

ΒΑΣΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	ΥΠΟ ΕΝΤΑΞΗ ΤΑΜΕΙΑ
ΙΚΑ ΕΤΑΜ	α) ΤΑΞΥ (Ταμείο Ασφάλισης Ξενοδοχοπαλλήλων) β) ΤΑΠ ΕΑΠΙ (Ταμείο Πρόνοιας & Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών)
ΟΑΕΕ	α) ΤΠΞ (Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων) β) ΤΑΝΠΥ (Ταμείο Ασφάλισης Ναυτικών & Τουριστικών Πρακτόρων)
ΕΤΑΑ (Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων)	α) ΤΣΜΕΔΕ β) ΤΣΑΥ γ) ΤΠΔΑ (Ταμείο Πρόνοιας Δικηγόρων Αθηνών) δ) ΤΠΔΠ (Ταμείο Πρόνοιας Δικηγόρων Πειραιά) ε) ΤΠΔΘ (Ταμείο Πρόνοιας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης) στ) ΤΥΔΕ (Ταμείο Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών) ζ) ΤΑΣ (Ταμείο Ασφάλισης Συμβολαιογράφων)
ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης)	α) ΤΑΙΣΥΤ (Τομέας Ασφάλισης Ιδιοκτητών, Συντακτών & Υπάλληλων Τύπου) β) ΤΣΕΥΠ (Ταμείο Εφημεριδοπωλών & Υπαλλήλων Πρακτορείων Αθηνών) γ) ΤΑΤΤΑ (Ταμείο Ασφαλίσεων Τεχνικών Τύπου Αθηνών)
ΤΑΥΤΕΚΩ (Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφελείας)	α) ΤΑΠ-ΟΤΕ β) ΤΑΠ-ΗΣΑΠ γ) ΤΑΠ-ΗΛΠΑΠ δ) ΤΑΠ-ΔΕΗ ε) ΤΑΠ-ΕΤΒΑ στ) ΤΑΠΕΤΕ (Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Εμπορικής Τράπεζας Ελλάδος) ζ) ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ η) ΤΑΠΑΕ-ΕΘΝΙΚΗ (Ασφαλιστικής Εταιρίας)
ΤΕΑΠΑΣΑ (Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης & Πρόνοιας Απασχολούμενων στα Σώματα Ασφαλείας)	α) ΚΥΥΑΠ (Κλάδος Υγείας Υπαλλήλων Αστυνομίας Πόλεων)
ΟΠΑΔ	α) ΤΥΔΚΥ

φύλαξη του ασφαλιστικού μας φορέα στις αλγίστες οικονομικές επιβαρύνσεις.

Δεν είναι δυνατόν να θεωρούμε ότι καλός γιατρός είναι αυτός που αλλάζει τα φάρμακα κάθε μήνα και συνυπογράφει πολλές εξετάσεις, έναντι αυτού που πραγματοποιεί αυτά που πραγματικά απαιτούνται.

Δεν είναι δυνατόν να παραδίδουμε τα βιβλιάρια ασφάλισης μας εν λευκώ για την οποιαδήποτε συνταγογράφηση επειδή τα ασφαλιστικά ταμεία υπό-αμείβουν τις ιατρικές πράξεις.

Δεν είναι δυνατόν να αποδεχόμαστε την χρήση του ασφαλιστικού μας φορέα για τρίτα πρόσωπα, είτε γιατί δεν έχουν ασφάλιση, είτε γιατί το ασφαλιστικό τους ταμείο δεν παρέχει την συγκεκριμένη υπηρεσία, είτε γιατί δεν θέλουν να το χρησιμοποιήσουν.

Γίνεται κατανοητό από τα παραπάνω ότι το «μίγμα» των παραμέτρων είναι «εκρηκτικό» για την Κοινωνική Ασφάλιση και το Σύστημα Υγείας. Αν δεν ληφθούν άμεσα μέτρα τότε τα παιδιά μας θα ζήσουν σε ένα διαφορετικό περιβάλλον που από την Ασφάλιση θα λείπει ο προσδιορισμός Κοινωνική και από το Σύστημα Υγείας ο προσδιορισμός Δημόσιο.

Τότε δε θα φταίει κανείς ξένος παράγοντας, ή η ατυχία αυτού του τόπου, ή η κυβέρνηση, ή η....., αλλά θα φταίμε όλοι μας.

Ίσως μέχρι εδώ να αναρωτιέται ο αναγνώστης αν υπάρχει ελπίδα, αν μπορεί να διορθωθεί η κατάσταση, αν μπορούμε σε τελική ανάλυση να συμφωνήσουμε σε κάτι.

Η αισιόδοξη άποψη λέει ότι πάντοτε υπάρχει χρόνος αρκεί να είναι δεδομένη η θέληση για την εξεύρεση λύσης, η κατανόηση του μεγέθους του προβλήματος, ο σεβασμός στις απόψεις και προτάσεις των άλλων, η υποχωρητικότητα μπροστά στο συμφέρον του συνόλου, η αντικειμενική αξιολόγηση των μέχρι σήμερα ενεργειών και αποτελεσμάτων και όχι με βάση τα κριτήρια που ο καθένας μπορεί να θέτει.

Η απαισιόδοξη άποψη λέει δεν πρόκειται να γίνει τίποτα, χαμένος χρόνος, όταν φτάσουμε με την πλάτη στον τοίχο τότε θα αναγκαστούμε στην συνεννόηση και την λύση ή θα μας την επιβάλλουν.

Ως αισιόδοξοι άνθρωποι παίρνουμε την πρώτη άποψη.

Στο βασικό επίπεδο υλοποίησης θα πρέπει να περιλαμβάνονται οι παρακάτω Στόχοι:

1. Το Σύστημα Υγείας από Δημόσιο πρέπει να γίνει Εθνικό. Δηλαδή κυρίαρχο Δημόσιο Τομέα και συμπληρωματικό Ιδιωτικό τομέα.

2. Θα πρέπει η χώρα να αποκτήσει Εθνική πολιτική για την Κοινωνική Ασφάλιση και το Σύστημα Υγείας. Δηλαδή Βραχύ-Μακροπρόθεσμο προγραμματισμό και όχι ο κάθε νόμος να θεωρείται προγραμματισμός. Ο νόμος να είναι εργαλείο και μέσο εφαρμογής του προγραμματισμού υλοποίησης της εθνικής πολιτικής.

3. Ο πολίτης θα πρέπει να ξέρει ΠΟΤΕ πληρώνει, ΠΟΥ πληρώνει, ΓΙΑΤΙ πρέπει να πληρώσει, ΤΙ πληρώνει

και ΠΟΣΟ πρέπει να πληρώσει. Με τον τρόπο αυτό θα επιχειρηθεί η ανάκτηση εμπιστοσύνης προς το σύστημα (Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας) του πολίτη αυτής της χώρας.

3.1. Σήμερα πληρώνουμε για τις υπηρεσίες υγείας:

- μέσω των εισφορών του στην κοινωνική ασφάλιση
- μέσω του κρατικού προϋπολογισμού
- για την χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης
- για την χρηματοδότηση λειτουργίας των μονάδων υγείας (Μισθοδοσία, επενδύσεις)

- για την χρηματοδότηση των ελλειμμάτων των μονάδων υγείας
- μέσω ιδίων πληρωμών
- είτε για την ποσοστιαία συμμετοχή με βάση τον κανονισμό του ασφαλιστικού του ταμείου
- είτε για απευθείας πληρωμές
- είτε για ασφαλιστήρια ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών
- είτε για πληρωμές «κάτω από το τραπέζι» π.χ. φακελάκια

Δικαιούμαστε πιστεύω να γνωρίζουμε όχι μόνο για την χρήση του κάθε EURO αλλά και την αποτελεσματικότητα της κάθε χρήσης.

4. Καθορισμός ενιαίων κανόνων για την παροχή υπηρεσιών υγείας και ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχου για την τήρηση αυτών. Η παραβίαση των κανόνων αυτών να θεωρείται κακούργημα και όχι πλημμέλημα με κοινή εφαρμογή και αντιμετώπιση στο Δημόσιο και στον Ιδιωτικό Τομέα.

5. Καθορισμός τιμολογιακής πολιτικής που να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, ενιαία για το Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα. Αυτό θα δίνει τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλέγει το που θα απευθυνθεί για να λάβει υπηρεσίες υγείας, χωρίς την δέσμευση των συμβάσεων και χωρίς επιπλέον πληρωμές που του μειώνουν το οικογενειακό εισόδημα.

Ειδικότερα για την πρωτοβάθμια φροντίδα θα ήταν δυνατόν:

1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα να παρέχεται από τα :

1.1. Κέντρα Υγείας, Αστικού και μη τύπου, Πολυϊατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Δημοτικά Ιατρεία όπου υπάρχουν.

1.2. Ιδιωτικά Ιατρεία, και Πολυϊατρεία, Διαγνωστικά Εργαστήρια (Φυσιοθεραπείας, Εργοθεραπείας κλπ)

2. Ο πολίτης να επιλέγει τον οικογενειακό ή προσωπικό του γιατρό από τον Δημόσιο ή τον Ιδιωτικό τομέα ελεύθερα.

3. Η κοινωνική ασφάλιση να καλύπτει την πραγματική αξία των παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας ενιαία για τον Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα.

4. Τα αστικά κέντρα υγείας να αποτελούν τα βασικά εξωτερικά ιατρεία του ή των Νοσοκομείων της πόλης και θα πραγματοποιούν εξειδικευμένες παραπομπές στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Τα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών να μετατραπούν σε κέντρα υγείας αστικού τύπου, ή πολυϊατρεία εφόσον λειτουργούν εκτός και περιφερειακά των πόλεων.

5. Από τα έσοδα των Κ.Υ. (αστικού και μη) των πολυϊατρείων θα μπορούσε, πχ το 30% της εισπραττόμενης αξίας της ιατρικής πράξης θα δίδεται στον γιατρό, πέραν του μισθού του ως γιατρός του ΕΣΥ ή του ασφαλιστικού οργανισμού, ένα 20% στο υπόλοιπο προσωπικό και το υπόλοιπο 50% για τις δαπάνες λειτουργίας του κέντρου.

6. Τόσο ο Δημόσιος όσο και ο Ιδιωτικός Τομέας που εντάσσεται στο σύστημα θα πρέπει να καλύπτει όλο το πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως αυτό θα έχει καθοριστεί με τον Εθνικό Σχεδιασμό, θα έχει γνωστοποιηθεί στους πολίτες ώστε να γνωρίζουν που να πρέπει να απευθυνθούν και τι πρέπει να απαιτούν.

7. Σε τέτοια ετήσια βάση θα πρέπει να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα των Δημόσιων και των Ιδιωτικών φορέων που έχουν ενταχθεί στο σύστημα και της κοινωνικής ασφάλισης τόσο με τα αποφασισμένα σε Εθνικό Επίπεδο κριτήρια όσο και σε Περιφερειακό και Τοπικό ώστε να καλύπτεται το σύνολο των γενικών και ειδικών αναγκών.

ΑΝ ΘΕΛΟΥΜΕ ΜΠΟΡΟΥΜΕ.

ΑΝ ΜΠΟΡΕΣΟΥΜΕ θα πάμε ΜΠΡΟΣΤΑ.

Αν πάμε ΜΠΡΟΣΤΑ θα ΠΕΤΥΧΟΥΜΕ σαν κοινωνικό σύνολο.

Αν ΠΕΤΥΧΟΥΜΕ θα έχουμε διασφαλίσει στον τομέα αυτό το ΜΕΛΛΟΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΑΣ.