



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΑ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ**

**ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ**

***«Ο ρόλος των Ταμείων Υγείας σε ένα σύγχρονο σύστημα διακυβέρνησης στα συστήματα υγείας: Διδάγματα από βέλτιστες πρακτικές χωρών της ΕΕ για την μετεξέλιξη του ΕΟΠΥΥ.»***

**ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

**Επιβλέπων: Μπουρσανίδης Χρήστος**

**Σπουδαστής: Βαλσαμάκης Κωνσταντίνος**

**ΑΘΗΝΑ – Οκτώβριος 2017**

Στην παρούσα εργασία, επιχειρήθηκε η μελέτη της έννοιας της Καθολικής Κάλυψης Υγείας σε συνάρτηση με την κοινωνική δικαιοσύνη, και της έννοιας της Διακυβέρνησης. Για την καλύτερη κατανόηση των δύο εννοιών, χρησιμοποιήθηκαν παραδείγματα χωρών που διακρίνονται για την παρουσία τους στα δύο αντικείμενα.

Επιπροσθέτως, μελετήθηκε η περίπτωση του ΕΟΠΥΥ και ο ρόλος που έχει αναλάβει σήμερα προσπαθώντας να δοθεί μια απάντηση στο ερώτημα «αν ο ΕΟΠΥΥ σήμερα καλύπτει το ρόλο που καλείται να παίξει».

Τέλος, προτείνονται κάποιες προσεγγίσεις – λύσεις (κάποιες ήδη γνωστές, κάποιες περισσότερο φιλόδοξες) με σκοπό τον περεταίρω προβληματισμό και εμπάθυνση.

### Abstract

In this paper, it was attempted to study the concept of Universal Health Coverage in relation to the social justice and the concept of Governance. For a better understanding of the two concepts, examples of countries distinguished for their performance were used.

In addition, the case of EOPYY and its role today has been studied, together with trying to answer the question whether EOPYY today serves the role it is called upon to play.

Finally, some approaches – solutions (some already known, some more ambitious) are proposed for further reflection and deepening.

ΕΟΠΥΥ, Καθολική Κάλυψη Υγείας, Διακυβέρνηση, Εσθονία

EOPYY, Universal Health Coverage, Governance, Estonia

## Ευχαριστίες



Με την ευκαιρία συγγραφής της παρούσας μελέτης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους δασκάλους που είχα από τα πρώτα μου χρόνια στο σχολείο μέχρι και σήμερα. Χωρίς αυτούς δεν θα ήμουν ο ίδιος...

Ιδιαίτερος ευχαριστώ τον δάσκαλο Χρήστο Μπουρσανίδη, γιατί αν και η γνωριμία μας είναι μικρή, ο αντίκτυπός της είναι μεγάλος...

## Περιεχόμενα



<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	8
1.1. Τοποθέτηση του θέματος στο σήμερα .....	8
1.2. Σκοπός και στόχος της εργασίας: Το αίτημα για κοινωνική δικαιοσύνη .....	9
1.3. Κοινωνικά δικαιώματα και συνταγματική τους κατοχύρωση.....	11
1.4. Κριτική στο κράτος πρόνοιας .....	11
1.5. Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε .....	13
1.6. Επισκόπηση εργασίας .....	13
<b>2. Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ</b> .....	15
2.1. Κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα – Ορόσημα .....	15
2.1.1. Η περίοδος ολοκλήρωσης του θεσμού (1975-1989).....	16
2.1.2. Η περίοδος των παρεμβάσεων (1990 έως 2008) .....	16
2.2. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (ν. 3918/2011).....	16
2.3. Στρατηγικός αγοραστής ή πάροχος υπηρεσιών υγείας (ν. 4238/2014).....	18
<b>3. ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ</b> .....	20
3.1. Κοινωνική ασφάλεια και Καθολική Κάλυψη Υγείας.....	20
3.2. Το αίτημα για Καθολική Κάλυψη Υγείας .....	21
3.2.1. Οι τρεις διαστάσεις της καθολικής κάλυψης υγείας .....	21
3.2.2. Δείκτης Κοινωνικής Δικαιοσύνης .....	23
3.3. Κοινωνική Δικαιοσύνη και Υγεία .....	24
3.4. Καθολική Κάλυψη Υγείας – Το παράδειγμα της Γαλλίας.....	27
3.4.1. Το σκέλος της χρηματοδότησης.....	27
3.4.2. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων .....	29
3.4.3. Η σημασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα.....	30
3.4.4. Η σημασία του ελέγχου .....	30
3.5. Πλήρης πρόσβαση στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα – Ο ν. 4368/2016 .....	31
Η ανάλυση των αριθμών .....	32
3.6. Priority Setting: Ποιος ορίζει το «πακέτο» παροχών και τι συμπεριλαμβάνει αυτό στη χώρα μας; .....	34
3.7. Είναι σήμερα ο ΕΟΠΥΥ ικανός να παίζει τον κομβικό του ρόλο; .....	36
<b>4. ΎΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	39
4.1. Τι είναι δημόσια διακυβέρνηση .....	39
4.1.1. Δείκτες διακυβέρνησης.....	40
4.1.2. Πώς βελτιώνεται η διακυβέρνηση;.....	44
4.1.3. Διακυβέρνηση υγείας ή διακυβέρνηση για την υγεία; .....	45

4.1.4.	Διακυβέρνηση και συστήματα υγείας.....	46
4.1.5.	Πολυπλοκότητα στη διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας .....	46
4.2.	Στόχοι των συστημάτων υγείας.....	47
4.2.1.	Η υγεία του πληθυσμού .....	47
4.2.2.	Οικονομική προστασία των πολιτών και κοινωνική ασφάλεια .....	48
4.2.3.	Ικανοποίηση των πολιτών.....	48
4.3.	Βασικές αρχές δημοσίων οργανισμών .....	48
4.4.	Βασικό πλαίσιο αρχών διακυβέρνησης – TAPIC Vs. Savedoff.....	49
4.4.1.	TAPIC - European Observatory on Health Systems and Policies .....	49
4.4.2.	Ικανότητα πολιτικής (policy capacity).....	50
4.4.3.	Ακεραιότητα (integrity).....	50
4.4.4.	Συμμετοχή (participation) .....	51
4.4.5.	Διαφάνεια (Transparency).....	51
4.4.6.	Η αρχή της λογοδοσίας (Accountability) .....	53
4.4.7.	Η προσέγγιση του William D. Savedoff.....	55
4.5.	Διακυβέρνηση και ισότητα στην υγεία .....	55
4.6.	Το παράδειγμα της Εσθονίας .....	56
4.6.1.	Η δημόσια διοίκηση στην Εσθονία – e-estonia.....	57
4.6.2.	Οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας στην Εσθονία.....	58
4.6.3.	Οι αλλαγές στη λειτουργία της χρηματοδότησης.....	58
4.6.4.	Η διαφάνεια και η λογοδοσία στο εσθονικό μοντέλο υγείας .....	59
4.6.5.	Αντιμετώπιση των αντιδράσεων.....	61
<b>5.</b>	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΔΑΓΜΑΤΑ .....</b>	<b>62</b>
5.1.	Συμπεράσματα και διδάγματα από την Καθολική Κάλυψη Υγείας .....	62
5.2.	Συμπεράσματα και διδάγματα από τη μελέτη της Δημόσιας Διακυβέρνησης.....	63
5.3.	ΕΟΠΥΥ – Η περίπτωση της χώρας μας .....	63
<b>6.</b>	<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>68</b>
6.1.	Μετεξέλιξη του ΕΟΠΥΥ σε ένα Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας .....	68
6.2.	Πρόταση φορολόγησης .....	69
6.3.	Μια δομική αλλαγή φιλοσοφίας.....	70
6.4.	Στο δρόμο για περισσότερη Ευρώπη.....	71
	Βιβλιογραφία – Αρθρογραφία.....	74
	Νόμοι.....	76
	Ιστοσελίδες .....	76
	Παράρτημα .....	78

Εικόνα 1: Έρευνα “Global Wealth 2017” .....	9
Εικόνα 2: Χάρτης χωρών σε υπερβολική φτώχεια .....	10
Εικόνα 3: Οι τρεις διαστάσεις της Καθολικής Κάλυψης Υγείας.....	22
Εικόνα 4: Δείκτης Κοινωνικής Δικαιοσύνης .....	24
Εικόνα 5: Δείκτης Κοινωνικής Δικαιοσύνης / Υγεία .....	25
Εικόνα 6: Δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και καθυστέρησης .....	26
Εικόνα 7: Η κατανομή των στοχευμένων (earmarked) φόρων.....	28
Εικόνα 8: Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Γαλλίας.....	29
Εικόνα 9: Περίθαλψη ανασφάλιστων για την Αθήνα.....	34
Εικόνα 10: Πολυεπίπεδο σύστημα διακυβέρνησης .....	35
Εικόνα 11: Η σχέση των τριών λειτουργιών των συστημάτων υγείας.....	37
Εικόνα 12: Δείκτης Ελευθερίας .....	42
Εικόνα 13: Δείκτης Πολιτικής σταθερότητας.....	42
Εικόνα 14: Αποτελεσματικότητα της Διακυβέρνησης.....	42
Εικόνα 15: Δείκτης Ποιότητας Ρυθμιστικού Πλαισίου .....	43
Εικόνα 16: Δείκτης Κράτος Δικαίου .....	43
Εικόνα 17: Δείκτης Διαφθοράς.....	43
Εικόνα 18: Σχέσεις λειτουργιών, αρχών και στόχων σε ένα σύστημα υγείας.....	49
Εικόνα 19: Χρόνος που σώθηκε από την εφαρμογή e-governance στην Εσθονία.....	57
Εικόνα 20: Ιατρικές δαπάνες για παθήσεις του αναπνευστικού .....	59
Εικόνα 21: ασφαλισμένοι ανά περιφέρεια .....	60
Εικόνα 22: Έκθεση ανταγωνιστικότητας Ελλάδας I .....	64
Εικόνα 23: Έκθεση ανταγωνιστικότητας Ελλάδας II .....	65
Εικόνα 24: Έσοδα από φορολογία .....	69
Εικόνα 25: Δαπάνες υγείας.....	71
Εικόνα 26: Προτεινόμενοι δείκτες διακυβέρνησης υγείας.....	79
Εικόνα 27: Το σύστημα υγείας της Εσθονίας.....	80
Εικόνα 28: Στρατηγικοί στόχοι EHIF 2016.....	81
Εικόνα 29: Εκτέλεση προϋπολογισμού EHIF .....	82

ΕΣΔΔΑ



Κωνσταντίνος Βαλσαμάκης

©

2017

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθοιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής

Αθήνα \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Υπογραφή

# 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Με την παρούσα εργασία θα γίνει μια απόπειρα προσέγγισης του σύγχρονου ρόλου που οφείλει ο ΕΟΠΥΥ να αναλάβει σήμερα, υπό το πρίσμα της καθολικής κάλυψης υγείας, όπως αυτή ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, και της σύγχρονης διακυβέρνησης των δομών υγείας μελετώντας παράλληλα και καλές πρακτικές άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

## *1.1. Τοποθέτηση του θέματος στο σήμερα*

Η υγεία και οι πολιτικές που εφαρμόζονται από τις κυβερνήσεις, αποτελούν ένα από τα πολυπλοκότερα προβλήματα που μια κοινωνία αντιμετωπίζει. Πολλά λειτουργικά διαφοροποιημένα και δυναμικά υποσυστήματα (νοσοκομεία, γιατροί, ασφαλιστικά ταμεία, προμηθευτές, φαρμακευτικές εταιρείες, πρωτοβάθμια φροντίδα κ.α.) καλούνται να συλλειτουργήσουν άψογα για το καλό του πολίτη. Επιπλέον όμως, στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια βιώνουμε μια πρωτοφανή οικονομική κρίση που δεν άφησε ανεπηρέαστο τον τομέα της υγείας, δημιουργώντας επιπρόσθετα προβλήματα σε ένα ήδη βεβαρημένο και εν πολλοίς προβληματικό σύστημα υγείας. Συνεπώς, το ζητούμενο είναι ο βέλτιστος συντονισμός των υποσυστημάτων, σε καθεστώς οικονομικής κρίσης αλλά και των μεταρρυθμίσεων που ως κοινωνία συνολικά καλούμαστε να εφαρμόσουμε, με απώτερο στόχο την καλύτερη δυνατή απόδοση του συστήματος υγείας συνολικά.

Τα αποτελέσματα των προηγούμενων δεκαετιών, μετά τη μεταπολίτευση, με τη συσσώρευση ελλειμμάτων στο σύνολο του δημόσιου τομέα και άρα και στο χώρο της υγείας είναι εμφανή. Επίσης, δεν πρέπει να μείνει εκτός εικόνας και η επί χρόνια κακοδιοίκηση των ασφαλιστικών ταμείων της χώρας, αφού οι εκάστοτε διοικήσεις δεν έδειχναν πάντα να ενδιαφέρονται για την ορθολογικοποίηση των εσόδων και των εξόδων. Τα αποτελέσματα είναι γνωστά, αφού τα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς των παρόχων υπηρεσιών υγείας ακολούθησε η αδυναμία πληρωμών των προμηθευτών και η καινούρια δημιουργία ελλειμμάτων στους προμηθευτές και η μεταφορά όλου αυτού του καθοδικού σπινάλ στην αγορά και τη δημιουργία ενός «φαύλου κύκλου χρέους» (Μπουρσανίδης, 2014).

Σε αυτό το σημείο, πρέπει να γίνει αναφορά στις θυσίες του ελληνικού λαού. Περικοπές σε μισθούς και συντάξεις, αυξήσεις φόρων και εισφορών, βίαιες μεταρρυθμίσεις στα όρια πολλές φορές των περιθωρίων ανοχής της κοινωνίας ενώ



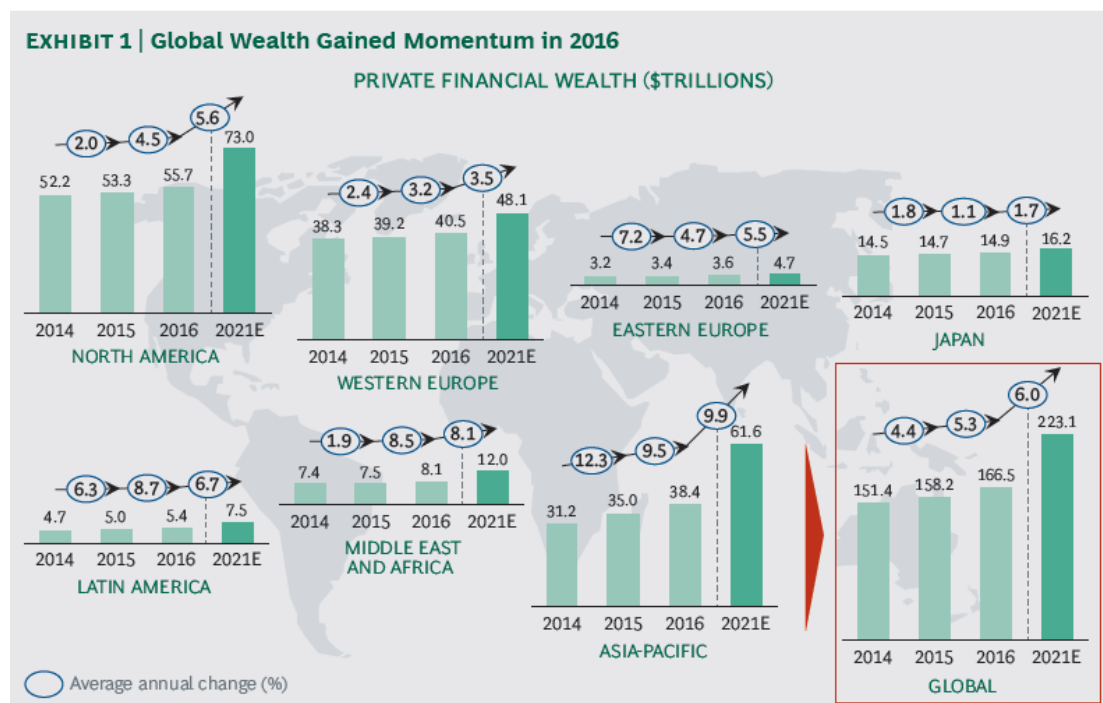
στον τομέα της δημόσιας υγείας, οι μεταρρυθμίσεις που οι λεγόμενες «μνημονιακές κυβερνήσεις» αναγκάστηκαν να προχωρήσουν, είναι τόσο βαθιές και απότομες που οι δυσλειτουργίες που κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν είναι πολλές φορές εφάμιλλες των καινούριων δυσλειτουργιών που δημιουργήθηκαν από τις ίδιες τις μεταρρυθμίσεις<sup>1</sup>.

### 1.2. Σκοπός και στόχος της εργασίας: Το αίτημα για κοινωνική δικαιοσύνη

Με την παρούσα εργασία, θα επιχειρηθεί μια σύνδεση αιτήματος για κοινωνική δικαιοσύνη με τα θέματα της υγείας και των ασφαλιστικών ταμείων.

Σήμερα, όπως φαίνεται άλλωστε σε πολλές έρευνες<sup>2</sup>, αυξάνονται ταχέως οι εκατομμυριούχοι παγκοσμίως, ενώ παράλληλα πληθαίνουν οι άστεγοι, οι μακροχρόνια άνεργοι και οι απασχολούμενοι σε ευέλικτες μορφές εργασίας και μεγαλώνει το ποσοστό ανθρώπων που λόγω φτώχειας ή κλιματικών αλλαγών αναγκάζεται να μεταναστεύσει. Γενικά το χάσμα μεταξύ πλουσίων και φτωχών φαίνεται να μεγαλώνει. Σύμφωνα με τη θεωρία της αγοράς, το αποτέλεσμα που θα προκύψει από τη λειτουργία του μηχανισμού της αγοράς είναι δίκαιο.

Εικόνα 1: Έρευνα “Global Wealth 2017”



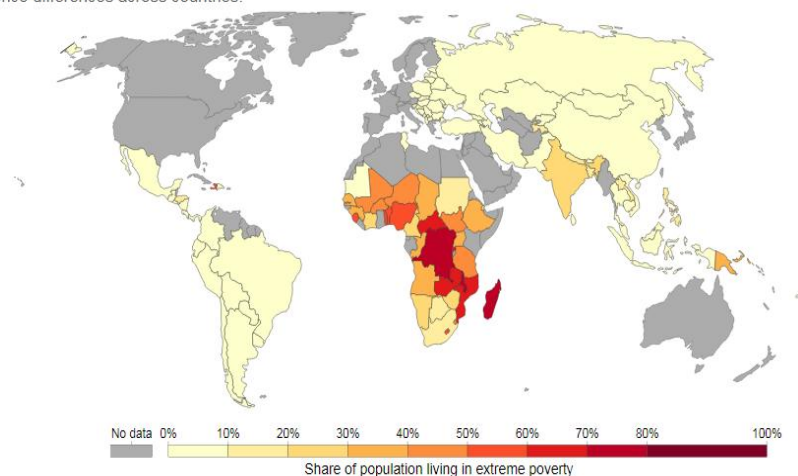
Πηγή: Boston Consulting Group

<sup>1</sup> Για παράδειγμα τα γνωστά claw back και rebate στο πεδίο της αγοράς φαρμάκων

<sup>2</sup> Για παράδειγμα η έρευνα Global Wealth 2017 της Boston Consulting Group, όπου αναλύεται και παρουσιάζεται πώς ο αριθμός των εκατομμυριούχων σε όλο τον πλανήτη, αυξήθηκε το 2015 κατά 8%, και είναι πλέον 18 εκατομμύρια ενώ κατέχουν το 45% του παγκόσμιου πλούτου, δηλαδή 166,5 τρις. Δολάρια!

## Share of the population living in extreme poverty, 2014

Extreme poverty is defined as living with per capita household consumption below 1.90 international dollars per day (in 2011 PPP prices). International dollars are adjusted for inflation and for price differences across countries.



Πηγή: World Bank, 2014

Τότε όμως πολλοί είναι εκείνοι που, αποκλεισμένοι από τους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς, βιώνουν όχι μόνο περιορισμό των επιλογών τους αλλά αληθινή φτώχεια. Όπως είναι αντιληπτό, η φτώχεια και οι περιορισμένες επιλογές, είναι οι δύο συνθήκες που οδηγούν με βεβαιότητα στην κοινωνική ανισότητα. Επομένως τι συμβαίνει με το αίτημα για κοινωνική δικαιοσύνη; Γίνεται αντιληπτό, ότι όταν μιλάμε για κοινωνική ανισότητα ή κοινωνική δικαιοσύνη, αναφερόμαστε μεταξύ άλλων και στο δικαίωμα των πολιτών για ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, πρόσβαση δηλαδή που να μην εξαρτάται από το ύψος του εισοδήματός τους ή/και από την κοινωνική τους θέση. Οι λειτουργίες του κοινωνικού κράτους σκοπό έχουν ακριβώς την αναδιανομή των εισοδημάτων των πολιτών, ώστε κατά αυτό τον τρόπο να επιτυγχάνεται, όσο γίνεται, η κοινωνική δικαιοσύνη.

*«Γιατί ένα μωρό που γεννιέται στην Ελλάδα, μια χώρα με μέσο εισόδημα μόλις στο μισό από το αντίστοιχο των ΗΠΑ, έχει μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με ένα μωρό που γεννιέται εκεί; Για ποιον λόγο οι Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ είναι η πιο πλούσια δημοκρατία στον κόσμο, δαπανούν περισσότερα για την υγειονομική περίθαλψη από οποιαδήποτε άλλη χώρα; Γιατί ψυχολογικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη είναι τρεις φορές συχνότερες στις ΗΠΑ απ'ό,τι στην Ιαπωνία; Γιατί η παχυσαρκία στη Βρετανία είναι διπλάσια απ'ό,τι στη Σουηδία; Η απάντηση σε όλα αυτά τα ερωτήματα είναι μία: η κοινωνική και εισοδηματική ανισότητα ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις»* (ΤΟ ΒΗΜΑ, 2016). Ο Richard Wilkinson, συγγραφέας του “The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better”, υποστηρίζει ότι

«χώρες που είναι φτωχότερες αλλά με πιο εξισορροπημένη κατανομή του πλούτου είναι πιο «υγιείς» από πιο πλούσιες αλλά πιο άνισες σε εισοδηματικό επίπεδο».

Στο παραπάνω πλαίσιο εντάσσεται και η προσπάθεια για Καθολική Κάλυψη Υγείας από ένα σύγχρονο σύστημα υγείας, αφού μέσα από αυτή επιτυγχάνεται αρχικά η αναδιανομή των εισοδημάτων και ικανοποιείται η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης στις τέσσερις βασικές μορφές της: αναδιανεμητική αλληλεγγύη, αλληλεγγύη των γενεών, αλληλεγγύη μεταξύ των μονομελών και των πολυμελών οικογενειών των ασφαλισμένων και τέλος αναδιανομή μέσω ανάπτυξης μηχανισμών και δομών εξισορρόπησης κινδύνων. (Μπουρσανίδης, 2014)

### *1.3. Κοινωνικά δικαιώματα και συνταγματική τους κατοχύρωση*

Ως κοινωνικά δικαιώματα, εννοούμε μια σειρά δικαιωμάτων που προέκυψαν και κατοχυρώθηκαν τον 20<sup>ο</sup> αιώνα στη δημόσια συζήτηση όπως πχ υγεία, ασφάλιση, παιδεία, εργασία κ.α.<sup>3</sup>

Η πρώτη ουσιαστική συνταγματική καταγραφή κοινωνικών δικαιωμάτων βρίσκεται στο Σύνταγμα της Βαϊμάρης<sup>4</sup> και αφορούσε την παιδεία, την κοινωνική πολιτική, τις σχέσεις εργασίας κ.α. Στη χώρα μας, τα κοινωνικά δικαιώματα οριστικά καλύπτονται και συνταγματικά προστατεύονται (χωρίς όμως να παράγουν έννομες συνέπειες), από το άρθρο 25 του Συντάγματος, όπου γίνεται ρητή αναφορά για «κοινωνικό κράτος δικαίου».

### *1.4. Κριτική στο κράτος πρόνοιας*

Το κράτος πρόνοιας<sup>5</sup> αποτελεί μια ευρεία έννοια που αναφέρεται στην παροχική δράση της πολιτείας, που σκοπό έχει την διευθέτηση ανισοτήτων και την αντιμετώπιση των κοινωνικών κινδύνων των πολιτών. Η κοινωνική δικαιοσύνη, όπως παρουσιάστηκε πιο πάνω, αποτελεί ουσιαστικό τμήμα του κράτους πρόνοιας που σκοπό όπως είδαμε έχει την δίκαιη εισοδηματική αναδιανομή και την αλληλεγγύη.

<sup>3</sup> αφού τα λεγόμενα βασικά δικαιώματα (ελευθερία, ισότητα κ.α.) είχαν ήδη κατοχυρωθεί από την εποχή της Γαλλικής Επανάστασης και συνταγματικά.

<sup>4</sup> Το Σύνταγμα της Βαϊμάρης, θα λέγαμε ότι ήταν μια αναγκαιότητα της εποχής, καθώς η Γερμανία έβγαινε κατεστραμμένη από τον ΑΠΠ και χρειαζόταν ένα στήριγμα για να σταθεί ξανά στα πόδια της. Άλλωστε μην ξεχνάμε ότι οι συντάκτες του, ήθελαν στην ουσία να προλάβουν τυχόν « κομμουνιστική επανάσταση» και ενδεχομένως για αυτό συμπεριέλαβαν τόσο προοδευτικά στοιχεία

<sup>5</sup> Οι όροι κράτος πρόνοιας και κοινωνικό κράτος συχνά παρουσιάζονται ως όμοιοι. Ωστόσο έχουν διαφορετικό νόημα και περιεχόμενο αφού το κράτος πρόνοιας αποτελεί ευρύτερο όρο.

Συνεπώς με τον όρο κράτος πρόνοιας<sup>6</sup> αναφερόμαστε σε μια «μορφή οργάνωσης της σχέσης κράτους και κοινωνίας.» (Κοντιάδης, 1997).

Η χρυσή εποχή του κράτους πρόνοιας ξεκίνησε με το τέλος του ΒΠΠ και συνεχίστηκε μέχρι τις πετρελαϊκές κρίσεις της δεκαετίας του '70 και την κατάργηση του κανόνα του χρυσού από τον πρόεδρο Νίξον. Εμπνευσμένο από τον οικονομολόγο J.M. Keynes και βασισμένο στην αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, το κράτος πρόνοιας εκείνης της περιόδου πέτυχε να αναδιανείμει τα εισοδήματα και να δημιουργήσει μια ευφορία στον (δυτικό) κόσμο, ότι το τέλος της φτώχειας ήταν κοντά, μέσω της κρατικής παρέμβασης πάνω στις «ανορθογραφίες» του συστήματος της ελεύθερης αγοράς.

Το στάδιο της αμφισβήτησης του κράτους πρόνοιας, όπως περιγράφηκε πιο πάνω, ενδυναμώνεται συνεχώς τις δεκαετίες του '70 και του '80, με την παράλληλη άνοδο του "Θατσερισμού", αλλά και της αποδοχής διδαγμάτων οικονομολόγων όπως ο Von Hayek και ο Milton Friedman, με αποτέλεσμα η νεοφιλελεύθερη σκέψη να κυριαρχήσει οδηγώντας σταδιακά σε περιορισμό των κρατικών δαπανών, αφού πάγια κριτική ήταν ότι το κράτος ήταν σπάταλο. Βασικό πρόταγμα ήταν η προσωπική ελευθερία, και ένα μικρό αλλά ισχυρό κράτος περιορισμένο σε ένα επιτελικό και οργανωτικό ρόλο με σκοπό να παρέχει σταθερότητα στις δυνάμεις της αγοράς.

Η κριτική απέναντι στο κράτος πρόνοιας ήταν, ότι τελικά ήταν: α) αναποτελεσματικό (η παγκόσμια φτώχεια δεν καταπολεμήθηκε) β) πατερναλιστικό (δεν άφηνε τους πολίτες να βασιστούν στις δικές τους δυνάμεις, «περιόριζε» τις ελευθερίες και παράλληλα ενθάρρυνε την οκνηρία και την εξάρτηση από το κράτος) γ) υπερβολικά δαπανηρό εξαιτίας των παροχών.

Ως λύση στον κρατικό συγκεντρωτισμό προκρίθηκε η ιδιωτικοποίηση κοινωνικών υπηρεσιών και δομών είτε μέσω πώλησης είτε μέσω ανάθεσης του παραγωγικού έργου του δημόσιου τομέα σε ιδιωτικούς φορείς. Φυσικά στο πλαίσιο αυτό δεν γλύτωσε ούτε το κοινωνικό αγαθό της υγείας.

Συνοψίζοντας την κριτική στο κράτος πρόνοιας, η ευημερία μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από τους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς ενώ δεν μπορεί να έρθει από τα κρατικά επιδόματα ή τις κρατικές ενισχύσεις παρά μόνο μέσα από την οικονομική πρόοδο. (Anthony Giddens, 1998). Τα τελευταία χρόνια, φαίνεται ότι αυτή η προσέγγιση έχει κερδίσει σε αυτόν το άτυπο πόλεμο μεταξύ δύο αντιλήψεων.

---

<sup>6</sup> Για μια μελέτη στους τύπους κράτους πρόνοιας: Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The three worlds of welfare capitalism*

Ωστόσο η χώρα μας βρίσκεται σε μια υστέρηση, αφού την δεκαετία του '80, όταν γίνονταν οι βασικοί μετασχηματισμοί από το κράτος πρόνοιας στο μοντέλο της ελεύθερης αγοράς, στην Ελλάδα έχοντας άλλες ανάγκες, επιλέξαμε το δρόμο της σοσιαλδημοκρατίας και των παροχών του κράτους πρόνοιας. Αποτέλεσμα αυτών των επιλογών είναι σήμερα η Ελλάδα να προσπαθεί να αποδεχθεί και να εφαρμόσει μια σειρά από μεταρρυθμίσεις σχεδόν σε κάθε πεδίο πολιτικής.

### *1.5. Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε*

Στο πλαίσιο συγγραφής της παρούσας μελέτης, χρησιμοποιήθηκε εκτεταμένη βιβλιογραφία και αρθρογραφία τόσο ελληνική όσο και ξένη. Έγινε συστηματική έρευνα σε διαδικτυακές πηγές και χρήση ερευνών και μελετών γνωστών παγκόσμιων ιδρυμάτων και οργανισμών όπως για παράδειγμα η Παγκόσμια Τράπεζα και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Άξιο λόγου είναι ότι το βάρος δόθηκε στην ανάλυση της Καθολικής Κάλυψης Υγείας και στις αρχές της λογοδοσίας και της διαφάνειας όσον αφορά τη διακυβέρνηση.

