

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΓΙΑ ΝΟΜΟ – ΠΛΑΙΣΙΟ:

«ΘΕΣΠΙΣΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ»

ΜΙΛΤ. ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ

15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1999

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- I. Το οργανωτικό πρόβλημα του τομέα υγείας
- II. Η θεσμική εξέλιξη του τομέα υγείας στη μεταπολίτευση
- III. Η οργανωτική προσέγγιση του προβλήματος – θέσπιση του Εθνικού Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.)
- IV. Ε.Φ.Υ.: Η οργάνωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας
- V. Ε.Φ.Υ.: Η οργάνωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας
- VI. Βασική οργανωτική δομή του Ε.Φ.Υ.
- VII. Αναμενόμενα αποτελέσματα

I. ΤΟ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο τομέας υγειονομικών υπηρεσιών είναι ο μεγαλύτερος κλάδος παραγωγής στη χώρα. Δαπανά άνω του 8% του Α.Ε.Π. και απασχολεί άμεσα το 4% περίπου του ενεργού πληθυσμού. Οι πραγματικές δαπάνες υγείας είναι αρκετά υψηλές, περίπου στο μέσο όρο των Ευρωπαϊκών χωρών. Ο αριθμός των γιατρών είναι περίπου διπλάσιος του απαιτούμενου. Υπάρχει ένα εκτεταμένο δίκτυο μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης με σχετικά επαρκή εξοπλισμό. Το σύνολο των νοσοκομείων υπερκαλύπτουν τις ανάγκες της χώρας σε κλίνες. Παρόλα αυτά, **η συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών έχει αρνητική εικόνα για τις προσφερόμενες ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του δημόσιου τομέα.**

Στο σύστημα υγείας της χώρας μας απουσιάζει:

- η στρατηγική σύλληψη της οργανωτικής δομής και λειτουργίας του,
- ο αποτελεσματικός συντονισμός των πηγών χρηματοδότησης,
- ο έλεγχος και η αξιολόγηση στη διαχείριση των πόρων,
- η υπευθυνότητα και η αποτελεσματικότητα στη διοίκηση και διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.

Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η παροχή υποβαθμισμένων και κοινωνικά άνισων υπηρεσιών υγείας. Από τη μια μεριά ο δημόσιος τομέας με το προβληματικό ΕΣΥ και από την άλλη ένας ανεξέλεγκτος ιδιωτικός τομέας, συνθέτουν ένα μη αποδοτικό και αναποτελεσματικό σύστημα υγείας. Το γεγονός αυτό συντηρείται και αναπαράγεται από τον κατακερματισμό και τις ανισότητες της κοινωνικής ασφάλισης, την υποβάθμιση της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πρόληψης, την έξαρση της παραοικονομίας, την προκλητή ζήτηση και υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων, τον πληθωρισμό των γιατρών, την αντιδεδοντολογική αντιμετώπιση των ασθενών.

Όσον αφορά τις μελλοντικές εξελίξεις στον τομέα των δαπανών υγείας, οι εκτιμήσεις είναι ιδιαίτερα απαισιόδοξες. Οι δαπάνες υγείας θα ακολουθήσουν έντονα αυξητικές τάσεις διότι διεθνώς δημιουργείται ένα νέο σκηνικό με την εμφάνιση νέων παραγόντων, όπως: γήρανση του πληθυσμού, καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος, υποβάθμιση της διατροφής, έξαρση της κατανάλωσης εξαρτησιογόνων ουσιών, κλπ.

Από τα παραπάνω συνάγονται τα εξής συμπεράσματα:

- α. Η τρέχουσα κατάσταση στον τομέα υγείας της χώρας μας έχει οδηγηθεί σε αδιέξοδο, παρά το γεγονός ότι η κοινωνία διαθέτει επαρκέστατους πόρους για την υγεία, και
- β. Οι αναμενόμενες δαπάνες υγείας θα έχουν έντονα αυξητικές τάσεις μακροπρόθεσμα.

Το οικονομικό πρόβλημα συνίσταται στο γεγονός ότι η ένταξη της χώρας στην ΟΝΕ θέτει περιορισμούς στην ανεξέλεγκτη αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Ένας αναποτελεσματικός τομέας υγείας που οδηγεί

σε διευρυνόμενα ελλείμματα θα έχει ευρύτερα αρνητικά αποτελέσματα. Το μέγεθος των δημοσίων δαπανών υγείας, η χρηματοδότησή τους και τα περιθώρια που υπάρχουν για την επίτευξη του ίδιου (ή καλύτερου) υγειονομικού αποτελέσματος με το ίδιο (ή μικρότερο) κόστος, καθιστούν την πολιτική υγείας αποφασιστικής σημασίας για την μακροχρόνια πορεία των συνολικών δαπανών του δημοσίου.

ΔΕΔΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΤΟ ΖΗΤΟΥΜΕΝΟ ΕΙΝΑΙ Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΠΑΤΑΛΗΣ, ΩΣΤΕ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΥΝΑΤΗ ΚΑΙ Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ.

II. Η ΘΕΣΜΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΠΟΛΙΤΕΥΣΗ

Στην περίοδο της μεταπολίτευσης έγιναν σημαντικότερες θεσμικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας. Ορόσημο αποτελεί ο Ν.1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, με τα εξής χαρακτηριστικά: αποκέντρωση, κοινωνικός έλεγχος, ενιαίος προγραμματισμός, έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Το 1992 επιχειρείται η μεταβολή της βασικής φιλοσοφίας του συστήματος με το Ν.2071/92. Στη συνέχεια, ο Ν.2194/94 ανέτρεψε σχεδόν όλες οι αλλαγές του επιχειρήθηκαν με τον προηγούμενο νόμο και επανέφερε τις αρχές και τους στόχους του Ν.1397/83. Το 1997 ψηφίστηκε ο Ν.2519/97, με στόχο:

- α) την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών και την πρόκριση εξελικτικών διαδικασιών, και
- β) την προώθηση νέων σχημάτων που θα δημιουργούσαν συνθήκες «ελεγχόμενου ανταγωνισμού». Μέχρι στιγμής δεν έχει υλοποιηθεί καμιά ουσιαστική διάταξη του Νόμου.

Το υπόβαθρο του τελευταίου Νόμου αποτέλεσαν μια σειρά σημαντικών και πρωτοποριακών μελετών που έγιναν στην περίοδο 1994-95. Στις αρχές του 1994 συγκροτήθηκαν στο Υπουργείο Υγείας δύο επιτροπές, μία από ξένους και μία από έλληνες εμπειρογνώμονες, με σκοπό να προτείνουν μέτρα για την αναμόρφωση του συστήματος. Μετά την κατάθεση του πορίσματος της επιτροπής των ξένων εμπειρογνώμωνων, συγκροτήθηκαν στο Υπουργείο Υγείας τρεις επιτροπές με σκοπό την αναλυτική επεξεργασία των βασικών προτάσεων του πορίσματος. Οι τρεις επιτροπές επεξεργάστηκαν αναλυτικότερα τα θέματα που αφορούσαν:

- α) στη δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας,
- β) στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και του οικογενειακού ιατρού, και
- γ) στην οργάνωση των μονάδων υγείας και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

Οι παραπάνω μελέτες αποτελούν τις πιο σοβαρές και συστηματικές προσπάθειες που έγιναν στην περίοδο μετά την μεταπολίτευση για την καταγραφή των προβλημάτων του τομέα υγείας, και την πρόταση ριζοσπαστικών λύσεων.

Ιδιαίτερα, το πόρισμα των ξένων εμπειρογνώμωνων συνθέτει μια ολοκληρωμένη πρόταση που εμπεριέχει ουσιαστικές λύσεις στα κύρια προβλήματα. Σκιαγραφείται επίσης η βασική αρχιτεκτονική της προτεινόμενης οργάνωσης του συστήματος υγείας στη χώρα μας.

Αυτό που απομένει είναι να προσαρμοστούν οι προτάσεις αυτές στην ελληνική πραγματικότητα και να υλοποιηθούν με αποφασιστικότητα, σταθερότητα, και συνέπεια. Ίσως είναι η τελευταία ευκαιρία, για να βγούμε από το αδιέξοδο και να αποκτήσουμε επιτέλους ένα πραγματικά εθνικό σύστημα υγείας.

III. Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ – ΘΕΣΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Φ.Υ.)

Η μεγαλύτερη συμβολή των μελετών της περιόδου 1994-95 ήταν η **οικονομική ανάλυση** των προβλημάτων του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, διαχωρίστηκε η πλευρά της **Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας** (ασφαλισμένοι, Ασφαλιστικά Ταμεία) από την πλευρά της **Προσφοράς Υπηρεσιών Υγείας** (Μονάδες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, Νοσοκομεία, Γιατροί, κλπ). Η επιτροπή των ξένων εμπειρογνομώνων έκανε ρηξικέλευθες προτάσεις για όλα τα υποσυστήματα του τομέα υγείας. Το σύνολο των προτάσεων συνέθεταν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην πρόταση της επιτροπής για την οργάνωση του Ενιαίου Φορέα Υγείας, με την συστηματική οργάνωση της **ζήτησης των υπηρεσιών υγείας**. Εξίσου σημαντικές ήσαν και οι προτάσεις της ίδιας επιτροπής για την αναμόρφωση του θεσμικού πλαισίου και της εσωτερικής οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων.

Όμως, ενώ η επιτροπή πρότεινε την ίδρυση ενός **νέου φορέα**, του Ενιαίου Φορέα Υγείας, για την αποτελεσματική οργάνωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, **δεν έκανε παρόμοιες οργανωτικές προτάσεις για την πλευρά της προσφοράς**. Αρκέστηκε σε προτάσεις βελτίωσης του θεσμικού και λειτουργικού πλαισίου των Νοσοκομείων και προφανώς υπέθεσε ότι ο φορέας υλοποίησης θα ήταν, όπως και στο παρελθόν, το Υπουργείο Υγείας. Σε αυτόν, όμως, ακριβώς τον τομέα υπάρχει μια τραγική υστέρηση του Υπουργείου Υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Η μέχρι σήμερα λειτουργία του Υπουργείου σπανίως αξιολόγησε τις παραπάνω παραμέτρους ή δημιούργησε την υποδομή για την μακροπρόθεσμη υποστήριξή τους. Το Υπουργείο Υγείας, όπως και όλη η υπόλοιπη δημόσια διοίκηση, κινείται συνήθως σε γραφειοκρατικό – διεκπεραιωτικό επίπεδο, μακριά από τις σύγχρονες απαιτήσεις οργάνωσης και διαχείρισης πολυάριθμων, τεράστιων, και πολύπλοκων **οικονομικών μονάδων**, όπως είναι τα κρατικά νοσοκομεία.

Εκτιμάται, λοιπόν, ότι η οργάνωση, λειτουργία και διαχείριση των νοσοκομείων πρέπει να μεταφερθεί εκτός του Υπουργείου Υγείας, σε εξειδικευμένο φορέα ο οποίος θα έχει καλύτερα εχέγγυα επιτυχίας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 1: Προτείνεται ο περιορισμός του Υπουργείου Υγείας μόνο σε **επιτελικά καθήκοντα** στο χώρο της υγείας, όπως:

- τη μεγιστοποίηση της μακρο – οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας,
- τη μεγιστοποίηση της μικρο – οικονομικής αποδοτικότητας εντός του υγειονομικού συστήματος, δηλαδή την άριστη κατανομή των πόρων μεταξύ των διαφόρων υποσυστημάτων,
- την εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης,
- την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας,

- τη ρύθμιση του αναδιανεμητικού χαρακτήρα του συστήματος.

