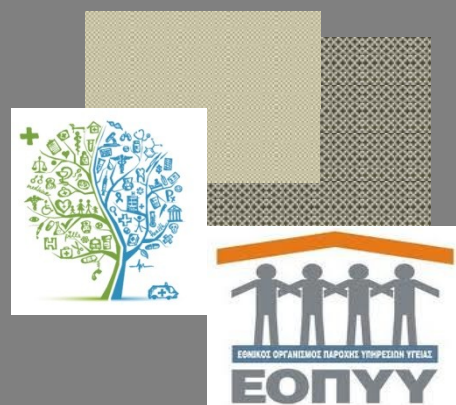


“Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση ”



Οκτώβριος, 2013

“Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ

4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση”

Για τη συγγραφή της πρότασης “Τα 4 Βήματα για τη Μεταρρύθμιση” συναντήθηκαν και συνεργάστηκαν δημιουργικά επιστημονικοί, πολιτικοί και διοικητικοί φορείς. Η διεθνής βιβλιογραφία, το ακαδημαϊκό έργο της ΕΣΔΥ και η εμπειρία καταξιωμένων στελεχών της διοίκησης για την υφιστάμενη ελληνική πραγματικότητα αποτέλεσαν τις πηγές της μελέτης για την ΠΦΥ. Θεμελιακή ήταν η συνεισφορά του Καθηγητή Γιάννη Κυριόπουλου ο οποίος όρισε τις βασικές παραμέτρους του εγχειρήματος, καθώς και των συνεργατών του στον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Πολύτιμη, επίσης, ήταν η συμβολή των Αντιπροέδρων, των Διευθυντών και των στελεχών του ΕΟΠΥΥ.

Κοινός τόπος όλων όσοι εργάστηκαν για τη σύνταξη της παρούσας πρότασης ήταν η αγωνία για τη προοπτική της ΠΦΥ στη χώρα μας, καθώς και η αναγνώριση ότι το εγχείρημα αυτό είναι ευκαιρία για μία θεμελιώδη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας που θα διασφαλίσει επάρκεια και βιωσιμότητα σε βάθος χρόνου με όρους αξιοπρέπειας, ισότητας και ποιότητας στις προσφερόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ.

Ομάδα Συζήτησης, Εργασίας και Συγγραφής

Αθανασάκης Κωνσταντίνος	Οικονομολόγος της Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ
Βαφειάδης Γιάννης	Ιατρός, Αναπ. Γενικός Διευθυντής Σχεδιασμού και Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΟΠΥΥ
Γαρύφαλλος Αλέξανδρος	Αντιπρόεδρος Β', ΕΟΠΥΥ
Γιαννίρη Σοφία	Διευθύντρια, Γραφείο Προέδρου, ΕΟΠΥΥ
Δόλγερας Απόστολος	Οδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ
Καλύβας Δημήτρης	Οδοντίατρος, MSc
Κατσιμεντέ Κυριακή	ΤΕ Διοικητικό Προσωπικό, MSc, Γραφείο Προέδρου, ΕΟΠΥΥ
Κοντός Δημήτρης	Πρόεδρος ΕΟΠΥΥ
Κυριόπουλος Γιάννης	Καθηγητής, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ
Μοσχονάς Άγγελος	Οικονομολόγος
Μπραβάκος Νικόλαος	Αντιπρόεδρος Α', ΕΟΠΥΥ
Μυλωνά Κατερίνα	Νομικός, LL.M, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ
Πολίτη Αναστασία	Οικονομολόγος, MSc, Γραφείο Προέδρου ΕΟΠΥΥ
Ρηγάτος Θεοφάνης	Ιατρός, Διευθυντής Αξιολόγησης και Διασφάλισης της Ποιότητας, ΕΟΠΥΥ
Σκρουμπέλος Αναστάσιος	Οικονομολόγος της Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ
Χροναίος Κωσταντίνος	Οδοντίατρος, MSc, Διευθ. Μονάδας Υγείας Αμαρουσίου

Επικοινωνία



210 68 71706-08
president@eopyy.gov.gr

Περιεχόμενα

Σημείωμα

Σύνοψη

ΕΟΠΥΥ: Πάροχος και Αγοραστής

Εισαγωγή

Υφιστάμενη Κατάσταση

Η Ανάγκη Σύστασης Ενιαίου Φορέα ΠΦΥ

Οργανωτικές και Λειτουργικές Αδυναμίες Υφιστάμενου Πλαισίου

Η Ολοκλήρωση της Μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ

Η Οργανωτική και Λειτουργική Ανασυγκρότηση του ΕΟΠΥΥ & της ΠΦΥ

Βήμα 1^ο: Η Ενοποίηση των Δομών ΠΦΥ

Η Λειτουργική Ενοποίηση των Δομών ΠΦΥ

Ο Ρόλος του ΕΟΠΥΥ στη μετεξέλιξη της ΠΦΥ: Αγοραστής ή/και Πάροχος

Βήμα 2^ο: Τα Δίκτυα ΠΦΥ

Η Ανάπτυξη Δικτύων ΠΦΥ

Περιγραφή Νομαρχιακού Δικτύου ΠΦΥ

Η ροή («Ταξίδι») των Χρηστών στο Δίκτυο ΠΦΥ

Βήμα 3^ο: Χρηματοδότηση και Προϋπολογισμός ΠΦΥ

Ενιαίος Προϋπολογισμός ΠΦΥ

Σφαιρικός Προϋπολογισμός ανά Περιφερειακή Ενότητα

Αποζημίωση Προμηθευτών

Εργασιακές Σχέσεις

Βήμα 4^ο: Η Εισαγωγή Εργαλείων Ελέγχου της Δαπάνης και Διασφάλισης της Ποιότητας

Κλινικός Έλεγχος

Πιστοποίηση Ποιότητας

Ατομικός Ιατρικός Φάκελος-Κάρτα Υγείας

Μονάδα Ανάλυσης και Τεκμηρίωσης ΕΟΠΥΥ

Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού

Χρονοδιάγραμμα Υλοποίησης Δράσεων

Αποτίμηση Κόστους

Επίμετρο

Παράρτημα

Οργανωτική Αναδιάρθρωση ΕΟΠΥΥ

Αξιοποίηση Κτιριακής Υποδομής ΕΟΠΥΥ

Πρόληψη

Χρηματοδότηση

Βιβλιογραφία



Σημείωμα

Οι προτάσεις για τη μεταρρύθμιση του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,(ΠΦΥ), που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, απέτυχαν να εφαρμόσουν τις εκσυγχρονιστικές τους προτάσεις με αποτέλεσμα την επιτακτική αναγκαιότητα θεμελίωσης ενός σύγχρονου ενιαίου συστήματος ΠΦΥ το οποίο θα δομείται στις αρχές της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού της επικράτειας, της ελεύθερης επιλογής των χρηστών, του (σχεδόν) μηδενικού κόστους χρόνου πρόσβασης και της ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας υγείας.

Η συμπληρωματική σχέση της ασφάλισης και της ΠΦΥ, αναδεικνύει την καθοριστικής σημασίας ευκαιρία εκσυγχρονισμού του συστήματος ΠΦΥ διαμέσου της ολοκλήρωσης της επίσης, σπουδαίας μεταρρύθμισης στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης με τη συγκρότηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Η παρούσα πρόταση ενοποιεί όλες τις υφιστάμενες δομές ΠΦΥ υπό τη Γενική Διεύθυνση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας του ΕΟΠΥΥ, οι οποίες ανασυγκροτούνται και διαμορφώνουν έναν νέο χάρτη ΠΦΥ, στη βάση δικτύων ΠΦΥ σε όλη την επικράτεια και σφαιρικών προϋπολογισμών ανά Περιφερειακή Ενότητα.

Κύριος στόχος της μεταρρυθμιστικής αυτής προσπάθειας αποτελεί η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε κάθε σημείο της Ελλάδος, η παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους και στοιχειώδους περίθαλψης σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, καθώς και η ολιστική προσέγγιση της περίθαλψης διαμέσου της συμμετοχής διαφόρων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση των νοσημάτων.

Ως πρόσθετα οφέλη προκύπτουν η δημιουργία οικονομιών κλίμακας μέσω της βέλτιστης αξιοποίησης των πόρων, η εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στην αγορά υπηρεσιών υγείας και ο έλεγχος δημιουργίας μονοπωλιακών τάσεων.

Παράλληλα, μέσω των δικτύων επιτυγχάνεται η διασφάλιση της ολοκληρωμένης φροντίδας καθώς και η συνέχεια αυτής, με σημαντικά οφέλη σε όρους ιατρικής αποτελεσματικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας για τη διαχείριση του φορτίου νοσηρότητας της χώρας και ιδίως για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.

Με το προτεινόμενο σχέδιο επιτυγχάνεται, επίσης, η βελτίωση και η διεύρυνση των επιλογών των χρηστών υπηρεσιών υγείας, καθώς ενεργοποιείται ο υγιής ανταγωνισμός μεταξύ των παρόχων με τελικό όφελος στο χρήστη, η ελαχιστοποίηση του κόστους του χρόνου πρόσβασης και ως εκ τούτου η μείωση της πιθανότητας ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών και η ενοποίηση της παραγωγικής βάσης των υπηρεσιών ΠΦΥ.

Η ενίσχυση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας, αποτελεί στρατηγικής σπουδαιότητας επιλογή για την επιτυχή μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ, τον αποτελεσματικότερο έλεγχο του κόστους, αλλά και τη συγκράτηση της δαπάνης, διαμέσου της διαφάνειας των δαπανών και της δυνατότητας του ΕΟΠΥΥ να επιλέγει με βάση το χαμηλότερο κόστος, της συνεχούς παρακολούθησης του προϋπολογισμού, της στροφής από το νοσοκομειοκεντρικό σύστημα και της αντικατάστασης μίας ευρείας δεσμίδας δαπανηρών ενεργειών οι οποίες διενεργούνται σε δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης από τις σύγχρονες δομές ΠΦΥ των δικτύων.

Η αναδιάρθρωση των υπηρεσιών ΠΦΥ υπό τον ΕΟΠΥΥ και ενιαίο προϋπολογισμό αποτελεί τη βέλτιστη επιλογή για τις μείζονες παθογένειες του συστήματος, καθώς διασφαλίζεται η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων και η πλήρης χρησιμοποίηση των δημόσιων και ιδιωτικών πόρων, γεγονός το οποίο οδηγεί στην ευρύτερη αναπτυξιακή διάσταση του υγειονομικού τομέα.

Τέλος, σημειώνεται ότι κάθε μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και ειδικότερα της ΠΦΥ και του ΕΟΠΥΥ, οφείλει να διέπεται από κανόνες διαχρονικής σταθερότητας και υποστήριξης και να απολαμβάνει της κοινωνικής συναίνεσης της πολιτείας, των εταίρων και των χρηστών, προκειμένου να επιτευχθούν οι επιμέρους στόχοι και να δοθεί η δυνατότητα πλήρους ανάπτυξης των αναμενόμενων ωφελειών. Ως εκ τούτου, το όλο εγχείρημα θα κριθεί από την αποφασιστικότητα της πολιτικής, κοινωνικής και οργανωτικής υποστήριξης που θα τύχει.

Δημήτρης Κοντός

Πρόεδρος ΕΟΠΥΥ



Σύνοψη

Ο προσανατολισμός στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) και η ολοκλήρωση της ανασυγκρότησης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) οφείλουν να αναδειχθούν σε εγχειρήματα στρατηγικής σημασίας για την επιθυμητή μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας. Συνοπτικά προτείνονται:

1. **Ενιαίος Φορέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:** Δημιουργείται ενιαίος φορέας, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία των μονάδων παροχής ΠΦΥ και θα ενσωματώνει τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία του ΕΣΥ, τους αγροτικούς γιατρούς και τους συμβεβλημένους παρόχους ΠΦΥ, και θα λειτουργεί υπό έναν προϋπολογισμό και ενιαία διοίκηση.
2. **ΕΟΠΥΥ, Αγοραστής και Πάροχος ΠΦΥ:** Η ανάληψη από τον ΕΟΠΥΥ της διοίκησης, του προϋπολογισμού, του συντονισμού και του ελέγχου των δράσεων της ΠΦΥ θα γίνει μέσω δύο Γενικών Διευθύνσεων, (α) της Γενικής Διεύθυνσης Παροχής Υγείας και (β) της Γενικής Διεύθυνσης Αγοράς Υγείας. Στόχος της διπλής αυτής ιδιότητας του ΕΟΠΥΥ είναι αφ' ενός η εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στην αγορά και τον έλεγχο των μονοπωλιακών τάσεων από μέρους των παρόχων του ιδιωτικού τομέα και αφ' ετέρου η οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος, ο καλύτερος έλεγχος δαπανών αλλά και η διασφάλιση ενός στοιχειώδους πακέτου παροχών στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.
3. **Λειτουργική Αναδιάρθρωση των Μονάδων ΠΦΥ:** Η ανάγκη αναδιάρθρωσης των 550 περίπου μονάδων είναι επιβεβλημένη. Η αναδιάρθρωση αυτή θα προκύψει από τη γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή όλων των υφιστάμενων δομών ΠΦΥ με στόχο την εξάλειψη των ελλείψεων, την κατάργηση επικαλύψεων των μονάδων και την πλήρη αξιοποίηση του ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού, των κτιρίων και του εξοπλισμού.
4. **Συγκρότηση Δικτύων ΠΦΥ:** Τα δίκτυα αποτελούν ολοκληρωμένη μορφή παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, συγκροτούνται από δημόσιες δομές ΠΦΥ και το σύνολο των συμβεβλημένων ιδιωτών παρόχων της περιοχής ευθύνης του δικτύου με στόχο την πλήρη και συνεχή φροντίδα υγείας του πληθυσμού. Με το νέο ενιαίο σύστημα, που θα καλύπτει όλο τον πληθυσμό, θα αναστραφεί η ροή

στα Νοσοκομεία, θα παρέχονται καλύτερες υπηρεσίες στους ασφαλισμένους και θα μπορούν να αντιμετωπισθούν τυχόν επιδημικά φαινόμενα. Για τη συγκρότηση των δικτύων λαμβάνεται υπ' όψιν η εμπειρία και φιλοσοφία των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη Βρετανία, της μεθόδου αποζημίωσης των προμηθευτών στη Γερμανία, αλλά και η προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος, προτείνεται η συγκρότηση δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

5. **Διεπιστημονική Στελέχωση Δικτύων ΠΦΥ:** Τα δίκτυα ΠΦΥ στελεχώνονται από γενικούς γιατρούς, ειδικούς γιατρούς, οδοντιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, τεχνολόγους ειδικοτήτων ως συγκροτημένη ομάδα υγείας σύμφωνα με το πνεύμα και τις αρχές της Alma Ata του Π.Ο.Υ., έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στη διατομεακή προσέγγιση και διαχείριση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού.
6. **Ένα Δίκτυο ΠΦΥ ανά Καλλικρατικό Δήμο:** Τα δίκτυα ΠΦΥ προκύπτουν με βάση την τοπική αυτοδιοίκηση και ανήκουν σε ένα οργανωτικό σχήμα, ενώ ο ΕΟΠΠΥ αναλαμβάνει τη διοίκηση, τον προγραμματισμό, τον συντονισμό και τον έλεγχο των δράσεων ΠΦΥ, ενώ διαχειρίζεται και τον ενιαίο προϋπολογισμό ΠΦΥ. Τα κριτήρια για τη συγκρότηση των δικτύων καθορίζονται από το μέγεθος του πληθυσμού αναφοράς, την προσβασιμότητα και τις γεωγραφικές αποστάσεις, τα ιατρικά ιστορικά δεδομένα και τις τάσεις μετακίνησης του πληθυσμού.
7. **Νομαρχιακό Δίκτυο ΠΦΥ ανά Περιφερειακή Ενότητα:** Σε κάθε Περιφερειακή Ενότητα λειτουργεί το Νομαρχιακό Δίκτυο ΠΦΥ με κλειστό προϋπολογισμό που περιλαμβάνει το σύνολο των δαπανών ΠΦΥ του νομού και για παροχή και για αγορά. Το Δίκτυο αυτό έχει έναν κεντρικό πυρήνα, την Νομαρχιακή Μονάδα Αναφοράς Υγείας, η οποία είναι υπεύθυνη και εποπτεύει τα επιμέρους δίκτυα των Καλλικρατικών δήμων της Περιφερειακής Ενότητας. Στη Νομαρχιακή Μονάδα υπάγονται οι Τοπικές Μονάδες υγείας, οι συμβεβλημένοι ιατροί και τα Περιφερειακά Ιατρεία της Περιφερειακής Ενότητας.
8. **Κλειστός Σφαιρικός Προϋπολογισμός ανά Περιφερειακή Ενότητα:** Η διαμόρφωση του κλειστού-σφαιρικού προϋπολογισμού ανά Περιφερειακή Ενότητα, προκύπτει στη βάση ιστορικών απολογιστικών στοιχείων και ειδικότερα, αφ' ενός του μεγέθους του πληθυσμού και αφ' ετέρου παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται με τα επιδημιολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης. Η ιδιομορφία συγκεκριμένων γεωγραφικών περιοχών δίνει

τη δυνατότητα συνεκτίμησης πρόσθετων παραγόντων. Πιθανές εξοικονομήσεις στον ετήσιο προϋπολογισμό θα διατίθενται στο δίκτυο προς επένδυση σε επιμέρους δράσεις και προγράμματα προς αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Περιφερειακή Οικονομική Υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ είναι αρμόδια και παρακολουθεί την εκτέλεση του προϋπολογισμού του Νομαρχιακού Δικτύου ΠΦΥ, ανά τετράμηνο.

9. **Ελευθερία επιλογής γιατρών αναφοράς:** Στο πλαίσιο του εκάστοτε δικτύου ΠΦΥ κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα εγγραφής ή μη στο δίκτυο και σε γιατρό/ούς αναφοράς (γενικός γιατρός, παθολόγος, καρδιολόγος, γυναικολόγος, παιδίατρος), με ελευθερία και δυνατότητα επιλογής του γιατρού.
10. **Υποστηρικτικός ο ρόλος των γιατρών αναφοράς:** Ο ρόλος των οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς σχετίζεται με την παρακολούθηση του ασφαλισμένου, αλλά και τη δυνατότητα κατεύθυνσής του σε άλλες ειδικότητες, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία, προκειμένου να διευκολυνθεί το “ταξίδι” του στο σύστημα υγείας. Οι οικογενειακοί γιατροί/γιατροί αναφοράς δεν αποτελούν την υποχρεωτική πύλη εισόδου σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και διατηρείται ο σεβασμός στην ελεύθερη επιλογή του πολίτη. Η φιλοσοφία της υιοθέτησης των οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς θεμελιώνεται στη βάση της διευκόλυνσης της πρόσβασης στο σύστημα περίθαλψης (gate opening) και όχι στη δημιουργία εμποδίων στην πρόσβαση και περιορισμών στην επιλογή των χρηστών. Η συνέχεια της φροντίδας επιτυγχάνεται μέσω της αναπομπής από τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων προς τον οικογενειακό γιατρό/γιατρό αναφοράς για την παρακολούθηση και τον έλεγχο του ασθενούς.
11. **Αποζημίωση Οικογενειακών Γιατρών/Γιατρών Αναφοράς:** Οι συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί/γιατροί αναφοράς (γενικοί γιατροί, παθολόγοι, καρδιολόγοι, γυναικολόγοι και παιδίατροι) αποζημιώνονται με βάση την κατά κεφαλήν αποζημίωση, με το ετήσιο εισόδημά τους να διαμορφώνεται αναλόγως των εγγεγραμμένων ασθενών. Επιπρόσθετα, εισάγονται πρόσθετα κριτήρια (πχ διαχείριση χρόνιων ασθενών, ηλικιακός παράγοντας, κατ’ οίκον επίσκεψη, άσκηση ιατρικής σε άγονες και παραμεθόριες περιοχές κλπ), τα οποία αίρουν τα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου, προάγουν την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών και ενισχύουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ ταυτόχρονα περιορίζουν τη διόγκωση της ζήτησης προς τα νοσοκομεία. Οι γιατροί λοιπών ειδικοτήτων αποζημιώνονται με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση σε συνάρτηση με τον όγκο των παραγόμενων υπηρεσιών και το σφαιρικό προϋπολογισμό του Νομαρχιακού Δικτύου ΠΦΥ.

12. **Διατήρηση και βελτίωση των υφιστάμενων εργασιακών σχέσεων:** Οι εργασιακές σχέσεις του ιατρικού, υγειονομικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού το οποίο υπηρετεί στις μονάδες υγείας των δικτύων, είναι σεβαστές και διατηρούνται. Για το νέο σύστημα ΠΦΥ που δημιουργείται, η πολυμορφία και η ευελιξία των εργασιακών σχέσεων μπορεί να γίνει πλεονέκτημα με βάση και τις νέες απαιτήσεις (ολοήμερη λειτουργία). Παράλληλα, θα δοθεί η δυνατότητα στους γιατρούς να αιτηθούν την αλλαγή του υφιστάμενου καθεστώτος τους και τη μετατροπή της σύμβασής τους με βάση τις ανάγκες οι οποίες προκύπτουν, καθώς και η επιλογή, εφόσον ο γιατρός κληθεί να παράγει επιπλέον έργο, και το επιθυμεί, να αποζημιώνεται για το επιπλέον έργο, με βάση την αρχή ίση αμοιβή για ίσο έργο.
13. **Ολοήμερη λειτουργία των δικτύων:** Η λειτουργία των μονάδων προσδιορίζεται σε ολοήμερη βάση με ωράριο λειτουργίας (8πμ-8μμ). Όπου απαιτείται, οι μονάδες ΠΦΥ λειτουργούν σε 24ωρη βάση εκ περιτροπής με στόχο να διασφαλίζεται η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.
14. **Συνεχής και Ολοκληρωμένη Φροντίδα:** Τα Δίκτυα ΠΦΥ συνδέονται με τις νοσοκομειακές δομές, παραπέμπουν τους ασθενείς σε αυτές όταν χρήζουν περαιτέρω ενεργειών και υποδέχονται τους ασφαλισμένους μετά τη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας, η προσανατολισμένη υποστήριξη και η καθοδήγηση των ασθενών στα υπόλοιπα σημεία του υγειονομικού συστήματος.
15. **Εισαγωγή Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας:** Καθιερώνεται η «κάρτα υγείας», η οποία παρέχει πληροφορίες για το ιατρικό ιστορικό του ασθενή και καταγράφει την πορεία του εντός του συστήματος. Οι κινήσεις του ασθενή σε συμβεβλημένα διαγνωστικά και κλινικές, εφόσον έχουν υψηλό κόστος, εκτελούνται μετά από έγκριση των μονάδων του δικτύου, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης.
16. **Αναβάθμιση πληροφοριακών υποδομών:** Για την κάλυψη των πληροφοριακών αναγκών του Οργανισμού αναπτύσσεται ολοκληρωμένο λογισμικό. Το λογισμικό αυτό, παρακολουθεί το σύνολο της λειτουργίας των Δικτύων (υπηρεσίες παροχής και αγοράς), καταγράφει όλη τη διαθέσιμη πληροφορία και παράγει ποσοτικές και ποιοτικές αναλύσεις με μορφή αναφορών σε τακτά χρονικά διαστήματα. Παράλληλα, σε όλες τις περιφερειακές ενότητες εγκαθίσταται λογισμικό οικονομικής διαχείρισης για την παρακολούθηση εξέλιξης των κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών.

17. **Επιθεώρηση και κλινικός έλεγχος ΕΟΠΥΥ:** Η παραβατικότητα στο χώρο της υγείας αποτελεί, διαχρονικά, πληγή στο χώρο της οικονομίας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Είναι αναγκαία και επιβάλλεται η αναδιάρθρωση και η ενίσχυση του Σώματος Επιθεώρησης του ΕΟΠΥΥ για τον έλεγχο της εφαρμογής του ΕΚΠΥ και όλων των δαπάνων σε δομές υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές). Επιπρόσθετα, συγκροτείται Ειδικό Σώμα Ελεγκτών Κλινικού Ελέγχου για την εφαρμογή του clinical audit.
18. **Πιστοποίηση και διασφάλιση ποιότητας δικτύου:** Η εισαγωγή διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε να αξιοποιούνται με το μέγιστο αποτελεσματικό τρόπο οι εισφορές των ασφαλισμένων και να συνδέεται η ποιότητα με την αποζημίωση από την κοινωνική ασφάλιση. Παράλληλα, εισάγεται σαφές πλαίσιο για την πιστοποίηση όλων των μονάδων ΠΦΥ (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) με κοινούς όρους και προϋποθέσεις, που θα ενισχύσει τη θεραπευτική αξιοπιστία.
19. **Νέοι θεσμοί υποστήριξης ΕΟΠΥΥ:** Εισάγονται νέοι θεσμοί όπως η Μονάδα Ανάλυσης και Τεκμηρίωσης, η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης και η Επιτροπή Βέλτιστης Πρακτικής Κλινικού Ελέγχου που θα υποστηρίξουν επιστημονικά τους στόχους του ΕΟΠΥΥ, ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας.
20. **Εκπαίδευση με προσανατολισμό την ΠΦΥ:** Η εκπαίδευση του υπάρχοντος προσωπικού αναφορικά με τους σκοπούς της ΠΦΥ και τον ρόλο των δράσεων δημόσιας υγείας για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας και τη συγκράτηση της υγειονομικής δαπάνης, καθώς και για το όραμα, την αποστολή και τους στόχους του εγχειρήματος και της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ, προκειμένου να υποστηρίξουν το εγχείρημα και να ανταποκριθούν στους επιμέρους ρόλους τους.
21. **Σύγχρονη διακυβέρνηση ΕΟΠΥΥ:** Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΟΠΥΥ ανασυγκροτείται με στόχους την αποτελεσματικότητα και την αντιπροσωπευτικότητα. Στο Συμβούλιο συμμετέχουν εκπρόσωποι της πολιτείας, οι κοινωνικοί εταίροι, οι θεσμικοί εκπρόσωποι των χρηστών και τα συλλογικά όργανα των παρόχων.
22. **Διεύρυνση χρηματοδότησης ΕΟΠΥΥ:** Η επανεξέταση του τρόπου και των πηγών χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ, και ειδικότερα του ύψους της κρατικής επιχορήγησης και του ύψους των εισφορών. Η υιοθέτηση πρόσθετων εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης, που θα εξασφαλίσουν σε βάθος χρόνου τη βιωσιμότητα του Οργανισμού.



ΕΟΠΥΥ: Πάροχος και Αγοραστής

Ο ΕΟΠΥΥ οφείλει και πρέπει να παραμείνει πάροχος και αγοραστής υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς μόνο μέσω της εμφανούς και σαφούς διάκρισης του κλάδου παροχής και του κλάδου αγοράς εντός του ΕΟΠΥΥ και της ενσωμάτωσης των δομών ΠΦΥ του ΕΣΥ και του προϋπολογισμού τους, είναι εφικτή η ανασυγκρότηση της ΠΦΥ και ευκαταία η εξοικονόμηση πόρων.

Τα οφέλη από την αναδιάρθρωση σε δύο Γενικές Διευθύνσεις, Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας, είναι πολλαπλά και ιδίως:

- ✓ Ο αποτελεσματικότερος έλεγχος των δαπανών, καθώς ο κύκλος γιατροί, διαγνωστικές εξετάσεις, φάρμακο είναι υπό ενιαίο έλεγχο και όχι υπό δύο διαφορετικούς ελέγχους ανεξάρτητους μεταξύ τους.
- ✓ Η πλήρης αξιοποίηση των υφιστάμενων δυνατοτήτων στον τομέα της Παροχής υπηρεσιών υγείας, και ειδικότερα αναφορικά με το προσωπικό, τα κτίρια, τον εξοπλισμό, που θα αποφέρουν μείωση του κόστους στον ενιαίο προϋπολογισμό.
- ✓ Η ενδυνάμωση της διαπραγματευτικής ισχύος του ΕΟΠΥΥ.
- ✓ Η διασφάλιση της παροχής ενός πακέτου στοιχειώδους περίθαλψης σε ευπαθείς και αδύναμες ομάδες του πληθυσμού.
- ✓ Η δυνατότητα καλύτερου συντονισμού των δράσεων για την αντιμετώπιση επιδημιών, αλλά και ολοκληρωμένων δράσεων δημόσιας υγείας (πχ προσυμπτωματικός έλεγχος).
- ✓ Μόνο ο ΕΟΠΥΥ, ως πάροχος και αγοραστής, μπορεί να αποτρέψει τη δημιουργία μονοπωλιακών συμπεριφορών από ιδιώτες προμηθευτές, ιδιαίτερα στην Περιφέρεια, καθώς εισάγει ποιοτικό ανταγωνισμό στην αγορά.

Εάν διαχωριστεί η Παροχή από την Αγορά και προκύψουν δύο (2) διαφορετικοί Οργανισμοί με χωριστούς προϋπολογισμούς, τότε είναι βέβαιο ότι ο Οργανισμός Παροχής θέλοντας να συγκρατήσει ή και να μειώσει το δικό του προϋπολογισμό, θα

μειώσει τις παροχές με αποτέλεσμα να επιβαρυνθεί κατά πολύ περισσότερο ο προϋπολογισμός του Οργανισμού Αγοράς Υγείας.

Τέλος, με την Οργανωτική αναδιάρθρωση του ΕΟΠΥΥ με χωριστές Γενικές Διευθύνσεις για την Παροχή και την Αγορά υπηρεσιών υγείας με κλειστούς προϋπολογισμούς ανά Περιφερειακή Ενότητα και με την καθιέρωση του Δικτύου Αναφοράς και των εφημεριών των ιατρείων, επιτυγχάνονται:

1. Η διαφάνεια των δαπανών τόσο για την Αγορά, όσο και για την Παροχή υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να παρέχεται στον ΕΟΠΥΥ η δυνατότητα να επιλέγει με βάση το χαμηλότερο κόστος για την ίδια παροχή.
2. Η συνεχής παρακολούθηση της εκτέλεσης του προϋπολογισμού σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο.
3. Η κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού της χώρας μέσω των δικτύων ΠΦΥ σε κάθε δήμο
4. Η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, καθώς ένα τμήμα του όγκου των περιστατικών τα οποία διαχειρίζονται, θα μπορούσαν να έχουν διεκπεραιωθεί σε δομές ΠΦΥ.



Εισαγωγή

Οι μεταρρυθμιστικές ενέργειες στο χώρο της υγείας, αποτέλεσμα της οικονομικής συγκυρίας και της δημοσιονομικής επιτήρησης της χώρας, έχουν μεν, ως κύριο στόχο την περιστολή της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, αποτελούν ωστόσο, μία κρίσιμη ευκαιρία επίλυσης χρονιζόντων προβλημάτων οργανωτικής και λειτουργικής φύσεως του υγειονομικού τομέα.

Η δημοσιονομική κρίση επέδρασε αρνητικά στην κοινωνική και οικονομική ζωή, με κύρια σημεία τις εισοδηματικές απώλειες για τα νοικοκυριά, την πρωτοφανή αύξηση των δεικτών ανεργίας και του ποσοστού των νοικοκυριών τα οποία βρίσκονται ή απειλούνται να ζήσουν υπό συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Τα φαινόμενα αυτά έχουν δυσμενή επίπτωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (αύξηση νοσηρότητας) και στο σύστημα υγείας (στροφή πολιτών στο δημόσιο τομέα, κυρίως στα νοσοκομεία), περιορίζουν τη δυνατότητα ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών και οδηγούν σε αύξηση των πολιτών οι οποίοι στερούνται ασφαλιστικής ικανότητας, απορρυθμίζουν την κοινωνική συνοχή, καθώς σταδιακά καταλύεται ο χαρακτήρας της καθολικής κάλυψης, δημιουργώντας μείζονα ζητήματα στην κοινωνική ασφάλιση.

Επιπρόσθετα, η προσπάθεια επίτευξης των στόχων της οικονομικής επιτήρησης επιβάλλει μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, η οποία, σημειωτέον, είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ, των διαθέσιμων πόρων του υγειονομικού τομέα και των εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης υγείας.

Αδιαμφισβήτητα, κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια οφείλει να συνεκτιμήσει τη μείωση της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία και να επιδιώξει τη διαμόρφωση ενός νέου πλαισίου υγειονομικής φροντίδας το οποίο θα διορθώνει τις παθογένειες του παρελθόντος, θα άρει τα εμπόδια στην πρόσβαση, θα βελτιώνει την επαφή του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας και θα διαμορφώνει ένα σύγχρονο

περιβάλλον με προσανατολισμό στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ενεργό ρόλο του ΕΟΠΥΥ.

Ως εκ τούτου, προκύπτει η ανάγκη εκπόνησης ενός στρατηγικού σχεδίου, το οποίο, σύμφωνα με τις υγειονομικές προτεραιότητες της χώρας, θα αναδείξει και θα καταγράψει τις δράσεις εκείνες, τα «βήματα»για την οργανωτική και λειτουργική μεταρρύθμιση του συστήματος της ΠΦΥ, υπό την καθοριστική συμβολή και συμμετοχή του ΕΟΠΥΥ.

Η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ παραμένει ύψιστη προτεραιότητα και οφείλει να συνδεθεί με την ολοκλήρωση της, επίσης μεγάλης, μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στον ασφαλιστικό τομέα, τη συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ. Οι δύο καίριες αυτές μεταρρυθμίσεις αποτελούν αλληλένδετα σημεία τα οποία θα διαμορφώσουν ένα σύστημα παροχής αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και θα διασφαλίσουν την ισότιμη διανομή τους στον πληθυσμό.

Η αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας μέσω της στροφής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ευκαιρία για την υπό όρους αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και ισότητας λειτουργία των δομών φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ να αποκτά στρατηγική σημασία ως προς την επιτυχία των δημοσιονομικών στόχων, τη διατήρηση και βελτίωση των δεικτών υγείας και τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος.



Υφιστάμενη Κατάσταση

Η Ανάγκη Σύστασης Ενιαίου Φορέα ΠΦΥ

Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε μείζονος σπουδαιότητας μεταρρυθμιστικό εγχείρημα στην κοινωνική ασφάλιση και την αγορά υπηρεσιών υγείας, με κεντρική φιλοσοφία την ανάγκη παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, κατά τρόπο ενιαίο και ισότιμο για όλους τους κλάδους και φορείς που εντάσσονται στον Οργανισμό. Ταυτόχρονα, η θεσμική υλοποίηση του ΕΟΠΥΥ συνδέθηκε με μια σημαντική διαρθρωτική αλλαγή προς τη μετάβαση σε ένα ενιαίο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία δικτύου ΠΦΥ.

Ωστόσο, η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ παρέμεινε ένα ατελές και ανολοκλήρωτο εγχείρημα, καθώς δεν συνδέθηκε με τη σύσταση ενιαίου οργανικά φορέα, ο οποίος να έχει τη δυναμική να ασκήσει το σύνολο των αρμοδιοτήτων του και να εκμεταλλευτεί τη διαπραγματευτική του ισχύ (Πίνακας 1). Εν αντιθέσει, πραγματοποιήθηκε ενοποίηση των επιμέρους κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων με τη συγκέντρωση σχεδόν του συνόλου των πόρων, ανάγοντας τον ΕΟΠΥΥ σε μεσολαβητικό μηχανισμό «είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών». Παράλληλα, το εγχείρημα δεν υποστηρίζεται οργανωτικά και διοικητικά μέχρι σήμερα, καθώς δεν ολοκληρωθεί η μεταφορά στον ΕΟΠΥΥ του αναλογούντος προσωπικού, ακίνητης και κινητής περιουσίας και πόρων. Αντιθέτως παραμένουν σε εκκρεμότητα η μεταφορά του αναλογούντος προσωπικού, πόρων και χρηματικών διαθεσίμων, με αποτέλεσμα κρίσιμες λειτουργίες του Οργανισμού, όπως η συντήρηση εξοπλισμού και οι προμήθειες ειδών για τις Μονάδες διεκπεραιώνονται μέσω των υπηρεσιών του ΙΚΑ.

Πίνακας 1. Η διαπραγματευτική ισχύς του ΕΟΠΥΥ, πληθυσμός κάλυψης

Ασφαλιστικό Ταμείο εντασσόμενο στον ΕΟΠΥΥ	Πληθυσμός κάλυψης
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	5.212.494
ΟΠΑΔ	1.704.922
ΟΓΑ	1.364.103
ΟΑΕΕ	811.714
Οίκος Ναύτου	134.483
ΤΑΥΤΕΚΩ	432.398
ΕΤΑΑ	295.514

Η ενοποίηση των Ταμείων συγκέντρωσε στον ΕΟΠΥΥ ποικίλες μονάδες ΠΦΥ, οι οποίες ωστόσο ακολουθούν τη χωροταξική δομή του καθεστώτος πριν την ενοποίηση, με αποτέλεσμα συχνά να δημιουργούνται επικαλύψεις ή να εντείνονται σοβαρές ελλείψεις του συστήματος. Ως εκ τούτου, η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ επιφέρει ριζικές αλλαγές στο χάρτη των δομών ΠΦΥ, του ανθρώπινου δυναμικού που τις στελεχώνει, αλλά και των προσφερόμενων υπηρεσιών, του παραγόμενου έργου, των συμμετεχόντων εταίρων και συμβεβλημένων προμηθευτών υγείας (Πίνακας 2,3).

Πίνακας 2. Το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΟΠΥΥ ανά την Ελλάδα

Ειδικότητα	
Ιατροί	5946
Υγειονομικοί υπάλληλοι	2081
Διοικητικοί υπάλληλοι	1337
Σύνολο	9.364

Πίνακας 3. Το ανθρώπινο δυναμικό των ΚΥ ανά την Ελλάδα

Ειδικότητα	
Διοικητικό	612
Ιατρικό	2.576
Νοσηλευτικό	2.091
Παραϊατρικό	438
Επιστημονικό μη ιατρικό	209
Τεχνικό	280
Λοιπό	530
Σύνολο	6.736

Παράλληλα, διαμορφώθηκε το παράδοξο της ύπαρξης δύο συστημάτων παροχής ΠΦΥ (Πίνακας 4), δημόσιου χαρακτήρα, τα οποία απευθύνονται στο συνολικό πληθυσμό της χώρας, με ωστόσο αμφίβολες εκροές σε όρους οικονομικής αποδοτικότητας και ποιότητας, συχνές επικαλύψεις και σπατάλη σπάνιων πόρων, ενώ έντονες παρουσιάζονται και οι ελλείψεις σε συγκεκριμένα γεωγραφικά σημεία ανά την επικράτεια (Παράρτημα Α').

Πίνακας 4. Μονάδες Υγείας ΠΦΥ (ΕΟΠΥΥ & ΕΣΥ) ανά την Ελλάδα

Μονάδες ΠΦΥ	Ασφαλιστικά	Αριθμός Μονάδων
	Ταμεία	
Πολυιατρεία	(ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)	47 νομαρχιακές μονάδες

	53 τοπικές μονάδες
	219 αποκεντρωμένοι σχηματισμοί
	1 κέντρο προληπτικής ιατρικής
	2 κέντρα παιδοψυχιατρικής υγιεινής
	1 κέντρο ιατρικής της εργασίας
	Οίκος Ναύτου 2
	ΤΑΥΤΕΚΩ 9
	ΕΤΑΑ 1
	ΤΑΞΥ 1
Κέντρα Υγείας	Κέντρα υγείας 210
	Κέντρα Υγείας 8
	Αστικού Τύπου
Σύνολο	545 σημεία ΠΦΥ

Οργανωτικές και Λειτουργικές Αδυναμίες Υφιστάμενου Πλαισίου

Σε οργανωτικό επίπεδο, η ΠΦΥ παρουσιάζει έντονες αδυναμίες αναφορικά με:

- ✓ την ατελή και αποσπασματική διασύνδεση των φορέων ΠΦΥ μεταξύ τους αλλά και με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος,
- ✓ τον κατακερματισμό της χρηματοδοτικής διαδικασίας
- ✓ την ανακολουθία στη διάθεση των πόρων σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού
- ✓ την ανισοκατανομή του προσωπικού στις μονάδες υγείας ανά τη χώρα
- ✓ την αδυναμία συντονισμού των περιστατικών
- ✓ την απουσία οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς

Ενώ και στο λειτουργικό κομμάτι παρουσιάζονται αδυναμίες, όπως:

- ✓ η συγκέντρωση ή η έλλειψη δομών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές
- ✓ η απουσία κατάρτισης και εκπαίδευσης του προσωπικού στελέχωσης των μονάδων ΠΦΥ για το ρόλο της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας
- ✓ η απουσία σχεδιασμού, οργάνωσης, ανάπτυξης και υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού
- ✓ η αδυναμία διαθεσιμότητας των δομών στο χρόνο που ζητούνται

Η Ολοκλήρωση της Μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ

Λαμβάνοντας υπ' όψιν την επείγουσα κατάσταση των δημοσιονομικών περιορισμών της χώρας, την επιθυμητή μεταρρύθμιση για την αποδοτικότερη κατανομή των πόρων, την κατάλληλη μεγέθυνση της συνολικής εποπτικής διαδικασίας και την ενιαιοποίηση των κατακερματισμένων υπηρεσιών σε ένα συνεκτικό και φιλικό στο χρήστη σύστημα, διαπιστώνεται μία πολύτιμη ευκαιρία διοικητικής και οργανωτικής αναδιοργάνωσης του ΕΟΠΥΥ, προκειμένου να επιλυθούν ανεπάρκειες, επικαλύψεις και αστοχίες του αρχικού σχεδιασμού.

Η απάντηση στα κρίσιμα ερωτήματα της μεταρρύθμισης, προαπαιτούν τη διατύπωση των καίριων εκείνων ερωτημάτων τα οποία υπεισέρχονται στη φύση και την αποστολή του Οργανισμού. Τα ερωτήματα αυτά, αφορούν τους συμβαλλόμενους (σε ποιους; θα το παρέχει, ποιοι; θα το παράγουν), το παραγόμενο έργο (π; θα παρέχει ο ΕΟΠΥΥ), την ιεράρχηση των παροχών (ποιες πρώτα) και την αποζημίωσή τους (πόσο; θα καλύψει τις ανάγκες,) καθώς και τον τρόπο (πως; θα διαρθρωθεί η παραγωγή), ώστε να επιτευχθούν οι δημοσιονομικοί στόχοι.

Ως εκ τούτου, η ανασυγκρότηση του ΕΟΠΥΥ είναι υπόθεση αναγκαία και επείγουσα, που οφείλει να στοχεύει σε 3 κατευθύνσεις:

- ✓ την αποσαφήνιση των σχέσεων του ΕΟΠΥΥ με τις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα,
- ✓ την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων αναζήτησης και επίτευξης της αποδοτικότητας και
- ✓ τη διεύρυνση και σταθεροποίηση της χρηματοδοτικής βάσης του οργανισμού, με στόχο τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και της εύρυθμης λειτουργίας του.

Η Οργανωτική και Λειτουργική Ανασυγκρότηση του ΕΟΠΥΥ & ΠΦΥ

Η ευκαιρία αναδιοργάνωσης του ΕΟΠΥΥ, για λόγους βιωσιμότητας, αποτελεί τη μέγιστη ευκαιρία για τη διαμόρφωση του συστήματος ΠΦΥ, και αντίστοιχα η μεταρρυθμιστική προσπάθεια ανάδειξης της ΠΦΥ ως πύλης εισόδου στο σύστημα υγείας δύναται να συγκρατήσει τη δαπάνη υγείας και να διασφαλίσει -μερικώς- την ύπαρξη του ΕΟΠΥΥ, αναδεικνύοντας τη συμπληρωματική σχέση της ασφάλισης και της ΠΦΥ και την ανάγκη ολιστικής προσέγγισης του ζητήματος με μακροπρόθεσμο

ορίζοντα. Οι βασικοί άξονες αναδιοργάνωσης του συστήματος ΠΦΥ υπό το πλαίσιο της μεταρρύθμισης στον ΕΟΠΥΥ, επιβάλλουν παρεμβάσεις οργανωτικού και λειτουργικού χαρακτήρα (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Οργανωτική & Λειτουργική Ανασυγκρότηση ΕΟΠΥΥ & ΠΦΥ

Οργανωτική Ανασυγκρότηση

- ✓ Διαμόρφωση ενιαίου, δημόσιου συστήματος ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ υπό τον ΕΟΠΥΥ
- ✓ Θεσμική και οργανωτική διάκριση δύο κλάδων ΕΟΠΥΥ (παροχή-αγορά) με τη σύσταση αντίστοιχων Γενικών Διευθύνσεων εντός του Οργανισμού **(Παράρτημα Β')**
- ✓ Καθιέρωση Δικτύου Αναφοράς Μονάδων ΠΦΥ που εξασφαλίζει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα
- ✓ Εισαγωγή σφαιρικών προϋπολογισμών σε επίπεδο περιφερειακής ενότητας (τέως νομαρχία)
- ✓ Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού στους στόχους της ΠΦΥ
- ✓ Αναβάθμιση και Λειτουργία θεσμού Οικογενειακών Γιατρών/Γιατρών Αναφοράς με διατήρηση της ελεύθερης επιλογής και της ανοικτής πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας
- ✓ Σύσταση Μονάδας Ανάλυσης και Τεκμηρίωσης στον ΕΟΠΥΥ για ιατρικά και οικονομικά θέματα
- ✓ Αναζήτηση πρόσθετων εργαλείων για τη διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης του ΕΟΠΥΥ

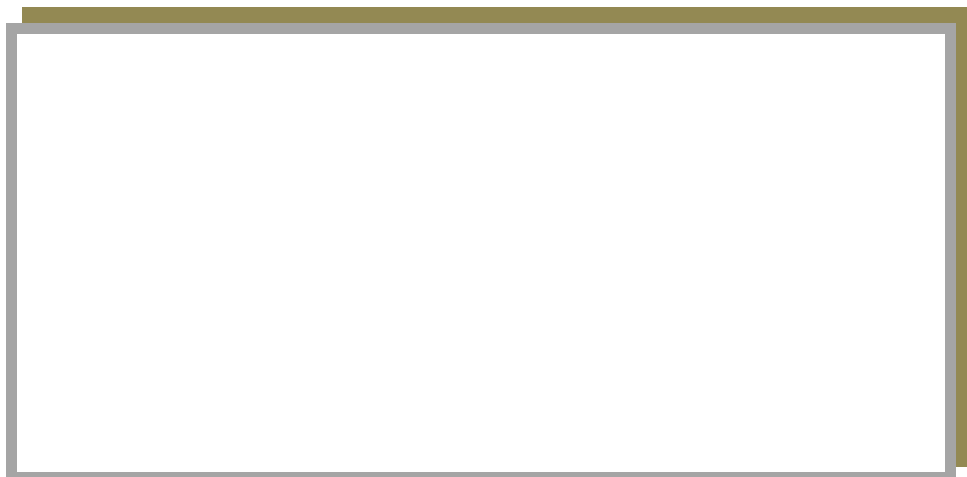
Λειτουργική Ανασυγκρότηση

- ✓ Λειτουργική ενοποίηση όλων των υπαρχουσών δομών και μονάδων ΠΦΥ
- ✓ Διάθεση πόρων ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης στο πλαίσιο των σφαιρικών προϋπολογισμών
- ✓ Διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω των διαδικασιών πιστοποίησης και με ενίσχυση του κλινικού ελέγχου
- ✓ Αξιοποίηση της κτιριακής υποδομής ΕΟΠΥΥ **(Παράρτημα Γ')**
- ✓ Ανάπτυξη των πληροφοριακών υποδομών
- ✓ Καθιέρωση ηλεκτρονικής κάρτας υγείας για τη διευκόλυνση του ταξιδιού των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας

- ✓ Αντιπροσωπευτική διοίκηση με τη συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων, των χρηστών και των παρόχων

Η διαμόρφωση ενιαίου, δημόσιου συστήματος ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ υπό τον ΕΟΠΥΥ και τη σύσταση επιμέρους Γενικών Διευθύνσεων, αποτελεί επιτακτική ανάγκη προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσβαση των πολιτών, και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων, στο σύστημα υγείας.

Ως εκ τούτου, προτείνεται η αναδιαμόρφωση του υπάρχοντος συστήματος στη βάση **4 κύριων «βημάτων» με παράλληλη υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών, εργαλείων και μηχανισμών βελτίωσης της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας**, τα οποία στοχεύουν στη λειτουργική και οργανωτική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ υπό τον ΕΟΠΥΥ.



Τα 4 Βήματα

Η Ενοποίηση των Δομών ΠΦΥ

Η Λειτουργική Ενοποίηση των Δομών ΠΦΥ

Η πρόταση δημιουργίας ενός φορέα ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δομών ΠΦΥ, ήτοι των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων του ΕΣΥ, των αγροτικών γιατρών και όλων των συμβεβλημένων παρόχων ΠΦΥ δημιουργεί ένα ενιαίο, στη δομή και λειτουργία, σύστημα ΠΦΥ, το οποίο αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας της χώρας και εισάγει μία πύλη:

- ✓ εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας,
- ✓ προσανατολισμού τους μέσω της συντονισμένης παροχής υπηρεσιών υγείας και
- ✓ διασφάλισης της συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας.

Η δημιουργία ενός ενιαίου δημόσιου φορέα υπό τον ΕΟΠΥΥ (Γενική Διεύθυνση), ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την εποπτεία, λειτουργία και χρηματοδότηση των μονάδων ΠΦΥ, αποκτά προστιθέμενη αξία, καθώς απαλλάσσει την ΠΦΥ από χρηματοδοτικούς και διοικητικούς δεσμούς με τις δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, σημεία τα οποία αποτέλεσαν διαχρονικά ενδημικά προβλήματα. Παράλληλα, εισάγει στην αγορά πρωτοβάθμιας περίθαλψης συνθήκες ανταγωνισμού, με πολλαπλά οφέλη αναφορικά με την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος, την αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών και την ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Προς τούτο, κρίνεται σκόπιμη η ανάληψη σχετικής νομοθετικής πρωτοβουλίας, με την ευρύτερη δυνατή συναίνεση των εταίρων, για την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ και τη διαμόρφωση ενός νέου συστήματος το οποίο θα κατοχυρώνει τη λειτουργική ενοποίηση όλων των δομών ΠΦΥ υπό τον ΕΟΠΥΥ. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται από τη μείζονα συμβολή του ΕΟΠΥΥ, και ως εκ τούτου της

οργανωτικής του μορφής, στην επίτευξη των στόχων της ΠΦΥ, αλλά και στον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης.

Εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας

Ο ανταγωνισμός στις υπηρεσίες υγείας και η διάκριση προσφοράς και ζήτησης έχουν προταθεί ως μεταρρυθμιστικές επιλογές από πολλά ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, δημιουργώντας δύο υποδείγματα, τα οποία μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά, αλλά εκφράζουν διαφορετική φιλοσοφία και οδηγούν σε ετερόκλητες επιλογές.

Η διαφορά των υποδειγμάτων έγκειται στο γεγονός ότι το μεν πρώτο προσανατολίζεται στη διαμόρφωση μιας αγοράς υπηρεσιών υγείας, με διακριτό ρόλο στους προμηθευτές και στους αγοραστές, ενώ το δεύτερο επιδιώκει τη ρύθμιση της αγοράς με επίκεντρο στη συμπεριφορά των προμηθευτών και των αγοραστών.

Η διεθνής εμπειρία επιβεβαιώνει ότι η δημιουργία ανταγωνιστικού περιβάλλοντος στην αγορά πρωτοβάθμιας περίθαλψης δύναται να βελτιώσει την αποδοτικότητα του συστήματος και ταυτόχρονα να αυξήσει την ικανοποίηση των πολιτών. Συνεπώς, η ένταση του ανταγωνισμού οφείλει να είναι αντιστρόφως ανάλογη του βαθμού κλινικής ειδίκευσης των υπηρεσιών, ώστε να διασφαλίζεται η αποδοτικότητα των πόρων, η ποιότητα και η πρόσβαση σε αυτές.

Ως εκ τούτου, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το κατεξοχήν πρόσφορο πεδίο για την εισαγωγή ανταγωνιστικών συνθηκών, καθώς χαρακτηρίζεται από σχετικά χαμηλή κλινική ειδίκευση και οικονομικά μεγέθη, ενώ λόγω της αυξημένης ζήτησης δύναται να ενσωματώσει πλήθος προμηθευτών. Παράλληλα, δεδομένου ότι κατέχει το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής αγοράς, δύναται να προσφέρει σημαντικά στη συγκράτηση της δαπάνης.

Επιπρόσθετα, σε ένα περιβάλλον το οποίο χαρακτηρίζεται και διαμορφώνεται υπό τις δυνάμεις της αγοράς, οι καταναλωτές δύνανται να εκφράσουν τις προτιμήσεις τους μέσω της επιλογής τους, με άμεση τη βελτίωση της καταναμετικής αποδοτικότητας, καθώς οι προμηθευτές παρέχουν τις υπηρεσίες που οι χρήστες ζητούν και ταυτόχρονα προάγει την τεχνική αποδοτικότητα, καθώς δίνει στους

προμηθευτές κίνητρα, ώστε να είναι αποδοτικοί για να αυξήσουν το μερίδιο τους στην αγορά.

Ο Ρόλος του ΕΟΠΥΥ στη μετεξέλιξη της ΠΦΥ: Αγοραστής ή/και Πάροχος

Η επιθυμητή μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ επιβάλλει τη διατήρηση εντός του ΕΟΠΥΥ των ήδη υφιστάμενων μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ (Πολυϊατρεία ΕΟΠΥΥ), αλλά και την ενσωμάτωση υπό το νέο, οργανωτικό σχήμα των μονάδων, οι οποίες ανήκουν στο ΕΣΥ (κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία) και ως εκ τούτου, την ολοκλήρωση της διοικητικής παρέμβασης της συνένωσης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών με τη συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ.

Το θεμελιώδες ερώτημα, εάν ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να παραμείνει αγοραστής και πάροχος (πλευρά ζήτησης και προσφοράς) ή να εξελιχθεί μόνο σε αγοραστή (πλευρά της ζήτησης) υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελεί ζήτημα θεωρητικού περιεχομένου. Εν αντιθέσει, η επιλογή διάσπασης της πλευράς της παροχής και η απομάκρυνσή της από τον ΕΟΠΥΥ θα δημιουργήσει πολλαπλές στρεβλώσεις, με έμφαση στην αύξηση των εμποδίων πρόσβασης, ιδιαίτερα του ανασφάλιστου πληθυσμού και στη μειωμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ανάλογα με τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά και τα κίνητρα αυξημένης ζήτησης.

Η διατήρηση και ενίσχυση, μέσω της ενσωμάτωσης όλων των δομών ΠΦΥ στον ΕΟΠΥΥ, του σχήματος «αγοραστής» και «πάροχος», αποτελεί τη μόνη δυνατή απάντηση στην ανάγκη δημιουργίας συνεκτικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο θα κατοχυρώνει την ελεύθερη επιλογή για τον πολίτη και θα διασφαλίζει την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας σε ελάχιστο (σχεδόν μηδενικό) κόστος χρόνου. Παράλληλα δε, εγγυάται μέσω των Δικτύων ΠΦΥ, τη συνέχεια της φροντίδας και τη στροφή προς την εξυπηρέτηση του πολίτη, μέσω της καθοδήγησής του μέσα στο σύστημα υγείας, δίχως να του επιβάλλει επιλογές και να του στερεί υφιστάμενα δικαιώματα.

Η ανάδειξη του θεμελιώδους ρόλου της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας, ως προς τα υγειονομικά αποτελέσματα αλλά και τη δυνατότητα ανάπτυξης οικονομιών κλίμακας, επιτυγχάνεται μόνο μέσα από τη διακοπή κάθε είδους διοικητικής ή λειτουργικής σχέσης των δομών ΠΦΥ με το ΕΣΥ. Η απομάκρυνση από τον ΕΟΠΥΥ της δυνατότητας παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και η ένταξη όλων των δομών στο ΕΣΥ, αδυνατεί να ενδυναμώσει το ρόλο της ΠΦΥ ως αντίβαρου δημόσιου χαρακτήρα έναντι των νοσοκομείων και της δαπανηρής νοσοκομειακής ιατρικής. Κατά συνέπεια, παραμένει ο κίνδυνος της στροφής προς τις νοσοκομειακές μονάδες λόγω του νοσοκομειακού προσανατολισμού του ΕΣΥ (αντίστροφη υποκατάσταση). Άλλωστε, η μακροχρόνια εμπειρία των πολυϊατρείων του ΙΚΑ και των κέντρων υγείας του ΕΣΥ συνιστά ένα συγκριτικό πλεονέκτημα υπέρ της διατήρησης των δομών ΠΦΥ στον ΕΟΠΥΥ.

Η μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ οφείλει να ακολουθήσει το σχήμα των "ολοκληρωμένων" υγειονομικών συστημάτων, εκείνων δηλαδή που έχουν ταυτοχρόνως το χαρακτήρα αγοραστή και "πάροχου", δεδομένου ότι αποτελεί την απάντηση για μείωση της δημόσιας δαπάνης και διασφάλιση και βελτίωση της κοινωνικής αποδοτικότητας.

Η διατήρηση του δημόσιου πυλώνα, μέσω της οικείας Γενικής Διεύθυνσης του ΕΟΠΥΥ, για την προσφορά υπηρεσιών ΠΦΥ, κρίνεται ως καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία των στόχων της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ. Το συγκριτικό πλεονέκτημα του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας και παρόχου οφείλει να διατηρηθεί, καθώς έχει προστιθέμενη αξία και επιφέρει πολλαπλά οφέλη, τα οποία μεγιστοποιούνται λόγω της δεινής οικονομικής συγκυρίας, της πίεσης στις δαπάνες υγείας και τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς.

Σημειώνεται, μάλιστα, ότι τα μέχρι τώρα στοιχεία παρουσιάζουν την αποτελεσματική λειτουργία πολλών μονάδων του ΕΟΠΥΥ, καθώς καταγράφονται υψηλά ποσοστά επισκεψιμότητας των δομών του ΕΟΠΥΥ (Παράρτημα Δ') και διαχείρισης των περιστατικών στην ΠΦΥ. Το στοιχείο αυτό ενισχύει την άποψη για διατήρηση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας στον ΕΟΠΥΥ, δεδομένου ότι προκύπτουν θετικές συσχετίσεις, ακόμη και σε συνθήκες ημιτελούς λειτουργίας του Οργανισμού (μη μεταφορά προσωπικού, πόρων, χρηματικών διαθέσιμων, εξοπλισμού).

Ειδικότερα:

- ✓ Η συγκράτηση των δαπανών υγείας είναι δυνατή μόνο μέσω της συμπληρωματικής λειτουργίας των υπηρεσιών παροχής και αγοράς ΠΦΥ στο πλαίσιο κλειστών-σφαιρικών προϋπολογισμών ανά περιφερειακή ενότητα. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι ο έλεγχος της δαπάνης καθίσταται αποτελεσματικότερος όταν δεν υπάρχει διάσπαση του αγοραστή και παρόχου. Ειδάλλως, είναι δυσχερής έως αδύνατη η ταυτοποίηση και ο έλεγχος του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τον ΕΟΠΥΥ, με κίνδυνο εμφάνισης υπερβάσεων στο κόστος και αποτυχίας κάθε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας.
- ✓ Η αναγκαιότητα διασφάλισης της δυνατότητας παροχής ενός στοιχειώδους πακέτου παροχών, με ποιοτικές προδιαγραφές και σε μηδενικές τιμές για ευπαθείς και αδύναμες ομάδες του πληθυσμού, απόρους-ανέργους, αλλά και ανασφάλιστους και ως εκ τούτου άρσης των εμποδίων πρόσβασης. Ο ΕΟΠΥΥ, ως διαχειριστής του ενιαίου προϋπολογισμού της ΠΦΥ, διασφαλίζει για το τμήμα του πληθυσμού που αντιμετωπίζει τον κίνδυνο της φτώχειας, υπηρεσίες στις δομές του σε μηδενικές τιμές και αγοράζει με συμβόλαια, κατόπιν διαπραγματεύσεων το υπόλοιπο μεγαλύτερο τμήμα υπηρεσιών.
- ✓ Η θεσμική ενίσχυση του ΕΟΠΥΥ ως παρόχου υπηρεσιών υγείας, ενδυναμώνει τον ρόλο του και του προσδίδει την ευελιξία του υφιστάμενου δικτύου παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, επιπλέον δε, συμβάλλει ουσιαστικά στην εισαγωγή ποιοτικού ανταγωνισμού στην αγορά, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα επένδυσης στην μονοπωλιακή κυριαρχία εκ μέρους των ιδιωτών προμηθευτών.
- ✓ Η εύρυθμη λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών ΠΦΥ και κυρίως η επιρροή στις τιμές των υπηρεσιών των ιδιωτών προμηθευτών, ώστε να ισορροπήσουν σε χαμηλότερα επίπεδα, δεδομένου ότι μέρος της παροχής παραμένει εντός ενός δημόσιου πυλώνα.
- ✓ Η δυνατότητα ανάπτυξης ολοκληρωμένων δράσεων δημόσιας υγείας (αγωγή και προαγωγή υγείας, προσυμπτωματικοί έλεγχοι και άλλα σχετικά), οι οποίες απαιτούν κεντρικό σχεδιασμό και κίνητρα μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας (σε αντιδιαστολή με τα επιχειρηματικά κίνητρα), προκειμένου να καταστούν αποτελεσματικές.
- ✓ Η ημιτελής οργανωτική και διοικητική μεταφορά των μονάδων υγείας από τα ενταχθέντα Ταμεία και η εκκρεμής διαδικασία ολοκλήρωσης της μεταρρύθμισης, η οποία πραγματοποιήθηκε με τη συγκρότηση του

Οργανισμού, προκάλεσε αδυναμίες και ελλείψεις οι οποίες θα ενταθούν περαιτέρω λόγω της ενδεχόμενης εκ νέου αλλαγής του οργανωτικού σχήματος, με τελικό αποδέκτη τον πολίτη.

Η διατήρηση και ενίσχυση της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στον ΕΟΠΥΥ αποτελεί τη μοναδική λύση στις χρόνιες παθολογίες του συστήματος υγείας και εγκαθιδρύει μέσω της Γενικής Διεύθυνσης Παροχής έναν ενιαίο, αυτόνομο φορέα ΠΦΥ, ο οποίος διασφαλίζει ένα ελεύθερο στις επιλογές και ελεγχόμενο ως προς το κόστος σύστημα ΠΦΥ

Τα Δίκτυα ΠΦΥ

Η Ανάπτυξη Δικτύων ΠΦΥ

Η δημιουργία ενιαίου, δημόσιου συστήματος ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ στη Γενική Διεύθυνση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας του ΕΟΠΥΥ, διασφαλίζει την προσφορά ολοκληρωμένης φροντίδας στον κατάλληλο τόπο και χρόνο με έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου, τη μείωση των υπαρχουσών ανισοτήτων και την άρση εμποδίων κόστους και χρόνου.

Ωστόσο, πέραν της ενοποίησης των μονάδων ΠΦΥ ανά Περιφερειακή Ενότητα με κεντρικό πυρήνα τη Νομαρχιακή Μονάδα Αναφοράς, απαιτείται ο ανασχεδιασμός και η αναδιάρθρωση των υπαρχουσών δομών ΠΦΥ και η μετάβαση σε ένα νέο υπόδειγμα το οποίο θα εγγυάται:

- ✓ την ελεύθερη και έγκαιρη φροντίδα πρώτης επαφής
- ✓ τη συνέχεια της φροντίδας
- ✓ το συντονισμό της φροντίδας
- ✓ τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους
- ✓ την παροχή στοιχειώδους περίθαλψης σε απόρους και ανασφάλιστους
- ✓ την αποδοτική χρήση των πόρων
- ✓ την αποζημίωση των προμηθευτών σύμφωνα με το παραγόμενο έργο
- ✓ την ασφαλιστική κάλυψη για αποδεδειγμένα αποτελεσματικές υπηρεσίες

Η ανάγκη αναδιάρθρωσης των μονάδων, προκύπτει από την παρατήρηση της γεωγραφικής και πληθυσμιακής κατανομής όλων των υφιστάμενων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπου παρατηρούνται

- ✓ ελλείψεις ή αλληλοεπικαλύψεις μονάδων και
- ✓ μη αξιοποίηση του ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού, των κτιρίων και του εξοπλισμού

Η ανάπτυξη οικονομιών κλίμακας και η ποιοτική προσφορά υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους δύναται να επιτευχθεί μέσω της ανάπτυξης δικτύων ΠΦΥ, αντίστοιχα με την εμπειρία και τη φιλοσοφία των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη Βρετανία, της μεθόδου αποζημίωσης των προμηθευτών στη Γερμανία, αλλά και την προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος.

Ο σχεδιασμός των δικτύων επιβάλλει την ανακατανομή των υπαρχουσών δομών και την εκτίμηση των σύγχρονων αναγκών υγείας των πολιτών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός νέου χάρτη υπηρεσιών ΠΦΥ, μέσω συγχωνεύσεων, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο και υπάρχουν, αλλά και διατήρησης/ενίσχυσης ή και δημιουργίας νέων δομών αρτιότερα στελεχωμένων και εξοπλισμένων, ώστε να καθίσταται εφικτή η εξυπηρέτηση των πολιτών και η υλοποίηση και επίτευξη των υγειονομικών στόχων.

Κατά αυτή την έννοια προκύπτουν κατά βάση 350-380 δίκτυα με βάση την τοπική αυτοδιοίκηση και το σχέδιο «Καλλικράτης». Τα δίκτυα ΠΦΥ ανήκουν σε ένα οργανωτικό σχήμα και ο ΕΟΠΠΥ αναλαμβάνει τη διοίκηση, τον προγραμματισμό, τον συντονισμό και τον έλεγχο των δράσεων ΠΦΥ, ενώ διαχειρίζεται και τον ενιαίο προϋπολογισμό της ΠΦΥ.

Η ενοποίηση των δομών οφείλει να πραγματοποιηθεί με αναφορά:

- ✓ κατά βάση στους «Καλλικρατικούς» δήμους, οι οποίοι θα εντάσσονται στο Δίκτυο ανά περιφερειακή ενότητα (τέως νομαρχία)

και με επιμέρους κριτήρια:

- ✓ το μέγεθος του πληθυσμού αναφοράς,
- ✓ το κόστος χρόνου πρόσβασης των χρηστών και
- ✓ τους δείκτες προσφοράς, ζήτησης και ανάγκης της εκάστοτε περιοχής

Ωστόσο, λαμβάνονται υπ' όψιν επιπλέον παράμετροι, όπως:

- ✓ η πυκνότητα του πληθυσμού ευθύνης
- ✓ η απόσταση της γεωγραφικής ενότητας που καλύπτουν από το πλησιέστερο αστικό κέντρο
- ✓ η απόσταση από την πλησιέστερη δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας
- ✓ η τάση μετακίνησης πληθυσμού για την εξυπηρέτηση των λοιπών αναγκών τους σε μεγαλύτερα αστικά κέντρα
- ✓ η εποχιακή μεταβολή του πληθυσμού ευθύνης
- ✓ ο ιδιαίτερος χαρακτήρας της πρωτεύουσας, συμπρωτεύουσας και των νησιωτικών περιοχών

Σημειώνεται ότι με το παρόν υπόδειγμα αξιοποιούνται η μακρόχρονη εμπειρία και παράδοση, καθώς και το εκτεταμένο δίκτυο που σχηματίζουν τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ.

Η προστιθέμενη αξία της ανάπτυξης των δικτύων έγκειται στο γεγονός ότι

- ✓ εγγυώνται την άμεση πρόσβαση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης
- ✓ αποκαθιστούν τη συνέχεια της φροντίδας
- ✓ προάγουν την ολοκληρωμένη μορφή φροντίδας, δεδομένου ότι εμπεριέχουν παρεμβάσεις δημόσιας υγείας (πρόληψη, αγωγή και προαγωγή της υγείας, έλεγχος του περιβάλλοντος, διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου) (Παράρτημα Ε')
- ✓ διασυνδέουν το σύνολο των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων ΠΦΥ
- ✓ αποτρέπουν το κύμα της ζήτησης προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα, με αποτέλεσμα την απαλλαγή τους από το πρόσθετο βάρος και την επίτευξη εξοικονομήσεων.

Περιγραφή Νομαρχιακού Δικτύου ΠΦΥ

Σε περιφερειακό επίπεδο και σε κάθε Περιφερειακή Ενότητα (τέως Νομαρχία), λειτουργεί το Νομαρχιακό Δίκτυο ΠΦΥ με κλειστό προϋπολογισμό, που περιλαμβάνει

το σύνολο των δαπανών του νομού και διαμορφώνεται στο πλαίσιο συγκεκριμένων κριτηρίων (Βήμα 3).

Το Δίκτυο αυτό έχει έναν κεντρικό πυρήνα, την Νομαρχιακή Μονάδα Αναφοράς Υγείας, η οποία είναι υπεύθυνη και εποπτεύει τα επιμέρους δίκτυα των Καλλικρατικών δήμων της Περιφερειακής Ενότητας. Στη Νομαρχιακή Μονάδα υπάγονται οι Τοπικές Μονάδες υγείας, οι συμβεβλημένοι ιατροί και τα Περιφερειακά Ιατρεία της Περιφερειακής Ενότητας. Ως παράδειγμα, παρατίθεται η ανάπτυξη Δικτύου ΠΦΥ στην Περιφερειακή Ενότητα Αρκαδίας (Παράρτημα, Στ').

Σημειώνεται, ότι προβλέπεται διαφοροποίηση σε Αττική, Θεσσαλονίκη και νησιωτική Ελλάδα, καθώς θα συγκροτούνται περισσότερες της μιας Κεντρικής Μονάδας Αναφοράς. Τις Μονάδες στελεχώνουν ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας, ως συγκροτημένη ομάδα υγείας σύμφωνα με το πνεύμα και τις αρχές της Alma Ata του Π.Ο.Υ, ενώ το δίκτυο ενισχύεται με το μέγιστο δυνατό αριθμό συμβεβλημένων ιατρών, καταργώντας τη σημερινή πολιτική περιορισμού τους, εισάγοντας, ωστόσο, μηχανισμούς ελέγχου του κόστους και αξιολόγησης αναφορικά με το παραγόμενο έργο.

Στη διαδικασία της διαμόρφωσης των δικτύων και της ενσωμάτωσης των ιδιωτών παρόχων, καίριο ρόλο αναμένεται να έχουν οι κατά τόπους Ιατρικοί Σύλλογοι στο πλαίσιο συγκρότησης μίας “συμβολαιακής συμφωνίας” εκφρασμένης σε ποσοτικά μεγέθη.

Η σωστή εκτέλεση του προϋπολογισμού του Δικτύου Αναφοράς ΠΦΥ παρακολουθείται από την Περιφερειακή Οικονομική Υπηρεσία η οποία είναι, επίσης, αρμόδια για την εκκαθάριση των παραστατικών για δαπάνες ιδιωτικών παρόχων υγείας της περιοχής ευθύνης.

Η Κεντρική Μονάδα Αναφοράς Υγείας αποτελεί το κέντρο κλινικής, οικονομικής και διοικητικής διαχείρισης του Νομαρχιακού Δικτύου ΠΦΥ και συντονίζει δράσεις προς την επίτευξη στόχων επίδοσης για:

- τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού αναφοράς
- τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων και
- την προαγωγή προγραμμάτων πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου.

Η λειτουργία των δικτύων προσδιορίζεται σε ολοήμερη βάση με ωράριο λειτουργίας (8πμ-8μμ), ενώ παράλληλα εφημερεύουν εκ περιτροπής, με το σύνολο των ειδικοτήτων.

Επιστημονικά και λειτουργικά (αλλά όχι διοικητικά), μέσω συμβολαίων και προγραμματικών συμβάσεων είναι συνδεδεμένα με το νοσοκομείο ή νοσοκομεία της περιοχής, στα οποία με ευθύνη τους παραπέμπουν τους ασθενείς όταν αυτοί χρήζουν ανάγκης υπηρεσιών δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης. Με την έννοια αυτή, διασφαλίζεται η επιλογή των πολιτών, η προσανατολισμένη υποστήριξη και καθοδήγηση τους στα υπόλοιπα σημεία του υγειονομικού συστήματος, αλλά ταυτόχρονα και η συμπληρωματικότητα της τεχνολογίας.

Το προσωπικό των επιμέρους δικτύων επιφορτίζεται με τις εξής αρμοδιότητες:

- ✓ αναγνώριση των αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης,
- ✓ καταγραφή των επιδημιολογικών δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών,
- ✓ διαμόρφωση πολιτικών υγείας στη γεωγραφική περιοχή που καλύπτουν,
- ✓ υλοποίηση πολιτικών υγείας πρόληψης και προαγωγής της υγείας
- ✓ υιοθέτηση πρωτοκόλλων διαχείρισης της ασθένειας

Εντός των δικτύων αναπτύσσονται σύγχρονα πληροφοριακά συστήματα, συμβατά με την κάρτα υγείας των ασφαλισμένων και τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο, εισάγονται τεχνολογίες τηλεϊατρικής και πιστοποίησης για όλες τις δομές (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) και ενισχύονται οι διαδικασίες κλινικού ελέγχου (Βήμα 4).

Η χρηματοδότηση των Δικτύων καθώς και οι αμοιβές του προσωπικού των δομών και των συμβεβλημένων οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς προκύπτουν βάσει των εργασιακών τους σχέσεων αλλά και ειδικότερων κριτηρίων (Βήμα 3).

Πιθανές εξοικονομήσεις στον ετήσιο προϋπολογισμό θα διατίθενται στο δίκτυο προς επένδυσή τους σε επιμέρους δράσεις και προγράμματα προς αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και προς όφελος του πληθυσμού αναφοράς.

Η ροή («Ταξίδι») των Χρηστών στο Δίκτυο ΠΦΥ

Στο πλαίσιο του εκάστοτε δικτύου ΠΦΥ κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα εγγραφής στο δίκτυο και σε γιατρό/ούς αναφοράς (γενικός γιατρός, παθολόγος, καρδιολόγος, γυναικολόγος, παιδίατρος), με ελευθερία και δυνατότητα επιλογής του δικτύου και του γιατρού.

Η εισαγωγή και χρήση της «κάρτας υγείας» διασφαλίζει την πορεία του ασθενή εντός του συστήματος, καθώς καταγράφει το υγειονομικό προφίλ του και τη χρήση υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα τη δυνατότητα απεικόνισης των ροών του ασθενή εντός του συστήματος. Οι κινήσεις του ασθενή σε συμβεβλημένα διαγνωστικά και κλινικές, εφόσον έχουν υψηλό κόστος, εκτελούνται μετά από έγκριση του δικτύου αναφοράς και με ανώτατο όριο (πλαφόν) ανά πάροχο, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης.

Ο ρόλος των οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς σχετίζεται με την παρακολούθηση του ασφαλισμένου, αλλά και την παραπομπή του σε άλλες ειδικότητες, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία, προκειμένου να διευκολυνθεί το ταξίδι του στο σύστημα υγείας, ενώ η συνέχεια της φροντίδας επιτυγχάνεται μέσω της αναπομπής από τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων προς τον οικογενειακό γιατρό/γιατρό αναφοράς για την παρακολούθηση και τον έλεγχο του ασθενούς. Οι οικογενειακοί γιατροί/γιατροί αναφοράς δεν αποτελούν πύλη εισόδου για εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, καθώς διατηρείται σε ισχύ το υπάρχον σύστημα της ελεύθερης επιλογής του πολίτη.

Η ανάπτυξη Δικτύων ΠΦΥ σε όλη την επικράτεια υπό τον ΕΟΠΥΥ, δύναται να εξασφαλίσει αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και στον επιθυμητό χρόνο για τους ασφαλισμένους, να διευκολύνει και να κατευθύνει τον πολίτη στην επαφή του με το σύστημα υγείας, να προσφέρει στην πλήρη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, των δομών και του εξοπλισμού, να εγγυηθεί την παροχή στοιχειώδους περίθαλψης σε απόρους και ανασφάλιστους και να δημιουργήσει έναν σύγχρονο χάρτη ΠΦΥ.

Χρηματοδότηση και Προϋπολογισμός ΠΦΥ

Η εφαρμογή και λειτουργία των κλειστών-σφαιρικών προϋπολογισμών αποτελεί αδιαμφισβήτητα στρατηγικό στόχο για την υλοποίηση κάθε προτεινόμενης επιλογής για την αναδιαμόρφωση του συστήματος ΠΦΥ, δεδομένου ότι επιτρέπει την εκ των προτέρων χρηματοδότηση στη βάση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και μειώνει τη συχνότητα φαινομένων, όπως η δημιουργία ελλειμμάτων και η μη αποδοτική κατανομή των πόρων.

Ενιαίος Προϋπολογισμός ΠΦΥ

Η ενοποίηση και λειτουργία της ΠΦΥ σε ένα οργανωτικό σχήμα και έναν προϋπολογισμό υπό τον ΕΟΠΥΥ βασίζεται στην ανακατανομή των πόρων με βάση το συνολικό προϋπολογισμό, ο οποίος περιλαμβάνει τον προϋπολογισμό ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ (Κέντρων Υγείας, Περιφερειακών Ιατρείων), ποσόπου υπερβαίνει το 1,5 δις € (15% της συνολικής δημόσιας δαπάνης) (Πίνακας 6, δε συνυπολογίζεται η φαρμακευτική δαπάνη). Επίσης, εντοπίζονται περιθώρια οικονομιών κλίμακας στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας.

Πίνακας 6. Προϋπολογισμός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Κατηγορία δαπάνης	Προϋπολογισθείσα δαπάνη
Α. Πρωτοβάθμια φροντίδα ΕΟΠΥΥ	
Διαγνωστικές Υπηρεσίες (σύνολο)	370.000.000
Συμβεβλημένοι γιατροί	82.000.000
Οδοντιατρική	17.000.000
Άλλες δαπάνες υγείας	237.398.000
ΥγειονομικάΥλικά	126.845.000

Μισθοί ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού ΕΟΠΥΥ	430.210.000
Σύνολο ΠΦΥ ΕΟΠΥΥ	1.263.453.000
Β. Πρωτοβάθμια φροντίδα ΕΣΥ	
Μισθοί ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού ΕΣΥ	215.000.000
Υγειονομικά υλικά και τεχνολογικοί πόροι	71.666.667
Σύνολο ΠΦΥ ΕΣΥ	286.666.667
Γενικό Σύνολο ΠΦΥ	1.550.119.667

Ο ενιαίος προϋπολογισμός ΠΦΥ, ο οποίος θα προκύψει από τους επιμέρους προϋπολογισμούς του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ (ΚΥ, ΠΙ) καθιστά δυνατή τη λειτουργία του εγχειρήματος χωρίς πρόσθετη επιβάρυνση της δημόσιας δαπάνης υγείας. Αντιθέτως, θα δημιουργηθεί ονομαστική μείωση στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων λόγω της μετακίνησης των προϋπολογισμών των Κέντρων Υγείας στον ΕΟΠΥΥ.

Το σύνολο των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία σήμερα ανέρχεται σε 2.100.000 εισαγωγές, ένας απόλυτος αριθμός ο οποίος δε δικαιολογείται με βάση το πρότυπο νοσηρότητας του ελληνικού πληθυσμού και τη διεθνή εμπειρία και μπορεί να αποδοθεί σε συνολική υπολειτουργία του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Με την παρούσα πρόταση, εκτιμάται ότι η ολοκληρωμένη λειτουργία ενός συστήματος ΠΦΥ και η στροφή από το υφιστάμενο νοσοκομειοκεντρικό σύστημα θα περιστείλει τον αριθμό των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία κατά μέσο ετήσιο ρυθμό 4,7% επί των εισαγωγών για την πρώτη πενταετία, με εξοικονομήσεις της τάξεως των € 267.100.000 ετησίως. Τμήμα της δαπάνης αυτής είναι αναγκαίο να μεταφερθεί στον ΕΟΠΥΥ, προκειμένου να αναπτύξει περαιτέρω το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών (δράσεις δημόσιας υγείας, πρόληψη κλπ).

Η συγκρότηση των δικτύων ΠΦΥ και ο ορθολογικός σχεδιασμός σε επίπεδο υλικών και τεχνολογικών πόρων αναμένεται να αποφέρει εξοικονομήσεις ύψους €25-30 εκ. για τον ΕΟΠΥΥ.

Κλειστός-Σφαιρικός Προϋπολογισμός ανά Περιφερειακή Ενότητα

Η εισαγωγή κλειστών-σφαιρικών προϋπολογισμών ανά Περιφερειακή Ενότητα αποτελεί ισχυρό εργαλείο για τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης.

Ο καθορισμός του ύψους του ετήσιου κλειστού-σφαιρικού προϋπολογισμού της εκάστοτε περιοχής (πληθυσμός αναφοράς) οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν, εκτός του μεγέθους του πληθυσμού, και παράγοντες οι οποίοι δύνανται να αντανakλούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας και κατ' επέκταση την πρόβλεψη (με βάση τις ιστορικές σειρές δεδομένων) της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Η υπόθεση αυτή αποτυπώνεται από την ακόλουθη εξίσωση, η οποία μπορεί να σταθμισθεί, να τροποποιηθεί και να προσαρμοσθεί ειδικότερα.

$$RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot cm_i \cdot smr_i / P_n) \cdot THE \quad (1)$$

Όπου

RHE: κλειστός σφαιρικός
προϋπολογισμός περιοχής

P_i :πληθυσμός περιοχής

f_i:πληθυσμός γυναικών περιοχής
b_i:αριθμός γεννήσεων περιοχής

a_i :πληθυσμός άνω των 65 ετών

smr_i:προτυποποιημένα ηλιώδη
θνησιμότητας περιοχής

cm_i: πληθυσμός χρονίως πασχόντων
περιοχής

p_n : πληθυσμός χώρας

THE:συνολική δαπάνη υγείας

Αποζημίωση Προμηθευτών

Στο δίκτυο του ΕΟΠΥΥ, εκτός των δημόσιων δομών (κέντρα υγείας και πολυϊατρεία), κρίνεται αναγκαία η συμμετοχή του μεγαλύτερου δυνατού μέρους των συμβεβλημένων γιατρών για την εισαγωγή συνθηκών εσωτερικού ανταγωνισμού δια μέσου της ελεύθερης επιλογής των χρηστών, προς διασφάλιση της αποδοτικότητας και της διευρυμένης πρόσβασης.

Οι συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί/γιατροί αναφοράς(γενικοί γιατροί, παθολόγοι, γυναικολόγοι, καρδιολόγοι και παιδίατροι) αποζημιώνονται με βάση την κατά κεφαλήν αποζημίωση, με το ετήσιο εισόδημά τους να διαμορφώνεται αναλόγως των εγγεγραμμένων ασθενών. Επιπρόσθετα, εισάγονται πρόσθετα κριτήρια (π.χ. διαχείριση χρόνιων ασθενών, ηλικιακός παράγοντας, κατ' οίκον επίσκεψη, άσκηση

ιατρικής σε άγονες και παραμεθόριες περιοχές κλπ),τα οποία αίρουν τα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου, προάγουν την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών και ενισχύουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ ταυτόχρονα περιορίζουν τη διόγκωση της ζήτησης προς τα νοσοκομεία. Με βάση τα παραπάνω, ο υπολογισμός της αμοιβής των οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς δίδεται από την ακόλουθη σχέση, η οποία μπορεί να σταθμισθεί, να τροποποιηθεί και να προσαρμοσθεί ειδικότερα.

$$HE_{gp} = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j) + [(a_i + cm_i) \cdot c_{prim}] + (h_v \cdot c_{hv}) \quad (2)$$

Όπου

He_{gp}: αποζημίωση οικογενειακών γιατρών

n_i:πληθυσμός

c_i:κατά κεφαλή αμοιβή ανά εγγεγραμμένο

a_i: αριθμός ηλικιωμένων

cm_i:αριθμός χρονίως πασχόντων

c_{prim}:πρόσθετη αμοιβή για ηλικιωμένους και χρονίως πάσχοντες

n_j:πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο

h_v: αριθμός κατ οίκον επισκέψεων

c_j: κατά κεφαλή αμοιβή για

c_{hv}:αμοιβή κατ οίκον επίσκεψης

προσυμπτωματικό έλεγχο

Ο συνδυασμός της μεθόδου αποζημίωσης και του εσωτερικού ανταγωνισμού, ο οποίος αναπτύσσεται στη βάση ενός κλειστού-σφαιρικού προϋπολογισμού για οικογενειακούς γιατρούς/γιατρούς αναφοράς, προάγει την ελεύθερη επιλογή του ασθενή, μειώνει το κόστος χρόνου και χρήματος, καθώς και τα φαινόμενα προκλητής ζήτησης, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στη γεωγραφική ισοκατανομή των προμηθευτών βάσει των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης.

Οι γιατροί ειδικοτήτων αποζημιώνονται με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση σε συνάρτηση με τον όγκο των παραγόμενων υπηρεσιών και τον σφαιρικό προϋπολογισμό του Νομαρχιακού Δικτύου ΠΦΥ.

Ενδεικτικά, στο **Παράρτημα (Ζ')**, παρουσιάζεται το παράδειγμα του νομού Αρκαδίας, αναφορικά με την εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών και επιμερισμό στα επιμέρους δίκτυα ΠΦΥ εντός της Περιφερειακής Ενότητας (**Παράρτημα Η')**, ενώ σημειώνεται ότι η εκτίμηση του προϋπολογισμού κάθε δικτύου θεωρεί ότι τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης δεν διαφέρουν μεταξύ των δικτύων.

Εργασιακές Σχέσεις

Η εξίσωση των εργασιακών σχέσεων και η επιβολή συγκεκριμένων επιλογών κρίνεται μη αποτελεσματική για το νέο σύστημα ΠΦΥ. Εν αντιθέσει, η υφιστάμενη πολυμορφία και ευελιξία των εργασιακών σχέσεων αποτελεί σημαντική συνιστώσα επιτυχίας του εγχειρήματος, καθώς μπορεί να αναδειχθεί σε πλεονέκτημα με βάση και τις νέες απαιτήσεις, όπως π.χ. η ολόημερη λειτουργία των μονάδων. Εν αντιθέσει, προτείνεται η διατήρηση των υφιστάμενων εργασιακών σχέσεων ανάλογα με τον εκάστοτε υφιστάμενο φορέα απασχόλησης, καθώς οι όποιες πιθανές διαφοροποιήσεις αιτιολογούνται σύμφωνα με τον κανόνα της εξισορρόπησης των χρηματικών απολαβών με τις αντίστοιχες ανθρωποώρες.

Ωστόσο, δεδομένου ότι δημιουργείται ένα νέο σύστημα ΠΦΥ, δίνεται η δυνατότητα στους γιατρούς να αιτηθούν την αλλαγή του υφιστάμενου καθεστώτος τους και τη μετατροπή της σύμβασής τους, σύμφωνα με τις ανάγκες οι οποίες προκύπτουν. Παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα, εφόσον ο γιατρός καλείται και επιθυμεί, να παράγει επιπλέον έργο και να αποζημιώνεται με βάση τον κανόνα της ίσης αμοιβής για ίσο έργο.

Η χρήση των κλειστών-σφαιρικών προϋπολογισμών με βάση κριτήρια που αφορούν τον πληθυσμό αναφοράς, σε συνδυασμό με τη δομική ανασυγκρότηση και τη δημιουργία Δικτύων ΠΦΥ ανά Περιφερειακή Ενότητα, μπορούν να εγγυηθούν την ανακατανομή και αποδοτική χρήση των διαθέσιμων οικονομικών πόρων.

Χρηματοδότηση

Η οικονομική βιωσιμότητα του ΕΟΠΥΥ προϋποθέτει την επανεξέταση του τρόπου και των πηγών χρηματοδότησής τους, το ύψος της κρατικής επιχορήγησης και το ύψος των εισφορών, επιβάλλει τη διεύρυνση υιοθέτησης πρόσθετων εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης και ενισχύει τη δυνατότητα πραγματοποίησης εσωτερικής ανακατανομής.

Καθίσταται επείγουσα και αναγκαία η αναζήτηση πολιτικών και εργαλείων για την αύξηση της χρηματοδοτικής βάσης του Οργανισμού και τη θετική συνεισφορά στους μακροοικονομικούς δείκτες και στους δείκτες υγείας.

Ο επαναπροσδιορισμός της ασφαλιστικής δέσμης με βάση την αρχή, ότι “(μόνον) κάθε αποτελεσματική θεραπεία παρέχεται” συνιστά τη βάση της ασφαλιστικής πολιτικής και το έναυσμα για επιστροφή στη καλή κλινική πρακτική.

Βασικός στόχος της πολιτικής της κοινωνικής ασφάλισης είναι η αποτροπή πτώχευσης του νοικοκυριού έναντι των κινδύνων για την υγεία και η αποφυγή καταστροφικής δαπάνης. Αυτή η πολιτική μπορεί να επιτευχθεί στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ακολουθούνται τα κριτήρια της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας της οικονομικής (αποδοτικότητας) και της (κοινωνικής) ισότητας.

Ενδεικτικά, προτείνονται μέτρα μόνιμου χαρακτήρα ή βραχυπρόθεσμης αποτελεσματικότητας όπως (Παράρτημα Θ’):

- ✓ ο κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος (τμήμα του ΦΠΑ)
- ✓ το ειδικό τέλος σε καταναλωτικά αγαθά με αποδεδειγμένη αρνητική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού (καπνός, οινόπνευματώδη ποτά κλπ)
 - ✓ η επανεξέταση της συμβολής του προϋπολογισμού
 - ✓ η αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών και
- ✓ η ποσοστιαία συνεισφορά μέρους των επιδοτήσεων των αγροτών, οι οποίες υπολογίζονται σε περίπου € 2,2 δις, με παράλληλη και σταδιακή απομείωση του ποσοστού συνασφάλισής τους, το οποίο είναι ιδιαίτερα υψηλό και δημιουργεί εμπόδια στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας.

Η Εισαγωγή Εργαλείων Ελέγχου της Δαπάνης και Διασφάλισης της Ποιότητας

Κλινικός Έλεγχος

Ο όρος κλινική διακυβέρνηση, ειδικότερο συστατικό της οποίας είναι ο κλινικός έλεγχος, χρησιμοποιείται για να περιγράψει το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα πρέπει να λειτουργεί μια μονάδα υγείας ώστε να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον ασθενή και κατ' επέκταση τα κλινικά αποτελέσματα βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων.

Ειδικότερα, ο κλινικός έλεγχος αποτελεί διαδικασία συστηματικής αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας, η οποία δύναται να αφορά τις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της φροντίδας. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης ενδέχεται να οδηγήσουν σε παρεμβάσεις, προκειμένου να βελτιωθεί η παρεχόμενη φροντίδα, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση μεγάλου μέρους των χρημάτων των ασφαλισμένων.

Ο κλινικός έλεγχος μολονότι αποτελεί διαδεδομένη διεθνή πρακτική, δεν είχε εισαχθεί τα προηγούμενα χρόνια από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ο ΕΟΠΥΥ, μέσω ιδιωτικών εταιρειών, προχώρησε στον έλεγχο των παροχών στις ιδιωτικές μονάδες, με στόχο την παρακολούθηση των δαπανών νοσηλείας.

Ωστόσο, κρίνεται καθοριστικής σπουδαιότητας η συγκρότηση του Ειδικού Σώματος Ελεγκτών Κλινικού Ελέγχου, εντός του ΕΟΠΥΥ, το οποίο θα ελέγχει τις δαπάνες σε όλες τις δομές υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές), διαδικασία η οποία έχει προστιθέμενη αξία ως προς τα οικονομικά οφέλη και την ενίσχυση της θεραπευτικής αξιοπιστίας. Παράλληλα, επιβάλλεται η αναδιάρθρωση και η ενίσχυση του Σώματος Επιθεώρησης του ΕΟΠΥΥ για τον έλεγχο της εφαρμογής του ΕΚΠΥ και όλων των δαπάνων σε δομές υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές).

Πιστοποίηση Ποιότητας

Θεμελιώδης συνιστώσα της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ οφείλει να είναι η εισαγωγή διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε να αξιοποιούνται με το μέγιστο αποτελεσματικό τρόπο τα χρήματα των ασφαλισμένων και να συνδέεται η αποζημίωση από την κοινωνική ασφάλιση με την ποιότητα.

Η ανάπτυξη σαφούς πλαισίου αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών σύμφωνα με οριοθετημένα κριτήρια ποιότητας και χρήση δεικτών είναι αναγκαία και οφείλει να εισαχθεί στις δημόσιες και ιδιωτικές δομές δια μέσου του ΕΟΠΥΥ.

Ο ΕΟΠΥΥ, ως πληρωτής των παροχών, πρέπει να έχει ενεργό ρόλο στη θέσπιση των επιμέρους προδιαγραφών ποιότητας και να συμμετάσχει στις διαδικασίες πιστοποίησης αναφορικά με τις προδιαγραφές αλλά και τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Θεσμοί Υποστήριξης ΕΟΠΥΥ

Εισάγονται νέοι θεσμοί όπως η Μονάδα Ανάλυσης και Τεκμηρίωσης, η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης και η Επιτροπή Βέλτιστης Πρακτικής Κλινικού Ελέγχου που θα υποστηρίξουν επιστημονικά τους στόχους του ΕΟΠΥΥ, ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας.

Ατομικός Ιατρικός Φάκελος-Κάρτα Υγείας

Η ηλεκτρονική υγεία αποτελεί την εφαρμογή τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών στον τομέα της υγείας με στόχο την ανάλυση και αποθήκευση κλινικών δεδομένων σε όλες τις μορφές τους και την ανταλλαγή των πληροφοριών αυτών ανάμεσα στις μονάδες παροχής υγείας, του ασφαλιστικούς φορείς και τις υγειονομικές αρχές. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ως ειδικότερη διαδικασία της ηλεκτρονικής υγείας, αποτέλεσε μία καθοριστική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, η οποία μάλιστα υποστηρίχθηκε από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας.

Η ανάγκη ατομικού ιατρικού φακέλου και η μετεξέλιξή του στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο θα αποτελέσει τη βάση για τη διαμόρφωση του ατομικού ιατρικού ιστορικού κάθε ασθενή, το οποίο επιφέρει πολλαπλά οφέλη στη βελτίωση του συνολικά

παραγόμενου έργου, δεδομένου ότι θα συνδράμει στην αντιμετώπιση χρονιζουσών αδυναμιών του συστήματος όπως:

- η απουσία συστηματικών καταγραφών σχετικά με το ιστορικό της νόσου, το ιστορικό και τα αποτελέσματα των εξετάσεων που διενεργήθηκαν κατά το παρελθόν κ.ά.
- η διενέργεια επαναλαμβανόμενων εξετάσεων λόγω μη καταγραφής και περιπτώσεων εξετάσεων στο πλαίσιο πρακτικών «αμυντικής ιατρικής»
- η ασυνέχεια της φροντίδας μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης
- τα παρατηρούμενα φαινόμενα «κακής ιατρικής» (malpractice)

Η δημιουργία συστήματος έξυπνων καρτών στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δύναται να χρηματοδοτηθεί από το ΕΣΠΑ και ειδικότερα το πρόγραμμα της “Ψηφιακής Σύγκλισης”.

Αναβάθμιση πληροφοριακών υποδομών

Στην κατεύθυνση της κάλυψης των πληροφοριακών αναγκών του Οργανισμού αναπτύσσεται ολοκληρωμένο λογισμικό που παρακολουθεί το σύνολο της λειτουργίας των Δικτύων (υπηρεσίες παροχής και αγοράς). Το πληροφοριακό σύστημα θα καταγράφει όλη τη διαθέσιμη πληροφορία και θα παράγει ποσοτικές και ποιοτικές αναλύσεις με μορφή αναφορών σε τακτά χρονικά διαστήματα για την υποστήριξη των αποφάσεων της Διοίκησης με στόχο την ορθολογικότερη χρήση των πόρων και την συγκράτηση των δαπανών.

Παράλληλα, σε όλες τις περιφερειακές ενότητες εγκαθίσταται λογισμικό οικονομικής διαχείρισης για την παρακολούθηση εξέλιξης των κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών.

Η εφαρμογή ενός συστηματικού πληροφοριακού εργαλείου και η λειτουργία των Δικτύων ΠΦΥ σε ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό περιβάλλον (λογισμικό και εξοπλισμός) θα εξασφαλίσει την αναλυτική παρακολούθηση του συνόλου των δράσεων και τη βελτιστοποίηση της αξιοποίησης του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού

Μία από τις βασικότερες αδυναμίες του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η ελλιπής εκπαίδευση του υπάρχοντος προσωπικού αναφορικά με τους σκοπούς της ΠΦΥ και το ρόλο των δράσεων δημόσιας υγείας για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας και τη συγκράτηση της υγειονομικής δαπάνης.

Η εργασία στις δομές ΠΦΥ απαιτεί εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, δυνάμει μάλιστα, του καθεστώτος κινητικότητας στελεχών της διοίκησης σε επιμέρους δομές του δημοσίου, μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία θα είναι προσανατολισμένα στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων αναγκαίων για το σχεδιασμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων που εντάσσονται στην ΠΦΥ.

Η πρόληψη, η αγωγή και προαγωγή της υγείας, η κοινωνική ιατρική αλλά και οι τεχνικές συνεργασίας με την κοινότητα οφείλουν να αποτελούν πυλώνες εκπαίδευσης και συνεχούς κατάρτισης των εργαζομένων στην ΠΦΥ, ώστε να αποκτήσουν οι επαγγελματίες υγείας τις κατάλληλες δεξιότητες για την αντιμετώπιση των καταστάσεων που προκύπτουν μέσα σε ένα σύστημα ΠΦΥ, αλλά κυρίως να κατανοήσουν το όραμα, την αποστολή και τους στόχους του εγχειρήματος και της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ προκειμένου να υποστηρίξουν το εγχείρημα και να ανταποκριθούν στους επιμέρους ρόλους τους.

Η μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ επιτυγχάνεται με τη διαμόρφωση ενός νέου, ανοικτού στις επιλογές και φιλικού προς το χρήστη περιβάλλοντος παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου η εισαγωγή τεχνολογιών πληροφορικής και εργαλείων ελέγχου του κόστους και του παραγόμενου έργου επιτυγχάνει τους στόχους της ΠΦΥ σε όρους αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, ποιότητας και κοινωνικής ισότητας.

Χρονοδιάγραμμα/Κόστος

Χρονοδιάγραμμα Υλοποίησης Δράσεων

Για το σχεδιασμό και την υλοποίηση της οργανωτικής και λειτουργικής ανασυγκρότησης της ΠΦΥ στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ απαιτείται σαφές και οριοθετημένο χρονοδιάγραμμα υλοποίησης των επιμέρους αναγκαίων δράσεων, προκειμένου να διασφαλιστεί η ευρύτερη δυνατή υποστήριξη των μεταρρυθμίσεων και ως εκ τούτου η εφαρμογή τους.

Επιπρόσθετα, απαιτείται η ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ με τη μεταφορά της ακίνητης και κινητής περιουσίας, του προσωπικού και του εξοπλισμού προκειμένου να δομηθεί ένας ισχυρός Οργανισμός που θα μπορεί να υποστηρίξει την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Η μεταφορά του προσωπικού στον Ενιαίο Φορέα υπό τον ΕΟΠΥΥ και η συγκρότηση των Δικτύων ΠΦΥ θα πραγματοποιηθεί με σχετική ειδική νομοθετική ρύθμιση, χωρίς να διαταραχθεί η πρόσβαση σε υπηρεσίες ΠΦΥ για τους πολίτες.

		Οκτώβριος	Νοέμβριος	Δεκέμβριος	Ιανουάριος	Φεβρουάριος	Μάρτιος	Απρίλιος	Μάιος	Ιούνιος	Ιούλιος	Αύγουστος	Σεπτέμβριος	Οκτώβριος	Νοέμβριος	Δεκέμβριος
Στόχοι	Δράσεις															
Διαβούλευση Εταίρων																
Λήψη Πολιτικής Απόφασης																
Προετοιμασία Νομοθετικού Πλαισίου																
Ψήφιση Νομοσχεδίου																
Δημιουργία Δικτύων παροχής ΠΦΥ																
	Συγχώνευση δομών															
	Δημιουργία νέων															
	Μεταφορά εξοπλισμού															
	Προμήθεια νέου εξοπλισμού															

Μεταφορά πόρων στον ΕΟΠΥΥ																
Προμηθευτές	Συμβάσεις															
Ανάπτυξη πληροφοριακώ ν υποδομών	Λογιστικό Σύστημα Σφαιρικών Προϋπολογισμών															
	Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας															
Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού	Κατάρτιση															
Θεσμοί Υποστήριξης ΕΟΠΥΥ																
Πλήρης ολοκλήρωση νέας λειτουργίας ΠΦΥ																



Αποτίμηση Κόστους

Ο ενιαίος προϋπολογισμός ΠΦΥ, ο οποίος θα προκύψει από τους επιμέρους προϋπολογισμούς του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ (ΚΥ, ΠΙ) καθιστά δυνατή τη λειτουργία του εγχειρήματος χωρίς πρόσθετη επιβάρυνση της δημόσιας δαπάνης υγείας. Αντιθέτως, θα δημιουργηθεί ονομαστική μείωση στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων λόγω της μετακίνησης των προϋπολογισμών των Κέντρων Υγείας στον ΕΟΠΥΥ.

Για την αποτίμηση του κόστους της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ, κρίσιμο, επίσης, είναι να διευκρινιστεί η δυνατότητα χρηματοδότησης και υλοποίησης συγκεκριμένων δράσεων οι οποίες εξυπηρετούν τις ανάγκες των θεσμικών παρεμβάσεων για την οργανική και λειτουργική αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ υπό τον ΕΟΠΥΥ από ευρωπαϊκές πηγές χρηματοδότησης.

Ως πιθανές πηγές χρηματοδότησης των προτεινόμενων επιμέρους δράσεων, αναφέρονται τα Επιχειρησιακά Προγράμματα του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ), τα οποία περιγράφουν τις εκάστοτε αναπτυξιακές επιλογές για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας, ενώ επιδιώκουν τη διατήρηση της οικονομικής ανάπτυξης και την αύξηση της παραγωγικότητας της Ελλάδας για την επίτευξη σύγκλισης με τα υπόλοιπα κράτη – μέλη της ΕΕ και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών.

Ενδεικτικά, αναφέρονται τα επιχειρησιακά προγράμματα:

- ✓ της “Ψηφιακής Σύγκλισης” για την προώθηση των Τεχνολογιών Πληροφορικής & Επικοινωνιών, τον ανασχεδιασμό των διαδικασιών του Δημόσιου Τομέα και την ανάπτυξη ψηφιακών υπηρεσιών της δημόσιας διοίκησης για τον πολίτη,
- ✓ της “Διοικητικής Μεταρρύθμισης” και
 - ✓ της “Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού” για την προώθηση ενός νέου λειτουργικού μοντέλου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της πρόληψης των αιτιών νοσηρότητας και

θνησιμότητας, της προαγωγής της υγείας και της ενημέρωσης του πληθυσμού.

Επίμετρο



Επίμετρο

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οφείλει να αποτελέσει υψηλή προτεραιότητα της υγειονομικής πολιτικής και να δομηθεί σε συνεργασία με την ανασυγκρότηση του ΕΟΠΥΥ και τη συμβολή της ασφάλισης στην επίτευξη των επιμέρους στόχων της.

Η μεταρρύθμιση του συστήματος ΠΦΥ δύναται να δομηθεί σε τέσσερα κύρια βήματα, με αφετηρία τη θεσμική ρύθμιση για την ενοποίηση όλων των δομών ΠΦΥ σε ένα οργανωτικό σχήμα, με κοινό προϋπολογισμό υπό τον ΕΟΠΥΥ.

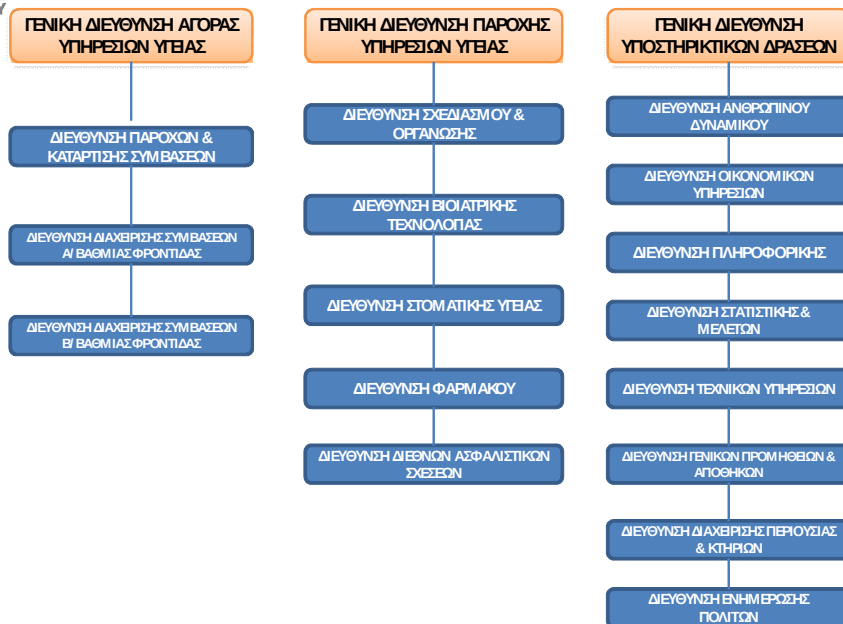
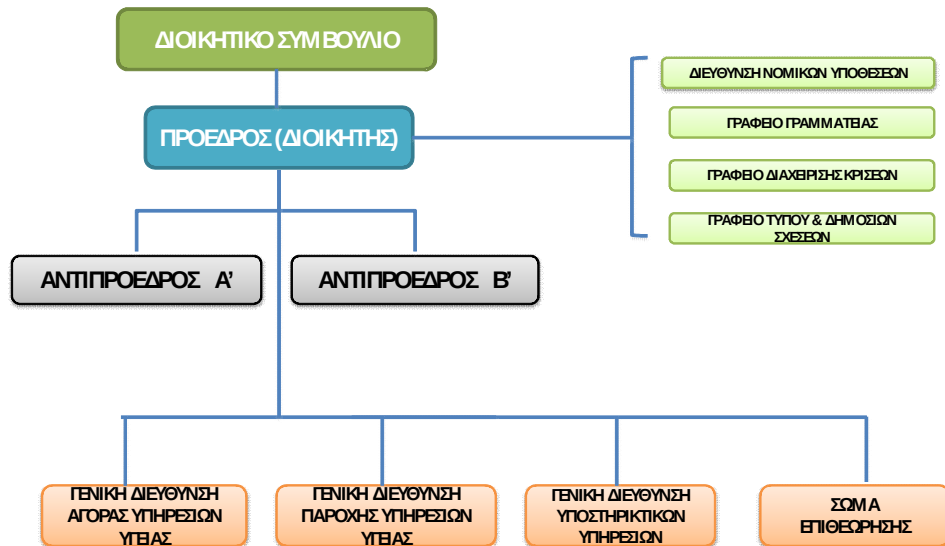
Η επιμονή στο ρόλο του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών ΠΦΥ έγκειται, πρωτίστως, στην ανάγκη εισαγωγής κινήτρων ανταγωνισμού τα οποία μπορούν να ευνοήσουν την εύρυθμη λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, δε, παρέχει εχέγγυα για την άρση των εμποδίων πρόσβασης σε αδύναμες ομάδες του πληθυσμού, αναπτύσσει ολοκληρωμένες δράσεις δημόσιας υγείας και αποκτά ένα πρόσθετο συγκριτικό πλεονέκτημα κατά τη διαπραγμάτευση έναντι των ιδιωτών προμηθευτών.

Η υιοθέτηση του σχεδίου των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των επιμέρους σφαιρικών προϋπολογισμών, αποτελεί ουσιαστική και θεμελιώδη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και δύναται να αποδώσει λύσεις στις δυσχέρειες και τις στρεβλώσεις που επιβάλλει η οικονομική συγκυρία και η προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής, καθώς εντάσσει την ΠΦΥ στον πυρήνα του συστήματος και ωθεί σε αλλαγή της τεχνολογίας παραγωγής, διασφαλίζοντας μια ικανοποιητικά ποσοτικά και ποιοτικά δέσμη υπηρεσιών, με έλεγχο της δαπάνης και εισαγωγή μηχανισμών και εργαλείων διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Παράρτημα

**Πίνακας. Αποτύπωση των επικαλύψεων στην Περιφερειακή Ενότητα
Αρκαδίας**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΚΑΔΙΑΣ	ΠΛΗΘΥΣΜ ΟΣ	ΕΟΠΥΥ	ΕΣΥ
	105.448		
ΔΗΜΟΣ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	48.267	ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ	
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	29.297		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΑΛΤΕΤΣΙΟΥ	1.983		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΡΥΘΙΟΥ	2.366		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΒΙΔΙΟΥ	4.435		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΑΝΤΙΝΕΙΑΣ	3.270		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΚΙΡΙΤΙΔΑΣ	1.762		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΕΓΕΑΣ	3.954		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΦΑΛΛΑΝΘΟΥ	1.200		
ΔΗΜΟΣ ΒΟΡΕΙΑΣ ΚΥΝΟΥΡΙΑΣ	12.922	ΙΑΤΡΕΙΑ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΓΟΡΤΥΝΙΑΣ	20.593		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΗΜΗΤΣΑΝΗΣ	2.677		ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΥΤΙΝΑΣ	2.297		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΡΑΙΑΣ	2.719		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΛΕΙΤΟΡΟΣ	2.373		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΝΤΟΒΑΖΑΙΝΗΣ	2.264		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΑΓΚΑΔΙΩΝ	2.023		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΚΟΛΩΝΩΝ	1.080		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΟΠΑΙΩΝ	5.160		ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	13.980		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	9.266	ΙΑΤΡΕΙΑ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΟΡΤΥΝΟΣ	2.147		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΦΑΛΛΙΣΙΑΣ	2.567		
ΔΗΜΟΣ ΝΟΤΙΑΣ ΚΥΝΟΥΡΙΑΣ	9.686		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	6.965		ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΣΜΑ	567		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΥΡΟΥ	2.154		





Αξιοποίηση Κτιριακής Υποδομής ΕΟΠΥΥ

Η Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ στοχεύει στην πλήρη και ορθολογική διαχείριση όλων των κτιριακών εγκαταστάσεων και στην αποτελεσματική αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας του και της περιουσίας που διαθέτει από κοινού με τα άλλα Ταμεία, προς όφελος των δικαιούχων του.

Στόχος είναι να αξιοποιηθεί πλήρως το σύνολο των ιδιόκτητων κτιρίων, μέσα από διαδικασίες συγχώνευσης, μετεγκατάστασης και συστέγασης διοικητικών και υγειονομικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα σε σημεία όπου η κατανομή και η χρήση των κτιρίων δεν είναι αποδοτική με βάση τους διατιθέμενους πόρους και να δημιουργηθεί ένα δίκτυο υπηρεσιών που θα λειτουργεί άμεσα και αποτελεσματικά για τον πολίτη με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Από την μέχρι τώρα συγκέντρωση και συγκριτική επεξεργασία των στοιχείων (ταυτοποίηση στοιχείων ακινήτων) προκύπτει δυνατότητα συγχώνευσης μονάδων που δεν οδηγούν σε συρρίκνωση, αλλά σε βελτιωμένη λειτουργία παροχής υπηρεσιών.

Ειδικότερα,

1. Υπάρχει μεγάλη απόκλιση στα μισθώματα με βάση την τιμή ανά τετραγωνικό μέτρο στην ίδια περιοχή
2. Υπάρχουν υψηλά μισθώματα σε κάποιες περιοχές
3. Η πλειοψηφία των μισθωμένων κτιρίων προέρχεται από παλιούς διαγωνισμούς και η μίσθωση συνεχίζεται με παρατάσεις χωρίς νέους διαγωνισμούς
4. Υπάρχουν περιπτώσεις ακατάλληλων κτιρίων
5. Δεν έχουν αξιοποιηθεί δημόσια κτίρια που θα μπορούσαν να μειώσουν τις λειτουργικές δαπάνες σε κάποιες περιοχές
6. Δεν έχει υπάρξει ο ανάλογος συντονισμός με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προκειμένου να αξιοποιηθούν καλύτερα τα από κοινού χρησιμοποιούμενα κτίρια



**ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΙΣΘΩΜΕΝΩΝ, ΜΕ ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΙΔΙΟΚΤΗΤΩΝ ΑΚΙΝΗΤΩΝ
ΠΟΥ ΣΤΕΓΑΖΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ**

Α/ Α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΚΙΝΗΤΟΥ	ΠΛΗΘΟΣ ΚΤΙΡΙΩΝ	ΔΑΠΑΝΗ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΜΙΣΘΩΣΗΣ (€)
1	Μισθωμένα	329	1.102.324,68
2	Κτίρια που παραχωρήθηκε η χρήση τους από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	81	
3	Ιδιόκτητα κτίρια	10	
	ΣΥΝΟΛΟ	420	

Ως εκ τούτου, προτείνεται:

- ✓ Να αξιοποιηθούν κτίρια Ταμείων που υπάγονται στον ΕΟΠΥΥ τα οποία δεν έχουν ακόμα παραχωρηθεί προς χρήση (ΔΕΗ, ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ)
- ✓ Να αξιοποιηθούν κρατικά κτίρια που εκκενώνονται (πχ νοσοκομεία)
- ✓ Να τεθεί πλαφόν στο ύψος των μισθωμάτων κατά τετραγωνικό
- ✓ Να εξορθολογισθούν τα καταβαλλόμενα μισθώματα στις περιπτώσεις που προκύπτει ότι υπερβαίνουν τον μέσο όρο των τιμών της περιοχής
- ✓ Να συστεγασθούν μονάδες (διοικητικές και υγειονομικές) ειδικότερα σε Αττική και Θεσσαλονίκη και σε (8) ακόμα πόλεις όπου υπάρχουν ιδιόκτητα και μισθωμένα κτίρια

Όλα τα παραπάνω μπορούν να υλοποιηθούν σε χρονικό διάστημα (6) μηνών, με κριτήριο οι μονάδες να βρίσκονται σε προσβάσιμα σημεία για τους πολίτες και εξ αυτών να προκύψει οικονομία της τάξεως του 30% στα σημερινά καταβαλλόμενα μισθώματα που είναι της τάξεως των 20.000.000 €, αλλά και στα λειτουργικά έξοδα των κτιρίων.

Πίνακας. Όγκος παρεχόμενων υπηρεσιών από τα δίκτυα ΠΦΥ.

ΤΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΛΗΣ ΑΞΙΟΥ (ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ)	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	124 ιατροί
	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ	480.000 επισκέψεις ετησίως
	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	200.000 εξετάσεις ετησίως
	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	20.000 εξετάσεις ετησίως

ΤΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ (ΑΤΤΙΚΗ)	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	191 ιατροί
	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ	500.000 επισκέψεις ετησίως
	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	80.000 εξετάσεις ετησίως
	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	40.000 εξετάσεις ετησίως

Πρόληψη

Η εισαγωγή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για την ανίχνευση υποκλινικών μορφών για τα μείζονα νοσήματα, όπως αυτά που σχετίζονται με τα νεοπλάσματα και τον αγγειακό κίνδυνο (καρκίνος παχέος εντέρου, μαστού, τραχήλου, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και εκτίμηση αγγειακού κινδύνου) παρουσιάζεται ως επιτακτική ανάγκη πλέον στα πλαίσια του ελέγχου των παραγόντων κινδύνου και της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων.

Η αναγκαιότητα αυτή επιτείνεται εξαιτίας του γεγονότος ότι από επιδημιολογική άποψη η χώρα έχει εισέλθει προ πολλού στην περιοχή των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων και στη δεδομένη στιγμή παρατηρείται αδυναμία αποτελεσματικού ελέγχου των νοσημάτων αυτών, όπως φαίνεται από τη μη ικανοποιητική εξέλιξη των δεικτών αποτρεπτής θνησιμότητας.

Η εισαγωγή ενός εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου υπό πλήρη ασφαλιστική κάλυψη και η ταυτόχρονη απομάκρυνση από τον περιστασιακό έλεγχο, ο οποίος είναι δαπανηρός και αναποτελεσματικός, δύναται να ελέγχεται από το σώμα ελεγκτικής ιατρικής και αναμένεται να μεταβάλλει το καταναλωτικό πρότυπο υγείας και να προσδώσει μείζονα και θετική αξία σε ιατρικούς και οικονομικούς όρους με βάση αναφοράς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Προϋπολογισμός ανά νομό και κατηγορία δαπάνης με βάση την εξίσωση του σφαιρικού προϋπολογισμού των δικτύων ΠΦΥ											
Νομός	Πολλαπλασιαστής	Προϋπολογισμός (€)	προϋπολογισμός (%)	Πληθυσμός (%)	διαγνωστικές και εργαστηρικές εξετάσεις (€)	συμβεβλημένοι ιατροί (€)	οδοντιατρική περίθαλψη (€)	Μισθοί ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας) και ΕΟΠΥΥ (€)	φαρμακευτική περίθαλψη (€)	λοιπές δαπάνεςυγείας (€)	υγείας ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας) και ΕΟΠΥΥ (€)
ΑΘΗΝΑ	0,2761	1.151.446.397	27,61%	30,10%	102.139.282	22.636.273	4.692.886	178.111.584	723.532.588	65.534.219	54.799.565
ΑΙΤΩΛΙΑ ΚΑΙ ΑΚΑΡΝΑΝΙΑ	0,0184	76.634.665	1,84%	1,93%	6.797.893	1.506.560	312.336	11.854.240	48.154.805	4.361.638	3.647.192
ΑΡΓΟΛΙΔΑ	0,0124	51.868.100	1,24%	0,91%	4.600.970	1.019.674	211.396	8.023.221	32.592.278	2.952.057	2.468.503
ΑΡΚΑΔΙΑ	0,0090	37.696.515	0,90%	0,78%	3.343.877	741.075	153.638	5.831.089	23.687.301	2.145.486	1.794.050
ΑΡΤΑ	0,0047	19.754.402	0,47%	0,62%	1.752.318	388.352	80.512	3.055.711	12.413.043	1.124.316	940.150
ΑΧΑΪΑ	0,0248	103.251.598	2,48%	3,08%	9.158.954	2.029.822	420.817	15.971.482	64.880.046	5.876.533	4.913.944
ΒΟΙΩΤΙΑ	0,0098	40.858.130	0,98%	1,11%	3.624.329	803.230	166.523	6.320.143	25.673.960	2.325.428	1.944.518
ΓΡΕΒΕΝΑ	0,0042	17.697.855	0,42%	0,28%	1.569.892	347.922	72.130	2.737.594	11.120.774	1.007.268	842.275
ΔΡΑΜΑ	0,0128	53.341.200	1,28%	0,89%	4.731.642	1.048.634	217.400	8.251.088	33.517.927	3.035.898	2.538.611
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ	0,0132	55.139.665	1,32%	1,74%	4.891.175	1.083.990	224.730	8.529.284	34.648.026	3.138.257	2.624.204
ΕΒΡΟΣ	0,0174	72.729.888	1,74%	1,32%	6.451.519	1.429.796	296.421	11.250.229	45.701.167	4.139.399	3.461.356
ΕΥΒΟΙΑ	0,0215	89.617.150	2,15%	1,83%	7.949.507	1.761.783	365.248	13.862.436	56.312.590	5.100.533	4.265.054
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑ	0,0014	5.997.539	0,14%	0,17%	532.013	117.906	24.444	927.730	3.768.665	341.348	285.435
ΖΑΚΥΝΘΟΣ	0,0039	16.298.143	0,39%	0,36%	1.445.730	320.405	66.425	2.521.080	10.241.239	927.604	775.660
ΗΛΕΙΑ	0,0123	51.364.510	1,23%	1,59%	4.556.299	1.009.774	209.343	7.945.324	32.275.837	2.923.395	2.444.537
ΗΜΑΘΙΑ	0,0177	74.030.078	1,77%	1,28%	6.566.853	1.455.357	301.720	11.451.349	46.518.165	4.213.399	3.523.235
ΗΡΑΚΛΕΙΟ	0,0353	147.064.309	3,53%	2,68%	13.045.369	2.891.136	599.382	22.748.655	92.410.572	8.370.120	6.999.075
ΘΕΣΣΑΛΩΝΙΚΗ	0,0054	22.517.693	0,54%	0,38%	1.997.442	442.676	91.774	3.483.161	14.149.446	1.281.591	1.071.664
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	0,0887	369.907.693	8,87%	10,27%	32.812.735	7.272.012	1.507.612	57.219.203	232.438.323	21.053.183	17.604.624
ΙΩΑΝΝΙΝΑ	0,0112	46.756.590	1,12%	1,66%	4.147.553	919.187	190.563	7.232.547	29.380.366	2.661.137	2.225.237
ΚΑΒΑΛΑ	0,0180	75.254.331	1,80%	1,24%	6.675.450	1.479.424	306.710	11.640.723	47.287.447	4.283.077	3.581.499
ΚΑΡΔΙΤΣΑ	0,0142	59.244.917	1,42%	1,02%	5.255.332	1.164.695	241.461	9.164.305	37.227.636	3.371.906	2.819.580
ΚΑΣΤΟΡΙΑ	0,0059	24.546.039	0,59%	0,47%	2.177.361	482.550	100.041	3.796.906	15.423.956	1.397.030	1.168.194
ΚΕΡΚΥΡΑ	0,0091	37.864.486	0,91%	1,17%	3.358.777	744.378	154.322	5.857.071	23.792.849	2.155.046	1.802.044
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑ	0,0019	7.860.699	0,19%	0,34%	697.285	154.533	32.037	1.215.933	4.939.415	447.389	374.106
ΚΙΛΚΙΣ	0,0088	36.910.163	0,88%	0,76%	3.274.123	725.617	150.433	5.709.452	23.193.182	2.100.731	1.756.626
ΚΟΖΑΝΗ	0,0141	58.845.168	1,41%	1,37%	5.219.872	1.156.837	239.832	9.102.470	36.976.447	3.349.155	2.800.556
ΚΟΡΙΝΘΙΑ	0,0142	59.293.062	1,42%	1,30%	5.259.603	1.165.642	241.657	9.171.752	37.257.889	3.374.646	2.821.872
ΚΥΚΛΑΔΕΣ	0,0088	36.891.680	0,88%	0,99%	3.272.484	725.253	150.357	5.706.593	23.181.568	2.099.679	1.755.747
ΛΑΚΩΝΙΑ	0,0057	23.915.722	0,57%	0,82%	2.121.449	470.159	97.472	3.699.406	15.027.885	1.361.156	1.138.196
ΛΑΡΙΣΑ	0,0327	136.284.373	3,27%	2,54%	12.089.132	2.679.213	555.447	21.081.160	85.636.800	7.756.583	6.486.037
ΛΑΣΙΘΙ	0,0072	29.891.342	0,72%	0,67%	2.651.517	587.634	121.826	4.623.745	18.782.776	1.701.257	1.422.587
ΛΕΣΒΟΣ	0,0095	39.502.949	0,95%	0,94%	3.504.117	776.588	161.000	6.110.517	24.822.407	2.248.298	1.880.022

Πίνακας. Προϋπολογισμός δικτύων του ΔΠΦΥ: το παράδειγμα της Αρκαδίας

ΔΠΦΥ Αρκαδίας	Προϋπολογισμός (€)
Βόρειας Κυνουρίας	4.783.577
Γορτυνίας	5.156.307
Μεγαλόπολης	4.558.618
Νότιας Κυνουρίας	3.150.664
Τρίπολης	20.047.351
Νομός Αρκαδίας	37.696.515

Χρηματοδότηση

Η συμβολή της γενικής φορολογίας

Παρά την προφανή δημοσιονομική δυσκαμψία η κρατική επιχορήγηση είναι αναγκαίο να επανεξετασθεί σε συνδυασμό με τις επιχορηγήσεις του κρατικού προϋπολογισμού προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα, δεδομένου ότι αυτή η ροή δεν προάγει την αποδοτικότητα ενώ αναπαράγει τις περιφερειακές ανισότητες.

Σε κάθε περίπτωση η επανεξέταση της κρατικής επιχορήγησης οφείλει να προσδιοριστεί σε συνεργασία με τα άλλα χρηματοδοτικά μέσα και κατά συνέπεια μια πραγματιστική εκτίμηση μπορεί να συγκλίνει στο επίπεδο του 0,6-1,0% του ΑΕΠ (1,2-2,0 δις €). Στην περίπτωση αυτή είναι χρήσιμο να επανεξετασθεί το θέμα σε σχέση με τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και τη μεταφορά πόρων προς τη πρωτοβάθμια φροντίδα.

Υπό την έννοια αυτή είναι αναγκαίος ο επανασχεδιασμός και η συνολική κρατική επιχορήγηση να αποδίδεται βαθμιαία και σταδιακά στον ΕΟΠΥΥ, δια του οποίου στο πλαίσιο εφαρμογής κλειστών προϋπολογισμών ένα σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης να προάγει τον εσωτερικό ανταγωνισμό και την αποδοτική χρήση των πόρων.

Αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών

Η οικονομική συγκυρία καθιστά τις ασφαλιστικές εισφορές προς τον ΕΟΠΥΥ παρακινδυνευμένες και επισφαλείς, με αποτέλεσμα η ανάγκη αναπροσαρμογής να είναι επιτακτική.

Δεδομένου ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων της χώρας εργάζονται σε επιχειρήσεις πολύ μικρές και μικρές, προτείνεται το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών για κάθε επιχείρηση να καθορίζεται αντιστρόφως ανάλογα του πλήθους των εργαζομένων αυτής, ώστε να τονωθεί μακροοικονομικά η απασχόληση και ευθέως ανάλογα της προστιθέμενης αξίας των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών, ώστε να σταθεροποιηθεί η απασχόληση και να διασφαλίζεται η καταβολή των εισφορών.

Κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος

Μια εναλλακτική πρόταση αποτελεί η εισαγωγή «κοινωνικού ΦΠΑ», μέσω της αντικατάστασης μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από τα έσοδα που προέρχονται από τον ΦΠΑ.

Ειδικότερα, προτείνεται η μετακύληση μέρους του υφιστάμενου ΦΠΑ ως έμμεσου ειδικού φόρου προορισμού, ο οποίος μπορεί να αποδίδεται αποκλειστικά στην κοινωνική ασφάλιση.

Ως κύρια πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής καταγράφονται:

- μείωση κόστους εργασίας
- μείωση κόστους παραγωγής των εγχώριων προϊόντων
- δεν επηρεάζεται (όσο οι εισφορές) από την ανεργία/ύφεση
- δεν επιβαρύνει τις επιχειρήσεις έντασης εργασίας και δύναται να τονώσει την απασχόληση
- μεταφέρει «εντός του συστήματος» τις απολεσθείσες εισφορές λόγω μαύρης εργασίας
- δημιουργεί εισροές από μη χρήστες του συστήματος (π.χ. τουρισμός).
- βελτιώνει το ισοζύγιο
- επεκτείνει τις πηγές χρηματοδότησης

Ειδική φορολογία

Η ειδική φορολόγηση προϊόντων (earmarked taxes) με αποδεδειγμένη αρνητική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού, αποτελεί μια επιπλέον παρέμβαση προς την κατεύθυνση ανεύρεσης πόρων για επενδύσεις στην υγεία και, επιπλέον, συμβάλλει στη μείωση της ζήτησης και συνεπώς της κατανάλωσης βλαπτικών για την υγεία προϊόντων.

Ως, εκ τούτου μπορεί να εξετασθεί η αύξηση του φόρου (α) στον καπνό, (β) τα οινόπνευματώδη ποτά, (γ) τα αναψυκτικά με υψηλή συγκέντρωση σακχάρου και (δ) στα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε άλας και κορεσμένα λιπαρά, και η μεταφορά των εσόδων από την επιβολή του πρόσθετου φόρου στον ΕΟΠΥΥ.

Βιβλιογραφία



Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. Τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία: Συγκλίσεις προς μια ενιαία υγειονομική αγορά. Στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. Μπεαζόγλου Τ., Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, 2000

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Οικονομική Κρίση και Υγεία.2010, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις στην Υγεία και την Υγειονομική Περίθαλψη, 2012, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, 2013, διαθέσιμο στο: http://www.nsph.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου στην Ελλάδα. Αθήνα.2010, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_ereynes_toy

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Η Αναζήτηση της Αποδοτικότητας ως Προϋπόθεση της Υγειονομικής Ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας. 2011, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

Τσιάντου Β. Κυριόπουλος Γ.«Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη». ΑρχείαΕλληνικήςΙατρικής, 2010;27(5):834-840

Bartley M, Blane D, Montgomery S. "Health and the life course: Why safety nets matter". *BrMedJ*, 1997; 314:1194–1196

Ellwood PM Jr."Health maintenance organizations.Concept and strategy."Hospitals. 1971 Mar16;45(6):53-6.

Enthoven, A.C., (1978).Consumer-choice health plan. *New England Journal of Medicine*,28:650-658, 709-20

HurtJT."TheInverseCareLaw".*Lancet* 1971; i: 405-12

Nonnemaker L et al. Physician Payment: Current System and Opportunities for Reform. AARP PublicPolicy Institute. April 2009.

Pauly M., "Market power, Monopsony and Health Insurance Markets".*Journal of Health Economics*, 1988; 7: 111-128

Roemer, M. "Bed Supply and Hospital Utilization: a Natural Experiment".*Hospitals* 1961; 35: 36-42.

Smith J, Curry N Commissioning. In *Understanding New Labour"s Market Reforms of the EnglishNHS*. Edited by Dixon A, Jones L. London: King"s Fund; 2011.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. "The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis". *Lancet*, 2009;374:315–323

The John Hopkins primary care policy center. Primary care assessment tools. http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html [προσπελάσθηκε 9/2013]

Van de Ven, W.P.M.M. (1993). Regulated competition in health care: lessons for Europe from the Dutch 'Demonstration Project', Keynote address at the European Healthcare Management Association Conference, Warsaw, Poland

Van Doorslaer E, Wagstaff A, Bleichrodt H, Calonge S, Gerdtham UG, Gerfin-Metal "Income related inequalities in health: some international comparisons". *J Health Econ*, 1997;16:93–112