Τέλος, και προκειμένου να καταλήξουμε σε κάποια χρήσιμα συμπεράσματα, έγινε αναφορά σε παραδείγματα χωρών του εξωτερικού (Γαλλία, Εσθονία) ώστε να μελετήσουμε καλές πρακτικές.

### *1.6. Επισκόπηση εργασίας*

Στα επόμενα κεφάλαια της μελέτης, θα γίνει αρχικά μια παρουσίαση της πορείας που ακολουθήθηκε μέχρι να φτάσουμε στη σημερινή μορφή του ΕΟΠΥΥ.

Στη συνέχεια, και με βάση την αρχή της κοινωνική δικαιοσύνης που αναπτύχθηκε πιο πάνω, θα γίνει μια σύνδεση με τον στόχο της καθολικής κάλυψης υγείας, όπως την ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Προκειμένου να γίνει κατανοητό το θέμα της καθολικής κάλυψης υγείας, θα παρουσιαστεί στα βασικά της σημεία η περίπτωση της Γαλλίας που έχει καταφέρει ήδη από το 2000 να παρέχει σε όλους τους πολίτες και γενικά κατοίκους της Γαλλίας καθολική κάλυψη υγείας.

Ολοκληρώνοντας, θα παρατεθεί ένα κεφάλαιο αφιερωμένο στη διακυβέρνηση και ειδικά στη διακυβέρνηση των υπηρεσιών υγείας, ένα σύγχρονο θέμα που δεν έχει απασχολήσει αρκετά την επιστημονική κοινότητα, και τους ειδικούς τους τομέα υγείας της χώρας μας. Προκειμένου να γίνει κατανοητή και στην πράξη η έννοια της διακυβέρνησης στον τομέα υγείας, θα παρουσιαστεί το παράδειγμα της Εσθονίας που και αυτή έχει επιλέξει όπως και η Ελλάδα, ένα μοντέλο με ένα μόνο ταμείο

ασφαλιστική κάλυψης μετά από μια σταθερή και συστηματική πορεία προς ένα «εθνικό στόχο».

## 2. Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

Το αίτημα για κοινωνική ασφάλιση, αποτελεί ένα από τα ουσιαστικότερα θέματα που οι σημερινές κοινωνίες αντιμετωπίζουν.

Η βιομηχανική επανάσταση προκαλεί ουσιαστικά τις απαιτούμενες διεργασίες, ώστε να κάνει την εμφάνισή της η ανάγκη για κοινωνική ασφάλιση όπως την ξέρουμε σήμερα, εξαιτίας των αναγκών των βιομηχανικών εργατών. Σταδιακά εμφανίζεται ο πρώτος ασφαλιστικός νόμος στο Βέλγιο το 1874, για να ακολουθήσει η Ιταλία το 1882 και λίγα χρόνια αργότερα η Αγγλία το 1906 και οι χώρες της Γερμανίας και της Ελβετίας το 1908.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, δημιουργείται η έννοια της ασφάλισης με σύγχρονους όρους, ενώ μέσω πολύπλοκων και χρονοβόρων διαδικασιών που προκαλούνται από την εξέλιξη της ανθρώπινης κοινωνίας, αποκρυσταλλώνονται και διαχωρίζονται τα δύο είδη της, η ιδιωτική και η κοινωνική ασφάλιση.

### *2.1. Κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα – Ορόσημα*

Μετά την απελευθέρωση από τον Τουρκικό ζυγό, η Ελλάδα θέτει ως βασικό σκοπό την οικονομική ανάπτυξη. Συνεπώς οι πολιτικές ανάπτυξης απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των έτσι κι αλλιώς περιορισμένων πόρων της εποχής και οι κοινωνικές πολιτικές περνάνε σε δεύτερη μοίρα.

Σημεία ορόσημα είναι (Θεοδωρουλάκης, 2008):

- το ιστορικό διάταγμα της 15ης Δεκεμβρίου 1836 για την δημιουργία του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (Ν.Α.Τ.)
- ο ν. 2868/1922 «περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων», ο οποίος είναι ο πρώτος γενικός ασφαλιστικός νόμος της Ελλάδας
- η ίδρυση του ΙΚΑ το 1934 από τον Ελευθέριο Βενιζέλο

Η διαδικασία συνεχίστηκε τα επόμενα χρόνια<sup>7</sup> και ολοκληρώθηκε και τυπικά με τον ν. 4169/1961 «Περί Γεωργικών Ασφαλίσεων» και τη σύσταση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων.

Στα επόμενα χρόνια, η κοινωνική ασφάλιση μπήκε σε μια φάση κρίσης λόγω της μαζικής μετανάστευσης στο εξωτερικό (Γερμανία, Βέλγιο κλπ) και της απώλειας εισφορών, αλλά και εξαιτίας της μείωσης του ρυθμού της οικονομικής ανάπτυξης και του αναπόφευκτου περιορισμού της αύξησης της απασχόλησης.

<sup>7</sup> μέχρι το τέλος του ΒΠΠ συστάθηκαν πάνω από 150 ταμεία (Θεοδωρουλάκης, 2008)



### 2.1.1. Η περίοδος ολοκλήρωσης του θεσμού (1975-1989)

Σημεία ορόσημα είναι:

- Η συνταγματική θεμελίωση του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλιση, Άρθρο 22 παρ. 5 του Συντάγματος, που ορίζει ότι «Το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως ο νόμος ορίζει».
- Το 1983, γίνεται η έναρξη μιας περιόδου επέκτασης του κοινωνικού κράτους, με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ν. 1397/1983).
- Στον αγροτικό τομέα, η ασφάλιση επεκτείνεται στις γυναίκες, και εγκαινιάζεται η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον αγροτικό πληθυσμό.

### 2.1.2. Η περίοδος των παρεμβάσεων (1990 έως 2008)

Η περίοδος αυτή, χαρακτηρίζεται από θεσμικές παρεμβάσεις στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης σε τέσσερις φάσεις:

- 1990-1992: προσπάθεια αύξησης των πόρων και μείωσης των παροχών, για να καλυφθούν τα ελλείμματα του ασφαλιστικού συστήματος.
- 1993-1999: οργανωτική αναδιάρθρωση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης.
- 2000-2002: εξετάζεται η οικονομική βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος, προκρίνοντας ταυτόχρονα την κοινωνική συνοχή και την αντιμετώπιση κοινωνικού αποκλεισμού.
- 2003-2008: η μεταρρύθμιση που πραγματοποιήθηκε το 2008, με τον ν. 3655/2008, εστίασε στην ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων σε 13 φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης.
- 2009-Σήμερα: οικονομική κρίση και είσοδος της χώρας μας στο Δ.Ν.Τ. Σημείο – τομής ο ν. 3918/2011, για την δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ).

## 2.2. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (ν. 3918/2011)

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το 2008 τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας μας περιορίστηκαν σε δεκατρία, ωστόσο, η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση δεν αποτέλεσε την τομή που το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας χρειαζόταν. Το 2010 που η χώρα πέρασε στη «μνημονιακή περίοδο» και σε καθεστώς αυστηρού ελέγχου και εποπτείας, οι απαιτήσεις των δανειστών ανάγκασαν την τότε πολιτική ηγεσία του



τόπου να προχωρήσει σε μια από τις μεγαλύτερες μεταρρυθμίσεις στη σύγχρονη ιστορία της χώρας, όσον αφορά την δημόσια υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, με τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ή αλλιώς ΕΟΠΥΥ, για πολλούς μια μεταρρύθμιση της εμβέλειας της δημιουργίας του ΕΣΥ τη δεκαετία του 80'.

Σύμφωνα με το άρθρο 18, παράγραφος 1 του νόμου 3918/2011:

*«Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:*

*α. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους...».*

Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ξεκίνησε την 1/1/2012, αρχικά υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Στη συνέχεια τέθηκε αποκλειστικά υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας<sup>8</sup>. Σύμφωνα με το άρθρο 17, παράγραφος 2 του νόμου 3918/2011: *«Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ–ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του ν. 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α'), ως προς τις παροχές σε είδος».* Στη συνέχεια εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ οι υπηρεσίες υγείας σε είδος του Οίκου Ναύτου, του ΤΑΪΤΕΚΩ, του ΕΤΑΜ-ΜΜΕ και του ΕΤΑΑ και η πληθυσμιακή κάλυψη του ΕΟΠΥΥ έφτασε σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού.

Αξιοπρόσεκτο στοιχείο του αρχικού σχεδιασμού και εστία δημιουργίας προβλημάτων, είναι ότι ασχέτως των προθέσεων της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση του κατακερματισμού των ταμείων, όλα τα εντασσόμενα ταμεία διατήρησαν την οικονομική τους ανεξαρτησία ως προς την τήρηση των μητρώων των ασφαλιζόμενων μελών τους, την απονομή υπηρεσιών σε χρήμα προς αυτούς, διαφορετικά ποσοστά εισφορών αλλά και την ευθύνη είσπραξης των εισφορών κάτι

<sup>8</sup>Στην πρόσφατη οικονομική ιστορία, μια από τις πάγιες πρακτικές του ΔΝΤ στις χώρες όπου δραστηριοποιήθηκε, είναι η δημιουργία ενός συγκεντρωτικού και ενιαίου φορέα ασφάλισης όπου δεν υπήρχε.

που σίγουρα δεν συνετέλεσε στην ομοιογένεια του οργανισμού. (Μπουρσανίδης, 2014)<sup>9</sup>.

Αν και στο άρθρο 18 του νόμου, περιγράφονται και με λεπτομέρεια οι πόροι του νεοσύστατου οργανισμού, με βάση τα παραπάνω προφανώς γίνεται κατανοητό ότι οδηγούμαστε σε ερωτηματικά ως προς την ορθή διαχείριση των χρηματικών πόρων, ειδικά εφόσον τα επιμέρους ταμεία είχαν ως προτεραιότητα την απονομή των συντάξεων. Επίσης, εκτός των προβλημάτων χρηματοδότησης που αναφέρθηκαν, πρέπει να γίνει ξεχωριστή αναφορά και στη διαφορετική κουλτούρα των συγχωνευμένων οργανισμών, που σίγουρα στα αρχικά τουλάχιστον στάδια οδήγησε σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων.

### *2.3. Στρατηγικός αγοραστής ή πάροχος υπηρεσιών υγείας (ν. 4238/2014)*

Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο, να οριστεί η διαφορά μεταξύ αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη διαδικασία του αγοραστή υπηρεσιών υγείας ως «...διαδικασία με την οποία συγκεντρωθέντες πόροι καταβάλλονται στους παρόχους, προκειμένου να παραδώσουν ένα σύνολο υγειονομικών παροχών...». Με άλλα λόγια, ο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, αγοράζει με τις ασφαλιστικές εισφορές υπηρεσίες από τους διάφορους παρόχους υπηρεσιών υγείας και τις προσφέρει στους ασφαλισμένους. Μια ενδιαφέρουσα απορία θα ήταν αν οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας είναι δημόσιοι, ιδιωτικοί ή και τα δύο αλλά αυτό αποτελεί αντικείμενο άλλης εργασίας.

Από την παραπάνω μικρή ανάλυση του όρου αγοραστής υπηρεσιών υγείας, προκύπτει η διαφορά με την έννοια του παρόχου υπηρεσιών υγείας, αφού ο πάροχος προφανώς δεν αγοράζει από τρίτους αλλά προσφέρει με ίδια μέσα υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους. Συνακολούθως, η διαφοροποίηση μεταξύ παρόχου και αγοραστή οδηγεί στην, και είναι παράλληλα προαπαιτούμενο για την, δημιουργία μιας ανταγωνιστικής αγοράς στα πρότυπα της λειτουργίας και των αρχών της ΕΕ, και της εισαγωγής και χρήσης νέων εργαλείων όπως για παράδειγμα το contract management.

<sup>9</sup> «την πρώτη λειτουργία της συλλογής εσόδων (collection) την επωμίζονται τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία ενώ τις λειτουργίες της συγκέντρωσης (pooling) και της διαχείρισης αυτών στην αγορά υπηρεσιών υγείας (purchasing) τις αναλαμβάνει ο ΕΟΠΥΥ» (Μπουρσανίδης, 2014).

Η ουσία του θέματος αποτελεί μια σειρά ερωτημάτων που συνθέτουν τη λειτουργία του αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Θα μπορούσαμε να ομαδοποιήσουμε τις επί μέρους λειτουργίες του αγοραστή ως εξής: (Μπουρσανίδης, 2014).

- Ποιος ή ποιοι θα πρέπει να είναι οι αγοραστές;
- Για ποιούς θα αγοραστούν οι υπηρεσίες;
- Ποιες και πόσες υπηρεσίες θα αγοραστούν;
- Από ποιους παρόχους και στη βάση ποιών κριτηρίων; (ατομικές, επιλεκτικές ή συλλογικές συμβάσεις)
- Πώς οργανώνεται η διαδικασία αγοράς;
- Ποιος και πώς ορίζει τις τιμές;

Με το ν. 4238/2014<sup>10</sup> ο ΕΟΠΥΥ μετατράπηκε σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας, δίνοντας οριστική λύση στο θέμα.

---

<sup>10</sup> Την περίοδο σχεδιασμού του νόμου, πρέπει να θυμίσουμε ότι υπήρχε ένα έντονα φορτισμένο κλίμα, με τα ΜΜΕ να παίρνουν περίπου αυτοβούλως το ρόλο δημοσίων κατηγορών και δικαστηρίων, συχνά μπερδεύοντας την κοινή γνώμη που στην πλειοψηφία της δεν είναι γνώστης των εννοιών αγοραστής και πάροχος υπηρεσιών υγείας.

### 3. ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ

Είναι γεγονός ότι οι πολίτες εκλαμβάνουν την προστασία της υγείας τους ως κάτι ιδιαίτερα σημαντικό<sup>11</sup>, συνήθως αμέσως μετά από θέματα οικονομικού ενδιαφέροντος (αν όχι και πιο πριν από αυτά) όπως για παράδειγμα η ανεργία. Πάρα πολύ συχνά όμως ο τομέας υγείας, καταλήγει πεδίο σφοδρής πολιτικής αντιπαράθεσης καθώς οι διάφορες κυβερνήσεις επιλέγουν τη διαμάχη στην προσπάθειά τους να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες των πολιτών με βάση το εκλογικό τους πρόγραμμα αλλά και τις ιδεολογικές τους καταβολές.

Ήδη παρουσιάστηκε η έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης και πώς πρέπει να εκλαμβάνεται μέσα στο πλαίσιο μιας δημοκρατικής και ευνομούμενης πολιτείας και στο παρών κεφάλαιο θα γίνει η σύνδεση μεταξύ κοινωνικής δικαιοσύνης και της έκφρασής της στον τομέα υγείας που είναι η Καθολική Κάλυψη Υγείας.

#### *3.1. Κοινωνική ασφάλεια και Καθολική Κάλυψη Υγείας*

Η κοινωνική ασφάλεια χωρίζεται σε 3 ξεχωριστές έννοιες: την κοινωνική ασφάλιση<sup>12</sup>, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Αυτό που ενδιαφέρει την παρούσα μελέτη είναι η κοινωνική ασφάλεια, που αφορά τα προληπτικά (στην ιδανική περίπτωση) ή κατασταλτικά (συνηθέστερα) μέτρα προστασίας των πολιτών, τα οποία οφείλει μια οργανωμένη μια κοινωνία να πάρει για την αντιμετώπιση ορισμένων κινδύνων όπως το γήρας, η ασθένεια κ.α.

Στο πλαίσιο αυτό, το αίτημα για Καθολική Κάλυψη Υγείας, αποτελεί πιθανότατα το σημείο από το οποίο ξεκινάει η συζήτηση, αφού δεν νοείται κοινωνική ασφάλιση (με βάση και τα κοινωνικά δικαιώματα που αναφέρθηκαν ήδη) δίχως το ελάχιστο για τους πολίτες που είναι η Καθολική Κάλυψη Υγείας, ώστε αυτοί (οι πολίτες) να μην οδηγηθούν στον κοινωνικό αποκλεισμό, να μην προσβάλλεται η αξιοπρέπειά τους και να είναι σε θέση να εργαστούν και να προσφέρουν στην οικονομία της χώρας.

<sup>11</sup> Για παράδειγμα στις διάφορες έρευνες του Ευρωβαρόμετρου

<sup>12</sup> Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε και στον τρόπο λειτουργίας των ταμείων (αυτοδιοίκηση κλπ)

### 3.2. Το αίτημα για Καθολική Κάλυψη Υγείας

Μιλώντας για κοινωνική δικαιοσύνη στο χώρο της υγείας, ίσως το πιο εύλογο αίτημα είναι η δυνατότητα να έχει ο κάθε πολίτης, ίση και όμοια δυνατότητα πρόσβασης στις ίδιες υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως του ύψους του εισοδήματός του ή και της κοινωνικής του θέσης δηλαδή την *Καθολική Κάλυψη Υγείας*. Στη σημερινή κοινωνία όμως κάτι τέτοιο είναι αδύνατο για την μεγαλύτερη πλειοψηφία των πολιτών και εφικτό μόνο για μια μικρή και συγκεκριμένη μειοψηφία. Σε αυτό το σημείο έρχεται και η ανάγκη για ένα οργανωμένο και βιώσιμο σύστημα ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών που θα καλύψει όλους όσους έχουν ανάγκη πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αλλά δεν μπορούν λόγω οικονομικών φραγμών. Άλλωστε, για χώρες με οικονομικές δυσκολίες όπως η δική μας, η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας προς την κατεύθυνση της Καθολικής Κάλυψης Υγείας, είναι ένας από τους βασικότερους στόχους.

Το 2010 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, έχοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, έθεσε ως στόχο υψηλής προτεραιότητας, την επίτευξη της Καθολικής Κάλυψης Υγείας για τις χώρες μέλη του (World Health Organization, 2010).

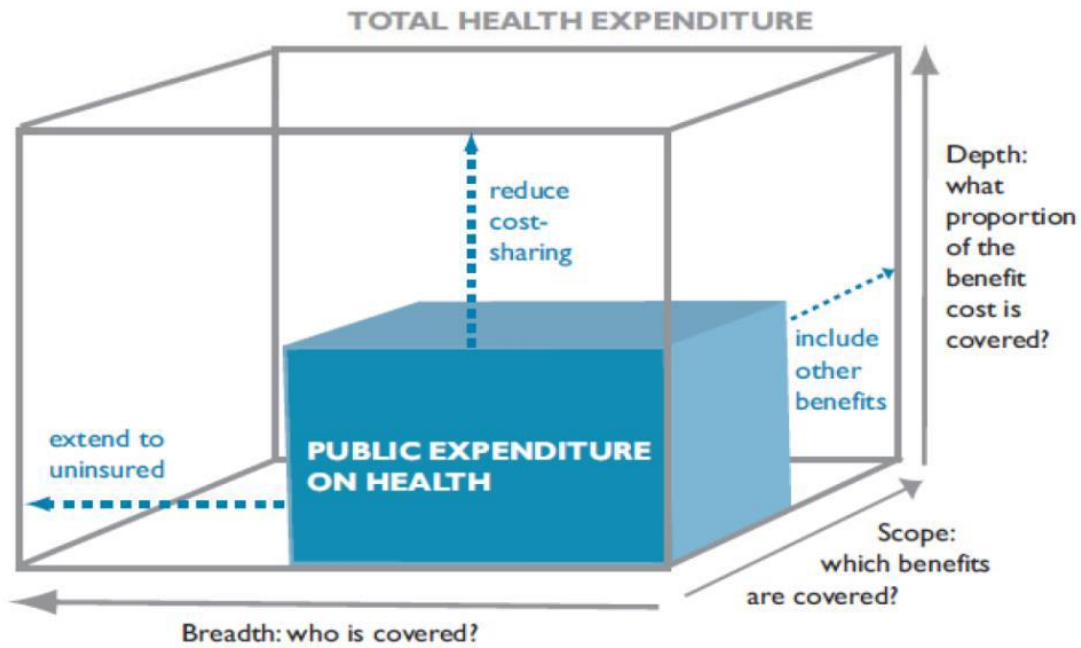
#### 3.2.1. Οι τρεις διαστάσεις της καθολικής κάλυψης υγείας

Συνήθως όταν ακούει κάποιος τον όρο Καθολική Κάλυψη Υγείας, καταλαβαίνει τη δυνατότητα (που πρέπει να έχει) ο κάθε πολίτης στην άμεση πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Μήπως λείπει κάτι εξίσου σημαντικό;

Αρχικά πρέπει να οριστεί ποιες και πόσες είναι οι διαστάσεις της Καθολικής Κάλυψης Υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Συνολική Κάλυψη Υγείας έχει τρεις διαστάσεις (WHO 2010, Μπουρσανίδης 2015):

1. Ποιος καλύπτεται από τις διάφορες παροχές
2. Ποιες είναι οι παροχές που προσφέρονται
3. Ποιο είναι το ύψος κατά το οποίο αυτές οι παροχές καλύπτονται

Παραστατικά, φαίνονται οι παραπάνω διαστάσεις στο παρακάτω σχήμα, τον αποκαλούμενο και Κύβο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας:



Πηγή: WHO 2010

Για τις τρεις διαστάσεις ισχύουν:

1. Ποιο είναι το μέρος του συνολικού πληθυσμού που έχει κάλυψη από τις υπηρεσίες υγείας (δλδ: ποιος): Σε αυτή τη διάσταση ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρεται κυρίως «στο εύρος της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού ή στο βαθμό των ανασφάλιστων πολιτών» (Μπουρσανίδης 2015). Στον Κύβο, αυτή η διάσταση είναι η οριζόντια ακμή της βάσης του.
2. Ποιες είναι οι παροχές που καλύπτονται (δλδ: τι): Θα λέγαμε, ότι αυτή η διάσταση δίνει μια εικόνα του συνολικού «πακέτου» των παροχών που απολαμβάνουν οι πολίτες. Στον Κύβο, αυτή η διάσταση είναι η κάθετη ακμή της βάσης του.
3. Ποιο είναι το ποσοστό κάλυψης των συνολικών δαπανών (δλδ: πόσο): Με άλλα λόγια, αυτή η διάσταση καλύπτει το θέμα του κόστους και ποιο είναι το ποσό που καλύπτει ο πολίτης από το ταμείο ασφαλιστικής κάλυψης. Στον Κύβο, αυτή η διάσταση είναι η κάθετη ακμή στο βάθος.

Προφανώς και στις τρεις διαστάσεις οι κοινωνίες έχουν απώλειες, για αυτό και η πραγματική κάλυψη είναι ο μικρότερος μπλε εσωτερικός κύβος του σχήματος. Στην ουσία, η απόσταση μεταξύ των ακμών του μεγάλου Κύβου και των ακμών του μικρότερου μπλε κύβου, αντιπροσωπεύει το ποσοστό των πολιτών που δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό σύστημα, τις ιατροφαρμακευτικές παροχές που δεν είναι διαθέσιμες και το ποσό κάλυψης που υπολείπεται, αντίστοιχα για τις τρεις διαστάσεις.

Η χρησιμότητα του υποδείγματος του Κύβου του Οργανισμού Παγκόσμιας Υγείας, είναι πολλαπλή, αφού μπορούμε να δούμε τόσο σε ποιο επίπεδο κάλυψης βρισκόμαστε σε σχέση με το ιδανικό, όσο και το σε ποια σημεία από τις τρεις διαστάσεις της Καθολικής Κάλυψης Υγείας υπολείπομαστε ως κοινωνία. Έτσι μπορούμε να εναρμονίσουμε τις προσπάθειές μας προς την κατεύθυνση που θα κρίνουμε ως απολύτως απαραίτητη αλλά και να κατηγοριοποιήσουμε τις επόμενες ενέργειές μας ανάλογα με τη σημαντικότητα που αποδίδουμε σε κάθε μία από αυτές<sup>13</sup>.

### 3.2.2. Δείκτης Κοινωνικής Δικαιοσύνης

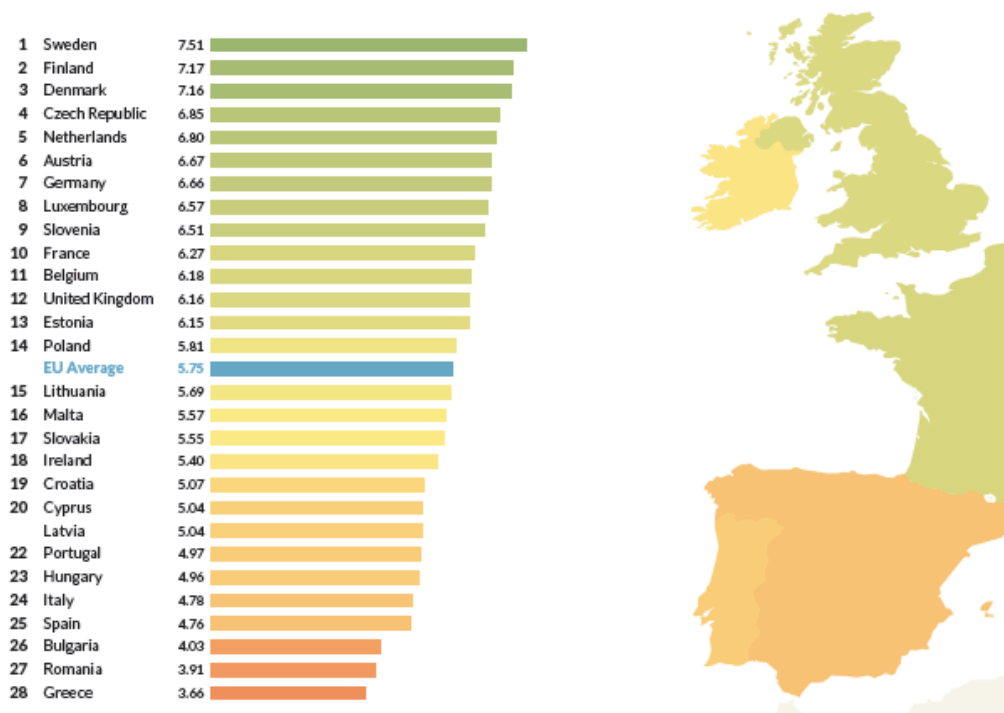
Στην προσπάθειά να γίνουν κατανοητές οι έννοιες της κοινωνικής δικαιοσύνης και της Καθολικής Κάλυψης Υγείας, είναι χρήσιμο να μελετηθεί αν υπάρχει τρόπος μέτρησης της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Το German Bertelsmann Foundation, δημοσιεύει σε ετήσια βάση το δείκτη κοινωνικής δικαιοσύνης, για τις χώρες της Ευρώπης<sup>14</sup>. Σύμφωνα με τη μελέτη «Ο δείκτης εξετάζει έξι τομείς κοινωνικής δικαιοσύνης: 1) την πρόληψη φτώχειας, 2) τα ίσα δικαιώματα στην εκπαίδευση, 3) την πρόσβαση στην αγορά εργασίας, 4) την κοινωνική συνοχή και την απουσία διακρίσεων, 5) την υγεία και 6) τη δικαιοσύνη». Τα τελευταία χρόνια ως αποτέλεσμα και συνέπεια της οικονομικής κρίσης, ο δείκτης κοινωνικής δικαιοσύνης παρουσιάζει μια πτωτική πορεία.

Στην παρακάτω εικόνα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης για το 2016:

<sup>13</sup> Αυτό που παρατηρείται είναι ότι στις περισσότερες χώρες επιτυγχάνεται ο στόχος του εύρους και σχεδόν το 100% του πληθυσμού καλύπτεται αλλά υπάρχουν ελλείψεις στις άλλες δύο διαστάσεις

<sup>14</sup> Στοιχεία υπάρχουν και για χώρες εκτός ΕΕ αλλά θα περιοριστούμε σε ότι αφορά τις χώρες της ΕΕ



Πηγή: German Bertelsmann Foundation

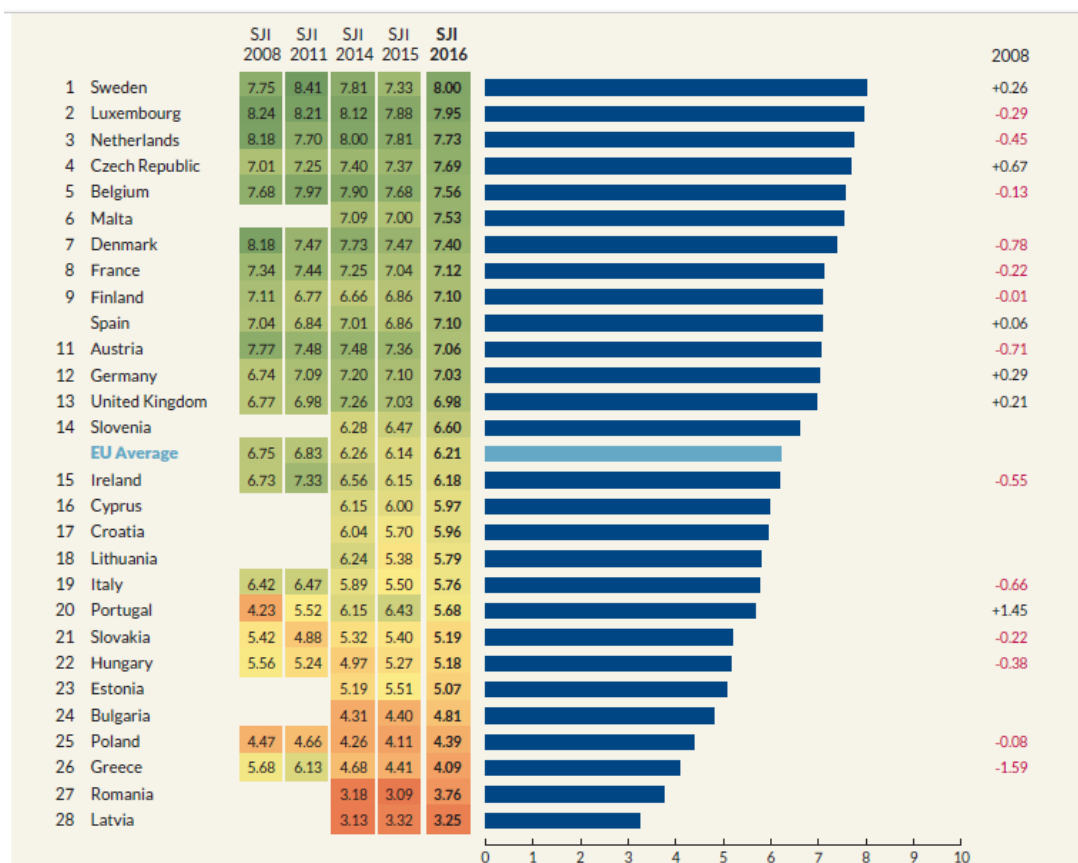
Από το παραπάνω διάγραμμα, είναι προφανές ότι η χώρα μας είναι η λιγότερο κοινωνικά δίκαιη χώρα, μεταξύ των 28 χωρών – μελών της ΕΕ.

### 3.3. Κοινωνική Δικαιοσύνη και Υγεία

Ο Δείκτης Κοινωνικής Δικαιοσύνης του German Bertelsmann Foundation, είναι ένας σταθμισμένος δείκτης έξι επιμέρους δεικτών, ένας από τους οποίους είναι και η Υγεία. Πιο αναλυτικά στοιχεία για το δείκτη της υγείας παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (προφανώς οι πρώτες θέσεις δεν έχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε ότι αφορά την κατάταξη).



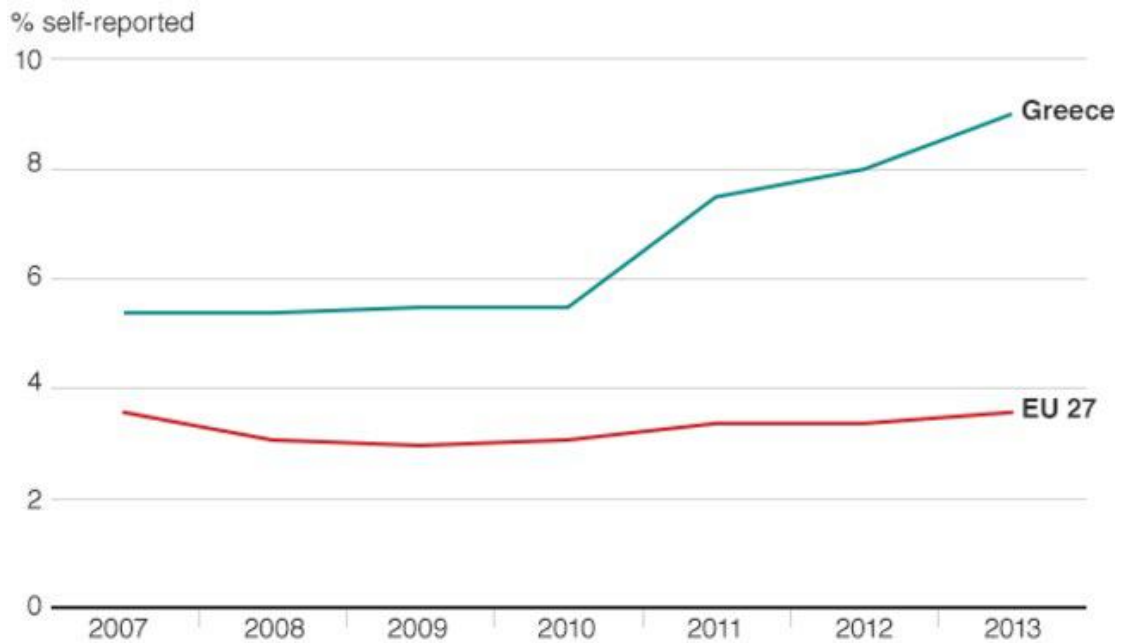
Εικόνα 5: Δείκτης Κοινωνικής Δικαιοσύνης / Υγεία



Πηγή: German Bertelsmann Foundation

Και στον επιμέρους δείκτη της υγείας, η Ελλάδα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις και μάλιστα με συνεχώς χειρότερη επίδοση από το 2011.

Η μελέτη του German Bertelsmann Foundation, εντοπίζει δύο χρονίζοντα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας: το πρώτο είναι οι αδήλωτες και άρα αφορολόγητες συναλλαγές μεταξύ ασθενών και γιατρών (το γνωστό δηλαδή «φακελάκι») και το δεύτερο είναι η διαφορετική και πιο δύσκολη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας, αναλόγως του εισοδήματός τους. (φυσικά αναφέρονται και άλλα, όπως η κακή γεωγραφική κατανομή των νοσοκομείων ή η έλλειψη νοσηλευτών με την ταυτόχρονη πληθώρα γιατρών, κάτι που βρίσκεται σε μεγάλη αντίθεση με το τι συμβαίνει στην υπόλοιπη Ευρώπη). Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η διαφορά μεταξύ της Ελλάδας και των υπολοίπων χωρών της ΕΕ στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας διαχρονικά:



Πηγή: Eurostat, 2014

Εντοπίζεται ένα ακόμα μεγάλο πρόβλημα του ελληνικού συστήματος υγείας, που έχει να κάνει με την αδυναμία των πολιτών να λάβουν ιατρική βοήθεια όταν την χρειάζονται εκεί που την χρειάζονται, ως αποτέλεσμα της κακής γεωγραφικής κατανομής<sup>15</sup> των νοσοκομείων στη χώρα, των μεγάλων λιστών αναμονής<sup>16</sup> αλλά και της οικονομικής αδυναμίας του πληθυσμού. Μάλιστα σύμφωνα με το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής «Ποσοστό 22% δήλωσε ότι έχει πρόβλημα στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας με κύριο αναφερόμενο φραγμό το οικονομικό κόστος. Κατά το 2014, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία, το 13,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία δεν έλαβε το 15,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Την ίδια χρονιά, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας από ψυχολόγο ή ψυχίατρο το 4,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω» (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Τέλος σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας αξιολόγησης συστημάτων υγείας 45 χωρών από το Euro Health Consumer Index (ECHI), «η Ελλάδα το 2015 κατείχε την 28η θέση με 577 βαθμούς (άριστα οι 1.000), ενώ το 2012 κατείχε την 22η θέση, το

<sup>15</sup> Είναι γνωστό ότι για χρόνια στη χώρα μας, νοσοκομεία, πανεπιστημιακές σχολές και στρατόπεδα δημιουργούνταν με κριτήρια πολύ διαφορετικά από τα ορθολογικά

<sup>16</sup> πχ στα χειρουργεία που όμως αντιμετωπίστηκε με την δημοσιοποίηση της λίστας χειρουργείου από τα νοσοκομεία.

2013 την 25η θέση και το 2014 την 28η θέση» (ECHI, 2015). Η μελέτη της ECHI φτάνει προφανώς στα ίδια λίγο πολύ συμπεράσματα, που φτάνουμε μελετώντας τους δείκτες κοινωνικής δικαιοσύνης και τον επιμέρους της υγείας του German Bertelsmann Foundation, αλλά και σε ένα ακόμα πολύ ενδιαφέρον συμπέρασμα για το μέλλον του κλάδου υγείας της Ελλάδας και των βασικών επαγγελματιών του, “ *It would seem almost supernatural that Greece can keep having the large number of doctors and pharmacists ... unless these have taken very substantial reduction of income.*” (ECHI, 2015)

Συμπερασματικά, η Ελλάδα μετά από χρόνια κακής διοικητικής πρακτικής στο δημόσιο τομέα, κακού επαγγελματικού προσανατολισμού των νέων, μετά από συσσώρευση τεράστιων ελλειμμάτων στο δημόσιο τομέα και ειδικά στην υγεία και την ταυτόχρονη εξυπηρέτησή τους με νέα δάνεια, αλλά και την ικανοποίηση μικροκομματικών και μικροπολιτικών συμφερόντων οδηγήθηκε σε μια δίχως προηγούμενο οικονομική κρίση. Τα αποτελέσματα αυτής της κρίσης είναι ορατά και στο χώρο της υγείας. Οι ανισότητες και οι ανορθολογική ανάπτυξη, κάνουν παραπάνω από αισθητή την παρουσία τους και περιορίζουν την δυνατότητα για πραγματική καθολική κάλυψη υγείας, που θα λέγαμε ότι είναι και η de facto έκφραση της κοινωνικής δικαιοσύνης στο χώρο της υγείας.

### 3.4. Καθολική Κάλυψη Υγείας – Το παράδειγμα της Γαλλίας

Προκειμένου να κατανοηθεί στην πράξη η έννοια της καθολικής κάλυψης υγείας, θα παρουσιαστεί το παράδειγμα της Γαλλίας, μια χώρας της ΕΕ που ήδη από το 2000 έχει πετύχει το στόχο της ολικής κάλυψης υγείας, όχι όμως χωρίς συμβιβασμούς.

Η Γαλλία έχει ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας βασισμένο στην εργασία στα πρότυπα του συστήματος Bismarck. Ωστόσο πέτυχε το στόχο της καθολικής κάλυψης υγείας, εφαρμόζοντας ένα σύστημα κάλυψης παροχών υγείας που για τα φτωχότερα στρώματα υποστηρίζεται από την πολιτεία<sup>17</sup>.

#### 3.4.1. Το σκέλος της χρηματοδότησης

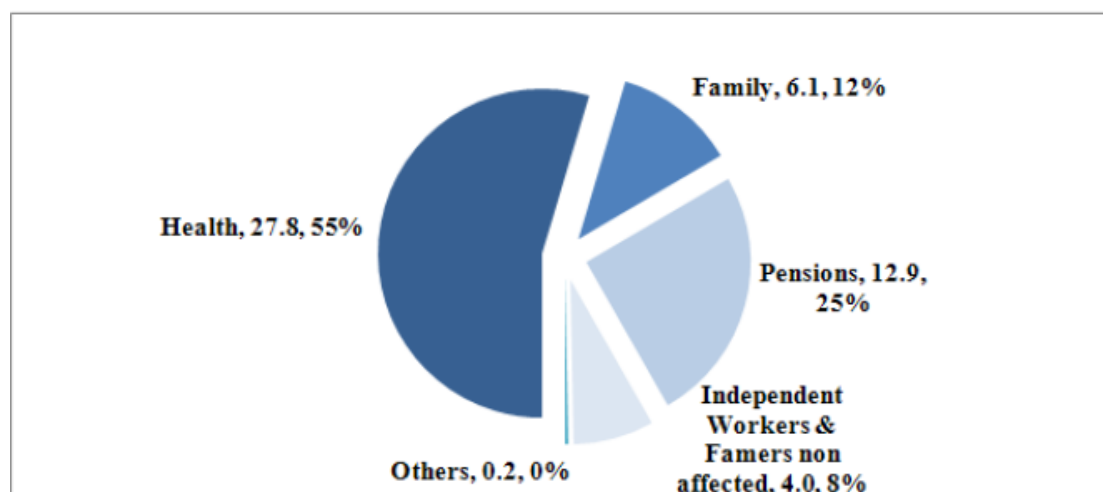
Αρχική έννοια των σχεδιαστών του συστήματος ήταν η χρηματοδότησή του. Άλλωστε σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (2011), η Γαλλία είναι τρίτη στις δαπάνες

<sup>17</sup> Ο όρος «πολιτεία» χρησιμοποιείται επίτηδες αντί του πιο ευρέως χρησιμοποιούμενου «κράτος», για να τονιστεί η κοινωνική πλευρά του αντικειμένου που μελετάμε

υγείας με 9,3% του ΑΕΠ της να αφορά δαπάνες υγείας πίσω μόνο από το 11,9% της Ολλανδίας και το 17,7% των ΗΠΑ.

Ο κλασικός τρόπος φορολόγησης του εισοδήματος έδωσε τη θέση του σε ένα διαφορετικό φορολογικό μείγμα, φορολογώντας και άλλες μορφές εισοδήματος όπως για παράδειγμα επενδύσεις και άλλα χρηματοοικονομικά περιουσιακά στοιχεία. Επιπλέον, θεσμοθετήθηκαν ειδικοί φόροι πχ στον καπνό, στο αλκοόλ που πλέον αποτελούν περίπου το 13% των δαπανών για την κάλυψη υγείας<sup>18</sup> (World Bank, 2014). Επίσης, από το 1998, το μεγαλύτερο μέρος των εισφορών των εργαζομένων μετατράπηκε στους λεγόμενους στοχευμένους φόρους ή earmarked taxes (Contribution Sociale Generalisée ή απλά CSG). Οι CSG φόροι αποτελούν σήμερα σχεδόν το 36% της χρηματοδότησης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Γαλλίας (World Bank, 2014).

Εικόνα 7: Η κατανομή των στοχευμένων (earmarked) φόρων



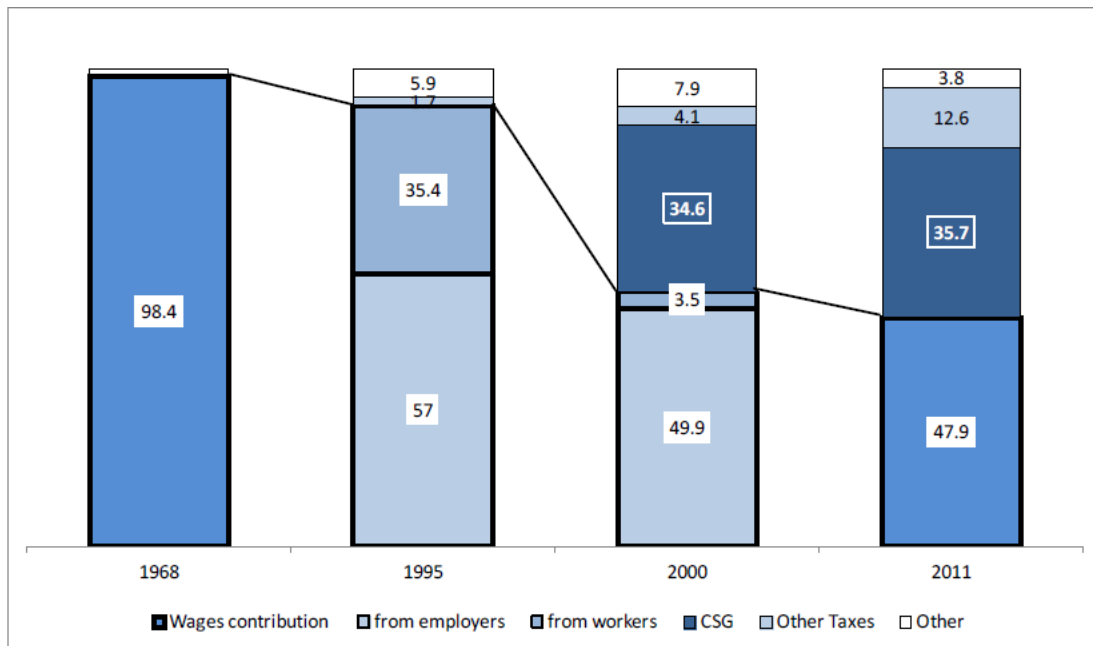
Πηγή: World Bank, 2014

Από το παραπάνω διάγραμμα, φαίνεται πόσο σοβαρά αντιμετωπίζει η Γαλλία το θέμα της καθολικής κάλυψης υγείας, αφού πάνω από το ¼ των στοχευμένων φόρων που επιβάλλει, προορίζονται για την υγεία.

Τέλος, στο το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται διαχρονικά η μεταβολή του μείγματος χρηματοδότησης του γαλλικού συστήματος ασφάλισης.

<sup>18</sup> Θυμίζουμε εδώ την προσπάθεια της χώρας μας να εισάγει τον λεγόμενο “fat tax” στα πρότυπα της Γαλλίας πριν λίγα χρόνια, που αντιμετωπίστηκε περίπου σαν ανέκδοτο από μερίδα του τύπου

Εικόνα 8: Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Γαλλίας



Πηγή: CNAMTS, 2011

### 3.4.2. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων

Το γαλλικό υπουργείο υγείας, σύντομα συνειδητοποίησε την ανάγκη για συμπληρωματική ασφάλεια για συγκεκριμένα πληθυσμιακά τμήματα όπως οι άνεργοι ή οι χαμηλόμισθοι.

Αρχικά, πρέπει να σημειωθεί ότι περίπου το 95% των Γάλλων έχει κάποιου είδους συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση που καλύπτει τα κόστη που τους αναλογούν στις υπηρεσίες υγείας (θυμηθείτε τον Κύβο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είμαστε τώρα στην 3<sup>η</sup> διάσταση).

Ωστόσο, για τις ειδικές πληθυσμιακές ομάδες που χρήζουν κρατικής υποστήριξης, έχουν προβλεφθεί κάποια ειδικά «ταμεία» που καλύπτουν πλήρως αυτά τα κόστη ή και όλο το κόστος ασφάλισης. (World Bank, 2014)<sup>19</sup>. Πιο συγκεκριμένα:

- Ασθενείς με χρόνιες παθήσεις βάσει συγκεκριμένου καταλόγου, έγκυες γυναίκες και νεογέννητα δεν έχουν υποχρέωση πληρωμής για οτιδήποτε έχει σχέση με την κατάστασή τους (πρόγραμμα ALD)
- Άνεργοι και χαμηλόμισθοι που δεν μπορούν να έχουν ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση (κρίνεται με βάση το εισόδημά τους) έχουν πλήρη συμπληρωματική κάλυψη από την πολιτεία (προγράμματα CMU, CMUC, ACS)

<sup>19</sup> Περιγράφονται τα ακριβή εισοδηματικά κριτήρια για την επιλογή από αυτά (€8500 ετησίως οι ελεύθεροι και €13500 τα ζευγάρια)

- Σημαντικό είναι ότι για τους παράνομους μετανάστες<sup>20</sup> ισχύει πλήρης ασφαλιστική κάλυψη με μοναδική προϋπόθεση να έχουν συμπληρώσει τρεις μήνες παραμονής στη χώρα (πρόγραμμα AME)



Συνεπώς ο σχεδιασμός της Γαλλίας για την επίτευξη Καθολικής Κάλυψης Υγείας, υποστηρίζεται και από μια σειρά προγραμμάτων που σκοπό έχουν να υποστηρίξουν τα τμήματα εκείνα του πληθυσμού που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Με τον τρόπο αυτό υπάρχει άμεση σύνδεση με το θέμα των κοινωνικών δικαιωμάτων που είδαμε στα προηγούμενα.

#### *3.4.3. Η σημασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα*

Οι Γάλλοι πολύ γρήγορα ανακάλυψαν την σημασία ενός σωστού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και επένδυσαν σε αυτό αρκετά, προκειμένου να αποφορτίσουν τα νοσοκομεία τους από αχρειαστο φόρτο εργασίας που θα είχε αντίκτυπο τόσο στο κόστος όσο και στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Αρχικά εφαρμόστηκε ένα σύστημα εθελοντικού gate keeping με οικονομικά κίνητρα για τους ασθενείς (μικρότερη συμμετοχή το κόστος για αυτούς που συμμετείχαν, μεγαλύτερη για εκείνους που δεν συμμετείχαν, 30% vs. 70%) ώστε να ενισχυθεί ο ρόλος του γενικού ιατρού (general practitioner) και να μειωθούν οι αχρειαστες επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς και σε νοσοκομεία.

Σε συνέχεια του gate keeping, εφαρμόστηκε και ένα εθελοντικό σχήμα πριμοδότησης των γιατρών<sup>21</sup>. Με βάση αυτό, οι γιατροί πληρώνονται ένα bonus της τάξης των 7000€ ετησίως αν πετύχουν το 100% των στόχων τους. Οι στόχοι αφορούσαν αρχικά τρεις κατηγορίες: 1) την πρόληψη 2) τη βελτίωση της υγείας των χρονίως ασθενών 3) την συνταγογράφηση.

Τέλος, από το 2004 εφαρμόστηκαν τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία τα λεγόμενα Κοινά Ενοποιημένα Νοσήλια δημιουργώντας έτσι μια πιο ίση κατάσταση στον νοσοκομειακό τομέα.

#### *3.4.4. Η σημασία του ελέγχου*

Απαραίτητος είναι ο καλός συντονισμός και ο έλεγχος των εμπλεκόμενων μερών, του κόστους και της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασφαλισμένους.

<sup>20</sup> Ένας ακόμα λόγος που η Γαλλία αποτελεί σταθερό μεταναστευτικό προορισμό

<sup>21</sup> CAPI (Contrats d'amélioration des pratiques individuelles)

Επιλέχθηκε η ανεξαρτητοποίηση των νοσοκομείων και η μετατροπή των διοικητών τους σε μάντζερ με μεγάλο βαθμό αυτονομίας ώστε να ενισχυθεί και η λογοδοσία. Σε συνάρτηση με αυτό το μέτρο, είναι και η απόφαση για δημιουργία νοσοκομειακών τμημάτων ώστε να δώσουν την ευκαιρία στους γιατρούς να αποκτήσουν και διοικητική εμπειρία<sup>22</sup>.

Επιπλέον, οι αποφασίστηκε η αποκέντρωση του συστήματος υγείας, μεταφέροντας ευθύνες σε περιφερειακές αρχές, παρόμοια με τις δικές μας ΥΠΕ αλλά με αυξημένες αρμοδιότητες<sup>23</sup>, ώστε οι υπηρεσίες να προσφέρονται πιο στοχευμένα, ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες της κάθε περιοχής με βάση το επιδημιολογικό της προφίλ κλπ.

### *3.5. Πλήρης πρόσβαση στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα – Ο ν. 4368/2016*

Χρησιμοποιώντας το υπόδειγμα του Κύβου του ΠΟΥ όσον αφορά τον αριθμό των ασφαλισμένων, παρατηρούμε ότι είχαμε μια διαρκή αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων λόγω της αύξησης της ανεργίας<sup>24</sup> (μην ξεχνάμε ότι στη χώρα μας, η κοινωνική ασφάλιση είναι συνδεδεμένη με την εργασία, μοντέλο Bismarck).

Αναφορικά με το «πακέτο» ασφαλιστικών καλύψεων ένα βασικό σχόλιο είναι ότι οι καλύψεις που παρέχονται στους ασφαλισμένους μάλλον μειώνονται. Ωστόσο, στην πραγματικότητα το παρεχόμενο ασφαλιστικό πακέτο είναι μέχρι στιγμής αρκετά ικανοποιητικό.

Μεγάλο πρόβλημα πλέον παρουσιάζεται στην τρίτη διάσταση του Κύβου, αφού η συμμετοχή που καλούνται οι ασφαλισμένοι να πληρώσουν, είναι σημαντική και μάλιστα βαίνει αυξανόμενη, αφού όχι μόνο υπηρεσίες δεν καλύπτονται πλήρως αλλά και η συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη έχει αυξηθεί αρκετά<sup>25</sup> εντείνοντας έτσι τις ανισότητες και το αίσθημα έλλειψης κοινωνικής δικαιοσύνης.

Στο παραπάνω πλαίσιο, η ελληνική κυβέρνηση το 2016 έκανε ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης υγείας ψηφίζοντας το ν. 4368/2016 σύμφωνα με τον οποίο, όλοι οι ανασφάλιστοι μπορούν να έχουν πλήρη νοσηλευτική κάλυψη από τις δημόσιες δομές υγείας με μόνη «προϋπόθεση» να έχουν ΑΜΚΑ ενώ

<sup>22</sup> Βέβαια βοηθάει και το γεγονός ότι οι γιατροί στα γαλλικά νοσοκομεία είναι όσοι χρειάζονται

<sup>23</sup> Δεν μπορούμε παρά να παρατηρήσουμε αρκετές ομοιότητες με το ελληνικό σύστημα, με διαφορές όμως στην εφαρμογή

<sup>24</sup> Ένας άνεργος σήμερα, έχει ένα χρόνο ασφαλιστική κάλυψη από τον ΟΑΕΔ, τη στιγμή που ο μέσος χρόνος που απαιτείται για να ξαναβρεί κάποιος δουλειά ξεπερνάει τα δύο χρόνια. Συνολικά οι ανασφάλιστοι υπολογίζονται στα 2,5 εκατομμύρια

<sup>25</sup> Χαρακτηριστικό είναι ότι τα δερματολογικά φάρμακα δεν συνταγογραφούνται



για την φαρμακευτική δαπάνη ισχύει πλέον για τους ανασφάλιστους ότι ακριβώς ισχύει για τους ασφαλισμένους<sup>26</sup>:

Αναμφίβολα, πρόκειται για ένα σημαντικό βήμα προς την σωστή κατεύθυνση. Το ερώτημα είναι όμως αν από μόνο του αρκεί.

Η κριτική που έχει γίνει, είναι ότι δεν έχει ληφθεί μέριμνα για το χρηματοδοτικό σκέλος αφού η πρόνοια του νόμου ότι το κόστος θα το επωμιστεί ο ΕΟΠΥΥ δεν επαρκεί. Αυτό που συμβαίνει θεωρητικά σήμερα, είναι ότι το τμήμα του πληθυσμού που είναι ασφαλισμένο και καταβάλλει κανονικά τις ασφαλιστικές του εισφορές, επωμίζεται και το κόστος του ανασφάλιστου τμήματος του πληθυσμού. Αυτή η μετακύλιση του κόστους, αν και σύμφωνη με την αρχή της αλληλεγγύης<sup>27</sup>, δεν συνιστά μια βιώσιμη λύση μακροχρόνια<sup>28</sup>. Ήδη, τη στιγμή που γράφεται αυτή η μελέτη, τα νοσοκομεία που σηκώνουν άλλωστε και το μεγαλύτερο βάρος των ανασφάλιστων συμπολιτών μας, έχουν συσσωρεύσει μεγάλο κόστος, απαιτήσεις δηλαδή που ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να αποπληρώσει.

Εκτός όμως από τη συγκεκριμένη πρωτοβουλία, κάποια άλλη κίνηση σε θεσμικό επίπεδο, για την ικανοποίηση του στόχου της καθολικής κάλυψης υγείας δεν έχει γίνει μέχρι σήμερα. Ως κοινωνία, περιοριζόμαστε στις ενέργειες και τις δράσεις της λεγόμενης «Κοινωνίας των πολιτών», στο επίπεδο που αυτές μπορεί να είναι αποτελεσματικές ή και πραγματικά ανεξάρτητες από άλλα κέντρα αποφάσεων. Και ως μην ξεχνάμε φυσικά το ρόλο που παίζει διαχρονικά στη χώρα μας ο θεσμός της οικογένειας, ως γνήσια εκπρόσωπος του νοτιοευρωπαϊκού μοντέλου κράτους πρόνοιας.

### *Η ανάλυση των αριθμών*

Σύμφωνα με τα στοιχεία που το υπουργείο υγείας έχει λάβει υπόψη του κατά το σχεδιασμό του νόμου, οι ανασφάλιστοι στη χώρα μας φτάνουν τα 2,5 εκατομμύρια πολίτες<sup>29</sup>. Ωστόσο ο αριθμός αυτός δεν μπορεί με σαφήνεια να υπολογιστεί, κάτι που αρκετές φορές έχει τονιστεί ακόμα και από τους κατά καιρούς υπουργούς υγείας.

<sup>26</sup> Φάρμακα υψηλού κόστους παρέχονται αποκλειστικά από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ

<sup>27</sup> Η αρχή της Αλληλεγγύης, που εν πολλοίς βασιίζεται στην εισοδηματική ικανότητα

<sup>28</sup> Αυτό βέβαια είναι ένα σύνθετο πρόβλημα που συνδυάζει ανεργία, ανάπτυξη, υπογεννητικότητα, μεταναστευτικό κλπ και αποτελεί θέμα άλλης μελέτης

<sup>29</sup> <http://www.moh.gov.gr/articles/health/anapyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>



Προφανώς, αυτός ο μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων δημιουργεί και αντίστοιχα μεγάλες ανάγκες χρηματοδότησης. Σύμφωνα με στοιχεία του υπουργείου υγείας, η ανάγκη σε χρήματα για τη χρηματοδότηση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ανασφάλιστων συμπολιτών μας, φτάνει τα 150 εκατομμύρια ευρώ.



Ο νόμος προβλέπει ότι το κόστος θα καλύπτεται εξολοκλήρου από τον ΕΟΠΥΥ, κάτι που μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων, που σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία δεν θα ξεπεράσουν τα 1,2 δις ευρώ το 2017 για όλα τα νοσοκομεία<sup>30</sup>. Ωστόσο δεν γίνεται αναφορά στο ακριβές ποσό ανά ανασφάλιστο που ο ΕΟΠΥΥ θα κληθεί να καταβάλει. Για παράδειγμα, θα είναι όσο το κόστος ανά ασφαλισμένο; Θα είναι ένα σταθερό ποσό; Σύμφωνα με άρθρο της εφημερίδας ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ «Μόνο στα νοσοκομεία της Αθήνας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής), η περίθαλψη ανασφάλιστων Ελλήνων και αλλοδαπών καθώς και ασθενών με βιβλιάριο απορίας κόστισε πέρυσι 57,2 εκατ. ευρώ. Το 2013 το ποσό αυτό ανερχόταν στα 41,5 εκατ. ευρώ, το 2014 ανέβηκε στα 47,5 εκατ. ευρώ και το 2015 ήταν στα 51 εκατ. ευρώ. Στις δωρεάν παροχές προς τους ασφαλισμένους και άπορους περιλαμβάνονται και οι εργαστηριακές εξετάσεις με την προϋπόθεση αυτές να εκτελούνται στο ΕΣΥ. Εντός του 2016, 204.000 ανασφάλιστοι σε όλη τη χώρα υποβλήθηκαν δωρεάν σε εργαστηριακές εξετάσεις συνολικού κόστους 23,5 εκατ. ευρώ. Ήδη, τους δύο πρώτους μήνες του 2017 εκδόθηκαν παραπεμπτικά εξετάσεων για 85.755 ανασφάλιστους πολίτες αξίας 7,3 εκατ. ευρώ».

---

<sup>30</sup> Επί τη ευκαιρία, χαρακτηριστικό είναι πως σύμφωνα με τον αναπληρωτή διοικητή του νοσοκομείου Σωτηρία κ. Αντώνιο Κουφάκη, ακόμα δεν έχει λειτουργήσει ούτε και η σχετική εφαρμογή για τις πληρωμές



Πηγή: εφημερίδα Καθημερινή

Πρέπει να τονιστεί ότι σύμφωνα με πρόσφατες κυβερνητικές εξαγγελίες, ο ΕΟΠΥΥ πρόκειται να χρηματοδοτήσει τα νοσοκομεία με 500-600 εκατομμύρια ευρώ, κάτι που μάλλον φαίνεται δύσκολο αφού ο ίδιος ο ΕΟΠΥΥ λαμβάνει κρατική επιχορήγηση αλλά και επιδότηση από τον (ελλειμματικό από το ξεκίνημά του) ΕΦΚΑ. Οπότε φαντάζει εύλογο το ερώτημα «πώς θα επιδοτήσει ο ΕΟΠΥΥ τα νοσοκομεία στο πλαίσιο του νόμου 4368/2016;».

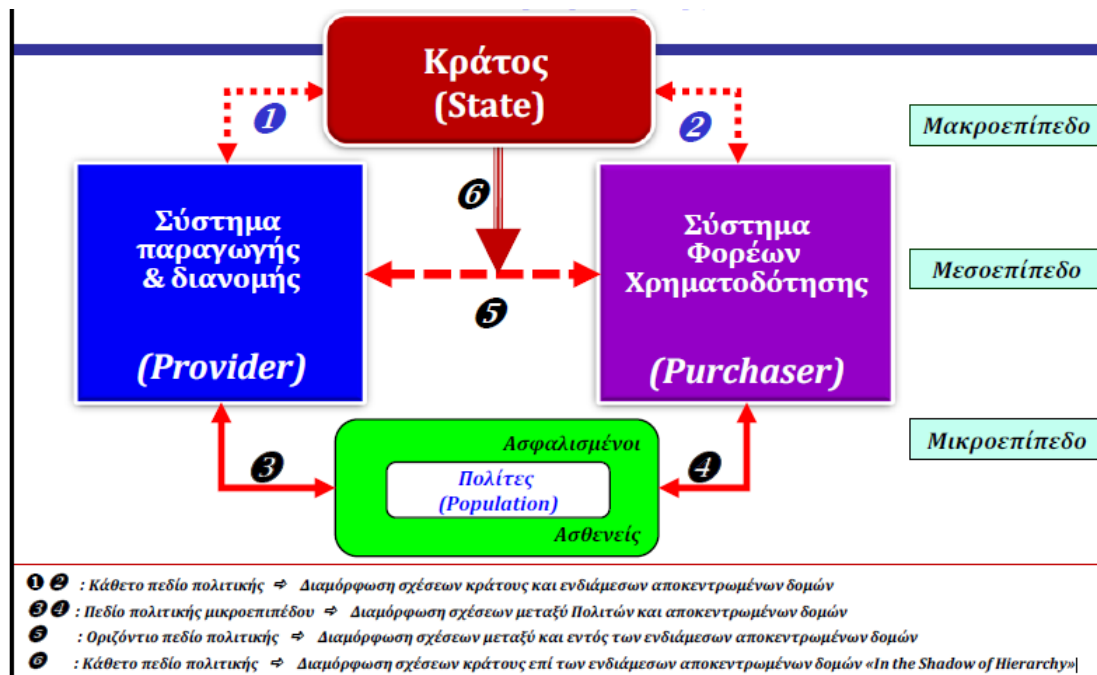
### 3.6. Priority Setting: Ποιος ορίζει το «πακέτο» παροχών και τι συμπεριλαμβάνει αυτό στη χώρα μας;

Στον Κύβο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η δεύτερη διάσταση αφορά το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών, ή με άλλα λόγια το ποιες ιατρικές υπηρεσίες καλύπτει το ασφαλιστικό ταμείο για τους ασφαλισμένους του. Σε αυτό το σημείο, είναι χρήσιμο να γίνει μια υπενθύμιση της αρχής του λειτουργικού επιμερισμού των συστημάτων, ότι δηλαδή στο σύστημα υγείας (όπως και σε κάθε άλλο σύστημα<sup>31</sup>) πρέπει να υπάρχει εξειδίκευση των λειτουργιών του συστήματος έτσι ώστε κάθε εμπλεκόμενο μέρος να κάνει κάτι διαφορετικό.

<sup>31</sup> Πολύ περισσότερο εφόσον πρόκειται για δυναμικά συστήματα όπως αυτό της υγείας

Στο παρακάτω σχήμα, παρουσιάζονται οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των μερών του ελληνικού συστήματος υγείας. Ιδιαίτερη σημασία θα δοθεί στη σχέση 5 που δείχνει σχηματικά τη σχέση που πρέπει να έχει ο στρατηγικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας (δλδ ο ΕΟΠΥΥ) με τους παρόχους, δλδ τα νοσοκομεία.

Εικόνα 10: Πολυεπίπεδο σύστημα διακυβέρνησης



Πηγή: Μπουρσανίδης, 2017

Με απλά λόγια, ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να έχει την άμεση ευθύνη για το σχεδιασμό του πακέτου των παρεχόμενων υπηρεσιών, και μέσω του μηχανισμού των διαπραγματεύσεων με την ελεύθερη αγορά (τα νοσοκομεία, τις κλινικές κλπ) να συνάπτει τις καλύτερες δυνατές συμφωνίες (contract management). Φυσικά υπάρχουν τα δημόσια νοσοκομεία που αποτελούν την ραχοκοκαλιά των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας, και θα πρέπει με τις (αυτόνομες) διοικήσεις τους ο ΕΟΠΥΥ να είναι σε θέση να διαπραγματεύεται τις παρεχόμενες υπηρεσίες και το ύψος του κόστους αυτών. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργείται ένα δημόσιο σύστημα υγείας που όμως θα λειτουργεί με όρους ελεύθερης αγοράς αλλά για το καλό του ασφαλισμένου πολίτη και για την προώθηση του δημοσίου συμφέροντος και όχι για την εξασφάλιση υπέρογκων κερδών για τον ιδιωτικό τομέα.

Στην πράξη στη χώρα μας ισχύει ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (γνωστός ως ΕΚΠΥ) που συχνά τροποποιείται από τα κάθε φορά αρμόδια υπουργεία. Ο κανονισμός αυτός, περιγράφει με λεπτομέρεια τις παροχές που ο ΕΟΠΥΥ

υποχρεούται να καλύψει για τους ασφαλισμένους του και δεν υπάρχει καμία ελαστικότητα ως προς την εφαρμογή του. Όπως καταλαβαίνουμε, αρμόδιος συντάκτης του εν λόγω κανονισμού είναι ο εκάστοτε υπουργός και όχι ο καθ' ύλην αρμόδιος ΕΟΠΥΥ, ο οποίος καλείται απλά να τον εφαρμόσει.

Επιπλέον των παραπάνω, πρέπει με κάθε τρόπο να τονισθεί ότι το κράτος ασκεί κανονικά ιεραρχία επί του ΕΟΠΥΥ και των δημοσίων παρόχων υπηρεσιών υγείας, αφού το κράτος είναι που ορίζει διοικητές, διοικητικά συμβούλια κλπ ενώ το κράτος ορίζει επίσης και τα Κοινά Ενοποιημένα Νοσήλια – ΚΕΝ.

Συνεπώς, επιστρέφοντας στο παραπάνω σχήμα, συμπεραίνεται ότι η κομβική σχέση μεταξύ αγοραστή και παρόχων (δηλαδή η σχέση 5) στην ουσία και στην πράξη δεν υπάρχει, αφού οι σχέσεις που αναπτύσσει το κράτος με τους παρόχους αλλά και με τον στρατηγικό αγοραστή είναι ιδιαίτερα στενές και περιοριστικές. Μόνο η αποδυνάμωση των δύο αυτών σχέσεων, με την «αποβολή του κράτους», θα δώσει τη δυνατότητα στον ΕΟΠΥΥ να παίζει το ρόλο για τον οποίο δημιουργήθηκε, μέσω της εκχώρησης ουσιαστικών αρμοδιοτήτων σε αυτόν. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ΕΟΠΥΥ θα είναι σε θέση να ορίζει το «πακέτο» παροχών υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους του. Η τελική κατάσταση, θα είναι ένας ΕΟΠΥΥ ΠΟΥ θα δίνει την απάντηση στα ερωτήματα: ποιος είναι ο αγοραστής; Τι θα αγοράζει και για ποιους; Από ποιους θα αγοράζει τις υπηρεσίες; Πώς θα γίνεται η αγορά και πώς θα ορίζονται οι τιμές;

Κατόπιν τούτου, το κράτος θα έχει έναν επιτελικό ρόλο, που θα αυτοπεριορίζεται στον έλεγχο, μέσω αυτοματισμών και μηχανισμών ελέγχου, της καλής λειτουργίας του συστήματος.

### *3.7. Είναι σήμερα ο ΕΟΠΥΥ ικανός να παίζει τον κομβικό του ρόλο;*

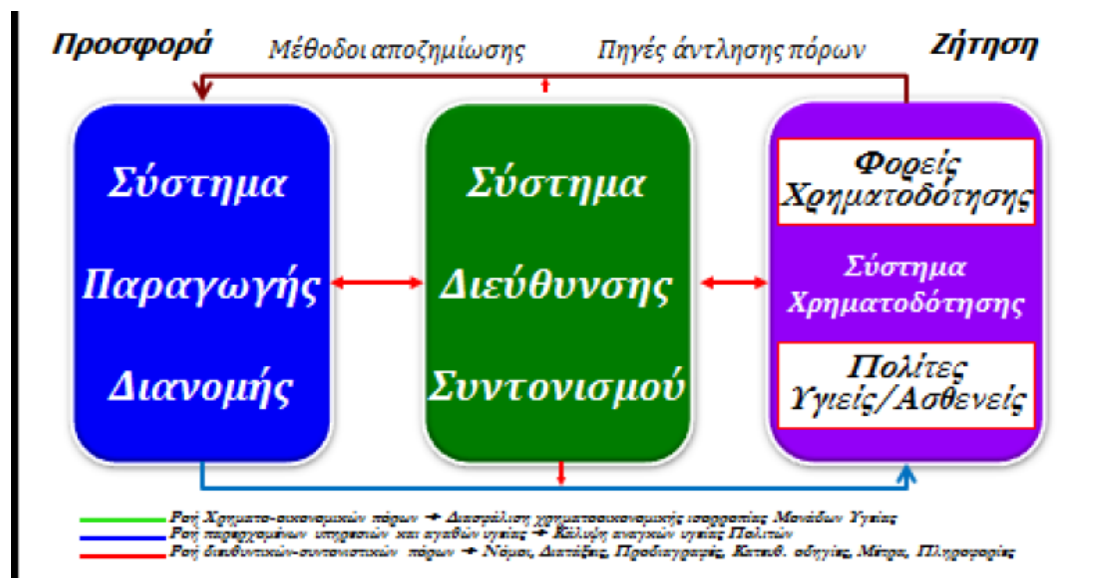
Οι τρεις βασικές λειτουργίες ενός συστήματος υγείας είναι οι εξής:

Λειτουργία 1η: Παραγωγή και διανομή. Ποιος δηλαδή αναλαμβάνει την ευθύνη να παράξει και διανείμει τις υπηρεσίες υγείας στους πολίτες – ασφαλισμένους; Η απάντηση είναι οι διάφοροι λειτουργικά διαφοροποιημένοι φορείς (νοσοκομεία, μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας κλπ) ώστε ο πολίτης να απαλλάσσεται της πληρωμής, αφού καταβάλει εισφορές ή φόρους ή και τα δύο όπως στη χώρα μας. Στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ, έχει ξεκαθαριστεί ότι θα έχει εφεξής το ρόλο του στρατηγικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας και όχι αυτόν του παρόχου.

Λειτουργία 2η: Χρηματοδότηση. Δηλαδή από πού και πώς θα αντλήσουν οι φορείς τους πόρους τους για τη λειτουργία τους και την δημιουργία τους; Ποιοι είναι αυτοί οι φορείς που θα επιφορτιστούν με την άντληση των φόρων; Και με βάση πιο σύστημα θα πληρώνει το κράτος τα νοσοκομεία<sup>32</sup>;

Λειτουργία 3η: Συντονισμός. Κάθε οργανισμός ή σύστημα οφείλει να έχει ένα τρόπο συντονισμού των προσπαθειών του προς το επιθυμητό αποτέλεσμα. Όσον αφορά το σύστημα υγείας, αναφερόμαστε στο σύστημα διακυβέρνησης που θα υιοθετηθεί από τις αρμόδιες αρχές και θα ορίσει τον τρόπο αλλά και το μέγεθος παρέμβασης του κράτους στο συντονισμό του συστήματος ώστε αυτό να πετυχαίνει τους στόχους.

Εικόνα 11: Η σχέση των τριών λειτουργιών των συστημάτων υγείας



Πηγή: Μπουρσανίδης, 2017

Προφανώς, από το παραπάνω σχήμα προκύπτει ότι οι τρεις αυτές λειτουργίες συλλειτουργούν και διέπονται από μια δυναμική αλληλεπίδρασης.

Αναφορικά με την πρώτη λειτουργία η απάντηση είναι (θεωρητικά) εύκολη αφού πλέον οι ρόλοι έχουν διαχωριστεί και ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί τον στρατηγικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας της χώρας που τις προσφέρει εν συνεχεία στους ασφαλισμένους.

Όσον αφορά την τρίτη λειτουργία του συντονισμού, εφόσον το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα αρκετά πολύπλοκο σύστημα διοίκησης, που εμπλέκονται πολλοί φορείς ο συντονισμός είναι απαραίτητος ώστε όλα τα γρανάζια να λειτουργήσουν σωστά προς όφελος του ασφαλισμένου πολίτη. Αυτό το ρόλο τον έχει αναλάβει

<sup>32</sup> Για παράδειγμα στο παρελθόν το κράτος σε τακτά χρονικά διαστήματα αναλάμβανε την αναδρομική κάλυψη των ελλειμμάτων των νοσοκομείων

συγκεντρωτικά το κράτος μέσω των υπηρεσιών του υπουργείου υγείας, δημιουργώντας έτσι ένα συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης, με περιορισμένους βαθμούς ανεξαρτησίας.



Περνώντας στην δεύτερη λειτουργία (χρηματοδότηση), αναφέρθηκε ήδη το παράδοξο ότι ο ΕΟΠΥΥ δεν έχει αναλάβει ακόμα τη συλλογή των εισφορών, έργο που έχει παραμείνει στα επιμέρους ταμεία. Γενικότερα σε μεγάλο βαθμό οι κλάδοι ασφάλισης που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ εν πολλοίς διατήρησαν την αυτοτέλειά τους, την απονομή υπηρεσιών υγείας σε χρήμα, διαφορετικά ποσοστά εισφορών κλπ. Αυτό σημαίνει ότι ο ΕΟΠΥΥ στην πραγματικότητα αντιμετωπίζει προβλήματα χρηματοδοτικού χαρακτήρα, αφού δεν έχει το σύνολο της ευθύνης της χρηματοδοτικής λειτουργίας.

Αναφορά πρέπει να γίνει και στην οργανωτική κουλτούρα του ΕΟΠΥΥ. Αποτελώντας στην πράξη μια συνένωση πολλών και διαφορετικών ταμείων με ξεχωριστή κουλτούρα και διαδικασίες, ο ΕΟΠΥΥ δεν κατάφερε άμεσα με τη λειτουργία του να βρει μια ομοιογένεια απαραίτητη για το έργο του. Σήμερα, πέντε χρόνια μετά την ίδρυσή του, αυτές οι διαφορές ακόμα χαρακτηρίζουν την λειτουργία του οργανισμού.

Αποτιμώντας τη διαμορφωθείσα κατάσταση, η μεταρρύθμιση στον τομέα της ασφαλιστικής κάλυψης δεν έλαβε υπόψη την εμπειρία από τις μεταρρυθμίσεις και την εφαρμογή παρόμοιων συστημάτων σε άλλες χώρες και επιπλέον περιόρισε το πεδίο δράσης αφού εξαρχής δεν αποδόθηκε στον ΕΟΠΥΥ η σημαντική λειτουργία της συλλογής των οικονομικών πόρων. Κάποιες επιστημονικά τεκμηριωμένες απόψεις, που μπορούσαν να αλιευτούν από την ευρωπαϊκή τουλάχιστον πραγματικότητα αλλά και από ένα (περιορισμένο) επιστημονικό διάλογο που εκ των υστέρων αναδύθηκε δεν έτυχαν μεγάλης προσοχής.

Τέλος, ενδιαφέρον σημείο αποτελεί η σύνδεση στην κοινή συνείδηση του ΕΟΠΥΥ με ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας, κάτι που αποτελεί στοιχείο άγνοιας αλλά και γενικότερου προβληματισμού, αφού μετά την ίδρυση του ΕΣΥ τη δεκαετία του 1980 η αναθεωρητική και καινοτόμα σκέψη στην χώρα μας αναζητεί τη θέση της στην πολιτική σκέψη.



# 4. ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ξεκινώντας την ανάλυση για την κομβική για κάθε σύστημα, έννοια της διακυβέρνησης σκόπιμο είναι να κάνουμε έναν διαχωρισμό μεταξύ των αρχών της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας στο σύστημα υγείας.

Με τον όρο *αποτελεσματικότητα* εννοούμε το βαθμό επίτευξης από το σύστημα υγείας των στόχων που έχουν τεθεί από τη διοίκηση, ενώ με τον όρο *αποδοτικότητα* εννοούμε την ελαχιστοποίηση του κόστους.

Προφανώς σε ένα δαπανηρό σύστημα, όπως το σύστημα υγείας, οι δύο αυτές αρχές μπορεί να βρεθούν σε ευθύ ανταγωνισμό μεταξύ τους. Μάλιστα, κάτι τέτοιο μπορεί να ενταθεί ακόμα περισσότερο σε χώρες που βρίσκονται σε οικονομική κρίση και εποπτεία από διεθνείς οργανισμούς όπως είναι η δικιά μας.

Οπότε λογικά εγείρεται το ερώτημα «ποια από τις δύο αρχές είναι σημαντικότερη;». Για ένα σύστημα υγείας προτεραία αρχή οφείλει να είναι αυτή της αποτελεσματικότητας, δηλαδή η σωτηρία ανθρώπινων ζωών και η βελτίωση της υγείας των πολιτών. Συνεπακόλουθα, το επόμενο ερώτημα που δημιουργείται, είναι «πώς θα εξασφαλιστεί η επίτευξη του σκοπού του συστήματος υγείας και πώς θα ισορροπήσει με τις δεδομένες ανάγκες για έλεγχο των δαπανών;». Σε αυτό το ερώτημα, η απάντηση είναι η *διακυβέρνηση* του συστήματος υγείας.

## *4.1. Τι είναι δημόσια διακυβέρνηση*

Αρχικά, ας δούμε πώς ορίζεται διεθνώς ο όρος διακυβέρνηση (με μια απλή έρευνα στο διαδίκτυο, μπορεί κάποιος να βρει αρκετούς ορισμούς. Επιλέχθηκαν κάποιοι από αυτούς με σκοπό να γίνει πιο κατανοητή η μελέτη):

- «Διακυβέρνηση είναι οι παραδόσεις και οι θεσμοί μέσω των οποίων ασκείται η εξουσία σε μια χώρα» Kaufmann et al. (2004).
- «Διακυβέρνηση είναι οι διάφοροι τρόποι με τους οποίους δημόσιοι φορείς και δημόσιοι οργανισμοί ασκούν την εξουσία ώστε να παρέχουν αγαθά και υπηρεσίες στους πολίτες» World Bank (2007).
- «Διακυβέρνηση είναι ένα σύστημα αρχών, πολιτικών και θεσμών μέσω των οποίων μια κοινωνία διαχειρίζεται τα οικονομικά, πολιτικά και κοινωνικά

ζητήματά της ανάμεσα στο κράτος, την κοινωνία των πολιτών και τον ιδιωτικό τομέα» ΟΗΕ (2007).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή από την πλευρά της (προφανώς επηρεασμένη από τα προοδευτικά τμήματά της και από την ιστορία της γηραιάς ηπείρου), ορίζει τη διακυβέρνηση απλά ως την «ικανότητα του κράτους να υπηρετεί τους πολίτες του».

Θα ήταν τέλος χρήσιμο να τονιστεί η σημασία που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στη διακυβέρνηση για τη βελτίωση τόσο της υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού όσο και της ενδυνάμωσης της ασθενοκεντρικής προσέγγισης των συστημάτων υγείας. Η μελέτη “Health 2020” αναγνωρίζει το ρόλο που παίζει η διακυβέρνηση όχι μόνο για την ηγεσία των υπουργείων υγείας αλλά και για τον κλάδο υγείας γενικότερα (WHO, Regional office of Europe, 2016).

Είναι αντιληπτό ότι οι παραπάνω ορισμοί, σε γενικές γραμμές κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση και δίνουν στον αναγνώστη να καταλάβει περίπου το ίδιο πράγμα. Ότι δηλαδή διακυβέρνηση είναι το σύνολο των μηχανισμών<sup>33</sup> που συντονίζονται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με τους πολίτες, προκειμένου να διοικήσουν το κράτος και να πάρουν αποφάσεις.

Αναφορικά με τη δημόσια διακυβέρνηση αυτή διακρίνεται σε τέσσερα ξεχωριστά αντικείμενα (Μπουρσανίδης, 2017):

- μηχανισμό συντονισμού (δηλαδή κλασική κρατική ιεραρχία ή αγορές ή κάτι ενδιάμεσο)
- επίπεδο στο οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις (εδώ μπαίνει η έννοια της αποκέντρωσης των υπηρεσιών του συστήματος)
- μηχανισμός και τα αντικείμενα λήψης των αποφάσεων (πχ θέσπιση πλαφόν στις τιμές των φαρμάκων από το υπουργείο)
- τα εργαλεία της διοίκησης (αυτά μπορεί να είναι πολλά μέσα από ένα φάσμα που κινείται από τις κλασικές οδηγίες, νόμους κλπ μέχρι την λειτουργία της ελεύθερης αγοράς)

#### *4.1.1. Δείκτες διακυβέρνησης*

Για τη μέτρηση της διακυβέρνησης χρησιμοποιούνται διεθνώς αναγνωρισμένοι δείκτες και μεταβλητές όπως η πολιτική σταθερότητα, η δημόσια τάξη, η λογοδοσία κυβερνώντων, η αποτελεσματικότητα του κυβερνητικού έργου, το ρυθμιστικό

<sup>33</sup> Και όπου μηχανισμοί μπορεί να είναι δημόσια πρόσωπα, υπηρεσίες, οργανισμοί, υπηρεσίες κλπ



πλαίσιο, το κράτος δικαίου και η εφαρμογή των νόμων, ο έλεγχος της διαφθοράς, οι βαθμοί ελευθερίας στην άσκηση οικονομικής δραστηριότητας, κ.α. είναι παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη όταν επιχειρούμε να υπολογίσουμε δείκτες μέτρησης της διακυβέρνησης.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2008 δημοσίευσε μια λίστα μέτρων που θα μπορούσαν να μετρήσουν τη διακυβέρνηση της δημόσιας υγείας ως εξής:

- *Health worker absenteeism in public health facilities*
- *Proportion of government funds reaching district-level facilities*
- *Stock-out rates for essential drugs in health facilities*
- *Proportion of informal payments within the public health care system*
- *Proportion of pharmaceutical sales that consist of counterfeit drugs*

Μεταξύ άλλων και η Παγκόσμια Τράπεζα μέσω του Worldwide Governance Indicators (WGI) project<sup>34</sup>, έχει αναλάβει το έργο του υπολογισμού του δείκτη διακυβέρνησης για 215 χώρες. Οι δείκτες διακυβέρνησης καταρτίζονται για κάθε χώρα από το 1996, «μέσω κυλιόμενων ερευνών που συγκεντρώνουν τις απόψεις επιχειρήσεων, πολιτών, δεξαμενών σκέψης, μη κυβερνητικών οργανισμών, διεθνών οργανισμών και διαφόρων άλλων ειδικών για κάθε χώρα.» (Καραμάνης, 2017)

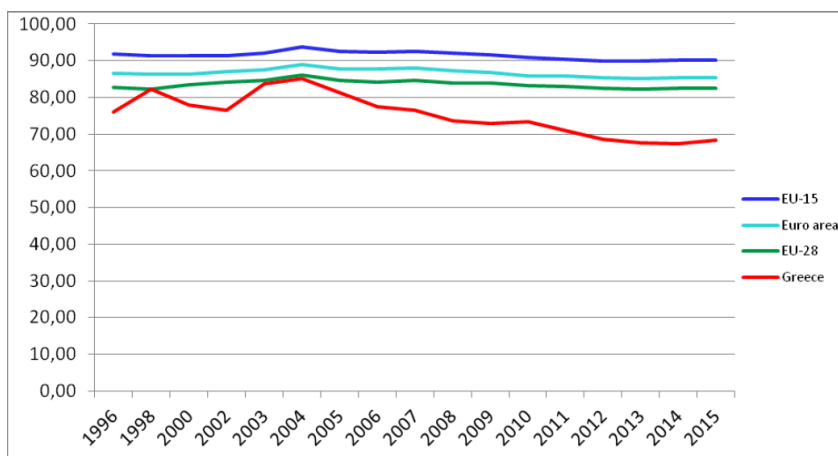
Στο τέλος της ανάλυσης προκύπτουν κάθε χρόνο έξι «παγκόσμιοι δείκτες διακυβέρνησης»:

1. Ελευθερία λόγου, έκφρασης, εκλέγειν – εκλέγεσθαι, και λογοδοσία των διοικούντων (Voice and accountability)
2. Πολιτική σταθερότητα και δημόσια τάξη (Political stability and absence of violence / terrorism)
3. Αποτελεσματικότητα της διακυβέρνησης (government effectiveness)
4. Ποιότητα ρυθμιστικού πλαισίου (Regulatory quality)
5. Κράτος δικαίου – εφαρμογή των νόμων (Rule of Law)
6. Έλεγχος διαφθοράς (Control of corruption)

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται διαγραμματικά για κάθε έναν από τους έξι δείκτες η θέση της Ελλάδας σε σχέση με τους υπόλοιπους ευρωπαϊούς εταίρους μας.

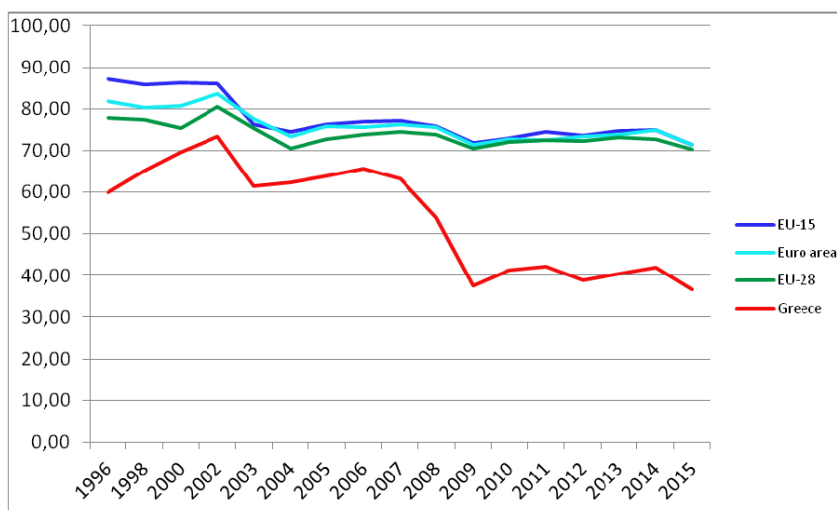
<sup>34</sup> Στο παράρτημα παρατίθεται πίνακας με κάποιους επιπλέον δείκτες, χωρίς και πάλι όμως να εξαντλούμε το θέμα

Εικόνα 12: Δείκτης Ελευθερίας



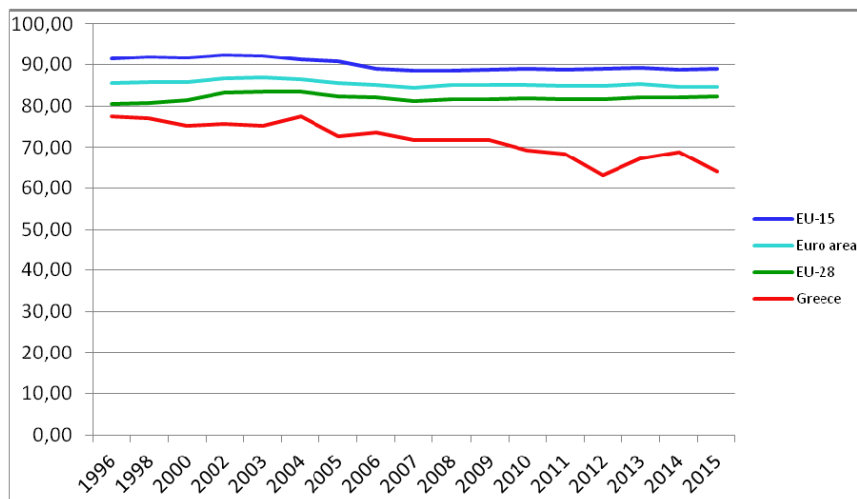
Πηγή: Liberal &amp; Καραμάνης, 2017

Εικόνα 13: Δείκτης Πολιτικής σταθερότητας



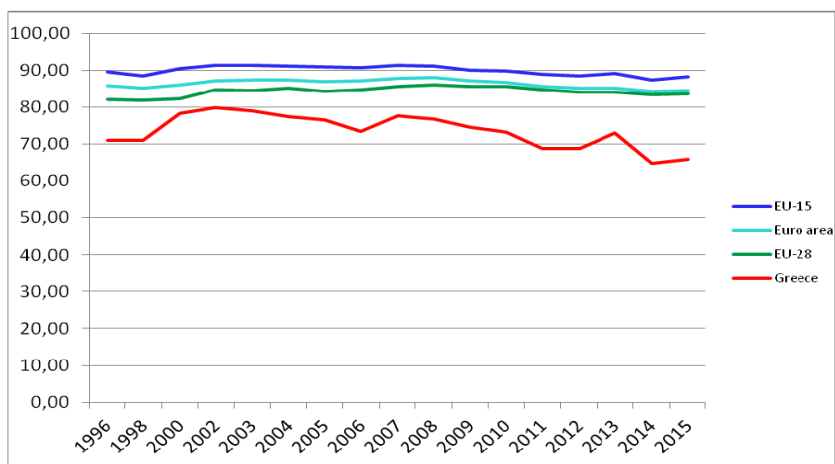
Πηγή: Liberal &amp; Καραμάνης, 2017

Εικόνα 14: Αποτελεσματικότητα της Διακυβέρνησης



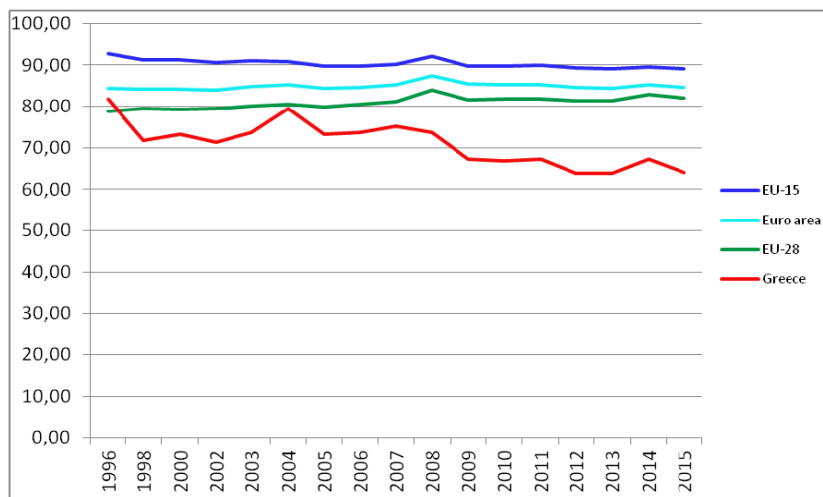
Πηγή: Liberal &amp; Καραμάνης, 2017

Εικόνα 15: Δείκτης Ποιότητας Ρυθμιστικού Πλαισίου



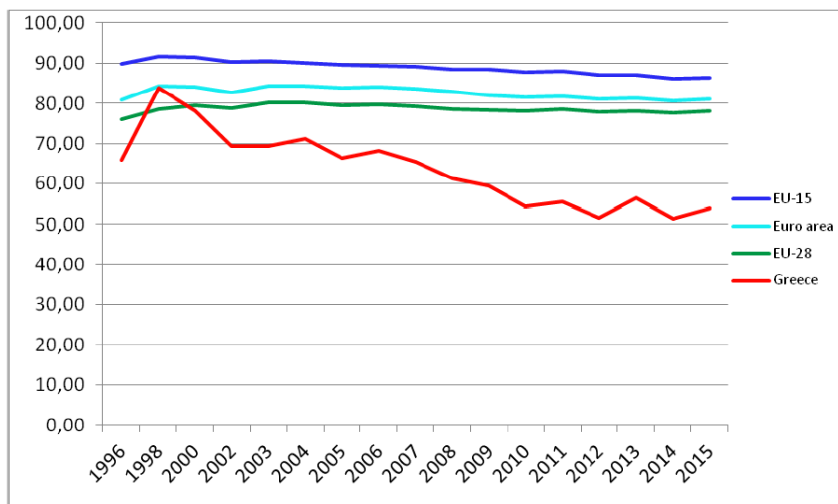
Πηγή: Liberal &amp; Καραμάνης, 2017

Εικόνα 16: Δείκτης Κράτος Δικαίου



Πηγή: Liberal &amp; Καραμάνης, 2017

Εικόνα 17: Δείκτης Διαφθοράς



Πηγή: Liberal &amp; Καραμάνης, 2017

Επιλέχθηκε η λύση της διαγραμματικής παρουσίασης προκειμένου ο αναγνώστης με μια ματιά, και χωρίς να χρειάζεται ιδιαίτερες αναλυτικές ικανότητες, να μπορέσει να δει τη συνολική εικόνα.

Συνοπτικά, η χώρα μας, σε σύγκριση με τους ευρωπαϊούς εταίρους μας, τις χώρες δηλαδή με τις οποίες καλείται να ανταγωνιστεί και τις οποίες καλείται να πείσει να επενδύσουν στην Ελλάδα ή, ακόμα σημαντικότερο, να εγκρίνουν τη δανειοδότησή της, είναι σε όλους τους δείκτες πολύ πίσω. Αποκορύφωμα αποτελούν οι δείκτες «Πολιτική σταθερότητα και δημόσια τάξη» και «Έλεγχος διαφθοράς», χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι δείχνουμε καλή εικόνα στους υπόλοιπους τέσσερις δείκτες. Δύο ακόμα συμπεράσματα προκύπτουν, το ένα αναμενόμενο και το άλλο θλιβερό. Αναμενόμενα, στις πρώτες δέκα - δώδεκα θέσεις των δεικτών εμφανίζονται σχεδόν πάντα οι ίδιες χώρες: Νορβηγία, Σουηδία, Ελβετία, Ολλανδία, Δανία, Φιλανδία, Γερμανία, Καναδάς, Νέα Ζηλανδία, Σιγκαπούρη, Χονγκ-Κονγκ, Ιαπωνία (θυμίζουμε ότι οι δείκτες υπολογίζονται για 215 χώρες). Θλιβερή εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι, σε όλους τους δείκτες, έχουν ξεπεράσει την Ελλάδα αρκετές χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ ή και χώρες της Αφρικής<sup>35</sup>! Αυτό σαν παρατήρηση αρκεί για να μας γεμίσει ερωτηματικά σχετικά με τις ικανότητες διακυβέρνησης που παρουσιάζει η χώρα μας τα τελευταία χρόνια.

#### 4.1.2. Πώς βελτιώνεται η διακυβέρνηση;

Έχοντας κατά νου τους παραπάνω δείκτες, γεννιέται εύλογα η απορία «πώς μπορεί μια χώρα με κακή επίδοση, όπως η Ελλάδα, να βελτιώσει τη διακυβέρνησή της ειδικά στον τομέα της υγείας που είναι και το αντικείμενο της μελέτης;». Ένα πλαίσιο απάντησης μπορεί να είναι το ακόλουθο:

- Με δεδομένο ότι η υγεία είναι πλέον ένα πεδίο άσκησης πολιτικής, αλλά και πολιτικής αντιπαράθεσης και μάλιστα σφοδρής, η βελτίωση στη διακυβέρνηση θα έρθει μέσα από πολιτικές επιλογές και μόνο, οι οποίες μπορεί να είναι και ιδιαίτερα δύσκολες για χώρες με πολλές δομικές «ανορθογραφίες» στο σύστημα υγείας της, όπως η Ελλάδα.
- Κομβικής σημασία για τις αλλαγές που απαιτούνται, είναι η ύπαρξη της απαιτούμενης πληροφόρησης αλλά κυρίως η ύπαρξη των κατάλληλων καναλιών πληροφόρησης ώστε η πληροφορία να είναι πάντα διαθέσιμη.

<sup>35</sup> Να σημειωθεί, ότι οι δείκτες που παρουσιάστηκαν εδώ, δεν είναι οι μόνοι και φυσικά το θέμα δεν εξαντλείται. Για τις ανάγκες όμως της μελέτης, επελέγησαν οι δείκτες του WGI ως εύκολα κατανοητοί και καλύπτοντες τις περισσότερες χώρες

- Επίσης, ουσιαστικό χαρακτηριστικό μιας τέτοιας προσπάθειας, είναι η γρήγορη εφαρμογή των όποιων αλλαγών<sup>36</sup> αποφασιστούν. Προφανώς η εφαρμογή των αλλαγών μπορεί να βρει προσχώματα σε διάφορους παράγοντες όπως για παράδειγμα σε ένα ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο, στην έλλειψη λογοδοσίας ή και σε αδιαφανείς σχέσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών (όπως για παράδειγμα το γνωστό ελληνικό φαινόμενο με το φακελάκι). Η ποιότητα της διακυβέρνησης θα φανεί από την αντίσταση σε αυτές τις δυσκολίες.

Η αλλαγή μέσα σε ένα καθεστώς επιβαλλόμενης λιτότητας και ταυτόχρονης προσπάθειας μείωσης του κόστους, όπως αυτό που η χώρα μας βιώνει σήμερα, μπορεί εύκολα να τερπλιστεί, και αυτό γιατί η αλλαγή στη διακυβέρνηση δεν πρέπει να εκλαμβάνεται μόνο ως προσπάθεια μείωσης κόστους, αφού δεν είναι λίγες οι φορές που μια μεσοπρόθεσμα αποδοτική και ωφέλιμη αλλαγή μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμα ιδιαίτερα κοστοβόρα.

#### *4.1.3. Διακυβέρνηση υγείας ή διακυβέρνηση για την υγεία;*

Έχοντας ορίσει τόσο την έννοια της διακυβέρνησης όσο και το λόγο της αναγκαιότητάς της, είναι σκόπιμο να οριστεί η διαφοράς μεταξύ διακυβέρνησης υγείας με διακυβέρνησης για την υγεία.

Με τον όρο *διακυβέρνηση υγείας* αναφερόμαστε στη σχέση μεταξύ των δομών που επηρεάζουν την υγεία και πώς αυτές οι δομές μπορούν να ενδυναμωθούν.

Αντίθετα, με τον ευρύτερο όρο *διακυβέρνηση για την υγεία*, αναφερόμαστε σε όλες τις κοινές δράσεις που αναλαμβάνουν τόσο οι φορείς υγείας όσο και φορείς εκτός του συστήματος υγείας (όπως η Κοινωνία των Πολιτών), η πολιτεία αλλά ακόμα και ο ιδιωτικός τομέας και ατομικά οι πολίτες που στόχο έχουν τη βελτίωση των συνθηκών υγείας του κοινού.

Το σύστημα υγείας από μόνο του, αποκομμένο από την κοινωνία, δεν είναι σε θέση να φέρει σε πέρας τους στόχους που θα δούμε στη συνέχεια. Είναι ανάγκη, ένα πληροφορημένο κοινό, ένα ευαισθητοποιημένο σύνολο επιχειρήσεων ακόμα και ανεξάρτητες αρχές επιφορτισμένες με συγκεκριμένες αρμοδιότητες, όλοι μαζί να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο αρμονικά και με συνεννόηση.

---

<sup>36</sup> Η χώρα μας άλλωστε χαρακτηρίζεται από προβληματική εφαρμογή των νόμων και των αλλαγών που αυτοί επιφέρουν

#### 4.1.4. Διακυβέρνηση και συστήματα υγείας

Η διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας, μπορεί να αποδειχθεί ένα ιδιαίτερα δύσκολο και απαιτητικό πεδίο, λόγω της πολυπλοκότητας και των ιδιομορφιών που τα διακρίνει.

Αν και οι ορισμοί που δόθηκαν πιο πάνω μπορούν εύκολα να προσαρμοστούν και στις ανάγκες των συστημάτων υγείας, ένας ολοκληρωμένος ορισμός έρχεται από τις ΗΠΑ:

*«Η διακυβέρνηση στα συστήματα υγείας έχει να κάνει με την ανάπτυξη αποτελεσματικών κανόνων, προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την ολοκλήρωση δομών δημόσιας υγείας, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του τομέα υγείας. Αυτοί οι κανόνες καθορίζουν ποιοι κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν ποιους ρόλους και βάσει ποιών αρμοδιοτήτων, ώστε να σχετίζονται με την επίτευξη των στόχων»* USAID (2008).

Οι κοινωνικοί παράγοντες, χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες: τους πολίτες που λαμβάνουν τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας, του παρόχους των υπηρεσιών υγείας και τέλος την πλευρά του κράτους – συντονιστή.

Στη μελέτη του ο Savedoff το 2011, αναφέρει ότι λόγω της πολυπλοκότητας του συστήματος υγείας και της δυσκολίας να δοθεί ένας ορισμός για τη διακυβέρνηση στα συστήματα υγείας έδωσε και αυτός το δικό του γενικό ορισμό για τη διακυβέρνηση:

*“Συνδυασμός πολιτικών, κοινωνικών, οικονομικών και θεσμικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των οργανισμών, των ατόμων και την απόδοσή τους”* (Savedoff 2011).

#### 4.1.5. Πολυπλοκότητα στη διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας

Η διακυβέρνηση ενός συστήματος υγείας πρόκειται για ένα ουσιαδώς δύσκολο έργο, λόγω της πολυπλοκότητας που το χαρακτηρίζει. Ο αριθμός των εμπλεκόμενων μερών είναι μεγάλος, οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους πολλές φορές επικαλυπτόμενες και η ανάγκη για οργάνωση και συντονισμό βασική.

Η έννοια της πολυπλοκότητας συμπυκνώνει πολλά διαφοροποιημένα στοιχεία με πολλές μεταξύ τους διασυνδέσεις, πολύπλοκη ιεραρχία ειδικά στο δημόσιο τομέα, διαφορετικούς βαθμούς ελευθερίας που αφορούν περισσότερο τον πολίτη και λιγότερο τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και αφορούν στην ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον όλων αυτών, η πολυπλοκότητα χαρακτηρίζεται από την ανάγκη για προσαρμοστικότητα στις αλλαγές αλλά, και αυτό είναι το κυριότερο για ένα σημερινό σύστημα υγείας, ότι αυτή η προσαρμοστικότητα οφείλει να βρίσκει εφαρμογή τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να εξυπηρετείται το συμφέρον του πολίτη.

Χαρακτηριστικά μπορεί να αναφερθεί, ότι η υγεία εξαρτάται από μια σειρά παράγοντες και αποφάσεις που αρχικά ίσως να μην λαμβάνονταν υπόψη. Για παράδειγμα, παλαιότερα που το ενδιαφέρον για τα βίο-καύσιμα έφερε στην επιφάνεια το πρόβλημα έλλειψης τροφής για μεγάλα τμήματα του παγκόσμιου πληθυσμού. Η πρόσφατα στην ΕΕ, την κουβέντα που έγινε αν θα επιτραπεί η είσοδος των γενετικά τροποποιημένων προϊόντων<sup>37</sup>. Η ακόμα και τη σχέση που μπορεί εύκολα να ανιχνευθεί μεταξύ υγείας και εργασίας, στέγασης, μέσω μιας μαζικής μεταφοράς κ.α.

#### *4.2. Στόχοι των συστημάτων υγείας*

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του 1948 «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας».

Με βάση τις τρεις λειτουργίες του συστήματος υγείας που έχουμε ήδη αναφέρει, δημιουργούνται τρεις πιο συγκεκριμένοι στόχοι:

- α) υγεία του πληθυσμού (σε επίπεδο ποιότητας και ισότητα πρόσβασης για όλους)
- β) οικονομική προστασία των πολιτών και παροχή κοινωνικής ασφάλειας μέσα από την δίκαιη ανακατανομή των πόρων με βάση την αρχή της αλληλεγγύης που είδαμε σε άλλο σημείο
- γ) ικανοποίηση των προσδοκιών των πολιτών.

##### *4.2.1. Η υγεία του πληθυσμού*

Αυτή η προσπάθεια για τη διαφύλαξη του επιπέδου υγείας, τη βελτίωσή του και όπου είναι δυνατό την πρόληψη δυσάρεστων καταστάσεων για τους πολίτες, μπορεί να λάβει χώρα είτε σε κεντρικό επίπεδο είτε σε περιφερειακό, με βάση την αρχή της αποκέντρωσης (αν το υπουργείο υγείας υποστηρίζει κάτι τέτοιο). Επίσης, η προσπάθεια αυτή οφείλει να φτάσει μέχρι το σημείο άμεσης επαφής με τους πολίτες, δηλαδή τα νοσοκομεία.

<sup>37</sup> Με μπροστάρη τον αμερικανικό κολοσσό Monsanto

Η προσπάθεια επίτευξης ενός τέτοιου στόχου θα βρεθεί αντιμέτωπη με πολλές ανισότητες, οπότε οι στρατηγικές που θα ακολουθηθούν θα πρέπει να είναι προσανατολισμένες στην καταπολέμηση αυτών των ανισοτήτων και να έχουν ως πυξίδα την ισότητα των πολιτών και την ίση πρόσβασή τους στο σύστημα<sup>38</sup>.

#### 4.2.2. Οικονομική προστασία των πολιτών και κοινωνική ασφάλεια

Σε αυτό το στόχο, πρωτεύουσα θέση έχει η αρχή της αλληλεγγύης που έχει ήδη αναφερθεί στα προηγούμενα, ιδιαίτερα με τη μορφή της αναδιανεμητικής αλληλεγγύης<sup>39</sup>, αφού ένα σύστημα υγείας στην ουσία μεταφέρει «περισσευόμενους» πόρους από ένα τμήμα της κοινωνίας σε ένα άλλο που τους έχει ανάγκη.

Με την κάλυψη του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα ασφαλιστικά ταμεία για όλους τους πολίτες (θυμηθείτε και τον Κύβο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας) αλλά και με την κάλυψη των λειτουργικών και επενδυτικών δαπανών του συστήματος υγείας (ανεξαρτήτως συστήματος Bismarck ή Beveridge) ικανοποιείται και το περί δικαίου αίσθημα των πολιτών.

#### 4.2.3. Ικανοποίηση των πολιτών

Λέγοντας ικανοποίηση των πολιτών, ορίζεται η αναγνώριση των προσδοκιών των πολιτών από την πολιτεία και στην δεδομένη ευθύνη γνώσης και εκπλήρωσης αυτών των προσδοκιών από τους ιθύνοντες της πολιτείας και ταυτόχρονα της μέγιστης δυνατής ικανοποίησης των ασθενών.

#### 4.3. Βασικές αρχές δημοσίων οργανισμών

Για να μελετηθεί το βασικό πλαίσιο αρχών της διακυβέρνησης θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούν οι βασικές αρχές που χαρακτηρίζουν τους δημόσιους οργανισμούς:

- Αρχή της νομιμότητας
- Αρχή της ισότητας
- Αρχή της χρηστής διοίκησης
- Αρχή του δημοσίου συμφέροντος

Με βάση αυτές τις θεμελιώδεις αρχές, οι οποίες εν πολλοίς λειτουργούν ως «σημεία ελέγχου» απέναντι στην όποια αυθαιρεσία, καλείται το κράτος να χαράξει και να εφαρμόσει τις πολιτικές του.

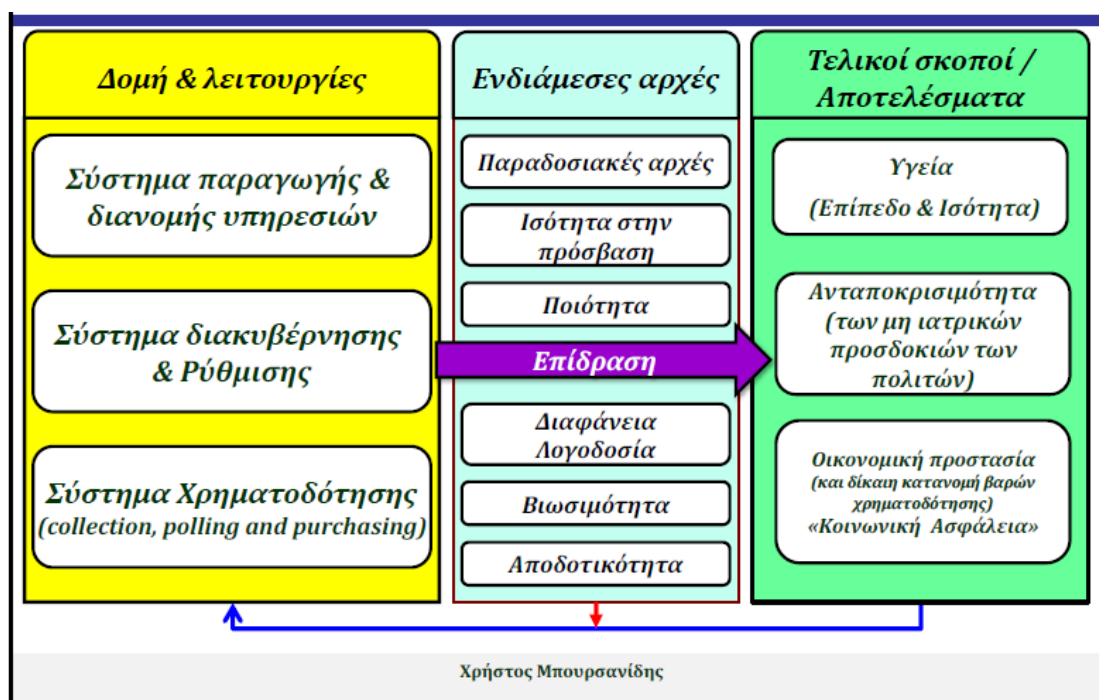
<sup>38</sup> Βλ. και στα κεφάλαια για κοινωνικά δικαιώματα, κοινωνική δικαιοσύνη, καθολική κάλυψη υγείας

<sup>39</sup> Οι άλλες τρεις μορφές είναι: η οικογενειακή αλληλεγγύη, η αλληλεγγύη των γενεών και αναδιανομή μέσω ανάπτυξης μηχανισμών και δομών εξισορρόπησης κινδύνων (Μπουρσανίδης, 2017)



Στο παρακάτω σχήμα φαίνεται η σχέση μεταξύ των τριών λειτουργιών των συστημάτων υγείας, των παραδοσιακών και άλλων αρχών που λειτουργούν ως φίλτρο για τις αποφάσεις, και των επιδιωκόμενων σκοπών και αποτελεσμάτων.

Εικόνα 18: Σχέσεις λειτουργιών, αρχών και στόχων σε ένα σύστημα υγείας



Πηγή: Μπουρσανίδης 2017

#### 4.4. Βασικό πλαίσιο αρχών διακυβέρνησης – TAPIC Vs. Savedoff

Στη μελέτη του European Observatory on Health Systems and Policies του 2016, παρουσιάζεται ένα πρότυπο πλαίσιο βασικών αρχών διακυβέρνησης συστημάτων υγείας για την ανάλυση αλλά και τη βελτίωσή τους, και σε αυτό θα βασιστούμε.

##### 4.4.1. TAPIC - European Observatory on Health Systems and Policies

Σε αυτή τη μελέτη παρουσιάζεται ένα πρότυπο που βασίζεται σε πέντε αρχές: διαφάνεια (transparency), λογοδοσία (accountability), συμμετοχή (participation), ακεραιότητα (integrity) και ικανότητα πολιτικής (policy capacity). Εξ'ού και το ακρωνύμιο TAPIC από τα αρχικά γράμματα των αγγλικών λέξεων. Χαρακτηριστικό είναι ότι υπάρχει μια συνάφεια μεταξύ αυτών των αρχών και των δεικτών διακυβέρνησης του WGI project που είδαμε πιο πάνω. Πιο συγκεκριμένα για κάθε μια από τις πέντε αρχές του TAPIC (και με έμφαση στις αρχές της λογοδοσίας και της διαφάνειας):

#### 4.4.2. Ικανότητα πολιτικής (*policy capacity*)

Η ικανότητα πολιτικής, ουσιαστικά αναφέρεται στην ικανότητα της διοίκησης να αναπτύξει πολιτικές που στην προσπάθεια επίτευξης των στόχων, να μην ξεπερνάνε τους (έτσι κι αλλιώς δεδομένους) πόρους.

Προκειμένου να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι απαραίτητοι κάποιοι μηχανισμοί όπως (Observatory, 2016):

- α) κατάλληλο σύστημα προσλήψεων και η συνεπακόλουθη ανάπτυξη των ταλέντων και ανάπτυξη των γνώσεων (talent management)
- β) διαδικασίες έρευνας και ανάλυσης data, big data και meta data
- γ) διαδικασίες ελέγχου απόδοσης κ.α.

Πρόκειται επομένως για ανθρώπους με σπάνιες ικανότητες και γνώσεις που θα αναλάβουν να σχεδιάσουν το πλαίσιο λειτουργίας με βάση όλους τους περιορισμούς αλλά και τις δυνατότητες που παρέχονται.

#### 4.4.3. Ακεραιότητα (*integrity*)

Στην ουσία, με αυτό τον όρο αυτό περιγράφονται οι διαδικασίες των αποφάσεων που πρέπει να είναι ξεκάθαρες και κατανοητές όχι μόνο για τα μέλη του οργανισμού<sup>40</sup> αλλά και για τους πολίτες και γενικά για όλους τους εμπλεκόμενους.

Προκειμένου να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι απαραίτητοι κάποιοι μηχανισμοί όπως (Observatory, 2016):

- α) ύπαρξη σαφώς καταγεγραμμένων διαδικασιών
- β) εσωτερικοί έλεγχοι
- γ) ύπαρξη προϋπολογισμού
- δ) ξεκάθαροι ρόλοι και αρμοδιότητες για το προσωπικό
- δ) κάποιου είδους μηχανισμός επιβράβευσης και κινητροποίησης των υπαλλήλων για τις (αποδοτικές) προσπάθειές τους
- ε) κάποιες ουσιαστικές και βασικές πολιτικές για το προσωπικό όπως για παράδειγμα ύπαρξη περιγραμμάτων θέσης εργασίας κ.α.

Συμπερασματικά, πρόκειται για καλή διοίκηση, με ξεκάθαρο πλάνο και ρόλους για τους ανθρώπους που παίρνουν τις αποφάσεις καταπολεμώντας ταυτοχρόνως το φαινόμενο της γραφειοκρατίας.

---

<sup>40</sup> πχ ΥΠΕ, νοσοκομείο κλπ

#### 4.4.4. Συμμετοχή (*participation*)

Όσον αφορά τη συμμετοχή το αρχικό σχόλιο είναι ότι είναι ...δύσκολη. Τόσο για αυτόν που τη ζητάει και ενδεχομένως να μην ξέρει τι κρύβεται αλλά και να μην έχει την απαιτούμενη γνώση, όσο και για αυτόν που καλείται να μοιραστεί την εξουσία του.

Με τον όρο συμμετοχή ορίζεται η πρόσβαση στη διαδικασία των αποφάσεων και όπως καταλαβαίνουμε αποτελεί τον πυρήνα των δημοκρατικών κοινωνιών από την εποχή της κλασικής Ελλάδα ακόμα.

Προκειμένου να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι απαραίτητοι κάποιοι μηχανισμοί όπως (Observatory, 2016):

- α) εκλογές και αντιπροσώπευση
- β) συνεργασίες
- γ) έρευνες
- δ) κοινοί προϋπολογισμοί, κοινές ομάδες εργασίας κ.α.
- ε) συμβουλές και σύμβουλοι
- στ) μηχανισμοί επιλογών κλπ

Καλό είναι να σημειωθεί ότι η πολλή συμμετοχικότητα, μπορεί να οδηγήσει σε χαρακτηριστικές καθυστερήσεις στη λήψη αποφάσεων (λόγω αντιδράσεων, διχογνωμιών κλπ) και τελικά να προκύψουν τα αντίθετα αποτελέσματα από αυτά που αρχικά αναμένονταν ενώ κάποιες φορές ακόμα και η ανεύρεση ανθρώπων προθύμων να συμμετάσχουν μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερη πρόκληση.

#### 4.4.5. Διαφάνεια (*Transparency*)

Σύμφωνα με τον Μακρυδημήτρη «η διοίκηση είναι υποχρεωμένη στη σύγχρονη δημοκρατία να εξασφαλίζει την ευρύτερη δυνατή δημοσιότητα των αποφάσεων και των ενεργειών της. Οφείλει επίσης να διευκολύνει την πρόσβαση σε αυτήν των πολιτών και τη γνώση των εγγράφων που τους αφορούν» (Α. Μακρυδημήτρης, 2000). Επιπλέον, με τη συνταγματική αναθεώρηση του 2001, θεσπίστηκε το άρθρο 5<sup>Α</sup> που αναφέρεται στο δικαίωμα πρόσβασης στην πληροφόρηση που κατοχυρώνει το δικαίωμα του πολίτη για πλήρη γνώση όλων των διοικητικών στοιχείων.

Σε μια ευνομούμενη και δημοκρατική κοινωνία είναι απολύτως απαραίτητο «όλα να γίνονται στο φως», ώστε με τον τρόπο αυτό να αποφεύγονται φαινόμενα κατάχρησης

εξουσίας και διαφθοράς<sup>41</sup>. Έτσι, στο πλαίσιο μελέτης της καλής διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας, δεν μπορεί παρά να παίζει ουσιαστικό ρόλο η αρχή της διαφάνειας. Διευρύνοντας τον παραπάνω κλασικό ορισμό του Μακρυδημήτρη και τοποθετώντας τον στο πλαίσιο της διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας, θα λέγαμε ότι διαφάνεια σημαίνει πως οι θεσμοί και οι υπηρεσίες θα ενημερώνουν τους πολίτες για τις αποφάσεις και τις διαδικασίες, βάσει των οποίων πάρθηκαν αυτές οι αποφάσεις. Συνεπώς η διαφάνεια είναι συνυφασμένη με τη γνώση.

Προκειμένου να επιτευχθεί η αρχή της διαφάνειας απαραίτητοι είναι κάποιοι μηχανισμοί που θα κάνουν δυνατή την εύκολη και άμεση κατανόηση του όποιου θέματος από τους πολίτες, όπως (Observatory, 2016):

- Αναφορές αποτελεσμάτων σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα (reporting) ώστε να διευκολύνεται και ο έλεγχος
- Σώματα επιθεωρητών (όπως ο Επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης κ.α.)
- Κάποιο εργαλείο ελέγχου απόδοσης της διοίκησης (για παράδειγμα balanced scorecard)
- Ξεκάθαρος τρόπος ενημέρωσης των πολιτών και μάλιστα όχι μόνο ένας πχ αποστολή ενημερωτικών δελτίων, ενημερωμένη ιστοσελίδα, ανοιχτές συνελεύσεις κ.α.

Σε συνάρτηση με τις παραπάνω τρεις αρχές του TAPIC, η αρχή της διαφάνειας για το σύστημα υγείας σημαίνει ότι θα υπάρχουν ειδικοί που θα μπορούν να αμφισβητήσουν τις όποιες αποφάσεις, ή και τις διαδικασίες, με σκοπό να τις βελτιώσουν. Στην ιδανική περίπτωση, η αρχή της διαφάνειας θα οδηγήσει στη συγκέντρωση και διαμόρφωση πληροφορίας που θα είναι χρήσιμη, ακριβής και άμεσα διαθέσιμη σε όσους τη χρειάζονται χωρίς να υπάρχει αμφιβολία από τα εμπλεκόμενα μέρη.

Ειδικά στο ασφαλιστικό σύστημα, η διαφάνεια είναι μέγιστης σημασίας αφού βασικό τμήμα των αρμοδιοτήτων του είναι η διαχείριση χρηματικών πόρων. Συνεπώς η διαφάνεια στις διαδικασίες και στην πληροφορία είναι απαραίτητη ώστε οι πολίτες να είναι σε θέση να γνωρίζουν που πηγαίνουν οι εισφορές τους και αν είναι αποδοτικές. Ένα καλό παράδειγμα διαφάνειας είναι η περίπτωση της Σουηδίας, όπου κάθε ασφαλισμένος μπορεί ανά πάσα στιγμή να ελέγξει τις συνολικές του εισφορές και να υπολογίσει το ύψος της σύνταξής του. Σε αυτό το γενικό πλαίσιο, θα ήταν μια

---

<sup>41</sup> Και με τον τρόπο αυτό, συνδέεται άλλωστε η αρχή της διαφάνειας με την αρχή της λογοδοσίας που θα δούμε στη συνέχεια

σημαντική καινοτομία αν ο ΕΟΠΥΥ ήταν σε θέση ανά πάσα στιγμή να δείχνει στους ασφαλισμένους του τις εισφορές του και τι δυνατότητες έχει με βάση αυτές τις εισφορές αλλά και το παρεχόμενο πακέτο.

Γενικά μιλώντας, η αρχή της διαφάνειας στο σύστημα υγείας πρέπει να αποτελέσει ακρογωνιαίο λίθο του οικοδομήματος. Είναι απαραίτητη σε ένα φάσμα λειτουργιών από την τοποθέτηση διοικήσεων στα νοσοκομεία μέχρι τη διαφάνεια στη νομοθετική διαδικασία. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό όλες οι διαδικασίες προμηθειών (υλικών, φαρμάκων κλπ) να βασίζονται στην αρχή της διαφάνειας, όπως και τυχόν επενδυτικά κόστη του συστήματος υγείας, αφού η διαχείριση χρηματικών πόρων είναι εκ των ουκ άνευ.

Ωστόσο η διαφάνεια δεν έρχεται χωρίς προβλήματα ή κινδύνους (υπάρχει δηλαδή καλή διαφάνεια αλλά υπάρχει και κακή διαφάνεια). Για παράδειγμα, μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα όταν λόγω της αρχής της διαφάνειας δίνεται η ευκαιρία σε διάφορους εμπλεκόμενους του συστήματος υγείας και ειδικά αυτούς του ιδιωτικού τομέα να χρησιμοποιήσουν αυτή την πληροφορία προς όφελός τους, συχνά επηρεάζοντας τις σχεδιαζόμενες πολιτικές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι πολυεθνικές εταιρείες στο χώρο του φαρμάκου που ίσως χρησιμοποιούν την δημοσιευμένη πληροφορία για να χειραγωγήσουν την αγορά. Συνεπώς, διαφάνεια δεν σημαίνει απαραίτητα ότι οι διαμορφωτές πολιτικής πρέπει να δημοσιοποιούν τα πάντα. Αντίθετα, η πολλή πληροφόρηση (*too much information*) μπορεί να μην είναι πάντα το ιδεατό, οπότε πρέπει είναι απαραίτητο να υπάρχει μια ισορροπία.

#### 4.4.6. Η αρχή της λογοδοσίας (*Accountability*)

Η λογοδοσία αποτελείται από επεξηγήσεις και εγκρίσεις, από εκείνους που έχουν την εξουσία. Στην ουσία πρόκειται για τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ενός δρώντα (π.χ. ενός υπουργείου) και ενός ελεγκτικού σώματος (πχ της Βουλής των Ελλήνων), όπου η δρώσα υπηρεσία θα ενημερώσει και θα δώσει εξηγήσεις στον ελεγκτή.

Η λογοδοσία, αξιολογεί την αποδοτικότητα των δημοσίων λειτουργιών και των δημοσίων υπηρεσιών έτσι ώστε να είναι βέβαιο ότι αποδίδουν στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους και παράλληλα ενσταλάζει στους πολίτες την βεβαιότητα ότι η κυβέρνηση τους υπηρετεί και είναι υπεύθυνη απέναντί τους.

Η λογοδοσία επίσης μπορεί να έχει διάφορες μορφές πχ. οριζόντια λογοδοσία όπως αυτή που ασκεί για παράδειγμα η Βουλή σε άλλους δημόσιους οργανισμούς και κάθετη λογοδοσία που στην ουσία είναι τα μέσα που χρησιμοποιούν οι πολίτες για να

ελέγξουν τους επίσημους θεσμούς. Επίσης υπάρχει η διάκριση μεταξύ πολιτικής και νομικής λογοδοσίας (δηλαδή η Βουλή και το δικαστικό σύστημα αντίστοιχα). Τέλος διακρίνεται η λεγόμενη κοινωνική λογοδοσία που σημαίνει ότι απλοί καθημερινοί πολίτες ή ακόμα και οι φορείς της κοινωνίας των πολιτών ασκούν άμεσα (ή και έμμεσα) τον έλεγχο της λογοδοσίας. Με βάση τα αμέσως προηγούμενα, γίνεται άμεσα κατανοητό ότι κλειδί της λογοδοσίας είναι ο κοινοβουλευτικός έλεγχος και το ενδιαφέρον των ίδιων των πολιτών.

Προκειμένου να επιτευχθεί η αρχή της λογοδοσίας απαραίτητοι είναι κάποιοι μηχανισμοί που θα κάνουν δυνατή την δημιουργία της προαναφερόμενης σχέσης, όπως (Observatory, 2016):

- Διαχείριση συμβάσεων
- “Pay for Performance mechanism”
- Ρυθμιστικό πλαίσιο
- Πρότυπα
- Κώδικας ηθικής
- Πολιτικές για τη διαχείριση των συγκρούσεων συμφερόντων
- Σαφής οργανωσιακή διαφοροποίηση που όμως να μην εμποδίζει την ενδεχόμενη συνεργασία των τμημάτων

Είναι δεδομένο βέβαια ότι δεν λειτουργούν όλοι οι παραπάνω μηχανισμοί ταυτόχρονα και κατά τον ίδιο τρόπο, οπότε είναι απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ τους, ειδικά εφόσον υπάρχει η ανάγκη συντονισμού μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Βέβαια, στο πλαίσιο του λεγόμενου New Public Management (που εστιάζει στον εκσυγχρονισμό του στυλ διοίκησης, στις ιδιωτικοποιήσεις, στη ρύθμιση των αγορών από το κράτος κ.α.) η λογοδοσία συχνά καταλήγει να γίνεται δυσκολότερη ακόμα και αναποτελεσματική, αφού αυξάνονται τα διαχειριστικά κόστη και εν γένει τα προβλήματα.

Ωστόσο και η λογοδοσία δεν είναι άνευ προβλημάτων με πρώτο και σημαντικότερο το ερώτημα «Λογοδοσία σε ποιόν;». Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης γενικά δεν λογοδοτούν στο Υπουργείο Οικονομικών αν και σήμερα, εν μέσω οικονομικής κρίσης λίγο – πολύ όλα τελούν υπό έγκριση από το υπουργείο οικονομικών. Στη συνέχεια, το πόσο λογοδοσία χρειαζόμαστε είναι δύσκολο επίσης να υπολογιστεί, με συνέπεια η υπερβολική λογοδοσία να δημιουργεί επιπλέον αχρείαστα στρώματα ελέγχου με αποτέλεσμα να δημιουργείται γραφειοκρατικό πρόβλημα και στην αποτελεσματικότητα. Συνεπώς επανερχόμαστε στο σχόλιο που κάναμε για την

διαφάνεια, ότι δηλαδή η πολλή λογοδοσία δεν είναι πάντα απαραίτητα καλή. Το τρίτο πρόβλημα που μπορεί να εντοπίσουμε είναι ότι η λογοδοσία μπορεί να οδηγήσει σε λάθος αποτελέσματα, αφού για παράδειγμα οι κώδικες ηθικής μπορεί να παραβλεφθούν ή το contract management και οι απαιτούμενοι έλεγχοί του να τραβήξουν σε μάκρος. Τέλος, ένα ακόμα πρόβλημα που μπορεί να παρουσιαστεί, είναι ότι η λογοδοσία συχνά μπορεί να αποτελέσει δικαιολογία για πολιτικές που είναι ενάντια στην καλώς νοούμενη (Βεμπεριανή) γραφειοκρατία του δημόσιου τομέα.

#### 4.4.7. Η προσέγγιση του William D. Savedoff

Ο Savedoff με τη μελέτη που δημοσίευσε το 2011 υπό την αιγίδα του ΠΟΥ, έφτασε σε ένα λίγο διαφορετικό συμπέρασμα αναφορικά με το σχεδιασμό ενός πλαισίου καλής διακυβέρνησης του τομέα της υγείας.

Αρχικά, και αυτό είναι το σημαντικότερο που προσφέρει η μελέτη του, προσδιόρισε ότι υπάρχουν δύο ειδών παράγοντες μέτρησης διακυβέρνησης: α) *governance determinants* που μετράει αν όντως υπάρχουν κάποια απαραίτητα στοιχεία πχ αν υπάρχει πολιτική για την πρωτοβάθμια φροντίδα (δηλαδή διακυβέρνηση υγείας) και β) *governance performance* που σκοπό έχουν να μετρήσουν την αποδοτικότητα αυτών των πολιτικών και την εφαρμογή τους (δηλαδή διακυβέρνηση για την υγεία).

Αυτό το πλαίσιο δείχνει πώς αυτοί οι δείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ελέγξουμε ποιες μορφές διακυβέρνησης είναι χρησιμότερες για την διοίκηση των 'συστημάτων υγείας. Χαρακτηριστικά αναφέρει:

*«Οι καθοριστικοί παράγοντες της διακυβέρνησης μοιάζουν με εισροές και εκροές, ενώ τα μέτρα απόδοσης της διακυβέρνησης μοιάζουν με αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, ένα υψηλός καθοριστικός δείκτης διακυβέρνησης δεν είναι απαραίτητως κάτι καλό ή κακό. Όπως και οι εισροές, η ύπαρξη περισσότερων μπορεί να είναι ευεργετική, αλλά μπορεί και όχι. Αντίθετα, τα αποτελέσματα και τα μέτρα απόδοσης της διακυβέρνησης μπορούν γενικά να μετρηθούν σε κλίμακα που ερμηνεύεται εύκολα από χειρότερο στο καλύτερο»* (Savedoff, 2011)

#### 4.5. Διακυβέρνηση και ισότητα στην υγεία

Σύμφωνα με στοιχεία από τον ΠΟΥ (2013), παρατηρείται μια διαφορά ως προς το προσδόκιμο ζωής ανάμεσα σε διάφορες περιοχές της Ευρώπης<sup>42</sup>. Πιο συγκεκριμένα,

<sup>42</sup> Περιορίζουμε την αναφορά στις ευρωπαϊκές χώρες χάριν ευκολίας



η λιγότερο αναπτυγμένη κεντρική και ανατολική Ευρώπη παρουσιάζει μια διαφορά στο προσδόκιμο ζωής αντρών και γυναικών από 3,7 έως 7,3 λιγότερα έτη ζωής αντίστοιχα, σε σχέση με την οικονομικά ανεπτυγμένη δυτική Ευρώπη. Με τον κίνδυνο να γενικολογήσουμε, αλλά προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε το εύρημα, η ευκαιρία να είναι υγιείς οι πολίτες δεν είναι τόσο αποτέλεσμα γενετικών παραγόντων αλλά μάλλον περισσότερο οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών συνθηκών.

Προφανώς, η καλή διακυβέρνηση μπορεί να αποτελέσει την απάντηση σε αυτό το πρόβλημα, δεδομένου μάλιστα ότι η υγεία αποτελεί ένα δημόσιο αγαθό και θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και επομένως θέμα κοινωνικής δικαιοσύνης. Επιπλέον, η βελτίωση του συστήματος υγείας, προφανώς θα οδηγήσει σε ένα υψηλότερο επίπεδο υγείας που με τη σειρά του θα οδηγήσει σε μια καλύτερη οικονομική επίδοση της οικονομίας στο σύνολό της, λόγω της καλύτερης υγείας των πολιτών.

#### *4.6. Το παράδειγμα της Εσθονίας*

Μετά το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου, η Εσθονία βρέθηκε προσαρτημένη στην τότε Σοβιετική Ένωση. Συνεπακόλουθα, το σύστημα υγείας της χώρας ακολούθησε τις δομές του σοβιετικού μοντέλου<sup>43</sup>. Επομένως, πριν τις μεταρρυθμίσεις το σύστημα υγείας της Εσθονίας χαρακτηριζόταν από νοσοκομειοκεντρική φιλοσοφία, εμμονή στους ειδικούς γιατρούς και τις εξειδικευμένες κλινικές και ένα ευρύ κρατισμό. Καθώς όμως η Εσθονία αποσχίστηκε από τη Σοβιετική Ένωση δίχως κάποια ένοπλη σύρραξη (που θα κατέστρεφε τις υποδομές και θα δίχαζε το λαό) αλλά και επειδή οι κυβερνήσεις συνεργασίας στην Εσθονία είχαν μια ξεκάθαρη στρατηγική και ένα ξεκάθαρο όραμα να μετατρέψουν τη χώρα σε μια σύγχρονη δυτικού τύπου δημοκρατία, η μετάβαση στο νέου τύπου σύστημα υγείας υπήρξε ομαλή<sup>44</sup>. Σήμερα οι πολίτες της Εσθονίας<sup>45</sup> απολαμβάνουν Καθολική Κάλυψη Υγείας και χαρακτηριστικά η άδεια μητρότητας είναι η μεγαλύτερη μεταξύ των κρατών μελών του ΟΟΣΑ (Wikipedia).

<sup>43</sup> Βασισμένο δηλαδή στο σχέδιο του ρώσου Nikolai Semashko

<sup>44</sup> Στο παράρτημα παρατίθεται διάγραμμα λειτουργίας του Εσθονικού συστήματος υγείας

<sup>45</sup> Γενικότερα, το επίπεδο ζωής είναι υψηλό στην Εσθονία, η οποία από το 2004 ακολούθησε το δρόμο της ΕΕ και από το 2011 έχει επίσημο νόμισμα το ευρώ

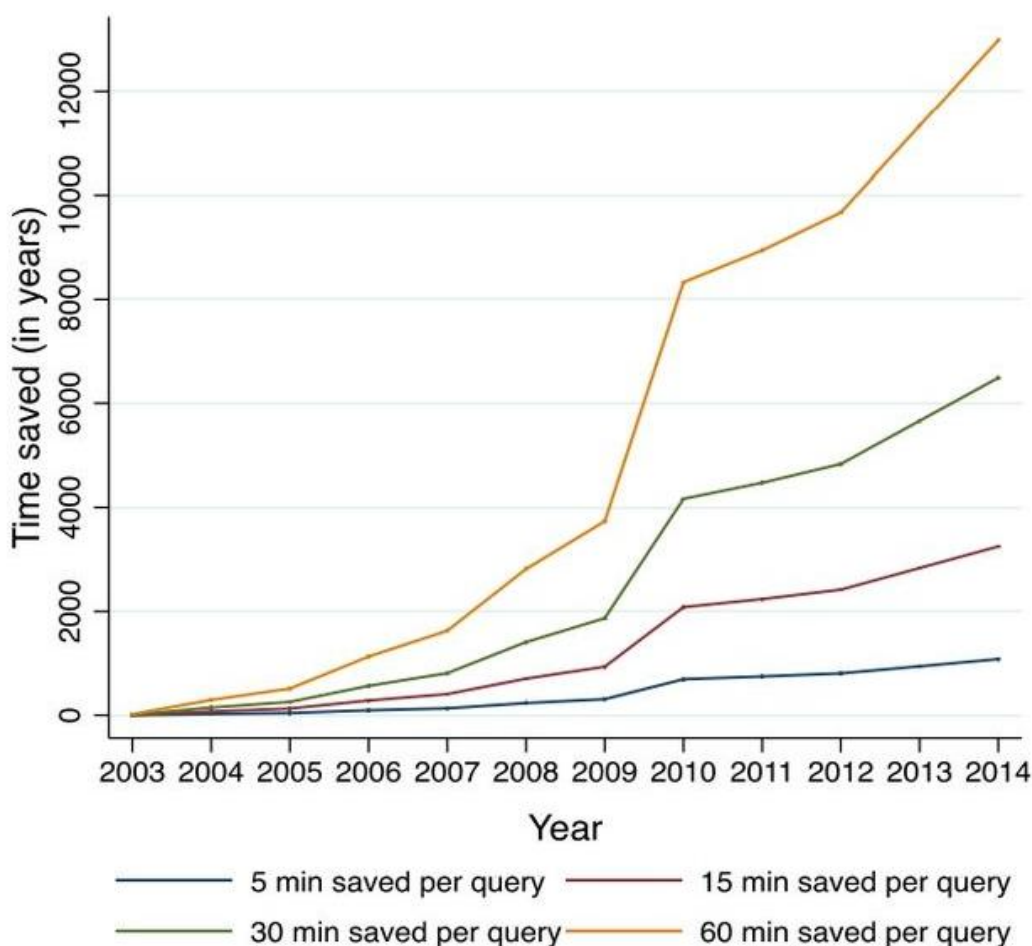


#### 4.6.1. Η δημόσια διοίκηση στην Εσθονία – e-estonia

Η Εσθονία έχει επιτύχει τα τελευταία χρόνια μια αξιοπρόσεκτη ανάπτυξη σε πολλούς τομείς, επιχειρηματικούς και τεχνολογικούς<sup>46</sup>, και πλέον θεωρείται πρότυπο και σε θέματα δημόσιας διοίκησης.

Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα είναι ο τομέας της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, αφού η χώρα διαθέτει το πλέον πρωτοποριακό και εύχρηστο μοντέλο ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, δίνοντας τη δυνατότητα στους πολίτες της να έχουν πρόσβαση μέσω διαδικτύου σε όλους τους τομείς δράσης του κράτους αντιμετωπίζοντας έτσι ουσιαστικά τη γραφειοκρατία και κερδίζοντας σε χρόνο και ποιότητα υπηρεσιών. Στο διάγραμμα που ακολουθεί βλέπουμε «το χρόνο που έχει κερδηθεί» για την Εσθονία τα χρόνια εφαρμογής της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης.

Εικόνα 19: Χρόνος που σώθηκε από την εφαρμογή e-governance στην Εσθονία



Μάλιστα στην Εσθονία έχει αναπτυχθεί και ένα πρωτοποριακό Εθνικό Σύστημα Ταυτοτήτων. Στην ουσία, μια μόνο ηλεκτρονική κάρτα – ταυτότητα υψηλής

<sup>46</sup> Στην Εσθονία για παράδειγμα αναπτύχθηκε το skype

κρυπτογράφησης, αποτελεί το κλειδί εισόδου σε όλες τις ηλεκτρονικές (πλέον) κρατικές υπηρεσίες. Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον για την παρούσα μελέτη ότι αυτή η κάρτα λειτουργεί και ως κάρτα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης μεταξύ άλλων!



#### *4.6.2. Οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας στην Εσθονία*

Βασικός στόχος, μετά την ανεξαρτητοποίηση της χώρας, ήταν η περικοπή των περιττών δαπανών που ένα τεράστιο νοσοκομειακό σύστημα σοβιετικού τύπου είχε αλλά και ταυτόχρονα η βελτίωση της υγείας των Εσθονών με βασικό πλάνο την αναμόρφωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε συνάρτηση με την πλήρη εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού<sup>47</sup> από το 2003, που λειτουργεί και ως «είσοδος» στο σύστημα υγείας (gate keeping). Σταδιακά, οι ειδικευμένοι γιατροί του παρελθόντος μετεκπαιδεύτηκαν σε οικογενειακούς – γενικούς γιατρούς, όχι βέβαια χωρίς αντίσταση, και με βοήθεια από το ευρωπαϊκό γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα στην ουσία λοιπόν, εκχωρήθηκε στους οικογενειακούς – γενικούς γιατρούς που σταδιακά μετατράπηκαν, και νόμιμα αναγνωρίστηκαν, σαν ιδιωτικές επιχειρήσεις δεσμευμένες με συμβόλαιο με το Εσθονικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας τις οποίες επιλέγουν οι πολίτες (υπάρχουν ομοιότητες με το γαλλικό μοντέλο).

#### *4.6.3. Οι αλλαγές στη λειτουργία της χρηματοδότησης*

Σταδιακά, το σοβιετικής έμπνευσης, και βασισμένο στους συνολικούς φόρους, σύστημα χρηματοδότησης, έδωσε τη θέση του σε ένα σύστημα βασισμένο στην ασφάλιση υγείας με τους στοχευμένους (ear marked) φόρους για την ασφάλιση υγείας να εισάγονται στο σύστημα εσόδων της χώρας. Παράλληλα, αναπτύχθηκαν και οι κατάλληλοι μηχανισμοί είσπραξης των πόρων αλλά και των πληρωμών.

Σύντομα, το 2001, οι μεταρρυθμίσεις ολοκληρώθηκαν αφού καθιερώθηκε ένα και μόνο ταμείο ασφάλισης (Estonian Health Insurance Fund - EHIF) καταργώντας την προηγούμενη κατάσταση με τα τέσσερα ταμεία που είχε με τη σειρά της εισαχθεί μετά την πτώση της Σοβιετικής Ένωσης και την ανεξαρτητοποίηση της Εσθονίας. Προφανώς σε αυτό το σημείο εντοπίζονται ομοιότητες με την Ελλάδα και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, αλλά πρέπει να τονιστεί ότι η Εσθονία έχει λιγότερο από 1,5 εκατομμύριο κατοίκους, οπότε οι αλλαγές βρίσκουν λιγότερη αντίσταση και εφαρμόζονται πιο εύκολα.

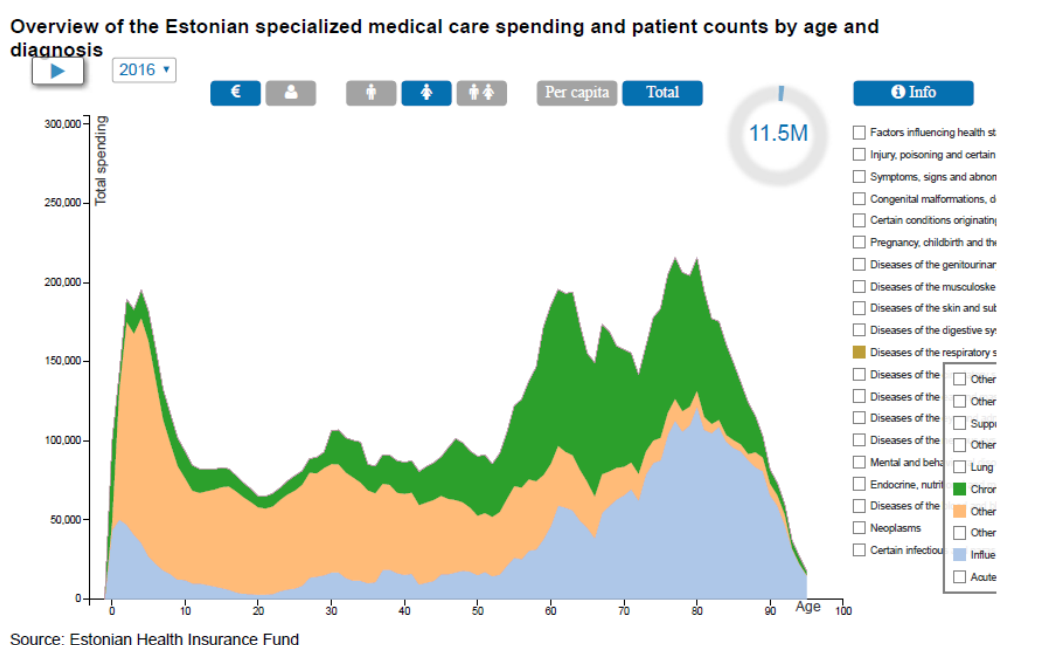
<sup>47</sup> Περίπου το 20% των γιατρών της Εσθονίας είναι οικογενειακοί γιατροί σήμερα

#### 4.6.4. Η διαφάνεια και η λογοδοσία στο εσθονικό μοντέλο υγείας

Κυρίαρχο στοιχείο διακυβέρνησης του εσθονικού μοντέλου αποτελεί η λογοδοσία και η διαφάνεια, κάτι που είναι συνεπές και με τις αρχές του μοντέλου TAPIC που έχει ήδη μελετηθεί.

Πιο συγκεκριμένα, κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να επισκεφθεί την ιστοσελίδα του Εσθονικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας<sup>48</sup> και άμεσα να ενημερωθεί για τα πεπραγμένα του ταμείου, ετήσιες αναφορές και εντυπωσιακά infographics που δίνουν άμεση εικόνα και πληροφόρηση στον ενδιαφερόμενο ανάλογα με τις παραμέτρους που θα επιλέξει. Ακολουθεί ένα ενδεικτικό παράδειγμα αυτής της δυνατότητας.

Εικόνα 20: Ιατρικές δαπάνες για παθήσεις του αναπνευστικού



Πηγή: Estonian Health Insurance Fund, 2016

Επιπλέον, το Εσθονικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας, δημοσιεύει κάθε χρόνο την ετήσια αναφορά αποτελεσμάτων όπου ο ενδιαφερόμενος μπορεί να δει τους στρατηγικούς στόχους που έχουν τεθεί<sup>49</sup>, τις μεθοδολογίες που ακολουθούνται αναφορικά με τα οφέλη που έχουν οι ασφαλισμένοι, την ικανοποίηση των ασφαλισμένων κ.α.

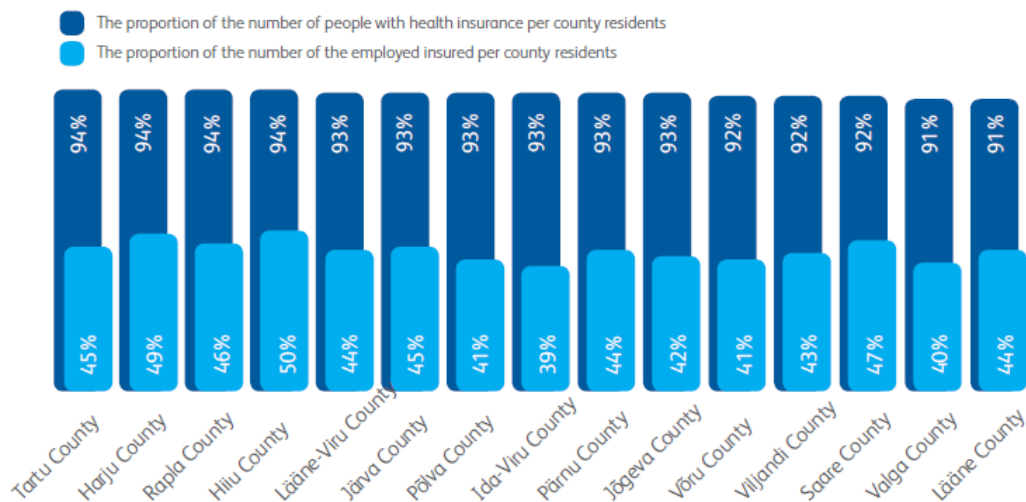
Ομοίως, στα πλαίσια της καλύτερης διακυβέρνησης, δίνεται η δυνατότητα να δούμε στοιχεία χωρισμένα ανά περιφέρεια, στο πλαίσιο μάλιστα της αποκέντρωσης και της εκχώρησης εξουσίας σε χαμηλότερο επίπεδο ιεραρχίας, όπως για παράδειγμα στον

<sup>48</sup> <http://www.haigekassa.ee> με πλήρη μετάφραση στα αγγλικά!

<sup>49</sup> Στο παράρτημα υπάρχει ο πίνακας των στρατηγικών στόχων του EHIF για το 2016 και της εκτεσης του προϋπολογισμού

πίνακα που ακολουθεί σχετικά με την αναλογία συνολικά ασφαλισμένων και εργαζόμενων ασφαλισμένων.

Εικόνα 21: ασφαλισμένοι ανά περιφέρεια



Πηγή: Estonian Health Insurance Fund, 2016

Με τις δυνατότητες που δίνει στους ασφαλισμένους του το EHIF, εκτός από τις αρχές της λογοδοσίας και διαφάνειας που ήδη αναφέρθηκαν, πληρούνται και οι άλλες τρεις αρχές του υποδείγματος TAPIC, αφού ο δημοσιευμένος προϋπολογισμός, οι διαχείριση των δεδομένων, οι διαδικασίες κλπ, όλα συμβάλουν στην ακεραιότητα, στην συμμετοχή και στην ικανότητα της πολιτικής. Είναι ενδεικτικό ότι στο πλαίσιο καλύτερου ελέγχου της απόδοσης του συστήματος υγείας, το EHIF έχει από πολύ νωρίς εισάγει το balanced scorecard, με τη χρήση του οποίου είναι εύκολος και γρήγορος ο έλεγχος των τιθέμενων στόχων.

Είναι τέλος χαρακτηριστικό ότι στην Εσθονία, οι ασθενείς διαθέτουν τα δεδομένα για την υγεία τους online, αφού αυτά είναι διαθέσιμα από τα νοσοκομεία ήδη από το 2008. Σήμερα, πάνω από το 95% των δεδομένων που παράγονται από νοσοκομεία και γιατρούς έχουν ψηφιοποιηθεί και η τεχνολογία “blockchain” χρησιμοποιείται για τη διασφάλιση της ακεραιότητας των αποθηκευμένων ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων. Οι λύσεις ηλεκτρονικής υγείας επιτρέπουν στην Εσθονία να προσφέρει δυνατότητες προληπτικής ιατρικής, αυξάνοντας την ευαισθητοποίηση των ασθενών και εξοικονομώντας δισεκατομμύρια ευρώ. Κάθε άτομο στην Εσθονία που επισκέφθηκε γιατρό έχει το δικό του ηλεκτρονικό αρχείο (*e-health file*) που περιέχει ιατρικές σημειώσεις, αποτελέσματα εξετάσεων, συνταγογραφήσεις, απεικονιστικές εξετάσεις κ.α. Ως εκ τούτου, οι γιατροί μπορούν να έχουν πρόσβαση στο *e-health file* του

ασθενούς τους, ανεξάρτητα από το πού βρίσκονται και να λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις θεραπείας.

Τέλος, το Ίδρυμα Ηλεκτρονικής Υγείας της Εσθονίας προωθεί και αναπτύσσει ηλεκτρονικές λύσεις στο πλαίσιο του συστήματος ηλεκτρονικής υγειονομικής περίθαλψης. Σκοπός είναι λύσεις και υπηρεσίες που στόχο έχουν να βοηθήσουν στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ο ευρύτερος στόχος είναι η ανάπτυξη ενός συστήματος περίθαλψης με επίκεντρο τον καλά πληροφορημένου ασθενή.

#### *4.6.5. Αντιμετώπιση των αντιδράσεων*

Η συμμετοχή ακαδημαϊκών, γιατρών εγνωσμένου κύρους αλλά και κοινής αποδοχής πολιτικών στο όλο εγχείρημα, βοήθησε στην γρήγορη εφαρμογή των αλλαγών και την άμεση εγκαθίδρυση του νέου συστήματος που είναι θεμελιωδώς διαφορετικό από το σύστημα “Semashko”. Επιπλέον τα αντανακλαστικά της Εσθονικής ηγεσίας αποδείχτηκαν αποτελεσματικά, καταφέροντας να συνθέσει αντίθετες απόψεις μέσω αλλαγών ή συζητήσεων.

Επίσης, εξ αρχής καθιερώθηκε ο διαχωρισμός μεταξύ στρατηγικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας (που ανατέθηκαν στο EHIF) και παρόχων υπηρεσιών υγείας, ενώ το υπουργείο υγείας κράτησε μόνο το ρόλο του στρατηγικού σχεδιασμού. Προφανώς και εδώ οι ομοιότητες με τη χώρα μας είναι παραπάνω από εμφανείς.

Συμπερασματολογώντας, οι μεταρρυθμίσεις στο εσθονικό σύστημα υγείας έγιναν γρήγορα, μέσα σε λιγότερο από δώδεκα χρόνια από την ανεξαρτητοποίηση της χώρας, και η μετάβαση από ένα σύστημα σε ένα άλλο τελείως διαφορετικό έγινε προγραμματισμένα και συντεταγμένα. Εισήχθησαν πολλές οδηγίες (guidelines) και πρωτόκολλα που τελικά βοήθησαν στην εφαρμογή των αλλαγών και ενίσχυσαν το ρόλο του οικογενειακού – γενικού ιατρού καταφέροντας έτσι να αποφορτιστεί η δευτεροβάθμια φροντίδα και να μεταφερθεί ο όγκος των περιστατικών στην πρωτοβάθμια, ορθολογικοποιώντας έτσι τη λειτουργία του συστήματος υγείας, όπως προσπαθεί να κάνει και η χώρα μας.

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΔΑΓΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας ό,τι μέχρι στιγμής μελετήσαμε τα συμπεράσματά μας κατηγοριοποιούνται με βάση τις δύο μεγάλες θεματικές στις οποίες αναφερθήκαμε, την Καθολική Κάλυψη Υγείας και τη Διακυβέρνηση αλλά και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

### *5.1. Συμπεράσματα και διδάγματα από την Καθολική Κάλυψη Υγείας*

Η Καθολική Κάλυψη Υγείας, θεσμοθετημένη άλλωστε ως αρχή και στόχος και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι το ζητούμενο για τις σύγχρονες και δημοκρατικές κοινωνίες που σέβονται τον πολίτη. Η Καθολική Κάλυψη Υγείας (*η de facto έκφραση της κοινωνικής δικαιοσύνης στο χώρο της υγείας*) είναι βασισμένη στην αρχή της εισοδηματικής αλληλεγγύης και μέσω αυτής ικανοποιείται το διαρκές αίτημα των κοινωνιών για κοινωνική δικαιοσύνη.

Όμως, όπως αναφέρθηκε και στον Κύβο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η Καθολική Κάλυψη πρέπει να αντιμετωπίζεται σε τρεις διαστάσεις και όχι μονοδιάστατα όπως οι περισσότεροι την σκέφτονται! Την προφανή πρώτη διάσταση που είναι η δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας από όλους, το εύρος του πακέτου των καλύψεων και τη συμμετοχή στο κόστος στο πακέτο αυτό από την πολιτεία και από τους πολίτες.

Είναι μάλλον αναμενόμενο σήμερα, που το κοινωνικό κράτος δείχνει να περνάει μια κρίση και τα κοινωνικά δικαιώματα δέχονται ισχυρές πιέσεις, η πραγματική κάλυψη υγείας με βάση το υπόδειγμα του κύβου να υποχωρεί ολοένα και περισσότερο και μαζί του να υποχωρεί και το περί δικαίου αίσθημα στις κοινωνίες.

Με το παράδειγμα της Γαλλίας, επιδίωξη ήταν να γίνει κατανοητό πώς γίνεται μια χώρα να καταφέρει να επιτύχει το στόχο της Καθολικής Κάλυψης Υγείας στην πράξη. Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι η υγεία ως κοινωνικό αγαθό και με τη μορφή της Καθολικής Κάλυψης Υγείας πρέπει να προσφέρεται σε όλους. Τέλος, χρειάζεται χρόνος (η Γαλλία μόλις το 2000 πέτυχε την Καθολική Κάλυψη Υγείας) και δυναμικότητα στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων ενώ και οι ίδιες οι μεταρρυθμίσεις πρέπει να είναι τολμηρές όπως έγινε στη Γαλλία. Ο Άλμπερτ Αϊνστάιν είχε πει άλλωστε «δεν μπορούμε να λύσουμε τα προβλήματά μας σκεπτόμενοι με τον ίδιο τρόπο που τα δημιουργήσαμε».

## 5.2. Συμπεράσματα και διδάγματα από τη μελέτη της Δημόσιας

### Διακυβέρνησης



Η Διακυβέρνηση αποτελεί ένα πολύπλοκο πεδίο μελέτης σχετικά καινούριο και ίσως όχι πολύ γνώριμο σε πολλούς και όπως σε κάθε νέο επιστημονικό πεδίο υπάρχουν πολλοί ορισμοί και όλοι μπορούν να διαμορφωθούν αναλόγως με το πεδίο πολιτικής που μελετάται. Μάλιστα, η διακυβέρνηση μπορεί να μετρηθεί και διάφοροι οργανισμοί δημοσιεύουν τακτικά μετρήσεις δεικτών διακυβέρνησης. Σε αυτές τις μετρήσεις, η Ελλάδα παρουσιάζει μια ιδιαίτερα απογοητευτική επίδοση. Συμπερασματικά με βάση και αυτούς τους δείκτες, μπορούν οι πολιτικές ηγεσίες να στοχεύσουν καλύτερα την πολιτική τους.

Με βάση τις τρεις λειτουργίες των συστημάτων υγείας (παραγωγή και διανομή, χρηματοδότηση και συντονισμός) ορίζονται τους στόχους του συστήματος υγείας: υγεία, κοινωνική ασφάλεια και ικανοποίηση των πολιτών. Για την επίτευξη αυτών των πρωταρχικών στόχων χρήσιμο είναι το πρότυπο *TAPIC* (Transparency, Accountability, Participation, Integrity, policy Capacity). Αυτές οι δύο τελευταίες αρχές του προτύπου *TAPIC*, σε συνάρτηση μάλιστα και με τους δείκτες διακυβέρνησης που είδαμε, είναι για τη χώρα μας οι πιο ζωτικής σημασίας. Το πρότυπο *TAPIC* ή και η μελέτη του Savedoff, μπορούν να αποτελέσουν έναν «οδικό χάρτη» για τις απαιτούμενες αλλαγές μιας κοινωνίας που επιθυμεί να έχει υψηλά επίπεδα διακυβέρνησης ή τουλάχιστον να μπορεί να τα ελέγχει.

Με το παράδειγμα της Εσθονίας, επιδίωξη ήταν να δείξουμε πώς μια χώρα μπορεί με τη σωστή διακυβέρνηση και άμεσες και συντονισμένες ενέργειες, να επιτύχει σύγχρονες αλλαγές τεράστιου βεληνεκού σε μικρό χρονικό διάστημα, και μάλιστα προερχόμενη από χρόνια λειτουργίας στο στενό πλαίσιο μιας σοβιετικής δημοκρατίας.

## 5.3. ΕΟΠΥΥ – Η περίπτωση της χώρας μας

Η χώρα μας πρόσφατα άλλαξε δομικά το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης με την εισαγωγή του θεσμού ενός μόνο ασφαλιστικού ταμείου, στα πρότυπα άλλων χωρών όπως η Εσθονία αλλά και σύμφωνα με τις προσταγές των δανειστών της χώρας μας.

Η μετάβαση σε ένα «μονο – ταμειακό» σύστημα δεν ήταν εύκολη ή απροβλημάτιστη. Οι διαφορετικές κουλτούρες και διαδικασίες των ταμείων, οι διαφορετικές νοοτροπίες των υπαλλήλων έπρεπε με κάποιο τρόπο να «παντρευτούν». Επιπλέον, το σκέλος της χρηματοδότησης δεν μελετήθηκε όσο ενδελεχώς χρειαζόταν ενώ γενναίες



αποφάσεις (στα πρότυπα για παράδειγμα της Γαλλίας) δεν πάρθηκαν. Χαρακτηριστικό είναι, ότι η ευθύνη της είσπραξης των εισφορών παρέμεινε στα παλιά ταμεία (ΙΚΑ κλπ) που όμως δεν απέδιδαν το ποσό στον ΕΟΠΥΥ αφού κάλυπταν άλλες ανάγκες (συντάξεις) ενώ και οι παροχές υγείας σε χρήμα (πχ επίδομα ασθενείας κ.α.) παρέμειναν στα ταμεία και σήμερα στον νεοσύστατο ΕΦΚΑ, δημιουργώντας έτσι ανισοροπίες. Αυτά είχαν ως αποτέλεσμα έναν ΕΟΠΥΥ δυσλειτουργικό με προβλήματα επιβίωσης και χρηματοδότησης

Το σημαντικό βήμα του 2014, με το ορισμό του ΕΟΠΥΥ ως στρατηγικό αγοραστή πλέον και όχι ως πάροχο υπηρεσιών υγείας, έμεινε μισό αφού παράλληλα δεν προωθήθηκε και η κατάλληλη αποκέντρωση των υπηρεσιών ώστε ο νεοσύστατος οργανισμός να έχει την πλήρη αυτονομία και να λειτουργεί ως εκπρόσωπος των ασφαλισμένων του.

Αναφορικά με την Ελλάδα, μέσα από τους διάφορους δείκτες που παρουσιάστηκαν σε αυτή τη μελέτη, είναι κοινό το συμπέρασμα ότι η Ελλάδα παρουσιάζει κάκιστη εικόνα διεθνώς<sup>50</sup>. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η Έκθεση Ανταγωνιστικότητας του World Economic Forum για το 2016 που πρόσφατα δημοσιεύθηκε. Σε αυτή, που στη ουσία μπορούμε να τη φανταστούμε σαν ένα τεράστιο «χωνευτήριο» πολλών δεικτών η Ελλάδα βρίσκεται στην 86<sup>η</sup> θέση μεταξύ 138 χωρών συνολικά<sup>51</sup> κάτω από Ναμίμπια, Βιετνάμ, Αλβανία, Σκόπια και πολλές άλλες (αν και στον επιμέρους δείκτη *Υγεία και Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση* βρίσκεται στην 42<sup>η</sup>). Στη συνέχεια ακολουθούν τα στοιχεία της έρευνας για την Ελλάδα.

#### Εικόνα 22: Έκθεση ανταγωνιστικότητας Ελλάδας I

<sup>50</sup> Μην ξεχνάμε, ότι μεγάλα επενδυτικά funds και μεγάλοι επενδυτικοί όμιλοι, αυτούς τους δείκτες συμβουλευονται μεταξύ άλλων

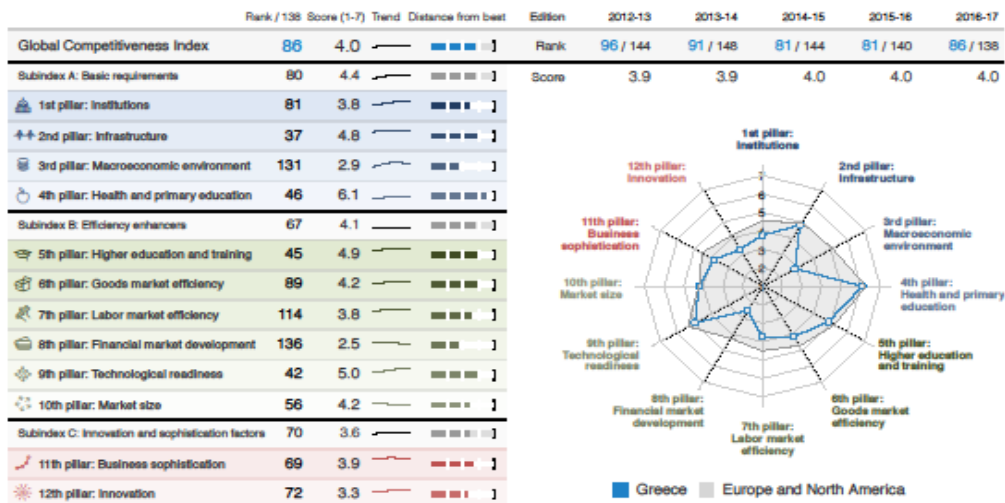
<sup>51</sup> Βλ. “The Global Competitiveness Index, 2016 –2017”, World Economic Forum, 2017



Key Indicators, 2015 Source: International Monetary Fund, World Economic Outlook Database (April 2016)

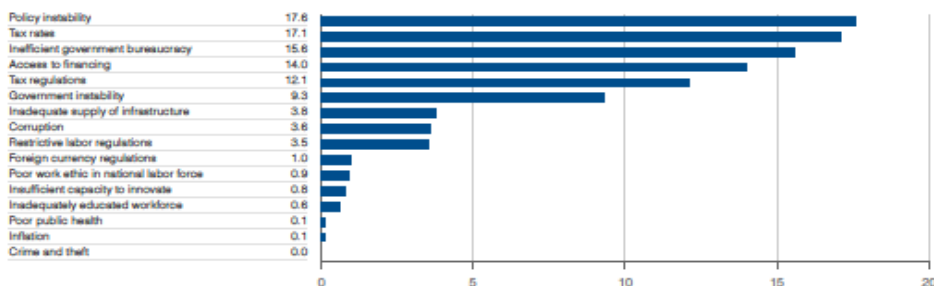
Population (millions)	10.8	GDP per capita (US\$)	18064.3
GDP (US\$ billions)	195.3	GDP (PPP) % world GDP	0.25

Performance overview



Most problematic factors for doing business

Source: World Economic Forum, Executive Opinion Survey 2016



Note: From the list of factors, respondents to the World Economic Forum's Executive Opinion Survey were asked to select the five most problematic factors for doing business in their country and to rank them between 1 (most problematic) and 5. The score corresponds to the responses weighted according to their rankings.

Πηγή: World Economic Forum, 2017

Εικόνα 23: Έκθεση ανταγωνιστικότητας Ελλάδας II

## The Global Competitiveness Index in detail

	Rank / 138	Value	Trend		Rank / 138	Value	Trend
<b>1st pillar: Institutions</b>	<b>81</b>	<b>3.8</b>		<b>6th pillar: Goods market efficiency</b>	<b>89</b>	<b>4.2</b>	
1.01 Property rights	89	4.1		6.01 Intensity of local competition	73	5.1	
1.02 Intellectual property protection	61	4.3		6.02 Extent of market dominance	61	3.8	
1.03 Diversion of public funds	80	3.3		6.03 Effectiveness of anti-monopoly policy	97	3.4	
1.04 Public trust in politicians	107	2.3		6.04 Effect of taxation on incentives to invest	136	2.1	
1.05 Irregular payments and bribes	69	4.0		6.05 Total tax rate % profits	109	49.6	
1.06 Judicial independence	69	3.9		6.06 No. of procedures to start a business	41	5	
1.07 Favoritism in decisions of government officials	86	2.8		6.07 Time to start a business days	77	13.0	
1.08 Wastefulness of government spending	123	2.2		6.08 Agricultural policy costs	126	3.0	
1.09 Burden of government regulation	129	2.4		6.09 Prevalence of non-tariff barriers	55	4.5	
1.10 Efficiency of legal framework in settling disputes	130	2.4		6.10 Trade tariffs % duty	5	1.0	
1.11 Efficiency of legal framework in challenging regs	84	3.2		6.11 Prevalence of foreign ownership	93	4.2	
1.12 Transparency of government policymaking	121	3.4		6.12 Business impact of rules on FDI	113	3.8	
1.13 Business costs of terrorism	63	5.4		6.13 Burden of customs procedures	71	4.0	
1.14 Business costs of crime and violence	52	5.0		6.14 Imports % GDP	105	31.0	
1.15 Organized crime	50	5.3		6.15 Degree of customer orientation	46	5.0	
1.16 Reliability of police services	54	4.7		6.16 Buyer sophistication	71	3.4	
1.17 Ethical behavior of firms	81	3.7		<b>7th pillar: Labor market efficiency</b>	<b>114</b>	<b>3.8</b>	
1.18 Strength of auditing and reporting standards	105	4.0		7.01 Cooperation in labor-employer relations	105	4.0	
1.19 Efficacy of corporate boards	105	4.4		7.02 Flexibility of wage determination	122	4.0	
1.20 Protection of minority shareholders' interests	84	3.8		7.03 Hiring and firing practices	99	3.4	
1.21 Strength of investor protection 0-10 (best)	47	6.2		7.04 Redundancy costs weeks of salary	69	15.9	
<b>2nd pillar: Infrastructure</b>	<b>37</b>	<b>4.8</b>		7.05 Effect of taxation on incentives to work	135	2.6	
2.01 Quality of overall infrastructure	64	4.2		7.06 Pay and productivity	86	3.7	
2.02 Quality of roads	59	4.3		7.07 Reliance on professional management	95	3.8	
2.03 Quality of railroad infrastructure	62	2.8		7.08 Country capacity to retain talent	124	2.6	
2.04 Quality of port infrastructure	47	4.5		7.09 Country capacity to attract talent	130	2.1	
2.05 Quality of air transport infrastructure	43	4.9		7.10 Female participation in the labor force ratio to men	78	0.78	
2.06 Available airline seat kilometers million/week	34	772.0		<b>8th pillar: Financial market development</b>	<b>136</b>	<b>2.5</b>	
2.07 Quality of electricity supply	55	5.3		8.01 Financial services meeting business needs	132	3.0	
2.08 Mobile-cellular telephone subscriptions /100 pop.	74	114.0		8.02 Affordability of financial services	133	2.5	
2.09 Fixed-telephone lines /100 pop.	13	46.5		8.03 Financing through local equity market	136	2.1	
<b>3rd pillar: Macroeconomic environment</b>	<b>131</b>	<b>2.9</b>		8.04 Ease of access to loans	137	1.7	
3.01 Government budget balance % GDP	92	-4.2		8.05 Venture capital availability	135	1.8	
3.02 Gross national savings % GDP	125	9.8		8.06 Soundness of banks	134	2.7	
3.03 Inflation annual % change	92	-1.1		8.07 Regulation of securities exchanges	125	3.2	
3.04 Government debt % GDP	137	178.4		8.08 Legal rights index 0-10 (best)	97	3	
3.05 Country credit rating 0-10 (best)	113	-		<b>9th pillar: Technological readiness</b>	<b>42</b>	<b>5.0</b>	
<b>4th pillar: Health and primary education</b>	<b>46</b>	<b>6.1</b>		9.01 Availability of latest technologies	58	4.9	
4.01 Malaria incidence cases/100,000 pop.	n/a	S.L.		9.02 Firm-level technology absorption	73	4.4	
4.02 Business impact of malaria	N/A pop.	N/A pop.		9.03 FDI and technology transfer	104	3.9	
4.03 Tuberculosis incidence cases/100,000 pop.	7	4.8		9.04 Internet users % pop.	54	66.8	
4.04 Business impact of tuberculosis	36	6.3		9.05 Fixed-broadband internet subscriptions /100 pop.	19	30.7	
4.05 HIV prevalence % adult pop.	1	0.2		9.06 Internet bandwidth kb/s/user	37	100.9	
4.06 Business impact of HIV/AIDS	42	6.1		9.07 Mobile-broadband subscriptions /100 pop.	75	45.6	
4.07 Infant mortality deaths/1,000 live births	29	3.6		<b>10th pillar: Market size</b>	<b>56</b>	<b>4.2</b>	
4.08 Life expectancy years	21	81.3		10.01 Domestic market size index	51	4.0	
4.09 Quality of primary education	82	3.8		10.02 Foreign market size index	60	4.8	
4.10 Primary education enrollment rate net %	43	97.2		10.03 GDP (PPP) PPP \$ billions	53	286.0	
<b>5th pillar: Higher education and training</b>	<b>45</b>	<b>4.9</b>		10.04 Exports % GDP	84	30.4	
5.01 Secondary education enrollment rate gross %	25	108.2		<b>11th pillar: Business sophistication</b>	<b>69</b>	<b>3.9</b>	
5.02 Tertiary education enrollment rate gross %	1	110.2		11.01 Local supplier quantity	84	4.3	
5.03 Quality of the education system	108	3.0		11.02 Local supplier quality	56	4.4	
5.04 Quality of math and science education	62	4.3		11.03 State of cluster development	117	3.0	
5.05 Quality of management schools	80	4.0		11.04 Nature of competitive advantage	47	4.0	
5.06 Internet access in schools	97	3.7		11.05 Value chain breadth	66	3.8	
5.07 Local availability of specialized training services	106	3.8		11.06 Control of international distribution	63	3.7	
5.08 Extent of staff training	76	3.8		11.07 Production process sophistication	58	4.0	
				11.08 Extent of marketing	95	4.1	
				11.09 Willingness to delegate authority	90	3.6	
				<b>12th pillar: Innovation</b>	<b>72</b>	<b>3.3</b>	
				12.01 Capacity for innovation	96	3.8	
				12.02 Quality of scientific research institutions	67	3.9	
				12.03 Company spending on R&D	90	3.1	
				12.04 University-industry collaboration in R&D	124	2.7	
				12.05 Gov't procurement of advanced tech. products	121	2.6	
				12.06 Availability of scientists and engineers	10	5.2	
				12.07 PCT patent applications applications/million pop.	38	10.5	

Note: Values are on a 1-to-7 scale unless indicated otherwise. Trend lines depict evolution in values since the 2012-2013 edition (or earliest edition available). For detailed definitions, sources, and periods, consult the Interactive Country/Economy Profiles and Rankings at <http://gcr.weforum.org>

Πηγή: World Economic Forum, 2017

Από την μελέτη της παραπάνω έκθεσης ανταγωνιστικότητας του World Economic Forum, προκύπτουν σημαντικά ευρήματα τα οποία συμφωνούν εν γένει με το πνεύμα και τα ευρήματα της παρούσης εργασίας<sup>52</sup>. Ειδικά, μελετώντας τον δείκτη *Institutions* που περιλαμβάνει σχεδόν το σύνολο των δεικτών μέτρησης της διακυβέρνησης, η

<sup>52</sup> Χαρακτηριστικά κακοί είναι και οι οικονομικοί δείκτες της μελέτης ανταγωνιστικότητας του WEF, αλλά δεν αποτελεί αντικείμενο αυτής της εργασίας

διαμορφωθείσα κατάσταση δείχνει να μην ευνοεί καθόλου την Ελλάδα. Για παράδειγμα (και αναφορικά με τις αρχές της διαφάνειας και της λογοδοσίας που μελετήσαμε ξεχωριστά) ο υπό – δείκτης *Transparency of government policymaking* φέρνει τη χώρα μας στην 121<sup>η</sup> θέση και ο υπό – δείκτης *Strength of auditing and reporting standards* φέρνει την Ελλάδα στην 105<sup>η</sup> θέση. Παράλληλα αίσθηση σίγουρα προκαλεί ότι μια δυτική χώρα όπως η δικιά μας, παρουσιάζει ως πιο προβληματικό δείκτη αυτόν της πολιτικής σταθερότητας (*policy stability*) ενώ ως τρίτος πιο προβληματικός δείκτης, παρουσιάζεται η κακή γραφειοκρατία της χώρας μας (*Inefficient government bureaucracy*), κάτι που ουσιαστικά αντανακλά την κακή διακυβέρνηση της χώρας.

Να σημειωθεί βέβαια, ότι αναφορικά με τον 4<sup>ο</sup> δείκτη – πυλώνα της μελέτης *Health and Primary Education*, η χώρα μας παρουσιάζει εξαιρετικά αποτελέσματα στο πεδίο της υγείας, με πιο τεχνικούς και σχεδόν καθαρά ιατρικούς δείκτες όμως, όπου και κατατασώμαστε στην 46<sup>η</sup> θέση<sup>53</sup>. Επίσης, ο υπό – δείκτης *poor public health* φαίνεται στα καλύτερα δυνατά επίπεδα για τη χώρα, δείχνοντας στην ουσία την εμπιστοσύνη των πολιτών (ή ίσως και την έλλειψη άλλης επιλογής λόγω κακής οικονομικής κατάστασης;).

---

<sup>53</sup> Συμπεριλαμβάνεται στο δείκτη και η εκπαίδευση, πεδίο στο οποίο η χώρα υστερεί

## 6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ



Σε μια προσπάθεια να συγκεντρώσουμε σε προτάσεις τόσο τα ευρήματα της έρευνας όσο και την εμπειρία που κερδήθηκε από την ενασχόληση με το θέμα, παρακάτω παρατίθενται μερικές ιδέες που θα μπορούσαν, αν να αποτελέσουν ξεχωριστό αντικείμενο εργασίας.

### *6.1. Μετεξέλιξη του ΕΟΠΥΥ σε ένα Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας*

Η πρόταση δεν είναι καινούρια, ο Μπουρσανίδης έχει άλλωστε επανειλημμένως αναφερθεί σε αυτή, αλλά είναι όμως η εύλογη κατάληξη ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης όπως το δικό μας.

Προφανώς αυτή η εργασία δεν μπορεί να δώσει κάτι παραπάνω σε ένα θέμα που έχει ήδη αναλυθεί ενδελεχώς από ειδικούς, αλλά θα ήταν μεγάλη παράλειψη αν δεν γινόταν έστω μια αναφορά.

Περιληπτικά, και με σκοπό πάντα την απλή αναφορά και όχι τη σε βάθος ανάλυση, η μετατροπή του ΕΟΠΥΥ σε στρατηγικό αγοραστή οφείλει να ολοκληρωθεί με την μετεξέλιξή του σε πραγματικό αντισυμβαλλόμενο του συστήματος υγείας, την μετατροπή του σε εκπρόσωπο των ασφαλισμένων και την καθιέρωσή του ως “player” αντί απλά για “payer” που είναι μέχρι σήμερα. Συνεπώς, μιλάμε για ουσιαστικές αρμοδιότητες στη βάση των τριών λειτουργιών του συστήματος υγείας (παροχή και διανομή, χρηματοδότηση και συντονισμός) ώστε να μπορεί ο ΕΟΠΥΥ απευθείας να διαπραγματεύεται με τους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών, να τους διαλέγει, να τους ελέγχει, να τους αξιολογεί κλπ, ενώ ουσιαστική αλλαγή πρέπει να γίνει και στις άλλες δυο λειτουργίες, δίνοντας στον ΕΟΠΥΥ τόσο την πλήρη δυνατότητα για συγκέντρωση και αποκλειστική διαχείριση των εσόδων του (και γιατί όχι, την σταδιακή του απαγκίστρωση από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσα από τη χρηστή διαχείριση των εσόδων του) όσο και τον πλήρη συντονισμό και αξιολόγηση του συστήματος υγείας από τη βάση του.

Έτσι ο ΕΟΠΥΥ θα μετατραπεί σε ένα «ταμείο – μανάτζερ» (Μπουρσανίδης, 2016) με καινούριες λειτουργίες όπως ο μηχανισμός των διαπραγματεύσεων. Πρόκειται για ένα γιγάντιο έργο που δεν θα είναι εύκολο να ολοκληρωθεί, αλλά το παράδειγμα της Εσθονίας είναι εκεί για να μας δείξει το δρόμο.

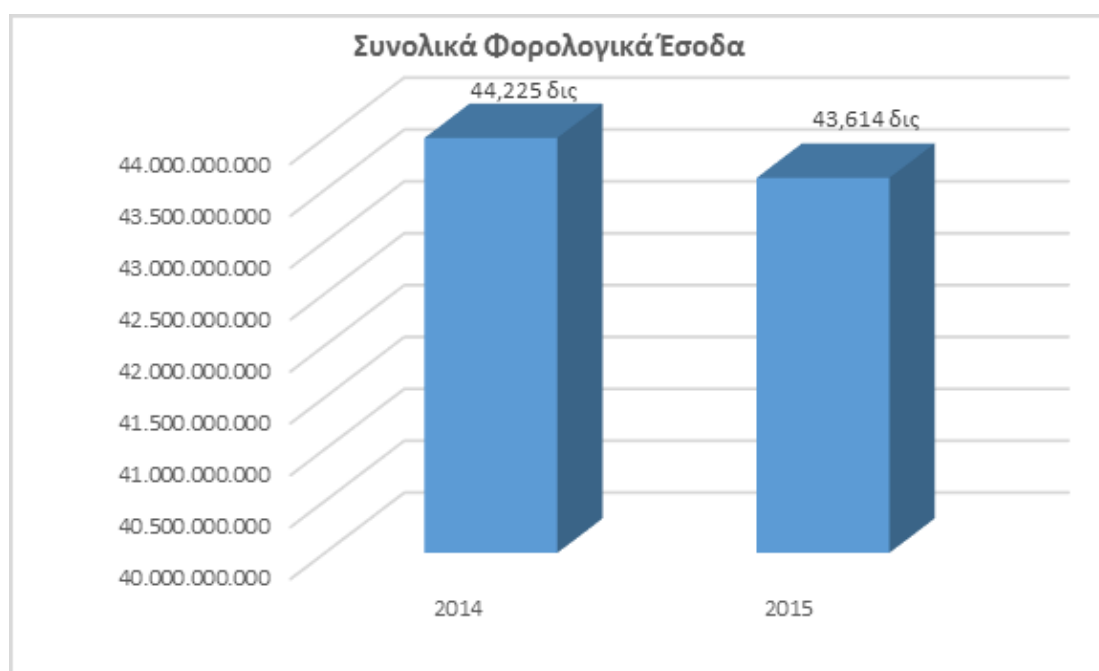
## 6.2. Πρόταση φορολόγησης



Η φορολογική διαδικασία στη χώρα μας είναι ένα σημείο που για χρόνια η δημόσια διοίκηση πονούσε. Χιλιάδες παραθυράκια για εκείνους που μπορούσαν να τα χρησιμοποιήσουν και παράλληλα συνεχής φορολόγηση σε εκείνους που δεν μπορούσαν να ξεφύγουν, και φυσικά καμία ελπίδα για δημιουργία φορολογικής συνείδησης στα πρότυπα χωρών της βόρειας Ευρώπης.

Με το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, η φορολογική νομοθεσία άλλαξε αρκετές φορές και τελικά αποτέλεσε σημείο τριβής μεταξύ του κράτους, των δανειστών και της κοινωνίας, βγάζοντας στους δρόμους ακόμα και το λεγόμενο «κίνημα της γραβάτας». Χωρίς να είναι σκοπός της εργασίας αυτής η αναμόρφωση ή έστω η ανάλυση των φορολογικών εσόδων της χώρας, στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται τα φορολογικά έσοδα 2014 – 2015:

Εικόνα 24: Έσοδα από φορολογία



Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών, 2015

Μια πρόχειρη ανάγνωση των πηγών των παραπάνω φορολογικών εσόδων από τη μελέτη του ΥΠ.ΟΙΚ. θα δείξει ότι οι πηγές κατά βάση είναι οι ίδιες διαχρονικά ενώ το ΑΕΠ, δηλαδή η ουσιαστική «πηγή» από την οποία αντλήθηκαν αυτά τα έσοδα, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία βαίνει μειούμενο από ~178 δισ το 2014 σε ~175 δισ το 2015. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικό είναι για παράδειγμα ο πολύ μικρός φόρος ακίνητης περιουσίας που εισπράττεται σε μια χώρα όπου οι περισσότεροι κάτοικοι έχουν δικό τους σπίτι. Η λύση προφανέστατα δεν είναι ο

ΕΝΦΙΑ, αλλά οι στοχευμένοι (earmarked) φόροι, η αναδιάρθρωση του φορολογικού μείγματος, ακόμα και η αναζήτηση φόρο – εσόδων σε εναλλακτικές πηγές μακριά από το εισόδημα, στο πρότυπο της Γαλλίας που είδαμε στο κεφάλαιο για την Καθολική Κάλυψη Υγείας. Τέτοιες εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης για τη χώρα μας θα μπορούσε να είναι και η φορολόγηση ή και η αλλαγή των αντικειμενικών αξιών της εκκλησιαστικής περιουσίας, η φορολόγηση τυχερών παιχνιδιών και καζίνο, η συνεισφορά τραπεζών ή άλλων κερδοφόρων επιχειρήσεων κλπ και όλα αυτά κάτω από τον εθνικό «στόχο ομπρέλα» της εθνικής ασφάλισης και υγείας ώστε να καμφούν τυχόν αντιδράσεις.

Φυσικά, στο πλαίσιο της χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ, θα μπορούσε να ενταχθεί κατά ένα μέρος και η πρόληψη που το σύστημα υγείας οφείλει να έχει ως στόχο, αφού έτσι μέσο – μακροπρόθεσμα θα μπορέσουν να εξοικονομηθούν πόροι από την αντιμετώπιση των ασθενειών για τη στήριξη του ασφαλιστικού.

Η μελέτη ενός τέτοιου ενδεχομένου, συστηματικά και με πρόγραμμα δίχως το φόβο του πολιτικού κόστους, ίσως οδηγήσει σε ελπιδοφόρα αποτελέσματα που θα έχουν εφαρμογή όχι μόνο στην υγεία αλλά και στους άλλους τομείς δημόσιας πολιτικής (και προφανώς δεν είναι απαραίτητο να εφαρμοστούν όλα και αμέσως).

### *6.3. Μια δομική αλλαγή φιλοσοφίας*

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η χρηματοδότηση των νοσοκομείων για την κάλυψη των αναγκών των ανασφάλιστων, είναι προβληματική λόγω πρακτικής αδυναμίας του ΕΟΠΥΥ να χρηματοδοτήσει επαρκώς τα νοσοκομεία. Επιπλέον αυτού συχνή είναι η κουβέντα που γίνεται ότι «κάποιοι επωφελούνται από τους φόρους που πληρώνουν οι άλλοι» αλλά και η άποψη ότι «θέλω να μην πληρώνω εισφορές και να κάνω μια ιδιωτική ασφάλιση στα μέτρα μου».

Με βάση αυτές τις σκέψεις θα μπορούσε να υποστηριχθεί μια πρόταση που θα λέει ότι όλοι οι πολίτες θα έχουν άμεση πρόσβαση και ελεύθερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και η χρέωση για αυτές, θα γίνεται απευθείας στη φορολογική τους δήλωση αναλόγως της χρήσης που έχουν κάνει μέσα στη χρονιά, ενώ προφανώς δεν θα υπάρχουν ασφαλιστικές εισφορές.

Φυσικά, μια τέτοια πρόταση απαιτεί εξαιρετικό μηχανογραφικό σχεδιασμό, έλεγχο και εισπρακτικό μηχανισμό αλλά και δυνατότητα αντιμετώπισης των κοινωνικών αντανάκλαστικών αφού πρέπει να ληφθεί μέριμνα για το οικονομικά αδύναμο



κομμάτι της κοινωνίας (ίσως στο πρότυπο των λύσεων που πρόκρινε η Γαλλία για την στήριξη των αδυνάτων).

#### 6.4. Στο δρόμο για περισσότερη Ευρώπη

Σαν χώρα μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι χρήσιμο σε εργασίες και μελέτες όπως αυτή, να μελετάται και μια ευρωπαϊκή διάσταση που θα μπορούσε να ανοίξει νέους δρόμους σκέψης, έχοντας γνώση ότι η συγκεκριμένη πρόταση έχει ελάχιστα περιθώρια εφαρμογής.

Στο Γαλλικό σύστημα ασφάλισης, πάνω από 95% των πολιτών έχει κάποιου είδους συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση για τα κόστη εκείνα που δεν καλύπτονται από την πολιτεία, αφού κανένα δημόσιο σύστημα ασφάλισης δεν καλύπτει πλήρως τα ιατρικά έξοδα και ο ασφαλισμένος καλείται να πληρώσει μόνος του τη διαφορά.

Στον πίνακα που ακολουθεί, οι ιδιωτικές πληρωμές στη χώρα μας (οι λεγόμενες και *out of pocket*), κάθε άλλο παρά αμελητέες είναι, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 40% του συνόλου των δαπανών υγείας του 2015 (περίπου το ίδιο ποσοστό και για το 2014) και μάλιστα χαρακτηρίζονται και από μια σχετική ανελαστικότητα.

Εικόνα 25: Δαπάνες υγείας

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	6.475,4	4.202,2	5.046,4	4.603,1	4.176,5	4.459,5
2. ΟΚΑ (HF.1.2)*	8.445,4	8.223,1	6.036,3	4.699,8	4.018,2	4.245,0
<b>Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+(2)</b>	<b>14.920,8</b>	<b>12.425,3</b>	<b>11.082,7</b>	<b>9.302,9</b>	<b>8.194,7</b>	<b>8.704,5</b>
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1
<b>Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)</b>	<b>6.614,6</b>	<b>6.358,0</b>	<b>5.644,6</b>	<b>5.616,3</b>	<b>5.737,8</b>	<b>5.765,4</b>
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	73,3	52,4	53,6	139,3	198,4	262,0
<b>Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (HF) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)</b>	<b>21.608,7</b>	<b>18.835,7</b>	<b>16.780,9</b>	<b>15.058,5</b>	<b>14.130,9</b>	<b>14.731,9</b>

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2017

Στον πίνακα που ακολουθεί, με στοιχεία του 2014 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, παρατίθεται το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας των χωρών της ΕΕ συν μερικών ακόμα για το 2014.

Πίνακας 1: Ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας

Countries	2014
Cyprus	54,77
Bulgaria	45,43
Greece	38,34
Latvia	36,82
Portugal	35,18
Hungary	34,02
Switzerland	34,00
Ireland	33,94
Lithuania	32,13
Malta	30,84
Spain	29,12
Poland	29,02
Slovenia	28,27
Slovakia	27,49
Finland	24,69
Italy	24,39
Germany	23,01
Austria	22,14
Belgium	22,13
France	21,79
Estonia	21,18
Romania	19,60
Iceland	18,96
Croatia	18,13
United Kingdom	16,86
Luxembourg	16,07
Sweden	15,97
Czech Republic	15,46
Denmark	15,24
Norway	14,51
Netherlands	13,00

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2014

Παρατηρώντας τον πίνακα εκτός από την υψηλή θέση της χώρας μας, μερικά άλλα συμπεράσματα που εξάγονται είναι ότι όλες οι χώρες της Ευρώπης έχουν *out of pocket* πληρωμές αλλά χρειάζεται επιπλέον μελέτη για να δούμε σε επίπεδο πολιτών ποια χώρα έχει τις περισσότερες και ποια τις λιγότερες. Επίσης, χώρες με Beveridge ή Bismarck παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά; κ.α.

Θα ήταν λοιπόν μια ενδιαφέρουσα ιδέα, να συσταθεί ένα πανευρωπαϊκό ταμείο επικουρικής ασφάλισης που θα αναλάβει να συγκεντρώνει μόνο του σε πανευρωπαϊκή κλίμακα, τις εισφορές των ασφαλισμένων. Στη συνέχεια, θα καλύπτει απευθείας τα κόστη που δεν καλύπτονται από το πακέτο της κάθε χώρας σε συνεργασία με τον στρατηγικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας της κάθε χώρας μέλος.



Το εν λόγω μέτρο προφανέστατα χρειάζεται περαιτέρω ανάλυση και σχεδιασμό αφού υπάρχουν πολλά θέματα που πρέπει να αναλυθούν, όπως για παράδειγμα ποιο θα είναι το πακέτο καλύψεων αφού λογικά θα πρέπει να είναι τουλάχιστον παρεμφερές για όλες τις χώρες. Μια πιθανή εφαρμογή θα μπορούσε να προσφέρει πολυεπίπεδα:

- Αποτελεί ένα μέτρο περαιτέρω ενοποίησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο πλαίσιο του αιτήματος για περισσότερη Ευρώπη
- Η χρηματοδότησή του μπορεί να έρθει εν μέρει και από τα ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως για παράδειγμα το Ταμείο Συνοχής. Συνεπώς η τεχνογνωσία για ένα μέρος του μέτρου (αυτό της διανομής των χρηματικών πόρων) ίσως και να υπάρχει ήδη στην Ευρωπαϊκή Ένωση
- Θα αποτελέσει ένα μέτρο κοινωνικής δικαιοσύνης και αναδιανεμητικής πολιτικής, απευθείας σχεδιασμένο και εκτελεσμένο από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Μάλιστα, η συγκεκριμένη πολιτική θα είναι και ένα μέτρο αναδιανεμητικής πολιτικής μεταξύ των λαών της Ευρώπης, αφού οι εισφορές θα υπολογίζονται με βάση την εισοδηματική ικανότητα των λαών και το επίπεδο διαβίωσής τους
- Δεν πρέπει τέλος να ξεχνάμε την παράμετρο ψυχολογία, αφού σε μια περίοδο που λόγω της οικονομικής κρίσης η Ευρωπαϊκή Ένωση βάλλεται από μεγάλη μερίδα ευρωπαίων πολιτών, ένα μέτρο τέτοιας λογικής που προωθεί το κοινωνικό κράτος, θα ενδυνάμωνε μεσοπρόθεσμα τις θετικές γνώμες των ευρωπαίων για την Ένωση
- Ενδεχόμενη επιτυχημένη εφαρμογή του μέτρου, θα αποτελέσει προπομπό παρόμοιων πρωτοβουλιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης

## Βιβλιογραφία – Αρθρογραφία

- Barroy, H. et al. (2014) *Sustaining universal health coverage in France: a perpetual challenge*. Washington, DC: World Bank
- Beardsley et al. (2017) *Transforming the Client Experience*. The Boston Consulting Group, Boston
- Bjørnberg, A. PhD (2015) *Euro Health Consumer Index 2015 Report*. Marseille: Health Consumer Powerhouse
- Brinkerhoff, D.W., & Bossert T.J. (2008) *Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options*. Bethesda, MD: USAID
- Brown, C. et al. (2013) *Governance for health equity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Esping – Andersen, Gøsta (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press
- Evans D.B. et al. (2010) *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. WHO
- Giddens, A. (1999). *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*. New Jersey: Wiley
- Greer, S., Wismar, M., Figueras, J. (2016) *Strengthening Health System Governance – Better policies, stronger performance*. The European Observatory on Health Systems and Policies, Berkshire: Open University Press, McGraw-Hill Education
- Hood, C. (2010) *Accountability and transparency: Siamese twins, matching parts, awkward couple?* West European Politics. 33 (issue 5), 989-1009.
- New Money (2016) *Στα τάρταρα ο δείκτης κοινωνικής δικαιοσύνης στην Ελλάδα* <http://www.newmoney.gr/palnos-oikonomias/ellada/308655-sta-tartara-o-deiktis-koinonikis-dikaiosinis-stin-ellada>
- Savedoff, W. D. (2011) *Governance in the Health Sector – A Strategy for Measuring Determinants and Performance*. Washington, DC: World Bank
- Schraad – Tischler, D. & Schiller C. (2016) *Social Justice in the EU – Social Inclusion Monitor Europe – Index Report 2016*. German Bertelsmann Foundation
- Schwab, K. (2017) *The Global Competitiveness Index, 2016 –2017*. Geneva: World Economic Forum
- WHO, Regional Office for Europe, (2013) *Health 2020 – A European policy*

*framework and strategy for the 21<sup>st</sup> century.* Copenhagen

- Wilkinson, R. (2009) *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better.* London: Allen Lane
- World Bank. (2016) *Poverty and Shared Prosperity 2016: Taking on Inequality.* Washington, DC: World Bank
- ΓΓΚΑ, *Έννοια και εξέλιξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα* [http://www.ggka.gr/asfalistiko\\_main.htm](http://www.ggka.gr/asfalistiko_main.htm)
- Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, (2015) *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας.* Δελτίο Τύπου
- Θεοδωρουλάκης Μενέλαος (2008) *Οι εξωτερικοί Παράγοντες της κρίσης της Κοινωνικής Ασφάλισης, οι επιδράσεις τους και οι εναλλακτικές πολιτικές αντιμετώπισής τους.* Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα: Διδακτορική Διατριβή
- Καραμάνης, Κ. (2017) *Παγκόσμιοι δείκτες διακυβέρνησης και οικονομικής ελευθερίας: Η διαχρονικά πτωτική και αποκλίνουσα πορεία της Ελλάδος.* <http://www.liberal.gr/arthro/105912/apopsi/arthra/pagkosmioi-deiktes-diakubernisis-kai-oikonomikis-eleutherias-i-diachronika-ptotiki-kai-apoklinousa-poreia-tis-ellados.html>
- Καραμπελας Χρ. (2107) *Στην e-Εσθονία τα πάντα γίνονται ηλεκτρονικά.* Αθήνα <http://news247.gr/eidiseis/tehnologia/sthn-e-esthonia-ta-panta-ginontai-hlektronika.4552877.html>
- Κοντιάδης, Ξ. (2008) *Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης
- Μπουλούτζα, Π. (2017) *Χωρίς χρήματα για ανασφάλιστους τα νοσοκομεία.* Καθημερινή. <http://www.kathimerini.gr/901186/article/epikairothta/ellada/xwris-xrhmata-gia-anasfalistoys-ta-nosokomeia>
- Μπουρσανίδης, Χρ. (2015) *Η δύσκολη πορεία προς την καθολική κάλυψη υγείας.* Αθήνα: ΕΣΔΔΑ
- Μπουρσανίδης, Χρ. (2015) *Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως οργανισμός ασφάλισης υγείας, ανάπτυξη σχεδίου μετεξέλιξης του ΕΟΠΥΥ σε ένα εθνικό ταμείο ασφάλισης υγείας (ΕΤΑΥ) ως στρατηγικός αγοραστής στο πλαίσιο μιας συγκριτικής ανάλυσης της Αυστρίας, της Γερμανίας και της Εσθονίας.* Bonn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

- Μπουρσανίδης, Χρ. (2017), *Οργάνωση Συστημάτων Υγείας και Συγκριτική Πολιτική Υγείας*. Αθήνα: ΕΣΔΔΑ
- Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ. (1993) *Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, Η περίπτωση του Ι.Κ.Α.* ΙΝΕ-ΓΕΣΕΕ, Αθήνα
- Σκρουμπέλος Α., Καπάκη Β., Αθανασάκης, Κ., Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος, Γ., (2012) *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας – Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)*. Αθήνα: ΕΣΔΥ
- Τούντας Γ. et al. (2016) *Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση*. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα: διαΝΕΟσις
- Τσακλόγλου Π, (2016) *Το ασφαλιστικό στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.*, <http://www.huffingtonpost.gr/2016/01/31/politiki-oikonomia-koinwnia-afalistiko- n 9120668.html> Συνέντευξη
- Υπουργείο Οικονομικών, (2015) *Έκθεση για την εξέλιξη και διακόμανση των φορολογικών εσόδων*.
- ΦΕΚ Β΄ 3054 (2012) *Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.)*

#### *Νόμοι*

- Ν. 3918/2011 «Περιγραφή: Διορθωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»
- Ν. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις»
- Ν. 4368/2016 «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»

#### *Ιστοσελίδες*

- <http://hdr.undp.org/en/data>
- <http://ec.europa.eu/>
- [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- <https://www.ameli.fr>
- <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#home>
- [www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/](http://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/)
- <https://en.wikipedia.org/wiki/Estonia>
- [www.newmoney.gr](http://www.newmoney.gr)
- [http://apps.who.int/nha/database/World\\_Map/Index/en/](http://apps.who.int/nha/database/World_Map/Index/en/)

- [www.who.org](http://www.who.org)
- <http://ec.europa.eu/eurostat>
- [www.news247.gr](http://www.news247.gr)
- [www.tovima.gr](http://www.tovima.gr)
- <https://e-estonia.com>
- <https://www.haigekassa.ee/en>
- <https://www.digilugu.ee/login;jsessionid=AE43843B557F035E8E18A71A59957B5E?locale=en>

Πίνακας 2: Δείκτες διακυβέρνησης για Ελλάδα, Γαλλία, Γερμανία και Εσθονία

Country Name	Indicator Name	Indicator Code	1996	1998	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Estonia	Control of Corruption: Percentile Rank	CC.PER.RNK	57,5609742	71,2951294	74,6344764	75,6097547	77,0737352	80,9756083	80,4878023	80	76,6164656	79,12621307	78,4680259	79,0476228	79,6204961	80,0947876	81,99052429	87,5	87,092337		
Estonia	Government Effectiveness: Percentile Rank	GE.PER.RNK	70,3110471	71,7073154	76,3853653	74,6414764	79,0249117	80,6780263	81,4641705	83,3024553	82,8242691	83,8053819	83,8183839	82,23665375	82,4646465	78,67298889	81,7307663	83,1730804			
Estonia	Political Stability and Absence of Violence/Terrorism: Percentile Rank	PV.PER.RNK	68,9908717	63,788116	72,9486127	77,2946836	76,8115201	69,3521606	65,2179197	67,4975739	67,6328565	64,9384674	64,4549784	67,7751434	64,4497894	64,9288093	68,2464447	71,90476227	66,19047546		
Estonia	Regulatory Quality: Percentile Rank	RQ.PER.RNK	90,8627167	90,8687167	90,1907544	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	89,2156298	
Estonia	Rule of Law: Percentile Rank	RL.PER.RNK	62,20983825	65,4641133	66,50717926	72,2727203	72,2727203	80,3827745	80,8612442	84,2052551	85,57691956	84,50704193	86,38497925	85,538497925	85,538497925	84,480677	84,50704193	84,97652435	85,538497925	85,538497925	
France	Voice and Accountability: Percentile Rank	VA.PER.RNK	74,03465978	77,40384674	76,93208044	80,7692337	83,17308044	84,61538696	80,28484978	82,69238652	81,7307663	83,17308044	83,412323	83,412323	83,412323	85,9154892	84,9704193	84,97652435	85,22167206	85,22167206	
France	Control of Corruption: Percentile Rank	CC.PER.RNK	85,85366058	91,2951294	87,21707001	84,3302453	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589	89,75609589
France	Government Effectiveness: Percentile Rank	GE.PER.RNK	88,7048706	89,75609589	91,2951294	89,75609589	92,19512177	92,6292999	92,19512177	90,24939411	89,2038879	91,26213837	89,4768622	89,04976228	89,04976228	87,67776375	87,67776375	88,1516571	87,9807663	89,4280804	
France	Political Stability and Absence of Violence/Terrorism: Percentile Rank	PV.PER.RNK	73,4295453	69,0821228	71,49758148	77,7777863	49,7536392	57,48792267	57,48792267	64,5120544	69,2038879	63,03317642	63,03317642	63,03317642	63,03317642	63,03317642	63,03317642	63,03317642	63,03317642	63,03317642	
France	Regulatory Quality: Percentile Rank	RQ.PER.RNK	79,2156892	76,4078868	80,39213651	80,39213651	86,27451324	86,27451324	85,78451702	86,7647047	86,8932074	86,8932074	86,8932074	86,8932074	86,8932074	86,8932074	86,8932074	86,8932074	86,8932074	86,8932074	
France	Rule of Law: Percentile Rank	RL.PER.RNK	91,86602783	91,3875598	91,3875598	84,68893536	89,95215607	91,86602783	91,86602783	90,0061829	89,95215607	90,8653896	90,8653896	90,8653896	90,8653896	90,8653896	90,8653896	90,8653896	90,8653896	90,8653896	
France	Voice and Accountability: Percentile Rank	VA.PER.RNK	88,94230652	86,0576948	86,0576948	85,0961526	85,57691956	91,3461526	91,3461526	94,207663	83,6291956	91,3461526	91,3461526	91,3461526	91,3461526	91,3461526	91,3461526	91,3461526	91,3461526	91,3461526	
Germany	Control of Corruption: Percentile Rank	CC.PER.RNK	94,6344764	95,2154824	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	
Germany	Government Effectiveness: Percentile Rank	GE.PER.RNK	93,65853882	95,2154824	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	93,17073059	93,6853882	
Germany	Political Stability and Absence of Violence/Terrorism: Percentile Rank	PV.PER.RNK	92,7382396	89,37197876	95,16018264	92,006958	67,768116	67,4975739	74,8792668	81,6425946	82,6086958	78,8461526	76,777522	72,5118495	71,09004974	76,777522	71,44386041	70			
Germany	Regulatory Quality: Percentile Rank	RQ.PER.RNK	91,1764679	87,7493043	91,6666412	92,407568	91,6666412	91,1764679	91,6666412	94,1764679	94,6601944	94,7688929	94,23010934	94,23010934	94,23010934	94,23010934	94,23010934	94,23010934	94,23010934	94,23010934	
Germany	Rule of Law: Percentile Rank	RL.PER.RNK	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	93,7798073	
Germany	Voice and Accountability: Percentile Rank	VA.PER.RNK	90,84461304	88,94230652	89,3084674	94,71154022	93,75	93,2692337	93,75	93,2692337	93,2692337	93,2692337	93,2692337	93,2692337	93,2692337	93,2692337	93,2692337	93,2692337	93,2692337	93,2692337	
Greece	Control of Corruption: Percentile Rank	CC.PER.RNK	65,85366058	83,903453	78,4878235	69,2682929	69,2682929	71,21951294	66,3446118	80,2268666	65,33938132	61,6504669	93,3014297	94,2857139	55,4502727	51,6387677	56,38010562	51,44238652	53,8461526	68,75	
Greece	Government Effectiveness: Percentile Rank	GE.PER.RNK	77,5609742	77,0737352	75,2194824	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547	75,6097547
Greece	Political Stability and Absence of Violence/Terrorism: Percentile Rank	PV.PER.RNK	59,9338135	65,2739197	69,3521606	73,4295453	61,6326732	62,31884003	63,768116	65,70046523	63,8502274	63,8502274	63,8502274	63,8502274	63,8502274	63,8502274	63,8502274	63,8502274	63,8502274	63,8502274	
Greece	Regulatory Quality: Percentile Rank	RQ.PER.RNK	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	71,078493018	
Greece	Rule of Law: Percentile Rank	RL.PER.RNK	81,8181818	71,7033234	73,40574188	71,9396249	73,68421173	79,42594466	73,40574188	73,68421173	75,169916652	75,4807663	75,4807663	75,4807663	75,4807663	75,4807663	75,4807663	75,4807663	75,4807663	75,4807663	75,4807663
Greece	Voice and Accountability: Percentile Rank	VA.PER.RNK	75,86154022	82,21144022	77,84861304	76,44230652	83,653884674	85,0961526	81,25	77,084674	76,44230652	73,5576948	72,98577881	73,4977168	70,8202118	68,54460144	67,4976616	67,4976616	67,4976616	67,4976616	67,4976616

Πηγή: WGI, 2016

**Proposed Governance Indicators for Health in Lewis and Pettersson (2009)**

**Budget and resource management**

*PEFA Indicators track budget credibility, comprehensiveness, transparency, execution, reporting, recording, and external audits and scrutiny*

Discrepancy between public budgeted health funds and the amounts received by health providers

Irregularities associated with government payroll for health workers

Differences in prices paid for similar medical supplies/equipment across health facilities

**Human resources**

Frequency of illegal side payments/bribes influencing hiring decisions and of payments for particular assignments

*Existence of licensing requirements and of continuing educations programs and their operation*

Fraction of physicians or nurses contracted for service but not in site during the period(s) of observation

*Types of incentives and accountability mechanisms facing public providers*

**Institutional providers**

*Incentives and accountabilities in hospital payments*

Average length of stay and bed occupancy rates

**Informal payments**

Frequency of illegal charges for publicly provided health services

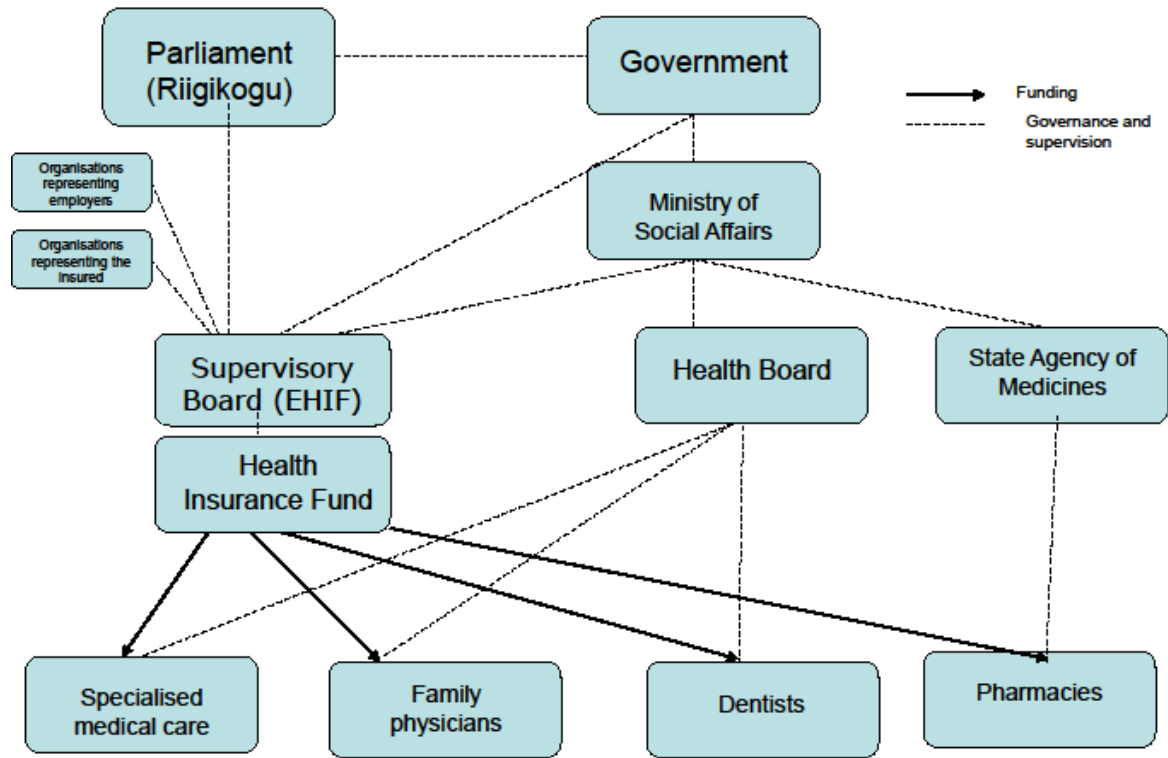
**Perceptions of corruption and institutional quality**

Fraction of households, experts or public officials perceiving corruption in health; relative ranking of health sector on corruption index

The Country and Policy Institutional Assessments (CIPA) for health

Πηγή: *Savedoff 2011*

Εικόνα 27: Το σύστημα υγείας της Εσθονίας



Πηγή: Estonian Health Insurance Fund, 2016



Εικόνα 28: Στρατηγικοί στόχοι EHF 2016

	Weight	Indicator	Unit	Explanation
<b>THE INSURED PERSON</b>	<b>50%</b>			
	15%	Satisfaction of the insured with the healthcare system	%	The satisfaction with the healthcare system revealed by way of the general survey of the insured persons
	15%	Satisfaction with the access to medical care	%	One part of the general survey
	10%	Satisfaction with the quality of the medical care	%	One part of the general survey
	5%	Prevention coverage with treatment of children's dental diseases	%	The percent of children with the relevant years of birth who have participated in preventive dental examinations and/or dental treatment
	5%	Coverage of cancer prevention screening	%	The coverage is determined by all women receiving the service out of all the women of the entire age group to whom the screening has been performed in the last three years based on the health insurance database; cervical cancer/breast cancer.
<b>PARTNER</b>	<b>25%</b>			
	10%	To involve the insured in activities leading to improved monitoring of the health condition of people with chronic illnesses.	%	In the family doctor's quality system, coverage of the hypertension patients with all risk levels on the basis of the results calculated for the previous calendar year
	10%	Structural appreciation of a treatment case (all treatment types together)	%	The percentage of structural appreciation of the specialized medical care treatment cases compared to the previous period
	5%	Compilation of clinical and patient guidelines	amount	Four new clinical and/or patient guidelines have published on the www.ravijuhend.ee website
<b>HEALTHCARE SYSTEM</b>	<b>10%</b>			
	5%	Implementation of the interaction register	%	The services of interaction register are used by all family physicians and medical specialists on digital prescribing of medicines.
	5%	E-Consultation service capability	amount	Evaluation of the number of healthcare providers in Estonia (i.e., service capability is ensured in both regional and central hospitals)
<b>ORGANIZATION</b>	<b>15%</b>			
	5%	Quality management	yes/no	In the auditor's opinion, the quality management system of the Health Insurance Fund meets the requirements of ISO 9001:2008
	5%	The level of customer service	index	Evaluation of the indexed level of customer service using the mystery shopping method in the framework of an ESI study.
	5%	Reliability of information systems		Compliance with ISKE criteria in terms of the availability of critical services (insurance verification, digital prescription center)
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>			

Πηγή: Estonian Health Insurance Fund, 2016

Εικόνα 29: Εκτέλεση προϋπολογισμού ΕΗΦ

Table 2. Budget execution in thousands of euro

	2015 actual	2016 budget	2016 actual	Budget execution	The change compared to the year 2015
<b>REVENUE OF THE ESTONIAN HEALTH INSURANCE FUND</b>					
Health insurance part of the social security tax	958,599	997,177	1,021,266	102%	7%
Revenue from insurance contracts	1,317	1,500	1,399	93%	6%
Recoveries and revenues from health insurance benefits	1,026	1,250	1,016	81%	-1%
Financial revenue	262	200	161	81%	-39%
Other revenue	3,149	4,273	5,120	120%	63%
<b>TOTAL BUDGET REVENUE</b>	<b>964,353</b>	<b>1,004,400</b>	<b>1,028,962</b>	<b>102%</b>	<b>7%</b>
<b>HEALTH INSURANCE COSTS</b>					
Costs of healthcare services	7 13,587	740,978	755,895	102%	6%
Disease prevention costs	7,650	8,384	8,371	100%	9%
Costs of primary medical care	92,460	100,303	103,199	103%	12%
Costs of specialized medical care	562,428	577,377	590,917	102%	5%
Costs of nursing care	28,450	30,258	30,103	99%	6%
Costs of dental care	22,599	24,656	23,305	95%	3%
Health promotion costs	1,088	1,249	1,193	96%	10%
The costs of the medicinal products compensated for insured persons	112,801	114,450	131,246	115%	16%
Costs of the benefits for temporary incapacity for work	116,977	118,270	130,269	110%	11%
Costs of benefits of medical devices	9,076	9,302	9,533	102%	5%
The treatment of Estonian insured persons abroad	8,519	8,269	9,105	110%	7%
Costs of dental care and denture benefits	9,362	9,632	9,494	99%	1%
Other expenses	2,199	2,298	2,535	110%	15%
<b>TOTAL HEALTH INSURANCE COSTS</b>	<b>973,609</b>	<b>1,004,448</b>	<b>1,049,270</b>	<b>104%</b>	<b>8%</b>
<b>OPERATING EXPENSES OF THE HEALTH INSURANCE FUND</b>					
Labor costs	5,554	5,902	5,778	98%	4%
Management costs	1,579	1,513	1,464	97%	-7%
Information technology costs	932	847	1,109	131%	19%
Development costs	277	225	186	83%	-33%
Other operating costs	942	583	751	129%	-20%
<b>Total operating expenses of the Health Insurance Fund</b>	<b>9,284</b>	<b>9,070</b>	<b>9,288</b>	<b>102%</b>	<b>0%</b>
<b>TOTAL BUDGET COSTS</b>	<b>982,893</b>	<b>1,013,518</b>	<b>1,058,558</b>	<b>104%</b>	<b>8%</b>
<b>Budget year net gain</b>	<b>-18,540</b>	<b>-9,118</b>	<b>-29,596</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>RESERVE</b>					
Change in reserve capital	2,774	3,651	3,651	-	-
Change in risk reserve	921	1,217	1,217	-	-
Change in the retained earnings	-22,235	-13,986	-34,464	-	-
<b>Total change in reserves</b>	<b>-18,540</b>	<b>-9,118</b>	<b>-29,596</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Πηγή: Estonian Health Insurance Fund, 2016



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Διαρθρωτικό  
και Επενδυτικό Ταμείο

Ε.Π.  
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΔΗΜΟΣΙΟΥ  
ΤΟΜΕΑ**  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ  
ΕΚΠΑ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)  
Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάυρος  
τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479  
[www.ekdd.gr](http://www.ekdd.gr)