HRSP
Health Reform Support Programme

giz IS International Services

Report, study

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Ανάπτυξη σχεδίου μετεξέλιξης του ΕΟΠΥΥ σε ένα Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (ΕΤΑΥ) ως στρατηγικός αγοραστής στο πλαίσιο μιας συγκριτικής ανάλυσης της Αυστρίας, της Γερμανίας και της Εσθονίας

Χρήστος Μπουρσανίδης

Υπεύθυνος Σπουδών & Έρευνας
Εθνική σχολή Δημόσιας Διοίκησης (ΕΣΔΔ)

MINISTRY OF HEALTH
Health in Action Initiative
www.ygeia-pronoia.gr

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe
www.euro.who.int

2007-2013 O.P. ADMINISTRATIVE REFORM
www.epdm.gr

NSRF 2007-2013
EUROPEAN SOCIAL FUND
www.espa.gr

Co-financed by Greece and the European Union

giz IS International Services

Report, study

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Ανάπτυξη σχεδίου μετεξέλιξης του ΕΟΠΥΥ σε ένα Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (ΕΤΑΥ) ως στρατηγικός αγοραστής στο πλαίσιο μιας συγκριτικής ανάλυσης της Αυστρίας, της Γερμανίας και της Εσθονίας

Document Version Table

VERSION NUMBER	PURPOSE / CHANGES	AUTHOR	DATE
1.0		Christos Boursanidis	25 May 2015

Document Control Information

PILLAR, DELIVERABLE, SUBDELIVERABLE	QUARTER SUBMITTED	HRSP DOCUMENT CODE	COMPLETION STATUS
03.01.01		HRSP-14-55276	Approved Final

Published by:
Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Office:
GIZ International Services

Friedrich-Ebert-Allee 40
53113 Bonn, Germany
T +49 228 44 60-0
F +49 228 44 60-17 66

Dag Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn Germany
T +49 61 96 79-0
F +49 61 96 79011 15

Contact:
Ms. Eleni Andrikopoulou, eleni.andrikopoulou@giz.de

Name of Project:
Health Reform Support Programme (HRSP)

Authors:
Christos Boursanidis

Athens, June 2015

Table of contents

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ 10

1. Τοποθέτηση του θέματος στον επίκαιρο δημόσιο διάλογο 10

2. Σκοπός και μεθοδολογική προσέγγιση 11

3. Δόμηση της μελέτης 12

Μέρος 1: ΠΡΟΣ ΕΝΑ ΕΘΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΤΑΥ) 14

1.1 Ο ρόλος των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης κατά την περίοδο της δημοσιονομικής και οικονομικής κρίσης 14

1.2 Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ως ένα ιδιότυπο μόρφωμα και θεσμικό παράδοξο 16

1.3 Θεμελιώδεις αρχές μεταρρύθμισης και στρατηγικός προσανατολισμός του ΕΤΑΥ 17

1.4 Θεσμική ανάδειξη του ρόλου του ΕΤΑΥ ως βασικού πυλώνα του συστήματος υγείας 21

Μέρος 2: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ ΤΟΥ ΕΤΑΥ ΩΣ ΘΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (SHI) 23

2.1 Το αίτημα της Καθολικής Κάλυψης Υγείας 23

2.2 Σκιαγράφηση σχεδίου διασφάλισης της UHC στην Ελλάδα 26

2.3 Σύγχρονος θεσμικός επιμερισμός χρηματοδοτικής ευθύνης 29

2.4 Θεσμικός επιμερισμός ρόλων και λιτή ροή χρηματοδοτικών πόρων 33

2.5 Ανάληψη ευθύνης τήρησης μητρώου και εξυπηρέτησης ασφαλισμένων 35

Μερος 3: ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΤΑΥ ΩΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΗΣ 36

3.1 Τι σημαίνει ανάληψη του ρόλου του στρατηγικού αγοραστή; 36

3.2 Εισαγωγή του μηχανισμού διαπραγματεύσεων και μάνατζμεντ συμβάσεων ως στοιχεία σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας 38

3.3 Ρύθμιση πλαισίου σχέσεων μεταξύ ΕΤΑΥ και Παρόχων 40

3.4 Ενεργός συμμετοχή του ΕΤΑΥ στο σχεδιασμό και στη βελτιστοποίηση των δομών και διαδικασιών παροχής υπηρεσιών 46

Μέρος 4: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΟΜΕΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΤΑΥ 48

4.1 Νέο υπόδειγμα οργάνωσης και διακυβέρνησης του ΕΤΑΥ 48

4.2 Συγκρότηση και λειτουργία του Εποπτικού Συμβουλίου 50

4.3 Συγκρότηση και λειτουργία του Management Board 51
4.4 Αναλυτικό πλαίσιο οργανωτικής ανάπτυξης και άσκησης Δημοσίου Μάνατζμεντ Ταμείων Υγείας 52
Μέρος 5: ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΝΕΑ ΘΕΣΜΙΚΗ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΟΚΗ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ 54
5.1 Προς ένα νέο διοικητικό μοντέλο οργάνωσης Συστήματος Υγείας 54
5.2 Σύγχρονες δομές διακυβέρνησης και ενίσχυση της αυτονομίας των αποκεντρωμένων δομών 56
5.3 Επιτροπή Διαβούλευσης & Συντονισμένης Δράσης Υγείας 58
5.4 Από την "οργανωμένη ανευθυνότητα" σε μία σύγχρονη διοικητική κουλτούρα στο σύστημα υγείας 60
5.5 Ελληνικό μοντέλο συστήματος σύστηματος υγείας quo Vadis? 61
ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 64
ΑΝΑΦΟΡΕΣ 67
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ 68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 69

Ευρετήριο Σχημάτων

Σχήμα 1:	Στρατηγικό πλαίσιο βέλτιστης δόμησης συστήματος υγείας	12
Σχήμα 2:	Ο ρόλος του ΕΤΑΥ ως βασικός πυλώνας στο σύστημα υγείας	15
Σχήμα 3:	Οι τρείς διαστάσεις της καθολικής κάλυψης υγείας	16
Σχήμα 4:	Θεσμικός επιμερισμός χρηματοδότησης και ροή χρηματοδοτικών πόρων	25
Σχήμα 5:	Ο αναδυόμενος ρόλος του ΕΤΑΥ ως στρατηγικός αγοραστής	28
Σχήμα 6:	Αναλυτικό πλαίσιο μάνατζμεντ συλλογικών συμβάσεων στην ΠΦΥ	36
Σχήμα 7:	Λειτουργικά πεδία παρέμβασης και βελτιστοποίησης δομών φροντίδας	37
Σχήμα 8:	Σύγχρονο υπόδειγμα οργάνωσης και διακυβέρνησης ΕΤΑΥ	40
Σχήμα 9:	Αναλυτικό πλαίσιο - στρατηγικοί άξονες και οι παράμετροι άσκησης δημοσίου μάνατζμεντ ταμείων υγείας	43
Σχήμα 10:	Προς ένα νέο διοικητικό μοντέλο οργάνωσης Συστήματος Υγείας	45
Σχήμα 11:	Σύγχρονες δομές διακυβέρνησης και επίπεδα μάνατζμεντ	46
Σχήμα 12:	Επιτροπή Διαβούλευσης & Συντονισμένης Δράσης στο Σύστημα Υγείας	48
Σχήμα 13:	Στοιχεία νέας θεσμικής αρχιτεκτονικής και σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας	50
Σχήμα 14:	Τυπολογία συστημάτων υγείας – Προς διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας τύπου «Etatist Social Health Insurance»	51

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1:	Αντικείμενα Διαπραγματεύσεων & Περιεχόμενο Συμβάσεων	29

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΑΚΡΟΝΥΜΙΩΝ

Ακρωνύμια EN/GR	English name	Greece name
NHS/ΕΣΥ	National Health Services	Εθνικό Σύστημα Υγείας
EOPYY/ ΕΟΠΥΥ	National Organization of Providing Health Care	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ETAY/ ΕΤΑΥ	National Health Insurance Fund	Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας
YPE/ΥΠΕ	Regional Health Authorities	Υγειονομικές Περιφέρειες
ED&SDY / ΕΔ&ΣΔΥ		Επιτροπή Διαβούλευσης & Συντονισμένης Δράσης Υγείας
PEDY/ΠΕΔΥ	Regional Health Networks	Περιφερειακά Δίκτυα Υγείας
PHC/ΠΦΥ	Primary Health Care	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
POfRC	Public Organization for Resource Collection	Δημόσια Υπηρεσία Συλλογής Εσόδων
WHO/ΠΟΥ	World Health Organization	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
UHC	Universal Health Insurance	Καθολική Κάλυψη Υγείας
SHI	Social Health Insurance	Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας
DRG	Diagnosis Related Groups	Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες
KEN		Κοινά Ενοποιημένα Νοσήλια
P4P	Pay for Performance	Πληρωμές ανά Απόδοση

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

1. Τοποθέτηση του θέματος στον επίκαιρο δημόσιο διάλογο

Οι διαδικασίες ραγδαίων μεταβολών στο οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό-διοικητικό περιβάλλον και οι εξ αυτών προκύπτουσες προκλήσεις ασκούν χωρίς αμφιβολία μία υψηλή πίεση για δομικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Ειδικότερα, η εμφάνιση της γενικευμένης δημοσιονομικής και οικονομική κρίσης έθεσε το ζήτημα της βιωσιμότητας και της λειτουργικής ικανότητας του ελληνικού συστήματος υγείας στο επίκεντρο του δημόσιου ενδιαφέροντος τόσο στην Ελλάδα όσο και στη ΕΕ.

Μετά από μία μακρά περίοδο αντίστασης στις δομικές μεταρρυθμίσεις, θεσμικής αδράνειας και αποσπασματικών οριακών αλλαγών, ακολούθησαν 'άνωθεν επιβεβλημένες' (στο πλαίσιο των Μνημονίων) και 'εκβιαστικά βιωμένες', συστημικές διαδικασίες μετασχηματισμού. Συγκεκριμένα, στη σκιά των πολιτικών δράσεων για την αντιμετώπιση των οικονομικής κρίσης γενικά και της κρίσης χρέους ειδικότερα, έλαβαν χώρα αλλαγές, οι οποίες ασκούν μία διαρκή επιρροή στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και στη λειτουργία του συστήματος υγείας. Ειδικότερα σε μία χώρα, όπως η Ελλάδα, που πλήττεται περισσότερο από την κρίση παρατηρείται ένα αυξανόμενο χάσμα μεταξύ συρρίκνωσης πόρων και αύξησης των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης. Οι βραχυπρόθεσμα αποτελεσματικές οριζόντιες περικοπές στους προϋπολογισμούς υγείας και η εισαγωγή ή/και αύξηση επιμερισμού του κόστους απειλούν κυρίως την φροντίδα των ασθενών με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες, δηλαδή των οικονομικά και κοινωνικά ασθενέστερων πολιτών.

Οι δραστικές περικοπές των δαπανών κατά συνέπεια οδηγούν σε μια σημαντική μείωση των δυνατοτήτων χειρισμών και περιορίζουν τα περιθώρια άσκησης μίας υγειονομικά αποτελεσματικής και κοινωνικά αποδεκτής πολιτικής υγείας. Η μείζονος κοινωνικοπολιτικής σημασίας ιδιαιτερότητα των πολιτικών υγείας προκύπτει από την ταυτόχρονη επιδείνωση της κοινωνικής κατάστασης των μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού και την προφανή δυσκολία τους να αποκτήσουν πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Πράγματι η κρίση επηρεάζει σημαντικά τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας με διάφορους τρόπους. Η αύξηση της ανεργίας, η εργασιακή ανασφάλεια και μία διαφαινόμενη προϊούσα τάση αποασφάλισης, οι αρνητικές προσδοκίες για το μέλλον, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, η επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης, ειδικότερα η αυξανόμενη φτώχεια, κλπ., έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του

πληθυσμού που έχει πληγεί.

Το πρόταγμα εκσυγχρονισμού του θεσμικού πλαισίου δομής και λειτουργίας του συστήματος υγείας παραμένει λοιπόν επίκαιρο όσο ποτέ (!) και, δικαίως, ανήκει στην ατζέντα του δημόσιου διαλόγου. Στο πλαίσιο αυτό αναδεικνύεται η ανασυγκρότηση και βελτίωση της λειτουργικής-διοικητικής ικανότητας του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Ταμεία Υγείας – ΕΟΠΥΥ) ως ένα θέμα κρίσιμο και μείζονος κοινωνικοπολιτικής σημασίας.

2. Σκοπός και μεθοδολογική προσέγγιση

Από τη σκοπιά μίας συστημικά προσανατολισμένης θεωρίας της δημόσιας διακυβέρνησης και του δημοσίου μάνατζμεντ (Systemic Management and Public Governance) ως αναλυτικό πλαίσιο αναφοράς, διατυπώνεται η θέση αξιοποίησης της κρίσης ως ευκαιρία για την υπέρβαση των παλαιών, παραδοσιακών και παρωχημένων τύπων παρέμβασης, οι οποίοι ενταγμένοι στη γραμμική λογική του «περισσότερο από τα ίδια», συνιστούν μία «λογική της αποτυχίας».

Ένθετο 1: Ν**έο υπόδειγμα παρέμβασης και μεταρρυθμιστικής στρατηγικής**

Με αναφορά στη συστημική προσέγγιση κατανόησης και ερμηνείας των εξελίξεων των κοινωνικών συστημάτων έχει διατυπωθεί η θέση ότι «τα προβλήματα του σήμερα είναι αποτέλεσμα των λύσεων του χθες, κι έτσι μια απλοϊκή διέξοδος οδηγεί με σιγουριά πίσω στο πρόβλημα». Αυτό συμβαίνει κατά κανόνα τόσο με τις προτάσεις λύσεων, που εστιάζονται και παραμένουν «στη λογική του 'τόσο-όσο επίσης' - που συνιστά στοιχείο μιας στρατηγικής της σύγχυσης» όσο και με εκείνες τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις, οι οποίες «ενταγμένες στο δέλεαρ της γραμμικής σκέψης, κινούνται στην ξεθωριασμένη γραμμή του 'περισσότερο από τα ίδια'». Χωρίς αμφιβολία, «η γραμμική σκέψη εξέλιξης επιμηκύνει τη μιζέρια του παρόντος στο μέλλον, διότι ακολουθεί μια λογική της αποτυχίας που είναι αναπόφευκτη λόγω της αντιπαράθεσης και χρήσης απλοϊκών μοντέλων και παρωχημένων εργαλείων απέναντι σε μια αρκετά και διαρκώς πιο πολύπλοκα διαμορφούμενη κοινωνικοκρατική πραγματικότητα, όπως αυτή του συστήματος υγείας».

Το σύστημα υγείας ως ένα αυξημένης διαχειριστικής πολυπλοκότητας κοινωνικό σύστημα απαιτεί ένα αυξημένης διαχειριστικής ικανότητας πολυεπίπεδο σύστημα δομών διακυβέρνησης

Πηγή: Μπουρσανίδης 2001

Υπό το πρίσμα αυτό το γνωστικό ενδιαφέρον της εκπονηθείσας μελέτης, εστιάστηκε σε μία κριτικά αναστοχαστική ανασκόπηση της συναφούς διεπιστημονικής βιβλιογραφίας σχετικά με την

συγκριτική ανάλυση και έρευνα των συντελούμενων μεταρρυθμίσεων και δομικών μετασχηματισμών των συστημάτων υγείας και των εμπειριών στις χώρες της ΕΕ -ειδικότερα των επιλεγμένων χωρών της Αυστρίας, της Γερμανίας και της Εσθονίας- με έμφαση στο μεταβαλλόμενο ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Ταμείων Υγείας). Ο απώτερος σκοπός και η βασική επιδίωξη της μελέτης συνίστατο - **υπόθεση εργασίας**- στην προσδοκία ότι μία δομημένη συγκριτική προσέγγιση και μία κριτικά αναστοχαστική αξιολόγηση και αξιοποίηση αυτών ως «**βέλτιστων πρακτικών**» στο πλαίσιο των διαδικασιών **«αμοιβαίας μάθησης»** και του «**θεσμικού ισομορφισμού**», θα οδηγήσει στην συναγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων και στην διατύπωση καινοτόμων ιδεών και εναλλακτικών λύσεων και προτάσεων. Πράγματι, η γνώση και κατανόηση αυτών των συντελούμενων δομικών αλλαγών αποτέλεσε αναμφισβήτητα ένα χρήσιμο και αναγκαίο γνωστικό πλαίσιο αναφοράς για την ανάπτυξη μίας θεωρητικά θεμελιωμένης και εμπειρικά τεκμηριωμένης μεταρρυθμιστικής στρατηγικής πολιτικής υγείας στην Ελλάδα[1].

Το προτεινόμενος **νέο υπόδειγμα παρέμβασης και μεταρρυθμιστικής στρατηγικής** σηματοδοτεί μία εκσυγχρονιστική προσπάθεια και διαδικασία μετάβασης του ελληνικού συστήματος υγείας από ένα **«σύστημα χωρίς ταυτότητα»** και με εμφανή χαρακτηριστικά στοιχεία μίας κατάστασης **«οργανωμένης ανευθυνότητας»,** σε μία κατάσταση αυξημένης διοικητικής-λειτουργικής ικανότητας στο πλαίσιο μίας **νέας αναδυόμενης θεσμικής αρχιτεκτονικής και διοικητικής κουλτούρας** στο σύστημα υγείας. Στο νέο, αυτό, ρυθμιστικό πλαίσιο αναδύεται ο σύγχρονος και καθοριστικής σημασίας ρόλος του Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας (ΕΤΑΥ) ως στρατηγικού αγοραστή, ο οποίος θα αποτελέσει και την '**λυδία λίθο'** επιτυχίας του συνολικού μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος.

3. Δόμηση της μελέτης

Η παρούσα σύνοψη της μελέτης, ως ένας οδικός χάρτης μεταρρυθμιστικής στρατηγικής, αρχίζει με την αναφορά των μεθοδολογικά αναγκαίων **εισαγωγικών παρατηρήσεων και επισημάνσεων,** που οδηγούν στην κατανόηση της χρησιμότητας της μελέτης, όπου παρουσιάζονται με ένα συνοπτικό τρόπο το ευρύτερο πλαίσιο του δημόσιου διαλόγου στη Ελλάδα και το απώτερο γνωστικό και πρακτικά χρήσιμο ενδιαφέρον τα μελέτης. Ακολούθως, στην **ενότητα 1** παραγράφεται

---

1 Μπουρσανίδης Χρήστος: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - Ανάπτυξη σχεδίου μετεξέλιξης του ΕΟΠΥΥ σε ένα Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (ΕΤΑΥ) ως στρατηγικός αγοραστής στο πλαίσιο μιας συγκριτικής ανάλυσης της Αυστρίας, της Γερμανίας και της Εσθονίας. Μελέτη στο πλαίσιο του HRSP-WHO-GIZ για το ΥΠ. ΥΓΕΙΑΣ & ΕΟΠΥΥ. Αθήνα Νοέμβριος 2014, σ. 215

ο ρόλος των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και ειδικότερα του ΕΟΠΥΥ στο σύστημα υγείας στην περίοδο της δημοσιονομικής κρίσης και καταδεικνύεται η αναγκαιότητα μετεξέλιξης και μετασχηματισμού αυτού. Ακολούθως παρουσιάζεται ο αναδυόμενος ρόλος του ΕΤΑΥ ως βασικός πυλώνας του συστήματος υγείας στο πλαίσιο των θεμελιωδών αρχών και ενός ενδεδειγμένου στρατηγικού προσανατολισμού. Η επόμενη **ενότητα 2** αναφέρεται στο ζήτημα της διάπλασης των βασικών λειτουργιών του ΕΤΑΥ ως θεσμός του Κοινωνικού Κράτους, όπου το ΕΤΑΥ αναγνωρίζεται ο βασικός θεσμός διασφάλισης της Καθολικής Κάλυψης Υγείας και στο πλαίσιο αυτό αναδεικνύεται ένας σύγχρονος θεσμικός επιμερισμός χρηματοδοτικής ευθύνης και μία λειτουργική διαμόρφωση της ροής των χρηματοδοτικών πόρων στο σύστημα υγείας.

Στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της **ενότητας 3** τίθεται το κρίσιμο ζήτημα μεταφοράς του ΕΤΑΥ από έναν παθητικό ρόλο του πληρωτή στο σύγχρονο ρόλο του στρατηγικού αγοραστή και βασικού παίκτη στο σύστημα υγείας, όπου εμφανίζονται η εισαγωγή της διοικητικής κουλτούρας των διαπραγματεύσεων & σύναψης συμβάσεων και η διαμόρφωση σύγχρονων συστημάτων πληρωμών ως κρίσιμα στοιχεία ορθολογικής διαχείρισης σπανίων πόρων. Είναι πρόδηλο ότι η επιτυχής άσκηση των λειτουργιών (ενότητα 1) και του σύγχρονου ρόλου (ενότητα 2) καθιστού αναγκαία σύγχρονες δομές εσωτερικής διακυβέρνησης του ΕΤΑΥ. Με αυτήν την έννοια στην επόμενη **ενότητα 4** επιχειρείται η ανάδειξη ενός λειτουργικά περιεκτικού υποδείγματος οργανωτικής ανάπτυξης του ΕΑΤΥ και ως λογική συνέπεια η υπόδειξη ενός σύγχρονου μοντέλου διακυβέρνησης (οργάνωσης και διοίκησης) αυτού.

Προκειμένου να αναδειχθούν όλα τα δυναμικά που περικλείει το ΕΤΑΥ ως ένας σύγχρονος κοινωνικοκρατικός θεσμός, στην τελευταία **ενότητα 5** το επίκεντρο του ενδιαφέροντος εστιάζεται στη διαμόρφωση μίας νέας θεσμικής αρχιτεκτονικής και σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας, δηλαδή ενός κατάλληλου ρυθμιστικού πλαισίου και ενός πολυεπίπεδου συστήματος διακυβέρνησης του συνολικού συστήματος υγείας, ως θεσμικά και λειτουργικά προαπαιτούμενα. Τέλος στο **επίμετρο** συνάγονται τα βασικά συμπεράσματα, αναδεικνύονται τα κρίσιμα σημεία που χρήζουν περεταίρω επισταμένης & εξειδικευμένης πρακτικά προσανατολισμένης έρευνας και ανιχνεύονται τα θεματικά πεδία κατάρτισης-επιμόρφωσης προσωπικού για την πρόσκτηση των αναγκαίων γνώσεων και την ανάπτυξη κατάλληλων δεξιοτήτων στο πλαίσιο μία σύγχρονης διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού. Τέλος επισημαίνονται οι μελλοντικές προκλήσεις για τους βασικούς μετόχους (stakeholders) διαμόρφωσης πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.

ΜΕΡΟΣ 1:
ΠΡΟΣ ΕΝΑ ΕΘΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΤΑΥ)

1.1 Ο ρόλος των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης κατά την περίοδο της δημοσιονομικής και οικονομικής κρίσης

Η σταθερή και δυναμικά ελλειμματική εξέλιξη των οικονομικών των Ταμείων Υγείας[2] και ο άμεσος κίνδυνος μη διασφάλισης της βιωσιμότητας αυτών αποτελούν ένα βασικό και χρονίζον πρόβλημα του χρηματοοικονομικού μάνατζμεντ των ταμείων υγείας με εξωγενή και ενδογενή αίτια. Ως ενδογενείς παράγοντες αναφέρονται ειδικότερα, (α) η απουσία ενός σύγχρονου θεσμικού πλαισίου κατανομής ρόλων και υπευθυνοτήτων και (β) η παντελής έλλειψη ορθολογικής οικονομικής και διαχειριστικής κουλτούρας διοίκησης των Ταμείων Υγείας. Πράγματι, η έλλειψη μίας υγιούς και σταθερής διαχειριστικής βάσης και βιώσιμων οικονομικών θεμελίων των μεγάλων Ταμείων Υγείας είχε σαν λογική συνέπεια την δημιουργία ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς αυτών, οδηγώντας τα σε μία κατάσταση οικονομικής δυσπραγίας και διαρκούς διαχειριστικής ανικανότητας, ήτοι μη ετοιμότητας εκπλήρωσης των υποχρεώσεων τους απέναντι σε τρίτους και, κατά συνέπεια, στην εμφάνιση και διαρκή αύξηση του χρέους των ταμείων. Το γεγονός αυτό οδήγησε με τη σειρά του σε ένα σπιράλ αρνητικών αλυσιδωτών αντιδράσεων, που αρχικά εκφράσθηκε με την εμφάνιση ελλειμματικών προϋπολογισμών των παρόχων-μονάδων υγείας (δηλαδή των νοσοκομείων, των κλινικών, των ιατρών, των φαρμακοποιών, κτλ.) και ως συνεπακόλουθο αυτού στη δημιουργία χρεών από πλευράς αυτών απέναντι στους προμηθευτές αγαθών και υγειονομικών υλικών.

Είναι πρόδηλο ότι αυτή η σχεδόν αυτοτροφοδοτούμενη και ανεξέλεγκτη δυναμική εξέλιξη ενός **«φαύλου κύκλου αλυσίδας του χρέους»,** είχε αρνητικές επιπτώσεις στις σχέσεις μεταξύ Ταμείων και Παρόχων και επιδείνωσε το κλίμα συνεργασίας μεταξύ τους. Πρέπει να σημειωθεί, ότι αυτές οι καθόλου ευχάριστες εξελίξεις συνέχισαν, όχι μόνο ως κληρονομιά, να υπάρχουν και επί ΕΟΠΥΥ, μάλιστα δε στην αρχική φάση λειτουργίας αυτού επιδεινώθηκαν σε ένα βαθμό περεταίρω. Βέβαια, τα κύρια θύματα αυτής της ομολογουμένως άκρως δυσάρεστης εξέλιξης ήταν/είναι οι πολίτες (ασφαλισμένοι/ασθενείς).

Σε επίπεδο άσκησης δημόσιας πολιτικής υγείας κατά την περίοδο αυτή παρατηρήθηκε μια στα-

---

*2 Επισημαίνεται ότι η χρήση του όρου **Ταμεία Υγείας** στον επιστημονικό διάλογο στην Ελλάδα σημαίνει και αναφέρεται πάντα σε δημόσιους φορείς-οργανισμούς της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Με αυτήν την έννοια η κατά λέξη ορθή μετάφραση ως (Health Funds) σημαίνει στην ουσία (Social Health Insurance Funds). Η επισήμανση αυτή παραπέμπει στο σχεδόν αντίστοιχο μεθοδολογικό ζήτημα με την χρήση του όρου **Krankenkassen** (Ταμεία Ασθένειας) στη Γερμανία.*

διακή μετακύληση της χρηματοδοτικής ευθύνης από το φορολογικό σύστημα στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, όμως, χαρακτηριζόταν από ένα μεγάλο αριθμό ταμείων, τα οποία εμφάνιζαν σημαντικές διαφορές ως προς το νομικό πλαίσιο λειτουργίας τους, τις απαιτούμενες ασφαλιστικές εισφορές και το προσφερόμενο πακέτο υπηρεσιών. Αυτή η πολλαπλότητα φορέων, σε συνάρτηση με την θεσμική διαφορετικότητα ρύθμισης των σχέσεων με τους παρόχους, την ασυντόνιστη κατάτμηση ρόλων και αρμοδιοτήτων («**παγίδα κατακερματισμού**») και την εξ αυτού συνεπαγόμενη διάχυση ευθυνών μεταξύ των εμπλεκομένων φορέων, οδήγησαν το συνολικό σύστημα υγείας σε μία χαρακτηριστική κατάσταση «**οργανωμένης ανευθυνότητας**». Ως εκ τούτου επεξηγείται σε σημαντικό βαθμό γιατί οι διοικήσεις των ασφαλιστικών ταμείων υγείας στο σύνολο τους, δεν επιδείκνυαν την αρμόζουσα υπευθυνότητα σε θέματα οικονομικής διαχείρισης, καθώς τα ελλείμματά τους καλύπτονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό (Οικονόμου 2012), στο πλαίσιο, βέβαια, ενός παρωχημένου συστήματος χρηματοδότησης των δημοσίων μονάδων υγείας (νοσοκομεία), που φέρνει τα χαρακτηριστικά αναδρομικής κάλυψης ελλειμμάτων (Μπουρσανίδης 2014). Το έντονο και πιεστικό χρηματοδοτικό crush εκείνης της περιόδου ανέδειξε το **σύστημα χρηματοδότησης ως την «Αχίλλειο πτέρνα»** του συστήματος υγείας και έφερε στην επιφάνεια με πιεστικό τρόπο την αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων διασφάλισης της μακροχρόνιας βιωσιμότητας του συστήματος υγείας. Με αυτήν την έννοια, οι βασικές αιτίες των σημερινών προβλημάτων είναι βαθειά ριζωμένες στο απαρχαιωμένο και ξεπερασμένο υπόδειγμα πολιτικής υγείας και στο έλλειμμα καινοτόμων, αποτελεσματικών και βιώσιμων θεσμικών παρεμβάσεων και λύσεων μέχρι σήμερα

Ένα χαρακτηριστικό στοιχείο και μια συχνά επαναλαμβανόμενη επωδός του δημόσιου διαλόγου στην μετά ΕΣΥ περίοδο αποτελούσε το αίτημα του Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ). Άξιο επισήμανσης, από επιστημονική άποψη, συνιστά το γεγονός ότι ο αξιολογικά έντονος δημόσιος διάλογος και η γόνιμη διεπιστημονική έριδα είχε ως αποτέλεσμα να διατυπωθούν σημαντικές απόψεις και καινοτόμες ιδέες, ενώ επιπλέον αναπτύχθηκαν σχέδια και συγκρουόμενες αλλά ολοκληρωμένες προτάσεις θεσμικού, οργανωτικού, διοικητικού και οικονομικού χαρακτήρα, που στόχευαν στον εκσυγχρονισμό του θεσμικού πλαισίου και στη βελτίωση της διοικητικής-λειτουργικής ικανότητας του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Δυστυχώς όμως, τα ευρήματα και οι προτάσεις αυτών των σχεδίων έμειναν ανεκμετάλλευτα παραμένοντας στο επίπεδο διατυπωμένων πολιτικών προθέσεων που δεν «πρόκαναν» να υλοποιηθούν, γεγονός που μπορεί να καταγραφεί ως ένα σενάριο «χαμένων ευκαιριών» στην ιστορία της πολιτικής υγείας αυτής της περιόδου.-

1.2 Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ως ένα ιδιότυπο μόρφωμα και θεσμικό παράδοξο

Αν και, το αίτημα της συγχώνευσης των ταμείων Υγείας και η δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας αποτελούσε αντικείμενο της μεταρρυθμιστικής ατζέντας μετά το 1968 έτυχε εφαρμογής μόλις το 2011 με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (1η Φάση). Η μεταρρύθμιση αυτή συνοδεύτηκε με τον διαχωρισμό των κλάδων υγείας των από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τη σταδιακή συγχώνευση όλων των επιμέρους Ταμείων Υγείας στον ΕΟΠΥΥ και την υπαγωγή αυτού στο Υπουργείο Υγείας. Μετά από μία περίοδο έντονου διαλόγου επήλθε η υπέρβαση της διττής φύσης του ΕΟΠΥΥ ως παρόχου και συνάμα αγοραστή υπηρεσιών υγείας ως επιλογή δημόσιας πολιτικής το 2014, με τη σχετική νομοθετική παρέμβαση[3] που προέβλεπε τη σαφή διάκριση ρόλων αγοραστή και παρόχου καθιστώντας τον ΕΟΠΥΥ μόνον αγοραστή, διαχωρίζοντάς τον από την παροχή υγειονομικής φροντίδας (2η Φάση).

Οι παρεμβάσεις αυτές ευθυγραμμίζονται με την αρχή της λειτουργικής διαφοροποίησης ως δομική αρχή κοινωνικής οργάνωσης και σαφούς καταμερισμού ρόλων και υπευθυνοτήτων, που οδηγούν στη βέλτιστη δόμηση πολύπλοκων κοινωνικών συστημάτων ως θεσμική προϋπόθεση άριστης κατανομής και διαχείρισης των πόρων.

Όμως, κρινόμενη εκ των πραγμάτων, το μεταρρυθμιστικό προφίλ της εφαρμοζόμενης πολιτικής υγείας, της αναγκαίας ως στρατηγική σύλληψη[4], ίδρυσης ενός θεσμού καθοριστικής σημασίας, όπως ο ΕΟΠΥΥ, οδηγεί στη κριτική επισήμανση, ότι έλαβε χώρα χωρίς ένα λογικά αναμενόμενο δημόσιο διάλογο και χωρίς την ενδεδειγμένη επιστημονική τεκμηρίωση. Αγνοώντας δε τις συναφείς επιστημονικά τεκμηριωμένες απόψεις που εκφράστηκαν στον προαναφερόμενο διάλογο στην Ελλάδα, στερήθηκε της ικανότητας να λάβει υπόψη και να αξιοποιήσει καλές πρακτικές και εμπειρίες άλλων χωρών, με μόνο ίσως επεξηγηματικό επιχειρηματολογικό πρότυπο και αναφορά στο χρονικά ασφυκτικό πλαίσιο των «μνημονιακών υποχρεώσεων». Η έλλειψη ενός συνολικού λογικά συνεκτικού στρατηγικού πλαισίου και ο «ατελής σχεδιασμός» (ΕΣΡΥ 2012) σε συνάρτηση με μια αφόρητη διαχειριστική προχειρότητα, συνετέλεσε ώστε ο ΕΟΠΥΥ να εμφανίσει στην πράξη

---

3 Ο Ν. 4238/2014, γνωστός ως νόμος Άδωνη Γεωργιάδη

*4 Η μεταρρυθμιστική αυτή παρέμβαση, γνωστός πλέον ως νόμος Λοβέρδου, μπορεί να χαρακτηρισθεί ως **ορόσημο** στην ιστορική εξέλιξη των μεταρρυθμιστικών πολιτικών υγείας ίσης εμβέλειας με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ (Παρασκευάς Αυγερινός) και με τον νόμο εισαγωγής δομών αποκέντρωσης στο σύστημα υγείας (Αλέκος Παπαδόπουλος).*

μια σωρεία προβλημάτων διαχειριστικού, οικονομικού και κοινωνικού χαρακτήρα με ασύμμετρα αρνητικές επιπτώσεις και εξίσου σημαντικές παρενέργειες στους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας των πολιτών και στη δημιουργία ενός κλίματος έντονης αμφισβήτησης και έλλειψης αξιοπιστίας στο θεσμό του ΕΟΠΥΥ, όσον αφορά στις σχέσεις του με τους παρόχους και τους ασθενείς με ορατό τον κίνδυνο υπονόμευσης και απαξίωσής του (ΕΣΔΥ 2012, Οικονόμου 2012).

Από τις κριτικές παρατηρήσεις που έγιναν στην προηγούμενη ενότητα και με αναφορά στο αναλυτικό θεωρητικό πλαίσιο και τις εμπειρίες των τριών μελετών περίπτωσης, διατυπώνεται η άποψη-πρόταση μιας αναγκαίας **τρίτης φάσης** δομικών αλλαγών και επιμέρους κατάλληλων παρεμβάσεων ολοκλήρωσης του εγχειρήματος εγκαθίδρυσης στην Ελλάδα ενός ενιαίου φορέα κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Στις επόμενες ενότητες ακολουθεί η υπόδειξη-σύσταση μίας δέσμης επιμέρους λογικά συνδεόμενων θεσμικών παρεμβάσεων και μέτρων, ως συστατικά στοιχεία ενός ολοκληρωμένου σχεδίου (οδικού χάρτη) στρατηγικής μεταρρυθμιστικής παρέμβασης, που συντείνουν στη στοχευμένη μετεξέλιξη του ΕΟΠΥΥ σε ΕΤΑΥ (Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας)[5], ως έναν εθνικής εμβέλειας **αυτοτελή, αυτόνομο και αυτοδιοικούμενο δημόσιο οργανισμό** με τη μορφή ενός Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου. Η μεταβολή του ονόματος αυτού από **ΕΟΠΥΥ** σε **ΕΤΑΥ** καθίσταται πρόδηλη, ως σχεδόν αυτονόητο λογικό συνεπαγόμενο, ώστε να υπάρξει μια πλήρης αποσύνδεση του ρόλου του με αυτόν της παροχής υπηρεσιών υγείας ακόμη και σε συμβολικό επίπεδο.

1.3 Θεμελιώδεις αρχές μεταρρύθμισης και στρατηγικός προσανατολισμός του ΕΤΑΥ

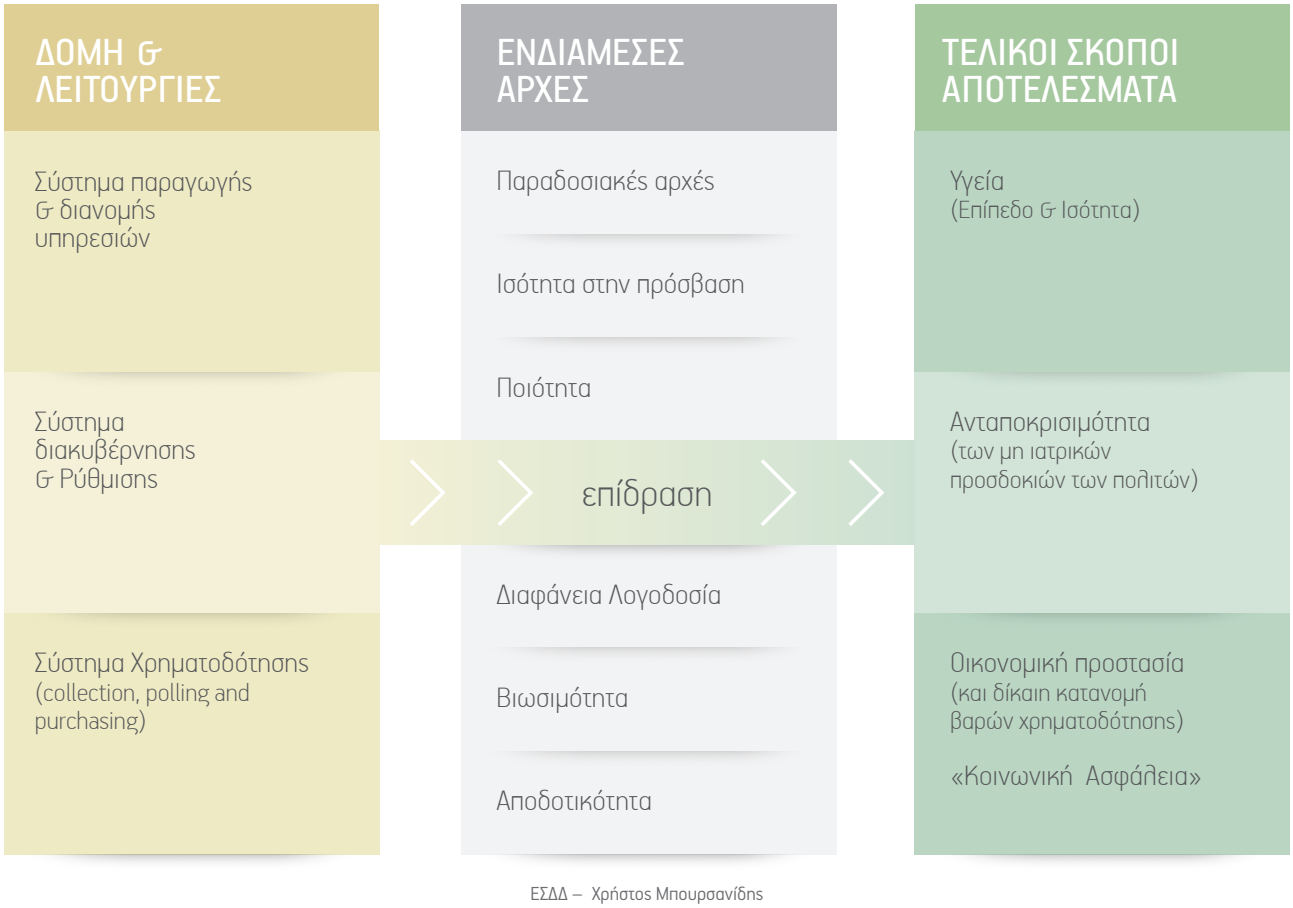
Είναι πρόδηλο ότι οι συγκρούσεις στόχων μεταξύ της μείωσης του δημόσιου χρέους και της περεταίρω μετεξέλιξης και ανάπτυξης του συστήματος υγείας είναι λογικά αναπόφευκτες. Προκειμένου όμως, μία κοινωνικοπολιτικά προσανατολισμένη στρατηγική υπέρβασης της κρίσης του

---

5 Ή εναλλακτικά, ως δεύτερη επιλογή, κατά το πρότυπο της Εσθονίας σε **Ελληνικό Ταμείο Ασφάλισης Ασθένειας.** Σε κάθε περίπτωση επισημαίνεται η σκοπιμότητα αναφοράς στον τίτλο των λέξεων **Ταμείο Ασφάλισης Υγείας,** επειδή σηματοδοτούν με σαφήνεια και προσδιορίζουν επακριβώς την αποστολή και τον ρόλο ενός σύγχρονου φορέα **κοινωνικής ασφάλισης υγείας (SHI)** και προτιμάται αντί των αναφερόμενων γενικόλογων όρων «δημόσιος οργανισμός υγείας» ή «δημόσιος φορέας υγείας». Εξάλλου, όπως σωστά επισημαίνεται από τους Kutzin et al. (2010) ο θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, κοινώς των Ταμείων Υγείας, αποτελεί στοιχείο μίας ιστορικά προσδιορισμένης ευρύτερης κουλτούρας και αντίληψης της θεσμικής έκφρασης του κοινωνικού κράτους στον τομέα υγείας, ως προϊόν μακρόχρονων διαδικασιών κοινωνικοποίησης των πολιτών κυρίως στις χώρες της ΕΕ.

συστήματος υγείας να αποτρέψει το γεγονός να καταστεί η διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας μία εξαρτημένη μεταβλητή των διαδικασιών κατάρτισης και διανομής του κρατικού προϋπολογισμού, καθίσταται απαραίτητο να τονισθεί και να έρθουν στο προσκήνιο του δημόσιου διαλόγου περί δομικών αλλαγών η **αυτόνομη αξία των ενδιάμεσων θεμελιωδών αρχών και των στρατηγικών στόχων** πολιτικής υγείας, όπως εμφανίζονται στο Σχήμα 1, οι οποίες σημειωτέον έχουν αναγνωρισθεί τόσο από την ΕΕ (COM 2007), όσο και από τον ΠΟΥ (WHO 2010) ως βασικές αξίες δράσης και κατευθυντήριες αρχές για το σχεδιασμό των συστημάτων υγείας και της πολιτικής χρηματοδότησης ειδικότερα.

Σχήμα 1: Στρατηγικό πλαίσιο βέλτιστης δόμησης συστήματος υγείας



Πηγή: Συνδυασμός από Μπουρσανίδης 2010 & Kutzin 2010

Το παρατιθέμενο Σχήμα 1 όπου απεικονίζεται με έναν εύγλωττο και παραστατικό τρόπο η σχέση δυναμικής αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης μεταξύ των (α) τριών λειτουργικά διαφοροποιημένων συστημάτων (β) των ενδιάμεσων αρχών και (γ) των τελικών σκοπών ενός συστήματος υγείας δύναται να αποτελέσει ένα στρατηγικό πλαίσιο βέλτιστης δόμησης ενός συστήματος υγείας.

Ενδιάμεσες αρχές και αξίες:

Αρχή της ισότητας ως θεμελιώδης κοινωνικοπολιτική αρχή

Σύγχρονες αρχές δημοσίου μάνατζμεντ:

- Αρχή της Διαφάνειας (Transparency) και της Λογοδοσίας (Accountability[6])
- Αρχή της Ποιότητας (Quality), δηλαδή διασφάλισης ποιοτικών υπηρεσιών υγείας
- Αρχή της Βιωσιμότητας (Sustainability) και της Ανθεκτικότητας (Resilience)
- Αρχή της Αποδοτικότητας (Efficiency), δηλαδή της άριστης διαχείρισης των πόρων

Παραδοσιακές αρχές οργανισμών δημόσιας διοίκησης: Όσον αφορά στις Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς Υγείας που λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και σε συνάρτηση με την εκπλήρωση της δημόσιας αποστολής αυτών, ισχύουν οι κάτωθι τέσσερεις θεμελιώδεις αρχές, ως κατάκτηση και χαρακτηριστικά του κοινωνικού κράτους δικαίου (Μπουρσανίδης 2014):

- Αρχή του δημοσίου συμφέροντος
- Αρχή της νομιμότητας της διοικητικής πράξης
- Αρχή της χρηστής διοίκησης
- Αρχή της ίσης μεταχείρισης πολιτών

Τελικοί στόχοι και αποτελέσματα:

Βελτίωση επίπεδου υγείας: Πρόκειται αναλυτικά για την διασφάλιση και τη βελτίωση στο μέγιστο δυνατό βαθμό του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Ανταποκρισιμότητα και ικανοποίηση ασθενών: Η αρχή αυτή αναφέρεται στην αναγνώριση της δομής των προσδοκιών των πολιτών και στην αυτονόητη, πλέον, ευθύνη γνώσης και εκπλήρωσης αυτών.

Οικονομική προστασία και κοινωνική ασφάλεια: Στο επίκεντρο αυτής της αρχής τίθεται η κάλυψη των κοινωνικών κινδύνων που έχουν σχέση με την υγεία/ασθένεια των πολιτών, η οποία συγκεκριμενοποιείται:

- με την ανάληψη ευθύνης κάλυψης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών, ζήτημα το

---

6 Επισημαίνεται ότι ο αγγλικό όρος Accountability εμπεριέχει δύο διαστάσεις οι οποίες τόσο στα ελληνικά όσο και στα γερμανικά αποδίδονται με δύο διακριτούς όρους, αφενός με τους όρους λογοδοσία/Rechenschaft όσο ευθύνη-υπευθυνότητα/ Verantwortung -Verantwortlichkeit αντίστοιχα.

οποίο παραπέμπει άμεσα και στο κρίσιμο θέμα της καθολικής κάλυψης υγείας (UHC)

- με τη θεσμική διασφάλιση χρηματοδότησης των μονάδων παραγωγής, γεγονός βέβαια που εμπεριέχει στοιχεία μία δίκαιης κατανομής βαρών ή επιβάρυνσης των πολιτών.

Ο κατάλληλος συνδυασμός θεσμικής διασφάλισης και των δύο διαστάσεων κοινωνικής προστασίας επιδρά θετικά στους πολίτες όχι μόνο στην ικανοποίηση του περί δικαίου αισθήματος αλλά πολύ περισσότερο στην ανάπτυξη ενός κοινωνικοπολιτικά κρίσιμου **αισθήματος της κοινωνικής ασφάλειας** απέναντι στην έλευση των κοινωνικών κινδύνων, που έχουν σχέση με την ασθένεια/υγεία. Εισέτι, η θεσμική εκπλήρωση της **θεμελιώδους αρχής της κοινωνικής αλληλεγγύης** συνιστά έναν σημαντικό παράγοντα νομιμοποίησης των κοινωνικοκρατικών θεσμών και κατ' επέκταση ένα κρίσιμο σημείο διασφάλισης της κοινωνικής συνοχής μία κοινωνίας.

Ένθετο 2: Η Αρχή της Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως θεμελιώδης αρχή θεσμικής διάπλασης ΕΤΑΥ

Με αφετηρία την παραδοχή ότι το σύστημα υγείας συνιστά έναν βασικό θεσμό του κοινωνικού κράτους, επισημαίνεται η σκοπιμότητα διάπλασης ενός **κοινωνικοπολιτικά δομημένου θεσμικού πλαισίου** στη βάση της κατευθυντήριας και **θεμελιώδους αρχής της ισότητας ή της κοινωνικής αλληλεγγύης**, η οποία συνίσταται στη διασφάλιση ίσων ευκαιριών πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και στη δίκαιη κατανομή βαρών (κάθετη και οριζόντια δικαιοσύνη). Στα συστήματα υγείας, όπου τον κύριο ρόλο και ευθύνη χρηματοδότησης τον έχουν αναλάβει θεσμοί κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Ταμεία Υγείας) η αρχή της ισότητας μετουσιώνεται στη πράξη με την κατάλληλη θεσμική ρύθμιση συνδυασμού της αρχής της εισοδηματικής ικανότητας (ομοιόμορφο ποσοστό εισφορών) με την αρχή παροχής υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες (ενιαίο πακέτο υπηρεσιών), όπου βρίσκει κατά έναν ειρωνικό τρόπο την έκφρασή του το αρχέγονο μαρξιστικό αίτημα της κοινωνικής αλληλεγγύης. Από αναλυτική σκοπιά διακρίνονται **τέσσερεις μορφές θεσμικής διασφάλισης της κοινωνικής αλληλεγγύης** ως διατάσεις δευτερογενούς αναδιανομής εισοδημάτων:

1. Μεταξύ των υψηλόμισθων και των χαμηλόμισθων άμεσα ασφαλισμένων (**αναδιανεμητική αλληλεγγύη**)
2. Μεταξύ των μονομελών και των πολυμελών οικογενειών των ασφαλισμένων (**λειτουργία εξισορρόπησης οικογενειακών βαρών ως οικογενειακή κοινωνική πολιτική**)

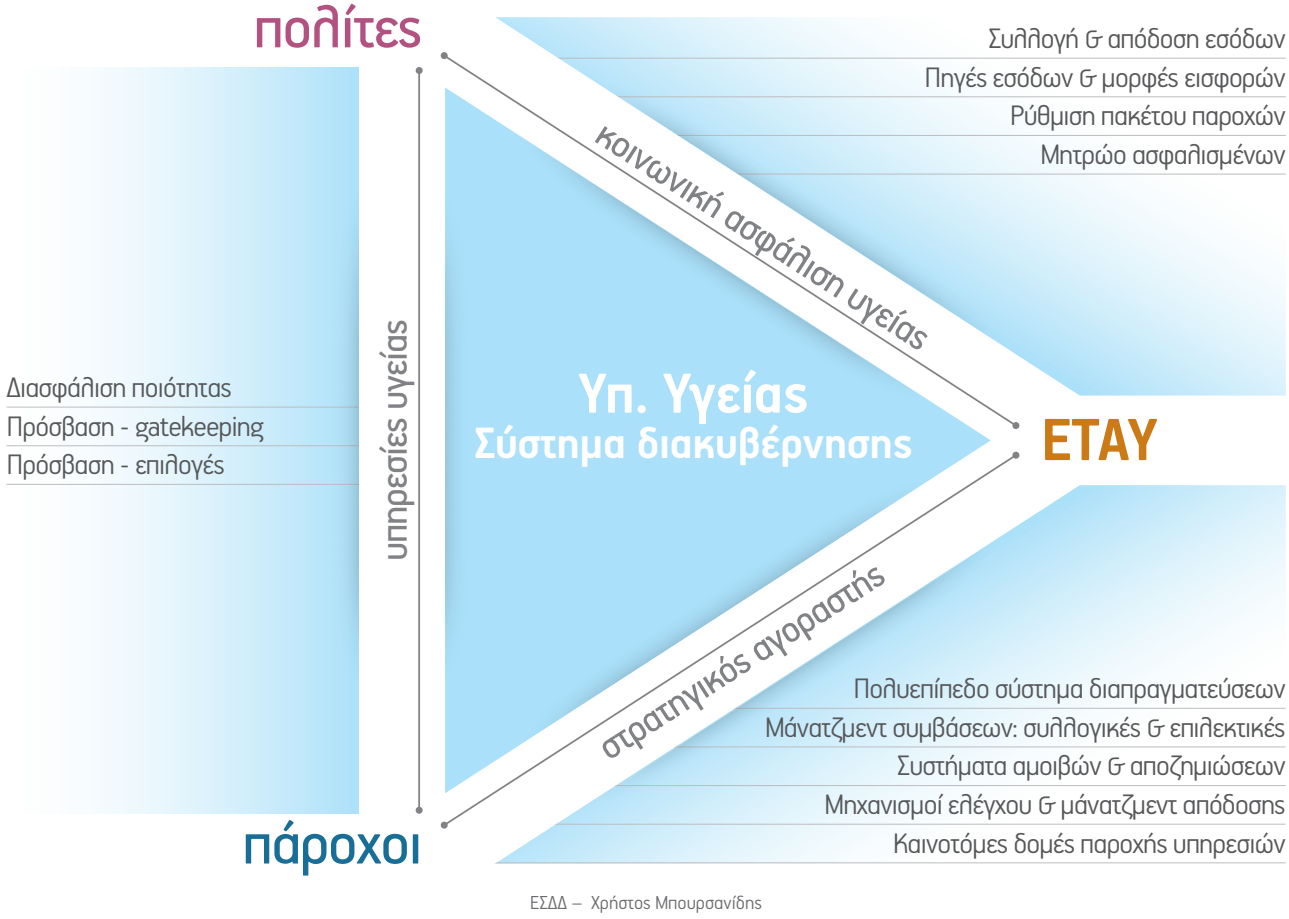
3. Μεταξύ της δεύτερης γενιάς του οικονομικά ενεργού πληθυσμού και των δύο άλλων γενεών (**αλληλεγγύη των γενεών**)
4. Μεταξύ των ασφαλισμένων διαφορετικού νοσολογικού προφίλ, που με όρους τεχνικής της ασφάλισης σημαίνει μεταξύ πολιτών διαφοροποιημένων κοινωνικών ή ασφαλιστικών κινδύνων. Πρόκειται για μία μελλοντικά αυξανόμενης σημασίας και κοινωνικοπολιτικά κρίσιμης διάστασης της κοινωνικής αλληλεγγύης με σημαντικές όσο και καινοτόμες θεσμικές και διαχειριστικές προεκτάσεις αντιμετώπισης (**αναδιανομή μέσω μηχανισμών και δομών εξισορρόπησης κινδύνων**).

Πηγή: Μπουρσανίδης 2014

1.4 Θεσμική ανάδειξη του ρόλου του ΕΤΑΥ ως βασικού πυλώνα του συστήματος υγείας

Υπό το πρίσμα αυτό το πέρας της «χρυσής εποχής του 'ευδαιμονικού' κράτους ευημερίας» στην Ελλάδα δε σηματοδοτεί και το τέλος του κοινωνικού κράτους αλλά , απεναντίας, ένα παράθυρο ευκαιρίας και μία αφετηρία δομικών αλλαγών προς μία σύγχρονη κοινωνικοπολιτική νοηματοδότηση και μία καινοτόμα στρατηγική θεσμικής ανασυγκρότησης και διακυβέρνησης του συστήματος υγείας. Καθοριστικός παράγοντας επιτυχίας αυτού του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος αποτελεί μία στοχευμένη μετεξέλιξη του ΕΟΠΥΥ σε ένα σύγχρονο δημόσιο φορέα χρηματοδότησης, αυτού του Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας (ΕΥΑΥ).

Σχήμα 2: Ο ρόλος του ΕΤΑΥ ως βασικός πυλώνας στο σύστημα υγείας



Πηγή: Βελτιωμένη εκδοχή από Boursanidis 2012 & Μπουρσανίδης 2014

Ο ρόλος του ΕΤΑΥ και το πολυσχιδές πεδίο δράσεων αυτού στο συνολικό σύστημα υγείας, όπως παραστατικά εμφανίζεται στο Σχήμα 2 και θα αποτελέσουν αντικείμενο συστηματικής παρουσίαση στις αμέσως δύο επόμενες ενότητες, ανάγεται σε έναν κοινωνικοκρατικό θεσμό θεμελιώδους σημασίας, δεδομένου ότι θα αποτελέσει το **αναγκαίο κοινωνικοπολιτικά δομημένο θεσμικό κέλυφος** για (α) τη διασφάλιση της θεμελιώδους αρχής της «καθολικής κάλυψης υγείας»(UHC) (β) τη διασφάλιση της μακροχρόνιας βιωσιμότητας και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας, (γ) την μετάβαση αυτού σε έναν ενεργό ρόλο του στρατηγικού αγοραστή και (δ) την ανάπτυξη μίας νέας θεσμικής αρχιτεκτονικής και σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας στο πλαίσιο, βέβαια, ενός πολυεπίπεδου συστήματος σύγχρονων δομών διακυβέρνησης στο σύστημα υγείας. Υπό το πρίσμα αυτό αναδεικνύεται το ΕΤΑΥ ως ένας βασικός πυλώνας και βασικός παίκτης στο σύστημα υγείας και καθίσταται ο **ακρογωνιαίος λίθος** προκειμένου να δημιουργηθεί ένα λειτουργικά ολοκληρωμένο και λογικά συνεκτικό σύστημα υγείας αυξημένης λειτουργικής-διοικητικής ικανότητας.

ΜΕΡΟΣ 2:
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ ΤΟΥ ΕΤΑΥ ΩΣ ΘΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (SHI)

2.1 Το αίτημα της Καθολικής Κάλυψης Υγείας

Αναλυτικό πλαίσιο: Η πολυδιάστατη διαδικασία καθολικής κάλυψης

Η καθολική κάλυψη υγείας (UHC) ως μία θεμελιώδης αρχή και ένας από τους διακηρυκτικούς στόχους κεντρικής σημασίας του ΠΟΥ (WHO 2010), αποτελεί τον κοινωνικοπολιτικό φακό στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες διεθνώς[7] και ιδιαίτερα από αυτές τις χώρες που έχουν πληγεί ιδιαίτερα από την οικονομικής κρίση, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα (Thomson et al. 2014). Μία συνοπτική παρουσίαση της μείζονος κοινωνικοπολιτικής σημασίας έννοιας της καθολικής κάλυψης υγείας[8] παρουσιάζεται με ένα παραστατικό τρόπο (Σχήμα 3), με αναφορά στον **αποκαλούμενο κύβο του ΠΟΥ.**

Από αναλυτική σκοπιά γίνεται η διάκριση των τριών διαστάσεων που την συνθέτουν, οι οποίοι συνιστούν τους τρεις άξονες πολιτικής υγείας αυτού του δυναμικού μοντέλου:

1. Μέρος του πληθυσμού που καλύπτεται **(ποιος)**: Αναφέρεται στο **εύρος** της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού ή στο βαθμό των ανασφάλιστων πολιτών.
2. Παροχές που καλύπτονται **(τι)**: Αναφέρεται στο **βάθο**ς της ασφαλιστικής κάλυψης, δηλαδή στο είδος και το μέγεθος που συνθέτουν το πακέτο των καλυπτόμενων υπηρεσιών τόσο σε είδος όσο και σε χρήμα.
3. Κάλυψη προκυπτουσών δαπανών **(πόσο):** Αναφέρεται στο **ύψος** κάλυψης του κόστους και των δαπανών που προκύπτουν από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

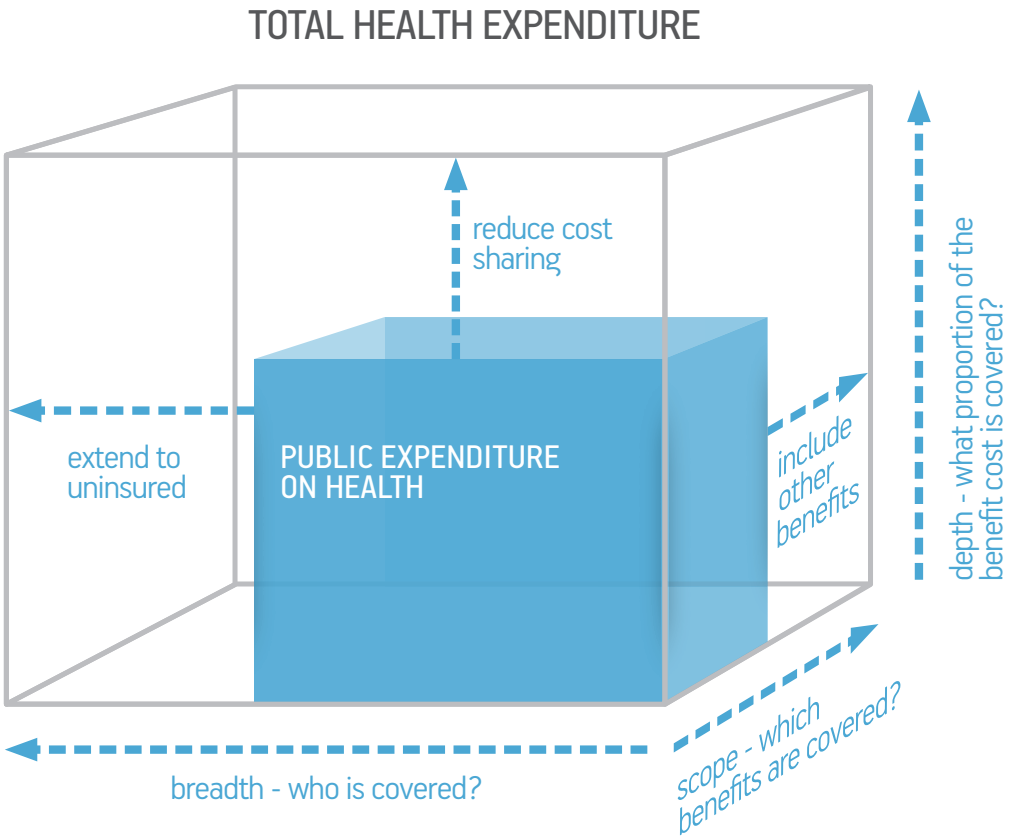
Ο βαθμός καθολικότητας της κάλυψης, που εικονικά αποδίδεται με το εσωτερικό μπλε σχήμα (μικρός κύβος), εξαρτάται από τον βαθμό σύγκλισης ή απόκλισης των τριών διαστάσεων από το εξωτερικό σχήμα (μεγάλος κύβος), ως το νοητό μέγιστο δυνατό μέγεθος. Με καθαρά οικονομικούς

---

7 Από την εκτεταμένη διεθνή βιβλιογραφία ενδεικτικά αναφέρονται: για τις χώρες σε μετάβαση (Kutzin et al 2010), της Λατινικής Αμερικής (Lancet Series 2015), επιλεκτικές χώρες της Ασίας (Maeda et al. 2014) ως ευρωπαϊκή χώρα η Γαλλία (Barroy et al. 2014)

8 Για μία επισταμένη προσέγγιση αυτής της έννοιας-σχεδίου σύλληψης μεταξύ άλλων βλ. Stuckler et al, 2010

Σχήμα 3: Οι τρείς διαστάσεις της καθολικής κάλυψης υγείας



Πηγή: Busse 2013

όρους αυτό εκφράζεται ως το ποσοστό των δημόσιων δαπανών υγείας σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας.

Αναλυτική περιγραφή υφιστάμενης κατάστασης στην Ελλάδα

Μία συστηματικής προσέγγιση σχετικά με την θεσμική διασφάλιση της θεμελιώδους αρχής της «καθολικής κάλυψης υγείας» στο πλαίσιο της αναλυτικής περιγραφή των επιπτώσεων της κρίσης και της υφιστάμενης κατάστασης στην Ελλάδα (Economou et al. 2014) οδηγεί στη θλιβερή διαπίστωση εμφανών **τάσεων συρρίκνωσης του κύβου και στις τρείς διαστάσεις** αυτού:

1. Ύπαρξη μεγάλου βαθμού ανασφαλίστων λόγω προϊούσας απασφάλισης των πολιτών κυρίως των μακροχρόνιων ανέργων

2. Σταδιακή μείωση ή απάλειψη παροχών στο πλαίσιο ενός ad hoc στιλ πολιτικής υγείας διαμόρφωσης του πακέτου και παντελούς έλλειψης κουλτούρας θεσμοποιημένων διαδικασιών λήψης απόφασης βάσει τεκμηρίων
3. Ένας κοινωνικοπολιτικά μη αποδεκτός επιμερισμός δαπανών, δηλαδή υψηλά ποσοστά ή/και ποσά τελών χρήσης με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις, όπως ανισότητες στην προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας, πληθώρα περιπτώσεων καταστροφικών δαπανών.

Ανάπτυξη προτάσεων και εφαρμογή μέτρων δημόσιας πολιτικής υγείας

Ο δημόσιος επιστημονικός 'διάλογος': Στον πενιχρό δημόσιο διάλογο στην Ελλάδα, στην ουσία παράλληλων μονολόγων, διακρίνονται τρείς επιστημονικά τεκμηριωμένες και δημόσια διατυπωμένες προτάσεις ως σημαντικές[9]:

1. Μία πρώτη πρόταση αναφέρεται στην κατάργηση του ΕΟΠΥΥ και τη δημιουργία μίας **Εθνικής Ασφάλισης Υγείας** (Λιαρόπουλος 2012 & 2013)
2. Η δεύτερη περίπτωση αφορά στο έργο και στις διατυπωμένες προτάσεις της ερευνητικής ομάδας του Καθ. Κυριόπουλου της ΕΣΔΥ (μ.α. ΕΣΔΥ 2012, www.nhph.gr) η οποία δεν αμφισβητεί την θεσμική υπόσταση του ΕΟΠΥΥ ως θεσμού της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας και το σύνολο των διατυπωμένων προτάσεων και αναφορών αποσκοπούν στην ανασυγκρότηση και στη βελτίωση του ΕΟΠΥΥ.
3. Τέλος, μία τρίτη περίπτωση επικεντρώνει την προσοχή του κυρίως στο ζήτημα των σχέσεων κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και τάσσεται υπέρ της προώθησης ενός **μοντέλου συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα** στη αγορά ασφάλισης υγείας (Νεκτάριος 2013a & Νεκτάριος 2013b).

Η εφαρμοζόμενη δημόσια πολιτική υγείας: Σε επίπεδο πρακτικά εφαρμοζόμενης δημόσιας πολιτικής υγείας παρατηρείται (α) μία τάση εμφάνισης κοινωνικά προσανατολισμένων και ενδιαφερουσών πρωτοβουλιών (τύπου Κοινωνικών Ιατρείων), (β) η εφαρμογή πολιτικών στοχευόμενων σε ορισμένες κοινωνικές κατηγορίας (τύπου Voucher) και τέλος (γ) η πολιτική επιλογή ανάθεσης

---

9 Ενώ διαπιστώνεται, γενικά, ένας κοινωνικά μη αποδεκτός επιμερισμός των βαρών χρηματοδότησης και μία δημοσιονομικά επικίνδυνη δυναμική κατάσταση των οικονομικών των Ταμείων Υγείας - ΕΟΡΥΥ, ο αναφερόμενος δημόσιος διάλογος, όπως έχει υποστηριχθεί (Boursanidis 2014, εμφανίζει ένα αξιοσημείωτο έλλειμμα μίας θεωρητικά θεμελιωμένης και εμπειρικά τεκμηριωμένης ολοκληρωμένης προσέγγισης (διάγνωσης και θεραπείας) του αυξημένης πολυπλοκότητας και πολυδιάστατου ζητήματος αυτού (Kutzin 2013).

στις δημόσιες μονάδες υγείας (Νοσοκομεία & ΠΕΔΥ) της ευθύνης παροχής-κάλυψης κρίσιμων υγειονομικών υπηρεσιών «δωρεάν!» ειδικά για τους μακροχρόνια ανασφάλιστους. Αναμφισβήτητα και οι τρείς αυτές μορφές προσπαθειών κάλυψης κρίνονται ως αναγκαίες και χρήσιμες, πλην όμως συνιστούν αποσπασματικά μέτρα και βραχυπρόθεσμες πολιτικές, που δεν οδηγούν σε κοινωνικοπολιτικά αποδεκτές, και δημοσιονομικά μακροχρόνια βιώσιμες & τελεσφόρες λύσεις.

2.2 Σκιαγράφηση σχεδίου διασφάλισης της UHC στην Ελλάδα

Το ΕΤΑΥ ως φορέας θεσμικής διασφάλισης της Καθολικής Κάλυψης Υγείας

Στο βαθμό, λοιπόν, που το αίτημα της καθολικής κάλυψης ανήκει στην κοινωνικοπολιτική ατζέντα, κάθε χώρα πρέπει ορίσει το δικό της οδικό χάρτη υλοποίησης και επίτευξης της καθολική υγεία κάλυψης, λαμβάνοντας υπόψη τη ιστορικά προσδιορισμένη γενετική του συστήματος υγείας καθώς και το ευρύτερο πολιτιστικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο. Μία συστηματική προσέγγιση στην προσπάθεια ανάπτυξης απαντήσεων και υπόδειξης βιώσιμων λύσεων καθιστά αναγκαία μία πλοήγηση συνιστά μία πλοήγηση με πυξίδα τη διάσημη κύβο του UHC, που να αναφέρεται και να ικανοποιεί συγχρόνως και τις τρεις συντεταγμένες αυτού. Βέβαια, η βασική πρόκληση για τη διασφάλιση και τη βελτίωση της καθολικής κάλυψης υγείας δεν συνίσταται απλώς και μόνο στην επισήμανση του «ποιος», «τι», και «πόσο», αλλά κυρίως το «**γιατί**» και πολύ περισσότερο το «**πως**». Αναφέρεται, δηλαδή, στη διαμόρφωση μίας μελετημένης στρατηγικής μέτρων και δράσεων και στα θεσμικά, λειτουργικά και οικονομικά προαπαιτούμενα για μία επιτυχή υλοποίηση αυτής.

Καθίσταται πρόδηλο λοιπόν, ότι, η θεσμική διασφάλιση της UHC, όπου οι αρχές της καθολικότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης συνιστούν τους κύριους καθοριστικούς παράγοντας, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το πώς είναι οργανωμένη η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, όπου ο ρόλος του ΕΤΑΥ αναδεικνύεται όντως ως ο ακρογωνιαίος λίθος επιτυχίας του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος. Στο σημείο όμως αυτό είναι χρήσιμο μα αναφερθεί ότι η προτεινόμενη στρατηγική, ως μια πολυδιάστατη, θεωρητικά θεμελιωμένη, πρακτικά χρήσιμη και εφαρμόσιμη πρόταση, που αναπτύχθηκε αξιοποιώντας τις δοκιμασμένες εμπειρίες των χωρών της ΕΕ, πέραν των μελετών περίπτωσης αποτελεί ένα προσανατολιστικό πλαίσιο αναφοράς και συνιστά έναν **οδικό χάρτη** διασφάλισης της καθολικής κάλυψης υγείας. Όμως, όπως πολύ εύστοχα έχει επισημανθεί (Kutzin 2013) υποδηλώνει απλώς «μια κατεύθυνση» της πολιτικής υγείας και όχι έναν συ-

γκεκριμένο «προορισμό». Είναι πρόδηλο ότι αυτό αποτελεί έργο και πρόκληση του πολιτικού-διοικητικού συστήματος.

Καθολική κάλυψη πληθυσμού (coverage bradth): Πως και από ποιόν;

Στο βαθμό που η ιδιότητα του ασφαλισμένου εξαρτάται άμεσα από την δυνατότητα απασχόλησης, σε μία χώρα με υψηλούς βαθμούς μακροχρόνιας ανεργίας, όπως στην Ελλάδα, πρέπει να διερευνηθούν εναλλακτικές δυνατότητες θεσμικής κάλυψης του πληθυσμού αυτού. Αυτό οδηγεί στην αναγνώριση της αναγκαιότητας ανάληψης χρηματοδοτικής ευθύνης για τις συγκεκριμένες κοινωνικές κατηγορίες ανασφάλιστων πολιτών (εκτός των μη νόμιμα διαμενόντων μεταναστών) μεταξύ των οποίων ανήκουν κυρίως οι μακροχρόνια άνεργοι, από το δημοσιονομικό σύστημα. Συνδεδεμένο, βέβαια, με τη θεσμική δέσμευση μεταβίβασης των ανάλογων πόρων, με τη μορφή των λεγόμενων στοχοδευσμευμένων φόρων, στο ΕΤΑΥ. Με τον τρόπο αυτό δεν ακυρώνεται ο θεσμικός πυρήνας της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας και συγχρόνως διασφαλίζεται σε στέρεα βάση η δημοσιονομική βιωσιμότητα του ΕΤΑΥ. Πρόκειται για μία διαδικασία υπέρβασης της βασικής αδυναμίας του ελληνικής εκδοχής μοντέλου Bismarck η οποία κατατείνει στο να μετασχηματίσει το «**συστημικό μειονέκτημα**» της κοινωνικής ασφάλισης υγείας σε ένα **«συγκριτικό πλεονέκτημα»,** το οποίο συνίσταται στην υψηλή διαχειριστική ικανότητα αυτών και τη συμβολή τους στη βελτίωση της απόδοσης (performance) του συνολικού συστήματος υγείας.

Με αυτή την έννοια καθίσταται πρόδηλο ότι ο προνομιακός αν όχι φυσικός φορέας διασφάλισης της **αρχής της «καθολικής κάλυψης υγείας» (UHC)** δεν μπορεί να είναι άλλος παρά το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας, του οποίου βέβαια πρέπει θεσμικά να διασφαλιστεί μία υγιή και μακροχρόνια βιώσιμη χρηματοδοτική βάση.

Διαμόρφωση πακέτου παροχών υγείας (coverage scope)

Το ζήτημα διαμόρφωσης του πακέτου παροχών, αποτελεί ένα νευραλγικής σημασίας σημείο στη λειτουργία των συστημάτων υγείας και των Ταμείων Υγείας (SHI). Τα κρίσιμα ερωτήματα που ανακύπτουν στο πλαίσιο αυτό είναι: **Ποιος** προσδιορίζει και **πως** (κριτήρια και μεθοδολογία) το πακέτο παροχών, **ποιο** είναι το επίπεδο παροχών (**βάθο**ς της ασφαλιστικής κάλυψης), **ποιος** το παρέχει και **πως** διασφαλίζεται θεσμικά αυτό.

Σε γενικές γραμμές όλες οι χώρες της ΕΕ προσπάθησαν να παρέχουν ένα ικανοποιητικό πακέτο υπηρεσιών (Thomson et al. 2009), όπου περιλαμβάνονται όλες «οι υγειονομικά ενδεδειγμένες και

οι κοινωνικά αποδεκτές» υπηρεσίες υγείας, οι οποίες αναφέρονται στην κάλυψη του συνολικού φάσματος των αναγκών υγείας (βλ. σχήμα 7 στην ενότητα 3.4). Από τη διεθνή εμπειρία και ειδικότερα πολλών χωρών της ΕΕ έχει παρατηρηθεί ο εξής θεσμικός επιμερισμός ρόλων στη διαδικασία προσδιορισμού του πακέτου παροχών: Κατ΄αρχήν αποτελεί αντικείμενο της νομοθετικής εξουσίας η οποία αποφαίνεται σε επίπεδο βασικών αρχών και γενικών γραμμών. Ακολούθως την ευθύνη εξειδίκευσης και συνεχούς επικαιροποίησης του πακέτου παροχών την αναλαμβάνουν συνήθως αυτόνομοι οργανισμοί (agencies) υψηλής επιστημονικής επάρκειας και διαχειριστικής εξειδίκευσης και ως εκ τούτου χαίρουν ευρείας νομιμοποίησης (Smith et al. 2012). Στο πλαίσιο αυτό και όσον αφορά στη θεσμική διασφάλιση προσδιορισμού του πακέτου των υπηρεσιών στην Ελλάδα που (α) να εκπληρώνει το κριτήριο της βασισμένης σε τεκμήρια ιατρικής (EBM= Evident basis medicine) όσο και της ανάλυσης κόστους-οφέλους (HTA= Health Technology Assessment) και (β) να απολαμβάνει τον υψηλότερο βαθμός νομιμοποίησης και συγχρόνως διασφάλισης συναινετικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων **προτείνεται-συνιστάται,** η ίδρυση ενός ανεξάρτητου και πλουραλιστικά δομημένου οργάνου, η **Επιτροπή Διαβούλευσης & Συντονισμένης Δράσης Υγείας (ΕΔ&ΣΔΥ),** η οποία στο έργο της θα συνεπικουρείται από ένα προς **ίδρυση Επιστημονικό Ινστιτούτο** αντίστοιχο του ευρέως γνωστού NICE του Ην. Βασιλείου ή του IQWiG της Γερμανίας (επ΄ αυτού βλέπε και ενότητα 5.3).

Επιπροσθέτως και προκειμένου να διορθωθεί ο υφιστάμενος θεσμικός διαχωρισμός των υπηρεσιών σε χρήμα από τις υπηρεσίες σε είδος, ο οποίος αποτελεί επίσης μία επίσης πρωτότυπη επινόηση και αρνητική θεσμική απόκλιση, **προτείνεται**-**συνιστάται**, η **μεταφορά των συναφών αρμοδιοτήτων και ευθυνών απονομής και ελέγχου των παροχών σε χρήμα, από τους μεμονωμένους ασφαλιστικούς φορείς στο ΕΤΑΥ.** Με αυτήν τη θεσμική παρέμβαση ενισχύεται η θεσμική διασφάλιση της διαχειριστικής ικανότητας των παρεχομένων-καλυπτομένων υπηρεσιών, γεγονός που συνεπάγεται υπέρβαση της υφιστάμενης διάχυσης ευθύνης και οδηγεί στην διοικητική ενότητα και υπευθυνότητα, χρήσιμη και κρίσιμη ενόψει του απώτερου σκοπού της καθολικής κάλυψης.

Διαμόρφωση τελών χρήσης (coverage depth)

Προτείνεται μία εμπεριστατωμένη μελέτη για τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας που να στοχεύει στη μείωση των οριζόντιων μορφών των τελών χρήσης και σε ένα κοινωνικοπολιτικά ενδεδειγμένο και αποδεκτό επιμερισμού του κόστους στους ασφαλισμένους, προκειμένου να μειωθεί το μεγάλο χάσμα μεταξύ αυτού που θεσμικά προβλέπεται και αυτού που ισχύει στην πραγματικότητα.

2.3 Σύγχρονος θεσμικός επιμερισμός χρηματοδοτικής ευθύνης

Αναζήτηση ενός βέλτιστου μείγματος πηγών και εσόδων

Μία γενικού χαρακτήρα παρατήρηση, που απορρέει ως δίδαγμα από την συγκριτική προσέγγιση των συστημάτων χρηματοδότησης, αποτελεί η διαπίστωση μίας γενικευμένης τάσης στις χώρες με συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας διερεύνησης των δυνατοτήτων διεύρυνσης των πηγών εσόδων (Kutzin et al. 2010, Thomson et al. 2014). και την εξεύρεση ενός **βέλτιστου μείγματος χρηματοδότησης στο πλαίσιο θεσμών κοινωνικής ασφάλισης υγείας**. Πρόκειται για λύσεις που προέκυψαν από μία δημιουργική «συνεύρεση Bismarck και Beveridge» (Kutzin 2013), οι οποίες συνιστούν δημιουργικές υβριδικού χαρακτήρα θεσμικές διαπλάσεις. Ως ενδιαφέρουσες μορφές ενίσχυσης ή συμπλήρωσης των εσόδων επιδρούν στη δομή του συστήματος χρηματοδότησης εισάγοντας στοιχεία του δημοσιονομικού συστήματος στο σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας. Λογικό θεσμικό επακόλουθο αυτής της νέας αντίληψης και της διαδικασίας κοινωνικού πειραματισμού ήταν η ανάδυση μίας νέας μορφής φορολογικής ρύθμισης, η οποία αναφέρεται στην θέσπιση και στον σαφή εκ των προτέρων προσδιορισμό των **λεγόμενων στοχοδευσμευμένων φόρων (earmarking taxes**) για την κάλυψη ειδικών κατηγοριών πολιτών, μεταξύ των οποίων και του μη οικονομικά ενεργού πληθυσμού, ειδικότερα των μακροχρόνια ανέργων.

Μηχανισμός προσδιορισμού εισφορών και στοχοδευσμευμένων πόρων

Είναι πρόδηλο ότι ανωτέρω το περιγραφέν σχέδιο περιορίστηκε στην παρουσίαση της θεσμική διάστασης του συστήματος χρηματοδότησης. Το αυξημένης πολυπλοκότητας ζήτημα σχετικά με μία λεπτομερή και αναλυτική παρουσίαση του **προσδιορισμού του ποσοστού των κοινωνικών εισφορών** και ειδικότερα **των στοχοδευσμευμένων πόρων** σε συνδυασμό με την ταξινόμηση των ειδικών κατηγοριών των ανασφαλίστων, υπερβαίνει τα όρια αυτής της μελέτης. Προς τούτο προτείνεται-συνιστάται η συγκρότησης μίας διεπιστημονικά συγκροτημένης Ομάδας Διοίκησης Έργου ή ενός διαρκούς «**Πάνελ Εμπειρογνωμόνων**» (Busse et al. 2010), προερχόμενων από τα εμπλεκόμενα Υπουργεία (Υγείας, Οικονομικών και Κοινωνικής Ασφάλισης) και τους κύριους συναφείς Οργανισμούς (ΕΤΑΥ, ΔΥΣΕ, Στατιστική Υπηρεσία).

Σκοπός αυτού του θεσμοθετημένου οργάνου είναι η (α) αφενός η αναζήτηση και επεξεργασία όλων των αναγκαίων και χρήσιμων στοιχείων και δεδομένων και (β) αφετέρου η εφαρμογή δοκιμασμένης μεθοδολογίας προσδιορισμού του επιπέδου ποσοστών εισφοράς, η διαμόρφωση και υποβολή προτάσεων και συστάσεων προς έγκριση στη Βουλή, στο πλαίσιο έγκρισης των συνολι-

κών δημοσίων δαπανών υγείας και κατάρτισης του κρατικού προϋπολογισμού.
Στην ευρύτερη μελέτη αναφέρονται αρκετές χρήσιμες πληροφορίες θεσμικής ρύθμισης, και έχουν σκιαγραφηθεί οι αναγκαίες κατευθύνσεις για μία στοχευμένη αξιοποίηση της συναφούς διεθνούς βιβλιογραφίας. Στο παρατιθέμενο ένθετο 2 αναφέρονται επιγραμματικά τα δομικά στοιχεία του αυξημένης πολυπλοκότητας ζητήματος και κρίσιμα ερωτήματα που προκύπτουν.

Ένθετο 2: Δομικά στοιχεία-ερωτήματα προσδιορισμού εισφορών

Ποιος είναι υπεύθυνος για τον καθορισμό των ποσοστών κοινωνικής εισφοράς; Θεωρητικά είναι δυνατόν τα ποσοστά εισφορών να καθορίζονται αυτόνομα από κάθε Ταμείο ξεχωριστά και ενδεχομένως να χρήζουν έγκρισης από το καθ' ύλην αρμόδιο Υπουργείο. Η κυρίαρχη τάση, όμως, στα δοκιμασμένα συστήματα το ζήτημα αυτό να αποτελεί ένα προνομιακό αντικείμενο λήψης απόφασης της κεντρικής διοίκησης.

Με ποια αναλογία επιμερίζονται οι κοινωνικές εισφορές μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών; Το κλασσικό μοντέλο, εντεταγμένο στη βασική περί κοινής ευθύνης των κοινωνικών εταίρων θεώρηση, οδήγησε στην ρύθμιση επιμερισμού σε ποσοστό 50:50. Βέβαια, σε πολλές χώρες και από Ταμείο σε Ταμείο υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Συναφές ερώτημα είναι αν υπάρχει η δυνατότητα συμπληρωματικής επιβολής πρόσθετων εισφορών ή επιστροφής αυτών ανάλογα με τις διαχειριστικές ανάγκες η δυνατότητες των Ταμείων (π.χ. στην Γερμανία).

Ποια η βάση υπολογισμού του ποσοστού της κοινωνικής εισφοράς; Κατ' αρχάς με ποιον τρόπο σχετίζονται οι εισφορές με τη μισθοδοσία; (μικτό ή καθαρό εισόδημα;) η επεκτείνεται και σε άλλες πηγές του συνολικού του οικογενειακού εισοδήματος;) Επιπλέον, ειδικού κοινωνικοπολιτικού ενδιαφέροντος ερώτημα αποτελεί η ύπαρξη ή όχι ανώτατων ή κατώτατων ορίων εισοδήματος για την καταβολή εισφορών. Είναι σαφές ότι όταν υπάρχουν ρυθμίσεις που αναφέρονται στην θέσπιση ανώτατου ορίου (π.χ. Γερμανία, Αυστρία), η ρύθμιση αυτή καθαυτή και ειδικότερα το ύψος **του ανώτατου** ορίου εισοδήματος περιορίζει αισθητά το ποσό των εσόδων του Ταμείου. Επιπρόσθετα, έχει μία οπισθοδρομική επίπτωση όσον αφορά στην αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Θα υπάρξει μία ειδική και τι είδους ρύθμιση για συγκεκριμένες κατηγορίες ευπαθών ομάδων; Δηλαδή πρόβλεψη ύπαρξης ή-μη ειδικών ποσοστών για συγκεκριμένες κατηγορίες ευπαθών ομάδων, όπως ηλικιωμένοι, αυτοαπασχολούμενοι, αγρότες, οι άνεργοι κτλ., ως μία έμπρακτη σημαντική κοινωνικοπολιτική παράμετρος πολιτικής υγείας.

"Όσον αφορά στον προσδιορισμό της **βάσης υπολογισμού** και του **ποσοστού** των **στοχοδευσμευμένων πόρων** ανά κοινωνική κατηγορία των ανασφαλίστων πολιτών, στοιχείο που συνιστά μία κρίσιμη επιμέρους διάσταση και ένα ομολογουμένως μείζονος κοινωνικοπολιτικής σημασίας ζήτημα στην Ελλάδα, συνιστάται η αξιοποίηση των θετικών εμπειριών της Γαλλίας (Barroy et al. 2014) και ειδικότερα Τσεχίας και της Μολδαβίας (Kutzin et al. 2010). Από τις αναφορές και επισημάνσεις έχει καταστεί σαφές ότι ο προσδιορισμός του ποσοστού εισφορών συνιστά, όντως, μία **κοινωνικοπολιτικά πολυσύνθετη** και **μεθοδολογικά πολυπαραμετρική αλγοριθμική διαδικασία** (Busse et al. 2010), η κατανόηση της οποίας από πρακτική άποψη συνιστά ένα αναγκαίο όρο για τη θεσμική διασφάλιση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας των Ταμείων Υγείας.

Ένθετο 2: Παραδείγματα προσδιορισμού της βάσης υπολογισμού, του ποσοστού και της διαδικασίας μεταβίβασης των στοχοδευσμευμένων πόρων

1. Το παράδειγμα της Γαλλίας: *Ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην περίπτωση της Γαλλίας παρουσιάζει η εφαρμογή ενός προγράμματος «καθολικής κάλυψης υγείας», γνωστού ως CMU, για άτομα που δεν θεμελιώνουν δικαίωμα ασφαλιστικής κάλυψης σε άλλα ταμεία. Το κόστος καλύπτεται από το κράτος μέσω του σχετικού Ταμείου Υγείας (CMU-Fund), το οποίο εντάσσεται στο γενικό ταμείο και συμμετέχει στην σχετική Ένωση Ταμείων Υγείας (UNCAM). Η χρηματοδότηση διασφαλίζεται μέσω ενός εθνικού στοχοδευσμευμένου φόρου εισοδήματος (33%) αποκαλούμενου ως γενική κοινωνική εισφορά.*

Εξίσου ενδιαφέρουσες είναι οι δοκιμασμένες εμπειρίες καθολικής κάλυψης υγείας του ανασφάλιστου πληθυσμού, δηλαδή των μη ικανών καταβολής εισφορών βάση εισοδήματος μισθοδοσίας, μέσω των ταμείων υγείας της Τσεχίας και της Μολδαβίας. Προκειμένου να διασφαλισθεί η προβλέψιμη ροή εσόδων στα Ταμεία Υγείας για λογαριασμό των συγκεκριμένων ομάδων και να αποφευχθεί το πιθανό μειονέκτημα συμμετοχής του δημοσιονομικού συστήματος στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, όπου οι μεταβιβάσεις αυτές να υπόκεινται στις εκάστοτε δημοσιονομικές διακυμάνσεις που επηρεάζουν τις σχετικές αποφάσεις κατά την ετήσια διαδικασία κατάρτισης προϋπολογισμού, προβλέφθηκε νομοθετικά ένας μηχανισμός μεταφοράς ενσωματωμένος λογική ασφάλισης υγείας.

2. Το παράδειγμα της Τσεχίας: *Μεταφορά για λογαριασμό των ανασφάλιστων του αντίστοιχου ποσού που προκύπτει από τον προσδιορισμό ενός ποσοστού ανάλογου με τον μέσο όρο των μισθών.*

3. Το παράδειγμα της Μολδαβίας: *Θεσμική υποχρέωση μεταφοράς ενός ισοδύναμου ποσού που*

προκύπτει από την εκτίμηση σε ετήσια βάση του κατά κεφαλήν κόστους του πακέτου των παροχών των δημόσια ασφαλισμένων.

Μηχανισμός-οργανισμός συλλογής εσόδων (collecting organization)

Σχετικά με την θεσμική ρύθμιση της συνολικής διαδικασίας χρηματοδότησης και για τη βελτίωση της αποδοτικής λειτουργίας του ΕΤΑΥ, έχει επιλεγεί σωστά η ενσωμάτωση (integration) των δύο από τις βασικές λειτουργίες της συνολικής διαδικασίες χρηματοδότησης, δηλαδή της συγκέντρωσης όλων των πηγών εσόδων σε μια δεξαμενή (pooling) και της βέλτιστης διαχείρισης αυτών ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας (purchasing). Ωστόσο, όσον αφορά στη λειτουργία είσπραξης των εισφορών-εσόδων (ressource collection), η θεσμική ρύθμιση στην Ελλάδα αποτελεί αναμφισβήτητα ένα από τα μείζονος διαχειριστικής σημασίας προβλήματα που παρουσιάζει ο ΕΟΠΥΥ. Το πρόβλημα συνίσταται στην ανάθεση ευθύνης συλλογής των πόρων-εσόδων από τους επιμέρους ασφαλιστικούς οργανισμούς και απόδοσης αυτών στον ΕΟΠΥΥ, χωρίς βέβαια την ενδεδειγμένη θεσμική διασφάλιση αυτής της λειτουργίας.

Από τη ποικιλία θεσμικών ρυθμίσεων στις χώρες της ΕΕ παρατηρείται ότι τα κλασικά πλουραλιστικά συστήματα, την λειτουργία αυτή στην πράξη την αναλαμβάνουν τα ίδια τα Ταμεία Υγείας (Γερμανία, Αυστρία), Στην περίπτωση των Εθνικών Ταμείων Υγείας (Εσθονία) ή σε Ταμεία Υγείας συγκεντρωτικού διοικητικού υποδείγματος, όπως η Γαλλία, την ευθύνη αυτή την εναποθέτουν σε ειδικούς οργανισμούς αυξημένης εισπρακτικής ικανότητας. Με αυτήν την έννοια και στη βάση της αρχής της λειτουργικής εξειδίκευσης (Kutzin 2013) κρίνεται ενδεδειγμένη η διερεύνηση ανάθεσης αυτής της λειτουργίας σε έναν οργανισμό αντίστοιχο του παραδείγματος της Εσθονίας ή της Γαλλίας. Σε συνδυασμό μάλιστα ανάληψης σημαντικής ευθύνης χρηματοδότησης από το δημοσιονομικό σύστημα, όπως ανωτέρω έχει αναφερθεί, κρίνεται σκόπιμο τον ρόλο αυτό στην Ελλάδα να τον αναλάβει ένας ειδικός δημόσιος οργανισμός αυξημένης εισπρακτικής ικανότητας στο πλαίσιο της φορολογικής διοίκησης υπό την εποπτεία και το συντονισμό της Γ.Γ. Δημοσίων Εσόδων. **Προτείνεται-συνιστάται** για το σκοπό αυτό η **δημιουργία ή ίδρυση ενός οργανισμού του τύπου Δημόσιας Υπηρεσίας Συλλογής Εσόδων (ΔΥΣΕ).**

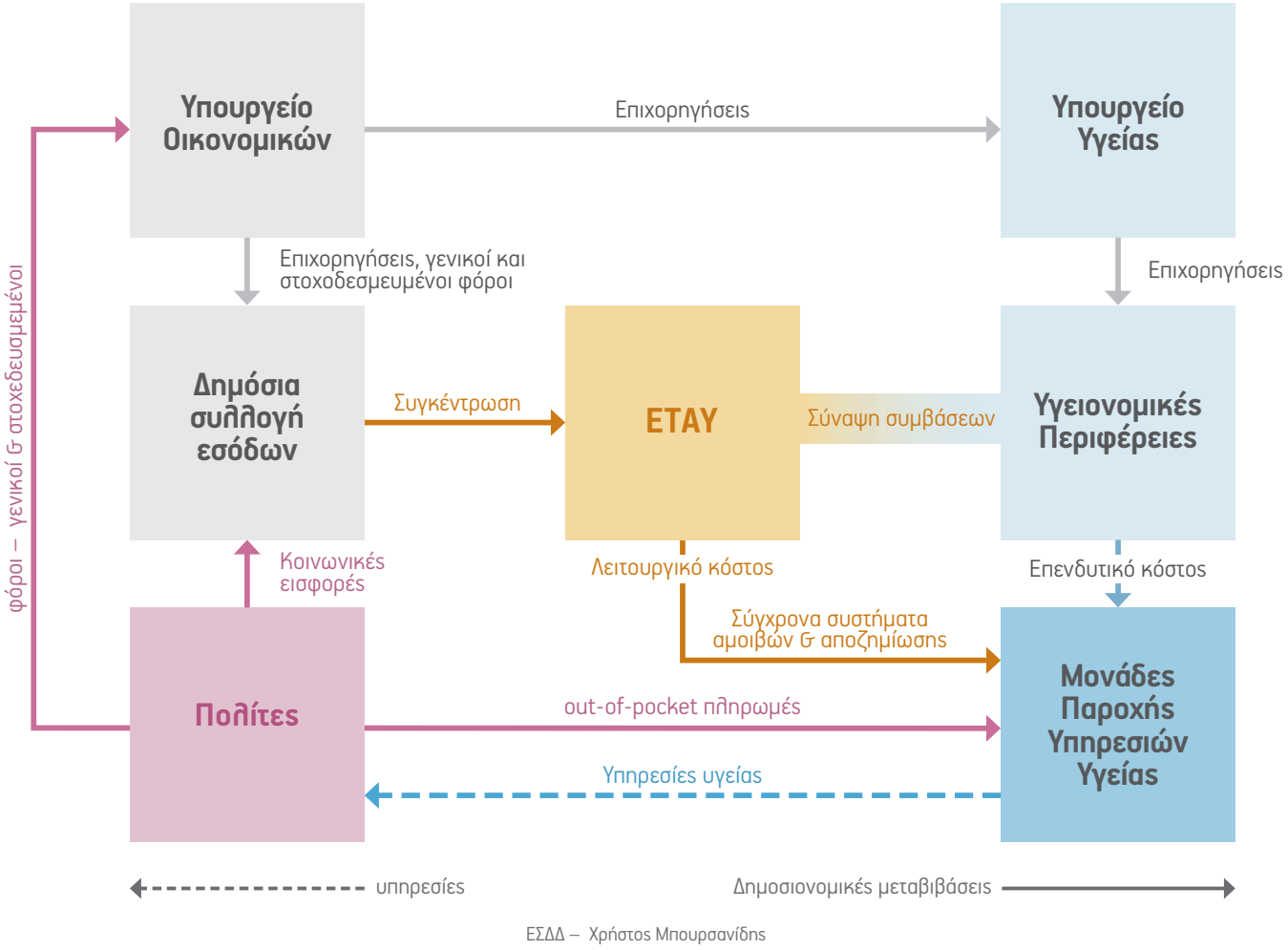
2.4 Θεσμικός επιμερισμός ρόλων και λιτή ροή χρηματοδοτικών πόρων

Μία προσπάθεια συστηματικής προσέγγισης του νέου αναδυόμενου υποδείγματος θεσμικού επιμερισμού χρηματοδοτικής ευθύνης στο συνολικό σύστημα υγείας και σχηματικής απεικόνισης της συνολικής διαδικασίας χρηματοδότησης ως ροή χρηματοδοτικών πόρων οδηγεί στην κατασκευή του παρατιθέμενου σχήματος 4. Η βασική λογική και η περιεκτική αξία αυτού του σχήματος έγκειται (α) στην παρουσίαση όλων των συναφών και εμπλεκομένων δημοσίων φορέων χρηματοδότησης και τις νέες διαμορφούμενες σχέσεις μεταξύ αυτών που συνεπάγονται (β) μια νέα διάπλαση της συνολικής χρηματοδοτικής διαδικασίας και κατά συνέπεια ένα νέα **λιτό σχήμα ροής των χρηματοοικονομικών** πόρων στο σύστημα υγείας. Ακολούθως θα γίνει μία σύντομη και επιγραμματική αναφορά στα βασικά σημεία και στοιχεία αυτού.

Λειτουργικός επιμερισμός της συνολικής διαδικασίας χρηματοδότησης: Η προς ίδρυση Δημόσια Υπηρεσία Συλλογής Εσόδων αναλαμβάνει τη λειτουργία συλλογής εσόδων (collecting) με τη θέσπιση σαφών κανόνων ρόλων και υπευθυνοτήτων καθώς και διαφανών διαδικασιών άμεσης απόδοσης αυτών στο ΕΤΑΥ, ώστε να διασφαλισθεί θεσμικά η απρόσκοπτη, συνεχής, έγκαιρη και προβλέψιμη ροή των χρηματοοικονομικών πόρων στο ΕΤΑΥ, το οποίο επωμίζεται τις άλλες δύο λειτουργίες (pooling & purchasing) και καλείται να αποδείξει την ικανότητα εκπλήρωσης αυτών με το βέλτιστο δυνατό τρόπο.

Διεύρυνση πηγών και μηχανισμών χρηματοδότησης: Διακρίνονται τρείς μορφές η κατηγορίες πηγών χρηματοδότησης (α) η κλασική πηγή των κοινωνικών εισφορών για κάθε ασφαλισμένο (β) η θέσπιση ειδικών ή στοχοδευσμευμένων πόρων (earmarking taxes) για τις ειδικές κατηγορίες των ανασφάλιστων πολιτών, μεταξύ των οποίων των μακροχρόνια ανέργων και (γ) η θέσπιση μετάβασης των προβλεπόμενων πόρων για τη μισθοδοσία του ανθρώπινου δυναμικού των δημοσίων μονάδων-παρόχων (Δημόσια Νοσοκομεία-ΠΕΔΥ) απευθείας στο ΕΤΑΥ, σε συνάρτηση με την επόμενη πρόταση.

Σχήμα 4: Θεσμικός επιμερισμός χρηματοδότησης και ροή χρηματοδοτικών πόρων



Πηγή: Ίδια διαμόρφωση στη βάση στοιχείων από Busse 2010 και Kutzin et al. 2013

Εισαγωγή δυαδικού συστήματος χρηματοδότησης: Οι κρατικοί φορείς (Υπουργεία Οικονομικών, Υγείας και ΥΠΕ) αναλαμβάνουν, λειτουργικά επιπερισμένα, την κάλυψη του **επενδυτικού κόστους** ενώ η ανάληψη ευθύνης κάλυψης του **συνολικού λειτουργικού κόστους** ανατίθεται σε «ένα χέρι», δηλαδή στο ΕΤΑΥ (single payer system)

Ρύθμιση σχέσεων μεταξύ ΕΤΑΥ (purchaser) και Μονάδων Υγείας-Παρόχων (provider): Εισαγωγή της κουλτούρας των διαπραγματεύσεων και σύναψης συμβάσεων και παράλληλη υιοθέτηση σύγχρονων προοπτικών και προσανατολισμένων στις εκροές ή στα αποτελέσματα συστημάτων αμοιβών και αποζημίωσης (modern payment systems)

Υπό το πρίσμα αυτό το προτεινόμενο ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργικού επιμερισμού ρόλων και υπευθυνοτήτων δύναται να αποτελέσει -υπόθεση εργασίας- ένα λογικά συνεκτικό και ολοκληρωμένο εγχείρημα ανταπόκρισης του συστήματος υγείας στην τριπλή απειλή (α) της οικονομικής κρίσης (β) της κρίσης του δημοσίου χρέους και (γ) της δημοσιονομικής κρίσης και άπτεται και των τριών δυνατών προσεγγίσεων που έχει στη διάθεση της μία χώρα (Thomson et al. 2014):

1. ορθολογικότερη διαχείριση των σπανίων διαθέσιμων πόρων μέσω βελτίωσης της λειτουργικής-διοικητικής ικανότητας του συστήματος (system performance).
2. μείωση των δαπανών στον τομέα υγείας με συνακόλουθο είτε περιορισμούς στους προϋπολογισμούς ή οριζόντιες περικοπές σε νευραλγικούς τομείς (π.χ. Φάρμακα) ή μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης
3. κινητοποίηση πρόσθετων εσόδων για τον τομέα υγείας

Επειδή η πρόσφατη πολιτική υγείας στην Ελλάδα ήταν ενταγμένη κυρίως στη λογική της δεύτερης προσέγγισης, η οποία εφαρμοζόμενη, μάλιστα, σε μία συνδυαστική μορφή έχει αγγίξει τα όρια κοινωνικής αποδοχής, τα προτεινόμενα μέτρα στρατηγικής παρέμβασης εντάσσονται ή οφείλουν να ενταχθούν στη λογική των δύο άλλων προσεγγίσεων. Ύπ' αυτήν την έννοια η ανωτέρω ρύθμιση λειτουργικού επιμερισμού των πηγών χρηματοδότησης και συλλογής των πόρων υπακούει και προσανατολίσθηκε στο πνεύμα αυτών των δύο προσεγγίσεων.

2.5 Ανάληψη ευθύνης τήρησης μητρώου και εξυπηρέτησης ασφαλισμένων

Στο πλαίσιο ανάκτησης βασικών λειτουργιών του ΕΤΑΥ ως Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, κρίνεται αναγκαία η υπέρβαση της ιδιαιτερότητας ή/και απόκλισης θεσμικής διάπλασης του ΕΟΠΥΥ ή οποία συνίσταται στη διατήρηση εκ μέρους των επιμέρους ασφαλιστικών φορέων των αρμοδιοτήτων τήρησης μητρώου ασφαλισμένων. Στο βαθμό που το ΕΤΑΥ μετασχηματίζεται σε έναν σύγχρονο οργανισμό παροχής υυπηρεσιών, όπου η εξυπηρέτηση του ασφαλισμένου πολίτη -ως πελάτης- τίθεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, αυτή η λειτουργία ανήκει αναντίρρητα στο πεδίο δράσης αυτού. Προτείνεται, λοιπόν, η **μεταφορά και υπαγωγή των αρμοδιοτήτων τήρησης μητρώου ασφαλισμένων και εξυπηρέτησης αυτών στο ΕΤΑΥ,** ο οποίος αναλαμβάνει την ευθύνη διασφάλισης και έλεγχου άσκησης των δικαιωμάτων των ασφαλισμένων και η εξυπηρέτηση αυτών να γίνεται με σύγχρονα εργαλεία ή μέσα όπως π.χ. η e-Card, ειδικές υπηρεσίες εξατομικευμένης εξυπηρέτησης, υποστήριξης και πληροφόρησης των ασφαλισμένων πολιτών.

Καθίσταται πρόδηλο ότι, η ανάληψη ευθύνης παροχής συναφών υπηρεσιών εξυπηρέτησης και πληροφόρησης των πολιτών περί των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων αυτών ως ασφαλισμένων, σύμφωνα με την **αρχή της διαφάνειας**, επιτάσσει να αναπτυχτούν αντίστοιχες αρμόδιες υπηρεσίες και να ενισχυθούν στο πλαίσιο της οργανωτικής ανάπτυξης του ΕΤΑΥ για τη μετάβαση αυτού από μια παραδοσιακή δημόσια υπηρεσία σε έναν **σύγχρονο οργανισμό παροχής εξειδικευμένων και εξατομικευμένων υπηρεσιών,** όπως σχηματικά αναφέρονται στο σχήμα 8 παρακάτω.

ΜΕΡΟΣ 3:
ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΤΑΥ ΩΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΗΣ

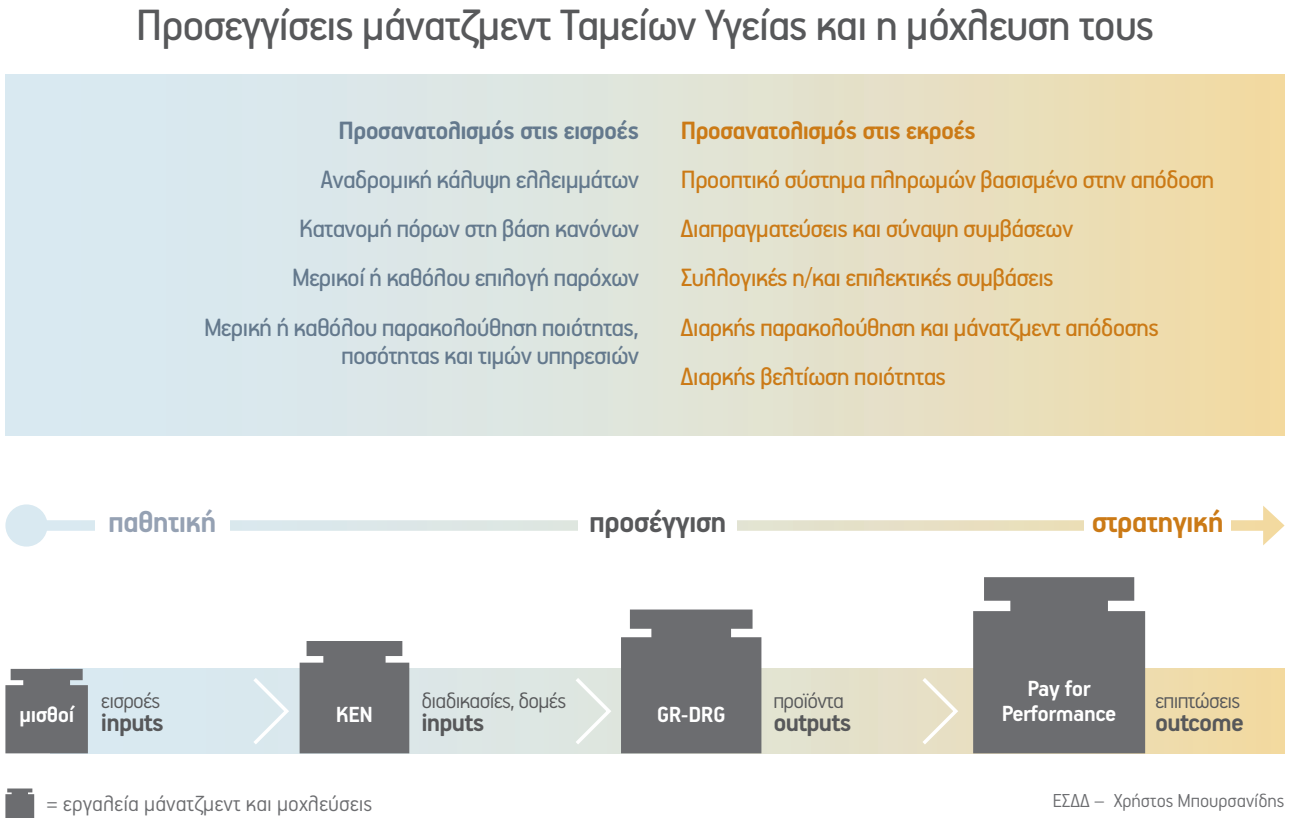
3.1 Τι σημαίνει ανάληψη του ρόλου του στρατηγικού αγοραστή;

Στην προηγούμενη ενότητα ο ρόλος του ΕΤΑΥ ως σύγχρονου θεσμού κοινωνικής ασφάλισης υγείας (SHI) αναφερόταν σε διαστάσεις διαμόρφωσης των σχέσεων στο πεδίο πολιτικής μεταξύ των Πολιτών και του ΕΤΑΥ, δηλαδή (α) στον προσδιορισμό των δικαιούχων (β) στη διαμόρφωση του κοινωνικά αποδεκτού πακέτου παροχών και (γ) στη λειτουργία συλλογής των αναγκαίων και επαρκών εσόδων. Στη ενότητα αυτή το επίκεντρο του ενδιαφέροντος εστιάζεται στις θεσμικές και λειτουργικές διαστάσεις του πεδίου πολιτικής μεταξύ των ΕΤΑΥ και των ποικίλων δομών των παρόχων, όπου καλείται το ΕΤΑΥ ως θεσμικός εκφραστής των καλώς εννοούμενων στρατηγικών συμφερόντων των Πολιτών στη αγορά των υπηρεσιών υγείας να αποδείξει την ικανότητα βέλτιστης διαχείρισης των συγκεντρωθέντων πόρων.

Αναμφίβολα η μεταρρυθμιστική παρέμβαση που καθιστά τον ΕΟΠΥΥ μόνον αγοραστή διαχωρίζοντάς τον από την παροχή υγειονομικής φροντίδας και ως λογικό συνεπαγόμενο η δημιουργία συνθηκών εσωτερικών ή οιονεί αγορών αποτελεί ένα καθοριστικής σημασίας και απαραίτητο θεσμικό προαπαιτούμενο για την ανάδειξη του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Το κρίσιμο ερώτημα που ανακύπτει τώρα είναι (α) ποιος είναι άραγε ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή στο συνολικό σύστημα υγείας; και (β) υπό ποίους όρους και προϋποθέσεις, θεσμικού και λειτουργικού χαρακτήρα, δύναται να ασκηθεί στην πράξη ο ρόλος του αγοραστή; Τα δύο αυτά θεμελιώδη ερωτήματα έρχονται λοιπόν στο προσκήνιο και αποτελούν τόσο για την επιστήμη όσο και κυρίως για το πολιτικο-διοικητικό σύστημα της χώρας μας αιτήματα-προκλήσεις μείζονος κοι-

νωνικοπολιτικής σημασίας, ως θεσμικά-λειτουργικά προαπαιτούμενα για την προσπάθεια ανασυγκρότησης και λειτουργικού εκσυγχρονισμού του ΕΟΠΥΥ στη μετεξελιγμένη του μορφή ως ΕΤΑΥ.

Σχήμα 5: Ο αναδυόμενος ρόλος του ΕΤΑΥ ως στρατηγικός αγοραστής



Πηγή: Ελαφρά τροποποίηση από Μπουρσανίδης 2014

Μία συστηματική επισκόπηση των συντελούμενων αλλαγών στα συστήματα υγείας της ΕΕ οδηγεί στη διαπίστωση ότι τα Ταμεία Υγείας μετακινούνται «από τον ρόλο του Payer στο ρόλο του Player» και μεταβάλλονται από την μορφή παραδοσιακών γραφειοκρατικών δημόσιων οργανισμών σε σύγχρονες «επιχειρήσεις ασφάλισης υγείας» (Klenk et al. 2012). Στο παρατιθέμενο σχήμα 37, ως μεθοδολογικού πλαισίου αναφοράς, κατεβλήθη η προσπάθεια μίας συστηματικής και παραστατικού χαρακτήρα αναφοράς και παρουσίασης των βασικών στοιχείων (δομές, εργαλεία, τεχνικές και μέθοδοι) και των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του νέου αναδυόμενου ρόλου του ΕΤΑΥ ως στρατηγικού αγοραστή, ως μία διαδικασία μετάβασης από τον παραδοσιακό ρόλο του πληρωτή

(player) και παθητικό μέτοχο του συστήματος υγείας στην ανάληψη ενός σημαντικού ενεργού ρόλου, αυτού του στρατηγικού αγοραστή και την ανάδειξη αυτού ως του βασικού παίχτη (payer) στο σύστημα υγείας. Πρόκειται, πράγματι, για έναν σημαντικό και καθοριστικής σημασίας για τη δομή και λειτουργία του συνολικού συστήματος υγείας ρόλο και κατά συνέπεια για έναν κρίσιμο στρατηγικό παράγοντα επιτυχίας του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος.

Ο νέος αναδυόμενος ρόλος του στρατηγικού αγοραστή επιτάσσει, ως λογική συνέπεια, την μετάβαση των μελών Διοίκησης του ΕΤΑΥ από τη θέση ενός παραδοσιακού και απλού διαχειριστή-λογιστή στην ανάληψη καθηκόντων και έργου αυξημένης πολυπλοκότητας και την ικανότητα άσκησης του ρόλου του Μάνατζερ Ταμείου (Busse et al. 2010). Λογική προέκταση της εξελικτικής δυναμικής και της κυοφορούμενης διαδικαστικής λογικής αποτελεί (α) η διαμόρφωση ενός σύγχρονου ρυθμιστικού πλαισίου και (β) η ανάπτυξη και εφαρμογή μίας δέσμης μέτρων & σύγχρονων εργαλείων Μάνατζμεντ Ταμείων (Μπουρσανίδης 2014) ως στοιχεία άσκησης σύγχρονης πολιτικής υγείας:

- Διαπραγματεύσεις & Μάνατζμεντ συμβάσεων
- Μάνατζμεντ απόδοσης & μέτρησης απόδοσης
- Σύγχρονα συστήματα αμοιβών & αποζημιώσεων
- Καινοτόμες δομές βελτιστοποίησης διαδικασίας παροχής υπηρεσιών

3.2 Εισαγωγή του μηχανισμού διαπραγματεύσεων και μάνατζμεντ συμβάσεων ως στοιχεία σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας

Η επιστημονική συζήτηση και η διεθνής εμπειρία περί δομών διακυβέρνησης (Rothgang 2012) συγκλίνει στην αναγνώριση της εισαγωγής του μηχανισμού των διαπραγματεύσεων σε οριζόντιο επίπεδο μεταξύ ισότιμων μετόχων-δρώντων, ως συλλογικών εκφραστών αντιτιθέμενων συμφερόντων (π.χ. Ενώσεων Ταμείων Υγείας και Ενώσεων των Παρόχων), οι οποίοι μέσω της άμεσης ανταλλαγής αιτημάτων, προσφορών και επιχειρημάτων επιδιώκουν την από κοινού λήψη αποφάσεων και την επίτευξη κοινά αποδεκτών και αμοιβαία δεσμευτικών συμφωνιών. Πρόκειται για μία νέα κουλτούρα διαβούλευσης και συναινετικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων η οποία ανάδειξε την αναγκαιότητα και τη λειτουργική χρησιμότητα του εργαλείου σύναψης συμβάσεων ως το σημαντικό και κυρίαρχο εργαλείο άσκησης πολιτικής.

Υπό το πρίσμα αυτό και αναφορικά στην άσκηση του ρόλου του αγοραστή από τον ΕΤΑΥ καθίσταται αναγκαίο να αποσαφηνιστούν περεταίρω οι σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις στην κατεύ-

θυνση μίας ρητής κατοχύρωσης και σαφούς καταγραφής της διαδικασίας των διαπραγματεύσεων ανάμεσα στο ΕΤΑΥ και των Παρόχων. Το επιστημονικά κρίσιμο και πρακτικά χρήσιμο ενδιαφέρον εστιάζεται στο τύπο ή είδος, των διαπραγματεύσεων, στο περιεχόμενο τη διαδικασία και το επίπεδο σύναψης συμβάσεων (Saltman et al., 2005).

Συλλογικές ή επιλεκτικές διαπραγματεύσεις και σύναψη συμβάσεων;

Η κυρίαρχη μορφή που επικράτησε στις χώρες της ΕΕ είναι οι συλλογικές διαπραγματεύσεις και η σύναψη αντίστοιχων συμβάσεων. Προσφάτως παρατηρείται μία κυοφορούμενη και αυξητικά εφαρμοζόμενη τάση σύναψης επιλεκτικών συμβάσεων, ειδικότερα όσον αφορά στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του λειτουργικά διαφοροποιημένου φάσματος των αναγκών υγείας των χρονιών παθήσεων και της πολυνοσηρότητας.

Αντικείμενα Διαπραγματεύσεων & Περιεχόμενο Συμβάσεων

Στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος σχετικά με τα αντικείμενα διαπραγματεύσεων βρίσκονται διαφανείς διαδικασίες ακριβούς προσδιορισμού των επιμέρους διαστάσεων και των τριών βασικών παραμέτρων λειτουργίας ενός οργανισμού, όπως αυτά παρουσιάζονται στο παρατιθέμενο Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Αντικείμενα Διαπραγματεύσεων & Περιεχόμενο Συμβάσεων

Αντικείμενα Διαπραγματεύσεων	Περιεχόμενο Συμβάσεων
Ποσότητες	• Όγκος και είδος παρεχομένων υπηρεσιών • Εργαλεία συντονισμού προσφοράς • Τρόπος παραγωγής και διανομής υπηρεσιών • Ενδεικτικά μεγέθη-περιορισμοί προσφοράς
Προδιαγραφές Ποιότητας	• Δομή • Διαδικασία • Αποτέλεσμα
Τιμές (Αμοιβές & Αποζημιώσεις)	• Μονάδα υπολογισμού (ΚΕΝ ή GR-DRGs, PC ή FFS) • Ύψος ανά μονάδα • Αλγόριθμος & Κλίμακα κατανομής
Δαπάνες	• Συνολικές δαπάνες (Global Budgeting) • Τομεακές δαπάνες (Sectoral Budgeting) • Επιμέρους δαπάνες (Internal Budgeting)

Πηγή: Ελαφρά τροποποίηση από Μπουρσανίδης 2014

Η συγκεκριμενοποίηση αυτών των παραμέτρων θέτει ως λειτουργικό προαπαιτούμενο ή έχει ως πρακτική θεσμική συνέπεια την ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων δεικτών μέτρησης ως δομικά στοιχεία λήψης ορθολογικών αποφάσεων και εργαλεία μάνατζμεντ συμβάσεων υγείας.

Σε ποιο επίπεδο λαμβάνουν χώρα οι διαπραγματεύσεις;

Σε όλες τις χώρες οι διαπραγματεύσεις λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο ενός πολυεπίπεδου συστήματος οριζόντιων μηχανισμών λήψης αποφάσεων. Αρχικά σε εθνικό ή ομοσπονδιακό επίπεδο οι διαπραγματεύσεις οδηγούν στη διαμόρφωση συμβάσεων γενικού χαρακτήρα, τις αποκαλούμενες «συμβάσεις ομπρέλα». Σε ένα δεύτερο περιφερειακό επίπεδο μεταξύ των αποκεντρωμένων δομών συνάπτονται οι σφαιρικές τομεακές περιφερειακές συμβάσεις, οι οποίες εδικά στον νοσοκομειακό τομέα εξειδικεύονται περεταίρω σε ένα μικροοικονομικό επίπεδο των μεμονωμένων μονάδων.

Μεταξύ ποιων λαμβάνουν χώρα οι διαπραγματεύσεις;

Το ερώτημα αυτό παραπέμπει στους βασικούς μετόχους λήψης αποφάσεων και ανάληψης ρόλου συντονισμού (Κράτος, Ταμεία ή/και οι Ενώσεις Ταμείων, Ενώσεις ή Τραστ Νοσοκομείων και Τραστ Κέντρων Υγείας, Επαγγελματικές Ενώσεις, ..). Όπως έχει ήδη αναφερθεί η κυρίαρχη μορφή διαπραγματεύσεων και σύναψης συμβάσεων είναι η συλλογική (collective contract). Ως εκ τούτου οι διαπραγματεύσεις στις χώρες της ΕΕ λαμβάνουν χώρα κατά κανόνα μεταξύ φορέων συλλογικής έκφρασης συμφερόντων των δύο αντιτιθέμενων μερών (αγοραστών και παρόχων).

3.3 Ρύθμιση πλαισίου σχέσεων μεταξύ ΕΤΑΥ και Παρόχων

Σύγχρονο ρυθμιστικό πλαίσιο σχέσεων μεταξύ ΕΤΑΥ και Παρόχων

Σύμφωνα με τις ανωτέρω επισημάνσεις ένα σύγχρονο ρυθμιστικό πλαίσιο θα έπρεπε να προσανατολισθεί στην διαμόρφωση σχέσεων διαπραγματεύσεων και σύναψης συμβάσεων μεταξύ του ΕΤΑΥ και των αντίστοιχων συλλογικών φορέων εκπροσώπησης συμφερόντων των παρόχων, όλων των μορφών ιδιοκτησιακού καθεστώτος αυτών, ανά τομέα και λειτουργικό πεδίο πολιτικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό και λόγω της αυξημένης διαπραγματευτικής ικανότητας δίνεται η δυνατότητα στο ΕΤΑΥ στην από κοινού διαμόρφωση ή επιβολή ενιαίων κανόνων λειτουργίας των δομών και μονάδων υγείας. Το κοινωνικοπολιτικά δομημένο αυτό θεσμικό πλαίσιο επιτρέπει και καθιστά δυνατή για όλους τους πολίτες την ισότιμη πρόσβαση και την ελευθερία επιλογής σε οικονομικά προσιτές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Επιπροσθέτως διαμορφώνει όρους ανταγω-

νισμού μεταξύ των δομών και μονάδων υγείας, γεγονός που συμβάλει στην αύξηση της παραγωγικότητας αυτών και στην αποφυγή δημιουργίας πλεονάζουσας ή σχολάζουσας παραγωγικής ικανότητας, που συναντάται ειδικά στη νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα.

Μία εγγενής δυσκολία ή εμπόδιο στην άσκηση του ρόλου του αγοραστή, στην χρήση σύγχρονων διαδικασιών λήψης αποφάσεων (συλλογικών διαπραγματεύσεων) και στην χρήση σύγχρονων εργαλείων (σύναψης συμβάσεων) στην Ελλάδα, έγκειται στο γεγονός ότι οι συλλογικές διαπραγματεύσεις και η σύναψη συμβάσεων συνιστούν κοινωνικές διεργασίες και απαιτούν το κατάλληλο επίπεδο οργάνωσης και τεχνογνωσίας και από τα δύο συμβαλλόμενα μέρη. Στο σημείο αυτό αναδεικνύεται ως μείζον θέμα η θεσμική αδυναμία ανταπόκρισης στην πρόκληση αυτή κυρίως από την πλευρά των δομών των παρόχων και το ελλιπές ρυθμιστικό πλαίσιο. Επιπροσθέτως, η έλλειψη της σχετικής ικανότητας, των δεξιοτήτων και της τεχνογνωσίας αποτελούν επίσης κρίσιμα θέματα, τα οποία όμως με έναν κατάλληλο ανασχεδιασμό δομών, λειτουργιών και διαδικασιών και με μία κατάλληλη διαχείριση και επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού δύνανται σε ένα εύλογο χρονικό διάστημα να αποκτηθούν[10].

Δεδομένου, λοιπόν, ότι στην Ελλάδα δεν έχουν ακόμη διαμορφωθεί συνθήκες συλλογικής έκφρασης συμφερόντων των παρόχων, ακόμη και μεταξύ των παρόχων του ιδιωτικού τομέα, θα περιορισθεί αναγκαστικά σε ανά ιδιοκτησιακό καθεστώς (δημόσιο & ιδιωτικό) διαφοροποιημένη προσέγγιση και σχηματική παρουσίαση της ΠΦΥ ή/και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και του Νοσοκομειακού τομέα. .

Μάνατζμεντ συμβάσεων μεταξύ ΕΤΑΥ και Δημόσιων Νοσοκομείων

Στην προκείμενη περίπτωση της νοσοκομειακή περίθαλψης εμφανίζονται τρεις δυνατότητες επιλογών ή σεναρίων:

---

10 Μία σε βάθος ανάλυση και συστηματική περιγραφή των κρίσιμων αυτών σημείων υπερβαίνει τα περιορισμένα όρια αυτής της μελέτης. Δεδομένης της έλλειψης εμπειριών και της τεχνογνωσίας στην Ελλάδα κρίνεται αναγκαία μία περαιτέρω μελέτη και αξιοποίηση βέλτιστων πρακτικών τόσο από την Γερμανία (Busse et al. 2010) όσο και από την Εσθονία, με συγκεκριμένη στόχευση την κατάρτιση ενός εύχρηστου και πρακτικά χρήσιμου Manual (Εγχειριδίου Διαδικασίας Μάνατζμεντ Συμβάσεων). Ως λογικό συνακόλουθο αυτού προκύπτει η αναγκαιότητα σχεδιασμού και διοργάνωσης εξειδικευμένων προγραμμάτων (tailor made) κατάρτισης όχι μόνον των στελεχών του ΕΤΑΥ αλλά και των στελεχών-επαγγελμάτων υγείας τόσο των δημοσίων παρόχων (ΥΠΕ, Δημόσια Νοσοκομεία και ΠΕΔΥ) όσο και των προς συγκρότηση νέων δομών των συμβαλλόμενων ιατρών και των ιδιωτικών κλινικών. Είναι πρόδηλο ότι οι δύο αυτές ενέργειες θα συνέβαλλαν στην ανάπτυξη των αναγκαίων δεξιοτήτων και τεχνικών, στην εξοικείωση με τους σύγχρονους θεσμούς και διαδικασίες και στην διαμόρφωση σύγχρονων στάσεων και τέλος στη δημιουργία μίας σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας.

1η Επιλογή: Διατήρηση της υφιστάμενης κατανομής ρόλων και υπευθυνοτήτων μεταξύ ΕΤΑΥ και των Δημόσιων Δομών (ΥΠΕ-Νοσοκομείων-ΠΕΔΥ). Μία προσπάθεια συστηματικής προσέγγισης της συνολικής διαδικασίας χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων οδηγεί στην διαπίστωση ότι συνιστά ένα πολυμερές σύστημα φορέων ασυντόνιστης κατάτμησης ρόλων και θεσμικού επιμερισμού υπευθυνοτήτων, γεγονός το οποίο οδηγεί το σύστημα σε μία διάχυση ευθύνης και αρμοδιοτήτων και με αυτήν την έννοια σε μία χαρακτηριστική κατάσταση **«οργανωμένης ανευθυνότητας».** Είναι πρόδηλο ότι αυτή η θεσμική επιλογή είναι ενταγμένη στη «λογική της αποτυχίας» και με αυτήν την έννοια κρίνεται αναγκαία η αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων στην κατεύθυνση ενός λειτουργικού επιμερισμού της χρηματοδοτικής ευθύνης και ενός θεσμικού επαναπροσδιορισμού ρόλων στο σύστημα υγείας.

2η Επιλογή: Ανάληψη της χρηματοδοτικής ευθύνης «από ένα χέρι» κατά το παράδειγμα της Αυστρίας, δηλαδή της θεσμικής ρύθμισης ανάθεσης ρόλου οιονεί αγοραστή στις διοικήσεις των δημόσιων φορέων σε περιφερειακό επίπεδο, δηλαδή των ΥΠΕ, γεγονός που συνεπάγεται τη μεταβίβαση των αντίστοιχων χρηματοοικονομικών πόρων από το ΕΤΑΥ στις ΥΠΕ με την ταυτόχρονη διασφάλιση, όμως, της δυνατότητας θεσμικής εμπλοκής της διοίκησης του ΕΤΑΥ σε θέματα σχεδιασμού και ανάπτυξης του νοσοκομειακού τομέα.

3η Επιλογή: Διαμόρφωση ρυθμιστικού πλαισίου σαφούς κατανομής ρόλων, αρμοδιοτήτων και υπευθυνοτήτων ανάληψης χρηματοδοτικής ευθύνης μεταξύ των εμπλεκομένων δημοσίων φορέων με την ανάδειξη του θεσμού του single payer system, δηλαδή ανάληψη από το ΕΤΑΥ του ρόλου του ενός πληρωτή και στρατηγικού αγοραστή. Είναι προφανές ότι αυτό θέτει ως λογικό θεσμικό προαπαιτούμενο, την υπέρβαση του πολυμερούς συστήματος χρηματοδότησης και τη μετάβαση στη πρώτη φάση[11] σε ένα **δυαδικό σύστημα** χρηματοδότησης. Επισημαίνεται ότι η ανάπτυξη αυτής της άποψης είναι ενταγμένη στο πλαίσιο της ευρύτερης λογικής θεσμικού επιμερισμού χρηματοδοτικών ρόλων που παρουσιάστηκε στην ενότητα 2.2 (βλ. σχ. 4) και συνιστά μία εξειδίκευση αυτού στο νοσοκομειακό τομέα. Όπως φαίνεται στο συναφές αυτό σχήμα το Υπουργείο Υγείας περιορίζεται στην κάλυψη του κόστους επενδυτικών αναγκών ενώ την ευθύνη κάλυψης του συνο-

11 Επισημαίνεται ότι στη συναφή βιβλιογραφία και δημόσιο διάλογο έχει προταθεί η μετάβαση σε ένα μονιστικό σύστημα χρηματοδότησης, δηλαδή στην προκείμενη περίπτωση την ευθύνη χρηματοδότησης του συνολικού κόστους θα την έχουν εξολοκλήρου μόνο τα Ταμεία Υγείας, άποψη-πρόταση που έχει διατυπωθεί αναφορικά στην Ελλάδα από Boursanidis 2012

λικού λειτουργικού κόστους των Δημοσίων Νοσοκομείων την αναλαμβάνει εξολοκλήρου το ΕΤΑΥ. Είναι πρόδηλο ότι η ρύθμιση αυτή συνεπάγεται ότι η μισθοδοσία θα ενταχτεί ή θα αποτελέσει πλέον συντελεστή κόστους και διατίμησης των νέων υπό διαμόρφωση GR-DRG's ως σύστημα που μαθαίνει. Γεγονός που καθιστά πρακτικά πρόδηλη την ανάγκη σταδιακής μεταφοράς ή απευθείας απόδοσης των αντίστοιχων πόρων που καλύπτουν τη μισθοδοσία στο ΕΤΑΥ.

Με αυτήν την έννοια το ΕΤΑΥ εμφανίζεται και λειτουργεί πράγματι ως μοναδικός στρατηγικός αγοραστής. Ο σύγχρονος αυτός λειτουργικό επιμερισμός ρόλων μεταξύ ΕΤΑΥ και ΥΠΕ συνιστά μία θεσμική αλλαγή της χρηματοδοτικής ροής των πόρων και συμβάλει στη διασφάλιση της «χρηματοδότησης από ένα χέρι» (δηλαδή το ΕΤΑΥ), γεγονός που διασφαλίζει θεσμικά την δυνατότητα ανάπτυξης της ικανότητας βέλτιστης διαχείρισης των συνολικών πόρων. Προς επίτευξη αυτού του σκοπού, βέβαια, συνιστάται, όπως παρουσιάζεται στο σχήμα 5, ένας αναπροσανατολισμός από την παραδοσιακή μορφή χρηματοδότηση στη βάση κυρίως των εισροών (μισθοδοσία) και των ενδιάμεσων διαδικασιών (ΚΕΝ) του συστήματος, σε ένα προοπτικό σύστημα αποζημίωσης προσανατολιζόμενο στις εκροές (Output-based payment methods) στη βάση των GR-DRG's και μελλοντικά στα αποτελέσματα (P4P). Το λογικό και επιθυμητό συνεπακόλουθο αυτής της ρύθμισης είναι διττό. Αφενός συμβάλει στην την αύξηση της παραγωγικότητας και τις αποδοτικότητας των μονάδων υγείας αφετέρου εισαγάγει την ηθική της ευθύνης ή/και υπευθυνότητας των κατεχόντων θέσεων ευθύνης στους δημόσιους αυτούς οργανισμούς (Διοικητική και Κλινική διακυβέρνηση).

Είναι πρόδηλο ότι αυτή η επιλογή συνιστά μια πιο ξεκάθαρη αποσαφήνιση ρόλων και αρμοδιοτήτων και συνεπάγεται ένα εξίσου λιτό μοντέλο διοικητικής συγκρότησης του συνολικού συστήματος υγείας και με αυτήν την έννοια αποτελεί την προτεραία επιλογή έναντι των άλλων. Με αυτήν την έννοια, λοιπόν, **προτείνεται-συνιστάται** η νομοθετική ρύθμιση ενός κατάλληλου θεσμικού πλαισίου **συλλογικών διαπραγματεύσεων και σύναψης συμβάσεων μεταξύ των ΥΠΕ και της Κεντρικής Υπηρεσίας του ΕΤΑΥ**, με ενδεχόμενη σε ύστερο χρόνο μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων αυτών στις περιφερειακές δομές του ΕΤΑΥ.

Προκειμένου να διασφαλισθούν θεσμικά οι όροι και οι προϋποθέσεις συλλογικών διαπραγματεύσεων σε εθνικό επίπεδο για τη διαμόρφωση ενός Εθνικού Πλαισίου Σύναψης Συμβάσεων, ως Κοινωνικό Συμβόλαιο Ομπρέλα, συνιστάται η διερεύνηση δημιουργίας μίας συλλογικής μορφής έκφρασης των ΥΠΕ σε Εθνικό Επίπεδο, με τη δημιουργία μιας Ένωσης των ΥΠΕ ή ανάθεση αυτής της ευθύνης στην προτεινόμενη στην επόμενη ενότητα ΕΣΔ&ΣΔ.

Μάνατζμεντ συμβάσεων μεταξύ ΕΤΑΥ και ΠΕΔΥ

Με αφετηρία την άποψη ότι η αναγκαία στροφή προς την ΠΦΥ και η χρήσιμη αναβάθμιση του ρόλου των ΠΕΔΥ ως θεσμική έκφραση των δομών ΠΦΥ οφείλει να προσανατολισθεί στη διερεύνηση και διασφάλιση σύγχρονων δομών διακυβέρνησης, διατυπώνεται η θέση ότι η ανωτέρω ρύθμιση και διευθέτηση των δημοσίων νοσοκομείων, δύναται κατάλληλα προσαρμοσμένη στο πλαίσιο της «θεσμικής ισομορφίας» να **εφαρμοστεί και να ισχύσει και τη λειτουργία των ΠΕΔΥ.**

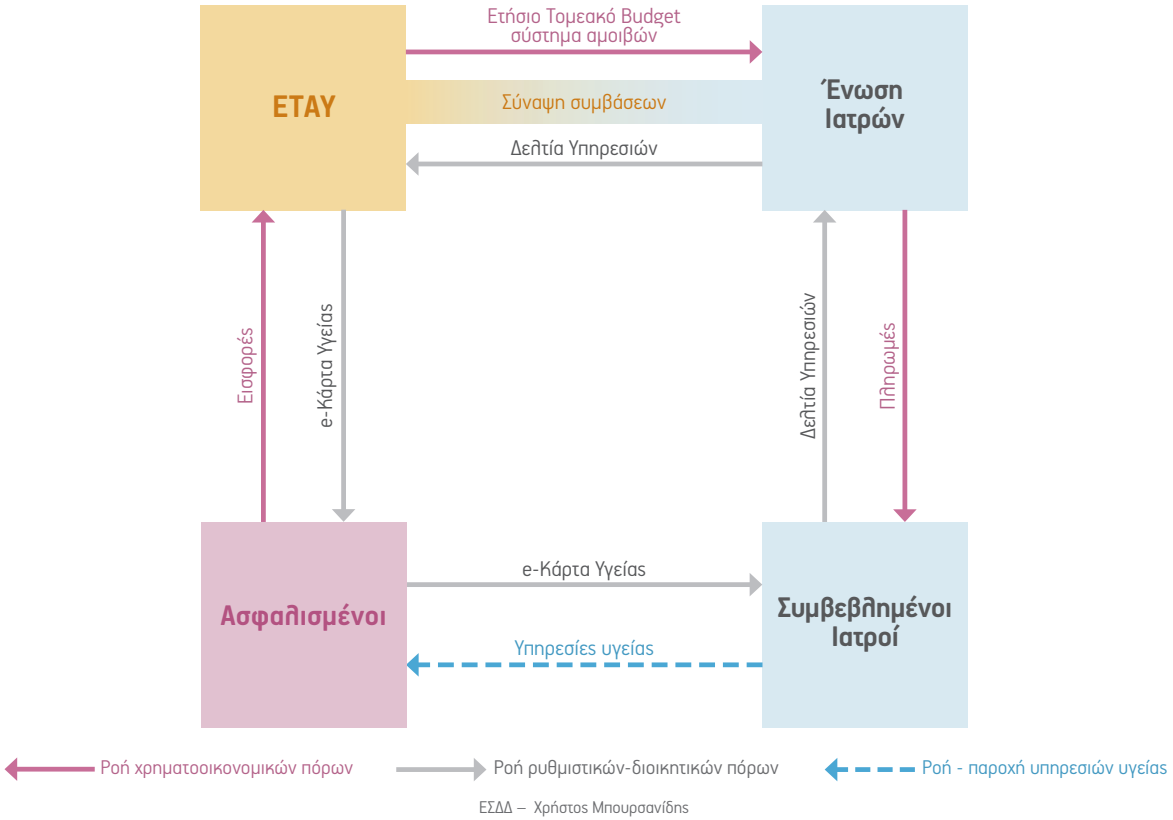
Μάνατζμεντ συμβάσεων μεταξύ ΕΤΑΥ και Ιδιωτικών Κλινικών

Δεδομένου, όπως έχει αναφερθεί ανωτέρω, ότι στην Ελλάδα δεν έχουν ακόμη διαμορφωθεί συνθήκες συλλογικής έκφρασης συμφερόντων των νοσοκομειακών μονάδων όλων των μορφών ιδιοκτησιακού καθεστώτος (όπως μ.α. Γερμανία, Εσθονία), στη φάση αυτή προτείνεται και **συνιστάται το παράδειγμα της Αυστρίας ως ρυθμιστικό πλαίσιο αναφοράς.** Πρακτικά αυτό συνεπάγεται την συλλογική διαπραγμάτευση μεταξύ του (προς δημιουργία!) συλλογικού οργάνου των ιδιωτικών Κλινικών ή της ενιαίας και από κοινού συμμετοχής των δύο υπαρχόντων με το ΕΤΑΥ. Αποτέλεσμα των διαπραγματεύσεων θα είναι η διαμόρφωση ενός σφαιρικού προϋπολογισμού ιδιωτικών κλινικών και ο προσδιορισμός του τρόπου και των μεθόδων αποζημίωσης και κατανομής πόρων κατανομής στο πλαίσιο αυτό της επιλεκτικής σύναψης συμβάσεων.

Μάνατζμεντ συμβάσεων μεταξύ ΕΤΑΥ και Συμβεβλημένων Ιατρών

Όσον αφορά στη σύναψη συμβάσεων με τους ιδιώτες συμβεβλημένους ιατρούς καθίσταται αναγκαία η μετάβαση από την απαρχαιωμένη και υψηλού διοικητικού κόστους διοικητική πρακτική των ατομικών ετησίως επαναλαμβανόμενων συμβάσεων γραφειοκρατικού-νομικίστικου χαρακτήρα μεταξύ Ταμείων-ΕΟΠΥΥ και μεμονωμένων ιατρών σε σύγχρονες μορφές διαπραγματεύσεων και σύναψης συλλογικών ή επιλεκτικών συμβάσεων. Στην κατεύθυνση αυτή προκύπτει καταρχήν μία παρέμβαση σε θεσμικό επίπεδο αναγκαία, δηλαδή η θεσμική ρύθμιση προσδιορισμού του συλλογικού οργάνου ανάληψης του ρόλου των διαπραγματεύσεων και σύναψης συμβάσεων. Όσον αφορά πρακτικά στη διαδικασία διαπραγματεύσεων και του περιεχομένου σύναψης συμβάσεων προτείνεται να τηρηθεί η προβλεπόμενη στο συναφές σχήμα 6 συνολική διαδικασία.

Σχήμα 6: Αναλυτικό πλαίσιο μάνατζμεντ συλλογικών συμβάσεων και διαχείρισης πόρων



Πηγή: Ίδια διαμόρφωση στη βάση αξιοποίησης στοιχείων ως βέλτιστων πρακτικών Αυστρίας & Γερμανίας

Πράγματι στο σχήμα, ως αναλυτικό πλαίσιο αναφοράς, περιγράφεται παραστατικά η συνολική διαδικασία διαπραγματεύσεων & σύναψης συμβάσεων και η λειτουργία του συστήματος εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (επίπεδο δομών γενικής ιατρικής και επίπεδο δομών εξειδικευμένης περίθαλψης) ως ένα κύκλωμα ροών υπηρεσιών, εργαλείων-δελτίων, και οικονομικών πόρων. Πρόκειται για ένα έξυπνο και αυξημένης αυτορρυθμιστικής ικανότητας ρυθμιστικό πλαίσιο, που διασφαλίζει μία ορθολογική διαχείριση πόρων, η οποία συνίσταται στη θεσμική δυνατότητα από κοινού διαμόρφωσης του ετήσιου τομεακού προϋπολογισμού, άρα προσδιορισμού και ελέγχου των συνολικών δαπανών. Σε συνάρτηση με ένα προσανατολισμένο στα αποτελέσματα σύστημα αμοιβών και στη βάση ενός εκ των προτέρων από κοινού αποφασισμένου μηχανισμού διασφαλίζεται μία δίκαια κατανομή των πόρων. Επιπροσθέτως στη λογική διακυβέρνησης αυτού του υποδείγματος εμπεριέχεται το στοιχείο του επιμερισμού ευθύνης διαχείρισης του ρίσκου, που απορρέει από την εμφάνιση «παραβατικών συμπεριφορών» των μετόχων, κυρίως των επιμέρους

συμβεβλημένων ιατρών, δηλαδή της επιτυχούς αντιμετώπισης των φαινομένων της «ηθικής βλάβης» και της «προκλητής ζήτησης», και με αυτήν την έννοια οδηγεί σε αμοιβαία επωφελή αποτελέσματα και για τα δύο συμβαλλόμενα μέρη.

Είναι προφανές, βεβαία, ότι ο βασικός ωφελούμενος μίας τέτοιας ρύθμισης είναι ο πολίτης-ασφαλισμένος διότι έτσι του διασφαλίζεται θεσμικά, μέσω της δυνατότητας επιλογής, η εκπλήρωση των εξατομικευμένων αναγκών και προτιμήσεων.

3.4 Ενεργός συμμετοχή του ΕΤΑΥ στο σχεδιασμό και στη βελτιστοποίηση των δομών και διαδικασιών παροχής υπηρεσιών

Με αφετηρία την παραδοχή ότι το «αίτημα της άριστης κατανομής των πόρων στο σύστημα υγείας θέτει ως λειτουργικό προαπαιτούμενο ένα λειτουργικά ολοκληρωμένο και βέλτιστα δομημένο σύστημα παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας» (Μπουρσανίδης 2014) καθίσταται πρόδηλη η αναγκαιότητα ενεργούς συμμετοχής του ΕΤΑΥ στην ευρείας έκτασης παρέμβαση «αναασχεδιασμού και ανασυγκρότησης της δομής της αγοράς υπηρεσιών υγείας» (ΕΣΔΥ 2012). Πρόκειται για στρατηγικά στοχευμένες παρεμβάσεις, σε συνάρτηση με τις προαναφερόμενες διαδικασίες διαμόρφωσης του παρεχόμενου πακέτου υπηρεσιών (βλ. ενότητα 2.2), στα επιμέρους λειτουργικά πεδία, επίπεδα και δομές φροντίδας που αναφέρονται στη κάλυψη του συνολικού φάσματος των αναγκών, όπως παραστατικά εμφανίζονται στο παρατιθέμενο σχήμα, με απώτερο σκοπό τη βελ-

Σχήμα 7: Λειτουργικά πεδία παρέμβασης και βελτιστοποίησης δομών φροντίδας

Πηγή: Μπουρσανίδης 2014

τιστοποίηση της συνολικής διαδικασίας παραγωγής και διανομής.

Στην κατεύθυνση αυτή καθίσταται κοινά αποδεκτή η αναγνώριση της αναγκαιότητας και χρησιμότητας επαναπροσανατολισμού στη δόμηση της εφοδιαστικής αλυσίδας από τις μονάδες νοσοκομειακής περίθαλψης στις μονάδες ΠΦΥ και γενικά μία στροφή από κλειστές σε ανοιχτές δομές

φροντίδας υγείας και η ανάπτυξη ειδικών δομών μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Υψίστης σημασίας για το ΕΤΑΥ ως σύγχρονο Ταμείο Υγείας, τόσο από υγειονομική όσο και από οικονομική οπτική, οφείλουν να αποτελέσουν ζητήματα που προκύπτουν από το μεταβαλλόμενο επιδημιολογικό και δημογραφικό προφίλ ή/και το νοσολογικό χάρτη της χώρας, συγκεκριμένα πρόκειται για τη λήψη μέτρων και ανάπτυξης δομών ορθής αντιμετώπισης των χρόνιων νοσημάτων και της πολυνοσηρότητας. Η διεθνής εμπειρία έχει καταδείξει σημαντικές μορφές καινοτόμων παρεμβάσεων και ανάπτυξης κατάλληλων δομών μεταξύ των οποίων ενδεικτικά αναφέρονται:

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων δομών δικτύωσης (κάθετης-οριζόντιας) και λειτουργικής διασύνδεσης.

Ανάπτυξη και εισαγωγή δομημένων προφίλ περίθαλψης για ειδικές κατηγορίες π.χ. χρόνιων πασχόντων: Διαχείριση ασθενών (disease management) και διαχείριση περιστατικών (case management)

Διερεύνηση εισαγωγής σε πιλοτική βάση μίας εισαγωγής και εθελοντικής αποδοχής μίας ήπιας μορφής (soft form) του θεσμού του πυλωρού (gatekeeping) για μία πιο ορθολογική διαχείριση της ροής των ασθενών στο πολυδαίδαλο και πολυεπίπεδο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας

Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται χρήσιμο να προβλεφθεί και θεσπισθεί η δυνατότητα θεσμικής συμμετοχής των Ταμείων Υγείας στις αντίστοιχες δομές και όργανα λήψης αποφάσεων κατά τη διαδικασία σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια καθίσταται θεσμικά αναγκαίο να ληφθεί υπόψη **στο νέο καθορισμό αρμοδιοτήτων του ΕΤΑΥ** ως στοιχείο θεσμικής καινοτομίας για τη διασφάλιση της ενδεδειγμένης ευθυγράμμισης των πολιτικών υγείας μεταξύ αγοραστών και παρόχων.

ΜΕΡΟΣ 4:
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΟΜΕΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΤΑΥ

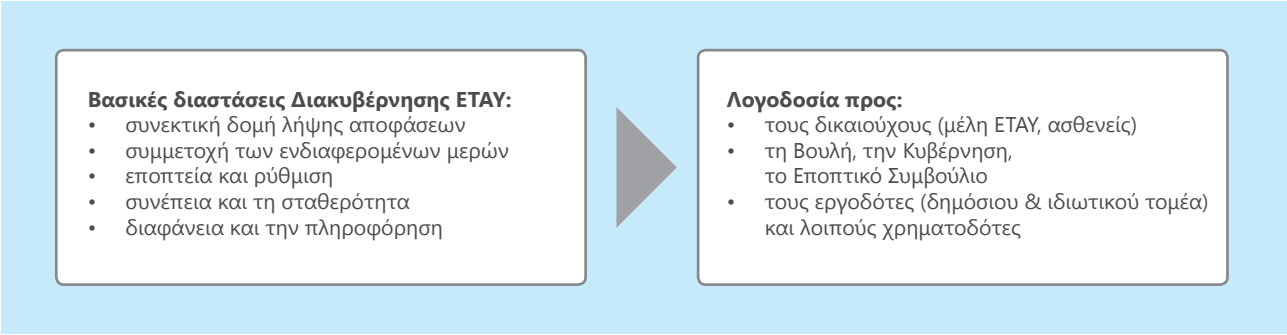
Η συστηματική περιγραφή των πεδίων πολιτικής υγείας που αναφέρθηκαν αφενός στην σχέση μεταξύ των Πολιτών-ασφαλισμένων και του ΕΑΤΑΥ ως φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας και στο πλέγμα σχέσεων μεταξύ των δομών των παρόχων και του ΕΤΑΥ ως στρατηγικού αγοραστή σκιαγραφεί το στρατηγικό πλαίσιο ανάλυσης και προσδιορίζει δυνατότητες βέλτιστης ρύθμισης της οργάνωσης και των δομών της εσωτερικής διακυβέρνησης του ΕΤΑΥ. Από την άποψη της θεωρίας της δημόσιας διακυβέρνησης τα βασικό ερώτημα αφορά στη συγκεκριμένη διάπλαση και στο πεδίο δράσης του ΕΤΑΥ, δηλαδή εστιάζεται στο εύρος και στο είδος των αποφασιστικού και εκτελεστικού χαρακτήρα αρμοδιοτήτων που προσδιορίζουν και τους βαθμούς διοικητικής και οικονομικής αυτονομίας (επαναπροσδιορισμός της αποστολής και του σύγχρονου ρόλου του ΕΤΑΥ) Σε συνάρτηση με την πρόκληση άσκησης του ρόλου του στρατηγικού αγοραστή στην ενότητα αυτή και στη βάση κατάλληλα διαμορφωμένων σχημάτων ως μεθοδολογικών εργαλείων γνώσης και προσανατολιστικών πλαισίων διαμόρφωσης σύγχρονων δομών εσωτερικής διακυβέρνησης επιχειρείται:

1. Να σκιαγραφηθούν τα βασικά δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά ενός σύγχρονου μοντέλου οργάνωσης και διοίκησης του ΕΤΑΥ
2. Να αναδειχθούν όλα εκείνα τα σημαντικά δομικά στοιχεία, οι στρατηγικοί άξονες και οι παράμετροι άσκησης δημοσίου μάνατζμεντ ταμείων υγείας ως συστατικά στοιχεία μία οργανωμένης πολυπλοκότητας τα οποία θα υποδειχθούν ως κρίσιμα σημεία ενός στρατηγικού σχεδίου οργανωτικής ανάπτυξης και θεσμικής διάπλασης του ΕΤΑΥ.

4.1 Νέο υπόδειγμα οργάνωσης και διακυβέρνησης του ΕΤΑΥ

Στη σύγχρονη επιστημονική συζήτηση περί δημοσίου management και διακυβέρνησης αναδείχθηκε η εξειδικευμένη ενασχόληση με θέματα της δημόσιας εταιρικής διακυβέρνησης (public corporate governance) ως ένα ζήτημα βέλτιστης δόμησης της εσωτερικής διακυβέρνησης και ενίσχυσης της λειτουργικής ικανότητας των δημοσίων οργανισμών. Οι βασικές διαστάσεις διακυβέρνησης και ενίσχυσης της λογοδοσίας ενός Ταμείου Υγείας, όπως το ΕΤΑΥ, παρουσιάζονται στο παρατιθέμενο αναλυτικό πλαίσιο.

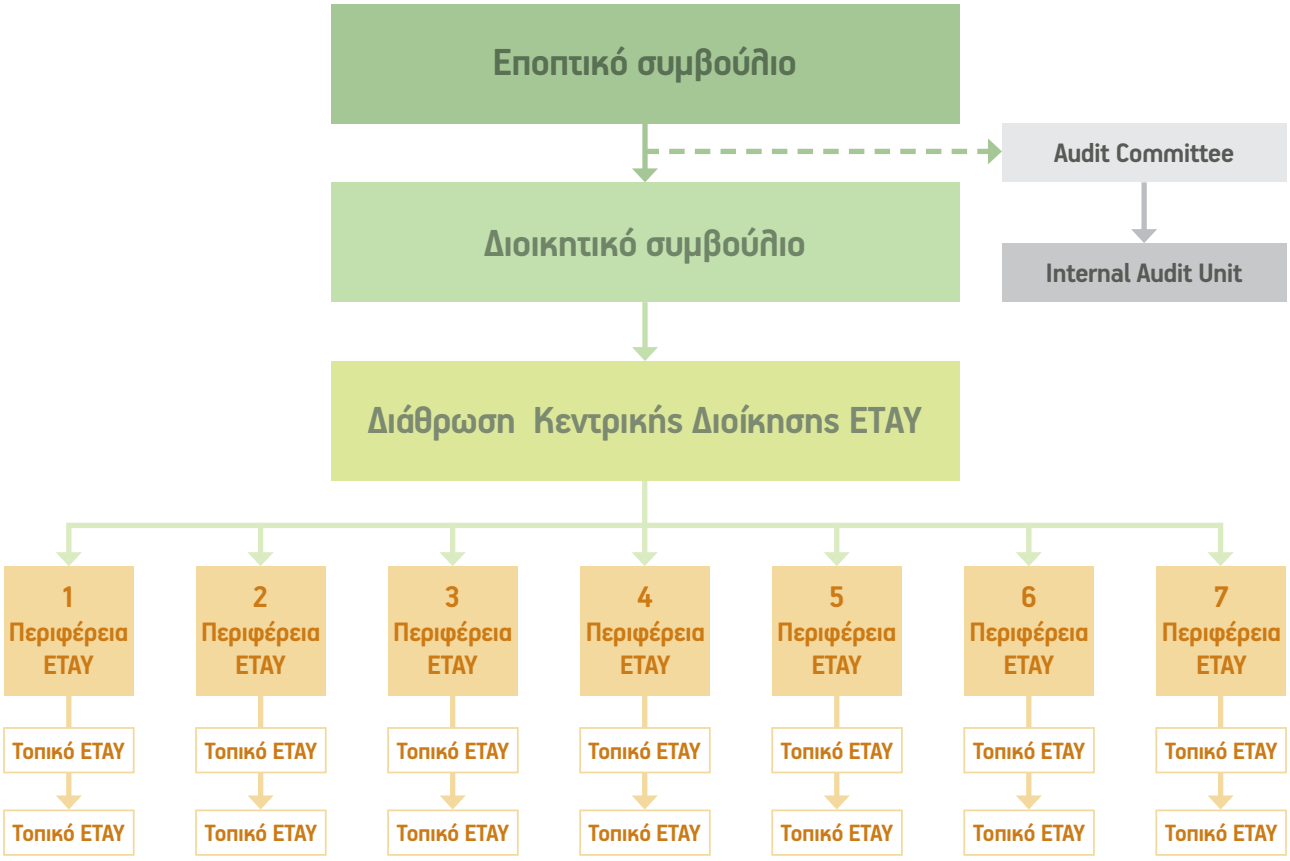
Σχήμα 8: Αναλυτικό πλαίσιο Διακυβέρνησης και Λογοδοσίας ΕΤΑΥ



Πηγή: Διαμόρφωση στη βάση των Savedoff και Gottret (2008)

Στην επίκαιρη επιστημονική συζήτηση ένα κρίσιμης σημασίας στοιχείο αποτελεί η συγκρότηση και λειτουργία των διοικητικών οργάνων ενός Ταμείου Υγείας. Στο πλαίσιο αυτό έχει παρατηρηθεί διεθνώς μία κοινά διαφαινόμενη και επικρατούσα τάση όπου μεταξύ των δύο μοντέλων διοικητικών συστημάτων, μονιστικό έναντι δυαδικό, προβάλλεται ως βέλτιστη επιλογή το δυαδικό μοντέλο διοικητικής συγκρότησης, δηλαδή η διάκριση δύο οργάνων, του **Εποπτικού Συμβουλίου (Supervisor Board)** και του **Διοικητικού Συμβουλίου (Management Board)**.

Σχήμα 9: Σύγχρονο υπόδειγμα οργάνωσης και διακυβέρνησης ΕΤΑΥ



ΕΣΔΔ – Χρήστος Μπουρσανίδης

Πηγή: Μπουρσανίδης 2014 στη βάση στοιχείων από EHIF 2012

Υπό το πρίσμα αυτό και σε συνάρτηση με την αξιοποίηση των διεθνών βέλτιστων πρακτικών **προτείνεται-συνιστάται** και για την Ελλάδα η υπέρβαση του παραδοσιακού μονιστικού υποδείγματος διοίκησης δημοσίων οργανισμών αυξημένης πολυπλοκότητας και **η εισαγωγή ενός δυαδικού μοντέλου διακυβέρνησης.** Πρόκειται δηλαδή, όπως παραστατικά εμφανίζεται στο παρατιθέμενο σχήμα, για **τη θεσμική διάκριση** των δύο λειτουργικά διαφοροποιημένων οργάνων (α) του εποπτικού Συμβουλίου και (β) του Συμβουλίου Διοίκησης (Management Board).

Επιπροσθέτως σε επίπεδο οργάνωσης της διοικητικής δομής, όπως από το σχήμα γίνεται εμφανές, **προτείνεται-συνιστάται** ως στοιχείο σύγχρονης οργανωτικής ανάπτυξης του ΕΤΑΥ **η δημιουργία και ενίσχυση επτά (7) αποκεντρωμένων περιφερειακών δομών του ΕΤΑΥ** αντίστοιχων των επτά (7) ΥΠΕ. Οι περιφερειακές αυτές δομές μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα ωρίμανσης και απόκτησης μίας αναγκαίας και επαρκούς ικανότητας οργανωτικής απόδοσης (organizational performance) δύνανται να αναλάβουν ρόλους αυτόνομης άσκησης μάνατζμεντ (π.χ. διαπραγματεύσεις και σύναψη περιφερειακών συμβάσεων κτλ.) αντίστοιχους των αποκεντρωμένων δομών στου EHIF της Εσθονίας.

4.2 Συγκρότηση και λειτουργία του Εποπτικού Συμβουλίου

Τριμερής συγκρότηση: Με την παραδοχή ότι το μοντέλο κοινωνικής αυτοδιοίκησης των Ταμείων Υγείας στην Αυστρία και Γερμανία συνιστά μία μη εκπληρούμενη πρόκληση για τη διοικητική κουλτούρα στην Ελλάδα και κατά συνέπεια μία μη ρεαλιστική πρόταση, και σε συνάρτηση με το προτεινόμενο τριμερές μείγμα των πηγών χρηματοδότησης κρίνεται μία συγκρότηση του οργάνου σύμφωνα με το παράδειγμα της Εσθονίας. **Προτείνεται**, λοιπόν, το **εποπτικό Συμβούλιο να απαρτίζεται από 15 μέλη, με ισότιμη εκπροσώπηση και των τριών μερών (κράτος – εργοδότες - εργαζόμενοι).** Ειδικότερα όσον αφορά στη συμμετοχή του κράτους κρίνεται ενδεδειγμένη η συμμετοχή ανώτατων στελεχών με συναφείς με τη λειτουργία του ΕΤΑΥ αρμοδιότητες των Υπουργείων Υγείας (2), Εργασίας-ΓΓΚΑ (1) και Οικονομικών-Γ.Γ. Δημοσίων Εσόδων (1) και τέλος ένα μέλος (1) από το Κοινοβούλιο (π.χ. ο εκάστοτε Πρόεδρος της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων ή/και ο Αναπληρωτής αυτού). Η καινοτόμα για την ελληνική διοικητική πρακτική θεσμική πρόταση, αντανακλά την άμεση σχέση και εμπλοκή του κοινοβουλίου στη ρύθμιση σημαντικών παραμέτρων λειτουργίας του ΕΤΑΥ π.χ. την έγκριση δαπανών και του προϋπολογισμού του ΕΤΑΥ και την νομοθετική οριοθέτηση, προσδιορισμό και έγκριση του Πακέτου Παροχών.

Λειτουργία και διαδικασίες: Είναι πρόδηλο ότι η τριμερής συγκρότηση του οργάνου αυτού σηματοδοτεί ένα υψηλό επίπεδο ανάληψης ευθύνης και νομιμοποίησης των αποφάσεων. Όσο αφορά στη λειτουργία και στη θεσμική διασφάλιση των διαδικασιών λήψης απόφασης κρίνεται η άντληση διδαγμάτων και η αξιοποίηση των δοκιμασμένων εμπειριών τόσο της Αυστρίας και της Γερμανίας, πέραν της Εσθονίας, πολλαπλά χρήσιμη.

- Περιορισμένες στο στρατηγικό και εποπτικό-ελεγκτικό ρόλο αρμοδιότητες
- Μικρός αριθμός συνελεύσεων (μάξιμουμ τέσσερεις ετησίως) αλλά κατάλληλα προετοιμασμένες από ένα ικανό αριθμό Ειδικών Επιτροπών
- Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας
- Δημόσιες Συνελεύσεις, για τη διαφάνεια των διαδικασιών λήψης απόφασης και του περιεχομένου των αποφάσεων πέραν της Διαύγειας
- Δυνατότητα θεσμικής συμμετοχής εκπροσώπων των ασθενών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, αν όχι με δικαίωμα ψήφου, τουλάχιστον με τη μορφή υποβολής προτάσεων και συμμετοχής στη συζήτηση.

4.3 Συγκρότηση και λειτουργία του Management Board

Τριμελής και συνεργατικά δομημένη συγκρότηση: Στο βαθμό που σε όλα τα μεγάλα Ταμεία Υγείας στη Γερμανία το Management Board απαρτίζεται από τρία μέλη και για το αντίστοιχο Εσθονικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας με ένα αριθμό ασφαλισμένων περίπου 1.000.000 ασφαλισμένων προβλέπεται ένας αριθμός μελών από 3-5, κρίνεται χρήσιμο για ένα Ταμείο Υγείας της εμβέλειας του ΕΤΑΥ μία **τριμελής συγκρότηση** του οργάνου διοίκησης (δηλαδή Πρόεδρος, Αναπλ. Πρόεδρος και Μέλος). Επισημαίνεται .όμως με επίταση, ως λειτουργικά ενδεδειγμένη, η διαφοροποίηση και εξειδίκευση ρόλων και υπευθυνοτήτων και για τα τρία μέλη, για την χορήγηση χώρων ελευθερίας και πεδίων σχετικά αυτόνομης δράσης, όσο και την ανάληψη εξατομικευμένης ευθύνης. Ως εκτούτου μεταξύ των τριών μελών δεν υπάρχει καμία ιεραρχική σχέση και ο Πρόεδρος θα λειτουργεί ως primus inter pares.

Λειτουργία και διαδικασίες:

- Πλήρης αυτονομία άσκησης επιχειρησιακού-διαχειριστικού μάνατζμεντ στο πλαίσιο της στρατηγικής πολιτικής του Εποπτικού Συμβούλιου**,** της διαφάνειας και της λογοδοσίας
- Κανονισμός διαδικασίας παρεχομένων υπηρεσιών

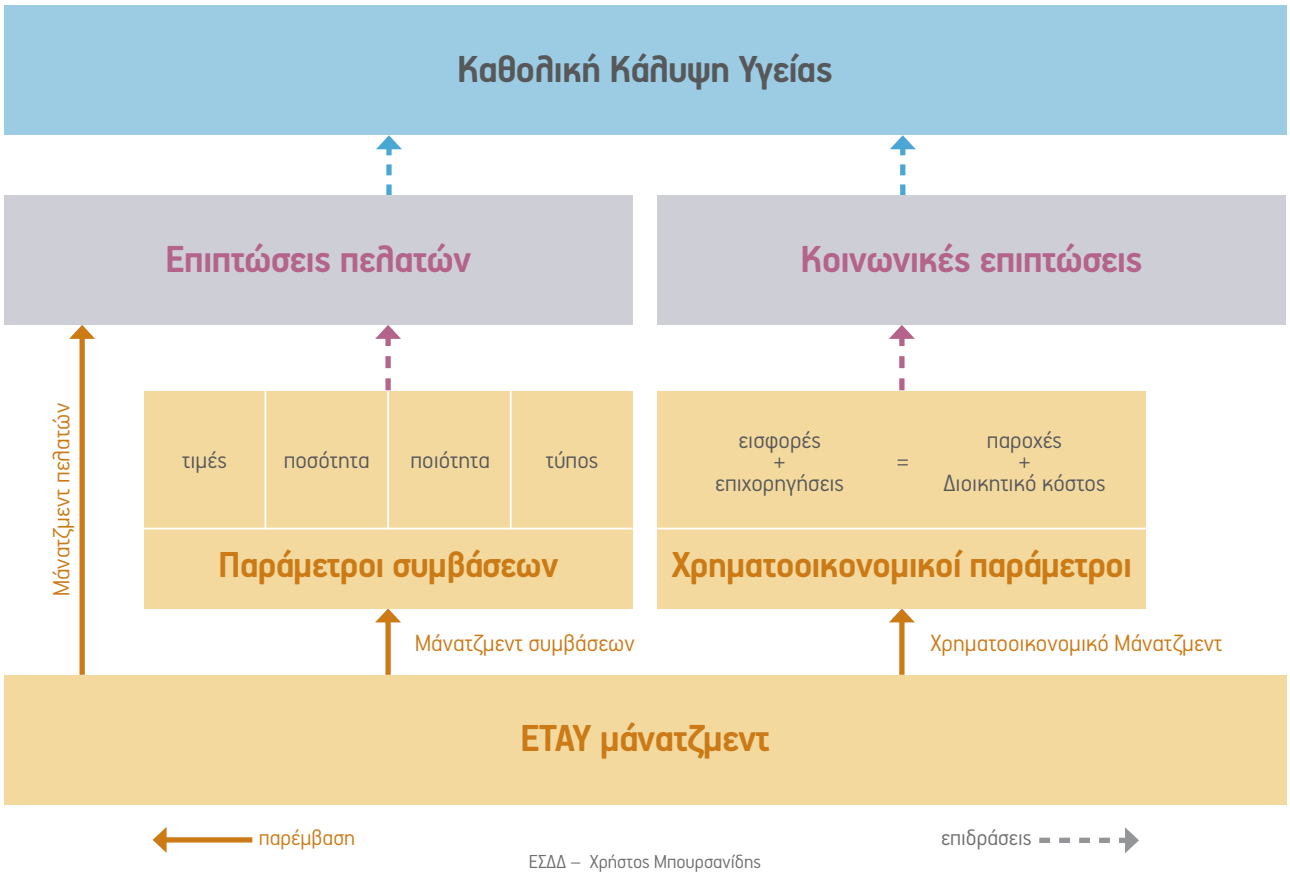
- Υιοθέτηση συστήματος αποθεματικών από την Εσθονία
- Πολιτικές και εργαλεία διαφάνειας, ενημέρωσης και εξυπηρέτησης πολιτών-ασφαλισμένων
- Ανάπτυξη σχεδίου στρατηγικού μάνατζμεντ με τη χρήση της μεθοδολογίας της Balanced Scorecard (BSC)
- Ετήσια έκθεση απόδοσης (Annual Report) κατά το πρότυπο της Εσθονίας, ως ένα excellent υπόδειγμα διαφάνειας και λογοδοσίας
- Εφαρμογή μοντέλου Διοίκησης με Στόχους (MbO) των επτά (7) αποκεντρωμένων δομών και χρήση του εργαλείου μάνατζμεντ απόδοσης (performance management)
- Επιστημονική υποστήριξη (Ίδρυση Ινστιτούτου του ΕΤΑΥ και θεσμοποιημένες διαφανείς μορφές συνεργασίας με Ελληνικά και ξένα Ινστιτούτα)

4.4 Αναλυτικό πλαίσιο οργανωτικής ανάπτυξης και άσκησης Δημοσίου Μάνατζμεντ Ταμείων Υγείας

Το παρατιθέμενο σχήμα, ως προϊόν προσέγγισης του στρατηγικού μάνατζμεντ, δύναται να αποτελέσει ένα πολλαπλά χρήσιμο αναλυτικό πλαίσιο αναφοράς για έναν στρατηγικά εστιασμένη οργανωτική ανάπτυξη του ΕΤΑΥ ως δημοσίου οργανισμού και για τη βέλτιστη διάρθρωση της Κεντρικής Διοίκησης αυτού. Συγκεκριμένα η περιεκτική αξία του έγκειται (α) στην ανάδειξη των βασικών στρατηγικών αξόνων, (β) στην αναλυτική κατάδειξη και περιγραφή των συναφών παραμέτρων παρέμβασης και άσκησης δημοσίου μάνατζμεντ και (γ) στη σχηματική παρουσίαση αυτών ως στοιχείων οργανωμένης πολυπλοκότητας, που αποβλέπουν στην επίτευξη των στόχων της **Καθολικής Κάλυψης Υγείας (UHC)** :

- των **οικονομικών παραμέτρων λειτουργίας** ενός σύγχρονου ταμείου υγείας που αναφέρονται στην διασφάλιση της χρηματοοικονομικής ισορροπίας και του αιτήματος ισοσκελισμένων προϋπολογισμών. Συγκεκριμένα αυτό συνεπάγεται ευθυγράμμιση των πολιτικών υγείας που αναφέρονται στη διαμόρφωση των παραμέτρων των εσόδων και των παραμέτρων των δαπανών, που επηρεάζονται ή τίθενται ως λειτουργικά προαπαιτούμενα για τη θεσμική διασφάλιση της καθολικής κάλυψης υγείας.
- των σημαντικών διαστάσεων **μάνατζμεντ πελατών-ασφαλισμένων**, που αναφέρονται στη διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ του ΕΤΑΥ και των πολιτών- ασφαλισμένων. Με την παραδοχή ότι το ΕΤΑΥ ως Ταμείο Υγείας δεν θα αποτελεί πλέον μία παραδοσιακή δημόσια υπηρεσία αλλά πρέπει να μεταβεί σε ένα σύγχρονο θεσμικό ρόλο, αυτόν του οργανισμού παροχής

Σχήμα 10: Αναλυτικό πλαίσιο - στρατηγικοί άξονες και παράμετροι άσκησης δημοσίου μάνατζμεντ ταμείων υγείας



Πηγή: Μπουρσανίδης 2014 στη βάση στοιχείων από Busse et al. 2010

υπηρεσιών, στο επίκεντρο άσκησης πολιτικής τίθεται η ανταπόκριση των προτιμήσεων και η ικανοποίηση και των αναγκών των πολιτών ως ΄πελατών΄ αυξημένων προσδοκιών.

- των βασικών και **πυρηνικών λειτουργιών** ενός Ταμείου Υγείας, μεταξύ των οποίων των συλλογικών διαπραγματεύσεων και της σύναψης συμβάσεων με τους παρόχους υγείας καθώς και η ενεργός συμμετοχή στη βέλτιστη δόμηση των διαδικασιών της εφοδιαστικής αλυσίδας παροχής υπηρεσιών υγείας.
- των σημαντικών **παραμέτρων σύναψης συμβάσεων**, και τέλος
- των βασικών **υποστηρικτικών λειτουργιών** των Ταμείων Υγείας;
  - αφενός ενός συστήματος πληροφοριών για ορθολογική λήψη αποφάσεων και ενός συστήματος δεικτών για την άσκηση ελέγχου και διαρκούς παρακολούθησης της απόδοσης των επιμέρους εμπλεκομένων δομών

- αφετέρου της ανάπτυξης και διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, ως κρίσιμης σημασίας λειτουργία για την επιτυχή εκπλήρωση της αποστολής

Κομβικό στοιχείο θεσμικής διάπλασης και οργανωτικής ανάπτυξης αποτελεί ο στρατηγικός προσανατολισμός του ΕΤΑΥ ως θεσμού κοινωνικής ασφάλισης υγείας στη διασφάλιση της θεμελιώδους αρχής της Καθολικής Κάλυψης Υγείας, η οποία αναλυτικά συνίσταται:

1. Στην ισότιμη πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας
2. Στη βέλτιστη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, και
3. Στη διασφάλιση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας

ΜΕΡΟΣ 5:
ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΝΕΑ ΘΕΣΜΙΚΗ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΟΚΗ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Προς ένα νέο διοικητικό μοντέλο οργάνωσης Συστήματος Υγείας

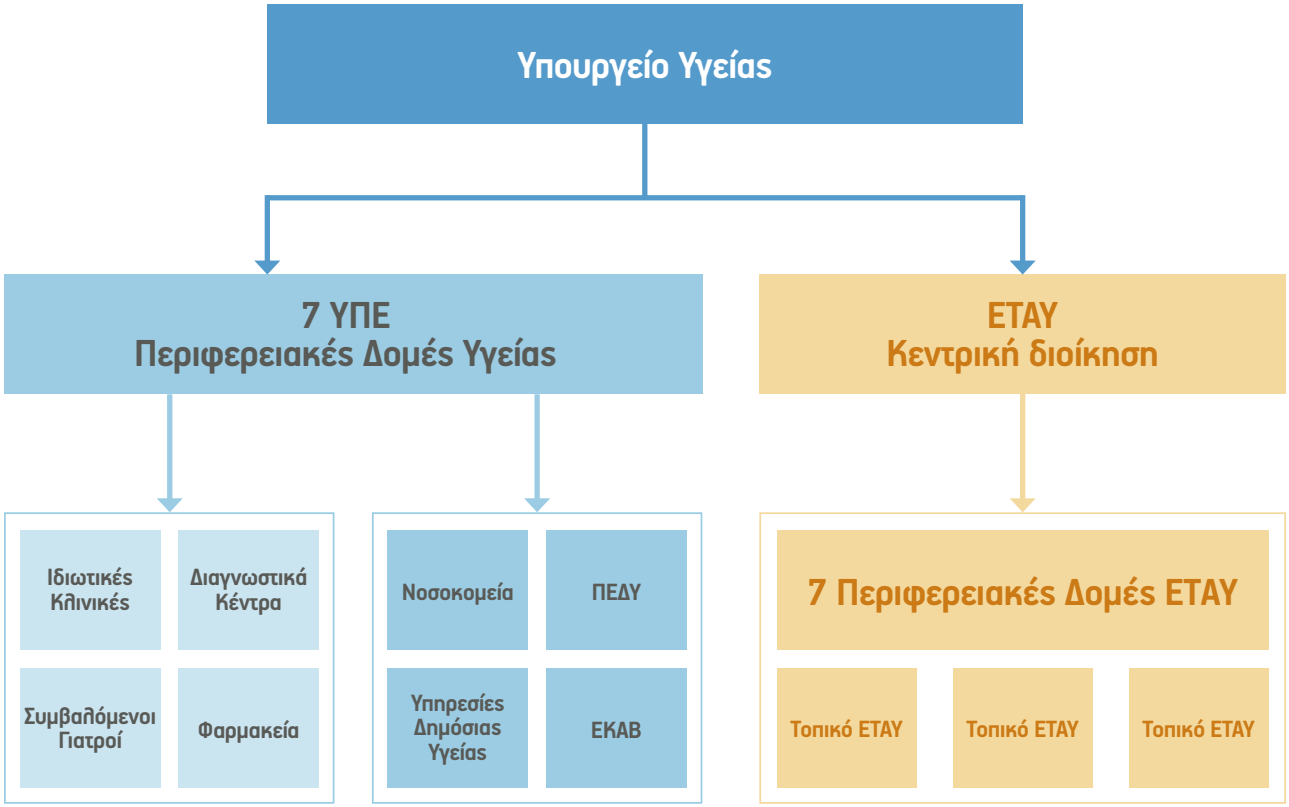
Η υπάρχουσα δομή εξουσίας, μία μη σαφώς και ορθολογικά προσδιορισμένη κατανομή αρμοδιοτήτων και οριοθέτησης ρόλων και υπευθυνοτήτων της κοινωνικής διοίκησης στη χώρα μας, αποτελεί/απετέλεσε αν όχι εμπόδιο, σίγουρα έναν κρίσιμο ανασταλτικό παράγοντα σε κάθε προσπάθεια διαμόρφωσης, χάραξης και άσκησης ενιαίας και αποτελεσματικής στρατηγικής πολιτικής υγείας από τον καθ' ύλην αρμόδιο υπουργό Υγείας. Οι αλλαγές που επέφεραν οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στην 1η και 2η φάση δημιουργίας και εξέλιξης του ΕΟΠΥΥ, και η προτεινόμενη δέσμη δομικών και λειτουργικών αλλαγών που θα λάβουν χώρα στο πλαίσιο της 3ης φάσης μετεξέλιξης του ΕΟΠΥΥ σε ΕΤΑΥ, οδηγούν σε ένα νέο διοικητικό μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης του συνολικού συστήματος υγείας, έτσι όπως αυτό απεικονίζεται παρατιθέμενο σχήμα.

Ειδικότερα οι προτεινόμενες παρεμβάσεις θεσμικής διάπλασης που αποσκοπούν στη δημιουργία ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και **αυτοτελούς Υπουργείου Υγείας,** συνιστούν στοιχεία διοικητικού εκσυγχρονισμού στο εσωτερικό της κοινωνικής διοίκησης της χώρας μας, διότι ενισχύουν περαιτέρω και διασφαλίζουν στο ακέραιο τον **επιτελικό ρόλο και το στρατηγικό χαρακτήρα του Υπουργείου Υγείας** στη διακυβέρνηση του συνολικού συστήματος υγείας και στο σχεδιασμό ορθολογικής πολιτικής υγείας.

Πράγματι, με την λειτουργική ολοκλήρωση αυτή, δίνεται στο Υπουργείου Υγείας η θεσμική δυνατότητα, συντονισμού και ελέγχου, τόσο των μονάδων παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγεί-

ας (πλευρά της προσφοράς) όσο και των φορέων χρηματοδότησης-ΕΤΑΥ (πλευρά της ζήτησης), γεγονός βέβαια που συνεπάγεται και την εξ ολοκλήρου ανάληψη ευθύνης. Ειδικότερα η ανάληψη της βασικής λειτουργίας της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από το ΕΤΑΥ καθιστά αναγκαία την οργανωτική αναδιάρθρωση του Υπουργείου Υγείας. Κατά συνέπεια στον νέο Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας ενδείκνυται η σύσταση διαφοροποιημένων διοικητικών οντοτήτων, αν όχι Γ. Δ/νσης τουλάχιστον σε επίπεδο Δ/νσης, με εξειδικευμένες αρμοδιότητες (π.χ. κοινωνικής ασφάλισης υγείας και συστημάτων χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας, εποπτείας και έλεγχου του ΕΤΑΥ,) που άπτονται σε όλο το φάσμα του σύγχρονου έργου του ΕΤΑΥ και δεν θα περιορίζεται στη σημερινή παραδοσιακή οπτική και αντίληψη των οικονομικών, με την έννοια της έγκρισης προϋπολογισμών και της άμεσης κατανομής πόρων.

Σχήμα 11: Προς ένα νέο διοικητικό μοντέλο οργάνωσης Συστήματος Υγείας



ΕΣΔΔ – Χρήστος Μπουρσανίδης

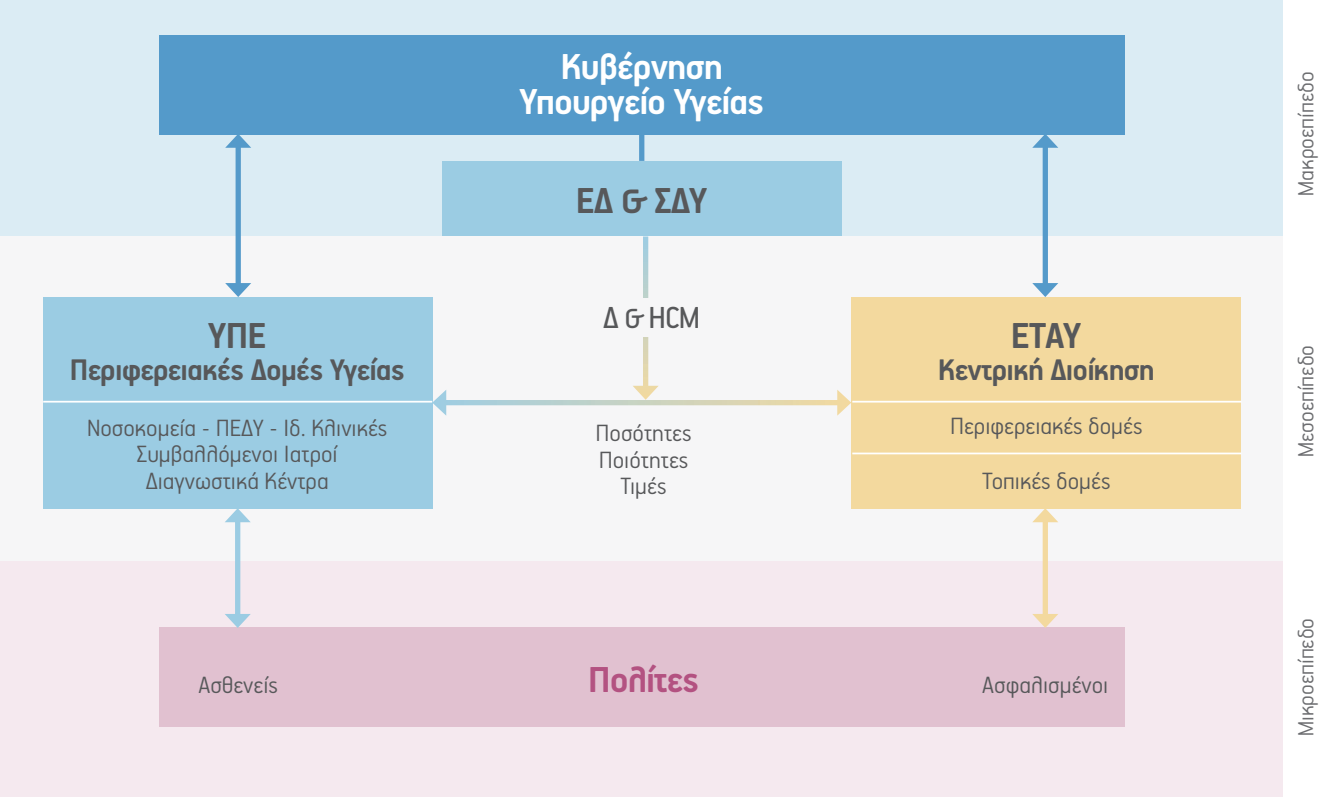
Πηγή: Ελαφρώς τροποποιημένο από Μπουρσανίδης 2013

5.2 Σύγχρονες δομές διακυβέρνησης και ενίσχυση της αυτονομίας των αποκεντρωμένων δομών

Με αναφορά στη επιστημονική συζήτηση περί συστήματος δομών διακυβέρνησης και των δοκιμασμένων εμπειριών των χωρών μελετών περίπτωσης και στη βάση του παρατιθέμενου σχήματος ως μεθοδολογικού πλαισίου αναφορά περιγράφονται επιγραμματικά και ενδεικτικά τα σημαντικά στοιχεία διαμόρφωσης σύγχρονων δομών διακυβέρνησης στην Ελλάδα (Μπουρσανίδης 2014):

- Αυτοπεριορισμός της κεντρικής διοίκησης στο πλαίσιο του επιτελικού ρόλου του Υπουργείου Υγείας ως "architect of order".
- Σταδιακή αποδυνάμωση των κάθετων σχέσεων του πεδίου πολιτικής μεταξύ του υπουργείου και των δομών του μεσοεπιπέδου και ενδυνάμωση της οριζόντια σχέσης του πεδίου πολιτικής μεταξύ ΕΤΑΥ και δομών των Παρόχων (ΥΠΕ & Νοσοκομείων). Με όρους μηχανισμών διακυβέρνησης η αλλαγή αυτή των δομικών σχέσεων σημαίνει και συνεπάγεται τη σταδιακή υποκατάσταση της κρατικής ιεραρχίας από τον μηχανισμό των διαπραγματεύσεων μεταξύ των κορπορατιστικών δομών, οι οποίοι όμως τώρα τελούν «υπό την σκιάν της κρατικής ιεραρχίας».
- Η εξέλιξη αυτή σηματοδοτεί την θεσμοποίηση διαδικασιών συναινετικής κουλτούρας λήψης αποφάσεων με την εισαγωγή συλλογικών μορφών εκπροσώπησης και διαμεσολάβησης συμφερόντων (π.χ. Επαγγελματικές Ενώσεις παρόχων ως ΝΠΔΔ) και τη συγκρότηση θεσμοποιημένων κορπορατιστικών συστημάτων διαπραγμάτευσης. Η δύναμη των κορπορατιστικών δομών και συστημάτων διαπραγμάτευσης έγκειται στο να διασυνδέσει και εν μέρει να κάνει συμβατά την αυστηρά εγωιστική λογική της **αγοράς** με την αυστηρά πατερναλιστική λογική της **κρατικής ιεραρχίας** και στη συμβολή αυτών στην σχετική «ελάφρυνση του κράτους».

Σχήμα 12: Σύγχρονες δομές διακυβέρνησης και επίπεδα μάνατζμεντ



ΕΔ & ΣΔΥ = Επιτροπή Διαβούλευσης & Συντονισμένης Δράσης Υγείας **HCM** = Health Contract Management
Δ = Διαπραγματεύσεις μεταξύ αποκεντρωμένων δομών του μεσοεπιπέδου «Υπό την σκιάν της κρατικής ιεραρχίας»

ΕΣΔΔ – Χρήστος Μπουρσανίδης

Πηγή: Επικαιροποιημένο στη βάση αρχικής σύλληψης Μπουρσανίδης 2000

- Σε διοικητικό επίπεδο η ανωτέρω εξελίξεις κινούνται στις χώρες τις ΕΕ μεταξύ της συγκεντροποίησης ή αποκέντρωσης (centralization versus decentralization) των λειτουργιών του κράτους. Μία σταθερά διαπιστωμένη τάση συνίσταται στη διαμόρφωση αποκεντρωμένων δομών, μεταφορά ή εκχώρηση αρμοδιοτήτων με ταυτόχρονη χορήγηση βαθμών **θεσμικής αυτονομία**ς στις αντίστοιχες δομές τόσο της περιφερειακής διοίκησης του ΕΣΥ (δηλαδή τις ΥΠΕ, τα ΠΕΔΥ και τα Δημόσια Νοσοκομεία), όσο κυρίως στη βασική δομή της λειτουργικής αποκέντρωσης ή καθ' ύλην αποκέντρωσης, δηλαδή στο Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (ΕΤΑΥ). Πράγματι, στο **νέο αυτό ρυθμιστικό πλαίσιο** δύναται το ΕΤΑΥ ως ΝΠΔΔ να λειτουργήσει πραγματικά ως ένας αυτοτελής και αυτόνομος δημόσιος οργανισμός, όπως ισχύει στα σύγχρονα συστήματα διακυβέρνησης των χωρών της ΕΕ. Πρέπει να τονισθεί ιδιαιτέρως ότι η ενίσχυση της αυτονομίας των αποκεντρωμένων δομών του μεσοεπιπέδου, δηλαδή του ΕΤΑΥ και των Παρόχων πρέπει να γίνει με ένα ευθυγραμμισμένο τρόπο και πρέπει να συνοδευθεί με κατάλληλα μέτρα και τη θέσπιση συστημάτων κινήτρων και μηχανισμών υπευθυνοτήτων/λογοδοσίας (Kutzin 2010). Με

αυτήν την έννοια η εκχώρηση αρμοδιοτήτων και η χορήγηση αυτονομίας αποτελεί την μία πλευρά του νομίσματος, η άλλη πλευρά είναι η θεσμική ανάληψη ευθύνης από της Διοικήσεις των αποκεντρωμένων δομών. Αυτό συνεπάγεται εισαγωγή της «ηθικής της ευθύνης» (Max Weber) στις διοικήσεις των αποκεντρωμένων δομών και θέτει ως λειτουργικό προαπαιτούμενο εκσυγχρονισμού αυτών μία διαφανή και αξιοκρατική διαδικασία, επιλογής και ανάθεσης καθηκόντων στις θέσεις ευθύνης, στη βάση βέβαια σαφώς προδιαγεγραμμένων προφίλ προσόντων και δεξιοτήτων (για τα Ταμεία Υγείας στη Γερμανία βλ. Klenk et al. 2012).

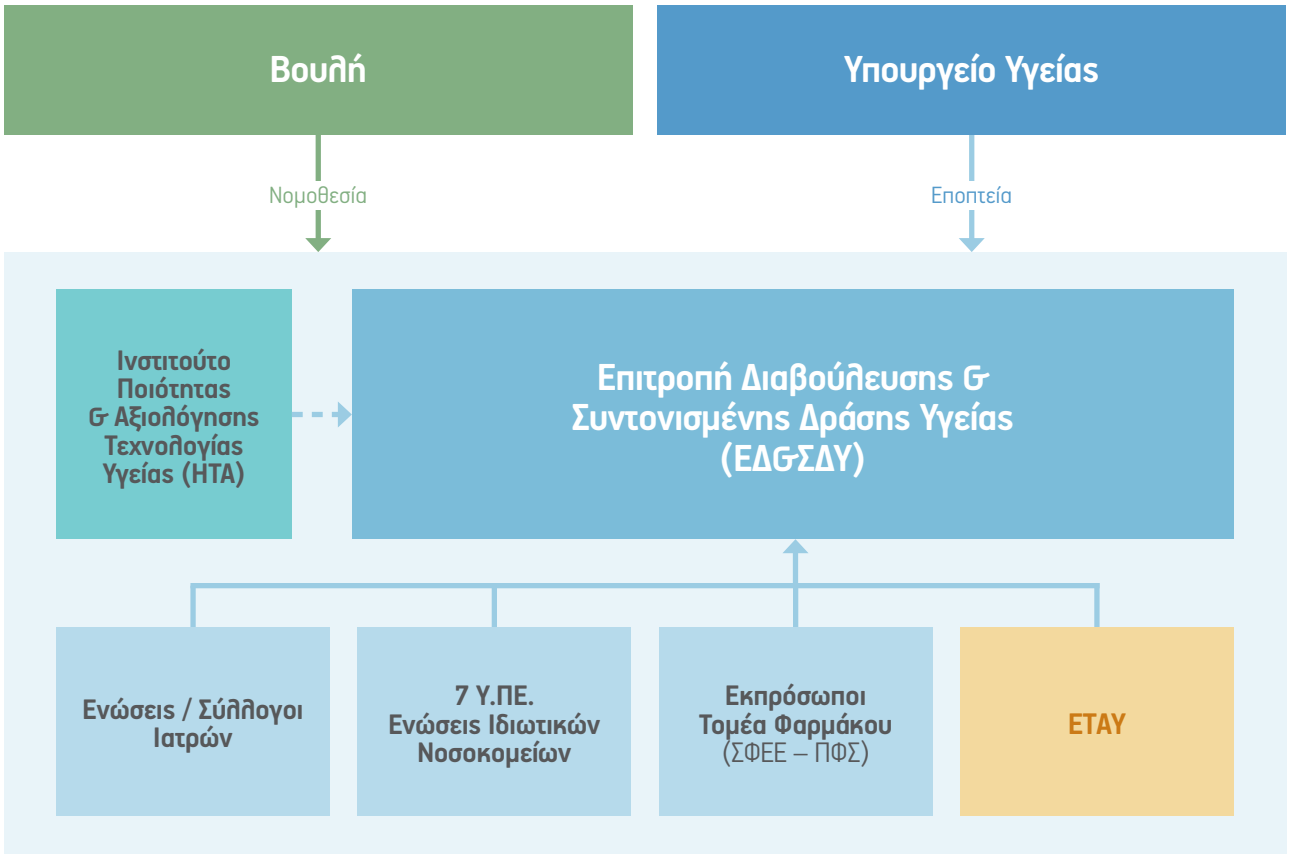
- Η χορήγηση σχετικής αυτονομίας στις αποκεντρωμένες δομές επιτάσσει στην κεντρική διοίκηση του υπουργείου τη μετάβαση από τον παραδοσιακό ρόλο εποπτείας και ελέγχου στη βάση της αρχής "command and control" σε ένα **συνιστώμενο σύστημα διακυβέρνησης μέσω στόχων (governance by objectives),** όπως επιτυχώς μετά τον τελευταίο νόμο του 2013 επιχειρήθηκε στην Αυστρία. Αυτό σημαίνει ένα στρατηγικό προσανατολισμό στην κατεύθυνση (α) θέσπισης συστημάτων κανόνων και ανάπτυξης κατευθυντήριων οδηγιών, (β) ανάπτυξης και εφαρμογής συστημάτων μέτρησης απόδοσης για την άσκηση ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού ελεγκτικού ρόλου (μηχανισμοί controlling) και (γ) τη διαμόρφωσης σύγχρονων μορφών λογοδοσίας.

5.3 Επιτροπή Διαβούλευσης & Συντονισμένης Δράσης Υγείας

Στην κατεύθυνση της διαμόρφωσης ορθολογικής πολιτικής υγείας υψηλής αποδοχής, δηλαδή μίας λεπτομερούς και επιστημονικά θεμελιωμένης εξειδίκευσης των νόμων, κρίνεται σκόπιμη η θεσμοποίηση συναινετικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων και εξεύρεσης λύσεων πολύπλοκων προβλημάτων, που θεσμικά βρίσκουν την έκφρασή τους στη δημιουργία ενός θεσμού ανάλογου της Κοινής Ομοσπονδιακής Επιτροπής της Γερμανίας (G-BA). Για το σκοπό αυτό **προτείνεται-συνιστάται**, η ίδρυση ενός κορπορατιστικά δομημένου δημόσιου οργανισμού με τη μορφή μίας **Επιτροπής Διαβούλευσης & Συντονισμένης Δράσης Υγείας (ΕΔ&ΣΔΥ)**[12]. Πρόκειται για έναν διοικητικά ανεξάρτητο και θεσμικά αυτόνομο οργανισμό και για τη θεσμοποίηση ενός συστήμα-

12 Όπως έχει αναφερθεί ο θεσμός αυτός έχει σαν πρότυπο την Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή (G-BA) της Γερμανίας. Από την ιστοσελίδα της G-BA δύνανται να αντληθούν όλα εκείνα τα αναγκαία στοιχεία που αναφέρονται στο έργο-αποστολή, στη σύνθεση, στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας καθώς και τις διαδικασίες, τα εργαλεία και τις τεχνικές λήψης αποφάσεων (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014). Με αυτήν την έννοια μία επεξεργασία αυτών δύναται χρησιμέψουν κατάλληλα προσαρμοζόμενα στην ελληνική διοικητική πρακτική ως πλαίσιο αναφοράς για την διατύπωση ενός ολοκληρωμένου σχεδίου-πρότασης οργανωτικής ανάπτυξης του ΕΔ&ΣΔΥ, γεγονός βέβαια που υπερβαίνει την έκταση αυτής της μελέτης.

Σχήμα 13: ΕΔ&ΣΔΥ - Συγκρότηση – Λειτουργίες – Επιστημονική Υποστήριξη



ΕΣΔΔ – Χρήστος Μπουρσανίδης

Πηγή: Ελαφρά τροποποίηση από Μπουρσανίδης 2013

τος διαβούλευσης και διαπραγματεύσεων μεταξύ των βασικών μετόχων του συστήματος υγείας, όπως παραστατικά απεικονίζεται στο παρατιθέμενο σχήμα.

Όπως ήδη ανωτέρω έχει αναφερθεί, μία από τις βασικές και κρίσιμης σημασίας λειτουργίες που θα αναλάβει αυτός ο θεσμός, η ΕΔ&ΣΔΥ, στο πλαίσιο του πολυσχιδούς και πολύπλευρου έργου του είναι, η θεσμική διασφάλιση διαδικασιών και συστημάτων κανόνων και η βάσει κριτηρίων και σύγχρονων μεθοδολογιών λήψη, που αποσκοπούν στον προσδιορισμό και στη διαμόρφωση του υγειονομικά ενδεδειγμένου και κοινωνικά αποδεκτού πακέτου των παρεχομένων υπηρεσιών, που οφείλει να κάλυψη το ΕΤΑΥ. Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο και αυξημένης πολυπλοκότητας έργο, το οποίο καθιστά αναγκαία μία θεσμοποιημένη μορφή επιστημονικής υποστήριξης, σε αντι-διαστολή με την συνήθη στην Ελλάδα κουλτούρα μίας ad hock και αποσπασματικής χρήσης της επιστημονικής τεχνογνωσίας. Η αυξημένη πολυπλοκότητα και η φύση αυτών των αποφάσεων

οδήγησε πολλές χώρες της ΕΕ και διεθνώς (Glasman et al. 2012) στη δημιουργία διεπιστημονικά συγκροτημένων και ανεξάρτητων επιστημονικών κέντρων και ινστιτούτων, όπως το διεθνώς γνωστό NICE της Αγγλία ή το αντίστοιχο IQWiG της Γερμανίας. **Προτείνεται,** λοιπόν, η ίδρυση και στην Ελλάδα ενός ανεξάρτητου **Ινστιτούτου Ποιότητας και Αξιολόγησης Ιατρικής Τεχνολογίας (IQ&HTA),** που θα αναφέρεται φυσικά όχι στην πολιτική ηγεσία αλλά στην ΕΔ&ΣΔΥ, όπως παραστατικά απεικονίζεται στο παρατιθέμενο σχήμα 12.

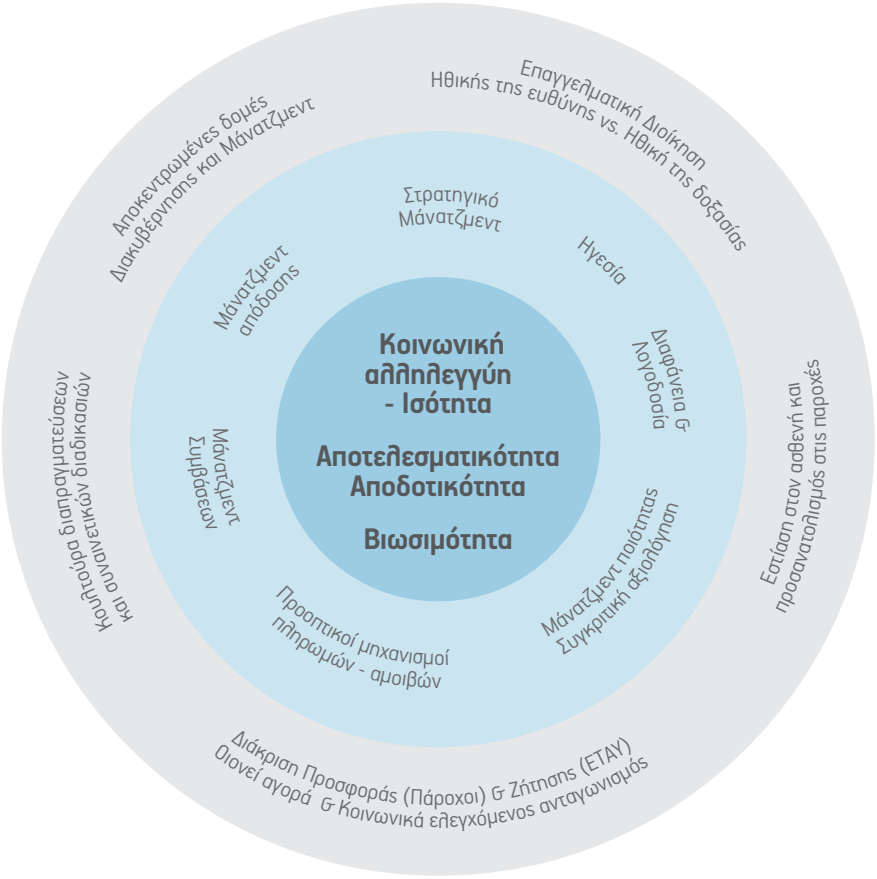
Η επιλογή της διοικητικής μορφής οργάνωσης και λειτουργίας και των δύο αυτών θεσμών, ως ανεξάρτητων και αυτόνομων δομών, τύπου agencies, συνιστά σύμφωνα με τη θεσμική θεωρία διακυβέρνησης μία έξυπνη και συνειδητή επιλογή που συναρτάται με τη φύση των μείζονος κοινωνικοπολιτικής σημασίας αποφάσεων καθορισμού προτεραιοτήτων και κατανομής πόρων, και μία επιτυχημένη δομή στο πλαίσιο ενός σύγχρονου στιλ ηγεσίας και διακυβέρνησης (Smith et al. 2012).

5.4 Από την «οργανωμένη ανευθυνότητα» σε μία σύγχρονη διοικητική κουλτούρα στο σύστημα υγείας

Μία προσπάθεια συστηματικής καταγραφής των ήδη εφαρμοζόμενων και κυρίως των προτεινόμενων παρεμβάσεων σε επίπεδο δομών, λειτουργικών διαδικασιών και εργαλείων οδηγεί στην κατασκευή του παρατιθέμενου σχήματος. Στον εξωτερικό ομόκεντρο κύκλο εμφανίζονται οι σύγχρονες δομές διακυβέρνησης και τα στοιχεία σύγχρονης προσέγγισης πολιτικής υγείας. Πρόκειται για τη δημιουργία εκείνου του κοινωνικοπολιτικά δομημένου θεσμικού πλαισίου που επιτρέπει ή καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη και εφαρμογή σύγχρονων εργαλείων μάνατζμεντ υγείας. Πράγματι η διεθνής εμπειρία των δοκιμασμένων συντελούμενων αλλαγών στα συστήματα υγείας έχει τεκμηριώσει την θέση-άποψη ότι η εφαρμογή σύγχρονων εργαλείων προϋποθέτει την δημιουργία σύγχρονων δομών. Βασικό δίδαγμα των επιτυχημένων μεταρρυθμιστικών πολιτικών υγείας: «δεν μπορούν να εισαχθούν με επιτυχία σύγχρονα εργαλεία σε παραδοσιακές και απαρχαιωμένες δομές».

Στο πλαίσιο αυτό από τη σκοπιά της συγκριτικής πολιτικής υγείας και της δημόσιας διακυβέρνησης, διατυπώνεται η θέση ότι τα προτεινόμενα μέτρα και συστάσεις συνιστούν σημαντικά στοιχεία μίας, πολυδιάστατης, πολυεπίπεδης, **ολοκληρωμένης και λογικά συνεκτικής πρότασης**, η οποία εισάγει στο συνολικό σύστημα υγείας μια **νέα θεσμική αρχιτεκτονική**. Εισέτι, προσανατολιζόμενη στρατηγικά στην επίτευξη και διασφάλιση των τεσσάρων θεμελιωδών αρχών και σκοπών του εσωτερικού ομόκεντρου κύκλου, οδηγούν το σημερινό σύστημα υγείας από μία κατάσταση «ορ-

Σχήμα 14: Στοιχεία νέας θεσμικής αρχιτεκτονικής και σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας



ΕΣΔΔ – Χρήστος Μπουρσανίδης

Πηγή: Ελαφρώς τροποποιημένο από Μπουρσανίδης 2010 & Boursanidis 2012

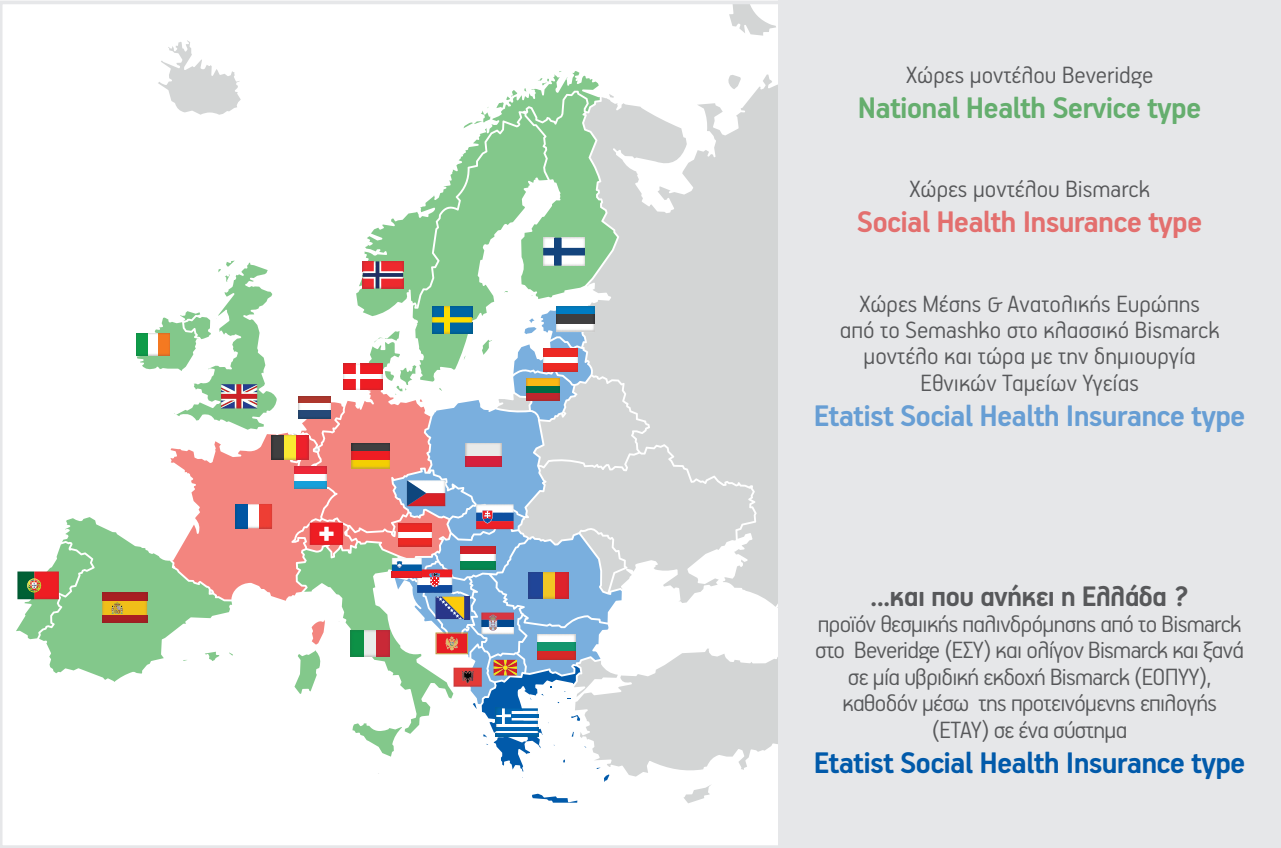
γανωμένης ανευθυνότητας» σε μια σύγχρονη διοικητική κουλτούρα αυξημένης διοικητικής-διαχειριστικής ικανότητας.

5.5 Ελληνικό μοντέλο συστήματος σύστηματος υγείας quo Vadis?

Όπως ανωτέρω έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι η επικρατούσα αντίληψη περί του ενδεδειγμένου οργανωτικού σχεδιασμού του ΕΟΠΥΥ ήταν ενταγμένη στο πλαίσιο μιας ευρύτερης παθογένειας του δημόσιου διαλόγου στην Ελλάδα, η οποία προσκολλημένη στην παραδοσιακή προσέγγιση ενός μπεβεριτζιανά δομημένου συστήματος υγείας, μη κατανοώντας τη σημασία μίας συστημικά ενδεδειγμένης διάκρισης των τριών λειτουργικά διαφοροποιημένων λειτουργιών ενός συστήματος υγείας δεν αναγνώρισε την ανάγκη ενασχόλησης εξίσου με αυτές, ως αλληλοεπιδρώμενα δομικά στοιχεία ενός αυξημένης πολυπλοκότητας κοινωνικού συστήματος, και επικέντρωσε την προσοχή του κυρίως και κατ' εξοχήν σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος παρα-

γωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας. Τα λογικά συνδεόμενα θέματα αφενός της λειτουργίας διάπλασης ενός αντίστοιχου βιώσιμου συστήματος χρηματοδότησης και αφετέρου της λειτουργίας διαμόρφωσης ενός αποτελεσματικού συστήματος διακυβέρνησης του συνολικού συστήματος υγείας δεν έτυχαν μιας σύγχρονης ολιστικής αντιμετώπισης.

Σχήμα 15: Τυπολογία συστημάτων υγείας – Προς διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας τύπου «Etatist Social Health Insurance»



ΕΣΔΔ – Χρήστος Μπουρσανίδης

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση στη βάση Busse 2011 και στοιχείων από Böhm et al. 2012 & 2013

Συμπερασματικά, το παραδοσιακό υπόδειγμα κατανόησης και μεταρρυθμιστικής πολιτικής υγείας δεν κατάφερε να διαμορφώσει ένα σταθερό και λογικά συνεκτικό ρυθμιστικό πλαίσιο συντονισμένης κατανομής διακριτών και σαφώς προσδιορισμένων ρόλων και λειτουργιών, κοινών για όλους τους παίκτες-μετόχους τους συστήματος υγείας, δηλαδή ένα ρυθμιστικό πλαίσιο, που να σκιαγραφεί μια ευδιάκριτη συνολική εικόνα και να προσδίδει τα χαρακτηριστικά ενός λογικά συνεκτικού τύπου οργανωμένης πολυπλοκότητας, παραμένοντας ένα «σύστημα χωρίς ταυτότητα».

Πράγματι, μία προσπάθεια τυπολογικής προσέγγισης οδηγεί στην παρατήρηση ότι το υφιστάμε-

νο σύστημα υγείας αποτελεί προϊόν μιας μακρόχρονης διαδικασίας ανεκπλήρωτων ή/και λανθασμένων θεσμικών επιλογών και παλινδρομήσεων από (α) παραδοσιακό μοντέλο Bismarck (προ-ΕΣΥ περίοδος) σε (β) μια στρατηγική επιλογή και πρόθεση διαμόρφωσης ενός συστήματος τύπου Beveridge (ΕΣΥ), όμως με την διεθνή πρωτοτυπία διατήρησης και συνύπαρξης θεσμών Bismarck (Ασφαλιστικών Ταμείων), και ξανά (γ) στην επιλογή ενός υβριδικού μορφώματος τύπου Bismarck ενταγμένο, όμως, σε ένα μπεβεριτζιανά δομημένο πλαίσιο (context) που προσδιόρισε σημαντικά και το σχέδιο σύλληψης (concept) αυτού (ΕΟΠΥΥ).

Υπό το πρίσμα αυτό σύμφωνα με τη προσέγγιση του συστημικού μάνατζμεντ, μίας τρισδιάστατης προσέγγισης κατανόησης και δόμησης ενός λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας αυξημένης διοικητικής-λειτουργικής ικανότητας, και σε μία εκ διαμέτρου αντίστροφη της μέχρι τώρα προσέγγισης και μεταρρυθμιστικής λογικής, κρίνεται ενδεδειγμένη η εξής αλληλουχία θεσμικής μεταρρυθμιστικής παρέμβασης: Η αναγνώριση, ως προτεραίας, της λειτουργία διαμόρφωσης ενός κατάλληλου ρυθμιστικού πλαισίου και πολυεπίπεδου συστήματος δομών διακυβέρνησης (**regulation function**). Στη βάση αυτής της καθοριστικού χαρακτήρα επιλογής ακολουθεί η θεσμική διάπλαση ενός μακροχρόνια βιώσιμου συστήματος χρηματοδότησης (**financing function**) και έπεται η οργάνωση του συστήματος μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (**providing function**). Με αυτήν την έννοια, το νέο προτεινόμενο σύστημα ρύθμισης και διακυβέρνησης σε συνάρτηση με την μετεξέλιξη και μετασχηματισμό του ΕΟΠΥΥ σε ένα σύγχρονο Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας, εισαγάγουν στο σύστημα υγείας μία νέα εσωτερική λογική και δυναμική εξέλιξης, η οποία εκτιμάται, ως υπόθεση εργασίας, ότι θα μεταφέρει το ελληνικό σύστημα υγείας σταδιακά μετεξελισσόμενο σε έναν επιθυμητό διοικητικό και οργανωτικό μετασχηματισμό και στη γέννηση μιας νέας οντότητας και φυσιογνωμίας αυξημένης λειτουργικής-διοικητικής ικανότητας.

Στο πλαίσιο αυτό το σύστημα υγείας στην Ελλάδα απομακρύνεται πλέον σταθερά και αισθητά από τα δύο κλασσικά και αντιτιθέμενα μοντέλα Beveridge versus Bismarck και βρίσκεται καθοδόν προς την ανάδυση μίας νέας υβριδικής μορφής οργάνωσης και προς τη διαμόρφωση, πλέον, μίας διακριτής και **αναγνωρίσιμης** ταυτότητας με εμφανή στοιχεία δομής και λειτουργίας που προσιδιάζουν στο αποκαλούμενο **«Etatist Social Health Insurance»** τύπο των συστημάτων υγείας (Böhm et al. 2012 & 2013).

ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η δημοσιονομική και οικονομική κρίση έθεσε σε δοκιμασία το επίπεδο βιωσιμότητας και λειτουργικής ικανότητας του ελληνικού συστήματος υγείας, αφού ανέδειξε τις εγγενείς αδυναμίες του.
2. Ο ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε μια παράδοξη απάντηση διαχειριστικής προχειρότητας. Η μετέπειτα σωστή διάκριση των ρόλων του ως αγοραστή και παρόχου δεν είναι αρκετή. Μια τρίτη φάση δομικών αλλαγών, με κύριο χαρακτηριστικό τη μετεξέλιξη του ΕΟΠΥΥ σε ΕΤΑΥ (Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας) και τη διαμόρφωση ενός κατάλληλου ρυθμιστικού πλαισίου σαφούς κατανομής ρόλων και υπευθυνοτήτων μεταξύ των εμπλεκομένων φορέων, κρίνεται απαραίτητη.
3. Η προτεινόμενη μεταρρυθμιστική παρέμβαση με όχημα το ΕΤΑΥ διασφαλίζει την αρχή της καθολικής κάλυψης υγείας, όπως και τη μακροχρόνια βιωσιμότητα και ανθεκτικότητα του συστήματος, μέσω της ανάληψης του ρόλου του στρατηγικού αγοραστή και της ανάπτυξης μιας νέας θεσμικής αρχιτεκτονικής και σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας.
4. Με στόχο την καθολική κάλυψη πληθυσμού καθίσταται αναγκαία η ανάληψη χρηματοδοτικής ευθύνης από το δημοσιονομικό σύστημα για τις κατηγορίες των ανασφάλιστων πολιτών (εκτός των μη νόμιμα διαμενόντων μεταναστών), κυρίως των μακροχρόνια ανέργων. Στο πλαίσιο αυτού του νέου θεσμικού επιμερισμού χρηματοδοτικής ευθύνης, κρίνεται απαραίτητη η νομοθετικά ρητή θεσμική δέσμευση μεταβίβασης των ανάλογων πόρων, στη μορφή των λεγόμενων στοχοδευσμευμένων φόρων στο ΕΤΑΥ.
5. Σημαντική είναι η παράμετρος της μεταφοράς και υπαγωγής των αρμοδιοτήτων τήρησης μητρώου ασφαλισμένων και εξυπηρέτησης (e-Card, εξατομικευμένες υπηρεσίες) αυτών στο ΕΤΑΥ, το οποίο αναλαμβάνει την ευθύνη διασφάλισης και έλεγχου άσκησης των δικαιωμάτων των ασφαλισμένων.
6. Κρίσιμο παράγοντα επιτυχίας του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος είναι ο αναδυόμενος ρόλος του ΕΤΑΥ ως στρατηγικού αγοραστή, στο πλαίσιο μιας διαδικασίας μετάβασης από τον παραδοσιακό ρόλο του πληρωτή (payer) και του παθητικού μετόχου στον ενεργό ρόλο του στρατηγικού αγοραστή και του βασικού παίκτη (player) στο σύστημα υγείας.
7. Πρόδηλη καθίσταται η αναγκαιότητα ενεργούς συμμετοχής του ΕΤΑΥ στην ευρείας έκτασης παρέμβαση ανασχεδιασμού και ανασυγκρότησης της δομής της αγοράς υπηρεσιών υγείας».

Πρόκειται για στρατηγικά στοχευμένες παρεμβάσεις με απώτερο σκοπό τη βελτιστοποίηση της συνολικής διαδικασίας παραγωγής και διανομής.

8. Η υπάρχουσα δομή κοινωνικής διοίκησης στην Ελλάδα ασαφής και ανορθολογική, λειτουργώντας ανασταλτικά για τον εκάστοτε υπουργό Υγείας. Η ανάληψη της βασικής λειτουργίας της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από το ΕΤΑΥ καθιστά αναγκαία τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου και την κατάλληλη οργανωτική αναδιάρθρωση του αυτοτελούς πλέον υπουργείου υγείας. Στον νέο οργανισμό ενδείκνυται η σύσταση διαφοροποιημένων διοικητικών οντοτήτων με εξειδικευμένες αρμοδιότητες που δεν θα περιορίζονται στη σημερινή παραδοσιακή οπτική και αντίληψη των οικονομικών, με την έννοια της έγκρισης προϋπολογισμών και της άμεσης κατανομής πόρων.

9. Η μεταρρυθμιστική αυτή πρόταση προκρίνει σύγχρονες δομές διακυβέρνησης και επίπεδα μάνατζμεντ. Με στόχο τη θεσμοποίηση συναινετικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων και εξεύρεσης λύσεων πολύπλοκων προβλημάτων καθώς και συμβολής στη διαμόρφωση τεκμηριωμένων πολιτικών προτείνεται η ίδρυση μία διοικητικά ανεξάρτητης και θεσμικά αυτόνομης Επιτροπής Διαβούλευσης & Συντονισμένης Δράσης στο Σύστημα Υγείας (ΕΔ&ΣΔΥ). Προκειμένου να ανταποκριθεί στο μείζονος σημασίας έργο και αποστολή του, δηλαδή στη συμβολή διαμόρφωσης εξειδικευμένων και τεκμηριωμένων πολιτικών, το πλουραλιστικά δομημένο αυτό όργανο, συνιστάται να συνεπικουρείται από ένα επίσης προς ίδρυση Επιστημονικό Ινστιτούτο παρόμοιο με το NICE στο Ηνωμένο Βασίλειο ή το IQWiG στη Γερμανία.

10. Σύγχρονα εργαλεία δεν μπορούν να εισαχθούν με επιτυχία σε παραδοσιακές και απαρχαιωμένες δομές. Τα προτεινόμενα μέτρα και συστάσεις συνιστούν σημαντικά στοιχεία μιας πολυδιάστατης, πολυεπίπεδης, ολοκληρωμένης και λογικά συνεκτικής πρότασης, η οποία εισάγει μια νέα θεσμική αρχιτεκτονική και μία σύγχρονη διοικητική κουλτούρα στο συνολικό σύστημα υγείας.

11. Το σύγχρονο ρυθμιστικό πλαίσιο και το διαμορφούμενο πολυεπίπεδο σύστημα διακυβέρνησης του συνολικού συστήματος υγείας καθίσταται πρόδηλη την αναγκαιότητα εισαγωγής σύγχρονων δομών διακυβέρνησης και μία σύγχρονης οργανωτικής ανάπτυξης στον ίδιο τον ΕΤΑΥ, προκειμένου να είναι σε θέση να ασκήσει επιτυχώς τον αναδυόμενο κομβικό του ρόλο του ΕΤΑΥ ως βασικού παίκτη στη λειτουργία του συστήματος υγείας..

12. Το υφιστάμενο σύστημα υγείας αποτελεί προϊόν μιας μακρόχρονης διαδικασίας

ανεκπλήρωτων ή και λανθασμένων θεσμικών επιλογών και παλινδρομήσεων. Η επιτυχημένη υλοποίηση της μεταρρύθμισης θα οδηγήσει το σημερινό σύστημα υγείας από μια κατάσταση «οργανωμένης ανευθυνότητας» σε μια σύγχρονη διοικητική κουλτούρα αυξημένης διοικητικής και διαχειριστικής ικανότητας.

13. Τα επιμέρους θεσμικά μέτρα, δομές και εργαλεία που αναφέρονται στο παρόν συνοπτικό κείμενο, αποτελούν συστατικά στοιχεία μίας ενιαίας και ολοκληρωμένης στρατηγικής μεταρρυθμιστικής παρέμβασης σε ένα αυξημένης πολυπλοκότητας κοινωνικό σύστημα, όπως το σύστημα υγείας. Στοιχειοθετούν ένα λογικά συνεκτικό πλαίσιο για τη διαμόρφωση ενός κατάλληλου οδικού χάρτη μετάβασης προς την επίτευξη της Καθολικής Κάλυψης Υγείας και την ενίσχυση της λειτουργικής ικανότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας, μέσω ενός σύγχρονου συστήματος διακυβέρνησης. Στο πλαίσιο αυτό αναδεικνύεται, πράγματι, η στοχευμένη βήμα προς βήμα αλληλουχία πολιτικών υλοποίησης και μία συνεπής ολοκλήρωση του εγχειρήματος του ΕΤΑΥ ως η Λυδία Λίθος επιτυχίας της συνολικής μεταρρυθμιστικής στρατηγικής.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Barroy H., Or Z., Kumar A., Bernstein D., (2014): Sustaining universal health coverage in France: a perpetual challenge. Health, nutrition, and population (HNP) discussion paper. Washington, DC : World Bank Group.

Böhm K., Schmid A., Götze R., Landwehr C., Rothgang H., (2013): Five types of OECD health care systems: Empirical results of a deductive classification, in: Health Policy, 113(20130: 258-269

Busse R., Schreyögg J., Tiemann O., (Hrsg.) (2010): Management im Gesundheitswesen. 2e Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer

Busse R., Blümel M., (2014): Germany: Health system review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: Denmark

Economou Ch., (2010): Greece: Health System Review: Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: Denmark

Economou Ch., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Sissouras A., Maresso A., (2014): The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2014

ΕΣΔΥ (2012): Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης Υγείας. Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). ΕΣΔΥ - Αθήνα (www.ncph.gr)

Glassman A., Chalkidou K., Giedion U.,Teerawattananon Y.,Tunis S., Jesse B. Bump J.B., Pichon-Riviere A., (2012): Priority-Setting Institutions in Health, in: GLOBAL HEART, V O L . 7 , NO. 1 , pp. 3 - 3 4

Hofmacher M., Quentin W., (2013): Austria: Health system review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: Denmark

Jakubowski E., Saltman B. R., Eds., (2013): The Changing National Role in Health System Governance. World Health Organization 2013

Klenk T., Weyrauch Ph., Haarmann A., Nullmeier F., (2012):Abkehr vom Korporatismus. Der Wandel der Sozialversicherung im europäischen Vergleich. Campus Verlag: Frankfurt am Main

Kutzin J., (2013):Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy, Bull World Health Organ 2013;91: 602–611

Kutzin J., Cashin C., Jakab M., Eds., (2010): Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition. Observatory Studies Series 21. WHO 2010 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Lancet 2015: Universal health coverage in Latin America 1-4, Series of four papers about universal health coverage in Latin America Lancet 2015; 385

Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E., (2013): Estonia: Health system review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: Denmark

Maeda A., Araujo E., Cashin C., Harris J., Ikegami N., Reich M.R., (2014): Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development - A Synthesis of 11 Country Case Studies Washington, DC : World Bank Group, 2014

Μπουρσανίδης Χ., (2010): Συγκριτική Πολιτική Υγείας, Δομές διακυβέρνησης και εργαλεία management στα συστήματα υγείας στην ΕΕ, στο: Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., (Επιμ.): Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση: Αθήνα, σελ. 247-296

Μπουρσανίδης Χρ., (2014): Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - Ανάπτυξη σχεδίου μετεξέλιξης του ΕΟΠΥΥ σε ένα Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (ΕΤΑΥ) ως στρατηγικός αγοραστής στο πλαίσιο μιας συγκριτικής ανάλυσης της Αυστρίας, της Γερμανίας και της Εσθονίας. Μελέτη στο πλαίσιο του HRSP-WHO-GIZ για το ΥΠ. ΥΓΕΙΑΣ & ΕΟΠΥΥ. Αθήνα Νοέμβριος 2014, σ. 215

Μπουρσανίδης Χ. (2015): Οργάνωση Συστημάτων Υγείας και Συγκριτική Πολιτική Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις-Typescript, 10η αναθεωρημένη έκδοση, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
Rothang H., et.al. (2010): The Changing Role of the State in OECD Health Care Systems. From Heterogenity to Homogenity? Basingstoke: Palgrave Nacmilan
Saltman R. B., Busse R, Figueras J. Eds., (2004): Social Health Insurance Systems in western Europe, Open University Press, United Kingdom
Sawedoff WD., Gottret P., eds, (2008): Governing mandatory health insurance. Learning from Experience. Washington, DC, World Bank:101–128.
Somanathan A., et al., (2014): Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam. Assessment and Options. The World Bank, Washington DC 2014
Stuckler A., Feigl A.B., Basu S., McKee M., (2010): The political economy of universal health coverage, Background paper for the First Global symposium on health systems research, 16-19 November 2010, Montreux Switzerland
Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., Mladovsky Ph., Maresso A., Cylus J, Karanikolos M., Kluge H., (2014): Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy, WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, POLICY SUMMARY 12, Copenhagen 2014
WHO (2010): HEALTH SYSTEMS FINANCING - The path to universal coverage, EXECUTIVE SUMMARY, The World Health Report, Geneva

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

European Observatory on Health Systems and Policies
(http://www.observatory.dk)
WHO Regional Office for Europe health for all data base
(http://www.euro.who.int)

Federal Ministry of Health
(http://www.bmg.gv.at)
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
(http://www.hauptverband.at)

The Federal Ministry of Health
(http://www.bmg.bund.de)
Federal Joint Committee
(http://www.g-ba.de)
National Association of the Statutory Health Insurance
(http://www.gkv-spitzenverband.de)
Federal Association of SHI Physicians
(http://www.kbv.de)
German Hospital Organization
(http://www.dkgev.de)

Ministry of Social Affairs
(http://www.sm.ee)
Estonian Health Insurance Fund
(http://www.haigekassa.ee)

ΠΑΡΑΤΗΜΑ

Περιεχόμενα Παρατήματος

Πίνακας 1: Κατανομή κύριων πηγών χρηματοδότησης υγείας (%)
Πίνακας 2: Διαμόρφωση των τριών λειτουργιών χρηματοδότησης
Πίνακας 3: Οργανωτικά και θεσμικά χαρακτηριστικά Ταμείων Υγείας
Πίνακας 4: Εξωτερικές δομές διακυβέρνησης Ταμείων Υγείας
Πίνακας 5: Εσωτερικές δομές διακυβέρνησης Ταμείων Υγείας
Πίνακας 6: Lessons learned - Αναγνώριση των προς αξιοποίηση «βέλτιστων πρακτικών» στο πλαίσιο του «θεσμικού ισομορφισμού

Πίνακας 1: Κατανομή κύριων πηγών χρηματοδότησης υγείας (%)

Πηγές Χρηματοδότησης	Αυστρία (2011)	Γερμανία (2010)	Εσθονία (2011)	Ελλάδα (2006/2011)
Δημόσιες	**77,1**	**86,0**	**79,3**	**61,3 / 68,2**
Εισφορές Κοινωνικής Ασφάλισης	44,8	57,3	68,6	31,2 / 40,1
Φόροι	32,3	15,3	10,7	30,1 / 28,1
Στοχοδεσμευμένοι φόροι				
Ιδιωτικές	**22,8**	**14,0**	**19,3**	**39,7 / 31,8**
Εθελοντική ή Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας	4,7	11,0	0,3	2,1 / 2,7
Out-of-pocket	16,8	3,0	17,6	37,6 / 28,8
Διάφορες άλλες	1,3	-	1,4	- /0 ,3

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση με στοιχεία από Hofmacher 2013, Lai et.al. 2013, Busse 2013, Economou 2010 & για το 2011στοιχεία που παραδόθηκαν από την Όλγα Σίσκου (Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας – Πανεπιστήμιο Αθηνών & Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία)

Πίνακας 2: Διαμόρφωση των τριών λειτουργιών χρηματοδότησης

Πηγές Χρηματοδότησης	Αυστρία (2011)	Γερμανία (2010)	Εσθονία (2011)	Ελλάδα (2006/2011)
Συλλογή Εσόδων (Collecting function)				
Βάση υπολογισμού εισφορών	Εισόδημα μισθοδοσίας	Εισόδημα μισθοδοσίας	Φόρος μισθοδοσίας (Payroll taxes)	Εισόδημα μισθοδοσίας
Ανώτατο κατώφλι εισοδήματος	**Ναι**	**Ναι**	**Όχι**	**Ναι**
Ποσοστό εισφορών	Ενιαίο 3,8 % Εργαζόμενοι 3,8 % Εργοδότες	Ενιαίο 8,2 % Εργαζόμενοι 7,3 % Εργοδότες 1,95 % για μακροχρόνια φροντίδα υγείας	Ενιαίο 13 % Φόρος μισθοδοσίας ή εισοδημάτων των μη μισθωτών	Διαφορετικό / Ενιαίο π.χ. ΙΚΑ (ΕΟΠΥΥ) 2,55 % Εργαζόμενοι 7,65 % Εργοδότες
Ορισμός ποσοστού εισφορών	Βουλή - Υπουργείο Υγείας	Βουλή - Υπουργείο Υγείας	Αποφάσεις Βουλής (Social Tax Act)	Υπουργείο Ταμεία
Οργανισμοί συλλογής-είσπραξης	Εισφορές κοινωνικής ασφάλισης = Ταμεία Φόροι = - Ομοσπονδιακή Αρχή Υγείας - Τοπικές Αρχές Κρατιδίων	Κεντρικό Ταμείο Υγείας Στην πράξη: Ταμεία Υγείας	Κρατική Φορολογική Επιθεώρηση	Επιμέρους Ταμεία
Λειτουργία συγκέντρωσης πόρων (Pooling function)				
Οργανισμοί συγκέντρωσης	- Ομοσπονδιακή Αρχή Υγείας - Ταμεία Υγείας - PRIKRAFT (Ιδιωτικές Κλινικές	Κεντρικό Ταμείο Υγείας	EHIF	ΕΟΠΥΥ
Μηχανισμοί εξισορρόπησης κινδύνων	**Ναι** - Ταμείο εξισορρόπησης για τη χρηματοδότηση δημοσίων νοσοκομείων - Ταμείο εξισορρόπησης για Ταμεία Υγείας - Διαρθρωτικό Ταμείο Ασφαλιστών Υγείας	**Ναι** Κεντρικό Ταμείο Υγείας (Morbid-RSA)	**Όχι** Μη αναγκαίοι επειδή το EHIF λειτουργεί ως ενιαίος πληρωτής	**Όχι** Μη αναγκαίοι επειδή ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ως ενιαίος πληρωτής
Λειτουργία αγοράς υπηρεσιών υγείας (Purchasing function)				
Αριθμός αγοραστών	- 19 Ταμεία Υγείας για την ΠΦΥ - Περιφερειακά Ταμεία Υγείας για τα δημόσια νοσοκομεία	- 132 Ταμεία Υγείας - 43 Ταμεία Ιδιωτικής Ασφάλισης υγείας	EHIF	ΕΟΠΥΥ

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση με στοιχεία από Hofmacher 2013, Lai et al. 2013, Busse 2013 and Economou 2010 & Νόμος 4238/2014 περί ΕΟΠΥΥ

Πίνακας 3: Οργανωτικά και θεσμικά χαρακτηριστικά Ταμείων Υγείας

Χαρακτηριστικά	Αυστρία (2011)	Γερμανία (2010)	Εσθονία (2011)	Ελλάδα (2006/2011)
Αριθμός Ταμείων Υγείας	19	132	1	1
Νομική υπόσταση	Ανεξάρτητα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)	Ανεξάρτητα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)	Ανεξάρτητο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)	Μη-Ανεξάρτητο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)
Βαθμός αυτονομίας	Ναι Αυτοδιοίκηση	Ναι Αυτοδιοίκηση	Ναι Ανεξάρτητος οργανισμός	Όχι Υψηλή κρατική εξάρτηση
Περιφερειακές δομές	Ναι Επίπεδο Κρατιδίων	Ναι Επίπεδο Κρατιδίων	Ναι 4 Περιφερειακές δομές	Όχι Δομές αποσυγκέντρωσης
Αντιστοίχηση με Περιφερειακή Διοίκηση	Ναι	Ναι	Όχι Περιοχή ευθύνης> από μία Περιφέρεια	Όχι
Σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων/ υπευθυνοτήτων	Όχι	Ναί	Ναι	Όχι

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση με στοιχεία από Hofmacher 2013, Lai et al. 2013, Busse 2013, Low 4238/2014, and Economou 2010 & Low 4238/2014 of ΕΟΠΥΥ

Πίνακας 5: Εσωτερικές δομές διακυβέρνησης Ταμείων Υγείας

		Γερμανία	**Αυστρία**	**Εσθονία**
Διστάσεις	**Χαρακτηριστικά**	**Διακριτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα**		
Κράτος-Ταμεία	Νομική Μορφή	Δημόσιο	Δημόσιο	Δημόσιο
	Αρμοδιότητες του Κράτους	Νομική εποπτεία	Νομική εποπτεία	Νομική εποπτεία
		Δύναμη της άμεσης παρέμβασης σε περίπτωση που οι διαπραγματεύσεις με τους παρόχους αδυνατούν να επιτευχθούν	Δύναμη της άμεσης παρέμβασης σε περίπτωση που οι διαπραγματεύσεις τους παρόχους αδυνατούν να επιτευχθούν	Δύναμη της άμεσης παρέμβασης σε περίπτωση που οι διαπραγματεύσεις τους παρόχους αδυνατούν να επιτευχθούν
		Συγκρατημένη οικονομική αυτονομία	Συγκρατημένη οικονομική αυτονομία	Συγκρατημένη οικονομική αυτονομία
	Αρμοδιότητες των Ταμείων	Διευρυμένη αυτονομία σε σχέση με την πολύ-επιλογών τιμολόγηση και σύναψη συμβάσεων με παρόχους υπηρεσιών	Διευρυμένη αυτονομία σε σχέση με την πολύ-επιλογών τιμολόγηση και σύναψη συμβάσεων με παρόχους υπηρεσιών	Διευρυμένη αυτονομία σε σχέση με την πολύ-επιλογών τιμολόγηση και σύναψη συμβάσεων με παρόχους υπηρεσιών
Ταμεία-Ταμεία	Τρόπος αλληλεπίδρασης	Ανταγωνισμός μεταξύ των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας από το 1996	Μη -Ανταγωνισμός μεταξύ των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας	Το EHIF ως ενιαίος πληρωτής
		Δημιουργία ενός νέου οργανισμού ομπρέλα στον τομέα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, ο οποίος δύναται να λάβει αποφάσεις δεσμευτικές για όλα τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, που δημιουργήθηκε το 2008)	Δημιουργία ενός νέου οργανισμού ομπρέλα στον τομέα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, ο οποίος δύναται να λάβει αποφάσεις δεσμευτικές για όλα τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (Ομοσπονδία των Αυστριακών Ιδρυμάτων Κοινωνικών Ασφαλίσεων)	
Ταμεία-Πάροχοι	Αμοιβές	FFS-PHC	FFS-PHC	Παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας κερδίζουν αμοιβές κατά κεφαλήν
		G-DRGs Hospitals	LKF as DRGs Hospitals	Τα νοσοκομεία αμείβονται από ένα μίγμα των πληρωμών περίπτωση, ημερήσιων αποζημιώσεων και αμοιβών υπηρεσιών
	Παρεχόμενες υπηρεσίες	Διευρυμένες αρμοδιότητες διαπραγματεύσεων των Ταμείων	Διευρυμένες αρμοδιότητες διαπραγματεύσεων των Ταμείων	Διευρυμένες αρμοδιότητες διαπραγματεύσεων του EHIF

		Γερμανία	Αυστρία	Εσθονία
Ταμεία-Ασφαλισμένοι	Τρόπος εμπλοκής	Φωνή: Συμμετοχή των εκπροσώπων των ασφαλισμένων στο εποπτικό συμβούλιο (κυρίως οι εκπρόσωποι των οργανώσεων εργαζομένων και εργοδοτών)	Φωνή: Συμμετοχή των εκπροσώπων των ασφαλισμένων στο εποπτικό συμβούλιο (κυρίως οι εκπρόσωποι των οργανώσεων εργαζομένων και εργοδοτών)	
		Έξοδος: Η ελευθερία να επιλέξουν τα ασφαλιστικά ταμεία από το 1996		
		Επιλογή: multi-επιλογές τιμολόγησης από το 2004		

Πίνακας 4: Εξωτερικές δομές διακυβέρνησης Ταμείων Υγείας
Πηγή: Ίδια διαμόρφωση με στοιχεία από Haarmann 2012, Hofmacher 2013, Lai et al. 2013, Busse 2013 & 2014

Χώρες		Αυστρία	Γερμανία	Εσθονία
Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά	Διακριτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα		
Γενική Συνέλευση των εκπροσώπων (Εποπτικό Συμβούλιο -Εσθονία)	Αρμοδιότητες	Οι κύριες λειτουργίες της Γενικής Συνέλευσης των εκπροσώπων είναι να καταρτίσει τις γενικές κατευθυντήριες οδηγίες, να ορίζει και να επιβλέπει τους διευθύνοντες σύμβουλους (CEOs), καθώς ο έλεγχος του προϋπολογισμού	Οι κύριες λειτουργίες της Γενικής Συνέλευσης των εκπροσώπων είναι να καταρτίσει τις γενικές κατευθυντήριες οδηγίες, να ορίζει και να επιβλέπει τους διευθύνοντες σύμβουλους (CEOs), καθώς ο έλεγχος του προϋπολογισμού	Οι κύριες λειτουργίες του Εποπτικού συμβουλίου είναι να καταρτίσει τις γενικές κατευθυντήριες οδηγίες, να ορίζει και να επιβλέπει τους διευθύνοντες σύμβουλους (CEOs), καθώς ο έλεγχος του προϋπολογισμού
	Σύνθεση -Συγκρότηση	Κατά γενικό κανόνα: ίση εκπροσώπηση των εργοδοτών και των εργαζομένων	Κατά γενικό κανόνα: ίση εκπροσώπηση των εργοδοτών και των εργαζομένων	Τριμερής εκπροσώπηση: 5 των εργαζομένων 5 των οργανώσεων των εργοδοτών 5 της κυβέρνησης
	Διορισμός	Στις περισσότερες περιπτώσεις μέσω «Friedenswahlen=Ειρηνικές Εκλογές», δηλαδή μη-ανταγωνιστικές εκλογές χωρίς την άμεση συμμετοχή των ασφαλισμένων	Στις περισσότερες περιπτώσεις μέσω «Friedenswahlen=Ειρηνικές Εκλογές», δηλαδή μη-ανταγωνιστικές εκλογές χωρίς την άμεση συμμετοχή των ασφαλισμένων	Οι εκπρόσωποι των εργαζομένων και των εργοδοτών αναφέρονται συνήθως από τις οργανώσεις τους, οι εκπρόσωποι της κυβέρνησης διορίζονται από τον Υπουργό
Board of executives (Management Board -Estonia)	Αρμοδιότητες	Πλήρης διοικητική-διαχειριστική ευθύνη	Πλήρης διοικητική-διαχειριστική ευθύνη	Πλήρης διοικητική-διαχειριστική ευθύνη
	Σύνθεση-Συγκρότηση	Συνήθως 3 άτομα, ανάλογα με το μέγεθος του ταμείου	Συνήθως 3 άτομα, ανάλογα με το μέγεθος του ταμείου	Σύμφωνα με τον Ιδρυτικό νόμο του 3-5 άτομα Σήμερα 3 άτομα
	Διορισμός	Διορίζονται από τη Γενική Συνέλευσης των εκπροσώπων	Διορίζονται από τη Γενική Συνέλευσης των εκπροσώπων	Ο Πρόεδρος διορίζεται από το Εποπτικό Συμβούλιο (SB) μετά από ανοικτό διαγωνισμό, κατόπιν εισήγησης του Προέδρου διορίζονται τα λοιπά μέλη
Main steering logic:		Managerialised self covered corporatism	Managerialised corporatism between state & market	Tripartite corporatism and Etatism

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση με στοιχεία από Haarmann et al. 2010, Haarmann 2012, Hofmacher 2013, Lai et al. 2013 and Busse 2013 & 2014

Πίνακας 6: Lessons learned - Αναγνώριση των προς αξιοποίηση «βέλτιστων πρακτικών» στο πλαίσιο του «θεσμικού ισομορφισμού

Αυστρία	Γερμανία	Εσθονία
1. Σύστημα εξωτερικής διακυβέρνησης και ρυθμιστικός ρόλος του κράτους 2. Ρύθμιση και διακυβέρνηση των τρίτων πληρωτών 3. Αυτονομία των κορπορατιστικών δομών (Ταμεία, Ιατρικές Ενώσεις, …) 4. Ρύθμιση σχέσεων μεταξύ Ταμείων Υγείας και Περιφερειακών Ταμείων για τη χρηματοδότηση νοσοκομείων ως παράδειγμα της σχέσης ΕΤΑΥ (ΕΟΠΥΥ) με τις Υ.ΠΕ. 5. Ρύθμιση σχέση μεταξύ Ταμείων Υγείας και Ιδιωτικών Κλινικών για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων 6. Διακυβέρνηση μέσω Στόχων (Zielsteuerungsverträge) 7. Σύγχρονα εργαλεία δημοσίου μάνατζμεντ Ταμείων Υγείας (μάνατζμεντ απόδοσης, στρατηγικό μάνατζμεντ και σύστημα δεικτών με χρήση της BSC, κλπ) 8. E-health: e-Card και Διαχείριση Πληροφοριών & Controlling 9. Διαμόρφωση ιστοσελίδων Ταμείων Υγείας ως εργαλεία πληροφόρησης, διαφάνειας και λογοδοσίας	1. Σύστημα εξωτερικής διακυβέρνησης και ρυθμιστικός ρόλος του κράτους 2. Κοινωνικός Νομοθετικός Κώδικας, ειδικότερα το κεφάλαιο V (SGB V), περί Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας 3. Ομοσπονδιακή Μεικτή Επιτροπή (G-BA) – Συγκρότηση και επιστημονική υποστήριξη 4. Μεθοδολογία καθορισμού των εισφορών - "expert panel"(Busse et al 2010) 5. Ρύθμιση και διακυβέρνηση των τρίτων πληρωτών 6. Ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ Ταμείων Υγείας και Παρόχων 7. Αυτονομία των κορπορατιστικών δομών (Ταμεία, Ιατρικές Ενώσεις,) 8. Διαδικασία διαπραγματεύσεων και Μάνατζμεντ συμβάσεων (Busse et al. 2010, ως θεωρία πολύ χρήσιμη για τη μελέτη των πρακτικών εμπειριών) 9. Σύστημα αμοιβών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (πολύ χρήσιμη μελέτη των πρακτικών εμπειριών) 10. Οργανωτική ανάπτυξη και επαγγελματικό μάνατζμεντ των Ταμείων (Busse et al. 2010) 11. Σύγχρονα εργαλεία δημοσίου μάνατζμεντ Ταμείων Υγείας (μάνατζμεντ απόδοσης, στρατηγικό μάνατζμεντ και σύστημα δεικτών με χρήση της BSC, κλπ) 12. E-health: e-Card και Διαχείριση Πληροφοριών & Controlling 13. Διαμόρφωση ιστοσελίδων Ταμείων Υγείας ως εργαλεία πληροφόρησης, διαφάνειας και λογοδοσίας	1. Ρύθμιση και διακυβέρνηση των τρίτων πληρωτών (EHIF) 2. Ρύθμιση σχέσεων μεταξύ EHIF και Παρόχων 3. Διαδικασία κατάρτιση προϋπολογισμού και σύναψης συμβάσεων του EHIF ως «βέλτιστη πρακτική» 4. Οικονομική διαχείριση των αποθεματικών ως «βέλτιστη πρακτική» 5. Λειτουργία ομάδας συστάσεων για τη διεύρυνση των πηγών χρηματοδότησης 6. Οργανωτική δομή και Διοίκηση του EHIF 7. Σύγχρονα εργαλεία δημοσίου μάνατζμεντ Ταμείων Υγείας (μάνατζμεντ απόδοσης, στρατηγικό μάνατζμεντ και σύστημα δεικτών με χρήση της BSC, κλπ) 8. Ετήσια Έκθεση ως σύγχρονο εργαλείο διαφάνειας και λογοδοσίας 9. E-health: e-Card και Διαχείριση Πληροφοριών & Controlling 10. Διαμόρφωση ιστοσελίδας του EHIF ως εργαλείο πληροφόρησης, διαφάνειας και λογοδοσίας

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση στη βάση αξιολόγησης στοιχείων των ενοτήτων της συγκριτικής ανάλυσης Busse 2013 & 2014

Published by:
Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Office:
GIZ International Services

Friedrich-Ebert-Allee 40
53113 Bonn, Germany
T +49 228 44 60-0
F +49 228 44 60-17 66

Dag Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn Germany
T +49 61 96 79-0
F +49 61 96 79011 15

Contact:
Ms. Eleni Andrikopoulou, eleni.andrikopoulou@giz.de

Name of Project:
Health Reform Support Programme (HRSP)

Authors:
Christos Boursanidis

Athens, June 2015