ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Κατεύθυνση: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση της Χρηματοοικονομικής Διαχείρισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας

ΟΛΓΑ ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γείτονα

Μάϊος, 2020

Περίληψη

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) έως σήμερα φαίνεται να μην έχει επιτύχει τους αρχικούς στόχους και λόγους δημιουργίας τους και σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει πως δύο βασικοί παράγοντες λειτουργίας των συστημάτων υγείας, η χρηματοδότηση και κατανομή πόρων συνέβαλλαν ή όχι και σε ποιο βαθμό στην ικανοποίηση των κριτηρίων αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας δηλαδή στην αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ισότητα και κοινωνική δικαιοσύνη. Επομένως έγινε ανάλυση της χρηματοδότησης και δαπανών από την αρχή της σύστασης του εθνικού συστήματος υγείας έως σήμερα και εξήχθησαν συμπεράσματα σχετικά με την αξιολόγηση του.

Συλλέχθηκε σχετικό υλικό και πηγές συναφείς με το προς μελέτη θέμα, μέσω συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης Ελληνικής και διεθνούς έντυπης και ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας, σε έγκυρες βάσεις δεδομένων για τη χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας, την εξέλιξη των δαπανών και τα κριτήρια αξιολόγησής του και αποκλείστηκαν άρθρα που δεν ανταποκρίνονταν με επάρκεια και τεκμηρίωση στα ερευνητικά ερωτήματα. Όλες οι βιβλιογραφικές πηγές αξιολογήθηκαν ως προς τη μεθοδολογία, τις συνθήκες και την αξιοπιστία των δεδομένων.

Ως μηχανή αναζήτησης χρησιμοποιήθηκε το Google Scholar και ως βάσεις δεδομένων η βιβλιοθήκη πανεπιστήμιου Νεάπολις, το PubMed Central και αντλήθηκαν δεδομένα από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και την Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Τα αποτελέσματα της εργασίας έδειξαν πως τόσο ο τρόπος χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας όσο και οι δαπάνες του δεν συνέβαλλαν στην επίτευξη οικονομικής αποδοτικότητας και κοινωνικής αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Η περιστολή των δημοσίων δαπανών που συντελέστηκε τη τελευταία δεκαετία είχε δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία και το εισόδημα των πολιτών ενώ οι μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στο τρόπο χρηματοδότησης και στην προσπάθεια περικοπής των σπαταλών φαίνεται να έχουν θετικά αποτελέσματα σε οικονομικούς όρους αλλά με πάσα επιφύλαξη όσον αφορά την ικανοποίηση και εξυπηρέτηση των ασθενών από το εθνικό σύστημα υγείας.

Λέξεις κλειδιά: δαπάνες υγείας, χρηματοδότηση συστήματος υγείας ή/και αξιολόγηση συστήματος υγείας

Abstract

The National Health System (ESY) of Greece until today, appears to have failed to achieve its original goals and objectives and the aim of this paper is to investigate whether funding and resource allocation, which consist the two key factors in the operation of a health system, contributed or not and to what extent, in the fulfillment of the evaluation criteria of a health system, ie in efficiency, effectiveness, equality and social justice. Therefore, it was performed the analysis of the financing and expenditures in health from the the establishment of the national health system until today and conclusions have been drawn regarding its evaluation.

Relevant material and data related to the subject were collected, through systematic bibliographic review of Greek and international printed and electronic bibliography, in valid databases for the financing of the Greek health system, the development of health expenditures and its evaluation criteria. Sources that didn't responded adequately to the research questions, have been excluded. All bibliographic sources were evaluated in terms of methodology, conditions and reliability of the data.

Google Scholar, Neapolis University Library and PubMed Central were used as databases and also data were obtained from the Organization for Economic Co-operation and Development and the Hellenic Statistical Authority.

The results showed that both, the financing of the Greek health system and its expenditures, did not contribute to the achievement of economic efficiency and social effectiveness of the national's health system. The suspension of public expenditures which took place the past decade, has had a detrimental effects on citizen's health and income, while the reforms that were made regarding the funding and cost containment, seem to have had positive effects on economic terms, but with many reservations about the satisfaction and needs serving from the national health system.

Keywords: health spending, health expenditures, health system funding and / or health system evaluation

Περιεχόμενα

Κατάλογος πινάκων 6

Κατάλογος διαγραμμάτων 7

Συντομογραφίες 9

Εισαγωγή 10

Κεφάλαιο 1ο – Διαχρονική Εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας 12

1.1 Κράτος Πρόνοιας 12

1.2 Εννοιολογική προσέγγιση 13

1.3 Οργάνωση συστημάτων 14

1.4 Εθνικό Σύστημα Υγείας 16

1.4.1 Ιστορική αναδρομή 16

1.4.2 Δομή και οργάνωση 18

1.4.3 Χαρακτηριστικά 20

1.4.5 Προβλήματα 23

Κεφαλαιο 2ο – Χρηματοδότηση 32

2.1 Εισαγωγή 32

2.2 Χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας 34

2.2.1 Κρατικός προϋπολογισμός 35

2.2.2 Κοινωνική ασφάλιση 41

2.2.3 Ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης 43

Κεφάλαιο 3ο – Αποζημίωση & Χρηματοδότηση Προμηθευτών 47

3.1 Χρηματοδοτικά συστήματα 47

3.2 Αποζημίωση Νοσοκομείων 49

3.2.1 Προβλήματα στην αποζημίωση 52

3.2.2 Μεταρρυθμίσεις 53

3.3 Αποζημίωση Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας 59

Κεφάλαιο 4ο - Δαπάνες 62

4.1 Εισαγωγή 62

4.2 Παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας 62

4.3 Εξέλιξη δαπανών προηγούμενων δεκαετιών σε Ελλάδα και άλλες χώρες 63

4.4 Ιδιωτικές δαπάνες 65

4.5 Μέτρα περιστολής των δαπανών 66

4.6 Επιπτώσεις της κρίσης και της περικοπής των δαπανών 68

4.7 Νοσοκομειακές 71

4.7.1 Προτάσεις για βελτίωση 77

4.8 Φαρμακευτικές δαπάνες 78

4.9 Δαπάνες Τεχνολογίας 84

Συμπεράσματα 89

Βιβλιογραφία 93

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1: Αριθμός Κέντρων Υγείας, Κλίνες και Ιατρικό Προσωπικό ανά Περιφέρεια 2010-2018…….26

Πίνακας 2: Δαπάνες υγείας από κυβερνητικά και υποχρεωτικά συστήματα……...36

Πίνακας 3: Μέση διάρκεια νοσηλείας ανά μέγεθος νοσοκομείων 2009-2012……40

Πίνακας 4: Κυβερνητικές Δαπάνες ανά τομέα υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2017..50

Πίνακας 5: Συμμετοχή Βιομηχανίας στη φαρμακευτική δαπάνη 2012-2016……..83

Πίνακας 6: Διαθεσιμότητα ιατρικής-απεικονιστικής τεχνολογίας 2015/2017……86

Κατάλογος διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Κάλυψη πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών……..22

Διάγραμμα 2: Ποσοστό πληθυσμού που έκλεισε ραντεβού διαδικτυακά, 2012-2016……..25

Διάγραμμα 3:Αριθμος νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους, 2016……...27

Διάγραμμα 4: Άτομα με ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, 2018…….….28

Διάγραμμα 5: Επίπεδα μη καλυπτόμενων αναγκών και ανισότητας αναφορικά με πρόσβαση σε περίθαλψη……..28

Διάγραμμα 6: Ιατροί ανά 1.000 κατοίκους, 2000 και 2017…….29

Διάγραμμα 7: Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, 2000 και 2017……30

Διάγραμμα 8: Αριθμός κλινών, 2000 και 2017……30

Διάγραμμα 9: Μερίδιο των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες για την υγεία...31

Διάγραμμα 10: Δαπάνες για την υγεία ανά είδος χρηματοδότησης, 2016……...35

Διάγραμμα 11: συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας για τα έτη 2014-2018 (σε εκατ. ευρώ)……37

Διάγραμμα 12: Κύριες κατηγορίες φόρων και κοινωνικών εισφορών, 2018……..38

Διάγραμμα 13: Ετήσιος μέσος ρυθμός αύξησης στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (σε πραγματικούς όρους), 2009-2017…….39

Διάγραμμα 14: Μέση διάρκεια νοσηλείας, 2000-2017……40

Διάγραμμα 15: Δαπάνες υγείας ανά είδος χρηματοδότησης, 2017…….45

Διάγραμμα 16: Ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό συνολικών δαπανών για την υγεία, 2003-2017…….45

Διάγραμμα 17: Κατανομή Χρηματοδότησης Δημοσίων Δαπανών Υγείας για τα έτη 2011-2015 (σε εκατ. ευρώ)……..49

Διάγραμμα 18: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ για τα έτη 2009-2013 και 2013-2017……..68

Διάγραμμα 19: Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη αναλόγως το εισόδημα……...70

Διάγραμμα 20: Δαπάνες υγείας ανά πάροχο, 2017……..71

Διάγραμμα 21: Δαπάνες Υγείας ανά τύπο υπηρεσίας, 2017……72

Διάγραμμα 22: Εξέλιξη Νοσοκομειακής Δαπάνης (ΕΣΥ) 2012-2015 (εκατ. €)…….73

Διάγραμμα 23: Κατανομή χρηματοδότησης δαπανών υγείας στους προμηθευτές, 2013-2017 (εκατ. €)……..74

Διάγραμμα 24: Αύξηση των πραγματικών κατά κεφαλή φαρμακευτικών δαπανών, 2000-2009……78

Διάγραμμα 25: Κατανομή των δαπανών υγείας για τα ελληνικά νοικοκυριά…….81

Διάγραμμα 26: Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα αναλώσιμα……83

Διάγραμμα 27: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2009-2016……..84

Συντομογραφίες

DRG's	Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Δ.Υ.ΠΕ	Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛ.ΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΥ	Επιτροπής Προμηθειών Υγείας
ΙΟΒΕ	Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα/Ελληνικά Νοσήλια
μ.ό.	μέσος όρος
ΜΔΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π.Ε.Δ.Υ.	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΕ.Σ. Υ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΠΕ.Σ.Υ.Π	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΟΠ	Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Εισαγωγή

Η υγεία αποτιμάται και όχι αδίκως ως το πιο σημαντικό αγαθό στη ζωή ενός ανθρώπου. Ανέκαθεν αποτελούσε κύριο μέλημα του ατόμου η επιβίωση, η διασφάλιση της υγείας και η προστασία της ζωής επομένως η υγεία αδιαμφισβήτητα αποτελεί ένα πολυπόθητο και ζωτικής σημασίας αγαθό. Η ιδιάζουσα φύση του καθιστά ιδιαίτερα σημαντική τη διαφύλαξή του, γεγονός που διαφαίνεται από τις προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί ανά τα χρόνια για συνολική κάλυψη και προστασία από κινδύνους που απειλούν την ακεραιότητά της ανθρώπινης ύπαρξης.

Πιο σύγχρονη μορφή κοινωνικής προστασίας αποτελεί το κράτος πρόνοιας που αποσκοπεί μέσω της κοινωνικής πολιτικής στην εξομάλυνση, αν όχι απαλοιφή, ανισοτήτων, την ευημερία και την προστασία των πολιτών από κινδύνους. Στόχο του αποτελεί η κοινωνική δικαιοσύνη σε ένα ευρύ φάσμα αναγκών σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η παιδεία, η ασφάλιση και το βιοτικό επίπεδο (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015).

Η φροντίδα υγείας παρέχεται μέσω συστημάτων υγείας τα οποία διαμορφώνονται με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και αξίες της εκάστοτε χώρας και αντανακλούν την υποχρέωση και το βαθμό που η πολιτεία μεριμνά για τη διαφύλαξη της υγείας των πολιτών της.

Στην Ελλάδα η δημόσια περίθαλψη και φροντίδα του ασθενούς παρέχεται μέσω του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ) το οποίο πολλάκις έχει κατηγορηθεί για αναποτελεσματικότητα και έλλειψη αποδοτικότητας και έχει βρεθεί στο επίκεντρο πολλαπλών μεταρρυθμίσεων. Κατά το παρελθόν η αναποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας για έλεγχο του κόστους και επίτευξης αποτελεσματικότητας κατέστησαν το ΕΣΥ ένα σύστημα που χαίρει μειωμένης εκτίμησης και ικανοποίησης από τους πολίτες της αμφισβητώντας το ρόλο του στη πολιτική υγείας ενώ πιο πρόσφατα οι περικοπές στις δαπάνες υγείας λόγω ένταξης της χώρας στο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής υποβάθμισαν ακόμη περισσότερο την θέση του και την ικανότητα του να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες και απαιτήσεις.

Επομένως είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι λόγοι και να διεξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τους λόγους της σημερινής εικόνας του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, το

οποίο δεν κατάφερε να βγει αλώβητο από τον διαχρονικό αναποτελεσματικό και ανεύθυνο τρόπο διαχείρισής του, ώστε να κατανοηθεί το παρελθόν και να προ εξοφληθεί το μέλλον και να μπορέσουν να βρεθούν και να ευδοκιμήσουν οι κατάλληλες λύσεις που θα προάγουν σε μεγαλύτερο βαθμό αρχές όπως η ισότητα, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια και η διάρθρωση έχει ως εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην σημασία ύπαρξης συστημάτων υγείας και αναφέρονται η δομή, οργάνωση και εννοιολογική προσέγγισή τους και έπειτα παρουσιάζεται το Ελληνικό Σύστημα Υγείας από την αρχή της σύστασής του, αναφέρονται γεγονότα και ημερομηνίες ορόσημα που συνέβαλλαν στην διαμόρφωση και οργάνωση του όπως αυτή απαντάται σήμερα και αναφέρονται τα κυριότερα προβλήματά του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι κύριοι φορείς χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και γίνεται αναφορά και στο ρόλο των ιδιωτικών δαπανών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το σύστημα χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας ενώ παράλληλα παρουσιάζονται αδυναμίες και μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στο εν λόγω σύστημα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των δαπανών κατά χρονικές περιόδους, παρουσιάζονται οι λόγοι διόγκωσης των δημόσιων δαπανών και της μη αποδοτικότητάς τους και η θέση που κατέχουν οι ιδιωτικές δαπάνες στη χρηματοδότηση υγείας, ενώ παρουσιάζονται και οι κυριότεροι τομείς κατανάλωσης πόρων και αύξησης δαπανών· δηλαδή οι νοσοκομειακές, φαρμακευτικές και δαπάνες για τεχνολογία.

Τέλος η εργασία ολοκληρώνεται με την εξαγωγή και παράθεση συμπερασμάτων σχετικά με το αν το χρηματοδοτικό σύστημα και η εξέλιξη των δαπανών υγείας της χωράς συνέβαλαν ή όχι στην επίτευξη των κριτηρίων αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας όπως αυτά έχουν οριστεί παγκοσμίως και αποτελούνται από την αποτελεσματικότατα, αποδοτικότητα και ισοτιμία.

Κεφάλαιο 1ο – Διαχρονική Εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

1.1 Κράτος Πρόνοιας

Η προσπάθεια οργάνωσής του κράτους πρόνοιας εντοπίζεται μεταπολεμικά από τις ευρωπαϊκές χώρες σε μια προσπάθεια οικονομικής ανάπτυξης και ηθικής αναστήλωσης. Απαντώνται τέσσερις κύριοι τύποι ταξινόμησης ανάλογα με το τρόπο διάταξής τους στο τρίπτυχο οικογένεια -κράτος -αγορά, όπου και στηρίχθηκαν για τη διαμόρφωση τους:

1. Φιλελεύθερο με ελάχιστη κοινωνική προστασία από το κράτος και η κάλυψη αναγκών επιτυγχάνεται μέσω μηχανισμών της ελεύθερης αγοράς
2. Συστηματικό / κορπορατιστικό με τη κάλυψη και αναγνώριση δικαιωμάτων να ποικίλλει αναλόγως της επαγγελματικής απασχόλησης και κοινωνικής θέσης. Οι κοινωνικές παροχές έχουν τη μορφή επιδομάτων.
3. Δημοκρατικό/ σκανδιναβικό με καθολική κάλυψη ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και με τη χρηματοδότηση των παροχών να προέρχεται από τη φορολογία (Γκέντζης, 2017).
4. Νότιο μοντέλο για τις χώρες της Νότιας Ευρώπης το οποίο προτάθηκε αργότερα από το Fererra, που διαφοροποιείται των υπολοίπων, καθώς στηρίζεται σε συνδυασμό της οικογένειας και του κράτους με τα δυο αυτά να αλληλοσυμπληρώνονται όπου το ένα ή το άλλο υστερεί. Χαρακτηριστική είναι η αποσπασματικότητα κοινωνικής πολιτικής, η ύπαρξη ανισοτήτων, κοινωνικών και φορολογικών και ο υψηλός βαθμός μεταβιβαστικών πληρωμών. Η χαμηλή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα αντανακλάται στον ισχυρό ρόλο που διαδραματίζει ο πυλώνας της οικογένειας, ο οποίος καλείται συχνά να καλύψει κενά που προκύπτουν από το κράτος λόγω υποχρηματοδότησης του συστήματος προστασίας. Στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κυριαρχεί η αντίληψη της καθολικότητας και η κοινωνική ασφάλιση είναι διανεμητικού χαρακτήρα με άνιση κατανομή προστασίας υπέρ των ηλικιωμένων, γεγονός που αποδεικνύεται από το ρυθμό γήρανσης του πληθυσμού αυτών των χωρών (Ιταλία, Ελλάδα). Σε αυτό το μοντέλο ανήκει και η Ελλάδα λαμβάνοντας υπ’ όψη τη διεθνή τυπολογία της Κοινωνικής Πολιτικής, όπου το κράτος πρόνοιας καθυστέρησε σημαντικά να αναπτυχθεί, (μέσα δεκαετίας ‘70 και έπειτα) λόγω πολυποίκιλων παραγόντων, πολιτικής και

οικονομικής κυρίως φύσεως. Όμως η περίοδος που στον ελλαδικό χώρο αναπτυσσόταν, συνέπεσε με κρίση του κράτους πρόνοιας διεθνώς, γεγονός με άσχημη συγκυρία για τα θεμέλια ανάπτυξής του στη χώρα, καθώς πέρασε κατευθείαν σε κρίση και αμφισβήτηση (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015).

Η Υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό χωρίς περιορισμούς με το ΠΟΥ να ενισχύει την άποψη αυτή υποστηρίζοντας πως αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα και πρέπει να παρέχεται ισότιμα στο πληθυσμό στο μέγιστο δυνατό βαθμό και ανεξαρτήτως συνθηκών.

Σε μια κοινωνία βέβαια όσο ορθά και δίκαια να λειτουργεί η κοινωνική πολιτική, οι ανισότητες οποιασδήποτε φύσεως (οικονομικές, κοινωνικές, πολιτισμικές), δεν παύουν να υφίστανται επομένως η παραπάνω δήλωση αμφισβητείται από πολλούς. Εξαρτάται λοιπόν από τη πολιτεία σε ποιο βαθμό προάγει τη κοινωνική δικαιοσύνη στην υγεία.

Εδώ εμπλέκεται ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης καθώς θεωρείται μια μορφή κοινωνικής πρόνοιας και αποτελεί παρακλάδι στο τομέα υγείας. Πρόκειται για έναν παρεμβατικό μηχανισμό που εμπεριέχει τις έννοιες της απασχόλησης, της εργασίας και αποταμίευσης και της διασφάλισης της υγείας και αποβλέπει στην προστασία όλων των πολιτών μέσω ασφαλιστικών ταμείων (Δαργάκη και Κολοβρέχτη, 2015). Επομένως επηρεάζει και την οικονομία μιας χώρας και ο τρόπος λειτουργίας και οργάνωσής τους θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω σε ξεχωριστό κεφάλαιο.

1.2 Εννοιολογική προσέγγιση

Δεδομένου ότι η υγεία αποτελεί θεμελιώδες και αναφαίρετο δικαίωμα του ατόμου-πολίτη, τη διαφύλαξη της έχει αναλάβει το κράτος μέσω των συστημάτων υγείας, τα οποία αντικατοπτρίζουν την ηθική υποχρέωση της πολιτείας να παρέχουν αγαθά ισότιμα χωρίς διακρίσεις προάγοντας τη δικαιοσύνη και την απρόσκοπτη πρόσβαση των πολιτών σε αυτά και μειώνοντας την αβεβαιότητα που προέρχεται από το κίνδυνο ασθένειας (Γκέντζης, 2017).

Αρχικά ας οριστεί η έννοια του συστήματος. Σύμφωνα με τη συστημική αντίληψη ένα σύστημα δεν αποτελείται απλά από ένα σύνολο στοιχείων αλλά μια αποτελεί μια ολότητα αλληλοσχετιζόμενων μερών που αλληλοεπιδρούν δυναμικά με καθορισμένη συμπεριφορά για την επίτευξη ενός σκοπού. Πιο συγκεκριμένα στα συστήματα υγείας

έχουμε το συνδυασμό ανθρώπινων και υλικών πόρων, οργάνωσης και διαχείρισης τους, προκειμένου να διασφαλιστεί και να μεγιστοποιηθεί η υγεία του ατόμου στα οικονομικά πλαίσια που δύναται να ανταπεξέλθει η κοινωνία. Προσφέρουν υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας, νοσοκομειακή φροντίδα, φαρμακευτική περίθαλψη, δημόσια υγεία κλπ. (Ρεκλείτη και συν., 2012).

Όπως διαφαίνεται από την πορεία του χρόνου κανένα σύστημα δεν ανταποκρίνεται διαχρονικά πλήρως στις ανάγκες των πολιτών, δεν υπάρχει δηλαδή το ιδανικό σύστημα υγείας. Και αυτό διότι καλούνται συχνά να προσαρμόζονται στις τρέχουσες συνθήκες και ανάγκες των πολιτών αντικατοπτρίζοντας υγειονομικά, κοινωνικά, οικονομικά χαρακτηριστικά και στόχους της κοινωνίας. Εξού και κάθε ιστορική περίοδο συναντώνται διαφορετικά συστήματα υγείας που βρίσκονται σε σταθερή συνάρτηση με τις ιδιαιτερότητες και τα δρώμενα που καθορίζουν τις εκάστοτε κοινωνίες και συμβαδίζουν με τους διαθέσιμους πόρους της (Παπαηλιού, 2018).

1.3 Οργάνωση συστημάτων

Τα κυριότερα συστήματα όπως έχουν καθιερωθεί παγκοσμίως είναι τα εξής:

- Φιλελεύθερο σύστημα υγείας, με κυριότερο αντιπρόσωπο τις ΗΠΑ και την ιδιωτική ασφάλιση. Η κρατική παρέμβαση δεν υφίσταται πέρα από ένα μικρό ρόλο στο θεσμικό πλαίσιο και κυριαρχούν αντιλήψεις περί εφαρμογής μηχανισμών ελεύθερης αγοράς. Η ιατρική φροντίδα δηλαδή παρέχεται σε όσους μπορούν οικονομικά να την εξασφαλίσουν οδηγώντας σε αυξημένες ανισότητες και ‘‘αφήνοντας στη μοίρα’’ τους μη έχοντες (Παπαηλιού, 2018).
- Κρατικό σύστημα υγείας τύπου Beveridge, με κυριότερο εκπρόσωπο εδώ τη Βρετανία και με σημαντικό το ρόλο του κράτους στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας. Η χρηματοδότηση στηρίζεται στη φορολογία, η υγειονομική κάλυψη αποτελεί υποχρέωση του κράτους προς το πολίτη και παρέχεται καθολικά μέσω ύπαρξης ενός εθνικού συστήματος υγείας (Υφαντόπουλος, 2006).
- Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, βασίζεται στην αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εργαζομένους/ ασφαλισμένους γίνεται μέσω ύπαρξης ασφαλιστικών ταμείων, με υποχρεωτική ασφάλιση και συνύπαρξη

δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η χρηματοδότηση βασίζεται σε εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών.

- Μικτά συστήματα υγείας, πολλά συστήματα είναι δύσκολο να λειτουργήσουν στην αμιγή τους μορφή λόγω πολυποίκιλων παραγόντων γι' αυτό διαμορφώνονται στα πλαίσια συνδυασμού των παραπάνω και αποτελούν μείγμα παραπάνω του ενός, όπως η Ελλάδα με το Beveridge στο σύστημα υγείας και το Bismarck στην κοινωνική ασφάλιση (Μαλαβάζος και συν., 2019).

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις ο πρωτογενής φορέας χρηματοδότησης παραμένει ο ίδιος και είναι ο πολίτης γεγονός που πιστοποιεί και τα δικαιώματα του αναφορικά με τη ποιότητα και τη ποσότητα των υπηρεσιών που θα του παρασχεθούν ετεροχρονισμένα και αναλόγως των αναγκών του (Δημογέροντας και συν., 2017).

Ανεξαρτήτως κατηγοριοποίησης τα συστήματα υγείας οφείλουν να έχουν κάποιες βασικές αρχές οργάνωσης και λειτουργίας που αφορούν την αρχή

- ✓ Της κλινικής αποτελεσματικότητας
- ✓ Της οικονομικής αποδοτικότητας
- ✓ Της ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης

Αυτά είναι που αποτελούν και τη βάση για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας όπως διατυπώθηκαν από τον Cochrane το 1972.

Στόχους τους δηλαδή είναι να παρέχουν υγειονομική περίθαλψη σε όλο το πληθυσμό χωρίς διακρίσεις και εμπόδια πρόσβασης, η φροντίδα να είναι η μέγιστη και η ποιοτικότερη δυνατή για τον ασθενή και παράλληλα να περιορίζεται όσο είναι εφικτό το κόστος.

Επιπλέον οφείλουν να ξεπεράσουν εμπόδια που δύναται να προκύψουν λόγω της ιδιαιτερότητας του προσφερόμενου αγαθού, όπως ο ηθικός κίνδυνος, η προκλητή ζήτηση, οι ανισότητες στη πρόσβαση και υπέρμετρη χρήση υπηρεσιών υγείας προκειμένου να καταστεί δυνατός ο σχεδιασμός και η οργάνωση ενός δίκαιου, αποτελεσματικού, αποδοτικού και κοινωνικά αποδεκτού συστήματος υγείας με κύριο γνώμονα τον ασθενή και τις ανάγκες του και στα πλαίσια οικονομικών δυνατοτήτων και διαθέσιμων πόρων (Γκέντζης, 2017).

Όπως καθίσταται εύκολα αντιληπτό, αναμένεται από ένα σύστημα υγείας να είναι σε θέση να παράγει τα μέγιστα με το μικρότερο δυνατό κόστος και να εκπληρώνει στόχους συχνά αντιφατικούς όπως ισοτιμία, οικονομία, ποιότητα κλπ. Γι' αυτό και κατά τα παλαιότερα χρόνια παρατηρήθηκαν μεγάλες δαπάνες που άγγιξαν τα όρια σπαταλών στα συστήματά υγείας χωρίς τα αναμενόμενα αποτελέσματα, καθώς συνήθως κύριο μέλημα των ιατρών αποτελεί η διαφύλαξη της ανθρώπινης ζωής και όχι η οικονομία (Ντάλλη, 2009).

Λύση στο πρόβλημα της αντιδιαστολής κόστους- αποτελεσμάτων δόθηκε με τη συμβολή της οικονομικής επιστήμης καθώς είναι αρμόδια για τη κατανομή και αξιολόγηση των σπανιζόντων πόρων ανάλογα με τη προσφορά και τη ζήτηση ώστε να επέρχεται ισορροπία και η ικανοποίηση αναγκών και να εξασφαλίζεται με το καλύτερο δυνατό τρόπο η υγεία του πληθυσμού. Παρέχει πληροφορίες σχετικά με το κόστος και το όφελος που προκύπτουν από τις εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας με στόχο την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα διευκολύνοντας το τρόπο λήψης αποφάσεων.

Επιπλέον συσχετίζει το επίπεδο υγείας με την οικονομική ανάπτυξης μιας χώρας καθώς η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού είναι ένας κοινώς αποδεκτός παράγοντας οικονομικής ανάπτυξής μιας κοινωνίας γι' αυτό και η επιστήμη της οικονομίας διαδραματίζει καίριο ρόλο στην οργάνωση των υγειονομικών συστημάτων (Καραμπλή και συν., 2014).

1.4 Εθνικό Σύστημα Υγείας

1.4.1 Ιστορική αναδρομή

Πριν το 1983 στην Ελλάδα δεν υφίστατο ουσιαστικά εθνικό σύστημα υγείας, καθώς οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ήταν ανοργάνωτες και το υπάρχων σύστημα υγείας αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης, πρόσβασης και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών.

Παρόλο που στην μεταπολεμική περίοδο είχαν γίνει προσπάθειες για συγκρότηση ενός οργανωμένου υγειονομικού συστήματος όπως ο νόμος Ν.2592/1953 και για αναδιοργάνωση νοσοκομείων όπως τα μέτρα Δοξιάδη, εν τελεί καμία πρόταση δεν ευδοκίμησε.

Φτάνοντας στο 1983, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτέλεσε μια προεκλογική υπόσχεση που ανταποκρινόταν στις απαιτήσεις και τη δυσαρέσκεια του ελληνικού λαού με τις τότε υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας. Επομένως με την εκλογή του σοσιαλδημοκρατικού κόμματος του ΠΑΣΟΚ η υπόσχεση 'όφειλε' να τηρηθεί. Έτσι το 1983 με τον νόμο 1397 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας», πραγματοποιείται η σύσταση του ΕΣΥ με γνώμονα την απρόσκοπτη και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Κομβικό σημείο αποτέλεσε η ίδρυση κέντρων υγείας και περιφερειακών νοσοκομείων σε μια προσπάθεια αποκέντρωσης και εξυπηρέτησης της περιφέρειας, η οποία ήταν αρκετά παραγκωνισμένη (Tountas, 2002).

Βασικές αρχές που πρέσβευαν τη σύσταση του ΕΣΥ ήταν οι εξής:

- ✓ Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών προς τους πολίτες αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους, η οποία ασκείται μέσω ενός ενιαίου, αποκεντρωμένου και δημοκρατικού συστήματος υγείας
- ✓ Η παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών αφορά το σύνολο των πολιτών, η κάλυψη δηλαδή είναι καθολική και η πρόσβαση τους σε αυτές οφείλει να είναι απρόσκοπτη
- ✓ Η παροχή και διανομή των υπηρεσιών υγείας και η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία ή εργασία
- ✓ Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας με συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη αποφάσεων
- ✓ Παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης και θεραπείας σε όλους τους πολίτες ανεξαιρέτως και ανεξαρτήτως οικονομικού και κοινωνικού τους καθεστώτος (Γκέντζης, 2017).

Βασικοί στόχοι του νεοσύστατου ΕΣΥ ήταν η αύξηση των δημοσίων υπηρεσιών, ο περιορισμός του ανεξέλεγκτου ιδιωτικού τομέα, η αναβάθμιση των νοσοκομείων και ίδρυση νέων προς ενίσχυση της περιφέρειας και αποκέντρωσης καθώς και η ανάπτυξη πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας, το οποίο αποτελεί μόνιμο αγκάθι του ΕΣΥ.

1.4.2 Δομή και οργάνωση

Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιες χρονικές περίοδοι-ορόσημα που επηρέασαν σημαντικά τη διαμόρφωση του ΕΣΥ.

Με την αρχή της νέας χιλιετίας ανακοινώθηκαν από το τότε Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας 200 μεταρρυθμιστικά μέτρα που αποσκοπούσαν κατά βάση στην αποκέντρωση του ΕΣΥ, την δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος χρηματοδότησης για τα ασφαλιστικά ταμεία, την καλύτερη διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων και την δημιουργία και οργάνωση ενός αποτελεσματικού πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας προς ενίσχυση και προαγωγή της δημόσιας υγείας (Notara et al, 2010).

Κυριότερη μεταρρύθμιση ήταν αυτή του 2001 με τον νόμο Ν.2889, που απέβλεπε στην αποκέντρωση του ιστορικά συγκεντρωτικού χαρακτήρα του ΕΣΥ. Η χώρα διαιρέθηκε σε 17 υγειονομικές περιφέρειες με ισάριθμη ίδρυση Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.), με τη μορφή Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ). Έτσι οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίστηκαν με τις διοικητικές (με εξαίρεση την περιφέρεια Αττικής, Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου). Η διοίκησή τους ασκούνταν από το εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο και τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου και Γενικού Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., ο οποίος ήταν υπόλογος στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Με αυτό το νόμο όλες οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που ανήκουν στο ΕΣΥ (νοσοκομεία, κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία) μετατράπηκαν «αυτοδίκαια σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠεΣΥ, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια» (Tountas, 2002).

Η διαίρεση αυτή αποτέλεσε μια προσπάθεια αντιμετώπισης της αναποτελεσματικής διαχείρισης και περιφερειακής συγκρότησης του ΕΣΥ. Οι αρμοδιότητες της κάθε μιας περιλάμβαναν την εποπτεία νοσοκομείων ευθύνης τους σε θέματα οικονομικής κυρίως φύσεως (περιορισμό δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης και διαχείριση των προϋπολογισμών) και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων της περιφέρειας με βάση τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες ώστε να περιοριστούν οι ανισότητες στη πρόσβαση και στη ποιότητα που εντοπίζονται σε περιφερειακό επίπεδο. Η κάθε μια Πε.Σ.Υ. συντάσσει τον υγειονομική της χάρτη με βάση τις ανάγκες της και είναι αρμόδια για τον προγραμματισμό, συντονισμό και αντιμετώπιση αυτών των αναγκών και τον έλεγχο των μονάδων του. (https://www.moh.gov.gr/)

Συμπλήρωμα της παραπάνω προσπάθειας αποκέντρωσης αποτελεί ο νόμος Ν.3106/2003 οπού και τα Πε.Σ.Υ. μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.), καθώς πραγματοποιήθηκε διεύρυνση των αρμοδιοτήτων τους και προστέθηκαν στην εποπτεία τους και υπηρεσίες πρόνοιας λόγω της αλληλένδετης φύσης τους και ανάγκης διασύνδεσής τους και δημιουργίας οικονομιών κλίμακας (Κουκουλάκη, 2019).

Το 2005 η νέα κυβέρνηση με το νόμο Ν.3329/2005 αποφασίζει λόγω αναποτελεσματικότητας των Πε.Σ.Υ.Π. την κατάργησή τους και αντικατάστασή τους από τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.), υπό το ίδιο νομικό καθεστώς με τα Πε.Σ.Υ.Π. αλλά με τη διαφορά ότι τα νοσοκομεία διατηρούν την διοικητική, οικονομική και νομική τους αυτοτέλεια αποκτώντας μεγαλύτερη ευελιξία, δηλαδή μετατρέπονται πάλι σε Ν.Π.Δ.Δ., τίθενται όμως υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Διοικητή της αντίστοιχης Δ.Υ.ΠΕ. Η διοίκηση εκτελείται από το επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο της Δ.Υ.ΠΕ και το Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας και σκοπός δημιουργίας τους είναι «ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» (ΦΕΚ Α 81/04-04-2005).

Το 2007 με το νόμο 3527/2007 οι 17 Δ.Υ.ΠΕ. περιορίζονται σε επτά με απώτερο σκοπό να καταργηθούν στα επόμενα έτη ενώ το 2012 ο νόμος Ν. 4052, αλλάζει την χωροταξική δομή των Δ.Υ.ΠΕ. και πραγματοποιείται ταύτιση των επτά υγειονομικών περιφερειών με τα γεωγραφικά όρια των επτά Αποκεντρωμένων Διοικήσεων του Προγράμματος Καλλικράτη (Ν. 3852/2010), ώστε να συμπίπτουν τα γεωγραφικά τους όρια και να επιτυγχάνεται καλύτερη χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Σήμερα οι υγειονομικές περιφέρειες έχουν διαμορφωθεί ως εξής:

1η Υγειονομική Περιφέρειας Αττικής

2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου

3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας

4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης

5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας

7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

Το 2014 με το νόμο Ν.4238/2014 δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας με την ίδρυση των Πρωτοβάθμιων Εθνικών Δικτύων Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), τα οποία εντάσσονται στις Δ.Υ.ΠΕ. και σε αυτά περιλαμβάνονται Κέντρα Υγείας και όλες οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. (Καρατζά, 2018)

Τέλος το 2017 με το νόμο 4486/2017 περί Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γίνεται ακόμη μια προσπάθεια ανασυγκρότησης και ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας και συντελείται η δημιουργία νέων αποκεντρωμένων δομών, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.) προωθώντας την παροχή ολιστικής και συνεχιζόμενης φροντίδας στον πληθυσμό ευθύνης τους, δίνοντας έμφαση στη πρόληψη και προαγωγή υγείας από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας ενώ εισάγεται και προωθείται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017).

1.4.3 Χαρακτηριστικά

Αρχικά όπως προαναφέρθηκε το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας δεν αποτελεί αμιγή μορφή κάποιου συστήματος αλλά μια μίξη τους, καθώς συνδυάζει στοιχεία συστημάτων

- με το Beveridge στη προσφορά, μέσω κρατικών νοσοκομείων και ένα δίκτυο κέντρων υγείας και
- το Bismarck στην ζήτηση, με την ασφάλιση υγείας που παρεχόταν παραδοσιακά από 39 ταμεία υγείας έως το 2012, καθώς έπειτα πραγματοποιήθηκε η συγχώνευσή τους σε ένα ενιαίο ταμείο, τον ΕΟΠΠΥ (Souliotis et al, 2015).

Επιπλέον ο ιδιωτικός τομέας εμφανίζεται και στις δυο περιπτώσεις (χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών) και κατέχει μεγάλο έδαφος στο χάρτη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

Οι κύριοι πόροι χρηματοδότησης του συστήματος είναι η γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση μέσω ασφαλιστικών εισφορών καθώς και οι ιδιωτικές δαπάνες,

καθώς σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούσαν το 36% των συνολικών δαπανών για υγεία για το έτος 2018.

Το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για λήψη αποφάσεων, την ανάπτυξη, και οργάνωση πολιτικών υγείας και είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία, συντονισμό και έλεγχο των αποκεντρωμένων διοικήσεων και εποπτεία όλων των φορέων παροχής υγειονομικής φροντίδας (συμπεριλαμβανομένου και του ιδιωτικού τομέα).

Μέριμνα του αποτελούν η ισότιμη, καθολική, επαρκή και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, η προάσπιση και διασφάλιση της υγείας των πολιτών μέσω προγραμματισμού και υιοθέτησης κατάλληλων πολιτικών υγείας. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας μέσω των συνολικά 126 δημόσιων Νοσοκομείων, περισσότερες εκ των οποίων είναι μεσαίου μεγέθους με δυναμικότητα 251 – 400 κλινών, των 211 Κέντρων Υγείας σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές και των 122 νεοσύστατων ΤΟ.Μ.Υ τα οποία κατανέμονται ως εξής στις 7 υγειονομικές περιφέρειες: ((https://www.moh.gov.gr/)

1η ΥΠΕ με 24 Νοσοκομεία, 35 Κέντρα Υγείας και 12 ΤΟΜΥ

2η ΥΠΕ με 22 Νοσοκομεία, 27 Κέντρα Υγείας και 20 ΤΟΜΥ

3η ΥΠΕ με 16 Νοσοκομεία, 17 Κέντρα Υγείας και 20 ΤΟΜΥ

4η ΥΠΕ με 14 Νοσοκομεία, 46 Κέντρα Υγείας και 14 ΤΟΜΥ

5η ΥΠΕ με 13 Νοσοκομεία, 46 Κέντρα Υγείας και 16 ΤΟΜΥ

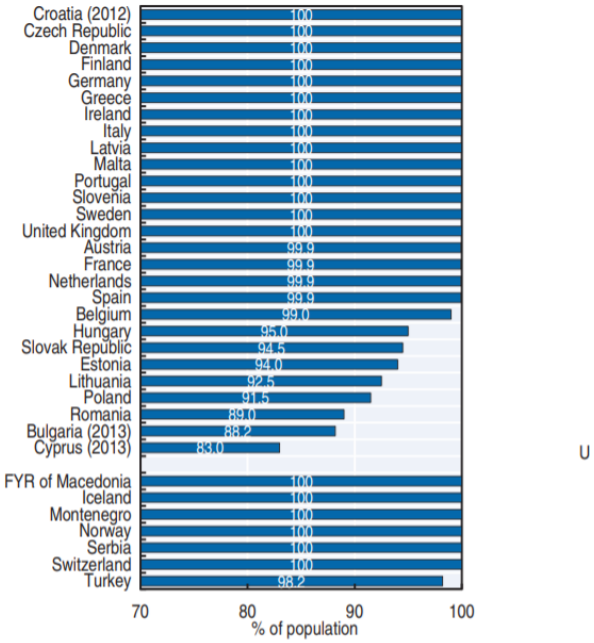
6η ΥΠΕ με 29 Νοσοκομεία, 20 Κέντρα Υγείας και 29 ΤΟΜΥ

7η ΥΠΕ με 8 Νοσοκομεία, 20 Κέντρα Υγείας και 11 ΤΟΜΥ

Οι τριτοβάθμιες υπηρεσίες παρέχονται από ολιγάριθμες μονάδες, με τη πλειοψηφία τους να αποτελούν τα Πανεπιστημιακά Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας.

Με το νομό Ν. 4368/2016 η Ελλάδα εξασφάλισε στους ανασφάλιστους καθώς και στους μετανάστες ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση στο σύστημα υγείας και πέτυχε καθολική κάλυψη του πληθυσμού όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα του ΟΟΣΑ.

Διάγραμμα 1: Κάλυψη πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health at a Glance 2018

Η καθολική κάλυψη επιτυγχάνεται μέσω παροχής περίθαλψης από τα νοσοκομεία και δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κύριο κορμό του ΕΣΥ αποτελούν ωστόσο τα νοσοκομεία, καθώς μέχρι πρότινος ήταν ο βασικός φορέας παροχής όλων των επιπέδων υγείας. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας μπορεί εύκολα να χαρακτηριστεί νοσοκομειοκεντρικό, γεγονός που αποδεικνύεται έμπρακτα καθώς απορροφά τους περισσότερους πόρους που προορίζονται για την υγεία (Γκέντζης, 2017).

Οι εργαζόμενοι του ΕΣΥ αμείβονται με πάγιο μηνιαίο μισθό μέσω του κρατικού προϋπολογισμού ενώ οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων καλύπτονται από τις εισφορές των ασφαλιστικών ταμείων ανάλογα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους, τις ιδιωτικές πληρωμές και το κρατικό προϋπολογισμό.

Συνοπτικά το Εθνικό Σύστημα Υγείας

- ✓ Αποτελεί μίξη συστημάτων υγείας
- ✓ Η χρηματοδότησή του βασίζεται κυρίως στη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- ✓ Οι ιδιωτικές δαπάνες διαδραματίζουν καίριο ρολό στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας
- ✓ Υπεύθυνος και αρμόδιος για θέματα υγείας και πολιτικών είναι το υπουργείο υγείας

- ✓ Παρέχει καθολική κάλυψη μέσω του εθνικού συστήματος υγείας
- ✓ Κύριοι φορείς παροχής φροντίδας αποτελούν για τη δευτεροβάθμια φροντίδα τα νοσοκομεία και για τη πρωτοβάθμια τα Κέντρα Υγείας και οι ΤΟ.Μ.Υ.
- ✓ Τα Νοσοκομεία αποτελούν τον σκελετό του συστήματος υγείας καθώς παρέχουν φροντίδα σε όλα τα επίπεδα (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο)
- ✓ Η αποζημίωση των εργαζόμενων γίνεται μέσω μισθού ενώ των νοσοκομείων μέσω φορολογίας, ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτικών πληρωμών.

1.4.5 Προβλήματα

Παρόλες τις ευγενείς προσπάθειες και μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν ανά τα χρόνια και από διαφορετικές κυβερνήσεις προς εξυγίανση του συστήματος υγείας, το ΕΣΥ από την αρχή της σύστασης του και καθ' όλη τη διάρκεια της λειτουργίας του παρουσίαζε σημαντικά προβλήματα με τα κυριότερα να αφορούν την υποχρηματοδότηση, την αναποτελεσματική κατανομή πόρων, το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του, τον κάθετο και κεντρικό χαρακτήρα διοίκησης και λήψης αποφάσεων, την έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και απουσία πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας. (Δημογέροντας κ.α., 2017)

Πιο συγκεκριμένα το ΕΣΥ και η διοίκησή του χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό συγκεντρωτισμού και κατακερματισμού με αδυναμία εντοπισμού πραγματικών αναγκών και έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού διαρκείας. Παρόλες τις προσπάθειες αποκέντρωσης μέσω σύστασης των Πε.Σ.Υ. και αργότερα των Δ.Υ.ΠΕ., ο ρόλος τους είναι περιορισμένος και η διακυβέρνηση ακόμα και σήμερα παραμένει κάθετη, με τη λήψη αποφάσεων να γίνεται από πάνω προς τα κάτω και να εξαρτάται από τον κυβερνητικό συντονισμό. (Κακαλέτσης κ.α., 2013)

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που απασχολεί την απόδοση του ΕΣΥ είναι οι υψηλές δαπάνες του. Οι μεταρρυθμίσεις του 1983 με τη σύσταση του αποσκοπούσαν κυρίως στην ισότητα πρόσβασης και αύξηση των δημόσιων παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι τόσο στην αποδοτικότητα και τον περιορισμό δαπανών (Liaropoulos and Tragakes, 1998).

Κύριο μέλημα δηλαδή αποτελούσε η επέκταση του δημοσίου τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ο περιορισμός του μέχρι τότε ανεξέλεγκτου τομέα, γεγονός που θα πραγματοποιούνταν με αύξηση δαπανών και όχι με τη συγκράτηση τους.

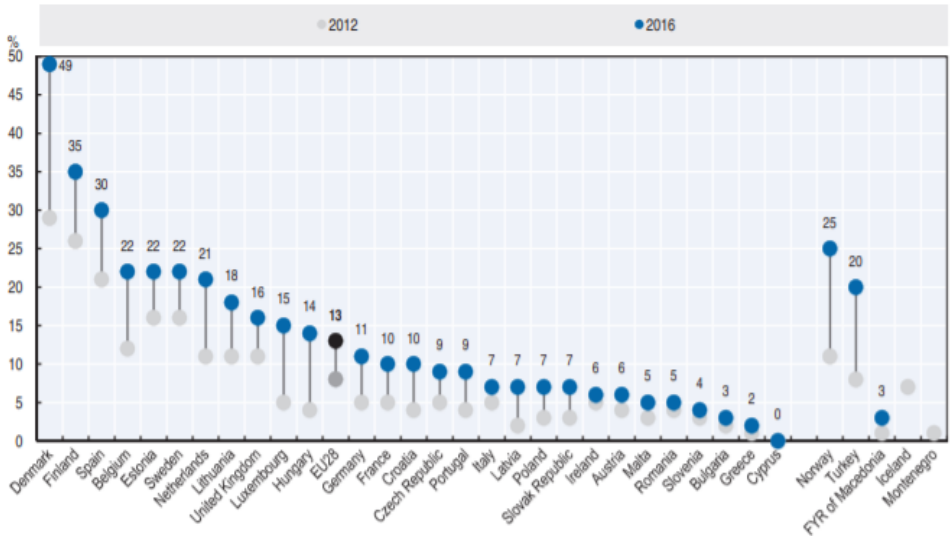
Έτσι παρόλο που οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είχαν μια αυξητική πορεία κατά τα επόμενα έτη σύστασης του ΕΣΥ- πέρα από μια περίοδο το ’90 με αφορμή τη συνθήκη του Μάαστριχτ - δεν επέφεραν τις αντίστοιχες βελτιώσεις με αποτέλεσμα να αμφισβητείται η ορθή οικονομική διαχείρισή τους. Κάποια στιγμή άγγιξαν τα όρια σπαταλών καθώς δεν υπήρχαν κίνητρα από τα νοσοκομεία και τους διαχειριστές για παραγωγικότητα, αποδοτικότητα και τήρηση προϋπολογισμών. (Μπακόλα και συν., 2018)

Το επίπεδο απόδοσης στα συστήματα υγείας επιτρέπει τη σύνδεση των δαπανών με τα αποτελέσματα, δηλαδή τη βελτίωση της υγείας, όμως η έλλειψη αξιολόγησης και η απουσία χρηματοοικονομικού ελέγχου που χαρακτηρίζουν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, δεν επέτρεψαν τη μέτρηση της απόδοσης συγκριτικά με τις δαπάνες με επακόλουθο την αύξηση του κόστους προμηθειών και της νοσηλευτικής-φαρμακευτικής φροντίδας με απώτερα οικονομικά κίνητρα επιβαρύνοντας το κρατικό προϋπολογισμό (Grigorakis et al, 2014).

Γενικότερα στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη μηχανογραφικών συστημάτων αρχείων ασθενών και υπάρχουν περιορισμένοι τεχνολογικοί πόροι καθιστώντας οποιαδήποτε προσπάθεια ελέγχου εξαιρετικά δύσκολη, όμως η τεχνολογία και τα πληροφοριακά συστήματα σε μια χώρα με γεωγραφικές ιδιομορφίες και έντονη γραφειοκρατία όπως η Ελλάδα θεωρούνται αναγκαιότητα (Tountas, 2002).

Στο παρακάτω διάγραμμα της Eurostat φαίνεται η εξοικείωση των Ελλήνων πολιτών με τη σύγχρονη τεχνολογία και αντικατοπτρίζεται η συνολική έλλειψη πληροφοριακών γνώσεων που χαρακτηρίζει τη χώρα, με την Ελλάδα να κατέχει μια από τις τελευταίες θέσεις στη χρήση ηλεκτρονικής διακυβέρνησης με μόλις 2% του πληθυσμού να έχει κλείσει ραντεβού σε ιατρό μέσω ίντερνετ (Orfanidis et al, 2004).

Διάγραμμα 2: Ποσοστό πληθυσμού που έκλεισε ραντεβού διαδικτυακά, 2012-2016



Πηγή: Eurostat, 2018

Η υπανάπτυξη του πρωτοβάθμιου συστήματος έρχεται να συμβάλλει περαιτέρω στην αύξηση των δαπανών καθώς εν απουσία ολοκληρωμένης και συνεχιζόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας πραγματοποιούνταν άσκοπες και δαπανηρές εξετάσεις χωρίς ουσιαστική ανάγκη, με έμφαση στη θεραπεία έναντι της πρόληψης και της προαγωγής υγείας εκτινάσσοντας το κόστος (Lionis et al, 2009).

Η αποσπασματικότητα και υποστελέχωση που χαρακτηρίζει την ΠΦΥ στην Ελλάδα δεν επέτρεψε την καθολική και ισότιμη πρόσβαση των πολίτων σε υπηρεσίες υγείας οδηγώντας σε δυσαρέσκεια των πολίτων και ανισότητες πρόσβασης με μεγάλες λίστες αναμονής **(**Tountas et al, 2005).

Ως προς τη χρηματοδότηση το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από ένα σταυροειδές σύστημα με ανεπαρκείς δημόσιες δαπάνες επηρεάζοντας τη λειτουργία των νοσοκομείων και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που σε συνδυασμό με την προβληματική και άνιση κατανομή πόρων οδηγούν σε υποβάθμιση του ΕΣΥ (Souliotis et al, 2015).

Η αποτελεσματική χρήση και κατανομή των πόρων στα συστήματα υγείας αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την επίδοση και τον έλεγχο των δαπανών, όμως στην Ελλάδα οι όποιες αποφάσεις σχετικά με δαπάνες και χρηματοδότηση υγείας αφορούν

κυρίως την κάλυψη των νοσοκομειακών αναγκών και όχι τις πραγματικές ανάγκες του συστήματος υγείας (Theodorou et al, 2010).

Σύμφωνα με την έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το προφίλ της χώρας, το 2017 οι πόροι τόσο υλικοί όσο και ανθρώπινοι είναι άνισα κατανεμημένοι στην Ελλάδα καθώς ως ώρας, δεν διατίθενται επαρκείς μηχανισμοί σχεδιασμού και βέλτιστης κατανομής τους, με τις μεγαλύτερες διαφορές να αφορούν τις υπηρεσίες στα αστικά κέντρα και τις αγροτικές περιοχές.

Όπως διαπιστώνεται και από το παρακάτω πίνακα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής τα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα- Θεσσαλονίκη) υπερτερούν σε σημαντικό βαθμό σε δομές και προσωπικό έναντι της περιφέρειας παραγκωνίζοντας τη περιφέρεια και την ισότιμη πρόσβαση και παροχή φροντίδας (Niakas et al, 2004).

Πίνακας 1: Αριθμός Κέντρων Υγείας, Κλίνες και Ιατρικό Προσωπικό ανά Περιφέρεια 2010-2018

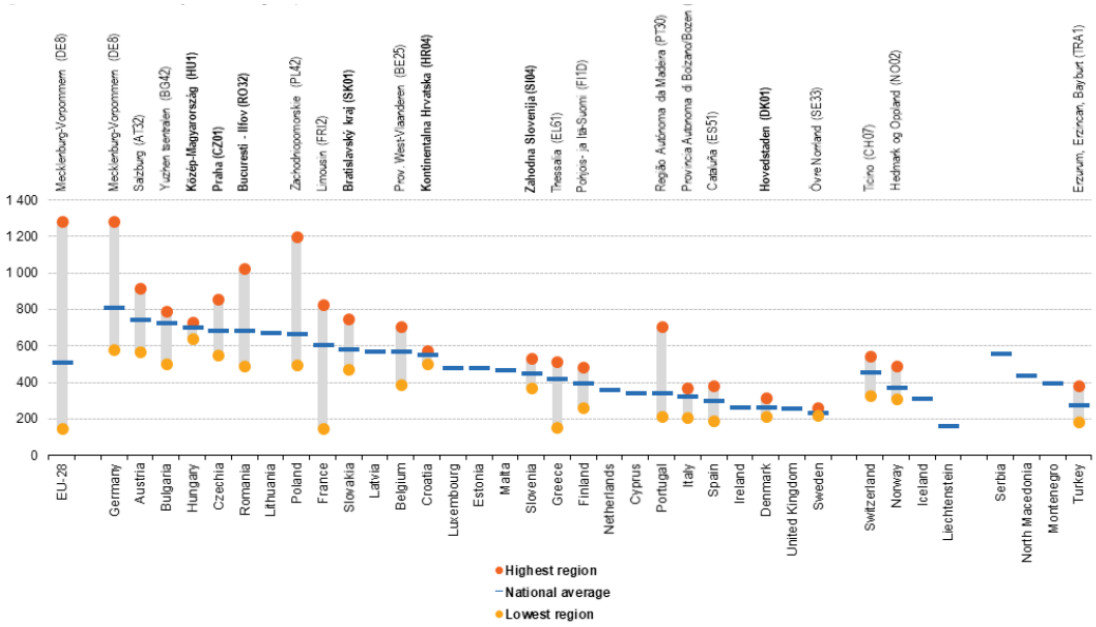
	2018		
	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ HEALTH CENTRES	ΚΛΙΝΕΣ BEDS	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ PHYSICIANS
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	**204**	**901**	**1.797**
Αττική	17	58	369
Βόρειο Αιγαίο	7	38	46
Νότιο Αιγαίο	11	73	101
Κρήτη	14	64	109
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	15	58	114
Κεντρική Μακεδονία	33	111	335
Δυτική Μακεδονία	6	26	54
Ήπειρος	16	71	101
Θεσσαλία	17	96	113
Ιόνια Νησιά	8	34	52
Δυτική Ελλάδα	21	85	136
Στερεά Ελλάδα	16	78	124
Πελοπόννησος	23	109	143

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ

(https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/-)

Επιπλέον σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat για το 2016, ο μέσος όρος νοσοκομειακών κλινών τείνει να συγκεντρώνεται προς τις αστικές περιοχές, με αποτέλεσμα τη μη ικανοποίηση αναγκών των αγροτικών περιοχών σε πολύ υψηλότερο βαθμό από ότι στις αστικές περιοχές.

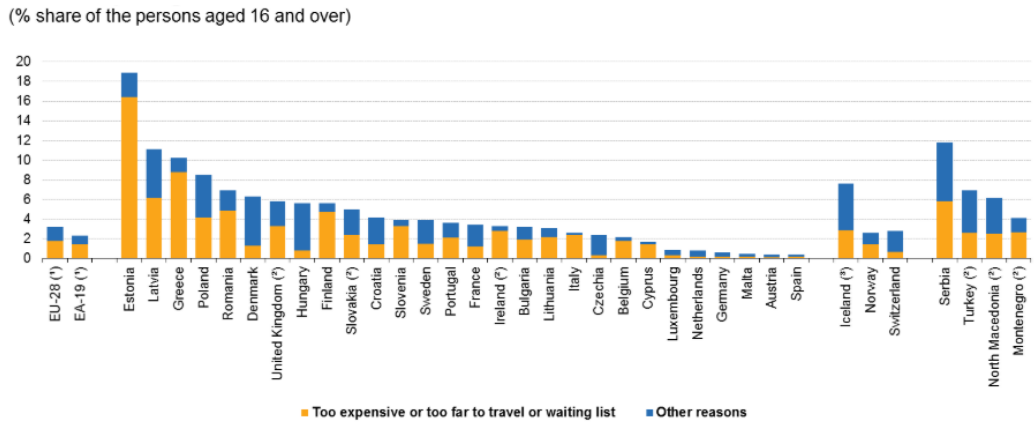
Διάγραμμα 3: Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους, 2016



Πηγή: Eurostat

Σύμφωνα με την ίδια πηγή, το 2017 το ποσοστό των ατόμων με ανικανοποίητες ανάγκες για άτομα σε αστικές περιοχές ανέρχεται περίπου στο 8% ενώ το αντίστοιχο για αγροτικές περιοχές ανέρχεται κατά προσέγγιση στο 12% ενώ για το 2018 το 10,2% των πολιτών ηλικίας 16 και άνω αναφέρει ανικανοποίητες ανάγκες κυρίως λόγω κόστους, απόστασης ή μεγάλης αναμονής.

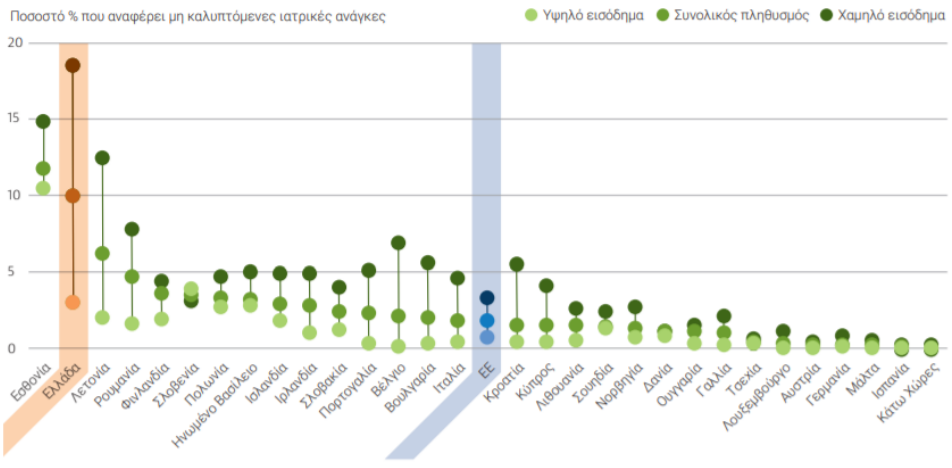
Διάγραμμα 4: Άτομα με ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, 2018



Πηγή: Eurostat

Πέρα από τα παραπάνω η Ελλάδα κατέχει υψηλή θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης όσον αφορά την παρεμπόδιση της πρόσβασης λόγω οικονομικής κατάστασης με αποτέλεσμα μεγάλες διαφορές στη πρόσβαση λόγω εισοδήματος και δημιουργία μεγάλων κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (Mitropoulos et al, 2018).

Διάγραμμα 5: Επίπεδα μη καλυπτόμενων αναγκών και ανισότητας αναφορικά με πρόσβαση σε περίθαλψη



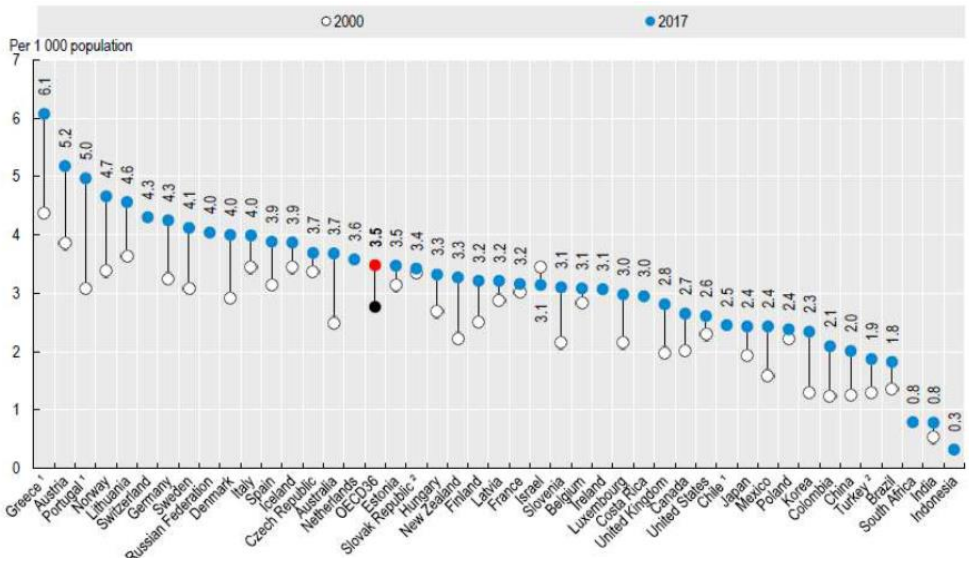
Πηγή: ΟΟΣΑ, Προφίλ Υγείας 2019

Οι γεωγραφικές ανισότητες, η άνιση κατανομή πόρων και η έλλειψη συντονισμού οδηγούν σε μια διαρκή και ελλιπή εξυπηρέτηση της επαρχίας, γεγονός που αποτελεί

μόνιμο πρόβλημα και δεν φαίνεται να αλλάζει με αποτέλεσμα να αναφέρεται υψηλός βαθμός ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών από τη πλειοψηφία των πολιτών αναιρώντας την ισότητα στη πρόσβαση.

Άλλη μια ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι η ανισορροπία στην προσφορά του εργατικού δυναμικού υγείας, με υπερπροσφορά σε ιατρούς καθώς σύμφωνα με στοιχεία του 2017, η Ελλάδα κατέγραψε τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, σε 6.1 ανά 1.000 κατοίκους.

Διάγραμμα 6: Ιατροί ανά 1.000 κατοίκους, 2000 και 2017

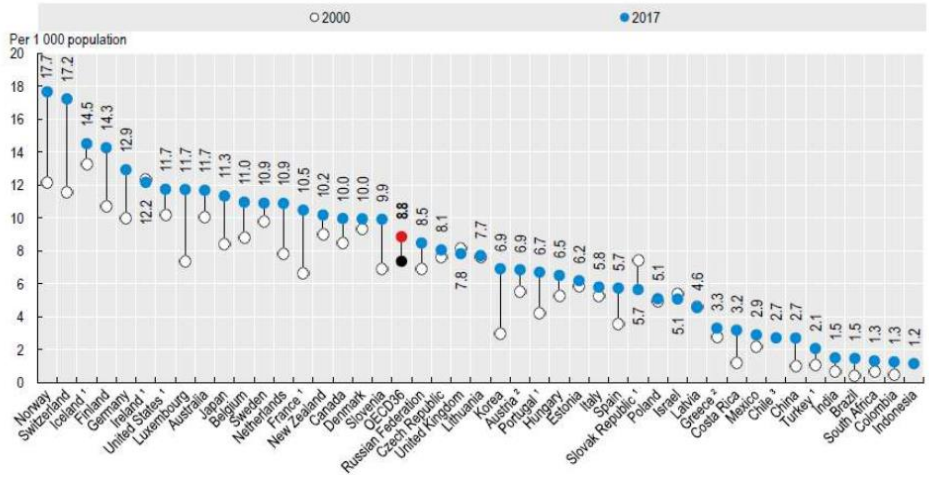


Πηγή: ΟΟΣΑ, Health at a glance,2019

Επιπλέον, η αναλογία των γενικών ιατρών είναι μόλις 1 στους 16 ιατρούς στην Ελλάδα, έναντι 1 στους 4 κατά μέσο όρο στην ΕΕ, γεγονός που εμποδίζει και την οργάνωση ολοκληρωμένου πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας και προώθησης του θεσμού του gatekeeping (ΟΟΣΑ, 2019).

Εν αντιθέσει με το υψηλό ποσοστό ιατρών η αντίστοιχη αναλογία για τους νοσηλευτές κυμαίνεται στους 3,3 ανά 1.000 κατοίκους, ένα από τα χαμηλότερα ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ (με μ.ό. 8,8) και της ΕΕ-28 (με μ.ό. 8,4), καθορίζοντας έτσι και την αναλογία ιατρών νοσηλευτών σε χαμηλό επίπεδο και επηρεάζοντας αρνητικά τη ποιοτική και επαρκή παροχή φροντίδας υγείας (Mitropoulos et al, 2018).

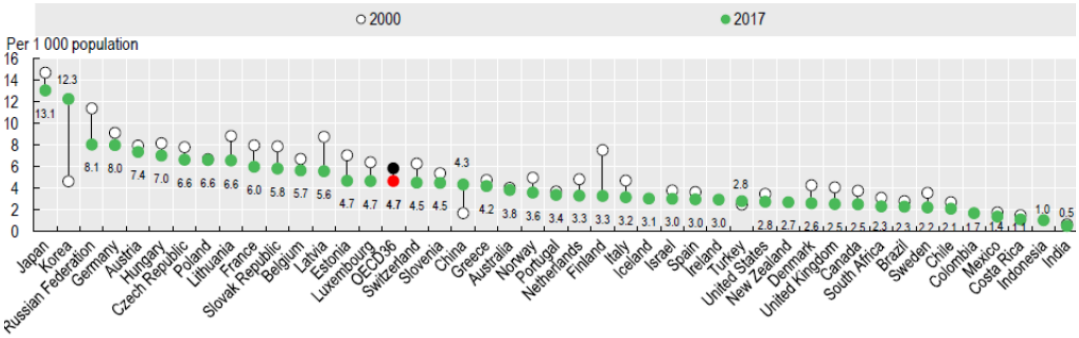
Διάγραμμα 7: Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, 2000 και 2017



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health at a Glance,2019

Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας και η επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτυπώνεται μέσω ορισμένων δεικτών όπως αριθμός κλινών και πιο συγκεκριμένα για την Ελλάδα το 2017 υπήρχαν 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, ποσοστό χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (5,0) καθώς και του ΟΟΣΑ (4.7) όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα.

Διάγραμμα 8: Αριθμός κλινών, 2000 και 2017

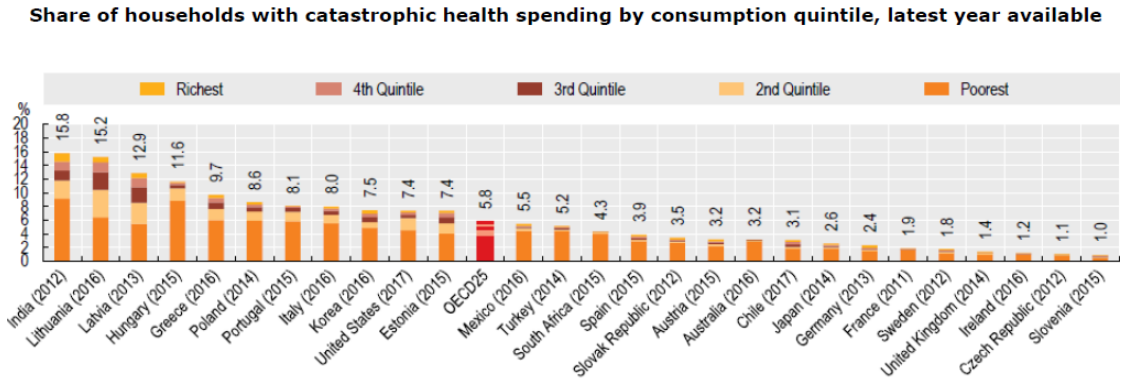


Πηγή*:* ΟΟΣΑ, Health at a glance,2019

Η υποστελέχωση των νοσοκομείων και δημόσιων δομών υγείας τόσο σε υλικούς όσο και σε ανθρώπινους πόρους που εντοπίζεται στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, δημιουργούν λειτουργικά προβλήματα και ανεπαρκή εξυπηρέτηση ασθενών οι οποίοι καλούνται να καλύψουν διαφορετικά τις ανάγκες τους.

Επομένως αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν η στροφή των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα για μια καλύτερη εξυπηρέτηση με τις ιδιωτικές δαπάνες να αποτελούν πλέον ένα μεγάλο ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα , στην Ελλάδα το 2017 μόνο το 61 % των δαπανών προέρχεται από δημόσιες πηγές, ενώ το 35% από άμεσες ιδιωτικές δαπάνες (ποσοστό διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ), κατατάσσοντας την Ελλάδα στην τέταρτη θέση με το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στην ΕΕ. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (πάνω από ένα τέταρτο) αφορά τις άτυπες πληρωμές, με τις καταστροφικές δαπάνες σε υψηλά επίπεδα για την Ελλάδα και να επηρεάζουν τα φτωχότερα κυρίως νοικοκυριά όπως φαίνεται και από το διάγραμμα του ΟΟΣΑ, υπονομεύοντας την πρόσβαση, την οικονομική προστασία και την ισότητα (Economou et al, 2004).

Διάγραμμα 9: Μερίδιο των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες για την υγεία



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health at a Glance 2019

Η κατάσταση αυτή συνέβαλε όπως ήταν επόμενο, στην ανάπτυξη παραοικονομίας, της ιδιοτέλειας, της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, της αμφισβήτησης της ιατρικής ηθικής και απαξίωσης του συστήματος υγείας από τους πολίτες (Souliotis et al, 2015).

Ο υψηλός επιμερισμός του κόστους από μεριάς των πολιτών εγείρει σημαντικά ερωτήματα ως προς την πρόσβαση και ισότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και της επάρκειας παροχής φροντίδας υγείας, καθώς σύμφωνα με τη Eurostat για το έτος 2017 η Ελλάδα είχε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο αυτοναναφερόμενων μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης στην ΕΕ.

Κεφαλαιο 2ο – Χρηματοδότηση

2.1 Εισαγωγή

Η εξεύρεση πόρων για τη χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων και δη σε καιρούς οικονομικής δυσχέρειας και στενότητας πόρων αποτελεί μια δύσκολη με καθοριστική σημασία διαδικασία για την λειτουργία και βιωσιμότητα των υγειονομικών συστημάτων καθώς αποτελεί την κινητήριο δύναμη τους (Δημογέροντας κ.α, 2017).

Συνολικά υπάρχουν τρεις τρόποι χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας και είναι οι εξής:

- ✓ Φορολογία
- ✓ Κοινωνική Ασφάλιση
- ✓ Ιδιωτικές Πληρωμές

Η παραπάνω σειρά δεν είναι τυχαία καθώς είναι η ενδεδειγμένη φθίνουσα σειρά που θα πρέπει να χαρακτηρίζει ένα σύστημα χρηματοδότησης με βάση το βαθμό προοδευτικότητας, με τη φορολογία να αποτελεί την πιο προοδευτική μέθοδο χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (με την προϋπόθεση πως στηρίζεται στην προοδευτικότητα της άμεσης φορολογίας) και τις ιδιωτικές πληρωμές την πιο οπισθοδρομική μορφή, καθώς επιβαρύνουν δυσανάλογα τις πιο ευάλωτες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και οξύνουν τις διανεμητικές ανισότητες (Economou et al, 2004).

Η επιλογή και οργάνωση του τρόπου χρηματοδότησης βρίσκεται σε άρρηκτη συσχέτιση με την διαμόρφωση και την εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος καθώς και των παραγόντων (κοινωνικών, οικονομικών κλπ.) που τυχών τις επηρεάζουν, αφού αποτελούν κοινές συνιστώσες του ιδίου σκοπού· την παροχή ποιοτικής, ισότιμης και απρόσκοπτης φροντίδας υγείας.

Οποιαδήποτε μορφή χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων θα πρέπει να διέπεται από τις εξής αρχές:

- ✓ την αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας

σύμφωνα με την οποία επιτρέπεται η διάθεση ποσού (εθνικό εισόδημα) μέχρι το σημείο που αυξάνεται αναλόγως η βελτίωση του επιπέδου υγείας και όχι πέραν αυτού, όπου και η χρησιμότητα αρχίζει να φθίνει (Γκέντζης, 2017).

- ✓ την αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας

η οποία υποστηρίζει πως η κατανομή των πόρων για την υγεία πρέπει να οδηγεί στο μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα με συγκεκριμένο κόστος ή σε δεδομένο αποτέλεσμα με το μικρότερο δυνατό κόστος

- ✓ την αρχή της ισότητας

με ισότιμη επιβάρυνση και κατανομή οικονομικών βαρών αναλόγως τις δυνατότητες και το εισόδημα των πολιτών (Ντάλλη, 2009).

Οι παραπάνω αρχές έρχονται ταυτόχρονα να εξασφαλίσουν και τους στόχους των συστημάτων χρηματοδότησης μερικοί από τους οποίους είναι η δικαιοσύνη στην εξεύρεση και κατανομή πόρων, η ισότιμη κατανομή οικονομικών βάσεων, η καθολική κάλυψη, η προστασία από τον οικονομικό κίνδυνο λόγω ασθένειας, η προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών αναλόγως των αναγκών καθώς και η λογοδοσία του συστήματος (Καρατζά, 2018).

Τόσο η αρχή της ισότητας όσο και η προοδευτικότητα των τρόπων χρηματοδότησης που αναφέρθηκε παραπάνω επηρεάζουν άμεσα τη δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση, καθώς καθορίζουν το βαθμό συμμετοχής και ανακατανομής του κόστους στους οικονομικά ασθενέστερους. Η ισότιμη συμμετοχή από τα νοικοκυριά (κάθετη ισότητα), η αποφυγή καταστροφικών δαπανών και η προοδευτικότητα συμμετοχής στις πληρωμές συντελούν βασικές προϋποθέσεις ύπαρξης δικαιοσύνης σε ένα σύστημα χρηματοδότησης (Economou et al, 2004).

Προκείμενου να επιτευχθεί λοιπόν η ισότητα πολλές χώρες της Νότιας Ευρώπης προέβησαν τις προηγούμενες δεκαετίες σε μεταρρυθμίσεις στα υγειονομικά τους συστήματα, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας με τη σύσταση τη δεκαετία του ‘80 του ΕΣΥ, προς αύξηση του ποσοστού δημόσιας χρηματοδότησης και αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο η χρηματοδότηση αποτελούσε ένα από τα αδύναμα σημεία από την αρχή της ύπαρξής του με ασάφειες στο τρόπο χρηματοδότησης και οικονομικής συμβολής μεταξύ των μεθόδων χρηματοδότησης, γεγονός που αντανακλάται στην ανακολουθία και μη προοδευτικότητα που χαρακτηρίζει το συλλογικό τρόπο χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας (Liaropoulos, Tragakes, 1998).

2.2 Χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτούνται σχεδόν ισότιμα από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές, με τις πρώτες να αποτελούνται από

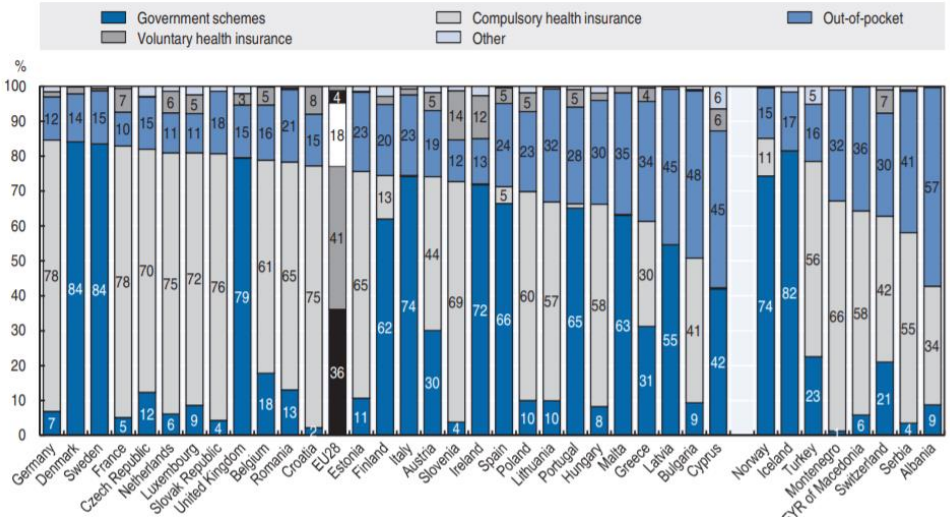
- το κρατικό προϋπολογισμό, με έσοδα από τη γενική φορολογία (άμεση και έμμεση)
- τη κοινωνική ασφάλιση με τα ταμεία ασφάλισης και με έσοδα από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων

και τις δεύτερες να αποτελούν ιδιωτικές δαπάνες βασισμένες στο ατομικό και οικογενειακό εισόδημα και σε μικρότερο ποσοστό την ιδιωτική ασφάλιση (Ρεκλείτη κ.α., 2012).

Η συνεισφορά των παραπάνω τρόπων χρηματοδότησης ποικίλει και έχει διαφοροποιηθεί με το πέρας του χρόνου, με γενική τάση όμως τη διαχρονική μείωση της κρατικής χρηματοδότησης και αύξηση της ιδιωτικής, με αποτέλεσμα η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας να έχει μειωθεί στο ήμισυ κατά τα έτη 2010-2016 (λόγω και του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής που είχε υποστεί η χώρα) και τη μετατόπιση του κόστους χρηματοδότησης στις ιδιωτικές πληρωμές (Κουκουλάκη, 2019).

Η Ελλάδα κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικών πληρωμών για υγεία και ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δημοσίων (4,7% ΑΕΠ για το 2015 σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ), γεγονός που συντελέστηκε από την αρχή της οικονομικής κρίσης σε μια προσπάθεια μείωσης των δαπανών της κυβέρνησης. Αποτέλεσμα είναι η σχεδόν ισότιμη συμμετοχή των προαναφερθέντων πηγών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, όπως φαίνεται από το παρακάτω διάγραμμα του ΟΟΣΑ.

Διάγραμμα 10: Δαπάνες για την υγεία ανά είδος χρηματοδότησης, 2016



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health at a Glance 2019

Η πραγματικότητα αυτή οδήγησε αναπόφευκτα σε όξυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, σε φαινόμενα διαφθοράς και παραοικονομίας με χαμηλή αποτελεσματικότητα, προσβασιμότητα και ικανοποίηση ασθενών.

Παρακάτω θα εξεταστούν μια προς μια οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της Ελλάδας για να κατανοηθεί καλύτερα ο ρόλος της καθεμίας από αυτές στη διαμόρφωσή του.

2.2.1 Κρατικός προϋπολογισμός

Η κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας είναι αναγκαία λόγω της ιδιάζουσας φύσης του παρεχόμενου αγαθού και της αποτυχίας των μηχανισμών της αγοράς να επιφέρουν την επιθυμητή ισορροπία, εξασφαλίζοντας κατ' αυτό το τρόπο την ομαλή λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων και της προστασίας των πολιτών έναντι κοινωνικοοικονομικών κινδύνων (Καρατζά, 2018).

Σκοπός της σύστασης του ΕΣΥ όπως έχει ήδη αναφερθεί υπήρξε η προαγωγή της ισότητας και εξασφάλισης πρόσβασης του συνολικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας με τον εξής τρόπο:

Αύξηση των δημόσιων παρεχόμενων υπηρεσιών οι οποίες θα χρηματοδοτούνταν ολοένα και περισσότερο από το κρατικό προϋπολογισμό προς περιορισμό

χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας από την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές.

Ενώ η αρχική ιδέα ενθουσίασε, στην πορεία αποδείχτηκε ουτοπική και πολλά υποσχόμενη καθώς η χρηματοδότηση μέσω γενικής κυβέρνησης παρουσιάζει ολοένα και μεγαλύτερη μείωση στη χρηματοδότηση του ΕΣΥ. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η εξέλιξη της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης μέσω κυβερνητικών και υποχρεωτικών συστημάτων και σημειώνεται πως με την πάροδο των ετών παρατηρείται μειωμένη συνεισφορά του συγκεκριμένου τύπου χρηματοδότησης ενώ κατά τα έτη 2009-2017 έχει καταγραφεί μείωση της τάξης του -61% (Μπακόλα και συν., 2018).

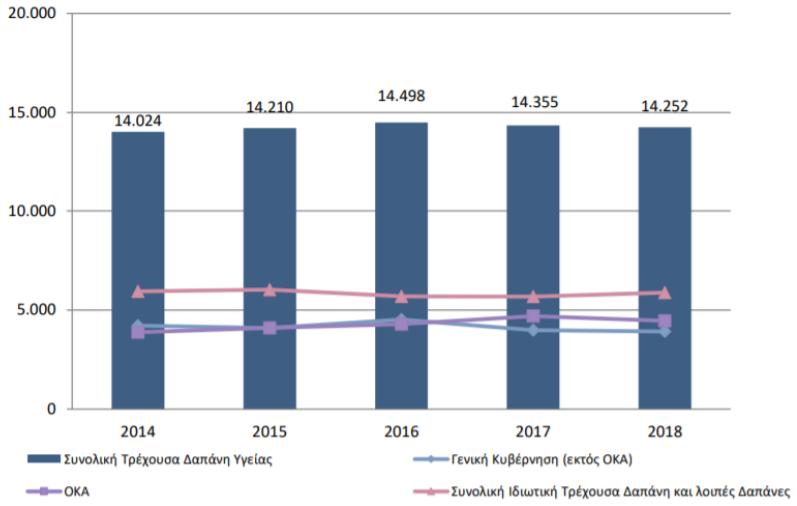
Πίνακας 2: Δαπάνες υγείας από κυβερνητικά και υποχρεωτικά συστήματα

TIME / GEO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
European Union - 27 countrie	:	:	:	:	:	:	920,200.58	947,112.87	990,332.65	:
European Union - 28 countrie	:	:	:	:	:	:	1,097,591.76	1,147,962.12	1,175,610.45	:
European Union - 27 countrie	:	:	:	:	:	:	1,095,180.53	1,145,460.20	1,172,983.22	:
European Union - 15 countrie	:	:	:	:	:	:	1,043,457.05	1,091,780.22	1,117,223.55	1,137,671.17
Euro area - 19 countries (fror	:	:	:	:	:	:	813,849.78	837,418.41	877,217.99	903,737.05
Euro area - 18 countries (201	:	:	:	:	:	:	812,319.14	835,791.02	875,498.93	901,925.22
Euro area - 12 countries (200	:	:	:	:	:	:	803,118.70	826,233.29	865,390.80	891,526.66
Belgium	25,513.29	27,502.09	28,320.33	29,811.80	31,082.22	31,586.63	32,536.65	32,796.17	33,743.07	35,073.13
Bulgaria	:	:	:	1,601.04	1,624.92	1,701.82	1,929.87	1,897.83	2,010.56	2,178.20
Czechia	:	:	:	:	:	10,296.20	9,913.58	10,050.99	10,337.18	11,381.55
Denmark	:	:	21,076.18	21,043.06	21,895.41	22,171.68	22,758.57	23,505.60	24,160.16	24,869.14
Germany (until 1990 former t	195,868.00	228,999.00	236,842.00	241,162.00	246,888.00	258,750.00	271,098.00	284,220.00	296,221.00	310,959.00
Estonia	731.41	720.72	711.45	744.27	801.14	860.23	928.65	997.32	1,066.86	1,134.93
Ireland	:	:	:	13,233.25	13,488.38	13,173.25	13,386.68	13,867.57	14,620.71	15,487.25
Greece	:	15,412.18	14,920.86	12,425.33	11,286.51	9,445.84	8,267.01	8,312.21	8,923.75	8,815.84
Spain	68,127.47	73,081.21	72,812.07	71,666.98	68,084.79	65,694.76	65,926.69	70,141.60	71,352.02	73,079.63
France	160,392.08	167,535.91	171,208.47	175,445.55	179,992.42	184,791.20	190,677.01	193,177.78	213,018.50	216,482.20
Croatia	:	:	:	:	:	2,423.09	2,411.23	2,501.92	2,627.23	2,745.01
Italy	:	:	:	:	110,001.00	109,254.00	110,556.00	110,762.00	111,988.00	112,845.00
Cyprus	:	:	583.70	610.98	590.54	576.04	521.62	511.64	528.96	559.67
Latvia	:	:	:	:	:	739.80	770.23	814.60	869.34	922.85
Lithuania	1,464.46	1,435.62	1,369.99	1,442.45	1,411.66	1,422.06	1,530.64	1,627.39	1,719.06	1,811.83
Luxembourg	:	:	:	2,193.88	2,403.20	2,200.03	2,315.13	2,371.81	2,449.36	2,546.90
Hungary	5,291.72	4,669.12	4,987.04	5,084.01	4,868.47	4,929.62	5,024.34	5,271.48	5,532.26	5,906.27
Malta	:	:	:	:	:	:	487.53	538.74	595.69	666.10
Netherlands	49.636.76	51.936.88	54.119.77	55.016.02	56.506.16	56.722.06	57.537.63	57.972.47	59.223.53	60.710.19

Πηγή: Eurostat

Επομένως αυτή η μορφή χρηματοδότησης αποτυγχάνει να εκπληρώσει τον αρχικά επιδιωκόμενο στόχο της κυριαρχίας της κρατικής χρηματοδότησης έναντι των υπολοίπων, με αποτέλεσμα όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα της ΕΛ.ΣΤΑΤ, η χρηματοδότηση να διαφοροποιείται σημαντικά από την αρχική επιδίωξη και με το μεγαλύτερο ποσοστό των εσόδων να προέρχονται πλέον από ιδιωτικές δαπάνες, δευτερευόντως από την κοινωνική ασφάλιση και τέλος από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Διάγραμμα 11: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας για τα έτη 2014-2018 (σε εκατ. Ευρώ)



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ

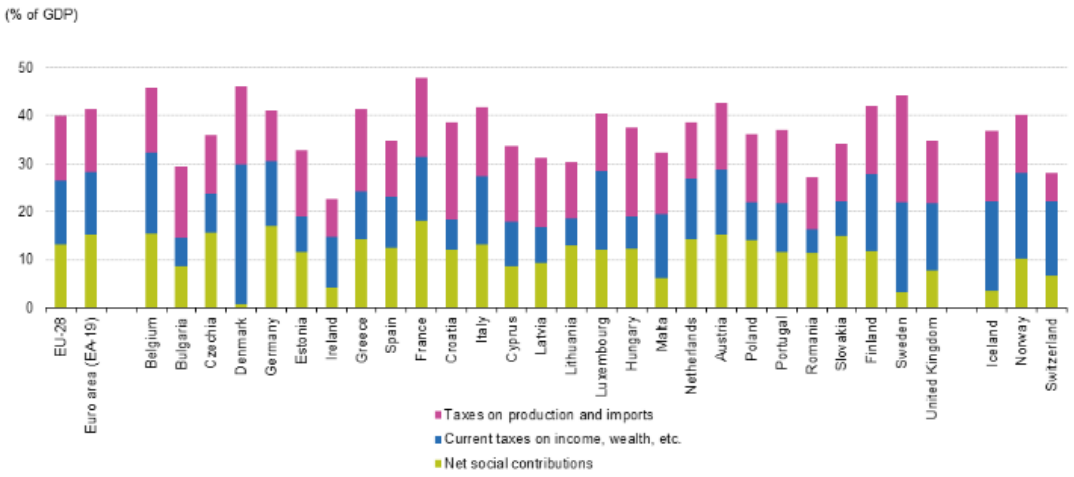
Έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού αποτελούν η γενική φορολογία φυσικών και νομικών προσώπων - άμεση και έμμεση - καθώς και η ειδική φορολογία προϊόντων και προσώπων/επιχειρήσεων αναλόγως το εισόδημα τους, τα οποία συλλεγεί το κράτος και τα διανέμει στα υπουργεία αναλόγως των αναγκών (Δαργάκη και Κολοβρέχτη, 2015).

Εδώ να αναφερθούν ακόμη δυο ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της Ελλάδας ως προς το φορολογικό της σύστημα, τα οποία αποτελούν

- η «άδική φορολογία» της καθώς κύρια πηγή εσόδων της είναι η έμμεση φορολογία και όχι η άμεση όπως ισχύει σε άλλες χώρες της ΕΕ· και αυτό διότι θεωρείται λιγότερη «ορατή» στους πολίτες από ότι η άμεση (με το δείκτη εμμέσων προς αμέσων φόρων >1) κατανέμοντας άνισα τα φορολογικά βάρη στις κοινωνικές τάξεις και επιβαρύνοντας τα ασθενέστερα στρώματα. Επομένως οι ανισότητες και οι διακρίσεις υφίστανται από πολύ νωρίς, στη βάση της πυραμίδας του συστήματος κρατικής χρηματοδότησης
- οι περιορισμένες εισφορές από την άμεση φορολογία οι οποίες δεν επαρκούν για τη κάλυψη των αναγκών και αποτελούν μικρό ποσοστό των δημόσιων δαπανών για υγεία. Αυτό συμβαίνει λόγω φοροδιαφυγής και παραοικονομίας που παρατηρείται με αποτέλεσμα ανεπαρκείς πόροι, αδυναμία αναδιανομής εισοδήματος και επίτευξης αποδοτικότητας (Κότιος και συν., 2012).

Όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα η Ελλάδα στηρίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι ο μέσος όρος των χωρών της ΕΕ στην έμμεση φορολογία προϊόντων και λιγότερο σε φόρους αναλόγως το εισόδημα και το πλούτο.

Διάγραμμα 12: Κύριες κατηγορίες φόρων και κοινωνικών εισφορών, 2018

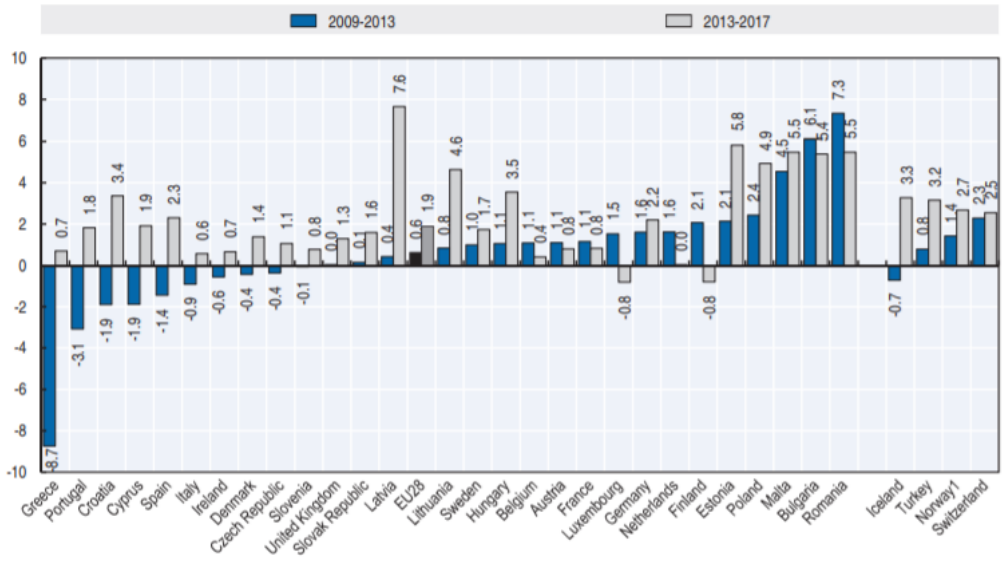


Πηγή: Eurostat

Η Ελλάδα με την οικονομική κρίση και την υπογραφή Μνημονίων κλήθηκε να περιορίσει τις δαπάνες της και το πρώτα 'θύμα' ήταν ο τομέας της υγείας, ο οποίος δέχτηκε περικοπή στις ήδη περιορισμένες δαπάνες του, καθώς διαχρονικά η χώρα μας κατείχε χαμηλό ποσοστό δαπανών για υγεία συγκριτικά με άλλες χώρες τις Ευρώπης.

Αποτέλεσμα της παραπάνω κατάστασης ήταν μια σημαντική μείωση του ετήσιου ρυθμού αύξησης των κατά κεφαλή τρεχουσών δαπανών υγείας, η μεγαλύτερη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα του, που σε συνδυασμό με τις διαρκείς μειώσεις στη δημόσια χρηματοδότηση (50% λιγότερη το 2015 σε σχέση με το 2009) μείωσαν σημαντικά το λόγο των δαπανών για υγεία προς ΑΕΠ (Μπακόλα και συν., 2018).

Διάγραμμα 13: Ετήσιος μέσος ρυθμός αύξησης στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (σε πραγματικούς όρους), 2009-2017



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health at a Glance, 2018

Αυτός ήταν και ο επιδιωκόμενος στόχος των μέτρων λιτότητας, εν απουσία όμως ενός σωστά οργανωμένου σχεδίου μεταρρύθμισης που θα επέτρεπε στο σύστημα υγείας να ανταποκριθεί καλύτερα στις αυξημένες ανάγκες, καθώς με αυτό το τρόπο αφέθηκε εκτεθειμένο με περιορισμένους πόρους και ανεπαρκή χρηματοδότηση, ανήμπορο να ανταπεξέλθει στην αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών του (Tyrovolas et al, 2018).

Όπως είναι λογικό και επόμενο η υποχρηματοδότηση επηρεάζει άρρηκτα την αποτελεσματικότητα, επάρκεια και ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών παροχής φροντίδας, γεγονός που αντανακλάται και διαπιστώνεται μέσω δεικτών όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) που κατά τα επόμενα έτη της έναρξης της κρίσης και της περικοπής των δαπανών, σύμφωνα με βιβλιογραφία του 2016 και με βάση δεικτών του esy.net, σημείωσε μείωση κατά 3,02%. (Καστανιώτη και Πολύζος, 2016)

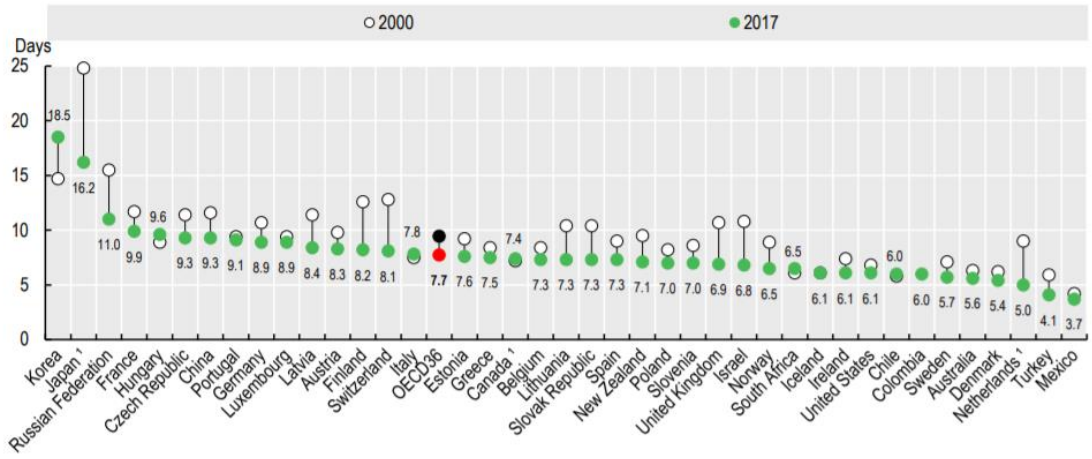
Πίνακας 3: Μέση διάρκεια νοσηλείας ανά μέγεθος νοσοκομείων 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
<100	4,76	4,1124	4,1604	4,0621
101–250	3,8011	3,9999	4,0427	3,8144
251–400	4,5058	3,8065	3,8097	3,4087
>400	4,8863	4,4704	4,0658	4,0947

Πηγή: ESY.net

Όμως παράλληλα αυξήθηκε κατά 5,02% ο ρυθμός εισροής ασθενών καθώς και η πληρότητα των κλινών με το μέσο ποσοστό πληρότητας να αυξάνεται κατά 14,1% και τα μεσαία νοσοκομεία (251– 400 κλινών), να αγγίζουν ποσοστό πληρότητας έως και 80% ενώ το μέσο κόστος ανά ασθενή μειώθηκε κατά 13,59% (Καστανιώτη και Πολύζος, 2016). Πιο πρόσφατα δεδομένα του ΟΟΣΑ αποδεικνύουν πως ακόμη και μέχρι το έτος 2017 συνεχίστηκε η καθοδική πορεία της ΜΔΝ.

Διάγραμμα 14: Μέση διάρκεια νοσηλείας, 2000-2017



Πηγή: ΟΟΣΑ

Συμπερασματικά η επιθυμητή μείωση του συνόλου των δαπανών επιτεύχθηκε και ίσως υποδηλώνουν και μια πρόοδο αναφορικά με την οικονομική αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων, εν τούτοις σημαντικοί παράμετροι αυτής της κατάστασης που πρέπει να συνυπολογιστούν είναι η υπονόμευση της ποιότητας προς χάριν της οικονομίας, θυσιάζοντας την αποτελεσματική παροχή φροντίδας στους ασθενείς.

2.2.2 Κοινωνική ασφάλιση

Η ασφάλιση προήλθε από τη πρόδηλη ανάγκη του ανθρώπου να αντιμετωπίσει το φόβο και την ανασφάλεια σε περίπτωση ασθένειας καθώς ένα τέτοιο γεγονός συνεπάγεται αυξημένο κόστος και οικονομική επιβάρυνση του ατόμου ή της οικογένειας.

Το ρόλο αυτό ανέλαβε η κοινωνική ασφάλιση και από τις πρώτες απόπειρες οργάνωσής τους στον ελλαδικό χώρο αποτέλεσαν η ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου το 1836, το 1861 η ασφάλιση δημόσιων υπάλληλων, το 1922 η υποχρεωτική κάλυψη μισθωτών και ο πιο σημαντικός σταθμός το 1934 με την ίδρυση ΙΚΑ και την ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων.

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας ή τη πρώτη μεταξύ των δημόσιων. Σκοπός της είναι η παροχή ενιαίων παροχών υγείας και πηγές εσόδων της αποτελούν:

- οι εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων
- οι εισφορές αυτοαπασχολούμενων
- ειδικές εισφορές προσώπων και επιχειρήσεων αναλόγως το ύψος των εισοδημάτων τους
- καθώς και ο κρατικός προϋπολογισμός (Σουλιώτης, 2000).

Η κάλυψη μέσω κοινωνικής ασφάλισης είναι από τη νομοθεσία υποχρεωτικού χαρακτήρα και καθολικού εύρους και ο τρόπος καθορισμού του ποσού των εισφορών διαφέρει καθώς υπολογίζεται με βάση το εισόδημα και την ικανότητα πληρωμής και όχι με την πιθανότητα ασθένειας, καλλιεργώντας αίσθημα ασφάλειας από οικονομικούς κινδύνους. Μέσω της κοινωνικής ασφάλισης συντελείται προσπάθεια αναδιανομής του κεφαλαίου προάγοντας παράλληλα τις κοινωνικές αξίες της δικαιοσύνης, της συλλογικότητας και της αλληλεγγύης (Μαλαβάζος κ.α, 2019).

Αναφορικά με τις εισροές που καταβάλλονται από κοινού μέσω εργοδοτών και εργαζομένων, το ποσοστό συνεισφοράς τους ποικίλλει και η μεταξύ τους αναλογία είναι προκαθορισμένη, πλην ορισμένων κατηγοριών όπως πχ ένα εργατικό ατύχημα, όπου το οικονομικό βάρος το επωμίζονται εξ' ολοκλήρου οι πρώτοι. Το ίδιο ισχύει και για τους αυτοαπασχολούμενους όπου οι εισφορές βαραίνουν τους ίδιους.

Ο λόγος συνεισφοράς των εργαζομένων έγκειται στο γεγονός πως επωφελούνται από την ασφάλιση και τη προστασία που προκύπτει τόσο οι ίδιοι όσο και το άμεσο

συγγενικό τους περιβάλλον. Επιπλέον η συμμετοχή στο κόστος έστω και έμμεσα έχει αποδειχτεί πως καθιστά τον ασθενή πιο ορθολογικό στη χρήση υπηρεσιών (Ρεκλείτη και συν., 2012).

Οι εργοδότες μέσω της παροχής κοινωνικής ασφάλισης στους εργαζομένους τους εξυπηρετούν το συμφέρον τους καθώς με το να αποδεικνύουν το ενδιαφέρον τους για την εξασφάλιση του προσωπικού τους, καλλιεργείται στους εργαζόμενους το αίσθημα ασφάλειας και ικανοποίησης άρα και συντελείται και αύξηση της παραγωγικότητας τους. Να αναφερθεί επιπλέον πως το κόστος συμμετοχής του εργοδότη δεν τον επιβαρύνεται άμεσα και εξ ολοκλήρου, καθώς εξασφαλίζεται μέσω παρακράτησης του μισθού των εργαζομένων, (το οποίο αποδίδεται υπέρ τους στα ασφαλιστικά ταμεία) ή μέσω αυξημένης τιμής των προϊόντων τους, μετακυλώντας εν μέρει το κόστος στον ίδιο τον εργαζόμενο και το καταναλωτή (Κουκουλάκη, 2019).

Τέλος η συμμετοχή των κρατικών πόρων στη κοινωνική ασφάλιση έχει τριπλή σκοπιμότητα. Αρχικά αποτελεί καθήκον και υποχρέωση του κράτους η κάλυψη των πολιτών του στον τομέα της υγείας και της εργασίας εξασφαλίζοντας και στις δυο περιπτώσεις τις καλύτερες δυνατές συνθήκες και ποιότητα, πέραν τούτου όμως αποτελεί και μια διέξοδο ώστε να μπορεί να έχει ενεργό ρόλο σε αυτή και να παρεμβαίνει ελεύθερα στη λειτουργία και την άσκηση πολίτικης. Επίσης η κρατική χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης απορρέει πολλές φορές και από την αδυναμία της τελευταίας να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της προς τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα κατά τα προηγούμενα έτη, καλύπτοντας τα όποια οικονομικά κενά έχουν προκύψει (Γκέντζης, 2017).

Η κατάσταση αυτή υπήρξε ιδιαίτερα έντονη κατά τις προηγούμενες δεκαετίες με την ύπαρξη πολλαπλών ασφαλιστικών ταμείων (περίπου 35 μέχρι τα τέλη της πρώτης δεκαετίας του 2000), με τα κυριότερα εξ αυτών το ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΟΑΕΕ τα οποία κάλυπταν το 92% του ελληνικού πληθυσμού. Όμως τα παραπάνω ταμεία παρουσίαζαν ολοένα και μεγαλύτερα ελλείματα στα ταμεία τους (περίπου 2 δις για το 2009), τα οποία οφείλονταν κυρίως στους εξής παράγοντες:

- Δημογραφική αλλαγή (αύξηση συνταξιούχων) και επομένως
- Μειωμένο εργατικό το οποίο μειώθηκε περαιτέρω με την εμφάνιση οικονομικής κρίσης το 2009 λόγω ανεργίας
- Μειωμένες εισφορές για τα εν λόγω ταμεία

- Επέκταση κοινωνικής ασφάλισης
- Υποχρηματοδότησή τους από το κράτος με αποτέλεσμα μη αποδοτικότητα και ικανοποίηση ασφαλισμένων (Ντάλλη, 2009).

Η αναποτελεσματικότητα της κοινωνικής ασφάλισης να ανταπεξέλθει στις οικονομικές απαιτήσεις της δημιούργησε την ανάγκη αναθεώρησης και μεταρρύθμισης προς έναν ενιαίο πάροχο υπηρεσιών υγείας. Έτσι αρχές της προηγούμενης δεκαετίας, εν έτει 2012 ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ή αλλιώς ΕΟΠΥΥ.

Η δημιουργία του προέκυψε λόγω διαφοροποιήσεων μεταξύ των ταμείων στην κάλυψη. Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων που συντελέστηκε είχε ως σκοπό τη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από έναν ενιαίο εθνικό φορέα, το συντονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τη δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Σήμερα αποτελεί το μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Η κοινωνική ασφάλιση δημιουργούσε πολλά κενά στη χρηματοδότηση των προμηθευτών υγείας λόγω ελλειμάτων που παρουσίαζαν ακόμα και τα μεγαλύτερα ταμεία της (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) και η μεταρρύθμιση αυτή αποτελούσε πλέον αναγκαιότητα για τη βιωσιμότητα τόσο της κοινωνικής ασφάλισης όσο και των δημόσιων φορέων παροχής υγείας (Μπακόλα και συν., 2018).

Εν κατακλείδι η δημόσια χρηματοδότηση, η οποία απαρτίζεται από το κρατικό προϋπολογισμό και τη κοινωνική ασφάλιση, αποτυγχάνει να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες των Ελλήνων πολιτών με αποτέλεσμα αυτή η αδυναμία να στρέφει τον ασθενή στον ιδιωτικό τομέα και την αύξηση της ιδιωτικής χρηματοδότησης του συστήματος.

2.2.3 Ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης

Τελευταία, αλλά εξίσου σημαντική με τη δημόσια, πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι ιδιωτικές δαπάνες, με το 2016 η ιδιωτική χρηματοδότηση να ανέρχεται μέχρι και το 40,9% (έναντι 21% που είναι ο μ.ό. στην ΕΕ).

Ιδιωτικές ονομάζονται οι δαπάνες που προέρχονται από

- το διαθέσιμο εισόδημα, ατομικό και οικογενειακό και επιβαρύνουν άμεσα το πολίτη.

Πρόκειται για μια μορφή χρηματοδότησης με την λιγότερη ισοτιμία καθώς δυσχεραίνεται η πρόσβαση των πολιτών στη φροντίδα λόγω οικονομικού αποκλεισμού που προκύπτει και δημιουργούνται κατά αυτό τρόπο ανισότητες. Εν ολίγοις δεν προάγει σε κανένα βαθμό τη κοινωνική αλληλεγγύη (Ντάλλη, 2009).

- την ιδιωτική ασφάλιση

που είναι προαιρετικού χαρακτήρα και σε μικρό ποσοστό για την Ελλάδα (~12% του πληθυσμού συμφώνα με τον ΟΟΣΑ για το 2016) και λειτουργεί συνήθως συμπληρωματικά της κοινωνικής ασφάλισης. Απευθύνεται συνήθως σε άτομα υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και απαιτεί τη καταβολή ασφαλίστρων προκειμένου η ιδιωτική ασφάλεια να καλύψει τη φροντίδα υγείας του ασθενή και τέλος

- εξωτερική βοήθεια

με τη μορφή δωρεών από ιδιώτες ή φιλανθρωπίες προκειμένου να αυξηθεί και να είναι επαρκής η χρηματοδότηση του τομέα υγείας (Souliotis et al, 2015).

Επιπλέον οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες υπηρεσιών υγείας:

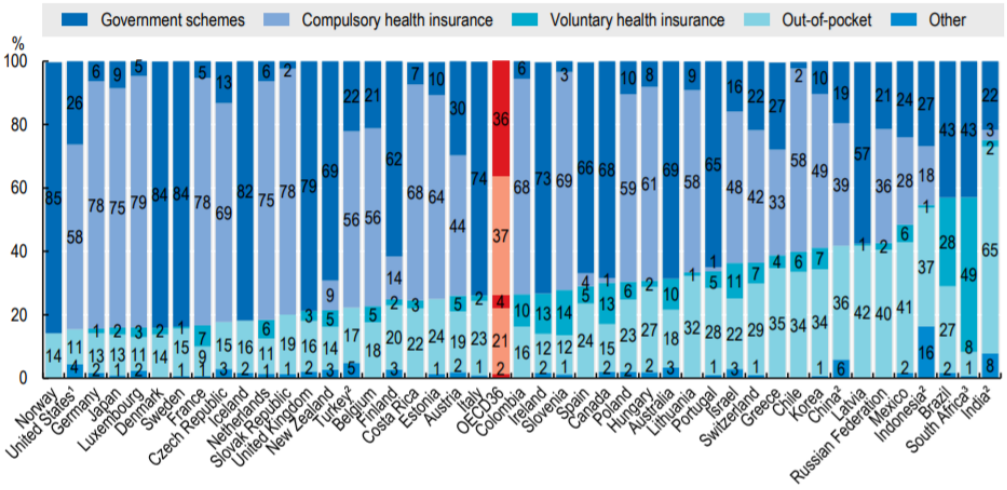
- εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες,
- φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- δαπάνες για διαγνωστικά κέντρα και ιατρούς που δεν είναι συμβεβλημένοι με το δημόσιο
- δαπάνες από επωμισμό του κόστους που ενδεχομένως προκύψει από την ιδιωτικά παρεχόμενη υπηρεσία και του ποσού που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας
- προκαθορισμένη και θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενή σε ορισμένες υπηρεσίες και φάρμακα.

Πάρα τη σχεδόν ισόποση συνεισφορά τους στη συνολική χρηματοδότηση αποτελεί την πιο οπισθοδρομική μέθοδο συγκριτικά με τις άλλες δυο (προϋπολογισμός και κοινωνική ασφάλιση), καθώς συντελείται μετακύλιση του κόστους υγείας στον ασθενή αναιρώντας την αρχή της δωρεάν και ισότιμης παροχής υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

Όπως δείχνουν τα παρακάτω διαγράμματα η ιδιωτική χρηματοδότηση παρουσιάζει στην Ελλάδα μια ανησυχητική αυξητική τάση τα τελευταία έτη και για το 2017 συνείσφερε κατά 35% στη συνολική χρηματοδότηση της, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο

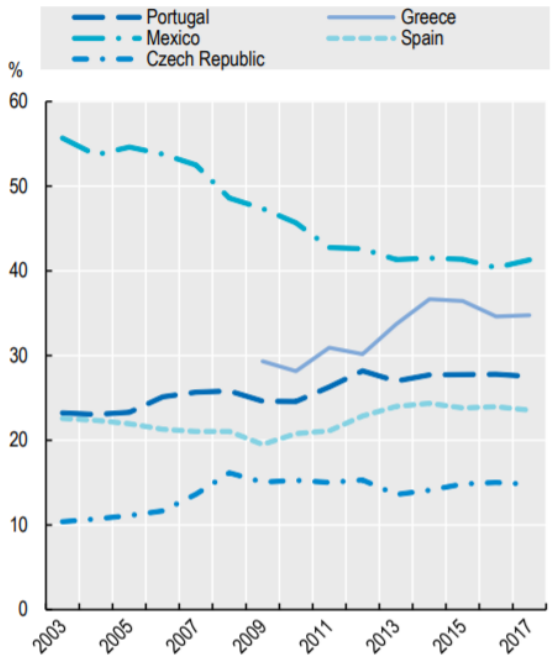
του 21% που αντιστοιχεί στο μ.ό. των χωρών του ΟΟΣΑ, παίρνοντας ακόμη μια φορά τα πρωτεία σε ανεπιθύμητες περιστάσεις. Επομένως δικαίως το Ελληνικό Σύστημα Υγείας θεωρείται ως ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα υγειονομικά συστήματα της Ευρώπης πάρα τον δημόσιο χαρακτήρα του.

Διάγραμμα 15: Δαπάνες υγείας ανά είδος χρηματοδότησης, 2017



Πηγή: ΟΟΣΑ

Διάγραμμα 16: Ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό συνολικών δαπανών για την υγεία, 2003-2017



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health Statistics 2019

Η μείωση που έχει σημειωθεί τα τελευταία έτη στη δημόσια χρηματοδότηση (κατά το ήμισυ κατά τα έτη 2010-2016), έχει ως φυσικό επόμενο την εξεύρεση άλλων τροπών προκειμένου οι πολίτες να λάβουν την επιθυμητή φροντίδα υγείας.

Αυτό σε συνδυασμό πως στην Ελλάδα υφίσταται υπερπροσφορά ιατρών καθώς και έλλειψη δημόσιας παροχής κάποιων ειδικοτήτων όπως οδοντιάτρων, αποτελούν παράγοντες ευνόησης των ιδιωτικών δαπανών και προκλητής ζήτησης εκτινάσσοντας τις ιδιωτικές πληρωμές (Κουκουλάκη, 2019).

Το υψηλότερο ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών αφορούν τις επονομαζόμενες πληρωμές κάτω από το τραπέζι με το μεγαλύτερό ποσοστό αυτών (36%) να αφορούν πληρωμές στις προαναφερθείσες κατηγορίες (ιδιώτες ιατρούς και οδοντίατρους) καθώς και άτυπες πληρωμές σε δημόσια νοσοκομεία και επαγγελματίες υγείας (32,4% των ασθενών που εισάγονται στο νοσοκομείο προβαίνουν σε τέτοιες πληρωμές), προκειμένου ο ασθενής να λάβει ποιοτικότερη φροντίδα ή αμεσότερη πρόσβαση. Είναι πιθανό να απαιτηθούν πριν κάποια παροχή η έπειτα ως ένδειξη ευγνωμοσύνης για τις υπηρεσίες που έλαβαν (Grigorakis et al, 2014).

Εν τούτοις πάρα την ¨ποιοτικότερη¨ φροντίδα που ίσως λάβουν, τέτοιου είδους πληρωμές έρχονται σε αντίθεση με τη δωρεάν και καθολική κάλυψη που θεωρητικά πρέπει να παρέχει το ΕΣΥ στους πολίτες και αποτελούν σημαντική πηγή δυσαρέσκειας και διακρίσεων. Ωστόσο παραμένουν ευρέως διαδεδομένες τροφοδοτώντας ακόμη περισσότερο τις ανισότητες που ήδη υφίστανται και απαξιώνοντας το ρόλο και την αποτελεσματικότητα του δημόσιου συστήματος υγείας (Notara et al, 2010).

Κεφάλαιο 3ο – Αποζημίωση & Χρηματοδότηση Προμηθευτών

3.1 Χρηματοδοτικά συστήματα

Η διαμόρφωση ενός συστήματος χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας αποτελεί σημαντική διαδικασία καθώς επηρεάζει τη ποσότητα, τη παραγωγικότητα, τη ποιότητα και το τελικό κόστος αυτών και διαδραματίζει επομένως καίριο ρόλο στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας και ικανοποίηση του ασθενούς. Οφείλει να παρέχει κίνητρα που θα ικανοποιούν την κλινική, οικονομική και τεχνική αποδοτικότητα ώστε να είναι άριστα εναρμονισμένο με τις σύγχρονες και αυξημένες απαιτήσεις σε ποιότητα (Ξένος κ.α., 2014).

Πολλοί διαχωρίζουν τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας σε εξωτερική και εσωτερική, με την πρώτη να αφορά τις παραπάνω πηγές που αναφέρθηκαν και την εσωτερική να αφορά περισσότερο την διαχείριση των διαθέσιμων πόρων από τη χρηματοδότηση, με τη μορφή αποζημιώσεων και αμοιβών των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (Δαργάκη και Κολοβρέχτη, 2015).

Δύο είναι τα κυρίαρχα χρηματοδοτικά συστήματα με βάση τα όποια καθορίζεται ο τρόπος και το ύψος των αποζημιώσεων.

Πρώτον η αναδρομική μέθοδος ή αλλιώς απολογιστική που αφορά την αποζημίωση με βάση τα πεπραγμένα των φορέων. Σε αυτή μέθοδο κατατάσσονται οι μισθοί, οι κατά πράξη αμοιβές και τα ημερήσια νοσήλια. Θετικό αυτής της μεθόδου αποτελεί το γεγονός πως επιτρέπει τον υπολογισμό του πραγματικού κόστους των υπηρεσιών που παρήχθησαν από τους φορείς όμως παράλληλα αποτελεί λανθασμένο κίνητρο για ανορθολογική συμπεριφορά και δημιουργία πληθωριστικών τάσεων καθώς ευνοεί τη προκλητή ζήτηση και υπερκατανάλωση υπηρεσιών και η αποζημίωση δεν σχετίζεται με το αποτέλεσμα της παρεχόμενες φροντίδας (Ντάλλη, 2009).

Δεύτερον η προοπτική ή προϋπολογιστική μέθοδος όπου η αμοιβή αποτελεί προϊόν διαπραγματεύσεων μεταξύ φορέα χρηματοδότησης (ασφαλιστικά ταμεία) και προμηθευτών υγείας και καθορίζεται βάσει κριτηρίων στην αρχή μιας χρονικής περιόδου πριν τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Σε αυτή τη μέθοδο εντάσσονται οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRG's), οι οποίες αποτελούν πιο σύγχρονες μεθόδους συγκριτικά με τις αναδρομικές καθώς η αμοιβή

συνδέεται με τα επιθυμητά αποτελέσματα και προωθείται η ορθολογική οικονομική συμπεριφορά και χρησιμοποίηση πόρων.

Ωστόσο ο εκ των προτέρων καθορισμός της αποζημίωσης ενέχει το κίνδυνο να μην ανταποκρίνεται η τελευταία στο πραγματικό κόστος με αποτέλεσμα να προκύψουν ελλειμματικοί προϋπολογισμοί (σπανίως και το αντίθετο). Επιπλέον παράγοντας που δυσχεραίνει την εφαρμογή τους, αποτελεί το γεγονός πως προϋποθέτει την ύπαρξη διοικητικών ικανοτήτων προκειμένου να αξιοποιηθεί και να καταμεριστεί ορθά ο προϋπολογισμός (Δημογέροντας κ.α, 2017).

Τέλος επειδή συχνά καμία από τις δυο μεθόδους δεν ανταποκρίνεται πλήρως στις απαιτήσεις για πλήρη και ποιοτική κάλυψη αναγκών στην αμιγή τους μορφή, συχνά χρησιμοποιείται μια μίξη των παραπάνω μεθόδων ώστε να εξασφαλιστεί η επάρκεια της χρηματοδότησης.

Ως προς τους προμηθευτές η αποζημίωση μπορεί να διαχωριστεί σε εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή.

Η πρώτη αφορά κυρίως τις αμοιβές ιατρών οι οποίες μπορεί να είναι

- Αμοιβή με πάγιο μισθό, συνήθως μηνιαίο ανεξάρτητα από τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών, δεν παρέχει όμως κίνητρα παραγωγικότητας και ποιότητας
- Αμοιβή κατά πράξη με αμοιβή για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία ελλοχεύοντας το κίνδυνο αύξησης της ζήτησης του όγκου των υπηρεσιών από τους ιατρούς
- Αμοιβή κατά κεφαλή που αφορά ένα εφάπαξ (σταθερό) ποσό ανά ασθενή ανεξαρτήτως συχνότητας παροχής φροντίδας- συνήθως οικογενειακοί ιατροί

και η δεύτερη τα ημερήσια νοσήλια, τους σφαιρικούς προϋπολογισμούς και τα DRG’s τα οποία θα αναλυθούν παρακάτω στην αποζημίωση των νοσοκομείων (Theodorou et al, 2010).

Στην Ελλάδα μέχρι προσφάτως είχε επικρατήσει το αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης μέσω κρατικού προϋπολογισμού και ασφαλιστικών ταμείων προς τους προμηθευτές. Οι μηχανισμοί που είχαν καθιερωθεί ήταν παγιωμένοι καθώς ελάχιστες ήταν οι διαφοροποιήσεις από έτος σε έτος, ελλείψει κριτηρίων και ασχέτως απόδοσης, με αποτέλεσμα μικρό βαθμό αποδοτικότητας των προμηθευτών υγείας (ιδίως νοσοκομείων) (Ναούμ, 2009).

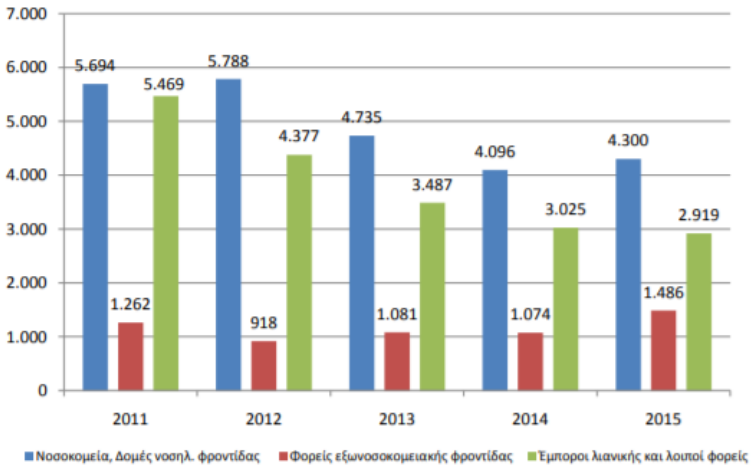
Παρακάτω αναφέρονται οι τρόποι αποζημίωσης και χρηματοδότησης των κυριότερων φορέων παροχής φροντίδας και πιο συγκεκριμένα των δημόσιων Νοσοκομείων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον να αναφερθεί πως η χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας υγείας της χώρας μας προέρχεται από το κρατικό προϋπολογισμό και αποτελείται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα νεοσύστατα ΤΟΜΥ παρέχοντας καθολική κάλυψη στους πολίτες δωρεάν.

3.2 Αποζημίωση Νοσοκομείων

Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας γίνεται εύκολα αντιληπτός από το γεγονός πως το μεγαλύτερο ποσοστό των πόρων για την υγεία και των συνολικών δαπανών αφορούν την χρηματοδότηση νοσοκομειακών μονάδων, όπως φαίνεται στο διάγραμμα της ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Διάγραμμα 17: Κατανομή Χρηματοδότησης Δημοσίων Δαπανών Υγείας για τα έτη 2011-2015 (σε εκατ. ευρώ)



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. Δαπάνες Υγείας

Για το έτος 2017 σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, τα νοσοκομεία απορρόφησαν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών της κυβέρνησης για την υγεία με ποσοστό 3,2% ΑΕΠ.

Πίνακας 4: Κυβερνητικές Δαπάνες ανά τομέα υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2017

	Medical products, appliances and equipment	Outpatient services	Hospital services	Public health services	R&D Health	Health n.e.c.
Austria	1.12	1.47	4.64	0.18	0.46	0.31
Belgium	0.79	2.66	3.91	0.13	0.02	0.17
Czech Republic	0.90	1.57	3.40	1.34	0.05	0.21
Denmark	0.55	1.18	5.96	0.15	0.20	0.34
Estonia	0.66	0.54	3.64	0.04	0.12	0.05
Finland	0.63	3.15	3.10	0.03	0.12	0.04
France	1.43	2.91	3.39	0.11	0.09	0.10
Germany	1.60	2.13	2.72	0.06	0.08	0.51
Greece	1.49	0.48	3.20	0.00	0.04	0.03
Hungary	0.90	1.36	2.15	0.13	0.03	0.24
Iceland	0.49	1.80	5.09	0.02	0.00	0.16
Ireland	0.76	1.86	1.95	0.14	0.01	0.42
Israel	0.69	1.57	2.87	0.11	0.00	0.11
Italy	0.81	2.59	2.99	0.27	0.07	0.09
Japan	1.26	2.97	2.78	0.45	0.01	0.16
Latvia	0.55	0.93	1.88	0.05	0.00	0.09
Lithuania	0.74	1.46	2.11	0.06	0.00	1.29
Luxembourg	3.44	1.06	0.07	0.05	0.19	0.07
Netherlands	0.75	2.49	3.50	0.22	0.34	0.27
Norway	0.54	2.00	5.03	0.25	0.41	0.31
Poland	0.06	1.46	2.89	0.07	0.08	0.12
Portugal	0.35	2.08	3.30	0.04	0.11	0.12
Slovak Republic	1.48	2.22	3.02	0.04	0.00	0.35
Slovenia	0.95	2.21	2.73	0.34	0.08	0.27
Spain	0.97	4.60	..	0.09	0.25	0.03
Sweden	0.75	3.03	2.55	0.22	0.18	0.19
Switzerland	0.00	0.19	1.70	0.13	0.11	0.05
United Kingdom	0.52	1.00	5.37	0.22	0.16	0.16
OECDE	0.97	2.23	3.14	0.16	0.13	0.22
Colombia	4.58	..	..	0.21	0.03	0.07
Costa Rica	0.27	2.32	3.03	0.13	0.12	0.24

Πηγή: ΟΟΣΑ, Government Finance Statistics, 2019

Αρχικά συναντώνται τρεις τύποι αποζημίωσής των νοσοκομειακών μονάδων οι οποίοι είναι:

1. Ημερήσιο νοσήλιο (per diem) που αφορά την αποζημίωση του νοσοκομείου για κάθε ημέρα νοσοκομειακής περίθαλψης του νοσηλευόμενου και το ποσό περιλαμβάνει το κόστος όλων παρεχόμενων υπηρεσιών (ιατρονοσηλευτικών, θεραπευτικών, εργαστηριακών ή ξενοδοχειακών) με τις εξής υποκατηγορίες:

- Κλειστό που έγκειται στην καταβολή ενός πάγιου ποσού ανά ημέρα νοσηλείας ανεξαρτήτως όγκου και είδους της παρεχόμενης φροντίδας με τις τιμές όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών να περιλαμβάνονται σε αυτό και να είναι καθορισμένες. Αποτελούσε το σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων της χώρας έως το 2012.
- Σύνθετο νοσήλιο, το οποίο περιλαμβάνει την ύπαρξη ενός κλειστού μέρους (σταθερού) αλλά με τη διαφοροποίηση πως υφίσταται μια μεταβολή στην αμοιβή αναλόγως της ιατρικής ειδικότητας και σοβαρότητας
- Ανοικτό νοσήλιο με πάγια αμοιβή όσον αφορά τις ξενοδοχειακές και διοικητικές υπηρεσίες και την μεταβλητότητα της αμοιβής όσον αφορά τις υπόλοιπες προσφερόμενες υπηρεσίες αναλόγως της ημερήσιας κατανάλωσής τους και οι οποίες αμείβονται κατά πράξη ή περίπτωση. Για την εύρυθμη

λειτουργία του όμως απαιτείται η ύπαρξη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων που θα επιτρέπουν την ορθή παρακολούθησή του (Λιαρόπουλος, 2007).

2. Σφαιρικός προϋπολογισμός

   Αποτελεί προοπτική μέθοδο με αποζημίωση του νοσοκομείου στην αρχή του οικονομικού έτους. Το ποσό αυτό δεν μπορεί να μεταβληθεί κατά τη διάρκεια του και έχει καθοριστεί έπειτα από διαπραγματεύσεις των δυο εμπλεκόμενων μερών (διοίκηση νοσοκομείου και φορέα χρηματοδότησης). Επομένως ο όγκος των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι καθορισμένος όπως και το σύνολο των δραστηριοτήτων αναλόγως του ποσού. Απαιτεί ικανή διοίκηση και ηγετικά στελέχη ώστε να επιτυγχάνεται αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, καθώς με αυτό το τρόπο μπορούν εύκολα να προκύψουν αποκλίσεις στην αρχική πρόβλεψη επηρεάζοντας αρνητικά τη λειτουργία του νοσοκομείου και τη ποιότητα φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα ο κίνδυνος που ελλοχεύει για υποχρηματοδότηση ασκεί πίεση στους διευθύνοντες και στους ιατρούς οι οποίοι ίσως καλεστούν να θυσιάσουν τη ποιότητα και ποσότητα προς χάριν της οικονομίας καταργώντας τη συνταγματικά κατοχυρωμένη δωρεάν και επαρκή φροντίδα υγείας στου πολίτες (Υφαντόπουλος, 2006).

3. Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRG' s) ή σύστημα FETTER από τον καθηγητή που τις πρότεινε το '74. Αποτελούν άλλη μια προοπτική μέθοδο η οποία εμφανίστηκε στην Αμερική το 1983 με σκοπό την ορθή οικονομική συμπεριφορά των νοσοκομείων. Η ικανότητά τους να υπολογίζουν αποτελεσματικότερα το κόστος έγκειται στο γεγονός πως οι όμοιοι κοστίζουν όμοια, δηλαδή μια ομάδα ασθενών με παρόμοια κλινική διάγνωση θα καταναλώσουν και παρόμοιους πόρους επομένως καθίσταται πιο εύκολη η προ-κοστολόγηση και η αποζημίωση από τον ασφαλιστικό φορέα. Οι ασθενείς αρχικά εμπίπτουν σε κατηγορίες οι οποίες υποδιαιρούνται σε υπό-ομάδες ώστε να καλύπτουν όσο δύναται ένα ευρύτερο φάσμα.

   Στην Ελλάδα εφαρμόστηκαν το 2012 ως μια προσπάθεια συγκράτησης των δαπανών και χρηματοδότησής τους από το κρατικό προϋπολογισμό καθώς έως

τότε η υιοθέτηση των κλειστών νοσηλίων σε χαμηλές τιμές είχε ως αποτέλεσμα πολλά προβλήματα με μειωμένα κίνητρα, αναποτελεσματικότητα, αποκλίσεις από το πραγματικό κόστος νοσηλείας, δημιουργία ελλειμάτων και αδυναμία δημιουργίας οικονομιών κλίμακας (Δαργάκη και Κολοβρέχτη, 2015).

Στην χώρα μας επικρατούν και οι τρεις μορφές χρηματοδότησης των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων με

- Το κρατικό προϋπολογισμό να αποτελεί τη κύρια πηγή χρηματοδότησής τους καλύπτοντας μισθούς υπαλλήλων, ανάγκες για υποδομές και εξοπλισμό και νοσηλεία ανασφάλιστων και οικονομικά ασθενέστερων.
- Τα ασφαλιστικά ταμεία να αποτελούν τη δεύτερη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων και αποζημιώνουν τα νοσοκομεία με βάση τα Κλειστά Ελληνικά Νοσηλεία - ΚΕΝ ενώ παλιότερα με τα κλειστά νοσήλια.
- Τις ιδιωτικές πληρωμές που προκύπτουν από άμεσες πληρωμές χρηστών και από ιδιωτικές ασφαλιστικές και αφορούν και αυτές κυρίως λειτουργικές δαπάνες και τέλος σε μικρότερο ποσοστό έσοδα από περιουσιακά στοιχεία νοσοκομείων, κοινοτικά κονδύλια και επιχορηγήσεις.

3.2.1 Προβλήματα στην αποζημίωση

Προκειμένου να αξιολογηθεί το ΕΣΥ πρέπει πέρα από τη σύγχρονη μέθοδο να αξιολογηθεί και η διαδικασία αποζημίωσης που ακολουθούνταν τα παλαιότερα έτη καθώς έχουν συμβάλλει σημαντικά στην διαμόρφωση του συστήματος υγείας.

Μέχρι πρόσφατα στην Ελλάδα η αποζημίωση πραγματοποιούνταν με βάση το σημασιακό σύστημα, κυριαρχούσε δηλαδή το αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων από τα ταμεία υγείας, με ιστορικά καθιερωμένες τιμές των υπηρεσιών υγείας οι οποίες ελάχιστα ανταποκρίνονταν στο πραγματικό κόστος της παρεχόμενης φροντίδας και σπανίως αναθεωρούνταν με βάση τις τρέχουσες εξελίξεις (Ρεκλείτη κ.α., 2012).

Το απαρχαιωμένο και άκαμπτο σύστημα που είχε καθιερωθεί δεν επέτρεπε την ενσωμάτωση ονομαστικών μεταβολών των τιμών με αποτέλεσμα τη δημιουργία μεγάλων αποκλίσεων τιμών – πραγματικού κόστους και εν τέλει την ελλειμματική φύση του. Το κλειστό νοσήλιο είχε καθιερωθεί μέσω κρατικής παρέμβασης τη

δεκαετία του ‘70 και σε χαμηλές τιμές με αποτέλεσμα τα νοσήλια, τα οποία αποτελούν την κυριότερη μορφή εσόδων ενός νοσοκομείου να μην επαρκούν για τη κάλυψη των αναγκών του. Τα νοσήλια καταβάλλονταν από τους ποικίλους ασφαλιστικούς φορείς ωστόσο συχνά η χρηματοδότηση τους δεν επαρκούσε ή καθυστερούσε σημαντικά, υποχρηματοδοτώντας τα νοσοκομεία (Ντάλλη, 2009).

Τα κυριότερα προβλήματα με το τότε ισχύον σύστημα αποζημίωσης αφορούσαν την αδυναμία ενσωμάτωσης του πραγματικού κόστους στην προσυμφωνημένη αξία του νοσηλίου, οι άτακτες πληρωμές στα πλαίσια της οικονομικής δυνατότητας του εκάστοτε ασφαλιστικού ταμείου και εν τέλει τα δημιουργούμενα ελλείματα, τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα το κράτος να αποτελεί την ασφαλιστική δικλίδα και να καλείται συχνά να καλύψει τα κενά που προέκυπταν στις λειτουργικές δαπάνες μέσω του προϋπολογισμού, με τη μορφή επιχορηγήσεων (Ξανθής, 2015).

Η αναδρομική μέθοδος που είχε επικρατήσει σε συνδυασμό με το ακατάλληλο θεσμικό καθεστώς των νοσοκομείων, υπό τη μορφή ΝΠΔΔ το οποίο δεν επέτρεπε μεγάλο βαθμό ευελιξίας και άσκησης σύγχρονου μάνατζμεντ, καθιστούσαν δύσκολη τη διαχείριση των πόρων και ευνοούσαν τη διόγκωση των ελλειμάτων (Ντάλλη, 2009).

Η υποχρηματοδότηση, οι ανεπαρκείς πόροι και η γραφειοκρατικά επηρέασαν σημαντικά και την ποιότητα των δημόσιων παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων δεν καθιστούσαν δυνατή την απόκτηση σύγχρονων ιατρικών τεχνολογιών ανταγωνιστικών προς τα ιδιωτικά, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανοποίηση ασθενών και στροφή για ακόμη μια φορά στον ¨σωτήριο¨ ιδιωτικό τομέα.

3.2.2 Μεταρρυθμίσεις

Η απουσία ενός ορθολογικού και αποτελεσματικού συστήματος χρηματοδότησης και αποζημίωσης καθώς και η οικονομική αδυναμία των ασφαλιστικών ταμείων να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές τους υποχρεώσεις συνέβαλαν στη δημιουργία υπέρογκων νοσοκομειακών ελλειμμάτων και αυξημένης ανάγκης κρατικής παρέμβασης στη χρηματοδότησή τους ενώ παράλληλα αποτέλεσαν εμπόδια στην επίτευξη αποδοτικότητας από τα δημόσια νοσοκομεία.

Επομένως τα δυο κυριότερα αγκάθια του συστήματος χρηματοδότησης, τα ασφαλιστικά ταμεία και το κλειστό νοσήλιο έπρεπε να αναθεωρηθούν και να αλλάξουν

ριζικά και γι' αυτό μεταρρυθμίσεις τους συντελέστηκαν σχεδόν ταυτόχρονα λόγω της αλληλένδετης φύσης τους.

ΕΟΠΥΥ και αποζημίωση δημόσιων νοσοκομείων

Ο κατακερματισμός των ταμείων ασφάλισης και οι διαφορές τους ως προς τη έκταση και το είδος κάλυψης καθώς και του τρόπου και χρόνου χρηματοδότησης δυσκόλευε σημαντικά την άσκηση ενιαίας πολιτικής, διαχείρισης και ελέγχου επομένως ήταν επιτακτική η ανάγκη για δημιουργία ενός ενιαίου φορέα κοινωνικής ασφάλισης που θα επέτρεπε την ορθή και επαρκή αποζημίωση των νοσοκομείων.

Με αφορμή την οικονομική κρίση στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας και την ανάγκη δημιουργίας οικονομιών κλίμακας συντελέστηκαν καίριες διαθρωτικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις για τον τομέα της υγείας, με σκοπό της αύξηση της αποδοτικότητας του. Μια εξ αυτών αποτελεί και η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με το νόμο Ν.3918/2011, μέσω της συγχώνευσης των κλάδων υγείας των κυριότερων ασφαλιστικών ταμείων (Δημογέροντας κ.α, 2017).

Πλέον λειτουργεί ως ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας συμφωνία τιμών, ελέγχει και προωθεί τη ποιότητα και ποσότητα της παρεχόμενης φροντίδας μέσω εισαγωγής ανταγωνισμού και benchmarking στο ΕΣΥ αλλά και την αποδοτικότητα μέσω της μονοψωνιακής δύναμης που διαθέτει.

Αυτή η μεταρρύθμιση σε συνδυασμό με την αλλαγή του τρόπου οικονομικής λειτουργίας των νοσοκομείων αποτελούν αισιόδοξα μέτρα για την αύξηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος χρηματοδότησης. Πιο συγκεκριμένα από το 2012 η πληρωμή των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας τροποποιήθηκε με κατάργηση των ημερήσιων-κλειστών νοσηλίων και υιοθέτηση των DRG's με το Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο και αργότερα το Κλειστό Ελληνικό Νοσήλιο (Ξένος και συν., 2014).

DRG's - KEN

Όλα τα σύγχρονα συστήματα όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο ένα έχουν ως βασικούς στόχους τους την επίτευξη της αποδοτικότητας (σε οικονομικό και τεχνικό επίπεδο) και της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Η εφαρμογή των DRG's εξασφαλίζει σε σημαντικό βαθμό τα παραπάνω καθώς εστιάζει στη παροχή κινήτρων για αύξηση παραγωγικότητας, ποιότητας και παράλληλα συγκράτησης του κόστους. Υιοθετούνται όλο και περισσότερο διεθνώς καθώς αποτελούν την αποτελεσματικότερη μέθοδο κοστολόγησης και αποζημίωσης των νοσοκομειακών μονάδων.

Βασικές ιδέες στις οποίες στηρίχθηκε ήταν η ομαδοποίηση ασθενών και των παρεχόμενων υπηρεσιών (προϊόντων) ενός νοσοκομείου με καθορισμό συγκεκριμένης τιμής για την κάθε μια από αυτές (Δαργάκη και Κολοβρέχτη, 2015).

Παρέχουν ακριβέστερο υπολογισμό του κόστους νοσηλείας μέσω αναλυτικής τιμολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών με καθορισμένο κόστος και μέση διάρκεια νοσηλείας για κάθε ομάδα.

Οι ασθενείς κατατάσσονται σε ομάδες και αναλόγως την ομάδα που ανήκουν καθορίζονται και οι αναμενόμενες δαπάνες για τη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών. Σαφώς ο κάθε άνθρωπος είναι ιδιαίτερος και δεν γίνεται να εντάσσονται απλώς σε μια κατηγορία, καθώς υπάρχουν παράγοντες που διαφοροποιούν σημαντικά τον έναν ασθενή από τον άλλον. Ωστόσο το εν λόγω σύστημα έχει συμπεριλάβει αρκετές μεταβλητές όπως ηλικία, φύλο, διάγνωση, πιθανές επιπλοκές και υποκείμενα νοσήματα, που επιτρέπουν την κατάταξη των ασθενών με βάση κάποια κοινά χαρακτηριστικά (δημογραφικά, διαγνωστικά, θεραπευτικά), τον καθορισμό των αναμενόμενων απαιτούμενων πόρων για τη θεραπεία τους καθώς και της διάρκειας νοσηλείας τους, διευκολύνοντας την κατηγοριοποίησή τους και κατάταξή τους σε ομάδες και έπειτα σε υποκατηγορίες (Πρίφτη και Σιαλμά, 2017).

Εν ολίγοις τα ΚΕΝ μπορούν να παρουσιαστούν ως πακέτα που έχουν προκαθοριστεί και με βάσει αυτά αποζημιώνονται τα νοσοκομεία από τα ασφαλιστικά ταμεία αναλόγως τη κατηγορία που εμπίπτει ο κάθε νοσηλευόμενος.

Η κεντρική ιδέα και βασική μεθοδολογία των DRG's παραμένει ίδια κατά την υιοθέτηση τους από τις χώρες παγκοσμίως όμως υφίστανται σημαντικές

διαφοροποιήσεις ανά χώρα όπως το πλήθος των κατηγοριών, το περιεχόμενο, ο τρόπος ταξινόμησης των ασθενών καθώς και η επιλογή του τρόπου κοστολόγησης και αποζημίωσης. Οι συγκεκριμένες μεταβλητές είναι σημαντικές και καθοριστικές για την επιτυχή εφαρμογή των DRG's σε μια χώρα γι' αυτό πρέπει να ελέγχονται και να προσαρμόζονται στα δεδομένα της κάθε μίας.

Στην Ελλάδα τα DRG's εισήχθησαν το 2012 με τη μορφή Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων και με βάση αυτά τα καθορισμένα πακέτα νοσηλείας αποζημιώνουν πλέον οι αγοραστές υγείας τα νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα ο ΕΟΠΥΥ μέσω της ομαδοποίησης ασθενών (αναλόγως της διάγνωσης και κατάστασης της υγείας τους) και μέσω συγκεκριμένων οδηγών κοστολόγησης καταβάλει την αντίστοιχη πληρωμή στο προμηθευτή (Δημογέροντας και συν., 2017).

Μια ακόμη μεταρρύθμιση που συμπληρώνει τα DRG's ξεκίνησε με την απόφαση ΦΕΚ 2150/τ.Β'/27.09.2011 και ολοκληρώθηκε με τον Ν.4118/2012 και την μετονομασία των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια. Σύμφωνα με αυτές τις διατάξεις σε περίπτωση που η διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς ξεπεράσει την μέση διάρκεια νοσηλείας που προβλέπεται από το εκάστοτε ΚΕΝ, θα υφίστανται επιπλέον χρεώσεις σε νοσήλια, φάρμακα και υλικά. Η τιμολόγηση ΚΕΝ αντιστοιχεί σε συγκεκριμένη κατηγορία παροχών και η διαφορά κόστους που τυχόν προκύψει σε περίπτωση επιθυμίας του ασθενή για αναβάθμιση, τιμολογείται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο με το οποίο εισήχθησαν τα ΚΕΝ στο ΕΣΥ και αναφέρεται στην Κ.Υ.Α. αρ. πρωτ. Υ4α/οικ./6/20111.

Η υιοθέτηση των ΚΕΝ από τους φορείς υγείας και χάραξης πολιτικής αποσκοπεί στην εξεύρεση και υιοθέτηση αποτελεσματικότερης διαδικασίας αποζημιώσεων που

- θα περιορίζει τις περιττές δαπάνες και θα ενισχύει την διαφάνεια και αποδοτικότητα
- θα τους επιτρέπει να εντοπίζουν και να ελέγχουν την κατανάλωση πόρων αποφεύγοντας τις περιττές σπατάλες
- θα δημιουργεί κίνητρα αποδοτικότητας και ποιοτικότερης παροχής υπηρεσιών υγείας
- θα ανταποκρίνεται εγγύτερα στον υπολογισμό του πραγματικού κόστους νοσηλείας και εν τέλει

- θα συμβάλλει στη μείωση της ανάγκης για κρατική χρηματοδότηση νοσοκομείων μέσω προϋπολογισμού καθώς με αυτό το τρόπο η αποζημίωση των προμηθευτών είναι ταχύτερη και η χρηματοδότηση των νοσοκομείων αποδοτικότερη.

Στην Ελλάδα η διαδικασία που ακολουθήθηκε προς υιοθέτηση και εφαρμογή των ΚΕΝ ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2010 έπειτα από την υπογραφή του πρώτου Μνημονίου και της ανάγκης για εξυγίανση του υγειονομικού τομέα. Έτσι αποφασίστηκε από το Γενικό Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α. η συγκρότηση σχετικής ομάδας για τη δημιουργία των ελληνικών DRG's με την υπ' αρίθμ. 129424/ 19-10-2010 απόφαση καθώς και η σύσταση σχετικής Επιτροπής για τη διερεύνηση εφαρμογής τους στα Νοσοκομεία.

Προκειμένου να δημιουργηθούν τα ελληνικά DRG's (ΚΕΝ) αξιοποιήθηκε η εμπειρία άλλων χωρών με παρόμοια συστήματα υγείας όπως η Ελλάδα. Ως εκ τούτου επιλέχθηκε το γερμανικό σύστημα διότι αντιμετώπιζε παρόμοια προβλήματα με το ελληνικό στη παραγωγικότητα και κατανομή πόρων, το οποίο με τη σειρά του είχε στηριχθεί στο αυστραλιανό.

Η διαδικασία άρχισε με τη μετάφραση και απόδοση των DRG's στην ελληνική γλώσσα και ορολογία, έπειτα εκτιμήθηκαν σημαντικοί παράγοντες για τη λειτουργία τους όπως ΜΔΝ και το Μάρτιο του 2011 ολοκληρώθηκε η αντιστοίχισή τους με τις διαγνώσεις βάσει του ICD-10 και η αρχική κατηγοριοποίησή τους περιελάβανε 700 ΚΕΝ. Η τιμολόγηση με το εν λόγω σύστημα ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2011 σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ με ανταπόκριση όλων των πληροφοριακών συστημάτων (Δαργάκη και Κολοβρέχτη, 2015).

Παρόλ' αυτά τα πρώτα προβλήματα δεν άργησαν να φανούν με τη πλειοψηφία να αναφέρει την προχειρότητα και αποσπασματικότητα στην προετοιμασία τους καθώς εφαρμόστηκαν μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα και την μη ικανοποίηση βασικών προϋποθέσεων (μελέτη και προσαρμογή στα εγχώριες συνθήκες, αποτίμηση κόστους μέσω συνεργασίας φορέων) προκειμένου να είναι επαρκής η ανταπόκρισή τους στα ελληνικά δεδομένα. Επιπλέον το υψηλό κόστος που απαιτήθηκε για τη δημιουργία και εφαρμογή τους και η αύξηση των δαπανών εκείνο το διάστημα αμφισβήτησαν την αποτελεσματικότητά τους και την άποψη αυτή επιβεβαίωσε και η σχετική αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε λίγο αργότερα από το γερμανικό Υπουργείο Υγείας, το οποίο

συμπέρανε πως το ελληνικό σύστημα ΚΕΝ δεν ήταν λειτουργικό (Πρίφτη και Σιαλμά, 2017).

Σύμφωνα με βιβλιογραφία του 2017 η εφαρμογή των ΚΕΝ ως τρόπο αποζημίωσης των ελληνικών νοσοκομείων είχε θετική επίδραση στη διάρκεια νοσηλείας με μείωση της ΜΔΝ και επακολούθως και στο κόστος, ενισχύοντας την αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Ωστόσο λόγω της ιδιαίτερης φύσης της προηγούμενης δεκαετίας που λόγω μνημονίων συντελέστηκε ούτως ή άλλως μείωση δαπανών, δεν είναι ξεκάθαρο αν η συνολική μείωση δαπανών για την υγεία οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στα ΚΕΝ ή στο σύνολο των οριζόντιων περικοπών που συντελεστήκαν στην υγεία από τη κυβέρνηση (Δημογέροντας και συν., 2017).

Στην Ελλάδα η εφαρμογή τους ακόμη δυσχεραίνεται λόγω απουσίας ολοκληρωμένων συστημάτων μηχανογράφησης και μηχανισμών σύγκρισης αποτελεσμάτων- κόστους. Ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς υπολείπεται σε σημαντικό βαθμό έναντι άλλων χωρών που έχουν υιοθετήσει DRG’s και που τους επιτρέπει τη παρακολούθηση των ασθενών και τις επανεισαγωγές αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα της μεθόδου ως προς τη μείωση του κόστους και εξασφάλισης ποιοτικής φροντίδας. Επιπλέον η ταξινόμηση και κωδικοποίηση των ασθενών στις ομάδες ΚΕΝ συχνά είναι λανθασμένη λόγω της έλλειψης εκπαίδευσης και κατάρτισης του αρμόδιου προσωπικού καθώς και στην ελλιπή μετάφραση των κοστολογικών συντελεστών των αυστραλιανών DRG’s, με αποτέλεσμα λάθη στην τελική κοστολόγηση (Πρίφτη και Σιαλμά, 2017).

Παρολ’ αυτά δεν παύει να αποτελεί μια φερέλπιδα προσπάθεια προοπτικής χρηματοδότησης που επιτρέπει την ακριβέστερη αποζημίωση των νοσοκομείων από ότι η αναδρομική μέθοδος.

Στα θετικά του συγκεκριμένου συστήματος αποζημίωσης συγκαταλέγονται η

- εξοικονόμηση χρόνου και κόστους και καλύτερη διαχείριση από τα εμπλεκόμενα μέρη
- μείωση περιττών δαπανών και υπερτιμολόγησης
- αποτελεσματικότερη κατανομή και αξιολόγηση πόρων μέσω αποδόσεων και παραγωγικότητας προωθώντας το benchmarking μεταξύ νοσοκομείων
- καλύτερη παρακολούθηση ανάλωσης πόρων και κόστους
- μείωση γραφειοκρατίας, χρονοβόρων και επαναλαμβανόμενων διαδικασιών από μέρους της διοίκησης

- παροχή κινήτρων για απόδοση και παραγωγικότητα
- άσκηση και διαμόρφωση πολιτικής βάσει αποτελεσμάτων
- οικονομία και ποιότητα

Ωστόσο κανένα σύστημα δεν είναι τέλειο, έτσι και τα ΚΕΝ παρουσιάζουν ορισμένες αδυναμίες. Αρχικά ενέχεται ο κίνδυνος υποβάθμισης της ποιότητας καθώς η ιδιαιτερότητα κάθε νοσηλευόμενου και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας δεν μπορεί πάντοτε να αποτυπωθεί και να αποδοθεί μέσω των προκαθορισμένων προτύπων και νοσηλίων ανά κατηγορία ασθενών. Επιπλέον το υψηλό κόστος που απαιτείται για την εφαρμογή του μπορεί να είναι ασύμφορο και απλησίαστο για κάποιες χώρες. Κατά τη δημιουργία των ελληνικών DRG's υπήρξε σημαντικό κόστος που αφορούσε κυρίως υποδομές και εξειδικευμένες τεχνολογίες που απαιτήθηκαν για την εφαρμογή τους. Επιπλέον μετά την υιοθέτηση τους εμφανιστήκαν περιπτώσεις υπό ή υπερ-τιμολόγησης με σημαντικές αποκλίσεις προς το πραγματικό κόστος καθώς και ανύπαρκτων κατηγοριών, γεγονός που αργότερα διορθώθηκε με την περαιτέρω κατηγοριοποίησή τους σε 760 ΚΕΝ (Γκέντζης, 2017).

Επιπροσθέτως όπως προαναφέρθηκε και για την περίπτωση της χώρα μας, απαιτείται κατάλληλα καταρτισμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό για τη διαδικασία καθώς η λογιστική διαχείρισή του είναι πολύπλοκη με αποτέλεσμα να προκύπτουν συχνά λάθη στη κωδικοποίηση, κατηγοριοποίηση των ασθενών και εν τέλει στην κοστολόγηση των υπηρεσιών (Δαργάκη και Κολοβρέχτη, 2015).

Τέλος να αναφερθεί πως πάρα την εισαγωγή και υιοθέτηση των ΚΕΝ και όλων των θετικών στοιχείων που τα συγκροτούν, ο ΕΟΠΠΥ που αποτελεί τον αγοραστή υπηρεσιών υγείας συνεχίζει να αντιμετωπίζει προβλήματα παρόμοια με αυτά των προκατόχων του όπως μειωμένα έσοδα, αδυναμία ανταπόκρισης και εκπλήρωσης των οικονομικών υποχρεώσεων του προς τα νοσοκομεία, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο ελλειμάτων και κρατικής υποχρηματοδότησης (Niakas, 2014).

3.3 Αποζημίωση Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας

Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας αφορούν μεγάλο μέρος της συνολικής παροχής υπηρεσιών υγείας και ανά τα χρόνια έχουν υποστεί αρκετές διακυμάνσεις.

Πριν τη σύσταση του ΕΣΥ το 1983 οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, κυρίως ιδιωτικές κλινικές, ήταν αρκετά διαδομένες όμως με τη σύσταση του ΕΣΥ και σε μια προσπάθεια περιορισμού του ιδιωτικού τομέα απαγορεύτηκε η περαιτέρω ίδρυση νέων και περιορίστηκε σημαντικά ο αριθμός τους. Όμως εν τέλει το 1991 με σχετικό διάταγμα (247/1991) και στα πλαίσια του νεοφιλελευθερισμού που επικρατούσε με παράλληλη κρίση του κράτους πρόνοιας, πραγματοποιήθηκε άρση της εν λόγω απαγόρευσης. Έκτοτε ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει μια διαρκή αυξητική πορεία, λόγω αναποτελεσματικότητας του ΕΣΥ και διαφοράς που εντοπίζεται στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τους ασθενείς (Δημογέροντας και συν, 2017).

Οι ιδιωτικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- Ιδιωτικές κλινικές
- Μαιευτικές γυναικολογικές κλινικές
- Διαγνωστικά κέντρα
- Ιδιώτες ιατροί

Κύρια πηγή χρηματοδότησης τους αποτελούν πρωτίστως οι άμεσες πληρωμές, τα ασφαλιστικά ταμεία, λόγω δυνατότητας σύναψης συμβάσεων με ΕΟΠΠΥ για υπηρεσίες κυρίως πρωτοβάθμιας, όπου αμείβονται κατά πράξη ή κατά περίπτωση με τιμές που έχουν προκαθοριστεί, και η ιδιωτική ασφάλιση (Ντάλλη, 2009).

Μεγαλύτερο πρόβλημα στη χρηματοδότησή τους αποτελεί το γεγονός πως οι τιμές και το κόστος των συγκεκριμενών υπηρεσιών είναι αρκετό υψηλό συγκριτικά με άλλες χώρες της ΕΕ που σε συνδυασμό με την αυξημένη ζήτησή τους από τους ασφαλισμένους και της χαμηλής συνείδησής τους ως προς τη φειδωλότητα χρησιμοποίησής τους, αυξάνουν τις δαπάνες προς τον εν λόγω τομέα με αποτέλεσμα να απορροφά ολοένα και περισσότερους πόρους από τη κοινωνική ασφάλιση. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται έμπρακτα καθώς παρόλο που τα προηγούμενα έτη οι ιδιωτικές πληρωμές για εξωνοσκομειακή φροντίδα ολοένα και μειωνόταν (το 2009 3,97 δις, το 2011 2,6 δις και το 2015 1,37 δις) λόγω οικονομικής στενότητας και απροθυμίας των χρηστών να τις καταβάλουν, οι αντίστοιχες δαπάνες στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ αυξήθηκαν και για το έτος 2015 ανήλθαν στα 2,04 δις (ενώ το 2011 1,71 δις και το 2009 1,47 δις). Η κατάσταση αυτή μπορεί να αποδοθεί στην σύναψη συμβάσεων μεταξύ ΕΟΠΠΥ και

ιδιωτικών νοσοκομείων και ελεύθερης πρόσβασης των ασφαλισμένων σε αυτά, καθώς και στη νέα κοστολόγηση μέσω ΚΕΝ που προσέφεραν καλύτερες αποζημιώσεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Niakas, 2014).

Κεφάλαιο 4ο - Δαπάνες

4.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία 50ετη παρατηρήθηκε μια σταθερή ανοδική αύξηση στις δαπάνες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και όχι μόνο στην Ελλάδα. Η ανάγκη σύστασης και θεμελίωσης του Κράτους Πρόνοιας μεταπολεμικά καθώς και η οικονομική ανάπτυξη που έλαβαν χώρα εκείνη τη χρονική περίοδο επέτρεπαν την διάθεση εθνικών πόρων προς την δημιουργία ολοκληρωμένων και αποτελεσματικών συστημάτων υγείας που θα συνέβαλλαν στην βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Καραμπλή και συν., 2014).

Όμως οι δαπάνες υγείας από ένα σημείο και έπειτα τόσο σε χώρες του ΟΟΣΑ όσο και στην ΕΕ, πήραν ανησυχητικές διαστάσεις με το ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας να υπερβαίνει αυτόν της οικονομικής ανάπτυξης με αποτέλεσμα να καταναλώνονται ολοένα και περισσότεροι πόροι πάσης φύσεως (οικονομικοί, ανθρώπινοι, υλικοί) για την υγεία, γι' αυτό και ο περιορισμός τους αποτέλεσε και αποτελεί το επίκεντρο της δημοσιονομικής πολιτικής πολλών χωρών (Dimas et al, 2012).

Η αύξηση των δαπανών εκτός από επιζήμια θεωρείται απειλή όχι μόνο για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας αλλά και για τα οικονομικά συστήματα γενικότερα, επομένως συντελείται διεθνής προσπάθεια συγκράτησης των αδικαιολόγητων δαπανών που δεν επιφέρουν τα αντίστοιχα αποτελέσματα στη βελτίωση της υγείας των πολιτών, μέσω αξιολόγησης των αποτελεσμάτων και αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. (Ρεκλείτη κ.α., 2012)

4.2 Παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας

Παράγοντες που συνέβαλλαν στην διόγκωση των υγειονομικών δαπανών είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και επομένως η γήρανση του πληθυσμού, η αλλαγή της φύσης των ασθενειών και των παραγόντων κινδύνου για την υγεία με το πρότυπο νοσηρότητας να μετατοπίζεται προς τις χρόνιες παθήσεις, η εισαγωγή υψηλής ποιότητας και κόστους σύγχρονης τεχνολογίας καθώς και η αυξημένη ζήτηση και

προσδοκίες των πολιτών που προκύπτουν κυρίως από την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης και την καλύτερη ενημέρωσή τους. (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015)

Στην Ελλάδα πέρα από τα παραπάνω, καθοριστικοί παράγοντες που συντέλεσαν στην αύξηση των δαπανών αποτέλεσαν η απουσία ελέγχου και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των συστημάτων υγείας συγκριτικά με τους πόρους που διατέθηκαν, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση και σπατάλες σε φάρμακα και εξετάσεις, η απουσία ελεγκτικού μηχανισμού στις τιμές υπηρεσιών, εξετάσεων και υλικών με αποτέλεσμα την υπερτιμολόγησή τους και αύξηση του κόστους. Επιπλέον η απουσία λογιστικών συστημάτων διπλογραφικής βάσης στα νοσοκομεία, η έλλειψη κατάλληλων πληροφοριακών συστημάτων και μηχανογράφησης δεν επέτρεπαν τον έλεγχο και κατανομή των πόρων με αποτέλεσμα οι εν λόγω δαπάνες να παίρνουν πλέον μορφή σπαταλών και να μην εξυπηρετούν το δημόσιο συμφέρον (Κοκκινέλη, 2014).

Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν οι συνολικές δαπάνες υγείας για το 2009 και το 2010 να αυξηθούν σημαντικά στην Ελλάδα και να ξεπερνούν το μ.ό. του ΟΟΣΑ, καθώς αποτέλεσαν το 9,5 και 9,7% ΑΕΠ αντίστοιχα για τα δυο έτη.

4.3 Εξέλιξη δαπανών προηγούμενων δεκαετιών σε Ελλάδα και άλλες χώρες

Με μια σύντομη αναδρομή στις δαπάνες υγείας του παρελθόντος θα διαπιστώσουμε πως τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες από τη δεκαετία του ‘60 και έπειτα πραγματοποιείται αύξηση των δαπανών υγείας και κυρίως των δημόσιων. Το 1960 ο μ.ό. των δαπανών υγείας για χώρες του ΟΟΣΑ ήταν στο 4,2% του ΑΕΠ και μέσα σε 15 έτη έφτασε το 6,5%, με αύξηση της δημόσιας συμμετοχής κατά μ.ό. 15%. Στη χώρα μας εκείνη τη περίοδο οι δαπάνες υγείας εξελίχθηκαν με αρκετά μικρότερο ρυθμό, καθώς οι αντίστοιχοι δείκτες για το ίδιο χρονικό διάστημα ήταν 3,3% του ΑΕΠ και μόλις το 48% να αποτελεί τη δημόσια δαπάνη, ενώ ελάχιστα αυξήθηκε κατά τη δεκαετία του ‘70 παρά την οικονομική άνθιση της εποχής. Το γεγονός αυτό αντανακλά την έλλειψη επένδυσης στην υγεία, την απουσία ενός οργανωμένου συστήματος υγείας, την μειωμένη εξυπηρέτηση των πολιτών και τη δυσαρέσκειά τους με τις παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Ρεκλείτη και συν., 2012).

Το σκηνικό των ολοένα και αυξανόμενων δαπανών στις χώρες της ΕΕ άλλαξε άρδην το ‘75 και ύστερα λόγω οικονομικής ύφεσης αλλά και συνειδητοποίησης πως οι

αυξημένες δαπάνες δεν σχετίζονται πάντοτε θετικά με την βελτίωση του επιπέδου υγείας καθώς οι δαπάνες των προηγούμενων ετών δεν κατέστησαν αποδοτικές προς αυτή τη κατεύθυνση (Liaropoulos and Tragakes, 1998).

Έτσι ενώ στην ΕΕ αποφασίστηκε η ελεγχόμενη πλέον αύξηση των δαπανών υγείας με περιστολή των σπαταλών, η Ελλάδα κινήθηκε στον αντίποδα και τη δεκαετία του '80 αύξησε σημαντικά τις δαπάνες υγείας της, όπου το 1984 αποτέλεσαν το 7% του ΑΕΠ. Η διαφορά όμως σε σχέση με τις προηγούμενα έτη έγκειται στις δημόσιες δαπάνες οι οποίες αφορούσαν πλέον το 63% των συνολικών δαπανών.

Το φαινόμενο αυτό εξηγείται από την ανάγκη σύστασης και οργάνωσης ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας (ΕΣΥ) με κύριο χρηματοδότη του το κράτος προς καθολική κάλυψη και δωρεάν εξυπηρέτηση των πολιτών, η οποία εξέλιπε τα προηγούμενα έτη. Το σχήμα αυτό συνεχίστηκε με αυξημένο ρυθμό στις δαπάνες υγείας κατά τη δεκαετία του 90 η οποία αποδίδεται πρωτίστως σε ιδιωτικοποίηση της υγείας με αυξημένες ιδιωτικές και άτυπες πληρωμές και τη πλειοψηφία των δημόσιων πόρων να απορροφάται από τα νοσοκομεία. Για την ίδια χρονική περίοδο η ΕΕ παρουσίαζε σταθερή ανοδική πορεία στη μέση ετήσια αύξηση των δαπανών με μικρότερο όμως ρυθμό λόγω πολιτικών που είχαν εφαρμοστεί προς τον περιορισμό των δαπανών και με μεγαλύτερο μ.ό. δημόσιων δαπανών από ότι η Ελλάδα (Tountas, 2002).

Παρά τις υψηλές συνολικές δαπάνες η δημόσια συμμετοχή με το πέρασμα των ετών ολοένα και μειωνόταν με τις ιδιωτικές να αναπληρώνουν τα κενά στη περίθαλψη και φροντίδα υγείας και το εθνικό σύστημα υγείας να αποτυγχάνει να εγγυάται ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση στο σύνολο του πληθυσμού καθώς παρά τα υπέρογκα ποσά που απορροφούσαν τα νοσοκομεία δεν απέδιδαν την προσδοκώμενη περίθαλψη (Dimas et al, 2012).

Τις επόμενες δεκαετίες που ακολούθησαν η δαπάνη για υγεία ολοένα και αυξανόταν όμως παρά αυτό το γεγονός, η χώρα κατείχε διαχρονικά ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά σε κατά κεφαλήν δαπάνες ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ με την ανατροπή να έρχεται τη δεκαετία προ κρίσης δηλαδή 2000-2010, όπου η Ελλάδα πραγματοποίησε αύξηση κατά 6,9% στις δαπάνες της, ενώ ο αντίστοιχος μ.ό. του ΟΟΣΑ δεν υπερέβη το 4% (Ρεκλείτη και συν., 2012).

Μέσα σε λιγότερο από πέντε έτη η Ελλάδα από τις χαμηλότερες θέσεις ανήλθε στο 75% του μ.ό. της ΕΕ. Γενικότερα η περίοδος 2000-2009 στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται

από μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας καθώς αυξήθηκαν τόσο οι δαπάνες υγείας της, με ρυθμό σχεδόν τριπλάσιο από ότι η ΕΕ-15, όσο και οι δαπάνες κοινωνικής προστασίαςμ με ρυθμό μεγαλύτερο κατά 1,1% από ότι ο μ.ό. του ΟΟΣΑ (Tountas et al, 2005).

Η δεκαετία του 2000 χαρακτηρίστηκε από αύξηση δαπανών σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ με μέσο ρυθμό αύξησης αρκετά μεγαλύτερο του μέσου ρυθμού αύξησης του ΑΕΠ και γι' αυτό από το 2009 και έπειτα, με την οικονομική κρίση, περιορίστηκε ο ρυθμός αύξησης των εν λόγω δαπανών ή και αντιστράφηκε ιδιαίτερα σε πληγείσες χώρες όπως η Ελλάδα για την οποία για το ίδιο έτος το δημόσιο χρέος της έφτασε το 126,9% ΑΕΠ και το έλλειμα τα ήταν σχεδόν τετραπλάσιο του προβλεπόμενου από τη συνθήκη του Μάαστριχτ για χώρες μέλη (Γκέντζης, 2017).

Επομένως διαπιστώνεται πως οι δαπάνες υγείας επηρεάζουν τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας αλλά και της οικονομίας γενικότερα σε δημοσιονομικούς πόρους πλέον, καθώς αυξάνονται γρηγορότερα από ότι το ΑΕΠ, δεσμεύοντας σημαντικούς εθνικούς πόρους. Ο ρυθμός αύξησης των δαπανών σχετικών με την υγεία εξαρτάται τόσο από τη ζήτηση όσο και από τη πρόσφορα και η μεταξύ τους σχέση καθορίζει σημαντικά το επίπεδό τους. (Καραμπλή και συν., 2014)

4.4 Ιδιωτικές δαπάνες

Το 2001 οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αποτέλεσαν το 8% ΑΕΠ με πάνω από το ένα τρίτο του ποσοστού να αποτελείται από ιδιωτικές δαπάνες εκ των οποίων η πλειονότητα αφορούσε άτυπες πληρωμές. Η μεγάλη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στις συνολικές δαπάνες υγείας αποτελεί πλέον παράδοση και ιδιαιτερότητα του ελληνικού συστήματος υγείας καθώς και από το 1981 ακόμα, οι ιδιωτικές δαπάνες αποτέλεσαν το 40% του συνόλου των δαπανών λόγω της αναποτελεσματικότητας και μη αποδοτικότητας από τις δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, ενώ το φαινόμενο δεν άλλαξε τις επόμενες δεκαετίες (Liaropoulos and Tragakes, 1998).

Το 2004 το 2,44% των νοικοκυριών ήρθε αντιμέτωπο με καταστροφικές δαπάνες για υγεία ενώ το διάστημα 2005-2013, δηλαδή προ και μετά της έναρξης της κρίσης, οι άτυπες πληρωμές παρέμειναν σταθερές παρά τη μείωση στο εισόδημα και στις μηνιαίες

δαπάνες για υγεία, γεγονός που αποδεικνύει την αυξημένη συμμετοχή των ιδιωτικών πληρωμών στην αναζήτηση φροντίδας υγείας (Economou et al, 2004).

Το 2010 οι δαπάνες υγείας αποτέλεσαν το 9,7% ΑΕΠ με το 40,6% αυτών να είναι ιδιωτικές δαπάνες. Η πραγματικότητα αυτή ακόμα και στις μέρες μας παραμένει αμετάβλητη όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο 2.2 με το διάγραμμα 10 του ΟΟΣΑ, όπου για το 2016 η πλειοψηφία των συνολικών δαπανών προήλθε από ιδιωτικές πληρωμές, με την Ελλάδα να κατέχει από τις υψηλότερες θέσεις στις εν λόγω δαπάνες πράγμα οξύμωρο δεδομένης της φιλοσοφίας δημιουργίας του ΕΣΥ περί δημοσίου χαρακτήρα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Stokou et al, 2013).

Ο λόγος υψηλών ιδιωτικών δαπανών έγκειται στο γεγονός πως το κράτος αδυνατεί να παρέχει επαρκή ποσότητα και ποιότητα περίθαλψης και οι Έλληνες πολίτες είναι μόνιμα δυσαρεστημένοι από το δημόσιο σύστημα υγείας οπότε στρέφονται σε εξωτερικές ιδιωτικές υπηρεσίες ή μέσω άτυπων πληρωμών προσπαθούν να εξασφαλίσουν πρόσβαση και καλύτερη ποιότητα φροντίδας για τις δημόσιες. Το γνωστό σε όλους ‘φακελάκι’ αποτελεί πλέον παράδοση για τις δημόσιες υπηρεσίες κυρίως για χειρουργικές επεμβάσεις, λόγω αντίληψης της διαφθοράς που κυριαρχεί για το δημόσιο σύστημα και τη αντίληψή του ως μοναδικού μέσου εξυπηρέτησης από το δημόσιο, ενισχύοντας όμως με αυτό το τρόπο τη παρανομία και τη διαφθορά του συστήματος απειλώντας την οικονομική προσιτότητα στην περίθαλψη (Souliotis et al, 2015).

4.5 Μέτρα περιστολής των δαπανών

Φθάνοντας πλέον στην δεκαετία του 2010 και δεδομένης της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης που είχε εκδηλωθεί η οποία δεν άφησε ανεπηρέαστη και την νευραλγική οικονομία της χώρας, είχε ως αποτέλεσμα η Ελλάδα να μπει σε δημοσιονομική επιτήρηση λόγω του τεράστιου χρέους και ελλείματος που παρουσίαζε και με την υπογραφή μνημονίων τα οποία έθεταν ως κατεπείγουσα προτεραιότητα και ανάγκη τη μείωση των δημόσιων δαπανών για τη βιωσιμότητα της οικονομίας και από τους πρώτους τομείς-στόχους ήταν αυτός της υγείας, καθώς η κρίση ανέδειξε τις παθογένειες του εθνικού συστήματος υγείας και η εξυγίανση των δαπανών του αποτελούσε μονόδρομο (Γκέντζης, 2017).

Από τα πρώτα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν η προσπάθεια μείωσης των δαπανών μέσω περικοπών στη μισθοδοσία των εργαζομένων στην υγεία, πρόωρης συνταξιοδότησης του προσωπικού και παράλληλα αναστολής νέων προσλήψεων οδηγώντας σε ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού και υποστελέχωση του ΕΣΥ επιδεινώνοντας την ήδη ασθενική λειτουργία του σε καιρό αυξημένων αναγκών και ζήτησης οδηγώντας στην εξαθλίωσή του (Tyrovolas et al, 2018).

Επιπλέον στόχοι των πολιτικών εξορθολογισμού των δαπανών ήταν η μείωση των νοσοκομειακών δαπανών καθώς λόγω του κεντρικού ρολού που κατέχουν στη παροχή φροντίδας υγείας και εν απουσία αξιολόγησης της παραγωγικότητας τους απορροφούσαν υπέρογκο όγκο πόρων και κόστιζαν ακριβά στο ελληνικό δημόσιο χωρίς όμως την αναμενομένη αποτελεσματικότητα. Έτσι πραγματοποιήθηκαν αυθαίρετες μειώσεις στους προϋπολογισμούς τους, εν απουσία όμως διαπραγματεύσεων και σχετικών με τη διασφάλιση του συστήματος υγείας διατάξεων (Androutsou et al, 2011).

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα σύμφωνα με έκθεση του ΙΟΒΕ ήταν ιδιαίτερα υψηλή και για το 2009 αποτελούσε το 2,3% του ΑΕΠ επομένως εφαρμόστηκαν πολλαπλές μεταρρυθμίσεις οι οποίες θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω και πέτυχαν σημαντική περιστολή δαπανών καθώς μέσα σε πέντε έτη συντελέστηκε μείωσή τους στο 1,3% του ΑΕΠ.

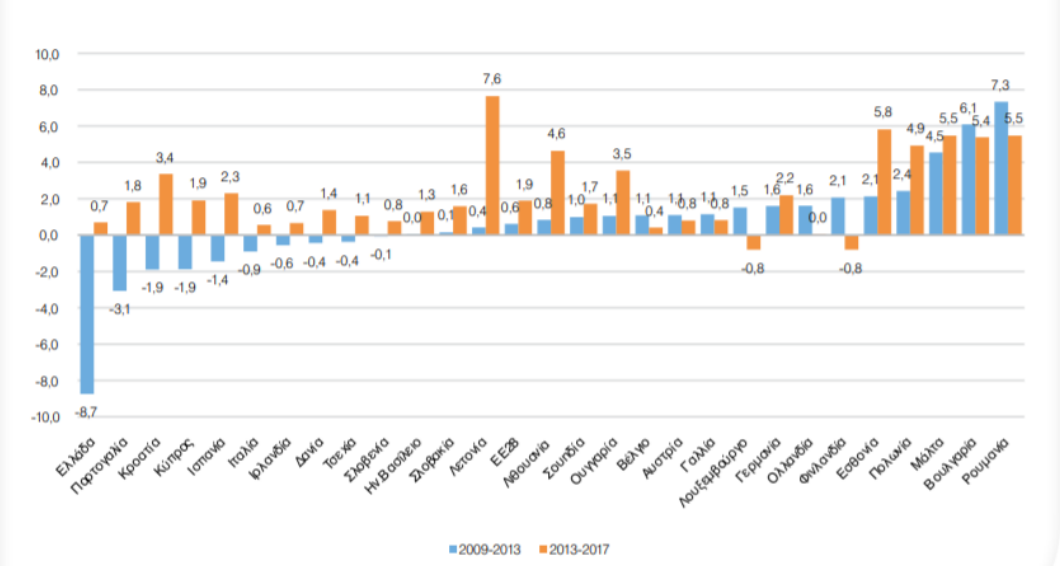
Πέρα από τη μείωση των δαπανών έγινε παράλληλα προσπάθεια αύξησης των εσόδων μεσώ της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος κυρίως όσον αφορά την φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Έτσι προτάθηκαν η αύξηση της συμμετοχής τους στα φάρμακα χρόνιων παθήσεων, η επιβολή 1€ για κάθε συνταγή, η συμμετοχή των 25€ για την εισαγωγή στα νοσοκομεία, και 5€ για εξυπηρέτηση από τα εξωτερικά ιατρεία. Όμως τα παραπάνω μέτρα εγκαταλείφθηκαν ή δεν εφαρμόστηκαν και ποτέ λόγω αντιδράσεων που δέχθηκαν ως προς την κοινωνική και οικονομική δικαιοσύνη τους (Niakas, 2014).

Εν αντιθέσει με τη προσπάθεια περιστολής των δημόσιων δαπανών για υγεία που συντελέστηκε τα έτη μετά τη κρίση, η ΕΕ ακολούθησε αντίθετη πορεία με μέση ετήσια αύξηση των εν λόγω δαπανών κατά 2,98%. Οι ελληνικές δημόσιες δαπάνες ανέκαθεν υπολείπονταν του μ.ό. της ΕΕ όμως η ψαλίδα πλέον όλο και μεγάλωνε καθώς από 6.6%

του ΑΕΠ που ήταν το ποσοστό των δημόσιων δαπανών για υγεία το 2010 έφθασε στο 4,6 το 2014 (Κουκουλάκη, 2019).

Η 'πετυχημένη' μείωση των δαπανών αποτέλεσε γεγονός για την Ελλάδα καθώς παρότι για το έτος 2009 κατείχε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά κατά κεφαλήν δημόσιας δαπάνης ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, με το πέμπτο μεγαλύτερο ρυθμό ετήσιας αύξησης (6,9% ενώ ο μ.ό. των υπόλοιπων χωρών ήταν κατά μ.ό. 4%), τα έτη που ακολούθησαν τη κρίση συντελέστηκε στην Ελλάδα η μεγαλύτερη μείωση του ετήσιου ρυθμού αύξησης της κατά κεφαλήν δαπάνης μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα του, καθώς η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη από 1.388€ το 2009 μειώθηκε σημαντικά σε 789€ επτά έτη αργότερα (Latsou and Geitona, 2018).

Διάγραμμα 18: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ για τα έτη 2009-2013 και 2013-2017



Πηγή: ΟΟΣΑ Health Statistics, 2018

4.6 Επιπτώσεις της κρίσης και της περικοπής των δαπανών

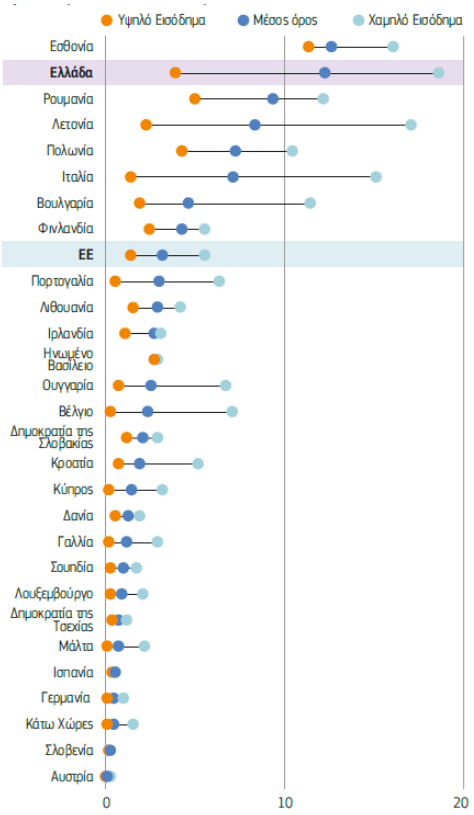
Όλα τα παραπάνω μέτρα σε συνδυασμό με το μεγάλο ποσοστό ανεργίας που μάστιζε τον ελληνικό πληθυσμό οδήγησε σε μεγάλη κρίση τόσο την υγεία των πολιτών όσο και το υγειονομικό σύστημα της χώρας. Η ανεργία αυξήθηκε κατακόρυφα τα έτη που ακολούθησαν την έναρξη της κρίσης και από 7,8% που ήταν το ποσοστό ανεργίας στον ενεργό πληθυσμό το 2008 εκτινάχθηκε στο 21,5% το 2017 (Latsou and Geitona, 2018).

Αποτέλεσμα ήταν η απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης σε μεγάλη μερίδα του πληθυσμού (~2,5 εκατ. πολίτες) και επομένως αδυναμία πρόσβασής τους στο σύστημα υγείας έως το 2016 που ψηφίστηκε η καθολική κάλυψη του πληθυσμού με το νόμο Ν.4368/2016 (Μπακόλα και συν., 2018).

Είναι προφανές πως η κρίση, τα μνημόνια, οι σημαντικές μειώσεις στις δαπάνες δημόσιας υγείας και κοινωνικής ασφάλισής και οι μειωμένοι πόροι είχαν δυσμενείς επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας των Ελλήνων πολιτών καθώς το οικονομικό βάρος μετατοπίστηκε σε αυτούς. Όμως η ιδιαιτερότητα του προβλήματος πλέον έγκειται στο γεγονός πως οι Έλληνες πολίτες δεν είχαν μόνο να αντιμετωπίσουν την ανεπάρκεια του δημόσιου συστήματος υγείας αλλά και την αδυναμία τους να ανταποκριθούν οικονομικά στην επιβεβλημένη από τη πολιτεία συμμετοχή τους τόσο σε φαρμακευτική όσο και νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς το εισόδημά τους μειώθηκε δραματικά. Εν ολίγοις η οικονομική κατάσταση και το επίπεδο υγείας ενός ατόμου είναι έννοιες αλληλένδετες και αντανακλώνται σε ποικίλους δείκτες σημαντικούς για την αξιολόγηση της υγείας όπως νοσηρότατα, προσδόκιμο ζωής, θνησιμότητα, προσβασιμότητα κ.α. (Κουκουλάκη, 2019).

Η παραπάνω κατάσταση με την αναμενόμενη κλιμάκωση των επιπτώσεων στα κοινωνικά στρώματα έπληξε ιδιαίτερα τα άτομα χαμηλού εισοδήματος, τα οποία αντί εν καιρώ κρίσης να προστατευτούν από τη πολιτεία ως πιο ευάλωτες ομάδες, αφέθηκαν να πληρώσουν το τίμημα των αλλεπάλληλων περικοπών στην υγεία. Αποτέλεσμα ήταν η αύξηση των ακάλυπτων αναγκών σχετικών με την υγεία όπως διατροφή, στέγη, αναζήτηση περίθαλψης και φαρμακευτικής αγωγής, με σημαντικές ανισότητες να σημειώνονται στον υγειονομικό χάρτη της χώρας. Όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα η Ελλάδα κατέχει από τις πρώτες θέσεις ανάμεσα σε χώρες της ΕΕ σε μη ικανοποιούμενες ανάγκες με σημαντικό χάσμα ανισότητας στην ικανοποίηση αναγκών συγκριτικά με το διαθέσιμο εισόδημα (Μπακόλα και συν., 2018).

Διάγραμμα 19: Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη αναλόγως το εισόδημα



Πηγή: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017

Για το 2017 οι ιδιωτικές δαπάνες αποτέλεσαν το 39,7% των συνολικών δαπανών με μόνο το 2,1% να αφορά ιδιωτική ασφάλιση και το μεγαλύτερο μερίδιο τους να αποτελούν τις άμεσες δαπάνες (Δημογέροντας και συν., 2017).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ το 2014 οι άμεσες δαπάνες οδήγησαν 1 στα 10 ελληνικά νοικοκυριά σε καταστροφικές δαπάνες και το για το 2015 αποτέλεσαν το 35% των συνολικών δαπανών έναντι του 15% που ήταν ο μ.ό. στην ΕΕ. Σύμφωνα με την έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το προφίλ της χώρας το 2017, η Ελλάδα κατέχει μια από τις υψηλότερες θέσεις καταστροφικών δαπανών ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ με αποτέλεσμα σε καιρό οικονομικών δυσκολιών και μειωμένου εισοδήματος να παρακωλύεται η προσβασιμότητα των φτωχότερων και ευάλωτων κυρίως ομάδων.

Οι εφαρμοθείσες πολιτικές περικοπών στις δημόσιες δαπάνες και η ιδιωτικοποίηση της υγείας που έλαβαν χώρα δέχθηκαν έντονη κριτική λόγω του μεγάλου ρίσκου που ελλοχεύουν για τη υγεία των πολιτών και υποστηρίχθηκε πως η κυβέρνηση έπρεπε να προχωρήσει σε αντικυκλική δημοσιονομική πολιτική, πολιτική δηλαδή αντίθετη της

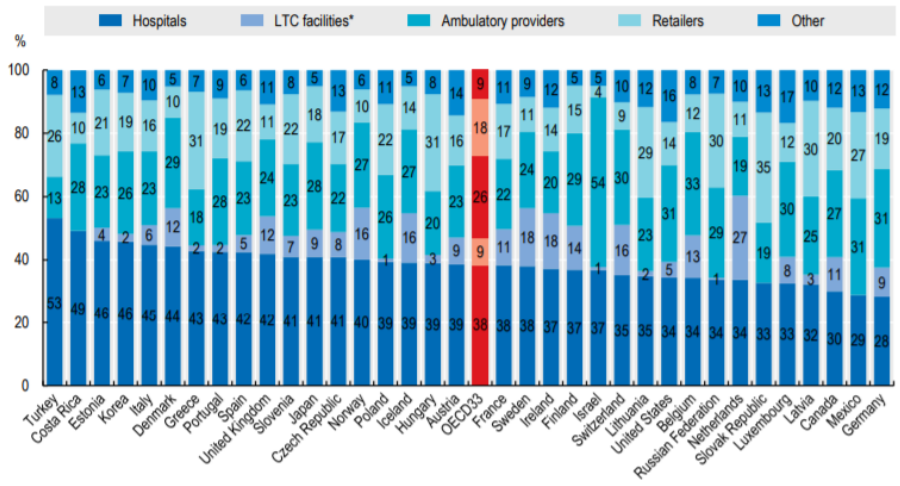
εφαρμοσθείσας (Kondilis et al, 2013), διατηρώντας ένας σταθερό ρυθμό ανάπτυξης των δαπανών (με ελεγχόμενο και αποδοτικό τρόπο που θα επιτρέπει την αξιολόγηση της απόδοσης των φορέων) και το οποίο θα φέρει με τη σειρά του την επιθυμητή οικονομική μεγέθυνση και επομένως και τη βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού με ευεργετικά αποτελέσματα εν τέλει για την υγεία και όχι μόνο (Καραμπλή και συν., 2014).

Επειδή οι δαπάνες στο τομέα της υγείας είναι απόρροια πολυποίκιλων παραγόντων, παρακάτω θα αναλυθούν οι δαπάνες στου κυριότερους τομείς δημιουργίας τους και τα αντίστοιχα μέτρα που ελήφθησαν για το περιορισμό τους.

4.7 Νοσοκομειακές

Δεδομένου ότι τα νοσοκομεία αποτελούν το κορμό του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας, οι νοσοκομειακές δαπάνες αποτελούν τη μερίδα του λέοντος των συνολικών δαπανών υγείας και η αποτελεσματικότητά τους αντανακλά την ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών των πολιτών, επομένως γίνεται αντιληπτός ο λόγος του μεγάλου όγκου πόρων που απορροφούν. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ για το έτος 2017, ο νοσοκομειακός τομέας στην Ελλάδα απορρόφησε το 43% των δαπανών για την υγεία έναντι 38% του μ.ό. του ΟΟΣΑ και η χώρα κατατάσσεται ανάμεσα στα πιο νοσοκομειοκεντρικά συστήματα υγείας.

Διάγραμμα 20: Δαπάνες υγείας ανά πάροχο, 2017

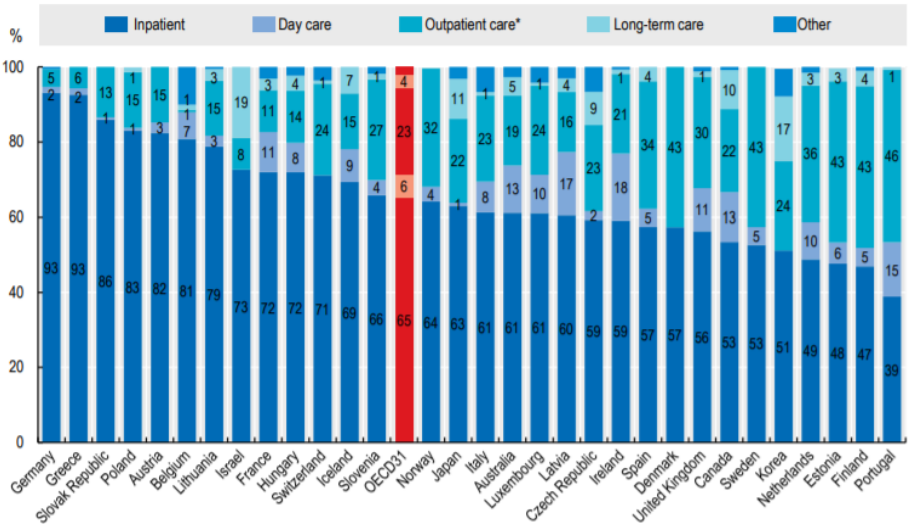


Πηγή: ΟΟΣΑ Health Statistics, 2019

Η κατάσταση που παρατηρήθηκε τις προηγούμενες δεκαετίες με ιδιαίτερα αυξημένες δαπάνες των νοσοκομείων και ιδιαίτερα οι ενδονοσοκομειακές, οδήγησαν με την κρίση και το ΠΟΠ στην ανάγκη αναδιάρθρωσης και άμεσης μείωσής τους. Το φαινόμενο σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ αυτό δεν παρατηρείται μόνο στην Ελλάδα καθώς οι αυξημένες νοσοκομειακές δαπάνες είναι ανησυχητικό πεδίο για πολλές χώρες και η μέτρηση αποδοτικότητας και παραγωγικότητάς τους μέσω δεικτών αποτελεί βασικό μέλημα για τη πολιτική υγείας, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η αύξηση αυτή συμβάλλει ή όχι στην αποτελεσματικότητα και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού ή αποτελούν αντιπαραγωγικές δαπάνες.

Όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα του ΟΟΣΑ η πλειοψηφία των χωρών δίνει έμφαση στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη όμως η Ελλάδα απέχει σημαντικά από το μ.ό. του ΟΟΣΑ, με το 93% των νοσοκομειακών δαπανών να αφορά νοσηλεία εντός μονάδας έναντι 65% μ.ό. του ΟΟΣΑ για το 2017, με αποτέλεσμα να αποτελέσει βασικό πυλώνα μεταρρύθμισης στην προσπάθεια περικοπής των νοσοκομειακών δαπανών.

Διάγραμμα 21: Δαπάνες Υγείας ανά τύπο υπηρεσίας, 2017

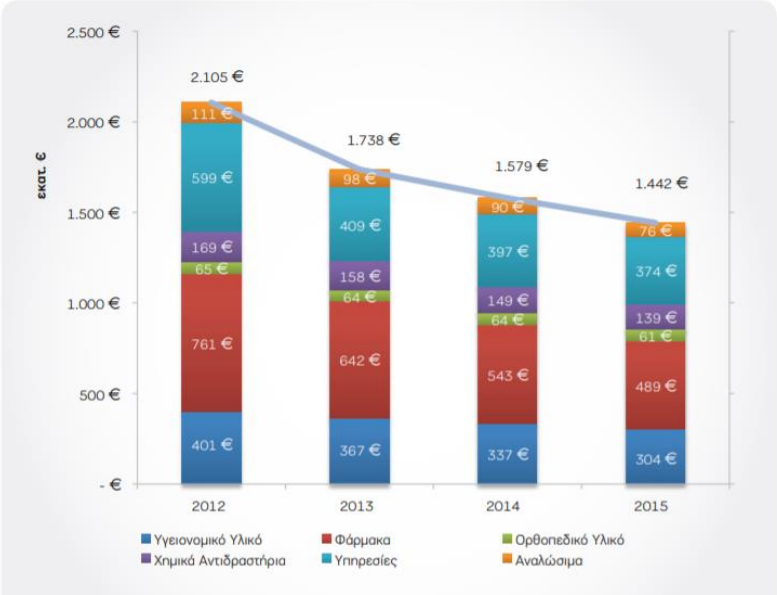


Πηγή: ΟΟΣΑ Health Statistics, 2019

Οι δαπάνες ενός νοσοκομείου μπορούν να χωριστούν σε τρεις κύριες κατηγορίες· τις ανελαστικές δαπάνες για μισθοδοσία, δαπάνες για αγορά φαρμάκων, υγειονομικού υλικού κλπ. και γενικές δαπάνες που αφορούν καθαριότητα, ΔΕΚΟ κ.λπ. (Ξανθής, 2015).

Για το έτος 2015 διαμορφώθηκαν οι πρώτες στο 55% και οι δεύτερες στο 35% με το μεγαλύτερό μέρος αυτών σύμφωνα με το ΙΟΒΕ να αποτελεί η φαρμακευτική δαπάνη (34%) και έπειτα οι υπηρεσίες και η αγορά υγειονομικού υλικού.

Διάγραμμα 22: Εξέλιξη Νοσοκομειακής Δαπάνης (ΕΣΥ) 2012-2015 (εκατ. €)



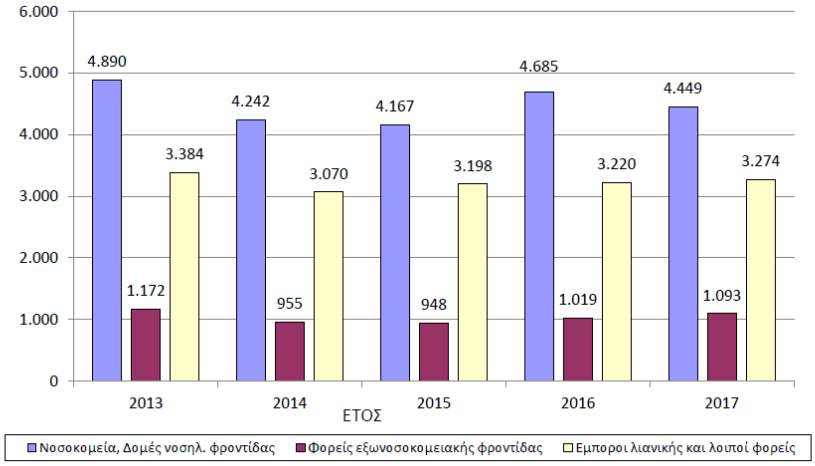
Πηγή: ΙΟΒΕ, 2016

Από τη δεκαετία του ‘70 η Ελλάδα παρουσίαζε μεγάλο μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης των δημόσιων δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη (24%) ενώ οι συνολικές υγειονομικές δαπάνες παρουσίαζαν μικρότερο με ποσοστό ~19,5% (Yfantopoulos et al, 2017). Από τη σύσταση του ΕΣΥ και έπειτα η διόγκωση του νοσοκομειακού τομέα λόγω αθρόας εισροής δυναμικού και αγοράς υψηλής τεχνολογίας συνέβαλε σημαντικά στην διόγκωση των δαπανών. Το 1991 τα νοσοκομεία απορρόφησαν το 63,5% των δημόσιων δαπανών και κατά τα έτη 1997-2007 οι νοσοκομειακές δαπάνες αυξανόντουσαν με ένα σταθερό ρυθμό 6,6%, που αποτέλεσε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αύξησης ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ (Γείτονα και Υφαντόπουλος, 1995, Γείτονα, 2001).

Παρολ’ αυτά η αύξηση αυτή στις δαπάνες δεν έφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα καθώς οι Έλληνες πολίτες παρέμεναν δυσαρεστημένοι από τη παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης, με αποτέλεσμα οι δαπάνες να είναι αντιπαραγωγικές και να εξυπηρετούν άλλα συμφέροντα (Mitropoulos et al, 2012).

Για το έτος 2009, προ κρίσης, οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες σύμφωνα με τον ΙΟΒΕ έφτασαν τα 8,5 δις και αποτέλεσαν το 2,9% του ΑΕΠ όμως με τις μεταρρυθμίσεις και τους περιορισμούς στις δαπάνες που εφαρμόστηκαν και θα αναφερθούν παρακάτω και κατά το διάστημα 2012-2015, η νοσοκομειακή δαπάνη μειώθηκε κατά -31,5% και γενικότερα πλην του έτους 2016 παρουσιάζουν μια καθοδική πορεία όσον αφορά τη δημόσια χρηματοδότησή τους όπως βλέπουμε και το παρακάτω διάγραμμα της ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Διάγραμμα 23: Κατανομή χρηματοδότησης δαπανών υγείας στους προμηθευτές, 2013-2017 (εκατ. €)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ΣΛΥ 2017

Τα μέτρα που ελήφθησαν και οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα προκειμένου να αλλάξει το εν λόγω σκηνικό υπέρογκων και μη αποτελεσματικών δαπανών ήταν πολυάριθμα και αφορούσαν πολλούς κλάδους όπως αλλαγές στο σύστημα αποζημίωσης, προμηθειών καθώς και πιο οριζόντια μέτρα με προτάσεις συγχωνεύσεων.

Αρχικά το 2013 προτάθηκε η μείωση των κλινών και ορισμένων νοσοκομειακών μονάδων μέσω συγχωνεύσεων ώστε να εξοικονομηθεί κότσος και να μειωθούν οι δαπάνες όμως τα μέτρα αυτά δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ουσιαστικά πέρα από μια ‘δοκιμαστική’ εφαρμογή τους σε κάποια νοσοκομεία όπου παρατηρήθηκε μεν μια μικρή μείωση εξόδων χωρίς όμως αυτά να αφορούν λειτουργικές δαπάνες (Μπακόλα και συν., 2018).

Επιπλέον αποφασίστηκε και συντελέστηκε μείωση της ΜΔΝ καθώς οι ημέρες νοσηλείας επηρεάζουν το κόστος και σχετίζονται άμεσα με την αύξηση δαπανών. Η απόφαση στηρίχθηκε και σε δεδομένα όπου αποδείκνυαν πως η αύξηση στη ΜΔΝ δεν σχετίζεται πάντοτε θετικά με την ποιότητα περίθαλψης καθώς πολλά νοσοκομεία με μειωμένη ΜΔΝ είχαν καταγράψει καλύτερη αποδοτικότητα και παραγωγικότητα (Ξανθής, 2015).

Επιπλέον όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο 3.2 τροποποιήθηκε ο τρόπος αποζημίωσης των νοσοκομείων από πληρωμή per diem σε ΚΕΝ. Τα ΚΕΝ αφορούν την ελληνική μορφή των διεθνών χρησιμοποιούμενων DRG's και υιοθετήθηκαν το 2012 σε μια προσπάθεια μείωσης των δαπανών και του μέσου αναμενόμενου κόστους νοσηλείας. Το εν λόγω σύστημα παρέχει κίνητρα αποδοτικότητας και αύξησης της παραγωγικότητας συμβάλλοντας στην αλλαγή της κατάστασης και σε συνδυασμό με την ίδρυση της Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων- ΕΣΑΝ, της οποίας ρόλος είναι να πραγματοποιεί μελέτες ανάπτυξης και κοστολόγησης, συνέβαλλαν στον έλεγχο των δαπανών και μείωσης του κόστους νοσηλείας, ενίσχυσαν τη διαφάνεια και την αποδοτικότητα και απέτρεψαν ακούσιες συμπεριφορές.

Τα εν λόγω επιχειρήματα και ειδικά το νέο σύστημα αμοιβών βάσει των Ομοιογενών Διαγνωστικών Ομάδων, είχαν αρκετά προβλήματα στην αρχή δημιουργίας τους με αδύναμη δομή και σύσταση ως προς τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας και χρειάστηκαν αρκετές τροποποιήσεις προκειμένου τελικά να ανταποκριθούν στα ελληνικά δεδομένα. Επιπλέον η αδυναμία του ΕΟΠΠΥ ως μοναδικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας να ανταπεξέλθει στις οικονομικές υποχρεώσεις του δεν άλλαξε ιδιαίτερα το σκηνικό των μακροχρόνιων και μεγάλων ελλειμμάτων των νοσοκομείων λόγω χρηματοδότησης, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα τους σε καιρό αυξημένης ζήτησης και αναγκών και εν τέλει αδυναμία συγκράτησης των δαπανών στο επιθυμητό επίπεδο (Μπακόλα και συν., 2018).

Ακόμη ένα μεγάλο αγκάθι στα δημοσιονομικά ενός νοσοκομείου αποτελεί το σύστημα προμηθειών. Ένδειξη ύπαρξής ενός κακοστημένου συστήματος προμηθειών αποτέλεσε η καταδίκη της χώρας από το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ως προς τη νομιμότητα και γενικότερα το τρόπο διεξαγωγής των διαδικασιών προμήθειας. Η πραγματικότητα αυτή με τις παρατυπίες και τις σπατάλες, επηρέαζε σημαντικά τη λειτουργικότητα και αποδοτικότητα των νοσοκομείων γι' αυτό αποτέλεσε βασική

παράμετρο στις μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν μετά το ξέσπασμα της οικονομικής έκκρισης το 2010 (Γκέντζης, 2017).

Πρώτο μέτρο ήταν το ίδιο έτος και μέσω νομοθετικών ρυθμίσεων, η ενίσχυση του ρόλου της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) η οποία είχε συσταθεί το 2007, με σκοπό το στρατηγικό προγραμματισμό της διαδικασίας προμηθειών. Η ΕΠΥ μεριμνά για την εξασφάλιση της επιθυμητής και αναγκαίας ποσότητας προϊόντων, αποφεύγοντας τις σπατάλες και τις υπερβολές στο κόστος από τα νοσοκομεία. Προκειμένου να επιτευχθεί ο έλεγχος συντελέστηκε προσπάθεια μηχανογράφησης των διαδικασιών, προϊόντων και προμηθευτών, γεγονός που στην Ελλάδα εκλείπει σε σημαντικό βαθμό, ώστε να συντελούνται πιο γρήγορα και αποτελεσματικά οι απαιτούμενες προς την αποζημίωση των προμηθευτών διαδικασίες.

Παρακλάδι της ΕΠΥ αποτελεί και το Παρατηρητήριο Τιμών Υγείας, το οποίο αποτελεί μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων με πληροφορίες σχετικές με το κόστος και τα χαρακτηριστικά των προϊόντων. Ο ρόλος του αφορά τη συλλογή στοιχείων και τιμών όλων των προϊόντων και ειδών προμηθειών και ανάρτηση στην βάση δεδομένων της χαμηλότερης τιμής από προμηθευτή καθώς και συνοδών χαρακτηριστικών των προϊόντων προς κοινοποίηση τους στα νοσοκομεία ώστε να επιτυγχάνεται διαπραγμάτευση μεταξύ των φορέων. Εν ολίγοις με αυτόν τον τρόπο τίθεται ένας φραγμός στις υψηλές τιμές που έθεταν οι προμηθευτές, με καθορισμένο εύρος τιμών για κάθε κατηγορία προμηθειών που βρίσκεται και σε συμφωνία με ισχύουσες τιμές στην ΕΕ. Εν τούτοις και σε αυτό το εγχείρημα συναντήθηκαν εμπόδια τα οποία αφορούσαν κυρίως λειτουργικά προβλήματα με την ηλεκτρονική βάση δεδομένων καθώς και τις ενστάσεις που διατυπώθηκαν όσον αφορά την ρεαλιστικότητα ανταπόκρισης των τιμών στην αγορά καθώς και τη ποιότητα των προϊόντων. Παρολ' αυτά αποτέλεσαν μέτρα που συνέβαλλαν στον εξορθολογισμό της αγοράς των προϊόντων ιατροτεχνολογικής φύσεως και περιόρισαν τις άσκοπες δαπάνες (Ξανθής, 2015).

Τέλος προς ενίσχυση της διαφάνειας των δαπανών συντελέστηκαν αλλαγές που αφορούσαν την εισαγωγή πληροφοριακής τεχνολογίας, την εφαρμογή διπλογραφικού λογιστικού συστήματος καθώς και δημοσίευση των ετήσιων ισολογισμών των νοσοκομείων.

4.7.1 Προτάσεις για βελτίωση

Πάρα τις παραπάνω μεταρρυθμίσεις τα πληροφοριακά σύστημα στη χώρα μπορούν να ενισχυθούν περαιτέρω ώστε να επιτρέπουν τη διασύνδεση των δομών και των φορέων υγείας προς μείωση χρόνου, κόστους και αύξησης της ποιότητας φροντίδας. Η ΠΦΥ πρέπει να αναπτυχθεί και να προαχθεί ο ρόλος της προκειμένου να μειωθεί ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας της χώρας και η έμφαση που δίνεται στη θεραπεία έναντι στη πρόληψη καθώς έτσι αυξάνεται η ανάγκη για περίθαλψη και επομένως και τους κόστους νοσηλείας (Giovanis et al, 2014).

Τέλος η υιοθέτηση και εφαρμογή της μεθόδου των «Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας», ή αλλιώς DEA μπορεί να συμβάλει στον υπολογισμό της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων και να διακρίνει τις αποδοτικές από τις μη αποδοτικές μέσω συγκριτικής αξιολόγησης ομοειδών μονάδων (Androutsou et al., 2011).

Η σύγκριση εισροών και εκροών που προσφέρει θα συμβάλει στην ορθή κατανομή και χρησιμοποίηση πόρων καθώς και στην αξιολόγηση της λειτουργίας της εν λόγω μονάδας και τη διαχρονική εξέλιξη της αποδοτικότητας, ειδικά για τα ελληνικά νοσοκομεία που απέτυχαν παταγωδώς στην επίτευξη αποδοτικότητας και παραγωγικότητας με μειωμένη ικανοποίηση ασθενών (Dimas et al., 2012).

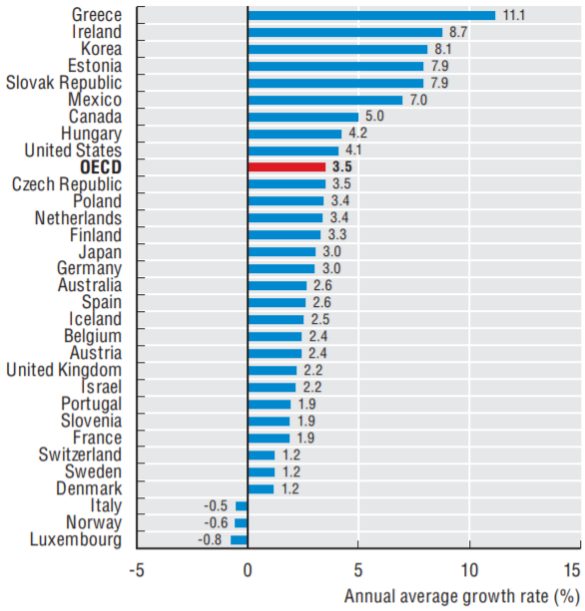
Οι παραπάνω μεταρρυθμίσεις συνέβαλαν εν μέρει στον εξορθολογισμό των δαπανών χωρίς να επιτύχουν πλήρη αποδοτικότητα και ορθή κατανομή πόρων όμως επηρέασαν αρνητικά την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών καθώς οι μειωμένοι πόροι δημόσιας χρηματοδότησης μείωσαν σημαντικά την αποτελεσματικότητα των δημόσιων νοσοκομείων τα οποία είχαν αυξημένη ζήτηση εν καιρώ κρίσης και οι πολίτες παρά την απροθυμία τους και την οικονομική τους στενότητα προέβησαν σε ιδιωτικές πληρωμές, ενισχύοντας ανισότητες κοινωνικής και οικονομικής φύσεως και οδηγώντας σε καταστροφικές δαπάνες τη πλειοψηφία των φτωχότερων νοικοκυριών (Ξανθής, 2015).

4.8 Φαρμακευτικές δαπάνες

Οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούν ένα παρακλάδι των συνολικών δαπανών για την υγεία, όμως αποτέλεσε βασικό πυλώνα των μεταρρυθμίσεων που συντελέστηκαν προς την εξυγίανση των δημοσιονομικών στο τομέα της υγείας.

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα παρουσίαζε όλα τα έτη προ κρίσης μια διαρκή ανοδική πορεία με τη μέση ετήσια αύξηση της κατά τα έτη 2006-2009, να κυμαίνεται στο 11,73% σε αντίθεση με το μ.ό. της ΕΕ-15 που ήταν 5,21%. Το έτος 2009 η φαρμακευτική δαπάνη άγγιξε το 2,4% του ΑΕΠ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο μ.ό. των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 1,5% και το μεγαλύτερο μέρος αυτού, να αφορά δημόσιες δαπάνες (Geitona, 2012). Υψηλή θέση κατείχε και ως προς τις δημόσιες κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες όπως δείχνει το παρακάτω διάγραμμα του ΟΟΣΑ με το μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης το διάστημα 2000-2009 στο 11,1%, δηλαδή σχεδόν τριπλάσιο του μ.ό. ΟΟΣΑ (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015).

Διάγραμμα 24: Αύξηση των πραγματικών κατά κεφαλή φαρμακευτικών δαπανών, 2000-2009



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health at a Glance 2011

Όμως με την Ελλάδα να πρέπει να μειώσει το έλλειμα και να καταστήσει το χρέος βιώσιμο, ήταν επιτακτική η περικοπή των συνολικών δημόσιων δαπανών και η ένταξη της στο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής επίτασσε την άμεση μείωση των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών.

Προκειμένου λοιπόν να πραγματοποιηθεί ο εξορθολογισμός του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης λήφθηκαν πολλαπλά μέτρα προκειμένου να αυξηθεί η αποδοτικότητα και η περιστολή των φαρμακευτικών δαπανών (Μπακόλα και συν., 2018).

Ένα από τα πρώτα μέτρα μείωσης των εν λόγω δαπανών, αφορούσε την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με τον νόμο του Ν.3892/2010 *«Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων»* και εισαγωγή σε αυτήν θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων καθώς και καθορισμός πλαφόν για τους ιατρούς προς έλεγχο του όγκου των παραπεμπτικών σε αγαθά και υπηρεσίες (φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις). Σε αυτή εντάχθηκαν όλα τα ασφαλιστικά ταμεία (και αργότερα ΕΟΠΥΥ) και το μέτρο αυτό συνέβαλλε στην διαφάνεια των ιατρικών υπηρεσιών, στην αύξηση της αποδοτικότητας και έλεγχο των δαπανών ή σωστότερα σπαταλών, στη πηγή του προβλήματος δημιουργίας τους (Γκέντζης, 2017).

Επιπλέον προωθήθηκε η χρήση γενόσημων έναντι πρωτότυπων φαρμάκων που έως τότε είχε παραγκωνισθεί, με τη μέγιστη τιμή του πρώτου να ανέρχεται εν τέλει στο 40% του δεύτερου, καθιστώντας δελεαστική τη τιμή τους και άρα την επιλογή τους από τους ασθενείς. Ως επακόλουθο μειώθηκε και η τιμή των πρωτότυπων φαρμάκων και εισήχθη ανταγωνισμός στην αγορά. Επανήλθε η θετική λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων που δικαιούνται επιστροφή καθώς και θέσπισης αρνητικής λίστας και δημοσίευση αυτών που δεν συνταγογραφούνται (Κοκκινέλη, 2014).

Τα τελευταία μέτρα συνέβαλλαν και στο περιορισμό του κέρδους από τους παράγωγους και φαρμακευτικές εταιρείες καθώς και των ενδιάμεσων, δηλαδή των εμπόρων και φαρμακοποιών, αφού το κέρδος τους εξαρτάται άμεσα από την αποζημίωσή τους από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και άρα από τις εν λόγω λίστες που τη καθορίζουν (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015).

Ακόμη μια αλλαγή αφορούσε την αλλαγή του συστήματος τιμολόγησης των φαρμάκων με το καθορισμό της να πραγματοποιείται βάσει των τριών χαμηλότερων τιμών της ΕΕ-22, με άρση των πλαφόν, τα οποία είχαν επιβληθεί το 2010 στις μέγιστες μεταβολές τους (Κοκκινέλη, 2014).

Επιπρόσθετη μεταρρύθμιση σχετικά με φάρμακα υψηλού κόστους για συγκεκριμένες νόσους αποφασίστηκε με το νόμο Ν.3816/2010, όπου τελέστηκε αλλαγή στην αποζημίωση και διακίνησή τους. Πιο συγκεκριμένα τα φάρμακα που αφορά η εν λόγω αλλαγή είναι αυτά που προέρχονται από το εξωτερικό και είναι υψηλού κόστους, αυτά που δεν περιλαμβάνονται στο θετικό κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων και είναι εκτός προκαθορισμένων ενδείξεων. Ο ΕΟΠΥΥ έπειτα από τη συνταγογράφησή τους αποφασίζει μέσω ύπαρξης συστήματος ηλεκτρονικής προέγκρισης και διοικητικού συμβουλίου, την έγκριση και αποζημίωσή τους ή όχι και η διάθεσή τους γίνεται πλέον από το 2015 αποκλειστικά από τα φαρμακεία του οργανισμού, των νοσοκομείων και μονάδων υγείας του για τη περιφέρεια και όχι από κοινά φαρμακεία.

Ακόμη ένας τρόπος μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ήταν η αύξηση της συμμετοχής των πολίτων σε αυτή με τους εξής τρόπους:

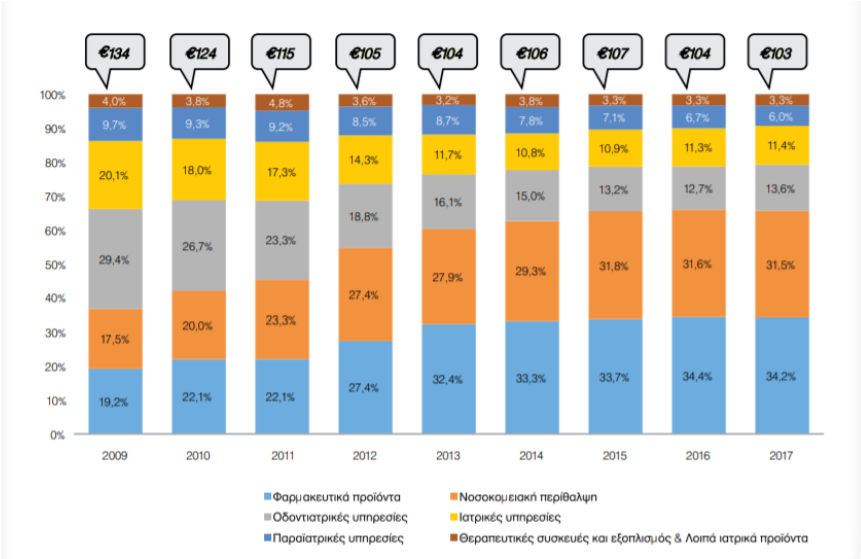
- Όσον αφορά τα αποζημιούμενα φάρμακα η συμμετοχή μπορεί να αφορά στη θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενούς, η οποία ποικίλει από 0-25% της προβλεφθείσας αποζημιούμενης τιμής καθώς και στη διαφορά που ίσως προκύψει σε περίπτωση επιλογής φαρμάκου με υψηλότερη τιμή από τη τιμή αποζημίωσης (ΙΟΒΕ, 2018).
- Όσον αφορά λοιπές ιδιωτικές δαπάνες αυτές μπορεί να προκύπτουν λόγω μη συνταγογραφούμενου φαρμάκου δηλαδή χωρίς δυνατότητα αποζημίωσης από κάποιον φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή λόγω ένταξης τους στην αρνητική λίστα ή επειδή παρόλο που ένα φάρμακο δύναται να συνταγογραφηθεί ο ασθενής δεν το έκανε και επωμίζεται εξ ολοκλήρου το κόστος του (Μπακόλα και συν., 2018).

Όλες οι παραπάνω κατηγορίες αφορούν τις ιδιωτικές δαπάνες και τα επόμενα έτη των μεταρρυθμίσεων καταλάμβαναν όλο και μεγαλύτερο ποσοστό στις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες. Έως το 2015 οι ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα αφορούσαν το 7,5% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών σε αντίθεση με το 2009 που το ποσοστό ήταν στο 6,5%. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη μείωση στη μηνιαία

δαπάνη των νοικοκυριών για υγεία (-21% από 2009 έως 2015) αντικατοπτρίζουν την αδυναμία των νοικοκυριών να ανταπεξέλθουν στο κόστος και στη κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών με αποτέλεσμα να αποτελούν πλέον σε συνδυασμό με τις δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη καταστροφικές δαπάνες για τα νοικοκυριά (IOBE, 2016).

Η παραπάνω κατάσταση με μετακύλιση του κόστους από το δημόσιο στον ασφαλισμένο πολίτη οδήγησε σε έντονη κριτική καθώς παρατηρήθηκε αύξηση των άτυπων πληρωμών και όξυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων με αδυναμία των κατώτερων στρωμάτων να εξασφαλίσουν τις ανάγκες τους σε φαρμακευτική περίθαλψη εγείροντας ερωτήματα ως προς την πρόσβαση και δωρεάν παροχή υγείας (Niakas, 2014).

Διάγραμμα 25: Κατανομή των δαπανών υγείας για τα ελληνικά νοικοκυριά



Πηγή: IOBE, 2018

Τέλος ακόμη ένα μέτρο που μείωσε σημαντικά τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ήταν η επιβολή μηχανισμών αυτόματης επιστροφής, η εφαρμογή των rebate και clawbacks, δηλαδή η είσπραξη υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων από φαρμακευτικές εταιρείες και τη βιομηχανία φαρμάκων γενικότερα. Έτσι τα έσοδα αυξήθηκαν και επιτεύχθηκε πιο ορθολογική οικονομική συμπεριφορά των τελευταίων με τήρηση των προϋπολογισμών (Κοκκινέλη, 2014).

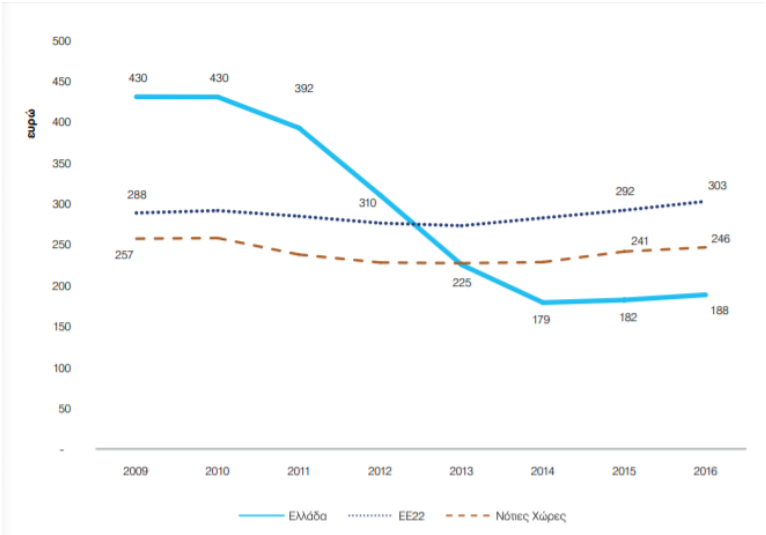
Τα παραπάνω μέτρα φαίνεται να ήταν αρκετά αποτελεσματικά στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία καθώς από το 2009 και έπειτα παρουσίασαν μια σταθερά μειωμένη πορεία και σε διάστημα τριών ετών από το 2009-2012 εξοικονομήθηκαν 2,5 δις ευρώ.

Η αυξημένη συμμετοχή των ασθενών και φαρμακοβιομηχανίας, προκειμένου να συμπληρώνεται η φαρμακευτική δαπάνη στο επιθυμητό επίπεδο, είχε ως αποτέλεσμα την μείωση της δημόσιας εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία το 2009 ήταν 5,1 δις ενώ πιο πρόσφατα για τα έτη 2018-2019 ανήλθε στα 1,9 δις, δηλαδή συντελέστηκε μείωση της τάξης του -61,8%. Παρόμοιο είναι το σκηνικό και για τη δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, στην οποία από το έτος 2015 έως 2018 συντελέστηκε μείωση κατά -31% και εξοικονομήθηκαν 234 εκατομμύρια ευρώ μέσω εφαρμογής κλειστών προϋπολογισμών και επιβάρυνσης της βιομηχανίας φαρμάκων κατά 436 εκατομμύρια μέσω rebates και clawbacks (Niakas, 2014).

Σύμφωνα με έκθεση του ΙΟΒΕ για τη φαρμακευτική αγορά του 2018, για τα έτη 2009-2016 η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, δηλαδή το τελικό ποσό για φάρμακα που καταβάλλεται από όλους τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης αφαιρώντας τα ποσά από rebate και clawbacks, μειώθηκε κατά -62%.

Ενδεικτικό της αποτελεσματικότητας της μείωσης των δαπανών αποτελεί και το γεγονός πως ενώ η Ελλάδα για το έτος 2009 κατείχε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά για κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ ενώ τα επόμενα έτη συντελέστηκε δραματική μείωση όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.

Διάγραμμα 26: Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα αναλώσιμα



Πηγή: ΙΟΒΕ, Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2018

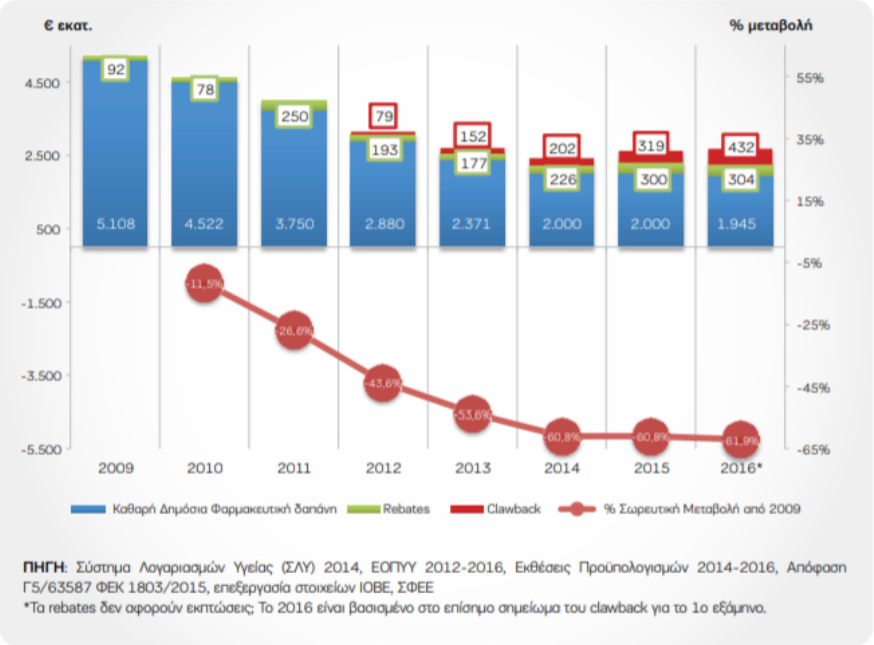
Το 2016 η Ελλάδα βρίσκεται κάτω από το μ.ό. της ΕΕ-22 για τη δημόσια κατά κεφαλή δαπάνη όμως κατέχει μια από τις υψηλότερες θέσεις στην ιδιωτική με 171€. Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΟΒΕ έως και το 2016, οι συνολικές δαπάνες για φάρμακα και αναλώσιμα μειώθηκε κατά -37,5%, εκ των οποίων οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν κατά -58,7% ενώ οι ιδιωτικές αυξήθηκαν κατά μισό δις. Παράλληλα με τις ιδιωτικές αυξήθηκαν και η συμμετοχή της βιομηχανίας στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη με το έτος 2016 να φτάνει περίπου στο 27,5% έναντι 8,6% που ήταν το 2012, μέσω των μηχανισμών rebates και clawbacks.

Πίνακας 5: Συμμετοχή Βιομηχανίας στη φαρμακευτική δαπάνη 2012-2016

Έτος	Rebates φαρμ/κης βιομηχανίας	Clawback φαρμ/κης βιομηχανίας	Συνολική επιβάρυνση (a)	Προϋπολογισθείσα Δημόσια Φαρμ/κη δαπάνη (b)	% συμμετοχής φαρμ/κης βιομηχανίας στη δαπάνη
2012	€193 εκατ.	€78 εκατ.	€271 εκατ.	€2.880 εκατ.	8,6%
2013	€177 εκατ.	€153 εκατ.	€330 εκατ.	€2.371 εκατ.	12,2%
2014	€226 εκατ.	€ 204 εκατ.	€430 εκατ.	€2.000 εκατ.	17,6%
2015	€300 εκατ.	€319 εκατ.	€619 εκατ.	€2.000 εκατ.	23,6%
2016**	€304 εκατ.	€432 εκατ.	€736 εκατ.	€1.945 εκατ.	27,5%

Πηγή: ΙΟΒΕ, Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2018

Διάγραμμα 27: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2009-2016



Πηγή: ΙΟΒΕ, Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2018

Παρά την αδιαμφησβήτητη πρόοδο που συντελέστηκε στη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, η θέση της Ελλάδας παραμένει ακόμα αρκετά υψηλή αναμεσά στις χώρες του ΟΟΣΑ καθώς σύμφωνα με πρόσφατη έκθεσή του, αποτελούν το 27,3% των συνολικών δαπανών για υγεία (4η θέση) και το 2,2% του ΑΕΠ (2η υψηλότερη θέση) για το 2017.

Εν κατακλείδι τα μέτρα που ελήφθησαν κατακρίθηκαν από τη πλειονότητα πως ήταν κυρίως οριζόντιου μη ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα χωρίς προσεκτική μελέτη του τρόπου επίδρασης των εν λόγω μεταρρυθμίσεων στον ασφαλισμένο με αποτέλεσμα συχνά να παρεμποδίζεται η δίκαιη, καθολική και ποιοτική παροχή φροντίδας και η προαγωγή υγείας.

4.9 Δαπάνες Τεχνολογίας

Ανάμεσα στους παράγοντες που επηρέασαν την αύξηση των δαπανών για υγεία ήταν και αυτός της τεχνολογίας. Αποτελεί βασικό και κοινώς αποδεκτό προσδιοριστικό παράγοντα αύξησης των δαπανών στην υγεία λόγω της τεχνολογικής προόδου και

αλλαγής που συντελέστηκε τα τελευταία εξήντα έτη στο συγκεκριμένο τομέα. Η αναγκαιότητα υιοθέτησης των νέων τεχνολογιών από τις εκάστοτε πολιτικές υγείας οδήγησε σχεδόν όλες τις ανεπτυγμένες χώρες μεταπολεμικά στην ραγδαία αύξηση του ρυθμού αύξησης των δαπανών, καθώς τα ευεργετικά της αποτελέσματα στην αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της βελτίωσης του επιπέδου ζωής είναι αδιαμφησβήτητα (Dimas et al., 2012).

Σε περιόδους μεγάλης οικονομικής ανάπτυξης και ειδικότερα κατά τις δεκαετίες του ‘80 και ‘90, ο ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ σχετίζεται θετικά με την απόκτηση νέας τεχνολογίας, η οποία όμως προϋπόθετε συγκεκριμένο εξοπλισμό, υποδομές και την απασχόληση ή πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού προκειμένου να μπορεί να τη χειριστεί. (Χατζηπουλίδης, 2004, Γείτονα και Υφαντόπουλος, 1995). Η διάχυση όμως της δαπανηρής αλλά ταυτόχρονα αναγκαίας νέας τεχνολογίας δεν συνοδεύτηκε με την υιοθέτηση σύγχρονων μηχανισμών και κριτηρίων αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας, πχ την θέσπιση φορέων Health Technology Assessment (HTA) (Geitona, 2005, Κυριόπουλος και Γείτονα, 2007). Επιπρόσθετα, η σωστή διαχείριση και κατανομή της τεχνολογίας υγείας αποτέλεσε εμπόδιο στην επίτευξη αποδοτικότητας και αύξησης παραγωγικότητας λόγω άγνοιας χειρισμού και αξιοποίησης των νέων τεχνολογιών (Androutsou et al, 2011).

Όλα τα παραπάνω συνόδευαν και ένα διόλου ευκαταφρόνητο κόστος που σε συνδυασμό με την αυξημένη ζήτηση τους, λόγω των πλεονεκτημάτων που παρείχαν στη διάγνωση και θεραπεία, τόσο από τους ασθενείς όσο και από ιατρούς οδήγησαν σε αύξηση του μέσου αναμενόμενου κόστους και επομένως των συνολικών δαπανών για υγεία.

Εδώ εμπίπτει και ο ρόλος της ασφάλισης καθώς αυτή καθορίζει το βαθμό πρόσβασης και χρησιμοποίησής τους από τους πολίτες. Με την διαρκή τεχνολογική πρόοδο αναθεωρούνται και ισχύουν νέα μέτρα και σταθμά που ορίζουν πλέον την πλήρη και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, επομένως η απόκτησή τους από τους αρμόδιους φορείς αποτελεί πλέον μονόδρομο (Καραμπλή και συν., 2014).

Συμπληρωματικά με το ρόλο της ασφάλισης δρα και η επιλογή μεθόδου αποζημίωσης των προμηθευτών τους καθώς όπως αναφέρθηκε νωρίτερα στο κεφάλαιο 3 το αναδρομικό σύστημα που είχε υιοθετήσει η χώρα μας από πολλά έτη και μέχρι πρόσφατα ευνόησε την προκλητή ζήτηση και αύξηση των δαπανών.

Ορισμένοι ειδικοί σύμφωνα με τη μεθοδολογία του υπολοίπου (δηλαδή τον υπολογισμό του ρυθμού αύξησης των δαπανών από μη μετρήσιμους παράγοντες όπως η τεχνολογία) απέδωσαν στην τεχνολογική αλλαγή ποσοστό συμμετοχής στην αύξηση των υγειονομικών δαπανών έως και 50%.

Στην Ελλάδα η απορρόφηση σύγχρονης, υψηλής τεχνολογίας τις προηγούμενες δεκαετίες (κυρίως 1980-1990) καθώς και η απουσία ελέγχου στη συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και έκδοσης σχετικών παραπεμπτικών οδήγησε σε αύξηση της χρήσης των νέων μηχανήματων με αποτέλεσμα την αύξηση δαπανών, οι οποίες πλέον μπορούν να χαρακτηριστούν ως σπατάλες (Δαργάκη και Κολοβρέχτη, 2015).

Σύμφωνα με τα παρακάτω στοιχεία της Eurostat για το 2017 και πάρα το περιορισμό των δαπανών που είχε ήδη συντελεστεί λόγω ΠΟΠ, η Ελλάδα κατείχε υψηλή θέση μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Κύπρο όσον αφορά εξοπλισμό σε αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους, με 3,4 και 2,7 αντίστοιχα ανά 100.000 κατοίκους καθώς και τις περισσότερες μονάδες μαστογραφίας, 5,7 ανά 100.000 κατοίκους, συγκριτικά με το μέγεθος του πληθυσμού της.

Πίνακας 6: Διαθεσιμότητα ιατρικής-απεικονιστικής τεχνολογίας 2015/2017

	Angio-graphy units	Computed tomography (CT) scanners	Magnetic resonance imaging (MRI) units	Gamma cameras	Mammo-graphy units	PET scanners	Angio-graphy units	Computed tomography (CT) scanners	Magnetic resonance imaging (MRI) units	Gamma cameras	Mammo-graphy units	PET scanners
	2015	2017 (number)					2015	2017 (per 100 000 inhabitants)				
Belgium (1)	127	262	132	292	203	30	1.1	2.3	1.2	2.6	1.8	0.3
Bulgaria	80	253	70	20	219	7	1.1	3.6	1.0	0.3	3.1	0.1
Czechia	91	167	100	121	120	17	0.9	1.6	0.9	1.1	1.1	0.2
Denmark	:	229	:	*94*	92	*42*	:	4.0	:	*1.6*	1.6	*0.7*
Germany (2)	876	2 904	2 869	518	:	126	1.1	3.5	3.5	0.6	:	0.2
Estonia	7	24	18	3	16	3	0.5	1.8	1.4	0.2	1.2	0.2
Ireland	:	92	73	28	77	9	:	1.9	1.5	0.6	1.6	0.2
Greece (3)	120	368	285	135	608	12	1.1	3.4	2.7	1.3	5.7	0.1
Spain	267	*866*	*760*	*294*	*751*	*80*	0.6	*1.9*	*1.6*	*0.6*	*1.6*	*0.2*
France (4)	463	1 161	950	466	467	147	0.7	1.7	1.4	0.7	0.7	0.2
Croatia	66	74	46	29	140	5	1.6	1.8	1.1	0.7	3.4	0.1
Italy	834	2 101	1 732	492	2 038	202	1.4	3.5	2.9	0.8	3.4	0.3
Cyprus	7	29	18	10	48	1	0.8	3.4	2.1	1.2	5.6	0.1
Latvia	11	76	27	7	51	0	0.6	3.9	1.4	0.4	2.6	0.0
Lithuania (3)	25	66	35	8	45	2	0.9	2.3	1.2	0.3	1.6	0.1
Luxembourg	9	10	7	7	7	1	1.6	1.7	1.2	1.2	1.2	0.2
Hungary	56	90	46	*114*	*150*	9	0.6	0.9	0.5	*1.2*	*1.5*	0.1
Malta	4	9	5	2	16	2	0.9	1.9	1.1	0.4	3.4	0.4
Netherlands	:	231	223	133	:	73	:	1.4	1.3	0.8	:	0.4
Austria	:	252	202	93	192	24	:	2.9	2.3	1.1	2.2	0.3
Poland	468	641	301	149	364	24	1.2	1.7	0.8	0.4	1.0	0.1
Portugal (1)	*109*	245	85	31	121	8	*1.1*	2.4	0.8	0.3	1.2	0.1
Romania	71	274	140	45	159	8	0.4	1.4	0.7	0.2	0.8	0.0
Slovenia	17	31	24	17	33	3	0.8	1.5	1.2	0.8	1.6	0.2
Slovakia	47	94	52	30	104	8	0.9	1.7	1.0	0.6	1.9	0.2
Finland (4)	84	135	149	48	168	16	1.5	2.5	2.7	0.9	3.1	0.3
Sweden (1)	125	186	141	74	137	16	1.3	1.9	1.4	0.7	1.4	0.2
United Kingdom (1)	:	*611*	*467*	:	:	:	:	*1.0*	*0.7*	:	:	:
Iceland	7	15	7	3	6	0	2.1	4.4	2.0	0.9	1.8	0.0
Liechtenstein	1	1	1	0	0	0	2.7	2.6	2.6	0.0	0.0	0.0
Switzerland (4)	247	332	197	62	243	28	3.0	3.9	2.3	0.7	2.9	0.3
Serbia	24	74	24	21	125	2	0.3	1.1	0.3	0.3	1.8	0.0
Turkey	406	1 186	884	283	947	121	0.5	1.5	1.1	0.4	1.2	0.2

Πηγή: Eurostat, 2017

Παρά τον επαρκή αριθμό σε διαγνωστικό εξοπλισμό, οι Έλληνες πολίτες αναφέρουν συχνή δυσαρέσκεια λόγω μεγάλης αναμονής που συναντάται στις δημόσιες δομές για

τη διεξαγωγή των εν λόγω εξετάσεων και γι' αυτό το λόγο στρέφονται ακόμη μια φορά στον πιο γρήγορο και σύγχρονα εξοπλισμένο ιδιωτικό τομέα με αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών και παρεμπόδιση της καθολικής και δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο βαθμός στον οποίο η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών μπορεί να αυξήσει δραματικά ή όχι τις συνολικές δαπάνες εξαρτάται:

- Από το αν η τεχνολογία είναι ευρείας χρήσης και αυξημένης ζήτησης και μικρού κόστους ή αφορά τεχνολογία με μεγάλο κόστος και συγκεκριμένη χρήση, για ορισμένες και πιο σπάνιες ασθένειες, όπου το κόστος είναι μεγαλύτερο ή
- Από το αν αυτές θα δράσουν συμπληρωματικά, όπου συντελείται αύξηση των συνολικών δαπανών ή ως υποκατάστατα (για συγκεκριμένες παθήσεις πχ καρδιολογία) στις ήδη υπάρχουσες, δηλαδή κατά πόσο η νέα και συχνά ακριβότερη τεχνολογία αντικαθιστά ή όχι τη παλαιότερη. Στην τελευταία κατηγορία το αναμενόμενο κόστος μπορεί να μειωθεί (Δαργάκη και Κολοβρέχτη, 2015).

Επιπλέον μια νέα τεχνολογία μπορεί να εμπίπτει σε κάποια κατηγορία από τα παραπάνω, δηλαδή να μη προϋπήρχε και να αφορά νέα μέθοδο διάγνωσης ή θεραπείας για πιο σπάνιες ασθενείς και συχνά είναι αρκετά υψηλό το κόστος τους.

Στη χώρα μας συχνό φαινόμενο υπήρξε η διαρκής εισαγωγή νέων τεχνολογιών αντί της αξιοποίησης των ήδη υπαρχόντων και διαφανούς αξιολόγησής τους. Αυτό διότι η αναποτελεσματικότητα και αντί-παραγωγικότητα ευνοούν την αύξηση δαπανών σε μια μάταιη προσπάθεια αύξησης της παραγωγικότητας και απόδοσης καθώς οι έννοιες της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας είναι αλληλένδετες. Οι αλλαγές στην παραγωγικότητα αποδίδονται σε αυτές της τεχνολογίας αρά οι πρώτες αποτελούν αντανάκλαση των δεύτερων. (Androutsou et al, 2011, Γείτονα, 2012).

Η τεχνολογία αδιαμφισβήτητα διαδραμάτισε καίριο ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας και του επιπέδου υγείας των ανθρώπων όμως λόγω του υψηλού κόστους απόκτησης της πρέπει να υιοθετούνται μέθοδοι αποζημίωσης και τιμολόγησης που θα παρέχουν κίνητρα για αύξηση της απόδοσης και της παραγωγικότητας μέσω εισαγωγής νέων τεχνολογιών. Επιπροσθέτως οι εκάστοτε πολιτικές υγείας θα ήταν ωφέλιμο να αποφασίζουν βάσει ενδείξεων και να συνεκτιμούν το κόστος και το όφελος μιας τεχνολογικής αλλαγής ώστε να συντελεστεί εν τέλει μείωση των σχετικών δαπανών.

Γι’ αυτό το λόγο και επειδή η πρόοδος της τεχνολογίας και η ανάγκη απόκτησης της πιο σύγχρονης δεν θα σταματήσει να υφίσταται πρέπει οι ιθύνοντες να αποκτήσουν κατάλληλα πληροφοριακά συστήματα και να υιοθετήσουν αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας, γεγονός που ως ώρας στην Ελλάδα δεν εφαρμόζεται σε ικανοποιητικό βαθμό. Με αυτό το τρόπο θα παρέχεται μια συνολική εικόνα των χαρακτηριστικών και επιπτώσεων της νέας τεχνολογίας που θα διευκολύνει την ορθή λήψη αποφάσεων, της ορθολογικής χρήσης πόρων και θα συμβάλλει στην επίτευξη τεχνικής αποδοτικότητας.

Συμπεράσματα

Τα συστήματα υγείας αντανακλούν την υποχρέωση της πολιτείας στην οργάνωση, εξεύρεση και διανομή πόρων με σκοπό τη διαφύλαξη και μεγιστοποίηση της υγείας των πολιτών της και οφείλουν να έχουν ως βασικές αρχές οργάνωσης και λειτουργίας την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας.

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας έχει υιοθετήσει το σύστημα Beveridge για την προσφορά υπηρεσιών υγείας και το Bismarck στη ζήτηση ενώ έντονη είναι και η παρουσία του ιδιωτικού τομέα τόσο στην προσφορά όσο και στη χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας.

Οργανωμένο εθνικό σύστημα υγείας δεν υφίστατο ουσιαστικά πριν την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, ενώ έκτοτε αρκετές μεταρρυθμίσεις έχουν πραγματοποιηθεί λόγω αναποτελεσματικότητας και έλλειψης αποδοτικότητάς του.

Στα σημαντικότερα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας συγκαταλέγονται ο συγκεντρωτικός χαρακτήρας και η κατακερματισμένη διακυβέρνηση του, η αναποτελεσματική διοίκηση, οι υψηλές δαπάνες, η υπό-ανεπτυγμένη πρωτοβάθμια υγεία, η απουσία αξιολόγησης και οικονομικού ελέγχου και η άνιση κατανομή πόρων.

Είναι ένα σύστημα με αδύνατη λειτουργική δομή που έδωσε το έναυσμα στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα και αύξηση των ιδιωτικών δαπανών με αποτέλεσμα να καταστεί το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ως ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα μεταξύ των χωρών της ΕΕ πάρα το δημόσιο χαρακτήρα σύστασής του.

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αποτελεί την σημαντικότερη συνιστώσα προκειμένου να επιτευχθούν η επάρκεια, ποιότητα και κάλυψη των αναγκών των πολιτών που αναζητούν φροντίδα υγείας. Στο ελληνικό σύστημα η χρηματοδότηση χωρίζεται σχεδόν ισόποσα ανάμεσα στις τρεις κύριες πηγές (κρατικός προϋπολογισμός, κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτικές πληρωμές) με αποτέλεσμα οι ασθενείς να πρέπει να χρηματοδοτούν τρεις φορές τη δημόσια υγεία· αρχικά ως φορολογούμενοι πολίτες, έπειτα ως εργαζόμενοι και τέλος μέσω του εισοδήματός τους. Επομένως δικαίως εγείρονται ερωτήματα και αμφιβολίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας και της επίτευξης των αρχικά

επιδιωκόμενων στόχων της σύστασης του ΕΣΥ· δηλαδή της δωρεάν και καθολικής κάλυψης.

Η κρατική υποχρηματοδότηση και τα προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης με τα χρόνια ελλείματα και την αδυναμία να ανταπεξέλθουν οικονομικά και εγκαίρως στις υποχρεώσεις τους είχαν ως συνέπεια την ανάγκη για διαρκείς συμπληρωματικούς προϋπολογισμούς από το κράτος. Η αναποτελεσματικότητα του τρόπου χρηματοδότησης επηρέασε αρνητικά τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, τα οποία αποτελούν και το βασικότερο προμηθευτή υγείας.

Η θεσμοθέτηση παγιωμένων χρηματοδοτικών μηχανισμών και η αναποτελεσματικότητά τους σε συνδυασμό με τις υψηλές δαπάνες υγείας, έκανε εμφανή την ανάγκη μεταρρυθμίσεων και στα δυο συστήματα ιδιαίτερα με την εμφάνιση της κρίσης η οποία ανέδειξε τις παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγείας. Η ένταξη της χώρας στο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής κατέστησε αναγκαία την εξυγίανση του νευραλγικού τομέα υγείας καθώς οι υψηλές δαπάνες του αποτελούσαν απειλή όχι μόνο για τη βιωσιμότητα του ΕΣΥ αλλά και για τα δημοσιονομικά της χώρας.

Επομένως πλήθος μεταρρυθμίσεων και περικοπών έλαβαν χώρα στον υγειονομικό τομέα με τις περισσότερες να αφορούν νοσοκομειακές και φαρμακευτικές δαπάνες, οι οποίες αποτελούσαν αγκάθια στα οικονομικά του. Πέρα από κάποια οριζόντια με αμφίβολη αποτελεσματικότατα μέτρα (περικοπές σε μισθούς και προσλήψεις) στην προσπάθεια μείωσης δαπανών για υγεία, μεταρρυθμίσεις όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η εισαγωγή προοπτικής μεθόδου αποζημίωσης νοσοκομείων μέσω της εφαρμογής των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, μηχανισμοί rebates και clawbacks στα φάρμακα, κατάφεραν σημαντική μείωση στις δαπάνες και ενίσχυσαν τη διαφάνεια στους εν λόγω τομείς.

Το ιστορικά θεσμοθετημένο κλειστό νοσήλιο που είχε καθιερωθεί ως μέσο αποζημίωσης των νοσοκομείων δημιουργούσε πληθωριστικές τάσεις και μειωμένα κίνητρα για αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, υψηλές και αντιπαραγωγικές δαπάνες, γραφειοκρατικές αγκυλώσεις και διοικητικές δυσκολίες ενώ μέσω των ΚΕΝ ευελπιστείται η αποτελεσματικότερη οργάνωση και ορθολογικότερη διαχείριση των πόρων καθώς και αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας.

Οι δαπάνες για υγεία δεν είναι αναγκαίο να είναι υψηλές για να είναι αποδοτικές και αυτό έγινε νωρίς αντιληπτό και κατανοητό από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ οι οποίες κινήθηκαν στον αντίποδα από ότι η Ελλάδα στις δημόσιες δαπάνες υγείας, με προσπάθεια περιστολής τους πριν την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης.

Η δημόσια χρηματοδότηση με τη πάροδο των ετών και ειδικότερα μετά την υπογραφή μνημονίων και του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής στο οποίο εισήλθε η χώρα, παρουσιάζει ολοένα και φθίνουσα πορεία με το κενό να αντισταθμίζεται από τις ιδιωτικές πληρωμές δημιουργώντας φαινόμενα κοινωνικής ανισότητας, χαμηλής προσβασιμότητας και ιδιωτικοποίησης του ελληνικού συστήματος υγείας.

Οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούσαν ανέκαθεν αναπόσπαστο και μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας λόγω της διαρκούς απογοήτευσης και μειωμένης εξυπηρέτησης των Ελλήνων πολιτών από τις δημόσιες δομές. Ενδεικτικά να αναφερθεί πως από το 2010 έως το 2017 οι ιδιωτικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας δεν μειώθηκαν, παρόλες τις περικοπές σε μισθούς και εισόδημα των πολιτών και με το μεγαλύτερο μέρος αυτών να αφορά άτυπες πληρωμές. Το γεγονός αυτό σε καιρούς δεινής οικονομικής κατάστασης και δυσκολιών είχε ως αποτέλεσμα οι ευάλωτες ομάδες να πλήττονται ακόμη περισσότερο και να αυξάνονται οι ανικανοποίητες ανάγκες σχετικές με την υγεία. Η κατάσταση αυτή έδωσε το έναυσμα για ανάπτυξη παραοικονομίας, διαφθοράς του συστήματος και εν τέλει τα φτωχά νοικοκυριά της χώρας να υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, οξύνοντας τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.

Συνοψίζοντας το ελληνικό σύστημα υγείας ακόμη και σήμερα υστερεί σημαντικά στην επίτευξη οικονομικής αποδοτικότητας και κοινωνικής αποτελεσματικότητας και οι λόγοι αφορούν την απουσία ελέγχου και αξιολόγησης της αποδοτικότητας των δημόσιων δομών, την έλλειψη κατάλληλων πληροφοριακών και λογιστικών συστημάτων που θα συνέβαλαν στην ορθότερη διαχείριση πόρων και την υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ λόγω περιστολής των δημόσιων δαπανών. Η κοινωνική δικαιοσύνη, η δωρεάν και απρόσκοπτη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα αποτελούν μάλλον φαντασία και όχι πραγματικότητα καθώς οι Έλληνες πολίτες εξακολουθούν να παραμένουν δυσαρεστημένοι και με υψηλό επίπεδο ανικανοποίητων αναγκών από το ΕΣΥ. Οι δημόσιες δαπάνες που αποτελούν βασικό μέλημα, δεδομένου πως από εκεί θα προαχθούν η δωρεάν, ισότιμη και επαρκής φροντίδα υγείας παραμένουν χαμηλές, ενώ

οι ιδιωτικές δαπάνες ολοένα και αυξάνονται λόγω μετακύλισης του κόστους υγείας στον Έλληνα πολίτη- ασθενή.

Με αφορμή τη παρούσα εργασία και δεδομένου ότι καλύφθηκε βιβλιογραφικά το υπό διερεύνηση θέμα, θα ήταν χρήσιμη η μελέτη και εξαγωγή έρευνας για την αξιολόγηση του ΕΣΥ με μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων και άλλων δημόσιων δομών καθώς και της αποτελεσματικότητας τους σε όρους κοινωνικής δικαιοσύνης.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

1. Androutsou, L., Geitona, M., & Yfantopoulos, J. (2011). Measuring efficiency and productivity across hospitals in the regional health authority of thessaly, in Greece. *Journal of Health Management*, *13*(2), 121-140.
2. Dimas, G., Goula, A., & Soulis, S. (2012). Productive performance and its components in Greek public hospitals. *Operational Research*, *12*(1), 15-27.
3. Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5):1–192.
4. Economou, C., Karabli, E., Geitona, M., & Kyriopoulos, J. (2004). Fairness of health financing in the Greek health care sector. In *the 8th International Conference on System Science in Health Care "Public and Private Management of Health Care Systems*.
5. Geitona M. (2012) Assessing the value of medicinal innovation in an era of increasing austerity. Social Cohesion and Development, 7(1): 39-51.
6. Geitona, M., & Hatzikou, M. (2007). Cost estimation of neonatal intensive care in Greece: the case of Athens maternity hospitals. *Journal of Medical Economics*, *10*(3), 273-283.
7. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, *378*(9801): 1457-1458.
8. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. (2013). Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case, American Journal of Public Health, 103(6): 973–979.
9. Latsou, D., & Geitona, M. (2018). The Effects of Unemployment and Economic Distress on Depression Symptoms. *Materia Socio-Medica*, *30*(3): 180-184.
10. Liaropoulos, L., & Tragakes, E. (1998). Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity. *Health policy*, *43*(2), 153-169.
11. Lionis, C., Symvoulakis, E. K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., & Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, *9*(3).

12. Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., & Sissouras, A. (2013). Managing for efficiency in health care: the case of Greek public hospitals. *The European Journal of Health Economics*, *14*(6), 929-938.
13. Mitropoulos, P., Vasileiou, K., & Mitropoulos, I. (2018). Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece. *Journal of Retailing and Consumer Services*, *40*, 270-275.
14. Niakas, D. (2014). Greek financial crisis and the effects on health care system. *Hellenic Journal of Nutrition–Dietetics*, *5*(1), 3-7
15. Niakas, D., Gnardellis, C. H., & Theodorou, M. (2004). Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research*, *17*(1), 62-69.
16. Notara, V., Koupidis, S. A., Vaga, E., & Grammatikopoulos, I. A. (2010). Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management. *Journal of nursing management*, *18*(5), 501-504.
17. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
18. OECD (2019), *Government at a Glance 2019*, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/8ccf5c38-en*
19. OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
20. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels 20
21. Orfanidis, L., Bamidis, P. D., & Eaglestone, B. (2004). Data quality issues in electronic health records: an adaptation framework for the Greek health system. *Health informatics journal*, *10*(1), 23-36.
22. Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics*, *17*(2), 159-170.
23. Stokou, E. G., Vozikis, A., & Chondrocoukis, G. P. (2016). Cost-Sharing as a Financing Mechanism in the Greek Primary Health Care: An Assessment from the Managers' Perspective. *Journal of Finance and Economics*, *1*(1), 11-16.

24. Theodorou, M., Samara, K., Pavlakis, A., Middleton, N., Polyzos, N., & Maniadakis, N., (2010). The public's and doctors' perceived role in participation in setting health care priorities in Greece, Hellenic J Cardiol 2010; 51: 200-208
25. Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002). Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Policy*, *62*(1): 15-29.
26. Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., & Souliotis, K. (2005). The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. *Health policy*, *74*(2), 167-180.
27. Tyrovolas, S., Kassebaum, N. J., Stergachis, A., Abraha, H. N., Alla, F., Androudi, S., Haro, J. M. (2018). The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Public Health*, *3*(8):395-406.
28. Yfantopoulos, J., Chantzaras, A., & Ollandezos, M. (2017). Changes in private financing of the Greek health system during the economic crisis. *Value Health*, *20*, A769.
29. Zavras, D., Geitona, M., & Kyriopoulos, J. (2014). Primary health services utilization in Greece: studying the past for planning the future. *Social Cohesion and Development*, *9*(1), 49-61.

Ελληνική

30. Γείτονα, Μ. (2001). Ο Χάρτης της Νοσοκομειακής Περίθαλψης στην Ελλάδα: περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική, 79 (3) : 259-267.
31. Γείτονα, Μ. (2005). Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος.
32. Γείτονα, Μ., Υφαντόπουλος Γ. (1995): Η Διαχείριση των Δημοσίων Νοσοκομείων στην Ελλάδα, 1922-1992. Ιατρική, 67: 133-141.
33. Γκέντζης, Δ. (2017). Η εξέλιξη των δαπανών των δημόσιων Ελληνικών Νοσοκομείων ως συνέπεια των μέτρων εξορθολογισμού του συστήματος προμηθειών από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
34. Δαργάκη, Α., Κολοβρέχτη, Α. (2016). Αξιολόγηση της νοσοκομειακής λειτουργίας με βάση τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια σε νοσοκομεία του ΕΣΥ

συγκριτική μελέτη περίπτωσης. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Ίδρυμα Πελοποννήσου

35. Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ., Μπιτσώρη, Ζ. (2017). Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) και η επίδραση στη βιωσιμότητά τους. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 6(2)
36. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών. (2018). Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, Γεγονότα & Στοιχεία
37. Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., Χατζητόλιος, Α. (2012). Η Περιφερειακή Οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα, Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. *30*(2), 233-240.
38. Καραμπλή, Ε., Χατζάκη, Α., Πολύζος, Ν., Σουλιώτης, Κ., Κυριόπουλος, Γ. (2014). Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. *31*(2), 77-84.
39. Καρατζά, Ε. (2018). Συγκριτκή Ανάλυση Νοσοκομείου του ΕΣΥ με νοσοκομείο της Μεγάλης Βρετανίας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. Αθήνα
40. Καστανιώτη, Α., Πολύζος, Ν. (2016). Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY.net. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 33*(2) :198-206
41. Κοκκινέλη, Μ. (2014). Εξέλιξη φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα– Συγκρίσεις με χώρες στην ΕΕ. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς
42. Κότιος, Α., Γαλανός, Γ., Ρουκανάς Σ., (2012) *Η Ελληνική Κρίση και η Κρίση του Συστήματος Διακυβέρνησης της Ευρωζώνης,* Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ερευνητική Εργασία, 18(1):1-26
43. Κουκουλάκη, Α. (2019). Οι επιπτώσεις της χρηματοοικονομικής κρίσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πτυχιακή Εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
44. Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. (2007) Τα Οικονομικά της Υγείας : Μέθοδοι και εφαρμογές της οικονομικής αξιολόγησης. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
45. Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

46. Μαλαβάζος, Θ., Δεδοπούλου, Α., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2019). Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα και η Κοινωνική Δικαιοσύνη στον χώρο της Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, *11*(1):29-42

47. Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., Ζυγά, Σ. (2018). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35*(4)

48. Ναούμ, Μ. Α. (2009). Η Σημασία των Δεικτών Αξιολόγησης Θεραπευτικών Παρεμβάσεων, Λειτουργίας Υπηρεσιών Υγείας και Υγείας του Πληθυσμού, στο Σχεδιασμό Πολιτικής Υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, *2*(1), 8-13

49. Ντάλλη, Μ. (2009). Η χρηματοδότηση της υγείας από το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, βασικές διαπιστώσεις. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Ίδρυμα Καλαμάτας

50. Ξάνθης, Χ. Γ. (2015). *Δημόσια νοσοκομεία: κατανομή πόρων και νοσοκομειακές δαπάνες*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

51. Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, *31*(2), 172-185.

52. ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.

53. Παπαηλιού, Α. (2018). *Διερεύνηση δαπανών υγείας στις χώρες ΗΠΑ, Ιαπωνίας και ΗΒ*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

54. Πρίφτη, Ί., & Σιαλμά, Ι. (2019). Αξιολόγηση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων ως δείκτης οικονομικής διαχείρισης Δημοσίου Νοσοκομείου. Πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας

55. Ρεκλείτη, Μ., Τανανάκη, Μ., Κυλούδης, Π. Γ. (2012). Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1)

56. Σουλιώτης, Κ. (2000). *Η χρηματοδότηση του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος: κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*. Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

57. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017. (2019). Ελληνική Στατιστική Αρχή
58. Υφαντόπουλος, Γ. (2006). Τα οικονομικά της υγείας, Θεωρία και Πολιτική. Αθήνα: Τυπωθήτω
59. Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α. (2015). Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, *32*(5).
60. Χατζηπουλίδης, Γ., 2004, Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας. Ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 3(3)