

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Η ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής.
Συγκριτική ανάλυση με φορείς του εξωτερικού.*

Σταθακοπούλου Χρυσούλα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Δρ. Αικατερίνη Φαμέλη

Ιούνιος, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής.

Συγκριτική ανάλυση με φορείς του εξωτερικού.

Σταθακοπούλου Α. Χρυσούλα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Δρ. Αικατερίνη Φαμέλη

Ιούνιος, 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	3
Ελληνική περίληψη	4-5
Αγγλική περίληψη	6-7
Συνοπμογραφίες	8-9
Κατάλογος Πινάκων-Διαγραμμάτων.....	10
Περιεχόμενα	11-12

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια του μεταπτυχιακού Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, Δρ. Αικατερίνη Φαμέλη για την πολύτιμη βοήθεια, τη συμπαράσταση και την καθοδήγησή της για την εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους του Καθηγητές του μεταπτυχιακού τμήματος της Διοίκησης Μονάδων Υγείας για τις θεωρητικές αλλά και πρακτικές γνώσεις που απέκτησα κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για την απεριόριστη συμπαράσταση της καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Στις κόρες μου ,
Δέσποινα & Μαρία

Περίληψη

Η συγκρότηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί την σημαντικότερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων ετών. Αποστολή του νέου Οργανισμού είναι η ισότιμη πρόσβαση όλων των εν ενεργεία ασφαλισμένων, συνταξιούχων και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως απώτερο σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ δεν συνιστά ένα ασφαλιστικό οργανισμό υπό την έννοια ότι δεν είναι υπεύθυνος για την είσπραξη των πόρων και την επιβεβαίωση του ασφαλιστικού δικαιώματος αλλά μεσολαβεί μεταξύ της ασφάλισης και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας ασκώντας μονοψωνιακή διαπραγματευτική δύναμη. Η συγκρότηση του, όμως συνέπεσε με φαινόμενα δημοσιονομικού εκτροχιασμού και απορρύθμισης της πραγματικής οικονομίας.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι διπλός, αφενός η ανάδειξη των αδυναμιών– ελλείψεων του νεοσύστατου οργανισμού και αφετέρου η παρουσίαση τρόπων ενδυνάμωσης της λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Η μεθοδολογική προσέγγιση του θέματος, λόγω του θεωρητικού υπόβαθρου, πραγματοποιήθηκε με βιβλιογραφική ανασκόπηση με κύριο μέσο αναζήτησης το διαδίκτυο, μέσω ανοικτών μηχανών αναζήτησης για συγγράμματα, ηλεκτρονικά βιβλία, περιοδικά και επιστημονικά άρθρα.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας επιχειρείται η συγκριτική ανάλυση του ελληνικού συστήματος υγείας και του σχετικά νεοσύστατου Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας με το βέλγικο σύστημα υγείας και το αντίστοιχο Ινστιτούτο Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας (INAMI), το οποίο λειτουργεί από το 1963. Η μελέτη του Βέλγικου INAMI, μέσω της αντιπαραβολής των στοιχείων ασφάλισης, του τρόπου αποζημίωσης, του ελέγχου των παροχών και των παρόχων υγείας προσφέρει χρήσιμα συμπεράσματα για την κατανόηση της οργάνωσης και της λειτουργίας των δύο οργανισμών.

Η ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή αποτελεί στρατηγικής σπουδαιότητας επιλογή για την εύρυθμη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας. Η χρήση από τον ΕΟΠΥΥ εργαλείων για άσκηση ελέγχου σε όλες τις

διαδικασίες του συστήματος υγείας θα διασφαλίσει τη διαφάνεια στις δαπάνες υγείας και θα συμβάλλει στην ορθολογικότερη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

Παρόλο που ο ΕΟΠΥΥ συνιστά τη σημαντικότερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων ετών στο ελληνικό σύστημα υγείας, απαιτείται μεγάλη προσοχή στην τήρηση των κανόνων της διαχρονικής σταθερότητας, της υποστήριξης και της κοινωνικής συναίνεσης όλων των ενδιαφερόμενων μερών. Η αξιολόγηση της εμπειρίας άλλων κρατών, με την αναλυτική μελέτη των ανάλογων συνθηκών, μπορεί να συμβάλλει στην αποφυγή κάποιων λαθών.

Λέξεις Κλειδιά :Ε.Ο.Π.Υ.Υ.,Ι.Ν.Α.Μ.Ι., σύστημα υγείας, αγοραστής, οργανισμός περίθαλψης.

Abstract

The establishment of the National Organisation for Health Care Services Provision (EOPYY, by its Greek acronym) has been the most important reform effort in recent years. The new Organisation's mission is the equal access for all active members, retirees and dependents of their families in a health service system, which has as its ultimate purpose the prevention, retention, promotion, enhancement, restoration and protection of health. EOPYY is not an insurance organisation *per se*, in the sense that it is not responsible for collecting resources and asserting the right to insurance, but it is the intermediary between insurance and the provision of healthcare services exercising a monopsonistic negotiating power. However, its establishment has coincided with phenomena of fiscal derailment and deregulation of the real economy.

This paper has a double objective: on the one hand, to highlight the weaknesses / deficiencies of the newly created organisation and, on the other hand, to suggest ways for strengthening the operation of the National Organisation for Health Care Services Provision as purchaser of healthcare services. Due to the theoretical background, the subject was approached, from a methodological point of view, through review of the bibliography, primarily by exploring the Web, by way of open search engines, for essays, e-books, magazines, and scientific articles.

The research part of the paper attempts a comparative analysis of the Greek health system and the relatively new National Organisation for Health Care Services Provision with the Belgian health system and the corresponding National Institute for Health and Disability Insurance (INAMI, *Institut National d'Assurance Maladie Invalidité*), operating since 1963. Studying the Belgian INAMI, by comparing the insurance information, the compensation method, the control of benefits and healthcare providers, provides a useful insight to understand the organisation and operation of both organisations.

Strengthening EOPYY's purchaser role is an option of strategic importance for the proper operation of the Greek health system. The use of tools by EOPYY for exercising control over all procedures in the health system will ensure transparency regarding healthcare expenses and help to make more rational use of the available resources for healthcare.

Although EOPYY represents the most important reform effort in recent years regarding the Greek health system, particular attention should be paid to respecting the rules of long-term stability, ensuring support and social consensus of all stakeholders. Assessing the experience of other countries, by analytically comparing similar circumstances, may help to avoid certain mistakes.

Keywords: EOPYY, INAMI, health system, purchaser, healthcare institution

Συντομογραφίες

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν	
Δ.Υ.Πε	Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών	
ΕΚΠΥ	Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας	
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας	
ΕΦΥ	Ενιαίος Φορέας Υγείας	
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης	
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων	
ΙΚΑ -ΕΤΑΜ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων -Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών	
ΚΑΕ	Κωδικός Αριθμός Εξόδων	
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών	
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων	
ΟΔΠΥ	Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας	
ΟΟΣΑ -ΟΕCD	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης	
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου	
Π.Ε.Δ.Υ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας	
ΣΗΣ	Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης	
ΤΑΕ	Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων	
ΤΑΝΠΥ	Ταμείο Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων	
ΤΑΠΕΑΓΠ	Ταμείο Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών	
ΤΕΒΕ	Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος	
ΤΣΑ	Ταμείο Σύνταξης Αυτοκινητιστών	
ΤΣΑΥ	Ταμείο Συντάξεων και Αυτασφάλισης Υγειονομικών	

ΤΣΜΕΔΕ	Ταμείο Σύνταξης Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων	
ΤΥΔΚΥ	Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων	
ΥΠΑΔ	Υπηρεσία Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου	
ΥΠΕΔΥΦΚΑ	Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης	
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδος της Κυβερνήσεως	
ΦΚΑ	Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης	
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας	
CMR	Κεντρικός Ιατρικός Φάκελος	Centralized Medical Record
DMPs	Προγράμματα Διαχείρισης Νόσου	Disease Management Programs
DRGs	Ομοειδής Διαγνωστικές Κατηγορίες	Diagnostic Related Groups
GMD	Κεντρικός Ιατρικός Φάκελος	Global Medical Dossier
IP	Μοναδικός Αριθμός Αναγνώρισης σε ένα Δίκτυο	Internet Protocol
NHIDI - INAMI -RIZIV	Εθνικό Ίδρυμα Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας	National Institute for Health Insurance and Disability
NHS	Εθνικό Σύστημα Υγείας	Nationl Health System
NICE	Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας	National Institute for Health and Care Excellence
OECD	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης	Organisation for Economic Co-operation and Development
PPP	Ισοδύναμα Αγοραστικής Δύναμης	Purchasing Power Parities
QA	Διασφάλιση Ποιότητας	Quality Assurance

Κατάλογος Πινάκων και Διαγραμμάτων

Πίνακες

2.1 Πληθυσμός κάλυψης ΕΟΠΥΥ	27
2.2 Ασφαλιστικά Ταμεία	32
2.3 Πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (σε εκατ. ευρώ)- Προϋπολογισμός 2012	39
2.4 Προϋπολογισμός εσόδων ΕΟΠΥΥ 2012	40
2.5 Προϋπολογισμός δαπανών ΕΟΠΥΥ 2012	41
3.1 Στατιστικά στοιχεία Ελλάδας- Βελγίου	65
3.2 Στοιχεία ασφάλισης- Προμηθευτές υγείας	67
3.3 Παροχές- Καλύψεις	68
3.4 Συμμετοχή ασφαλισμένων στη δαπάνη	70-72
3.5 Τρόπος αποζημίωσης	73
3.6 Αντικείμενο διαπραγματεύσεων- Έλεγχος Ποιότητας-e Health	76-77

Διαγράμματα

2.1 Γραφική απεικόνιση της μορφής αγοράς των υπηρεσιών υγείας	37
3.1 Η οργανωτική δομή του Βέλγικου συστήματος υγείας	58
3.2 Το Οργανόγραμμα του NHIDI	61

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.Εισαγωγή

1.1 Σκοπός και ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας	13-14
1.2 Πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας	15-16
1.3 Ιστορική εξέλιξη του τομέα υγείας	16-18
1.4 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	19-20
1.5 Αντικείμενο και οργάνωση μελέτης	20-22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.Το ελληνικό σύστημα υγείας– Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ σήμερα

2.1 Ιστορική εξέλιξη ελληνικού συστήματος υγείας	23-24
2.2 Προτάσεις για την συγκρότηση Ενιαίου Φορέα Παροχών Υγείας	24-26
2.3 Η λειτουργία των βασικών Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης πριν την ένταξη στον ΕΟΠΥΥ	26-27
2.3.1 Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων	27-28
2.3.2 Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων	28
2.3.3 Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών	29-30
2.3.4 Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου	30
2.4 Η αναγκαιότητα ίδρυσης ενός Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	31-33
2.4 Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	
2.4.1 Ο σκοπός και η χρηματοδότηση	33-36
2.4.2 Ο ΕΟΠΥΥ από την ίδρυσή του έως το α΄ τρίμηνο του 2014	36-38
2.4.3 Προβλήματα στη λειτουργία του Οργανισμού	38-43
2.5 Μέτρα στήριξης της βιωσιμότητας του ΕΟΠΥΥ	43-44
2.5.1 Η εφαρμογή του μηχανισμού αυτόματων επιστροφών ‘claw back’	44-45

2.5.2 Η εφαρμογή ενός κλιμακούμενου ποσοστού εκπτώσεων/ επιστροφών ‘rebate’	45-47
2.5.3 Ανάθεση του ελέγχου και της εκκαθάρισης των σε ιδιωτικούς ελεγκτικούς φορείς	49-50
2.5.4 Σύσταση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης	50-53
2.5.5. Προτάσεις για αξιολόγηση – αυτοαξιολόγηση και κατάταξη σε κατηγορίες παρόχων υγείας με κριτήριο την ποιότητα	54-55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Το Βέλγικο Σύστημα Υγείας– Συγκριτική ανάλυση του ΕΟΠΥΥ με τον INAMI	
3.1 Εισαγωγή	56-57
3.2 Δομή και οργάνωση του Βέλγικου Συστήματος Υγείας	57-60
3.3 Το Εθνικό Ίδρυμα Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας INAMI	60-63
3.4 Σύγκριση του ΕΟΠΥΥ με τον INAMI	63-65
3.4.1 Στοιχεία ασφάλισης	66-66
3.4.2 Προμηθευτές Υγείας	65-66
3.4.3 Παροχές– Καλύψεις	68
3.4.4 Συμμετοχή των ασφαλισμένων στις δαπάνες υγείας	69-72
3.4.5 Τρόπος αποζημίωσης	72-73
3.4.6 Αντικείμενο Διαπραγματεύσεων	74
3.4.7 Πιστοποίηση και Διασφάλιση ποιότητας	74-75
3.4.8 Ιατρικός Φάκελος και Κάρτα Υγείας	75-77
3.4.9 Αποτελέσματα	78-79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Συζήτηση	80-86
-------------	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. Συμπεράσματα	87-89
-----------------	-------

Βιβλιογραφία	90-95
--------------	-------

Κεφάλαιο 1:

Εισαγωγή

1.1. Σκοπός και ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας

Ο τομέας υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους πιο σύνθετους τομείς που συναντάμε σε μια οργανωμένη κοινωνία. Η ανάπτυξη του έγινε σταδιακά και επηρεάστηκε από τις εξελίξεις στις ανθρώπινες αξίες, στην επιστήμη και στην οικονομία. Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώθηκε συνταγματικά και προσφέρεται ισότιμα σε όλους τους πολίτες.

Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας διαμορφώθηκαν στη βάση συγκεκριμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και αντικατοπτρίζουν ως ένα βαθμό την ίδια τη δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Είναι προφανές ότι τα δεδομένα με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν και απαιτείται να σχεδιαστεί εκ νέου το σύστημα για να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί.

Κατά τους Koontz και Donnell (1976), η έννοια του συστήματος γενικότερα γίνεται κατανοητή ως ένα οικοδόμημα, το οποίο συντίθεται από επιμέρους στοιχεία που βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση των τμημάτων του είναι η στήριξή του, σύμφωνα με την συστημική θεώρηση, στα παρακάτω δεδομένα: α) το σύνολο δεν πρέπει να αποτελεί απλά άθροισμα των μερών του, β) τα επιμέρους στοιχεία του συστήματος πρέπει να βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση τόσο με το ευρύτερο περιβάλλον όσο και μεταξύ τους και γ) η συμπεριφορά του συστήματος και των τμημάτων του πρέπει να εξαρτάται από τους στόχους που καλούνται να εκπληρώσουν.

Όταν λοιπόν μιλάμε για το 'σύστημα υγείας' εννοούμε αρχικά τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και κατανέμονται οι πόροι υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών και την βελτίωση του επιπέδου υγείας. Οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν το

υλικό κεφάλαιο (φάρμακα, τεχνολογικός εξοπλισμός, κτιριακή υποδομή κλπ.) και το ανθρώπινο δυναμικό (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό).

Σκοπός, λοιπόν, κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του, ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διατήρηση και στη βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου.

Κάθε σύστημα υγείας θα πρέπει να διέπεται από τις αρχές της αποδοτικότητας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η αρχή της αποδοτικότητας αναφέρεται στην οικονομική σχέση μεταξύ των εισροών και των εκροών του συστήματος υγείας, ενώ η αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων. Η αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης εκφράζει την κοινωνικά επιθυμητή διανομή των πόρων υγείας, την ισότητα ως προς τα δικαιώματα των ασθενών, το μέγεθος της πληροφόρησης, την προσπελασιμότητα, τη χρήση και την κατανομή των πόρων και την κατανομή του οικονομικού βάρους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος, 2003).

Τα κύρια οργανωτικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας, όπως προκύπτουν από τις ιδιαιτερότητες της οικονομικής και κοινωνικής οργάνωσης κάθε χώρας είναι (Τούντας, 2001):

1. Ο βαθμός επίτευξης της ισότητας στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες
2. Το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού με υπηρεσίες υγείας
3. Η μορφή των υπηρεσιών στις οποίες επικεντρώνεται το σύστημα
4. Ο διαχωρισμός δημόσιου–ιδιωτικού στην παροχή των υπηρεσιών υγείας
5. Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος.

Η εύρεση πηγών χρηματοδότησης στην υγεία αλλά και η εύρεση των αναγκαίων πόρων για τη λειτουργία του συστήματος θεωρούνται μείζονα ζητήματα μιας χώρας με ουσιαστικές οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις.

1.2 Πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας

Από τα σημαντικότερα προβλήματα των σημερινών κυβερνήσεων είναι η ανεύρεση των αναγκαίων πόρων για την απρόσκοπτη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Το πρόβλημα αυτό δεν περιορίζεται μόνο στην ανεύρεση απλά των οικονομικών πόρων αλλά και από που θα προέλθουν αυτοί οι πόροι.

Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης της υγείας διακρίνονται ανάλογα με την πηγή την οποία προέρχονται σε δημόσιες και ιδιωτικές. Σύμφωνα με τον Kutzin (2001), δημόσιες είναι το Υπουργείο Υγείας ή και άλλα Υπουργεία και η υποχρεωτική καθολική ασφάλιση. Ειδικότερα, έσοδα για την υγεία προκύπτουν από την γενική φορολογία των φυσικών και νομικών προσώπων, όπως ο φόρος εισοδήματος, ο φόρος προστιθέμενης αξίας, οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης κ.τ.λ., αλλά και από τις εισφορές ομάδων πληθυσμού, που προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του εισοδήματος τους. Αντίθετα, οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι οι δωρεές από κοινωφελής οργανώσεις, όπως συναντάται στις τριτοκοσμικές χώρες οι οποίες έχουν πολύ χαμηλό Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν και στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας.

Η κατάσταση της ιδιωτικής ασφάλειας σε παγκόσμιο επίπεδο διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη, οι ασφαλισμένοι έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και αποζημιώνονται για τα έξοδα τους από το ασφαλιστικό ταμείο. Η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση παρέχει μερική ή πλήρη κάλυψη για τις καταβαλλόμενες από τους πολίτες εισφορές (Τούντας, 2003).

Παρά το γεγονός ότι είναι κοινώς αποδεκτό η αναγκαιότητα κρατικής παρέμβασης στην 'αγορά' των υπηρεσιών υγείας, εντούτοις η ένταση και η έκταση αυτή αποτελεί θέμα αντιτιθέμενων απόψεων, για το λόγο ότι υπάρχουν διαφορετικές απόψεις για το χαρακτήρα του αγαθού υγείας και βέβαια σε ποιο βαθμό αυτό παρέχεται στους πολίτες. Σε κάθε περίπτωση το μέγεθος της κρατικής παρέμβασης εξαρτάται από τις εκάστοτε επικρατούσες πολιτικές και ιδεολογικές αρχές και αξίες και από τις επιλογές και δυνατότητες που έχει κάθε χώρα. Το μέγεθος της κρατικής

παρέμβασης καθορίζει σε μεγάλη έκταση το είδος ή τη μορφή που τελικά θα πάρει το σύστημα υγείας.

Πέραν από το βαθμό κρατικής παρέμβασης όλα τα συστήματα παρουσιάζουν από άποψη οργάνωσης και διανομής των υπηρεσιών τα ίδια συστατικά στοιχεία, δηλαδή τον ‘καταναλωτή–ασθενή’, τους ‘προμηθευτές πρώτης γραμμής’ (πρωτοβάθμια περίθαλψη και δημόσια υγεία), τους ‘προμηθευτές δεύτερης γραμμής’ (νοσοκομεία), τους φορείς και τους ‘τρίτους πληρώνοντες’ (ασφαλιστικά ταμεία ή ασφαλιστικές εταιρείες). Αυτά τα συστατικά στοιχεία βρίσκονται σε μια δυναμική αλληλεξάρτηση που καθορίζεται από τις εσωτερικές συνθήκες και σχέσεις που έχουν καθοριστεί (Αντωνοπούλου, 2008).

1.3 Ιστορική εξέλιξη του τομέα υγείας

Η ιστορική εξέλιξη της παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται και ακολουθεί τις κυρίαρχες, σε κάθε εποχή και τόπο, κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες. Στο Βυζάντιο ιδρύεται ο πρώτος ξενώνας – υπο μοναστηριακό καθεστώς–πρότυπο αργότερα για πολλές νοσοκομειακές μονάδες στη Γαλλία, την Ιταλία, την Αγγλία, την Γερμανία κ.τ.λ. Στον 13ο μ.Χ αιώνα λειτουργούν στην Ευρώπη περίπου 19.000 νοσοκομειακές μονάδες, οι περισσότερες σε μοναστήρια, ενώ στην Αγγλία ιδρύονται τα δημοτικά νοσοκομεία, που ήταν ταυτόχρονα πτωχοκομεία και γηροκομεία, αλλά και χώροι εκμάθησης της ιατρικής. Μετά την Γαλλική Επανάσταση πολλά νοσοκομεία πέρασαν στον έλεγχο του κράτους, ενώ αρχίζει η λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων για την παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Ο 19ος και ο 20ος αιώνας χαρακτηρίζονται από ισχυρή κρατική παρέμβαση στον χώρο της υγείας, η οποία σκοπό είχε να εντάξει τις υπηρεσίες υγείας σε ένα ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας, μέσω της δημιουργίας συστημάτων υγείας, των οποίων η μορφή είναι αποτέλεσμα κοινωνικοπολιτικών, πολιτιστικών και οικονομικών συνθηκών. Ο Bismarck εισάγει το πρώτο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία το 1883, ενώ το 1948 εγκαθιδρύεται στη Μεγάλη Βρετανία

από τον λόρδο Beveridge το πρώτο εθνικό σύστημα υγείας που λειτουργεί μέχρι σήμερα.

Η περίοδος μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο χαρακτηρίζεται από σημαντικές ανακαλύψεις φαρμάκων και θεραπειών αλλά και μια σημαντική αύξηση των διαθέσιμων για την υγεία πόρων. Η οικονομική όμως κρίση της δεκαετίας του 1970 θα ανακόψει τους ρυθμούς ανόδου. Ταυτόχρονα διαπιστώνεται η αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας με κύρια χαρακτηριστικά το αυξανόμενο οικονομικό κόστος, την στασιμότητα των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας, την αδυναμία περιορισμού των υγειονομικών ανισοτήτων και την εξέλιξη του ιατρικού σώματος σε μια ισχυρή και ανεξέλεγκτη επαγγελματική ομάδα .

Η συνδιάσκεψη της Alma –Ata και η διακήρυξη του ΠΟΥ για ‘Υγεία για όλους το 2000’ αποτελούν το πρώτο βήμα για την συγκράτηση της κρίσης, μεταθέτοντας το κέντρο βάρους από το νοσοκομειακό τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας αποτελεί βασικό προγραμματικό στόχο των μεταρρυθμίσεων στα περισσότερα συστήματα υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στις αναπτυγμένες χώρες, οι δαπάνες των υπηρεσιών υγείας αναλογούν σε ένα μεγάλο ποσοστό του εθνικού εγχώριου προϊόντος. Είναι επομένως εύλογο, η πολιτεία να επιθυμεί τέτοιου ύψους δαπάνες να συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών, ιδιαίτερα όταν οι πηγές χρηματοδότησης είναι περιορισμένες. Από την πλευρά της προσφοράς, η τεχνολογία αλλάζει ραγδαία, με αποτέλεσμα η πίεση για την εφαρμογή νέων πρακτικών στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας να είναι επιτακτική, ακόμη και αν αυτή συνοδεύεται από αβεβαιότητα στην αποδοτικότητα κόστους. Από την πλευρά της ζήτησης, η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγείας και οι προσδοκίες των πολιτών για βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και της ποιότητας ζωής αυξάνουν. Τέλος, η επανάσταση στα πληροφοριακά συστήματα καθιστά εφικτή την στατιστική ανάλυση μέρους της συμπεριφοράς των συστημάτων υγείας, όπως η κλινική δραστηριότητα (Θεωδόρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη χαρακτηρίζονται από την επικράτηση των δημόσιων φορέων, οι οποίοι παραδοσιακά ανέλαβαν την κάλυψη των δαπανών υγείας των πολιτών στην προσπάθεια τους να παρέχουν ισότιμη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας φροντίδα για όλους. Οι δημογραφικές και οικονομικές συνθήκες πιέζουν όλο και περισσότερο τα δημόσια συστήματα υγείας των περισσότερων ευρωπαϊκών

χωρών, με αποτέλεσμα οι κυβερνήσεις να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά στις υποσχέσεις τους. Ειδικά στην Ευρώπη, η ένταση που δημιουργείτε από την ανάληψη της κοινωνικής δέσμευσης είτε για τη συνταξιοδοτική πολιτική είτε για την πολιτική υγείας έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και αναμένεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο στο μέλλον. Η ένταση αυτή επεκτείνεται από τη χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο τομέα υγείας λόγω των λιστών αναμονής για περίθαλψη, των ελλείψεων στην υποδομή, της κυριαρχίας της γραφειοκρατίας και άλλων προβλημάτων. Η αδυναμία αυτή των κυβερνήσεων να αναλάβουν το οικονομικό βάρος της περίθαλψης μεταφράζεται στη μεταφορά του οικονομικού βάρους από το δημόσιο τομέα στους πολίτες, οι οποίοι καλούνται να λάβουν οι ίδιοι όλο και μεγαλύτερη ευθύνη για τις ανάγκες τους. Αυτό έχει ως συνέπεια την αντίστοιχη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, που από την δική του πλευρά, καλείτε να καλύψει το κενό που αφήνει ο δημόσιος φορέας. Σε πολλές περιπτώσεις και ο ίδιος ο ιδιωτικός τομέας αδυνατεί να καλύψει το κενό αυτό. Ο σημαντικότερος λόγος για την αδυναμία αυτή είναι κυρίως οικονομικός, η πλειοψηφία των πολιτών δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να απευθυνθεί στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης σε πολλές περιπτώσεις το ρυθμιστικό πλαίσιο είναι ακατάλληλο να επιτρέψει την ορθολογική ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα (Γαρδίκας, 2010).

Σύμφωνα με τις παραδοσιακές δομές που διαθέτει κάθε εθνικό σύστημα υγείας, όλες οι ενδιαφερόμενες πλευρές περιβάλλονταν με συγκεκριμένους κοινωνικούς ρόλους, συμπληρώνοντας με τις λειτουργίες τους το 'puzzle' του κάθε συστήματος. Έτσι οι οργανισμοί χρηματοδότησης της περίθαλψης αποτελούσαν τους μεσολαβητές ανάμεσα στους ασθενείς και τους προμηθευτές της περίθαλψης (νοσοκομεία, γιατροί). Η διαδικασία δημιουργίας μιας υποδομής για τον αποτελεσματικό έλεγχο των δαπανών αποβλέπει κατά βάση στη μετατροπή των σχέσεων που συνδέουν όλους τους εμπλεκόμενους στο σύστημα υγείας: τους ασθενείς, τους γιατρούς, τα ασφαλιστικά ταμεία, τις τοπικές ή περιφερειακές υγειονομικές αρχές, τα νοσοκομεία. Με το μεταρρυθμιστικό έργο που μεθοδεύεται, οι χρηματοδοτικοί οργανισμοί τείνουν να αποβάλλουν τον παλιό παθητικό τους ρόλο και να περιβληθούν με εκείνον του εντολοδόχου των καταναλωτών για την εκτίμηση και την αγορά αγαθών και υπηρεσιών περίθαλψης (Αντωνοπούλου, 2008).

1.4 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας σήμερα είναι ένα μίγμα από τρία κύρια συστατικά: α) το δημόσιο σύστημα υγείας που έχει την ευθύνη για τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας, β) το ασφαλιστικό σύστημα, με βάση τα ασφαλιστρα που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες και γ) το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα (αρκετά μικρό, με το χαρακτήρα της συμπληρωματικής ασφάλισης) και ένα ευρύ ιδιωτικό σύστημα διανομής που αποτελείται από ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές (Οικονόμου, 2012).

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα ανέκαθεν χαρακτηρίζονταν από υψηλές ιδιωτικές δαπάνες. Η μεταρρύθμιση του 1983 έθεσε τις βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, μέσω της εφαρμογής του ιατρού πλήρης και αποκλειστικής απασχόλησης και της εγκαθίδρυσης των Κέντρων Υγείας. Παρά την αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης και τους περιορισμούς στην ανάπτυξη ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων, το παράδοξο είναι ότι οι ιδιωτικές δαπάνες εξελίσσονταν αυξητικά αντανακλώντας κυρίως άμεσες πληρωμές των χρηστών (Tountas, Karnaki & Pavi, 2005; Σίσκου, Καϊτελίδου, Θεοδώρου & Λιαρόπουλος, 2008).

Έτσι, γίνεται κατανοητό ότι όλες οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που έχουν γίνει κατά τις τελευταίες δεκαετίες στοχεύουν στην συγκράτηση της αύξησης των δαπανών για την υγεία χωρίς, όμως, να μειωθεί το επίπεδο ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.

Ειδικότερα, αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της χώρας μας, έχει αποτελέσει πεδίο συζητήσεων πολιτικών, κοινωνικών, συνδικαλιστικών και επιστημονικών από την εποχή εκείνη (τέλη της δεκαετίας '70) κατά την οποία συνέπεσαν οι αναζητήσεις για την ανασυγκρότηση και βελτίωση του συστήματος υγείας με τις προσπάθειες για κοινωνική ισότητα, ιατρική αποτελεσματικότητα και οικονομική αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας σε διεθνή κλίμακα.

Εντούτοις η απουσία μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, η έλλειψη συντονισμού των δραστηριοτήτων, η μειωμένη διασύνδεση της εξωνοσοκομειακής με τη νοσοκομειακή φροντίδα συνθέτουν μέρος της εικόνας του Συστήματος Υγείας της χώρας. Τα αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα των παραγόντων του Συστήματος και η υψηλή πολυπλοκότητα του θεσμικού πλαισίου, το οποίο φαίνεται να αφήνει περιθώρια επιρροής στους ενδιαφερόμενους, καθιστούν την αποδοτική χρήση των πόρων δύσκολη, αν όχι αδύνατη (Groenwegen & Jugurtis, 2013).

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, οποίος ιδρύθηκε το 2011 με την συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ καλείται να διαδραματίσει πρωταγωνιστικό ρόλο στην μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων χρόνων προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα ανωτέρω προβλήματα.

1.5 Αντικείμενο και οργάνωση της μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι διπλός, αφενός η ανάδειξη των αδυναμιών– ελλείψεων του νεοσύστατου οργανισμού και αφετέρου η παρουσίαση τρόπων ενδυνάμωσης της λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Στην μέχρι τώρα ανάλυση του εισαγωγικού κεφαλαίου παρουσιάστηκε ο σκοπός και οι ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας και η ιστορική εξέλιξη του τομέα υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας και έπειτα από μια αναφορά στην αναγκαιότητα συγκρότησης ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ) και στις προτάσεις που έγιναν στο παρελθόν αναφορικά με αυτό το θέμα, ακολουθεί η περιγραφή της λειτουργίας των βασικών Ταμείων πριν την ένταξή τους στον ΕΟΠΥΥ. Στη συνέχεια ακολουθεί η παρουσίαση της υφιστάμενης κατάστασης του ΕΟΠΥΥ, με λεπτομερή ανάλυση σχετικά με το σκοπό της ίδρυσης του, τη δομή, τη λειτουργία του αλλά και τη παρουσίαση μιας σειράς έκτακτων μέτρων τα οποία επιβλήθηκαν προκειμένου να ανταπεξέλθει δημοσιονομικά. Τα σημαντικότερα μέτρα περιλαμβάνονται στο άρθρο 100 του Ν.4172/2013 και είναι ο μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (claw back), οι κλιμακούμενες εκπτώσεις (rebate), και η ανάθεση του ελέγχου των απαιτήσεων σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες. Σημαντική επίσης

παρέμβαση στην λειτουργία του ΕΟΠΥΥ αποτελεί η συγκρότηση της επταμελούς Επιτροπής Διαπραγμάτευσης, η οποία έχει ως αντικείμενο τη διενέργεια διαπραγματεύσεων και τη σύναψη συμφωνιών μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και των προμηθευτών υγείας στους οποίους περιλαμβάνονται οι ιατροί, τα διαγνωστικά κέντρα, τα μικροβιολογικά εργαστήρια, οι κλινικές, τα φαρμακεία και οι φαρμακευτικές εταιρείες. Στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται η συγκριτική μελέτη του ΕΟΠΥΥ με τον αντίστοιχο βέλγικο NHIDI-INAMI-RIZV– Εθνικό Ίδρυμα Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας, ο οποίος λειτουργεί στο Βέλγιο με επιτυχία για πολλά χρόνια. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν την έλλειψη άρτιας πληροφοριακής υποδομής στο ελληνικό σύστημα υγείας η οποία αποτελεί και αναγκαία προϋπόθεση για την ενδυνάμωση του ελεγκτικού μηχανισμού του ΕΟΠΥΥ, η έλλειψη διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων στην συνταγογράφηση, η έλλειψη μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας. Στο τελευταίο κεφάλαιο εισάγονται προτάσεις, προκειμένου να αναδειχθούν χρήσιμες πρακτικές για την ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή. Προτάσεις προς αυτή την κατεύθυνση είναι η εισαγωγή θεραπευτικών πρωτοκόλλων και η αντιστοίχησή τους με ιατρικές πράξεις ώστε να αποφεύγονται τυχόν υπερβάσεις στην εκτέλεση ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων. Η εισαγωγή περισσότερων στοιχείων στο ήδη υπάρχον ηλεκτρονικό σύστημα, η δημιουργία ιατρικού φακέλου με το ιστορικό του ασθενή και η ταυτόχρονη χρήση ηλεκτρονικής κάρτας. Η ανάπτυξη μηχανισμού κλινικού ελέγχου (clinical audit) και ο έλεγχος ως προς την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η διασύνδεση της με τις τιμές αποζημίωσης. Τέλος η ενίσχυση του ρόλου της εποπτείας, προκειμένου να διασφαλίζεται η τήρηση των συμφωνηθέντων μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και των παρόχων υγείας ώστε να διώκονται τα φαινόμενα παραβατικότητας.

Λόγω του θεωρητικού, κατά βάση, υπόβαθρου της παρούσας εργασίας, η βιβλιογραφική έρευνα αποτέλεσε ένα ιδιαίτερο και πολύ σημαντικό μέρος της όλης προσπάθειας. Το σύνολο του, σχετικού με το αντικείμενο της εργασίας υλικού συλλέχθηκε, αξιολογήθηκε με βάση εξειδικευμένα κριτήρια και χαρακτηριστικά ποιότητας που ετέθησαν εξ αρχής, με αποτέλεσμα οι βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν να εξυπηρετούν στο μέγιστο τις ανάγκες της εργασίας. Το μέσο αναζήτησης ήταν κυρίως το διαδίκτυο, μέσω ανοιχτών μηχανών αναζήτησης για συγγράμματα, ηλεκτρονικά βιβλία, περιοδικά και επιστημονικά άρθρα, όσο και μέσω ηλεκτρονικών βιβλιοθηκών με συνδρομή.

Στη θεωρητική επισκόπηση του θέματος παρουσιάζεται ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ όπως περιγράφεται στον ιδρυτικό Νόμο και μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης η ανάγκη ίδρυσης ενός ενιαίου οργανισμού, η τρέχουσα κατάσταση του ΕΟΠΥΥ, η ανάγκη ενίσχυσης της λειτουργίας του ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας και η παρουσίαση των μέτρων που έχουν εφαρμοσθεί ή έχουν σχεδιασθεί και πρόκειται να τεθούν σε εφαρμογή.

Το ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας αποτελεί η συγκριτική μελέτη του ΕΟΠΥΥ με τον βέλγικο INAMI. Στόχος της ερευνητικής διαδικασίας είναι η ανάδειξη των αδυναμιών του ΕΟΠΥΥ σε σχέση με τον αντίστοιχο του Βελγίου και κατ' επέκταση η εισήγηση προτάσεων οποίες θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ο ΕΟΠΥΥ προκειμένου να εξαλείψει τις εν λόγω αδυναμίες και να αποτελέσει ρυθμιστής του ελληνικού συστήματος υγείας.

Η αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας έγκειται στην ανάδειξη τρόπων με τους οποίους ο ΕΟΠΥΥ θα μπορέσει να μετεξελιχθεί στο σημαντικότερο κομμάτι του ελληνικού συστήματος υγείας όπου εκμεταλλευόμενος την μονοψωνιακή του δύναμη θα μπορέσει να ελέγχει την προσφορά υπηρεσιών υγείας με απώτερο σκοπό την βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά τη χρονική στιγμή συγγραφής της παρούσας εργασίας έλαβε χώρα ταυτόχρονα η παρουσίαση μιας σειράς εισηγητικών εκθέσεων από επιστήμονες του χώρου της πολιτικής υγείας, αναφορικά με την μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην νέα ελληνική πραγματικότητα. Οι προτάσεις στο σύνολό τους θέτουν ως κύριο στόχο τη συνέχεια στη φροντίδα, την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη και την αποδοτικότητα. Παρά τις διαφοροποιήσεις τους σχετικά με τον τρόπο χρηματοδότησης και την δομή του συστήματος υγείας, υπάρχει σύγκλιση των απόψεων αναφορικά με τον ρόλο του ΕΟΠΥΥ ως φορέα ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Προκειμένου λοιπόν να αποφευχθεί μια μη επιθυμητή αντιγραφή των απόψεων σχετικά με τον ρόλο του ΕΟΠΥΥ, η εργασία εστιάζει το ενδιαφέρον στην συγκριτική ανάλυση του ΕΟΠΥΥ με το αντίστοιχο βέλγικο INAMI (Εθνικό Ινστιτούτο Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας) για την ανάδειξη των αδυναμιών του, ώστε να εντοπισθούν οι τρόποι αντιμετώπισης αυτών και να ενδυναμωθεί ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής.

Κεφάλαιο 2:

Το Ελληνικό σύστημα υγείας

2.1 Η ιστορική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους. Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, η Μικρασιατική καταστροφή, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες, οι οικονομικές συνθήκες άλλοτε της ύφεσης και άλλοτε της ραγδαίας ανόδου, η ανάπτυξη της βιομηχανικής παραγωγής, το ασταθές κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας.

Πέντε περίοδοι μπορούν να προσδιορίσουν αυτή την πορεία εξέλιξης.

Η πρώτη περίοδος αρχίζει με την ίδρυση του ελληνικού κράτους και φτάνει μέχρι το 1922. Κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας στην οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ η παρουσία του κράτους περιορίζεται στην καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων.

Η δεύτερη περίοδος (1922-1945) χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον υγειονομικό τομέα, από την ίδρυση κρατικών γενικών και ειδικών νοσοκομείων (Α.Ν 965/1937) λόγω των ειδικών συνθηκών που επικρατούσαν (π.χ. πόλεμοι, πρόσφυγες κ.α), καθώς και την καθιέρωση και ανάπτυξη της ασφάλισης της υγείας.

Στην Τρίτη περίοδο (1945-1974) με το Ν.Δ 2592/1953 'περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως' επιχειρείτε η εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Για πρώτη φορά υιοθετείται στον υγειονομικό

τομέα η διοικητική αποκέντρωση με βάση τον πληθυσμό, την νοσηρότητα και άλλα χαρακτηριστικά, τα οποία συμβάλουν στην ορθολογική και γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος αυτός ήταν πρωτοποριακός για την εποχή του, αλλά δυστυχώς δεν υλοποιήθηκε.

Η τέταρτη περίοδος (1974εώς 2011) χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ο Ν.1397/1983 αποτελεί τη μεγαλύτερη προσπάθεια νομοθετικής μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας, αφού έτσι τέθηκαν οι βάσεις ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι βασικοί άξονες ανάπτυξης του ΕΣΥ ήταν η αποκέντρωση και η ισόρροπη περιφερειακή ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, η δημιουργία ενός πλαισίου προγραμματισμού, ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την εγκαθίδρυση Κέντρων Υγείας στις μη αστικές περιοχές και η εφαρμογή του θεσμού του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΕΣΥ.

Η πέμπτη περίοδος (2011 έως και σήμερα) χαρακτηρίζεται από τον Ν.3918/2011, με τον οποίο εισάγονται σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι σημαντικότερες από τις αλλαγές αυτές αναφέρονται στο νέο σύστημα προμηθειών υγείας, στην δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ. Σύμφωνα με τον Ν.3918/2011 στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ –ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι κλάδοι υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) καθώς και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) (Θεοδώρου και συν., 2001).

2.2 Προτάσεις για την συγκρότηση Ενιαίου Φορέα Παροχών Υγείας

Παρατηρώντας την ιστορική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας, θα περίμενε κανείς, με δεδομένη την στενότητα των πόρων, η πολιτική διοίκηση του τομέα της υγείας να επιδιώξει ουσιαστικές βελτιώσεις στην οργάνωση και τη διοίκηση του τομέα, ώστε να επιτύχει μεγαλύτερη αποδοτικότητα των πόρων που διέθετε. Δυστυχώς, η πολιτική υγείας, μετά την εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, περιορίστηκε σε ‘αναίμακτες’ διευθετήσεις του υπάρχοντος συστήματος, χωρίς να επιχειρήσει τις απαραίτητες τομές στον τρόπο χρηματοδότησης με την ενοποίηση των ασφαλιστικών φορέων και τη διοίκηση του συστήματος, παρά τις διαρκείς επισημάνσεις από διακεκριμένους επιστήμονες πολιτικής υγείας.

Χαρακτηριστική είναι η Έκθεση Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες υγείας η οποία διατυπώθηκε το 1994 προς το Υπουργείο Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η εν λόγω έκθεση αναφέρει ότι βασικό στοιχείο στη συνολική διαδικασία της μεταρρύθμισης αποτελεί η ενοποίηση των χρηματοδοτικών πηγών σε ένα κοινό ταμείο, το οποίο θα διοικείται από έναν ενιαίο φορέα (Abel Smith, Caltorp, Evans, et all). Το Ενοποιημένο Ταμείο θα πρέπει να λειτουργεί στην βάση της δικής του ξεχωριστής οργανωτικής και διοικητικής δομής, θα ενεργεί άμεσα ή έμμεσα ως αγοραστής της ιατρικής φροντίδας, όχι μόνο με την απλή πληρωμή των λογαριασμών που κατατίθενται σε αυτό, αλλά επιλέγοντας το ίδιο τους φορείς ή τα πρόσωπα που θα αγοράζει.

Μετά την κατάθεση του πορίσματος της και στα πλαίσια της αναλυτικής επεξεργασίας των προτάσεων των ξένων εμπειρογνομόνων συγκροτήθηκαν, το 1995, τρεις επιτροπές στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι οποίες πέραν των άλλων θεμάτων πρότειναν τη δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ), ο οποίος θα είχε ως στόχο την ενιαία οργάνωση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με τις προτάσεις ο ΕΦΥ επρόκειτο: i) να συγκεντρώνει τους οικονομικούς πόρους του υγειονομικού τομέα, ii) να εξασφαλίζει την ορθολογική κατανομή τους στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με τις προτεραιότητες και τους στόχους της πολιτικής υγείας και iii) να ελέγχει και αξιολογεί την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων στους τομείς της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της πολιτικής προμηθειών, της φαρμακευτικής δαπάνης και της χρήσης της ιατρικής τεχνολογίας. Ασφαλώς οι παραπάνω προτάσεις δεν υλοποιήθηκαν ποτέ (Υπουργείο Υγείας, 1995).

Επίσης, στο στρατηγικό πλαίσιο μεταρρυθμίσεων για την υγεία 2000-2006, το έτος 2001 η πρόταση για την δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ) η οποία δεν εφαρμόστηκε, προέβλεπε την συγκέντρωση και διαχείριση των πόρων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ. Ο ΟΔΠΥ θα κατένειμε τους πόρους του στα Περιφερειακά του Τμήματα σύμφωνα με τα δημογραφικά, επιδημιολογικά, κοινωνικά κλπ. χαρακτηριστικά. Ο ΟΔΠΥ θα αγόραζε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας υγείας για τους δικαιούχους του από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα με κριτήρια ποιότητας και κόστους (Θεωδόρου και συν., 2001).

Τελικά, και η σκέψη για την συγκρότηση του ΟΔΠΥ εγκαταλήφθηκε και επανήλθε στο προσκήνιο έπειτα από σχεδόν δέκα έτη με την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ο οποίος συγκροτήθηκε αρχικά με την συνένωση των τεσσάρων βασικών ταμείων ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ. Αναμφίβολα η συγκρότηση του συνιστά τη σημαντικότερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων ετών και υπαγορεύτηκε από την ανάγκη ισότιμης πρόσβασης όλων των μελών της κοινωνίας σε ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα υγείας.

2.3 Η λειτουργία των βασικών Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης πριν την ένταξή τους στον ΕΟΠΥΥ

Πριν από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, περίπου 30 ταμεία και κλάδοι ασφάλισης υγείας κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, με το 50% αυτού να καλύπτεται από το ΙΚΑ, το 20% από τον ΟΓΑ, το 13% από τον ΟΑΕΕ και το 12% από τον ΟΠΑΔ. Συνεπώς, ο νεοσύστατος ΕΟΠΥΥ, από την ίδρυσή του, κάλυπτε περίπου το 95% του ελληνικού πληθυσμού και στα δύο πρώτα έτη λειτουργίας του εντάχθηκαν, πλέον των τεσσάρων ιδρυτικών ταμείων, και τα παρακάτω Ταμεία: Οίκος Ναύτου, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ –ΜΜΕ, με συνολικό πληθυσμό κάλυψης ο οποίος υπολογίζεται σε περίπου 9.973.915 ασφαλισμένους με επιμερισμό ανά ταμείο όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 1:

Πίνακας 2.1. Πληθυσμός κάλυψης ΕΟΠΥΥ	
Ασφαλιστικό Ταμείο	Πληθυσμός κάλυψης
ΙΚΑ – ΕΤΑΜ	5.212.494
ΟΠΑΔ	1.704.922.
ΟΓΑ	1.364.103
ΟΑΕΕ	811.714
ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ	134.483
ΤΑΥΤΕΚΩ	432.398
ΕΤΑΑ	295.514
ΕΤΑΠ-ΜΜΕ	18.287
Σύνολο	9.973.915

Πηγή: ΕΟΠΥΥ, 2013

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι θεωρητικά αυτοδιοικούμενα, στην πραγματικότητα όμως έχουν άμεση εξάρτηση από το Υπουργείο Οικονομικών, αφού αυτό καλύπτει τα ελλείμματά τους, ενώ και οι διοικητές τους διορίζονται από την εκάστοτε κυβέρνηση, συχνά με πολιτικά και όχι αξιοκρατικά κριτήρια. Το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, καθώς και το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών καθορίζονται πλέον από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών (Μπένος, 2007).

Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι οι κύριοι αγοραστές υπηρεσιών του ΕΣΥ και ο σημαντικότερος «πελάτης» του ιδιωτικού τομέα. Ειδικότερα, για τα δημόσια νοσοκομεία, τα ασφαλιστικά ταμεία συνιστούν τη μοναδική δεξαμενή πελατείας και ταυτόχρονα μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης (Κυριόπουλος και συν., 2001).

2.3.1 Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) ιδρύθηκε το 1934 με το νόμο 6298, είναι το μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο, το οποίο καλύπτει σχεδόν το 52% του πληθυσμού της χώρας. Στο Ι.Κ.Α είναι ασφαλισμένοι όλοι οι μισθωτοί, οι εργάτες και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους. Ειδικότερα το ΙΚΑ μέχρι λίγο πριν την ένταξη του στον ΕΟΠΥΥ ήταν υπεύθυνο για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους 5,6 εκατ. δικαιούχους του, μέσω ενός εκτεταμένου και αποκεντρωμένου δικτύου 272 πολυιατρείων και ειδικών υγειονομικών μονάδων, συμπεριλαμβανομένων 2 διαγνωστικών κέντρων ιατρικής της εργασίας, 2 κέντρων παιδοψυχικής υγιεινής και 7 κέντρων προληπτικής ιατρικής. Οι μονάδες αυτές ήταν στελεχωμένες με 8.280 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και 3.573 νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό δυναμικό (ΙΚΑ, 2011). Οι περισσότεροι από τους ιατρούς ήταν μερικής απασχόλησης μισθωτοί, οι οποίοι διατηρούσαν και ιδιωτικό ιατρείο. Θεωρητικά, το ΙΚΑ παρείχε στους δικαιούχους του ένα ευρύ φάσμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, όπως γενική ιατρική φροντίδα για τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους, προαγωγή υγείας, παιδική φροντίδα, οδοντιατρικές υπηρεσίες, γυναικολογικές εξετάσεις, προγεννητική φροντίδα και οικογενειακό προγραμματισμό, ιατρική της εργασίας, πρώτες βοήθειες, εμβολιασμούς, συνταγογράφηση φαρμάκων, επιδημιολογική έρευνα και κοινωνική φροντίδα. Στην πράξη, όμως, το μεγαλύτερο μέρος των παρεχόμενων από το ΙΚΑ πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας είχε περιοριστεί στη συνταγογράφηση (45% των περιπτώσεων), στην παραπομπή των ασθενών σε νοσοκομεία, καθώς και στην παραπομπή των ασφαλισμένων σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τη διενέργεια υψηλού κόστους διαγνωστικών εξετάσεων (κυρίως των ηλικιωμένων που είναι οι βασικοί χρήστες των υπηρεσιών του ΙΚΑ). Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών αποδεικνύεται από το γεγονός ότι μια μεγάλη μερίδα ασφαλισμένων ζητούσαν ιατρική περίθαλψη από γιατρούς οι οποίοι δεν ανήκαν στο Ι.Κ.Α, οπότε το κόστος της ιατρικής περίθαλψης για την κατηγορία αυτή των ασφαλισμένων ήταν διπλό. Η χρηματοδότηση του Ι.Κ.Α γίνεται από τις εισφορές κυρίως των εργαζομένων και των εργοδοτών. Το ποσό της εισφοράς είναι ένα σταθερό ποσοστό του εισοδήματος του ασφαλισμένου. Το αυξανόμενο έλλειμμα που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στους λογαριασμούς του Ι.Κ.Α οφείλεται κυρίως στη σημαντική χρονική καθυστέρηση στην καταβολή των ασφαλιστρών, στην πολιτική των χαμηλών εισφορών που έχει υιοθετήσει το Ι.Κ.Α και στην ελλιπή κρατική χρηματοδότηση (Souliotis & Lionis, 2004).

2.3.2 Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) ιδρύθηκε το 1961 με τον νόμο 4169 και απέβλεπε στην ασφαλιστική κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού της χώρας. Όλοι οι αγρότες, οι αλιείς καθώς και οι μικροί βιοτέχνες και οι έμποροι, που ήταν σε περιοχές με λιγότερους από 2.000 κατοίκους, ασφαλίστηκαν στον ΟΓΑ, καλύπτοντας περίπου το 20% του ελληνικού πληθυσμού (2,03 εκατ. δικαιούχοι). Δεν είχε δικές του μονάδες υγείας όπως το ΙΚΑ, αλλά οι δικαιούχοι της περίθαλψης μπορούσαν να επισκέπτονται τα αγροτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων ή των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ ιδιωτικών κλινικών, προκειμένου να τους παρασχεθούν ιατρικές φροντίδες, να υποβληθούν σε μικροβιολογικές ή άλλες παρακλινικές εξετάσεις και για συνταγογράφηση φαρμάκων. Ο ΟΓΑ είχε επίσης σύμβαση με περίπου 10.680 ιδιώτες ιατρούς, ο ρόλος των οποίων είναι η συνταγογράφηση φαρμάκων. Η δαπάνη της επίσκεψης σε αυτούς επιβαρύνει τον ασφαλισμένο και δεν αποδίδεται από τον ΟΓΑ στον ασφαλισμένο. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε σύγκριση με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, ήταν ποιοτικά χαμηλότερες, γιατί τα αγροτικά ιατρεία στελεχώνονται κυρίως με απόφοιτους ιατρικών σχολών, οι οποίοι αφενός δεν έχουν κλινική εμπειρία για την άσκηση της γενικής ιατρικής, αφετέρου ήταν αποκομμένοι από το λοιπό υγειονομικό σύστημα, χωρίς να έχουν τη λειτουργική και οργανωτική σύνδεση με άλλες ομάδες γιατρών ή με άλλα ανώτερα δευτεροβάθμια κλιμάκια. Η χρηματοδότηση του ΟΓΑ γίνεται κυρίως από το Δημόσιο. Οι αγρότες δικαιούχοι περίθαλψης πληρώνουν ελάχιστες ασφαλιστικές εισφορές (2,55% για τους νέους ασφαλισμένους, ενώ για τους παλιούς είναι μηδενικές). Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του ΟΓΑ είναι από τα χαρτόσημα, από φόρους εισοδήματος καθώς και από φόρους κατανάλωσης ορισμένων αγαθών (Αναγνώστου–Δεδούδη, 2005).

2.3.3 Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε το 2007, ασφαλίζει τους αυτοαπασχολούμενους, τους επαγγελματίες, τους βιοτέχνες, τους εμπόρους και τους αυτοκινητιστές και προήλθε

από την ενοποίηση των καταργηθέντων ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Με το νόμο 3655/2008 για τη διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στον ΟΑΕΕ εντάχθηκαν ο κλάδος κύριας ασφάλισης του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων (ΤΑΝΠΥ), το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων και οι κατά κύρια ασφάλιση ασφαλισμένοι του Ταμείου Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΓΠ). Παρείχε στους περίπου 2,06 εκατ. ασφαλισμένους του ιατρικές υπηρεσίες από συμβεβλημένους ιατρούς ειδικοτήτων, καθώς και μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις σε συμβεβλημένα εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα ύστερα από παραπομπή του θεράποντα ιατρού. Στην περίπτωση αυτή, υπήρχε συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος κατά 25% επί της τιμής του κρατικού τιμολογίου που ίσχυε κάθε φορά. Οι παρακλινικές εξετάσεις μπορεί να εκτελούνταν και από μη συμβεβλημένα με τον ΟΑΕΕ εργαστήρια, χωρίς παραπεμπτικό του θεράποντα ιατρού, αλλά ύστερα από γνωμάτευση ιατρού υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Σε αυτή την περίπτωση ο ΟΑΕΕ καταβάλλει το 75% της τιμής του κρατικού τιμολογίου. Οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν μεταξύ των δεκατεσσάρων ασφαλιστικών κλάσεων και για την ασφάλιση υγείας πληρώνουν εισφορές σε ποσοστό 7,65% της εκάστοτε ασφαλιστικής κατηγορίας στην οποία εντάσσονται (Οικονόμου, 2012).

2.3.4 Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) αποτελεί το τέταρτο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο υγείας στη χώρα. Συστάθηκε ως ΝΠΔΔ με το Ν. 2768/1999 και η αποστολή του είναι η οργάνωση ,παρακολούθηση και έλεγχος του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου. Η δομή του περιλαμβάνει την Κεντρική Υπηρεσία και 57 Περιφερειακές Υπηρεσίες Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΥΠΑΔ). Η ασφαλιστική βάση του Οργανισμού ανέρχεται σε περίπου 1,5 εκατ. δικαιούχους, στους οποίους η παροχή φροντίδων υγείας γίνεται μέσα από ένα πλέγμα συμβάσεων με 12.744 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, 2.685 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, 710 φυσιοθεραπευτές, 1.108 οπτικούς και 9.735 φαρμακεία. Με το Ν.3655/2008, στον ΟΠΑΔ εντάχθηκαν και οι περίπου 150.000 ασφαλισμένοι του Ταμείου Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ). Μετά την ένταξη

του ΤΥΔΚΥ λειτούργησαν παράλληλα δύο διαφορετικοί Κανονισμοί Παροχών, γεγονός που οδήγησε σε πολλές στρεβλώσεις στην λειτουργία του Οργανισμού. Οι ασφαλισμένοι καταβάλουν το 2,55% των αποδοχών τους, ενώ υπάρχει και εργοδοτική εισφορά του δημοσίου που ανέρχεται σε ποσοστό 5,10% (Σουλιώτης, 2010).

2.4 Η αναγκαιότητα ίδρυσης ενός Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Τα τέσσερα ιδρυτικά ταμεία του ΕΟΠΥΥ δεν έχουν επιλεγεί τυχαία, επί της ουσίας εκφράζουν ικανοποιητικά όλο το φάσμα των ασφαλιστικών ταμείων, αφού το ΙΚΑ θεωρείται ταμείο ‘μεσαίας κατηγορίας’, ο ΟΑΕΕ και ο ΟΓΑ εντάσσονται στην κατηγορία των ‘φτωχών ταμείων’, ενώ το Δημόσιο εντάσσεται στην κατηγορία των λεγόμενων ‘ευγενών’ ταμείων.

Οι μεγάλες ανισότητες μεταξύ των ταμείων δεν εντοπίζονται μόνο στις καλύψεις αλλά και σε θέματα που έχουν σχέση με την ελευθερία επιλογής του ασθενή, την ποιότητα και την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών που τα ταμεία εξασφαλίζουν για τους ασφαλισμένους τους. Η δυνατότητα προσφυγής των ασθενών σε όλες σχεδόν τις υγειονομικές υποδομές του ιδιωτικού τομέα, που εξασφάλιζε για παράδειγμα το ταμείο του Δημοσίου, διευρύνει σημαντικά το δικαίωμα επιλογής των ασφαλισμένων του και αυξάνει την προσπελασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με τους ασφαλισμένους των τριών άλλων ταμείων, οι οποίοι ήταν υποχρεωμένοι να προσφεύγουν σχεδόν αποκλειστικά στις δομές του ΕΣΥ και του ΙΚΑ (Σολωμός, 2006).

Ανισότητες μεγαλύτερης ή μικρότερης σημασίας προέρχονταν και λόγω των διαφορετικών διαδικασιών και ελέγχων που υπήρχαν στα τέσσερα ταμεία. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να αναφερθεί η πλήρης ασυδοσία που επικρατούσε στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων ευνοούσε οικονομικά όχι μόνο τους προμηθευτές αλλά και τους δικαιούχους. Οι τελευταίοι, συχνά σε συνεργασία με τους προμηθευτές, απέφευγαν να πληρώσουν, π.χ. τη θεσμοθετημένη

συμμετοχή τους στα φάρμακα ή την πληρωμή της διαφοράς που υπάρχει μεταξύ του κρατικού τιμολογίου το οποίο ορίζει τις τιμές των ιατρικών πράξεων και της τιμής αγοράς την οποία ορίζει ο ίδιος ο προμηθευτής (Παπαθεοδώρου & Μουσιδίου, 2011). Αναφορικά με το ύψος των εισφορών υγείας στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία ή στους κλάδους υγείας υπάρχει μια ποικιλία η οποία κυμαίνεται από 0% για τους αγρότες ως 4,3% για τους ασφαλισμένους στο ΤΣΑΥ και το ΤΣΜΕΔΕ και εκείνες των εργοδοτών από 4,3%-12,5% για τους Δημοτικούς και Κοινοτικούς υπαλλήλους. Εάν θεωρηθεί ότι ο εργοδότης για τους δημόσιους υπαλλήλους είναι το κράτος και ακόμα, ότι το υπόλοιπο από τις δαπάνες υγείας του Δημοσίου μείον τις εισφορές των εργαζομένων στο Δημόσιο αποτελεί την εργοδοτική εισφορά, τότε το ποσό αυτό υπολογιζόμενο ως ποσοστό επί του μισθού μπορεί να φτάσει περίπου στο 15% (Σουλιώτης, 2006). Βέβαια κανείς δεν μπορεί να επικαλεστεί το υψηλό αυτό ποσοστό της εργοδοτικής εισφοράς για να δικαιολογήσει τις καλύτερες υπηρεσίες υγείας που απολαμβάνει ο δημόσιος υπάλληλος, από τη στιγμή που η εισφορά αυτή προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και άρα από τους φόρους που πληρώνει το σύνολο του πληθυσμού. Αυτό θα ήταν λογικό και αναμενόμενο σε ένα υγειονομικό σύστημα που βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, είναι όμως απαράδεκτο όταν το σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Γιατί σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιούνται δημοτικοί πόροι επιλεκτικά και υπέρ συγκεκριμένων επαγγελματικών κατηγοριών οι οποίες είναι και οικονομικά οι πιο προνομιούχες (Κυριόπουλος & Σισσούρας, 1997).

Πίνακας 2.2: Ασφαλιστικά Ταμεία			
Ασφαλιστικό Ταμείο	Πληθυσμός Κάλυψης	Πηγή χρηματοδότησης	Παροχή Περίθαλψης
ΙΚΑ	5.212.494	Εισφορές ασφαλισμένων/Κρατικός Προϋπολογισμός	Πολυϊατρεία
ΟΓΑ	1.704.922	Κρατική Επιχορήγηση/Κρατικός Προϋπολογισμός	Κέντρα Υγείας
ΟΑΕΕ	1.364.103	Εισφορές	Συμβάσεις με ιδιώτες

		ασφαλισμένων/ Κρατικός Προϋπολογισμός	γιατρούς/διαγνωστικά κέντρα με κατά κεφαλήν αμοιβή
ΟΠΑΔ	811.714	Εισφορές ασφαλισμένων- εργοδότη- Κράτος/ Κρατικός Προϋπολογισμός	Συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς/ διαγνωστικά κέντρα με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση σύμφωνα με το Κρατικό Τιμολόγιο

Επιπλέον, η κακή διαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων συχνά οδηγούσε σε ελλείματα τα οποία χρηματοδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό, έτσι ώστε μεγάλο μέρος των δημοσίων δαπανών που διατίθενται για τον τομέα της υγείας να διασπάται στα διάφορα ταμεία χωρίς διαφάνεια, πρόγραμμα και αποτελεσματικότητα (Mossialos, Sara & Davaki, 2005).

Συνεπώς καθίσταται αναγκαία η συγκρότηση ενός Ενιαίου Φορέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ο οποίος έχοντας γνώση των παθογενειών της προγενέστερης κατάστασης θα πρέπει να εξασφαλίσει ίση μεταχείριση όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας, με ισότιμες παροχές και καλύψεις. Προς αυτή την κατεύθυνση προσανατολίσθηκε και η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ.

2.5 Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

2.5.1 Ο σκοπός και η χρηματοδότηση

Σκοπός του ΕΟΠΥΥ έτσι όπως περιγράφεται στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ, είναι η ισότιμη πρόσβαση όλων των εν ενεργεία ασφαλισμένων, συνταξιούχων και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως απώτερο σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας.

Με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας καθορίζονται οι παροχές υγείας σε είδος, η έκταση, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησης τους και προσδιορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών αυτών, καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης της σχετικής δαπάνης. Ως παροχές υγείας νοούνται: 1. Πρόληψη και προαγωγή της υγείας 2. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας– ιατρική περίθαλψη– διαγνωστικές ιατρικές πράξεις 3. Παρακλινικές εξετάσεις 4. Φυσικοθεραπεία– εργοθεραπεία– λογοθεραπεία – ψυχοθεραπεία 5. Φαρμακευτική περίθαλψη 6. οδοντιατρική– στοματολογική περίθαλψη 7. Ειδική αγωγή 8. Λοιπή περίθαλψη 9. Νοσοκομειακή περίθαλψη 10. Χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας 11. Δαπάνες μετακίνησης ασθενών 12. Μαιευτική περίθαλψη 13. Νοσηλεία στο εξωτερικό 14. Αποκατάσταση της υγείας 15. Παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων– πρόσθετη περίθαλψη 16. Επιδόματα λουτροθεραπείας, αεροθεραπείας και αντίτιμου τροφής.

Πιο συγκεκριμένα, σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4238/17-02-2014, είναι:

α) Η αγορά υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και στα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον προβλεπόμενο στο άρθρο 30 του ΕΚΠΥ.

β) Η θέσπιση κανόνων σχεδιασμού, ποιότητας, ανάπτυξης, αξιολόγησης, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

γ) Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε απαιτείται.

δ) Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων.

Οι πόροι του ΕΟΠΥΥ για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων προέρχονται από: α) την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ. Η επιχορήγηση αυτή αφορά τη συμμετοχή του Δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων για τον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ– ΕΤΑΜ και του ΟΑΕΕ και την κρατική συμμετοχή για τον ΟΓΑ, β) τις ασφαλιστικές εισφορές

παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου– εργοδότη, οι πόροι του ΟΠΑΔ που προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων σε ποσοστό 2,55% και τις εισφορές του εργοδότη σε ποσοστό 5,1% επί των πάσης φύσεως αποδοχών των δικαιούχων του, γ) την προβλεπόμενη εισφορά συνταξιούχων, που ανέρχεται σε 4%.

Στον ΕΟΠΥΥ επίσης μεταφέρθηκε, από την έναρξη λειτουργίας του, η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α) και υπάγεται απευθείας στον Πρόεδρο του Οργανισμού. Η αποστολή της ανωτέρω υπηρεσίας, η οποία συστάθηκε με το άρθρο 32 του Ν.2676/99, ανάγεται στην εποπτεία και τον συντονισμό των ενεργειών για τον έλεγχο των δαπανών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όλων των Ασφαλιστικών Φορέων και Κλάδων Ασθένειας. Η Κεντρική Υπηρεσία της ΥΠΕΔΥΦΚΑ συγκροτείται από τρία τμήματα: α) το τμήμα ελέγχου των δαπανών υγείας το οποίο είναι αρμόδιο για τον συντονισμό και την εποπτεία του ελεγκτικού έργου των 13 περιφερειακών υπηρεσιών, την εντολή για διενέργεια διοικητικών ερευνών και διοικητικών εξετάσεων σε περιπτώσεις που διαπιστώνονται αδικήματα σε θέματα δαπανών υγείας, η αξιολόγηση των πορισμάτων ελέγχου που διενεργεί και η παρακολούθηση των ασφαλιστικών οργανισμών ως προς την εφαρμογή των εντολών και ως προς την υλοποίηση των προτάσεων που διατυπώνονται στα πορίσματα, β) το τμήμα συντονισμού του προληπτικού ελέγχου των ασφαλιστικών οργανισμών όπου έχει ως αρμοδιότητα τον έλεγχο περίθαλψης, όπου απαιτείται έγκριση ελεγκτή ιατρού και γ) το τμήμα μηχανογραφικού ελέγχου δαπανών υγείας που έχει ως αρμοδιότητα την συγκέντρωση και αξιολόγηση των στοιχείων που αφορούν τις δαπάνες υγείας.

Το οργανόγραμμα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, έπειτα από την τελευταία μεταρρύθμιση που επήλθε με τον Ν.4238/17-02-2014, περιγράφεται ως εξής: Ο Οργανισμός διοικείται από Πρόεδρο, δύο Αντιπροέδρους και το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ). Ο Πρόεδρος επιλέγεται με τη διαδικασία του άρθρου 49Α του Κανονισμού Εργασιών της Βουλής. Οι Αντιπρόεδροι ονομάζονται Αντιπρόεδρος Α', Αντιπρόεδρος Β' και διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Το Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ εποπτεύει την είσπραξη των εσόδων του Οργανισμού, μεριμνά για τον έλεγχο των δαπανών καθώς και την στέγαση των υπηρεσιών. Τα μέλη του διορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ διακρίνονται σε Κεντρική και Περιφερειακές.

Η Κεντρική Υπηρεσία διαρθρώνεται ως εξής:

1. Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων.
2. Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας.
3. Αυτοτελή Τμήματα και Γραφεία υπαγόμενα στον Πρόεδρο.
4. ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.

Η Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

- α. Διεύθυνση Οικονομικών
- β. Διεύθυνση Συμβάσεων
- γ. Διεύθυνση Ελέγχου και Εκκαθάρισης
- δ. Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων

Η Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

- α. Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης
- β. Διεύθυνση Πληροφορικής
- γ. Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού
- δ. Διεύθυνση Φαρμάκου

Στον Πρόεδρο υπάγονται υπηρεσίες όπως :

- α. Αυτοτελές Τμήμα Νομικών Υποθέσεων
- β. Γραφείο Γραμματείας Προέδρου και Διοικητικού Συμβουλίου
- γ. Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας
- δ. Αυτοτελές Τμήμα Εσωτερικού Ελέγχου
- ε. Γραφείο Διαχείρισης Παραπόνων και Καταγγελιών.

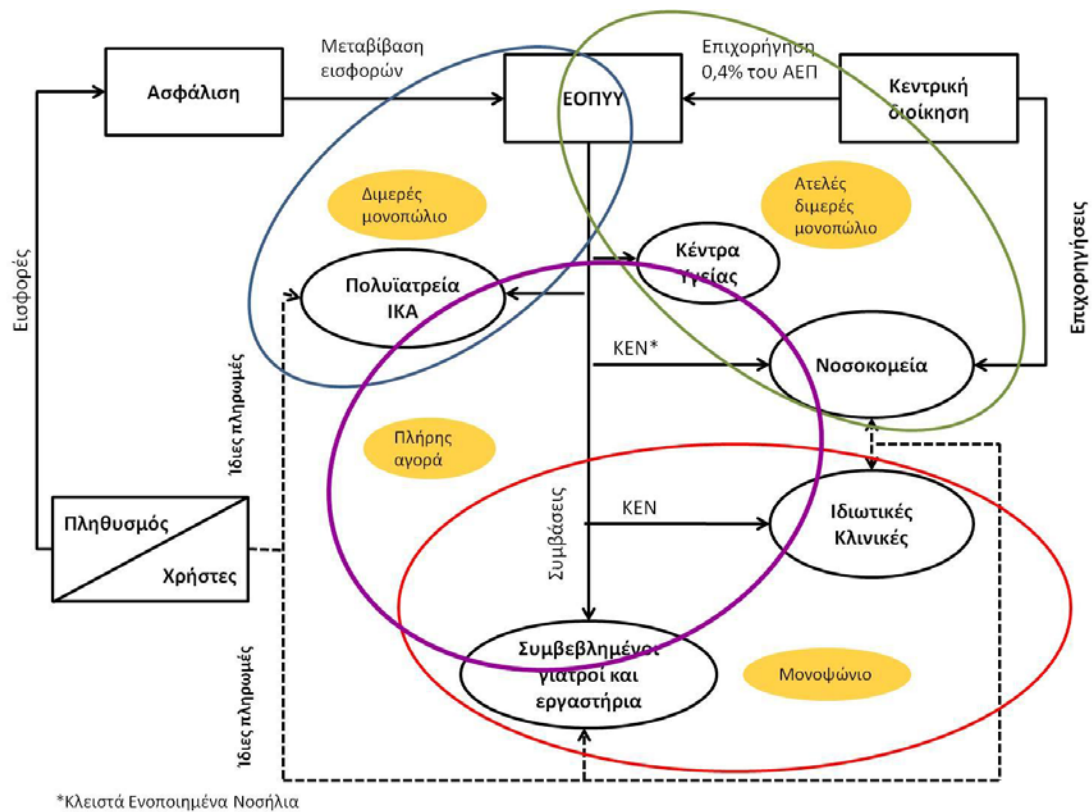
2.5.2 Ο ΕΟΠΥΥ από την Ίδρυσή του έως το α' τρίμηνο του 2014

Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ υπαγορεύτηκε κυρίως από την ανάγκη αντιμετώπισης των ανισοτήτων μεταξύ των ταμείων ασφάλισης και τον έλεγχο των περιορισμένων για την υγεία πόρων. Τα μέσα για την επίτευξη του σκοπού του

στηρίζονταν στην αξιοποίηση της συνένωσης των δυνάμεων της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και στην εκμετάλλευση της μονοψωνιακής του δύναμης προς όφελος των ασφαλισμένων. Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιήθηκε η συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων, δεν απέφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ πραγματοποιήθηκε και συνένωση των προγενέστερων σχέσεων των ταμείων με τους προμηθευτές υγείας με αποτέλεσμα να συνυπάρχουν εντός του ΕΟΠΥΥ πολλές, διαφορετικές ίσως και αντιφατικές καταστάσεις.

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται η κατάσταση στον τομέα της υγείας μέχρι και το α' τρίμηνο του 2014, όπου εμφανίζει εντός του ΕΟΠΥΥ να συνυπάρχουν τέσσερις διαφορετικοί τύποι αγοράς. Πιο συγκεκριμένα, η σχέση του ΕΟΠΥΥ με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ αποτελεί ένα διμερές μονοπώλιο, ενώ η σχέση του με τα Κέντρα Υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως ατελές μονοπώλιο καθώς αυτά εξακολουθούν να υπάγονται διοικητικά και οικονομικά στα νοσοκομεία. Μια μορφή μονοψωνίου εντοπίζεται στη σχέση του οργανισμού μεταξύ των συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών. Τέλος, σημαντικό μέρος της αγοράς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει τη μορφή της πλήρους αγοράς η οποία λειτουργεί συμπληρωματικά και χωρίς να υπόκειται σε κρατική παρέμβαση. Όσον αφορά την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, αυτή παρέχεται ως επί το πλείστον από το κράτος μέσω των νοσοκομείων του ΕΣΥ, τα οποία βρίσκονται υπό την εποπτεία του κράτους. Η σχέση τους με τον ΕΟΠΥΥ μπορεί να χαρακτηριστεί ως διμερές μονοπώλιο καθώς και τα δύο μέρη ελέγχονται από το κράτος. Επίσης και στην δευτεροβάθμια περίθαλψη σημαντικό κομμάτι κατέχει και ο ιδιωτικός τομέας, υπολογίζεται περίπου σε 20-25% και παρέχεται διαμέσου των ιδιωτικών κλινικών. Αν και στη συγκεκριμένη σχέση ο ΕΟΠΥΥ εμφανίζεται ως μονοψώνιο, ωστόσο σημαντικά εμπόδια τον καθιστούν ανίσχυρο να εκμεταλλευθεί την μονοψωνιακή του δύναμη με αποτέλεσμα να ενισχύονται οι υπάρχουσες μονοπωλιακές τάσεις από την πλευρά της προσφοράς (Σκρούμπελος & Κυριόπουλος, 2012).

Διάγραμμα 2.1: Γραφική απεικόνιση της μορφής αγοράς των υπηρεσιών υγείας



Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011

Η ανωτέρω κατάσταση του ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να περιγραφεί ως διευρυμένος ΟΠΑΔ, με κίνητρα ΟΑΕΕ, χωρίς τα διοικητικά πλεονεκτήματα του διμερούς μονοπωλίου του ΙΚΑ. Η συνύπαρξη τόσων διαφορετικών σχέσεων εντός του οργανισμού δημιουργεί συνθήκες σύγχυσης και εμποδίζει την ανάπτυξη άσκησης πολιτικής για αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

2.5.3 Προβλήματα στη λειτουργία του Οργανισμού

Βασική αιτία των προβλημάτων του ΕΟΠΥΥ αποτελεί το γεγονός ότι ο σχεδιασμός του πραγματοποιήθηκε σχεδόν ταυτόχρονα με την εφαρμογή του, με συνέπεια την εμφάνιση διοικητικών και οργανωτικών δυσλειτουργιών. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η μεταφορά του ανθρώπινου δυναμικού για την στελέχωση των διοικητικών υπηρεσιών από τους επιμέρους φορείς, που επρόκειτο να στηρίζει τον νέο οργανισμό απαίτησε σχεδόν δύο χρόνια και ακόμη δεν έχει ολοκληρωθεί, με αποτέλεσμα την αδυναμία λειτουργίας κάποιων τμημάτων (Κοντός, 2013). Η δυσλειτουργία τμημάτων του οργανισμού επιδεινώνεται με την έλλειψη ενημέρωσης

του ήδη υπάρχοντος προσωπικού, το οποίο προκύπτει από το πόρισμα της έκθεσης ελέγχου του Γενικού Επιθεωρητή Δημόσιας Διοίκησης (2013).

Μία ακόμη βασική αιτία εμφάνισης προβλημάτων στον ΕΟΠΥΥ αποτελεί το γεγονός ότι η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ), δεν συνοδεύθηκε με την αντίστοιχη πρόβλεψη ανάλογης συμμετοχής των ασφαλισμένων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η κατηγορία των παλιών ασφαλισμένων του ΟΓΑ, με αποτέλεσμα την εκτίναξη των συνολικών δαπανών υγείας χωρίς την ανάλογη χρηματική ροή από το ταμείο του ΟΓΑ. Παρόμοιες περιπτώσεις χρηματοοικονομικής εμπλοκής του ΕΟΠΥΥ διαπιστώνονται σε μια συνοπτική παρουσίαση της διάρθρωσης χρηματοδότησης του οργανισμού για το έτος 2012.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τις εκτιμήσεις η χρηματοδότηση για το 2012, όπως φαίνεται και στον πίνακα 2.4.1, θα ξεπερνούσε τα 8.065 δις ευρώ, το μεγαλύτερο ποσοστό εκ των οποίων θα προέρχονταν από τις ασφαλιστικές εισφορές (56,6%) και τη συμμετοχή του κράτους (18,6%). Επιπλέον έσοδα θα προέκυπταν για τον οργανισμό από την προσαρμογή των εισφορών στα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία (Πολύζος, 2013).

Πίνακας 2.3: Πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (σε εκατ. ευρώ)- Προϋπολογισμός 2012*		
Εισροές	2012	% του συνόλου
Ετήσιες ασφαλιστικές εισφορές	4.565	56,6%
Εργοδότες	2.080	25,8%
Ασφαλισμένοι	2.485	30,8%
Κρατική επιχορήγηση	1.500	18,6%
Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ	500	6,2%
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65%	>1.500	18,6%
Σύνολο	>8.065	100,0%

*αρχικές εκτιμήσεις για το 2012

Πηγή: Πολύζος, 2013

Ωστόσο, το σενάριο αυτό δεν επαληθεύθηκε αφενός διότι η συμμετοχή του κράτους μειώθηκε από 0,6% στο 0,4% και αφετέρου διότι η προσαρμογή των εισφορών στον ΟΠΑΔ και των λοιπών ταμείων ήταν μερική. Κατά συνέπεια, για το 2012 παρατηρήθηκε υστέρηση εσόδων άνω των 2,5 δις ευρώ, που χρήζει οικονομικής και λογιστικής μελέτης. Επιπλέον, όπως φαίνεται και στον πίνακα 2.4.2, η μεταφορά πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία που απαρτίζουν τον ΕΟΠΥΥ είναι ελλειμματική της τάξεως των 2 δις ευρώ (Πολύζος,2013).

Πίνακας 2.4: Προϋπολογισμός εσόδων ΕΟΠΥΥ 2012			
Σύννοψη εσόδων	Προϋπολογισμός 2012	Εκτιμήσεις 2011 των ταμείων που προσχώρησαν από 31/12/2011	Απόκλιση (%)
Επιχορηγήσεις	795.000.000	2.015.770.000	-60,56
Φόροι, τέλη, δικαιώματα	-	41.850.000	-100,00
Ασφαλιστικές εισφορές	4.634.650.000	5.035.859.022	-7,97
Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα	82.300.000	330.888.878	-75,13
Προσαυξήσεις, πρόστιμα, χρηματικές ποινές και παράβολα	29.300.000	48.992.433	-40,19

Λοιπά έσοδα	289.550.000	19.771.000	1364,52
Έκτακτα έσοδα	200.000	3.268.018	-93,88
Έσοδα από δάνεια	450.000	150.000	200,00
Σύνολο	5.831.150.000	7.865.549.351	

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

Από τον Πίνακα 2.4.3 διαπιστώνεται ότι ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ (περίπου 5,5 δις ευρώ) δεν επαρκεί να καλύψει τις πραγματικές δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων, παράλληλα με την εμφάνιση σημαντικών προβλημάτων ρευστότητας. Στον προϋπολογισμό δαπανών κυριαρχεί η φαρμακευτική και η νοσοκομειακή περίθαλψη, φαινόμενο το οποίο σε συνδυασμό με το πρόβλημα της υπόχρηματοδότησης, ασκεί ασφυκτική πίεση στην υποστήριξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της ανάγκης ανταπόκρισης στην ζήτηση, ώστε να επιτευχθεί συγκράτηση της ροής προς τη δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη (ΕΣΔΥ, 2012).

Πίνακας 2.5: Προϋπολογισμός δαπανών ΕΟΠΥΥ 2012

Περιγραφή	Προϋπολογισμός 2012	Πληρωθείσα δαπάνη	Οφειλόμενες δαπάνες (εκτίμηση 5/2012)	Σύνολο	Ποσοστό εκτέλεσης προϋπολογισμού	Κλείσιμο προϋπολογισμού (εκτίμηση 2012)
Καθαρή φαρμακευτική δαπάνη	2.250.000.000	1.229.917.377	350.000.000	1.579.917.377	70,00%	3.350.000.000
Δημόσια νοσοκομεία	1.050.000.000	-	320.000.000	320.000.000	30,00%	1.100.000.000
Ίδιωτικές κλινικές	585.000.000	93.790.000	90.000.000	183.790.000	31,00%	562.740.000
Εξετάσεις-παρακλινικά	187.548.800	41.300.000	40.000.000	81.300.000	43,00%	247.800.000
Ιατροί	152.000.000	16.000.000	10.000.000	26.000.000	17,00%	83.478.260
Πρόσθετη περίθαλψη	172.960.200	-	-	-		180.000.000
Οδοντιατρική-προληπτική-λοιπές παροχές	247.067.000	-	-	-		250.000.000

Λοιπές δαπάνες (μθοδοσίας, λειτουργικές)	896.800.600	-	-	-		850.000.000
Δαπάνες ασφαλισμένων ΟΠΑΔ	-	-	110.000.000	-		180.000.000
Σύνολο	5.541.376.600	1.381.007.377	810.000.000	2.191.007.377		5.705.118.260

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

Από τους ανωτέρω πίνακες διαπιστώνεται η αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να ανταποκριθεί στις πληρωμές των προμηθευτών (γιατροί, φαρμακεία, κλινικές, νοσοκομεία), γεγονός που εντείνεται και από το συσσωρευμένο χρέος το οποίο έχει μεταφερθεί στον ΕΟΠΥΥ από τα εντασσόμενα ταμεία.

Επιπλέον λόγω των οικονομικών δυσχερειών του οργανισμού ελαχιστοποιείται και η διαπραγματευτική δύναμη του, η οποία ασκείται μερικώς και ατελώς στις συναλλαγές με τους συμβεβλημένους γιατρούς, με τον ιδιωτικό τομέα (δηλαδή τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια), με αποτέλεσμα η λειτουργία του οργανισμού να τίθεται υπό αμφισβήτηση. Στην ουσία συνιστά ένα διαμεσολαβητικό μηχανισμό 'είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών', ο οποίος δεν ασκείται με επιτυχία (Κυριόπουλος, 2012) .

Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ στον αριθμό των ιατρών ανά 1.000 κατοίκους (6 ιατροί περίπου ανά 1.000 κατοίκους), όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος της ΕΕ των 27 και των χωρών του ΟΟΣΑ είναι σχεδόν 3 ιατροί ανά 1.000 κατοίκους (OECD, 2012). Ωστόσο, παρά τον βεβαιωμένο πληθωρισμό των ιατρών, η πλήρη απουσία ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των παρόχων υγείας, ενισχύει τα φαινόμενα προκλητής ζήτησης και ταυτόχρονα υπονομεύει τη μονοπωλιακή κυριαρχία του ΕΟΠΥΥ, περιορίζοντας τη διαπραγματευτική του δύναμη.

Ο ΕΟΠΥΥ κατά τα σχεδόν δύο έτη λειτουργίας του είχε αναλάβει ένα διττό ρόλο, αφενός διαχειρίζονταν τους πόρους που συγκέντρωνε από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς για λογαριασμό των μελών τους και αφ' ετέρου επόπτευε, χρηματοδοτούσε και λειτουργούσε ένα δίκτυο από 300 περίπου μονάδες ΠΦΥ στο οποίο λειτουργούσαν 6.600 περίπου ιατροί, 3.000 περίπου νοσηλευτές και 1.000 περίπου διοικητικοί υπάλληλοι (Σουλιώτης, 2013). Στην πορεία το δίκτυο αυτών των υπηρεσιών αποσπάρθηκε από την κυριότητα του ΕΟΠΥΥ.

Συγκεκριμένα, με το Ν.4238/2014 οργανώνεται και λειτουργεί, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ένα καθολικό ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε)της χώρας. Στο ΠΕΔΥ οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του. Με τον ανωτέρω Νόμο μεταφέρονται οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Υγείας του ΕΟΠΥΥ και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των ΔΥΠε ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρούμενων των Φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ.

Η μεταφορά των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΟΠΥΥ συνιστά ένα σημαντικό εγχείρημα εξομάλυνσης των σχέσεων που λειτουργούν στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ενισχύεται η προσφορά υπηρεσιών με την συγκέντρωση των δυνάμεων της προσφοράς σε ένα ενιαίο και καθολικό δίκτυο, ενώ ταυτόχρονα εγκαθίσταται ο ΕΟΠΥΥ, αποκλειστικά ως αγοραστής πλέον, ως κύριος ρυθμιστής μεταξύ των σχέσεων της ζήτησης από πλευράς πολιτών-ασφαλισμένων και της προσφοράς από πλευράς παρόχων υπηρεσιών υγείας.

Από τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα ότι παρά τα σχετικά λίγα χρόνια από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στη βελτίωση της θέσης του Οργανισμού μέσα στο σύστημα υγείας. Ωστόσο, επειδή έχουν εντοπισθεί σημαντικά δημοσιονομικά προβλήματα, καθίσταται αναγκαία η ενίσχυση του ρόλου του αγοραστή, προκειμένου να καταφέρει να υπερπηδήσει τα εμπόδια της ελλιπούς χρηματοδότησης, να ισχυροποιήσει την διαπραγματευτική του θέση και να εδραιώσει την ύπαρξη του στην αγορά υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζοντας την προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους.

2.6 Μέτρα στήριξης της βιωσιμότητας του ΕΟΠΥΥ

Επιπρόσθετα των ανωτέρω προβλημάτων πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η Ελλάδα από το Μάιο του 2010 τέθηκε υπό δημοσιονομική επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο εξαιτίας των υψηλών δημοσιονομικών ελλειμμάτων και του

μεγάλου δημόσιου χρέους. Ο διεθνής οικονομικός έλεγχος, μέσω της δανειακής σύμβασης και του μνημονίου, επέβαλε μια σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, η οποία είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ (OECD, 2012). Λόγω λοιπόν των προβλημάτων που προαναφέρθηκαν και της ανωτέρω δυσμενούς οικονομικής κατάστασης ο ΕΟΠΥΥ έπρεπε να προχωρήσει στην θεσμοθέτηση μιας σειράς μέτρων, προκειμένου να ανταποκριθεί στις προκλήσεις των νέων οικονομικών συνθηκών και να διασφαλίσει τη βιωσιμότητα του.

Τα εργαλεία τα οποία έκανε χρήση προκειμένου να καλύψει υπέρβαση του προϋπολογισμού στον κωδικό των εργαστηριακών και των κλινικών ήταν η εφαρμογή του αυτόματου μηχανισμού επιστροφών ‘clawback’, η εφαρμογή κλιμακούμενων ποσοστών εκπτώσεων ή επιστροφών, η ανάθεση σε ελεγκτικές εταιρείες της διαχείριση των εκκαθαρισμένων απαιτήσεων και η σύσταση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης. Η επιλογή των συγκεκριμένων μέτρων για την περιστολή του κόστους, δηλαδή clawback και rebate, πραγματοποιήθηκε για την αντιμετώπιση των διογκωμένων δαπανών του 2013 και προβλέφθηκε για το 2014-2015, όπου δεν υπήρχε η πρόβλεψη κλειστών προϋπολογισμών, οι οποίοι θα διασφάλιζαν τον οργανισμό σε περίπτωση υπέρβασης αυτών, αλλά ταυτόχρονα απουσίαζαν και οι ελεγκτικοί μηχανισμοί εκ μέρους του ΕΟΠΥΥ. Η ανάθεση σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες του ελέγχου των εκκαθαρισμένων απαιτήσεων συνιστά μια προσπάθεια του ΕΟΠΥΥ για οικονομικό-ιατρικό έλεγχο. Ο έλεγχος επρόκειτο να διεξαχθεί με χρήση στατιστικού μοντέλου προκειμένου να εντοπισθούν περιπτώσεις νοσηλειών, διαγνωστικών εξετάσεων, φυσικοθεραπειών με ελλιπή στοιχεία, περιπτώσεις διπλών ή και πολλαπλών υποβολών ή και περιπτώσεις που αφορούν πρόσωπα που δεν διέθεταν ασφαλιστική ικανότητα κατά την ημερομηνία παροχής της υπηρεσίας καθώς και πλασματικές χρεώσεις. Η εφαρμογή των ανωτέρω μέτρων κρίθηκε αναγκαία και επείγουσα για την διασφάλιση της βιωσιμότητας του οργανισμού, ενώ ταυτόχρονα προτάθηκε και η εφαρμογή κάποιων μέτρων προκειμένου να ενδυναμώσουν τον ρόλο του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή. Η συγκρότηση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης συνιστά ένα τέτοιο μέτρο όπου έχει θεσμοθετηθεί αλλά δεν έχει τεθεί ακόμη σε λειτουργία όπως επίσης και οι προτάσεις για αξιολόγηση- αυτοαξιολόγηση και κατάταξη σε κατηγορίες με βάση συγκεκριμένων κριτηρίων ποιότητας των ιδιωτικών γενικών κλινικών, διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων, που έχουν τεθεί προς δημόσια

διαβούλευση αποτελούν ισχυρό εργαλείο προς αυτή την κατεύθυνση. Στη συνέχεια γίνεται μια εκτενής περιγραφή των παραπάνω μέτρων.

2.6.1 Η εφαρμογή του Μηχανισμού αυτόματων επιστροφών

Ο μηχανισμός αυτόματων επιστροφών ‘claw back’ μπορεί να οριστεί ως ένα σύστημα που επιτρέπει τους οργανισμούς ασφάλισης υγείας να ανακτήσουν εν μέρει τα ποσά που υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο ύψος προϋπολογισμού. Το πεδίο εφαρμογής καθώς και οι μηχανισμοί του εν λόγω συστήματος διαφέρουν από χώρα σε χώρα ανάλογα με τους επιδιωκόμενους στόχους που επιβάλλονται από την εθνική πολιτική υγείας.

Ο μηχανισμός αυτόματων επιστροφών στην Ελλάδα επιβλήθηκε αρχικά με τον Ν.4093/2012 προς τις φαρμακευτικές εταιρείες, ο μηχανισμός προβλέπει την επιστροφή από τις φαρμακευτικές εταιρείες του ποσού που υπερβαίνει το 1/12 του κονδυλίου που είναι εγγεγραμμένο στον ετήσιο Προϋπολογισμό και αντιστοιχεί στην φαρμακευτική περίθαλψη. Ο υπολογισμός αυτόματων επιστροφών γίνεται βάσει των στοιχείων πωλήσεων που κατατίθενται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στον ΕΟΦ, μετά τον επιμερισμό ανά εταιρεία με βάση το άθροισμα των μεριδίων αγοράς κάθε φαρμάκου, στη θεραπευτική κατηγορία της θετικής λίστας.

Σύμφωνα με έκθεση της Γενικής Διεύθυνσης Ανταγωνισμού της ΕΕ η Αυστρία, το Βέλγιο, η Ιταλία, οι Κάτω Χώρες, η Πολωνία, η Ρουμανία, η Ουγγαρία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν θέσει σε εφαρμογή από το 2006 μηχανισμούς αυτόματων επιστροφών στον τομέα των φαρμάκων και παρά την ποικιλία των μορφών, ο στόχος παραμένει ο ίδιος και δεν είναι άλλος από την πίεση για περιορισμό των δημοσίων δαπανών για την υγεία. (Mladovsky, 2011).

Με το Ν.4172/2013 ο μηχανισμός αυτόματων επιστροφών ‘clawback’ προβλέφθηκε να εφαρμοσθεί στις δαπάνες για διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία και φυσικοθεραπείες που παρέχονται από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα το άρθρο 100 του παραπάνω νόμου ορίζει ότι η μηνιαία δαπάνη του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας δεν μπορεί να υπερβαίνει το ½ των εγκεκριμένων πιστώσεων του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, που εγγράφονται στους οικείους Κωδικούς Αριθμούς Εξόδων (ΚΑΕ) και έτσι το υπερβάλλον ποσό

αναζητείται εκ μέρους του ΕΟΠΥΥ από τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους. Το ανωτέρω ποσό υπολογίζεται σε εξαμηνιαία βάση, στη βάση της διαφοράς ανάμεσα στην προϋπολογισμένη και την πραγματική δαπάνη, μετά την αφαίρεση τυχόν επιστροφών(rebates), εκπτώσεων και μη αποδεκτών δαπανών και καταβάλλεται από τους ως άνω συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας εντός μηνός. Ως βάση υπολογισμού του ποσού επιστροφής που αντιστοιχεί, ανά μήνα, σε κάθε συμβεβλημένο πάροχο χρησιμοποιείται ο μηνιαίος λογαριασμός που αυτός υποβάλλει στον ΕΟΠΥΥ έναντι των παρεχόμενων για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα, υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του.

Για παράδειγμα, με το ΦΕΚ 1789/τ β'/24-07-2013 αποφασίσθηκε ότι ο προϋπολογισμός της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για το έτος 2013, δεν μπορεί να υπερβεί για νοσηλεία το ποσό των 520 εκατ. Ευρώ (συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ) και για διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπεία το ποσό των 370 εκατ. Ευρώ (συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ).

Ο ΕΟΠΥΥ δύναται να συμψηφίζει το παραπάνω ποσό με ισόποση οφειλή του προς τους αναφερόμενους στην προηγούμενη παράγραφο ιδιώτες παρόχους για την παροχή από αυτούς προς τον ΕΟΠΥΥ υπηρεσιών υγείας. Ο συμψηφισμός γίνεται μόνο μεταξύ επιστρεφόμενων ποσών από τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας και εκκαθαρισμένων οφειλών του ΕΟΠΥΥ προς αυτούς, που δημιουργήθηκαν εντός του ίδιου έτους.

2.6.2 Η εφαρμογή ενός Κλιμακούμενου ποσοστού εκπτώσεων/επιστροφών 'rebate' επί των οφειλών

Το κλιμακούμενο ποσοστό εκπτώσεων είναι μειώσεις που επιβάλλονται στους παρόχους υγείας ώστε να επιστραφεί ένα μέρος των εσόδων τους. Η έκπτωση στην περίπτωση των rebate δεν συνδέεται με κάποιο συγκεκριμένο προϋπολογισμό στόχο όπως στην περίπτωση του clawback, αλλά θεωρείται μια εναλλακτική λύση για μείωση της λίστας τιμών.

Με τον Ν.3918/2011 καθιερώνεται κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών των φαρμακείων υπέρ των Κλάδων Υγείας, ως επιστροφή rebate για κάθε μήνα, υπό τον όρο εμπρόθεσμης καταβολής αυτών των οφειλών. Η κλιμάκωση της επιστροφής αφορά το ύψος του αιτούμενου ποσού ανά Κλάδο Υγείας των Φορέων Κοινωνικής

Ασφάλισης (ΦΚΑ). Μετά την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, το ποσοστό της επιστροφής κλιμακώνεται από 1% για ποσά από 4.001 και σταδιακά αυξάνεται έως 6,5% για ύψος αιτούμενου ποσού ανά Κλάδο Υγείας ΦΚΑ που ανέρχεται τα 160.001 ευρώ.

Με τον Ν.4052/2012 αντικαθίστανται τα παραπάνω ποσοστά εκπτώσεων με νέα κλίμακα ποσοστών επιστροφής από 2% έως 8% για τριμηνιαίο συνολικό όγκο πωλήσεων ανά φαρμακευτικό προϊόν από 400.000 ευρώ έως 2.500.001 ευρώ και άνω. Επίσης καθιερώνεται με τον ίδιο νόμο και επιπλέον ποσό επιστροφής 9% επί της τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα και βαρύνει αποκλειστικά τους κατόχους της άδειας κυκλοφορίας των φαρμακευτικών προϊόντων. Το ποσό που υποχρεούται να αποδώσει κάθε φαρμακευτική εταιρεία υπολογίζεται με βάση την ποσότητα του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος που αποδεδειγμένα διατέθηκε σε ασφαλισμένους των παραπάνω φορέων κάθε μήνα και προκύπτει μέσω του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ).

Με το άρθρο 100 του Ν.4172/2013 καθιερώνεται κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών του ΕΟΠΥΥ για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπείες των ασφαλισμένων του προς τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες παρόχους των παραπάνω υπηρεσιών υγείας, υπέρ του Οργανισμού ως επιστροφή (rebate) για κάθε μήνα. Το ποσό της επιστροφής υπολογίζεται σε μηνιαία βάση και αποδίδεται μετά το πέρας κάθε τριμήνου από τους υπόχρεους παρόχους.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες νοσηλείας διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- 1.Ιδιωτικές κλινικές για τις οποίες προβλέπεται κλιμακωτό ποσοστό εκπτώσεων από 5% έως 20% για ποσά από 25.001 ευρώ έως 500.001 ευρώ και άνω.
- 2.Ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές με πέντε κατηγορίες κλιμακωτών εκπτώσεων από 5% έως 25% για ποσά από 20.001 έως 60.001 ευρώ και άνω.
- 3.Πάροχοι υγειονομικών υπηρεσιών κερδοσκοπικού χαρακτήρα σε άτομα με αναπηρία για τους οποίους προβλέπεται έκπτωση από 5% ως 20% και για ποσά από 5.001 έως 80.001 ευρώ.
- 4.Κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας με πέντε κατηγορίες εκπτώσεων από 5% έως 20% για ύψος ποσού μηνιαίας υποβολής που ξεκινά από 50.001 ευρώ έως 400.001 και άνω.
- 5.α) Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, β) Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, γ) Κλινικές με ειδικό καθεστώς και δ) Προμηθευτές υγειονομικών υπηρεσιών μη κερδοσκοπικού

χαρακτήρα σε άτομα με αναπηρία για τις οποίες προβλέπεται ένα σταθερό ποσοστό έκπτωσης 5% για ποσά μηνιαίας υποβολής παραστατικών από 5.001 ευρώ και άνω.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Διαγνωστικά κέντρα (Ιδιώτες και Εταιρείες) με πέντε κλιμακωτές κατηγορίες εκπτώσεων από 5% ως 25% για ποσά από 2.001 ευρώ έως 16.001 και άνω.

2. Ιατροί κατά πράξη και περίπτωση με ειδικότητες καρδιολογίας, γαστρεντερολογίας, νευρολογίας, γυναικολογίας και φυσιολογίας, για τους οποίους προβλέπεται σταθερό ποσοστό έκπτωσης 30% από 1.501 ευρώ και άνω.

3. Ιατροί κατά πράξη και περίπτωση με λοιπές ειδικότητες πέραν των ανωτέρω και για τους οποίους προβλέπεται ποσοστό εκπτώσεων 30% αλλά από 1.001 ευρώ και άνω.

Οι φυσικοθεραπείες είτε παρέχονται από φυσικοθεραπευτήρια είτε φυσικοθεραπευτές (ιδιώτες και εταιρείες) υπόκεινται σε τέσσερις κατηγορίες εκπτώσεων από 5% έως 20% και για ύψος ποσού μηνιαίας υποβολής από 1.001. ευρώ και άνω.

Για την είσπραξη των ανωτέρω ποσών είναι αποκλειστικά ευθύνη του ΕΟΠΥΥ στα πλαίσια περιστολής των δαπανών για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπείες.

Το κοινό στοιχείο όλων αυτών των μηχανισμών είναι να μοιραστεί ο οικονομικός κίνδυνος μιας υπέρβασης του προϋπολογισμού, μεταξύ όλων των ενδιαφερόμενων μερών (προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, ασφαλιστικά ταμεία). Η λογική αυτών των μέτρων στηρίζεται στην υπόθεση ότι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας κατευθύνουν τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών ή των πωλήσεων και θεωρούνται υπεύθυνοι για την αύξηση του όγκου.

Τα μέτρα αυτά είναι ευρέως διαδεδομένα για παράδειγμα στην Γερμανία, η κυβέρνηση αύξησε το 2010 από 6% έως 16% και εξοικονόμησε πόρους από 600 εκατομμύρια ευρώ το 2005 σε 1,5 δισεκατομμύριο ευρώ το 2010. Στις Κάτω Χώρες αποσπάστηκε περίπου 6,8% από τον κύκλο εργασιών των φαρμακευτικών εταιρειών. Η Πορτογαλία εφάρμοσε έκπτωση ποσοστού 6% για τα φάρμακα το 2010. Η Ισπανία εισήγαγε εκπτώσεις του 7,5% για τα πρωτότυπα φάρμακα και 4% για τα γενόσημα φάρμακα το 2010 (European Commission, 2013).

Ο μηχανισμός αυτόματων επιστροφών και οι επιστροφές ή κλιμακούμενες εκπτώσεις αποτελούν ισχυρό εργαλείο για τις δημόσιες αρχές για την παρεμπόδιση της υπέρβασης του προϋπολογισμού. Τα μέτρα αυτά αποτελούν μια εναλλακτική λύση μείωσης των τιμών αποζημίωσης χωρίς να επιδεινώνουν το πρόβλημα με το παράλληλο εμπόριο καθώς οι τιμές παραμένουν στην ουσία αμετάβλητες. Η

εφαρμογή τους είναι σχετικά εύκολη αν υπάρχει σωστή καταγραφή των πωλήσεων όταν πρόκειται για τα φάρμακα και για τις υπηρεσίες όταν αναφερόμαστε στις ιατρικές πράξεις, στα νοσήλια και στις φυσικοθεραπείες.

Στην περίπτωση του μηχανισμού αυτόματων επιστροφών μπορούμε να διακρίνουμε κάποια μειονεκτήματα αναφορικά με τον προσδιορισμό του προϋπολογισμού. Αν ο προϋπολογισμός είναι πολύ ψηλός σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη, τότε υπάρχει κίνητρο για υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων ή υπηρεσιών, αντίστροφα αν έχει τεθεί ο στόχος-προϋπολογισμός είναι χαμηλός, τότε οι πάροχοι υγείας 'τιμωρούνται' για την εξυπηρέτηση της πραγματικής κατάστασης των αναγκών για φάρμακα είτε για περίθαλψη, καθώς είναι υποχρεωμένοι να επιστρέψουν τις δαπάνες που υπερβαίνουν το ποσό του προϋπολογισμού.

Επίσης ένα σοβαρό μειονέκτημα που ισχύει για τα περισσότερα μέτρα περιορισμού του κόστους, είναι ότι είναι δυνατό να μειώσουν τα κίνητρα για τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αφού η υπερβολική κατανάλωση δεν αποζημιώνεται. Στην περίπτωση των φαρμακοβιομηχανιών τα μέτρα περιορισμού του κόστους αποθαρρύνουν την εισαγωγή νέων φαρμακευτικών προϊόντων, αφού σε περίπτωση υπέρβασης του προϋπολογισμού θα πρέπει να επιστρέψουν και την αντιστοιχία για τα νέα φαρμακευτικά προϊόντα (KPMG, 2012).

2.6.3 Ανάθεση του ελέγχου και της εκκαθάρισης των απαιτήσεων σε ιδιωτικούς ελεγκτικούς φορείς

Με το άρθρο 100 του Ν.4172/2013 ορίζεται ότι ο ΕΟΠΥΥ δύναται να αναθέτει, για λόγους διασφάλισης του δημοσίου συμφέροντος και εύρυθμης λειτουργίας του, σε ιδιωτικούς ελεγκτικούς φορείς τον έλεγχο των παραστατικών και αναγκαίων δικαιολογητικών, καθώς και την εκκαθάριση των λογαριασμών μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και των συμβεβλημένων με αυτών παροχών υπηρεσιών υγείας. Το σύνολο των δαπανών για την υλοποίηση των ανωτέρω βαρύνει τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Η πρωτοβουλία για την ανάθεση του ελέγχου σε ιδιώτες προέκυψε από την ανάγκη για ενδεδειγμένο έλεγχο όλων των στοιχείων νοσηλείας, έτσι ώστε να

εξασφαλίζεται η ιατρικώς τεκμηριωμένη νοσηλεία για τον ασφαλισμένο και να αποτρέπεται η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η συνδρομή της τεχνογνωσίας των ιδιωτικών ελεγκτικών εταιρειών με ακριβή και εμπειριστατωμένα επιχειρήματα έχει ως στόχο την εξειδικευμένη παροχή ελεγκτικών ιατρικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών σε δομές και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, αποθεραπείας και αποκατάστασης κ.ο.κ, με αποτέλεσμα την σταδιακή περιστολή των δημοσίων δαπανών περίθαλψης και διάγνωσης.

Η ενδεδειγμένη μεθοδολογία υλοποίησης των ελέγχων προβλέπει την αρχική ηλεκτρονική επεξεργασία των δεδομένων που αφορούν στα περιστατικά διαγνωστικών εξετάσεων και φυσικοθεραπειών με βάση κανόνες στατιστικής επεξεργασίας των διαθέσιμων στοιχείων οι οποίοι θα εστιάζουν στην παρουσίαση μεγεθών που εξ ορισμού έχουν ενδιαφέρον από πλευράς ανάλυσης δαπανών για τον ΕΟΠΥΥ και κανόνες που θα ταξινομούν τα περιστατικά νοσηλείας και εξετάσεων στις κατηγορίες αυτών που χρήζουν εξειδικευμένου ιατρικού και διοικητικού ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα σε πρώτη φάση πραγματοποιείται η διασταύρωση των στοιχείων υποβολών, έπειτα διενεργούνται έλεγχοι πληρότητας- ορθότητας στοιχείων και στη συνέχεια εφαρμόζονται οι αντίστοιχοι κανόνες στατιστικής επεξεργασίας, μέσω των κατάλληλων τεχνικών λύσεων και της διαθέσιμης τεχνογνωσίας, ώστε να εντοπίζονται κατηγορίες περιστατικών νοσηλείας οι οποίες θα διενεργηθούν περαιτέρω ως προς την αναγκαιότητα των ιατρικών και κλινικών πρακτικών που ακολουθήθηκε. Ο εντοπισμός αυτός απαιτεί ηλεκτρονική επεξεργασία των πραγματικών δημογραφικών, ιατρικών, διοικητικών και οικονομικών στοιχείων που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασφαλισμένους σε συνδυασμό με την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν στην τεχνική υποδομή και λειτουργία των αντίστοιχων μονάδων υγείας, εμφανίζει τις ειδικές περιπτώσεις που θα ενταχθούν στον εξειδικευμένο ιατρικό έλεγχο.(ΕΟΠΥΥ, 2013)

Οι υπηρεσίες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες στον ιδιωτικό τομέα όπου παρέχονται σε ένα πιο ολοκληρωμένο φάσμα και με την υποστήριξη εξειδικευμένων πληροφοριακών συστημάτων παρέχουν αναλυτικά και ακριβή στοιχεία με σκοπό την διασφάλιση της ποιοτικής ανάπτυξης και ελέγχου του κόστους.

Πέραν από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ανάλογη ανάθεση για έλεγχο των παραστατικών και αναγκαίων δικαιολογητικών από ιδιωτική ελεγκτική εταιρεία έχει πραγματοποιηθεί το 2011 από τον ΟΠΑΔ, προκειμένου αφ' ενός να προωθηθεί η αποζημίωση των συσσωρευμένων υποχρεώσεων και αφετέρου να αξιολογηθεί με

βάσει παραδεδεγμένες αρχές κλινικού ελέγχου η κλινική διαχείριση και να καταγραφεί και προταθεί στον Οργανισμό νέος τρόπος βελτιστοποίησης της διαδικασίας του ελέγχου. Από την συγκεκριμένη σύμβαση εκτιμάται ανεπίσημα ότι προέκυψε εξοικονόμηση της τάξεως των 2,2 εκατομμυρίων ευρώ (www.healthview.gr).

Για την εποπτεία του πλαισίου λειτουργίας των Ιδιωτικών Ελεγκτικών Εταιρειών συστάθηκε από τον ΕΟΠΥΥ τριμελής Επιτροπή Βέλτιστης Πρακτικής, η οποία εξασφαλίζει ότι ο έλεγχος (οικονομικός και ειδικός- κλινικός) των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους υγείας γίνεται όπως προβλέπεται στη διάταξη της παρ.6 του άρθρου 100 του Ν.4172/2013 (ΕΟΠΥΥ, 2013).

2.6.4 Σύσταση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης

Με το ΦΕΚ 2543/10-10-2013 αποφασίσθηκε η σύσταση και συγκρότηση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Η Επιτροπή έχει χαρακτήρα γνωμοδοτικό και το έργο της επικεντρώνεται στους παρακάτω τομείς:

α) Στη διαπραγμάτευση της τιμολογιακής πολιτικής και των συμφωνιών κάθε είδους, ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με γνώμονα το συμφέρον του Οργανισμού και των δικαιούχων του προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες υγείας εναρμονισμένες με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα πιστοποίησης και διαπίστευσης.

β) Στη διαπραγμάτευση του ποσοστού έκπτωσης στην αποζημίωση της τιμής του φαρμάκου με τους αρμόδιους φορείς, ανάλογα με τον όγκο στις πωλήσεις.

γ) Στη διαπραγμάτευση με τους αρμόδιους φορείς και επιχειρήσεις του ποσοστού έκπτωσης στην αποζημίωση υγειονομικού υλικού, ιατρικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

δ) Στη συνεργασία με αρμόδιους φορείς σε διεθνές επίπεδο με σκοπό την ενεργό συμμετοχή της Χώρας ώστε να εξασφαλίζεται η κατάλληλη ενημέρωση.

Το έργο της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης πρέπει να διέπεται από τις αρχές της νομιμότητας και της σκοπιμότητας, από την εφαρμογή της έννοιας του δημόσιου συμφέροντος στο χώρο της οικονομικής ελευθερίας και στον ελεύθερο ανταγωνισμό,

την αρχή της ίσης μεταχείρισης και της πλήρους διαφάνειας και από την αρχή της ενίσχυσης της διαβούλευσης και του διαλόγου.

Η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης αποτελείται από τον Πρόεδρο και από έξι μέλη, οι οποίοι έχουν διετή θητεία και διορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας. Στα πλαίσια λειτουργίας της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης συστήνονται και συγκροτούνται Υποεπιτροπές αναφορικά με τα αντικείμενα φαρμάκων, κλινικών, διαγνωστικών κέντρων, ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και υλικών. Η Επιτροπή δεν θα διενεργεί διαγωνισμούς αλλά θα διαπραγματεύεται με τους συμβαλλόμενους τον ΕΟΠΥΥ πάνω σε υπάρχουσες συμβάσεις ζητώντας μειώσεις τιμών ή εκπτώσεις σε περίπτωση που υπάρξουν υπερβάσεις.

Είδη συμφωνιών της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης

Η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης μπορεί να συνάπτει συμφωνίες πρόσθετης κλιμακούμενης επιστροφής, εκπτώσεις rebate, ανάλογα με το συνολικό όγκο των πωλήσεων των προϊόντων τους ή παροχής των υπηρεσιών τους. Επίσης μπορεί να διαπραγματεύεται συμφωνίες που προκαλούν μειώσεις– εκπτώσεις στις τιμές στην περίπτωση υπέρβασης των πωλήσεων που έχουν συμφωνηθεί προκαταβολικά. Οι συμφωνίες αυτές είναι γνωστές ως ‘Συμφωνίες όγκου- τιμής’, ‘price volume agreements’, ο μηχανισμός τους λειτουργεί με τον καθορισμό των τιμών σύμφωνα με ένα εκ των προτέρων προσδιορισμένο όγκο πωλήσεων ή ύψος παρεχόμενων υπηρεσιών και σε τυχόν υπέρβαση αυτών των ορίων επιβάλλεται μείωση των τιμών. Η Γαλλία έχει εφαρμόσει τέτοιες συμφωνίες τόσο στην φαρμακοβιομηχανία όσο και σε ανεξάρτητες συμβάσεις με παρόχους υγείας που ζητούν εκπτώσεις σε περίπτωση υπέρβασης των στόχων. Η Φιλανδία και η Ιταλία δημιουργούν προβλέψεις του αριθμού των χρηστών και των πωλήσεων ενός προϊόντος σε άμεση ρύθμιση με το σύστημα τιμολόγησης (Mladovsky, 2011).

Τέλος η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης μπορεί να συνάψει συμφωνίες ‘επιμερισμού του κινδύνου’, ‘risk sharing agreements’. Στόχος των διαπραγματεύσεων επιμερισμού κινδύνου είναι να μοιραστούν το σύνολο ή ένα μέρος του οικονομικού ρίσκου που σχετίζεται με την χρήση μιας νέας θεραπείας στην πράξη ή σε συνθήκες που δεν επιδέχονται δοκιμή. Η συμφωνία αρχικά πραγματοποιείται για να προωθήσει την πρόσβαση του ασθενή στην θεραπεία, όταν ο αγοραστής κρίνει εκ των προτέρων ότι εκτίθεται σε υπερβολικά υψηλό οικονομικό

ρίσκο, γεγονός που πρόκειται να επηρεάσει τόσο την τιμή αγοράς όσο και τις συνθήκες αποζημίωσης.

Το βασικό χαρακτηριστικό της προσέγγισης risk sharing βασίζεται στην πρακτικότητα και στη σκοπιμότητα. Οι συμφωνίες αυτές είναι από την φύση τους πολύ ελαστικές και μπορούν να πάρουν διάφορους τύπους (οικονομικής σκοπιάς, τύπους βασιζόμενοι στην επίδοση κ.α) και μπορούν να έχουν εφαρμογή σε διαφορετικά επίπεδα δηλαδή είτε στο σύνολο του πληθυσμού είτε σε ατομικό επίπεδο. Η επιστροφή των χρημάτων μπορεί να λειτουργήσει μέσω διαφορετικών μηχανισμών, όπως είναι οι προσαρμογές στις τιμές, οι εκπτώσεις ή η χρηματοδότηση με περαιτέρω ανάπτυξη στοιχείων (Pugatch, Healy & Chu, 2010).

Ο επιμερισμός του κινδύνου είναι μια σχετικά νέα έννοια στον τομέα της πολιτικής υγείας. Ως εκ τούτου, υπόκειται σε σύγχυση και παρεξήγηση, όχι μόνο από την άποψη της ορολογίας, αλλά και από την άποψη της ουσίας.

Οι διαφορετικές χώρες υιοθετούν και εφαρμόζουν διαφορετικές μορφές επιμερισμού των κινδύνων. Ορισμένες χώρες θεωρούν τον μηχανισμό του επιμερισμού του κινδύνου, όπως ένα άλλο εργαλείο για τον έλεγχο των δημόσιων δαπανών για τα φάρμακα και τις θεραπείες, ενώ άλλες χώρες προσπαθούν να υιοθετήσουν πιο ουσιαστικές ρυθμίσεις επιμερισμού του κινδύνου που ασχολούνται με πληροφορίες αναφορικά με τη χρηματοδότηση, την αποτελεσματικότητα, τη συμμόρφωση και ούτω καθεξής (Saltman, Busse, & Figueras, 2004).

Ο επιμερισμός του κινδύνου θα πρέπει να κατανοηθεί ως μέρος μιας ευρύτερης αντίδρασης της πολιτικής στη συνεχή ιστορική ανάπτυξη των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Κατά την χάραξη πολιτικής, το ενδιαφέρον συχνά επικεντρώνεται στην ανάσχεση της αύξησης των δαπανών για την περίθαλψη της υγείας και στον έλεγχο του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις χώρες όπου ο δημόσιος τομέας διαδραματίζει έναν μεγάλο ρόλο στην παροχή ή / και την αποζημίωση των υπηρεσιών και των φαρμάκων (KPMG, 2012).

Τα επιχειρήματα που δικαιολογούν και ενθαρρύνουν τη χρήση των μηχανισμών επιμερισμού κινδύνου αναφέρονται στη βελτίωση της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας με τη συγκράτηση υπό έλεγχο του συνολικού προϋπολογισμού χωρίς ταυτόχρονα να αρνείται την πρόσβαση σε καινοτόμα προϊόντα ή υπηρεσίες όταν αυτά είναι απαραίτητα για συγκεκριμένη θεραπεία. Επίσης μέσω του μηχανισμού αντιμετωπίζεται η αβεβαιότητα σχετικά με την αποτελεσματικότητα ενός

φαρμάκου ή μιας νέας διαγνωστικής εξέτασης, ιδιαίτερα δε όταν οι πληροφορίες σχετικά με τα κλινικά αποτελέσματα δεν είναι επαρκή. Οι μηχανισμοί επιμερισμού κινδύνου ενδείκνυνται ως εναλλακτική λύση, αν δεν είναι δυνατόν να επιτύχουν χαμηλότερες τιμές με άλλους τρόπους και ως μέσο για την προώθηση της κατάλληλης χρήσης των φαρμάκων και την αποφυγή περιττών κινδύνων για τους ασθενείς και τα περιττά έξοδα. Επιπλέον παρέχουν την δυνατότητα για συλλογή δεδομένων για την πραγματική χρήση, περικόπτει την κατανάλωση των υπηρεσιών ή των φαρμάκων που δεν κρίνονται οικονομικά αποδοτικές κι έτσι διασφαλίζεται η αξία ‘value for money’ για όσες παρέχονται (Pugatch, Healy & Chu, 2010).

Οι συμφωνίες επιμερισμού κινδύνου εντοπίζουν κινδύνους και περιορισμούς. Το πιο βασικό είναι η ανάγκη για ένα άρτια σχεδιασμένο και εύκολο στη χρήση ηλεκτρονικό σύστημα και δαπανηρή διοικητική υποστήριξη που δεν είναι πάντα διαθέσιμο και απαιτούνται σημαντικοί πόροι για την απόκτησή του. Επίσης απαιτείται κατάλληλο και επαρκή νομικό πλαίσιο για την σύναψη των συμφωνιών, οι διαπραγματεύσεις είναι συνήθως χρονοβόρες και πολύ συχνά υπάρχει δυσκολία στην αξιολόγηση της επιτυχίας λόγω των υπερβολικά περίπλοκων ρυθμίσεων. Σε πολλές περιπτώσεις οι αγοραστές έχουν αντιμετωπίσει τους μηχανισμούς επιμερισμού κινδύνου μόνο ως εργαλείο για να μειωθεί ο προϋπολογισμός υγειονομικής περίθαλψης, η αντιμετώπιση αυτή υπονομεύει την πραγματική δέσμευση για εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών, προκειμένου να επιτρέπεται η μεγαλύτερη ατομική επιλογή με τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους (WHO, 2004).

2.6.5 Προτάσεις για αξιολόγηση-αυτοαξιολόγηση και κατάταξη σε κατηγορίες των παρόχων υγείας με κριτήριο την ποιότητα

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το σχέδιο αξιολόγησης και κατάταξης σε κατηγορίες των ιδιωτικών γενικών κλινικών και εργαστηρίων, ανάλογα με συγκεκριμένα κριτήρια ποιότητας, το οποίο έχει τεθεί προς διαβούλευση. Η έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών βρίσκεται στο επίκεντρο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών των ανεπτυγμένων χωρών η αξιολόγηση ή η

αυτοαξιολόγηση της ποιότητας εκ μέρους των παρόχων υπηρεσιών υγείας συνιστά ένα σημαντικό βήμα για την βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Για τις ιδιωτικές γενικές κλινικές οι προβλεπόμενες κατηγορίες είναι:

1. Υλικοτεχνική υποδομή, στην οποία λαμβάνονται υπόψη παράμετροι όπως ο αριθμός των θαλάμων/ κλινών, η υποδομή των θαλάμων η ύπαρξη μπάνιου στο θάλαμο, οι χειρουργικές αίθουσες, οι κλίνες ΜΕΘ και ΜΑΦ, οι κλίνες Ημερήσιας βραχείας Νοσηλείας, οι κλίνες Τεχνητού Νεφρού.

2. Δείκτες ποιότητας, όπου βαθμολογείται η ύπαρξη πιστοποίησης από διεθνώς αναγνωρισμένο οργανισμό διαπίστευσης ποιότητας τόσο στο σύνολο της κλινικής όσο και σε επιμέρους τμήματα όπως εργαστήρια, χειρουργεία, ΤΕΠ, ΜΕΘ, ΜΕΝ, ΜΑΦ, νοσηλευτικών τμημάτων, ιατρικών τμημάτων. Επιπλέον η ύπαρξη πιστοποιήσεων σε υπηρεσίες σίτισης κατά το πρότυπο HACCP και η τήρηση ηλεκτρονικού αρχείου. Μεγάλη βαρύτητα στο προβλεπόμενο σχέδιο αξιολόγησης της κλινικής καταλαμβάνουν και οι δείκτες έκβασης όπως είναι το ποσοστό επιπλοκών ανά μήνα, η συχνότητα επανεισαγωγών εντός 40 ημερών, ο χρόνος νοσηλείας ως η απόκλιση από την Μέση Διάρκεια Νοσηλείας του κυρίου ΚΕΝ, το ποσοστό θνησιμότητας ανά τρίμηνο κι ένα σύστημα καταγραφής της ικανοποίησης των ασθενών.

3. Υπηρεσίες, κατηγορία η οποία περιλαμβάνει την πληρότητα των ιατρικών υπηρεσιών (αριθμός ιατρικών τμημάτων διακριτών ειδικοτήτων), ειδικές υπηρεσίες, ασθενοφόρα, κατ' οίκον Νοσηλεία

4. Προσωπικό, όπου η βαθμολογία διαμορφώνεται από τους υπηρετούντες γιατρούς ως μόνιμο προσωπικό αλλά και με σύμβαση αορίστου χρόνου, από την αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού προς τον αριθμό των κλινών και από τη μέση μεταβολή του προσωπικού της τελευταίας πενταετίας.

5. Εξοπλισμός, όπου περιλαμβάνει αξιολόγηση ανάλογα με το αν διαθέτει η κλινική μαγνητικό, αξονικό τομογράφο και λοιπό εξοπλισμό όπως PET/CT , γ-camera, ακτινοσκοπικό σύστημα τύπου C-arm, σύστημα ρομποτική χειρουργικής, σύστημα τηλεμεταφόρτισης για βραχυθεραπεία, ψηφιακός αγγειογράφος, γραμμικός επιταχυντής για πραγματοποίηση ακτινοθεραπείας και σύστημα υπερθερμίας.

Για τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια προβλέπονται οι παρακάτω κατηγορίες :

1. Προσωπικό: τα κριτήρια αναφέρονται σχετικά με το αν υπάρχουν προβλέψεις για καταγεγραμμένες περιγραφές θέσεων εργασίας, για το αν το

προσωπικό διαθέτει εξουσιοδότηση για τη διενέργεια κρίσιμων δραστηριοτήτων και το κατά πόσο το προσωπικό διαθέτει την απαιτούμενη εκπαίδευση.

2.Εξοπλισμός- Εγκαταστάσεις- Υποδομές- Υλικά: ενδεικτικά τα κριτήρια αναφέρονται σχετικά με την τήρηση ή όχι αρχείου αδειών, εγκρίσεων, περιοδικών ελέγχων από αρμόδιες αρχές, αν υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης ΑΜΕΑ, αν διατίθενται οι οδηγίες χρήσης εξοπλισμού.

3.Διαχείριση ασθενών: το εργαστήριο αυτοαξιολογείται σχετικά με το αν έχει προβλέψει την τεκμηρίωση και την τήρηση των διαδικασιών που καλύπτουν τις διεργασίες προετοιμασίας του ασθενή.

4.Διαχείριση δεδομένων όπου για παράδειγμα κριτήρια αποτελεί η τήρηση αρχείου απεικονιστικών εξετάσεων.

5.Διαχείριση ποιότητας όπου κριτήριο αποτελεί η εφαρμογή τεκμηριωμένης διαδικασίας για την καταγραφή αστοχιών και η λήψη διορθωτικών ενεργειών.

6.Συνεργαζόμενα εργαστήρια όπου αφορά την αυτοαξιολόγηση των βιοπαθολόγων σχετικά με το αν διαθέτουν κατάλογο εγκεκριμένων συνεργαζόμενων εργαστηρίων και αν η μεταφορά των δειγμάτων διενεργείται ανάλογα με τις απαιτήσεις κάθε ανάλυσης.

Τα κριτήρια με τα οποία κατατάσσονται οι κλινικές στις διάφορες κατηγορίες αξιολογούνται με συγκεκριμένους συντελεστές βαρύτητας. Για κάθε κατηγορία προβλέπεται μια μέγιστη δυνατή βαθμολογία (ΜΔΒ). Η βαθμολογία κάθε κριτηρίου υπολογίζεται με τον τύπο $(B_k(n)/MΔB)*ΒΑΡΥΤΗΤΑ*$. Η κάθε κατηγορία κριτηρίων συγκεντρώνει τις αντίστοιχες μονάδες κι έπειτα προκύπτει η συνολική αξιολόγηση της κλινικής (ΕΟΠΥΥ, 2014).

Κεφάλαιο 3:

Το Βέλγικο Σύστημα Υγείας- Συγκριτική ανάλυση του ΕΟΠΥΥ με τον INAMI

3.1Εισαγωγή

Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ είχε ως στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους κατά τρόπο ενιαίο και ισότιμο για όλους τους κλάδους και φορείς που εντάσσονται στον Οργανισμό. Η έλλειψη πόρων και οι πιέσεις εκ μέρους της δημοσιονομικής επιτήρησης της χώρας οδήγησαν στην υιοθέτηση κυρίως πολιτικών συγκράτησης και περιστολής των δημόσιων δαπανών για την υγεία, οι οποίες είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD, 2012). Η υφιστάμενη μορφή του ΕΟΠΥΥ ως δημόσιου μονοψωνίου τον καθιστά αδύναμο να διαχειριστεί την μονοπωλιακή κυριαρχία της προσφοράς. Η έλλειψη ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των προμηθευτών καταλύει την μονοψωνιακή του ισχύ και περιορίζει την άσκηση πολιτικής με κριτήρια την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ισότητα.

Προς την ίδια κατεύθυνση συγκλίνουν και τα αποτελέσματα της έκθεσης αξιολόγησης της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων του Υπουργείου Υγείας (2013) τα οποία ανέδειξαν ένα χαμηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών το οποίο δε επαρκεί να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού και δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του. Επιπρόσθετα, η απουσία ενός αξιόπιστου συστήματος καταγραφής και αποτύπωσης των πραγματικών ποιοτικών και ποσοτικών στοιχείων του συστήματος υγείας καθιστά επιβεβλημένη την ανάγκη ανασυγκρότησης του ΕΟΠΥΥ με προσανατολισμό στην ενδυνάμωση του ρόλου του αγοραστή, ενισχύοντας το ελεγκτικό του έργο προκειμένου να ικανοποιήσει τον αρχικό του στόχο ως θεματοφύλακα της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα.

Στην συνέχεια της παρούσας εργασίας επιχειρείται μια συγκριτική ανάλυση του ελληνικού συστήματος υγείας με το βέλγικο σύστημα υγείας. Το Βέλγικο σύστημα υγείας επιλέχθηκε προκειμένου να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις, καθώς κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στην κατάταξη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ αναφορικά με την αξιολόγηση του συστήματος τόσο από πλευράς ικανοποίησης των χρηστών- ασθενών όσο και από την πλευρά των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Βέβαια, ακόμη ένας βασικός λόγος για την επιλογή του βέλγικου συστήματος υγείας είναι διότι παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον από άποψη οργανωτικής δομής (Third Party Payer System). Υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ των προμηθευτών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας όπως είναι οι γιατροί, τα νοσοκομεία, τα εργαστήρια, φυσικοθεραπευτές κ.α και των αγοραστών που ζητούν αυτές τις υπηρεσίες που είναι τα ασφαλιστικά ταμεία. Κεντρικό ρόλο στο σύστημα υγείας κατέχει το National Institute for Health Insurance and Disability (INAMI RIZIV), Εθνικό Ίδρυμα

Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας όπου μεσολαβεί μεταξύ των δύο παραπάνω ενδιαφερόμενων μερών, προκειμένου να συντονίσει τις δυνάμεις της προσφοράς και της ζήτησης. Ένα αντίστοιχο ρόλο καλείται να διαδραματίσει και ο ΕΟΠΥΥ στο ελληνικό σύστημα υγείας και ως εκ τούτου κρίνεται σκόπιμη μια εκτενής μελέτη του Οργανισμού INAMI ο οποίος λειτουργεί ήδη με επιτυχία στο Βέλγιο από το 1963, προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα που θα μπορέσουν να ενισχύσουν τον ρόλο του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή. Πριν από οποιαδήποτε σύγκριση προέχει η παρουσίαση της δομής και της οργάνωσης του βέλγικου συστήματος υγείας καθώς και του τρόπου λειτουργίας του INAMI.

3.2 Δομή και Οργάνωση του Βέλγικου Συστήματος Υγείας

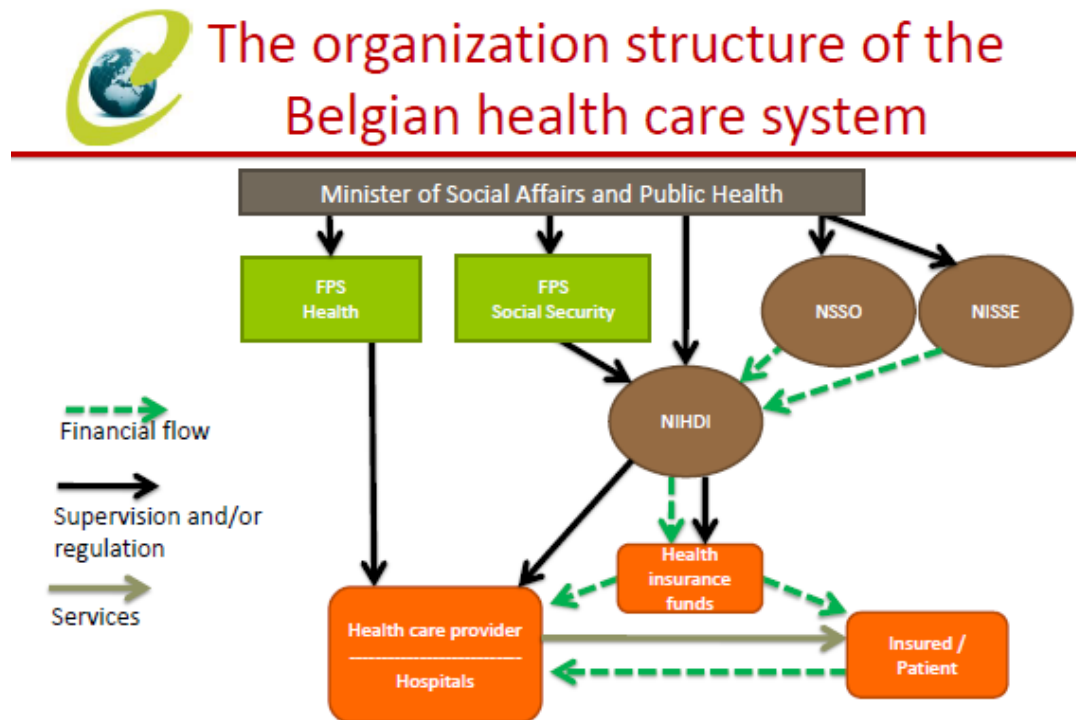
Το Βέλγιο είναι ένα ομοσπονδιακό κράτος με κυβέρνηση κοινοβουλευτικής μορφής. Υπάρχουν τρία επίπεδα διακυβέρνησης: το ομοσπονδιακό, το περιφερειακό και το τοπικό. Τα κύρια χαρακτηριστικά του βέλγικου συστήματος υγείας προκύπτουν από τις αποφάσεις που πάρθηκαν μετά το τέλος του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου για την δημιουργία ενός υποχρεωτικού ασφαλιστικού συστήματος δημόσιας υγείας από τον ασθενή και την πληρωμή ανά υπηρεσία των επαγγελματιών της υγείας. Οι πολυάριθμες δημόσιες αρχές είναι αρμόδιες για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και για την επιτήρηση της οργάνωσής της (Hit Belgium, 2012).

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι αρμόδια για τη ρύθμιση και τη χρηματοδότηση του υποχρεωτικού συστήματος ασφάλισης υγείας, για τον καθορισμό των κριτηρίων πιστοποίησης του και για τη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών μονάδων, οι περιφερειακές κυβερνήσεις είναι αρμόδιες για την προώθηση της υγείας και την εφαρμογή των προτύπων πιστοποίησης στα νοσοκομεία.

Το Βέλγιο έχει ένα σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας το οποίο καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού με ένα ευρύ πακέτο παροχών (με κάποιους περιορισμούς στους αυτοαπασχολούμενους). Η ασφάλιση υγείας είναι οργανωμένη μέσω ιδιωτικών, μη κερδοσκοπικών Ταμείων ασθένειας. Τα ταμεία ασθένειας αναπτύχθηκαν ιστορικά με πολιτικές και θρησκευτικές επιρροές και οργανώθηκαν σε

πέντε οργανισμούς. Βάσει νόμου η αγορά υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας είναι κλειστή στις νέες εισαγωγές. Η ασφαλιστική κάλυψη και το ύψος τη κοινωνικής συνεισφοράς είναι ίδια για όλους (Τούντας, 2003).

Διάγραμμα 3.1: Η οργανωτική δομή του Βέλγικου συστήματος υγείας



(Πηγή: Rousseau ,2013)

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οριστεί ως το πρώτο σημείο της επαφής μεταξύ του ασθενή και του συστήματος υγείας. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει κανένα σύστημα παραπομπής στο Βέλγιο, οι ειδικοί καθορίζουν συχνά το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα. Ένας ασθενής μπορεί να επισκεφθεί τον παθολόγο ή τους ειδικούς στα ιατρεία τους. Επίσης μπορούν να τους επισκεφθούν σε ένα νοσοκομείο ή σε ένα τμήμα εξωτερικών ασθενών. Η παροχή πολλών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιωτικές. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του παθολόγου τους ενώ μπορούν να αλλάξουν τον παθολόγο ανά πάσα στιγμή. Τα νοσοκομεία αποτελούν εκείνες τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης όπου εκτελούνται οι εξειδικευμένες εξετάσεις και περιθάλψεις. Οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι να επιλέξουν σε ποιο νοσοκομείο θα τους παρασχεθεί η περίθαλψη και τα δημόσια νοσοκομεία είναι

υποχρεωμένα να δεχτούν όλους τους ασθενείς. Κατά συνέπεια δεν υπάρχει κανένα επίσημο σύστημα παραπομπής μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Schokkaert & Van de Voorde, 2000).

Η κυβέρνηση πληρώνει κάθε κοινό οργανισμό υγείας ανάλογα με τον αριθμό των μελών. Η χρηματοδότηση της ασφάλισης δεν καλύπτει 100% τους λογαριασμούς των ασθενών και η τυπική αποζημίωση είναι $\frac{1}{2}$ και $\frac{3}{4}$ σε μια τυπική επίσκεψη σε γιατρό (NHIDI, 2009). Οι ασφαλισμένοι έχουν κάρτα ασφάλισης η οποία είναι απαραίτητη για τα φαρμακεία και τα νοσοκομεία. Η κοινωνική ασφάλιση δίδεται σε όσους χρειάζονται αποζημίωση για το κοινωνικό βάρος άρρωστοι, παιδιά κλπ ή σε όσους δεν έχουν καθόλου εισόδημα λόγω ανεργίας ή σύνταξης. Οι συνταξιούχοι αποτελούν τη μεγαλύτερη μερίδα του INAMI, το οποίο είναι δημόσιο ίδρυμα που δίνει τις οικονομικές αποζημιώσεις και που είναι ο βασικός χρηματοδότης της Βέλγικης πολιτείας (HiT Belgium, 2012).

Στη περίπτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας οι πληρωμές είναι κυρίως με αμοιβή κατά πράξη και οι ασθενείς έχουν μεγάλο βαθμό ελευθερίας στην επιλογή των παρόχων, τους οποίους πληρώνουν με ολόκληρη την αμοιβή και αποζημιώνονται κατά ένα μέρος από το ταμείο προσκομίζοντας τον λογαριασμό.