ΠΡΟΤΑΣΗ 2: Προτείνεται η δημιουργία ΕΘΝΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Φ.Υ.), υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, στον οποίο θα ανατεθεί η **οργάνωση και διαχείριση τόσο της ΖΗΤΗΣΗΣ όσο και της ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ Υπηρεσιών Υγείας.**

Η δημιουργία ενός τέτοιου φορέα συμβαδίζει με την κυρίαρχη τάση στα συστήματα υγείας στην Ευρώπη αλλά και διεθνώς, για την επέκταση των ρυθμιστικών παρεμβάσεων στο ύψος και στη διαχείριση των υγειονομικών πόρων. Ο έλεγχος του ύψους των δαπανών επιτυγχάνεται μέσω της θέσπισης ανώτατου ορίου και κλειστού προϋπολογισμού για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας και την **κατανομή των πόρων μέσω ενός κεντρικού μηχανισμού.** Η θέσπιση του ανώτατου ορίου και του κλειστού προϋπολογισμού σε πολλές περιπτώσεις συνδυάζεται με την εισαγωγή «εσωτερικού ανταγωνισμού» (Internal Market) μεταξύ των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας για την προσέλκυση των δεδομένων πόρων που διατίθενται στο σύστημα υγείας.

Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ έχει τα εξής βασικά χαρακτηριστικά:

- Είναι Ν.Π.Δ.Δ. που, όμως, δεν υπόκειται στις διαδικασίες του δημόσιου λογιστικού. Η ευελιξία αυτή είναι απαραίτητη για να μπορεί ο Ε.Φ.Υ. να κινηθεί αποτελεσματικά, σε σχέση κυρίως με το Management και την στελέχωσή του με ειδικούς επιστήμονες.
- Ο Ε.Φ.Υ. έχει **δύο** βασικές λειτουργίες:
 - α. Οργανώνει και διαχειρίζεται την ΠΡΟΣΦΟΡΑ Υπηρεσιών Υγείας.**
Δηλαδή, φροντίζει για την ανάπτυξη και λειτουργία των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας και των Νοσοκομείων, την ανάπτυξη και εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, την ιατρική έρευνα, την ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
 - β. Οργανώνει και διαχειρίζεται τη ΖΗΤΗΣΗ Υπηρεσιών Υγείας.**
Δηλαδή, αναλαμβάνει την χρηματοδότηση και τον έλεγχο της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ο Ε.Φ.Υ. έχει **Διοικητικό Συμβούλιο**, με 15 μέλη, η πλειοψηφία των οποίων ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας. Συμμετέχουν εκπρόσωποι των Υπουργείων Υγείας, Κοινωνικών Ασφαλίσεων, και Οικονομικών, καθώς και εκπρόσωποι των ασφαλιστικών ταμείων, της ΓΣΕΕ, της ΑΔΕΔΥ, των Εμπόρων, των Βιοτεχνών, του ΣΕΒ, των Γιατρών, του Νοσηλευτικού Προσωπικού, του Διοικητικού Προσωπικού.
- Ο Εθνικός Φορέας Υγείας έχει **Διοικητή** και δύο Υποδιοικητές. Ο Διοικητής διορίζεται από τη Βουλή, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας.
- Ο Ε.Φ.Υ. έχει **Εκτελεστικό Συμβούλιο**, το οποίο είναι υπεύθυνο για την καθημερινή λειτουργία του οργανισμού. Συμμετέχουν ο Διοικητής, οι Υποδιοικητές και οι Γενικοί Διευθυντές του Οργανισμού.

IV. Ε.Φ.Υ.: Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

- A.** Η οργάνωση της Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας αναφέρεται στις εξής κύριες λειτουργίες:
- α.** Εξασφάλιση των πηγών χρηματοδότησης (σχέση μεταξύ ασφαλισμένων και Εθνικού Φορέα Υγείας)
 - β.** Κατανομή των πόρων για την «αγορά» των υπηρεσιών (σχέση μεταξύ Εθνικού Φορέα Υγείας και «προμηθευτών» υγείας)
 - γ.** Έλεγχος της διαχείρισης των πόρων (σχέση μεταξύ ασφαλισμένων και «προμηθευτών» υγείας).

ΠΡΟΤΑΣΗ 3: Η οργάνωση της Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας του Εθνικού Φορέα Υγείας θα συγκροτείται από δύο Γενικές Διευθύνσεις. Η **Γενική Διεύθυνση Οικονομικής Διαχείρισης** θα ασχολείται με τη συγκέντρωση των πόρων, την κατάρτιση των προϋπολογισμών και την κατανομή των πόρων στους «προμηθευτές» των υπηρεσιών υγείας.

Η **Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας** θα ασχολείται με την οργάνωση των διαδικασιών για την πρόσβαση των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας, τον έλεγχο της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, καθώς και τον έλεγχο της αποδοτικότητας των «προμηθευτών» υπηρεσιών υγείας.

B. Χρηματοδότηση του Εθνικού Φορέα Υγείας

Το πραγματικό εθνικό εισόδημα που αφιερώνεται στην υγεία κυμαίνεται γύρω στο 8% του Α.Ε.Π., ποσοστό ίσο περίπου με τον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Είναι επίσης γνωστό ότι αν οι δαπάνες υγείας αφεθούν ανεξέλεγκτες θα αυξάνονται συνεχώς, χωρίς η περαιτέρω αύξηση να οδηγεί σε αντίστοιχη πραγματική βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας αυτής είναι πια κοινός τόπος σε όλα τα συστήματα υγείας διεθνώς. Όλες οι χώρες έχουν αναγνωρίσει ότι η αύξηση των δαπανών υγείας δεν πρέπει να ξεπερνά ένα όριο. Ο αποτελεσματικότερος μηχανισμός ελέγχου της αύξησης των δαπανών είναι η **θέσπιση «κλειστού» ετήσιου προϋπολογισμού** στο σύνολο ή σε επιμέρους υποσυστήματα του τομέα υγείας. Η επιβολή του κλειστού προϋπολογισμού συνεπάγεται την διοχέτευση και την διαχείριση του συνόλου ή τουλάχιστον των δημοσίων πόρων, από ένα φορέα που θα αναλαμβάνει να συλλέγει τους πόρους και να τους κατανέμει στους προμηθευτές. Ο Ε.Φ.Υ. καλείται να παίξει αυτό το ρόλο στη χώρα μας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 4: Τα έσοδα από τη γενική φορολογία που αφορούν δαπάνες υγείας του κρατικού προϋπολογισμού, πρέπει να δίνονται στον Εθνικό Φορέα Υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 5: Οι Κλάδοι Ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων εντάσσονται προαιρετικά στον Ε.Φ.Υ. όσον αφορά τις παροχές σε είδος. Διατηρούν τις παροχές σε χρήμα.

ΠΡΟΤΑΣΗ 6: Υποχρεωτικά εντάσσονται στον Ε.Φ.Υ. οι Κλάδοι Ασθένειας (παροχές σε είδος) των ασφαλιστικών ταμείων **Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Τ.Ε.Β.Ε., Τ.Α.Ε.,** καθώς και του **Δημοσίου**. Η ένταξη των παραπάνω ταμείων επιβάλλεται αφενός λόγω του καλύτερου συντονισμού στη διαχείριση των πόρων και αφετέρου ένεκα του γεγονότος ότι το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας τω ταμείων αυτών καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η ένταξη του ταμείων των **δημοσίων υπαλλήλων** επιβάλλεται από το γεγονός ότι οι εργοδοτικές εισφορές του ταμείου αυτού καλύπτονται από τη γενική φορολογία.

Με την ένταξη των παραπάνω ταμείων, η ασφαλιστική κάλυψη το Ε.Φ.Υ. θα αφορά περίπου το 90% του πληθυσμού.

Η ένταξη των Κλάδων Ασθένειας στον Ε.Φ.Υ. **προϋποθέτει την ενοποίηση του φάσματος παροχών ασθένειας σε είδος**. Οι ασφαλισμένοι θα έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στο ενιαίο πακέτο υπηρεσιών υγείας του Ε.Φ.Υ. Τα παραπάνω μέτρα θα επιφέρουν τα εξής θετικά αποτελέσματα:

- α.** θα μειώσουν το διοικητικό κόστος των υπηρεσιών υγείας και τις αλληλεπικαλύψεις στις υγειονομικές δαπάνες μεταξύ κρατικού προϋπολογισμού και ασφαλιστικών ταμείων,
- β.** θα προσφέρουν στους ασφαλισμένους (90% του πληθυσμού) την ευκαιρία πρόσβασης σ' ένα αναβαθμισμένο πακέτο παροχών υγείας, και
- γ.** θα συμβάλλουν στην ορθολογικοποίηση της λειτουργίας και της διαχείρισης του συστήματος υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 7: Κατά την έναρξη της λειτουργίας του Ε.Φ.Υ., τα ασφαλιστικά ταμεία θα εισφέρουν τα ποσά που αναφέρονται στους προϋπολογισμούς τους για τις παροχές ασθένειας σε είδος. Σε μεταγενέστερο στάδιο, με την ορθολογικοποίηση της διαχείρισης των πόρων, θα καθοριστεί και το νέο σύστημα εισφορών των Κλάδων Ασθένειας στον Ε.Φ.Υ.

ΠΡΟΤΑΣΗ 8: Όσοι Κλάδοι Ασθένειας επιλέξουν να μην ενταχθούν στον Ε.Φ.Υ., θα πρέπει πλέον να **καταβάλλουν στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Φ.Υ. το πραγματικό κόστος** των υπηρεσιών αυτών, όπως αυτό θα καθοριστεί από τον Ε.Φ.Υ., **χωρίς επιδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό.**

Γ. Κατανομή των Πόρων.

Ο Εθνικός Φορέας Υγείας θα λειτουργεί ως φορέας που θα κάνει την κατανομή των πόρων στις περιφέρειες και θα καθορίζει το καθεστώς των πληρωμών στους «παραγωγούς» υπηρεσιών υγείας. Ο Ε.Φ.Υ. ως μοναδικός διαχειριστικός φορέας των οικονομικών πόρων του συστήματος υγείας, θα παίζει σημαντικό ρόλο στην κατάρτιση του κρατικού προϋπολογισμού του τομέα υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 9: Η κατανομή των οικονομικών πόρων του Ε.Φ.Υ. μεταξύ των περιφερειών, βαθμίδων περιθαλψης, και συγκεκριμένων δραστηριοτήτων (δαπάνες δημόσιας υγείας, κεφαλαιουχικές επενδύσεις, κλπ.) γίνεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ε.Φ.Υ., η οποία υπόκειται στην έγκριση του Υπουργού Υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 10: Ο Ε.Φ.Υ. θα δημιουργήσει μια σειρά Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας, **ανεξάρτητα από τις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων.** Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες σε πρώτη φάση θα έχουν κυρίως εποπτικά καθήκοντα καθώς και την υποχρέωση σύνταξης του προϋπολογισμού της περιφέρειας. **Μεταγενέστερα,** όμως, με την ολοκλήρωση της οργάνωσης του Ε.Φ.Υ., οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας θα λαμβάνουν τους **διαθέσιμους κλειστούς προϋπολογισμούς της συγκεκριμένης περιφέρειας** και, στη συνέχεια, θα αποφασίζουν για τους προμηθευτές και τις υπηρεσίες που θα αγοράζουν. Οι περιφερειακές υπηρεσίες θα είναι υπεύθυνες για την διαχείριση των πόρων και την αποδοτικότητα του συστήματος στη συγκεκριμένη περιφέρεια.

ΠΡΟΤΑΣΗ 11: Κατά την έναρξη λειτουργίας του Ε.Φ.Υ., η αρχική κατανομή των οικονομικών πόρων στις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας θα μπορεί να γίνει με βάση τα πραγματικά στοιχεία των δύο προηγούμενων χρήσεων. **Μεταγενέστερα,** όμως, ο Ε.Φ.Υ. θα πρέπει να εκπονήσει, με βάση την διεθνή εμπειρία, «φόρμουλες» για την κατανομή των πόρων στις Περιφέρειες.

Επίσης, ο Ε.Φ.Υ. θα πρέπει να εκπονήσει:

1. τυποποιημένες συμβάσεις συνεργασίας με τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας,
2. πρόγραμμα διαχείρισης ακίνητης περιουσίας (κατασκευές, συντηρήσεις, ανακαινίσεις), και
3. σύγχρονο πρόγραμμα προμηθειών ιατρικού και λοιπού εξοπλισμού καθώς και αναλώσιμων υλικών.

Δ. Σύστημα Οργανωμένης Φροντίδας Υγείας (Managed Care System)

Τα συστήματα αυτά αποτελούν την τελευταία εξέλιξη της διεθνούς τεχνογνωσίας για την πλήρη κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων για υπηρεσίες πρόληψης, πρωτοβάθμιας φροντίδας, νοσοκομειακής περίθαλψης, και μετανοσοκομειακής φροντίδας. Βασίζονται στην μηχανογραφική παρακολούθηση:

- της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας,
- της καταγραφής των διαγνωστικών αποτελεσμάτων,
- της εποπτείας της θεραπευτικής διαδικασίας,
- της συνταγογράφησης των κατάλληλων φαρμάκων, και
- της αποθήκευσης του «ιατρικού ιστορικού» σε ατομικές Smart Cards.

Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών και βελτιώνεται η αποδοτικότητα των «προμηθευτών» των υπηρεσιών υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 12: Το Σύστημα Managed Care που θα εγκατασταθεί στο Ι.Κ.Α. (τώρα βρίσκεται σε πιλοτική εφαρμογή) θα επεκταθεί και θα μεταφερθεί στον Εθνικό Φορέα Υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 13: Συνεργασία με ιδιωτικούς φορείς υγείας. Το Σύστημα Managed Care από τη φύση και τον τρόπο λειτουργίας θα εξαντλεί το CAPACITY του δημοσίου τομέα υγείας πριν προσφύγει στην «αγορά» υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς φορείς. Αυτή η αγορά υπηρεσιών θα γίνεται με βάση τις «τυποποιημένες συμβάσεις συνεργασίας» που προαναφέρθηκαν.

V. Ε.Φ.Υ.: Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

- A. Η προσφορά υπηρεσιών υγείας συγκροτείται από τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα Νοσοκομεία, τους Γιατρούς, το Νοσηλευτικό Προσωπικό, και τα Φαρμακεία.

Είναι γεγονός πως το πιο σημαντικό πρόβλημα των δημοσίων υπηρεσιών υγείας είναι η έλλειψη αυτονομίας από τις γραφειοκρατικές αγκυλώσεις της δημόσιας διοίκησης. Γι' αυτό θεωρούμε καίριας σημασίας την πρόταση που κάναμε προηγουμένως, για τον απεγκλωβισμό των κρατικών νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας και την υπαγωγή τους στον Εθνικό Φορέα Υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 14: Η οργάνωση της πλευράς της «προσφοράς» στον Ε.Φ.Υ., θα συγκροτείται από δύο Γενικές Διευθύνσεις:

- την Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας,
- την Γενική Διεύθυνση Νοσοκομειακής Περιθαλψης.

B. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Αποτελείται κυρίως από τις περίπου 300 Υγειονομικές Μονάδες του Ι.Κ.Α. και τα 170 Κέντρα Υγείας του Υπουργείου Υγείας. Ήδη, στο Ι.Κ.Α. έχει ξεκινήσει η μελέτη αναδιοργάνωσης του Τομέα Υγείας, η οποία θα ολοκληρωθεί στα μέσα του επόμενου έτους. Επίσης, στο τέλος του 1999 θα λειτουργήσει ένα Πιλοτικό Σύστημα **Managed Care**, το οποίο θα επεκταθεί σε όλη τη χώρα μέχρι το τέλος του 2001.

ΠΡΟΤΑΣΗ 15: Εκπόνηση του «Χάρτη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Στα πλαίσια της σχετικής μελέτης του Ι.Κ.Α. και σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, θα οριστικοποιηθεί η χωροταξική κατανομή των πρωτοβάθμιων μονάδων και θα καθοριστεί η κατηγορία της κάθε υγειονομικής μονάδας, ούτως ώστε να υπάρχει η δυνατότητα προσφοράς πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού.

ΠΡΟΤΑΣΗ 16: Την 1/1/2002 θα μεταφερθεί στον Εθνικό Φορέα Υγείας η υφιστάμενη Γενική Διεύθυνση Υγείας του Ι.Κ.Α. Μέχρι το τέλος του 2001 θα έχει ολοκληρωθεί η πλήρης αναδιοργάνωση του τομέα υγείας του Ι.Κ.Α. και θα έχει εγκατασταθεί ένα ευρύτατο Σύστημα **Managed Care**.

ΠΡΟΤΑΣΗ 17: Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. θα μπορούσαν να ενταχθούν στο συνολικό πρόγραμμα αναδιοργάνωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ι.Κ.Α.

Γ. Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

ΠΡΟΤΑΣΗ 18: Τα κρατικά νοσοκομεία μετατρέπονται σε **Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα**. Κατά τα άλλα, ακολουθούν τη δομή και λειτουργία μιας τυπικής Ανώνυμης Εταιρίας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 19: Τα Διοικητικά Συμβούλια των Νοσοκομείων έχουν τις αρμοδιότητες των Δ.Σ. μιας τυπικής Α.Ε. Σε αυτά αντιπροσωπεύονται όλοι οι φορείς που έχουν σχέση με τη λειτουργία των νοσοκομείων. Τα μέλη τω Δ.Σ. διορίζονται από τον Εθνικό Φορέα Υγείας, μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΗ 20: Την εκτελεστική εξουσία στη διοίκηση του νοσοκομείου ασκεί ο Διευθύνων Σύμβουλος. Οι Διευθύνοντες Σύμβουλοι των Νοσοκομείων επιλέγονται από τον Ε.Φ.Υ. μετά από σχετικό διαγωνισμό.

Το management των Νοσοκομείων μπορεί να ανατίθεται και σε εξειδικευμένες εταιρίες HOSPITAL MANAGEMENT, μετά από σχετικό διαγωνισμό που διενεργεί ο Ε.Φ.Υ.

ΠΡΟΤΑΣΗ 21: Ο Εθνικός Φορέας Υγείας **εκπονεί Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο Νοσοκομείων**. Τα κλαδικά λογιστικά σχέδια εγκαθίστανται σε όλα τα νοσοκομεία εντός διετίας από την έναρξη λειτουργίας του Ε.Φ.Υ.

ΠΡΟΤΑΣΗ 22: Ο Εθνικός Φορέας Υγείας εκπονεί **Σύστημα Προμηθειών**. Οι ετήσιες προμήθειες εντάσσονται στους **Ετήσιους Προϋπολογισμούς** των νοσοκομείων.

Η υλοποίηση των προμηθειών γίνεται μέσω της σχετικής διαδικασίας του Υπουργείου Ανάπτυξης.

ΠΡΟΤΑΣΗ 23: Ο Εθνικός Φορέας Υγείας θα κατανέμει ετησίως ένα «κλειστό προϋπολογισμό» σε κάθε νοσοκομείο. Το ποσό αυτό θα πρέπει να καλύπτει το πραγματικό κόστος λειτουργίας του νοσοκομείου, καθώς οι κρατικές επιχορηγήσεις θα δίνονται πλέον στον Ε.Φ.Υ. και όχι στις υπηρεσίες υγείας όπως σήμερα.

Η διαδικασία αυτή θα οδηγήσει στην **κατάργηση των «κλειστών νοσηλίων»** και στην **απελευθέρωση χιλιάδων εργαζομένων** που σήμερα ασχολούνται με τις λογιστικές δοσοληψίες και εκκαθαρίσεις μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων και νοσοκομείων.

ΠΡΟΤΑΣΗ 24: Ο Ε.Φ.Υ. θα πρέπει να δημιουργήσει έναν χωριστό οργανισμό, με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, του οποίου οι **βασικές λειτουργίες θα αναφέρονται στον έλεγχο, στην αποτίμηση, στην πιστοποίηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα**, ούτως ώστε ο δημόσιος τομέας να ασκεί ρυθμιστικό ρόλο στη συνολική λειτουργία του συστήματος υγείας.

Δ. Ιατρικό Προσωπικό

Ο συντελεστής εργασία αποτελεί την σημαντικότερη και μεγαλύτερη εισροή του συστήματος υγείας. Για τον λόγο αυτό τα συστήματα υγείας θεωρούνται κατ' εξοχή συστήματα εντάσεως εργασίας. Δικαίως λοιπόν λέγεται ότι τα συστήματα υγείας είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης μιας χώρας. Στην Ελλάδα το 4% περίπου του εργατικού δυναμικού απασχολείται στον τομέα υγείας.

Ο προγραμματισμός και η ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού αναφορικά με τον αριθμό, την εκπαίδευση, και την κατανομή του αποτελεί μια αρκετά σύνθετη διαδικασία που πρέπει να ενσωματώνει τις μελλοντικές ανάγκες υγείας, τις ραγδαίες μεταβολές στην ιατρική επιστήμη και τεχνολογία, καθώς και τους στόχους και τις ανάγκες του κάθε υγειονομικού συστήματος. Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν φαίνεται να υπάρχουν πολιτικές και συγκεκριμένοι στόχοι προς αυτή την κατεύθυνση. Υπάρχει μακροχρόνια έλλειψη συντονισμού μεταξύ των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι ο πολύ μεγάλος αριθμός γιατρών, άνισα κατανομημένων σε ειδικότητες, ο περιορισμένος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, η πλειονότητα των οποίων είναι χωρίς κατάλληλη εκπαίδευση, και η πλήρης απουσία κάποιων ειδικοτήτων όπως managers υγείας, επιχειρησιακοί ερευνητές, κλινικοί μηχανικοί, κ.α.

Το κυριότερο πρόβλημα που προκύπτει από την ύπαρξη μεγάλου αριθμού γιατρών είναι η δημιουργία **έντονης προκλητής ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών**, με αρνητικές συνέπειες τόσο στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών όσο και στο κόστος.

ΠΡΟΤΑΣΗ 25: Αποτελεί αδήριτη ανάγκη η αναβάθμιση του ιατρικού επαγγέλματος και η επαναφορά του στο επίπεδο του κοινωνικού λειτουργήματος. Είναι επιτακτική η **αντιμετώπιση του ιατρικού πληθωρισμού**, με ριζική μείωση των μεταγραφών στις Ιατρικές Σχολές, με την καθιέρωση πανελλαδικών εξετάσεων για την άσκηση του επαγγέλματος και την χορήγηση ιατρικής ειδικότητας σε συνεργασία με τους αντίστοιχους επιστημονικούς συλλόγους.

ΠΡΟΤΑΣΗ 26: Οι γιατροί των κρατικών νοσοκομείων είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ο Ε.Φ.Υ. θα πρέπει να

εκπονήσει **σύστημα κρίσεων των γιατρών**, το οποίο θα βασίζεται σε αντικειμενικές και αδιάβλητες διαδικασίες.

ΠΡΟΤΑΣΗ 27: Στους γιατρούς των κρατικών νοσοκομείων θα επιτρέπεται η παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας υπηρεσιών, **μετά το υποχρεωτικό ωράριο εργασίας, εντός του χώρου του νοσοκομείου**, με βάση τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν.2519/97. Με απόφαση του Δ.Σ. του κάθε νοσοκομείου θα ορίζεται ο τρόπος κατανομής των πρόσθετων εσόδων μεταξύ γιατρού επιλογής του ασθενούς, τους λοιπούς γιατρούς, το λοιπό προσωπικό και το νοσοκομείο.

ΠΡΟΤΑΣΗ 28: Για τους Γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο Ε.Φ.Υ. θα πρέπει να εκπονήσει ένα νέο πλαίσιο συνεργασίας που θα έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- οι συμβάσεις εργασίας θα είναι αορίστου χρόνου, με πλήρη διασφάλιση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων των γιατρών.
- Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα συμβάλλονται με τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας του Ε.Φ.Υ.
- θα υπάρχει σύστημα κινήτρων για την αύξηση της αποδοτικότητας των γιατρών.

ΠΡΟΤΑΣΗ 29: Ο Ε.Φ.Υ. θα μπορούσε να εκπονήσει πιλοτικό σχήμα που να δίνει την δυνατότητα σε **Ομάδες Γιατρών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης να δημιουργήσουν κοινοπραξία** και να αναλάβουν την λειτουργία Μονάδας Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, με βάση τις προδιαγραφές ποιότητας και λειτουργίας που θα εκπονήσει ο Ε.Φ.Υ.

Ε. Φάρμακα

Για την κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα αρκεί η αναφορά δύο στατιστικών:

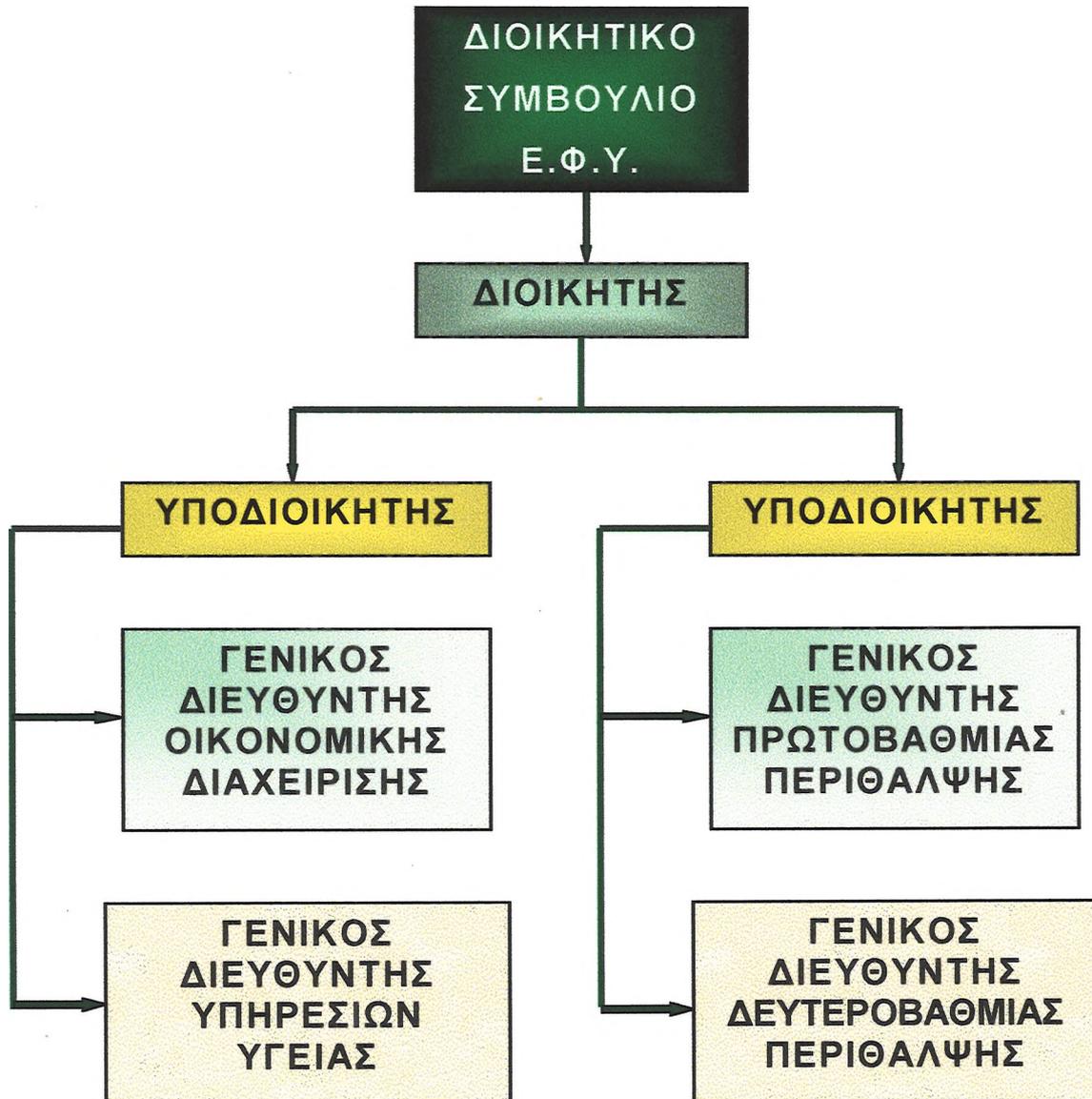
- α.** Η δαπάνη για φάρμακα είναι η δεύτερη μεγαλύτερη σε επίπεδο ΟΟΣΑ (Ελλάδα: 1,9% του ΑΕΠ, Μ.Ο. για ΟΟΣΑ: 1,3% του ΑΕΠ)
- β.** Η κατανάλωση σκευασμάτων φαρμάκων είναι 26,5 κουτιά κατά κεφαλή για Ελλάδα, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 14,4 κουτιά.

Δεν είναι λοιπόν παράξενο που η Επιτροπή των ξένων εμπειρογνομόνων, το 1994, εκτίμησε ότι με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων θα ήταν δυνατή η κατά 50% μείωση στη συνολική δαπάνη για φάρμακα.

ΠΡΟΤΑΣΗ 30: Προτείνεται η κλιμάκωση της εφαρμογής μιας σειράς μέτρων που θα στοχεύουν στη μεσοπρόθεσμη μείωση της συνολικής δαπάνης για φάρμακα:

- Το Εθνικό Συνταγολόγιο θα πρέπει να ανανεώνεται κάθε 6μηνο, με υποχρεωτικό χαρακτήρα για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τα νοσοκομεία.
- Η πολιτική των «αντιγράφων» πρέπει να αναθεωρηθεί ώστε να καλύπτει τις ανάγκες των νοσοκομείων και των ταμείων, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα ισοδύναμα με τα πρωτότυπα σκευάσματα.
- Θα πρέπει να επιδιωχθεί η πλήρης μηχανογράφηση της σχέσης των ασφαλιστικών ταμείων (δηλαδή, του Ε.Φ.Υ.) και των φαρμακείων, με βάση την διεθνή τεχνογνωσία. Ήδη το Ι.Κ.Α. ετοιμάζει ειδικό επιχειρησιακό σχέδιο για την **δωρεάν εγκατάσταση Hardware και Software σε όλα τα συνεργαζόμενα φαρμακεία**, με στόχο την άμεση πληροφόρηση για: τα στοιχεία του ασφαλισμένου, τη διάγνωση, τον γιατρό που συνταγογραφεί, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και τις τιμές τους, καθώς και το φαρμακείο που εκτελεί την συνταγή.

VI. ΒΑΣΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ Ε.Φ.Υ.



VII. ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- **Μακροοικονομική Αποδοτικότητα**

Βραχυπρόθεσμα, η ολοκλήρωση της οργάνωσης και λειτουργίας του Ε.Φ.Υ. θα οδηγήσει σε δραστική μείωση της σπατάλης, η οποία εκτιμάται σε τουλάχιστον 20% των συνολικών δαπανών υγείας.

Μακροπρόθεσμα, η λειτουργία του Ε.Φ.Υ. θα οδηγήσει σε **σημαντικό έλεγχο των αυξητικών τάσεων** στις δαπάνες του συστήματος υγείας. Οι εγγενείς παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας βρίσκονται ήδη σε εξέλιξη σε όλες τις δυτικές κοινωνίες. Εάν στους παράγοντες αυτούς προστεθεί και το οργανωτικό χάος, τότε η κατάσταση θα γίνει ανεξέλεγκτη.

- **Μικροοικονομική αποδοτικότητα**

Με την μετατροπή των **νοσοκομείων** σε Ν.Π.Ι.Δ. και με την εγκατάσταση λογιστηρίων και συστημάτων διαχείρισης ανώνυμης εταιρίας, θα βελτιωθούν γρήγορα και θεαματικά τόσο οι χρηματοοικονομικοί δείκτες των νοσοκομείων, όσο και, κυρίως, το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών.

Όσον αφορά τις **πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας**, αυτές θα παρακολουθούνται σαν χωριστά **κέντρα κόστους**. Παράλληλα, με την εφαρμογή του Συστήματος Managed Care θα ελέγχεται η πλήρης αξιοποίηση του εξοπλισμού τους, καθώς και ο βαθμός απασχόλησης των γιατρών.

- **Ενίσχυση δημόσιας υγείας**

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας κυρίως μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και η παροχή **ενός επαρκούς και ομοιόμορφου πακέτου καλύψεων στο 90% του πληθυσμού**, θα συντελέσουν στην ενίσχυση του χαρακτήρα της δημόσιας υγείας και θα συμβάλλουν στην κοινωνική συνοχή.

- **Ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας**

Το σύνολο των πολιτών της χώρας θα έχει τις ίδιες δυνατότητες πρόσβασης τόσο σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας όσο και στα νοσοκομεία. Ελάχιστες ελλείψεις υπάρχουν πλέον στις ιατρικές υποδομές της χώρας.

- **Ποιότητα υπηρεσιών υγείας**

Εάν η επάρκεια των υποδομών υγείας συνδυασθεί και με ένα επαρκές επίπεδο υπηρεσιών, τότε το επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών θα αυξηθεί σημαντικά. Αυτό θα επιτευχθεί με τον απεγκλωβισμό των νοσοκομείων από το δημόσιο λογιστικό και την μετατροπή τους σε σύγχρονες ανώνυμες εταιρίες, με την παροχή των κατάλληλων οικονομικών κινήτρων στους νοσοκομειακούς γιατρούς, καθώς και με την λειτουργία των συστημάτων Managed Care. Εάν

υλοποιηθούν τα παραπάνω, τότε οι υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα θα είναι πολύ ανώτερες από τις αντίστοιχες οποιουδήποτε ιδιωτικού φορέα.

- **Απλοποίηση διαδικασιών**

Στη θέση του σημερινού συστήματος των εκατοντάδων κλάδων ασθένειας και της ασύλληπτης ποικιλίας ασφαλιστικών καλύψεων, το προτεινόμενο σχήμα του Ε.Φ.Υ. θα προσφέρει ομοιόμορφη κάλυψη σε όλους τους πολίτες, με ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Η απλοποίηση των διαδικασιών και η βελτίωση της κατανόησης του νέου συστήματος εκ μέρους των πολιτών θα αποτελέσει τεράστιο κοινωνικό όφελος.

Επιπλέον, θα απελευθερωθούν χιλιάδες εργαζόμενοι του τομέα υγείας οι οποίοι σήμερα ασχολούνται με ασήμαντα γραφειοκρατικά – διεκπεραιωτικά καθήκοντα. Οι εργαζόμενοι αυτοί θα μπορούσαν να κατευθυνθούν στην προσφορά ουσιαστικών νέων υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους.