

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 'ΚΛΑΔΟΙ ΥΓΕΙΑΣ'

## ΠΟΡΙΣΜΑ

Συντονιστής: Μάνος Ματσαγγάνης

12 Μαρτίου 1998

## Περίληψη του πορίσματος της ομάδας εργασίας 'κλάδοι υγείας'

Τα θέματα με τα οποία ασχολήθηκε η ομάδα εργασίας ήταν κυρίως δύο:

- αφ' ενός η καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης όσον αφορά τις παροχές και τις δαπάνες των κλάδων και ταμείων υγείας
- αφ' ετέρου η διερεύνηση της δυνατότητας εξορθολογισμού των διοικητικών λειτουργιών των ταμείων με σκοπό την καλύτερη αξιοποίηση των πόρων τους.

Η ομάδα εργασίας διαπίστωσε διαφορές μεταξύ των φορέων ασφάλισης ασθενείας στο ύψος των εισφορών, στο εύρος των παροχών και στον τρόπο χορήγησης παροχών - ιδίως στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Το πόρισμα προτείνει τον προσδιορισμό ενός βασικού πακέτου παροχών για τους ασφαλισμένους όλων των ταμείων έναντι κοινού ασφαλιστρού ως ποσοστό του μισθού ή ενός ισοδυνάμου. Πρόσθετες παροχές προτείνεται να χρηματοδοτούνται από πρόσθετο ασφαλιστρού.

Επί πλέον, η ομάδα εργασίας διαπίστωσε σημαντικές διαφορές στη μέση δαπάνη ανά δικαιούχο μεταξύ των φορέων ασφάλισης ασθενείας. Για την ερμηνεία των διαφορών αυτών προτείνονται διάφοροι παράγοντες: μειωμένη αξιοπιστία δεδομένων, δημογραφική σύνθεση δικαιούχων, τρόπος παροχής υπηρεσιών, εύρος παροχών, διαχείριση. Η σχετική βαρύτητα κάθε παράγοντα είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια, αλλά είναι βέβαιο ότι η διόγκωση της δαπάνης συχνά οφείλεται στα γνωστά προβλήματα διαχείρισης που αντιμετωπίζει ολόκληρο το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ασθενείας και που είναι εντονότερα σε ορισμένα ταμεία.

Με βάση την παραπάνω διαπίστωση, η ομάδα εργασίας προτείνει την αναβάθμιση της διοικητικής και διαχειριστικής ικανότητας του συστήματος μέσω της συγκέντρωσης κοινών λειτουργιών σε έναν ή περισσότερους φορείς διαχείρισης. Η ακριβής οργανωτική μορφή με την οποία θα επιτευχθεί η συγκέντρωση των κοινών διαχειριστικών λειτουργιών είναι θέμα πολιτικό. Οι εναλλακτικές επιλογές είναι σε γενικές γραμμές δύο:

1. Ενθάρρυνση όσων ταμείων το επιθυμούν να προχωρήσουν σε επί μέρους συνεργασίες και συμπράξεις με άλλα ταμεία.
2. Εκχώρηση μιας σειράς λειτουργιών κοινών για όλα τα ταμεία σε ένα 'Γραφείο Συμψηφισμού', δηλ. έναν κοινό φορέα διαχείρισης ο οποίος θα τις διεκπεραιώνει για λογαριασμό τους.

Και οι δύο επιλογές αξιοποιούν τις 'οικονομίες κλίμακος', επιτρέπουν πληρέστερη δυνατή στελέχωση και οργάνωση του ενός ή περισσότερων διαχειριστικών οργανισμών, αποφεύγουν την περιττή επανάληψη των κοινών λειτουργιών από κάθε ταμείο χωριστά, εξοικονομούν πολύτιμους πόρους οι οποίοι θα μπορούν να διατεθούν για την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των ασφαλισμένων.

Καμμία από τις δύο επιλογές δεν προκαταλαμβάνει τη συζήτηση για τη μελλοντική δομή του τομέα της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης ασθενείας. Και οι δύο είναι εφαρμόσιμες, τόσο στο σημερινό σύστημα των πολλών ταμείων (αφού δεν θίγει την αυτοτέλειά τους), όσο και σε ένα μελλοντικό όπου θα έχουν ενδεχομένως προηγηθεί ομαδοποιήσεις, συγχωνεύσεις κτλ.

## Καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης

### ΚΛΑΔΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑΜΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι φορείς ασφάλισης ασθενείας είναι οργανωμένοι είτε ως χωριστά ταμεία υγείας (π.χ. το ταμείο υγείας των δημοτικών και κοινωνικών υπαλλήλων, ΤΥΔΚΥ), είτε συνηθέστερα ως κλάδοι ασθενείας ταμείων που παρέχουν ασφάλιση κύριας σύνταξης και άλλων παροχών (όπως το ΙΚΑ).

Η πολιτική της μη αναπροσαρμογής του νοσηλείου που εφαρμόστηκε από τη δεκαετία του 1980 επέτρεψε στους φορείς ασφάλισης ασθενείας να εμφανίζουν θετικά αποτελέσματα χρήσεως, μεταφέροντας τα ελλείμματα στα νοσοκομεία. Στα ανεξάρτητα ταμεία υγείας το γεγονός αυτό οδήγησε σε συσσώρευση αποθεμάτων. Αντίθετα, στους κλάδους ασθενείας ταμείων, τα πλεονάσματα των λογαριασμών περίθαλψης συχνά χρησιμοποιήθηκαν για τη (μερική, έστω) κάλυψη των ελλειμμάτων των κλάδων σύνταξης.

Κατά συνέπεια, προτείνεται η οργάνωση των κλάδων ασθενείας σε αυτοτελή ταμεία υγείας, ώστε να αποκατασταθεί η ισοτιμία μεταξύ των φορέων ασφάλισης ασθενείας. Εν τω μεταξύ, επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση η αυστηρή εφαρμογή της νομοθεσίας για την αποφυγή της μεταφοράς πόρων μεταξύ κλάδων.

### ΠΟΡΟΙ

Οι πόροι των ταμείων και κλάδων υγείας προέρχονται από εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών και, κατά δεύτερο λόγο, από τις λεγόμενες 'κοινωνικές εισφορές' και προσόδους κεφαλαίου.

#### Εισφορές ασφαλισμένων

Οι εισφορές ασφαλισμένων στους φορείς ασφάλισης των μισθωτών υπολογίζονται ως ποσοστό του μισθού. Το ποσοστό της εισφοράς ασφαλισμένων στο ΙΚΑ είναι 2,55% - όσο και στους φορείς ασφάλισης των εργαζομένων της Εθνικής Ασφαλιστικής και του ΟΤΕ, καθώς και των δημοτικών και κοινωνικών υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ). Στα υπόλοιπα ταμεία κυμαίνεται από 2,25% έως 4%. Εξάιρεση αποτελούν ο κλάδος υγείας υπαλλήλων Αστυνομίας Πόλεων και το ταμείο αλληλοβοηθείας του προσωπικού του Εθνικού Τυπογραφείου, οι οποίοι χορηγούν συμπληρωματικές παροχές και στους οποίους το ποσοστό της εισφοράς ασφαλισμένων είναι 1% ή και λιγότερο (Πίνακας 1).

Οι εισφορές ασφαλισμένων στους φορείς ασφάλισης των αυταπασχολούμενων υπολογίζεται ανά ασφαλιστική κλάση, ως δραχμικό ποσό αναπροσαρμοζόμενο ετησίως. Η επιλογή ασφαλιστικής κλάσης από τον ασφαλισμένο είναι προαιρετική (Πίνακας 2).

#### Εισφορές εργοδοτών

Το ποσοστό της εισφοράς εργοδοτών στο ΙΚΑ είναι 5,10% - όσο και στους φορείς ασφάλισης των εργαζομένων της Εθνικής Ασφαλιστικής, της ΕΤΒΑ, του ΟΤΕ και

της Ιονικής Τράπεζας, καθώς και των ξενοδοχοϋπαλλήλων (ΤΑΞΥ). Στα υπόλοιπα ταμεία κυμαίνεται από 3% (ΟΛΠ) έως 6,5% (Τράπεζα Ελλάδος) - με την εξαίρεση του ταμείου υγείας των δημοτικών και κοινωνικών υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ), στο οποίο το ποσοστό της εισφοράς εργοδοτών είναι 12,5%.

### **‘Κοινωνικές εισφορές’**

Οι λεγόμενες ‘κοινωνικές εισφορές’ αποτελούν νομοθετημένες επιβαρύνσεις τρίτων υπέρ ορισμένων ταμείων. Η επίπτωση των ‘κοινωνικών εισφορών’, ιδιαίτερα έντονη στους φορείς σύνταξης, είναι μικρότερη στον τομέα της ασφάλισης ασθενείας.

Σύμφωνα με τον Κοινωνικό Προϋπολογισμό του 1997, οι κύριοι ωφελημένοι από το σύστημα των ‘κοινωνικών εισφορών’ είναι ο φορέας επικουρικής ασφάλισης και περίθαλψης των δημοσιογράφων (ΕΔΟΕΑΠ) και ο κλάδος ασθενείας του ΙΚΑ. Οι δύο φορείς επρόκειτο το 1997 να εισπράξουν από ‘κοινωνικές εισφορές’ 7 δις. δρχ. και 4 δις. δρχ. αντιστοίχως.

Επί πλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο κρατικός προϋπολογισμός επιχορηγεί με μεγάλα ποσά οικονομικά αδύναμα ταμεία όπως ο ΟΓΑ και το ΝΑΤ, μέρος των οποίων χρηματοδοτεί τις παροχές ασθενείας στους ασφαλισμένους τους.

## **ΠΑΡΟΧΕΣ**

Ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από μεγάλη ποικιλομορφία όσον αφορά την οργάνωση της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στους ασφαλισμένους.

### **Παροχές σε είδος**

#### Νοσοκομειακή περίθαλψη

Η ποικιλομορφία αυτή στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης περιορίζεται στη θέση νοσηλείας στα κρατικά νοσοκομεία: οι ασφαλισμένοι π.χ. του ΟΓΑ και του ΤΕΒΕ έχουν δικαίωμα νοσηλείας στη Γ’ θέση, οι ασφαλισμένοι π.χ. του ΤΑΕ στη Β’ θέση, ενώ οι ασφαλισμένοι π.χ. του ΤΣΑΥ και του ΤΣΜΕΔΕ στην Α’ θέση. Οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου - και σε κάποιο βαθμό και του ΙΚΑ - υπό προϋποθέσεις μπορούν να νοσηλευθούν και σε υψηλότερη από τη Γ’ θέση.

Το δικαίωμα νοσηλείας σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές οι οποίες αποδέχονται το κρατικό τιμολόγιο είναι κοινό σε όλα τα ταμεία. Ωστόσο, τα έξοδα νοσηλείας σε μη συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές αναλαμβάνονται από ορισμένα μόνο ταμεία (π.χ. τραπεζοϋπαλλήλων, δικηγόρων, εργαζομένων σε ΔΕΚΟ κτλ.), ενώ σε έκτακτες μόνο περιπτώσεις από το ΙΚΑ και τα άλλα ταμεία.

Ορισμένα ‘αυτοδιαχειριζόμενα’ ταμεία (με νομική μορφή ΝΠΙΔ) αποζημιώνουν τους ασφαλισμένους τους για δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης σύμφωνα με τιμολόγια που προκύπτουν από ειδικές ασφαλιστικές συμφωνίες.

#### Ιατρική περίθαλψη

Όσον αφορά την ιατρική περίθαλψη, στη χώρα μας παρατηρούνται όλες σχεδόν οι δυνατές μορφές παροχής:

- πολυϊατρεία: ΙΚΑ αλλά και ΤΑΞΥ, ΕΔΟΕΑΠ, ταμείο ΗΛΠΑΠ, ΟΣΕ, Δικηγόρων Αθηνών, ΓΥΠΕΤ και μερικά άλλα ταμεία Τραπεζών,
- συμβεβλημένοι ιατροί αμειβόμενοι σύμφωνα με τον αριθμό των ασφαλισμένων (ΤΕΒΕ),
- συμβεβλημένοι ιατροί αμειβόμενοι κατά πράξη σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο (Δημόσιο και πολλά άλλα ταμεία),
- ελεύθερη επιλογή ιατρού σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο (Δημόσιο, ΤΣΑΥ, ΤΣΜΕΔΕ, ταμεία Δικηγόρων, ΔΕΚΟ, Τραπεζών) ή με ειδικό τιμολόγιο (ταμεία ΝΠΙΔ).

### Φαρμακευτική περίθαλψη

Αντίθετα, η φαρμακευτική περίθαλψη διέπεται από σχετικά ενιαίο καθεστώς (κοινούς όρους αποζημίωσης, συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος κτλ). Η επέκταση της λίστας φαρμάκων σε όλα τα ταμεία-ΝΠΙΔ θα ενοποιήσει ακόμη περισσότερο τους κανόνες για τις παροχές φαρμακευτικής περίθαλψης.

Χρειάζεται να σημειωθεί ότι εξαίρεση στον παραπάνω κανόνα αποτελούν ορισμένα ταμεία συμπληρωματικής ασφάλισης, τα οποία αποζημιώνουν τους ασφαλισμένους τους για την πρόσθετη δαπάνη που προκύπτει από τη νομοθετημένη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων.

### Άλλες παροχές σε είδος

Οι παρακλινικές εξετάσεις είναι μια άλλη πηγή διαφοροποιήσεων μεταξύ ταμείων: σε ορισμένα ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ) η αποζημίωση λογαριασμών ιδιωτικών εργαστηρίων επιτρέπεται σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις, ενώ σε άλλα ταμεία είναι ευκολότερη.

Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ ταμείων είναι επίσης έντονες στην οδοντιατρική και στην πρόσθετη περίθαλψη (προθέσεις, θεραπευτικά μέσα). Ειδικά στην πρώτη, ορισμένα ταμεία (ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, ΤΑΕ) δεν παρέχουν οδοντιατρική περίθαλψη και συνεπώς δεν αφήνουν άλλη δυνατότητα στους ασφαλισμένους τους παρά τη χρήση κρατικών νοσοκομείων. Αντίθετα, το Δημόσιο και άλλα ταμεία δίνουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής οδοντιάτρου. Το ΙΚΑ παρέχει οδοντιατρική περίθαλψη στα πολυϊατρεία του

### **Παροχές σε χρήμα**

Τέλος, όσον αφορά τις παροχές σε χρήμα (επίδομα ασθενείας, βοήθημα τοκετού, επίδομα κηδείας και λοχείας, επίδομα λουτροθεραπείας, επίδομα κηδείας κτλ.), οι διαφορές μεταξύ των ταμείων είναι αξιοσημείωτες και επίσημα θεσμοθετημένες, αφού το ύψος των επιδομάτων ορίζεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε ταμείο.

Τα επιδόματα μικρής διάρκειας, τα οποία στοχεύουν στην αναπλήρωση εισοδήματος κατά τη διάρκεια της αδυναμίας εργασίας λόγω του ασφαλιστικού κινδύνου (π.χ. επίδομα ασθενείας, επίδομα κηδείας και λοχείας), συνήθως κλιμακώνονται ανάλογα με την ασφαλιστική κλάση του δικαιούχου.

Τα εφ' άπαξ επιδόματα (π.χ. βοήθημα τοκετού, επίδομα κηδείας) ορίζονται ως ενιαίο ποσό σε κάθε ταμείο. Συχνά συνδέονται με το ημερομίσθιο ανειδίκευτου εργάτη ή,

όπως στα ταμεία των αυταπασχολουμένων, με το ποσό της σύνταξης μετά από 35 έτη εισφορών.

Και στις δύο περιπτώσεις, είναι απολύτως πιθανό οι παροχές ασφαλισμένων ίσου εισοδήματος που πληρώνουν ίσες εισφορές να διαφέρουν ανάλογα με το ταμείο στο οποίο ανήκει ο καθένας.

Η πολιτική χορήγησης παροχών στα περισσότερα ταμεία βασίζεται σε κανονισμούς παροχών σύμφωνους με τη νομοθεσία και εγκεκριμένους από τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η εφαρμογή της διαδικασίας δεν έχει ακόμη γενικευθεί, αφού μικρός αριθμός ταμείων δεν έχουν ακόμη υποβάλει προς έγκριση κανονισμών παροχών. Τα ταμεία αυτά συχνά χορηγούν παροχές σύμφωνα με ιδιαίτερους κανόνες οι οποίοι ελέγχονται ως προς τη νομιμότητά τους.

#### ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣΗ ΠΟΡΩΝ-ΠΑΡΟΧΩΝ

Η ποικιλομορφία μεταξύ των εισφορών που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι κάθε ταμείου αλλά και των παροχών που αυτοί απολαμβάνουν δεν αποτελεί πρόβλημα αυτή καθ' εαυτή. Ωστόσο, είναι ανάγκη να επιδιωχθεί μια καλύτερη αντιστοίχιση πόρων και παροχών, καθώς και μια προσεκτικότερη ισορροπία μεταξύ υποχρεωτικών παροχών-κοινών σε όλα τα ταμεία και προαιρετικών παροχών που χρηματοδοτούνται από πρόσθετους πόρους.

Με βάση αυτή τη γενική διαπίστωση, προτείνεται ο προσδιορισμός ενός **βασικού πακέτου παροχών** το οποίο θα είναι κοινό για τους ασφαλισμένους όλων των ταμείων. Για τη χρηματοδότηση αυτού του βασικού πακέτου παροχών, προτείνεται ο προσδιορισμός ενός **κοινού ποσοστού εισφοράς** ασφαλισμένων και εργοδοτών για τα ταμεία των μισθωτών, καθώς και ενός **ισοδύναμου ποσού εισφοράς** για τα ταμεία των αυτοαπασχολουμένων.

Διευκρινίζεται ότι η προτεινόμενη εξίσωση του ασφαλιστρού αφορά μόνο το βασικό πακέτο παροχών. Αποδοχή της πρότασης δεν σημαίνει ότι δεν θα επιτρέπεται σε όσα ταμεία το επιθυμούν να προσφέρουν ένα ευρύτερο φάσμα παροχών. Σημαίνει απλώς ότι τα ταμεία αυτά θα είναι υποχρεωμένα να επιβάλλουν **πρόσθετο ασφάλιστρο** για τις **πρόσθετες παροχές**, το οποίο θα προσδιορίζεται μετά από αναλογιστική μελέτη.

Ειδικό θέμα αντιστοίχισης πόρων και παροχών αποτελεί η μεταφορά ασφαλισμένων (ή, συνηθέστερα, συνταξιούχων) ενός ταμείου στους δικαιούχους περίθαλψης άλλου ταμείου. Η μεταφορά αυτή δημιουργεί αρκετά προβλήματα στα ταμεία 'υποδοχής' (κυρίως το ΙΚΑ) και είναι προτιμότερο να αποφεύγεται. Εάν αυτό είναι αδύνατο, θα πρέπει να προβλέπεται ο καθορισμός της αποζημίωσης του ταμείου 'υποδοχής' με βάση κάποια αμοιβαία αποδεκτή μέθοδο υπολογισμού.

#### ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΑΜΕΙΩΝ

Παρά το γεγονός ότι η συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας (π.χ. μέσω της επιχορήγησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ) η συνολική δαπάνη των κλάδων και φορέων υγείας είναι σημαντική: το 1997 υπολογιζόταν σε 1.087 δις. ή 3.3% του ΑΕΠ.

Επί πλέον, η δαπάνη των ταμείων αυξάνεται τα τελευταία χρόνια με ρυθμούς σαφώς υψηλούς: την τετραετία 1993-97 το ποσοστό αύξησης ξεπέρασε το 30% σε σταθερές

τιμές. Πιο αναλυτικά, η δαπάνη των ταμείων που εποπτεύονται από τη ΓΓΚΑ αυξήθηκε κατά 31%, ενώ η δαπάνη περίθαλψης δημοσίων υπαλλήλων αυξήθηκε κατά 24%.

Για τη μεγάλη αυτή αύξηση ιδιαίτερη ευθύνη έχει η εξέλιξη ορισμένων κατηγοριών δαπανών. Είναι αξιοσημείωτο ότι το 1993-97 η δαπάνη φαρμακευτικής περίθαλψης των ταμείων αυξήθηκε κατά 53% σε σταθερές τιμές. Αντίθετα, η αύξηση της δαπάνης νοσοκομειακής περίθαλψης περιορίστηκε στο 15%. Η δαπάνη ιατρικής περίθαλψης αυξήθηκε κατά 33%, όσο και το σύνολο των παροχών σε είδος. Οι παροχές σε χρήμα (που αντιστοιχούν σε 10% της συνολικής δαπάνης υγείας των ταμείων) αυξήθηκαν στο ίδιο διάστημα κατά 20%.

Ως αποτέλεσμα αυτών των μεταβολών, η φαρμακευτική περίθαλψη απορροφά πλέον το 39% σχεδόν της συνολικής δαπάνης των ταμείων ασθενείας για παροχές σε είδος, περισσότερο από κάθε άλλη κατηγορία δαπάνης (Διάγραμμα 1).

Η εφαρμογή της λίστας φαρμάκων και η μείωση της επιδότησης του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης για τα ταμεία (με αύξηση του νοσηλείου) ενδέχεται να αντιστρέψει και πάλι την κατάσταση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η νομοθετική παρέμβαση στον τομέα της φαρμακευτικής περίθαλψης για την εφαρμογή της λίστας φαρμάκων οφείλεται και στην έκρηξη της φαρμακευτικής δαπάνης των ταμείων, σε συνδυασμό με την καταπολέμηση της πολυφαρμακίας αλλά και της απλής σπατάλης (υπολογίζεται ότι 30% των φαρμάκων που αγοράζονται δεν καταναλώνονται).

#### ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΔΑΠΑΝΗ

Μεταξύ των ταμείων υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές στη μέση δαπάνη ανά δικαιούχο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Κοινωνικού Προϋπολογισμού του 1997 (Πίνακας 3), η μέση δαπάνη στο ΙΚΑ υπολογιζόταν σε 85.753 δρχ., στον ΟΓΑ σε 81.301 δρχ., στο ΤΕΒΕ σε 54.810 δρχ. Κάτω από αυτά τα επίπεδα βρισκόταν το ΤΑΕ (15.550 δρχ.).

Υψηλότερη μέση δαπάνη ανά δικαιούχο - σε αύξουσα σειρά - παρουσιάζουν:

- Ταμεία ελευθέρων επαγγελματιών: το ταμείο των υγειονομικών ΤΣΑΥ (93.159 δρχ.), το ταμείο των μηχανικών ΤΣΜΕΔΕ (94.039 δρχ.), ταμεία δικηγόρων (ιδίως Πειραιώς και Θεσσαλονίκης, περίπου 111.000 δρχ.), καθώς και το ταμείο των συμβολαιογράφων (162.535 δρχ. ανά δικαιούχο).
- Φορείς ασφάλισης εργαζομένων στις ΔΕΚΟ: το ταμείο του ΟΣΕ (95.106 δρχ.), η διεύθυνση ασφάλισης της ΔΕΗ (122.951 δρχ.), το ταμείο του ΟΤΕ (131.256 δρχ.), το ταμείο του ΗΛΠΑΠ (140.935 δρχ.), το ταμείο του ΗΣΑΠ (193.845 δρχ. ανά δικαιούχο).
- Ταμεία τραπεζοϋπαλλήλων: το ταμείο της Εμπορικής Τράπεζας (155.728 δρχ.), το ταμείο της Ιονικής Τράπεζας (173.784 δρχ.), το ταμείο της Αγροτικής Τράπεζας (179.901 δρχ.), το ταμείο των εργαζομένων στις Τράπεζες Πίστωσης-Γενικής-American Express (187.867 δρχ. ανά δικαιούχο).
- Ταμεία τύπου: το ταμείο των τεχνικών τύπου (105.546 δρχ.), το ταμείο των ιδιοκτητών και συντακτών (118.388 δρχ.), το ταμείο των εφημεριδοπωλών (172.491 δρχ.), το ταμείο των δημοσιογράφων ΕΔΟΕΑΠ (250.548 δρχ.).

- Διάφορα ταμεία, όπως το ταμείο των ξενοδοχοϋπαλλήλων ΤΑΞΥ (105.934 δρχ.), το ταμείο του προσωπικού του Ιπποδρόμου (139.872 δρχ.), το ταμείο του 'Ευαγγελισμού' (200.635 δρχ. ανά δικαιούχο).
- Το ΤΥΔΚΥ (302.711 δρχ. ανά δικαιούχο).

Οι πιθανές ερμηνείες για τις διαφορές αυτές είναι οι εξής:

- Μειωμένη αξιοπιστία των δεδομένων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ατέλειες των στατιστικών στοιχείων εμφανίζουν τις διαφορές στη δαπάνη μεγαλύτερες από ό,τι στην πραγματικότητα. Για παράδειγμα, η μέση δαπάνη ανά δικαιούχο στο ΙΚΑ σύμφωνα με τα απολογιστικά στοιχεία ήταν το 1995 κατά 29% υψηλότερη από αυτή που είχε προϋπολογιστεί αρχικά (Πίνακας 4). Ωστόσο, η μέση δαπάνη στο ΤΕΒΕ ήταν κατά 18% χαμηλότερη από την προϋπολογισθείσα. Από την άλλη, η αξιοπιστία του δείκτη της μέσης δαπάνης ανά δικαιούχο περιορίζεται και από αβεβαιότητα όσον αφορά τον παρονομαστή, δηλ. τον αριθμό των δικαιούχων. Ως γνωστόν, ο συνολικός αριθμός δικαιούχων υπερβαίνει τον πληθυσμό της χώρας κατά δύο εκατομμύρια (Πίνακας 5), πράγμα που σημαίνει ότι τουλάχιστον 20% των κατοίκων κάνει χρήση των παροχών τουλάχιστον δύο ταμείων. Επί πλέον, πολλά ταμεία εκτιμούν τον αριθμό των εξαρτημένων μελών των οικογενειών των άμεσα ασφαλισμένων κατά προσέγγιση, σύμφωνα με παλαιότερες μετρήσεις κτλ.
- Δημογραφική σύνθεση των δικαιούχων. Οι ηλικιωμένοι και, κατά δεύτερο λόγο, τα παιδιά έχουν υψηλότερες δαπάνες υγείας από ό,τι οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Κατά συνέπεια, οι διαφορές στη δαπάνη μπορεί να οφείλονται και στο ότι ορισμένα ταμεία έχουν δυσμενέστερη δημογραφική σύνθεση. Το θεωρητικό αυτό ενδεχόμενο δεν μπορεί να ελεγχθεί με τα (φτωχά) στατιστικά δεδομένα που τα ταμεία διαθέτουν σήμερα. Ωστόσο, ο παράγων της δημογραφίας δεν φαίνεται ιδιαίτερα πιθανό να ερμηνεύει μεγάλο μέρος της διαφοράς στη μέση δαπάνη, αφού είναι γνωστό ότι ταμεία με ευνοϊκή δημογραφική σύνθεση (π.χ. ΤΣΜΕΔΕ, ΤΑΞΥ, ΕΔΟΕΑΠ) έχουν υψηλότερη μέση δαπάνη από το ΙΚΑ, το οποίο παρέχει υπηρεσίες υγείας και σε συνταξιούχους άλλων ταμείων (όπως του ΤΕΒΕ).
- Τρόπος παροχής υπηρεσιών. Το σύστημα της αμοιβής κατά πράξη των ιατρών, συμβεβλημένων και μη, που ακολουθείται από αρκετά 'ειδικά' ταμεία κοστίζει περισσότερο από το σύστημα της πληρωμής με μισθό των ιατρών πολυϊατρείων ή της αμοιβής σύμφωνα με τον αριθμό των ασφαλισμένων που ακολουθεί το ΤΕΒΕ. Αυτό σημαίνει ότι μια δεδομένη υπηρεσία (π.χ. ιατρική επίσκεψη) παρέχεται στο δικαιούχο με χαμηλότερο κόστος. Εάν αυτό αληθεύει, τότε η χαμηλότερη δαπάνη ανά δικαιούχο σε ορισμένα ταμεία είναι αποτέλεσμα αποδοτικής λειτουργίας και όχι παροχής μη ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών. Βέβαια, συχνά - αν και όχι πάντοτε - το σύστημα της αμοιβής κατά πράξη μπορεί να εξασφαλίζει βολικότερη εξυπηρέτηση για τους ασφαλισμένους των ταμείων που το ακολουθούν: π.χ. πιο άμεση πρόσβαση, μεγαλύτερη επιλογή ιατρού, επίσκεψη με ραντεβού κτλ.
- Εύρος παροχών: Η δαπάνη ανά ασφαλισμένο ενδέχεται να είναι μεγαλύτερη σε μερικά ταμεία επειδή οι ασφαλισμένοι αυτών δικαιούνται πρόσθετες παροχές: π.χ. ελεύθερη επιλογή ιατρού και εργαστηρίου, δυνατότητα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική, δικαίωμα υψηλότερης θέσης νοσηλείας σε κρατικά νοσοκομεία κτλ. Ήδη αναφέρθηκε ότι αυτό ισχύει επίσης στις παροχές σε χρήμα. Η ερμηνεία αυτή συμβαδίζει με την εικόνα της κοινής γνώμης για τις 'ποιοτικές' διαφορές μεταξύ ταμείων. Ωστόσο, οι διαφορές στο εύρος παροχών ερμηνεύουν τμήμα μόνο της διαφοράς στη μέση δαπάνη, πιθανότατα λιγότερο σημαντικό από ό,τι πιστεύεται.

- Διαχείριση: Τέλος, ενδέχεται οι διαφορές στη δαπάνη να οφείλονται και στο ότι τα φαινόμενα της κακοδιαχείρισης, σπατάλης πόρων κτλ. είναι πιο εκτεταμένα σε ορισμένα ταμεία από ό,τι σε άλλα. Το μέγεθος της σπατάλης είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια, αλλά είναι γνωστό ότι το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο σε κάποια ταμεία όπου έγινε προσπάθεια καταγραφής των φαινομένων κατευθυνόμενης παραπομπής ασθενών για διαγνωστικές εξετάσεις, χρέωσης στο ταμείο εικονικών επισκέψεων, καταχρηστικής συνταγογράφησης κτλ. Σε ακραίες περιπτώσεις, το βιβλιάριο ασφάλισης των ασθενών χρησιμοποιείται από κάποιους ιατρούς ως βιβλιάριο επιταγών. Είναι γνωστό από έρευνες ότι τα φαινόμενα αυτά ευθύνονται για τμήμα της διόγκωσης των δαπανών περίθαλψης στο Δημόσιο, το ΤΥΔΚΥ, το ΤΑΞΥ και άλλα ταμεία.

## Εξορθολογισμός διοικητικών λειτουργιών

Ο κατακερματισμός του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, πέραν όλων των άλλων παρενεργειών του, έχει επίσης και μια σημαντική διοικητική διάσταση: το ‘έλλειμμα’ διαχειριστικών δεξιοτήτων στα ταμεία και στους κλάδους υγείας. Τα περισσότερα ταμεία, ακόμη και τα πιο μεγάλα, δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν ούτε και στις ελάχιστες απαιτήσεις καλής λειτουργίας.

Είναι χαρακτηριστικό το παράδειγμα των στατιστικών δεδομένων των ταμείων. Οι προϋπολογισμοί των ταμείων, οι οποίοι χρησιμοποιούνται στα ετήσια τεύχη του ‘Κοινωνικού Προϋπολογισμού’ δεν εκλαμβάνονται ως εργαλείο προγραμματισμού, δεν λαμβάνουν υπ’ όψιν παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες και τα έσοδα των ταμείων, δεν διορθώνονται με βάση τα πραγματικά μεγέθη - και ως εκ τούτου είναι μειωμένης αξιοπιστίας. Η αντιπαράβολη των προϋπολογιστικών στοιχείων κάποιων ταμείων με τα αντίστοιχα απολογιστικά στοιχεία έδειξε αποκλίσεις που σε ορισμένες περιπτώσεις πλησιάζουν ή και υπερβαίνουν το 30%.

Αυτό που ισχύει για τα δεδομένα κάθε ταμείου χωριστά, αφορά κατ’ επέκταση και τα συνολικά δεδομένα. Όπως είναι γνωστό, τα στοιχεία που παρουσιάζονται κάθε χρόνο στα τεύχη του ‘Κοινωνικού Προϋπολογισμού’ (συνήθως στη διάρκεια του έτους στο οποίο αναφέρονται ή και στο επόμενο), αποτελούν τη βασική πηγή πληροφοριών για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Κατά συνέπεια, η αναξιοπιστία των δεδομένων σε συνδυασμό με τη γενικευμένη χρήση τους αποτελεί ανησυχητικό πρόβλημα.

Η συστηματική συγκέντρωση και δημοσίευση των απολογισμών των ταμείων θα μπορούσε να συμβάλλει στην καλύτερη πληροφόρηση. Ωστόσο, τα σχετικά στοιχεία αποστέλλονται με μεγάλη καθυστέρηση (συνήθως δύο ή και τριών ετών), ή και ποτέ, ενώ επίσης ελέγχεται η ακρίβεια με την οποία καταγράφονται. Σημειώνεται ότι η δημοσίευση του τελευταίου τεύχους της σχετικής σειράς της ΕΣΥΕ αναφέρεται στο έτος 1993 [;].

Συνεπώς, είναι ανάγκη να βελτιωθεί η διαδικασία συγκέντρωσης των στατιστικών δεδομένων των ασφαλιστικών φορέων: με άλλα λόγια απαιτείται ακριβής καταγραφή, λεπτομερής έλεγχος, γρήγορη δημοσίευση. Αυτό με τη σειρά του προϋποθέτει σωστή λειτουργία των ταμείων – π.χ. την απασχόληση ειδικευμένου προσωπικού, τη χρήση Η/Υ για τη μηχανοργάνωση των στοιχείων κτλ.

Η αναξιπιστία των προϋπολογισμών και - σε μικρότερο βαθμό - των απολογισμών των ταμείων δεν είναι καν το πιο εντυπωσιακό τεκμήριο για το 'διοικητικό έλλειμμα' του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης ασθενείας: ακόμη πιο εκπληκτικό είναι το ότι τα περισσότερα ταμεία δεν γνωρίζουν καν τον αριθμό των δικαιούχων των υπηρεσιών που παρέχουν. Αυτό οφείλεται στο ότι οι 'έμμεσα ασφαλισμένοι' (προστατευόμενα μέλη των οικογενειών όσων πληρώνουν εισφορές) εκτιμούνται κατά προσέγγιση από τα ταμεία, συχνά μετά από εξαιρετικά πρόχειρους υπολογισμούς.

Το πρόβλημα αυτό συνδέεται και με το γεγονός της δωρεάν ασφάλισης επιπλέον μελών, χωρίς δηλ. την υποχρέωση καταβολής πρόσθετου ασφαλιστρού. Με τον τρόπο αυτό ερμηνεύεται και το παράδοξο των 12 εκατομμυρίων ασφαλισμένων: ένα άτομο δικαιούται παροχές υγείας από το ταμείο στο οποίο πληρώνει εισφορές το ίδιο, από το ταμείο του/της συζύγου, από το ταμείο του πατέρα κτλ.

Η διοικητική ανεπάρκεια των ταμείων έχει σοβαρές επιπτώσεις και στην οικονομική διαχείριση. Όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς 'αγοράζουν' υπηρεσίες υγείας, ακόμη και όσοι - όπως το ΙΚΑ - παρέχουν και οι ίδιοι υπηρεσίες μέσω πολυϊατρείων, ιδιόκτητων κλινικών κτλ. Ο κανόνας της μέγιστης αξιοποίησης των εισφορών των ασφαλισμένων τους και της καλύτερης δυνατής ικανοποίησης των υγειονομικών αναγκών τους θα επέβαλλε την αναζήτηση προμηθευτών που προσφέρουν την επωφελέστερη σχέση κόστους-ποιότητας - ή τουλάχιστον τη συστηματική καταπολέμηση της σπατάλης πόρων σε αγαθά και υπηρεσίες αμφιβόλου αποτελεσματικότητας.

Αντ' αυτού, σε όλο το φάσμα της υγειονομικής περίθαλψης - ιδιαίτερα στους τομείς των φαρμάκων και των διαγνωστικών εξετάσεων - εκδηλώνονται συχνά φαινόμενα κατευθυνόμενης παραπομπής ασθενών για διαγνωστικές εξετάσεις, χρέωσης στο ταμείο εικονικών επισκέψεων, καταχρηστικής συνταγογράφησης φαρμάκων κτλ. Εξ αιτίας των φαινομένων αυτών οι προϋπολογισμοί των ταμείων επιβαρύνονται χωρίς να επωφελούνται οι ασφαλισμένοι.

Κατά συνέπεια, διαπιστώνεται ένα χάσμα μεταξύ της ανάγκης για πιστότερη λογιστική απεικόνιση, καλύτερη παρακολούθηση των συναλλαγών των ταμείων με τρίτους και αυστηρότερο έλεγχο των δαπανών από τη μια - και της αντικειμενικής δυνατότητας πολλών ταμείων να ανταποκριθούν στην ανάγκη αυτή από την άλλη.

Μια δυνατότητα είναι η ουσιαστική αναβάθμιση της διαχειριστικής ικανότητας κάθε ταμείου ξεχωριστά (με αγορά εξοπλισμού, προσλήψεις προσωπικού κτλ.). Πρόκειται για λύση εξαιρετικά δαπανηρή και ως εκ τούτου δύσκολα εφαρμόσιμη.

Μια άλλη δυνατότητα είναι η συνεργασία των ταμείων: αυτή μπορεί να φθάσει έως την εκχώρηση μιας σειράς διοικητικών λειτουργιών κοινών για όλα τα ταμεία σε έναν ή περισσότερους φορείς διαχείρισης, οι οποίοι τις διεκπεραιώνουν για λογαριασμό τους. Η επιλογή αυτή έχει ήδη αρχίσει να υλοποιείται από τα ταμεία με μορφή ΝΠΙΔ (με την νεοϊδρυθείσα Ομοσπονδία Αυτοδιαχειριζομένων Ταμείων Υγείας, στον οποίο μετέχουν το ΤΥΠΕΤ, το ταμείο της ΑΤΕ και το ταμείο της Τράπεζας της Ελλάδος).

Η δεύτερη αυτή δυνατότητα έχει δύο πλεονεκτήματα:

- Πρώτον, δεν προκαταλαμβάνει τη συζήτηση του δεύτερου κύκλου για τη μελλοντική δομή του τομέα της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης ασθενείας. Είναι εφαρμόσιμη τόσο στο σημερινό σύστημα των πολλών ταμείων (αφού δεν θίγει την αυτοτέλεια τους) όσο και σε ένα μελλοντικό όπου θα έχουν ενδεχομένως προηγηθεί ομαδοποιήσεις, συγχωνεύσεις κτλ.

- Δεύτερον, αξιοποιεί τις ‘οικονομίες κλίμακος’, επιτρέπει την πληρέστερη δυνατή στελέχωση και οργάνωση του ενός ή περισσότερων διαχειριστικών οργανισμών, αποφεύγει την περιττή επανάληψη των κοινών λειτουργιών από κάθε ταμείο χωριστά, εξοικονομεί πολύτιμους πόρους οι οποίοι θα μπορούν να διατεθούν για την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των ασφαλισμένων.

Το βασικό αντικείμενο της συνεργασίας των ταμείων θα είναι η απλούστευση των διαδικασιών παρακολούθησης των συναλλαγών και η συστηματοποίηση του ελέγχου των δαπανών. Πιο αναλυτικά:

- Φάρμακα: Με την επέκταση της λίστας φαρμάκων σε όλα τα ταμεία - ΝΠΔΔ και την καθιέρωση ενιαίου εντύπου συνταγής είναι πειστική η ανάγκη ελέγχου της πιστής εφαρμογής του νόμου ώστε να μην ακρωθεί στην πράξη, όπως ανάλογες απόπειρες στο παρελθόν. Αυτό σημαίνει (α) παρακολούθηση συνταγογράφησης ιατρών, ιδίως συμβεβλημένων και μισθωτών, (β) έλεγχο της συμμόρφωσης με τη λίστα, έγκριση δαπάνης μόνο για φάρμακα εντός λίστας, (γ) καθορισμό κυρώσεων για κατά συρροήν απόπειρες χρέωσης στα ταμεία συνταγών για φάρμακα εκτός λίστας (λύση σύμβασης;). Όπως είναι αυτονόητο, η απαιτούμενη για το σκοπό αυτό μηχανοργάνωση καθώς και η δημιουργία βάσης δεδομένων για τη συνταγογράφηση των ιατρών και τη φαρμακευτική δαπάνη των ταμείων είναι ανέφικτη στο επίπεδο κάθε ταμείου χωριστά.
- Διαγνωστικές εξετάσεις: Οι συναλλαγές των ταμείων με τα διαγνωστικά κέντρα ευνοούν τα φαινόμενα των καταχρηστικών ιατρικών πράξεων με αμφίβολη χρησιμότητα για τους ασφαλισμένους και μεγάλη επιβάρυνση των προϋπολογισμών των ταμείων. Ένας ενδεικτικός κατάλογος μέτρων μπορεί να περιλαμβάνει: (α) αναθεώρηση του νομικού καθεστώτος που διέπει τη λειτουργία των διαγνωστικών κέντρων, εξέταση δυνατότητας για θεσμοθέτηση της υποχρέωσης έκδοσης αδείας και από το Υπουργείο Υγείας, αντί μόνο από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου όπως ισχύει σήμερα, (β) κατάρτιση καταλόγου εγκεκριμένων προμηθευτών με βάση προδιαγραφές επάρκειας και ποιότητας, (γ) αξιοποίηση της υποδομής του ΕΣΥ και των ασφαλιστικών ταμείων (π.χ. ΙΚΑ).
- Νοσοκομειακή περίθαλψη. Με την επικείμενη εφαρμογή του κλειστού νοσηλείου, το πρόβλημα της παρακολούθησης των συναλλαγών και του ελέγχου των δαπανών μετατοπίζεται στη διάρκεια νοσηλείας (δύσκολο να ελεγχθεί) και κυρίως στη χρέωση στα ταμεία ιατρικών πράξεων εκτός νοσηλείου. Το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο στα θεραπευτικά μέσα (βηματοδότες, εμφυτεύσεις κ.ά.). Απαιτείται υπαγωγή τους σε καθεστώς αντίστοιχο με αυτό της λίστας φαρμάκων. Εξέταση της δυνατότητας προσδιορισμού τιμής αναφοράς.

Επί πλέον, αξίζει να διερευνηθούν δυνατότητες συμπράξεων και συνεργασιών μεταξύ των ταμείων και στους εξής τομείς:

- Συμβεβλημένοι ιατροί. Πολλά από τα μικρότερα ταμεία και η υπηρεσία των δημοσίων υπαλλήλων έχουν συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο (το ΤΕΒΕ ακολουθεί σύστημα αμοιβής ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών). Το σύστημα της αμοιβής κατά πράξη, σε

συνδυασμό και με το γεγονός της καθήλωσης των αμοιβών των ιατρών σε χαμηλά επίπεδα, εισάγει κίνητρα ‘υπερκατανάλωσης’, συχνά με εικονικές επισκέψεις κτλ. Η παρακολούθηση των απαιτήσεων από τα ταμεία κάθε ιατρού χωριστά, καθώς και του ιατρικού ιστορικού κάθε ασφαλισμένου χωριστά, είναι και πάλι ανέφικτη στο επίπεδο κάθε ταμείου χωριστά και συνεπώς μπορεί να αναληφθεί μόνο από κάποιον κοινό φορέα διαχείρισης ο οποίος ενεργεί για λογαριασμό των ταμείων που ακολουθούν αυτό το σύστημα. Η εφαρμογή των ‘δικτύων πρωτοβάθμιας περίθαλψης’ με το νέο νόμο 2519/97 επιβάλλει και ταυτόχρονα διευκολύνει μια τέτοια ρύθμιση. Παράλληλα, είναι απαραίτητη η αναθεώρηση των ίδιων των συμβάσεων, η τακτική ανανέωσή τους μετά από έλεγχο της τήρησης των διατάξεων τους κτλ.

- Πολυϊατρεία. Ο θεσμός των πολυϊατρείων, παρά τα γνωστά προβλήματα και δυσλειτουργίες, έχει αναμφισβήτητα πλεονεκτήματα: χαμηλό κόστος, δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας, εκτεταμένο δίκτυο (στο ΙΚΑ) κτλ. Η επέκταση του δικτύου είναι θέμα πολιτικής επιλογής. Από την άλλη, η αναβάθμιση των πολυϊατρείων που ήδη υπάρχουν είναι δαπανηρή – αν και μπορεί μακροπρόθεσμα να αποδειχθεί συμφέρουσα επένδυση για το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Σε κάθε περίπτωση, αξίζει να εξεταστεί η δυνατότητα επέκτασης του δικαιώματος χρήσης των πολυϊατρείων ενός ταμείου (π.χ. του ΙΚΑ) και από ασφαλισμένους άλλων ταμείων, με καθορισμένο αντίτιμο ανά επίσκεψη. Σημειώνεται ότι σήμερα δικαίωμα πρόσβασης στα αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ έχουν οι ασφαλισμένοι όλων των ταμείων. Εξυπακούεται ότι το κόστος των φαρμάκων που συνταγογραφεί ο ιατρός του πολυϊατρείου (καθώς και των διαγνωστικών εξετάσεων στις οποίες παραπέμπει τον ασθενή) θα πρέπει να χρεώνεται στο ταμείο ασφάλισης του ασθενή, με τη βοήθεια ενός αναβαθμισμένου πληροφοριακού συστήματος.

Η αξιοποίηση των οικονομιών κλίμακος που προσφέρει η συγκέντρωση των διοικητικών λειτουργιών μπορεί τέλος να είναι ιδιαίτερα επωφελής και στους εξής τομείς:

- Στατιστική υπηρεσία. Συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων εσόδων και δαπανών. Δημιουργία βάσης δεδομένων για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από ασφαλισμένους. Προετοιμασία στοιχείων για τον Κοινωνικό Προϋπολογισμό σε συνεργασία με τη ΓΓΚΑ και το κλιμάκιο της ΕΣΥΕ. Απαραίτητη προϋπόθεση η προώθηση της εφαρμογής του μητρώου ασφαλισμένων (ΑΜΚΑ).
- Βεβαίωση και εισπραξη εισφορών. Η ρύθμιση αυτή προβλέπεται και στο πόρισμα της καθ’ ύλην ομάδας εργασίας. Αφετηρία είναι η διαπίστωση ότι τα ταμεία διαθέτουν ανεπαρκείς εισπρακτικούς μηχανισμούς, ιδίως στην περίπτωση των εισφορών αυταπασχολουμένων, των εργοδοτικών εισφορών, των εισφορών εργαζομένων που δεν υπολογίζονται ως ποσοστό του μισθού κτλ. Δυνατότητα επί μέρους συνεργασιών μεταξύ ταμείων.
- Εξόφληση λογαριασμών. Εκκαθάριση των οφειλών όλων των ταμείων προς νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, προμηθευτές κτλ. Διασταύρωση απαιτήσεων τρίτων με πράγματι αποδοθείσες υπηρεσίες.

Αναφέρθηκε ήδη ότι το απαραίτητο έργο της ριζικής βελτίωσης των διοικητικών λειτουργιών στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι πρακτικά αδύνατο να αναληφθεί από τα ίδια τα ταμεία: κάτι τέτοιο θα απαιτούσε μια τεράστια επένδυση για τη μηχανογράφηση, την αναβάθμιση της υποδομής, την πρόσληψη προσωπικού κτλ. σε κάθε ταμείο χωριστά. Ακόμη και εάν τα κονδύλια για κάτι τέτοιο υπήρχαν, η λύση αυτή θα ήταν ανορθολογική, αφού θα οδηγούσε σε εκατοντάδες χωριστούς διοικητικούς μηχανισμούς για τη διεκπεραίωση ενός έργου για το οποίο αρκεί ένας.

Πράγματι, η βελτίωση των σημερινών διοικητικών λειτουργιών των ταμείων, αλλά και η επιτυχής άσκηση των νέων λειτουργιών που απαιτεί ο εκσυγχρονισμός του συστήματος, επιβάλλει τη συγκέντρωση (τμήματος τουλάχιστον) της διαχείρισης σε έναν ή περισσότερους κοινούς φορείς. Οι οικονομίες κλίμακος που προσφέρει μια τέτοια λύση μπορεί να επιτρέψουν τον τεχνολογικό εξοπλισμό καθώς και την πλήρη στελέχωση με ειδικευμένο προσωπικό του φορέα (ή φορέων) διαχείρισης.

Η ακριβής οργανωτική μορφή με την οποία θα επιτευχθεί η συγκέντρωση των κοινών διαχειριστικών λειτουργιών είναι θέμα πολιτικό. Οι εναλλακτικές επιλογές είναι σε γενικές γραμμές δύο:

- Ενθάρρυνση όσων ταμείων το επιθυμούν να προχωρήσουν σε επί μέρους συνεργασίες και συμπράξεις με άλλα ταμεία, ομοειδή ή όχι. Για παράδειγμα, κάποια ταμεία θα μπορούσαν να συμφωνήσουν να αναλάβουν διοικητικές λειτουργίες άλλων ταμείων ή να αναθέσουν από κοινού το έργο αυτό σε κάποιον τρίτο. Τα ταμεία των τραπεζοϋπαλλήλων αναφέρθηκαν ήδη, άλλα ταμεία (π.χ. των εργαζομένων στις ΔΕΚΟ, των αυταπασχολούμενων) θα μπορούσαν να ακολουθήσουν.
- Εκχώρηση μιας σειράς λειτουργιών κοινών για όλα τα ταμεία σε ένα 'Γραφείο Συμπηφισμού', δηλ. έναν κοινό φορέα διαχείρισης ο οποίος θα τις διεκπεραιώνει για λογαριασμό τους. Η επιλογή αυτή αξιοποιεί καλύτερα τις οικονομίες κλίμακος, χωρίς και πάλι να θίγει την αυτοτέλεια των ταμείων.

Εξυπακούεται ότι τόσο η πρώτη όσο και η δεύτερη επιλογή προϋποθέτουν για την πρακτική υλοποίηση τους τον καθορισμό του αντιτίμου έναντι του οποίου θα γίνεται η ανάληψη διοικητικών λειτουργιών από το φορέα (ή τους φορείς) διαχείρισης για λογαριασμό των ταμείων. Ο συγκεκριμένος τρόπος χρέωσης των διαχειριστικών υπηρεσιών που θα παρέχονται στα ταμεία πρέπει ασφαλώς να αποτελέσει αντικείμενο μελέτης. Ωστόσο, σε καμιά περίπτωση δεν είναι σοβαρό εμπόδιο για την εφαρμογή μιας πρότασης όπως αυτή που κατατίθεται εδώ.

## Οργάνωση του τομέα ασφάλισης ασθενείας

Η ομάδα εργασίας δεν συζήτησε με συστηματικό τρόπο ζητήματα που δεν εμπίπτουν στη θεματολογία του λεγόμενου 'μικρού πακέτου', όπως για παράδειγμα αυτά των συγχωνεύσεων, καταργήσεων και ενοποιήσεων ταμείων. Ωστόσο, όπως είναι φυσικό, κατά τη διάρκεια των συνεδριάσεων θίχτηκαν και τέτοιου είδους ζητήματα.

Ιδιαίτερα αναφορά πρέπει να γίνει στην ολοκληρωμένη πρόταση την οποία κατέθεσε ο κ. Δαμιανός Βαρέλης, εκπρόσωπος της ΓΣΕΕ και της ΑΔΕΔΥ για την ενοποίηση των ομοειδών φορέων ασφάλισης ασθενείας σε επτά Ομοσπονδίες ταμείων και κλάδων υγείας. Το σχετικό απόσπασμα του κειμένου του έχει ως εξής:

*'... Θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη, και να εφαρμοστεί ανάλογα, η πρόταση που έχει κατατεθεί και φαίνεται να είναι αποδεκτή από την Πολιτεία και τους ασφαλισμένους, περί δημιουργίας επτά (7) κυρίων Ασφαλιστικών συνταξιοδοτικών Ταμείων.*

*Σε ό,τι αφορά την Υγεία με βάση την παραπάνω πρόταση, θα δημιουργηθούν επτά (7) Ομοσπονδίες Ταμείων και Κλάδων Υγείας. Δηλαδή τα Ταμεία και οι Κλάδοι Υγείας των ασφαλισμένων εξαρτημένης εργασίας θα δημιουργήσουν τέσσερις (4) Ομοσπονδίες (Δημοσίων Υπαλλήλων, Υπαλλήλων του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα, Υπαλλήλων Τραπεζών και Εργαζόμενων στον Ιδιωτικό Τομέα). Οι αυτοαπασχολούμενοι θα δημιουργήσουν τρεις (3) Ομοσπονδίες (Επαγγελματιών - Βιοτεχνών - Εμπόρων, Ελευθέρων Επαγγελματιών Επιστημόνων, Αγροτών).*

*Είναι απόλυτα σίγουρο πως μία τέτοια διαδικασία θα βοηθήσει να καταγραφούν στον μέγιστο βαθμό οι πραγματικές ανάγκες Υγείας των ασφαλισμένων και να χτυπηθεί το φαινόμενο της Τεχνητής Ζήτησης υπηρεσιών Υγείας. Θα αναγκάσει το ιατροφαρμακοβιομηχανικό σύμπλεγμα να λειτουργήσει σε συνθήκες του καλώς εννοούμενου υγιούς ανταγωνισμού, προσαρμόζοντας την προσφορά υπηρεσιών Υγείας στις πραγματικές ανάγκες, και τις τιμές σε λογικά επίπεδα αγοράς. Θα περιορίσει σε σημαντικό βαθμό τις δαπάνες των Ταμείων λόγω της μεταξύ των ανταλλαγής εμπειριών, προγραμμάτων και υπηρεσιών. Θα γίνει κατορθωτή για πρώτη φορά στην χώρα μας η εφαρμογή του Ενιαίου Μητρώου και της κάρτας ασθένειας για κάθε ασφαλισμένο Έλληνα πολίτη. Τέλος, θα μπορέσει η Πολιτεία σε συνεννόηση με τα Ταμεία και τους Κλάδους Ασφάλισης Υγείας να χαράξει μακροπρόθεσμη πολιτική η οποία πρέπει να οδηγεί στις ίδιες ευκαιρίες πρόσβασης, σε ένα αναβαθμισμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας για τον κάθε πολίτη της χώρας μας.'*