



# ΥΓΕΙΑ

## Αναδόμηση και ανασχεδιασμός λειτουργίας

Κύριος Ερευνητής:  
Μιλτιάδης Νεκτάριος  
Καθηγητής Ασφαλιστικής Επιστήμης  
Πανεπιστήμιο Πειραιώς



ΕΛΛΑΔΑ 2021  
Ατζέντα για την ελευθερία και την ευημερία



## ΥΓΕΙΑ

### Αναδόμηση και ανασχεδιασμός λειτουργίας:

- Αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας με επικέντρωση στην εκπόνηση της εθνικής πολιτικής υγείας, την πιστοποίηση των υποδομών υγείας και την αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού.
- Δημιουργία νέου ΕΣΥ ως Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και υπαγωγή σ' αυτό των κρατικών νοσοκομείων και των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με τη μορφή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
- Συγκέντρωση των δημόσιων πόρων υγείας (κρατική χρηματοδότηση και ασφαλιστικές εισφορές) στον ΕΟΠΥΥ και αξιοποίηση των μοναδικών χαρακτηριστικών του για τον επηρεασμό της δράσης όλων των δημόσιων και ιδιωτικών προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας.
- Δημιουργία εσωτερικής αγοράς υπηρεσιών υγείας.
- Ενίσχυση της σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην υγεία και ενίσχυση της ροής των πόρων από το ιδιωτικό προς το δημόσιο σύστημα υγείας.

- Αύξηση της μέσης τεχνικής αποδοτικότητας των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων στο 90% από το 60% που είναι σήμερα, με τους ίδιους πόρους. Η αύξηση αυτή θα επιτρέψει τη χωρίς πρόσθετη χρηματοδότηση, πλήρη απορρόφηση από το ΕΣΥ του κόστους περίθαλψης των ανέργων (€556 εκατομμύρια το 2017).
- Δραστική αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα και της πρόσβασης των πολιτών στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας μέσα από το Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικής Υγείας.
- Μείωση της συνολικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών για ιδιωτικές δαπάνες υγείας στο 15% των συνολικών δαπανών, από 40% που είναι σήμερα (ο μέσος όρος της ΕΕ είναι στο 10%).
- Σημαντική αύξηση των εισροών από την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά της τάξης των εκατοντάδων εκατομμυρίων ευρώ.

# Εισαγωγή

Τη γενική εικόνα του συστήματος υγείας της χώρας μπορούν να συνοψίσουν παραστατικά τα εξής δύο δεδομένα που ισχύουν διαχρονικά:

- Το ελληνικό σύστημα υγείας ταξινομείται μεταξύ των χειρότερων στην ΕΕ και τον ΟΟΣΑ. Βάσει των στοιχείων του ΟΟΣΑ για την αξιολόγηση από τους πολίτες<sup>1</sup> το ελληνικό σύστημα υγείας καταλαμβάνει το 2016 τη χειρότερη θέση μεταξύ των χωρών του οργανισμού με μόλις 30% θετικές γνώμες, ενώ το 2007 το σχετικό ποσοστό ήταν 50% (και πάλι το χαμηλότερο). Το αντίστοιχο μέσο ποσοστό ικανοποίησης για τις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 70% τόσο το 2007, όσο και το 2016. Τα ίδια αποτελέσματα συνάγονται και βάσει των τυποποιημένων δεικτών της ΕΕ για τις υπηρεσίες υγείας.<sup>2</sup>
- Οι Έλληνες υφίστανται τη μεγαλύτερη επιβάρυνση για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε σχέση με όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ αφού ληφθεί υπόψη η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης των δαπανών αυτών. Η συνολική επιβάρυνση των νοικοκυριών ανέρχεται στο 40% της συνολικής δαπάνης υγείας. Η τεράστια αυτή επιβάρυνση μειώνεται μόνο κατά 6% μετά την αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, καθώς μόλις το 15% των Ελλήνων διαθέτει τέτοια ασφάλιση.<sup>3</sup>

Οι δαπάνες υγείας μάλιστα, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς, αναμένεται να αυξηθούν σημαντικά στο μέλλον λόγω παραγόντων όπως η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής.

Είναι συνεπώς επιτακτική η ανάγκη τόσο για αποδοτικότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων, όσο και για τον σχεδιασμό ενός νέου ισοζυγίου κατανομής των δαπανών μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Στην κατεύθυνση αυτή, το πρώτο μέρος της μελέτης αφορά προτάσεις για τον εκσυγχρονισμό και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας της χώρας, ενώ το δεύτερο μέρος περιγράφει τα βασικά χαρακτηριστικά ενός προγράμματος σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με βάση το γαλλικό μοντέλο.

---

1 Τελευταία θέση στον ΟΟΣΑ [https://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2017\\_gov\\_glance-2017-en](https://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2017_gov_glance-2017-en).

2 Βλ. χαρακτηριστικά τον δείκτη Euro Health Consumer Index 2017 <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>

3 Συγκριτικά, στη Γαλλία οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 25% των συνολικών δαπανών, αλλά μετά την παρέμβαση της ιδιωτικής ασφάλισης το τελικό ποσοστό που βαρύνει τα νοικοκυριά περιορίζεται στο 10%.

Η πρόταση που παρουσιάζεται στις επόμενες σελίδες, ενώ διατηρεί τη βασική δομή του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στοχεύει σε μια εκτεταμένη αναδόμηση τόσο της πλευράς της ζήτησης, όσο και της πλευράς της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

Οι προτεινόμενες αλλαγές δεν θα χρειαστούν συνολικά πρόσθετη χρηματοδότηση. Αντίθετα, η επιτυχής εφαρμογή τους θα αποκαλύψει το αναξιοποίητο δυναμικό του συστήματος υγείας, επιτρέποντας για παράδειγμα την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ανέργους χωρίς πρόσθετη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επιπλέον, η αναμενόμενη βελτίωση της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων θα προκαλέσει σημαντική αύξηση των εισροών από την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά.

# Προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις

## 1. Δημιουργία εσωτερικής αγοράς στον τομέα υγείας

Η δημιουργία μιας εσωτερικής αγοράς στον τομέα της υγείας βρίσκεται στο κέντρο της πρότασής μας για την αναδόμηση του συστήματος υγείας της χώρας.

Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η θέσπιση και λειτουργία ενός νέου φορέα «ΕΣΥ ΝΠΔΔ», ο οποίος θα είναι η μητρική εταιρία όλων των δημόσιων νοσοκομείων (τα οποία θα λειτουργούν με τη μορφή Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα), καθώς και όλων των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας.

Στην πλευρά της ζήτησης, προτείνεται η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ βάσει των προδιαγραφών ενός σύγχρονου ασφαλιστικού οργανισμού υγείας που θα αγοράζει υπηρεσίες υγείας από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα αξιολογώντας κόστος και ποιότητα.