Στην περίπτωση της δευτεροβάθμιας φροντίδας και της φαρμακευτικής δαπάνης η χρηματοδότηση πραγματοποιείται μέσω συμφωνιών στις οποίες το ταμείο ασθενείας πληρώνει τους προμηθευτές και οι ασθενείς είναι μόνο υπεύθυνοι για τη συμμετοχή τους. Οι ιδιωτικές πληρωμές είναι αρκετά υψηλές εναρμονισμένες με τα διεθνή πρότυπα και η συμμετοχή καλύπτει τουλάχιστον το 15% της συνολικής δαπάνης (Perelman & Closon, 2004).

Άλλα είδη που δεν περιλαμβάνονται στην υποχρεωτική κάλυψη είναι οι συμπληρωματικές πληρωμές που καταβάλλονται σε ένα νοσοκομείο π.χ ατομικό δωμάτιο, οι ορθοδοντικοί, ορισμένες φυσικοθεραπείες και όχι κλασσικές-παραδοσιακές θεραπείες όπως βελονοθεραπεία και ομοιοπαθητική. Για αυτές τις θεραπείες οι ασθενείς μπορούν να κάνουν μια συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλεια. Δεδομένου ότι οι ιδιωτικές ασφάλειες δεν μπορούν να εισέλθουν στην αγορά της υποχρεωτικής ασφάλισης, τα παραδοσιακά ταμεία ασθενείας έχουν τεράστια πληροφοριακά πλεονεκτήματα και περισσότεροι από 90% από τα μέλη τους παίρνουν κάποιας μορφής συμπληρωματικής ασφάλισης από αυτά. Για το λόγω αυτό το μερίδιο αγοράς στην συμπληρωματική ασφάλιση υγείας έχει απομείνει περιορισμένο

και ιδιωτικές ασφάλειες έχουν επικεντρωθεί σε αγορές υψηλότερων εισοδημάτων (NHIDI, 2009).

3.3 Το Εθνικό Ίδρυμα Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας INAMI

Τον κεντρικό ρόλο του συστήματος υγείας παίζει το INAMI - National Institute for Health and Disability Insurance (INAMI RIZIV). Το Εθνικό Ίδρυμα Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας είναι ένα δημόσιο ίδρυμα κοινωνικής ασφάλισης που διαχειρίζεται και επιθεωρεί την υποχρεωτική περίθαλψη των δικαιούχων ασφάλισης στο Βέλγιο και το οποίο λογοδοτεί στον Υπουργό Κοινωνικών Υποθέσεων και Δημόσιας Υγείας. Οι κεντρικοί ρόλοι του ιδρύματος είναι (HiT Belgium, 2012):

- Η οργάνωση της αποζημίωσης των ιατρικών εξόδων
- Η εξασφάλιση ενός εισοδήματος σε περίπτωση ανικανότητας
- Η επεξεργασία της νομοθεσίας και των κανονισμών
- Η κατάρτιση του προϋπολογισμού
- Η παρακολούθηση της εξέλιξης των δαπανών υγείας
- Η επιθεώρηση για τη σωστή εφαρμογή της νομοθεσίας και των κανόνων
- Η οργάνωση των διαπραγματεύσεων μεταξύ των διαφόρων φορέων που εμπλέκονται στην υποχρεωτική ασφάλιση υγείας.

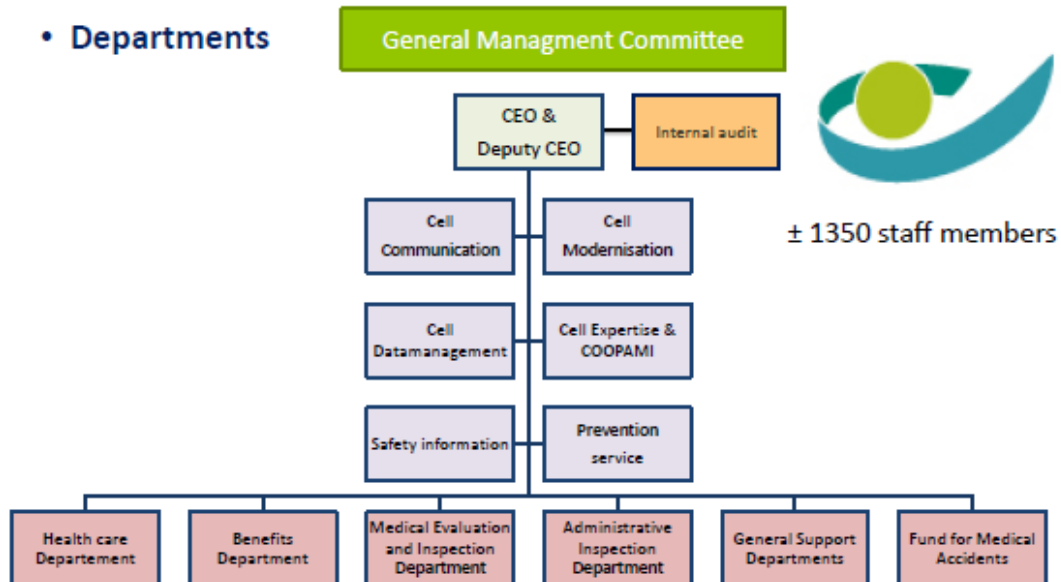
Το Ίδρυμα εκπροσωπείτε από την κυβέρνηση, τις εμπορικές ενώσεις και τις ενώσεις των εργαζομένων, των προμηθευτών και το μεγαλύτερο ταμείο ασθένειας. Περιλαμβάνει περίπου 1400 άτομα προσωπικό σε διαφορετικά αντικείμενα, γιατρούς, κοινωνικούς επιθεωρητές, φαρμακοποιούς, δημόσιους υπαλλήλους, νομικούς, μεταφραστές, χειριστές ηλεκτρονικών υπολογιστών, ασφαλιστές, οικονομολόγους, νοσηλευτές, τεχνικούς, διοικητικούς κ.α (Rousseau, 2013).

Διάγραμμα 3.2: Το Οργανόγραμμα του NHIDI



NIHDI (3)

• Departments



(Πηγή: Rousseau, 2013)

Το Ίδρυμα αποτελείται από έξι τμήματα (HiT Belgium, 2012):

1. Το Τμήμα Υγείας το οποίο είναι επιφορτισμένο με τη διοικητική και οικονομική διαχείριση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Το τμήμα αυτό καθορίζει τα κριτήρια αποζημίωσης, προσδιορίζει και παρακολουθεί τον προϋπολογισμό, ενημερώνει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προωθεί την ποιότητα της φροντίδας για τους γιατρούς και οργανώνει διαπραγματεύσεις μεταξύ των διαφόρων φορέων που εμπλέκονται στην υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Το τμήμα αυτό διοικείται από το Γενικό Συμβούλιο και την Επιτροπή για την ασφάλιση υγείας.

2. Το Τμήμα Ιατρικής Αξιολόγησης και Ελέγχου το οποίο ενημερώνει τους παρόχους υγείας σχετικά με την ορθή εφαρμογή της υγειονομικής περίθαλψης και τις παροχές ασφάλισης για την αποφυγή διοικητικών σφαλμάτων. Αξιολογεί την επαγγελματική πρακτική της ομάδας των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εξέτασης της χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ελέγχει αν οι υπηρεσίες διενεργούνται από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και ότι η συνταγογράφηση των φαρμάκων διεξάγεται σωστά και είναι σύμφωνες με τους κανόνες της υγειονομικής περίθαλψης και τους κανονισμούς των παροχών ασφάλισης. Ο έλεγχος περιλαμβάνει επίσης την ανικανότητα προς εργασία.

3. Το Τμήμα Παροχών το οποίο είναι υπεύθυνο για τον καθορισμό κριτηρίων και κατευθυντήριων γραμμών όσον αφορά τις παροχές σε περίπτωση ανικανότητας προς εργασία, και σε περίπτωση μητρότητας, πατρότητας ή υιοθεσίας.

4. Το Τμήμα Διοικητικής Επιθεώρησης το οποίο είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση νομικών και άλλων ρυθμίσεων των ταμείων ασθένειας. Το τμήμα αυτό είναι επίσης υπεύθυνο για την χρέωση των κυρώσεων για μη τήρηση των κανόνων.

5. Το Τμήμα Γενικής Υποστήριξης το οποίο προσφέρει «στρατηγική» στήριξη προς τα άλλα τμήματα του NIHD (διαχείριση των ανθρώπινων πόρων, την υποστήριξη των ΤΠΕ, κλπ.) .

6. Το Ταμείο Ιατρικών Ατυχημάτων το οποίο αξιολογεί και αποζημιώνει σε περίπτωση καταγγελίας ιατρικού λάθους.

Στο Γενικό Συμβούλιο, η εξουσία λήψης αποφάσεων μοιράζεται μεταξύ των χρηματοδοτών του συστήματος (κυβέρνηση, εργοδότες, μισθωτοί οι εργαζόμενοι και οι αυτοαπασχολούμενοι) και τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι αντιπρόσωποι των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης έχουν συμβουλευτικό ρόλο. Το Γενικό Συμβούλιο αποφασίζει για θέματα γενικής πολιτικής σχετικά με την ασφάλιση υγείας, εγκρίνει τον ετήσιο κεντρικό στόχο του προϋπολογισμού για παροχές υγείας, με βάση την πρόταση της Επιτροπής.

Η Επιτροπή για την ασφάλιση υγείας, καθορίζει τον προϋπολογισμό της ασφάλισης υγείας, καθορίζει την κατανομή του προϋπολογισμού για την υγεία σε διαφορετικούς τομείς φροντίδας και παρακολουθεί την οικονομική ισορροπία της ασφάλισης υγείας. Η κυβέρνηση έχει το δικαίωμα αρνησικυρίας σε αποφάσεις που υποβάλλονται στο Γενικό Συμβούλιο.

Η επιτροπή για την ασφάλιση υγείας αναφέρεται στο Γενικό Συμβούλιο και αποτελείται από ίσο αριθμό εκπροσώπων των ασφαλιστικών ταμείων και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Εκπρόσωποι από τον εργοδότη και τους εργαζομένους (μισθωτοί και αυτοαπασχολούμενοι) οργανώσεις και εκπρόσωποι της κυβέρνησης έχουν συμβουλευτικό ρόλο. Ένα από τα καθήκοντα της Επιτροπής για την Ασφάλιση Υγείας είναι η σύνταξη του ετήσιου σφαιρικού στόχου του προϋπολογισμού για το Γενικό Συμβούλιο. Η επιτροπή αποφασίζει επίσης σχετικά με τη διαβίβαση των προτάσεων για την τροποποίηση της ονοματολογίας των οφελών για την υγεία και εγκρίνει τις συμφωνίες και συμβάσεις, με την επιφύλαξη της απόφασης του Γενικού Συμβουλίου (HiT Belgium, 2012).

Το πακέτο ασφάλισης προσδιορίζεται αποκλειστικά μέσω μιας σύνθετης διαδικασίας διαπραγματεύσεων μέσω του RIZIV/INAMI. Κάθε χρόνο αντιπρόσωποι από τα ταμεία ασθενείας και των προμηθευτών υγείας συμπεριλαμβανομένου και του νοσοκομειακού τομέα διαπραγματεύονται ένα λεπτομερή πρόγραμμα αμοιβών για κάθε τύπο υπηρεσίας, που αποκαλείται νομενκλατούρα. Επίσης διαπραγματεύεται με τις φαρμακευτικές εταιρείες για τα επίπεδα αποζημίωσης για τα φάρμακα. Σε όλες αυτές τις διαπραγματεύσεις τα ταμεία ασθενείας συμπεριφέρονται ως καρτελ και ως εκπρόσωποι των ασθενών. Επειδή η κυβέρνηση έχει την δυνατότητα άσκησης βέτο στα επίπεδα των αμοιβών, η όλη διαδικασία προσομοιάζει με ένα αμφίπλευρο μονοπώλιο το οποίο επιβλέπεται από την κεντρική κυβέρνηση. Κατά την διάρκεια του έτους, οι δαπάνες υγείας είναι στενά ελεγχόμενες και εάν εντοπισθεί κίνδυνος υπέρβασης από το προκαθορισμένο προϋπολογισμό, τότε ξεκινούν εκ νέου διαπραγματεύσεις μεταξύ της κυβέρνησης των ασφαλιστικών ταμείων και των προμηθευτών για την εύρεση λύσης, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στην προσχεδιασμένη αμοιβή και τις συμμετοχές. Αν είναι αναγκαίο η κυβέρνηση μπορεί να λάβει μέτρα μεροληπτικά. Αυτή η σύνθετη διαδικασία αποφάσεων οδηγεί σε μια αρκετά μακρά καθυστέρηση σχετικά με τις ιατρικές καινοτομίες στην υποχρεωτική κάλυψη. Αυτό είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτο για τα νέα φαρμακευτικά προϊόντα (Schokkaert & Van de Voorde, 2003).

3.4 Σύγκριση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ της Ελλάδας με το Ίδρυμα Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας του Βελγίου (INAMI)

Σε μια αρχική απόπειρα σύγκρισης των συστημάτων υγείας μεταξύ των δύο χωρών κρίνεται αναγκαία η παρουσίαση κάποιων σημαντικών δημογραφικών στοιχείων. Από τον πίνακα 3.1 προκύπτει ότι παρόλο που η Ελλάδα γεωγραφικά καλύπτει μεγαλύτερη έκταση σε σχέση με το Βέλγιο, οι δύο χώρες έχουν σχεδόν τον ίδιο πληθυσμό. Σημαντικό στοιχείο για την μελέτη των δυο συστημάτων είναι ότι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού μεταξύ των δύο χωρών είναι σχεδόν ίδια όπως επίσης και το προσδόκιμο επιβίωσης που είναι σχεδόν τα 80 έτη (ΕΛΣΑΤ, 2011).

Πέραν όμως από τις παραπάνω ομοιότητες εντοπίζονται σημαντικές διαφορές σε σημαντικούς οικονομικούς δείκτες. Έτσι η Ελλάδα εμφανίζεται να έχει αρκετά χαμηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ 30.856\$ (PPP) σε σχέση με το Βέλγιο 39.374 \$ (PPP) και δαπανά για την υγεία πολύ λιγότερα, οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας είναι 2.624\$(PPP) έναντι των 3.969\$(PPP) του Βελγίου. Προς την ίδια κατεύθυνση με τους ανωτέρω δείκτες κινείται και ο δείκτης δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ. Αν και η Ελλάδα δαπάνη μικρότερο ποσοστό δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με το Βέλγιο, ωστόσο οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι περισσότερες στην Ελλάδα και αντίστροφα μικρότερες οι άμεσες πληρωμές ως ποσοστό στο σύνολο των δαπανών υγείας. Εξίσου σημαντικοί δείκτες για την μελέτη των συστημάτων υγείας είναι και η αξιολόγηση των υλικοτεχνικών υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού. Ενδεικτικά, επιλέχθηκαν οι δείκτες ιατροί ανά 1000 κατοίκους και νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους, ο μεν πρώτος δείκτης απεικονίζει την ιδιομορφία του ελληνικού συστήματος υγείας όπου υπάρχει πληθωρισμός ιατρών, ενώ ο δεύτερος δείκτης εμφανίζεται μικρότερος συγκριτικά με τον αντίστοιχο του Βελγίου.

Πίνακας 3.1: Στατιστικά στοιχεία Ελλάδας – Βελγίου		
<i>Στατιστικά στοιχεία</i>	<i>ΕΛΛΑΔΑ</i>	<i>ΒΕΛΓΙΟ</i>
Έκταση χώρας	131.957km ²	30.528km ²

Σύνολο πληθυσμού	11,28εκατ.	11,036 εκατ.
Ηλικία 0-14	14,40%	15,90%
Ηλικία 15-64	67,50%	66,10%
Ηλικία 65 και άνω	18,10%	18,00%
ΑΕΠ κατά κεφαλήν (PPP)(2011)	30.856\$	39.374\$
Επίπεδο ανεργίας/Σύνολο εργατικού δυναμικού	27,40%	9%
Προσδόκιμο επιβίωσης	80,80	80,3
Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (PPP)	2.624\$	3.969\$
Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % του ΑΕΠ	7,97%	9,50%
Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % στο Σύνολο των Δαπανών Υγείας	75,10%	66,80%
Άμεσες πληρωμές ως % στο Σύνολο των Δαπανών Υγείας	20,75%	28,80%
Ιατροί ανά 1000 κατοίκους	6,10	2,90
Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους	4,90%	6,40%
<i>Πηγή: Eurostat, 2011; OECD Health data, 2011</i>		

3.4.1 Στοιχεία ασφάλισης

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχουν αρκετά κοινά σημεία στα συστήματα υγείας των δύο χωρών. Αρχικά και στις δύο χώρες η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού είναι υποχρεωτική και καλύπτεται σχεδόν το 99% του πληθυσμού. Στην Ελλάδα ο ΕΟΠΥΥ σήμερα μέσω της συνένωσης του τομέα της περίθαλψης των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων διαχειρίζεται τις ανάγκες υγείας για σχεδόν 99% του πληθυσμού κατά τον ίδιο τρόπο στο Βέλγιο ο INAMI είναι ο οργανισμός που διαχειρίζεται τις εισφορές για την υγεία που εισπράττονται από τα επτά ασφαλιστικά

ταμεία. Τα ασφαλιστικά Ταμεία στην Ελλάδα εξελίχθηκαν ιστορικά ως επαγγελματικές ενώσεις και τα ποσοστά εισφορών τόσο των εργαζόμενων όσο και των εργοδοτών διαφέρουν μεταξύ των Ταμείων, στο δε Βέλγιο τα ασφαλιστικά Ταμεία αναπτύχθηκαν σταδιακά βάσει συγκεκριμένων ιδεολογικών, θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων και οι ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών είναι ίδιες σε όλα τα Ταμεία. Επίσης σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο συστημάτων είναι ότι στην Ελλάδα οι ασφαλισμένοι είναι υποχρεωμένοι να ασφαλιστούν στο Ταμείο που ανήκει ο κλάδος εργασίας τους ενώ στο Βέλγιο υπάρχει πλήρη ελευθερία στην επιλογή του ασφαλιστικού Ταμείου.

3.4.2 Προμηθευτές Υγείας

Στην Ελλάδα υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ιατρών υπολογίζεται περίπου 6,1 ανά 1.000 κατοίκους και το μεγαλύτερο μερίδιο αυτών είναι εκπαιδευμένο σε εξειδικευμένες ειδικότητες. Στο ελληνικό όπως και στο βέλγικο σύστημα υγείας δεν υπάρχει ο θεσμός της παραπομπής των ασθενών από ιατρό γενικής ιατρικής σε ιατρό ειδικότητας. Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν τον ιατρό της επιθυμίας τους από ένα σύνολο ιδιωτών ιατρών οι οποίοι έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ ή τον ΙΝΑΜΙ και από τις δημόσιες δομές οι οποίες διατηρούν εξωτερικά ιατρεία που απασχολούν γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση. Επίσης μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα μεταξύ των μικροβιολογικών εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων είτε όσων υπάγονται σε δημόσιες δομές είτε ανήκουν σε συμβεβλημένους ιδιώτες, φυσικά πρόσωπα ή εταιρείες. Αναφορικά με την δευτεροβάθμια περίθαλψη οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να επισκεφθούν όποιο δημόσιο νοσοκομείο επιθυμούν και όποιες κλινικές γενικές ή ψυχιατρικές κλινικές έχουν συνάψει σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι ιατροί είναι ελεύθεροι και στις δύο χώρες στην άσκηση του θεραπευτικού τους έργου και δεν έχουν την υποχρέωση τήρησης συγκεκριμένων θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων. Στην Ελλάδα από τον Οκτώβριο του 2013 ενεργοποιήθηκε πιλοτικά στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων της οστεοπόρωσης, πρόκειται για τις περιπτώσεις α) οστεοπόρωση για γυναίκες με κάταγμα σπονδυλικό, β) οστεοπόρωση για γυναίκες με κάταγμα μη σπονδυλικό, γ) οστεοπόρωση για γυναίκες με κάταγμα ισχίου, δ) οστεοπόρωση για

γυναίκες χωρίς κάταγμα, δ) οστεοπόρωση για άντρες με ή χωρίς κάταγμα. Οι γιατροί έχουν τη δυνατότητα επιλογής κάποιου από των ανωτέρω θεραπευτικών πρωτοκόλλων στην συνταγογράφηση χωρίς όμως αποκλειστικής υποχρέωσης τήρησης αυτών.

Πίνακας 3.2: Στοιχεία ασφάλισης -Προμηθευτές υγείας		
Στοιχεία ασφάλισης	ΕΛΛΑΔΑ	ΒΕΛΓΙΟ
Κάλυψη πληθυσμού	99%	99%
Ασφαλιστικά Ταμεία	14	6
Ποσοστό ασφαλιστικών εισφορών	διαφορετικό σε κάθε ασφαλιστικό ταμείο	ενιαίο σε κάθε ασφαλιστικό ταμείο
Καθεστώς ασφάλισης	Υποχρεωτικό	Υποχρεωτικό
Προμηθευτές Υγείας	ΕΛΛΑΔΑ	ΒΕΛΓΙΟ
Ιατροί: α) Γενικής Ιατρικής β) Ειδικότητας	ιδιώτες- αυτοαπασχολούμενοι και έμμισθοι- πλήρης κι αποκλειστικής απασχόλησης σε νοσοκομεία ή κλινικές	ιδιώτες αυτοαπασχολούμενοι
Νοσοκομεία, Μικροβιολογικά Εργαστήρια, Διαγνωστικά Κέντρα, Κέντρα αποκατάστασης, Ψυχιατρικές κλινικές	Δημόσιες – Ιδιωτικές	Ιδιωτικές-Επιτροπές Κοινωνικής Πρόνοιας
μετακίνηση ασθενών στο σύστημα υγείας	Ελεύθερη	Ελεύθερη
άσκηση θεραπευτικής ιατρικής	Ελεύθερη	Ελεύθερη
<i>Πηγή: EKΠΥ,2012; BELGIUM :Health in Transition, 2011</i>		

3.4.3 Παροχές- Καλύψεις

Οι Παροχές Υγείας που διατίθενται στους ασφαλισμένους τόσο στο Βέλγιο όσο και στην Ελλάδα είναι σε γενικές γραμμές ίδιες με ελάχιστες εξαιρέσεις. Από τον πίνακα 3 διαπιστώνεται ότι και οι δύο χώρες παρέχουν στους πολίτες τους ιατρική περίθαλψη και κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις, εκτέλεση ιατρικών πράξεων, παρακλινικών εξετάσεων, φαρμακευτική περίθαλψη, οδοντιατρική περίθαλψη, φυσικοθεραπείες, ειδική αγωγή, αναλώσιμα υλικά και πρόσθετη περίθαλψη κατόπιν προϋποθέσεων. Επίσης και στις δύο χώρες καλύπτεται η κλειστή περίθαλψη που περιλαμβάνει τη νοσηλεία σε νοσοκομεία, κλινικές γενικές ή ψυχιατρικές, οικοτροφεία, ξενώνες, κέντρα διημέρευσης και κέντρα αποκατάστασης και αυξημένης φροντίδας. Επίσης και στις δύο χώρες εξαιρούνται πλαστικές αισθητικές επεμβάσεις και εναλλακτικές θεραπείες όπως βελονισμός, ομοιοπαθητική και οστεοπαθητική. Μια διαφορά που εντοπίζεται μεταξύ των δύο συστημάτων είναι στην παροχή γηριατρικής φροντίδας όπου παρέχεται στο Βέλγιο ενώ στην Ελλάδα δεν προβλέπεται.

Πίνακας 3.3: Παροχές– Καλύψεις		
Παροχές –Καλύψεις	ΕΟΠΥΥ	INAMI RIZIN(NIHDI)
Ιατρική περίθαλψη (ιατρικές επισκέψεις και πράξεις)	√	√
Διαγνωστικά κέντρα (παρακλινικές εξετάσεις)	√	√
Φαρμακευτική περίθαλψη	√	√
Νοσηλεία σε Νοσοκομεία – κλινικές	√	√
Γηριατρική φροντίδα	-	√
Οδοντιατρική περίθαλψη	√	√
Φυσικοθεραπείες	√	√
Ειδική αγωγή	√	√
Πρόσθετη Περίθαλψη	√	√

Πηγή:ΕΚΠΥ, 2012; Belgium: Health in Transition,2011

3.4.4 Συμμετοχή των ασφαλισμένων στις δαπάνες υγείας

Αναφορικά με την συμμετοχή των ασφαλισμένων παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων υγείας. Το ελληνικό σύστημα εμφανίζεται να απαιτεί χαμηλότερη συμμετοχή των ασφαλισμένων σχεδόν στις περισσότερες παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες έναντι του αντίστοιχου βέλγικου συστήματος. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των ιατρικών επισκέψεων οι οποίες καλύπτονται εξ ολοκλήρου από τον ΕΟΠΥΥ, χωρίς την παραμικρή καταβολή από τους ασθενείς, εκτός από την περίπτωση εκτέλεσης ιατρικών πράξεων για τις οποίες οι ασθενείς καταβάλλουν 15% συμμετοχή (ΕΚΠΥ, 2011). Αντιθέτως, στο Βέλγιο οι ασθενείς πληρώνουν σε κάθε επίσκεψη είτε απευθύνονται σε ιατρό γενικής ιατρικής είτε σε ιατρό συγκεκριμένης ειδικότητας αλλά ακόμη και στην περίπτωση των φυσικοθεραπευτών και έπειτα αποζημιώνονται από τον Ταμείο τους κατά το ποσό που αντιστοιχεί στην αξία της ιατρικής επίσκεψης μετά την αφαίρεση της συμμετοχής, η οποία υπολογίζεται σε 25% για επίσκεψη σε γιατρούς γενικής ιατρικής, 35% για κατ' οίκον επίσκεψη, 35% για ιατρούς ειδικότητας και 40% για φυσικοθεραπευτές και λογοθεραπευτές. Στο Βέλγιο τα ανωτέρω ποσοστά συμμετοχής είναι τα ίδια για όλους με εξαίρεση κάποια άτομα με ειδικό καθεστώς αποζημίωσης. Προκειμένου να πληροί τις προϋποθέσεις για την προνομιακή αποζημίωση, ένας ασθενής πρέπει να ανήκει σε μια ευάλωτη κοινωνικοοικονομική ομάδα και να εισπράττει λιγότερο από ένα ελάχιστο όριο εισοδήματος. Στις ομάδες αυτές ανήκουν οι συνταξιούχοι, χήροι / χήρες, ορφανά, άτομα με ειδικές ανάγκες που λαμβάνουν παροχές αναπηρίας, οι μακροχρόνια άνεργοι ηλικίας 50 ετών και άνω με τουλάχιστον ένα έτος πλήρους ανεργίας και στις περιπτώσεις όπου το ακαθάριστο ετήσιο φορολογητέο οικογενειακό (ή ατομικό) εισόδημα δεν υπερβαίνει κάποιο συγκεκριμένο όριο για κάθε έτος ανά εξαρτημένο μέλος (NIHDI 2009c). Στο ειδικό καθεστώς ασφάλισης η συμμετοχή των ασθενών είναι αρκετά χαμηλότερη και συγκεκριμένα στις περιπτώσεις των ιατρικών επισκέψεων είναι 10% και 15% αν είναι γενικής ιατρικής ή ειδικότητας και 20% για φυσικοθεραπείες και λογοθεραπείες. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι η συμμετοχή των ασφαλισμένων στο ελληνικό σύστημα είναι αρκετά χαμηλότερη ακόμη και συγκριτικά με την συμμετοχή των ασφαλισμένων που ανήκουν στο ειδικό καθεστώς αποζημίωσης. Στις παρακλινικές εξετάσεις επίσης υπάρχει διαφορά αφού στην Ελλάδα υπάρχει και η δυνατότητα μηδενικής συμμετοχής αν ο ασφαλισμένος επιλέξει να εκτελέσει τις εξετάσεις στις δομές του δημοσίου. Επίσης και στην δευτεροβάθμια περίθαλψη δεν προβλέπεται

συμμετοχή του ασφαλισμένου όταν απευθύνεται σε δημόσιο νοσοκομείο. Όσον αφορά την πρόσθετη περίθαλψη οι τιμές όπως και οι προϋποθέσεις χορήγησης μεταβάλλονται ανάλογα με την περίπτωση και δεν είναι εφικτή οποιαδήποτε σύγκριση.

Πίνακας 3.4: Συμμετοχή ασφαλισμένων στη δαπάνη		
Συμμετοχή ασφαλισμένων στη δαπάνη	ΕΟΠΥΥ	INAMI RIZIV (NHIDI)
Ιατροί Γενικής Ιατρικής	χωρίς συμμετοχή για ιατρικές επισκέψεις(εώς 200 επισκέψεις/μήνα)	απευθείας από ασθενείς και αναζητείται η δαπάνη από ταμείο μείον την συμμετοχή 25% ,35% για κατ'οίκον επίσκεψη. Με εξαίρεση τους ασθενείς με ειδική αποζημίωση όπου η συμμετοχή είναι αντίστοιχα 10%
Ιατροί Ειδικότητας	χωρίς συμμετοχή για ιατρικές επισκέψεις (εώς 200/μήνα),15% συμμετοχή για ιατρικές πράξεις που κοστολογούνται βάσει Κρατικού Τιμολογίου	απευθείας από ασθενείς και αναζητείται η δαπάνη από το ταμείο μείον τη συμμετοχή 35%.Εξαίρεση ασθενείς με ειδική αποζημίωση όπου η συμμετοχή είναι 15%
Φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές	καμία συμμετοχή	40% συμμετοχή και 20% για τις ειδικές περιπτώσεις

Μικροβιολογικά Εργαστήρια, Διαγνωστικά Κέντρα	15% συμμετοχή για παρακλινικές εξετάσεις σε ιδιωτικά εργαστήρια , 0% συμμετοχή σε δομές δημοσίου	12%-14% συμμετοχή εκτός ειδικών περιπτώσεων
Φαρμακευτική περίθαλψη	συμμετοχή από 0% έως 25% από την θετική λίστα φαρμάκων αναλογα με την κατηγορία των φαρμάκων και της θεραπείας	συμμετοχή από 0% έως και 80% από την θετική λίστα φαρμάκων ανάλογα με την κατηγορία των φαρμάκων και της θεραπείας
Οδοντιατρική περίθαλψη	περιορισμένες εργασίες χωρίς συμμετοχή σε δημόσιες δομές	απευθείας από ασθενείς και αναζητείται η δαπάνη από το ταμείο ανάλογα με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, συμμετοχή ασφαλισμένων 35% και οι ειδικές περιπτώσεις 15%
Νοσηλεία σε Νοσοκομεία(δημόσια)	καμία συμμετοχή (εφάπαξ καταβολή 5 ευρώ για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία)	εφάπαξ καταβολή 12,70 ευρώ κατά την είσοδο και συμμετοχή από 3%-10% στις επιπλέον εξετάσεις
Νοσηλεία σε κλινικές	συμμετοχή από 30% έως 50%	συμμετοχή από 4%- 12%

Πρόσθετη Περίθαλψη	απευθείας από ασθενή και επιστρέφεται στον ασφαλισμένο συγκεκριμένο ποσό βάσει του Κρατικού Τιμολογίου	απευθείας από ασθενή και επιστρέφεται η διαφορά στον ασφαλισμένο βάσει της καθορισμένης τιμολόγησης
--------------------	--	---

Πηγή: ΕΚΠΥ, 2012 :Belgium: Health in Transition, 2011

3.4.5 Τρόπος αποζημίωσης

Οι ιατρικές αμοιβές στην Ελλάδα υπολογίζονται κατά πράξη και περίπτωση για τους ιδιώτες ιατρούς που έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, οι δε ιατροί που απασχολούνται στις δημόσιες δομές είναι έμμισθοι, ενώ στο Βέλγιο ο τρόπος πληρωμής των ιατρών είναι με αμοιβή κατά πράξη. Τα μικροβιολογικά εργαστήρια και τα διαγνωστικά κέντρα αμείβονται βάσει του Κρατικού Τιμολογίου και κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και στο Βέλγιο. Τα νοσοκομεία και οι κλινικές στην Ελλάδα αποζημιώνονται με την μέθοδο του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσήλιού με εξαίρεση τις ψυχιατρικές κλινικές και τα κέντρα αποκατάστασης όπου αποζημιώνονται με Ημερήσιο Νοσήλιο. Στο δε Βέλγιο στα νοσοκομεία υπολογίζεται ένα εφάπαξ ποσό κατά την εισαγωγή και το Ημερήσιο Νοσήλιο που μεταβάλλεται ανάλογα με την διαγνωστική κατηγορία DRG για την οποία νοσηλεύεται ο ασθενής. Αξίζει να αναφερθεί ότι στο ελληνικό σύστημα υγείας έχει τεθεί προς Δημόσια Διαβούλευση το θέμα σύνδεσης της αποζημίωσης των κλινικών με κριτήρια αναφορικά με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Τα κριτήρια που θα λαμβάνονται υπόψη αφορούν πλέον εκτός από τις υλικοτεχνικές υποδομές και τον εξοπλισμό τις παρεχόμενες υπηρεσίες και το προσωπικό με ανάλογη βαρύτητα σε κάθε κριτήριο.

Πίνακας 3.5: Τρόπος αποζημίωσης		
Τρόπος αποζημίωσης	ΕΟΠΥΥ	INAMI RIZIV (NIHDI)
Ιατροί	αμοιβή για κάθε επίσκεψη ή με μισθό στη βάση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης	αμοιβή κατά πράξη
Μικροβιολογικά Εργαστήρια, Διαγνωστικά Κέντρα	βάσει Κρατικού Τιμολογίου	Εφάπαξ αμοιβή για κάθε εργαστηριακή εξέταση βάσει Καθορισμένης Τιμολόγησης
Νοσοκομεία	Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο με βάσει των DRGs	Ημερήσιο Νοσήλιο + Πάγια χρέωση κατά την εισαγωγή, περιορισμένη χρήση DRGs
Κλινικές	Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο	Ημερήσιο Νοσήλιο
Ψυχιατρικές Κλινικές, Κέντρα αποκατάστασης	Ημερήσιο Νοσήλιο	Ημερήσιο Νοσήλιο

Πηγή :EKIY, 2012 ;Belgium: Health in Transition, 2011

3.4.6 Αντικείμενο Διαπραγματεύσεων

Το σημαντικότερο σημείο του βέλγικου συστήματος υγείας βρίσκεται στην διαπραγματευτική δύναμη του INAMI. Σχεδόν οι περισσότερες ομάδες των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης όπως ιατροί, οδοντίατροι, φυσικοθεραπευτές, νοσοκόμες, προμηθευτές προσθετικών, ορθοπεδικών, νοσοκομεία, γηροκομεία, ψυχιατρικές κλινικές συνάπτουν συμβάσεις και συμφωνίες οι οποίες ρυθμίζουν τις οικονομικές και διοικητικές σχέσεις μεταξύ αυτών και των ασφαλισμένων, που εκπροσωπούνται

από τα ταμεία τους. Εκτός από τις αμοιβές και τα τιμολόγια αποζημίωσης, οι συμβάσεις περιέχουν και μια σειρά από προϋποθέσεις που σχετίζονται με το περιεχόμενο, την ποιότητα και την ποσότητα της φροντίδας. Μια συμφωνία είναι δυνατή μόνο αν εμπίπτει του προϋπολογισμού που προβλέπεται για τον εμπλεκόμενο τομέα και έχει υποβληθεί για διαβούλευση από την Επιτροπή Ελέγχου του Προϋπολογισμού. Σε τακτά χρονικά διαστήματα οι νέες θεραπείες εισάγονται στο πακέτο παροχών και οι θεραπείες που έχουν καταστεί άνευ αντικειμένου καταργούνται. Στην Ελλάδα έχει θεσμοθετηθεί η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης με αντικείμενο την σύναψη συμφωνιών κάθε είδους ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με γνώμονα το συμφέρον του Οργανισμού και των δικαιούχων του, τη διαπραγμάτευση του ποσοστού έκπτωσης στην αποζημίωση της τιμής του φαρμάκου, και του λοιπού υγειονομικού υλικού, ιατρικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Κατά τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας οι δραστηριότητες της ανωτέρω Επιτροπής παραμένουν σε θεωρητικό επίπεδο, χωρίς την παραγωγή συγκεκριμένου έργου.

3.4.7 Πιστοποίηση και Διασφάλιση ποιότητας

Στην Ελλάδα το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο καλύπτει ορισμένες μόνο από τις απαιτήσεις πιστοποίησης και διασφάλισης ποιότητας. Οι συμβάσεις που έχει συνάψει ο ΕΟΠΥΥ με ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας, προβλέπουν ότι η πιστοποίηση της ποιότητας συνιστά προαπαιτούμενο για τη συνέχιση της συνεργασίας. Ωστόσο, η απουσία ουσιαστικών ελεγκτικών μηχανισμών και η ατιμωρησία της μη συμμόρφωσης επιβάλλει την προσαρμογή των παλαιότερων θεσμών με βάση τις σύγχρονες εξελίξεις όσον αφορά στις διαδικασίες πιστοποίησης. Στο πλαίσιο αυτό έχουν τεθεί προς διαβούλευση το σχέδιο αξιολόγησης-αυτοαξιολόγησης και κατάταξης σε κατηγορίες ανάλογα με συγκεκριμένους δείκτες ποιότητας των ιατρών, κλινικών και εργαστηρίων, αλλά ακόμη η διαδικασία δεν έχει ολοκληρωθεί. Στο Βέλγιο για την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα διαπίστευσης. Ο νόμος της 14ης Ιουλίου 1994 (Moniteur Belge, 1994) περιγράφει το καθεστώς διαπίστευσης των γιατρών γενικής ιατρικής που αναφέρεται στην πιστοποίηση των ιατρών που πληρούν

συγκεκριμένα κριτήρια σε τέσσερις τομείς: α) κριτήρια σχετικά με την ιατρική πρακτική (όπως ο ελάχιστος αριθμός επαφών με τους ασθενείς),β) η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση (συσσώρευση ενός ελάχιστου αριθμού δραστηριοτήτων),γ) η αξιολόγηση της ιατρικής πρακτικής (συμμετοχή σε συσκέψεις με μια τοπική ομάδα αξιολόγησης της ποιότητας) και δ) η ορθολογική συνταγογράφηση. Αν και η Διαπίστευση δεν είναι υποχρεωτική, ωστόσο ενθαρρύνεται μέσω οικονομικών κινήτρων για τους διαπιστευμένους γιατρούς με αυξημένες αμοιβές και μια ετήσια συμβατική αποζημίωση. Αναφορικά με τα μικροβιολογικά εργαστήρια, τα διαγνωστικά κέντρα και τα νοσοκομεία απαιτούνται υποχρεωτικές διαπιστεύσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούν υψηλής τεχνολογίας ιατρικό εξοπλισμό αλλά και για εξειδικευμένες νοσοκομειακές λειτουργίες όπως η νεογνολογική φροντίδα, οι μονάδες αυξημένης φροντίδας, η εντατική κ.α.

3.4.8 Ιατρικός Φάκελος και Κάρτα Υγείας

Μια τελευταία σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο συστημάτων είναι η χρήση της Κάρτας Υγείας και η ενημέρωση του Ιατρικού Φάκελου. Στην Ελλάδα παρά τα σημαντικά βήματα που έγιναν τα τελευταία χρόνια με την υποχρεωτική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν υπάρχει Ιατρικός Φάκελος των ασθενών και δεν χρησιμοποιείται η Κάρτα Υγείας. Ο Κεντρικός Ιατρικός Φάκελος (CMR ή GMD) στο Βέλγιο συστάθηκε για να αυξήσει την διαθεσιμότητα των ιατρικών, κοινωνικών και διοικητικών πληροφοριών του ασθενούς και την πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες. Το μέτρο εισήχθη με στόχο τη βελτιστοποίηση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχεται και την αποφυγή περιττών ή διπλής φροντίδας και αντιφατικές συνταγές. Οι ιατροί γενικής ιατρικής κατέχουν τον Ιατρικό Φάκελο του ασθενή και μετά από συναίνεση του ασθενή μοιράζεται τις σχετικές πληροφορίες με άλλους φορείς που είναι υπεύθυνοι για τον ασθενή. Ο ιατρικός Φάκελος εφαρμόστηκε αρχικά μόνο για επισκέπτες άνω των 60 ετών, αλλά τελικά η χρήση του παρατάθηκε και για το σύνολο του πληθυσμού. Μόνο ένας γιατρός γενικής ιατρικής μπορεί να κρατήσει το αρχείο του ασθενούς και χρεώνουν ένα σταθερό ποσό ανά έτος, αποζημιώνονται πλήρως από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, για να κρατήσουν τον Ιατρικό Φάκελο του ασθενούς. Κατά συνέπεια, για

κάθε επίσκεψη κατά το έτος αυτό με το ιατρό που διατηρεί τον Ιατρικό Φάκελο το ποσοστό συμμετοχής του ασθενή μειώνεται κατά 30%. Παρόμοια μείωση στη συμμετοχή ισχύει και για τις κατ'οίκον επισκέψεις αλλά και για τις ευπαθείς ομάδες με το ειδικό καθεστώς αποζημίωσης (Groenewegen,Dourgon ,Gress, Jurgutis &Willems,2013)

Πίνακας 3.6: Αντικείμενο διαπραγματεύσεων – Έλεγχος Ποιότητας – e Health		
Αντικείμενο Διαπραγματεύσεων	ΕΟΠΥΥ	INAMI RIZIV (NIHDI)
	Συμφωνίες τιμολόγησης, όγκου-τιμής, ποσοστού αποζημίωσης, εκπτώσεων	Συμβάσεις που ρυθμίζουν τις οικονομικές και διοικητικές σχέσεις μεταξύ των ασφαλισμένων και των παρόχων αναφορικά με το περιεχόμενο, την ποιότητα και την ποσότητα της φροντίδας
Ποιότητα		
Ιατροί	Υποχρεωτική πιστοποίηση σε περίπτωση χρήσης τεχνολογικού εξοπλισμού Υπό επεξεργασία αναφορικά με παροχή υπηρεσιών	Προαιρετικές αλλά οι διαπιστευμένοι ιατροί επιβραβεύονται με οικονομικά κίνητρα

Εργαστήρια - Διαγνωστικά Κέντρα	Υποχρεωτικές συγκεκριμένες τεχνικές προδιαγραφές του απαιτούμενου τεχνολογικού εξοπλισμού Υπό επεξεργασία αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών	Υποχρεωτικές διαπιστεύσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τη χρήση ιατρικού εξοπλισμού όπως μικροβιολογικά, απεικονιστικά εργαστήρια
Νοσοκομεία –Κλινικές	Υποχρεωτικές προδιαγραφές αναφορικά με τις υλικοτεχνικές υποδομές Υπό επεξεργασία αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών	Υποχρεωτικές πιστοποιήσεις για εξειδικευμένες νοσοκομειακές λειτουργίες όπως νεογνολογική φροντίδα, μονάδες αυξημένης φροντίδας, εντατικής,
Ιατρικός Φάκελος	δεν υπάρχει	Global Medical File για περίπου 46% του πληθυσμού
Κάρτα Υγείας	δεν υπάρχει	υπάρχει και χρησιμοποιείται για την επίσκεψη σε ιατρούς και για την αγορά φαρμάκων

Πηγή: ΕΚΠΥ,2012,Belgium: Health in Transition, 2011

3.4.9 Αποτελέσματα

Έπειτα από μια λεπτομερή σύγκριση των δύο χωρών διαπιστώνεται ότι ο ΕΟΠΥΥ παρουσιάζει πολλά κοινά σημεία στον τρόπο λειτουργίας του με τον ΙΝΑΜΙ. Ωστόσο ο λόγος για την παραπάνω σύγκριση δεν είναι η εύρεση των κοινών σημείων αλλά ο εντοπισμός μέσω αυτής της διαδικασίας των ελλείψεων- αδυναμιών του ΕΟΠΥΥ ως νεοσύστατου οργανισμού και εν συνεχεία η περαιτέρω προσπάθεια ενδυνάμωσης του ρόλου του ως αγοραστή.

Σημαντική λοιπόν έλλειψη στην οργάνωση του ΕΟΠΥΥ είναι η μη ύπαρξη ενός οργανωμένου πληροφοριακού συστήματος το οποίο θα επιτρέπει την μετακίνηση του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας και θα συγκεντρώνει τις απαιτούμενες πληροφορίες προκειμένου να δίδεται εύκολη αλλά και ασφαλή πρόσβαση του ιατρού στο ιατρικό ιστορικό του ασθενή. Παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η σχετική πληροφορία δεν έχει αξιοποιηθεί επαρκώς. Έτσι καθίσταται ανέφικτη η συγκέντρωση πληροφοριών υγείας για κάθε ασφαλισμένο αλλά και ο έλεγχος σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η χρήση της πληροφορικής συμπεριλαμβανομένου και του Διαδικτύου είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία και την περίθαλψη και είναι σε θέση να προσφέρουν σημαντικές αλλαγές τόσο στη δομή όσο και στον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων.

Ταυτόχρονα, η ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, χωρίς την υποχρεωτική χρήση θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και στις δύο χώρες υπονομεύει την εμφάνιση φαινομένων μη ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων, ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων. Επιπλέον, η απουσία θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνιστά εμπόδιο στη συγκέντρωση και ομαδοποίηση στατιστικών στοιχείων απαραίτητων για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων τα οποία συνεισφέρουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Επίσης από την ανάλυση διαπιστώνεται ότι και οι δύο χώρες δεν έχουν προβλέψει στον τρόπο λειτουργίας τους σύγχρονες μεθόδους διασφάλισης ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς επίσης δεν έχουν συνδέσει την ποιότητα των

προσφερόμενων υπηρεσιών με τον τρόπο αποζημίωσης των παρόχων. Στο Βέλγιο υπάρχει μια σύνδεση των αμοιβών με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών αλλά επειδή η συμμετοχή των παρόχων είναι προαιρετική δεν τυγχάνει και της ανάλογης βαρύτητας. Στην Ελλάδα έχει τεθεί προς δημόσια διαβούλευση το σχέδιο αξιολόγησης και κατάταξης των ιδιωτικών γενικών κλινικών και εργαστηρίων σε κατηγορίες, ανάλογα με συγκεκριμένους δείκτες ποιότητας, προκειμένου να συνδεθεί σε επόμενο βήμα η αποζημίωση με την ποιότητα αλλά η διαδικασία δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί. Η μη σύνδεση της ποιότητας με το θέμα της αποζημίωσης δημιουργεί αντικίνητρα για τη βελτίωση του επιπέδου της παρεχόμενης φροντίδας. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται ανάμεσα στις προτεραιότητες και προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Πρόκειται για ένα θέμα με πολλές διαστάσεις δεοντολογικές, επιστημονικές, τεχνικές, οικονομικές και διαχειριστικές που απασχολεί τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας, τις διοικήσεις των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων, τους ακαδημαϊκούς, τις κυβερνήσεις αλλά και τον πολίτη και την κοινωνία γενικότερα. Σε κάθε περίπτωση πάντως απαιτείται ο εντοπισμός των παραγόντων και των τεχνικών που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν την ενσωμάτωση της ποιότητας, τόσο στη διαδικασία λειτουργίας του συστήματος υγείας όσο και στο αποτέλεσμα αυτής.

Στη συνέχεια της εργασίας επιχειρείται η ανάδειξη μέτρων για την ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις αδυναμίες του και να εκπληρώσει τον σκοπό του, προσφέροντας ποιοτικές υπηρεσίες που βελτιώνουν τόσο την οικονομική αποδοτικότητα αλλά ταυτόχρονα και την ιατρική αποτελεσματικότητα.

Κεφάλαιο 4:

Συζήτηση

Ο στόχος των συστημάτων υγείας διεθνώς είναι να παρέχουν ισότιμη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας φροντίδα για όλους, αποδοτικά και αποτελεσματικά. Η επίτευξη των εν δυνάμει αντικρουόμενων αυτών στόχων έχει γίνει δυσκολότερη τις τελευταίες δεκαετίες κυρίως εξαιτίας των κλιμακούμενων υψηλών δαπανών για τις υπηρεσίες υγείας. Οι κύριοι παράγοντες αύξησης των δαπανών περιλαμβάνουν την γήρανση του πληθυσμού, την εμφάνιση των νέων ασθενειών, την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας, τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής και την εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση ανέκοψε απότομα την ανοδική πορεία των δημοσιών δαπανών. Η συρρίκνωση των διαθέσιμων για την υγεία πόρων σε μια εποχή όπου η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι αυξημένη είχε ως αποτέλεσμα την ύπαρξη συστημάτων υγείας που δεν κατορθώνουν να επιτύχουν τον στόχο της παροχής υπηρεσιών υψηλής ποιότητας σε όλους και καθιστούν αναγκαία τη μεταρρύθμισή τους. Εντούτοις, η μεταρρύθμιση ενός συστήματος υγείας δεν συνιστά ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια δύσκολη, συνεχή και δυναμική διαδικασία που διαρκεί χρόνια και απαιτεί μεγάλη προσπάθεια από όλους τους συμμετέχοντες.

Στην Ελλάδα η πιο σοβαρή μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων ετών υπήρξε η συγκρότηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Σκοπός του νέου Οργανισμού είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, η οργάνωση και λειτουργία των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Ο ΕΟΠΥΥ δεν συνιστά ένα ασφαλιστικό οργανισμό υπό την έννοια ότι δεν είναι υπεύθυνος για την είσπραξη των πόρων και την επιβεβαίωση του ασφαλιστικού δικαιώματος αλλά μεσολαβεί μεταξύ της ασφάλισης και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας ασκώντας μονοψωνιακή διαπραγματευτική δύναμη.

Η αναγκαιότητα της συνένωσης των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης σε ένα Ενιαίο Οργανισμό είχε διατυπωθεί από διακεκριμένους επιστήμονες πολλά χρόνια

πριν, η συγκρότηση του επισπεύσθηκε λόγω της δημοσιονομικής επιτήρησης της χώρας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως αποκλειστικού διαχειριστή του συνόλου σχεδόν των δημόσιων πόρων για την υγεία, οφείλει να αναδειχθεί σε εγχείρημα στρατηγικής σημασίας, παρά το γεγονός ότι η συγκρότηση του συν έπεσε με φαινόμενα δημοσιονομικού εκτροχιασμού, απορρύθμισης της πραγματικής οικονομίας και χρηματοδοτικής εμπλοκής της κοινωνικής πολιτικής (Κυριόπουλος, 2013).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη τρόπων για την ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή. Η προσέγγιση του θέματος πραγματοποιήθηκε αρχικά με την παρουσίαση της υφιστάμενης κατάστασης του ΕΟΠΥΥ και τον εντοπισμό των βασικών αιτιών των προβλημάτων– δυσχερειών που εμποδίζουν την άσκηση του έργου του και απειλούν τη βιωσιμότητά του. Τα προβλήματα προέρχονται τόσο από εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι η συρρίκνωση της παγκόσμιας οικονομίας όσο και σε εσωτερικές παθογένειες, που εστιάζονται κυρίως σε οργανωτικά και διοικητικά εμπόδια.

Με σκοπό την διατήρηση της βιωσιμότητας του ο ΕΟΠΥΥ προχώρησε στη θεσμοθέτηση μιας σειράς μέτρων για τη συγκράτηση των δαπανών και τον περιορισμό του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών όπως είναι ο μηχανισμός αυτόματων επιστροφών και τα κλιμακούμενα ποσοστά εκπτώσεων και επιστροφών τόσο στις φαρμακευτικές εταιρίες όσο και στους παρόχους υγείας. Επίσης προς αυτή την κατεύθυνση συγκλίνει και η ανάθεση του ελέγχου των εκκαθαρισμένων απαιτήσεων σε ιδιωτικές εταιρίες, των οποίων ο ρόλος εστιάζεται κυρίως στον εντοπισμό των πλασματικών χρεώσεων.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας επιχειρείται η συγκριτική ανάλυση του ελληνικού συστήματος υγείας και του σχετικά νεοσύστατου Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας με το βέλγικο σύστημα υγείας και το αντίστοιχο Ινστιτούτο Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας (INAMI), το οποίο λειτουργεί από το 1963. Η μελέτη του Βέλγικου INAMI, μέσω της αντιπαραβολής των στοιχείων ασφάλισης, του τρόπου αποζημίωσης, του ελέγχου των παροχών και των παρόχων υγείας προσφέρει χρήσιμα συμπεράσματα για την κατανόηση της οργάνωσης και της λειτουργίας των δύο οργανισμών και προβάλλει με μεγαλύτερη ευκρίνεια τις αδυναμίες του ΕΟΠΥΥ, που τον καθιστούν ανίσχυρο στην άσκηση του ρόλου του αγοραστή. Η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου ιατρικού πληροφοριακού συστήματος και

η απουσία θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων, η μη τήρηση ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, αλλά και η μη σύνδεση της ποιότητας με τον τρόπο από ζημίωσης συνιστούν τα σημαντικότερα εμπόδια στη λειτουργία του Οργανισμού. Τα ανωτέρω εμπόδια είναι εφικτό να ξεπεραστούν με την λήψη μιας σειράς μέτρων, τα οποία πρόκειται να στηρίξουν τον ρόλο του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή.

Αρχικά απαραίτητη κρίνεται η άμεση εισαγωγή διεθνών ταξινομήσεων και κωδικοποιήσεων, ώστε να είναι δυνατή η ακριβής αλλά και αξιόπιστη ποσοτική εκτίμηση και κατά συνέπεια η κοστολόγηση και τιμολόγηση επί των οποίων μπορεί να υπάρξουν διαπραγματεύσεις και συμβόλαια. Η ορθή απεικόνιση της ροής υπηρεσιών και αποζημιώσεων συνιστά αναγκαία προϋπόθεση για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας. Η απουσία αυτής της διαδικασίας και η ταυτόχρονη έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών έχει ως αποτέλεσμα την παθητική θέση του ΕΟΠΥΥ. Με την ίδια λογική η εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων με πολλαπλά προβλήματα μεθοδολογικής και πραγματικής φύσης, εξελίσσεται σε μείζονα χρηματοδοτικό κίνδυνο για τον ΕΟΠΥΥ, οπότε καθίσταται αναγκαίος ο επαναπροσδιορισμός των ΚΕΝ με βάση το πραγματικό κόστος των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών, υπολογίζοντας το μέσο κόστος της θεραπείας ανά ΚΕΝ.

Σημαντικό εργαλείο για την ενδυνάμωση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου Ιατρικού Συστήματος Πληροφορικής το οποίο να καταγράφει όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες και να παρέχει στατιστικές αναφορές οποιαδήποτε στιγμή είναι απαιτητές, προκειμένου να εξυπηρετήσουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στην λήψη αποφάσεων με στόχο την προσφορά προηγμένων υπηρεσιών υγείας με ορθολογικότερη χρήση των πόρων και συγκράτηση των δαπανών. Για να μπορεί αυτό το σύστημα να λειτουργεί αποδοτικά, θα πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα οριζόντιας διασύνδεσης με παρόμοια πληροφοριακά συστήματα που δεν βρίσκονται στον ίδιο χώρο ώστε να συγκροτούν όλα αυτά μαζί ένα ευρύτερο σύστημα διαχείρισης πληροφοριών ιατρικού ενδιαφέροντος. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμη η ενσωμάτωση δεδομένων σε ένα ενιαίο πληροφοριακό σύστημα το οποίο να περιλαμβάνει επιπλέον δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τα ΑΜΚΑ και την ιστορία της νόσου. Επίσης να δοθεί η δυνατότητα διασύνδεσης του με το υπάρχων ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, το οποίο υποστηρίζεται από την ΗΔΙΚΑ Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης και θα πρέπει να ενσωματωθούν πληροφορίες για τις διαγνώσεις τα οποία να συνδέονται με τις

ιατρικές πράξεις και τις διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες να κωδικοποιούνται από ένα διεθνές σύστημα κατάταξης.

Ταυτόχρονα με την ανάπτυξη του Ιατρικού Πληροφοριακού Συστήματος επιτυγχάνεται η διαμόρφωση ενός ηλεκτρονικού ατομικού ιατρικού φακέλου το οποίο θα καταγράφει το ιστορικό κάθε ασθενή. Η ύπαρξη ενός Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου επιτρέπει την εφαρμογή της 'Κάρτας Υγείας' με την οποία θα μπορεί ο ασθενής να 'ταξιδεύει' μέσα στο σύστημα υγείας. Η διάδοση της Κάρτα Υγείας και του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου συμβάλει στη συγκράτηση των δαπανών καθώς αποτρέπει την υπερσυνταγογράφηση και τη διενέργεια επαναλαμβανόμενων, συνήθως περιττών, εξετάσεων και ταυτόχρονα προσφέρει μια συνέχεια στη μετάβαση από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Η χρήση της Κάρτας Υγείας συναντάται στην Γερμανία κάρτα eGesundheitskarte, στη Γαλλία κάρτα SESAM Vitale, στη Φιλανδία κάρτα FINEID και στην Μεγάλη Βρετανία κάρτες HIC και PDC, το μέγεθος της πληροφόρησης που παρέχεται μέσω της κάρτας σε κάθε χώρα διαφέρει (Τούντας, 2008).

Ένα εξίσου σημαντικό μέτρο για την ενδυνάμωση του ΕΟΠΥΥ που θα συνεισφέρει και στην εξάπλωση της μηχανοργάνωσης αλλά συγχρόνως συμβάλλει και στην συγκράτηση του κόστους είναι η ανάπτυξη των θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων. Για να παραχθούν αξιόπιστα αποτελέσματα απαιτείται να εφαρμοσθεί ένα μοντέλο άσκησης της ιατρικής, που αξιοποιεί την διαθέσιμη ιατρική γνώση, αναπτύσσεται με βάση την βιβλιογραφία, τα επιδημιολογικά στοιχεία, την κλινική έρευνα και με τα οποία διαμορφώνονται και εφαρμόζονται τα αναγκαία κλινικά πρωτόκολλα (evidence based medicine). Με τον τρόπο αυτό καθορίζονται τα όρια και οι κανόνες μέσα στα οποία θα πρέπει να κινούνται οι γιατροί. Η ανάπτυξη και εφαρμογή θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων, ως οδηγίες ορθής συνταγογράφησης και βέλτιστης κλινικής πρακτικής, μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμο εργαλείο αναφοράς για τις θεραπευτικές αποφάσεις των ιατρών και να συνεισφέρουν στη βελτίωση της ποιότητας και της περιττή χρήσης ακριβών εξετάσεων. Επίσης είναι δυνατό να αποτελέσουν εργαλείο ελέγχου της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων, με συνακόλουθο τον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, προς όφελος του ασθενή. Επιπρόσθετα η ανάπτυξη των θεραπευτικών πρωτοκόλλων επιτρέπει την εφαρμογή Προγραμμάτων Διαχείρισης Ασθένειας τα οποία θα μπορούσαν να αναπτυχθούν από τον ΕΟΠΥΥ με σκοπό την μείωση του κόστους των χρόνιων ασθενών. Η διαχείριση ασθένειας (disease management)

σύμφωνα με τον Wolper (2001) είναι ‘η διαδικασία βελτιστοποίησης της διάγνωσης, της αγωγής και της περίθαλψης ενός χρόνιου ασθενούς, ώστε αντικειμενικά αυτός να έχει τα ελάχιστα δυνατά συμπτώματα και τις ελάχιστες δυνατές ανάγκες για παρεμβάσεις’. Μια μελέτη αναφορικά με την εφαρμογή των Προγραμμάτων Διαχείρισης Νόσου στο γερμανικό σύστημα υγείας, το οποίο αποτελεί πρότυπο για πολλές χώρες, απέδειξε ότι οι ασθενείς αναφέρουν υψηλότερη ποιότητα ζωής, καλύτερη σωματική και ψυχική κατάσταση υγείας, λιγότερες υποτροπές και λιγότερες προσαγωγές στις μονάδες έκτακτων περιστατικών, γεγονός που αντανακλάται και στο κόστος νοσηλείας τους.

Ο ΕΟΠΥΥ μέσω της ανάθεσης σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες παραχώρησε τον έλεγχο των παροχών σε ιδιωτικές μονάδες με στόχο την παρακολούθηση των δαπανών νοσηλείας των ιατρικών πράξεων και των παρακλινικών εξετάσεων. Ωστόσο, επειδή η δαπάνη για την λειτουργία των εν λόγω εταιρειών βαρύνει τους ίδιους τους πάροχους, κρίνεται σκόπιμη η μεταφορά της τεχνογνωσίας της άσκησης ποιοτικού ελέγχου και της επίβλεψη της καλής κλινικής πρακτικής στο προσωπικό του ΕΟΠΥΥ.

Υπάρχουν διάφορα είδη κλινικού ελέγχου, η επιλογή του κατάλληλου τύπου κλινικού ελέγχου γίνεται από την ομάδα των κλινικών επαγγελματιών και με βάση τις προτεραιότητες που τίθενται (π.χ. αν το συμβάν είχε υψηλό κόστος ή ρίσκο για τον ασθενή ή το προσωπικό, αν υπήρξαν επικίνδυνες επιπλοκές κ.α). Κατά συνέπεια, ο κλινικός έλεγχος, είναι ένα αποτελεσματικό μέσο για την αντικειμενική εκτίμηση της τρέχουσας λειτουργίας του οργανισμού, που επιτρέπει την βελτίωση των επιδόσεων των ατόμων και του οργανισμού ως σύνολο (Jones & Cawthorn, 2003).

Σκόπιμη, επίσης, για την ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή κρίνεται και η εισαγωγή κριτηρίων αξιολόγησης και κατάταξης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, προκειμένου να επιτευχθεί η διασύνδεση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις τιμές αποζημίωσης των παρόχων. Η αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών αφενός διασφαλίζει την ύπαρξη ενός ελάχιστου επιπέδου παροχών υγείας προς τους ασφαλισμένους και αφετέρου επιτρέπει στον ΕΟΠΥΥ να εξασφαλίσει ευνοϊκότερες για τους ασφαλισμένους τιμές αποζημίωσης. Η ανάπτυξη της ικανότητας να πραγματοποιούν συγκριτική αξιολόγηση ανά πάροχο προσφέρει στο ΕΟΠΥΥ ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη, προκειμένου να υποστηρίξει την εφαρμογή των συμφωνιών τιμής- όγκου, τιμής – έκβασης, αλλά και την εφαρμογή των εκπτώσεων σε υψηλής έντασης τομείς υπηρεσιών.

Επίσης επιβάλλεται ο ΕΟΠΥΥ να ενισχύσει τον έλεγχο της εφαρμογής των ανωτέρω διαδικασιών όπως και την εφαρμογή του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας. Η παραβατικότητα στο χώρο της υγείας αποτελεί πληγή από οικονομική άποψης αλλά και από την πλευρά της κοινωνικής δικαιοσύνης και ως εκ τούτου πρέπει να αποτρέπεται και να τιμωρείται. Το έργο της επιθεώρησης στον ΕΟΠΥΥ ασκείται από την Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης ΥΠΕΔΥΦΚΑ, της οποίας ο ρόλος πρέπει να ενισχυθεί, προκειμένου να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις του νέου οργανισμού. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ενίσχυση του ελέγχου συνιστά η στελέχωση του οργανισμού με προσωπικό όλων των ειδικοτήτων (διοικητικό προσωπικό, ιατρούς, φαρμακοποιούς και λοιπό υγειονομικό προσωπικό), άρτια καταρτισμένο σχετικά με τις ελεγκτικές διαδικασίες και την εκπαίδευση του ήδη υπάρχοντος προσωπικού.

Τέλος από την ανάλυση του Βέλγικου Συστήματος Υγείας ιδιαίτερης προσοχής χρήζει στη λειτουργία του INAMI η αρμοδιότητα του να διαχειρίζεται τις διαπραγματεύσεις μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και των προμηθευτών προκειμένου να προσδιορισθεί το πακέτο ασφάλισης. Η αρμοδιότητα αυτή στον ΕΟΠΥΥ έχει αποδοθεί πρόσφατα στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης, το έργο της οποίας επικεντρώνεται στη διαπραγμάτευση της τιμολογιακής πολιτικής, του ποσοστού έκπτωσης, στην αποζημίωση της τιμής του φαρμάκου, του ποσοστού έκπτωσης στην αποζημίωση του υγειονομικού υλικού, του ιατρικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Η νέα Επιτροπή του ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να εστιάσει την προσοχή της στην απεμπλοκή από χρονοβόρες διαδικασίες λήψης αποφάσεων, προκειμένου να αποφύγει τις αδυναμίες για τις οποίες επικρίνεται ο βέλγικος φορέας διαπραγματεύσεων INAMI.

Πρέπει να επισημανθεί ότι κάθε προσπάθεια για ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ την δεδομένη χρονική στιγμή συναντά σημαντικούς περιορισμούς, που οφείλονται στην παγκόσμια οικονομική κρίση αλλά και ειδικότερα στη δημοσιονομική επιτήρηση της χώρας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης και του μνημονίου προβλέπεται σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, η οποία είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ. Η συνολική δαπάνη για την υγεία πρόκειται να μειωθεί από 9,7% του ΑΕΠ το 2009 στο επίπεδο του 6% του ΑΕΠ, δηλαδή η συνολική εθνική δαπάνη

από 22,5 δις ευρώ αναμένεται να κυμανθεί σε επίπεδο περίπου κάτω των 15,0 δις ευρώ (Σκρούμπελος, 2012).

Η παρούσα εργασία, λόγω του θεωρητικού υπόβαθρου στηρίχθηκε σε βιβλιογραφικές αναφορές με σημαντικότερο μέσο αναζήτησης το διαδίκτυο. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας εργασίας είχε μόλις συμπληρώσει τα δύο έτη λειτουργίας, με αποτέλεσμα η ύπαρξη πηγών ενημέρωσης και συγκέντρωσης στατιστικών στοιχείων να είναι αρκετά περιορισμένη. Επιπρόσθετα, στο ίδιο χρονικό διάστημα έλαβαν χώρα και μία σειρά προτάσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι οποίες προκάλεσαν το δημόσιο διάλογο σχετικά με την γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, γεγονός που πρόκειται να επηρεάσει την ύπαρξη και τον ρόλο του ΕΟΠΥΥ.

Κεφάλαιο 5:

Συμπεράσματα

Η συγκρότηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί την σημαντικότερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων ετών. Στόχος του είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης και ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Στην ουσία ο ΕΟΠΥΥ μεσολαβεί μεταξύ της ασφάλισης και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας ασκώντας μονοψωνιακή διαπραγματευτική δύναμη.

Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή που θα συμπιέσει τα περιθώρια των παρόχων, μέσω στρατηγικών αγορών δεν έχει επιτευχθεί, λόγω της ουσιαστικής απουσίας σημαντικών μηχανισμών. Αρκετοί από τους μηχανισμούς έχουν μεν θεσμοθετηθεί αλλά δεν έχουν τεθεί ακόμη σε λειτουργία. Ενδεικτικά αναφέρεται η συγκρότηση της Επιτροπής Διαπραγματεύσεων, η οποία έχει ως αποστολή την σύναψη συμφωνιών όγκου-τιμής, δυναμικών συμβάσεων και στρατηγικών συμφωνιών με τους παρόχους, προκειμένου να εξαιρεθούν τα περιττά έξοδα του Οργανισμού και να ενισχυθεί ο έλεγχος των δαπανών σε μια πιο μακρόχρονη βάση. Εντούτοις, έως την έναρξη των διαπραγματεύσεων, ο έλεγχος των δαπανών έχει προβλεφθεί να πραγματοποιηθεί από ιδιωτικές εταιρίες, οι οποίες επρόκειτο να ελέγξουν τις εκκαθαρισμένες απαιτήσεις προηγούμενων χρήσεων. Αξίζει να αναφερθεί ότι ο εν λόγω έλεγχος βρίσκεται σε εξέλιξη ως τη χρονική στιγμή της παρούσας εργασίας και δεν είναι γνωστά ακόμη τα αποτελέσματα του.

Η ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή αποτελεί στρατηγικής σπουδαιότητας επιλογή για την εύρυθμη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας. Η εξασφάλιση στον ΕΟΠΥΥ εργαλείων για άσκηση ελέγχου σε όλες τις διαδικασίες του συστήματος υγείας θα διασφαλίσει την ύπαρξη διαφάνειας στις δαπάνες υγείας και θα συμβάλλει στην ορθολογικότερη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων περιορισμένων για την υγεία πόρων. Πέραν από τους προαναφερόμενους μηχανισμούς που πρέπει άμεσα να τεθούν σε εφαρμογή επιβάλλεται η εισαγωγή ενός συστήματος πραγματικών τιμών στις ανταλλαγές με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τα νοσηλευτικά ιδρύματα, καθώς και η εισαγωγή διεθνών ταξινομήσεων και κωδικοποιήσεων, ώστε να είναι δυνατή η ακριβής και αξιόπιστη ποσοτική εκτίμηση προκειμένου να μπορούν να υπάρξουν διαπραγματεύσεις και συμβόλαια προς όφελος και των δυο ενδιαφερόμενων μερών. Επίσης αναγκαία κρίνεται η ανάπτυξη του e-ΔΑΠΥ και η διασύνδεσή του με το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης στο οποίο να προστεθούν πληροφορίες για τις διαγνώσεις, κωδικοποιημένες από ένα διεθνές σύστημα κατάταξης. Με τον τρόπο αυτό θα αναπτυχθεί ένα ολοκληρωμένο Ιατρικό Πληροφοριακό Σύστημα το οποίο θα παρέχει τη δυνατότητα τήρησης Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου, γεγονός που θα συμβάλει στη συγκράτηση των δαπανών μέσω της αποτροπής υπερσυνταγογράφησης και διενέργειας επαναλαμβανόμενων και συνήθως περιττών εξετάσεων. Η ύπαρξη ενός Ιατρικού Πληροφοριακού Συστήματος, επίσης, επιτρέπει και την διάδοση της Κάρτας Υγείας, η χρήση της οποίας συμβάλλει στην μείωση διοικητικών εξόδων. Ένα ακόμη μέτρο που πρόκειται να μειώσει την περιττή χρήση ακριβών εξετάσεων αποτελεί η ανάπτυξη θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων για εκείνες τις ασθένειες που παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα και η θεραπεία τους είναι κοστοβόρα. Η ύπαρξη τους επιτρέπει και την εφαρμογή Προγραμμάτων Διαχείρισης Νόσου για την μείωση του κόστους νοσηλείας των χρόνιων ασθενών. Σημαντική συμβολή στην ενίσχυση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή συνιστά και η ανάπτυξη μηχανισμού αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ανά πάροχο, προκειμένου να επιτευχθεί διασύνδεση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις τιμές αποζημίωσης.

Αντίστοιχος φορέας με τον ΕΟΠΥΥ στο βέλγικο σύστημα υγείας είναι το National Institute for Health Insurance and Disability (INAMI RIZIV), Εθνικό Ίδρυμα Ασφάλισης Υγείας και Ανικανότητας. Το βέλγικο σύστημα υγείας παρουσιάζει ενδιαφέρον από οργανωτικής δομής, συνιστά ένα Third Party Payer

System, υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ των προμηθευτών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας όπως είναι οι γιατροί, τα νοσοκομεία, τα εργαστήρια, φυσικοθεραπευτές κ.α και των αγοραστών που ζητούν αυτές τις υπηρεσίες που είναι τα ασφαλιστικά ταμεία. Κεντρικό ρόλο στο σύστημα υγείας κατέχει ο INAMI, ο οποίος είναι ο κύριος υπεύθυνος για τη διενέργεια των διαπραγματεύσεων. Η συγκριτική ανάλυση του INAMI, ο οποίος λειτουργεί ήδη με επιτυχία στο Βέλγιο από το 1963, με τον ΕΟΠΥΥ προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για την βελτίωση της λειτουργίας του σχετικά νεοσύστατου ΕΟΠΥΥ.

Ωστόσο, απαιτείται μεγάλη προσοχή σε οποιαδήποτε μεταρρυθμιστική προσπάθεια στην τήρηση των κανόνων της διαχρονικής σταθερότητας, της υποστήριξης και της κοινωνικής συναίνεσης όλων των ενδιαφερόμενων μερών. Τα συστήματα υγείας για να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών τους, πρέπει να διαμορφώνονται ανάλογα με τους ξεχωριστούς και μοναδικούς κοινωνικό-οικονομικούς, πολιτικούς και δημογραφικούς παράγοντες που επικρατούν στις εκάστοτε χώρες. Για το λόγο αυτό, δεν είναι δυνατό να ‘μεταφυτευθεί’ ένα σύστημα περίθαλψης από μια χώρα σε μια άλλη, χωρίς να τροποποιηθεί ανάλογα με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του τόπου.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αναγνώστου– Δεδούδη , Α.(2005). Κοινωνική Ασφάλιση από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου –Εννοιολογική οριοθέτηση των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης. Σακουλά, Αθήνα.

Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3(2),109-120.

Γαρδίκας, Δ.(2000). Εθνικά συστήματα υγείας διαφόρων χωρών. Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα.

Δίκαιος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999). Βασικές αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος,(2011). Στατιστική Επετηρίδα, Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης ,Σ.(2001). Συστήματα Υγείας. Παπαζήση, Αθήνα.

Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων .(2011). Επιθεώρηση της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Koontz, H., Donnell, C. (1976). Οργάνωση και Διοίκηση. Μια συστημική και ενδεχόμενη ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών, μτφ. εκδ. Παπαζήσης(1984), Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. (2012). Πέραν του Μνημονίου: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., Σκρούμπελος, Α.(2012). Η υπέρβαση της κρίσης στον ΕΟΠΥΥ :ένα σχέδιο ανασυγκρότησης της ασφάλισης και της περίθαλψης. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ.(2011). Η υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. (2011). Η αναζήτηση της αποδοτικότητας ως προϋπόθεση της υγειονομικής ανάπτυξης : από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Α., Μπουρσανίδης, Χ., Οικονόμου, Χ.(2001).Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο, Αθήνα.

Κωσταγιόλας, Π.,Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Παπασωτηρίου , Αθήνα.

Λιαρόπουλος, Α. (2010). Διεθνή συστήματα υγείας. Βήτα, Αθήνα.

Μπεάζογλου, Τ. (2001). Η επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοψωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας. Στο : Κυριόπουλος, Γ. και συν.(Επιμ.), Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Μπένος, Α. (2007). Το διακύβευμα της πολιτικής υγείας , Ελλείματα του παρελθόντος και διλήμματα του μέλλοντος . Κοινωνία, οικονομία και υγεία, 1:21-34.

Οικονόμου, Χ.(2012).Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στη Ελλάδα – Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.

Οικονόμου, Χ.(2000). Είναι επιθυμητή και εφικτή η διάκριση της Προσφοράς από τη Ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Στο : Κυριόπουλος Γ. και συν.(Επιμ.), Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της Διοίκησης –Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας. Θεμέλιο , Αθήνα , σελ100-117.

Παρατηρητήριο για την Κοινωνία της Πληροφορίας (2007). Η χρήση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στην υγεία και πρόνοια. Ατλαντίς Συμβουλευτική ΑΕ

Παπαθεοδώρου, Χ., Μωυσίδου, Α.(2011).Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα- Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας. ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων, Αθήνα.

Πολύζος, Ν. (2008). Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3(2), 121-136.

Σίσκου, Ο.,Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ. (2008).Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 25(5): 663-672.

Σκρούμπελος, Α., Κυρίοπουλος, Γ.(2012).Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας – Το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Σολωμός, Γ.(2006). Κοινωνική Ασφάλιση : Από την κρίση στον ενιαίο φορέα ασφάλισης. Λιβάνης, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ. (2013). Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα από το αδιανόητο στο αυτονόητο. Παπαζήση, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ.(2010). Συνοπτική και Διαγνωστική Μελέτη ΟΠΑΔ. ΟΠΑΔ, Αθήνα

Σουλιώτης, Κ. (2006). Πολιτική και οικονομία της υγείας. Παπαζήση, Αθήνα.

Τούντας, Γ.(2006).Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,23(1); 72-83.

Τούντας, Γ. (2003). Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Τούντας, Γ. (2001). Τα συστήματα υγείας στον 21^ο αιώνα. Ιατρική, 79(3), 215-217.

Τσάκος, Γ.(2003). Διασφάλιση Ποιότητας : Ο ρόλος του κλινικού ελέγχου. Στο : Κυριόπουλος Γ. και συν. (Επιμ.), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Θεμέλιο, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.(1994). Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομώνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας. Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.(1995). Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η οργάνωση του συστήματος χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Αθήνα

Υπουργείο Υγείας.(2013). Υγεία εν δράσει. Μεταρρυθμίζοντας το ΕΣΥ για τη βελτίωση της υγείας των πολιτών. Έκθεση Τεχνικής Αξιολόγησης : Σχέδιο δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ομάδας Δράσης για την Ελλάδα, Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Γ. (2003). Τα οικονομικά της υγείας. Τυπωθήτω, Αθήνα.

Χλέτσος, Μ. (2010). Οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους στο σύστημα της αγοράς. Στο: Ζουμπουλάκης, Μ., Κόλλιας, Χ.(Επιμ.), Σύγχρονη πολιτική οικονομία. Πατάκη, Αθήνα.

Wolper, L. (2001). Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, μτφ Καραμαλής Μ., Mediforce, Αθήνα.

Ελληνική Νομοθεσία

(διαθέσιμα στο διαδίκτυο στη ιστοσελίδα του εθνικού τυπογραφείου: www.et.gr)

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Α.Ν 965/1937

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.Δ 2592/1953

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Νόμος 1397/1983

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Νόμος 2676/1999

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Νόμος 3918/2011

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως τ.Β΄ ΦΕΚ 3054/2012

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Νόμος 4172/2013

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως τ.Β΄ ΦΕΚ 681/08-03-2012

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Νόμος 4172/2013

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Νόμος 4183/2013

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως τ.Β΄ ΦΕΚ 2320/ 17-09-2013

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως τ.Β΄ ΦΕΚ 2045/22-08-2013

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως τ.Β΄ ΦΕΚ 2543/10-10-2013

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Νόμος 4238/2014

Ξενογλώσση

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic review, Vol 53, 5 :941-973.

Groenewegen, P., Dourgon, P., Gress, S., Jurgutis, A., Willems, S. (2013). Strengthening weak primary care systems : Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. Health Policy, 113:170-179.

European Commission (2013). Report on health inequalities in the European Union.

European Observatory on Health Systems and Policies (2012). Health at a glance Europe 2012.

European Observatory on Health Systems and Policies (2011). Health system in Transition UK, vol.13 No.1.

European Observatory on Health Systems and Policies (2012). Health system in Transition Denmark, vol.14 No.2.

European Observatory on Health Systems and Policies (2011). Health system in Transition Portugal, vol.13 No.4.

European Observatory on Health Systems and Policies (2010). Health system in Transition Germany, vol.12 No.5.

Jones T., Cawthorn S. (2003). What is clinical audit ? Hayward Medical Communications, Vol.4 N1.

KPMG International, (2012). Acute or chronic. The impact of economic crisis in health care and health, Issues Monitor, July 2012, Vol 9.

Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country– level analysis of Health Policy. 56 (3) : 174.

Lisac, M., Blum, K., Schlete, S., (2008). Changing Long established structures for more competition and stronger coordination-Health care reform in Germany in the new millenium. FORUM : Health system and health reform in Europe, Intereconomics, July/August 2008 , 186-189.

Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Mamas, T., Katostaras, T. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. Health Policy, 87 : 72-81.

Maarse, H., Bartholomee Y. (2008). Course and impact of market reform in Dutch health care uncertain. FORUM : Health system and health reform in Europe, Intereconomics, July/August 2008, 189-190.

Mc Daid, D. & Oliver, A. (2008) A comparative analysis of Health System Reform across England and Scotland. FORUM : Health system and health reform in Europe, Intereconomics, July/ August 2008, 189-190.

Mossialos, E., Sara, A., Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system : A tale of fragmentation and inertia, Health Economics. 14 : S151-S168.

Mladovsky, P. (2011). The impact of financial crisis on health systems : review of past and current experience. LSE, London.

NIHDI (2013) [web site]. Frais médicaux: remboursement. Brussels, National Institute for Health and Disability Insurance (<http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/index.html>, accessed 10 December 2013).

Nonneman, W, Van Dooslaer E., (1994). The role of the sickness funds in the Belgian Health care market, Soc. Science Med. Vol39, 10:1483-1495.

Oikonomou, N., Mariolis, A. (2009). Three trends that undermine the Greek health system : Is there a way out? European Journal of General Practice ;15:67-68.

Pauly M., 'Market power Monopsony and Health Insurance Markets, Journa of Health Economics (1998);7:111-128.

Perelman J., Closon M-C. (2004). Hospital response to prospective financing of impatient days – the case of Belgium. Mimeo, Louvain.

Rousseau,T.(2013).A Belgian cooperation platform, www.coopami.org.

Schokkaert E, Van de Voorde C.(2000).Risk adjustment and financial responsibility in a centralized system. Health Policy, 3:121-130.

Scrivener, R., Morrel C., Baker, R., Redsell S., Shaw E., Stevenson, K., Pink D., Bromwich, N.(2002). Principles for best practice in Clinical Audit, NICE. Radcliffe Medical Press, United Kingdom.

Souliotis K., Lionis C., (2004). Creating an intergrated Health care system in Greece: A primary care perspective. Journal of Medicine Systems , Vol. 28 , No 6.

Tountas ,Y., Karnaki P., Pavi E.(2002). Reforming the reform : The Greek national health system in transition,15 :2-29.

Tountas, Y.,Karnaki P., Pavi E.(2005). The unexpected growth of the private health sector in Greece, Health Policy , 74:167-180.