

από:

Μάνο Ματσαγγάνη

προς:

κ. Σωκράτη Κοσμίδη, Γενικό Γραμματέα Υπουργικού Συμβουλίου

6 Σεπτεμβρίου 1999

Μετά την τηλεφωνική μας συνομιλία, στέλνω αντίγραφο του σημειώματος μου προς τον Πρωθυπουργό (με ημερομηνία 17 Αυγούστου 1999) Ο Πρωθυπουργός μου είχε ζητήσει ένα κείμενο σχετικά με τις απαραίτητες μεγάλες αποφάσεις για το μέλλον του ΕΣΥ με χρονικό ορίζοντα την επόμενη τετραετία. Το πρώτο σημείωμα που ακολουθεί περιέχει τις σκέψεις μου για το ζήτημα αυτό.

Στο δεύτερο σημείωμα περιέχεται μια πρόταση σχεδίου για το γενικό πλαίσιο του εκλογικού προγράμματος στον τομέα της υγείας, το οποίο αποπειράται να συνδέσει το έως τώρα έργο της κυβέρνησης (ποσοτική επέκταση υποδομής) με το μελλοντικό πρόγραμμα (επανάδρωση του ΕΣΥ). Τέλος, σε ένα τρίτο σημείωμα διατυπώνω μερικές παρατηρήσεις στην πρόταση του διοικητή του ΙΚΑ για την ίδρυση ΕΦΥ.

Τα υπόλοιπα μπορούμε να τα συζητήσουμε σε μεγαλύτερη έκταση τηλεφωνικώς ή και πριν από τη συνάντηση της Τετάρτης.

Επιλογές πολιτικής για την επανίδρυση του ΕΣΥ

Μια πολιτική που στοχεύει στην αναχαίτιση της πορείας απαξίωσης του ΕΣΥ και στην επανεκκίνηση του συστήματος από νέες, βελτιωμένες βάσεις οφείλει να αντιμετωπίσει πολλά ζητήματα πολιτικής ταυτόχρονα. Στο σημείωμα αυτό θίγονται μόνο τέσσερα από αυτά, κατά τη γνώμη μου τα πιο σημαντικά:

- (α) πρωτοβάθμια περίθαλψη
- (β) χρηματοδότηση του ΕΣΥ και κοινωνική ασφάλιση
- (γ) οργάνωση και λειτουργία νοσοκομείων
- (δ) πολιτική υγείας και ιδιωτικός τομέας.

Τα δύο πρώτα ζητήματα θα έπρεπε να είχαν ρυθμιστεί κατά την ίδρυση του ΕΣΥ. Έχοντας παραμείνει ανοικτά, αποτελούν μόνιμη πηγή δυσλειτουργιών. Το τρίτο ζήτημα, η ανάγκη διόρθωσης του συγκεκριμένου τρόπου λειτουργίας των νοσοκομείων, δύσκολα μπορούσε να είχε αντιμετωπιστεί στο παρελθόν – αντίθετα φαίνεται να έχει ωριμάσει τώρα. Το τελευταίο ζήτημα που θίγεται εδώ, η ρύθμιση και εποπτεία του ιδιωτικού τομέα είναι συστατικό ενός νέου επιτελικού ρόλου του Υπουργείου Υγείας.

Το σημείωμα περιγράφει με συντομία τους όρους των διλημάτων που είναι απαραίτητο να επιλυθούν ώστε να μπορεί να χαραχθεί μια συνεπής πολιτική υγείας, μαζί με τη γνώμη μου για την κατεύθυνση επίλυσής τους. Τα τρία από τα τέσσερα ζητήματα αναλύονται σε μεγαλύτερη έκταση στα παραρτήματα που επισυνάπτονται.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Δεκαέξι χρόνια μετά την ίδρυσή του, το ΕΣΥ παραμένει ένα εθνικό σύστημα νοσοκομείων. Επανεπιλημμένες απόπειρες για την ανάπτυξη ενός συστήματος δημόσιας παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (πρόσφατα με τα 'δίκτυα' του ν.2519/97) δεν έχουν μέχρι τώρα αποδώσει. Ο τομέας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δείχνει να έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί στην ιδιωτική πρωτοβουλία, μια κατάσταση άδικη κοινωνικά και αναποτελεσματική οικονομικά.

Η πολιτική μας για την πρωτοβάθμια περίθαλψη παραλύει από την αδυναμία επιλογής ‘μοντέλου’, μεταξύ οικογενειακού ιατρού και κέντρων υγείας.

Το δίλημμα είναι αδύνατο να επιλυθεί σε ένα αφηρημένο επίπεδο: και τα δύο ‘μοντέλα’ λειτουργούν καλά σε άλλες χώρες, π.χ. στη Βρετανία το πρώτο, στη Σουηδία το δεύτερο. Θεωρητικά, και τα δύο θα μπορούσαν να λειτουργήσουν καλά στην Ελλάδα. Η διαφορά είναι ότι το περιβάλλον του τομέα υγείας στην Ελλάδα (οργανωτικό, οικονομικό, ακόμη και πολιτιστικό) έχει απομακρυνθεί πολύ από τις συνθήκες που είναι ευνοϊκές για την επιτυχημένη λειτουργία του οικογενειακού ιατρού. Δεδομένου ότι σχεδόν όλες οι προϋποθέσεις λείπουν, η απαιτούμενη επένδυση ενέργειας και πόρων ώστε να αποδώσει το ‘μοντέλο’ αυτό είναι συγκριτικά μεγαλύτερη.

Κατά τη γνώμη μου, θα ήταν προτιμότερη η στροφή προς την *ορθολογικότερη αξιοποίηση της υπάρχουσας υποδομής: κέντρα υγείας του ΕΣΥ, πολυϊατρεία ταμείων, δημοτικά ιατρεία κ.ο.κ.* Συγκεκριμένες προτάσεις για την ανάπτυξη και τη διασύνδεση της δημόσιας παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (με σκοπό να δοθεί μια εναλλακτική δυνατότητα σε πολίτες που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας), παρουσιάζονται στο Παράρτημα 1.

Σε κάθε περίπτωση, το κρίσιμο είναι να ληφθεί απόφαση – με ορίζοντα που υπερβαίνει τη θητεία μιας κυβέρνησης (ή ακόμη περισσότερο ενός υπουργού) – ώστε να τεθεί τέλος στις παραλυτικές παλινωδίες και να γίνει δυνατή η άσκηση μιας συνεπούς πολιτικής για την πρωτοβάθμια υγεία.

Χρηματοδότηση ΕΣΥ και κοινωνική ασφάλιση

Η ίδρυση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με παράλληλη διατήρηση των ταμείων υγείας δημιούργησε μια ενδιάμεση κατάσταση όπου το μεγάλο βάρος της χρηματοδότησης αναλαμβάνει μεν ο κρατικός προϋπολογισμός (μέσω των επιχορηγήσεων προς τα νοσοκομεία), ταυτόχρονα δε διατηρείται το σύστημα του νοσηλίου (σε επίπεδο, όμως, σαφώς κατώτερο του πραγματικού κόστους).

Η κατάσταση αυτή συγκεντρώνει τα μειονεκτήματα και των δύο ‘μοντέλων’ χρηματοδότησης (ΕΣΥ και κοινωνικής ασφάλισης). Από τη μια προκαλούνται διάφορα διοικητικά κόστη (συναλλαγών, χρεώσεων, μεταφοράς πόρων από

ταμεία στα νοσοκομεία κ.ά.). Από την άλλη, δυσχεραίνεται το έργο του προγραμματισμού για τις διοικήσεις των νοσοκομείων: μέρος των εσόδων παραμένει απρόβλεπτο, συνεπώς καθίσταται αδύνατη η κατάρτιση σφαιρικών προϋπολογισμών. Οι δυσλειτουργίες που προκύπτουν γίνονται ορατές μεταξύ άλλων στην αλυσίδα χρεών: ταμείων προς νοσοκομεία και νοσοκομείων προς προμηθευτές.

Η επίλυση του προβλήματος μπορεί να γίνει με δύο αμοιβαία αποκλειόμενες μεθόδους: είτε με τη δημιουργία εσωτερικής αγοράς στο πλαίσιο ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας, είτε με την υποκατάσταση των κλάδων υγείας των ταμείων (τουλάχιστον των μεγάλων ταμείων) με έναν κοινό λογαριασμό διαχείρισης.

Η πρώτη μέθοδος συνεπάγεται συνένωση ή τουλάχιστον συντονισμό των ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα, έτσι ώστε να μειώνεται το κόστος συναλλαγής και να μεγιστοποιείται η διαπραγματευτική ισχύς των ταμείων έναντι των νοσοκομείων και των ιατρών. Τέλος, προϋποθέτει μεταφορά των επιδοτήσεων του κράτους από τα νοσοκομεία στα ίδια τα ταμεία (ή, ακόμη καλύτερα, στον ΕΦΥ). Στο σενάριο αυτό τα νοσοκομεία θα χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου από την πώληση των υπηρεσιών τους στα ασφαλιστικά ταμεία και σε άλλους αγοραστές (ασφαλιστικές εταιρείες, τρίτες χώρες, ιδιώτες κτλ). Εξυπακούεται ότι το νοσήλιο και οι άλλες τιμές στην εσωτερική αγορά της υγείας θα πρέπει να αυξηθούν έως ότου εξισωθούν με το πραγματικό κόστος νοσηλείας.

Η δεύτερη μέθοδος συνίσταται σε αντικατάσταση της κοινωνικής ασφάλισης υγείας από την εξασφάλιση δωρεάν περίθαλψης στις μονάδες του ΕΣΥ, χωρίς νοσήλια και χρεώσεις προς τα ταμεία. Το μέτρο θα μπορούσε να εφαρμοστεί άμεσα για τους αγρότες και τους δημοσίους υπαλλήλους, στους οποίους θα μπορούσαν να προστεθούν οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ και του ΤΕΒΕ, έτσι ώστε το σύστημα να καλύπτει τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού. Στην εκδοχή αυτή, τα ταμεία πληρώνουν μια ετήσια “συνδρομή” προς έναν κοινό λογαριασμό διαχείρισης που χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, με αντάλλαγμα τη διασφάλιση πρόσβασης στα νοσοκομεία του ΕΣΥ στους ασφαλισμένους των ταμείων που συμμετέχουν στο σύστημα.

Και οι δύο επιλογές διαθέτουν εσωτερική λογική και συνέπεια. Η επιλογή του ΕΦΥ είναι πιο ριζοσπαστική και συνεπώς απαιτεί μεγαλύτερη υποστήριξη, αν

και από την άλλη περικλείει την υπόσχεση θετικότερων αποτελεσμάτων στο μέλλον. Επί πλέον, συναντάται με την πρόταση του διοικητή του ΙΚΑ για την ίδρυση ΕΦΥ (εσωκλείεται χωριστό σημείωμα).

Αντίθετα, η επιλογή του κοινού λογαριασμού διαχείρισης είναι εφαρμόσιμη δίχως μεγάλες αναστατώσεις, αφού ισοδυναμεί με επιστροφή στο 'μοντέλο' ενός παραδοσιακού ΕΣΥ χωρίς 'εσωτερική αγορά', όπου οι πόροι διανέμονται στους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας (τα νοσοκομεία) αντί στους αγοραστές (ταμεία – ΕΦΥ). Η δεύτερη επιλογή υπερτερεί ως προς το ότι οι προϋποθέσεις για την επιτυχημένη εφαρμογή της είναι λιγότερο δεσμευτικές από όσο στην περίπτωση ενός ΕΦΥ με 'εσωτερική αγορά'.

Και πάλι, το σημαντικό είναι να γίνει μια σαφής επιλογή, δεσμευτική για το σύνολο της πολιτικής μας για την υγεία. Περισσότερες λεπτομέρειες για τις δύο εναλλακτικές κατευθύνσεις παρουσιάζονται στο Παράρτημα 2.

Οργάνωση και λειτουργία νοσοκομείων

Η χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών από ορισμένες τουλάχιστον πλευρές της λειτουργίας των νοσοκομείων, καθώς και η κατασπατάληση πόρων, είναι τα δύο κύρια προβλήματα εδώ. Αναμφίβολα, οι πρωτοβουλίες που βρίσκονται σε εξέλιξη, τόσο στο πρώτο (βελτίωση ξενοδοχειακής υποδομής, απογευματινά ιατρεία, δικαιώματα ασθενών) όσο και στο δεύτερο (προμήθειες αναλωσίμων, λίστα φαρμάκων), είναι σε θετική κατεύθυνση. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις που αναλαμβάνει κεντρικά το Υπουργείο Υγείας είναι ανάγκη να συμπληρώνονται από αποκεντρωμένες δράσεις σε επίπεδο νοσοκομείου.

Αυτό κατ' αρχήν προϋποθέτει την ολοκλήρωση της διαδικασίας επιλογής των Προέδρων με αρμοδιότητες γενικών διευθυντών. Για να σηματοδοτηθεί η νέα προσέγγιση, οι διευθύνσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να τεθούν ενώπιον μιας γενικής 'διακήρυξης αρχών' του ΕΣΥ (υψηλή ποιότητα περίθαλψης, αύξηση ικανοποίησης των ασθενών, αποδοτική διαχείριση του δημοσίου χρήματος), την οποία να τους ζητηθεί να εξειδικεύσουν στο νοσοκομείο τους με συγκεκριμένους στόχους πολιτικής. Ο βαθμός επίτευξης των στόχων αυτών μπορεί ενδεχομένως να διαμορφώνει ένα μέρος της αμοιβής των νέων

Προέδρων και να κρίνει τον επαναδιορισμό τους μετά τη λήξη της θητείας τους.

Οι στόχοι των νέων διευθύνσεων των νοσοκομείων θα είναι συμβατοί με τους στόχους της κυβερνητικής πολιτικής για την υγεία: από τη μια, πιστή τήρηση του προϋπολογισμού και εξοικονόμηση πόρων παντού όπου σήμερα γίνεται σπάταλη διαχείριση - και από την άλλη, βελτίωση της υγείας των ασθενών και αύξηση της ικανοποίησής τους, υπό τον 'περιορισμό' του προϋπολογισμού.

Η επιλογή διοικήσεων από μόνη της δεν αρκεί. Για να αποδώσει ο θεσμός, οι νέες διευθύνσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να διαθέτουν όχι απλώς τα απαραίτητα προσόντα - μεταξύ των οποίων ήθος και εντιμότητα - αλλά επίσης θεσμική ισχύ και πολιτική υποστήριξη, έτσι ώστε να μπορούν με ευελιξία να ανακατανέμουν πόρους για τη μείωση του κόστους και για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο θεωρείται κατά κοινή ομολογία ασφυκτικό. Η ιδέα της μετατροπής του νομικού καθεστώτος των κρατικών νοσοκομείων, ώστε να προσιδιάζουν περισσότερο σε ΔΕΚΟ, φαίνεται να κερδίζει έδαφος (σε παραπλήσιες εκδοχές υποστηρίζεται από τον Υπουργό Υγείας-Πρόνοιας, τον Υφυπουργό Υγείας και τον Διοικητή του ΙΚΑ). Πρόκειται για μια επιλογή λίγο-πολύ αναγκαστική, καθώς *δεν διαφαίνονται προοπτικές ουσιαστικών βελτιώσεων στα νοσοκομεία χωρίς αλλαγή του καθεστώτος λειτουργίας τους.*

Χωρίς αμφιβολία, μια τέτοια επιλογή θα προκαλούσε πολιτικές συγκρούσεις με τα συνδικάτα των εργαζομένων στα νοσοκομεία και τα κόμματα της αριστεράς (ίσως και της δεξιάς), με αιτιάσεις περί 'ιδιωτικοποίησης του ΕΣΥ' κτλ. Σε αυτό η κυβέρνηση θα μπορούσε να αντιτάξει την ανάγκη επανίδρυσης του ΕΣΥ με σκοπό την ουσιαστική προάσπιση του δημοσίου χαρακτήρα της περίθαλψης: βελτίωση της ανταγωνιστικής θέσης των κρατικών νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών, δια της ανόδου της ποιότητας των υπηρεσιών που το ΕΣΥ παρέχει σε κάθε πολίτη.

Σε κάθε περίπτωση, η μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων στις διοικήσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να αντισταθμιστεί από αποτελεσματικότερη άσκηση ενός επιτελικού-ρυθμιστικού ρόλου εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας, ώστε

να εξασφαλίζεται ότι οι αποφάσεις των διοικήσεων είναι συμβατές με το δημόσιο συμφέρον.

Πολιτική υγείας και ιδιωτικός τομέας

Ο επιτελικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας είναι ανάγκη να περιλαμβάνει και την εποπτεία του ιδιωτικού τομέα υγείας, τόσο ως προς τη χρηματοδότηση (ιδιωτική ασφάλιση υγείας) όσο και ως προς τη παροχή υπηρεσιών υγείας (νοσηλευτήρια, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία). Η γενική κατεύθυνση πρέπει να είναι *η ένταξη του ιδιωτικού τομέα σε μια εθνική πολιτική υγείας*.

Ο βασικός στόχος μιας πολιτικής για τον ιδιωτικό τομέα υγείας θα πρέπει να είναι η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών – και κατ' επέκταση η προστασία των καταναλωτών-ασθενών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του.

Στο Παράρτημα 3 παρουσιάζονται τρία παραδείγματα τέτοιων παρεμβάσεων: (α) πιστοποίηση μονάδων υγείας, (β) τιμολογιακή πολιτική, και (γ) ιδιωτικές πτέρυγες σε νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Η μετατροπή του Υπουργείου Υγείας σε επιτελικό-ρυθμιστικό όργανο πρέπει να συνδυαστεί με την παραχώρηση της ευθύνης για το συντονισμό του ΕΣΥ σε ένα φορέα που εποπτεύεται από το υπουργείο αλλά είναι διακριτό από αυτό. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να εξασφαλιστεί είτε με την πρόταση του διοικητή του ΙΚΑ περί ΕΦΥ, είτε με την ανάδειξη του ΚΕΣΥ σε πραγματικό όργανο εποπτείας του ΕΣΥ (εν είδει management executive).

Παράρτημα 1

Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Δύο χρόνια μετά τη ψήφιση του ν.2519/97 – και παρά τις επανειλημμένες εξαγγελίες της κυβέρνησης – δεν έχει ακόμη βρεθεί τρόπος υλοποίησης της διάταξης για τα δίκτυα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το πρόβλημα έγκειται στο ότι ο νόμος δίνει την πρωτοβουλία των κινήσεων στα ταμεία. Σήμερα κάθε ταμείο ακολουθεί δική του πολιτική στην πρωτοβάθμια περίθαλψη: για να περιοριστούμε στα μεγάλα ταμεία, το ΙΚΑ έχει πολυϊατρεία, το Δημόσιο έχει συμβεβλημένους ιατρούς που αμείβονται κατά πράξη, το ΤΕΒΕ έχει συμβεβλημένους ιατρούς που αμείβονται κατά κεφαλήν εγγεγραμμένου ασφαλισμένου, ενώ ο ΟΓΑ δεν έχει σχεδόν τίποτε. Ως εκ τούτου, τα ταμεία δυσκολεύονται να συμφωνήσουν συγκεκριμένους όρους συνεργασίας μεταξύ τους ώστε να λειτουργήσουν τα δίκτυα.

Το ίδιο συμβαίνει με το θεσμό του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος επίσης προβλεπόταν στο ν.2519/97 και έχει επίσης επανειλημμένως εξαγγελθεί από την κυβέρνηση τα τελευταία έτη.

Στο σημείο αυτό υπάρχει η πρόσθετη δυσκολία της έλλειψης ιατρών ικανών να παίξουν το ρόλο του οικογενειακού ιατρού, δηλ. να αντιμετωπίζουν οι ίδιοι 90% των προβλημάτων υγείας μιας οικογένειας (με επισκέψεις στο σπίτι εάν χρειαστεί), παραπέμποντας σε ειδικούς ή για νοσηλεία μόνο το υπόλοιπο 10%.

Η δυσκολία αυτή είναι μεσοπρόθεσμα ανυπέρβλητη, δεδομένου ότι δεν συνίσταται μόνο στην ανυπαρξία ειδικευμένων ιατρών στο αντικείμενο της γενικής ιατρικής, αλλά αφορά γενικότερα ζητήματα: κατ' αρχήν, η πρωτοβάθμια περίθαλψη στο δημόσιο σύστημα οργανώνεται σήμερα γύρω από τα κέντρα υγείας ή τα πολυϊατρεία όπου συνυπάρχουν ιατροί ειδικοτήτων – ενώ, από την άλλη, το ιατρικό σώμα είναι εν πολλοίς προσανατολισμένο προς την ιδιωτική ιατρική και το ελεύθερο επάγγελμα, γεγονός που καθιστά αποδοτικότερη την (υπερ)εξειδίκευση. Και οι δύο παράγοντες διαμορφώνουν ένα οργανωτικό, οικονομικό και 'πολιτισμικό' περιβάλλον που είναι εχθρικό προς το θεσμό του οικογενειακού ιατρού.

Υπό τις παρούσες συνθήκες υπάρχουν μόνο δύο επιλογές:

- α. Ταχεία επίλυση όλων των εκκρεμών ζητημάτων ώστε να λειτουργήσουν άμεσα τα δίκτυα: ανεύρεση κτιρίων, ολοκλήρωση κτιριακών μετατροπών, πολιτική προσωπικού για τη στελέχωσή τους (έτσι ώστε μεταξύ άλλων να αντιμετωπίζεται και το πρόβλημα της ασυμβατότητας των όρων εργασίας των ιατρών του ΙΚΑ), επεξεργασία κοινά αποδεκτής μεθόδου καθορισμού της συμμετοχής κάθε φορέα στο κόστος κ.ά.
- β. (Σιωπηρή) αποδοχή του ανεφάρμοστου της διάταξης για τα δίκτυα, στροφή προς ορθολογικότερη αξιοποίηση - ποιοτική αναβάθμιση της υπάρχουσας υποδομής.

Η πρώτη επιλογή δεν έχει μέχρι τώρα να αποδώσει και είναι αμφίβολο εάν θα μπορέσει να αποδώσει στο (άμεσο) μέλλον. Η δεύτερη επιλογή έχει προφανώς το μειονέκτημα ότι εκθέτει την κυβέρνηση ως ανακόλουθη, έχει όμως και το πλεονέκτημα ότι αποδεσμεύει από δυσεφάρμοστα σχήματα και έτσι επιτρέπει την επανεξέταση της πολιτικής μας για την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η ανάπτυξη της δημόσιας παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (ιδίως στις πόλεις), έτσι ώστε να δίνεται μια εναλλακτική δυνατότητα σε πολίτες που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα, θα πρέπει να είναι βασικός στόχος της πολιτικής μας στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πρόσθετα οφέλη είναι (α) η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, με τη σωστή διασύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και (β) η 'έξοδος' προς την 'κοινότητα', με άσκηση προληπτικής ιατρικής και δημόσιας υγείας.

Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί μεσοπρόθεσμα να επιτευχθεί με ορθολογικότερη αξιοποίηση και ποιοτική αναβάθμιση της υπάρχουσας υποδομής σε κέντρα υγείας του ΕΣΥ, πολυϊατρεία των ταμείων, ιατρεία δήμων και άλλων φορέων.

Τα μέτρα που ο στόχος αυτός θα απαιτούσε είναι (επιγραμματικά) τα εξής:

- Κέντρα υγείας ΕΣΥ

Αυτονόμηση από τα νοσοκομεία. Ένταξη σε ενιαία διοίκηση ή οργανισμό. Συμπλήρωση κενών θέσεων προσωπικού, όπου αυτό χρειάζεται. Εγκατάλειψη

της σημερινής λειτουργίας τους ως μικρά νοσοκομεία. Προσανατολισμός προς την προαγωγή της υγείας των τοπικών πληθυσμών ευθύνης. Κίνητρα για την επίτευξη στόχων προληπτικής ιατρικής (εμβολιασμοί, σχολική ιατρική, στοιχειώδεις διαγνωστικές εξετάσεις κτλ.). Ίδρυση και νέων κέντρων υγείας, συμβατικών και 'αστικού τύπου', αρχής γενομένης από περιοχές στις οποίες υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στη δημόσια παροχή.

- Πολυϊατρεία ταμείων

Ενθάρρυνση των ταμείων που διαθέτουν πολυϊατρεία να τα αναβαθμίσουν (με στόχο την 24ωρη λειτουργία) και να τα 'ανοίξουν' σε ασφαλισμένους άλλων ταμείων. 'Στόχευση' της κρατικής χρηματοδότησης, με την έννοια της ρητής δέσμευσης των ταμείων που την εισπράττουν να δαπανήσουν μέρος της για το σκοπό αυτό. Κίνητρα για την επέκταση του δικτύου. Πρωτοβουλία για την επίτευξη προγραμματικής συμφωνίας μεταξύ των ταμείων για τη χρέωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχουν τα πολυϊατρεία (κυρίως του ΙΚΑ) και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ στους ασφαλισμένους κάθε ταμείου.

- Δημοτικά ιατρεία

Καταγραφή και ανάδειξη του υπάρχοντος δικτύου. Ενθάρρυνση των δήμων που διαθέτουν ιατρεία να τα αναβαθμίσουν, ενδεχομένως με 'στόχευση' της κρατικής χρηματοδότησης (με την έννοια της ρητής δέσμευσης μέρους της για το σκοπό αυτό). Κίνητρα για την επέκταση του δικτύου, ιδίως σε περιοχές με υψηλό ποσοστό κατοίκων χωρίς κοινωνική ασφάλιση (μακροχρόνια άνεργοι, ξένοι μετανάστες κ.ά.). Αξιοποίηση των νέων 'Καποδιστριακών' δήμων.

- Ιατροκοινωνικά κέντρα ΠΙΚΠΑ, μη κερδοσκοπικών οργανώσεων κτλ.

Όπως παραπάνω. Ο στόχος είναι ο συντονισμός, η ανάληψη ενιαίων δράσεων για την προαγωγή της υγείας και η αναζήτηση συμπληρωματικοτήτων. Η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας παρέχει ένα πλαίσιο για την αξιοποίηση και περαιτέρω ανάπτυξη του σημερινού δικτύου.

Παράρτημα 2

Χρηματοδότηση ΕΣΥ και κοινωνική ασφάλιση

Στις χώρες με Εθνικό Σύστημα Υγείας, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, είτε από τα έσοδα ειδικής φορολογίας, δηλ. ενός 'φόρου για την υγεία' (Ιταλία), είτε από τα έσοδα της γενικής φορολογίας (Βρετανία, Ισπανία, Σκανδιναβικές χώρες). Αντίθετα, εκεί όπου κυριαρχεί ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης (Γερμανία, Γαλλία), η περίθαλψη χρηματοδοτείται από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

Στη χώρα μας, η ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 δεν συνοδεύτηκε από κατάργηση των κλάδων υγείας (όπως έγινε στην Ιταλία το 1978), ούτε από συστηματική και προγραμματισμένη μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης από τα ταμεία υγείας προς το κράτος (όπως έγινε στην Ισπανία). Το ειδικό βάρος του κράτους στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων μεταβάλλεται στο χρόνο: κατά τη δεκαετία του '80 το νοσήλιο είχε 'παγώσει', ενώ αυξήθηκε σημαντικά το 1991 και το 1998. Η σημερινή πολιτική φαίνεται να στοχεύει στην αντίθετη κατεύθυνση, δηλ. στη μετατόπιση του κύριου βάρους της χρηματοδότησης προς τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η σημερινή κατάσταση συγκεντρώνει τα μειονεκτήματα και των δύο μοντέλων χρηματοδότησης (του ΕΣΥ και της κοινωνικής ασφάλισης). Από τη μια προκαλεί διάφορα διοικητικά κόστη (συναλλαγών, χρεώσεων, μεταφοράς πόρων από ταμεία στα νοσοκομεία κ.ά.). Από την άλλη, δυσχεραίνει το έργο του προγραμματισμού για τις διοικήσεις των νοσοκομείων: μέρος των εσόδων παραμένει απρόβλεπτο, συνεπώς καθίσταται αδύνατη η κατάρτιση σφαιρικών προϋπολογισμών.

Η ενδιάμεση αυτή κατάσταση έχει πολλές παρενέργειες οι οποίες γίνονται αισθητές στις δυσλειτουργίες του δημόσιου τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Η επίλυση του προβλήματος μπορεί να γίνει είτε με τη δημιουργία εσωτερικής αγοράς στο πλαίσιο ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας, είτε με την υποκατάσταση των κλάδων υγείας των ταμείων (τουλάχιστον των μεγάλων ταμείων) με έναν κοινό λογαριασμό διαχείρισης.

Το πρώτο σενάριο αφορά τη δημιουργία μιας εσωτερικής αγοράς με ανάδειξη των ταμείων υγείας σε πρωταγωνιστές, έτσι ώστε τα οφέλη του ανταγωνισμού να συνοδεύονται από την εξασφάλιση της δωρεάν περίθαλψης. Με λίγα λόγια, αυτό σημαίνει ότι τα ταμεία δεν διεκπεραιώνουν απλώς αποζημιώσεις, αλλά προχωρούν σε συμβάσεις με μονάδες υγείας με κριτήριο την ελαχιστοποίηση των δαπανών τους και τη μεγιστοποίηση της ωφέλειας των ασφαλισμένων τους. Ο τομέας της υγείας θα γινόταν τότε μια πραγματική αγορά, στην οποία οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας τις 'πωλούν' σε 'αγοραστές' οι οποίοι δεν είναι οι ίδιοι οι ασθενείς, αλλά τα ταμεία που τους εκπροσωπούν.

Η ανάδειξη των ταμείων υγείας σε πρωταγωνιστές κατ' αρχήν ισοδυναμεί με ριζική αλλαγή φιλοσοφίας. Επί πλέον, συνεπάγεται συνένωση ή τουλάχιστον συντονισμό των ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα, έτσι ώστε να μειώνεται το κόστος συναλλαγής και να μεγιστοποιείται η μονοψωνιακή ισχύς των ταμείων (δηλ. η διαπραγματευτική δύναμή τους έναντι των νοσοκομείων και των ιατρών). Τέλος, προϋποθέτει μεταφορά των επιδοτήσεων του κράτους από τα νοσοκομεία στα ίδια τα ταμεία (ή, ακόμη καλύτερα, στον ΕΦΥ).

Με άλλα λόγια, στο σενάριο αυτό τα νοσοκομεία θα χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου από την πώληση των υπηρεσιών τους στα ασφαλιστικά ταμεία και σε άλλους αγοραστές (π.χ. ασφαλιστικές εταιρείες, τρίτες χώρες, ιδιώτες κτλ). Εξυπακούεται ότι το νοσήλιο και οι άλλες τιμές στην εσωτερική αγορά της υγείας θα αντιστοιχούν στο πραγματικό κόστος νοσηλείας.

Το δεύτερο σενάριο συνίσταται στην υποκατάσταση των κλάδων υγείας. Στην ιδεατή μορφή του, αυτό θα σήμαινε οργανωτική κατάργηση των ταμείων υγείας και στροφή προς τη χρηματοδότηση από γενική φορολογία. Αυτό όχι μόνο δεν είναι εφικτό από πολιτικής (ενδεχομένως και από νομικής) απόψεως, αλλά θα δημιουργούσε ένα κενό εισπρακτικού μηχανισμού που θα οδηγούσε σε απώλεια τμήματος (ενδεχομένως μεγάλου) των σημερινών εσόδων από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υγείας.

Σε μια περιορισμένη εκδοχή, η υποκατάσταση των κλάδων υγείας θα σήμαινε κατάργηση της κοινωνικής ασφάλισης υγείας για τους αγρότες και τους δημοσίους υπαλλήλους. Στη θέση της θα εισαγόταν η δωρεάν περίθαλψη των δύο αυτών κοινωνικών κατηγοριών σε μονάδες του ΕΣΥ. Η δαπάνη της

υπηρεσίας περίθαλψης δημοσίων υπαλλήλων και του ΟΓΑ (κλάδου υγείας) απλώς θα μεταφερόταν στο ΕΣΥ, δηλ. ουσιαστικά από ένα κονδύλι του προϋπολογισμού του κράτους σε ένα άλλο.

Σε μια ενδιάμεση (και άμεσα εφαρμόσιμη) εκδοχή, στους αγρότες και τους δημοσίους υπαλλήλους θα μπορούσαν να προστεθούν οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ και του ΤΕΒΕ, έτσι ώστε το νέο σύστημα να καλύπτει τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού. Στην εκδοχή αυτή, τα ταμεία πληρώνουν μια ετήσια “συνδρομή” που εξασφαλίζει στους ασφαλισμένους τους πρόσβαση στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Η “συνδρομή” μπορεί να καταβάλλεται σε δόσεις (12 μηνιαίες, 4 τριμηνιαίες ή άλλης συχνότητας). Το ύψος της προσδιορίζεται με κοινά αποδεκτό τρόπο, ο οποίος μπορεί να έχει ως βάση τον αριθμό των δικαιούχων, την εμπειρία των περασμένων ετών, να επιτρέπει διορθώσεις εκ των προτέρων (εάν π.χ. αυξηθεί ο αριθμός των δικαιούχων ενός ταμείου) ή εκ των υστέρων (εάν π.χ. διαπιστωθεί μεγάλη απόκλιση σε σχέση με το έτος βάσης) κτλ.

Τα βασικά πλεονεκτήματα του συστήματος της “συνδρομής” είναι ότι:

- (α) μειώνει δραστικά το διοικητικό κόστος των νοσοκομείων και των ταμείων,
- (β) καθιστά ευχερέστερο τον προγραμματισμό των διοικήσεων νοσοκομείων και ταμείων.

Το νέο σύστημα μπορεί είτε να περιορίζεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, έτσι ώστε ΙΚΑ και ΤΕΒΕ να διατηρούν - εάν το επιθυμούν - περιθώρια αυτονομίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είτε να επεκτείνεται σε όλο το εύρος της υγειονομικής περίθαλψης, αφήνοντας στα ταμεία μόνο τις παροχές σε χρήμα, δηλ. επιδόματα ασθενείας, μητρότητας κτλ.

Σε κάθε περίπτωση, τα νοσήλια για τους ‘εκτός’ (συμπεριλαμβανομένων των ασφαλισμένων σε ιδιωτικές εταιρείες) θα πρέπει να αναπροσαρμοστούν έτσι ώστε να αντιστοιχούν στο πραγματικό κόστος νοσηλείας. Κάτι τέτοιο είναι επιβεβλημένο και για λόγους άσκησης πίεσης προς τα ταμεία που δεν συμμετέχουν στο νέο σύστημα.

Παράρτημα 3

Πολιτική υγείας και ιδιωτικός τομέας

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας, είτε ως προς το σκέλος της χρηματοδότησης (ιδιωτική ασφάλιση υγείας) είτε ως προς αυτό της παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσηλεύτηρια, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία), δεν ανήκει στα παραδοσιακά πεδία παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας. Το υπό έκδοση Προεδρικό Διάταγμα περί “ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ρυθμίσεων εκσυγχρονισμού και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών” είναι ένα βήμα προς την ορθή κατεύθυνση, δηλ. στην ένταξη του ιδιωτικού τομέα σε μια εθνική πολιτική υγείας.

Ποιοι θα μπορούσαν να είναι οι στόχοι μιας πολιτικής για τον ιδιωτικό τομέα υγείας; Ο βασικός στόχος θα πρέπει να είναι η διασφάλιση του δημοσίου συμφέροντος και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, κατ’ επέκταση η προστασία των καταναλωτών-ασθενών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του. Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας (σε συνεργασία και με άλλα υπουργεία όπου αυτό απαιτείται) μπορεί να είναι καθοριστικός.

Ως πρώτη προσέγγιση αναφέρονται τρία παραδείγματα τέτοιων παρεμβάσεων.

- Πιστοποίηση μονάδων

Η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από μονάδες όχι μόνο του δημοσίου αλλά και του ιδιωτικού τομέα της υγείας αποτελεί μεγάλη αναγκαιότητα και σημαντικό πεδίο παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας. Σημειώνεται ότι ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται π.χ. από ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα θα πρέπει να είναι συστηματικός μάλλον παρά περιστασιακός προκειμένου να είναι αποδοτικός

Ο ν.2519/97 προέβλεπε την ίδρυση Εθνικού Κέντρου Ελέγχου Υπηρεσιών Υγείας, καθώς και Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας. Χρειάζεται να επιταχυνθεί η διαδικασία προετοιμασίας και κατάθεσης του σχετικού Προεδρικού Διατάγματος.

Η αρχική πιστοποίηση και τακτική παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από τους παραπάνω φορείς μπορεί να ενσωματωθεί στις διατάξεις του προαναφερθέντος Προεδρικού Διατάγματος περί ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ρυθμίσεων εκσυγχρονισμού και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών.

- Τιμολογιακή πολιτική

Ο στόχος της προστασίας των καταναλωτών-ασθενών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα δεν περιορίζεται στο (εξαιρετικά σημαντικό) ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, αλλά περιλαμβάνει επίσης και αυτό της τιμολογιακής πολιτικής που ακολουθούν οι ιδιωτικές μονάδες υγείας.

Η προστασία των καταναλωτών είναι απαραίτητη επειδή, αντίθετα με άλλες αγορές, μια αγορά υγείας κυριαρχείται από τους παραγωγούς υπηρεσιών, οι οποίοι καθορίζουν την ποσότητα και το είδος της περίθαλψης που οφείλει να καταναλώσει ο ασθενής. Για αυτό το λόγο, ο πληθωρισμός ιατρών δεν οδηγεί σε μείωση των τιμών αλλά απλώς σε διόγκωση του μεγέθους του ιδιωτικού τομέα υγείας.

Είναι πραγματικό το πρόβλημα; Κατά τη γνώμη μου ναι: η τιμή επίσκεψης ενός πολίτη μέσου εισοδήματος σε έναν ιδιώτη ιατρό της Αθήνας δεν απέχει πολύ από το ποσό που χρεώνουν οι ιατροί της Harley Street του Λονδίνου σε εύπορους Άραβες, ενώ οι τιμές των ιδιωτικών κλινικών δείχνουν να είναι εκτός ελέγχου. Είναι χαρακτηριστικό ότι η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών δεν κατάφερε να συγκρατήσει το ποσοστό αύξησης των τιμολογίων των κλινικών και των αμοιβών ιατρών για το 1999, το οποίο διαμορφώθηκε σε 12% σε σχέση με το 1998. Και πάλι, η μεγάλη αυτή αύξηση θεωρήθηκε ανεπαρκής από ορισμένα καινούρια νοσηλευτήρια και ορισμένους ιατρούς, οι οποίοι αρνήθηκαν να υπογράψουν τη σχετική σύμβαση. Αξίζει να σημειωθεί ότι ανάλογες αυξήσεις είχαν παρατηρηθεί στα προηγούμενα έτη.

Πέραν του ζητήματος της προστασίας του καταναλωτή, ανακύπτει ένα ζήτημα γενικότερης πολιτικής τιμών. Ως γνωστόν, ο δείκτης τιμών καταναλωτή είναι κοντά στο 2% και η κυβέρνηση αγωνίζεται να το μειώσει ακόμη προκειμένου

η χώρα να εκπληρώσει τα κριτήρια για την ένταξη στην ΟΝΕ. Η μεγάλη και συνεχής αύξηση των τιμολογίων των κλινικών και των αμοιβών ιατρών δεν επιδρά στον τιμάριθμο μόνο ευθέως, αλλά και εμμέσως δια της αύξησης των ασφαλιστρών των ασφαλιστικών εταιρειών.

Ο έλεγχος των τιμών δεν μπορεί να γίνει με διοικητικά μέσα. Όμως, διάφορες παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλουν στη συμπίεση των ρυθμών αύξησης των τιμών στον ιδιωτικό τομέα της υγείας. Αναφέρονται ενδεικτικά οι εξής δύο:

- Θεσμικές ρυθμίσεις, όπως για παράδειγμα η υποχρέωση δημοσιοποίησης των τιμών. Σήμερα επικρατεί πρωτοφανής μυστικότητα γύρω από το πόσο κοστίζει η νοσηλεία σε μια κλινική ή ποια είναι η αμοιβή ενός ιατρού.
- ‘Διακριτικές’ πιέσεις προς τους ιδιοκτήτες κλινικών (και ενδεχομένως τους ιατρικούς συλλόγους) για αυτοσυγκράτηση. ανάλογες με αυτές που ασκήθηκαν με κάποιο αποτέλεσμα στους ιδιοκτήτες supermarket.

Πιο μακροπρόθεσμη επίδραση θα είχε η ισχυροποίηση και ο συντονισμός των αγοραστών υπηρεσιών υγείας (ασφαλιστικών εταιρειών και ασφαλιστικών ταμείων). Πέρα από την προαναφερθείσα προσπάθεια διαπραγμάτευσης με τις ιδιωτικές κλινικές από την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών για λογαριασμό των εταιρειών-μελών της, άρχισαν να εμφανίζονται και στην Ελλάδα διάφορα οργανωτικά σχήματα ελέγχου του κόστους τα οποία προέρχονται κυρίως από τις ΗΠΑ όπου το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα οξύ. Η γενική κατεύθυνση είναι η δημιουργία ιατρο-ασφαλιστικών οργανισμών με τη μορφή συστημάτων υγείας σε μικρογραφία. Όπως και στο ίδιο το ΕΣΥ, οι οργανισμοί αυτοί περιορίζουν την ελεύθερη επιλογή του ασθενούς με αντάλλαγμα την εξοικονόμηση πόρων και έτσι τη μείωση των ασφαλιστρών.

- Ιδιωτικές πτέρυγες

Σε χώρες όπου το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει ικανοποιητικές υπηρεσίες, όπως π.χ. στη Βρετανία, τα μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν “pay beds”, δηλ. ειδικές πτέρυγες για τη νοσηλεία ιδιωτών ασθενών. Τα δωμάτια είναι μονόκλινα (το πολύ δίκλινα), υπερτερούν σε ανέσεις και διακόσμηση, η ξενοδοχειακή υποδομή είναι γενικώς πολυτελέστερη. Η ποιότητα της (αμιγώς)

ιατρικής περίθαλψης είναι όμοια με αυτή που παρέχεται στους ‘κανονικούς’ ασθενείς του δημοσίου νοσοκομείου (το αντίθετο θα ήταν πολιτικά και ηθικά απαράδεκτο) – υψηλότερη, όμως, από την αντίστοιχη στις ιδιωτικές κλινικές.

Μπορεί κάτι τέτοιο να εφαρμοστεί στην Ελλάδα; Ήδη το επίπεδο της ιατρικής περίθαλψης στα νοσοκομεία του ΕΣΥ αναγνωρίζεται (ακόμη και από ιατρούς οι οποίοι εργάζονται σε ιδιωτικές κλινικές) ως πολύ υψηλό. Τα νοσοκομεία πάσχουν στη ξενοδοχειακή υποδομή και στην εξυπηρέτηση των ασθενών και των συνοδών ή επισκεπτών τους. Συνεπώς, οποιαδήποτε πρόοδος στον τομέα αυτό θα καθιστούσε πιο ρεαλιστική την προοπτική των ιδιωτικών πτερύγων, ενώ η γενίκευση των βελτιώσεων σε ολόκληρο το νοσοκομείο ταυτόχρονα θα ελαχιστοποιούσε οποιεσδήποτε αντιδράσεις.

Η επιτυχημένη επικοινωνιακή ανάδειξη των νοσοκομείων του ΕΣΥ και ειδικά των ιδιωτικών πτερύγων θα μπορούσε να προσελκύσει ασθενείς από τις εξής ‘αγορές’:

- ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση
- εύποροι ασθενείς διατεθειμένοι να πληρώσουν οι ίδιοι
- ασθενείς από ξένες χώρες (‘δυτικοί’ μόνιμοι κάτοικοι ή επισκέπτες, ‘ανατολικοί’ εκπρόσωποι των ανερχομένων τάξεων των Βαλκανίων και της Ανατολικής Ευρώπης, ασθενείς από τη Μέση Ανατολή κ.ά.).

Αν και οι ιδιωτικές πτέρυγες πρέπει να είναι ανταγωνιστικές ως προς την τιμή σε σύγκριση με το ‘Υγεία’ ή το ‘Ιατρικό Κέντρο’, εννοείται ότι τα νοσήλια θα καλύπτουν το πλήρες κόστος νοσηλείας και ξενοδοχειακής υποδομής και επί πλέον θα επιτρέπουν ένα ‘κέρδος’. Το ‘κέρδος’ αυτό θα χρησιμοποιείται για τη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται σε όλους τους ασθενείς, γεγονός που μπορεί να αξιοποιηθεί ως επιχείρημα έναντι των αναπόφευκτων αντιδράσεων.

Ένα κρίσιμο ερώτημα είναι ο τρόπος αμοιβής των ιατρών που θα παρέχουν υπηρεσίες σε ιδιωτικές πτέρυγες (το ζήτημα ανακύπτει ούτως ή άλλως λόγω της ανάγκης η λειτουργία των ιδιωτικών πτερύγων να είναι 24ωρη - 7ήμερη).

Πέρα από ζητήματα ουσίας, το ισχύον καθεστώς απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ (πλήρης απασχόληση) δεν επιτρέπει την αποζημίωσή τους από τους

ίδιους τους ασθενείς: οι ιατροί του ΕΣΥ δεν επιτρέπεται να έχουν στην κατοχή τους δελτίο παροχής υπηρεσιών. Μια λύση θα ήταν (α) οι πληρωμές που καταβάλλουν οι ιδιώτες ασθενείς να ενισχύουν το ταμείο του νοσοκομείου, ενώ (β) οι ιατροί και όσοι εργάζονται στις ιδιωτικές πτέρυγες να αμείβονται extra από το νοσοκομείο με 'πριμ'.