Η δημιουργία αυτής της εσωτερικής αγοράς προϋποθέτει την επιτυχή υλοποίηση των προτεινόμενων παρεμβάσεων που περιγράφονται στις επόμενες σελίδες.

### Εκτιμώμενη επίδραση:

Όπως καταδεικνύει η διεθνής εμπειρία, η επιτυχής λειτουργία μιας τέτοιας αγοράς θα δημιουργήσει σημαντικά κίνητρα για την αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων και τη βελτίωση της παραγωγικότητας στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Ταυτόχρονα, ο ΕΟΠΥΥ θα μπορεί να εκμεταλλευτεί την μονοφωνιακή του ισχύ για να αντλήσει οφέλη από το αναξιοποίητο δυναμικό του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα υγείας για την προμήθεια πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας.



# A. Παρεμβάσεις στην πλευρά της προσφοράς

## 2. Νέος στρατηγικός ρόλος για το Υπουργείο Υγείας: Επικέντρωση στην εφαρμογή της στρατηγικής για τη δημόσια υγεία και την περιοδική πιστοποίηση υποδομών και προσωπικού

Προτείνεται ο εξορθολογισμός του ρόλου του Υπουργείου Υγείας πάνω στους παρακάτω κύριους στρατηγικούς άξονες:

- Τον καθορισμό της νέας κατανομής των δαπανών και κινδύνων μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.
- Τη διαμόρφωση του νέου πακέτου των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.
- Τον σχεδιασμό της παροχής των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
- Την ολοκλήρωση και επικαιροποίηση του Εθνικού Χάρτη Υγείας, με έμφαση στις μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας.
- Την εκπόνηση μακροπρόθεσμου σχεδίου για τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας.
- Την ταχεία και αμερόληπτη πιστοποίηση όλων των προμηθευτών υγείας, δημόσιων και ιδιωτικών, σε συνεργασία με σχετικούς ευρωπαϊκούς οργανισμούς, διαδικασία που θα πρέπει να επαναλαμβάνεται σε περιοδική βάση.
- Τη θέσπιση και εφαρμογή μόνιμης διαδικασίας περιοδικής αξιολόγησης του ιατρικού δυναμικού της χώρας.

## 3. Ίδρυση και λειτουργία νέου ΕΣΥ ως Νομικού Προσώπου Δημόσιου Δικαίου

Προτείνεται η θέσπιση ενός νέου οργανισμού, του ΕΣΥ ΝΠΙΔΔ, που θα λειτουργεί ως μητρική εταιρία και θα αναλάβει την οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία της προσφοράς δημόσιων υπηρεσιών υγείας, και στον οποίο θα υπαχθούν τα κρατικά νοσοκομεία και οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Οι δημόσιες υποδομές υγείας θα ταξινομηθούν κατά Υγειονομική Περιφέρεια, βάσει του Εθνικού Χάρτη Υγείας. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια θα συσταθεί ένα μη κερδοσκοπικό Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

(ΝΠΙΔ) που θα περιλαμβάνει τα νοσοκομεία και τις πρωτοβάθμιες μονάδες της περιφέρειας.

Η δημιουργία μιας εταιρίας συμμετοχών που θα είναι υπεύθυνη για την διοίκηση, οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων εκτιμάται ότι θα οδηγήσει στη μεγιστοποίηση των αναμενόμενων θετικών αποτελεσμάτων υπό την προϋπόθεση ότι ταυτόχρονα θα συμβάλλει στην αποπολιτικοποίηση της δημόσιας υγείας. Μια τέτοια εξέλιξη θα επιτρέψει την στελέχωση τόσο της εταιρίας συμμετοχών όσο και των ΝΠΙΔ με ολιγάριθμο προσωπικό υψηλού επιπέδου. Τα επιτελικά στελέχη στο προτεινόμενο σχήμα και σε πανελλαδική κλίμακα δεν θα υπερβούν τα 40 άτομα. Εάν αυτά τα στελέχη επιλεγούν χωρίς πολιτικές παρεμβάσεις, τότε σε σύντομο χρονικό διάστημα θα εμφανιστούν θεαματικές βελτιώσεις στην καθημερινή λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων και, κατ' επέκταση, στην ικανοποίηση των πολιτών.

### Εκτιμώμενη επίδραση:

Το προτεινόμενο σχήμα αποτελεί μια σύγχρονη, διεθνώς καταξιωμένη, ευέλικτη και αποτελεσματική εταιρική δομή που θα βελτιώσει τις δομές διοίκησης, οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, θα μεγιστοποιήσει την αποδοτικότητα της χρήσης των πόρων, και θα συμβάλλει στην αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών.



#### **4. Βελτίωση της αποδοτικότητας των κρατικών νοσοκομείων μέσω της μετατροπής τους σε θυγατρικές εταιρίες του ΕΣΥ ΝΠΔΔ**

Σύμφωνα με την πρόσφατη σχετική έρευνα του Πανεπιστημίου Πειραιώς (Xenos et al., 2018), η μέση τεχνική αποδοτικότητα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων την περίοδο 2012-2016 ήταν μόλις 60%,<sup>4</sup> πράγμα που σημαίνει ότι μπορεί να παραχθεί 40% μεγαλύτερη ποσότητα προϊόντος με τους ίδιους πόρους.

Η βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων μπορεί να προέλθει από τη βελτίωση της διοίκησής τους και την καλύτερη διαχείριση των υφιστάμενων εξοπλισμών και του προσωπικού. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η επίτευξη του στόχου αυτού απαιτεί κατάλληλους θεσμούς οργάνωσης και λειτουργίας.

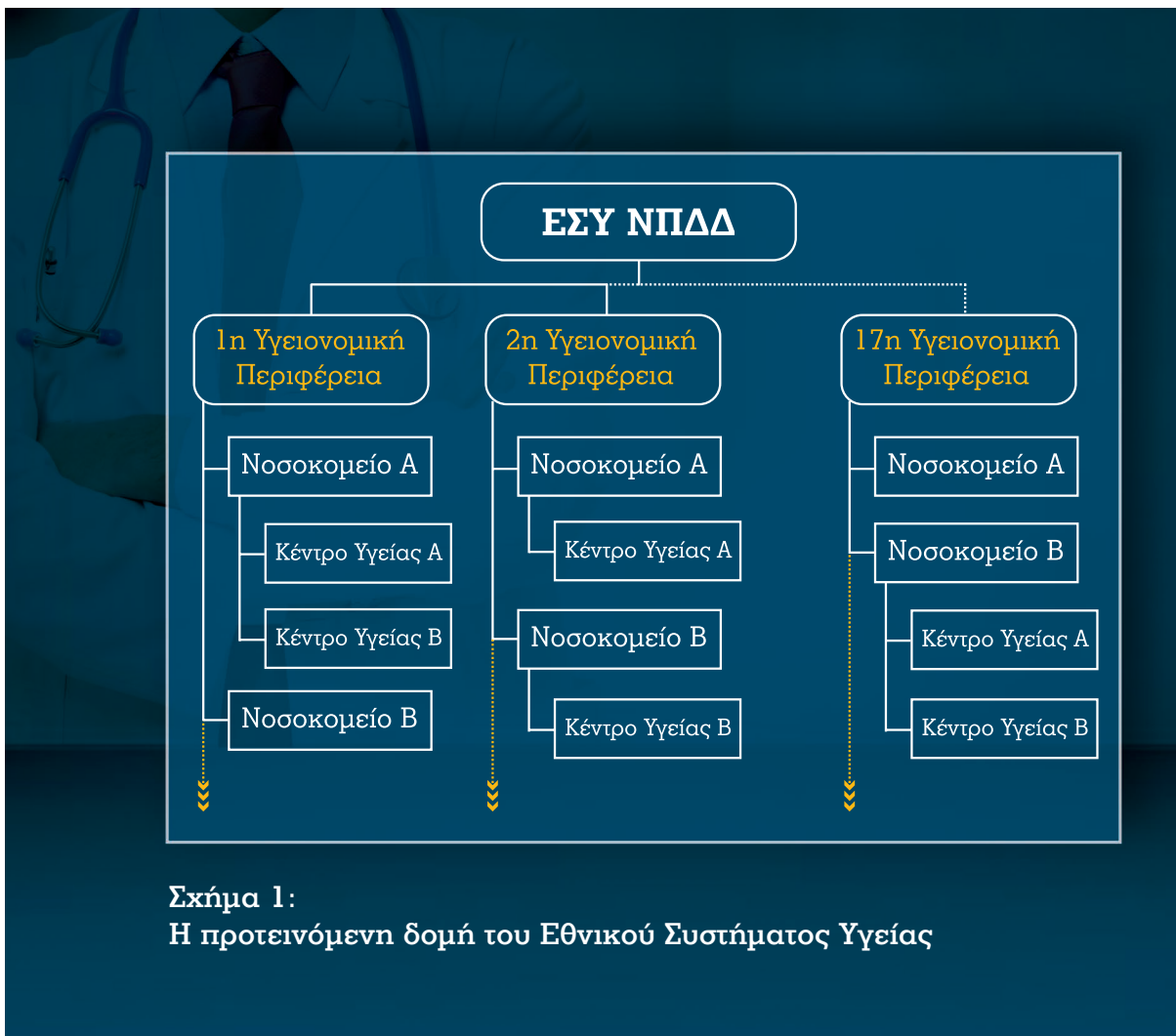
Στην κατεύθυνση αυτή, προτείνεται η αλλαγή της νομικής μορφής των νοσοκομείων και η μετατροπή τους σε θυγατρικές εταιρίες του ΕΣΥ ΝΠΔΔ ως Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, κατά το επικρατέστερο ευρωπαϊκό πρότυπο.

Οι δημόσιες υποδομές υγείας θα ταξινομηθούν κατά Υγειονομική Περιφέρεια, βάσει του Εθνικού Χάρτη Υγείας. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια θα συσταθεί ένα μη κερδοσκοπικό Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) που θα περιλαμβάνει τα νοσοκομεία και τις πρωτοβάθμιες μονάδες της περιφέρειας. Θα δημιουργηθούν δηλαδή τελικά 15-17 θυγατρικές εταιρίες του ΕΣΥ ΝΠΔΔ που θα καλύπτουν όλη την χώρα με ένα σύγχρονο δίκτυο υγείας, τοπικά αυτόνομο αλλά υπαγόμενο στον κεντρικό έλεγχο και την εποπεία του ΕΣΥ ΝΠΔΔ, όπως διαγραμματικά απεικονίζεται στο Σχήμα 1.

Η εξέλιξη αυτή θα διευκολύνει την ανάπτυξη ενός Ενιαίου Κλαδικού Προτύπου Λογιστικής και Διοικητικής Οργάνωσης Νοσοκομείων ΕΣΥ, καθώς και τη λειτουργία νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών για τον αποτελεσματικό προγραμματισμό και την υλοποίηση των προμηθειών των νοσοκομείων από το ΕΣΥ ΝΠΔΔ και τη μείωση των δαπανών.

---

4 Η έρευνα κατέδειξε μεγάλη διασπορά των αποτελεσμάτων ανάλογα με την περιφέρεια στην οποία ανήκουν τα νοσοκομεία, καθώς και μεγαλύτερους δείκτες αποδοτικότητας για τα μεγάλα και πανεπιστημιακά νοσοκομεία.



**Σχήμα 1:**  
**Η προτεινόμενη δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Τα νοσοκομεία θα υποχρεωθούν έτσι να εγκαταστήσουν σύγχρονα λογιστήρια και συστήματα διοικητικής πληροφόρησης, τα οποία θα βασίζονται σε Ενιαίο Κλαδικό Πρότυπο, θα δημοσιεύουν ισολογισμούς και αποτελέσματα χρήσεως, θα μπορούν να κοστολογούν τις υπηρεσίες τους, και θα είναι σε θέση να παρακολουθούν σε ημερήσια βάση το σύνολο των δραστηριοτήτων τους.

Τόσο η πλήρης μηχανοργάνωση των νοσοκομείων, όσο και η λειτουργία ενός νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών του τομέα υγείας μπορούν να ολοκληρωθούν σε λιγότερο από ένα έτος.

## Εκτιμώμενη επίδραση:

Η προτεινόμενη μετατροπή των νοσοκομείων σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα εκτιμάται ότι:

- Επιτρέπει τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των εργαζομένων.
- Επιτρέπει την εφαρμογή ειδικής διαδικασίας επιλογής των διοικήσεων των νοσοκομείων με ανάμειξη του ΑΣΕΠ και τον αποκλεισμό πολιτικών παρεμβάσεων.
- Θα προσελκύσει αξιόλογα και έμπειρα στελέχη από τον ιδιωτικό τομέα.
- Δίνει τη δυνατότητα ανάθεσης της διοίκησης νοσοκομείων σε εξειδικευμένες εταιρίες, όπως ισχύει στο εξωτερικό.
- Ενισχύει την αποτελεσματικότητα και τη διαφάνεια.
- Επιτρέπει την υπέρβαση των αγκυλώσεων του ενιαίου μισθολογίου του δημοσίου και τη θέσπιση κινήτρων οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας που θα διαφοροποιήσουν τις αμοιβές των γιατρών, των νοσηλευτών και των διοικητικών υπαλλήλων, με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας.<sup>5</sup>
- Βελτιώνει τις παρεχόμενες υπηρεσίες επιτρέποντας μεγαλύτερη προσέλευση ασθενών, περιορισμό των δαπανών στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και μείωση της σπατάλης.
- Θα συμβάλλει στη μεγάλη αύξηση των εισροών από την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά (η οποία σύντομα θα προσεγγίσει το €1 δισεκατομμύριο σε ασφάλιστρα υγείας), καθώς οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες θα

5 Για την επίτευξη του κρίσιμου αυτού στόχου προτείνονται οι εξής ενέργειες:  
(α) κάθε μονάδα παραγωγής του νοσοκομείου ή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανακοινώνει σε μηνιαία βάση το διαθέσιμο standard capacity της μονάδας,  
(β) εφόσον η τελική παραγωγή κινείται μέχρι το όριο αυτό, οι αμοιβές των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού καλύπτονται από τον βασικό μισθό,  
(γ) εάν η παραγωγή υπερβεί τον προβλεπόμενο στόχο, τότε τα επιπλέον έσοδα κατανέμονται με βάση σχετική συλλογική σύμβαση που θα έχει συναφθεί μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών.

αποκτήσουν μια σοβαρή εναλλακτική λύση έναντι των ιδιωτικών νοσοκομείων.

- Η αποτελεσματική αξιοποίηση της δυναμικότητας των δημόσιων νοσοκομείων θα οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων που θα επιτρέψει, για παράδειγμα, τη χωρίς πρόσθετη κρατική χρηματοδότηση, πλήρη απορρόφηση από το ΕΣΥ του συνολικού κόστους περίθαλψης των ανέργων.<sup>6</sup>

## 5. Εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Προτείνεται η θεμελίωση του νέου σχεδιασμού σε τρεις πυλώνες:

- τον Εθνικό Χάρτη Υγείας,
- τις υφιστάμενες δημόσιες πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας, και
- τη διαθεσιμότητα του ιδιωτικού τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Οι δημόσιες πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας προτείνεται να διασυνδεθούν με τα νοσοκομεία που θα βρίσκονται στην περιοχή τους και να υπάγονται οργανικά σ' αυτά. Ειδική μέριμνα πρέπει να δοθεί στον χειρισμό των χρόνιων παθήσεων,<sup>7</sup> με ειδική γεωγραφική κατανομή των αντίστοιχων δημόσιων πρωτοβάθμιων μονάδων για την υποδοχή και αποτελεσματική εξυπηρέτηση των ασθενών.

Για τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΕΣΥ ΝΠΔΔ προτείνεται η χρήση ενός ενιαίου μοντέλου οργάνωσης και λειτουργίας, με στόχο τη διασφάλιση της ανταγωνιστικότητάς τους έναντι των αντίστοιχων ιδιωτικών μονάδων.

Ορισμένα από τα υφιστάμενα κέντρα υγείας ή αγροτικά ιατρεία μπορούν να παραχωρηθούν σε κοινοπραξίες γιατρών με τη μορφή leasing του κτηρίου και του εξοπλισμού και να λειτουργούν πλέον ως ιδιωτικές εταιρίες υπό την εποπτεία του ΕΣΥ ΝΠΔΔ. Οι συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ μονάδες

6 Το 2017, το κόστος αυτό ανήλθε σε €556 εκατομμύρια (€165 εκατ. για φάρμακα + €56 εκατ. για πρωτοβάθμια περίθαλψη + €185 εκατ. για ιατρικές υπηρεσίες + €150 εκατ. για νοσοκομειακές υπηρεσίες). Ο πληθυσμός των ανέργων ήταν 2.120.000 άτομα, από τα οποία 840.000 χρειάστηκαν περίθαλψη κατά τη διάρκεια του έτους.

7 Σήμερα 10 κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων απορροφούν το 70% των δαπανών υγείας.

πρωτοβάθμιας φροντίδας, δημόσιες ή ιδιωτικές, θα αμείβονται με βάση τη μέθοδο του capitation (προαγορά υπηρεσιών με μετακίνηση ρίσκου στον προμηθευτή) για το συμφωνημένο πακέτο ασφαλιστικών καλύψεων.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα στη χώρα θα λειτουργεί με βάση το «Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικής Υγείας», που περιγράφεται στην ενότητα 7.

### Εκτιμώμενη επίδραση:

Το κόστος των προτεινόμενων παρεμβάσεων (εκτός του Συστήματος Ηλεκτρονικής Υγείας) εκτιμάται σε μερικές εκατοντάδες χιλιάδες ευρώ και θα καλυφθεί άμεσα από τον περιορισμό της προκλητικής ζήτησης και της υπερβολικής κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών.

## Β. Παρεμβάσεις στην πλευρά της ζήτησης

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αφορά πρωτίστως δημόσιες δαπάνες (ασφαλιστικά ταμεία υγείας και κρατικές ενισχύσεις για την κάλυψη της μισθοδοσίας και των ελλειμμάτων των δημόσιων υποδομών υγείας), και ακολούθως δαπάνες ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών και ιδιωτικές πληρωμές των πολιτών.

Στην Ελλάδα, μετά τις ρυθμίσεις των Μνημονίων, οι δύο βασικές πηγές δημόσιας χρηματοδότησης της υγείας προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (κατά 50%) και τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας (κατά 50%).

Οι δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού κατευθύνονται κυρίως στην κάλυψη της μισθοδοσίας<sup>8</sup> και των ελλειμμάτων των κρατικών νοσοκομείων, καθώς και σε επενδύσεις παγίου κεφαλαίου.

Οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων καλύπτουν τις αγορές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας (27%), νοσοκομειακής (42%), και φαρμακευτικής περίθαλψης (31%).

Ενώ διαχρονικά στην Ελλάδα η έμφαση δίνεται στην πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας με επενδύσεις σε νοσοκομεία και εξοπλισμούς, ποτέ δεν δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στις δυνατότητες που προσφέρει η πλευρά της ζήτησης. Ακόμα και μετά την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, δεν ενεργοποιήθηκαν οι δυνατότητες του οργανισμού να επηρεάσει τα κίνητρα και τις συμπεριφορές των ομάδων συμφερόντων του τομέα υγείας, σε αντίθεση με όσα ισχύουν σε όλα τα σύγχρονα συστήματα υγείας διεθνώς.

Στο πλαίσιο της δημιουργίας μιας εσωτερικής αγοράς στο δημόσιο σύστημα υγείας, προτείνεται η αξιοποίηση των μοναδικών χαρακτηριστικών του ΕΟΠΥΥ για τον επηρεασμό της δράσης όλων των δημόσιων και ιδιωτικών προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Η εφαρμογή αυτής της παρέμβασης αναμένεται να αποδώσει σε σύντομο χρονικό διάστημα θεαματικά αποτελέσματα σε ό,τι αφορά τη βελτίωση των υπηρεσιών και τον έλεγχο του κόστους.

Προϋπόθεση της επιτυχούς δημιουργίας της εσωτερικής αγοράς είναι η έγκαιρη υλοποίηση των παρακάτω έργων:

1. Συγκέντρωση της χρηματοδότησης στον ΕΟΠΥΥ.
2. Δημιουργία Εθνικού Συστήματος Ηλεκτρονικής Υγείας.
3. Εγκατάσταση διαδικασιών Managed Care.

---

8 Οι υπόλοιπες δαπάνες υποτίθεται ότι πρέπει να καλύπτονται από τα γενικά έσοδα των νοσοκομείων.



## 6. Συγκέντρωση της χρηματοδότησης στον ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ ως κατεξοχήν φορέας κοινωνικής ασφάλισης υγείας προτείνεται να υπαχθεί στο Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα κύρια έσοδα του ΕΟΠΥΥ θα προέρχονται από τις τακτικές ασφαλιστικές εισφορές. Μετά από μια μεταβατική περίοδο, οι επιχορηγήσεις του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία θα αποδίδονται στον ΕΟΠΥΥ και όχι στα νοσοκομεία. Για μια μεταβατική περίοδο πέντε ετών, το κράτος θα συνεχίζει να καλύπτει τη μισθοδοσία των δημόσιων νοσοκομείων μέσω του ΕΣΥ ΝΠΔΔ, ούτως ώστε μετά από αυτή τη μεταβατική περίοδο προσαρμογής να μπορούν να λειτουργούν ως κανονικοί προμηθευτές υπηρεσιών υγείας στην εσωτερική αγορά που θα δημιουργηθεί από τον ΕΟΠΥΥ και το ΕΣΥ ΝΠΔΔ.

Στο πλαίσιο αυτό, πρώτη προτεραιότητα του ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να είναι η κοστολόγηση του νέου πακέτου δημόσιων υπηρεσιών υγείας που θα καθορίσει το Υπουργείο Υγείας στη βάση λεπτομερούς και μακροπρόθεσμης αναλογιστικής μελέτης των οικονομικών του Οργανισμού. Από την μελέτη αυτή θα προκύψουν οι απαιτούμενες ασφαλιστικές εισφορές καθώς και οι απαιτούμενοι πόροι από τον κρατικό προϋπολογισμό, σε μακροπρόθεσμη βάση.

Σε ό,τι αφορά την ασφάλιση των ανέργων, προτείνεται το κράτος να καταβάλλει στον ΕΟΠΥΥ τα απαιτούμενα ποσά για το συμφωνημένο πακέτο υπηρεσιών υγείας.

### Εκτιμώμενη επίδραση:

Με την ενεργοποίηση των προτεινόμενων δράσεων, στο πλαίσιο της εσωτερικής αγοράς υγείας τα περισσότερα νοσοκομεία του ΕΣΥ ΝΠΔΔ θα καταστούν απολύτως ανταγωνιστικά προς τα ιδιωτικά και θα είναι σε θέση να προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας σε ανταγωνιστικές τιμές.

Η εξέλιξη αυτή θα προσελκύσει μεγάλο όγκο εργασιών και εσόδων από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας η οποία αναζητά εναλλακτικές λύσεις έναντι των ιδιωτικών νοσοκομείων.

## 7. Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικής Υγείας

Προτείνεται ο σχεδιασμός και η λειτουργία Εθνικού Συστήματος Ηλεκτρονικής Υγείας το οποίο οργανικά θα ανήκει στον ΕΟΠΥΥ και θα λειτουργεί ως σημείο επαφής του πολίτη με το δημόσιο σύστημα υγείας.<sup>9</sup>

Η εφαρμογή της δράσης αυτής θα καταστήσει περιττή τη συζήτηση για δίκτυα προσωπικών ή οικογενειακών ιατρών (ο ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να απασχολήσει με ειδικούς όρους τέτοιο προσωπικό σε ειδικές περιπτώσεις ή σε απομακρυσμένες περιοχές).

Το Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικής Υγείας, στο οποίο θα έχουν ελεύθερη πρόσβαση όλοι οι πολίτες και με το οποίο θα συνδεθούν ηλεκτρονικά όλοι οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ προμηθευτές υγείας, θα λειτουργεί διαρκώς (24 ώρες/365 ημέρες), θα καλύπτει όλη τη χώρα και θα απασχολεί κυρίως ιατρικό προσωπικό.

Οι προμηθευτές (συμβεβλημένοι ιατροί, διαγνωστικά κέντρα, νοσοκομειακές κλινικές) θα ενημερώνουν μηνιαίως για την ποσότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας που μπορούν να προσφέρουν. Βάσει αυτής της πληροφόρησης, το ηλεκτρονικό σύστημα θα κατευθύνει τον ασθενή στην πλησιέστερη και καταλληλότερη ιατρική υποδομή, ώστε τα περιστατικά να καταλήγουν σε συγκεκριμένο ιατρικό ραντεβού ή εισαγωγή σε συγκεκριμένη κλινική σε γνωστό τόπο και χρόνο. Το σύστημα αυτό θα είναι ακόμα πιο χρήσιμο σε επείγουσες καταστάσεις καθώς θα εξαφανίσει τις ουρές στα κεντρικά νοσοκομεία.

Το ηλεκτρονικό σύστημα υγείας θα καταγράφει σε ημερήσια βάση όλες τις ιατρικές πράξεις και τα αποτελέσματά τους σε όλη τη χώρα, θα αποθηκεύει το ιατρικό ιστορικό των ασθενών (χωρίς να χρειάζονται πλέον κάρτες υγείας), και θα παρακολουθεί την πληρωμή των προσφερόμενων υπηρεσιών.

---

9 Επισημαίνεται ότι παρόμοιο σύστημα είχε εγκατασταθεί στο ΙΚΑ στην περίοδο 2001-2004 και εξυπηρέτούσε 6,5 εκατομμύρια ασφαλισμένους για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, διαχειριζόμενο 80.000 ιατρικά ραντεβού ημερησίως σε όλη τη χώρα. Μια τέτοια πληροφορική πλατφόρμα θα μπορούσε με την κατάλληλη αναβάθμιση να εξυπηρετήσει σήμερα το σύνολο των ασφαλισμένων.

## Εκτιμώμενη επίδραση:

Τα τελικά οφέλη από τη λειτουργία του συστήματος αυτού θα είναι:

- Η δραστική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα.
- Ο ημερήσιος έλεγχος όλων των απασχολούμενων και συμβεβλημένων ιατρών, της χρήσης όλων των ιατρικών εξοπλισμών, της ποσότητας και της ποιότητας των παραγόμενων υπηρεσιών όλων των κλινικών των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και των κέντρων υγείας.
- Η συγκέντρωση των ίδιων στοιχείων και για την αγορά υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα υγείας.
- Η εποπεία της εξόφλησης των τιμολογίων.

Το κόστος μιας τέτοιας ηλεκτρονικής υποδομής θα ανέλθει σε μερικά εκατομμύρια ευρώ, αλλά θα αποσβεσθεί τάχιστα από τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης και της υπερκατανάλωσης υπηρεσιών υγείας.

## 8. Εξορθολογισμός της διαδικασίας αγοράς υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΠΥ μέσω της εφαρμογής διαδικασιών *Managed Care*

Η σημερινή διαδικασία όπου ο ΕΟΠΠΥ αγοράζει υπηρεσίες υγείας με βάση το «κρατικό τιμολόγιο» έχει αποδειχθεί στην πράξη αναποτελεσματική.

Προκειμένου οι αγορές υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΠΥ να διασφαλίζουν τη γρήγορη πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας με συμφωνημένες τιμές εκ των προτέρων, προτείνεται:

- Για μια μεταβατική περίοδο πέντε ετών, η αγορά υπηρεσιών υγείας να γίνεται κατά προτεραιότητα από τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και τα νοσοκομεία του ΕΣΥ ΝΠΔΔ, ούτως ώστε να δοθεί χρόνος στις νέες διοικήσεις να εκσυγχρονίσουν την οργάνωση και τη λειτουργία τους.
- Στη συνέχεια, η διαδικασία αγοράς τόσο πρωτοβάθμιων, όσο και νοσοκομειακών υπηρεσιών να ανοίξει, με τις τιμές των υπηρεσιών υγείας να προκύπτουν από ανοιχτούς διαγωνισμούς.

Ο κύριος στόχος των συστημάτων *Managed Care* είναι ο περιορισμός

της προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, η οποία καθορίζεται μονοσήμαντα από τους προμηθευτές υγείας. Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα, η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Ηλεκτρονικής Υγείας θα μειώσει σημαντικά τέτοια φαινόμενα.

Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη τα πράγματα είναι δυσκολότερα. Ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να εγκαταστήσει ένα ηλεκτρονικό σύστημα παρακολούθησης σε πραγματικό χρόνο των ασφαλισμένων που εισάγονται στα δημόσια ή στα ιδιωτικά νοσοκομεία (auditing system of hospital actions) με στόχο τον περιορισμό της σπατάλης, την ταχεία οικονομική εκκαθάριση των λογαριασμών, και τη συγκριτική ανάλυση των υπηρεσιών που αγοράζει.

Τέλος, ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να εκσυγχρονίσει τη διαδικασία ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης, μετακινώντας την έμφασή του από τον λογιστικό στον ελεγκτικό ρόλο. Αυτό απαιτεί:

- Την πλήρη αναδιοργάνωση του ΕΟΦ.
- Την εντατική προώθηση των γενοσίων φαρμάκων.
- Μια συντονισμένη προσπάθεια συγχωνεύσεων των φαρμακείων της χώρας.

### Εκτιμώμενη επίδραση:

Η προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αναμένεται να μειωθεί σημαντικά.

Η ανοιχτή διαδικασία θα οδηγήσει σε άμεση και σημαντική εξοικονόμηση πόρων.

Δεδομένου του ότι τόσο τα νοσοκομεία του ΕΣΥ ΝΠΔΔ, όσο και τα ιδιωτικά νοσοκομεία θα εισπράτουν την ίδια αμοιβή με βάση τα ιατρικά πρωτόκολλα DRG (Κοινά Ενοποιημένα Νοσήλια – ΚΕΝ), θα υποχρεωθούν να αυξήσουν την αποδοτικότητά τους γιατί μειώνονται οι μέρες νοσηλείας και οι άσκοπες εξετάσεις.

Οι προτεινόμενες παρεμβάσεις δεν συνεπάγονται σοβαρές δαπάνες για την υλοποίησή τους, αντίθετα θα επιφέρουν άμεσα σημαντική εξοικονόμηση πόρων.

## Γ. Παρεμβάσεις με μεσοπρόθεσμο ορίζοντα

Στη μεταμνημονιακή περίοδο, η Ελλάδα οφείλει να εκπονήσει ένα μακροχρόνιο σχέδιο για τον τομέα της υγείας που θα βασίζεται σε ένα νέο ισοζύγιο στη διαχείριση των κινδύνων υγείας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

Στην κατεύθυνση αυτή πρέπει να ληφθεί υπόψη τόσο η επικείμενη δραστική επιδείνωση του δημογραφικού προβλήματος της χώρας, όσο και οι μελλοντικοί περιορισμοί της δυνατότητας κρατικής χρηματοδότησης, καθώς βάσει των μακροχρόνιων προβλέψεων τόσο του ΔΝΤ όσο και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το οικονομικό περιβάλλον στη χώρα τουλάχιστον σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα δεν αναμένεται να βελτιωθεί εντυπωσιακά.

Χαρακτηριστικό της περιόδου της Μεταπολίτευσης, είναι η επιδραστικότητα του μύθου της «δωρεάν» δημόσιας υγείας, παρά το γεγονός ότι οι πολίτες πληρώνουν από την τσέπη τους το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας σε σχέση με τις άλλες αναπτυγμένες χώρες.

Η μετακίνηση επιπλέον δαπανών υγείας στους πολίτες δεν αποτελεί βεβαίως ελληνική ιδιαιτερότητα. Συναντάται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, λόγω των δημοσιονομικών πιέσεων του δημογραφικού προβλήματος καθώς και των νέων διεθνών οικονομικών συνθηκών. Το πρόβλημα για την Ελλάδα έγκειται στο γεγονός ότι δεν έχουν αναπτυχθεί εναλλακτικοί ιδιωτικοί μηχανισμοί που θα προσφέρουν στους πολίτες ασφαλιστική κάλυψη με λογικό κόστος. Η στρέβλωση αυτή αντανακλάται με κραυγαλέο τρόπο στις υπερβολικά υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας που επιβαρύνουν σήμερα τα ελληνικά νοικοκυριά, χωρίς αυτά να έχουν ενημέρωση - ή δυνατότητα - για την αγορά χαμηλού κόστους ιδιωτικών ασφαλιστικών καλύψεων, οι οποίες θα προστάτευαν τα νοικοκυριά από καταστροφικές οικονομικές επιβαρύνσεις για ιατρικές υπηρεσίες.

### 9. Ασφάλιση των ιδιωτικών δαπανών υγείας: ΣΔΙΤ δημόσιου και ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς

Προτείνεται η δημιουργία ενός ΣΔΙΤ Υγείας μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και της ασφαλιστικής αγοράς, με την κατάλληλη προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα του αντίστοιχου γαλλικού μοντέλου, το οποίο έχει σχεδιαστεί ως συμπληρωματικός προς το δημόσιο σύστημα υγείας προαιρετικός ασφαλιστικός μηχανισμός. Η προτεινόμενη σύμπραξη του ΕΟΠΥΥ με την ιδιωτική

ασφαλιστική αγορά θα έχει τα εξής αντικείμενα:

- Τον καθορισμό του πακέτου υπηρεσιών υγείας που θα προσφέρουν σε προαιρετική βάση οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, ως συμπληρωματικού στο υποχρεωτικό πακέτο των ασφαλιστικών καλύψεων του ΕΟΠΥΥ.
- Τον έλεγχο ποιότητας των προμηθευτών υγείας.
- Τη διασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας.
- Τον έλεγχο της προκλητής ζήτησης των προμηθευτών υγείας.
- Την εκκαθάριση και πληρωμή των προμηθευτών, δημόσιων και ιδιωτικών.

Η ουσία της προτεινόμενης σύμπραξης αφορά την ασφαλιστική «πακετοποίηση» όλων των δαπανών υγείας που βαρύνουν τους πολίτες ως αφαιρετέες απαλλαγές (deductibles) και ποσοστά συνασφάλισης (co-insurance) για πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, καθώς και την ιδιωτική συμμετοχή στα φάρμακα, ιατρικά υλικά, γυαλιά όρασης, και οδοντιατρικές δαπάνες. Για παράδειγμα, το γαλλικό πακέτο συμπληρωματικής ασφάλισης περιλαμβάνει στις ιδιωτικές δαπάνες ένα ποσοστό 8% των νοσοκομειακών δαπανών, 28% των εξωνοσοκομειακών δαπανών, 35% για φάρμακα, 55% για ιατρικά είδη, και 65% για οδοντιατρικές δαπάνες.

Η ασφάλιση προτείνεται να είναι προαιρετική, αλλά οι πολίτες θα πρέπει να ενημερωθούν συστηματικά για τα δυνητικά της οφέλη και να τους δοθούν κίνητρα, με προώθηση των θεσμών των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης Υγείας, και των Ομαδικών και Ατομικών Ασφαλίσεων Υγείας.<sup>10</sup>

Οι ασφαλιστικές εταιρίες θα αναπτύξουν έντονο ανταγωνισμό για το περιεχόμενο και την τιμή των εν λόγω ασφαλιστικών πακέτων. Το απαιτούμενο μέσο επίσιο καθαρό ασφαλιστρο για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες εκτιμάται ότι θα κυμανθεί στα 200 ευρώ.<sup>11</sup>

Η σύμπραξη δημόσιου – ιδιωτικού τομέα θα προσφέρει την δυνατότητα

---

10 Επιστημαίνεται χαρακτηριστικά ότι στη Γαλλία, το 93% του πληθυσμού αγοράζει προαιρετικά μια τέτοια κάλυψη (υπάρχει μερική ή ολική επιδότηση του ασφαλιστρού για τους φτωχούς ή τους άνεργους), με αποτέλεσμα οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας να μειώνονται τελικά στο 10% των συνολικών δαπανών.

11 Σήμερα, το μέσο ασφαλιστρο για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας κυμαίνεται μεταξύ 50-100 ευρώ, αλλά δεν περιλαμβάνει υπερήλικα άτομα, άτομα επιβαρυσμένης υγείας, κλπ.



μείωσης (ή ελέγχου της αύξησης) του κόστους σε όλες τις κατηγορίες ιδιωτικών δαπανών υγείας, με αποτέλεσμα τη δραστική μείωση της επιβάρυνσης των πολιτών. Έτσι, μεταξύ άλλων, θα αναδειχθεί και ο συμπληρωματικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας προς την αντίστοιχη δημόσια, αντί της διπλής ασφάλισης που υπάρχει σήμερα.

## Εκτιμώμενη επίδραση:

### A. Μακροοικονομικά

1. Κοινωνικός εκσυγχρονισμός: Υιοθέτηση και στην Ελλάδα σχημάτων ΣΔΙΤ που έχουν αξιοποιηθεί από πολλές χώρες με πιο αναπτυγμένα συστήματα υγείας, όπως η Γαλλία.
2. Ενίσχυση υποδομών: Προετοιμασία της χώρας για την αντιμετώπιση των μελλοντικών αναγκών για αυξημένες δαπάνες σε υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας.
3. Έλεγχος των δημόσιων δαπανών υγείας: Διατήρηση των δημόσιων δαπανών υγείας σε επίπεδο ανάλογο των δημοσιονομικών δυνατοτήτων της χώρας και περιορισμός των μακροχρόνιων τάσεων για συνεχή αύξηση των δαπανών.
4. Μείωση οικονομικής αβεβαιότητας: Με το προτεινόμενο υπόδειγμα, η κάλυψη της δαπάνης για ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας είναι σίγουρη, ανεξάρτητα από τις οικονομικές δυνατότητες του ατόμου.

### B. Μικροοικονομικά

- Εκμετάλλευση της υψηλής εξειδίκευσης ασφαλιστικών εταιριών στον διακανονισμό των ζημιών και την καταβολή των αποζημιώσεων: Οι ασφαλιστικές εταιρίες θα επιλαμβάνονται του φακέλου της ζημιάς, ούτως ώστε να πληρώνουν το μερίδιο που τους αναλογεί. Ο ΕΟΠΠΥ θα πληρώνει το υπερβάλλον, μετά τις αποζημιώσεις των ασφαλιστικών εταιριών.
- Ποιότητα: Θα αναβαθμιστεί δραστικά το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς όλους τους πολίτες.
- Σημαντική μείωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας για το μέσο ελληνικό νοικοκυριό.

## Συμπέρασμα

Η βασική θέση της μελέτης είναι ότι το κύριο πρόβλημα του συστήματος υγείας της χώρας είναι ο παρωχημένος τύπος οργάνωσης και διοίκησης, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει πλήρης επάρκεια υποδομών. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η αύξηση της χρηματοδότησης θα ήταν εντελώς αναποτελεσματική. Αντιθέτως, μια επιτυχής αναδόμηση του συστήματος και ο ανασχεδιασμός της λειτουργίας του με το υφιστάμενο επίπεδο χρηματοδότησης μπορεί να οδηγήσει σε θεαματικές ποσοτικές και ποιοτικές βελτιώσεις. Η επιτυχής μεταρρύθμιση δεν θα ικανοποιήσει μόνο τις τρέχουσες ανάγκες της χώρας, αλλά θα βάλει τα θεμέλια για τον έλεγχο των αυξητικών τάσεων του κόστους στο εγγύς μέλλον όταν θα ενσκήψουν πλήρως τα αποτελέσματα της γήρανσης του πληθυσμού.

Εν συντομία, τα κύρια οφέλη από την προτεινόμενη μεταρρύθμιση είναι τα εξής:

- Ενισχύεται ο στρατηγικός και εποπτικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας.
- Δημιουργείται μια εσωτερική αγορά στο δημόσιο σύστημα υγείας, η οποία θα αυξήσει την παραγωγικότητα των νοσοκομείων και την αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων.
- Η ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης θα οδηγήσει σε θεαματικές βελτιώσεις των υπηρεσιών υγείας, χωρίς πρόσθετη χρηματοδότηση.
- Θα αντιμετωπιστεί η σημερινή γραφειοκρατία στην πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας με την εισαγωγή ηλεκτρονικών μέσων.
- Η αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων θα υπερβεί την αντίστοιχη των ιδιωτικών νοσοκομείων.
- Η πρωτοβάθμια περίθαλψη θα αναδιοργανωθεί με τέτοιο τρόπο που θα αποτελέσει βέλτιστη πρακτική και για τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.
- Σε μακροχρόνιο ορίζοντα, ο τομέας υγείας της χώρας θα είναι πλήρως προετοιμασμένος για να αντιμετωπίσει τις συνέπειες των αρνητικών δημογραφικών ή οικονομικών εξελίξεων.

Οι προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις απαιτούν μερικές σημαντικές νομοθετικές ρυθμίσεις, αλλά ο κύριος κορμός των αλλαγών μπορεί να υλοποιηθεί με διοικητικές και οργανωτικές παρεμβάσεις.

Όσον αφορά το κόστος της μεταρρύθμισης, δεν θα απαιτηθεί πρόσθε-

τη επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. Αντίθετα, η επιτυχία της μεταρρύθμισης θα αναδείξει το αναξιοποίητο δυναμικό του υφιστάμενου συστήματος που είναι πάνω από 40%. Μια τέτοια βελτίωση θα μπορούσε να απορροφήσει το δημοσιονομικό κόστος περίθαλψης των ανέργων, τουλάχιστον για τα πρώτα χρόνια.

Επιπλέον, η επιτυχής μετεξέλιξη των δημόσιων νοσοκομείων σε νοσηλευτικά ιδρύματα υψηλού επιπέδου, θα μπορούσε να προσελκύσει σημαντική εισροή ποσών από την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά, η οποία σύντομα θα προσεγγίσει το €1 δισεκατομμύριο σε ασφάλιστρα υγείας. Το ποσό αυτό θα πολλαπλασιαστεί εάν υλοποιηθεί με επιτυχία η προτεινόμενη σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Στην περίπτωση αυτή, μεγάλες ποσότητες πρόσθετων εισροών θα κατευθυνθούν στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ενισχύοντας σημαντικά τις αμοιβές των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτή η νέα ροή πρόσθετων πόρων στο ΕΣΥ θα είναι σταθερή διαχρονικά, καθώς οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα έχουν βρει μια αξιόπιστη εναλλακτική έναντι των ιδιωτικών νοσοκομείων. Ο ανταγωνισμός που θα προκύψει θα έχει μόνο θετικά αποτελέσματα καθώς θα μειωθούν τα ασφάλιστρα στην ιδιωτική ασφαλιστική αγορά και επομένως θα επεκταθεί η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού. Επιπλέον, το κυριότερο όφελος θα προκύψει για τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος θα καταστεί ο κυρίαρχος ρυθμιστής της αγοράς υγείας στη χώρα.

---

Ο Μιλτιάδης Νεκτάριος είναι Καθηγητής Ασφαλιστικής Επιστήμης στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Το ΚΕΦΙΜ και ο κ. Νεκτάριος ευχαριστούν θερμά όλες και όλους όσους με τη συμμετοχή τους στα workshop που πραγματοποιήθηκαν κατά την προετοιμασία της ανά χείρας μελέτης την εμπλούτισαν διατυπώνοντας επιμέρους προτάσεις πολιτικής και άκρως εποικοδομητική κριτική.

## Αναφορές

- Athanasiadis A, Kostopoulou S, Philalithis A (2015). Regional decentralisation in the Greek health care system: rhetoric and reality. *Global Journal of Health Science*, 7(6): 55–67.
- Avgoustatos S, Economou C (2013). Greece. In: Study on corruption in the healthcare sector. Luxembourg, Publications Office of the European Union ([https://www.stt.lt/documents/soc\\_tyrimai/20131219\\_study\\_on\\_corruption\\_in\\_the\\_healthcare\\_sector\\_en.pdf](https://www.stt.lt/documents/soc_tyrimai/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf), accessed 10 May 2018).
- Benos A et al. (2015). Proposal for the development of primary health care. Athens, Ministry of Health and Social Solidarity (in Greek).
- Economou C (2015). Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Economou C (2016). Voluntary health insurance in Greece. In: Sagan A, Thomson S, eds. Voluntary health insurance in Europe. Country experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe for the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Economou C, Giorno C (2009). Improving the performance of the public health care system in Greece. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (Economics Department Working Paper No. 722).
- Economou C et al. (2014). Impacts of the economic crisis on access to health-care services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*, 9(2):99–115.
- Economou C et al. (2015). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A et al., eds. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe for the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Flokou A, Aletras V, Niakas D (2017). Decomposition of potential efficiency gains from hospital mergers in Greece. *Health Care Management Science*, 20(4):467–484.
- Fragkiadakis G et al. (2013). Evaluation of the efficiency of Greek hospitals: a nonparametric framework and managerial implications. Chania, Financial Engineering Laboratory, Technical University of Crete (Working Paper 2013.02).
- Government of Greece (2012). Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ [Uniform health benefits (EKPY) of EOPYY]. Official Gazette, 3054/18-11-2012.
- Hellenic Association of Pharmaceutical Companies (2016). The pharmaceuti-

- cal market in Greece 2015-16. Facts and figures. Athens, Hellenic Association of Pharmaceutical Companies.
- Hellenic Statistical Authority (2016). Health centres census 2014. Piraeus, Hellenic Statistical Authority.
- Hellenic Statistical Authority (2016). System of health accounts 2014. Piraeus, Hellenic Statistical Authority.
- Kaitelidou D et al. (2012). Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power. *International Journal of Health Services*, 42(4):719–738.
- Kastanioti C et al. (2013). Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis. *Health Policy*, 109:7–13.
- Liaropoulos L et al. (2012). Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency. *Social Cohesion and Development*, 7(1):53–68.
- Ministry of Health (2016). Πρόσβαση των Ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας [Access of the uninsured to the public health system]. Athens, Ministry of Health (in Greek; <http://www.moh.gov.gr/articles/health/an-apytksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmo-sio-systhma-ygeias%29>, accessed 10 May 2018).
- Nikolentzos A et al. (2015). Reengineering NHS hospitals in Greece: redistribution leads to rational mergers. *Global Journal of Health Science*, 7(5):272–287.
- Polyzos N et al. (2013). Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system. *Health Policy*, 109:14–22.
- Xenos P et al. (2016). Two-stage hospital efficiency analysis including qualitative evidence: a Greek case. *Journal of Hospital Administration*, Vol. 5(3), pp.1–9.
- Xenos P, Poulakis K, Constantopoulos A, Nektarios M, Komatas T, Yfantopoulos J., (2018). Greek public hospital efficiency in years of prolonged austerity 2012-2016: An SFA approach paired with unsupervised classification techniques. (submitted for publication).

## Πηγές

- [https://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2017\\_gov\\_glance-2017-en](https://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2017_gov_glance-2017-en)
- <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>





**ΕΛΛΑΔΑ 2021**

Αιζέντα για την ελευθερία και την ευημερία

Στέγη Μάρκου Δραγούμη

Μαιζώνος 38, Αθήνα

T: +30 210 523 8373

[www.kefim.org](http://www.kefim.org)

[info@kefim.org](mailto:info@kefim.org)

[f facebook.com/kefim.org.gr/](https://www.facebook.com/kefim.org.gr/)

[t twitter.com/kefimgr](https://twitter.com/kefimgr)

[y youtube.com/c/ΚεΦιΜΜάρκοςΔραγούμης](https://www.youtube.com/c/ΚεΦιΜΜάρκοςΔραγούμης)