθυσμού, που επηρεάζονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα. Σε μεγαλύτερο βαθμό από τις Ηνωμένες Πολιτείες, δίνει προτεραιότητα στις υπηρεσίες που καλύπτουν μεγαλύτερες ανάγκες στα πλαίσια ενός συστήματος καθολικής κάλυψης, όπως δηλώνεται από τις συγκριτικές μελέτες ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια και νοητική ασθένεια στις δύο χώρες. Από την άλλη πλευρά, καμία χώρα δεν μπορεί να συναγωνιστεί με τις Ηνωμένες Πολιτείες στη διαθεσιμότητα της φροντίδων υψηλής τεχνολογίας για τους ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα. Ενώ η πιο διαδεδομένη χρήση υπηρεσιών για την καρδιά μπορεί να μη βελτιώσει σημαντικά τους δείκτες θνησιμότητας, αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να ενισχύσουν τις καθημερινές λειτουργίες και την ποιότητα ζωής. Η πολιτική της Καναδικής κυβέρνησης να διατηρήσει σταθερές τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στη δεκαετία του 1990 επίσης φαίνεται να έχει οδηγήσει σε «απώλειες» όσον αφορά στο βαθμό ικανοποίησης του κοινού από το σύστημα υγείας, χωρίς όμως κάτι τέτοιο να αποτυπώνεται και στους δείκτες εκβάσεων της υγείας. Το ποσοστό ικανοποίησης του κοινού από το σύστημα ιατρικής φροντίδας στον Καναδά μειώθηκε την περασμένη δεκαετία, ενώ τα παράπονα για τους χρόνους

αναμονής για τη λήψη υπηρεσιών και τους περιορισμούς στις παροχές αυξήθηκαν (Blendon et al., 2002).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Δεν υπάρχει τέλειος μηχανισμός ελέγχου των δαπανών υγείας. Οι στρατηγικές πρέπει να κριθούν από τη σχετική τους επιτυχία στην ανάσχεση των δαπανών και στην όσο το δυνατόν πιο ανώδυνη εφαρμογή αυτής - χωρίς δηλαδή να τίθενται σε κίνδυνο οι εκβάσεις της υγείας. Σύμφωνα με τον Δρ. John Wennberg, το βασικό στοιχείο για τον έλεγχο των δαπανών στις Ηνωμένες Πολιτείες

*Δεν βρίσκεται στη μικρο-διαχείριση της σχέσης ιατρού-ασθενούς αλλή στη διαχείριση της διαθεσιμότητας και των προϋπολογισμών. Το πρόβλημα της Αμερικής είναι να βρει τη θέληση να ρυθμίσει την ασφαλιστική δικλείδα κάπου σε λογικά πλαίσια (Wennberg, 1990).*

Αν και τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών και τα Καναδικά επαρχιακά προγράμματα υγείας συχνά θεωρούνται διαμετρικά αντίθετα παραδείγματα για τη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας, και τα Καναδικά προγράμματα και τα ομαδικά και επιτελικά μοντέλα ΗΜΟs βασίζουν τις προσεγγίσεις τους για έλεγχο των δαπανών σ' αυτό που ο Wennberg ονομάζει «διαχείριση της διαθεσιμότητας και των προϋπολογισμών». Στον Καναδά, αυτή η διαχείριση υφίσταται δημόσιο έλεγχο, μέσω της ρύθμισης του αριθμού των ιατρών, των προϋπολογισμών για τους ιατρούς και τα νοσοκομεία και της τεχνολογίας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα ιδιωτικά μοντέλα ΗΜΟs τύπου ομάδας και προσωπικού προσαρμόζουν τις δικές τους «δικλίδες», ορίζοντας τους δικούς τους προϋπολογισμούς και τους αριθμούς των ιατρών, των νοσοκομειακών κλινών και του ακριβού εξοπλισμού.

Αν υπάρχει κάτι να μάθουμε από τις απόπειρες ελέγχου των δαπανών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες τις προηγούμενες δεκαετίες, είναι ότι είναι ανάγκη οι πολιτικές ανάσχεσης των δαπανών που επηρεάζουν την αποζημίωση των προμηθευτών να εστιάζουν περισσότερο στη μακρο-διαχείριση και λιγότερο στη μικρο-διαχείριση (Luft & Grumbach, 1994). Η προσπάθεια διαχείρισης των δαπανών στο επίπεδο των συνάναστροφων με μεμονωμένους ασθενείς (δηλαδή, η ρύθμιση των αμοιβών για κάθε υπηρεσία, η επιθεώρηση των καθημερινών αποφάσεων στο λειτουργήμα τους ή η επιβολή κατανομής δαπανών για κάθε συνταγή και επίσκεψη στον ιατρό) είναι επίπονη και σε μεγάλο βαθμό μάταιη στρατηγική ανάσχεσης των συνολικών δαπανών. Επιπλέον, ένα πληρωτής που μειώνει τις δαπάνες του μεταβιβάζοντάς τις σ' άλλον πληρωτή δεν οδηγεί σε εξοικονομήσεις δαπανών στο σύνολο του συστήματος. Οι πληρωτές στο μέλλον πρέπει όλο και περισσότερο να δίνουν έμφαση σε πιο σφαιρικά μέσα ανάσχεσης των δαπανών (δηλαδή στην κατά κεφαλήν πληρωμή ή στην πληρωμή με άλλες σύνθετες μονάδες, στον περιορισμό του μεγέθους και της ανάμιξης των ειδικοτήτων στο ιατρικό δυναμικό και στη συγκέντρωση των υπηρεσιών υψηλής τεχνολογίας στα περιφερειακά κέντρα). Η μελλοντική συζήτηση για την ανάσχεση των δαπανών στις Ηνωμένες Πολιτείες θα εστιάζει στο να αυτά τα μέσα τα χειρίζονται με τον καλύτερο τρόπο τα ιδιωτικά προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας που λειτουργούν σε μια αγορά ανταγωνιστική από πλευράς τιμών ή η δημόσια ρύθμιση των παροχών φροντίδας υγείας.