



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Φοιτήτρια: Κουκουλάκη Ανδριάννα, Α.Μ.:10191

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Γρηγοράκης Νικόλαος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2019

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ABSTRACT	5
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	8
ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	10
1.1 Μία επισκόπηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας	12
1.2 Σύντομη Ιστορική Αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας	13
1.3 Η Οργανωτική Δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα	18
1.3.1 Υπουργείο Υγείας	19
1.3.2 Κοινωνική Ασφάλιση – ΕΟΠΥΥ	21
1.3.3 Ιδιωτική Ασφάλιση	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	27
2.1 Η περιγραφή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα	29
2.2 Η Δημόσια Χρηματοδότηση για την Υγεία.....	31
2.2.1 Φορολογία.....	33
2.2.2 Κοινωνική Ασφάλιση	34
2.3. Η Ιδιωτική Δαπάνη για την Υγεία	38
2.3.1 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.....	41
2.3.2 Ιδιωτικές Δαπάνες Νοικοκυριών (<i>Out of Pocket Healthcare Expenditures/Payments</i>) 45	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ) ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	54
3.1 Οι Επιπτώσεις μέσα από την υπάρχουσα βιβλιογραφία.....	57
3.2 Η συνεχής μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία από το 2010 έως και σήμερα ...	58
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	62
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η οικονομική κρίση και η παρατεταμένη ύφεση που ακολούθησε, μετά το 2008, έχει επιφέρει σημαντικές δυσκολίες και επιπτώσεις στα δημόσια οικονομικά της χώρας. Ένας σημαντικός τομέας όπου αναπόφευκτα επηρεάστηκε η χρηματοδότησή του, λόγω των γενικότερων περιστολών στις κυβερνητικές δαπάνες οι οποίες εφαρμόστηκαν προκειμένου να επιτευχθεί εξυγίανση στα δημοσιονομικά της χώρας, είναι το εθνικό σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ.). Η υγεία όντας ένα φυσικό αγαθό τυγχάνει συνταγματικής προστασίας. Στη χώρα μας το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τη γενική κυβέρνηση, την κοινωνική ασφάλιση και την ιδιωτική δαπάνη, χαρακτηρίζοντας το ως μεικτού τύπου, καθώς συνυπάρχουν σχεδόν επί ίσους όρους η χρηματοδότηση του δημόσιου τομέα και του ιδιωτικού τομέα στη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η επένδυση στην υγεία θεωρείται ως ένας από τους βασικότερους μοχλούς ανάπτυξης, σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι ανάγκες χρηματοδότησης πολλαπλασιάζονται αφενός λόγω του αυξανόμενου κόστους θεραπείας πολλών ασθενειών και αφετέρου της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του γενικότερου πληθυσμού. Πριν από την κρίση, το επίπεδο των δαπανών υγείας στη χώρα μας, μπορούσε να καλύψει τις χρόνιες στρεβλώσεις στη παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Από τότε όμως που η κρίση έπληξε την Ελλάδα, δεν ήταν πλέον εφικτό και τα διαρθρωτικά προβλήματα του τομέα έγιναν ορατά σε όλους. Έπειτα από τους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης που διήρκησαν μέχρι το 2007, η ελληνική οικονομία παρουσίασε σημάδια ύφεσης το 2008, στο πλαίσιο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης.

Εν συνεχεία, το 2009 και μετά η ύφεση αυτή επιταχύνθηκε με ραγδαίους ρυθμούς εξαιτίας των δημοσιονομικών ανισορροπιών. Η ανάγκη για δημοσιονομική εξυγίανση οδήγησε στην προσχώρηση της Ελλάδας σε έναν τριμερή μηχανισμό οικονομικής ενίσχυσης με αποτέλεσμα την αυστηρή εισοδηματική πολιτική και τις δραστικές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες με τη συρρίκνωση του Α.Ε.Π. ολοένα να μεγαλώνει.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και κατά πόσο έχουν επηρεάσει τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο, θα παρουσιαστούν μία σύντομη επισκόπηση και ιστορική αναδρομή του Ε.Σ.Υ., τα κύρια χαρακτηριστικά της οργανωτικής δομής του καθώς και οι χρόνιες παθολογίες του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, η οποία στηρίζεται κατά κύριο λόγο στη γενικότερη φορολογία και στη κοινωνική ασφάλιση υγείας, αντιπροσωπεύοντας τη κρατική/δημόσια χρηματοδότηση, καθώς και στην ιδιωτική χρηματοδότηση μέσω του σημαντικού ποσοστού των απευθείας άμεσων πληρωμών των

νοικοκυριών και του χαμηλού, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε), μεριδίου της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, επισημαίνονται οι επιπτώσεις της πρόσφατης χρηματοοικονομικής κρίσης στο Ε.Σ.Υ. της Ελλάδας και παραθέτονται επίσης στοιχεία, για τη συνεχή μείωση των κρατικών δαπανών για υγειονομική περίθαλψη από το 2008 έως και σήμερα.

Εν κατακλείδι, στο τέλος της παρούσας πτυχιακής εργασίας παρουσιάζονται τα συμπεράσματα αυτής καθώς και προτάσεις για την βελτίωση της κατάστασης του Ε.Σ.Υ., αλλά και ορισμένοι τρόποι που μπορούν να βοηθήσουν στην αναβάθμιση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών του στους πολίτες.

ABSTRACT

The economic crisis and the extended recession post to 2008, has induced considerable difficulties and impacts on the country's public finances. An important area, which its funding was inevitably affected by the applied general government expenditure cuts due to fiscal consolidation pursuit, is the national healthcare system (NHS). Being a natural good, health is subject to constitutional protection. In our country the health system is financed by the general government, the social health insurance and private health insurance funding, characterizing it thus, as a mixed healthcare system scheme, as public and private funding channels for the provision of health services almost coexist in equal terms.

Investing in health is considered to be one of the key drivers for growth at global level. Funding needs are multiplied by the increasing costs of curing many diseases and by improving the health level of the general population. Before the 2008 crisis, the level of healthcare expenditure in our country could cover the chronic distortions in healthcare provision, nevertheless post to the crisis this was no longer achievable and the structural problems of the sector have become generally visible. After the high growth rates that lasted until 2007, the Greek economy showed signs of recession post to 2008, as part of the global economic crisis. Consequently, in 2009 this recession was rapidly accelerated due to financial imbalances. The need for fiscal consolidation has led to Greece's accession to a tripartite financial aid mechanism, resulting in rigorous income fiscal policies and drastic cuts in public expenditure, with the GDP contraction continuously increasing.

The aim of this undergraduate thesis is to analyze the effects of economic crisis on the funding of the Greek health system.

A brief overview and a historical review of the national healthcare system in Greece, alongside with the main characteristics of its organizational structure and its chronic pathogenicity are presented in the first chapter.

In the second chapter, the financing of the healthcare system in Greece is discussed. It is mainly based on general taxation and social health insurance, representing government/public funding, as well as, on the private funding through the significant proportion of direct household payments and the low enough share of private health insurance funding, relatively with the other European Union settings.

In the third chapter, the implications of the recent financial economic crisis on the national healthcare system are indicated and figures for continuous healthcare expenditure cuts are quoted, from 2008 until today.

Finally, at the end of this dissertation, the conclusions, as well suggestions for improving the national healthcare system are presented, along with implications that could help the upgrade of Greek NHS services provision.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ.....	33
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΔΗΜΟΣΙΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ % ΕΠΙ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΥΓΕΙΑ, 2008-2016.....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ % ΕΠΙ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΥΓΕΙΑ, 2008-2016	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΩΣ % ΕΠΙ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΥΓΕΙΑ, 2008-2016.....	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ % ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ, ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2003-2013.....	61

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	21
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	32
ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ (2010-2017) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	38
ΓΡΑΦΗΜΑ 4: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.	40
ΓΡΑΦΗΜΑ 5: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ).....	45
ΓΡΑΦΗΜΑ 6: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2015 (ΣΕ ΕΚΑΤ. ΕΥΡΩ)	46
ΓΡΑΦΗΜΑ 7: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2015 (ΣΕ ΕΚΑΤ. ΕΥΡΩ).....	47
ΓΡΑΦΗΜΑ 8: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΑΝΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2015 (ΣΕ ΕΚΑΤ. ΕΥΡΩ).....	48
ΓΡΑΦΗΜΑ 9: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ, ΕΤΟΥΣ 2015	49
ΓΡΑΦΗΜΑ 10: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	51
ΓΡΑΦΗΜΑ 11: ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	51
ΓΡΑΦΗΜΑ 12: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	59
ΓΡΑΦΗΜΑ 13: ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	59
ΓΡΑΦΗΜΑ 14: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	60
ΓΡΑΦΗΜΑ 15: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	61

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ

NHS	National Health System
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΤΚ	Δείκτης Τιμών Καταναλωτή
ΔΦΥ	Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΤΑΑ	Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων
ΕΤΑΠ-ΜΜΕ	Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
ΚΕΠΕ	Κέντρο Προγράμματος και Οικονομικών Ερευνών
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΜΚΟ	Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί
ΝΑΤ	Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΚΑ	Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης
ΟΟΣΑ	Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΛΥ	Συστήματος Λογαριασμών Υγείας
ΤΟΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομικών Περιφερειών
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τον τελευταίο καιρό έχουν αυξηθεί οι συζητήσεις γύρω από τις επιπτώσεις που έχει αποφέρει η οικονομική κρίση στο Ε.Σ.Υ. Αρκετά άτομα, έχουν την άποψη ότι συνέβη εξαιτίας της υπογραφής και εφαρμογής των μνημονίων. Παρόλα αυτά, το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα πολλά χρόνια πριν.

Ο όρος Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), αποτελεί κατά λέξη μετάφραση του αγγλικού National Health System (NHS), δηλαδή της ονομασίας για το δημόσιο σύστημα φροντίδας υγείας το οποίο εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στη Βρετανία το 1948. Στην χώρα μας, ο όρος Ε.Σ.Υ. έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά με το Ν. 1397/83. Σύστημα υγείας, με πιο απλά λόγια, μπορούμε να πούμε ότι είναι ο τρόπος που διαμορφώνονται οι πόροι οι οποίοι είναι υποχρεωτικοί, ούτως ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των πολιτών, όσον αφορά την υγεία ταυτόχρονα με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας.

Αν και δεν υπάρχει επακριβής ορισμός, τι είναι το σύστημα υγείας, παρόλα αυτά, σύμφωνα, με τους Σούλης Σ., Σαρρής Μ., κ.ά. (2001), σύστημα υγείας ορίζεται ως *«το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού»*. Ένας ακόμη ορισμός που δίνουν οι παραπάνω συγγραφείς για το σύστημα υγείας είναι *«το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας»*.

Ωστόσο, ο Roemer «έδωσε» τον ορισμό ότι σύστημα υγείας είναι ο συνδυασμός πόρων, οργάνωσης και διοικητικής διαχείρισης που χρησιμοποιείται στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό (Roemer, 1991), ενώ, σύμφωνα με τον Murray, υφίσταται το συνδυασμένο σύνολο των ατόμων, των θεσμών και των πόρων που επιχειρούν υγειονομικές δράσεις-όπου η πρωταρχική πρόθεση αυτών των δράσεων είναι η βελτίωση της υγείας (Murray, 2000).

Τα συστήματα υγείας διακρίνονται ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησης και παραγωγής των υπηρεσιών υγείας, τα οποία είναι τα εξής:

- ♦ Το φιλελεύθερο
- ♦ Το σύστημα Τύπου Bismarck
- ♦ Το σύστημα Τύπου Beveridge και
- ♦ Το μεικτό

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας είναι εκείνο το οποίο στηρίζεται στις τιμές και τους μηχανισμούς της αγοράς, όπου το κράτος είναι αυτό που ορίζει ένα αυστηρό πλαίσιο λειτουργίας αναφορικά με τους κανόνες ίδρυσης, λειτουργίας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του. Η χρηματοδότησή του στηρίζεται ως επί των πλείστων στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας υπό τη νομοθετική εποπτεία του κράτους και στη μερική δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (άνεργους, οικονομικά ασθενείς, χρόνια πάσχοντες κτλ.) χαρακτηριστικό παράδειγμα φιλελεύθερου συστήματος υγείας αποτελούν οι Η.Π.Α. (Καλογεροπούλου Μ. & Μουρδουκούτας Π., 2007).

Αν η κάλυψη των αναγκών για υγειονομική περίθαλψη επιχειρείται από τα ταμεία της Κοινωνικής Ασφάλισης με βάση τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, τότε το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως σύστημα υποχρεωτικής και καθολικής κοινωνικής ασφάλισης γνωστό ως τύπου Bismarck. Τέτοιου είδους συναντάμε κυρίως στη Γαλλία και στη Γερμανία, όπου η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τους φορείς/σχήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης σε ποσοστό πάνω από το 65% επί των συνολικών τρεχουσών δαπανών για την υγεία (Υφαντόπουλος, 2005).

Το σύστημα τύπου Beveridge, δηλαδή το χαρακτηριστικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (N.H.S.) του Ηνωμένου Βασιλείου το οποίο συναντάει κανείς και σε άλλες χώρες της Κοινοπολιτείας (Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, Καναδά), αφορά την κάλυψη των αναγκών υγείας όλων των πολιτών που βασίζεται στη σχέση μεταξύ πολιτών και κράτους. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης στο συγκεκριμένο σύστημα υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω των εσόδων από τη γενικότερη φορολογία (tax-based health system). Πλεονεκτήματά του, οι ιατρικό-νοσηλευτικές μέθοδοι οι οποίες χρησιμοποιούνται, όπου δε λαμβάνονται υπόψη το κόστος των ιατρικών πράξεων, παρά μόνο το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και επίσης δεν αποκλείεται κανείς από τις παροχές υγείας, αφού πρόκειται για τη λειτουργία ενός συστήματος το οποίο εξυπηρετεί την παραγωγή ενός δημοσίου αγαθού. Βέβαια, ένα σημαντικό μειονέκτημα του προαναφερθέντος συστήματος υγείας, είναι η έλλειψη οικονομικής υπευθυνότητας, τόσο από την πλευρά του παραγωγού υπηρεσιών υγείας, όσο και από την πλευρά του ασθενή για τη ζήτηση υπηρεσιών και αγαθών υγείας (Καλογεροπούλου Μ. & Μπουρδουκούτας Π., 2007).

Τέλος, υπάρχει και το μεικτό σύστημα υγείας όπου άρρηκτα συμμετέχουν στη χρηματοδότησή του η κοινωνική ασφάλιση με τα ταμεία υγείας/ασθένειας, καθώς οι άμεσες και έμμεσες ενισχύσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η Ελλάδα, χαρακτηριστικό παράδειγμα μεικτού συστήματος υγείας, όπως θα δούμε και στα παρακάτω κεφάλαια.

1.1 Μία επισκόπηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους, δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη, κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται ταυτόχρονα τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών. Το 1836 ιδρύεται το πρώτο νοσοκομείο στην Αθήνα. Πρόκειται για το Δημοτικό Νοσοκομείο, η ανέγερση του οποίου αποπερατώθηκε το 1841 (Τούντας, 1998). Εν συνεχεία, ιδρύθηκε η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα χρόνο αργότερα η Μαιευτική Σχολή (Αλεξιάδης, 2003).

Αρκετά έτη μετέπειτα, έχουμε τη δημιουργία του Υπουργείου Περίθαλψης και κατά αυτόν τρόπο έρχονται και οι πρώτοι νόμοι που αφορούν τον τομέα της υγείας. Λόγω της οικονομικής κρίσης του 1929 και της συσσώρευσης προσφύγων εξαιτίας της μικρασιατικής καταστροφής κρίνεται αναγκαία η κρατική παρέμβαση στον κλάδο της στέγασης, στις συνθήκες υγιεινής αλλά και κοινωνικής ασφάλισης. Αυτό επέφερε τη δημιουργία πολλών προσωρινών νοσοκομείων για τη βοήθεια των περιστατικών αυτών. Το 1934 έχουμε τη δημιουργία του ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), που συντελεί ακόμα και σήμερα τον ενιαίο φορέα κοινωνικής και υγειονομικής ασφάλισης όλων των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα (Τούντας, 1998). Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα όσον αφορά την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία.

Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, δημιουργούνται περαιτέρω ανάγκες με αποτέλεσμα τη δημιουργία περισσότερων προσωρινών κρατικών νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία αυτά παρέμειναν και μετά το πέρας του πολέμου με σκοπό την κάλυψη των αναγκών νοσοκομειακής περίθαλψης. Τη δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημοσίους υπαλλήλους. Το 1961 γίνεται η ψήφιση του νόμου βάσει του οποίου δημιουργήθηκε ο ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων) για την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ αποτελούν τους δύο σημαντικότερους σταθμούς της ιστορίας της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα (Μανιού Μ. & Ιακωβίδου Ε., 2009).

Έως τις αρχές της δεκαετίας του 1980 τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα παρέμειναν σημαντικά και οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση που θα είχε ως στόχο τον περιορισμό της εμπορευματοποίησης και της παραοικονομίας στον χώρο της υγείας ολοένα και μεγάλωναν. Έτσι μία από τις πρώτες ενέργειες ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) και του Ν.1316/83 για τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανικής και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης. Πέραν του ότι ο συγκεκριμένος νόμος αποτελεί θεμελιώδη για το εθνικό σύστημα υγείας (στην Ελλάδα), έχουμε για πρώτη φορά ένα οργανωμένο σύστημα υγείας στην

χώρα μας στο οποίο κάθε Έλληνας έχει πρόσβαση σε αυτό με ίσο τρόπο, δίχως διακρίσεις και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Βασικοί στόχοι του Ν.1397/83 ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, ένα ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών, η αναδιαμόρφωση των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και ο διαχωρισμός του δημοσίου από τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Τα πρώτα χρόνια της ίδρυσης του Ε.Σ.Υ., υπήρξε σημαντική πτώση του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς χάριν της ενίσχυσης του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρόλα αυτά, παρουσιάστηκαν διαχρονικά αδυναμίες οι οποίες οδήγησαν το σύστημα σε έντονες παθογένειες δημιουργώντας χώρο στον ιδιωτικό τομέα να αναπτυχθεί, ο οποίος τα τελευταία χρόνια συνυπάρχει με το δημόσιο χωρίς ωστόσο ο ιδιωτικός τομέας να ελέγχεται και να οριοθετείται από το ελληνικό κράτος.

Ακόμα και σήμερα, μετά από τόσα χρόνια που έχουν προηγηθεί από τη δημιουργία του Ε.Σ.Υ. και παρ' όλες τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που επιχειρήθηκαν καθ' όλη την πορεία του, όπως και νέων στρατηγικών που προστέθηκαν –όπως και νομοθετικών ρυθμίσεων- δεν έχουμε καθολική κάλυψη ισότιμη και αποδοτική στον πληθυσμό της χώρας με παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (Παπαθεοδώρου Χ. & Μωυσίδου, 2011).

1.2 Σύνοψη Ιστορική Αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας

Το Ε.Σ.Υ., το οποίο ιδρύθηκε το 1983 βάσει του Ν. 1397/1983, είχε ως σκοπό την ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης με βασικό στοιχείο τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών για το σύνολο του πληθυσμού της Ελλάδας. Για τη σωστή εφαρμογή ήταν αναγκαία η δημιουργία επιπλέον νοσοκομείων, όπως επίσης, και κέντρων υγείας σε ολόκληρη τη χώρα, για την βελτίωση του επιπέδου υγείας αλλά και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.

Αναφορικά με το άρθρο 1, του συγκεκριμένου νόμου (Ν. 1397/1983), το κράτος είναι εκείνο που έχει την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της Ελλάδας. Παράλληλα, πρέπει να παρέχονται ισότιμα σε όλο τον πληθυσμό ανεξαρτήτως εισοδήματος, κοινωνικού κριτηρίου ή ακόμα και της επαγγελματικής τους ταυτότητας. Όπως καταλαβαίνουμε, για να γίνει αυτό χρειάστηκε να βρεθούν τρόποι χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση πηγάζει κυρίως από τη φορολογία και η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας γίνεται συνήθως από δημόσιους φορείς.

Δυστυχώς, ο νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε επί του συνόλου, λόγω της μη ίδρυσης Κέντρων Υγείας, και υγειονομικών περιφερειών, την συγκεκριμένη περίοδο. Ως ένα σημαντικό έλλειμμα του Ν. 1397/1983, ήταν η μη παροχή πληροφοριών που θα αφορούσαν τις πηγές από τις οποίες

θα χρηματοδοτούταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας με αποτέλεσμα ακόμα και σήμερα την ύπαρξη ενός ιδιόμορφου τρόπου που χρηματοδοτήθηκε, που εμπεριέχει τρία μέρη:

- ◆ Ασφαλιστικά Ταμεία (πλέον Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας)
- ◆ Κράτος
- ◆ Ασθενείς – Καταναλωτές υπηρεσιών υγείας (Ιδιώτες)

Το Ε.Σ.Υ., το οποίο όπως προαναφέραμε η ίδρυσή του έγινε το 1983, αποτέλεσε το θεσμικό σχήμα με το οποίο ξεκίνησε στην Ελλάδα η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας. Απελπιστική, ωστόσο, χαρακτηρίζεται η κατάσταση των δημόσιων νοσοκομείων, λόγω της μακροχρόνιας έλλειψης της δημόσιας χρηματοδότησης. Αυτό είχε ως συνέπεια, την επιβάρυνση του οικογενειακού προϋπολογισμού και τη δημιουργία ιδιωτικής ασφάλισης στη νοσοκομειακή περίθαλψη, το οποίο εκτός της μηδαμινής ποιότητας υπηρεσιών, προέβη και στον κοινωνικό διαχωρισμό με βασικό κριτήριο την οικονομική επιφάνεια, στον κλάδο της υγείας.

Για την αποφυγή αυτών των καταστάσεων, η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. είχε ως σκοπό την αναβάθμιση των υποδομών και του ανθρωπίνου δυναμικού, με αποκλειστικό στόχο τη δωρεάν πρόσβαση όλων των κοινωνικών ομάδων, στην περίθαλψη. Αιχμή του συστήματος αποτέλεσε η δημιουργία Κέντρων Υγείας, περιφερειακών ακόμα και νομαρχιακών νοσοκομείων. Εν έτη 1836-1841, έχουμε την ίδρυση του πρώτου νοσοκομείου στην Αθήνα, το λεγόμενο Δημοτικό Νοσοκομείο (Μπουλούτζα Π., 2009).

Μεταγενέστερα:

- Το 1914 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης, καθώς εκδίδονται και οι πρώτοι νόμοι περί τομέα υγείας. Η οικονομική κρίση του 1929 και η συσσώρευση Μικρασιατικών προσφύγων, υποχρεώνουν το κράτος να παρέμβει στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής αλλά και στην κοινωνική ασφάλιση. Υπό αυτές τις συνθήκες, δημιουργήθηκαν υποχρεωτικά 35 νέα-προσωρινά-νοσοκομεία με διαθέσιμες 2.630 κλίνες.
- Το 1934 έχουμε τη δημιουργία του Ιδρύματος Κοινωνικής Ασφάλισης (Ι.Κ.Α.), που αποτελεί έως και σήμερα τον ενιαίο φορέα κοινωνικής και υγειονομικής ασφάλισης του συνόλου των εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα.
- Το 1935 ξεκίνησε η έκδοση διαταγμάτων όσον αφορά την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με τη βοήθεια της κρατικής χρηματοδότησης άρχισε η σύσταση κρατικών νοσοκομείων.

Παράλληλα, για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, ιδρύθηκαν επιπλέον προσωρινά κρατικά νοσοκομεία, τα οποία συνέχισαν να λειτουργούν και μετά το πέρας του πολέμου για την κάλυψη σημαντικών αναγκών νοσοκομειακής περίθαλψης.

➤ Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, με την έκδοση του Ν.Δ. 2592/1953 «περί οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως» το οποίο με ειδική διάταξη διαίρεσε τη χώρα σε 13 υγειονομικές περιφέρειες.

➤ Την επόμενη δεκαετία, επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους, με κύριο παράγοντα την κατανομή του συστήματος σε πολλούς διαφορετικούς τομείς με ποικίλα νομικά καθεστάτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών.

➤ Το 1961 έχουμε την ψήφιση του Ν.4169/61 και τη δημιουργία του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) για την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού. Ο νόμος αυτός, καθώς και του νόμου για την ίδρυση του Ι.Κ.Α. αποτελούν τους δύο σημαντικότερους σταθμούς στην Ελλάδα.

➤ Μέχρι τις αρχές του 1980 τα προβλήματα του υγειονομικού κλάδου, παρέμειναν σημαντικά και οι πιέσεις για μία δραστική κρατική παρέμβαση ολοένα και μεγάλωναν. Από τις πρώτες ενέργειες ήταν η ψήφιση του Ν. 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ) και του Ν. 1316/83 για τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Τριάντα έτη μετά την υγειονομική μεταρρύθμιση του 1953, το κράτος έκρινε σκόπιμο να προχωρήσει σε μία μεγάλη αλλαγή στον χώρο της υγείας ανατρέποντας το τρέχον σύστημα υγείας.

➤ Το 1983 έχουμε την ψήφιση του Ν.1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», που αποτελεί το θεμελιώδη νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Για πρώτη φορά η χώρα αποκτά ένα οργανωμένο σύστημα υγείας στο οποίο έχουν όλοι οι Έλληνες πρόσβαση με ίσο τρόπο, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν (Μανιού Μ. & Ιακωβίδου Ε., 2009).

Η έλλειψη ενός οργανωμένου Δημοσίου Συστήματος Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στη χώρα μας αποτέλεσε κρίσιμο παράγοντα για τη δημιουργία των περισσότερων από τις παθογένειες και στρεβλώσεις του Συστήματος Υγείας. Το 1974 με την λήξη της δικτατορίας στην Ελλάδα, ακολούθησε μία περίοδος όπου θα μπορούσε το σύστημα υγείας να επαναπροσδιοριστεί με σκοπό να λειτουργήσει κανονικά όπως και σε άλλες

ευρωπαϊκές χώρες. Το 1976, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών ερευνών εκπόνησε μία μελέτη, όσον αφορά τον υγειονομικό κλάδο και κατέληξε σε σημαντικά συμπεράσματα. Η συγκεκριμένη μελέτη ανέδειξε τα κυριότερα προβλήματα που μεταξύ άλλων ήταν η απουσία ενιαίων κανόνων στη χρηματοδότηση του συστήματος και στις παροχές, ανάμεσα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς με αποτέλεσμα την αδυναμία εφαρμογής της οποιασδήποτε πολιτικής. Επίσης, τόνιζε την άنيση μεταχείριση του κράτους σε θέματα υγείας με αντίκτυπο στους αγροτικούς πληθυσμούς (Παπαθεοδώρου Χ. & Μωυσίδου Α., 2011).

Η ελλιπής συνεργασία και οργάνωση του Υπουργείου Υγείας και άλλων κυβερνητικών φορέων επέφεραν μεγάλες συνέπειες, σε θέματα τη πολιτικής υγείας. Επιπλέον, οι τρόποι αμοιβής των ιατρών έφεραν την κατάσταση σε μία προκλητή ζήτηση αλλά και παραοικονομία.

Βασικός «ένοχος» -ανέκαθεν- αποτελεί η έλλειψη χρηματοδότησης της υγείας, διότι επιφέρει σημαντικότερες επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Κάποιες από τις οποίες, είναι οι εξής:

- Η μη πρόσληψη ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού, τεχνικού, όπως και βοηθητικού προσωπικού.
- Η μη έγκαιρη, αν όχι και καθόλου, ανανέωση-προμήθεια τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Η συνεχής μείωση μισθοδοσίας του προσωπικού του Υπουργείου Υγείας.
- Η αμφιβόλου ποιότητα προμήθειας των φαρμακευτικών σκευασμάτων και αναλώσιμου υλικού.¹

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι ομάδες απόρων, ανασφάλιστων όπως και των μεταναστών, οι οποίες ολοένα και αυξάνονται, δε φαίνεται να «ευαισθητοποιεί» σε σημαντικό βαθμό την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας αναφορικά με την επιπλέον χρηματοδότηση του και σε άμεση συσχέτιση με το Ν.4368/2016 περί των ανασφάλιστων ομάδων του πληθυσμού στη χώρα μας, απεναντίας την καθιστά σε πλήρης καταστολή. Σε αντιδιαστολή παρατηρούμε, συγχωνεύσεις και καταργήσεις νοσοκομειακών δομών, πρόσκαιρες λύσεις με την πρόσληψη επικουρικού προσωπικού, αντικρουόμενη πολιτική όσον αφορά τα φάρμακα και καθόλου καλές αμοιβές για τους λειτουργούς της υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας στην προσπάθειά του δε, να μειώσει τις παθογένειες του Συστήματος Υγείας και η συνεργασία του με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει περάσει σε μία στρατηγικής σημασίας μεταρρύθμιση για την Π.Φ.Υ. μέσα από τη δημιουργία των ΤΟ.Μ.Υ. (Τοπικές Μονάδες Υγείας). Η βασική καινοτομία της μεταρρύθμισης συνιστάται στη θέσπιση δύο επιπέδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ, θα λειτουργούν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.), ενώ στο δεύτερο επίπεδο τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ. Βασικό ρόλο στη φιλοσοφία του νέου αυτού συστήματος της Π.Φ.Υ.

¹ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ, Εισήγηση για τα προβλήματα τω νοσοκομείων, 2006

διαδραματίζει η εστίαση στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών περιορισμών στην πρόσβαση (διοικητικά οι ΤΟ.Μ.Υ. θα υπάγονται στις Υγειονομικές Περιφέρειες).

Η ολοκλήρωση των προγραμμάτων στήριξης όπως αποδείχθηκε δεν έχει θεραπεύσει τις χρόνιες στρεβλώσεις στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Άλλωστε, και προ του έτους 2009, η χώρα μας είχε πάλι τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε όλη την Ευρώπη. Αξίζει να σημειωθεί ότι πριν τα Μνημόνια, το σύστημα υγείας «ισορροπούσε» χάρη στις υψηλές ιδιωτικές πληρωμές. Με την εφαρμογή των μνημονίων και την επιβολή των αυστηρών περιορισμών στις δημόσιες δαπάνες, συνδυαστικά με τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών, προκλήθηκε πλήρης ανισορροπία και μετακύλιση του κόστους στους πολίτες (Λιαργκόβας Π., 2018).

Μελέτες και δεδομένα που έχουν κατά καιρούς παρουσιαστεί καταδεικνύουν ότι την περίοδο των Μνημονίων επιδεινώθηκαν βασικοί δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού, όπως η βρεφική θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής. Είναι αλήθεια ότι με την εφαρμογή των μνημονίων ελήφθησαν καίρια μέτρα για τον έλεγχο των δαπανών, όπως η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), η ύπαρξη και τήρηση παράλληλων προϋπολογισμών, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση κ.ά. Η σκληρή πραγματικότητα είναι ότι δεν επετεύχθη ο έλεγχος των δαπανών σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας και υποχρεωθήκαμε ως χώρα να θεσπίσουμε το σύστημα αυτόματης επιστροφής (clawback) και εκπτώσεων (rebates), προκειμένου να εξορθολογιστούν οι δαπάνες για την υγεία .

Από την άλλη πλευρά, ο κλάδος των φαρμάκων, είναι ο κλάδος που έχει επηρεαστεί σημαντικότερα εξαιτίας της εφαρμογής των περισσότερων μνημονιακών μέτρων και όχι αδικώς. Την περίοδο 2004-2009 υπήρχε ανεξέλεγκτη αύξηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης και των δαπανών του Ε.Σ.Υ. για φάρμακα (Κωλέτης Θ., 2017). Μολονότι τη λήψη σειράς μέτρων, η κατανάλωση φαρμάκων δεν έχει μειωθεί και πρακτικά οι δαπάνες παραμένουν εκτός ελέγχου. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι, ο προϋπολογισμός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι «κλειστός» κάτι το οποίο ταυτίζεται με την αύξηση των ποσών, που καλούνται να επιστρέψουν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις, γεγονός που έχει καταστήσει μη βιώσιμο το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Για το περασμένο έτος, εκτιμάται ότι οι φαρμακοβιομηχανίες θα επιστρέψουν περίπου 1,1 δις ευρώ, ενώ ο προϋπολογισμός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι 2 δις και άλλα 700 εκατομμύρια ευρώ τα οποία αφορούν τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος. Αβίαστα, λοιπόν, οδηγούμαστε στη διαπίστωση ότι ως χώρα καταναλώνουμε ετησίως φάρμακα αξίας περίπου 3,8 δις ευρώ, από τα οποία το κράτος καλύπτει μόνο τα 2 δις. Οι σημερινοί κυβερνώντες έχουν παραδεχτεί ότι το όριο των 2 δις ευρώ

είναι εντελώς ανεπαρκές για να καλύψει τις υφιστάμενες ανάγκες και παράλληλα έχει θεσμοθετήσει αύξηση του ορίου, αναλόγως την οικονομική ανάπτυξη.

Συμπληρωματικά, από το Υπουργείο Υγείας έχουν ληφθεί δύο εξίσου ουσιώδεις πρωτοβουλίες:

- Τη δημιουργία Επιτροπής Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας.
- Το σύστημα διακομματικής επιτροπής για τη φαρμακευτική πολιτική.

Πρωταρχικό ρόλο, κατέχει η χρήση νέων τεχνολογιών στον τομέα της υγείας, καθώς μπορεί να βελτιώσει σε σημαντικό βαθμό την πρόσβαση των πολιτών στην πρόληψη, στη διάγνωση και στη θεραπεία. Συγχρόνως, η χρήση νέων τεχνολογιών μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στον τομέα της Πολιτικής Υγείας, δηλαδή στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, και τέλος, στον έλεγχο του κόστους (Μπασκόζος Ι., 2018).

Δυστυχώς, η Ελλάδα θεωρείται ουραγός στην προσθήκη νέων τεχνολογιών πάνω στην υγεία, παρά το γεγονός ότι τα τελευταία 30 χρόνια έχουν δαπανηθεί εκατοντάδες εκατομμύρια ευρώ εθνικών και κοινοτικών πόρων. Είναι σαφές ότι κύριο εμπόδιο παραμένει η έλλειψη ενός συνεκτικού στρατηγικού σχεδίου για την ανάπτυξη και αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών στην υγεία. Για του λόγου το αληθές, τα τελευταία δύο χρόνια η κυβέρνηση έχει αναλάβει ενδιαφέρουσες πρωτοβουλίες προς την κατεύθυνση αυτή και έχει δεσμευτεί για την υλοποίηση πέντε συγκεκριμένα πολιτικών:

- Εθνικό Πλαίσιο Λειτουργικότητας για την Υγεία.
- Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό σύστημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σε συνεργασία με την ΗΔΙΚΑ ΑΕ.
- Εγκατάσταση συστημάτων RIS-PACS σε όλες τις δημόσιες δομές φροντίδας υγείας.
- Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης του συνόλου της Αιμοδοσίας.
- Επέκταση του εφεδρικού PACS του ΕΔΕΤ και του νεφρολογιστικού συστήματος για την υγεία.

1.3 Η Οργανωτική Δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Η δομή του συστήματος υγείας αντικατοπτρίζει την ίδια τη φιλοσοφία του συστήματος κοινωνικής προστασίας αναφορικά με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών, του συνόλου του πληθυσμού. Αναφορικά, με το σύστημα υγείας, η οργανωτική δομή του βασίστηκε στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονταν οι πολίτες απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας-αρρώστιας, ατυχήματος αλλά και της ανικανότητας. Εκτός από τα στοιχεία που παρέχονται από διαφορετικά πρότυπα οργάνωσης δημόσιου χαρακτήρα συστημάτων υγείας, το ελληνικό σύστημα ενσωματώνει σε μεγάλο βαθμό χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα.

Πριν τη θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. το 1983, η παροχή φροντίδας υγείας ακολουθούσε το πρότυπο 'Bismarck', δηλαδή της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης.

Τα ασφαλιστικά ταμεία συνεχίζουν τον σημαντικό ρόλο στο θέμα της παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα, μέχρι και το τέλος του 2011 όπου ακολουθούσαν δύο υποδείγματα. Εκ των οποίων, το πρώτο, περιλάμβανε ταμεία τα οποία είχαν δικές τους ιατρικές δομές και κάλυπταν όλες τις ανάγκες όσον αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη των ασφαλισμένων τους καθώς απασχολούσαν υγειονομικό δυναμικό αμειβόμενο με μισθό. Εν αντιθέσει, με το δεύτερο υπόδειγμα το οποίο αναφερόταν σε ταμεία που δεν είχαν στην κατοχή τους δικές τους δομές περίθαλψης, αλλά αντ' αυτού απασχολούσαν με συμβάσεις επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αποζημιώνονταν αναδρομικά. Το ύψος της αποζημίωσης οριζόταν-εγκρινόταν από τα Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών.

Αξίζει να τονιστεί, ότι βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας στην Ελλάδα ήταν ο αυξημένος αριθμός ταμείων. Στον κλάδο της υγείας, υπήρχαν περίπου 30 διαφορετικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί που παρείχαν κάλυψη, εκ των οποίων οι περισσότεροι λειτουργούσαν υπό τον έλεγχο του κράτους (Οικονόμου Χ., 2012).

1.3.1 Υπουργείο Υγείας

Κύριο μέλημα του Υπουργείου Υγείας, είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής, όσον αφορά την υγεία και την πρόνοια. Συμπεριλαμβανόμενα σε αυτά είναι η προστασία, η διατήρηση και η αποκατάσταση της κοινωνικής, σωματικής αλλά και ψυχικής ευεξίας του ανθρώπου και του κοινωνικού συνόλου. Ως βασικό επίσης στόχο έχει την προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, εννοώντας τον έλεγχο των αγαθών και υπηρεσιών που επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων και η λήψη μέτρων για την προαγωγή της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής.

Παράλληλα, στοχεύει στον καθορισμό, την εκπαίδευση και τον έλεγχο των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας καθώς, και τον καθορισμό και τον έλεγχο παραγωγής, διακίνησης και κατανάλωσης των αγαθών υγείας με απώτερο σκοπό την κάλυψη των αναγκών του κοινωνικού συνόλου.

Επιπλέον, προσπαθεί να ενημερώνει το κοινωνικό σύνολο για την προστασία και την προαγωγή της υγείας –όπως αναφέραμε παραπάνω- αλλά και των υγιεινών τρόπων διαβίωσης, ταυτόχρονα με την αποφυγή και αντιμετώπιση των νόσων και των αναπηριών αλλά και τις διαδικασίες επανένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο.

Παρακάτω, θα δούμε μετατροπές που έχει υποστεί το Υπουργείο Υγείας με το πέρασ του χρόνου:

❖ Στις 2 Ιουλίου 1982 με το Ν.1266/1982 το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών καταργήθηκε και στη θέση του συστάθηκαν το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

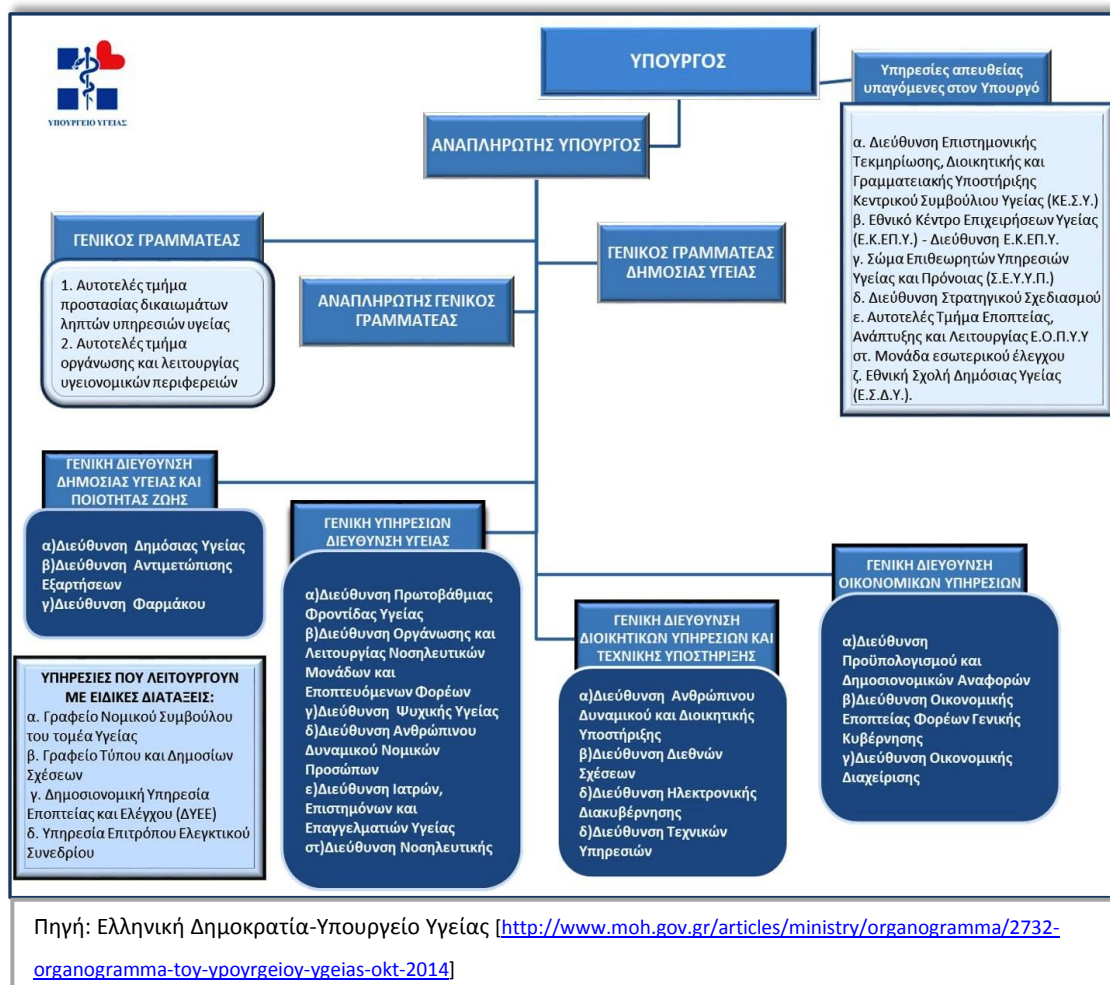
❖ Στη συνέχεια, στις 26 Ιουλίου 1985 με το Ν.1558/1985 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων καταργήθηκαν. Στη θέση του πρώτου συστάθηκε το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με την υπαγωγή σε αυτό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην οποία συγκροτήθηκε το δεύτερο.

❖ Στις 14 Σεπτεμβρίου 1995 με το πολυνομοσχέδιο 372/1995, και μετά από πρόταση του Πρωθυπουργού Α. Παπανδρέου , το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με τη μεταφορά από αυτό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων στο Υπουργείο Εργασίας.

❖ Στις 10 Μαρτίου 2004 με την απόφαση Υ 1/10.3.2004 του Πρωθυπουργού Κ. Καραμανλή το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

❖ Στις 21 Ιουνίου 2012 με το Π. Δ. 85/2012, μετά από πρόταση του Α. Σαμαρά, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας, όπου παραμένει έως και σήμερα μετά και την απόφαση Υ. 2/27.1.2015 του Πρωθυπουργού Α. Τσίπρα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ



1.3.2 Κοινωνική Ασφάλιση – ΕΟΠΥΥ

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) είναι ένα Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, το οποίο αποτελεί αγοραστή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ο Οργανισμός συστάθηκε με το Ν.3918/2011 και ξεκίνησε τη λειτουργία του από 01.01.2012, αρχικά υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στοχεύοντας κατά αυτόν τον τρόπο στην παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Εν συνεχεία, τέθηκε αποκλειστικά υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Η διεθνής εμπειρία έχει αποδείξει ότι είναι απαραίτητος ο διαχωρισμός των λειτουργιών της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Η ψήφιση του νόμου 3918 για διαρθρωτικές αλλαγές τόσο στο σύστημα υγείας καθώς και σε άλλες διατάξεις το 2011, θεσμοθέτησε τον συντονισμό της αγοράς των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων αρχικά (Ο.Π.Α.Δ., Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε.) να πραγματοποιείται από ένα ενιαίο συντονιστικό όργανο, το οποίο θα έχει τη μορφή Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών

Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ο οποίος θα διαπραγματεύεται εκ μέρους όλων των ασφαλιστικών ταμείων τις τιμές και τις συμβάσεις με ιατρούς, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα.

Οι κύριες Παρεχόμενες Ιατρικές Υπηρεσίες Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως επίσημος αγοραστής υπηρεσιών υγείας για τα ασφαλισμένα μέλη των πρώην ασφαλιστικών φορέων κοινωνικής ασφάλισης είναι:

- Κρατικά Νοσοκομεία (Γενικά και Πανεπιστημιακά) του Ε.Σ.Υ. καθώς και τα Στρατιωτικά.
- Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ.
- Οικογενειακοί Ιατροί
- Συμβεβλημένοι Ελεύθεροι επαγγελματίες Ιατροί με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Συμβεβλημένα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Ιδιωτικές Κλινικές για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Συμβεβλημένες Ψυχιατρικές Κλινικές
- Συμβεβλημένες Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και Τεχνητού Νεφρού.
- Συμβεβλημένα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Συμβεβλημένα Ιδιωτικά Διαγνωστικά Εργαστήρια (Φυσικά & Νομικά Πρόσωπα)
- Θεραπευτήρια Χρόνιων Πασχόντων
- Ειδικά Θεραπευτήρια για ΑΜΕΑ
- Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.)

Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης, αποτελεί έναν από τους βασικότερους τομείς δράσης του Κοινωνικού Κράτους Πρόνοιας, καθώς σκοπός της είναι η κοινωνική προστασία, δηλαδή η προστασία όλων των ατόμων της κοινωνίας από κινδύνους που αφορούν ασθένειες, ατυχήματα όπως και το γήρας. Η κοινωνική ασφάλιση είναι από το νόμο υποχρεωτική και η λειτουργία της διέπεται από τις διατάξεις του δημοσίου δικαίου.

Κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει τη δική της νομοθεσία περί κοινωνικής ασφάλισης. Ωστόσο, οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα που απορρέουν από τη νομοθεσία αυτή είναι ίδια για το σύνολο των εργαζομένων της χώρας, είτε είναι υπήκοοι αυτής της χώρας, είτε αλλοδαπής.

Η κοινωνική ασφάλιση, αποσκοπεί κατά κανόνα, στην παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών προς το κοινωνικό σύνολο, εξίσου για όλα τα μέλη της κοινωνίας και ως εκ τούτου δεν προσαρμόζονται στις προτιμήσεις του πολίτη, όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες (σε αντίθεση, με την ιδιωτική ασφάλιση όπου θα αναλύσουμε στο επόμενο υπό-κεφάλαιο). Επιπλέον, αξιοσημείωτο είναι, ότι οι εισφορές του ασφαλισμένου εξαρτώνται από το ύψος των

αποδοχών του. Επιπλέον πόροι χρηματοδότησης, είναι οι εισφορές των εργοδοτών, ενισχύσεις οι οποίες τείνουν να έχουν τη δυνατότητα να ενίσχυσης από τον κρατικό προϋπολογισμό, ακόμα και έσοδα από την εκμετάλλευση της περιουσίας των ασφαλιστικών φορέων (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π., 2013).

Η ασφάλιση του κοινωνικού συνόλου, διαχωρίζεται σε ταμεία αναλόγως με το είδος της εργασίας που απασχολούνται τα άτομα. Αυτά μέχρι πρότινος ήταν τα εξής:

- ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών)
- ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου)
- ΕΤΑΑ- πρώην ΤΣΑΥ (Ταμείο Υγειονομικών)
- ΤΣΜΕΔΕ (Συντάξεων Μηχανικών & Εργοληπτών Δημοσίων Έργων)
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης)
- ΕΤΑΑ (Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων)
- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών)
- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων)
- ΝΑΤ (Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο)
- ΤΑΥΤΕΚΩ (Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφελείας)

Όλα τα ταμεία, τα οποία προαναφέρθηκαν υπάγονται στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.), από 1.1.2017. Βάσει του ασφαλιστικού νομοσχεδίου, το Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. έχει μετονομαστεί σε Εθνικό Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.) και αποτελεί εφεξής το μοναδικό φορέα παροχής κοινωνικής ασφάλισης, ενώ στο νέο «υπέρ-ταμείο», θα υπάρχει και κυβερνητικός επίτροπος που θα παρακολουθεί όλες τις αποφάσεις του Δ.Σ. του ταμείου και θα έχει τη δυνατότητα να ακυρώνει κάθε απόφασή του, αν δεν τον βρίσκει σύμφωνο.

Πρωτεύον στόχο του, αποτελεί η παροχή μηνιαίας κύριας σύνταξης, λόγω γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου στους ασφαλισμένους του ή στα μέλη της οικογένειάς τους, η ασφαλιστική τους κάλυψη για παροχές ασθένειας και μητρότητας, η χορήγηση των παροχών ασθένειας σε χρήμα και η υλοποίηση όσων άλλων προγραμμάτων προβλέπονται από συγκεκριμένες διατάξεις, καθώς και η καταβολή εφάπαξ παροχών στους ασφαλισμένους του και στα μέλη των οικογενειών του. Τον Ε.Φ.Κ.Α. δηλαδή, συγκροτούν τρεις κλάδοι, με αυτοτελή λογιστική παρακολούθηση, χωρίς διοικητική ή οικονομική αυτοτέλεια: α) Ο κλάδος κύριας ασφάλισης, β) ο κλάδος εφάπαξ παροχών και τέλος, γ) ο κλάδος λοιπών παροχών.

Ουσιαστικά από 01.01.2012 αποφασίστηκε ο διαχωρισμός της ζήτησης-χρηματοδότησης από την παροχή-προσφορά μετατρέποντας τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σε αποκλειστικό χρηματοδότη χωρίς προσφορά υπηρεσιών υγείας. Μεταφέρθηκαν επίσης οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που είχε ιστορικά αναπτύξει το Ι.Κ.Α. από τις αυτοτελείς δομές υγείας του, στο δημόσιο και στο Υπουργείο Υγείας με τη συνεισφορά του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Μαρίνου Α., 2016).

1.3.3 Ιδιωτική Ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση σαν ιδέα προέρχεται από τα αρχαία χρόνια με ορισμένες ισχυρές ενδείξεις εμφάνισης στη Μεσοποταμία. Κατά τη διάρκεια ανάπτυξης χερσαίων μεταφορών, οι έμποροι πραγματοποιούσαν συμφωνίες μεταξύ τους με σκοπό να αντιμετωπίσουν όλοι μαζί σαν σύνολο πιθανές απώλειες ή βλάβες των εμπορευμάτων που μετέφεραν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους (Μιλτιάδης Ν., 2003).

Σε μία δύσκολη εποχή, αυτή της κατοχής και παρά τις γενικότερες δύσκολες συνθήκες με τις οποίες ήρθε αντιμέτωπος ο πληθυσμός της χώρας, δημιουργείται σημαντικός αριθμός νέων ασφαλιστικών εταιριών, οι οποίες συνολικά ξεπερνούν τις σαράντα (40). Μετά το πέρας της γερμανικής κατοχής, το 1945, αρχίζουν και λειτουργούν στην Ελλάδα 143 συνολικά ασφαλιστικές εταιρίες, οι εργασίες των οποίων επικεντρώνονται στις ασφαλίσσεις ζημιών. Οι ασφαλίσσεις ζωής θα παραμείνουν στάσιμες για αρκετά χρόνια ακόμα, ενώ κατά τη δεκαετία του 1970 θα ξεκινήσει συστηματική κινητικότητα και σε αυτές. Σήμερα, παρατηρούμε πως η ιδιωτική ασφάλιση σημειώνει ανοδική πορεία σε διεθνές επίπεδο, καλύπτοντας ένα ευρύτατο φάσμα αγαθών και υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, ανοίγονται προοπτικές περαιτέρω ανάπτυξης του κλάδου, οι οποίες αποδίδονται στην τάση που επικρατεί πλέον για τη συμπλήρωση της κοινωνικής ασφάλισης από ιδιωτικά ασφαλιστικά οχήματα στο χώρο των συντάξεων και της υγείας. Στην τάση αυτή οδήγησαν οι δημογραφικές μεταβολές που συντελούνται τα τελευταία χρόνια, καθώς παρατηρείται αύξηση του προσδόκιμου ζωής, μειωμένη γεννητικότητα αλλά και άνοδος του βιοτικού επιπέδου (Δούκας, 1988).

Η ιδιωτική όπως και η κοινωνική ασφάλιση έχουν ως στόχο την παροχή προστασίας στους ασφαλισμένους, έναντι κάποιου ανταλλάγματος ενάντια στους κινδύνους του γήρατος, της ασθένειας και των ατυχημάτων (Κιόχος Π., 1993). Ωστόσο, οι διαφορές μεταξύ τους είναι σημαντικές. Αρχικά, η ιδιωτική ασφάλιση παρέχει προστασία μόνο στους ασφαλισμένους μέσω της πληρωμής ασφαλιστρού και όχι όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, την κοινωνική

ασφάλιση, η οποία παρέχει καθολική ασφάλιση για υγειονομική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο σύνολο του πληθυσμού (ασφαλισμένων και ανασφαλιστών).

Δεύτερο χαρακτηριστικό, στην ιδιωτική ασφάλιση, είναι η σχέση μεταξύ παροχών και καταβαλλόμενου ανταλλάγματος, διότι στην ιδιωτική ασφάλιση η σχέση αυτή είναι ιδιαιτέρως στενή, καθώς το ύψος των παροχών υπηρεσιών υγείας είναι ανάλογο με το μέγεθος του καταβαλλόμενου ανταλλάγματος.

Ένα ακόμη βασικό χαρακτηριστικό της ιδιωτικής ασφάλισης, είναι ότι το ύψος των ασφαλιστρών εξαρτάται άμεσα από το μέγεθος του καλυπτόμενου κινδύνου, ο οποίος με τη σειρά του εξαρτάται σημαντικά από ποικίλους παράγοντες όπως η ηλικία, το επάγγελμα, η κατάσταση της υγείας του ασφαλισμένου κ.ά. Σύμφωνα με την Κα. Πατελάρου (2011), η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί πολυτέλεια, μία πολυτέλεια την οποία δε μπορεί να έχει το μεγαλύτερο μέρος των Ευρωπαίων πολιτών, ειδικά μάλιστα στην Ελλάδα, όπως αναφέρει η συγγραφέας, καθώς σε επίπεδο υγείας είναι προνόμιο των λίγων.

Επιπλέον, η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί επακόλουθο μίας σύμβασης μεταξύ του ασφαλισμένου και της ασφαλιστικής του εταιρίας η οποία καθορίζεται-διέπεται από τις διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου. Στην ιδιωτική ασφάλιση, ο ασφαλισμένος είναι εκείνος ο οποίος θα αποφασίσει τους κινδύνους για τους οποίους θα ασφαλιστεί αλλά και σε ποιο βαθμό. Έτσι με την ιδιωτική ασφάλιση επιτυγχάνεται ευκολότερα η μεγιστοποίηση της ατομικής ευημερίας των ασφαλισμένων, αφού αποφασίζουν οι ίδιοι για τους κινδύνους και πόσο θα ασφαλιστούν, γνωρίζοντας οι ίδιοι καλύτερα τις ανάγκες τους, καθώς και η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης προκύπτει από τα ασφάλιστρα τα οποία καταβάλλουν οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι (Νεκτάριος Μ., 2012).

Όπως η δημόσια υγεία, έτσι και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, χωρίζεται σε δύο υπο-κατηγορίες:

- Την πρωτοβάθμια περίθαλψη (εξωνοσοκομειακή) που περιλαμβάνει επισκέψεις σε ιατρούς, διαγνωστικές κέντρα για ιατρικές πράξεις – υπηρεσίες.

- Τη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομειακά προγράμματα) που αφορά Δ.Φ.Υ μετά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο (π.χ. τα έξοδα του δωματίου και τροφής, τις αμοιβές θεράποντος ιατρού, χειρουργού, αναισθησιολόγου και άλλες εξετάσεις που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της νοσηλείας, τα φάρμακα κλπ.)

Η ιδιωτική και κοινωνική ασφάλιση υγείας οφείλουμε να γνωρίζουμε ότι δεν αναιρεί η μία την άλλη, αντιθέτως λειτουργούν συμπληρωματικά. Σημαντικό προτέρημα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι το γεγονός ότι παρέχει μεγαλύτερη ευελιξία ως προς την επιλογή των παρεχόμενων υπηρεσιών και σε σημαντικό βαθμό καλύτερων - ποιοτικά -υπηρεσιών. Αντ' αυτού η κοινωνική ασφάλιση πραγματεύεται προβλήματα και καταστάσεις που από τη φύση της δε δύναται να

αντιμετωπίσει η ιδιωτική ασφάλιση (άγνοια κινδύνων από πλευράς πολιτών, αδυναμία συμμετοχής σε προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης κ.ά.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι δαπάνες υγείας παρουσίασαν έντονα αυξητικές τάσεις σε όλες τις χώρες. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, καλύπτεται από το συνδυασμό πόρων, οργάνωσης, διοικητικής διαχείρισης και χρηματοδότησης. Παρόλα αυτά, τα περιορισμένα οικονομικά μέσα, σε συνδυασμό με την υπέρογκη αύξηση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη για βελτίωση και διαρκή έλεγχο του συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων και γενικότερα των υπηρεσιών υγείας και στην Ελλάδα. Επιπλέον, τη χρηματοδότηση βελτιώνουν σημαντικά οι πληρωμές που κάνουν οι ασφαλισμένοι, μέσω των παρακρατήσεων από το μισθό τους. Δύο είναι τα κυρίαρχα χρηματοδοτικά συστήματα. Το πρώτο βασιζόμενο στην αναδρομική αποζημίωση των νοσοκομειακών παροχών και το δεύτερο, στην προοπτική της αποζημίωσης (Μπιτσώρη Ζ. & Μπαλάσκα Δ., 2016).

Βασικοί στόχοι των πολιτικών χρηματοδότησης συστημάτων υγείας, είναι οι εξής:

- Η καθολική κάλυψη έναντι του οικονομικού κινδύνου
- Δίκαιη κατανομή των οικονομικών βάσεων
- Δίκαιη χρήση και παροχή υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες
- Διαφάνεια και λογοδοσία του συστήματος έναντι του πληθυσμού
- Ποιότητα και αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών
- Αποδοτικότητα στη διαχείριση του χρηματοδοτικού συστήματος

Στην Ελλάδα η χρηματοδότηση στα νοσοκομεία γίνεται αναδρομικά, με βάση το ημερήσιο νοσήλιο. Αυτή η μέθοδος πληρωμής έχει διαπιστωθεί ότι συμβάλλει σε γενικό επίπεδο χωρίς να καθιστά υποχρεωτική την υποβολή κανόνων ορθολογικής λειτουργίας. Το ημερήσιο νοσήλιο πληρώνεται είτε από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή, είτε από τον ίδιο. Ο συγκεκριμένος τρόπος πληρωμής, έχει διαπιστωθεί ότι προκαλεί αύξηση του όγκου των παροχών και της διάρκειας νοσηλείας, λειτουργώντας κατά αυτόν τρόπο πληθωριστικά. Τόσο το ιατρικό προσωπικό, όσο και το διοικητικό κομμάτι του νοσοκομείου δεν κατέχουν κάποιο κίνητρο για προσπάθεια μείωσης του κόστους. Τουναντίον, εφ' όσον ο μηχανισμός χρηματοδότησης προβλέπει την εκ των υστέρων αποζημίωση των νοσοκομειακών παροχών, υπάρχει η τάση διόγκωσης των ιατρικών πράξεων και η παράταση της νοσηλείας με πρωταρχικό στόχο την επίτευξη μεγαλύτερης χρηματοδότησης. Επιπροσθέτως, η αναδρομική αποζημίωση χωρίς ουσιαστικό έλεγχο, σε συνδυασμό με τις μείζονες ελλείψεις των καταλλήλων υποδομών και τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία των δημοσίων νοσοκομείων, γίνονται αφορμή για τη δημιουργία σημαντικών φαινομένων όπως της παραοικονομίας, παράλληλα, με την προκλητή

ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η δυνατότητα υπερβολών στον κλάδο αυτό, συνδέεται άμεσα με τη χρηματοδότηση και εκείνους που την πληρώνουν (Χατζηπουλίδης Γ., 2004).

Στην χώρα μας, το ρόλο του χρηματοδότη των νοσοκομείων έχουν αναλάβει, οι ασφαλιστικοί φορείς υγείας και ο κρατικός προϋπολογισμός. Ο διαχωρισμός των δαπανών με τη διατήρηση ενός χαμηλού νοσηλίου για την πλευρά των ασφαλιστικών οργανισμών (πλέον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), δεν παραχωρεί κανένα κίνητρο για άσκηση αποτελεσματικού ελέγχου των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων. Η πολιτική τιμών των νοσηλίων, των ιατρικών πράξεων και των αμοιβών των εργαζομένων υγείας, αποστέλλει αρνητικά μηνύματα στους προμηθευτές αλλά και στους χρήστες υπηρεσιών υγείας, εμποδίζοντας παράλληλα την άμιλλα για την αναζήτηση της βέλτιστης επιλογής στη χαμηλότερη δυνατή τιμή (Δημογέροντας Γ., Μπαλάσκα Δ. & Μπιτσώρη Ζ., 2017).

Μία ακόμη σοβαρή αιτία, της διαρκούς αύξησης του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών εντοπίζεται στην έλλειψη πληροφόρησης και οργάνωσης καθώς, και στη λειτουργία των νοσοκομείων μέσα σε κλίμα αβεβαιότητας αναφορικά με την ύπαρξη ιατρικών πρωτοκόλλων, ιατρικών βάσεων δεδομένων, και εύκολα προσπελάσιμων αρχείων ασθενών. Είναι επομένως πασιφανές, ότι ο σημερινός τρόπος αποζημίωσης των νοσοκομειακών δαπανών δεν επιβάλλει κανόνες ορθολογικής λειτουργίας των ιδρυμάτων και μη προσφέροντας κάποιο κίνητρο για αποδοτικές συμπεριφορές των εργαζομένων, δηλαδή για την προσπάθεια να βελτιωθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες με τον ταυτόχρονο έλεγχο αλλά και μείωση του κόστους αυτών.

Για την εξομάλυνση των δαπανών, οφείλουμε να στραφούμε προς την προσφορά, δηλαδή των παραγωγών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι επηρεάζουν άμεσα και τη ζήτηση. Τα σημαντικότερα μέτρα που έχουν τεθεί σε εφαρμογή, σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, είναι η εφαρμογή νέων τρόπων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας οι οποίοι προέρχονται από την επιβολή συνολικών και κλειστών προϋπολογισμών. Για την αποτελεσματική εφαρμογή ενός σύγχρονου μοντέλου χρηματοδότησης, είναι απαραίτητη η συνένωση όλων των πηγών χρηματοδότησης. Αυτό συνδυαστικά, με μία γενικότερη μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας μπορεί να επιφέρει θεαματικές αλλαγές (Χατζηπουλίδης Γ., 2004).

Εν κατακλείδι, υπογραμμίζουμε ότι οι δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό το οποίο υπερβαίνει το 50%. Η τάση αυτή έχει οδηγήσει σε διόγκωση των δαπανών, παράλληλα όμως και των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, επιτείνεται δε από τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών οι οποίες παρατηρούνται από την πλευρά των ασφαλιστικών ταμείων.

Η κατάσταση αυτή βασίζεται στην περιοδικότητα όπως και την επανάληψη, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία, η οποία οφείλεται στον τρόπο αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, με το ημερήσιο νοσήλιο, στην υποεκτίμηση του πραγματικού κόστους των υπηρεσιών, στην απουσία πραγματικών προϋπολογισμών και στην έλλειψη αξιόπιστων πολιτικών ελέγχων του κόστους και συγκράτησης δαπανών. Ο κρισιμότερος παράγοντας που επιδρά στη συγκράτηση ή τη διόγκωση των δαπανών αφορά τη μέθοδο χρηματοδότησης.

2.1 Η περιγραφή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό, βασιζόμενο κατά κόρον, στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, περιγράφεται ως μεικτό διότι ένα σημαντικό ποσοστό της χρηματοδότησής του οφείλεται στις ασφαλιστικές εισφορές και ένα ακόμη ποσοστό (όσον αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη) οφείλεται στη φορολογία, παράλληλα, με την ύπαρξη της αυξημένης συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα (περισσότερο των απευθείας – άμεσων πληρωμών των νοικοκυριών) τόσο στην παροχή, όσο και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Παπαθεοδώρου Χ. & Μωυσίδου Α., 2011).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα εξασφαλίζεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας, όπως επίσης και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αποζημιώνονται με μισθό, σε σχέση με όσους εργάζονται στα ασφαλιστικά ταμεία οι οποίοι πληρώνονται από το ίδιο το ταμείο.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από στοιχεία των ολοκληρωμένων Εθνικών Συστημάτων Υγείας και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνει αυτομάτως, αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων (Οικονόμου, 2012). Το ελληνικό σύστημα μπορούμε να το χαρακτηρίσουμε ως μεικτό, επίσης, από την άποψη της προσφοράς, καθώς το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και της έξω-νοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια. Ενώ, από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (Σίσκου, 2008).

Στην εισηγητική έκθεση του Ν. 1397/83 αναφέρεται ότι η παροχή φροντίδας υγείας, υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους, υποστηρίζοντας ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και η περίθαλψη εξασφαλίζεται για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική του κατάσταση, συγχρόνως, με την ενεργή συμμετοχή του στον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των πολιτικών υγείας (Γεωργακόπουλος, 2014). Βασικοί στόχοι του νόμου,

είναι η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παράλληλα, με τη βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Όπως έχει αναφέρει ο Μ. Χλέτσος, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατέχει την κύρια ευθύνη για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότηση αυτών είναι αντικείμενο ελέγχου του Υπουργείου Υγείας, χαρακτηρίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο το ελληνικό σύστημα υγείας από μεγάλο βαθμού συγκεντρωτισμό και κρατική ρυθμιστική παρέμβαση (Κυριόπουλος, 2013).

Επιπροσθέτως, το Υπουργείο Υγείας στοχεύει στο σχεδιασμό την εθνικής στρατηγικής για τα θέματα της υγείας θέτοντας προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο και εισηγείται τις θεσμικές αλλαγές μέσω των νόμων και των μεταρρυθμίσεων. Το 2001 με την ίδρυση των υγειονομικών περιφερειών (Υ.ΠΕ.) ορισμένες αρμοδιότητες μεταβιβάστηκαν από το υπουργείο σε αυτές, παρόλο που παραμένουν στην αρμοδιότητα του υπουργείου κύριες λειτουργίες που αφορούν τη ρύθμιση, το σχεδιασμό και τη διαχείριση του ΕΣΥ (Πολύζος, 2014).

Το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα μέχρι και πριν από κάποια έτη χαρακτηριζόταν από την ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων και πολλών ασφαλιστικών σχημάτων, τα οποία με τη σειρά τους υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Κύριο χαρακτηριστικό ήταν η ύπαρξη σημαντικών διαφοροποιήσεων ως προς το ποσοστό των καταβαλλόμενων εισφορών, την κάλυψη τις παροχές και τις προϋποθέσεις απονομής παροχών. Συνέπεια αυτών των παραγόντων, ήταν να δημιουργηθούν ανισοτιμίες στην πρόσβαση όπως και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου Χ., 2012).

Τα κύρια χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, είναι:

- ☞ Αποτελεί ένα Μεικτό σύστημα χρηματοδότησης για την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας
- ☞ Η χρηματοδότηση του συστήματος, επέρχεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- ☞ Το Υπουργείο Υγείας είναι ο βασικός υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε ολόκληρη την Ελλάδα
- ☞ Οι υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ. εντάσσονται διοικητικά σε περιφέρειες
- ☞ Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και τα κέντρα υγείας
- ☞ Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία
- ☞ Οι αμοιβές των νοσοκομειακών ιατρών γίνονται με μισθό ενώ των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία

- ☞ Η αποζημίωση των νοσοκομείων πραγματοποιείται μέσω της φορολογίας και των πληρωμών της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, είναι τα εξής:

- ☞ Ισοτιμία στην παροχή και τη χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- ☞ Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- ☞ Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- ☞ Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- ☞ Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Ενώ τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος, είναι τα ακόλουθα:

- ☞ Οι υψηλές δαπάνες υγείας
- ☞ Οι άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών
- ☞ Η χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ☞ Τα προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, έλλειψη συντονισμού

2.2 Η Δημόσια Χρηματοδότηση για την Υγεία

Η εύρεση πηγών χρηματοδότησης στον υγειονομικό κλάδο, αλλά και η εύρεση των αναγκαίων πόρων αναφορικά με τη λειτουργία του συστήματος χαρακτηρίζονται ως μείζονα ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του συστήματος υγείας μίας χώρας με ουσιαστικές οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις.

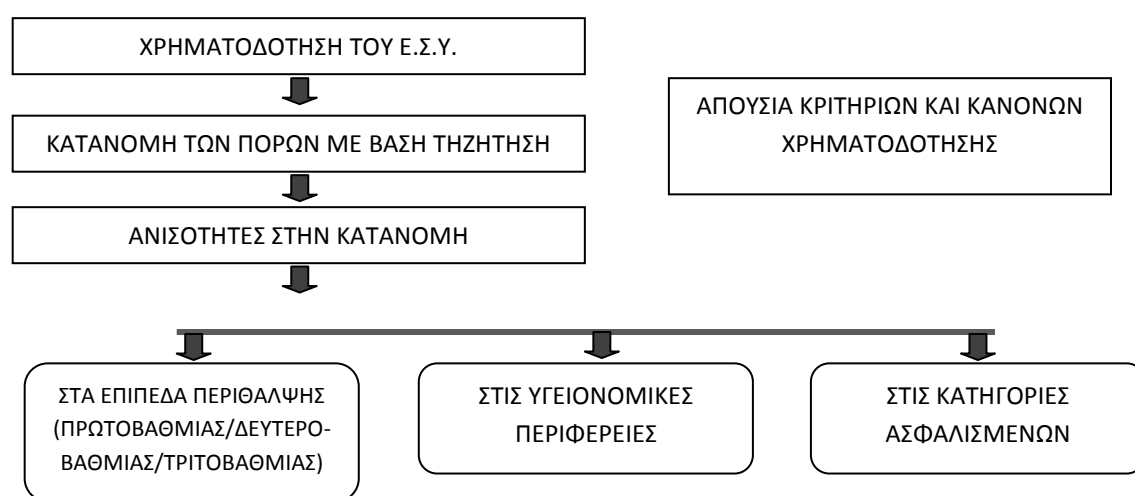
Στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, όπως θα αναλύσουμε παρακάτω, εντοπίζονται τρεις πηγές χρηματοδότησης: ο κρατικός προϋπολογισμός (γενική φορολογία), η κοινωνική ασφάλιση (ταμεία υγείας) και οι ιδιωτικές πληρωμές (ιδιωτική ασφάλιση), οι οποίες με το πέρασμα του χρόνου, έχουν σημειώσει σημαντικές διακυμάνσεις στα ποσοστά συμμετοχής τους.

Ειδικότερα, τα έσοδα για την υγεία προκύπτουν από τον κρατικό προϋπολογισμό, από τη άμεση γενική φορολογία των φυσικών και νομικών προσώπων, όπως ο φόρος εισοδήματος, δηλαδή τα έσοδα από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων, οι οποίες δημιουργούνται σύμφωνα με το ύψος του εισοδήματός τους καθώς και από τους έμμεσους φόρους (Δικαίος Κ. & Χλέτσος Μ., 1999).

Απεναντίας, οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι οι δωρεές από κοινωφελείς οργανώσεις, όπως συνήθως συναντάται σε τριτοκοσμικές χώρες λόγω πολύ χαμηλού Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), και στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια ούτως ώστε να επιτευχτεί η χρηματοδότηση στον τομέα της υγείας. Εκτός από τις πηγές χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, εξαιρετική σημασία κατέχουν οι επιμέρους χρηματοδοτικές μέθοδοι οι οποίες χρησιμοποιούνται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης (Χλέτσος Μ., 2015).

Το ελληνικό σύστημα υγείας, αντιμετωπίζει μέσα από την κοινωνική ασφάλιση, ορισμένα ουσιαστικά προβλήματα τα οποία παρουσιάζονται στο ακόλουθο σχήμα:

ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ



Πηγή: Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
<http://www.ypakp.gr/uploads/docs/3605.pdf>

Σχεδόν, στο μισό είχε μειωθεί η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες στον τομέα της υγείας από το 2010-2016, με αποτέλεσμα να μετατοπιστεί το κόστος για την υγεία τόσο στον ιδιωτικό τομέα, όσο και στα νοικοκυριά. Η ιδιωτική χρηματοδότηση ακούμπησε μέχρι και το 40,9% το 2016 (έναντι 21% στην ΕΕ)². Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα διαμορφώθηκαν στα 23.176,97 εκατ. ευρώ το 2009, ενώ το έτος 2014 μειώθηκε σε 14.711,87 εκατ. ευρώ (-36,5%). Η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας μειώθηκε από 2.972€ το 2009, σε 2.366€ το 2013 (-20,4%), έναντι αύξησης κατά 19,9% στην ΕΕ. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώθηκαν από 100,8 εκ. ευρώ το 2009, σε 74,1 εκ. ευρώ το 2014 (-26,5%). Επιπλέον, οι

² Σύμφωνα με μελέτη του IOBE για τη «Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα-Γεγονότα και στοιχεία 2017»

δαπάνες για την υγεία και οι δαπάνες για σύνταξη αποτελούν αντίστοιχα το 19,9% (2014) και το 40,9% (2012) του συνόλου των δημοσίων δαπανών.³

Οι δαπάνες υγείας αποτελούν το 7,4% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών που διεξάγονται μέσα από συναλλαγές στην αγορά για το 2016 έναντι 6,5% το 2009. Αν και ο Μ.Ο. μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2016 παρουσίασε μείωση κατά -23% σε απόλυτα μεγέθη σε σχέση με το 2009 (103,7€ το 2016 έναντι 134,3€ το 2009), το ποσοστό των δαπανών αυτών είναι υψηλότερο από το 2009, φανερώνοντας τη μειωμένη αγοραστική αξία των νοικοκυριών, την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών για δαπάνες στον κλάδο της υγείας και την ανελαστικότητα της δαπάνης για τις συγκεκριμένες κατηγορίες (Κουρλιμπίνη Β., 2018).

2.2.1 Φορολογία

❖ Οι εισφορές καλύπτουν ένα σχετικά μικρό μέρος των δημοσίων δαπανών υγείας. Για τη βελτίωση στη διαχείριση αλλά και την αποδοτικότητα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, που θα επέφεραν ως αποτέλεσμα τη μείωση κρατικών δαπανών, δεν παύει να είναι ακόμα εφικτές. Πολλές από αυτές μπορούν να γίνουν και μέσω της οργάνωσης του ΕΟΠΥΥ.

❖ Επιπλέον, σε εργαζόμενους ηλικίας 20-60 ετών, αντιστοιχείται μικρής κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς η επιβάρυνση της εργασίας με εισφορές 'χάνει' ηθικής «νομιμοποιητικής» βάσης και επιβαρύνει τις ηλικιακές ομάδες που θίγονται περισσότερο από την κρίση.

❖ Παράλληλα, η κατάργηση των εργοδοτικών εισφορών μπορεί να χρησιμεύσει στην εξόφληση και τη ρύθμιση καθυστερούμενων εισφορών των εργοδοτών.

Για την εκτίμηση της σημασιολογίας της μείωσης της φορολογίας των επιχειρήσεων κατά 5,10% είναι χρήσιμο να αναλυθεί η συνολική φορολογική επιβάρυνση των επιχειρήσεων με τη βοήθεια της έρευνας⁴ που τα αποτελέσματά της θα διερευνηθούν παρακάτω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Είδος φορολογίας (%)	Ελλάδα	ΕΕ
Συνολικό Φορολογικό Κόστος	44	41,1
Φορολογία Κερδών	11,2	12,9

³ Μιχάλης Χλέτσος (Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων-2016), Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης

⁴ Έρευνα "Paying Taxes 2014" της PWC, για λογαριασμό της Παγκόσμιας Τράπεζας

Φορολογία Εργασίας	32	26,5
Υπόλοιπες Επιβαρύνσεις	0,8	1,7
Πηγή: PwC, Paying Taxes 2014 The Global Picture: A Comparison of 189 Countries		

Από την έκθεση, παρατηρούμε πως η διάρθρωση της φορολογίας των επιχειρήσεων στην Ελλάδα διαφέρει κατά πολύ από όσα επικρατούν στην λοιπή Ε.Ε. Βάσει του πίνακα, διαπιστώνουμε την πτώση της φορολογίας της εργασίας κατά 5,1% θα φέρει τη Ελλάδα κοντά στον ευρωπαϊκό Μ.Ο. Επίσης, μας υποδεικνύει ότι βάσει της σημερινής διάρθρωσης της φορολογίας αποτελεί σημαντική αποθάρρυνση για απασχόληση. Σε αντίθεση, με τον επιχειρηματία τον οποίο ευνοεί με σημαντικά χαμηλότερη φορολογία κερδών, όσο και την επιχείρηση. Στην Ε.Ε., οι υπόλοιπες επιβαρύνσεις της επιχείρησης (φόροι ακινήτων, τέλη αυτοκινήτων κ.ά.) είναι διπλάσιες συγκριτικά με την Ελλάδα.

2.2.2 Κοινωνική Ασφάλιση

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί μία εξασφάλιση των ατόμων για το μέλλον. Επίσης, είναι υποχρεωτική και στηρίζεται στις εισφορές των εργαζομένων, των εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων. Ωστόσο, διαχρονικά παρουσιάζονται διάφορες διακυμάνσεις στα ποσοτικά στοιχεία της συμμετοχής αυτών των πηγών. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται πως η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης υποχωρεί σταδιακά και αυξάνεται η κρατική χρηματοδότηση, χωρίς ωστόσο να προβλέπονται νομοθετικές ρυθμίσεις για τη συνέχιση της αποτελεσματικής λειτουργίας του ΕΣΥ, με άμεσο επακόλουθο τη διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών.

Οι μορφές οργάνωσης των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων παρουσιάζουν διαφορές από χώρα σε χώρα για λόγους ιστορικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς κλπ. Ειδικότερα, από οργανωτικής συμπεριφοράς η Κοινωνική Ασφάλιση παρέχεται υπό τις μορφές:

- α) ως ένα σύστημα ενιαίου φορέα που καλύπτει όλο τον πληθυσμό και
- β) ως ένα σύστημα περισσότερων φορέων οι οποίοι καλύπτουν επιμέρους ομάδες του πληθυσμού.

Η πρώτη μορφή ικανοποιεί την αρχή της ενότητας του κοινωνικό-ασφαλιστικού συστήματος, παρουσιάζοντας κατά αυτόν τον τρόπο το πλεονέκτημα ότι μπορεί να αντιμετωπίζει το σύνολο του πληθυσμού με ενιαία λογική και σε ενιαία βάση. Επιπλέον, συμβάλλει στον περιορισμό των διοικητικών και διαχειριστικών δαπανών και κατ' επέκταση στην εξοικονόμηση πόρων. Ωστόσο, αν δε ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την έγκαιρη και αποτελεσματική οργάνωσή του,

υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας ενός μεγάλου οργανισμού με γραφειοκρατία στη διοίκηση, καθυστερήσεις στη λήψη αποφάσεων, αδυναμία προσαρμογής στις εκάστοτε συνθήκες και ανάγκες των ασφαλισμένων και γενικά χαμηλή αποτελεσματικότητα.

Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης, όπως ήδη προαναφέρθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια, είναι οι εισφορές των ασφαλισμένων, οι εισφορές των εργοδοτών και ο κρατικός προϋπολογισμός (δηλαδή τα έσοδα από τη φορολογία). Στην περίπτωση των μισθωτών, οι εισφορές καταβάλλονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και τους εργοδότες τους σε μία προκαθορισμένη αναλογία μεταξύ τους. Σε ορισμένες όμως κατηγορίες κινδύνων, όπως είναι τα εργατικά ατυχήματα, οι επαγγελματικές ασθένειες κλπ., οι εισφορές στην Κοινωνική Ασφάλιση βαρύνουν εξολοκλήρου τους εργοδότες. Όσον αφορά, τους αυτοαπασχολούμενους, οι εισφορές επιβαρύνουν αποκλειστικά τους ασφαλισμένους. Οι εργαζόμενοι εισφέρουν σε αυτό το είδος ασφάλισης διότι είναι οι άμεσα ωφελούμενοι. Παράλληλα, με την καταβολή εισφορών ενισχύεται το αίσθημα ευθύνης για την προστασία τόσο των ιδίων, όσο και των οικογενειών τους από τους ποικίλους κοινωνικούς κινδύνους.

Εν κατακλείδι, με τη συμμετοχή τους στο κόστος της Κοινωνικής Ασφάλισης γίνονται περισσότερο ορθολογικοί όσον αφορά τις απαιτήσεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αφού ένα σημαντικό ποσοστό του κόστους αυτών θα το χρηματοδοτήσουν οι ίδιοι (Κρεμαλής Κ., 1985).

Αναφορικά με τη συμμετοχή των εργοδοτών, η δικαιολογητική τους βάση είναι το συμφέρον τους ή το ενδιαφέρον τους που πρέπει να έχουν για την ασφάλιση των εργαζομένων τους. Με άλλα λόγια, όπως μεριμνούν οι εργοδότες για την ασφάλιση των λοιπών μέσων παραγωγής που χρησιμοποιούν κατά την άσκηση των δραστηριοτήτων τους (ασφάλιση κτιρίων, μηχανημάτων κλπ.), έτσι πρέπει να εξασφαλίζουν και το εργατικό τους δυναμικό. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι ο βαθμός στον οποίο το κόστος ασφάλισης των εργαζομένων το οποίο επιβαρύνει τελικά τους εργοδότες εξαρτάται από τη δυνατότητά τους να μετακυλήσουν το κόστος αυτό στους εργαζομένους, υπό την μορφή της παροχής μειωμένων αμοιβών προς αυτούς, ή στους καταναλωτές, με την αύξηση της τιμής πωλήσεων των προϊόντων τους.

Από όσα εκθέσαμε παραπάνω, εξάγεται το συμπέρασμα, ότι οι εισφορές των εργοδοτών μπορούν να θεωρηθούν ως ένα είδος κοινωνικοποιημένου μισθού. Αυτό σημαίνει, πως οι εργοδότες δεν καταβάλλουν στους εργαζόμενους ολόκληρο το ποσό του μισθού το οποίο δικαιούνται για την εργασία τους, αλλά ένα μέρος από αυτό το παρακρατούν και το αποδίδουν υπέρ των εργαζομένων στα ασφαλιστικά τους ταμεία, προκειμένου το ποσό αυτό να χρησιμοποιηθεί αργότερα από τους εργαζόμενους όταν θα αποχωρήσουν αυτοί από την εργασία τους (λόγω σύνταξης, ασθένειας κλπ.), για την κάλυψη των αναγκών τους. Ακολούθως,

το συνολικό εργατικό κόστος των επιχειρήσεων αποτελείται από το άθροισμα του καθαρού ποσού το οποίο εισπράττουν οι εργαζόμενοι από τον εργοδότη τους για τις υπηρεσίες που του παρέχουν και του κοινωνικοποιημένου μισθού (εργοδοτικών εισφορών).

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης από το κράτος, η δικαιολόγηση της έχει τόσο θεωρητική όσο και πρακτική βάση. Από θεωρητικής άποψης, η συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης δικαιολογείται από το γεγονός ότι έχει και εκείνο υποχρέωση-συμφέρον να συμβάλλει στην κάλυψη των κινδύνων και στη γενικότερη βελτίωση των συνθηκών εργασίας αυτών, που δημιουργούν τον εθνικό πλούτο. Πέρα από αυτό, η συμμετοχή του αυτή επιτρέπει στο κράτος να παρεμβαίνει στο σύστημα με σκοπό, την άσκηση κοινωνικής πολιτικής (λόγου χάρι σε παροχές σε άτομα τα οποία έχουν περιορισμένο χρόνο ασφάλισης, ή πολιτικούς πρόσφυγες κ.ά.), κάτι που δε θα υφίσταται σε διαφορετική περίπτωση, αν δε συμμετείχε και το ίδιο στο κόστος. Από πρακτικής πλευράς, ωστόσο, η συμμετοχή του κράτους στο κόστος της Κοινωνικής Ασφάλισης μπορεί να επιβάλλεται από την ανεπάρκεια των εργατικών και εργοδοτικών εισφορών να καλύψουν ολόκληρο το κόστος.

Στο παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η δημόσια χρηματοδότηση (γενική φορολογία και υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση) της υγείας στην Ελλάδα από το 2008 έως και το 2016 ως ποσοστό επί των τρεχουσών συνολικών δαπανών για την υγεία. Κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι η δημόσια χρηματοδότηση της υγείας στη χώρα υπολείπεται διαχρονικά σε σχέση με άλλες χώρες της Ε.Ε. καθώς και του μέσου όρου των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., και το φαινόμενο επιτείνεται μετά την ένταξη της χώρας στο καθεστώς της δημοσιονομικής παρακολούθησης και των γενικότερων μειώσεων στους δημόσιους προϋπολογισμούς για την υγεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΔΗΜΟΣΙΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ % ΕΠΙ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΥΓΕΙΑ, 2008-2016

Financingscheme	Government/compulsoryschemes								
Function	Current expenditure on health (all functions)								
Provider	Allproviders								
Measure	Share of current expenditure on health								
Country/Year	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Australia	69.00	69.30	68.64	69.21	67.54	67.55	67.36	68.21	68.31
Austria	74.96	75.10	74.65	74.61	74.68	74.01	74.01	74.12	74.12
Belgium	77.53	78.09	78.06	77.86	78.30	77.98	78.23	78.40	78.81
Canada	69.79	70.22	69.96	70.61	70.54	70.46	70.38	70.52	70.30
Chile	56.40	58.39	59.03	59.46	60.00	60.04	60.35	60.78	60.89
CzechRepublic	82.10	83.27	83.33	83.88	83.74	83.61	82.69	83.45	81.98
Denmark	84.02	84.46	83.88	83.61	83.98	84.26	84.19	84.18	84.12
Estonia	76.98	77.87	76.33	76.69	76.65	75.61	75.68	75.62	75.66
Finland	74.73	74.78	74.26	74.80	75.33	75.17	74.88	74.92	74.48
France	76.59	76.59	76.33	76.01	76.07	76.23	76.49	76.58	82.90
Germany	75.29	83.59	83.44	83.28	83.14	83.89	84.38	84.30	84.60
Greece	58.34	68.53	69.05	65.97	66.45	62.14	58.21	58.28	61.35
Hungary	68.90	68.34	67.11	66.53	65.53	66.65	67.10	66.86	66.24
Iceland	82.60	81.98	80.43	80.06	79.93	80.24	80.50	80.82	81.51
Ireland	79.32	77.07	76.18	71.51	70.99	70.52	70.39	71.20	72.07
Israel	61.39	61.36	62.94	62.66	62.71	63.65	63.23	62.70	62.50
Italy	77.68	78.31	78.45	77.01	76.13	76.06	75.65	74.59	74.46
Japan	81.17	81.29	81.93	83.74	83.93	84.26	84.12	84.08	84.25
Korea	58.38	60.24	60.38	59.64	58.89	58.96	58.75	58.90	59.16
Latvia	60.33	59.65	60.19	63.50	60.35	60.01	59.67	57.04	54.63
Lithuania	71.24	72.46	71.71	70.99	67.32	66.25	67.56	67.14	66.90
Luxembourg	87.33	85.75	84.91	83.16	82.90	82.47	82.30	81.77	80.93
Mexico	45.91	46.67	48.65	51.33	51.59	52.76	51.79	52.17	52.33
Netherlands	81.69	82.44	82.55	82.19	81.97	81.08	80.67	81.03	80.98
NewZealand	80.86	81.06	81.17	80.88	80.50	80.05	79.56	78.99	78.65
Norway	84.14	84.44	84.68	84.42	84.76	85.02	85.29	85.52	85.13
Poland	71.67	71.65	71.68	70.87	70.04	70.66	70.66	69.99	69.85
Portugal	68.39	69.92	69.77	67.70	65.57	66.92	66.08	66.17	66.35
SlovakRepublic	75.36	73.49	71.91	73.78	72.17	74.21	80.23	79.72	80.75
Slovenia	73.56	73.07	73.42	73.42	71.96	71.38	71.11	71.74	72.68
Spain	73.64	75.40	74.78	73.79	72.18	71.03	70.40	71.28	71.24
Sweden	81.86	81.96	81.88	83.97	83.58	83.38	83.37	83.34	83.51
Switzerland	61.50	61.91	61.77	62.31	63.55	64.12	63.23	63.36	62.78
Turkey	72.69	80.50	78.00	79.13	79.17	78.35	77.61	78.13	78.44
UnitedKingdom	82.79	83.47	83.06	82.60	82.76	79.59	79.64	79.58	79.53
UnitedStates	47.22	48.13	48.38	48.36	48.35	48.81	81.37	81.95	81.85
OECD average	72.37	73.35	73.14	73.04	72.59	72.43	73.25	73.26	73.45

Πηγή: OECD (2019). Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

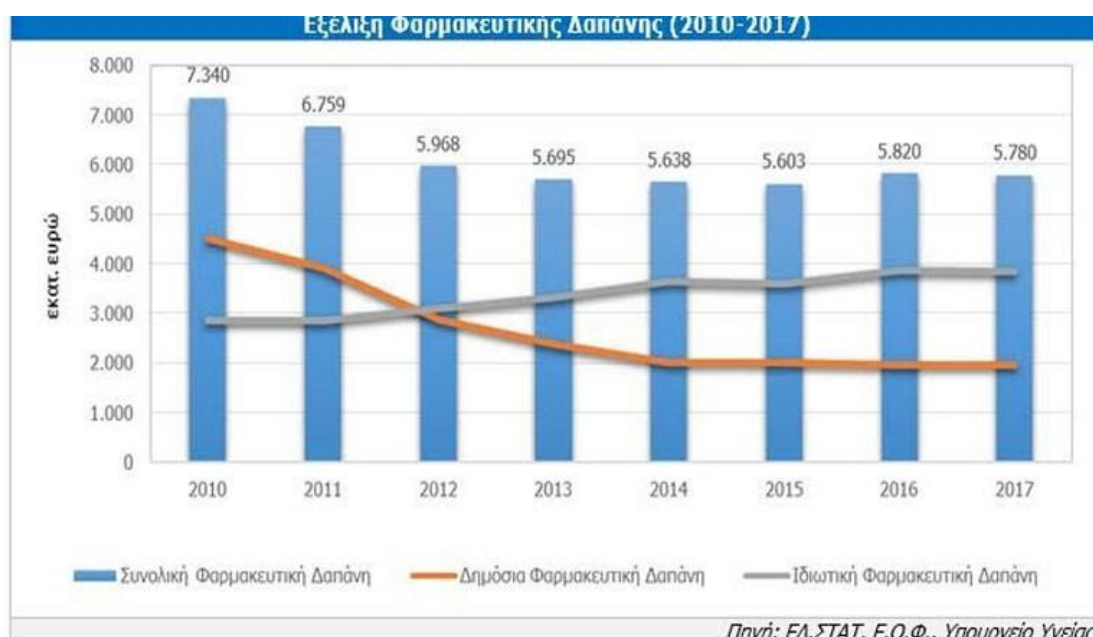
2.3. Η Ιδιωτική Δαπάνη για την Υγεία

Οι πολίτες στην χώρα μας πληρώνουν αρκετά υψηλότερα σε σχέση με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους. Το 1/3 των δαπανών στη χώρα μας για την αγορά υπηρεσιών υγείας προέρχεται από τα νοικοκυριά, αναλογία πολύ μεγαλύτερη από τα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ε.Ε. και των λοιπών χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., βάσει των στοιχείων τα οποία είναι διαθέσιμα στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων του τελευταίου.

Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία (out of pocket healthcare payments), αποτελούν αδιαμφισβήτητα την πιο οπισθοδρομική μορφή χρηματοδότησης, παρόλο που αποτελούν εξίσου σημαντικές πηγές χρηματοδότησης της υγείας παράλληλα με τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση.

Κατ' επέκταση, παρατηρούμε ότι η δημόσια δαπάνη για την κάλυψη ιατροφαρμακευτικών αναγκών του πληθυσμού της χώρας μας όπως διαπιστώνουμε, δυστυχώς, δεν επαρκεί. Όπως φαίνεται στο παρακάτω γράφημα, τα τελευταία χρόνια (2010-2017) η συνολική φαρμακευτική δαπάνη καταγράφει διαχρονική πτώση και το 2017 εκτιμάται σε 5,280 δισ. ευρώ συνολικά, καλύπτοντας το 3,3% του ΑΕΠ. Ανάλογη είναι η εικόνα της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Κατά την περίοδο 2010-2017 μειώθηκε με μέσο ετήσιο ρυθμό 11,2% και διαμορφώθηκε σε 1,945 δισ. ευρώ τα τελευταία έτη. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη δεν υπερβαίνει το ίδιο ποσό το 2018, ούτε το 2019 βάσει του κρατικού προϋπολογισμού.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ (2010-2017) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

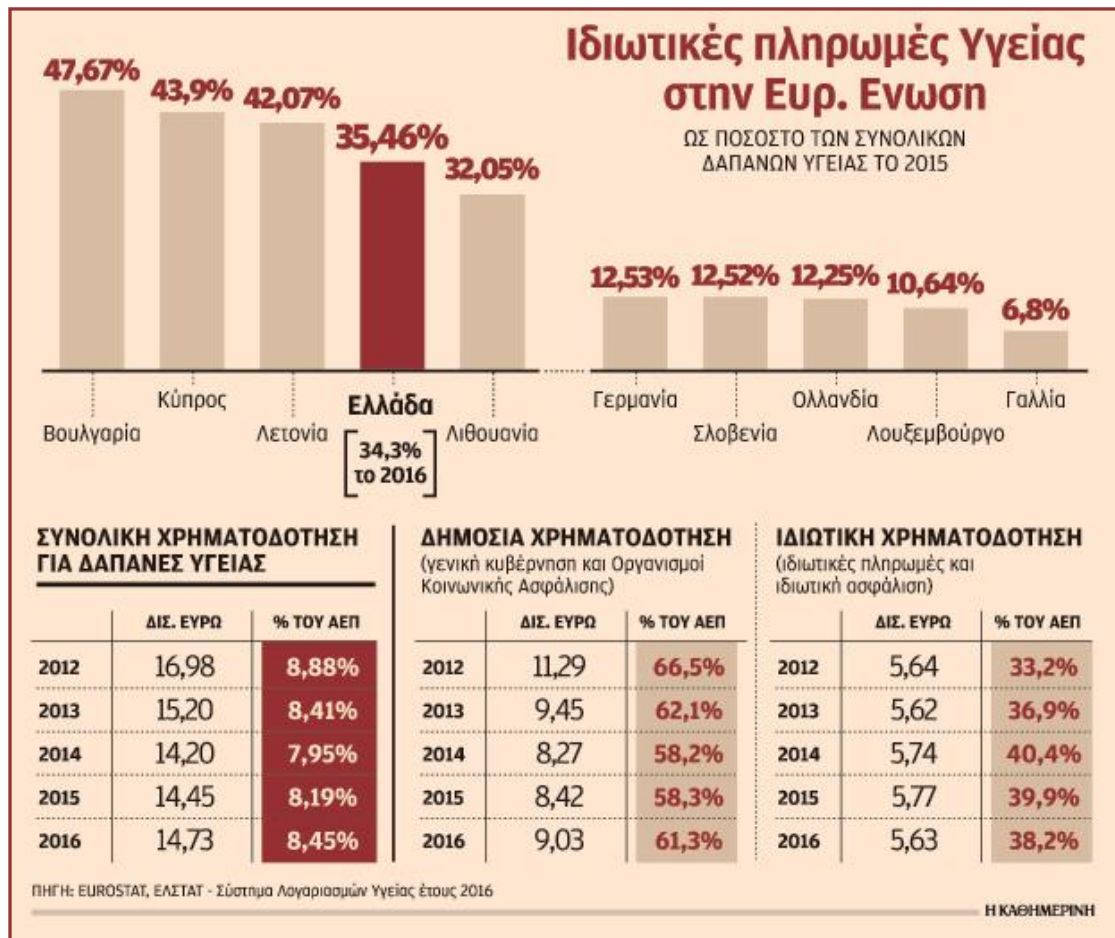


Στον αντίποδα, είναι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, καθώς κατά την χρονική περίοδο 2007-2011 παρουσίαζε μειωθητική συμμετοχή επί της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, ενώ την περίοδο 2012-2015 διευρύνθηκε με έντονο ρυθμό. Το 2016 μάλιστα ανήλθε στα 3,875 δισ. ευρώ, ενώ την επόμενη χρονιά στα 3,835 δισ. ευρώ. Για την ακρίβεια μέσα στο ποσό αυτό, εμπεριέχονται οι ιδιωτικές πληρωμές των πολιτών, με τη μορφή συμμετοχής στα φάρμακα, καθώς και η συμβολή της φαρμακοβιομηχανίας στη φαρμακευτική δαπάνη, με τη μορφή των υποχρεωτικών εκπτώσεων και επιστροφών. Βάσει των εκτιμήσεων, για το 2018 οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις θα κληθούν να καταβάλλουν το ποσό των 1,4 δισ. ευρώ σε rebate και clawback συνολικά (Σακκάς Γ., 2018). Πολλές εταιρείες του κλάδου, και κυρίως οι ελληνικές, καταλήγουν σε αδιέξοδο. Για τη διαλεύκανση του θέματος, οι εκπρόσωποι της φαρμακοβιομηχανίας έχουν επανειλημμένα ζητήσει την αναπροσαρμογή του προϋπολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης σε ρεαλιστικά επίπεδα.

Σε άλλη πρόσφατη μελέτη της Deloitte, η Ελλάδα εμφανίζεται στις τελευταίες θέσεις μεταξύ χωρών της ΕΕ, σε ό,τι αφορά την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας για το 2016, με Μ.Ο. 2,263\$, ποσό 53% χαμηλότερο από αυτό που καταγράφεται στη Γαλλία και 30% από αυτό της Ισπανίας. Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με την έκθεση, τα νοικοκυριά στην Ελλάδα ξόδεψαν το 7,4% των συνολικών δαπανών τους για το 2016 σε υγειονομική περίθαλψη, το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό που καταγράφεται τα τελευταία οκτώ έτη.

Ας σημειωθεί ακόμη ότι, αφενός το ποσοστό της κρατικής υγειονομικής κάλυψης για το 2016, αυτό έφτασε το 59%, με το υπόλοιπο 41% να μοιράζεται σε χρήματα από την «τσέπη» του Έλληνα πολίτη (34%), από ιδιωτικές ασφάλειες (4%), καθώς και άλλες πηγές (1%), και αφετέρου, ότι το 59% αποτελεί το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των υπολοίπων εξεταζόμενων χωρών της ΕΕ, με τα μεγαλύτερα να είναι εκείνα της Μεγάλης Βρετανίας (80%) και της Γαλλίας (79%) (Δεβετζόγλου Γ., 2019).

ΓΡΑΦΗΜΑ 4: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.



Δεν πρέπει να λησμονήσουμε ακόμη ότι η οικονομική κρίση τείνει να έχει καθοριστικό ρόλο το οποίο σχετίζεται με το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών. Η μείωση στη φαρμακευτική δαπάνη έχει οδηγήσει σε υψηλότερη συμμετοχή των ασθενών στα φάρμακα, ενώ έχει ενταθεί και το φαινόμενο των παραπληρωμών σε ιατρούς. Το φαινόμενο αυτό συνδέεται άμεσα, με τον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης ο οποίος εξακολουθεί να καταγράφει πτώση, που καταλαμβάνει το 3,9% επί του συνόλου της δαπάνης υγείας, γεγονός στο οποίο οφείλεται μία διαχρονική δυσπιστία των πολιτών απέναντι στο προϊόν των ασφαλιστικών εταιρειών, με τους πολίτες να πιστεύουν ότι τα προγράμματα ασφάλισης είναι μερικά και αποσπασματικά, ωστόσο, τα ολοκληρωμένα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι πολύ ακριβά για να μπορεί να ανταπεξέλθει το μέσο ελληνικό νοικοκυριό.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ, το 2016 η συνολική χρηματοδότηση για τις δαπάνες ανήλθε στο 8,45% του Α.Ε.Π., έναντι 8,19% του έτους 2015, ενώ σε πραγματικούς αριθμούς ήταν το 2016, 14,727 δισ. ευρώ, έναντι 14,447 δισ. ευρώ το 2015. Η δημόσια δαπάνη υγείας αυξήθηκε από 8,42 δισ. ευρώ το 2015 σε 9,034 δισ. ευρώ το 2016 (ποσοστό αύξησης 8,19%) και

η ιδιωτική δαπάνη (ιδιωτικές πληρωμές και ιδιωτική ασφάλιση μαζί) μειώθηκε από 5,765 δισ. ευρώ, σε 5,625 αντίστοιχα (2,4%).

2.3.1 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Η μεγάλη ταλαιπωρία με την οποία έρχονται αντιμέτωποι πολύ συχνά οι πολίτες, σε ουρές νοσοκομείων καθώς πολύ συχνά και τα ίδια βρίσκονται ανήμπορα μπροστά σε τόσα περιστατικά-λόγω της έλλειψης προσωπικού και εγκαταστάσεων- τους υποχρεώνει πολλές φορές να στραφούν προς ένα άλλο είδος ασφάλισης υγείας, της ιδιωτικής, καθώς αφήνουν ουσιαστικά τον ασφαλισμένο – «ανασφαλή». Η διάχυτη αβεβαιότητα, η οποία κυριαρχεί στον κλάδο της υγείας και ακόμα πιο συγκεκριμένα σε αυτόν των ανασφάλιστων ταμείων του δημοσίου και στη δημόσια περίθαλψη οδηγεί ολοένα και περισσότερο κόσμο να σκέφτεται σοβαρά την πιθανότητα να επενδύσει σε άλλες συμπληρωματικές λύσεις, ιδιωτικού τύπου, όπως αυτό της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Είναι φανερό ότι ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης, που μεταφράζεται παγκόσμια σε αυξημένη προστασία, αξιοπιστία και σωστή εξυπηρέτηση, αποκτά όλο και μεγαλύτερη βαρύτητα και στην Ελλάδα. Είναι πια κοινή συνείδηση, ότι ξεκινώντας από την ίδια μας τη ζωή και προχωρώντας σε όλα όσα την περιβάλλουν, οικογένεια, εργασία, ιδιοκτησία αποταμίευση, η ιδιωτική ασφάλιση είναι μία ολοκληρωμένη λύση για οτιδήποτε αναπάντεχο συμπληρώνοντας τη δημόσια ασφάλιση. Σκοπός της ιδιωτικής ασφάλισης δεν είναι να υποκαταστήσει τη Δημόσια, αλλά να τη συμπληρώσει.

Η προώθηση της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης σε βάρος της κοινωνικής γίνεται επειδή η τελευταία έχει περιέλθει σε σοβαρότατη δημοσιονομική κρίση. Είναι απαραίτητο να τονιστεί, ότι αυτή πλεονεκτεί σημαντικά της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς δεν αποτελεί μία απλή λύση στο δημοσιονομικό πρόβλημα της κοινωνικής ασφάλισης. Άλλωστε, αποτελεί ένα νέο κοινωνικό σύμβολο μεταξύ των ατόμων της κοινωνίας, επιφέροντας ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπροσθέτως, δεν παύει να είναι απαλλαγμένη από το δυσβάσταχτο βάρος της γραφειοκρατίας και της εξασθενημένης παραγωγικότητας την οποία επιφέρει ο δημόσιος χαρακτήρας, και φιλοδοξεί να καταστεί κυρίαρχη αυτού του χώρου.

Επιπλέον, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει μπει δυναμικά στη ζωή μας, όχι μόνο γιατί συμπληρώνει την -ανεπαρκή- κοινωνική ασφάλιση αλλά και επειδή τα χρήματα τα οποία πληρώνουμε βάσει των συμβολαίων τα οποία συνάπτουμε αποτελούν μία καλή αποταμίευση. Δεν είναι τυχαίο ότι πολλοί θεωρούν τα ασφαλιστικά συμβόλαια τραπεζικά προϊόντα, όπως επίσης δεν είναι τυχαίο ότι και οι τράπεζες αρχίζουν να «πουλάνε» ασφαλίσεις.

Πέρα από αυτό, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης από την άποψη της γρηγορότερης εξυπηρέτησης σε περίπτωση νοσηλείας αλλά ταυτοχρόνως και καλύτερης. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασφαλιστικών εταιρειών διαθέτουν είτε προγράμματα υγείας τα οποία καλύπτουν πρωτοβάθμια περίθαλψη (επισκέψεις σε ιατρούς, ιατρικές εξετάσεις, κλπ.), είτε προγράμματα τα οποία καλύπτουν τη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομειακή) ή και τα δύο παραπάνω, σε ένα πακέτο. Ο ενδιαφερόμενος καταλήγει βάσει των αναγκών του και το κόστος που είναι διατεθειμένος να πληρώσει.

Αναλόγως, την εταιρεία και το ασφαλιστικό πρόγραμμα, μία ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι σε θέση να καλύψει ένα ποσοστό ή ακόμα και το πλήρες κόστος νοσηλείας, συμπεριλαμβανομένων των ειδικών αμοιβών για ιατρούς, χειρουργούς και αναισθησιολόγους, συνήθως σε συνεργασία με το ταμείο δημοσίου στο οποίο ανήκει ο ασθενής. Στις περισσότερες περιπτώσεις λοιπόν, η ιδιωτική ασφάλεια λειτουργεί επικουρικά με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., δίχως να αποκλείονται και οι περιπτώσεις στις οποίες τυγχάνει να συνέβη το αντίστροφο, και έτσι πληρώνονται όλα τα νοσήλια, με το ελάχιστο δυνατό κόστος για τον ασφαλισμένο. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ένα ιδιωτικό συμβόλαιο υγείας, δύναται κάποιος να καλύψει εξ' ολοκλήρου το υπόλοιπο κόστος της νοσοκομειακής του περίθαλψης (αμοιβές χειρουργών-αναισθησιολόγων, διαφορά δωματίου, υλικά, διαγνωστικές εξετάσεις, Φ.Π.Α. κλπ.) έχοντας τη δυνατότητα στην Ελλάδα και το εξωτερικό, σε ποσά που ανέρχονται έως και 1.000.000€ κατ' έτος.

Θα αποτελούσε παράλειψη να μην τονίσουμε, ότι οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες διαθέτουν ακόμα και οικογενειακά πακέτα, τα οποία καλύπτουν μέλη της ίδιας οικογένειας, ενώ παράλληλα υπάρχουν ειδικές εκπτώσεις για παιδιά και συζύγους, μολονότι είναι αρκετά μικρές. Πολλές φορές εταιρείες, με σκοπό να ασφαλίσουν το προσωπικό τους, προμηθεύονται τα λεγόμενα «ομαδικά προγράμματα» ασφαλιστικών εταιρειών, τα οποία συνήθως συμφέρουν πραγματικά καθώς μπορούν να καλύψουν έως και το 80-90% των νοσηλίων, καλύψεις σε φάρμακα και πολύ μεγάλη συμμετοχή στο κόστος ιατρικών εξετάσεων (Χαμπάκης Μ., 2013).

Επομένως, οι ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα, δραστηριοποιούνται προκειμένου να συμπληρώσουν τα κενά τα οποία αφήνει η κοινωνική ασφάλιση αλλά και τις ανεπαρκείς ποσοτικά και ποιοτικά καλύψεις της, παράλληλα, με την κάλυψη ανασφάλιστων ατόμων. Επιπλέον, η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα μας υπολείπεται σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, χωρίς αυτό όμως να είναι θέμα σχεδιασμού και επιστημονικής προσέγγισης αλλά κυρίως θέμα αποκατάστασης της αξιοπιστίας της έναντι των χρηστών της. Έστω και σε ελάχιστες περιπτώσεις, όταν επέλθει ο ασφαλιστικός κίνδυνος, διαπιστώνουν κακοπιστία από τις εταιρείες και παραμένουν ακάλυπτοι στις προσδοκίες τους. Ο ασφαλισμένος όταν

καταβάλλει ασφάλιστρα, έχει το δικαίωμα να καλύπτεται για αυτό που υποθέτει ότι ασφαρίζεται.

Πολλοί άνθρωποι χαρακτηρίζουν τη λειτουργία της ιδιωτικής ασφάλισης ως ένα «αναγκαίο κακό», χωρίς όμως να έχουν γνώση όσον αφορά τη μεγάλη συνεισφορά του κλάδου στην εθνική οικονομία, η οποία μεταξύ άλλων συνίσταται στα εξής:

➤ Στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης απασχολούνται σήμερα στην Ελλάδα πάνω από 35.000 άτομα, εκ των οποίων 10.500-11.000 είναι μισθωτοί και 25.000-30.000 υπολογίζονται οι διαμεσολαβούντες (ασφαλιστικοί σύμβουλοι, πράκτορες, κλπ). Σε αυτούς προστίθενται και ένα πλήθος από δικηγόρους, ιατρούς, εκτιμητές ζημιών, κλπ. οι οποίοι συνεργάζονται με τις ασφαλιστικές εταιρείες.

➤ Η λειτουργία του θεσμού της ιδιωτικής ασφάλισης, είναι εκ φύσεως αποταμιευτική:

- Άμεσα, με τα «αποταμιευτικά» προγράμματα του κλάδου ζωής
- Έμμεσα, με τις ασφαλίσσεις των λοιπών κλάδων κατά ζημιών (πυρός, αυτοκινήτων, μεταφορών, κλπ.), αφού με το ασφάλιστρο το οποίο πληρώνεται σήμερα εξασφαλίζεται η πληρωμή για την αποκατάσταση πιθανών ζημιών στο μέλλον.

➤ Η ιδιωτική ασφάλιση με τα νοσοκομειακά, ιατροφαρμακευτικά και συνταξιοδοτικά προγράμματα του κλάδου ζωής συμπληρώνει και ενισχύει ταυτόχρονα, στην πράξη την κοινωνική ασφάλιση, αφού η καταβολή αποζημιώσεων και συντάξεων από μεριάς της ιδιωτικής ασφάλισης, υποβοηθά στην προσπάθεια βελτίωσης των ταμείων της κοινωνικής ασφάλισης (τις οποίες αποζημιώσεις, η πολιτεία θα διαχειριζόταν με διαφορετικό τρόπο μέσω των κοινωνικών ταμείων).

Εν τέλει, από οποιαδήποτε πλευρά το παρατηρήσει κάποιος, η ασφάλιση, δεν είναι τίποτε περισσότερο από μία επένδυση στη ζωή μας, επένδυση στην προοπτική μίας καλύτερης ζωής.

Στο πίνακα που παρουσιάζεται παρακάτω εμφανίζεται η χρηματοδότηση μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα και τις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. από το 2008 έως και το 2016 ως ποσοστό επί των τρεχουσών συνολικών δαπανών για την υγεία. Είναι ευκόλως αντιληπτό ότι η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη χώρα υπολείπεται σημαντικά, παρά το γεγονός της σταδιακής της αύξησης τα τελευταία έτη, και αποτελεί αμελητέα ποσότητα σε σχέση με άλλες χώρες της Ε.Ε., όπως στη Γαλλία, το Βέλγιο και τον Καναδά, καθώς και του μέσου όρου των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ % ΕΠΙ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΥΓΕΙΑ, 2008-2016

Financingscheme	Voluntary health insurance schemes								
Function	Current expenditure on health (all functions)								
Provider	Allproviders								
Measure	Share of current expenditure on health								
Country/Year	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Australia	8.50	8.21	8.24	8.17	8.89	9.20	9.56	9.63	..
Austria	4.95	4.94	4.90	4.93	4.94	5.10	5.13	5.11	5.24
Belgium	4.41	4.08	4.10	4.29	4.18	4.36	4.44	4.94	5.09
Canada	13.21	13.06	12.78	12.93	13.05	13.11	13.11	13.04	13.10
Chile	5.82	6.71	6.21	5.73	6.26	6.77	6.63	6.67	6.73
CzechRepublic	0.16	0.22	0.16	0.13	0.22	0.15	0.16	0.15	0.14
Denmark	1.79	1.79	1.66	1.76	1.78	1.86	1.97	2.08	2.10
Estonia	0.30	0.27	0.26	0.29	0.28	0.28	0.23	0.29	0.28
Finland	2.74	2.81	2.81	2.84	2.90	2.89	3.19	2.50	2.29
France	12.83	12.68	12.88	13.13	13.16	13.14	13.00	13.03	6.73
Germany	9.50	1.38	1.37	1.43	1.46	1.55	1.48	1.48	1.44
Greece	2.28	1.93	2.48	2.84	3.10	3.26	3.77	3.75	3.85
Hungary	2.18	2.78	2.82	2.67	2.75	2.74	2.56	2.30	2.14
Ireland	12.28	12.79	12.71	12.77	12.58	12.31
Israel	9.89	10.31	10.46	10.67	10.96	11.17	11.28	11.15	11.15
Italy	0.99	1.03	1.00	0.96	1.57	1.52	1.48	1.51	1.66
Japan	2.46	2.46	2.45	2.21	2.19	2.20	2.20	2.19	..
Korea	2.94	3.99	4.23	4.92	5.38	5.65	6.20	6.36	6.79
Latvia	2.02	0.84	2.47	2.09	1.73	1.33	0.88	0.81	0.63
Lithuania	0.52	0.66	0.57	0.64	0.76	0.82	0.83	0.89	0.68
Luxembourg	2.23	3.28	3.72	4.67	5.22	5.85	4.34	4.74	5.38
Mexico	3.81	4.06	4.10	4.33	4.27	4.38	5.07	4.89	5.58
Netherlands	6.02	6.22	6.06	6.40	6.31	5.96	5.96	5.95	6.14
NewZealand	4.58	4.63	4.78	4.67	4.76	4.96	4.97	5.02	5.17
Poland	0.62	0.63	0.71	0.74	0.75	4.01	4.53	5.04	5.40
Portugal	4.89	4.59	4.73	5.03	5.28	5.23	5.35	5.20	4.98
Slovenia	12.89	13.25	13.04	13.33	14.52	15.00	14.74	14.47	14.04
Spain	5.00	4.78	4.14	4.79	4.63	4.65	4.87	4.58	4.58
Sweden	0.42	0.50	0.55	0.48	0.51	0.57	0.57	0.58	0.62
Switzerland	8.46	8.35	8.17	8.17	6.77	6.64	6.58	6.56	6.66
UnitedKingdom	3.61	3.24	3.24	3.65	3.68	3.60	3.58	3.41	3.26
UnitedStates	35.67	35.35	35.19	35.38	35.11	34.72	2.78	2.70	2.67
OECD average	5.67	5.45	5.49	5.83	5.94	6.10	5.13	5.11	4.89

Πηγή: OECD (2019). Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

2.3.2 Ιδιωτικές Δαπάνες Νοικοκυριών (Out of Pocket Healthcare Expenditures/Payments)

Η ΕΛ.ΣΤΑΤ. δημοσιεύει στατιστικά στοιχεία του έτους 2015 για τη Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας, σε εθνικό επίπεδο, με βάση το εγχειρίδιο Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (Σ.Λ.Υ.) 2011 του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.). Η ΕΛ.ΣΤΑΤ. δημοσιεύει τα στοιχεία ΣΛΥ σε ετήσια βάση, προς εκπλήρωση των υποχρεώσεων της στον Ο.Ο.Σ.Α. και τη Eurostat⁵.

Βάσει πρόσφατης έρευνας, της ΕΛ.ΣΤΑΤ., για τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς για το έτος 2017, τα νοικοκυριά μηνιαίως καταναλώνουν κατά Μ.Ο. 103,00 ευρώ για Υπηρεσίες Υγείας. Ακόμη πιο ακριβά πληρώνουν για την υγεία τους άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι έχουν και αυξημένες ανάγκες στις σχετικές υπηρεσίες: η δαπάνη στα νοικοκυριά με ένα άτομο άνω των 65 ετών, εκτοξεύεται αυτομάτως στο 13,4% επί του συνόλου των μηνιαίων εξόδων. Αντίστοιχα, τα φτωχά νοικοκυριά ξοδεύουν 8,5% του μηνιαίου προϋπολογισμού τους σε ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ)



Πηγή: 2015, ΕΛ.ΣΤΑΤ.- ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ)

[<http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93>]

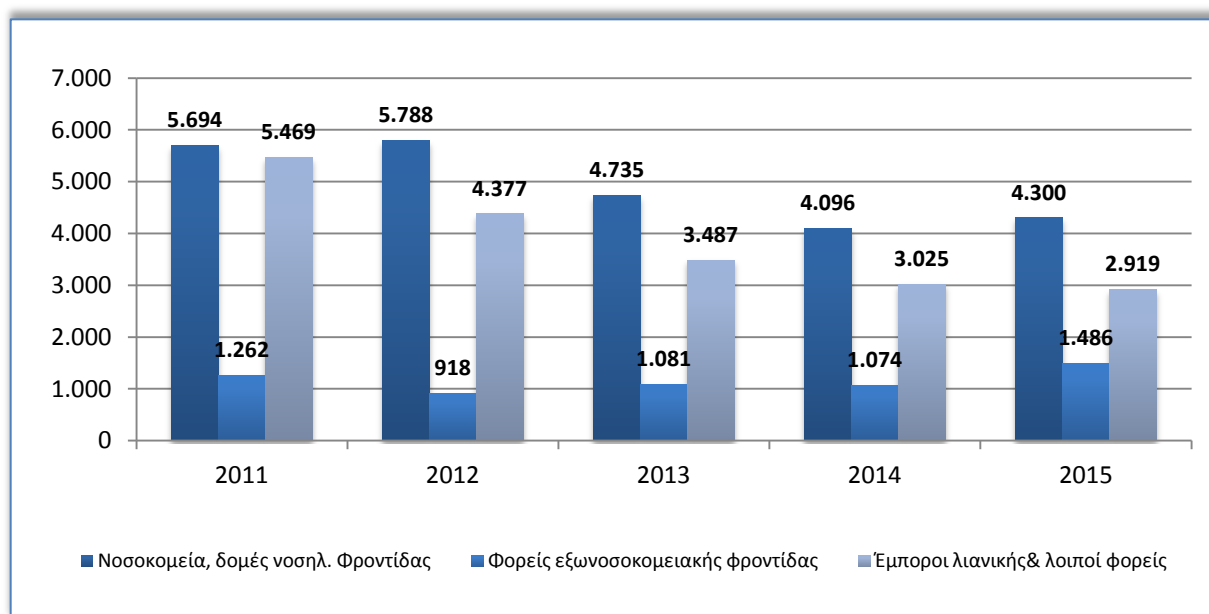
⁵ Το νομικό πλαίσιο για την παραγωγή των στοιχείων του ΣΛΥ απορρέει από την εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ.1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου και του υπό ψήφιση Εφαρμοστικού Κανονισμού αυτού. Η ΕΛΣΤΑΤ μετά την ψήφιση του ανωτέρω Εφαρμοστικού Κανονισμού υποχρεούται για την αποστολή των στοιχείων του ΣΛΥ στη Eurostat και τους Διεθνείς Οργανισμούς (ΟΟΣΑ & Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας). Μέχρι το Μάρτιο του 2015 η αποστολή των στοιχείων στους ανωτέρω Οργανισμούς ήταν σε εθελοντική βάση.

Τα στοιχεία δαπανών υγείας παρουσιάζονται σύμφωνα με τη δομή των πινάκων του ΣΛΥ 2011, και αφορούν:

➤ Τη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (Πλευρά της κατανάλωσης)

Εμφανίζεται η χρηματοδότηση την οποία κατέβαλλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας [Γενική Κυβέρνηση εκτός Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης-ΟΚΑ, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, λοιπές δαπάνες (Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί-ΜΚΟ, Εκκλησία, κλπ.)] προς τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, ιατρούς, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα, κλπ.)

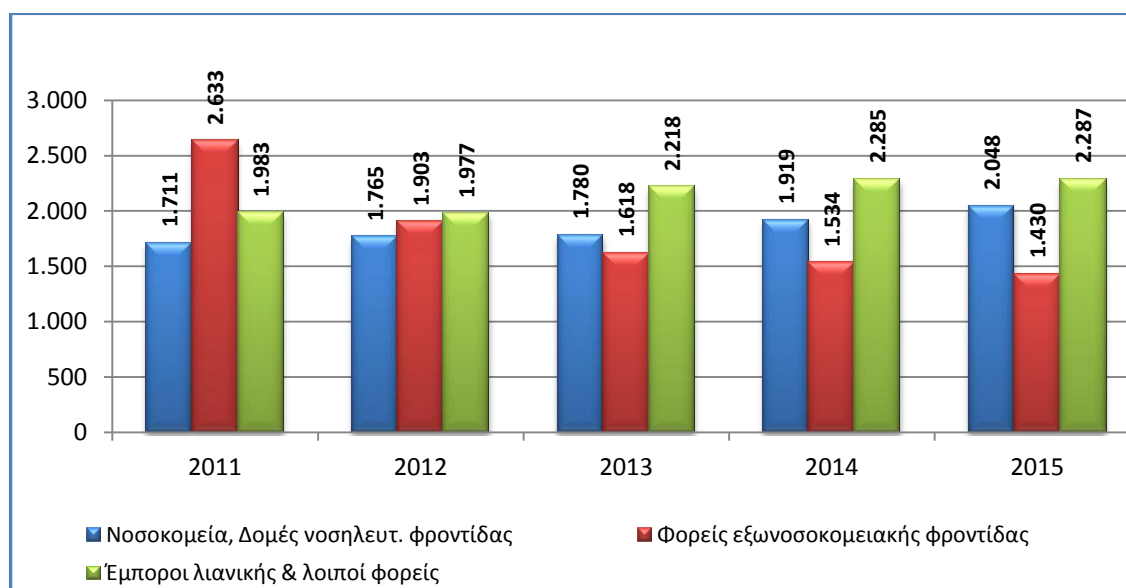
ΓΡΑΦΗΜΑ 6: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2015 (ΣΕ ΕΚΑΤ. ΕΥΡΩ)



Πηγή: 2015, ΕΛ.ΣΤΑΤ.- ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ)

[\[http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93\]](http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93)

ΓΡΑΦΗΜΑ 7: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2015 (ΣΕ ΕΚΑΤ. ΕΥΡΩ)



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.- ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ) ΕΤΟΥΣ 2015

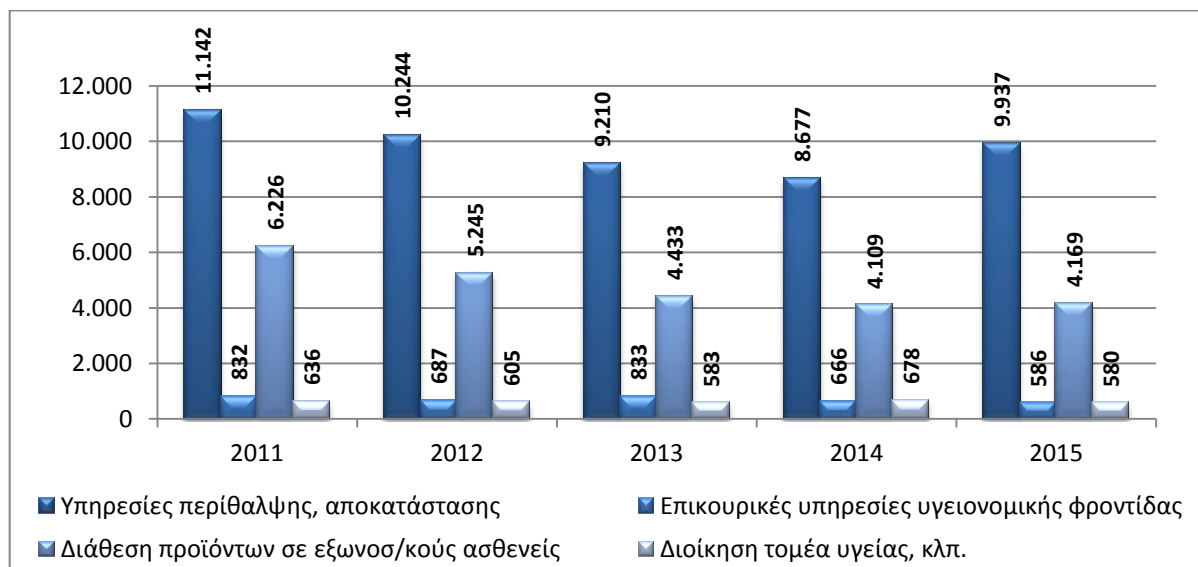
<http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93>

Η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας παρουσίασε αύξηση 6,2% το 2015, συγκριτικά με τις δαπάνες του έτους 2014. Η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας παρουσίασε αύξηση κατά 0,5% το έτος 2015 ως προς το έτος 2014 (Διαγράμματα 4 & 5).

🔗 Τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (πλευρά της ζήτησης)

Εμφανίζεται η χρηματοδότηση την οποία κατέβαλλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας [Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και λοιπές δαπάνες (ΜΚΟ, Εκκλησία, κλπ.)] ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα, φαρμακευτικά και υγειονομικά προϊόντα, κλπ.)

ΓΡΑΦΗΜΑ 8: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΑΝΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2015 (ΣΕ ΕΚΑΤ. ΕΥΡΩ)



Πηγή: 2015, ΕΛ.ΣΤΑΤ.- ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ)

<http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93>

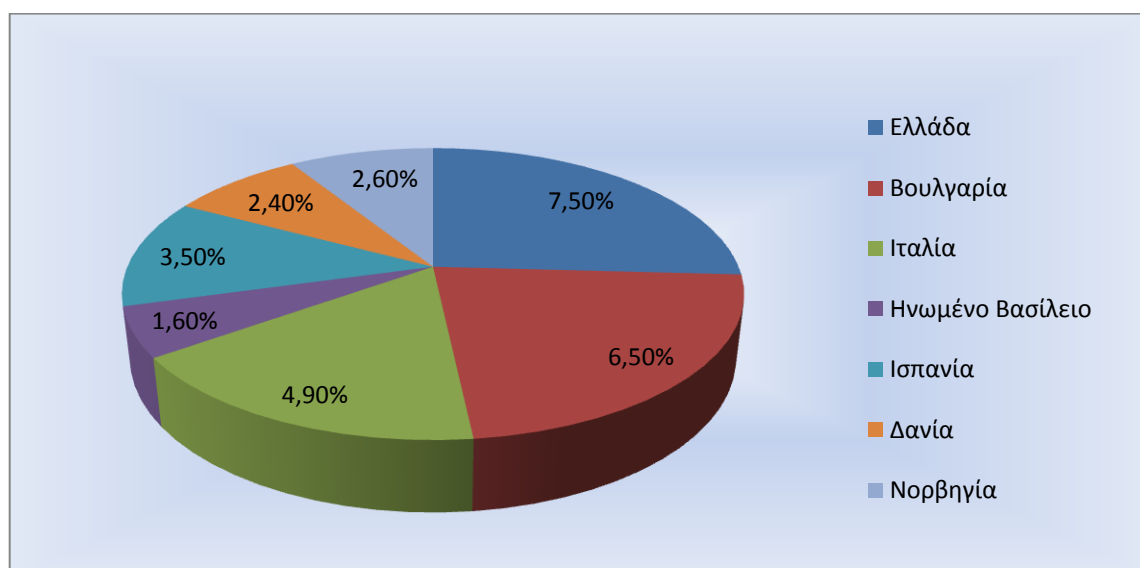
Ως προς τη συμβολή του δημοσίου τομέα στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας, παρατηρείται αύξηση από 58% το έτος 2014 σε 59,1% το έτος 2015. Εν αντιθέσει, η συμβολή του ιδιωτικού τομέα στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας μειώθηκε από 40,6% το έτος 2014 σε 39,1% το έτος 2015 (Διάγραμμα 6).

🏠 Την κατεύθυνση της χρηματοδότησης για υγειονομική δαπάνη ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (πλευρά της προσφοράς).

Εμφανίζεται η κατεύθυνση της χρηματοδότησης για υγειονομική δαπάνη ανά προμηθευτή υγείας (νοσοκομεία, ιατροί, διαγνωστικά κέντρα κλπ.) και ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκαταστάσεις, μακροχρόνια φροντίδα κλπ.)

Σύμφωνα με την έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών, για το έτος 2017 που δημοσιοποίησε η ΕΛ.ΣΤΑΤ., τα νοικοκυριά δαπάνησαν πέρυσι γύρω στο 7,3% της μέσης μηνιαίας δαπάνης για υπηρεσίες υγείας, που αντιστοιχεί σε 102,44 ευρώ. Βάσει της συγκεκριμένης έρευνας καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι η ιδιωτική επιβάρυνση των πολιτών είναι ακόμα πιο μεγάλη συγκριτικά με εκείνα τα οποία πληρώνει το ασφαλιστικό σύστημα για την υγειονομική τους περίθαλψη.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ, ΕΤΟΥΣ 2015



Πηγή: 2015, ΕΛ.ΣΤΑΤ.- ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ)

[\[http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93\]](http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93)

Βάσει του παραπάνω πίνακα, και τα στοιχεία που μας παρέχει η ΕΛΣΤΑΤ, η χώρα μας κατέχει την πρωτιά στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας με το 7,3% να είναι το υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής στην Ε.Ε. Ακολουθεί, σε ιδιωτικές δαπάνες η Βουλγαρία με 7,1%, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό είναι 10%, στην Ισπανία 3,4% και στην Ιταλία 4,8%.

Στην Ελλάδα η πορεία συμμετοχής των νοικοκυριών στις δαπάνες υγείας, τείνει αυξανόμενη από το 2011 μέχρι το 2015. Η μηνιαία δαπάνη ξεκίνησε το 2011, στα 114,58 ευρώ και μέχρι πέρυσι έπεσε στα 107,6 ευρώ, με χαμηλότερη τη δαπάνη του 2013 στα 104,44 ευρώ. Εντούτοις, πέρυσι, το ποσό αυτό αφορούσε το 7,5% του εισοδήματος, ενώ το 2011 αφορούσε το 6,3%. Στην Ελλάδα, την Ιταλία και τη Βουλγαρία σχεδόν το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών (τρέχουσες τιμές) του μέσου προϋπολογισμού των νοικοκυριών αφορά στα είδη διατροφής, σε ποσοστά 20,7%, 23,7% και 36,7%, αντίστοιχα.⁶

Σύμφωνα με την έρευνα το 2015, η μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών, ανήλθε στα 1.419,57 ευρώ, καταγράφοντας μείωση κατά 2,8% ή 40,95 ευρώ, σε σύγκριση με το 2014. Σε πραγματικούς όρους, η μέση μηνιαία δαπάνη μειώθηκε κατά 1,2% ή 16,82 ευρώ, εξαιτίας της επίδρασης του πληθωρισμού, σύμφωνα με τον Δείκτη Τιμών Καταναλωτή του έτους 2015. Από τις διάφορες κατηγορίες της μέσης μηνιαίας δαπάνης των νοικοκυριών, η μοναδική κατηγορία

⁶ Τα στοιχεία αυτά προκύπτουν από την δειγματοληπτική Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) για το έτος 2015 που διενήργησε η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) σε δείγμα 6.150 ιδιωτικών νοικοκυριών στο σύνολο της χώρας.

για την οποία παρατηρείται αύξηση της μέσης μηνιαίας δαπάνης είναι ο τομέας της υγείας (1,2%).

Η μέση μηνιαία ισοδύναμη δαπάνη των φτωχών νοικοκυριών εκτιμάται στο 32,6% των δαπανών των μη φτωχών νοικοκυριών. Τα φτωχά νοικοκυριά λόγω της σύνθεσής τους (ανασφάλιστοι, ηλικιωμένοι, κλπ) δαπανούν περίπου το 8,5% του μέσου προϋπολογισμού τους, ενώ η αντίστοιχη δαπάνη των μη φτωχών στο 7,8%.

Η επιβάρυνση είναι κυρίως υψηλότερη για τα μονοπρόσωπα νοικοκυριά που φτάνει μέχρι και το 13,4% για άτομα με χαμηλό εισόδημα κάτω από 4.878,86 ευρώ –κυρίως συνταξιούχους, ανέργους, ανασφάλιστους- και ηλικίας πάνω των 65 ετών, διαμορφώνοντας τη συνολική μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών στην Ελλάδα διαμορφώθηκε σε 1.414,09 ευρώ.

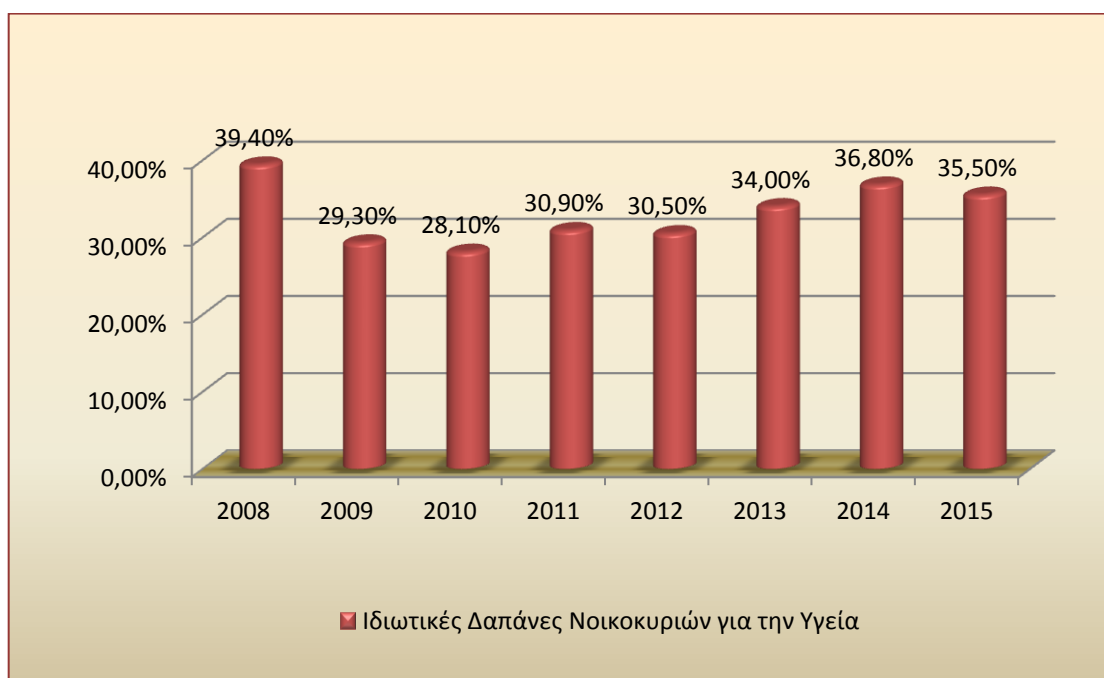
Οι ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών κατηγοριοποιείται ως ανεξάρτητος τομέας χρηματοδότησης. οι απευθείας πληρωμές αποδεικνύουν την άμεση επιβάρυνση των νοικοκυριών κατά τη χρήση της αντίστοιχης υπηρεσίας. Οι ίδιες πληρωμές οι οποίες αφορούν την υγεία συντελούν καθοριστικά σε κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, οι δαπάνες αυτές χαρακτηρίζονται από:

📌 Τον τρόπο συμμετοχής: εθελοντική, ανάλογα με την προθυμία και, παράλληλα, με την ικανότητα πληρωμής του ατόμου ή του νοικοκυριού, μολονότι η κυβέρνηση σε ορισμένες περιπτώσεις έχει τη δυνατότητα να καθορίσει το ποσό της πληρωμής που απαιτείται.

📌 Το δικαίωμα συμμετοχής παροχών: Συνεισφορά. Η υπηρεσία παρέχεται εφόσον το άτομο πληρώνει.

📌 Βασική μέθοδος για τη συγκέντρωση κεφαλαίων: Προαιρετική, με βάση την απόφαση του νοικοκυριού να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες και ως εκ τούτου να πληρώσει για αυτές.

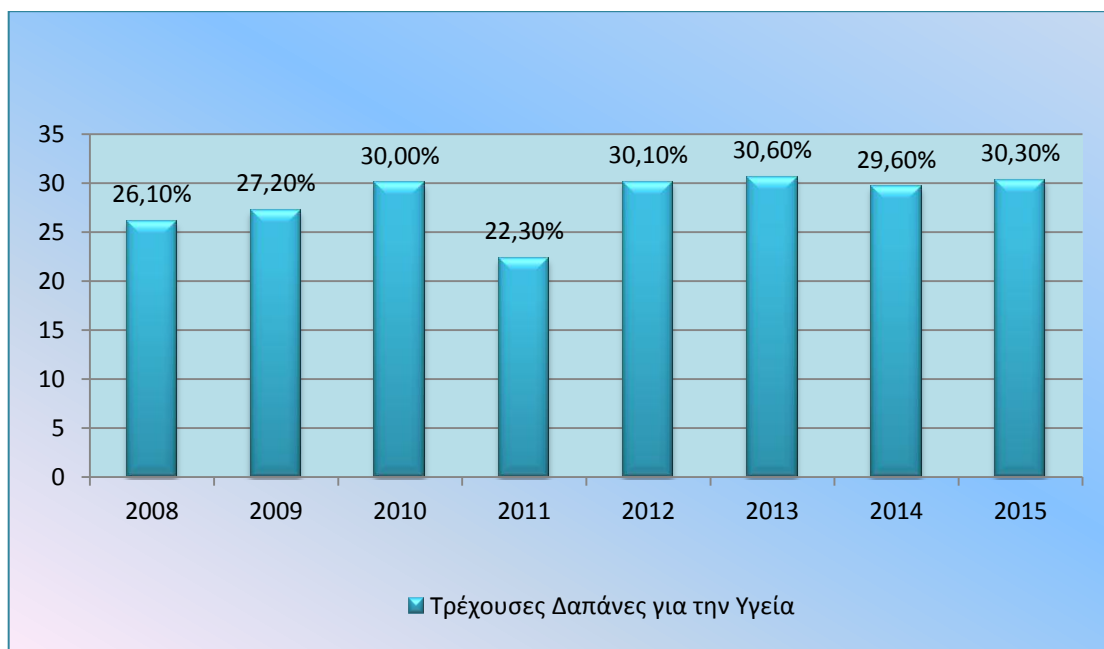
ΓΡΑΦΗΜΑ 10: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Πηγή: 2015, ΕΛ.ΣΤΑΤ.- ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ)

[\[http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93\]](http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93)

ΓΡΑΦΗΜΑ 11: ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



Πηγή: 2015, ΕΛ.ΣΤΑΤ.- ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ)

[\[http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93\]](http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93)

Στον πίνακα που ακολουθεί δύναται να παρατηρήσει κανείς το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών για την υγεία στη χώρα μας σε σχέση με τις άλλα εθνικά συστήματα υγείας των χωρών της Ε.Ε. και του Ο.Ο.Σ.Α. Η χώρα μας παρουσιάζει για το 2016 ιδιωτικές δαπάνες νοικοκυριών περίπου στο 34,3% επί των συνολικών δαπανών για τη υγεία, ποσοστό το οποίο συγκρίνεται με χώρες όπως η Χιλή, το Μεξικό και η Κορέα, ενώ υπολείπεται σημαντικά από το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ
ΩΣ % ΕΠΙ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΥΓΕΙΑ, 2008-2016**

Financingscheme	Household out-of-pocket payments								
Function	Current expenditure on health (all functions)								
Provider	All providers								
Measure	Share of current expenditure on health								
Country/ Year	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Australia	19.04	19.05	19.75	19.17	19.93	19.72	19.56	18.95	..
Austria	18.24	18.05	18.60	18.74	18.67	19.17	19.10	19.01	18.92
Belgium	17.86	17.64	17.64	17.65	17.31	17.47	17.15	16.46	15.86
Canada	15.40	15.03	15.37	14.69	14.57	14.48	14.53	14.47	14.62
Chile	37.43	34.59	34.47	34.50	33.41	32.87	32.70	32.24	32.07
CzechRepublic	16.13	15.05	15.25	15.02	15.29	13.59	14.08	13.71	15.02
Denmark	14.12	13.69	14.39	14.55	14.16	13.81	13.78	13.68	13.71
Estonia	20.72	20.34	21.92	21.56	21.52	22.61	22.62	22.77	22.69
Finland	19.56	19.41	19.98	19.36	18.72	18.96	18.95	19.73	20.35
France	9.89	10.06	10.14	10.21	10.13	9.97	9.88	9.76	9.76
Germany	13.98	13.79	13.91	13.88	13.90	13.05	12.61	12.69	12.41
Greece	39.38	29.31	28.13	30.92	30.14	33.69	36.63	36.16	34.34
Hungary	26.35	26.24	27.42	28.22	29.37	28.36	28.34	28.88	29.70
Iceland	15.96	16.62	18.19	18.47	18.57	18.26	17.98	17.64	16.87
Ireland	11.86	12.70	13.80	13.54	13.64	14.14	14.17	13.58	12.99
Israel	25.27	25.29	23.73	23.72	23.32	22.50	22.76	22.67	22.97
Italy	21.34	20.66	20.55	22.03	21.68	21.76	22.14	23.14	23.11
Japan	15.24	15.16	14.57	13.12	12.97	12.70	12.87	12.95	..
Korea	37.76	34.99	34.61	34.64	34.96	34.63	34.29	34.00	33.31
Latvia	37.31	38.78	37.19	34.30	37.82	38.47	39.11	42.07	44.56
Lithuania	28.17	26.82	27.59	28.22	31.80	32.82	31.49	31.84	32.34
Luxembourg	10.06	9.90	10.23	10.88	10.44	10.27	10.80	11.00	11.24
Mexico	48.60	47.35	45.67	42.73	42.60	41.31	41.51	41.37	40.38
Netherlands	10.74	9.70	9.82	9.94	10.39	11.68	12.21	11.62	11.45
NewZealand	13.24	12.36	11.96	12.10	12.27	12.37	12.85	13.37	13.58
Norway	15.66	15.25	15.05	15.21	14.80	14.59	14.38	14.14	14.52
Poland	24.43	24.36	23.71	23.96	24.26	23.65	23.13	23.25	22.94
Portugal	25.82	24.61	24.56	26.30	28.18	26.97	27.70	27.73	27.75
SlovakRepublic	21.02	22.42	22.80	23.57	23.23	23.32	18.01	18.44	17.83
Slovenia	12.64	12.78	12.64	12.20	12.46	12.46	12.98	12.50	12.00
Spain	21.02	19.49	20.73	21.08	22.84	23.97	24.36	23.78	23.83
Sweden	16.92	16.91	16.94	15.04	15.40	15.54	15.51	15.49	15.24
Switzerland	29.06	28.84	29.08	28.53	28.81	28.35	29.24	29.08	29.56
Turkey	19.18	14.51	16.87	15.90	15.93	16.93	17.73	16.95	16.47
UnitedKingdom	9.45	9.41	9.82	9.89	9.71	14.78	14.74	14.93	15.12
UnitedStates	13.11	12.47	12.20	12.20	12.04	11.93	11.48	11.14	11.09
OECD average	20.89	20.10	20.26	20.17	20.42	20.59	20.59	20.59	20.84

Πηγή: OECD (2019). Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ) ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η οικονομική κρίση επιφέρει ακραίες και δυσμενείς συνθήκες πολύ συχνά, όπως σε επισφαλή εργασία, ανεργία, μείωση του εισοδήματος, εργασιακή ανασφάλεια και τελικά φτώχεια τα οποία οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων, πράγμα που αποτελεί πηγή ακόμα και για διάφορες ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, η ανεργία σχετίζεται με αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ, αύξηση στην ενδοοικογενειακή βία, κλπ. Ειδικότερα, η φτώχεια σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε ένα υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται ανεπαρκώς και να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα (Λιαρόπουλος Λ., 2010).

Το γεγονός αυτό δεν παύει να αποτελεί απειλή για την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού ο οποίος, αδιαμφισβήτητα, εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας. Βάσει των προαναφερόμενων δεδομένων, οδηγούμαστε εύκολα στο συμπέρασμα πως η οικονομική κατάσταση των ανθρώπων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα ακόμα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, τα συστήματα υγείας κατά την οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης λόγω της μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία, της οικονομικής στενότητας, όπως και της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες δεν παύει να κάλυπταν ένα σημαντικό τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία (Κυριόπουλος Γ. & Τσιάντου Β., 2009).

Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμύρια για την υποστήριξη των τραπεζικών συστημάτων, ούτως ώστε να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια, παράλληλα με το δανεισμό ογκωδών ποσών αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, καθιστά αναπόφευκτη την ασφυκτική πίεση στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, ταυτόχρονα με την σοβαρή επίπτωση την οποία μπορεί να αποκτήσουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών (Appleby, 2008).

Οι Χαραλάμπους και Τσίτση (2010), αναφέρουν μεταξύ άλλων, ότι τόσο το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η διατήρηση της καλής υγείας ισότιμα στα μέλη του, εξαρτώνται από την επιρροή των ατομικών κινδύνων (παραδείγματος χάριν: διατροφή, συμπεριφορά, κτλ.), από το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο καθώς και τους συλλογικούς κινδύνους υγείας, όπως είναι η μόλυνση του περιβάλλοντος, η διάθεση πολλών επικίνδυνων προϊόντων, κτλ. Δεν πρέπει να λησμονούμε, αλλά αντιθέτως να τονίσουμε, ότι σημαντικό ρόλο συντελούν η οργάνωση και η λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας, που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Επιπροσθέτως, η οικονομική κρίση αποφέρει αρνητικά αποτελέσματα και στους δείκτες υγείας, οι οποίοι είναι οι εξής:

- i.) Το προσδόκιμο επιβίωσης,
- ii.) τη νοσηρότητα,
- iii.) τη θνησιμότητα και,
- iv.) την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Αυτό αποτέλεσε συμπέρασμα αρκετών μελετών από πλήθος ερευνητών, οι οποίοι στην πλειονότητά τους κατέληξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ, της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και του επιπέδου της υγείας του.

Η οικονομική ύφεση, αυξάνει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Εξάλλου, έχει διαπιστωθεί ότι οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονται άμεσα με κοινωνικούς δείκτες, όπως είναι η κοινωνική τάξη και η ανεργία, έννοιες που αποδεικνύουν τη σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης των πολιτών και της υγείας τους. Παράλληλα, η πτώση αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών όπως και άλλων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, θα μπορούσε σαφέστατα να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης υγειονομικής περίθαλψης (Μαλλιαρού Μ., 2012).

Ταυτόχρονα, υπάρχουν άτομα τα οποία λόγω ότι λαμβάνουν χαμηλό εισόδημα περιορίζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας, για τις οποίες πρέπει τα ίδια να καταβάλλουν μεγάλο μερίδιο της αντίστοιχης δαπάνης (λ.χ. οδοντιατρική περίθαλψη, και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς). Με άλλα λόγια, το χαμηλό εισόδημα συνεπάγεται με μικρότερη πρόσβαση σε προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου. Απεναντίας, άτομα ανωτέρων εισοδηματικών κλιμακίων είναι εκείνα τα οποία προσφεύγουν συχνότερα σε ιατρούς ειδικοτήτων.

Σημειωτέον, τα συστήματα υγείας είναι βασιζόμενα στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους, παρά ταύτα, όλο και περισσότερες χώρες αισθάνονται συνεχή πίεση λόγω των αυξανόμενων δαπανών και των περιορισμένων πόρων. Οι πολιτικοί ιθύνοντες έχουν 3 επιλογές:

- i.) Συγκράτηση του κόστους,
- ii.) είτε, αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας,
- iii.) είτε και τα δύο.

Ήδη από τη δεκαετία του 1970, γίνεται συζήτηση σχετικά με την επιτακτική ανάγκη λήψης μέτρων συγκράτησης του κόστους στις βιομηχανικές χώρες. Αξίζει να σημειωθεί, ότι τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης, λόγω της μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία, της οικονομικής στενότητας αλλά και της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας, από τις πλουσιότερες χώρες, όπως έχει ήδη προαναφερθεί

σε προηγούμενα κεφάλαια, οι οποίες μάλιστα, καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για τον τομέα της υγείας ενώ ταυτόχρονα, επιχειρούν να περικόψουν τις δαπάνες. Χρειάζεται επίσης να σημειωθεί, ότι τα ελλείμματα στο δημόσιο τομέα και η ανεργία ασκούν ασφυκτική πίεση τόσο στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης όσο και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, οι οποίες ως γνωστόν αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών.

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας αποτέλεσαν, θέμα συζήτησης της Επιτροπής Υγείας του Ο.Ο.Σ.Α. τον Ιούλιο του 2009. Η έκθεση επικεντρώθηκε στις συνέπειες που έχει επιφέρει η κρίση στη χρηματοδότηση της υγείας και ένα σημαντικό από τα πορίσματα που διεξήγαγαν ήταν το εξής: «Η συνέχιση της χρηματοδότησης μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση μέρους των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης.» Μάλιστα, αυτό που προτάθηκε είναι να μην επηρεαστούν οι δημόσιοι πόροι στη χρηματοδότηση της υγείας αρνητικά.

Πολλοί θα συμφωνούσαν με την άποψη των αναλυτών Amartya Sen και Paul Krugman (1994), οι οποίοι κατέχουν Νόμπελ Οικονομικών Επιστημών, συμφωνούν ότι η απάντηση στις επιπτώσεις της κρίσης στον τομέα της υγείας, αποτελούν τα εθνικά συστήματα υγείας και η εθνική ασφάλιση υγείας. Σύμφωνα, με τον Γιάννη Κυριόπουλο (2017), στην Ελλάδα εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς μία ακόμα επίπτωση, όχι όμως αμελητέα, είναι η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος η οποία θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες που έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Το φαινόμενο αυτό, συνδέεται άμεσα, με τις εντονότερες πιέσεις που θα υποστεί η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, με την αύξηση των δαπανών στον κλάδο και τέλος, με την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης. Βάσει εκτιμήσεων του Υπουργείου Υγείας, ήδη παρουσιάζεται μία αύξηση 20% στη χρήση των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ παρατηρείται μία μείωση κατά 15% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Δεδομένου, των προαναφερθέντων, δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι υπηρεσίες θα κληθούν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά, παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός το οποίο μπορεί να μην καταστεί δυνατό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Erman, 2009). Επίσης, σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα, η οποία συνεπάγεται με τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του και απαιτεί:

- ✓ τον περιορισμό των διοικητικών δαπανών,

- ✓ την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων,
- ✓ τη μείωση του προσωπικού,
- ✓ τη μείωση των υπηρεσιών,
- ✓ την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων,
- ✓ την πιθανή συγχώνευση και τέλος,
- ✓ τη συρρίκνωσή του.⁷

Εν κατακλείδι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης ποικίλλουν μεταξύ των κρατών, μεταξύ των διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων και ανάλογα με το χρόνο. Αναντίρρητα, η οικονομική κρίση θα έχει βραχυπρόθεσμες δυσμενείς συνέπειες οι οποίες οφείλονται σε σημαντικό βαθμό στην προσπάθεια των κρατών για την εξεύρεση και διατήρηση των περιορισμένων οικονομικών πόρων, παράλληλα με την εξισορρόπηση των προϋπολογισμών, αλλά και μακροπρόθεσμες οι οποίες προκύπτουν από την αναγκαιότητα να γίνει απόσβεση των εθνικών ελλειμμάτων καθώς και το παγκόσμιο χρέος, προκαλούμενο από τις διογκωμένες δαπάνες για την υποστήριξη του παγκοσμίου και εθνικού συστήματος.

3.1 Οι Επιπτώσεις μέσα από την υπάρχουσα βιβλιογραφία

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, καθώς τα άτομα και οι οικογένειες, οι οποίες βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας (Bartley & Blane, 1997) εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά.

Σε γενικές γραμμές υφίσταται μία αρνητική επίπτωση στον χώρο της υγείας. Αυτό παρατηρείται και υπό την πίεση την οποία βρίσκονται οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας, παράλληλα με την ανεργία η οποία συνεχώς αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης.

Προς τα τέλη της δεκαετίας του 2000 ξεκίνησε η συρρίκνωση και της ελληνικής οικονομίας υπό το βάρος της παγκόσμιας κρίσης. Εξάλλου, η σφοδρότητα της διεθνούς οικονομικής κρίσης ήταν τέτοια ούτως ώστε να επιφέρει μεγάλη συρρίκνωση τόσο της ελληνικής οικονομίας, όσο και στο επίπεδο των προϋπολογισμών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ειδικότερα. Παράλληλα, οι δαπάνες έχουν υποστεί τεράστιες περικοπές με σημαντικές συνέπειες για τη δημόσια υγεία. Το 2012 σημειώθηκε μείωση των δαπανών κατά 25% συγκριτικά με τις αντιστοιχίες του

⁷American Hospital Association, 2008

2009. Η συνολική δαπάνη υγείας της χώρας μας φτάνει το Μ.Ο. του ΟΟΣΑ (9,3% του ΑΕΠ), επειδή η χρηματοδότηση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης γίνεται πλέον επιβαρύνοντας στο μεγαλύτερο μέρος της τον πολίτη, μέσω ιδιωτικών πληρωμών.

Θα αποτελούσε σοβαρή παράλειψη να μην αναφερθούμε στις περικοπές στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς που αγγίζουν ακόμα και το 40%, την ίδια στιγμή που οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων αυξήθηκαν κατά 24% το 2009, και μειώθηκαν οι επισκέψεις σε ιδιωτικά ιατρεία κατά το ανάλογο ποσοστό. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας, λοιπόν, έρχεται αντιμέτωπο με τη μειωμένη ζήτηση, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος λειτουργεί ανασταλτικά στη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστήριων υγείας, ενώ ταυτοχρόνως το προσωπικό του δημοσίου φορέα έχει επιφορτιστεί με μεγαλύτερες υποχρεώσεις, με αποτέλεσμα να πληγεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, και κατ' επέκταση η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

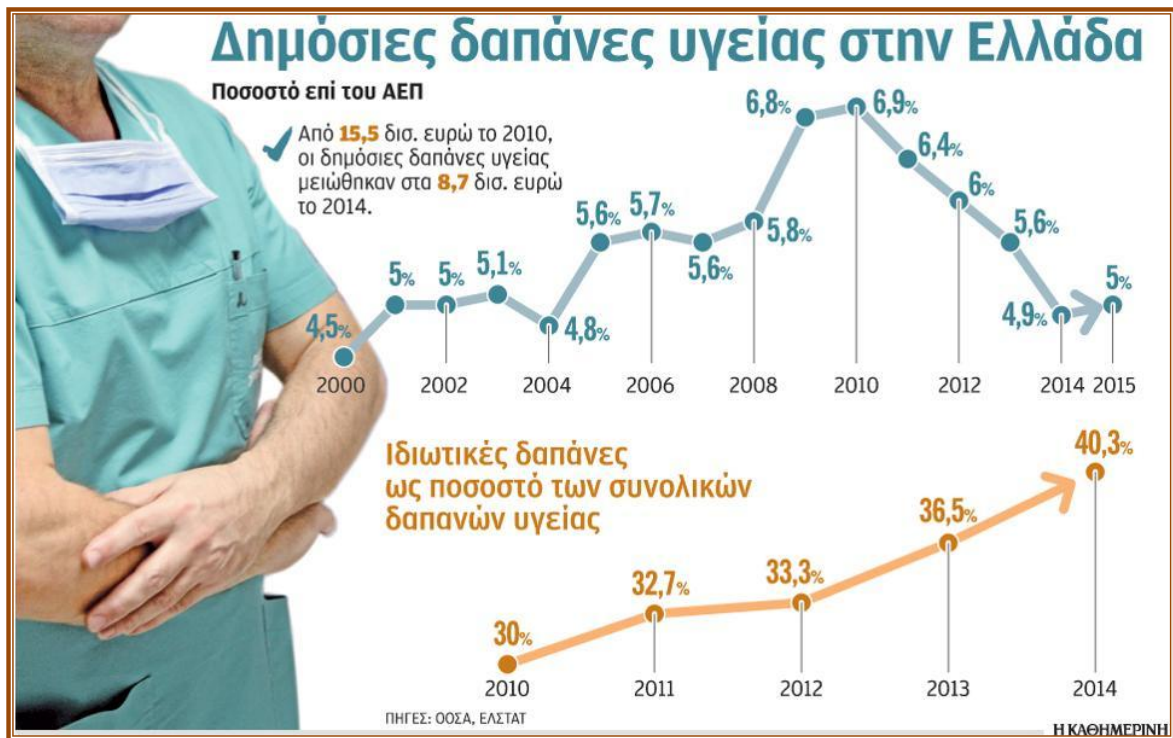
Στη διαμόρφωση του αρνητικού αυτού παράγοντα, έρχονται να προστεθούν και τα καθήκοντα των δημοσίων υπαλλήλων υγείας, τα οποία υφίστανται την κατακόρυφη μείωση του προσωπικού των μονάδων υγείας, προερχόμενη, κατά κόρον, από πρόωρη ή όχι συνταξιοδότηση, και η αδυναμία αναπλήρωσης των κενών θέσεων από την πλευρά του κράτους, εξαιτίας της έλλειψης οικονομικών πόρων. Το φαινόμενο αυτό συνδέεται, άμεσα, με τη μεγαλύτερη καταπόνηση, σωματική και ψυχική του ανθρωπίνου δυναμικού που επανδρώνει τους φορείς υγείας, το οποίο καταβάλλει δαιδαλώδεις προσπάθειες, με σκοπό να κατορθώσει να ανταποκριθεί στις νέες αυξημένες και συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις, δίχως να έχουν στη διάθεσή τους, τους αντίστοιχους πόρους.

3.2 Η συνεχής μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία από το 2010 έως και σήμερα

Ελεύθερη πτώση κατέγραψαν στα χρόνια της κρίσης, οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με τα παρατιθέμενα στοιχεία από τους διεθνείς οργανισμούς. Ως αποτέλεσμα αυτής της δραματικής κατάστασης, μέρος του οικονομικού βάρους για τις υπηρεσίες υγείας έχει μετατοπιστεί αναποφεύκτως, στα νοικοκυριά, τα οποία παρά τη μείωση των διαθέσιμων εισοδημάτων συνεχίζουν να δαπανούν αρκετά υψηλά ποσά για υπηρεσίες υγείας.

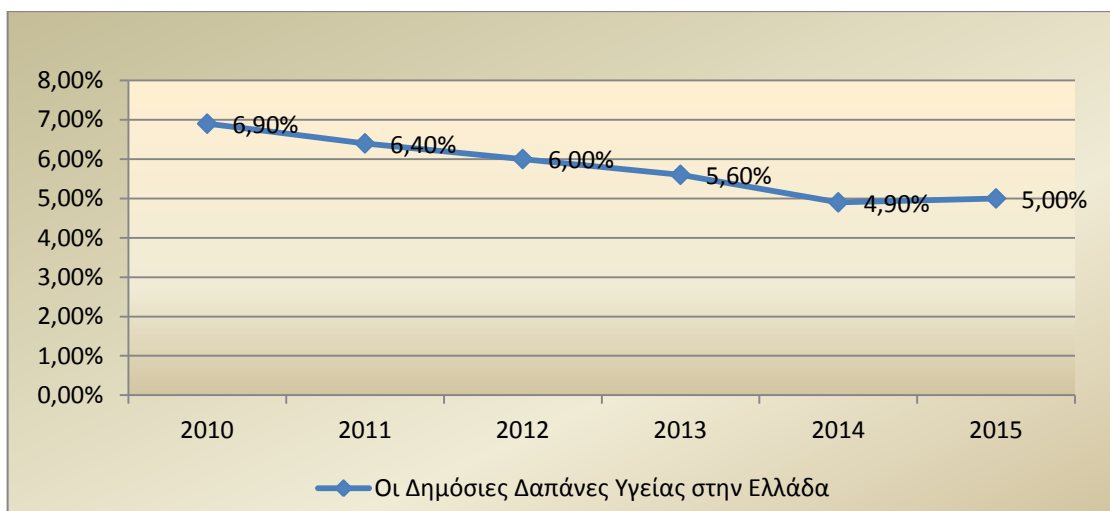
Οι εργαζόμενοι στον κλάδο της υγείας συνεχίζουν να τονίζουν τις τεράστιες ελλείψεις σε προσωπικό και αναλώσιμα υλικά στα νοσοκομεία, ενώ παράλληλα διαμαρτύρονται και για τη μη ανανέωση των πολύ παλαιών μηχανημάτων.

ΓΡΑΦΗΜΑ 12: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Πηγή: ΟΟΣΑ, ΕΛΣΤΑΤ [<http://www.kathimerini.gr/901165/article/epikairothta/ellada/meiwnontai-oi-dhmosies-dapanes-ygeias>]

ΓΡΑΦΗΜΑ 13: ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

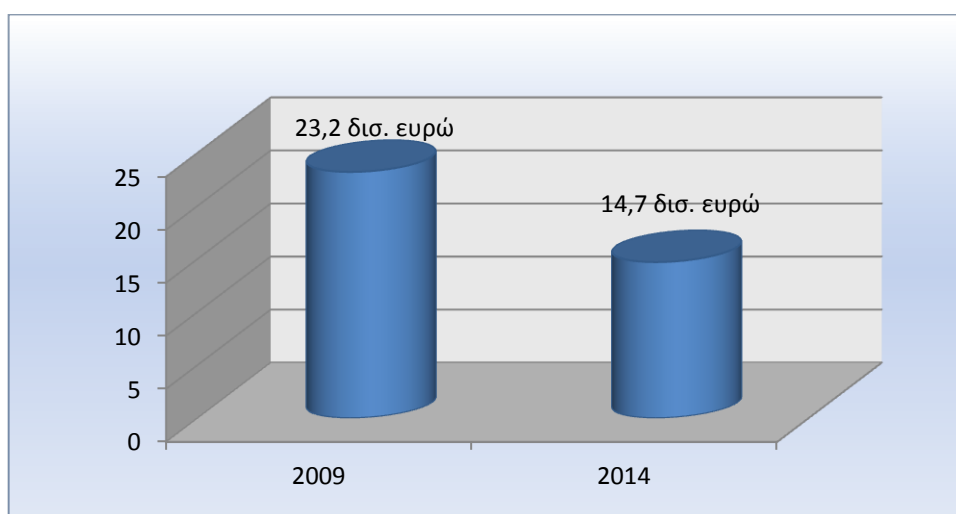


Πηγή: 2016, ΟΟΣΑ-ΕΛΣΤΑΤ

[<http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93>]

Τον Μάρτιο του 2016, η ΕΛ.ΣΤΑΤ. δημοσιοποίησε τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για τις δαπάνες υγείας. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, οι δαπάνες υγείας της Ελλάδας είχαν μία άνευ προηγουμένου πτώση από 23,2 δισ. ευρώ σε 14,7 δισ. ευρώ κατά τα έτη 2009-2014, ή κατά 36,6%. Κατά συνέπεια, οι συνολικές δαπάνες υγείας στη χώρα μας, ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) μειώθηκε από 9,8% του ΑΕΠ το 2009 σε 4,95% το 2014, πολύ κάτω από το 6% που υπαγορεύουν τα μνημόνια τα οποία έχουν υπογραφεί από την Ελλάδα και τους διεθνείς δανειστές.

ΓΡΑΦΗΜΑ 14: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Πηγή: 2016, ΟΟΣΑ-ΕΛΣΤΑΤ

[<http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93>]

Οι περικοπές αυτές οδήγησαν στη μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία και ιδιαίτερα για την κοινωνική ασφάλιση υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκε από 16,1 δισ. ευρώ το 2009 σε 8,8 δισ. ευρώ το 2014, ή ποσοστιαίως κατά 45,3%. Οι δαπάνες για την υγεία από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης έπεσε από 53,9% (από 9,98 δισ. ευρώ σε 4,6 δισ. ευρώ), ενώ οι δαπάνες υγείας μειώθηκε κατά 31,4% (από 6,12 δισ. ευρώ σε 4,2 δισ. ευρώ). Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν σε ένα χαμηλότερο ποσοστό (18,6%), δηλαδή από 7 δισ. ευρώ σε 5,7 δισ. ευρώ κατά την ίδια περίοδο. Παρόλα αυτά, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 2,1% το 2014 σε σύγκριση με το 2013 (από 5,62 δισ. ευρώ, σε 5,74 δισ. ευρώ).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ % ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ, ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2003-2013

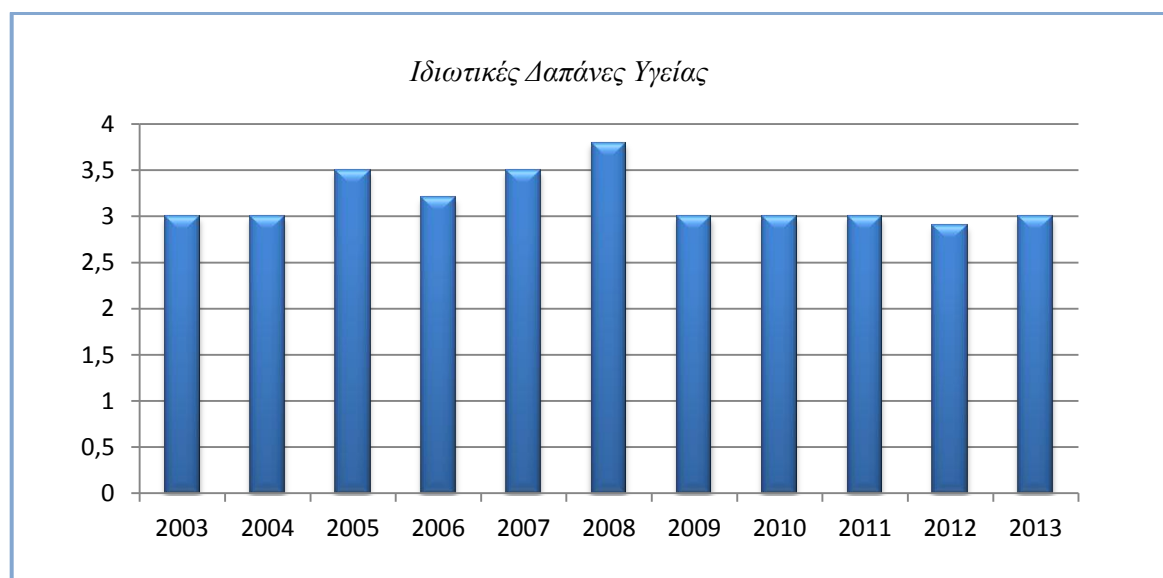
ΈΤΟΣ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<u>ΔΗΜΟΣΙΟΣ</u> <u>ΤΟΜΕΑΣ</u>	5,1	4,8	5,6	5,7	5,6	5,8	6,8	6,2	6,7	6,2	6
<u>ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ</u> <u>ΤΟΜΕΑΣ</u>	3,1	3,1	3,4	3,3	3,5	3,9	3	3	3,1	2,9	3,1
<u>ΣΥΝΟΛΙΚΗ</u> <u>ΔΑΠΑΝΗ</u>	8,2	8	9	9	9,1	9,8	9,8	9,2	9,7	9,1	9,2

Πηγή: 2015, ΟΟΣΑ-ΕΛΣΤΑΤ

[http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2016/VOLUME%2004_16/VA_SP_3_15_04_16.pdf]

Όπως διαπιστώνουμε στον πίνακα 7, αποτυπώνεται η δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ διαχρονικά για την Ελλάδα. Επίσης, παρατηρούμε ότι η αναλογία δαπανών δημοσίου και ιδιωτικού τομέα είναι αντίστοιχα δύο προς ένα, σχεδόν σταθερά από το 2003 έως το 2013.

ΓΡΑΦΗΜΑ 15: ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ΠΗΓΗ: ΟΕCD, 2015

[http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2016/VOLUME%2004_16/VA_SP_3_15_04_16.pdf]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα όπως έχει αποδειχθεί, διακατέχεται από πολλά προβλήματα τα οποία είναι αναγκαίο να επιλύσει το γρηγορότερο δυνατό, όπως τον κατακερματισμό του, τις επικαλύψεις και τις υγειονομικές ανισότητες, την αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως και την αναμενόμενη αύξηση ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, την έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τη χαμηλή παραγωγικότητα.

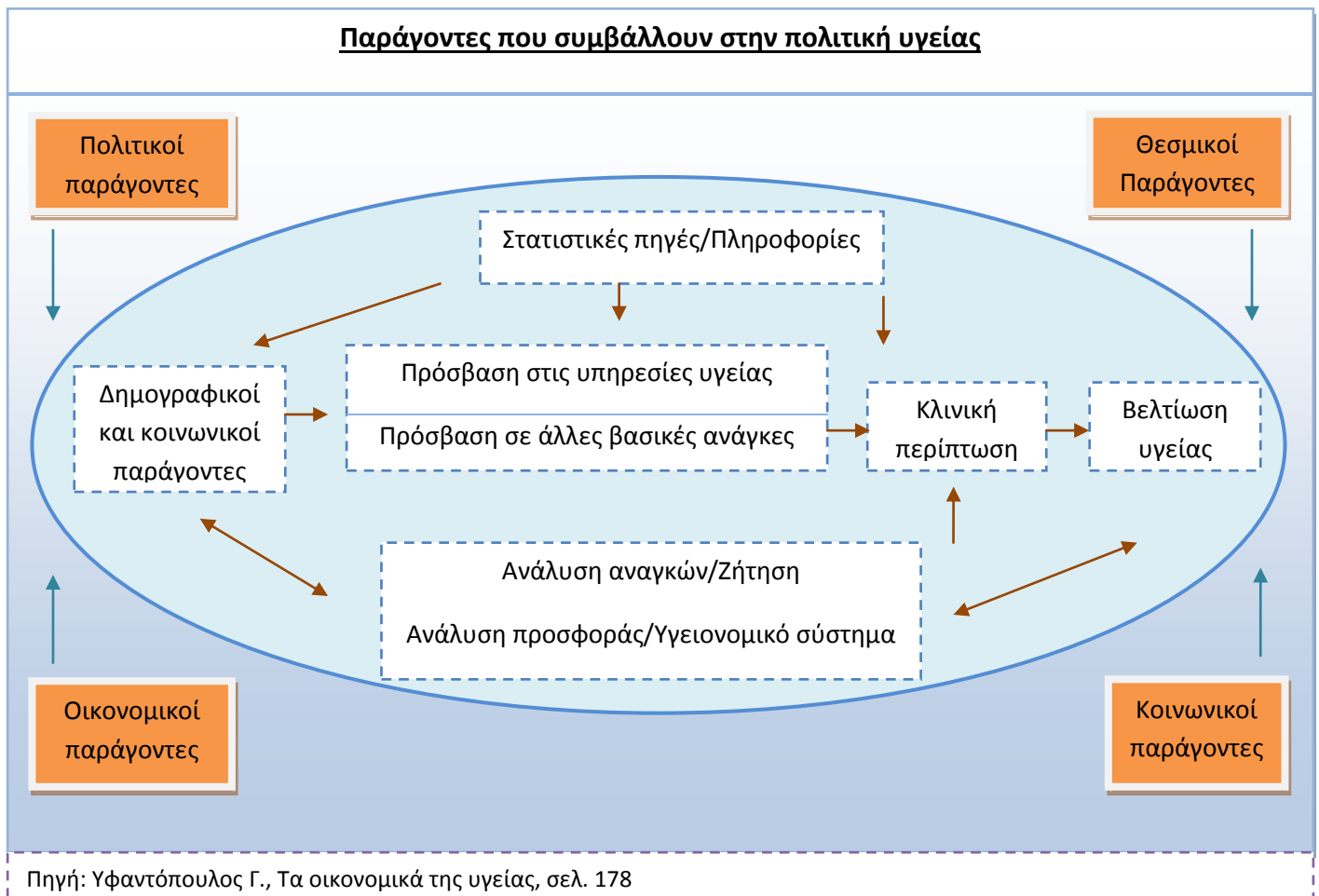
Επιπροσθέτως, κρίνεται αναγκαία η επίλυση της περιορισμένης ποιότητας των υπηρεσιών, της μη ανταποκρισιμότητας, τη σπατάλη πόρων και τη διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και τη διαφθορά τα οποία φέρουν μέχρι στιγμής ως αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας.

Μία σοβαρή οικονομική κρίση όπως η παρούσα, συμβάλλει σημαντικά στις επιπτώσεις στον τομέα της υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και παράλληλα, επιβαρύνει τη λειτουργία των δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Η κοινωνία και το κοινωνικό κράτος προσπαθούν δοκιμάζοντας τα όρια αντοχής τους προσπαθώντας να διαχειριστούν τους μειωμένους προϋπολογισμούς για την υγεία, αν και αρκετές χώρες αναφέρουν αύξηση των επενδύσεων στην υγεία και ιδιαίτερα την πρόληψη έχοντας Ουσιαστικά η κρίση από τη μία αύξησε την ανάγκη για πρόσβαση στη δημόσια υγεία και από την άλλη μείωσε τη δυναμική των εθνικών συστημάτων υγείας, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει η δυνατότητα εξυπηρέτησης των αυξημένων αναγκών των πολιτών.

Η χώρα όπως είδαμε παραπάνω, το διάστημα 2003-2013 είχε αρκετά αυξημένες δαπάνες για την υγεία, (ξοδεύταν το 6,1% του ετήσιου προϋπολογισμού, για ενίσχυση νοσοκομείων αλλά και ευρύτερα των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης). Από τη στιγμή που ξέσπασε η κρίση και ειδικά από το 2010, όπου έγινε πολύ πιο έντονη και διακριτή για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν σε σημαντικό βαθμό εξαιτίας της προσπάθειας μείωσης σε κόστη και δημόσια ελλείμματα.

Στην περίοδο της κρίσης, σημαντικά αποτελέσματα θα επέφερε το γεγονός αν η πολιτική υγείας προσανατολιζόταν, καθώς και οι μεταρρυθμίσεις, σε συγκράτηση του κόστους και στη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος με την αναγκαία διασφάλιση της ίσης δυνατότητας πρόσβασης σε όλους, συμπεριλαμβανομένων των ανασφάλιστων, οι επιχειρούμενες δράσεις και μέτρα είναι πιθανότατα σε αντίθετη τροχιά. Αντί η αποδοτικότητα και η ισότητα, παράλληλα, να είναι στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων και να απασχολούν την τρέχουσα πολιτική υγείας και όλες οι ενέργειες να κατατείνουν στην αντιμετώπιση των δύο

αναφερθέντων ζητημάτων με έξυπνες πολιτικές διαχείρισης και αλληλεγγύης, η κυβέρνηση σε συνεργασία με τους θεσμούς (ΕΚΤ, ΕΕ, ΔΝΤ) αποδεικνύει την λανθάνουσα επιλογή της. Η επιλογή αυτή στηριζόμενη στην πολιτική της λιτότητας, καταλήγει στην σπατάλης πολύτιμων και αναγκαίων πόρων και δεν αντιμετωπίζει με αποτελεσματικό τρόπο την πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών σε υπηρεσίες υγείας.



Όλα τα παραπάνω δηλώνουν εμπράκτως, ότι λόγω της κρίσης η υγεία έχει υποβαθμιστεί, αυτό έχει αντίκτυπο στην υγεία των πολιτών, καθώς παρατηρούνται πολλά κρούσματα ψυχικών, σωματικών διαταραχών κλπ. Επιπλέον, η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, συνδυαστικά με τη μείωση των δαπανών σε Ευρώπη και Ελλάδα, δικαιολογεί σε μεγάλο βαθμό το αδιέξοδο που βιώνουν σήμερα όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.






Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης ποικίλλουν από κράτος σε κράτος, και μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων και ανάλογα με το χρόνο. Το σίγουρο είναι ότι η οικονομική κρίση θα έχει βραχυπρόθεσμες δυσμενείς συνέπειες που θα οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην προσπάθεια των κρατών για την εξεύρεση και διατήρηση των περιορισμένων

οικονομικών πόρων και την εξισορρόπηση των προϋπολογισμών, αλλά και μακροπρόθεσμες οι οποίες προκύπτουν από την αναγκαιότητα να αποσβέσουν τα εθνικά ελλείμματα καθώς και το παγκόσμιο χρέος, προκαλούμενο από τις διογκωμένες δαπάνες για τη στήριξη του παγκόσμιου και εθνικού χρηματοπιστωτικού συστήματος.

Ανακεφαλαιώνοντας, αυτό που πρέπει να τονισθεί είναι ότι τα συστήματα υγείας στην οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης τόσο τα εθνικά, όσο και τα φιλελεύθερα αλλά αυτά που μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα την κρίση είναι τα εθνικά που εσωκλείουν στις θέσεις τους την έννοια της κοινωνικής προστασίας και του κοινωνικού κράτους και δεν εμπεριέχουν μόνο έννοιες κέρδους ή κόστους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πολιτική υγείας οφείλει να είναι ευδιάκριτη από όλους, να είναι κοινωνικά αποδεκτή καθώς να είναι παράλληλα κοινωνικά ανεξάρτητη και οικονομικά βιώσιμη. Προκειμένου να γίνει κάτι τέτοιο θα πρέπει να ισχύουν κατά την ανάπτυξη μίας νέας πολιτικής στην υγεία τα ακόλουθα στάδια (Πετράκης, 2011):

-  Διεύρυνση των επιλογών πολιτικής
-  Εκτίμηση αποτελεσματικότητας συγκεκριμένης πολιτικής
-  Έγκριση και αποδοχή της πολιτικής
-  Εφαρμογή της πολιτικής
-  Αξιολόγηση της πολιτικής

Επίσης, προτείνονται διάφοροι τομείς στους οποίους η δράση σε παγκόσμιο, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο θα βοηθήσουν να εξασφαλιστεί ότι ο τομέας υγείας θα προστατευτεί από την κρίση. Οι ηγέτες στον τομέα υγείας θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να απαιτήσουν για τον τομέα υγείας. Ακόμη πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση και ανάλυση των πληροφοριών σχετικά με τις επιπτώσεις της κρίσης σε κάθε χώρα. Να συνεχιστεί η παροχή οικονομικής βοήθειας ή χρηματοδότησης έρευνας για την υγεία από τις οικονομικές εύρωστες χώρες. Να εξασφαλιστούν πολιτικές υγείας οι οποίες αφορούν την ισότητα, την αλληλεγγύη, εφαρμογή καινοτόμων ιδεών για την επιχειρηματική δραστηριότητα σε διεθνές επίπεδο στον κλάδο της υγείας. Οι συγκεκριμένες πολιτικές περιλαμβάνουν το πώς θα μειωθούν οι αλληλεπικαλύψεις μεταξύ του έργου των ποικίλων οργανισμών, το πώς θα προωθηθεί μεγαλύτερη συνέργεια μεταξύ των επιμέρους προγραμμάτων υγείας και το πώς θα μπορεί να διασφαλιστεί ότι οι βασικές παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας σε τομείς υγείας όπως η διατροφή και υγιεινή, δεν παραμελούνται.

Ταυτόχρονα, υποστηρίζεται ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί δίχως επιπρόσθετους πόρους με την εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας στα πλαίσια μίας αναδιάρθρωσης βασισμένης στην οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, τη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη δομών όπως και συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων, τη συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών και την καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού (Μανιαδάκης, 2011).

Αβίαστα, λοιπόν, οδηγούμαστε στη διαπίστωση ότι η συμπόρευση του λόγου και της πράξης μπορεί να βοηθήσει στην άμβλυνση της κατάστασης θα επιτευχθεί εφόσον καλυφθούν κάποιες από τις παρακάτω προτάσεις:

- Πλήρης ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ανάπτυξη του θεσμού οικογενειακού γιατρού ή γενικού γιατρού
- Διαρκής παρακολούθηση επιπέδων και δεικτών υγείας
- Ενημέρωση/εκπαίδευση και ενδυνάμωση του ατόμου σχετικά με τα θέματα υγείας
- Κινητοποίηση κοινωνικών ομάδων για δημιουργία εθελοντικού δικτύου κοινωνικής προστασίας ευαίσθητων ομάδων
- Ανακατανομή των πόρων και προώθηση της πρόληψης σε σχέση με τη θεραπεία
- Αξιολόγηση της υπάρχουσας τεχνολογίας υγείας
- Συνεργασία φορέων υγείας Ι.Κ.Α., Δημοσίου για αποφυγή αλληλοκάλυψης υπηρεσιών

Συμπερασματικά, λοιπόν, επισημαίνουμε ότι η λύση του προβλήματος θα προκύψει από τη κοινή προσπάθεια πολιτείας και πολίτη καθώς σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας η επένδυση στην υγεία όταν γίνεται σωστά, μπορεί να επιφέρει ευρύτερη οικονομική ανάπτυξη σε ένα κράτος (Μπούρας και Λύκουρας, 2011).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ Λ. (2008), «Κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη-Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα-Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία»

ΒΟΤΣΑΡΙΔΗΣ Ι. (2018), «Ιδιωτική Ασφάλιση: Είναι ευκαιρία επένδυσης;», ανακτημένο από: <https://insuranceworld.gr/49703/eidiseis/asfalistikes-eidiseis/idiotiki-asfalisi-einai-eykairia-ependysis/>

ΔΗΜΟΓΕΡΟΝΤΑΣ Γ., ΜΠΑΛΑΣΚΑ Δ., ΜΠΙΤΣΩΡΗ Ζ. (2017), «Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων και η επίδραση στη βιωσιμότητά τους», ανακτημένο από:

https://www.spnj.gr/articlefiles/volume6_issue2/pn_jan_62_84-95.pdf

ΔΙΚΑΙΟΣ Κ., ΧΛΕΤΣΟΣ Μ. (1999), *Υπηρεσίες υγεία-Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Τόμος Β, ΕΑΠ Πάτρα

ΚΑΚΑΛΕΤΣΗΣ Ν., ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Α., ΣΙΓΑΛΑΣ Ι., ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α. (2013), «Η περιφερειακή οργάνωση του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα-Σύντομη Αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις», Ειδικό άρθρο από: Athens Medical Society-Archives of Hellenic Medicine

ΚΟΥΡΛΙΜΠΙΝΗ Β. (2018), «Έρευνα-καταπέλτης για την "φτώχεια" παροχών υγείας στην Ελλάδα», ανακτημένο από: <https://www.capital.gr/oikonomia/3276005/ereuna-katapeltis-gia-ti-ftoxeia-ton-paroxon-ugeias-stin-ellada>

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΤΣΙΑΝΤΟΥ Β. (2010), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», Archives of Hellenic Medicine

ΛΙΑΡΓΚΟΒΑΣ Π., (2018), «Η υγεία στη μετά-μνημόνιο εποχή», ανακτημένο από:

<https://www.amcham.gr/wp-content/uploads/2018/05/Liargovas.pdf>

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. (2014), «Εθνική Ασφάλιση Υγείας: Πρόταση Μεταρρύθμισης»

ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ Γ. (2011), «Κόμβοι, οδοί και αφηγηρικά σημεία της καταστροφής του νοήματος. Η κεντρική φοβική θέση»

ΜΑΝΙΟΥ Μ, ΙΑΚΩΒΙΔΟΥ Ε., (2009), «Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα», ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο , Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009, ανακτημένο από:

http://www.vima-asklapiou.gr/volumes/2009/VOLUME%2004_09/VA_SP_2_08_04_09.pdf

ΜΑΡΙΝΟΥ Α. (2016), «Ποια ταμεία υπάγονται στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης», ανακτημένο από: <https://www.insider.gr/hristika/asfalistika/4626/ποια-tameia-ypagontai-ston-eniaio-forea-koinonikis-asfalis>

ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ Ν. (2012), «Στρατηγικό Σχέδιο για τον Εκσυγχρονισμό της Υγείας», Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», 26/4/2012

<https://www.hba.gr/5Ekdosis/UplPDFs/sylltomos14/435-450%20Nektarios%202014.pdf>

ΜΠΙΤΣΩΡΗ Ζ., ΜΠΑΛΑΣΚΑ Δ. (2016), «Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους»

ΜΠΙΣΚΑΝΑΚΗ Ε., ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Γ. (2017), «Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης», ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τεύχος 4ο

ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ Π. (2018), «Πρωταθλητές σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας οι Έλληνες στην Ευρώπη», Εφημερίδα «Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ»

ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ Π. (2017), «Μειώνονται οι δημόσιες δαπάνες υγείας», Εφημερίδα «Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ»

ΜΠΟΥΡΑΣ Γ., ΛΥΚΟΥΡΑΣ Λ. (2011), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία», Εγκέφαλος τ.48

ΜΠΟΥΡΣΑΝΙΔΗΣ Χ. (1993), Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

ΜΠΟΥΡΣΑΝΙΔΗΣ Χ. (1996), «Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Θεσ/κη

ΝΙΑΚΑΣ Δ. (2014), *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας», τ.5

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ., (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα-Ο ρόλος και η λειτουργία του Ε.Σ.Υ.», ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ, ανακτημένο από:

<https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf>

ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Χ., ΜΩΥΣΙΔΟΥ Α., (2011), ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ «Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας», ανακτημένο από:

<https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/study-16.pdf>

ΠΕΤΡΑΚΗΣ Π. (2011),«*Η Ελληνική Οικονομία και η Κρίση: Προκλήσεις και Προοπτικές*»

ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. (2013), «Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ», ανακτημένο από: <https://socadm.duth.gr>

ΡΕΚΛΕΙΤΗ Μ., ΤΑΝΑΝΑΚΗ Μ., ΚΥΛΟΥΔΗΣ Π. (2017), «Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία», τ.1

ΤΟΥΝΤΑΣ Ι., (2000), «*Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών*», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής

ΤΟΥΝΤΑΣ Γ., (1998), «Υπηρεσίες υγείας», Εκδόσεις Οδυσσέας, σελ. 529

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (2014-2020), «*Εθνική στρατηγική υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ*»

ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (2006), «Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική», Αθήνα, Τυπωθήτω-Γ. Δάρδανος, ανακτημένο από:

<https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/2778750/theFile>

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Α., ΤΣΙΤΣΗ Θ. (2010), «Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου», Οικονομικά της Υγείας, Athens Medical Society-Archives of Hellenic Medicine, ανακτημένο από: <http://www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/106.pdf>

ΧΑΤΖΗΠΟΥΛΙΔΗΣ Γ. (2004), «Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας-Ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας», ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, τ.3

ΧΛΕΤΣΟΣΜ. (2016), Εισήγηση στα πλαίσια της ημερίδας *“The future of healthcare in Greece. A “lifeboat” to survive crisis”*

ΧΛΕΤΣΟΣ Μ. (2016), «Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές», Κύκλος διαλέξεων «ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ»