ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Δημόσιες Δαπάνες Υγείας. Η εξέλιξή τους στην χώρα μας την περίοδο 2009-2019

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Φοιτήτρια: Αικατερίνη Καληωράκη, ΑΜ 1220
Επιβλέπων: Ιωάννης Φανουργιάκης, Επίκουρος καθηγητής

©2021

HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY

SCHOOL OF MANAGEMENT AND ECONOMICS

DEPARTMENT OF ADMINISTRATIVE SCIENCE AND TECHNOLOGY

AGIOS NIKOLAOS

Public health expenditure.
Its evolution in Greece during 2009-2019

DIPLOMA THESIS

Student: Aikaterini Kalioraki, RN 1220
Supervisor: Ioannis Fanourgiakis, Assistant professor

©2021

<u>Υπεύθυνη Δήλωση :</u> *Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην πτυχιακή εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας Αγίου Νικολάου του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Κρήτης.*

30/1/2022

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ 6

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ 6

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ 6

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 8

ABSTRACT 9

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 10

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Συστήματα Υγείας 13

1.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας 13

1.2 Τυπολογία συστημάτων υγείας 15

1.2.1 Σημασία ταξινόμησης συστημάτων 15

1.2.2 Βασικές διαστάσεις και κριτήρια ταξινόμησης 16

1.2.3 Κύρια είδη συστημάτων υγείας 22

1.2.4 Συζήτηση επί των προτεινόμενων μοντέλων ταξινόμησης 34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Οικονομική κατάσταση και οργανωτικές συνθήκες στην υγεία την περίοδο 2009-2019 στην Ελλάδα 38

2.1 Δημοσιονομικά και μακροοικονομικά στοιχεία για την περίοδο 2009-2019 38

2.1.1 Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) 38

2.1.2 Το δημοσιονομικό χρέος 41

2.1.3 Δημοσιονομικό έλλειμμα 43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Το ελληνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) 46

3.1 Οργανωτική δομή-διοικητικοί φορείς και ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα 46

3.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης και μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ 2009-2019 52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Κατηγορίες δαπανών υγείας στην Ελλάδα 57

4.1 Δαπάνες Υγείας – Βασικές έννοιες 57

4.1.1 Δημόσιες δαπάνες 57
4.1.2 Δαπάνες υγείας 58
4.1.2.1 Δημόσιες δαπάνες υγείας 63
4.1.2.2 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας 64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Μέθοδος 66
5.1 Σκοπός έρευνας - Ερευνητικά ερωτήματα 66
5.2 Πηγές δεδομένων 66
5.3 Περιορισμοί 68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Αποτελέσματα 69
6.1 Συνολικές, δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας 69
6.2 Πηγές χρηματοδότησης 70
6.3 Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες προς παρόχους υγείας 75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Συζήτηση 82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Συμπεράσματα 90
Βιβλιογραφικές αναφορές 93

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Υποκείμενα των συστημάτων υγείας και οι διαστάσεις ταξινόμησης που προκύπτουν από αυτά 17

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: ΑΕΠ Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ελλάδας 2009-2019, ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021), ίδιοι υπολογισμοί 40
Πίνακας 2:Δημόσιο χρέος Ελλάδας επί του ΑΕΠ (2009-2019), ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021) 43
Πίνακας 3: Δημόσιο Έλλειμμα/Πλεόνασμα στην Ελλάδα 2009-2019, ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021) 45
Πίνακας 4: Προμηθευτές υγείας βάσει ΣΛΥ ΕΛΣΤΑΤ 51
Πίνακας 5: Παρουσίαση δαπανών στα Δελτία Τύπου Λογαριασμών Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ .. 62
Πίνακας 6: Κωδικοποίηση δαπανών υγείας 62
Πίνακας 7: Δαπάνες Υγείας 2009-2019 ως ποσοστό του ΑΕΠ 69
Πίνακας 8: Δαπάνες υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα, ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί 71
Πίνακας 9: Μεταβολή δημόσιων δαπανών υγείας 2009-2019 73
Πίνακας 10: Μεταβολή ιδιωτικών δαπανών υγείας 2009-2019 73
Πίνακας 11: Μεταβολή λοιπών δαπανών 2009-2019 74
Πίνακας 12: Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες ανά προμηθευτές υγείας 2009-2019 (εκατομμύρια €) 75
Πίνακας 13: Χρηματοδότηση ανά φορέα προς σημαντικούς (επιλεκτικά) παρόχους υπηρεσιών υγείας 78

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: ΑΕΠ Ελλάδας σε σχέση με την ΕΕ-27 (μ.ό) το διάστημα 2009-2019 (εκ. €), ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021) 40
Διάγραμμα 2: ΑΕΠ Ελλάδας (εκατομμύρια €), ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021) 41

Διάγραμμα 3: Δημόσιο Χρέος (%) ΕΕ - Ελλάδα 2009-2019, ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021) 43
Διάγραμμα 4: Δημόσιο Έλλειμμα (-)/ Πλεόνασμα (+) στην Ελλάδα (% ΑΕΠ), ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021) 45
Διάγραμμα 5: Δαπάνες Υγείας 2009-2019 ως ποσοστό του ΑΕΠ 70
Διάγραμμα 6: Δαπάνες υγείας 2009-2019 σε εκατομμύρια € ανά χρηματοδοτικό φορέα, ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ 72
Διάγραμμα 7: Ποσοστιαία Κατανομή Δαπανών Υγείας 2009-2019 ανά Χρηματοδοτικό Φορέα, ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ 74
Διάγραμμα 8: Δημόσιες & Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανά προμηθευτές υγείας 2009-2019 (εκατομμύρια €) 76
Διάγραμμα 9: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στα Γενικά Νοσοκομεία 2009-2019 (εκ. €) 79
Διάγραμμα 10: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στην Ιατρική Φροντίδα 2009-2019 (εκ. €) 79
Διάγραμμα 11: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στην Οδοντιατρική Φροντίδα 2009-2019 (εκ. €) 80
Διάγραμμα 12: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στα Ιατρικά και Διαγνωστικά εργαστήρια 2009-2019 (εκ. €) 81
Διάγραμμα 13: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στα Φαρμακεία 2009-2019 (εκ. €) 81

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των δημόσιων δαπανών του τομέα υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2019. Οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας έχουν αποτελέσει διαχρονικά κεντρική διάσταση κατηγοριοποίησης-ταξινόμησης των συστημάτων υγείας ως προς τον φορέα από όπου αυτή προέρχεται - δημόσιο, ιδιωτικό, κοινωνικό. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούν, επίσης, βασικό δείκτη των πολιτικών υγείας των κοινωνικών κρατών για τη μέτρηση και σύγκριση των χρηματοδοτικών πόρων των διαφόρων συστημάτων υγείας. Υιοθετώντας πολιτικές αυστηρής οικονομικής λιτότητας ως αποτέλεσμα των μνημονίων εφαρμόστηκαν μεταρρυθμίσεις σε όλο τον δημόσιο τομέα ακόμα και στον ευαίσθητο τομέα της υγείας με κύριο σκοπό τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών, οι οποίες επηρέασαν την υγεία των Ελλήνων και το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Βάση των στοιχείων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), προκύπτει ότι από το 2009 έως και το 2014 , οι συνολικές αλλά και οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώνονται ως απόλυτα μεγέθη, ενώ στη συνέχεια σταθεροποιούνται καταγράφοντας μικρές αυξομειώσεις ως το 2019. Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) μειώνονται με εξαίρεση τα έτη 2016 και 2019 και εμφανίζουν την μεγαλύτερη μείωση σε σχέση με τις ιδιωτικές δαπάνες την υπό μελέτη περίοδο. Ως προς τους φορείς χρηματοδότησης, οι δαπάνες των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) μειώθηκαν, οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης ακολούθησαν μια πιο σταθερή πορεία μετά την αρχική τους μείωση, οι ιδιωτικές πληρωμές εμφάνισαν μικρή μείωση ως απόλυτο μέγεθος αλλά μεγάλη αύξηση ως ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης και οι δαπάνες ιδιωτικής ασφάλισης αυξήθηκαν. Τέλος, όσον αφορά επιλεγμένους παρόχους υγείας, αύξηση των δημόσιων δαπανών παρουσιάστηκε μόνο στην περίπτωση της ιατρικής φροντίδας, οι οδοντιατρικές υπηρεσίες και τα ιατρικά-διαγνωστικά εργαστήρια παρουσίασαν μείωση στη χρηματοδότηση, τόσο από τους δημόσιους όσο και από τους ιδιωτικούς φορείς, ενώ τα φαρμακεία είχαν μείωση στις δημόσιες δαπάνες κυρίως από τους ΟΚΑ αλλά σημαντική αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών.

Λέξεις-Κλειδιά: σύστημα υγείας, δημόσιες δαπάνες υγείας, ιδιωτικές δαπάνες υγείας, φορείς χρηματοδότησης υγείας, πάροχοι υγείας, ταξινόμηση συστημάτων υγείας

ABSTRACT

The purpose of this study is to review the public expenditure of the health sector in Greece during the 2009-2019 period. The financing sources of health systems in relation to the institution they derive from – either public, private or social - have always been a central dimension of health systems' classification. In addition, public health expenditure is a key indicator of welfare states' health policies for measuring and comparing the financial resources of different health systems. Adopting policies of strict economic austerity as a result of the memoranda, reforms were implemented throughout the public sector, even in the sensitive health sector, mainly aiming to the reduction of public spending, which affected the health of Greeks and the Greek health system. Based on the data of the Hellenic Statistical Authority (ELSTAT), it appears that from 2009 to 2014, the total and public health expenditures are reduced as absolute figures, but in the following years they stabilize presenting small fluctuations until 2019. Public expenditures as a percentage of Gross Domestic Product (GDP) are reduced except from years 2016 and 2019 and display the largest decrease compared to private spending during the period in question. In terms of funding providers, the Social Security Organization (CSO) expenditures decreased, General Government expenditures followed a more stable course after their initial reduction, private payments showed a slight decrease as an absolute size but a large increase as a percentage of total funding and private insurance spending increased. Finally, regarding selected health care providers, an increase in public expenditure occurred only in the case of medical care, whereas the funding of dental services and medical-diagnostic laboratories decreased, both by public and private institutions, while pharmacies received decreased public spending particularly by the CSO but had a significant increase in private payments.

Keywords: health system, public health expenditure, private health expenditure, health providers funding, health providers, health systems' classification

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση των σπουδών μου με την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας ευχαριστώ αρχικά όλους τους καθηγητές μου, που μοιράστηκαν τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους με τρόπο που να εμπνέουν κι όχι μόνο να διδάσκουν. Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον κ. Γιάννη Φανουργιάκη που ως επόπτης με καθοδήγησε στην συγγραφή της πτυχιακής με υπομονή, ευγένεια, ενθάρρυνση, άψογη συνεργασία και αδιάκοπη επικοινωνία.

Ευχαριστώ, ακόμα, την οικογένειά μου, η οποία με στήριξε και με ενθάρρυνε καθ' όλο το διάστημα των σπουδών μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία, ως ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά για τη ζωή του ανθρώπου αλλά και την επίτευξη του ευ ζην, βρίσκεται στο επίκεντρο της οργάνωσης των κρατών, ώστε οι ανάγκες υγείας των πολιτών να ικανοποιούνται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, αποτελώντας πλέον κοινό τόπο, τουλάχιστον στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), ότι η πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να είναι καθολική και αναγνωρίζεται ο κομβικός ρόλος του κράτους ως ρυθμιστής.

Το υπό μελέτη θέμα προσεγγίζεται σε δύο μέρη, την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την μελέτη στατιστικών στοιχείων. Από τη μία πλευρά, το θεωρητικό μέρος φωτίζει την σχετική ορολογία, τη διασάφηση του όρου «σύστημα υγείας», τις βασικές διαστάσεις και τις ταξινομήσεις τους, το ελληνικό οικονομικό συγκείμενο, το ελληνικό σύστημα υγείας και τη διάκριση των δαπανών. Στη συνέχεια, μετά τη συλλογή των κατάλληλων δεδομένων για τις δαπάνες υγείας, τους φορείς χρηματοδότησης και δευτερευόντως τους προμηθευτές υγείας στους οποίους διανεμήθηκαν οι δαπάνες τα έτη 2009-2019, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με το ύψος και τις μεταβολές των δαπανών ανά έτος.

Οι δαπάνες της υγείας αποτελούν βασικό δείκτη σύγκρισης διαφορετικών υγειονομικών συστημάτων. Οι φορείς χρηματοδότησης, το ύψος της χρηματοδότησης των φορέων χρηματοδότησης και ο τρόπος κατανομής των πόρων ανάμεσα στους παρόχους υγείας είναι εξόχως πολιτική επιλογή.

Η πολιτική της υγείας αποτελεί ένα ζήτημα δυναμικό, με συχνές θεσμικές-νομοθετικές ρυθμίσεις που διαμορφώνονται από τις πολιτικές των κρατών, την εξέλιξη των κοινωνιών, τις υγειονομικές, δημογραφικές και οικονομικές ανάγκες που προκύπτουν.

Στην Ελλάδα, την περίοδο 2009-2019 στον τομέα της υγείας υιοθετήθηκαν πολλές μεταρρυθμίσεις με διαφορετικούς στόχους ανά υποπερίοδο της συγκεκριμένης περιόδου. Την περίοδο 2010-2014 οι μεταρρυθμίσεις, οι οποίες απέρρεαν από τα μνημόνια 1 και 2, είχαν ως στόχο την λειτουργία του τομέα υγείας με λιγότερους δημόσιους πόρους και την περίοδο 2015-2019 αποσκοπούσαν στην ορθολογική διαχείριση, την ανάπτυξη του δημόσιου συστήματος και την δωρεάν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Οι συνεχείς αλλαγές των υγειονομικών αναγκών και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας αλλά και των μεταβλητών που επηρεάζουν τη λειτουργία του συστήματος υγείας, συχνότερα λόγω αλλαγής πολιτικών, καθιστά τη μελέτη αυτού του θέματος πάντοτε επίκαιρη.

Επομένως, η μελέτη των δαπανών υγείας με έμφαση στις δημόσιες δαπάνες αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον και πάντα επίκαιρο αντικείμενο κυρίως για τους παρακάτω λόγους:

α) Τα θέματα οργάνωσης της υγείας είναι ιδιαίτερα ενδιαφέροντα για όλους αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις.

β) η συνεχής μεταβολή του εξωτερικού περιβάλλοντος (νομικού, πολιτικού και οικονομικού) επιβάλλουν την συνεχή παρακολούθηση λειτουργίας και απόδοσης του συστήματος υγείας, για την έγκαιρη λήψη αποφάσεων.

γ) οι δαπάνες υγείας και ιδιαίτερα οι δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούν σημαντική πληροφορία για τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας, το βάρος που δίνεται στη δημόσια σε σχέση με την ιδιωτική χρηματοδότηση, πώς συνδέεται η πολιτική αυτή επιλογή με τα ποιοτικά αποτελέσματα στην υγεία των πολιτών και πώς μπορούν να βελτιωθούν βάσει της εμπειρίας και της πολιτικής άλλων κρατών.

Ξεκινώντας από το θεωρητικό μέρος, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ορισμό και τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας. Επιχειρείται μία εννοιολογική αποσαφήνιση των δομικών και λειτουργικών διαστάσεων των συστημάτων υγείας, τα διαφορετικά μείγματα τα οποία οδηγούν στις τυπολογίες- ταξινομήσεις των συστημάτων υγείας, οι οποίες περιγράφονται.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει την οικονομική κατάσταση της Ελλάδας την περίοδο 2009-2019 βάση των κύριων δεικτών του ΑΕΠ, του δημόσιου χρέους και των δημοσιονομικών στοιχείων ελλείματος-πλεονάσματος.

Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας , την ιστορική του εξέλιξη, τον τρόπο οργάνωσης και τις κύριες μεταρρυθμίσεις που έχουν πραγματοποιηθεί κατά την διάρκεια λειτουργίας του.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια εννοιολογική προσέγγιση των δαπανών, των δαπανών για την υγεία, (δημόσιες και ιδιωτικές). Επιπλέον, παρατίθενται οι φορείς βάσει του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ.

Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας, οι βιβλιογραφικές πηγές άντλησης των στοιχείων, ο σκοπός πραγματοποίησης της εργασίας και τα ερευνητικά ερωτήματα.

Στη συνέχεια, παρατίθενται τα αποτελέσματα, η σχετική συζήτηση-ερμηνεία και τα τελικά συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Συστήματα Υγείας

1.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας

Σύστημα υγείας αποτελούν οι «οργανισμοί που παρέχουν περιθαλπτικές και ιατρικές υπηρεσίες (νοσοκομεία, ιατρεία, κλινικές) και που αναλαμβάνουν τη χρηματοδότηση της φροντίδας αυτής (κυβερνήσεις, υπηρεσίες, κράτη, τοπικές κοινωνίες και εταιρίες ιδιωτικής ασφάλισης)» (Guadagno, 2010, όπως αναφέρεται στους Beckfield, Olafsdottir και Sosnaud, 2013).

Ο σκοπός του συστήματος υγείας, ως βασικός θεσμός του κοινωνικού κράτους, είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, που έρχεται να συμβάλλει στην γενικότερη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του (Τσαρτσάρα, 2005). Επίσης, ο Μπουρσανίδης (2020), ερμηνεύοντας το σύστημα υγείας από κοινωνικο-πολιτική και συστημική σκοπιά, επισημαίνει ότι αποτελεί ένα κοινωνικό υποσύστημα αυξημένης πολυπλοκότητας με δική του εσωτερική δομή και λειτουργίες που το διαφοροποιούν από το υπόλοιπο σύστημα και με μια σχετικά αυτόνομη επιχειρησιακή – λειτουργική λογική, ενώ, παράλληλα, είναι βασικός θεσμός του κράτους πρόνοιας και αναπόσπαστο συστατικό στοιχείο του μοντέλου οργάνωσης της κοινωνίας και της οικονομίας.

Κάποιοι δείκτες εκτίμησης του βαθμού επίτευξης των στόχων των συστημάτων υγείας είναι η μέτρηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της λειτουργικότητάς τους. Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο βαθμό επίτευξης των προκαθορισμένων σκοπών και στόχων. Η αποδοτικότητα μετρά την επίτευξη των στόχων σε σχέση με το κόστος ή με τους διαθέσιμους πόρους επιδιώκοντας το μικρότερο κόστος για μεγαλύτερο ποσοτικό ή ποιοτικό αποτέλεσμα. Η λειτουργικότητα αναφέρεται στην ικανότητα του συστήματος να παράγει υπηρεσίες υγείας που καλύπτουν τόσο τους τρέχοντες και ενδιάμεσους στόχους όσο και τους μακροπρόθεσμους. Σημαντική είναι η αξιολόγηση όχι μόνο από την πλευρά της αποδοτικότητας για τη βελτιστοποίηση της σχέσης εισροών – εκροών αλλά και η σύνδεσή της με την πραγματική αποτελεσματικότητα, δηλαδή με το κατά πόσο επιτυγχάνονται οι στόχοι βελτίωσης του επιπέδου υγείας (Τσαρτσάρα, 2005).

Βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι η αυξημένη κρατική παρέμβαση (αν και ο βαθμός αυτής εξαρτάται από τις πολιτικές κάθε χώρας), αφενός γιατί σήμερα είναι καθολικά αποδεκτό ότι η υγεία θα πρέπει να παρέχεται με την ευθύνη του κράτους λόγω της κρισιμότητας του να παρέχεται η υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα κάθε ατόμου πλήρως, καθολικά

και ισότιμα κι αφετέρου λόγω της ιδιαιτερότητας του αγαθού της υγείας, δηλαδή του ότι εδώ δεν είναι ο καταναλωτής που καθορίζει την ζήτηση οπότε δεν μπορεί να παρέχεται με βάση τους κανόνες της αγοράς. Επίσης, αποτελούν συστήματα εντάσεως εργασίας αλλά πλέον και εντάσεως οργάνωσης και διαχείρισης καθώς έχει ήδη γίνει φανερή η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας και η επακόλουθη ανάγκη για αποτελεσματικό μάνατζμεντ που να ξεπερνά την συνηθισμένη άσκηση δημόσιας διοίκησης, καθώς τα συστήματα υγείας πέρα από το ότι υπηρετούν τον υπέρτατο σκοπό της ανθρώπινης ζωής, έχουν να διαχειριστούν σπάνιους οικονομικούς πόρους, στοιχεία ανταγωνιστικότητας, ευαίσθητες υπηρεσίες, λεπτομερή αρχεία ασθενών, κίνητρα προς τους επαγγελματίες υγείας (Τσαρτσάρα, 2005).

Τα συστατικά στοιχεία κάθε συστήματος υγείας που δε διαφέρουν από τα συστατικά στοιχεία κάθε παραγωγικής διαδικασίας, είναι οι εισροές, δηλαδή το ανθρώπινο δυναμικό, οι υλικοί και οικονομικοί πόροι, και οι εκροές, δηλαδή οι υπηρεσίες υγείας που παράγονται για τη διατήρηση και επέκταση της υγείας και ευημερίας των πολιτών (Θεοδώρου κ.ά., 2001 όπως αναφέρεται στο Τσαρτσάρα, 2005).

Από άποψη οργάνωσης της παροχής υπηρεσιών όλα τα συστήματα συμπεριλαμβάνουν τα ίδια συστατικά στοιχεία τα οποία αλληλεξαρτώνται, δηλαδή τον καταναλωτή-ασθενή, τους «προμηθευτές πρώτης γραμμής» (πρωτοβάθμια περίθαλψη και δημόσια υγεία), τους «προμηθευτές δεύτερης γραμμής» (νοσοκομεία), τους δημόσιους φορείς και τους «τρίτους πληρώνοντες» /χρηματοδότες (ασφαλιστικά ταμεία ή ασφαλιστικές εταιρίες) (Τσαρτσάρα, 2005).

Στον Toth (2016), παρόμοια, τα συστατικά των συστημάτων υγείας συνοψίζονται στις τρεις κατηγορίες υποκειμένων – χρήστες/ασθενείς, προμηθευτές και ασφαλιστές. Από τη σχέση μεταξύ αυτών των υποκειμένων φαίνεται να πηγάζει μια πληθώρα συνδυασμών κατηγοριοποίησης των συστημάτων υγείας, στην προσπάθεια να γίνουν κατανοητά, να ερευνηθούν συγκριτικά αλλά και να διαπιστωθεί εν τέλει ο βαθμός αποτελεσματικότητάς τους σε σχέση με τους καθορισμένους στόχους προαγωγής της υγείας του πληθυσμού.

Καθώς το θέμα της παρούσας εργασίας αποτελούν οι δημόσιες δαπάνες στο ελληνικό σύστημα υγείας, θεωρήθηκε σκόπιμο να πραγματοποιηθεί στη συνέχεια μια ανασκόπηση των επιστημονικών ευρημάτων σχετικά με τα κριτήρια και τις ομάδες ταξινόμησης των συστημάτων υγείας. Αυτό επιλέχθηκε για τον λόγο ότι, ο τρόπος χρηματοδότησης της υγείας, η οποία συνδέεται με τις δαπάνες άμεσα, έχει αποτελέσει κομβικό χαρακτηριστικό κατηγοριοποίησης των συστημάτων υγείας. Επίσης, η αναφορά σε άλλα κριτήρια, παροχής,

οργάνωσης και κρατικής ρύθμισης της υγείας, θα συντελέσει στην καλύτερη κατανόηση όχι μόνο των επιλογών δαπάνης που συμβαίνουν στον τομέα της υγείας στη χώρα μας, αλλά και στη συζήτηση για την κατάταξη του ΕΣΥ.

1.2 Τυπολογία συστημάτων υγείας

1.2.1 Σημασία ταξινόμησης συστημάτων

Γενικά η ταξινόμηση έχει λάβει μεγάλη σημασία ως έμφυτη διαδικασία της νόησης και της επιστήμης, γι' αυτό η κατηγοριοποίηση των συστημάτων υγείας δεν θα μπορούσε να εξαιρεθεί από μια τέτοια προσπάθεια.

Σύμφωνα με τους Freeman και Frisina (2010) η ταξινόμηση συμβάλλει στο να δημιουργηθεί ένας κόσμος κατανοητός, συγκρίσιμος, με ιδιότητες και συστατικά μέρη που μπορούν να ονομαστούν και να γενικευτούν σε κατηγορίες, προσπαθώντας να δαμάσουμε την πολυπλοκότητά του. Η απαρχή, για παράδειγμα, του να μπορούμε να μιλάμε για ένα σύστημα υγείας είναι η συνειδητοποίηση των κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών διαδικασιών που το διακρίνουν από άλλα συστήματα. Επακολούθως, η διάσπασή του στα καθοριστικά του μέρη, που είναι η χρηματοδότηση, η παροχή και η ρύθμισή του, μπορούν να κατηγοριοποιήσουν το σύστημα υγείας σε περαιτέρω τύπους, βελτιώνοντας τον τρόπο που το κατανοούμε.

Κατά τον Toth (2016) η ταξινόμηση των συστημάτων υγείας με κοινώς αποδεκτά κριτήρια αποτελεί απαραίτητη συνθήκη για την συγκριτική τους αξιολόγηση. Σκοπός της κατηγοριοποίησης ενός συστήματος, όμως, δεν είναι μόνο η κατανόηση του τρόπου διαφοροποίησης του από ένα άλλο αλλά και η αξιολόγηση της ωφελιμότητας και της χρησιμότητας που παρέχει (Τσαρτσάρα, 2005; (Beckfield, κ.ά., 2013).προσανατολισμένη στη βελτίωση των αποτελεσμάτων τους (Reibling, Ariaans και Wendt, 2019).

Τέλος, η κατανόηση των συστημάτων υγείας μέσω της κατηγοριοποίησής τους μπορεί να επεκταθεί και στην αναγνώριση παραδειγμάτων διάχυσης των πολιτικών υγείας από το ένα σύστημα στο άλλο (Beckfield, κ.ά., 2013).

1.2.2 Βασικές διαστάσεις και κριτήρια ταξινόμησης

Τα συστήματα υγείας σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία έχουν κατηγοριοποιηθεί βάσει διάφορων κριτηρίων από τα τέλη του 19ου αιώνα. Η πρώτη μέθοδος κατηγοριοποίησης βασίζεται στην προέλευση της χρηματοδότησής τους.

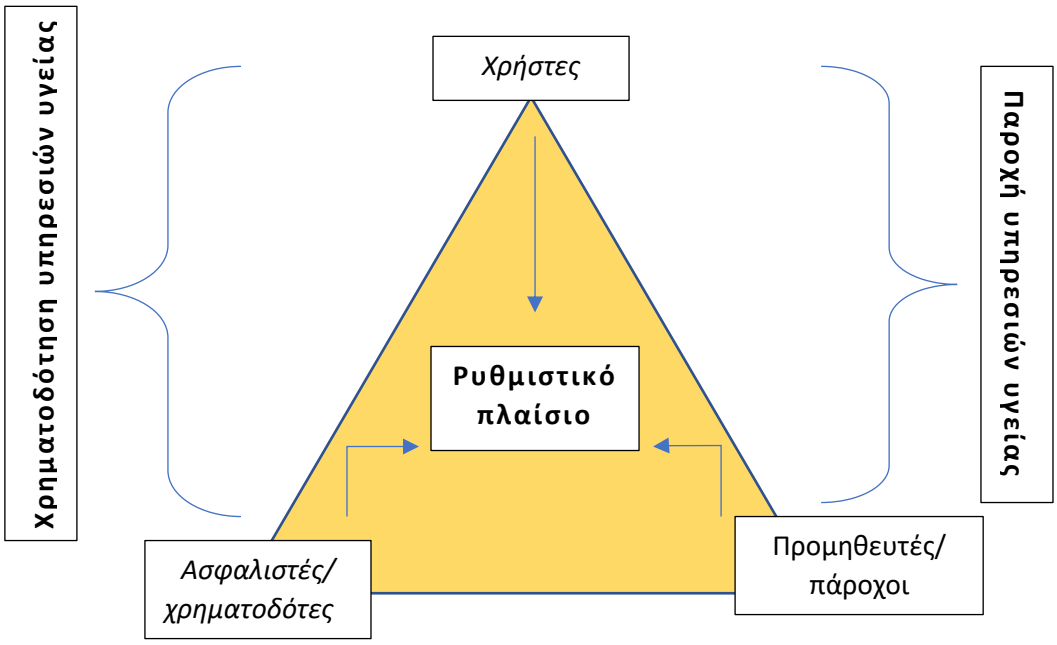
Στις πρώτες μελέτες ήταν η χρηματοδότηση αμιγώς ή η χρηματοδότηση μαζί με άλλες διαστάσεις, όπως η ιδιοκτησία των μέσων παροχής των υπηρεσιών υγείας (Beckfield, κ.ά., 2013, Κουλλιάς, Αποστολάκης και Σαράφης, 2020) ή η αυτονομία των επαγγελματιών υγείας (Field, 1967, όπ. αναφ. στους Κουλλιάς, κ.ά., 2020), που όριζαν τις κατηγορίες προτύπων συστημάτων υγείας.

Όμως, πολλοί ήταν οι ερευνητές που έκριναν ότι η θεώρηση αυτή είναι απλουστευτική. Άλλες κοινώς αποδεκτές διαστάσεις κατηγοριοποίησης που αναδείχθηκαν σχετίζονται με θεσμικά χαρακτηριστικά των κρατών. Αυτές είναι η προμήθεια-παροχή υγείας και το ρυθμιστικό-κανονιστικό πλαίσιο, οι οποίες ξεχώρισαν μαζί με την χρηματοδότηση σε μελέτες του OECD το 1987, μελετητών της ομάδας του Rothgang από το 2005 και άλλων (Böhm, Schmid, Götze, Landwehr και Rothgang, 2013). Μάλιστα, η ρύθμιση σαν διάσταση φαίνεται να επικρατεί (τυπολογία Rothgang–Wendt) και θεωρείται η πιο σημαντική επειδή καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις υπόλοιπες διαστάσεις (Böhm, κ.συν., 2013, Toth, 2016). Στη μελέτη του Freeman (2000), αντίστοιχα, αναφέρονται τα κριτήρια ταξινόμησης και περιγραφής των συστημάτων υγείας, χρησιμοποιώντας διαφορετικές διαστάσεις και τα αντίστοιχα μεγέθη αυτών: παροχή υγείας (ιατροί, διοίκηση και ασθενείς), χρηματοδότηση (μισθοί και χρεώσεις, φόροι και συνεισφορές) και ρυθμίσεις/κανονισμοί (αγορές, ιεραρχίες και δίκτυα). Ως μέσα πίεσης και ρυθμιστικού καθορισμού δρουν το κράτος, οι κοινωνικές πιέσεις και η αγορά (Böhm, κ.συν., 2013).

Στην εργασία των Wendt, Frisina και Rothgang (2009, όπ. αναφ. στο Böhm, κ.συν., 2013) προστέθηκαν στις διαστάσεις κατηγοριοποίησης τρία είδη υποκειμένων που κυριαρχούν στις διαστάσεις: το κράτος, οι κοινωνικοί φορείς και η αγορά.

Ωστόσο, μια χρήσιμη απεικόνιση των τριών διαστάσεων μπορεί να προκύψει από το βασικό «τρίγωνο» υποκειμένων που εμπλέκονται στα συστήματα υγείας - χρήστες, προμηθευτές και ασφαλιστές/χρηματοδότες. Η σχέση χρηστών-ασφαλιστών σχετίζεται με τη χρηματοδότηση του συστήματος και με τη σειρά της η χρηματοδότηση επηρεάζει τον τρόπο που πληρώνονται οι πάροχοι (χρηματοδότηση). Επίσης, η σχέση παρόχων-χρηστών σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία επηρεάζεται από τη σχέση των χρηστών και των

παρόχων με τους ασφαλιστές (Toth, 2016). Επιπλέον, η σχέση μεταξύ όλων των υποκειμένων (χρηματοδότες, πάροχοι και χρήστες/δικαιούχοι) δομεί την ρυθμιστική διάσταση σύμφωνα με τους Böhm κ.ά. (2013).



Εικόνα 1: Υποκείμενα των συστημάτων υγείας και οι διαστάσεις ταξινόμησης που προκύπτουν από αυτά

Υπάρχουν διάφορα κριτήρια ταξινόμησης των συστημάτων υγείας. Η πρώτη τυπολογία κριτηρίων κατηγοριοποίησης των συστημάτων υγείας αναπτύχθηκε από τον Odin Anderson το 1963[1] για τις ΗΠΑ, την Ελβετία και την Μ. Βρετανία και δεν είναι εστιασμένη μόνο στην χρηματοδότηση. Τα κριτήρια που όρισε, είχαν σκοπό να ενοποιήσουν τα ομοειδή συστήματα παρά να τα διαφοροποιήσουν, καθώς είχε διαπιστώσει στη μέχρι τότε βιβλιογραφία ότι υπήρχε μια τάση να θεωρούνται όλα τα συστήματα διαφορετικά μεταξύ τους. Τα κριτήρια αυτά είναι (Freeman & Frisina, 2010):

1. Η αναλογία χρηματοδότησης από δημόσιες πηγές έναντι ιδιωτικών πηγών
2. Η προέλευση της ασφάλισης από ασφαλίσεις κυβερνητικής χρηματοδότησης έναντι των ιδιωτικών

[1] Σημειώνεται ότι πριν τον Anderson υπήρχαν τυπολογίες συστημάτων υγείας από το 1958 που περιορίζονταν σε εθνικό επίπεδο (Freeman & Frisina, 2010).

3. Ο βαθμός κάλυψης από την ασφάλιση υγείας όλων ή μέρους των υπηρεσιών υγείας, νοσοκομειακής - ιατρικής περίθαλψης, φαρμακευτικές συνταγές κ.ά.

4. Ο βαθμός κάλυψης του πληθυσμού από την ασφάλιση

5. Ο βαθμός που η κυβέρνηση αποτελεί πάροχο των υγειονομικών υπηρεσιών ως ιδιοκτήτης και ρυθμιστής ταυτόχρονα ή ως αγοραστής και μεσολαβητής μεταξύ των χρηστών και των νοσοκομείων, γιατρών και λοιπών παρόχων.

Τα κριτήρια του Andersen, επομένως, εμπεριέχουν στοιχεία που αφορούν στη χρηματοδότηση ([1], [2]), την προμήθεια υπηρεσιών υγείας ([3], [4], [5]) αλλά διαπνέονται και από τη γενικότερη πολιτική που ακολουθείται στην υγεία από την εκάστοτε χώρα και μπορούν να χαρακτηρίζουν όλα ανεξαιρέτως τα παραπάνω κριτήρια. Για παράδειγμα, πολιτική επιλογή μπορεί να είναι η κατανομή χρηματοδότησης μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων πηγών, η ασφάλιση από ιδιωτικούς ή δημόσιους φορείς, το είδος παροχών και τα τμήματα του πληθυσμού που καλύπτει η ασφάλιση, καθώς και το αν το δημόσιο κατέχει ταυτόχρονα τον ρόλο του παρόχου υγείας ή όχι.

Ο Toth (2016) αναφέρει τα παρακάτω κριτήρια ταξινόμησης βάσει της χρηματοδότησης και της παροχής αντίστοιχα:

Ως προς τη διάσταση της χρηματοδότησης, τα συστήματα υγείας μπορεί να διαφοροποιούνται σε σχέση με:

1. Τη φύση του ασφαλιστικού σχεδίου: δημόσια, ιδιωτική κερδοσκοπική ή ιδιωτική μη – κερδοσκοπική
2. Τον βαθμό υποχρεωτικότητας της ασφάλισης, δηλαδή τον βαθμό ελευθερίας που έχει ο πολίτης να ασφαλιστεί, καθιστώντας την ασφάλιση εθελοντική (ή αλλιώς προαιρετική) είτε υποχρεωτική δια νόμου. Σε δεύτερο επίπεδο, ο βαθμός ελευθερίας αφορά στην επιλογή του ασφαλιστικού φορέα εφόσον αποφασίσει να ασφαλιστεί.
3. Τη διάκριση μονο-χρηματοδοτικών (single-payer) και πολύ-χρηματοδοτικών (multi-payer) συστημάτων: στα πρώτα υπάρχει μία πηγή χρηματοδότησης, η οποία μάλιστα είναι κρατική και καλύπτει τις απαραίτητες ανάγκες υγείας όλων των πολιτών , ενώ στα δεύτερα υπάρχουν πολλές πηγές χρηματοδότησης, η μία από τις οποίες μπορεί να είναι η δημόσια[2]. Στην τελευταία περίπτωση, μία ακόμα διάκριση

[2] Η εξήγηση των single- και multi-payer συστημάτων αναζητήθηκε στην ιστοσελίδα https://en.wikipedia.org

αποτελεί η σχέση μεταξύ των πηγών χρηματοδότησης, αν είναι ανταγωνιστική ή όχι.

4. Τη μέθοδο συνεισφοράς, η οποία μπορεί να προέρχεται από τη φορολογία, εισφορές κοινωνικής ασφάλισης ανάλογες του μισθού ή από ασφάλιστρα που μπορεί να υπολογίζονται κατά περίπτωση.
5. Τα κριτήρια και τις προϋποθέσεις που καθιστούν δικαιούχους τους πολίτες του εκάστοτε ασφαλιστικού σχεδίου και που επηρεάζουν τον βαθμό κάλυψης του πληθυσμού: μπορεί να είναι απλά το να αποτελούν υπηκόους μιας χώρας, η καταβολή συνεισφορών σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο ή το να ανήκουν σε κάποια κατηγορία αδύναμων ή προνομιούχων πολιτών.
6. Τους τρόπους ρύθμισης του κανονιστικού πλαισίου των χρηματοδοτικών φορέων και της ασφαλιστικής αγοράς, ανάλογα με το πόσο αυστηρή είναι σχετικά η κρατική παρέμβαση.

Ως προς τη διάσταση της παροχής υπηρεσιών υγείας, που εστιάζει στους προμηθευτές/παρόχους υπηρεσιών υγείας, προτεινόμενα κριτήρια ταξινόμησης των συστημάτων υγείας είναι τα παρακάτω:

1. Η νομική υπόσταση των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας σε δημόσιους και ιδιωτικούς - κερδοσκοπικούς ή μη – παρόχους υπηρεσιών υγείας.
2. Ο βαθμός ελευθερίας επιλογής των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες. Σε άλλα συστήματα υπάρχει ελεύθερη επιλογή και σε άλλα οι πάροχοι περιορίζονται ανάλογα με το ασφαλιστικό σχήμα, για παράδειγμα μπορεί ένας ασθενής να απευθυνθεί μόνο σε δημόσιες δομές υγείας ή σε συμβεβλημένους ιατρούς.
3. Η παρουσία ή όχι ενός υποχρεωτικού μηχανισμού ελέγχου εισόδου, η οποία καθορίζει εάν ο ασθενής μπορεί να έχει άμεση πρόσβαση στην εξειδικευμένη περίθαλψη που κρίνει ή αν χρειάζεται παραπεμπτικό από ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας - εκτός από την περίπτωση έκτακτου περιστατικού.

Ένα επιπλέον κριτήριο αποτελεί μια συγχώνευση των διαστάσεων της χρηματοδότησης και της παροχής υγείας και είναι ο βαθμός συγχώνευσης ή διάκρισης των χρηματοδοτικών φορέων (ασφαλιστών) από τους προμηθευτές υγείας, και που αφορά στην καθετοποίηση των υγειονομικών συστημάτων, όπου μπορούμε να ξεχωρίσουμε τα «συγχωνευμένα» και τα «διαχωρισμένα» μοντέλα (Toth, 2016).

Από την μία πλευρά, ένα συγχωνευμένο (integrated) μοντέλο υγείας αποτελεί ένα μοντέλο όπου χρηματοδότες – ασφαλιστές συμπίπτουν με τους προμηθευτές υγείας καθώς οι χρηματοδότες παρέχουν άμεσα ιατρική φροντίδα με δικές τους εγκαταστάσεις και υγειονομικό προσωπικό. Σε αυτό το πλαίσιο, μάλιστα, παύει να ισχύει το τριγωνικό σχήμα των εμπλεκόμενων (χρήστες-προμηθευτές-ασφαλιστές), αφού προμηθευτές και ασφαλιστές αποτελούν μία οντότητα, επομένως η μεταξύ τους αλληλεπίδραση έχει διπλή κατεύθυνση.

Από την άλλη πλευρά, στο διαχωρισμένο (separated) μοντέλο, οι χρηματοδότες και οι προμηθευτές αποτελούν λειτουργικά ξεχωριστούς οργανισμούς: εδώ οι ασφαλιστές δεν παρέχουν οι ίδιοι δικές τους εγκαταστάσεις και προσωπικό αλλά χρηματοδοτούν τις δαπάνες που προκύπτουν από τρίτους που παίζουν τον ρόλο των προμηθευτών.

Υπάρχει, όμως, και η περίπτωση του «ημι-συγχωνευμένου» μοντέλου, όταν υπάρχει διαχωρισμός μεν των οντοτήτων των ασφαλιστών και των προμηθευτών αλλά λειτουργικά συνεργάζονται ως ένας οργανισμός όπως στο συγχωνευμένο μοντέλο.

Τέλος, ο Böhm κ.ά. (2013) αναφέρουν έξι συστατικά της διάστασης του ρυθμιστικού πλαισίου:

1. Ο βαθμός κάλυψης
2. Το σύστημα χρηματοδότησης
3. Η αποζημίωση των παρόχων
4. Η πρόσβαση των παρόχων στις αγορές
5. Η πρόσβαση των ασθενών στους παρόχους
6. Το πακέτο παροχών

Χωρίς να υπάρχει κάποια σαφής στροφή στη θεώρηση της ταξινόμησης, εμφανίστηκαν κυρίως τη δεκαετία του 1990 νέες ομαδοποιήσεις με βάση τα θεσμικά χαρακτηριστικά των κρατών (institutional characteristics) αλλά και ευρύτερα χαρακτηριστικά: πολιτισμικές, ιστορικές και πολιτικο-κοινωνικές συνιστώσες των διαφόρων χωρών και γεωγραφικά, πολιτισμικά κριτήρια. Λόγω του ότι, σταδιακά, λόγω συνεχών μεταβολών εμφανίζονταν συχνά αλληλεπικαλύψεις στις ομάδες των κρατών που κατηγοριοποιούνταν με βάση τα συνηθισμένα χαρακτηριστικά, εμφανίστηκαν ομαδοποιήσεις με βάση την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας. Διαπιστώθηκε, μάλιστα, ότι σε ένα κράτος «είναι δύσκολο να ξεχωρίσεις το υγειονομικό σύστημα από το κράτος πρόνοιας» (Beckfield, κ.ά., 2013). Ως κράτος πρόνοιας ορίζεται «το σύνολο των ενεργειών που πρέπει να εφαρμοστούν για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και την εξάλειψη κοινωνικών κινδύνων των πολιτών, με στόχο την

εξομάλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων» (Στασινοπούλου, 2006, όπως αναφέρεται στο Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015).

Έτσι, σε αρκετά σχετικά πρόσφατα άρθρα παρατηρείται η τάση να προσεγγίζεται η πολιτική στην υγεία ως μέρος της κοινωνικής προστασίας και οι δαπάνες υγείας ως μέρος των δαπανών κοινωνικής πολιτικής υπό το πρίσμα των κρατών πρόνοιας και η σύνδεσή τους με αποτελέσματα ανεκπλήρωτων αναγκών και ανισοτήτων (Μπούτσιου & Σαράφης, 2013, Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015, Κουκουφιλίππου, Παπαβασιλείου και Κοΐνης, 2016, Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Μια σχετικά πρόσφατη προσέγγιση που διαφοροποιείται από τις προηγούμενες αναπτύχθηκε το 2009 και είναι το Πλαίσιο Συστήματος Υγείας (WHO Health System Framework). Η ερευνητική ομάδα του ΠΟΥ θέλοντας να εξαίρει τη σημασία της συστημικής προσέγγισης των συστημάτων υγείας διακρίνει έξι δομικά συστατικά τους τα οποία θέτει ως βασικούς πυλώνες στη μελέτη και στην λειτουργική-διοικητική μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας, (Μπουρσανίδης, 2020):

1. Διανομή-παροχή υπηρεσιών (Service delivery)
2. Ανθρώπινο δυναμικό υγείας (Health Workforce)
3. Πληροφορίες (Information)
4. Ιατρικά Προϊόντα, Εμβόλια & Τεχνολογίες (Medical products, Vaccines & Technologies)
5. Χρηματοδότηση (Financing)
6. Ηγεσία/Διακυβέρνηση (Leadership/Governance)

Σύμφωνα, τέλος, με άλλες μελέτες τα σύγχρονα οργανωτικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι (Οικονόμου, χ.χ.)

1. Ο βαθμός της ισοτιμίας στη χρηματοδότηση και στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας.
2. Η έκταση της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού με βάση τους πόρους που διατίθενται (δαπάνες, ανθρώπινοι πόροι, τεχνολογία κλπ).
3. Το είδος των υπηρεσιών υγείας στις οποίες δίνει έμφαση το σύστημα.
4. Η σχέση μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και ασφάλισης.
5. Οι βαθμοί ελευθερίας επιλογών για χρήστες και παραγωγούς υπηρεσιών.
6. Η αποτελεσματικότητα του συστήματος, όπως φαίνεται από το επίπεδο υγείας
7. Η αποδοτικότητα του συστήματος: Πόσο κοστίζει στην οικονομία και στην κοινωνία

Εν κατακλείδι, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι τα κριτήρια τείνουν να γίνουν τόσα όσες είναι και οι κατευθύνσεις έρευνας που επιλέγουν οι μελετητές, ιδιαίτερα στις σύγχρονες

μελέτες που αποδεσμεύονται από τις κλασικές διαστάσεις τυπολογίας. Περισσότερα για το πώς τα προαναφερθέντα αλλά και άλλα κριτήρια κατηγοριοποίησης μεταφράζονται σε πρότυπα συστήματα υγείας ακολουθούν στην επόμενη ενότητα με θέμα τις βασικές τυπολογίες. Με τον τρόπο αυτό, εκτός από το ότι πληροφορούμαστε για τα βασικά στοιχεία οργάνωσης των συστημάτων υγείας και μπορούμε να τα τοποθετήσουμε συγκριτικά μεταξύ των διαφόρων κρατών κυρίως της Ευρώπης και του ΟΟΣΑ, γίνεται αντιληπτό ότι οι δαπάνες υγείας, ως προς τον φορέα -κοινωνικό, δημόσιο ή ιδιωτικό- από όπου πηγάζουν αλλά και ως προς το ύψος τους, παραμένουν διαχρονικά ένα ειδοποιό χαρακτηριστικό των συστημάτων υγείας που αποτελεί χρήσιμο οδηγό μαζί με άλλα κριτήρια, στην κατάδειξη των υπαρχόντων παραδειγμάτων πολιτικών υγείας, πώς εξελίσσονται και πού τοποθετείται η Ελλάδα ανάμεσα σε αυτά.

1.2.3 Κύρια είδη συστημάτων υγείας

Η συγκριτική έρευνα των συστημάτων και πολιτικών υγείας ξεκινά πιο δυναμικά τη δεκαετία του 1970 κυρίως από κοινωνιολόγους και τις δεκαετίες του '80 και του '90 από οικονομολόγους υγείας και πολιτικούς επιστήμονες.

Στην ενότητα αυτή αποτυπώνονται οι τυπολογίες σε ρεύματα, ανάλογα με την τάση που ακολουθούν και τα κυρίαρχα ομοειδή χαρακτηριστικά τους.

Έτσι, οι τυπολογίες περιγράφονται σε τρεις υποενότητες:

Η πρώτη αφορά τις ομαδοποιήσεις των προτύπων που έχουν ως κριτήριο την χρηματοδότηση.

Η δεύτερη περιλαμβάνει τις κατηγορίες συστημάτων που επεκτείνουν τον χάρτη των κριτηρίων προσθέτοντας θεσμικά χαρακτηριστικά των κρατών.

Η τρίτη χρησιμοποιεί ευρύτερα πολιτισμικά και οικονομικά κριτήρια, εμπνέονται από τις τυπολογίες των κρατών πρόνοιας και δίνουν έμφαση στα αποτελέσματα των συστημάτων υγείας.

Τυπολογίες με έμφαση στη χρηματοδότηση

Παρόλο που η έντονη «παραγωγή» τυπολογιών ξεκινά το 1970, κάποιες παλιές αλλά δημοφιλείς μοντελοποιήσεις κάνουν την εμφάνισή τους στην πραγματικότητα αρκετά πιο πριν, παίρνοντας το όνομά τους από τους ιδρυτές τους.

Το 1883 εφαρμόζεται για πρώτη φορά το μοντέλο Bismarck κατά το πρότυπο του Otto von Bismarck και το 1946, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, εμφανίζεται το μοντέλο Beveridge κατά το πρότυπο του William Henry Beveridge.

Το Μπισμαρκιανό μοντέλο ή μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης αναπτύχθηκε κυρίως στις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης και κυρίως στη Γερμανία. Βασίζει την χρηματοδότηση στις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, το κράτος προορίζεται να επιβλέπει τα συμβόλαια μεταξύ των εμπλεκόμενων ασθενών, παρόχων και ασφαλιστών και οι ιατροί αποφασίζουν με αυτονομία ως προς την παροχή της υγείας.

Το Μπεβεριτζιανό μοντέλο, το οποίο αποτέλεσε πρότυπο για την ανάπτυξη της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS) της Αγγλίας, βασίζει την χρηματοδότηση στην γενική φορολογία, παρέχει ελεύθερη πρόσβαση στα νοσοκομεία με πλήρη αυτονομία των ιατρών, με τις υποδομές να τελούν υπό την ιδιοκτησία ή τον έλεγχο του κράτους.

Εκτός από τις κατηγοριοποιήσεις αυτές, στη Ρωσία και σε άλλες σοβιετικές χώρες αναπτύχθηκε στις αρχές του 20ού αιώνα το μοντέλο Semashko από τον Nikolai Semashko, που περιλαμβάνει καθολική κάλυψη παροχών που ελέγχεται άμεσα από το κράτος, το οποίο κατέχει τις υποδομές, τις χρηματοδοτεί από τον κρατικό προϋπολογισμό και αναλαμβάνει την παροχή τους στους πολίτες (Beckfield, κ.ά., 2013).

Αργότερα, ο Field (1967) βασίστηκε στις διαστάσεις της ιδιοκτησίας και της αυτονομίας των γιατρών αναγνωρίζοντας 4 τύπους συστημάτων υγείας: το πλουραλιστικό με υψηλού βαθμού ιδιωτική παροχή και αυτονομία των επαγγελματιών υγείας, το σύστημα ασφάλισης υγείας, όπου σημαντικό ρόλο παίζουν οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης και οι γιατροί διαθέτουν υψηλή αυτονομία, το σύστημα υπηρεσίας υγείας με συντριπτική κρατική ιδιοκτησία των εγκαταστάσεων υγείας και υψηλή αυτονομία των ιατρών και το κοινωνικοποιημένο σύστημα όπου όλες οι υγειονομικές παροχές και οι πόροι ελέγχονται από το κράτος (Reibling, κ.ά., 2019).

Ο Terris (1978) αναγνωρίζει τα εξής συστήματα υγείας: δημόσιας αρωγής, ασφάλισης υγείας και εθνικής υπηρεσίας υγείας τα οποία θεώρησε ότι αντιστοιχούν στις προ-καπιταλιστικές (Ασία, Αφρική, Λατινική Αμερική), καπιταλιστικές (Δ. Ευρώπη, Β. Αμερική, Αυστραλία, Ν. Ζηλανδία, Ιαπωνία, Ισραήλ) και σοσιαλιστικές (Α. Ευρώπη, μέρος της Ασίας και Κούβα) οικονομίες αντίστοιχα (Böhm, κ.ά., 2013).

Ως μελέτη-ορόσημο, η οποία καθόρισε μία ατζέντα πολιτικών υγείας στο πλαίσιο της διαχείρισης των δημόσιων προϋπολογισμών θεωρείται αυτή του ΟΟΣΑ (1987), στην οποία

αναγνωρίζονται τα μοντέλα της εθνικής υπηρεσίας υγείας, της κοινωνικής ασφάλισης και της ιδιωτικής ασφάλισης, μια "τριμερής" κατηγοριοποίηση που στο εξής υιοθέτησε κατά κόρον η αναλυτική συγκριτική έρευνα. Στην κατηγοριοποίηση αυτή υπάρχουν έντονα τα μπισμαρκιανά και μπεβεριτζιανά στοιχεία ενώ προστίθεται το σύστημα της ιδιωτικής ασφάλισης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) προβλέπει καθολική κάλυψη με χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία και δημόσια ιδιοκτησία των υγειονομικών υποδομών. Το μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (SHI) προβλέπει καθολική κάλυψη με χρηματοδότηση κυρίως από κοινωνικές εισφορές και υποδομές δημόσιας ή ιδιωτικής ιδιοκτησίας. Τέλος, το μοντέλο Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας (PHI) περιλαμβάνει μόνο ιδιωτική ασφάλιση και οι υποδομές είναι κυρίως ιδιωτικής ιδιοκτησίας (Böhm, κ.συν., 2013).

Στη συνέχεια, τα κριτήρια κατά Roemer κατατάσσουν τα συστήματα υγείας σύμφωνα με το οικονομικό επίπεδο των χωρών και τον βαθμό της κρατικής εμπλοκής στην οργάνωση και χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (Bourque & Farrah, 2012).

Η τυπολογία παραμένει τριμερής και αντιστοιχεί στην παραπάνω τυπολογία του ΟΟΣΑ. Κατά Roemer τα συστήματα διακρίνονται σε:

1. Ολοκληρωμένο[3] (comprehensive): Το σύστημα αυτό χρηματοδοτείται από την εθνική φορολογία, είναι κεντρικά οργανωμένο, παρέχει καθολική κάλυψη σε όλους τους πολίτες και η ιδιοκτησία ή ο έλεγχος των μέσων παραγωγής είναι κρατικά. Μπορεί να υπάρχει και ιδιωτική παροχή συμπληρωματικά για τις υπηρεσίες που δεν προβλέπονται από το εθνικό πακέτο ασφάλισης. Κατά το ενιαίο σύστημα λειτουργεί το πρότυπο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας στη Βρετανία.
2. Υποχρεωτικό (mandated) ή προνοιακό (welfare-oriented): οι υπηρεσίες υγείας εδώ συνδέονται με την απασχόληση και η διοίκησή τους είναι αποκεντρωμένη. Στηρίζεται σε υποχρεωτικές εισφορές εργοδοτών και ασφαλισμένων με καθολική κάλυψη του πληθυσμού σε μέρος του ιατρικού κόστους και δημόσια ή/και ιδιωτική παροχή υπηρεσιών. Μεγάλο πλεονέκτημα του συστήματος είναι η κατανομή του ρίσκου σε ολόκληρη την κοινωνία. Μειονέκτημα η αδυναμία ενσωμάτωσης αυτόματων μηχανισμών αγοράς που οδηγούν σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα. Χαρακτηρίζει το σύστημα υγείας στην Γερμανία.

[3] Ιδία μετάφραση.

3. Επιχειρηματικό (entrepreneurial): χαρακτηρίζεται από εργοδοτική ή ιδιωτική ασφάλιση ατόμων ή ομάδων και κυρίως ιδιωτική προσφορά υπηρεσιών. Κατά τον Roemer χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αποδοτικότητας, ποιότητας και καινοτομίας με κύριο, όμως, μειονέκτημα τη χαμηλή ισοτιμία μεταξύ των πολιτών. Εφαρμόζεται κατά κόρον στις ΗΠΑ, όπου όμως σημαντικό τμήμα της παροχής υγείας παρέχεται από δημόσια προγράμματα σε δικαιούχους ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων, κάνοντας το σύστημα περισσότερο «ενιαίο» («comprehensive»).

Το 1992 σε επόμενη μελέτη συγκριτικής ανάλυσης μεταξύ 7 χωρών του ΟΟΣΑ (Γερμανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ηνωμένες Πολιτείες) σημειώνεται μια βασική ομοιότητα στους στόχους της πολιτικής υγείας, καθώς τονίζεται ο κομβικός ρόλος του κράτους μέσω ενός «δημόσιου συμβολαίου» της οργάνωσης και παροχής φροντίδας υγείας, που συμπεριλάμβανε χρηματοδότηση, επαρκή κάλυψη στους πολίτες, ισοτιμία στην πρόσβαση που υποστηρίζεται από την προστασία του εισοδήματος, ελευθερία επιλογής για τους καταναλωτές και αυτονομία για τους παρόχους. Οι προμηθευτές θα μπορούσαν επίσης να τεθούν σε ανταγωνισμό μεταξύ τους και με τους αγοραστές, όμως, γινόταν διάκριση μεταξύ μορφών οργάνωσης (ΟΟΣΑ, 1992, όπως αναφέρεται στο Freeman & Frisina, 2010). Η τυπολογία δεν αλλάζει ιδιαίτερα, παραμένει τριμερής και βασισμένη στα ίδια πρότυπα, εμπλουτισμένη κι από την κατηγοριοποίηση του Roemer: Δημόσια Σύμβαση (Public Contract), Μικτό Δημόσιο (Public Integrated) και Ιδιωτική Ασφάλιση – Παροχή (Private Insurance/Provider) (Σίσκου, 2015).

Σύνοψη:

Κυρίαρχα μοντέλα συστημάτων υγείας βάσει κυρίως τη διάσταση της χρηματοδότησης

1. Καθολικό σύστημα ασφάλισης ή Εθνικό Σύστημα Υγείας

Στο Καθολικό σύστημα ασφάλισης (universalist system) υπάρχει μία πηγή χρηματοδότησης για όλο τον πληθυσμό και αυτός είναι η φορολογία. Το σύστημα αυτό αντανακλά το μοντέλο Beveridge. Χαρακτηρίζεται από αυξημένη κρατική παρέμβαση σε όλη τη διαδικασία παραγωγής του συστήματος υγείας, όπου το κράτος εγγυάται σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από το επάγγελμα και την οικονομική τους κατάσταση ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Δικαιούχος είναι κάθε κάτοικος-πολίτης μιας συγκεκριμένης

χώρας. Δεν υπάρχει, επομένως, ελευθερία επιλογής του ασφαλιστικού σχεδίου στις περισσότερες των περιπτώσεων. Όλοι πρέπει να χρηματοδοτούν το σύστημα πληρώντας φόρους. Μάλιστα χρηματοδοτείται με φορολόγηση όχι ακριβώς αναλογική με το εισόδημα αλλά με περισσότερη επιβάρυνση στους πλουσιότερους και όχι επί του δεδουλευμένου αλλά επί του συνολικού εισοδήματος. Έτσι το σύστημα είναι προοδευτικό (progressive financing system) και αναδιανεμητικό όπου οι πλουσιότεροι καταλήγουν να πληρώνουν μερικώς τουλάχιστον τις υπηρεσίες περίθαλψης των φτωχότερων (Toth, 2016). Με τα ίδια χαρακτηριστικά και συμπληρώνοντας ότι τα μέσα παροχής της υγείας κατέχονται από το κράτος, συναντάται με την ονομασία Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service) (Böhm, κ.ά., 2013).

2. Κοινωνική ασφάλιση υγείας

Οι εργαζόμενοι πληρώνουν εισφορά σε κάποιο ταμείο ασφάλισης, είτε υποχρεωτικά (ως εργαζόμενοι συγκεκριμένων επαγγελμάτων) είτε έχοντας την ελευθερία να επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση.

Το κλασικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι το Μπισμαρκιανό όπου από τον νόμο κάθε επαγγελματική κατηγορία πολιτών ασφαλίζεται στον κατάλληλο φορέα χωρίς ελευθερία επιλογής. Τα ασφαλιστικά ταμεία συνήθως είναι πολλά, αυτόνομα και καλύπτουν ομοειδείς επαγγελματικές κατηγορίες εργαζομένων, ενώ μπορεί να δέχονται διαφορετικό ύψος εισφορών παρέχοντας και διαφορετικές καλύψεις από ταμείο σε ταμείο. Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στην τοπική αυτοδιοίκηση, στα ασφαλιστικά ταμεία ή και σε ιδιώτες (Τσαρτσάρα, 2005).

Πιο σύγχρονες εναλλακτικές του μοντέλου, π.χ. στη Γερμανία, υποχρεωτικά οι πολίτες πληρώνουν συνεισφορές αλλά μπορούν να επιλέξουν φορέα ασφάλισης (Toth, 2016).

3.Το ιδιωτικό μοντέλο (εθελοντικό ή μη)

Συνήθως ονομάζεται μοντέλο ιδιωτικής ή εθελοντικής ασφάλισης, ενώ συναντάται και ως φιλελεύθερο και «ελεύθερο». Κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση και η ελάχιστη κρατική παρέμβαση, οπότε λειτουργεί βάσει των κανόνων της αγοράς. Οι πολίτες επιλέγουν αν θα ασφαλιστούν ή όχι. Εφόσον ο πολίτης επιλέξει να ασφαλιστεί, έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας έμμεσα, καθώς αποκτά το πακέτο υπηρεσιών της επιλογής του από κάποια ιδιωτική

εταιρία ασφάλισης ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του και το κόστος που έχει την οικονομική δυνατότητα να πληρώσει. Στον Toth (2016) συγκεκριμένα αναφέρεται ότι όσοι ασφαλίζονται επιλέγουν μεταξύ ιδιωτικών ανταγωνιστικών μεταξύ τους ασφαλιστικών φορέων, που μπορεί να είναι κερδοσκοπικοί ή μη και παρέχουν ατομικά ασφαλιστικά συμβόλαια στους «πελάτες». Οι κερδοσκοπικοί φορείς συνήθως προσαρμόζουν το προϊόν ασφάλισης εξατομικευμένα στον κάθε έναν εγγεγραμμένο υπολογίζοντας τους ατομικούς κινδύνους. Οι μη-κερδοσκοπικοί ασφαλιστές μπορεί να ακολουθούν την ίδια εξατομικευμένη πολιτική αλλά συνήθως προβαίνουν σε ενσωμάτωση των ασφαλισμένων σε κατηγορίες ομαδικών συμβολαίων με παρόμοια χαρακτηριστικά κινδύνου.

Στην περίπτωση των ανασφάλιστων, αυτοί καλούνται να πληρώσουν άμεσα με δικά τους έξοδα όποιες υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιήσουν. Υπάρχει, επίσης, ελευθερία επιλογής για τους χρήστες και για τους παρόχους υγείας, δηλαδή οι μεν πελάτες επιλέγουν το γιατρό τους και οι δε ιατροί έχουν το δικαίωμα ελεύθερης εγκατάστασης και καθορισμού του ύψους της αμοιβής τους (Τσαρτσάρα, 2005, Toth, 2016). Επιπλέον, ενδεχομένως υπάρχουν κίνητρα χρηματικά ή φορολογικά για αυτούς που ασφαλίζονται και κάποιες «ποινές» για όσους επιλέγουν να μην το πράττουν, ακόμα κι αν έχουν την οικονομική δυνατότητα.

Ο Toth (2016) προτείνει ένα ακόμα μοντέλο ιδιωτικής ασφάλισης, το οποίο όμως δεν είναι εθελοντικό, την Υποχρεωτική Εθνική Ασφάλιση Υγείας (Compulsory National Health Insurance. Ο ερευνητής το ξεχωρίζει από τα υπόλοιπα, αλλά χάριν οργάνωσης των μοντέλων σε παρόμοιες κατηγορίες το παραθέτουμε στην ευρύτερη ομάδα των μοντέλων ιδιωτικής ασφάλισης. Σε αυτό υπάρχει υποχρεωτικότητα ασφάλισης, το σύστημα είναι πολλαπλής χρηματοδότησης (multi-payer) και οι πολίτες επιλέγουν ελεύθερα την ιδιωτική τους ασφάλιση. Πιθανά να υπάρχουν πολλά διαφορετικά ασφαλιστικά προγράμματα που προσφέρουν διαφορετική ατομική κάλυψη, πρόσθετα με το ελάχιστα προσδιορισμένο νομικά επίπεδο κάλυψης. Το κράτος επίσης, μπορεί να χορηγεί επιδόματα στους πολίτες με χαμηλά εισοδήματα ή να ελέγχει την ασφαλιστική αγορά επιβάλλοντας κανονισμούς.

Τυπολογίες με έμφαση σε θεσμικά χαρακτηριστικά

Μετά την επικράτηση της τριμερούς κατηγοριοποίησης, άλλοι μελετητές διέκριναν τα συστήματα σε περισσότερες κατηγορίες, από 4 ως και πολύ περισσότερες. Τα κριτήρια τώρα αρχίζουν να εμπλουτίζονται, οπότε προστίθενται διαστάσεις που συνήθως είναι, εκτός της

χρηματοδότησης, η παροχή και η διακυβέρνηση της υγείας, ενώ, επίσης, στην ταξινόμηση προστίθενται περισσότερο οι εμπλεκόμενοι φορείς ή πρόσωπα. Στην θεώρηση αυτή συνέβαλε η λογική ότι συστήματα με παρόμοιους τρόπους χρηματοδότησης αλλά διαφορετική διάρθρωση κινήτρων (αμοιβών) και οργάνωσης δείχνουν συχνά εντελώς διαφορετική συμπεριφορά και απόδοση.

Ο Moran (1999; 2000, όπως αναφέρεται στους Beckfield, κ.ά., 2013) έκανε λόγο για τέσσερες ομάδες «κρατών ιατρικής περίθαλψης» συνδυάζοντας τις διαστάσεις χρηματοδότηση-παροχή-ρύθμιση και λαμβάνοντας υπόψη επίσης την κατανάλωση και την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας. Αυτά είναι: το κράτος Εντολοδότης και Ελεγκτής, όπου το κράτος ελέγχει και τις τρεις διαστάσεις, όπως γίνεται στη Μ. Βρετανία και στα σκανδιναβικά κράτη˙ το Εταιρικό κράτος, όπου το σύστημα κυριαρχείται από το μείγμα της δημόσιας διακυβέρνησης και ενός δικτύου επαγγελματιών υγείας, όπως στη Γερμανία˙ το κράτος Προμηθευτής όπου τα συμφέροντα των παρόχων επικρατούν, όπως στις ΗΠΑ, και το κράτος Ανασφαλής Εντολοδότης και Ελεγκτής, όπου ο νοσοκομειακός τομέας είναι εθνικά οργανωμένος αλλά συνυπάρχει με ένα μεγάλο ιδιωτικό τομέα, όπως συμβαίνει σύμφωνα με τον Moran (2000, ό.π.) στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία.

Βασική νεότερη προσέγγιση θεωρείται η τυπολογία των Wendt, Frisina και Rothgang (2009) για τη μελέτη των οποίων αντλούμε στοιχεία από τους Böhm κ.ά. (2013) και τους Reibling κ.ά. (2019). Βασισμένοι στην τυπολογία των Rothgang κ.ά. (2005), προχωρούν στην αναλυτική διάκριση των τριών διαστάσεων της χρηματοδότησης (financing), της παροχής υπηρεσιών (services provision) και της ρύθμισης (regulation). Προέβησαν, ακόμα, στο να αναγνωρίσουν τρία είδη υποκειμένων (actors) που καθορίζουν την κάθε διάσταση: το κράτος, τους κοινωνικούς και τους αγοραίους/ιδιωτικούς φορείς. Συνδυάζοντας τις διαστάσεις με τα υποκείμενα, κατέληξαν σε 27 συνδυασμούς προτύπων συστημάτων υγείας, από τους οποίους καταλήγουν και πάλι στο ίδιο τριαδικό σύστημα μοντέλων: το Εθνικό, το Κοινωνικό και το Ιδιωτικό. Η διάκριση αυτή έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία στη βιβλιογραφία καθώς βοήθησε ώστε η τυπολογία να περάσει στο στάδιο όπου καθοριστικά κριτήρια είναι τα λεγόμενα θεσμικά χαρακτηριστικά των κρατών (institutional characteristics), όπου περισσότερα στοιχεία καθορίζουν τον χαρακτήρα των συστημάτων υγείας και που είναι έκδηλη η υβριδοποίηση τους.

Στη συνέχεια, οι Böhm κ.ά. (2013) επεκτείνουν τον συλλογισμό της τυπολογίας των Wendt et al. (2009) ιεραρχώντας τόσο τις διαστάσεις όσο και τα εμπλεκόμενα υποκείμενα.

Θεώρησαν ότι οι διαστάσεις κατατάσσονται ιεραρχικά με πρώτη τη ρύθμιση κι έπειτα την χρηματοδότηση και την παροχή και ότι τα υποκείμενα ιεραρχούνται με πρώτο το κράτος, έπειτα τους κοινωνικούς παράγοντες και στη συνέχεια την αγορά. Με τη λογική ότι ό,τι προηγείται ιεραρχικά περιορίζει τους συνδυασμούς διαστάσεων-υποκειμένων στα δευτερεύοντα επίπεδα, εφάρμοσαν την κατηγοριοποίηση στα 30 κράτη μέλη του ΟΟΣΑ καταλήγοντας σε 5 πρότυπα συστήματα υγείας (Böhm κ.ά., 2013; Μπουρσανίδης, 2020). Από αυτά μόνο η Σλοβενία δεν κατατάχθηκε σε κανένα cluster γιατί η ρύθμιση εκεί δεν ακολουθεί την ιεραρχία και δεν είναι κρατική˙ αντίθετα, η ρύθμιση και η χρηματοδότηση τελούν υπό τον έλεγχο των κοινωνικών φορέων και η παροχή συντελείται κυρίαρχα από κρατικούς φορείς. Τα μοντέλα που προέκυψαν είναι:

(α) Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service): η διακυβέρνηση της ρύθμισης, χρηματοδότησης και παροχής είναι κρατική υπόθεση. Το cluster του μοντέλου αυτού περιλαμβάνει τις Σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Φινλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία, Σουηδία), την Μ. Βρετανία, την Πορτογαλία και την Ισπανία.

(β) Εθνική Ασφάλιση Υγείας (National Health Insurance): συνδυάζονται οι ρυθμιστικές δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπου το κράτος καθορίζει τη σχέση παρόχων, χρηματοδοτών και ασθενών, με κυρίαρχη την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών. Οι ασθενείς έχουν την ελευθερία να επιλέξουν γιατρούς ή νοσοκομειακές δομές, όμως, υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών και ασφάλισης σε σχέση με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι χώρες που ομαδοποιήθηκαν στο μοντέλο αυτό είναι: Αυστραλία, Καναδάς, Ιρλανδία, Ιταλία και Ν. Ζηλανδία.

(γ) Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (Social Health Insurance): χαρακτηρίζεται από τον κυρίαρχο ρόλο των κοινωνικών υποκειμένων στη ρύθμιση και χρηματοδότηση της υγείας, ενώ η παροχή συντελείται κυρίως από ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς προμηθευτές υγείας. Οι χώρες αυτής της κατηγορίας είναι της Κεντρικής Ευρώπης: Αυστρία, Γερμανία, Λουξεμβούργο και Ελβετία.

(δ) Ιδιωτικό Σύστημα υγείας (Private Healthcare System): σε αυτό κυριαρχούν οι συντελεστές της αγοράς και οι ιδιωτικοί φορείς με σκοπό το κέρδος σε όλες τις διαστάσεις, ρύθμιση, χρηματοδότηση και παροχή. Είναι χαρακτηριστικό για τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας στις ΗΠΑ, αν και όπως έχει προαναφερθεί, υπάρχουν παράλληλα προγράμματα κοινωνικής προστασίας κρατικής χρηματοδότησης (Medicare, Medicaid, SCHIP) τα οποία αυξάνουν το ποσοστό της δημόσιας χρηματοδότησης πάνω από 50%.

(ε) Κρατική Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (Etatist Social Health Insurance): αποτελεί το συνηθέστερο σύστημα μικτού τύπου όπου το κράτος είναι υπεύθυνο για τις ρυθμίσεις του συστήματος, η χρηματοδότηση οργανώνεται από κοινωνικούς φορείς και η παροχή ανατίθεται σε ιδιώτες. Χαρακτηρίζει τις χώρες: Βέλγιο, Γαλλία, Ισραήλ, Ολλανδία, Ιαπωνία και Κορέα.

Τυπολογίες με βάση το κράτος πρόνοιας και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας

Παράλληλα με την ανάδειξη των διαστάσεων ρύθμισης και παροχής υγείας, αναδείχθηκαν οι κατηγορίες των κοινωνικών κρατών πρόνοιας, που συχνά συναντώνται στη βιβλιογραφία όταν οι δαπάνες στην υγεία και γενικότερα η αποτελεσματικότητα των πολιτικών στα συστήματα υγείας συνδέονται με τις κοινωνικές παροχές, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται το αγαθό της υγειονομικής περίθαλψης. Οι σχετικές τυπολογίες ξεπερνούν τη διάκριση των θεσμικών χαρακτηριστικών και αναγνωρίζουν κι άλλους, πολιτισμικούς και πολιτικο-οικονομικούς, καθοριστικούς παράγοντες. Έτσι πολύ συχνά στην αρθρογραφία, οι δαπάνες στην υγεία και η αποτελεσματικότητα σε διάφορους τομείς της πλαισιώνονται θεωρητικά όχι (μόνο) από την κλασική τυπολογία των τριών διαστάσεων αλλά από την κατηγοριοποίηση των κρατών πρόνοιας.

Ο Titmuss (1974, όπως αναφέρεται στους Μπούτσιου & Σαράφης, 2013, Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015, Ιωάννου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2020, Κουλλιάς κ.ά., 2020) ήταν ο θεμελιωτής της κοινωνικής πολιτικής και στηριζόμενος στη σχέση αγοράς-κράτους διέκρινε τρία είδη κρατών πρόνοιας:

1. Το Υπολειμματικό, όπου η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών είναι θέμα ατομικής ευθύνης και σε αυτήν πρωτεύοντα ρόλο έχει η αγορά και η οικογένεια, ενώ το κράτος είναι δευτερευόντως προστατευτικό με σκοπό να αποφεύγεται η κοινωνική εξαθλίωση˙
2. Το Βιομηχανικό, όπου η κοινωνική προστασία συνδέεται με την απασχόληση, την κοινωνική θέση και την ατομική παραγωγικότητα και δευτερευόντως παρέχεται στους εργαζομένους και τα προστατευόμενα μέλη μέσω κοινωνικής ασφάλισης˙ τέλος,
3. Το θεσμικό-αναδιανεμητικό, είναι χαρακτηριστικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής των σκανδιναβικών χωρών, όπου το κράτος χρηματοδοτούμενο από φορολογία έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στην παροχή ευκαιριών με στόχο την κοινωνική ισότητα και συνοχή, δίνεται καθολική κάλυψη, με πλήρη αποκλεισμό του μηχανισμού της αγοράς.

Σημαντική θέση, επίσης, ανάμεσα στις τυπολογίες με βάση την κοινωνική πολιτική έχει εκείνη που διατυπώθηκε το 1990 από τον Esping-Andersen (στους Μπούτσιου & Σαράφης, 2013; Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015; Δομάγερ & Πετρέλης, 2016; Ιωάννου κ.ά., 2020; Κουλλιάς κ.ά., 2020), ο οποίος «με κριτήριο τις σχέσεις του κράτους, της αγοράς, της οικογένειας και της απο-εμπορευματοποίησης της κοινωνικής πολιτικής ξεχώρισε τρία πρότυπα υγειονομικών συστημάτων κοινωνικής πολιτικής:

1. Το Φιλελεύθερο καθεστώς ή Αγγλοσαξονικό πρότυπο, με χαρακτηριστικά παραδείγματα χωρών τις Η.Π.Α, Καναδά, Βρετανία και Ιρλανδία, όπου κυριαρχεί η εμπορευματοποίηση της εργασίας, επικρατεί ο ιδιωτικός τομέας, ενώ το κράτος πρωτίστως ενθαρρύνει την ιδιωτική πρωτοβουλία στις κοινωνικές παροχές και παρέχει περιορισμένη κάλυψη, όπως ένα βασικό εισόδημα ή προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, στα πιο ευάλωτα κοινωνικά στρώματα που αδυνατούν να καλυφθούν από τον μηχανισμό της αγοράς.

2. Το Κορπορατιστικό-Συντηρητικό καθεστώς ή Ηπειρωτικό πρότυπο, που συναντάται στην Αυστρία, Γερμανία, Γαλλία και Βέλγιο, κι όπου η κοινωνική προστασία αποδίδεται ανταποδοτικά: έχει ως πηγή την απασχόληση, διαφοροποιείται ανάλογα με την κοινωνική τάξη και θέση και χρηματοδοτείται με εργατικές-εργοδοτικές εισφορές και άλλους κοινωνικούς πόρους (τριμερής χρηματοδότηση) με συμπληρωματική τη συμβολή της αγοράς. Επομένως, υπάρχει μερική εμπορευματοποίηση των κοινωνικών παροχών και όσοι δεν εργάζονται αποκλείονται από την κοινωνική πολιτική.

3. Το Σοσιαλδημοκρατικό καθεστώς ή Σκανδιναβικό πρότυπο, με κύριους εκπροσώπους την Δανία, την Σουηδία και την Φιλανδία, όπου η καθολική κάλυψη σε κοινωνικές ανάγκες προσφέρεται από το κράτος ισότιμα σε όλους από τη γενική φορολογία, συνδεόμενη με την ιδιότητα του πολίτη και όχι με την εργασία. Διακρίνεται από πλήρη απο-εμπορευματοποίηση καθώς η αγορά δεν συμμετέχει στις παροχές, απομάκρυνση από πατριαρχικά πρότυπα μιας και τα δικαιώματα περίθαλψης των άνεργων γυναικών εδώ δεν εξαρτώνται από την ασφάλιση του εργαζόμενου συζύγου και την υψηλότερη ποιότητα και αποτελεσματικότητα παροχών.

Στις παραπάνω ομάδες χωρών μάλιστα εμφανίζεται και παρόμοιο ύψος δαπανών στην κοινωνική τους πολιτική (Δομάγερ & Πετρέλης, 2016).

Ωστόσο, στη μελέτη του ο Ferrera (1999, όπως αναφέρεται στους Δομάγερ & Πετρέλης, ό.π.) ξεχώρισε εύστοχα μια ομάδα μεσογειακών χωρών (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία) που λόγω των ιδιαίτερων αλλά κοινών κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών κατατάχθηκαν σε ένα νέο πρότυπο: το μεσογειακό ή μοντέλο του

Ευρωπαϊκού Νότου. Το μοντέλο αυτό συνδυάζει στοιχεία από τα μοντέλα Bismark και Beveridge και χαρακτηρίζεται από ισχυρή ύπαρξη μεταβιβαστικών πληρωμών («επιδοματοκεντρικό μοντέλο»)-συντάξεων, ανομοιογένεια στον καταμερισμό παροχών και φορολογικών βαρών, έντονα φαινόμενα θεσμικής ευνοιοκρατίας, κομματικών πιέσεων και πελατειακό χαρακτήρα του κράτους, απουσία προγράμματος ελάχιστου εισοδήματος καθώς και χαμηλή ποιότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών. Το κράτος γενικά κατέχει μικρό ρόλο στην κοινωνική προστασία, ενώ ως πρωταρχικό δίκτυ ασφαλείας λειτουργούν οι δεσμοί φιλίας και η οικογένεια, ή ακόμα ο εθελοντισμός και η Εκκλησία. Ειδικά στην Υγεία υπάρχει καθολική υγειονομική περίθαλψη του πληθυσμού, κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους του ιατροφαρμακευτικού κόστους από το κράτος καθώς οι ασφαλιστικές εισφορές δεν επαρκούν (Κουλλιάς, κ.ά., 2020) και υψηλή διαπλοκή Δημόσιου-Ιδιωτικού τομέα.

Παρόμοια είναι η τυπολογία των Aigigner και Leoni (2009, όπως αναφέρεται στους Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015), που όμως αξίζει να αναφερθεί λόγω του ότι είναι σχετικά πρόσφατη. Οι τύποι κρατών πρόνοιας που παρουσίασαν είναι: (α) το σκανδιναβικό, που χαρακτηρίζει τη Δανία, τη Φινλανδία και τη Σουηδία, και που περιλαμβάνει καθολική κάλυψη σε παροχές, την υψηλή αναδιανομή και κοινωνική ένταξη, (β) το ηπειρωτικό μοντέλο που εμφανίζεται στη Γερμανία, το Βέλγιο, τη Γαλλία, την Αυστρία, όπου αποδίδονται μέτριες κοινωνικές παροχές συνδεδεμένες με το εισόδημα, (γ) το αγγλοσαξωνικό πρότυπο, της Μ. Βρετανίας και της Ιρλανδίας, με μικρότερες κοινωνικές παροχές βάσει εισοδήματος και έμφαση στην κοινωνική ευθύνη και, τέλος, (δ) το μεσογειακό, το οποίο εμφανίζεται στην Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία και την Ελλάδα, με χαμηλό επίπεδο κοινωνικών παροχών που αντισταθμίζεται από τον ισχυρό πυλώνα στήριξης που παρέχει ο θεσμός της οικογένειας (Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015).

Ιδιαίτερα καινοτόμα είναι, τέλος, η πρόταση κατηγοριοποίησης των Reibling κ.ά. (2019), με την οποία ασκείται κριτική στις τυπολογίες με βάση τα καθεστώτα κρατών πρόνοιας: υποστήριξαν ότι τέτοιες τυπολογίες είναι μονολιθικές γιατί προϋποθέτουν σταθερότητα ενώ στην πραγματικότητα τα συστήματα υγείας διακρίνονται από ορισμένα θεσμικά χαρακτηριστικά και συνεχείς αλλαγές κρατικών πολιτικών. Κύμα κριτικής προς τις τυπολογίες βάσει κοινωνικής πολιτικής συναντάται και σε άλλους μελετητές (Bertin, Carrino και Pantalone, 2021): για παράδειγμα, η κατηγοριοποίηση του Esping-Andersen έχει αμφισβητηθεί λόγω των βαθιών μεταβολών που έχουν συντελεστεί στα κράτη πρόνοιας και

αποδεικνύεται ότι, πρώτον, η τυπολογία Andersen διαφοροποιείται έντονα από άλλες τυπολογίες συστημάτων υγείας και, δεύτερον, άλλες τυπολογίες ίδιου είδους καταλήγουν σε ομαδοποιήσεις με ασαφή όρια και υβριδικά αποτελέσματα. Στους ίδιους (Bertin, κ.ά., 2021) επισημαίνεται ότι δεν είναι χρήσιμες οι μετρήσεις που στηρίζονται στις δαπάνες γιατί, πρώτον, οι μεν υψηλές συνολικές δαπάνες κοινωνικής προστασίας μπορεί να αποκρύπτουν την υποχρηματοδότηση κάποιου τομέα και, δεύτερον, η υψηλή χρηματοδότηση ενός τομέα δεν συνεπάγεται υψηλή αποτελεσματικότητα.

Έτσι, επιλέγεται η προσέγγιση της σύνθεσης των θεσμικών χαρακτηριστικών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας. Οι κρίσιμες διαστάσεις ομαδοποίησης που χρησιμοποιούνται εδώ για την κατάταξη είναι: ο βαθμός παροχής της φροντίδας υγείας, η σύνθεση των υποκειμένων που συμμετέχουν (το λεγόμενο «public/private mix»), οι ρυθμίσεις πρόσβασης στην υγεία, ο βαθμός προσανατολισμού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η επίδοση στην πρόληψη και στην ποιότητα περίθαλψης. Τα πρότυπα στα οποία καταλήγουν συμπεριλάμβαναν διαφορετικούς συνδυασμούς κρατών από τους παραδοσιακούς και είναι τα παρακάτω πέντε (Reibling, κ.ά., 2019):

(α) Δημόσια συστήματα προσανατολισμένα στην παροχή και την επιλογή: Στο μοντέλο αυτό συναντάται συχνά η κάλυψη μέσω κοινωνικής ασφάλισης και οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα μεταξύ των παροχών απολαμβάνοντας απεριόριστη πρόσβαση. Υπάρχει μέσο προς υψηλό επίπεδο οικονομικών πόρων και υψηλό επίπεδο ανθρώπινων πόρων κυρίως κρατικής χρηματοδότησης, όπου οι γιατροί αμείβονται με πληρωμή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (fee-for-service). Χαρακτηρίζεται από πολύ υψηλό προσανατολισμό στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά από χαμηλή επίδοση στην πρόληψη και την ποιότητα φροντίδας. Το cluster περιλαμβάνει τις χώρες: Αυστρία, Γερμανία, Γαλλία Ιρλανδία, Αυστραλία, Βέλγιο, Τσεχία, Ισλανδία, Λουξεμβούργο, Σλοβενία.

(β) Δημόσια συστήματα προσανατολισμένα στην επίδοση και την Πρωτοβάθμια φροντίδα, όπου συναντάται μέσο επίπεδο δαπανών και αριθμού υγειονομικού προσωπικού κυρίως κρατικής χρηματοδότησης όπου η πληρωμή τους γίνεται με μισθό. Υπάρχει περιορισμένη πρόσβαση και επιλογή υπηρεσιών υπό προϋποθέσεις, προσανατολισμός στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς και υψηλή επίδοση στην πρόληψη και την ποιότητα φροντίδας. Η συστάδα κρατών περιλαμβάνει κυρίως κράτη που ανήκουν κλασικά στην τυπολογία της Εθνικής Υπηρεσίες Υγείας: Φινλανδία, Νορβηγία, Σουηδία, Πορτογαλία, Ιαπωνία, Κορέα, Νέα Ζηλανδία.

(γ) Δημόσια συστήματα προσανατολισμένα στην ρύθμιση: οι πόροι είναι μέσου επιπέδου και κυρίως κρατικής χρηματοδότησης χωρίς ρυθμιστική πρόβλεψη συμμετοχής των πολιτών στο κόστος. Κυρίαρχη είναι η κρατική ρύθμιση περιορισμών στην πρόσβαση και στην επιλογή παροχών. Συναντάται εδώ, επίσης, η χαμηλότερη ιδιωτική δαπάνη μεταξύ των προτύπων, μέσο επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και μέση επίδοση. Χαρακτηρίζει την παρακάτω ομάδα χωρών: Καναδάς, Δανία, Ισπανία, Ιταλία, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία.

(δ) Μικτά συστήματα χαμηλής παροχής και χαμηλής επίδοσης: Διατίθενται χαμηλοί πόροι σε δαπάνες και υγειονομικό προσωπικό. Η χρηματοδότηση αντλείται κυρίως από το κράτος ενώ υπάρχουν ταυτόχρονα υψηλές ιδιωτικές πληρωμές. Χαρακτηρίζεται από τους περιορισμούς πρόσβασης και κάποιους περιορισμούς στην επιλογή παροχών χωρίς να υπάρχει ρύθμιση συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Διακρίνεται, ακόμα, από τον χαμηλότερο προσανατολισμό στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη χαμηλότερη αποτελεσματικότητα υπηρεσιών. Συναντάται στην Εσθονία, την Ουγγαρία, την Πολωνία και τη Σλοβακία.

(ε) Ιδιωτικά συστήματα με προσανατολισμό στην παροχή και την επίδοση: Περιλαμβάνει υψηλό βαθμό παροχών και υψηλές δαπάνες με κυρίαρχη τη δημόσια χρηματοδότηση αλλά με πολύ μεγαλύτερα επίπεδα ιδιωτικής χρηματοδότησης και πληρωμών σε σχέση με τις υπόλοιπες ομαδοποιήσεις. Δεν υπάρχουν κρατικά επιβεβλημένοι περιορισμοί αλλά κάποιοι περιορισμοί από τις ιδιωτικές και κοινωνικές υπηρεσίες ασφάλισης, καθώς και κάποιες προβλέψεις ρυθμίσεων για συμμετοχή στο κόστος. Δίνεται μέση έμφαση στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και επιτυγχάνεται μέση προς υψηλή επίδοση υπηρεσιών. Συναντάται στις ΗΠΑ και την Ελβετία.

1.2.4 Συζήτηση επί των προτεινόμενων μοντέλων ταξινόμησης

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται αναγκαίο να σχολιαστεί ότι η ταξινόμηση των συστημάτων υγείας πρέπει να θεωρείται ως πρότυπη ή προσομοιωτική-ενδεικτική, καθώς στην πραγματική λειτουργία των συστημάτων υγείας κυριαρχεί η υψηλή συνδυαστικότητα μεταξύ των μοντέλων. Επίσης, αρκετές φορές παρουσιάζουν ορισμένες ελλείψεις, σύμφωνα με τους μελετητές.

Στον υγειονομικό τομέα υπάρχει ομοφωνία των μελετητών ότι όλα τα εθνικά συστήματα υγείας είναι υβριδικά, χρησιμοποιώντας το καθένα τουλάχιστον δύο διαφορετικά μοντέλα (Μπουρσανίδης, 2020).

Κάποιοι συγγραφείς έχουν προτείνει να λύσουν αυτό το πρόβλημα ταξινόμησης, εντοπίζοντας για κάθε χώρα το επικρατέστερο μοντέλο, αν και στον Toth (2016) αναφέρεται ότι η προσέγγιση αυτή δημιουργεί τον κίνδυνο υπεραπλούστευσης καθώς και δυσκολία εντοπισμού του (επικρατέστερου μοντέλου) ειδικά αν τα ποσοστά που αναλογούν για κάθε μοντέλο στον πληθυσμό μιας χώρας είναι του ίδιου περίπου μεγέθους ή γενικότερα όπου τα συστήματα είναι περίπλοκα. Η σύγκλιση των συστημάτων, δηλαδή η εμφάνιση ομοιοτήτων και η υιοθέτηση ποικιλίας πολιτικών σε ένα, καθώς τα συστήματα εξελίσσονται, είχε αποτελέσει υπόθεση του κοινωνιολόγου Mark Field ήδη σε άρθρο του το 1980 (όπως αναφέρεται στους Freeman και Frisina, 2010). Σύγκλιση έχουμε και στη συγκριτική μελέτη του ΟΟΣΑ (1992) στην οποία τα κράτη του ΟΟΣΑ φάνηκε να υιοθετούν κατά πλειοψηφία το μοντέλο δημόσιας/κρατικής ευθύνης στην οργάνωση και παροχή υπηρεσιών υγείας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, στην βιβλιογραφία συναντάμε τα μεικτά συστήματα υγείας (Τσαρτσάρα, 2005), τα οποία αποτελούν ενδιάμεσες μορφές των δύο κλασικών συστημάτων, του ιδιωτικού και του δημόσιου, καθώς κανένα σύστημα υγείας δεν ακολουθεί αμιγώς το ένα ή το άλλο πρότυπο. Στα μεικτά συστήματα η ιδιοκτησία, η παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών, οι εργασιακές σχέσεις και ο τρόπος πληρωμής των προμηθευτών ποικίλουν.

Για παράδειγμα, πιο κοντά στο ιδιωτικό μοντέλο βρίσκεται το αμερικάνικο εξυπηρετώντας την πλειοψηφία του πληθυσμού μέσω κάποιας ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, όμως, διαθέτει και τα προγράμματα Medicare, Medicaid και CHIP που είναι κρατικής χρηματοδότησης, τα λεγόμενα residual programs. Τα residual προγράμματα χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία και προορίζονται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς. Μπορεί να υπάρχουν συνδυαστικά με τα κυρίαρχα μοντέλα της ιδιωτικής/εθελοντικής ή κοινωνικής ασφάλισης. Οι δικαιούχοι είναι οι πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες: άνεργοι, παιδιά, φυλακισμένοι, ηλικιωμένοι, άνθρωποι με σοβαρές ασθένειες, πρόσφυγες ή συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελμάτων που το κράτος θέτει υπό την προστασία του, όπως στρατιωτικοί ή δημόσιοι υπάλληλοι. Οι δικαιούχοι τους έτσι δεν είναι αυτοί που άμεσα χρηματοδοτούν την ασφάλισή τους: η χρηματοδότηση γίνεται από τους φόρους, δηλαδή από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Toth, 2016).

Επίσης, πιο κοντά στο δημόσιο βρίσκεται το National Health System (NHS) της Μεγάλης Βρετανίας, όμως, σε αυτό ενυπάρχουν και ιδιωτικοί φορείς ασφάλισης υγείας. Από την άλλη οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες διαθέτουν μικτά συστήματα, που βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση με συλλογική κάλυψη του πληθυσμού μέσω εισφορών που αποδίδονται με βάση την οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη. Υπάρχει κρατική παρέμβαση ως προς τη στρατηγική και την οργάνωση-διοίκηση καθώς επίσης και κρατική παροχή σε όλο τον πληθυσμό κάποιου ελάχιστου επιπέδου κάλυψης υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, ο Toth (2016) αναφέρει ότι η τριμερής κατηγοριοποίηση ή ακόμα και άλλες κατηγοριοποιήσεις των τεσσάρων ή πέντε μοντέλων συστημάτων υγείας μπορεί να οδηγήσουν είτε σε λάθη αντιστοίχισης συστήματος – μοντέλου είτε σε υπεραπλουστευμένες θεωρήσεις κάποιων συστημάτων, καταλήγοντας βάσει και άλλων πηγών στο συμπέρασμα ότι τα εθνικά συστήματα υγείας είναι στην πραγματικότητα υβριδικά, σύνθετα συστήματα που συνδυάζουν στοιχεία εμπνεόμενα από διαφορετικά μοντέλα.

Στην πρώτη περίπτωση, κατά την ατυχή αντιστοίχιση συστήματος-μοντέλου, πιθανά συμβαίνει διαφορετικά συστήματα να ταξινομούνται στην ίδια κατηγορία ή, αντίθετα, παρόμοια συστήματα να ταξινομούνται σε διαφορετική κατηγορία.

Στη δεύτερη περίπτωση, η υπεραπλούστευση στην ταξινόμηση μπορεί να προέρχεται από το γεγονός ότι για κάθε χώρα μπορεί να λαμβάνεται υπόψη μόνο η επικρατέστερη πολιτική υγείας, κάτι το οποίο είναι αναξιόπιστο όταν τα περισσότερα εθνικά υγειονομικά μοντέλα αποτελούν ένα μείγμα διάφορων κατευθύνσεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ένα καλό παράδειγμα είναι το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ, το οποίο παραδοσιακά χαρακτηρίζεται ως ιδιωτικό – εθελοντικό σύστημα, ενώ στην πραγματικότητα η λειτουργία του είναι πιο περίπλοκη. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας – που περιλαμβάνουν τα κυβερνητικά/υποχρεωτικά σχέδια ασφάλισης- δεν μπορούν να θεωρηθούν ως ασήμαντες όταν ανέρχονται στο 13,9% του ΑΕΠ το 2019 σύμφωνα με τα στατιστικά του ΟΟΣΑ, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό της Γερμανίας είναι 9,9%. Επίσης, το 2019 στις ΗΠΑ τα ποσοστά δημόσιας δαπάνης υγείας ανήλθαν στο 82,7% σε σχέση με τις συνολικές δημόσιες δαπάνες τους ενώ η Ελλάδα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις για το αντίστοιχο ποσοστό δημόσιων δαπανών προς τις συνολικές δαπάνες υγείας το ίδιο έτος: στην προτελευταία θέση μετά τη Χιλή και πριν το Μεξικό με ποσοστό 59,8% (OECD.Stat., 2021).

Οι Freeman και Frisina (2010) εκτός από το πρόβλημα της υπεραπλούστευσης

(«undertermination») που σχετίζεται με την υπεργενίκευση, αναφέρουν και το αντίθετό της, την υπερανάλυση («overdetermination»), όπου τα συστήματα αποδίδονται με υπερβολική ακρίβεια. Η λύση των προβλημάτων αυτών ανατίθεται στην συγκριτική ανάλυση, που αποσκοπεί στην ανάπτυξη ενδιάμεσων θεωριών (Merton, 1968 όπως αναφέρεται στους Freeman και Frisina, 2010).

Ένα χαρακτηριστικό, ωστόσο, της κατηγοριοποίησης, που συμβάλλει στον μετριασμό αυτών των προβλημάτων, στην κοινωνιολογική της θεώρηση, είναι ότι χτίζεται τόσο με τον παραγωγικό όσο και με τον επαγωγικό συλλογισμό, την ανάλυση και τη σύνθεση, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις γενικές θεωρίες όσο και τα ειδικά παραδείγματα, αποτελώντας μια μέση οδό και συμβιβάζοντας την υπεραπλούστευση και την ακρίβεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Οικονομική κατάσταση και οργανωτικές συνθήκες στην υγεία την περίοδο 2009-2019 στην Ελλάδα

2.1 Δημοσιονομικά και μακροοικονομικά στοιχεία για την περίοδο 2009-2019

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ το 2008 επηρέασε τις περισσότερες εθνικές οικονομίες άλλες σε μικρότερο και άλλες σε μεγαλύτερο βαθμό. Η ελληνική οικονομική κρίση και οι συνεπακόλουθες πολιτικές ανάκαμψης προκάλεσαν οικονομική ύφεση, δηλαδή την επιδείνωση των μακροοικονομικών δεικτών στην Ελλάδα και κατέστησε μη διαχειρίσιμο το ήδη διογκωμένο χρέος της χώρας.

Ως αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα αναφέρονται κυρίως οι πολιτικές των κυβερνήσεων, οι οποίες χαρακτηρίζονταν από διαφθορά, πελατειακές σχέσεις, «αποτυχία αντιμετώπισης της φοροδιαφυγής», το υπέρογκο δημόσιο χρέος και το έλλειμμα των δημόσιων ταμείων τα οποία οξύνθηκαν από την δυσμενή επίδραση των οίκων αξιολόγησης στο κόστος δανεισμού της χώρας (Γιαννακάκου, 2018).

Το αποτέλεσμα αυτών των πολιτικών λειτούργησαν σωρευτικά στο ήδη υπάρχον χρέος που είχε δημιουργηθεί όταν για να υποστηριχθεί η επιλογή της εισόδου της Ελλάδας στην Οικονομική Νομισματική Ένωση (ΟΝΕ) έπρεπε να λάβει τραπεζικό δανεισμό, ο οποίος ήταν ναι μεν φθηνός αρχικά, αλλά διογκώθηκε με την απρόβλεπτη οικονομική κρίση (Γιαννακάκου, 2018).

2.1.1 Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ)

Οι τιμές του ΑΕΠ που αναφέρονται στην παρούσα μελέτη είναι οι τρέχουσες. Οι τρέχουσες τιμές είναι αυτές που διαμορφώνονται στην αγορά και η εκτίμηση του παραγομένου προϊόντος σε τρέχουσες τιμές μας δίνει το λεγόμενο ονομαστικό ΑΕΠ (Λιανός & Ψειρίδου, 2015). Οι τρέχουσες ή αγοραίες τιμές υπολογίζονται αν πολλαπλασιάσουμε την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών με την τιμή που είχαν αυτά τα αγαθά και υπηρεσίες κατά το έτος αναφοράς.

Το ΑΕΠ μιας οικονομίας είναι το μακροοικονομικό μέγεθος που εκφράζεται σε τιμές της αγοράς και αποτελείται από το σύνολο των τελικών αγαθών, προϊόντων (υλικών) και υπηρεσιών (άυλων), τα οποία παράγονται εγχώρια για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, που συνήθως είναι ένα οικονομικό έτος (Λιανός και Ψειρίδου, 2015, Mankiw & Taylor, 2017). Μετρά το συνολικό εισόδημα που έχουν οι κάτοικοι μιας χώρας και ταυτόχρονα τη συνολική

δαπάνη της παραγωγής των αγαθών της, γι' αυτό αποτελεί σημαντικό δείκτη της οικονομίας της (Mankiw & Taylor, 2017). Όμως, από τον υπολογισμό του ΑΕΠ εξαιρούνται ορισμένα αγαθά, των οποίων η μέτρηση είναι δύσκολη ή επειδή παράγονται παράνομα ή γενικότερα επειδή δεν εμφανίζονται στην αγορά, όπως η οικιακή παραγωγή λαχανικών, η εργασία των νοικοκυρών, η πώληση ναρκωτικών και οι μεταβιβαστικές πληρωμές του κράτους, όπως η πληρωμή επιδομάτων (Λιανός και Ψειρίδου, 2015, Mankiw & Taylor, 2017). Για το λόγο αυτό, το πραγματικό ΑΕΠ είναι πάντα μεγαλύτερο από αυτό που μετριέται (Λιανός και Ψειρίδου, 2015).

Οι οικονομολόγοι έχουν καταλήξει σε μία εξίσωση-ταυτότητα που περιέχει τις συνιστώσες του ΑΕΠ (εδώ συμβολίζεται με Y), δηλαδή τις κατηγορίες των εισοδημάτων ή δαπανών που εμπίπτουν στην εγχώρια παραγωγή.

Αυτές είναι: *κατανάλωση* (C) που γίνεται από τους απλούς καταναλωτές και τα νοικοκυριά, *επένδυση* (I) που περιλαμβάνει τις δαπάνες των επιχειρήσεων, *δημόσιες δαπάνες* (G), δηλαδή οι αγορές αγαθών από την εθνική κυβέρνηση και τις τοπικές αυτοδιοικήσεις και *καθαρές εξαγωγές* (NX ή X-M), δηλαδή η διαφορά της αξίας των εξαγωγών μείον την αξία των εισαγωγών αγαθών (Λιανός και Ψειρίδου, 2015, Mankiw & Taylor, 2017).

$$Y \equiv C + I + G + (X - M)$$

Στον πίνακα 1, παρουσιάζεται το ΑΕΠ σε εκατομμύρια ευρώ (€) ανά έτος για την χρονική περίοδο 2009-2019 για την Ελλάδα και τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUROSTAT, 2021).

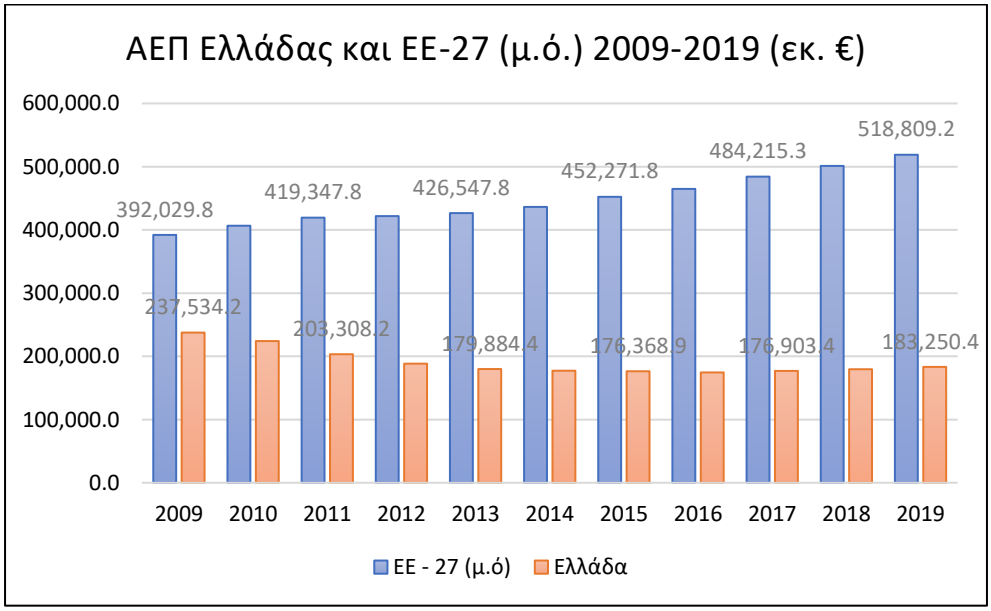
Στην Ελλάδα το 2009 το ΑΕΠ ανερχόταν στα 237,5 δις, στη συνέχεια μειωνόταν συνεχώς ως το 2016. Ως το 2013 είχε πέσει στα 179,9 δις μειούμενο κατά σχεδόν 58 δις σε σχέση με το 2009. Η μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζεται το 2011, με πτώση κατά 9,3% σε σύγκριση με το 2010, και το 2012 με αντίστοιχη μείωση 7,3% σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Από το 2014 ως το 2016, σημειώθηκαν μικρές μειώσεις, ώστε το ΑΕΠ να μειωθεί στο ελάχιστο για την υπό μελέτη περίοδο σημείο δηλαδή στα 174,494 δις το 2016. Από το 2017 καταγράφονται μικρές αυξήσεις της τάξης του 1%-2%, ώστε το 2019 το ΑΕΠ να φτάσει στα 183,25 δις, δηλαδή περίπου στα επίπεδα των ετών 2012-2013, ωστόσο, κατά 22,8% μικρότερο σε σχέση με το 2009.

Αντίστοιχα, παρέχονται τα δεδομένα του ΑΕΠ για την Ευρωπαϊκή Ένωση σε εκατομμύρια €, από τα οποία υπολογίστηκε ο μέσος όρος. Το 2009 ο μέσος όρος του ΑΕΠ της

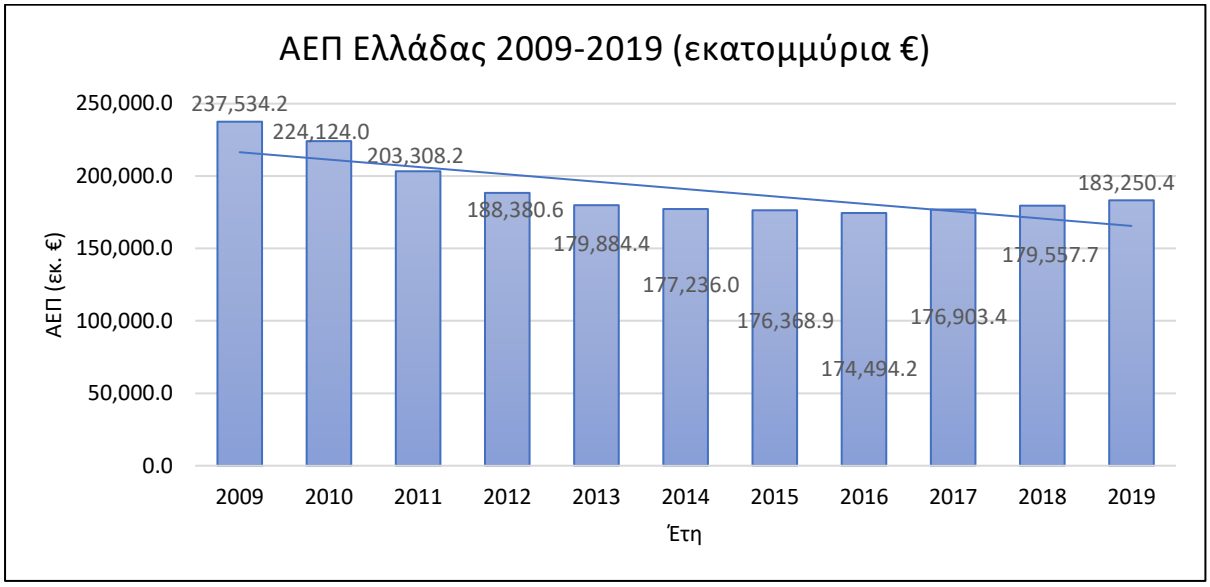
ΕΕ είναι 392,03 δις €. Ως το 2019 σημειώνει συνεχή ανοδική πορεία και φτάνει τα 518,8 δις €, δηλαδή 2,83 φορές περισσότερο από το ΑΕΠ της Ελλάδας.

ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ σε αγοραίες τιμές -			
	Τρέχουσες τιμές σε εκατομμύρια €		
Έτος (t)	ΕΕ – 27(μ.ό.)	Ελλάδα	Μεταβολή ΑΕΠ Ελλάδας [t/(t-1)]%
2009	392.029,8	237.534,2	(βάση)
2010	406.550,6	224.124,0	-5,65%
2011	419.347,8	203.308,2	-9,29%
2012	421.807,1	188.380,6	-7,34%
2013	426.547,8	179.884,4	-4,51%
2014	436.344,2	177.236,0	-1,47%
2015	452.271,8	176.368,9	-0,49%
2016	464.816,4	174.494,2	-1,06%
2017	484.215,3	176.903,4	1,38%
2018	501.167,5	179.557,7	1,50%
2019	518.809,2	183.250,4	2,06%

Πίνακας 1: ΑΕΠ Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ελλάδας 2009-2019, ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021), ίδιοι υπολογισμοί



Διάγραμμα 1: ΑΕΠ Ελλάδας σε σχέση με την ΕΕ-27 (μ.ό) το διάστημα 2009-2019 (εκ. €), ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021)



Διάγραμμα 2: ΑΕΠ Ελλάδας (εκατομμύρια €), ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021)

2.1.2 Το δημοσιονομικό χρέος

Το μέγεθος που καθόριζε το βάθος της ύφεσης στην ελληνική οικονομία έγινε το δημόσιο χρέος. Το χρέος ήδη κατά την είσοδο της Ελλάδας στην ΟΝΕ το 2001 ανερχόταν ήδη στο 106,6% του ΑΕΠ της χώρας, (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010).

Το δημόσιο χρέος σαν έννοια αποτελεί ένα από τα «συνολικά μεγέθη της οικονομίας» που εξετάζει η μακροοικονομία, όπως είναι και η απασχόληση του εργατικού δυναμικού, η ανεργία, το ΑΕΠ, ο πληθωρισμός, οι συναλλαγματικές ισοτιμίες κ.λπ. Για τη χώρα μας αποτελούσε ένα μεγάλο πρόβλημα ήδη πριν την είσοδό της στην ΟΝΕ και την ΕΕ, όχι μόνο για το ύψος του και τις δαπάνες εξυπηρέτησής του, αλλά και λόγω παραγόντων όπως η διάρθρωση του χρέους, δηλαδή οι όροι με τους οποίους συμφωνείται να αποπληρωθεί βραχυχρόνια και μακροχρόνια, η δυναμική της αυτοτροφοδότησης που έχει αποκτήσει στην χώρα μας, οι πιέσεις που ασκούνται στις εγχώριες αγορές χρήματος και κεφαλαίου για την χρηματοδότησή του και οι επιδράσεις του στη διανομή του εισοδήματος (Αργείτης, 2000).

Για την περίοδο που μελετάμε, στον πίνακα 2 παρουσιάζεται το συνολικό δημόσιο χρέος της Ελλάδας ως ποσοστό του ΑΕΠ, με στοιχεία της EUROSTAT (EUROSTAT, 2021).

Τα δεδομένα συμμορφώνονται με την έννοια της διαδικασίας υπερβολικού ελλείμματος που προσδιορίζει το πρωτόκολλο 12 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου το δημόσιο χρέος ορίζεται ως το συνολικό ακαθάριστο χρέος σε ονομαστική αξία που εκκρεμεί στο τέλος του έτους και ενοποιείται μεταξύ και εντός των

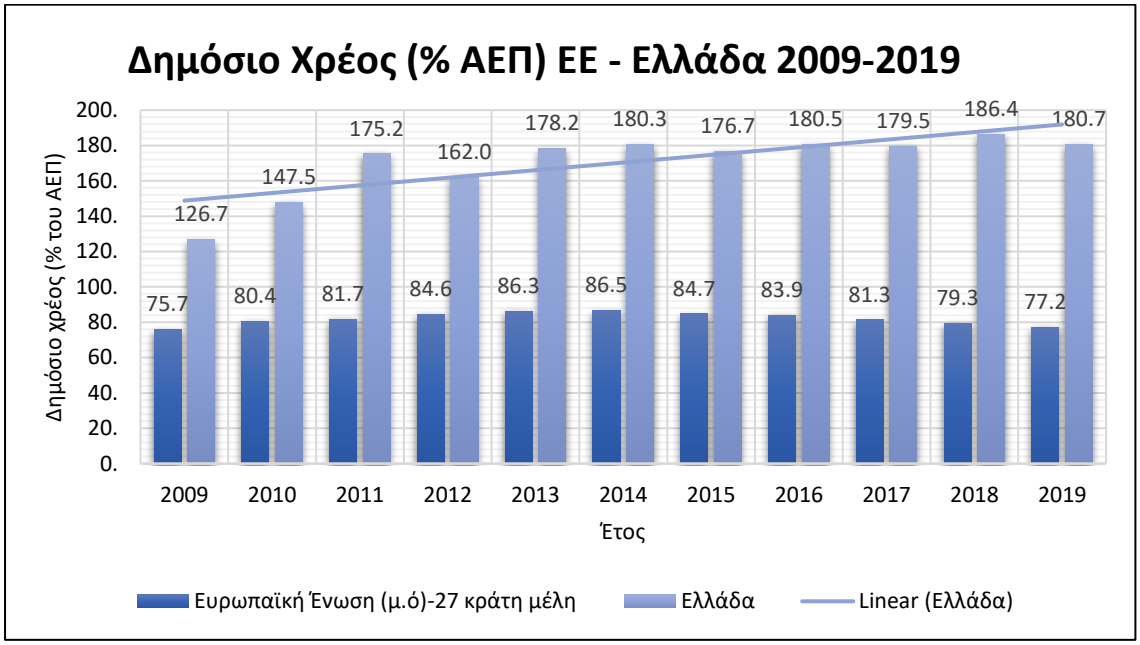
τομέων της γενικής κυβέρνησης. Επίσης, ακολουθούνται οι όροι του νέου Ευρωπαϊκού Συστήματος Εθνικών και Περιφερειακών Λογαριασμών (ESA 2010), όπου το απόθεμα του δημόσιου χρέους στη διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος ισούται με το άθροισμα υποχρεώσεων, στο τέλος του έτους, όλων των μονάδων που κατατάσσονται στον τομέα της γενικής κυβέρνησης (S.13) στις ακόλουθες κατηγορίες: AF.2 (νόμισμα και καταθέσεις) + AF.3 (χρεόγραφα) + AF.4 (δάνεια). Τα βασικά δεδομένα εκφράζονται σε εθνικό νόμισμα και μετατρέπονται σε ευρώ χρησιμοποιώντας τις συναλλαγματικές ισοτιμίες για το ευρώ που παρέχονται από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ). Το ενδεικτικό όριο που δίνεται επίσης στις εισαγωγικές πληροφορίες της EUROSTAT είναι το 60% του ΑΕΠ, το οποίο δεν τηρείται ούτε από τα φαινομενικά χαμηλότερα ποσοστά δημοσίου χρέους που διαθέτουν τα κράτη μέλη της ΕΕ κατά μέσο όρο. Τα δεδομένα εκφράζονται σε εκατομμύρια μονάδες εθνικού νομίσματος και σε % του ΑΕΠ.

Παρουσιάζεται, ακόμα, η μεταβολή του δημόσιου χρέους από χρόνο σε χρόνο, δηλαδή η ποσοστιαία αύξηση ή μείωση του δημόσιου χρέους κάθε έτους σε σύγκριση με το προηγούμενο, καθώς και μια ενδεικτική αντίστοιχη κατάσταση του δημόσιου χρέους στην Ευρωζώνη των 27 κρατών μελών που εξυπηρετεί μόνο τη συγκριτική πληροφόρηση του αναγνώστη.

Όπως φαίνεται, το 2009 στην Ελλάδα το χρέος ανερχόταν στο 126,7% και ως το 2011 αυτό αυξανόταν – αύξηση κατά 16% το 2010 και 19% το 2011- σε σχέση με το εκάστοτε προηγούμενο έτος. Στη συνέχεια, το 2012, το χρέος μειώθηκε κατά 8% σε σχέση με το 2011, όμως, το έτος 2013 αυξήθηκε ξανά κατά 10%, ώστε να φτάσει το 178,2% του ΑΕΠ. Τα επόμενα χρόνια ως το 2017 ακολούθησαν μικρές αυξομειώσεις του χρέους της τάξης του -2% έως 2% που το διατηρούσαν περίπου στο 180% του ΑΕΠ. Το 2018 ανήλθε στο 186,2% του ΑΕΠ, για να μειωθεί εκ νέου στο 108,7% το 2019.

Συνολικό δημόσιο χρέος (% ΑΕΠ)			
Έτος (t)	Ευρωπαϊκή Ένωση 27 κράτη μέλη (μ.ό)	Ελλάδα	Μεταβολή χρέους στην Ελλάδα
2009	75,7	126,7	(βάση)
2010	80,4	147,5	16,4%
2011	81,7	175,2	18,8%
2012	84,6	162,0	-7,5%
2013	86,3	178,2	10,0%
2014	86,5	180,3	1,2%
2015	84,7	176,7	-2,0%
2016	83,9	180,5	2,2%
2017	81,3	179,5	-0,6%
2018	79,3	186,4	3,8%
2019	77,2	180,7	-3,1%

Πίνακας 2:Δημόσιο χρέος Ελλάδας επί του ΑΕΠ (2009-2019), ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021)



Διάγραμμα 3: Δημόσιο Χρέος (%) ΕΕ - Ελλάδα 2009-2019, ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021)

2.1.3 Δημοσιονομικό έλλειμμα

Το δημοσιονομικό ή δημόσιο έλλειμμα εκφράζει την αρνητική διαφορά μεταξύ εσόδων και δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού και είναι αντίθετο του πλεονάσματος.

Στη συνθήκη του Μάαστριχτ ορίζεται ως καθαρός δανεισμός σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών (ESA 2010) (EUROSTAT, 2021) και αποτυπώνει το Έλλειμμα της Γενικής Κυβέρνησης, δηλαδή αυτό που προκύπτει αν στο έλλειμμα της

Κεντρικής Διοίκησης συμπεριλάβουμε τα έσοδα και τις δαπάνες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης και λοιπών ΝΠΔΔ (Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου).

Οι ελλειμματικοί προϋπολογισμοί και οι αντίστοιχες κυβερνητικές πολιτικές στη χώρα μας δημιούργησαν την ανάγκη δανεισμού με υψηλά επιτόκια, που με τη σειρά του διόγκωσε το δημόσιο χρέος και έφερε μεγάλες δαπάνες εξυπηρέτησής του. Στηριζόμενοι σε αυτή τη σχέση, κρίθηκε σκόπιμο να αναφέρουμε και τα επίπεδα δημόσιου ελλείμματος στην Ελλάδα για την περίοδο 2009-2019, ώστε να αποτυπώσουμε το ζητούμενο αυτής της ενότητας, δηλαδή την δημοσιονομική εικόνα της χώρας μας την περίοδο για την οποία μας ενδιαφέρουν οι δημόσιες δαπάνες στον υγειονομικό τομέα.

Το δημοσιονομικό έλλειμμα και πλεόνασμα στην Ελλάδα τα έτη 2009-2019 παρουσιάζονται στον πίνακα 3, τα οποία ανακτήθηκαν από την βάση δεδομένων της EUROSTAT (EUROSTAT, 2021).

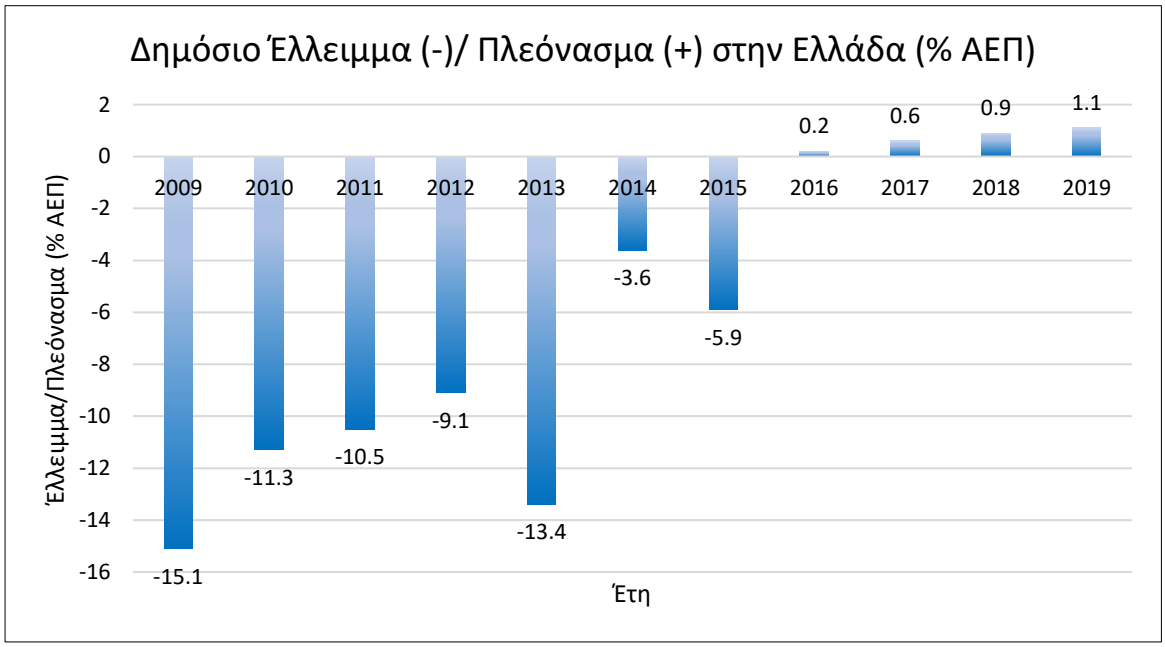
Το δημοσιονομικό έλλειμμα παρουσιάζονται και σε απόλυτες τιμές και ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Το 2009 το έλλειμμα ανερχόταν σε 35.981 εκ. € και στη συνέχεια παρουσιαζόταν αρνητικό συνεχώς ως το 2015. Μειωνόταν σε απόλυτες τιμές κάθε χρόνο ως το 2012, όταν έφτασε τα 17.126 εκ €. Στη συνέχεια, το 2013 αυξήθηκε κατά 40%. Το 2014 παρουσίασε καλύτερη εικόνα καθώς το έλλειμα μειώθηκε στα 6.426 εκ. € δηλαδή κατά 73%. Έπειτα, το 2015 οδηγήθηκε σε περαιτέρω αύξηση κατά 61% σε σχέση με το 2014. Από το 2016 ως το 2019 είχαμε τα πρώτα πλεονάσματα στην υπό μελέτη περίοδο, τα οποία ξεκίνησαν με 424 εκ. € το 2016 για να φτάσουν τα 2.065 εκ. το 2019.

Με σημείο αναφοράς την ποσοστιαία σχέση του δημοσίου ελλείμματος/πλεονάσματος ως προς το ΑΕΠ, στη χειρότερη κατάσταση φαίνεται να ήταν το 2009 και το 2013 όταν είχε φτάσει να αποτελεί το 15,1% και το 13,4% αντίστοιχα του ΑΕΠ. Αντίθετα, η πιο βελτιωμένη εικόνα εμφανίζεται όταν αρχίζουν να σημειώνονται πλεονάσματα, μετά το 2016, ακόμα κι αν αποτελούσαν μικρό ποσοστό του ΑΕΠ.

Δημόσιο Έλλειμμα (-) / Πλεόνασμα (+) στην Ελλάδα 2009-2019				
Έτος	εκατομμύρια €	% ΑΕΠ	Μεταβολή (% εκ. €)	Μεταβολή (% ΑΕΠ)
2009	-35.981	-15,1		
2010	-25.309	-11,3	-29,7	-25,2
2011	-21.280	-10,5	-15,9	-7,1
2012	-17.126	-9,1	-19,5	-13,3
2013	-24.016	-13,4	40,2	47,3
2014	-6.426	-3,6	-73,2	-73,1
2015	-10.359	-5,9	61,2	63,9
2016	424	0,2	-104,1	-103,4
2017	1.025	0,6	141,7	200,0
2018	1.670	0,9	62,9	50,0
2019	2.065	1,1	23,7	22,2

Πίνακας 3: Δημόσιο Έλλειμμα/Πλεόνασμα στην Ελλάδα 2009-2019, ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021)



Διάγραμμα 4: Δημόσιο Έλλειμμα (-)/ Πλεόνασμα (+) στην Ελλάδα (% ΑΕΠ), ΠΗΓΗ: EUROSTAT (10/2021)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Το ελληνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ)

3.1 Οργανωτική δομή-διοικητικοί φορείς και ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ιδρύθηκε το 1983 με τον Νόμο 1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983) με στόχο την «παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών», «ισότιμα… ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική» κατάστασή τους.

Σήμερα στο ΕΣΥ περιλαμβάνει 124 νοσοκομεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2021), 204 Κέντρα Υγείας (ΚΥ), 101 Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ. Ν.4238/2014) οι οποίες βάσει του Ν. 4486/2017 μετονομάστηκαν σε Κέντρα Υγείας, 1.568 Περιφερειακά Ιατρεία στις αγροτικές περιοχές (που περιλαμβάνουν τα απλά Περιφερειακά, τα Πολυδύναμα και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία), 221 Τοπικά Ιατρεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2020) καθώς και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) σε αστικές περιοχές (Τούντας, Κυριόπουλος, Λιονής, Μιλτιάδης, Σουλιώτης, Υφαντόπουλος και Φιλαλήθης, 2020).

Οι παραπάνω μονάδες υπάγονται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), οι οποίες ασκούν κυρίως εποπτικό, συντονιστικό και, σε μικρότερο βαθμό, διοικητικό ρόλο. Ουσιαστικά, παρά την αποκεντρωμένη δομή του, η διοίκηση του ΕΣΥ εξακολουθεί να ασκείται κεντρικά από το υπουργείο Υγείας. Τα νοσοκομεία διοικούνται από διοικητές και Διοικητικά Συμβούλια (Δ.Σ.) που ορίζει το υπουργείο Υγείας και τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ), που υπάγονται διοικητικά στις ΥΠΕ, διοικούνται από Διευθυντές ΕΣΥ οι οποίοι προέρχονται από το προσωπικό τους με επιλογή της διοίκησης της ΥΠΕ (Τούντας, κ.ά., 2020).

Ως το 1983, πριν τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούσε με υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (μπισμαρκιανό μοντέλο) (Οικονόμου, 2012). Την ίδια περίοδο, και συγκεκριμένα κατά το διάστημα 1950-1983, δεν υπήρχε ολοκληρωμένη πολιτική υγείας, αλλά μια στοιχειώδης κάλυψη βασικών αναγκών και μεμονωμένες παρεμβάσεις κυρίως στη δημόσια υγεία (Μπουρσανίδης, 2020).

Με τον νόμο 1397/1983, ιδρύθηκε το 1983 το ΕΣΥ αποτελώντας σταθμό για την ανάπτυξη και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ο ιδρυτικός αυτός νόμος θεωρούσε την υγεία δημόσιο αγαθό και δικαίωμα όλων των πολιτών. Στις γενικές του αρχές θέσπιζε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ευθύνη του κράτους για όλους τους πολίτες ισότιμα και έκανε λόγο για την σύσταση ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου εθνικού συστήματος υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας σχεδόν αποκλειόταν από την παροχή υπηρεσιών υγείας και προβλεπόταν η αποκέντρωση με την ίδρυση υγειονομικών περιφερειών και των

αντίστοιχων Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας για την εξασφάλιση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων σε περιφερειακό επίπεδο. Παράλληλα, θέσπιζε την ενδυνάμωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) με τη σύσταση κέντρων υγείας και την θέσπιση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών, με κύριο στόχο την ενδυνάμωση του δημόσιου τομέα και τον περιορισμό της διαπλοκής δημόσιου-ιδιωτικού. Το σύστημα υγείας, επομένως, πήρε μια μορφή συγκεντρωτικού μοντέλου στο οποίο η άσκηση πολιτικής γινόταν στο επίπεδο του Υπουργείου Υγείας (Μπουρσανίδης, 2020).

Στα επόμενα χρόνια της δεκαετίας του ’90 έγιναν κάποιες προσπάθειες μεταρρύθμισης του ΕΣΥ που όμως δεν ευοδώθηκαν εξ ολοκλήρου. Η κατεύθυνση στην οποία κινήθηκαν απομακρύνθηκε από τον συγκεντρωτισμό του πρώτου νόμου, καθώς επέτρεπε μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής στους ασθενείς και προωθούσε την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας σε συνεργασία με τη δημόσια. Με τον νόμο Σούρλα (Ν. 2071/92, ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992) και την κυβέρνηση της Ν.Δ. η υγεία παύει να παρέχεται μόνο υπό ευθύνη του κράτους αλλά «το κράτος διασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να προσφεύγει σε υπηρεσίες υγείας, δημόσιες ή ιδιωτικές, με τη μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής και με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια». Παρόλο που δεν υλοποιήθηκαν όλες οι προβλέψεις του νόμου αυτού, αποτέλεσε σημαντική αλλαγή το ότι επιτράπηκε η ανέγερση και λειτουργία ιδιωτικών κλινικών και ιατρείων καθώς και η σύναψη συμβάσεων των ασφαλιστικών φορέων με αυτά. Το 1995, άλλη μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια έγινε με ένα νέο νομοσχέδιο υπό το ΠΑ.ΣΟ.Κ και τον υπουργό Δημήτρη Κρεμαστινό, που όμως δεν έγινε ποτέ νόμος του κράτους λόγω της αντίρρησης της αντιπολίτευσης. Το νομοσχέδιο είχε λάβει υπόψη την μελέτη και τις προτάσεις ξένων εμπειρογνωμόνων που κλήθηκαν να συνδράμουν στην αναδιάρθρωση του ΕΣΥ με βάση την εμπειρία τους και περιλάμβανε μεταξύ άλλων την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, ώστε να δημιουργηθεί ένας ενιαίος φορέας υγείας, την εισαγωγή επαγγελματιών μάνατζερ στη διοίκηση των νοσοκομείων, καθώς και την δημιουργία του θεσμού των οικογενειακών ιατρών. Τέλος, το 1997 επί ΠΑΣΟΚ ψηφίστηκε ο Νόμος Γείτονα (Ν. 2529/97, ΦΕΚ 217/Α/23-10-1997) που έδινε έμφαση, όπως ο πρώτος νόμος (1397), στην ίση, καθολική κάλυψη, την αποκέντρωση και τον ποιοτικό έλεγχο, όμως, πολύ λίγες διατάξεις του εφαρμόστηκαν (Μπουρσανίδης, 2020).

Την δεκαετία του 2000 έγιναν πιο σταθερά βήματα στην μεταρρύθμιση του ΕΣΥ με κατεύθυνση κυρίως την ανάπτυξη περιφερειακών δομών, την εισαγωγή σύγχρονης διοίκησης,

τον συντονισμό των πηγών χρηματοδότησης και την αλλαγή των εργασιακών σχέσεων των γιατρών.

Το 2001 με τον Νόμο 2889 (ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001) άρχισαν για πρώτη φορά να υλοποιούνται μεγάλες αλλαγές που αφορούσαν στην αποκέντρωση με την δημιουργία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ) με στόχο την καλύτερη ικανοποίηση των τοπικών αναγκών σε υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματική διοίκηση στα νοσοκομεία, την πρόσληψη γιατρών με πενταετές συμβόλαιο και τη μονιμοποίησή τους υπό προϋποθέσεις, την επέκταση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και των πανεπιστημιακών γιατρών και την νομοθέτηση του δικαιώματος άσκησης ιδιωτικού έργου υπό όρους στα νοσοκομεία. Την ίδια περίοδο είχαν προηγηθεί οι νόμοι 2955/01 (ΦΕΚ 256/Α/2-11-2001) για τις Προμήθειες των Νοσοκομείων και 2920/01 (ΦΕΚ 131/Α/27-6-2001) για τη σύσταση του Σώματος Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας. Ακολούθησε ο νόμος 3106/2003 (ΦΕΚ 30/Α/10-2-2003) με σκοπό την αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας με τον οποίο τα Πε.Σ.Υ μετεξελίχθηκαν σε ΠεΣΥΠ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας). Ωστόσο, στη συνέχεια οι περιφερειακές δομές άλλαξαν και πάλι σύσταση, αρχικά με τον νόμο 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005) με τον οποίο τα ΠεΣΥΠ αντικαταστάθηκαν με τις «Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας» (Δ.Υ.ΠΕ) που με τη σειρά τους μετονομάστηκαν σε Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.ΠΕ) και μειώθηκαν σε αριθμό (Μπουρσανίδης, 2020).

Την περίοδο αυτή κυριαρχεί ο συγκεντρωτισμός στην οργάνωση της υγείας με κύριο υπεύθυνο της χρηματοδότησης και παροχής υγείας να είναι το κράτος και κυρίως το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ταυτόχρονα ένα σημαντικό υποτμήμα του συστήματος υγείας εποπτεύεται από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, με συνέπεια να λείπει η δυνατότητα συντονισμού, ενιαίας οργάνωσης και χάραξης συνολικής πολιτικής υγείας (Μπουρσανίδης, 2020). Οι περιφερειακές και τοπικές αυτοδιοικήσεις παίζουν δευτερεύοντα ρόλο και δεν διαθέτουν επαρκή εξουσία ή οικονομικούς πόρους προκειμένου να εφαρμόσουν εκτεταμένες πολιτικές σε αποκεντρωμένο επίπεδο. Συγκεκριμένα, ως το 2010, σε περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο ίσχυαν οι παρακάτω διοικητικές ευθύνες:

1. Η κατανομή των προϋπολογισμών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, όπως αυτή προσδιοριζόταν από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών
2. Η έγκριση πρόσληψης νέου υγειονομικού προσωπικού,
3. Η παροχή των βιβλιαρίων απορίας για τους φτωχούς,

4. Η παροχή αδειών λειτουργίας και η παρακολούθηση του ιδιωτικού τομέα (ιατρείων, οδοντιατρείων, εργαστηρίων, κλινικών, διαγνωστικών κέντρων κ.λπ.), για το βαθμό στον οποίο αυτός τηρούσε το προβλεπόμενο θεσμικό πλαίσιο που είχε διαμορφώσει το Υπουργείο Υγείας

5. Η εκτέλεση συγκεκριμένων καθηκόντων αναφορικά με την περιβαλλοντική και τη δημόσια υγεία.

Στους δήμους υπάγονται επίσης οι υπηρεσίες των δημόσιων βρεφικών και παιδικών σταθμών, των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και η εφαρμογή προγραμμάτων όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι». Ορισμένοι μεγάλοι δήμοι λειτουργούν μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων, κυρίως στην ευρύτερη περιφέρεια της Αττικής (Οικονόμου, 2012).

Στην πιο σύγχρονη περίοδο οργάνωσης του ΕΣΥ, από το 2010 και έπειτα, με τον νόμο 3863/2010 (ΦΕΚ 115/Α/15-7-2010) οι τομείς των ασφαλιστικών φορέων που αφορούν την υγεία διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και υπήχθησαν από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης, με στόχο την ένταξη των υγειονομικών θεμάτων των ασφαλιστικών ταμείων στο πλαίσιο λειτουργίας του ΕΣΥ. Ακόμα, όσον αφορά την αποκέντρωση και τον ρόλο των περιφερειακών δομών, από τον Ιούνιο του 2010, με την θεσμοθέτηση του σχεδίου Καλλικράτης με τον Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ Α' 87/7.6.2010), στην ευθύνη των τοπικών αρχών πέρασε η ΠΦΥ (λειτουργία Κέντρων Υγείας) και η εφαρμογή των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, εμβολιασμού και σχολικής υγιεινής. Επιπλέον, συστάθηκε ένα Συμβούλιο Συντονισμού με σκοπό τη δημιουργία ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας και τον καθορισμό των όρων σύναψης συμβάσεων των ασφαλιστικών φορέων με τους παρόχους υγείας, προετοιμάζοντας την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) που θεσπίστηκε με τον νόμο Ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/2-3-2011) ως Ν.Π.Δ.Δ. υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Ως τότε, τα ασφαλιστικά ταμεία ήταν περίπου 30 στον τομέα της υγείας, τα περισσότερα από τα οποία ήταν Ν.Π.Δ.Δ. και λειτουργούσαν υπό τον έλεγχο του κράτους. Καθένα υπόκειτο σε διαφορετική νομοθεσία και λόγω των συχνών διαφοροποιήσεων στις καταβαλλόμενες εισφορές, στην κάλυψη, τις παροχές και τις προϋποθέσεις απονομής των παροχών, προέκυπταν ανισοτιμίες στην πρόσβαση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου, 2012). Στον ΕΟΠΥΥ συγχωνεύτηκαν σταδιακά οι περισσότεροι φορείς

κοινωνικής ασφάλισής υγείας καλύπτοντας σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού. Ως αστοχία της νέας οργάνωσης του ασφαλιστικού φορέα επισημαίνεται ότι παρέμεινε ο διττός ρόλος του αγοραστή αλλά και του παρόχου που διατήρησε ο ΕΟΠΥΥ παρόλο που στα έμπειρα Ταμεία Υγείας άλλων χωρών οι ρόλοι αυτοί είναι διαχωρισμένοι. Η απόκλιση αυτή ήρθε να διορθωθεί με τον νόμο 4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014) «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», ο οποίος μετέβαλε τον ΕΟΠΥΥ αμιγώς σε αγοραστή κι όχι πάροχο υγειονομικών υπηρεσιών (Μπουρσανίδης, 2020).

Η επόμενη φάση του ΕΣΥ είναι η «αναδυόμενη μετεξέλιξη» του ΕΟΠΥΥ σε ένα Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας που θα είναι ένας αυτόνομος και αυτοδιοικούμενος δημόσιος οργανισμός της μορφής του Ν.Π.Δ.Δ. (Μπουρσανίδης, 2020).

Όσον αφορά τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, εκείνοι που απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης είναι οι νοσοκομειακές δομές, οι εξωνοσοκομειακές δομές και οι έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς. Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 4) παρουσιάζονται οι κατηγορίες προμηθευτών υγείας στο σύνολό τους καθώς και οι υποκατηγορίες που περιλαμβάνουν βάσει του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ.

Κατηγορία προμηθευτή υγείας	**Προμηθευτές εντός κατηγορίας**
Νοσοκομειακές δομές (ΗΡ. 1)	Γενικά νοσοκομεία (ΗΡ.1.1) Δομές ψυχικής υγείας (ΗΡ.1.2) Άλλα εξειδικευμένα νοσοκομεία (ΗΡ.1.3)
Τοπικές μονάδες ΠΦΥ (ΗΡ.2)	Νοσηλευτικές δομές ΜΦΥ (ΗΡ.2.1) Δομές ψυχικής υγείας και απεξάρτησης (ΗΡ.2.2) Άλλες τοπικές δομές ΜΦΥ (ΗΡ.2.3)
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	Ιατρεία (ΗΡ.3.1) Οδοντιατρεία (ΗΡ.3.2) Άλλοι επαγγελματίες υγείας (ΗΡ.3.3) Κέντρα εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3.4) Προμηθευτές κατ’ οίκον ιατρικής φροντίδας (ΗΡ.3.5)
Φορείς επικουρικών υπηρεσιών φροντίδας (ΗΡ.4)	Μεταφορά ασθενών και έκτακτη διάσωση (ΗΡ.4.1) Ιατρικά και διαγνωστικά εργαστήρια (ΗΡ.4.2) Άλλοι επικουρικοί φορείς (ΗΡ.4.3)
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	Φαρμακεία (ΗΡ.5.1)

(HP.5)	Έμποροι διαρκών ιατρικών αγαθών και εξοπλισμού (HP.5.2) Λοιποί έμποροι φαρμακευτικών και ιατρικών αγαθών (HP.5.3)
Φορείς προληπτικής φροντίδας (HP.6)	
Φορείς διοίκησης και χρηματοδότησης συστήματος υγείας (HP.7)	Κυβερνητικές υπηρεσίες διοίκησης υγείας (HP.7.1) Υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης υγείας (HP.7.2) Ιδιωτικοί φορείς διοίκησης ασφάλισης υγείας (HP.7.3) Άλλοι διοικητικοί φορείς (HP.7.4)
Λοιποί φορείς (HP.8)	Νοικοκυριά ως πάροχοι οικιακής φροντίδας υγείας (HP.8.1) Άλλοι δευτερεύοντες προμηθευτές υγείας (HP.8.2)
Φορείς εξωτερικού (HP.9)	
Άγνωστοι φορείς (HP. 0)	

Πίνακας 4: Προμηθευτές υγείας βάσει ΣΛΥ ΕΛΣΤΑΤ

Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2012) στην έκθεση του Παρατηρητηρίου Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ το ΕΣΥ συνδυάζει στοιχεία δημόσιας οργάνωσης των μπισμαρκιανών και των μπεβεριτζιανών μοντέλων και ενσωματώνει στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολαιακών/ιδιωτικών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης (OECD, 1992), ενώ κατά τον ΟΟΣΑ το σύστημα υγείας υπάγεται στα συστήματα τύπου Beveridge, κυρίως λόγω των ιδρυτικών αρχών του ΕΣΥ το 1983 (WHO, 1996, όπως αναφέρεται στους Τούντας, κ.ά., 2020). Όμως, καθώς σύμφωνα με τα στοιχεία του 2019 οι δημόσιες δαπάνες υγείας ήταν 59,76% - με συμμετοχή της γενικής φορολογίας κατά 28,58% και των ΟΚΑ κατά 31,8% - και οι ιδιωτικές αποτελούσαν το 39,85% - με συμμετοχή των ιδιωτικών πληρωμών κατά 35,18% -, το ΕΣΥ δε μπορεί να καταταγεί στα εθνικά συστήματα υγείας, δεδομένου ότι στηρίζεται σε ένα τόσο υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών. Κατά τον Μπουρσανίδη (2020), μάλιστα, όλο αυτό το συνονθύλευμα διαφορετικών ρυθμιστικών προτύπων οδηγεί σε ένα σύστημα υγείας «χωρίς ταυτότητα».

3.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης και μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ 2009-2019

Ήδη πριν την οικονομική κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπιζε προβλήματα και παθογένειες οι οποίες οξύνθηκαν με την οικονομική κρίση. Αυτά ήταν κυρίως η ασαφής νομοθεσία περί χρηματοδότησης που καθιστούσε σημαντικό πυλώνα της Υγείας τις ιδιωτικές υπηρεσίες περίθαλψης, η διαφθορά και η οικονομική - οργανωτική κακοδιαχείριση των ασφαλιστικών φορέων αλλά και των δομών περίθαλψης.

Η μη θεσμοθέτηση «παγιωμένων χρηματοδοτικών μηχανισμών» οδήγησε στη δημιουργία «ενός συστήματος που κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού, χωρίς συγκεκριμένους κανόνες» και την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών (Simou & Koutsogeorgou, 2014, Σουλιώτης, Παπαδονικολάκη, Παπαγεωργίου και Οικονόμου, 2018, Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020) σε τέτοιο βαθμό που η υγεία από δημόσιο αγαθό είχε καταστεί εμπόρευμα και το ελληνικό σύστημα υγείας έχει καταλήξει να είναι ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα (Ρεκλείτη, Τανανάκη και Κυλούδης, 2012) και μάλιστα κατέχοντας τα πρωτεία, μαζί με την Ελβετία και τις ΗΠΑ (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Η μεγέθυνση του ιδιωτικού κλάδου υγείας, μετά το 1995, ενείχε την διόγκωση της ιδιωτικής δαπάνης ως αποτέλεσμα κυρίως προκλητής ζήτησης από την υπερσυνταγογράφηση και την πραγματοποίηση πολλών εργαστηριακών εξετάσεων, λόγω των πολλών συμβάσεων (τριπλάσιων σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ) που συνάφθηκαν μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, το κόστος των οποίων βάραιναν τα ασφαλιστικά ταμεία (Ρεκλείτη κ.ά., 2012, Μπούτσιου & Σαράφης, 2013).

Προ της οικονομικής κρίσης υπήρχαν ελλείματα αποδοτικότητας και ελέγχου. Τα κατακερματισμένα και χωρίς συντονισμό ασφαλιστικά ταμεία βαρύνονταν με μεγάλα ελλείμματα, τα οποία με τη σειρά τους δημιουργούσαν χρέη στους παρόχους υγείας - για παράδειγμα, στα νοσοκομεία - και στους συνεργαζόμενους προμηθευτές αγαθών υγείας. Η δυσχερής αυτή οικονομική κατάσταση οδηγούσε σε ρήξη τις σχέσεις Ταμείων και Παρόχων, γεγονός που συνεχίστηκε και στην πρώτη περίοδο λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ (Μπουρσανίδης, 2020).

Οι δημόσιες δαπάνες ήταν υπερβολικά αυξημένες καθώς το κράτος επιδοτούσε τα ελλείμματα των ταμείων από τον κρατικό προϋπολογισμό και τους κοινωνικούς πόρους, υπήρχε έλλειψη οργάνωσης στον έλεγχο και στην κατανομή πόρων αλλά και φαινόμενα διαφθοράς, όπως έντονη παραοικονομική δραστηριότητα, αδιαφάνεια στις προμήθειες και

πελατειακές σχέσεις πολιτών και δημοσίου. Επιπρόσθετα, μεγάλο μέρος της δημόσιας δαπάνης αποτελούσε η φαρμακευτική δαπάνη, με το δημόσιο να καλύπτει για παράδειγμα το 97% αυτής το 2007 (Μπούτσιου & Σαράφης, 2013).

Η κατανομή των πόρων γινόταν με τρόπο ανομοιόμορφο και μη αποδοτικό (Ρεκλείτη κ.ά., 2012, Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020), γεγονός που για κάποιους μελετητές αποτελούσε μεγαλύτερη αστοχία από τις αυξημένες δαπάνες αυτές καθαυτές (Simou & Koutsogeorgou, 2014): για παράδειγμα, ο αριθμός των γιατρών ήταν πολύ μεγάλος για τις ανάγκες της χώρας και άνισα καταμερισμένος τόσο γεωγραφικά όσο και από άποψη ειδικοτήτων[4]. Άλλα δείγματα κακής οργάνωσης πριν την κρίση αποτελούσε η έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών στις συνταγογραφήσεις και διπλογραφικών λογιστικών συστημάτων στα νοσοκομεία, στην αγορά φαρμάκων, στις τιμές ιατροτεχνικού εξοπλισμού και διαγνωστικών εξετάσεων (Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015).

Ακόμα, σε αυτά προστίθενται η έλλειψη ενιαίου πληροφοριακού συστήματος μηχανοργάνωσης και ενός συστήματος αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού και της τεχνολογίας υγείας (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2021).

Μετά την έλευση της κρίσης, η Ελλάδα είχε να αντιμετωπίσει το λεγόμενο δίδυμο έλλειμμα, το δημοσιονομικό έλλειμμα και το έλλειμμα τρεχουσών συναλλαγών, καθώς και το επακόλουθο σχέδιο δημοσιονομικής προσαρμογής με μια δέσμη μέτρων λιτότητας, περικοπών (Σουλιώτης, κ.ά., 2018) και αύξησης της φορολογίας (Zavras, Zavras, Kyriopoulos και Kyriopoulos, 2016) που χαρακτηρίστηκαν ως «διαδικασία εσωτερικής υποτίμησης» (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Ήδη το 2010 σημειώθηκε κατακόρυφη αύξηση της ανεργίας και πτώση του ΑΕΠ της χώρας, κάτι που συνεχίστηκε και τον επόμενο χρόνο (Zavras, κ.ά., 2016, Σουλιώτης, κ.ά., 2018).

Από το 2009 το βιοτικό επίπεδο των πολιτών μειώθηκε και τα επίπεδα ανεργίας ήταν από τα υψηλότερα στην Ευρωζώνη. Το 2014 οι πολίτες που βρίσκονταν σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού άγγιζαν το ανώτατο ποσοστό του 36% και το μέσο διαθέσιμο ετήσιο εισόδημα ήταν το χαμηλότερο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Το 2016 σύμφωνα με

[4] Διαχρονικά παρουσιάζεται έλλειψη γενικών ιατρών (Σουλιώτης κ.ά., 2018), γεγονός που υπονομεύει την παροχή αξιόλογης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και λείπουν οι μελέτες προσδιορισμού των αναγκών σε προσωπικό ανά περιοχή ώστε να υπάρχει ένας καταλληλότερος σχεδιασμός στελέχωσης (Μπούτσιου Σαράφης, 2013).

έρευνα του Ινστιτούτου Μικρών Επιχειρήσεων τα ¾ των νοικοκυριών αντιμετώπιζε μείωση των εισοδημάτων του (Σουλιώτης, κ.ά., 2018).

Το ΕΣΥ δεν μπορούσε να εξαιρεθεί από τις μεταρρυθμίσεις καθώς για τουλάχιστον μία δεκαετία αντιμετώπιζε βασικές δυσκολίες που σχετίζονταν με όλες τις δομικές του διαστάσεις – την χρηματοδότηση, την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών- (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Γενικά, οι οικονομικές κρίσεις συνδέονται στη βιβλιογραφία με χαμηλότερη ζήτηση εργασίας, μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, προβληματική χρηματοδότηση υγείας και υπονόμευση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Drydakis, 2015, όπως αναφέρεται στους Zavras, κ.ά., 2016). Πέρα από τις αρνητικές της συνέπειες αλλά και των μέτρων λιτότητας στην υγεία, η οικονομική κρίση έχει θεωρηθεί και ως καταλύτης που ενθάρρυνε αλλαγές στους τομείς των μεταρρυθμίσεων, της βελτίωσης στην εφαρμογή κανονισμών στο ΕΣΥ αλλά και στο κοινωνικό κράτος γενικότερα, οι οποίες είχαν για χρόνια αμεληθεί πριν την κρίση (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Στην έρευνα των Simou & Koutsogeorgou (2014), οι δύο μεγάλες κατηγορίες αποτελεσμάτων της κρίσης στον τομέα της υγείας αφορούν (α) την υγεία των πολιτών, ως παράγοντα φυσικής, ψυχολογικής ή πνευματικής κατάστασής τους και (β) την συστηματοποιημένη φροντίδα υγείας. Η δεύτερη κατηγορία, η οποία ενδιαφέρει την παρούσα μελέτη, περιλαμβάνει τις συνέπειες της κρίσης για τις υποκατηγορίες: (α) δημόσια δαπάνη και διοίκηση υγείας, (β) ανθρώπινο δυναμικό υγειονομικής φροντίδας, (γ) υπηρεσίες φροντίδας υγείας, (δ) αγορά φαρμάκων και (ε) βιοϊατρική έρευνα.

Πράγματι, από τις πρώτες μεταρρυθμίσεις που βρήκαν εφαρμογή ήταν οι περικοπές των μισθών και η μείωση των προσλήψεων του υγειονομικού προσωπικού (Simou & Koutsogeorgou, 2014, Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020), όπως και οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων (Σουλιώτης, κ.ά., 2018). Παράλληλα με τη μείωση των γιατρών στις δημόσιες δομές περιορίστηκαν και οι παρεχόμενες φροντίδες που έως τότε δικαιούνταν οι ασφαλισμένοι από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς (Σουλιώτης, κ.ά., 2018). Εκτός αυτών, το 2010 επιβλήθηκε επιπλέον των ασφαλιστικών εισφορών το «εξέταστρο εξωτερικών ιατρείων» στην τιμή των 5€ (Simou & Koutsogeorgou, 2014), το οποίο καταργήθηκε το 2015 (Αριθμ. Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754 – ΦΕΚ Β 490 – 01.04.2015).

Ακόμα, καθώς ως τότε υπήρχε έλλειψη στην ακριβή αποτύπωση των δεδομένων στην Υγεία, άρχισαν να συλλέγονται τα απαραίτητα δεδομένα για τις δαπάνες και τη δραστηριότητα των νοσοκομείων σε μηνιαία βάση.

Ανάμεσα στις μεταρρυθμίσεις ήταν, επίσης, η σύσταση του ΕΟΠΥΥ το 2011 και η λειτουργία του από το 2012, στον οποίο συγχωνεύτηκαν σταδιακά οι περισσότεροι ασφαλιστικοί φορείς (Μπούτσιου & Σαράφης, 2013, Simou & Koutsogeorgou, 2014, Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020). Ωστόσο, η δυνατότητα λειτουργίας του οργανισμού τόσο σε μικροεπίπεδο, δηλαδή στην επίτευξη της μέγιστης εξοικονόμησης, όσο σε μακροεπίπεδο, ως προς την συνεργασία του με τους παρόχους υγείας και την επιβολή των όρων του στους ιδιώτες προμηθευτές δεν επιτεύχθηκε στον επιθυμητό βαθμό. Οι κύριοι λόγοι ήταν τα ελλείμματα που ήδη επιβάρυναν τα ταμεία που συγχωνεύτηκαν, η αύξηση των ποσοστών συνταξιοδότησης και ανεργίας αλλά και της αδήλωτης εργασίας που συνοδεύτηκαν με την αύξηση της απασφάλισης και τη μείωση των εσόδων του ΕΟΠΥΥ - δηλαδή των ασφαλιστικών εισφορών αλλά και της χρηματοδότησης από το κράτος -, καθώς και οι καθυστερήσεις στην αποζημίωση των προμηθευτών (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020).

Προκειμένου να αυξήσει τα έσοδά του ο ΕΟΠΥΥ λήφθηκαν μέτρα, όπως η αύξηση της συμμετοχής σε ποσοστό 10% για φάρμακα χρόνιων παθήσεων και η καταβολή 1 € ανά συνταγή, γεγονός το οποίο συνέβαλε στην αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών προς εμπόρους λιανικής και άλλων παρόχων φαρμακευτικών αγαθών. Επιπλέον, θεσμοθετήθηκαν αυστηρότερα κριτήρια για τη διεξαγωγή ορισμένων ακριβών εξετάσεων (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020).

Μέτρα λήφθηκαν επίσης για τον περιορισμό των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών. Στην κατεύθυνση αυτή νομοθετήθηκε το 2010 και ξεκίνησε από το επόμενο έτος η υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση (Μπούτσιου & Σαράφης, 2013, Simou & Koutsogeorgou, 2014, Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015, Σουλιώτης κ.ά., 2018) και εκδόθηκαν θεραπευτικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα καθώς και λίστες συνταγογράφησης φαρμάκων για σοβαρές παθήσεις, λίστες για μη συνταγογραφούμενα και υπερσυνταγογραφούμενα φάρμακα (θετικές και αρνητικές λίστες) (Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015). Οι τιμές των φαρμακευτικών ειδών και άλλων προμηθειών ιατρικών αγαθών καθώς και το περιθώριο κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών μειώθηκαν, ενώ επιπλέον εφαρμόστηκε σύστημα τιμολόγησης βάσει των τριών χαμηλότερων τιμών της ΕΕ (Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015). Προωθήθηκε, ακόμα, η αγορά γενόσημων φαρμάκων (Μπούτσιου & Σαράφης, 2013, Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015, Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020), τα Φάρμακα Υψηλού Κόστους άρχισαν να διατίθενται από τον ΕΟΠΥΥ ενώ τόσο στις φαρμακευτικές εταιρίες όσο και στους συμβεβλημένους ιδιώτες του ΕΟΠΥΥ επιβλήθηκαν οι μηχανισμοί του clawback και των

υποχρεωτικών εκπτώσεων (rebates)[5] (Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015, Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020). Το σύστημα προμηθειών στα νοσοκομεία αυστηροποιήθηκε (Μπούτσιου & Σαράφης, 2013, Σουλιώτης κ.ά., 2018) και σημειώθηκε επιπλέον αύξηση της συμμετοχής - τόσο της θεσμοθετημένης όσο και της ιδιωτικής - των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων (Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015, Σουλιώτης, κ.ά., 2018, Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020).

Όσον αφορά στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων καθιερώθηκαν από το 2012 τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ), σύμφωνα με τα οποία η κοστολόγηση πραγματοποιείται βάσει διαφορετικών νοσολογικών κατηγοριών στα πρότυπα των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (diagnosis related groups, DRGs) (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020). Στην Ελλάδα, τα ΚΕΝ εισήχθηκαν χωρίς να προηγηθούν μελέτες για την πιο κατάλληλη προσαρμογή τους στο ΕΣΥ και μη λαμβάνοντας υπ' όψη το πραγματικό κόστος οδηγώντας πολλές φορές το σύστημα αυτό σε αναθεωρήσεις. Αν και η εφαρμογή τους συνδέθηκε βραχυπρόθεσμα με θετικά αποτελέσματα, τα κενά εμπειρίας και η ελλιπής προσαρμογή τους οδήγησαν σε καθυστερήσεις στην αποζημίωση των νοσοκομείων από τον ΕΟΠΥΥ και την κατά συνέπεια αύξηση των ελλειμμάτων, ενώ τελικά ώθησαν στην αύξηση των ιδιωτικών ενδονοσοκομειακών πληρωμών και παραπληρωμών (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020, Τούντας, κ.ά., 2020).

[5] Για να μειώσει τις δαπάνες που προέρχονταν από την ζήτηση στις ιδιωτικά παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των συμβεβλημένων ιατρών το Υπουργείο Υγείας με τον Νόμο 4172/2013 εφάρμοσε τον μηχανισμό αυτόματης επιστροφής ή clawback (άρθρο 100), βάσει του οποίου σε περίπτωση που η πραγματική δαπάνη υπερβαίνει τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας βάσει ενός προκαταβολικά συμφωνημένου ορίου , οι τελευταίοι είναι υποχρεωμένοι να επιστρέψουν τη διαφορά που τους αναλογεί. Ακόμα, το rebate αναφέρεται στις νομοθετικές παρεμβάσεις που έγιναν στα κέρδη του φαρμακευτικού κλάδου με επιβολή μειώσεων στις τιμές υπό τη μορφή εκπτώσεων προς το δημόσιο. Τα rebate-clawback οδήγησαν σε σημαντική μείωση των κερδών στον φαρμακευτικό κλάδο, απώλεια θέσεων εργασίας αλλά και μείωση σημαντικών πηγών εσόδων για το κράτος (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Κατηγορίες δαπανών υγείας στην Ελλάδα

4.1 Δαπάνες Υγείας - Βασικές έννοιες

4.1.1 Δημόσιες δαπάνες

Οι δημόσιες ή κρατικές δαπάνες είναι οι δαπάνες που πραγματοποιεί ο δημόσιος τομέας της οικονομίας, προκειμένου να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του και να εκπληρώσει τις τρέχουσες υποχρεώσεις του. Ακόμα, αποτελούν μέρος της συνολικής ζήτησης που εκδηλώνεται στην αγορά προϊόντος σε κάθε χρονική περίοδο (Λιανός & Ψειρίδου, 2015).

Οι δαπάνες αυτές, μαζί με τα έσοδα, αποτελούν μέρος του Δημόσιου ή Κρατικού Προϋπολογισμού. Ο δημόσιος προϋπολογισμός διακρίνεται στον τακτικό προϋπολογισμό και στον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων, καταρτίζεται από τον Υπουργό Οικονομικών επικουρούμενος από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, συζητείται δε και ψηφίζεται ετησίως από τη Βουλή για το επόμενο οικονομικό έτος. Ο προϋπολογισμός, επομένως, «αποτελεί ένα σύνολο λογαριασμών, στο οποίο εμπεριέχονται τα ποσά των εσόδων, που εκτιμάται ότι θα εισπραχθούν από διάφορες πηγές για συγκεκριμένη χρονική περίοδο, αλλά και οι δαπάνες, οι οποίες αναπτύσσονται ανά χρονική περίοδο» (Γιαννακάκου, 2018).

Η ταξινόμηση των δαπανών δεν είναι ενιαία, όμως, μια λειτουργική διάκριση των δαπανών στη χώρα μας γίνεται με βάση τους εθνικούς λογαριασμούς της Ελλάδας που ταξινομούν τις τρέχουσες κυβερνητικές δαπάνες σε επτά κύριες κατηγορίες - διοίκηση, άμυνα, δικαιοσύνη, υγεία, πρόνοια, εκπαίδευση και άλλες δραστηριότητες.

Έναν ορισμό για τις δημόσιες δαπάνες δίνει το άρθρο 22 του Ν. 2362/1995 (ΦΕΚ 247/Α/27-11-1995), σύμφωνα με το οποίο:

(i) Οι δημόσιες δαπάνες ορίζονται ως η χρησιμοποιούμενη πίστωση για την εκπλήρωση των σκοπών και τις λειτουργικές δραστηριότητες του δημόσιου τομέα της οικονομίας.

(ii) Επιπλέον, ως δημόσιες δαπάνες αναγνωρίζονται μόνο εκείνες που προβλέπονται από γενική ή ειδική νομοθετική διάταξη ή συντελούν στην εκπλήρωση των σκοπών τους όπως αυτοί προσδιορίζονται στις καταστατικές και οργανωτικές διατάξεις τους ή εξυπηρετούν λειτουργικές ανάγκες τους. Η πραγματοποίηση των δημοσίων δαπανών εγκρίνεται από τους αρμόδιους διατάκτες ή τα κατά τον νόμο εξουσιοδοτημένα όργανα αυτών και υπόκειται σε έλεγχο νομιμότητας.

(iii) Οι δαπάνες που προκύπτουν από τις κανονιστικές διοικητικές πράξεις -ως διοικητικές επιβαρύνσεις- βαραίνουν τον κρατικό προϋπολογισμό ή τους προϋπολογισμούς

των φορέων που επιχορηγούνται από αυτόν, εφόσον εκδίδονται μετά από σύμπραξη του Υπουργού Οικονομικών.

Η σημασία των δημόσιων ή κρατικών δαπανών και η συμβολή τους στην οικονομική μεγέθυνση και ανάπτυξη, στην αποτελεσματικότητα και στην παραγωγικότητα, έχει γίνει συχνά αντικείμενο έρευνας παγκοσμίως.

Όπως αναφέρεται στην Γιαννακάκου (2018), οι Arrow και Kurz (1970) έδειξαν πως κάθε δημόσια επένδυση ήταν ουσιαστική, δημιουργώντας ένα μοντέλο πάνω στο οποίο οι καταναλωτές είναι χρήσιμοι τόσο στην ιδιωτική κατανάλωση όσο στη χρήση δημόσιων αγαθών.

Ακόμα, στην έρευνα των Aschauer (1989) και Munnell (1990) (όπως αναφέρεται στην Γιαννακάκου, 2018) η μείωση των δημόσιων δαπανών αποδείχθηκε ως ένας από τους κυριότερους παράγοντες που εξηγούν τη μείωση της παραγωγικότητας που σημειώθηκε μεταξύ 1970 και 1990 στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Πιο πρόσφατα, η εμπειρική μελέτη των Mastromarco και Woitek (2005, όπως αναφέρεται στην Γιαννακάκου, 2018) κατέδειξε μια αρκετά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δημόσιες δαπάνες και την παραγωγικότητα .

Σε έρευνα των Atkinson & Stiglitz (2015, όπως αναφέρεται στην Γιαννακάκου, 2018) προέκυψε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της δημόσιας κατανάλωσης ως ποσοστό του ΑΕΠ και του ποσοστού του πραγματικού ΑΕΠ, ενώ αντίθετα θετική ήταν η συσχέτιση μεταξύ των δημοσίων δαπανών και του πραγματικού ΑΕΠ. Άλλες μελέτες διακρίνουν τις δημόσιες δαπάνες σε παραγωγικές και μη-παραγωγικές, συμβουλεύοντας τα κράτη να ακολουθούν ένα κατάλληλο μείγμα αυτών προκειμένου να πετύχει την οικονομική ανάπτυξη.

4.1.2 Δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας αποτελούν μια από τις ευθύνες κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας που εξειδικεύονται στον τομέα της υγείας και σημαίνουν την υγειονομική χρηματοδότηση, δηλαδή την εξασφάλιση πόρων – ανθρώπινων και υλικών – για την εξασφάλιση της απρόσκοπτης παροχής υπηρεσιών υγείας. Αποτελούν θετικό δείκτη της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας, ενώ αν υπερβαίνουν κάποιο ανώτατο όριο σχετίζονται αρνητικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Mossialos, κ.ά., 2005, όπως αναφέρεται στους Ρεκλείτη, κ.ά., 2012). Ανάλογα με την κατεύθυνση της πολιτικής που ακολουθεί κάθε κράτος ή, στην περίπτωση του υγειονομικού τομέα, ανάλογα με την

ταξινόμηση του εκάστοτε συστήματος υγείας, οι πηγές χρηματοδότησης μπορεί να διαφέρουν. Στην Ελλάδα κυρίαρχες είναι οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες.

Οι δαπάνες υγείας εντάσσονται στην ομπρέλα των δαπανών κοινωνικής προστασίας, οι οποίες σαν στόχο έχουν την μείωση της κοινωνικής ανισότητας και την ικανοποίηση των αναγκών υγείας (Δομάγερ & Πετρέλης, 2016).

Οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας γενικά καλύπτουν τους παρακάτω οχτώ τομείς: ασθένεια, αναπηρία, γήρας, χηρεία, οικογένεια/τέκνα, ανεργία και κοινωνικό αποκλεισμό (ΕΛΣΤΑΤ, 2020).

Ο τρόπος κατανομής των δαπανών αυτών καθώς και η καταγραφή τους είναι σημαντικός: «οι τρόποι αλληλεπίδρασης και κατανομής των ευθυνών ανάμεσα στην αγορά, το κράτος και την οικογένεια αντανακλώνται στο «πρόσωπο» της κοινωνικής προστασίας (Σακελλαρόπουλος, 1999, Έσπινγκ-Αντερσεν, 2006, Υφαντόπουλος κ.συν., 2009, όπως αναφέρεται στους Πετρέλης & Δομάγερ, 2016, σ. 49).

Στην Ελλάδα οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας καταγράφονται από την ΕΛΣΤΑΤ από το 2017 (με στοιχεία που συγκεντρώθηκαν αρχικά για τα έτη μετά το 2012, αλλά σήμερα φτάνουν ως το 2000) και σε ευρωπαϊκό επίπεδο από την πλατφόρμα ESSPROS (European System of integrated Social Protection Statistics, Ευρωπαϊκό Σύστημα Ολοκληρωμένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας).

Σύμφωνα με το δελτίο τύπου της ΕΛΣΤΑΤ του 2020 για τα έτη 2016-2018 στην λειτουργία της ασθένειας διατέθηκε για το 2018 το 19,4% των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας – δηλαδή 8.731 από τα 44.951 εκατομμύρια €. Σε αυτές περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων οι δαπάνες για τις παροχές σε νοσοκομειακή και εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, οι οποίες κυμάνθηκαν για το 2018 σε 8.155 εκ. που αντιπροσωπεύουν σχεδόν όλες τις δαπάνες προστασίας υπέρ της ασθένειας και το 18,14% των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας.

Γενικότερα, όπως αναφέρεται στους Δομάγερ και Πετρέλη (2016), η διεθνής τάση στις δαπάνες υγείας είναι αυξητική, γεγονός που αποδίδεται παγκοσμίως κατά 50 με 70% στην πρόοδο και τη χρήση της νέας και πιο ακριβής ιατρικής τεχνολογίας, η οποία περιλαμβάνει τα φάρμακα, τον ιατρικό εξοπλισμό, τις νέες χειρουργικές και ιατρικές πρακτικές και τα οργανωτικά συστήματα φροντίδας υγείας. Άλλοι «καθοριστικοί» παράγοντες είναι οι παράγοντες ζήτησης και προσφοράς: στη ζήτηση συμβάλλουν οι δημογραφικές μεταβολές (αύξηση του πληθυσμού, γήρανση), το επίπεδο υγείας (εμφάνιση νέων ασθενειών, αυξανόμενο

ψυχολογικό άγχος, ανθυγιεινός τρόπος ζωής), το διαθέσιμο εισόδημα και οι πολιτικές πρόληψης και προαγωγής της υγείας (ανάγκη έγκαιρων διαγνώσεων), ενώ στους παράγοντες προσφοράς ανήκουν η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, οι τιμές των αγαθών και των υπηρεσιών, τα οργανωτικά και δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.

Φορείς χρηματοδότησης των υγειονομικών δαπανών στην Ελλάδα είναι:

1. Η Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ

Η Γενική Κυβέρνηση περιλαμβάνει, σύμφωνα με το άρθρο 14 του νόμου 4270/2014 με τον οποίο ενσωματώθηκε στην ελληνική νομοθεσία η οδηγία 2011/85/ΕΕ και ο κανονισμός αριθ. 549/2013 της ΕΕ σχετικά με τις απαιτήσεις για τα δημοσιονομικά πλαίσια των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τους παρακάτω τρεις υποτομείς:

(α) Την Κεντρική Κυβέρνηση,

(β) Τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) και

(γ) Τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ), σύμφωνα με τους κανόνες και τα κριτήρια του Ευρωπαϊκού Συστήματος Λογαριασμών (ΕΣΛ).

Περιλαμβάνει ακόμα λοιπούς φορείς που προσδιορίζονται από το Μητρώο Φορέων Γενικής Κυβέρνησης, που τηρείται με ευθύνη της ΕΛΣΤΑΤ, και αποτελούν ξεχωριστά νομικά πρόσωπα που εποπτεύονται από φορείς της Κεντρικής Διοίκησης ή από ΟΤΑ[6].

Ο υποτομέας της Κεντρικής Κυβέρνησης περιλαμβάνει την Κεντρική Διοίκηση και τα ΝΠΔΔ, καθώς και τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ) που περιλαμβάνονται στη Γενική Κυβέρνηση και δεν ανήκουν στους υποτομείς των ΟΤΑ και των ΟΚΑ.

Με τη σειρά της η Κεντρική Διοίκηση ή Δημόσιο ή Κράτος περιλαμβάνει την Προεδρία της Δημοκρατίας, τα Υπουργεία και τις Αποκεντρωμένες Διοικήσεις καθώς και τις Ανεξάρτητες Αρχές που δεν έχουν νομική προσωπικότητα. Για λόγους στατιστικής ταξινόμησης, η Βουλή των Ελλήνων περιλαμβάνεται και αυτή στην Κεντρική Διοίκηση, σύμφωνα με τον Κανονισμό της, ως προς τον προϋπολογισμό εξόδων και τον ισολογισμό-απολογισμό αυτής. Οι φορείς της Κεντρικής Διοίκησης και οι υποδιαιρέσεις τους σε ειδικούς φορείς είναι διοικητικές της μονάδες και μονάδες του προϋπολογισμού της, χωρίς αυτοτελή νομική προσωπικότητα.

Ο υποτομέας ΟΤΑ περιλαμβάνει (α) τους ΟΤΑ, οι οποίοι αποτελούνται από τους Δήμους (ΟΤΑ Α΄ βαθμού) και τις Περιφέρειες (ΟΤΑ Β΄ βαθμού) και (β) τα ΝΠΙΔ και τα ΝΠΔΔ που

[6] Ενδεικτικά, για το 2019 τα Μητρώα Φορέων Γενικής Κυβέρνησης που συγκεντρώνει η ΕΛΣΤΑΤ βρίσκονται διαθέσιμα στον σύνδεσμο https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SEL08/2019

ανήκουν, ελέγχονται ή χρηματοδοτούνται από τους ΟΤΑ.

Ο υποτομέας ΟΚΑ περιλαμβάνει Ασφαλιστικά Ταμεία, Οργανισμούς Απασχόλησης και Οργανισμούς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

Εδώ από τη χρηματοδότηση της Γενικής Κυβέρνησης εξαιρείται από τα Συστήματα Λογαριασμών Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ αυτή των ΟΚΑ γιατί αναφέρονται σε ξεχωριστή κατηγορία χρηματοδότησης.

2. Οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ)

Οι ΟΚΑ είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, στα οποία καθιερώνεται η δημιουργία ασφαλιστικών ομάδων που οι εργαζόμενοι ασφαλίζονται υποχρεωτικά, καταβάλλονται ασφαλιστικές εισφορές από τους ασφαλισμένους, τους εργοδότες και το Κράτος και υπέχουν υποχρέωση καταβολής ασφαλιστικών παροχών σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου. Οι ΟΚΑ είναι επίσης γνωστοί εναλλακτικά ως ασφαλιστικά ταμεία ή ασφαλιστικοί φορείς. Ενδεικτικά, τέτοιοι οργανισμοί είναι ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) -στον οποίο εντάχθηκαν το ΙΚΑ και ο ΟΑΕΕ- , ο ΕΟΠΥΥ, το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ), ο ΟΓΑ που μετεξελίχθηκε σε Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ), ο ΟΑΕΔ.

3. Η ιδιωτική ασφάλιση

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες είναι ιδιωτικοί φορείς που παρέχουν ασφάλιση και δεν υπάγονται στην εποπτεία του κράτους. Για την ιδιωτική ασφάλιση συνήθως ισχύουν, από τη νομική σκοπιά, οι διατάξεις της λειτουργίας του ιδιωτικού δικαίου, ενώ από την οικονομική πλευρά, ισχύουν οι κανόνες της αγοράς, της ζήτησης και της προσφοράς. Ο φορέας ο οποίος παρέχει την ιδιωτική ασφάλιση είναι, στις πλείστες των περιπτώσεων, μία εμπορική επιχείρηση και η ασφαλιστική σχέση η οποία τον συνδέει με τον ασφαλισμένο είναι η ασφαλιστική σύμβαση (Euzéby & Van Langendonck, 1990).

4. Οι ιδιωτικές πληρωμές

Οι ιδιωτικές πληρωμές προέρχονται από τα εισοδήματα των οικογενειών. Πρόκειται για τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών και είναι ακριβώς οι πληρωμές «από την τσέπη» των πολιτών (out-of-the-pocket-payments).

5. Οι λοιπές δαπάνες

Οι λοιπές δαπάνες αντιπροσωπεύουν τις δαπάνες από άλλους οργανισμούς ή ιδιώτες, εγχώριους ή από το εξωτερικό (οι λεγόμενες «Rest of the world financing schemes»), που συμβάλλουν συνήθως υπό τη μορφή δωρεάς και φιλανθρωπίας (NPISHs financing schemes) ή σαν εταιρική παροχή (Enterprises financing schemes). Τέτοια είναι οι Μη – Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί - ΜΚΟ, η Εκκλησία, κυβερνήσεις, νοικοκυριά, επιχορηγήσεις από την ΕΕ, παροχές εταιρικής ασφάλισης για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ως μέρος ενός πακέτου αμοιβών στην εργασία κ.λπ.

Φορείς χρηματοδότησης υγείας
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)
2. ΟΚΑ (HF.1.2)
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+ (2)
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (HF) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)

Πίνακας 5: Παρουσίαση δαπανών στα Δελτία Τύπου Λογαριασμών Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ

α/α	**Περιγραφή Είδους Δαπάνης**	**Κωδικοποίηση Είδους Δαπάνης**
1	Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)	HF.1.1
2	ΟΚΑ	HF.1.2
3	Ιδιωτική Ασφάλιση	HF.2.1
4	Ιδιωτικές Πληρωμές	HF.3.1
5	Λοιπές Δαπάνες	HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0

Πίνακας 6: Κωδικοποίηση δαπανών υγείας

Οι λειτουργίες-υπηρεσίες υγείας που απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης είναι η φροντίδα θεραπείας και αποκατάστασης, που περιλαμβάνει νοσηλείες

και επισκέψεις ιατρικής φροντίδας[7] , τα ιατρικά αγαθά, με κυρίαρχα τα φάρμακα και άλλα μη διαρκή αγαθά, τις επικουρικές υπηρεσίες, που περιλαμβάνουν κυρίως τις εργαστηριακές και ακτινολογικές υπηρεσίες. Έτσι, μεταξύ των παρόχων στους οποίους καταμερίζονται οι δαπάνες υγείας, δημόσιες και ιδιωτικές, επιλέχθηκαν οι πιο βασικοί, με κριτήριο το ότι σε αυτούς συγκεντρώνεται το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης. Οι προμηθευτές αυτοί είναι: (α) οι νοσοκομειακές δομές, που μεταξύ αυτών είναι τα γενικά νοσοκομεία, (β) οι εξωνοσοκομειακές δομές («ambulatory health care»), που σε αυτές ανήκουν η ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα και (γ) οι έμποροι λιανικής και λοιποί πάροχοι ιατρικών αγαθών, μεταξύ των οποίων είναι τα φαρμακεία[8].

4.1.2.1 Δημόσιες δαπάνες υγείας

Οι δημόσιες παροχές υγείας περιλαμβάνουν την επείγουσα προνοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, με αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία. Οι ιατροί που απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι κατά κανόνα πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική. Οι πληρωμές προς τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας είναι αναδρομικές και περιλαμβάνουν τους μισθούς του προσωπικού του ΕΣΥ, την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση όσον αφορά τους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία παρόχους και τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια για τα δημόσια νοσοκομεία.

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα βάσει του ενιαίου ΣΛΥ προέρχονται από (1) τη Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) και (2) τους ΟΚΑ. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το ΕΣΥ, όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες, χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας - άμεσης και της έμμεσης- και από την κοινωνική ασφάλιση.

Η γενική φορολογία και οι ειδικοί φόροι για την υγεία αντανακλούν την κρατική χρηματοδότηση. Οι πόροι αυτοί, μέσω των άμεσων και έμμεσων φόρων, καλύπτουν τους ετήσιους προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσηλευτικών δομών αλλά και τις διοικητικές δαπάνες του συστήματος υγείας, τις δαπάνες για τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία, τις

[7] Ως νοσηλεία μεταφράζεται ο όρος inpatient care που περιλαμβάνει διανυκτέρευση σε νοσοκομειακή δομή και ως επισκέψεις ιατρικής φροντίδας ο όρος outpatient care, που δεν απαιτεί διανυκτέρευση αλλά περιλαμβάνει απλές διαγνωστικές ή θεραπευτικές επισκέψεις σε ιατρικές δομές.

[8] Περισσότερες πληροφορίες για τους παρόχους υγείας αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 3, σελ. 48.

επενδύσεις σε κεφαλαιουχικά αγαθά, δηλαδή σε κτιριακές εγκαταστάσεις, εξοπλισμό κ.λπ., τη δημόσια υγεία και τη χρηματοδότηση της έρευνας και της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, καλύπτει τις επιχορηγήσεις προς τα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία (Οικονόμου, 2012): για παράδειγμα ο ΟΓΑ αποτελούσε ένα ταμείο που χρηματοδοτούνταν κατά το μεγαλύτερο μέρος από τον κρατικό προϋπολογισμό, σε σχέση με φορείς όπως το ΙΚΑ ή το ΤΕΒΕ, που χρηματοδοτούνται κυρίως από τις εργατικές εισφορές (Ρεκλείτη, κ.ά., 2012).

Οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης αντανακλούν το κοινωνικό στοιχείο, όπου η χρηματοδότηση διοχετεύεται σε ταμεία ή λογαριασμούς, στα οποία η κυβέρνηση θεωρητικά δεν έχει άμεση πρόσβαση, αλλά προσδίδουν δικαιώματα σε υπηρεσίες υγείας. Γενικά, οι κοινωνικές εισφορές δεν εξαρτώνται από τους ατομικούς κινδύνους υγείας αλλά σχετίζονται περισσότερο με εισοδηματικά κριτήρια, γεγονός που καθιστά την κοινωνική ασφάλιση εκ των προτέρων αναδιανεμητικής φύσεως (Böhm, κ.ά., 2013). Βασική πηγή εσόδων για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένων των εισφορών του κράτους για τους δημόσιους υπαλλήλους. Στην Ελλάδα, η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική και ο ρόλος της μέσω του οργανισμού του ΕΟΠΥΥ περιλαμβάνει τη σύναψη συμβάσεων με ιδιώτες επαγγελματίες υγείας που αποζημιώνονται αναδρομικά, κατά πράξη και κατά περίπτωση, σε προκαθορισμένες, συμφωνημένες τιμές ή κατά παραλλαγή αυτού η πληρωμή κάποιου συμβεβλημένου ιδιώτη γιατρού από τον ασθενή με βάση τις αγοραίες τιμές και στη συνέχεια, η επιστροφή σε αυτόν, μέρους του ποσού.

4.1.2.2 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα περιλαμβάνει τα ιδιωτικά νοσοκομεία, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τα εργαστήρια και τους ιδιώτες ιατρούς. Ισχύουν οι προαναφερθείσες συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία των συνεργαζόμενων ιδιωτών ιατρών, οι οποίοι πληρώνονται αναδρομικά για την παροχή πρωτοβάθμιων κυρίως υπηρεσιών (Οικονόμου, 2012).

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας βάσει του ενιαίου Συστήματος Λογαριασμών Υγείας προέρχονται από (1) την ιδιωτική ασφάλιση και (2) τις ιδιωτικές πληρωμές ή out-of-pocket-payments. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στη διεθνή πρακτική συνδέονται στενά με τους ατομικούς κινδύνους υγείας, γι’ αυτό και το ύψος των ασφαλίστρων υπολογίζεται συνήθως

βάσει αυτών. Παρόλ' αυτά η ιδιωτική ασφάλιση ενέχει σε μικρό βαθμό ένα αναδιανεμητικό ρόλο, καθώς εκ των υστέρων οι ασθενείς ωφελούνται από τους υγιείς (Böhm, κ.ά., 2013).

Μια μορφή ιδιωτικής δαπάνης είναι οι άμεσες αμοιβές ιδιωτών ιατρών και διαγνωστικών κέντρων που είτε δεν έχουν συνάψει σύμβαση με το ασφαλιστικό ταμείο είτε δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση ή που τις καλύπτει αλλά οι πολίτες προτιμούν να τις αγοράσουν στην ιδιωτική αγορά για λόγους μείωσης του χρόνου αναμονής ή καλύτερης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Άλλες μορφές ιδιωτικής δαπάνης είναι οι θεσμοθετημένες συμπληρωμές που προβλέπονται για συμμετοχή του ασθενή στο κόστος περίθαλψης, όπως για παράδειγμα, η συμμετοχή στα συνταγογραφούμενα φάρμακα, η διαφορά που επιβαρύνεται ο ασθενής επιπλέον του ποσού που εγκρίνεται από τους ασφαλιστικούς φορείς για μια υπηρεσία υγείας και οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης για όσους έχουν συνάψει συμβόλαια με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Οικονόμου, 2012, Ρεκλείτη, κ.ά., 2012).

Τέλος, ως ιδιωτική δαπάνη θεωρούνται οι παράτυπες πληρωμές που καταβάλλονται προκειμένου να παρακαμφθούν οι λίστες αναμονής ή να επιτευχθεί καλύτερη προσοχή από την πλευρά του ιατρού (Οικονόμου, 2012), ακόμα κι αν δεν καταγράφονται επίσημα, επομένως, δεν μπορούν να αποτυπωθούν αριθμητικά με ακρίβεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Μέθοδος

5.1 Σκοπός έρευνας - Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της εξέλιξης των δημόσιων δαπανών υγείας στην χώρα μας για την περίοδο 2009-2019 και αναλυτικότερα, η χαρτογράφηση των δαπανών για την υγεία, δηλαδή τις δημόσιες, ιδιωτικές και λοιπές δαπάνες.

Η αποτύπωση πραγματοποιείται ανά έτος καθώς και συγκριτικά από έτος σε έτος.

Επιμέρους στόχοι – ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

α) Η παρουσίαση της συνολικής δαπάνης υγείας, δημόσιας και ιδιωτικής ως προς το ΑΕΠ ανά έτος.

β) Η παρουσίαση της δημόσιας δαπάνης σε σχέση με την συνολική δαπάνη υγείας ανά έτος.

γ) Η σύγκριση της δημοσίων και των ιδιωτικών δαπανών.

δ) Η διάρθρωση των δαπανών ανά φορέα χρηματοδότησης.

ε) Η διάρθρωση των δαπανών ανά πάροχο και ανά υγειονομική δραστηριότητα.

5.2 Πηγές δεδομένων

Για την παρούσα μελέτη τα στοιχεία αντλήθηκαν από τα επίσημα δημοσιευμένα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ τον Οκτώβριο/Νοέμβριο 2021.

Η ΕΛΣΤΑΤ είναι η εθνική στατιστική υπηρεσία της Ελλάδας. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό της νόμο (3832/2010), είναι Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή με νομική προσωπικότητα (Ν.Π.Δ.Δ.) και δεν υπόκειται σε έλεγχο από κυβερνητικά όργανα ή άλλη διοικητική αρχή. Η λειτουργία της υπάγεται στον έλεγχο της Βουλής των Ελλήνων.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τα στοιχεία που αφορούν τις δαπάνες υγείας, αυτά προέρχονται από:

1) Τα Δελτία Τύπου με τίτλο «Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας» του εκάστοτε έτους ή περιόδου ετών και
2) πρόσφατα αρχεία χρονοσειρών με θέμα τις υγειονομικές δαπάνες.

Πιο αναλυτικά, τα Δελτία Τύπου για την περίοδο υπό μελέτη (2009-2019) είναι τα:

α) Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011

β) Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012

γ) Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) Έτους 2015

δ) Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) Έτους 2016

ε) Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) Έτους 2017

στ) Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) Έτους 2018

ζ) Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) Έτους 2019

Η ΕΛΣΤΑΤ δημοσιοποίησε το 2013 για πρώτη φορά στατιστικά στοιχεία για τις Δαπάνες Υγείας σε εθνικό επίπεδο, με βάση το ΣΛΥ του ΟΟΣΑ. Η πρώτη αυτή δημοσιοποίηση αφορούσε προσωρινές εκτιμήσεις για τις δαπάνες υγείας των ετών 2009-2011, ενώ στη συνέχεια η ΕΛΣΤΑΤ εξακολούθησε να δημοσιεύει τα στοιχεία ΣΛΥ σε ετήσια βάση, εντός του πρώτου τριμήνου του μεθεπόμενου έτους από το έτος αναφοράς των στοιχείων, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα δημοσιεύσεων του ΟΟΣΑ και της Eurostat[9]. Οι πίνακες του ΣΛΥ καταρτίζονται βάσει των πρωτογενών δεδομένων που λαμβάνονται από τους αντίστοιχους χρηματοδοτικούς φορείς.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι ενότητες που αφορούν τις συνολικές καταγραφές δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα καθώς και η κατεύθυνση υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα με έμφαση στις δημόσιες δαπάνες.

Συγκεκριμένα, παρακάτω αναφέρεται ποια δεδομένα αξιοποιήθηκαν από κάθε πηγή στην παρούσα εργασία δικαιολογώντας τις εκάστοτε επιλογές:

1) Τα στοιχεία των ετών 2015-2019 προέρχονται από το πιο πρόσφατο Δελτίο Τύπου Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2019 (ΕΛΣΤΑΤ, 2021).
2) Τα στοιχεία του έτους 2014 προέρχονται από το Δελτίο Τύπου ΣΛΥ έτους 2018 που περιέχει τα πιο πρόσφατα αναθεωρημένα στοιχεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2020).
3) Για τα δεδομένα των ετών 2009-2013 χρησιμοποιήθηκε η χρονοσειρά που προαναφέρθηκε (ΕΛΣΤΑΤ, 2021).

Όσον αφορά τα δεδομένα του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) της χώρας μας, αυτά προέρχονται από την EUROSTAT τα στοιχεία της οποίας παρέχονται από την

[9] Το νομικό πλαίσιο για την παραγωγή των στοιχείων του ΣΛΥ είναι ο Ευρωπαϊκός Κανονισμός 1338/2008 και ο αντίστοιχος Εφαρμοστικός Κανονισμός 359/2015. Η ΕΛΣΤΑΤ μετά την ψήφιση του ανωτέρω Εφαρμοστικού Κανονισμού υποχρεώθηκε για την αποστολή των στοιχείων του ΣΛΥ στη Eurostat και τους Διεθνείς Οργανισμούς (ΟΟΣΑ & Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας), ενώ μέχρι το Μάρτιο του 2015 η αποστολή των στοιχείων στους ανωτέρω Οργανισμούς ήταν σε εθελοντική βάση.

αντίστοιχη πρόσφατη αναθεώρηση της ΕΛΣΤΑΤ (Οκτώβριος 2021)[10] και οι λόγοι δημόσιων δαπανών προς τη συνολική χρηματοδότηση υπολογίζονται με βάση τις τρέχουσες τιμές του ΑΕΠ κι όχι τις σταθερές τιμές του προηγούμενου έτους. Αυτό επιλέχθηκε κατά το παράδειγμα της ανάλυσης που παρέχεται στα Δελτία Τύπου ΣΛΥ, όπου διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά της συνολικής δαπάνης υγείας προς το ΑΕΠ αναφέρονται στις τρέχουσες τιμές του ΑΕΠ. Οι τρέχουσες ή αγοραίες τιμές υπολογίζονται αν πολλαπλασιάσουμε την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών με την τιμή που είχαν αυτά τα αγαθά και υπηρεσίες κατά το έτος αναφοράς. Το ΑΕΠ, αντίστοιχα, σε σταθερές τιμές είναι υπολογισμένο σε τιμές που υπήρχαν ένα συγκεκριμένο έτος βάσης, λαμβάνοντας υπόψη τις μεταβολές του πληθωρισμού στο χρόνο.

5.3 Περιορισμοί

Στην παρούσα μελέτη δεν διερευνώνται τα αποτελέσματα στην υγεία, σωματική και ψυχολογική, των χρηστών του ΕΣΥ και οι ανικανοποίητες ανάγκες που απορρέουν από την μείωση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.

Δεν υπάρχει συγκριτική αξιολόγηση των στοιχείων της χώρας μας με αντίστοιχα στοιχεία άλλων χωρών.

[10] (ΕΛΣΤΑΤ, 2021)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Αποτελέσματα

6.1 Συνολικές, δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας

Οι συνολικές δαπάνες, οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην χώρα μας για την περίοδο 2009-2019, βάση των στοιχείων της ΕΛΣΤΑΤ αποτυπώνονται στον πίνακα 7.

Το 2009 η συνολική δαπάνη υγείας ήταν 22.344,57 εκατομμύρια €. Από τα στοιχεία προκύπτει ότι τα επόμενα έτη η συνολική δαπάνη υγείας μειωνόταν μέχρι το 2014 όπου έφτασε τα 14.024,50 εκ. €. Το 2019 η συνολική δαπάνη υγείας ήταν 14.375,7 εκ. €.

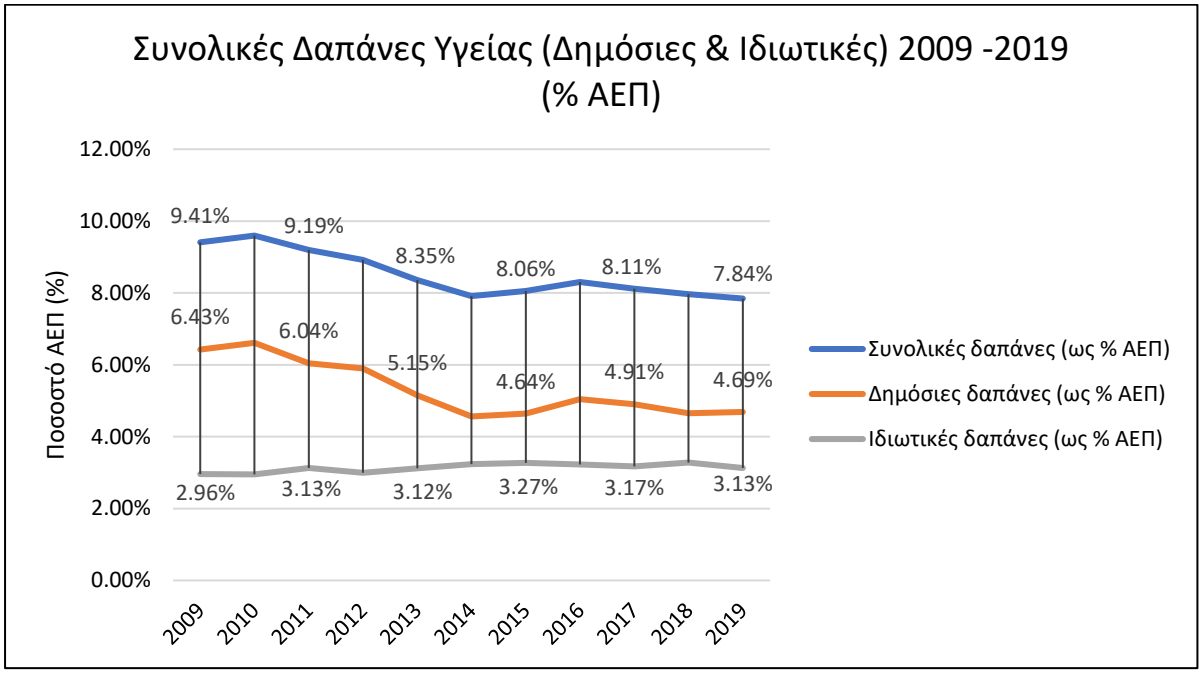
Το 2009 οι συνολικές δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν το 9,41% του ΑΕΠ και το ποσοστό αυτό μειωνόταν ως το 2014, όπου αντιπροσωπεύουν το 7,9%, ενώ το 2019 οι συνολικές δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν το 7,84% του ΑΕΠ (Διάγραμμα 5).

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας το 2009 ήταν 15.265,83 εκ. €, ενώ το 2019 ήταν 8.590,5 εκ. €. Ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2009 οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσωπεύουν το 6,43% και το 2010 το 6,6%, αντίστοιχα. Το ποσοστό μειώνεται φτάνοντας το 2014 στο ελάχιστο 4,56% για να σταθεροποιηθεί ακολούθως γύρω στο 5% ως και το 2019, όταν αντιπροσωπεύουν το 4,69%.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας το 2009 ήταν 7.026,12 εκ. και αντιπροσωπεύουν το 2,96% του ΑΕΠ. Το 2019 οι ιδιωτικές δαπάνες ήταν τα 5.729,3 εκ. και αντιπροσωπεύουν το 3,13% του ΑΕΠ.

Έτος	ΑΕΠ *(τρέχουσες τιμές, εκ. €)*	**Συνολικές δαπάνες *(εκ. €)***	Συνολικές δαπάνες *(ως % ΑΕΠ)*	**Δημόσιες δαπάνες *(εκ. €)***	Δημόσιες δαπάνες *(ως % ΑΕΠ)*	**Ιδιωτικές δαπάνες *(εκ. €)***	Ιδιωτικές δαπάνες *(ως % ΑΕΠ)*
2009	237.534	**22.344,57**	9,41%	**15.265,83**	6,43%	**7.026,12**	2,96%
2010	224.124	**21.508,34**	9,60%	**14.820,52**	6,61%	**6.614,66**	2,95%
2011	203.308	**18.690,74**	9,19%	**12.280,38**	6,04%	**6.357,94**	3,13%
2012	188.381	**16.811,38**	8,92%	**11.113,22**	5,90%	**5.644,63**	3,00%
2013	179.884	**15.028,19**	8,35%	**9.272,60**	5,15%	**5.616,23**	3,12%
2014	177.236	**14.024,50**	7,91%	**8.088,3**	4,56%	**5.737,9**	3,24%
2015	176.369	**14.210,10**	8,06%	**8.182,7**	4,64%	**5.765,4**	3,27%
2016	174.494	**14.498,40**	8,31%	**8.805,8**	5,05%	**5.625,4**	3,22%
2017	176.903	**14.354,80**	8,11%	**8.678,4**	4,91%	**5.614,6**	3,17%
2018	179.558	**14.304,10**	7,97%	**8.357,6**	4,65%	**5.890,8**	3,28%
2019	183.250	**14.375,70**	7,84%	**8.590,5**	4,69%	**5.729,3**	3,13%

Πίνακας 7: Δαπάνες Υγείας 2009-2019 ως ποσοστό του ΑΕΠ



Διάγραμμα 5: Δαπάνες Υγείας 2009-2019 ως ποσοστό του ΑΕΠ

6.2 Πηγές χρηματοδότησης

Η χρηματοδότηση του τομέα υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα αποτυπώνεται στον πίνακα 8.

Το σύνολο των δημόσιων δαπανών για την υγεία το 2009 ήταν 15.265,83 εκ. Τα 6.115,4 εκ. € προήλθαν από την Γενική Κυβέρνηση και τα 9.150,4 εκ. € από τους ΟΚΑ.

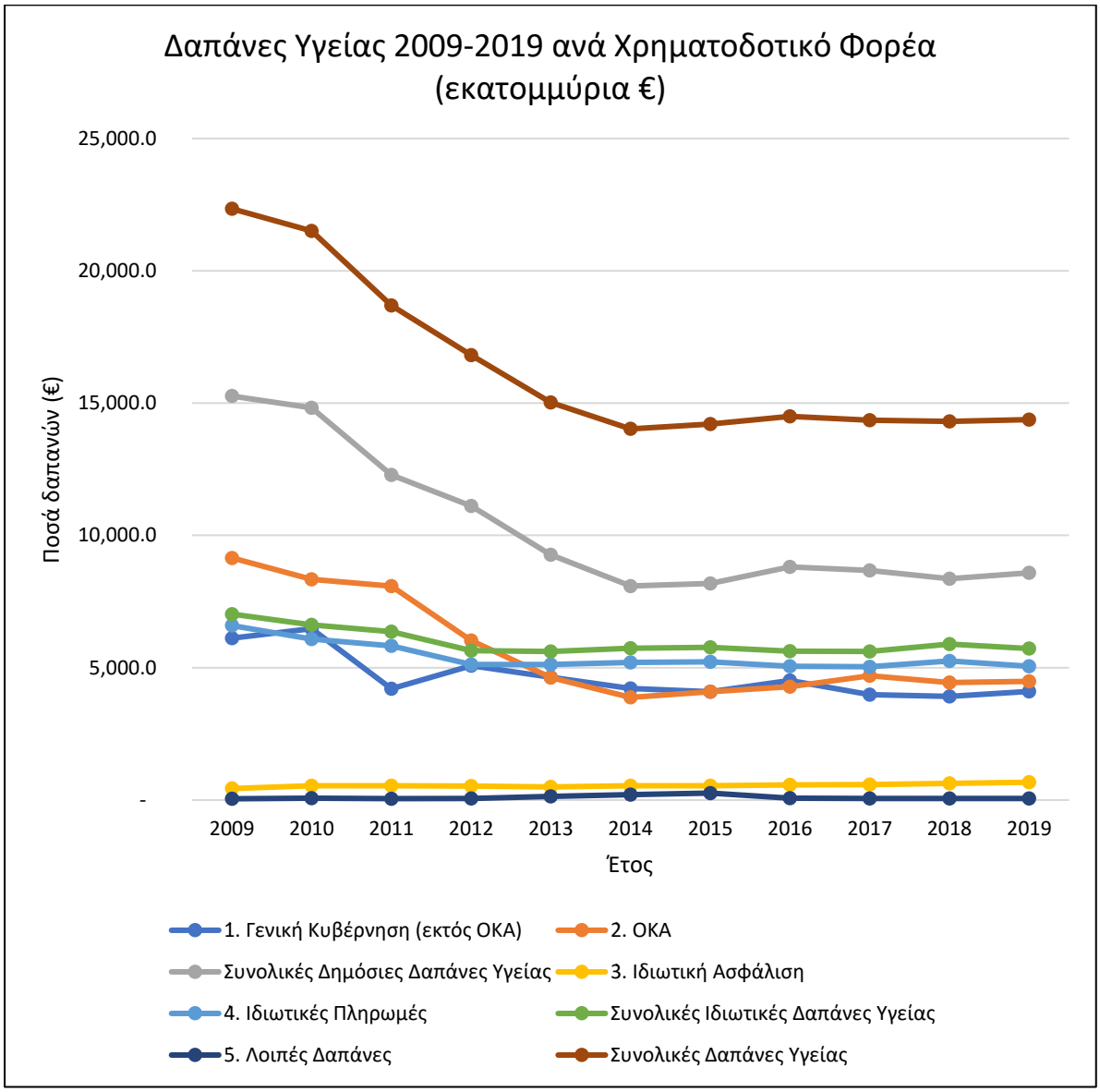
Το σύνολο των δημόσιων δαπανών για την υγεία το 2019 ήταν 8.590,5 εκ. €. Οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης μειώνονται σε 4.108,5 εκ. € αποτελώντας το 28,58% των συνολικών και των ΟΚΑ μειώνονται σε 4.482 εκ. € αντιπροσωπεύοντας το 31,2% της συνολικής χρηματοδότησης.

Οι ιδιωτικές δαπάνες το 2009 προέρχονταν από τις ιδιωτικές πληρωμές (out-of-the-pocket payments) κατά 6.592,3 εκ. αντιπροσωπεύοντας 29,5% της συνολικής χρηματοδότησης. Ακολουθώντας μια ελαφρώς μειούμενη προς σταθερή πορεία, οι ιδιωτικές πληρωμές το 2019 ήταν 5.057 εκ. €, αποτελώντας το 35,2% της συνολικής χρηματοδότησης. Όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση, το 2009 οι δαπάνες ήταν στα 433,8 εκατομμύρια αντιπροσωπεύοντας μόλις το 1,94% της συνολικής χρηματοδότησης. Από τότε, αυξάνονταν σταθερά, φτάνοντας το 2019 τα 672,3 εκ. και το 4,7% της συνολικής χρηματοδότησης (πίνακας 5).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)	6.115,4	6.475,4	4.202,2	5.082,1	4.638,6	4.210,5	4.087,60	4.519,00	3.985,00	3.916,00	4.108,50
% της συνολικής	27,37%	30,11%	22,48%	30,23%	30,87%	30,02%	28,77%	31,17%	27,76%	27,38%	28,58%
2. ΟΚΑ	9.150,4	8.345,1	8.078,1	6.031,1	4.634,0	3.877,80	4.095,10	4.286,80	4.693,40	4.441,60	4.482,00
% της συνολικής	40,95%	38,80%	43,22%	35,88%	30,84%	27,65%	28,82%	29,57%	32,70%	31,05%	31,18%
Συνολικές Δημόσιες Δαπάνες Υγείας	**15.265,8**	**14.820,5**	**12.280,4**	**11.113,2**	**9.272,6**	**8.088,3**	**8.182,70**	**8.805,80**	**8.678,40**	**8.357,60**	**8.590,50**
% της συνολικής	**68,32%**	**68,91%**	**65,70%**	**66,11%**	**61,70%**	**57,67%**	**57,58%**	**60,74%**	**60,46%**	**58,43%**	**59,76%**
3. Ιδιωτική Ασφάλιση	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1	535	541,3	567,5	578,3	630,2	672,3
% της συνολικής	1,94%	2,50%	2,86%	3,13%	3,29%	3,81%	3,81%	3,91%	4,03%	4,41%	4,68%
4. Ιδιωτικές Πληρωμές	6.592,3	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,90	5.224,10	5.057,90	5.036,30	5.260,60	5.057,00
% της συνολικής	29,50%	28,26%	31,16%	30,45%	34,08%	37,10%	36,76%	34,89%	35,08%	36,78%	35,18%
Συνολικές Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας	**7.026,1**	**6.614,7**	**6.357,9**	**5.644,6**	**5.616,2**	**5.737,90**	**5.765,40**	**5.625,40**	**5.614,60**	**5.890,80**	**5.729,30**
% της συνολικής	**31,44%**	**30,75%**	**34,02%**	**33,58%**	**37,37%**	**40,91%**	**40,57%**	**38,80%**	**39,11%**	**41,18%**	**39,85%**
5. Λοιπές Δαπάνες	52,6	73,2	52,4	53,5	139,4	198,3	262	67,2	61,8	55,7	55,9
% της συνολικής	0,24%	0,34%	0,28%	0,32%	0,93%	1,41%	1,84%	0,46%	0,43%	0,39%	0,39%
Συνολικές Δαπάνες Υγείας	**22.344,6**	**21.508,3**	**18.690,7**	**16.811,4**	**15.028,2**	**14.024,5**	**14.210,1**	**14.498,4**	**14.354,8**	**14.304,10**	**14.375,70**

Πίνακας 8: Δαπάνες υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα, ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί

Τέλος, ένα μικρό μέρος της συνολικής χρηματοδότησης του τομέα της υγείας αντιπροσωπεύουν διαχρονικά οι λοιπές δαπάνες: το 2009 έφτασαν τα 52,6 εκ., από το 2013 αυξήθηκαν σημαντικά με αποκορύφωμα το 2015, όταν πενταπλασιάστηκαν φτάνοντας τα 262 εκ., για να μειωθούν έπειτα και ως το 2019 περίπου στα επίπεδα του 2009.



Διάγραμμα 6: Δαπάνες υγείας 2009-2019 σε εκατομμύρια € ανά χρηματοδοτικό φορέα, ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ

Έτος	**Δαπάνες Γενικής Κυβέρνησης (εκτός ΟΚΑ) (εκ. €)**	*Μεταβολή (%)*	**Δαπάνες ΟΚΑ (εκ. €)**	*Μεταβολή (%)*	**Συνολικές Δημόσιες Δαπάνες Υγείας** (εκ. €)	*Μεταβολή (%)*	**Συνολικές Δαπάνες Υγείας (εκ. €)**	*Μεταβολή (%)*
2009	6115,40		9.150,4		**15265,83**		**22344,57**	
2010	6475,43	5,9%	8.345,1	-8,8%	**14820,52**	-2,9%	**21508,34**	-3,7%
2011	4202,25	-35,1%	8.078,1	-3,2%	**12280,38**	-17,1%	**18690,74**	-13,1%
2012	5082,10	20,9%	6.031,1	-25,3%	**11113,22**	-9,5%	**16811,38**	-10,1%
2013	4638,58	-8,7%	4.634,0	-23,2%	**9272,60**	-16,6%	**15028,19**	-10,6%
2014	4.210,50	-9,2%	3.877,80	-16,3%	**8088,30**	-12,8%	**14024,50**	-6,7%
2015	4.087,60	-2,9%	4.095,10	5,6%	**8182,70**	1,2%	**14210,10**	1,3%
2016	4.519,00	10,6%	4.286,80	4,7%	**8805,80**	7,6%	**14498,40**	2,0%
2017	3.985,00	-11,8%	4.693,40	9,5%	**8678,40**	-1,4%	**14354,80**	-1,0%
2018	3.916,00	-1,7%	4.441,60	-5,4%	**8357,60**	-3,7%	**14304,10**	-0,4%
2019	4.108,50	4,9%	4.482,00	0,9%	**8590,50**	2,8%	**14375,70**	0,5%

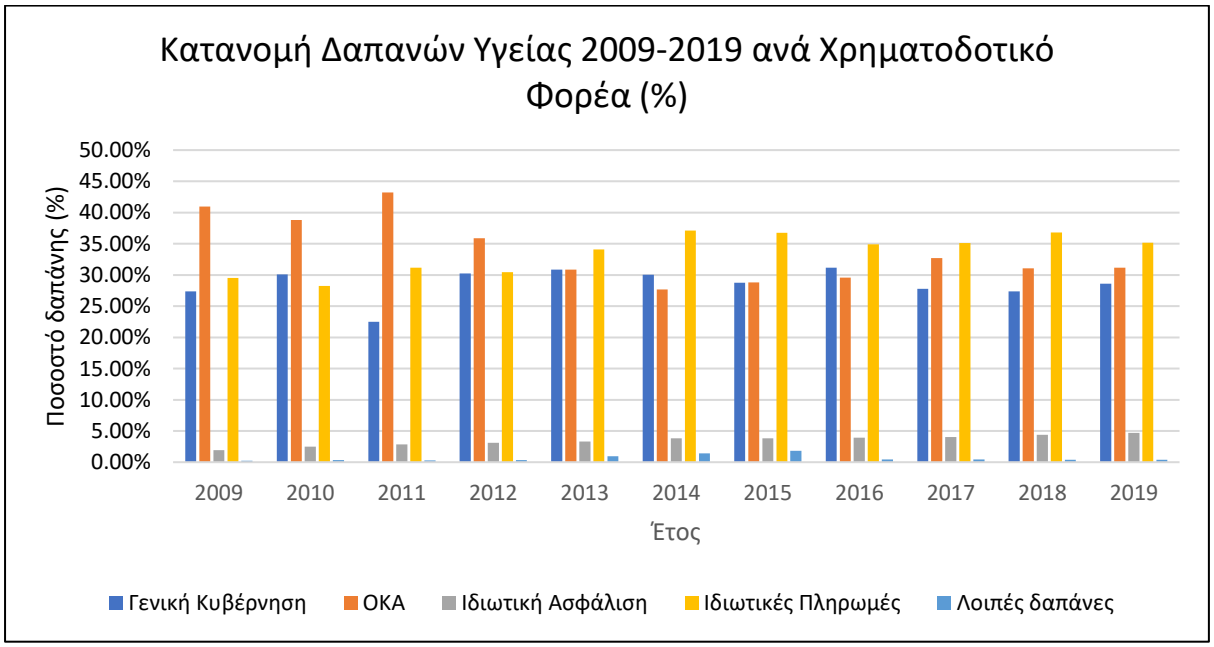
Πίνακας 9: Μεταβολή δημόσιων δαπανών υγείας 2009-2019

Έτος	**Ιδιωτική Ασφάλιση (εκ. €)**	*Μεταβολή (%)*	**Ιδιωτικές Πληρωμές (εκ. €)**	*Μεταβολή (%)*	**Συνολικές Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας** (εκ. €)	*Μεταβολή (%)*	**Συνολικές Δαπάνες Υγείας** (εκ. €)	*Μεταβολή (%)*
2009	433,81		6592,32		**7026,12**		**13618,44**	
2010	536,65	23,7%	6078,01	-7,8%	**6614,66**	-5,9%	**12692,67**	-6,8%
2011	534,18	-0,5%	5823,75	-4,2%	**6357,94**	-3,9%	**12181,69**	-4,0%
2012	525,75	-1,6%	5118,89	-12,1%	**5644,63**	-11,2%	**10763,52**	-11,6%
2013	495,06	-5,8%	5121,17	0,0%	**5616,23**	-0,5%	**10737,41**	-0,2%
2014	535,00	8,1%	5202,90	1,6%	**5737,90**	2,2%	**14024,50**	30,6%
2015	541,30	1,2%	5224,10	0,4%	**5765,40**	0,5%	**14210,10**	1,3%
2016	567,50	4,8%	5057,90	-3,2%	**5625,40**	-2,4%	**14498,40**	2,0%
2017	578,30	1,9%	5036,30	-0,4%	**5614,60**	-0,2%	**14354,80**	-1,0%
2018	630,20	9,0%	5260,60	4,5%	**5890,80**	4,9%	**14304,10**	-0,4%
2019	672,30	6,7%	5057,00	-3,9%	**5729,30**	-2,7%	**14375,70**	0,5%

Πίνακας 10: Μεταβολή ιδιωτικών δαπανών υγείας 2009-2019

Έτος	Λοιπές Δαπάνες (εκ. €)	Μεταβολή (%)	Συνολικές Δαπάνες Υγείας (εκ. €)	Μεταβολή (%)
2009	52,62		**22344,57**	
2010	73,17	39,1%	**21508,34**	-3,7%
2011	52,43	-28,3%	**18690,74**	-13,1%
2012	53,52	2,1%	**16811,38**	-10,1%
2013	139,36	160,4%	**15028,19**	-10,6%
2014	198,30	42,3%	**14024,50**	-6,7%
2015	262,00	32,1%	**14210,10**	1,3%
2016	67,20	-74,4%	**14498,40**	2,0%
2017	61,80	-8,0%	**14354,80**	-1,0%
2018	55,70	-9,9%	**14304,10**	-0,4%
2019	55,90	0,4%	**14375,70**	0,5%

Πίνακας 11: Μεταβολή λοιπών δαπανών 2009-2019



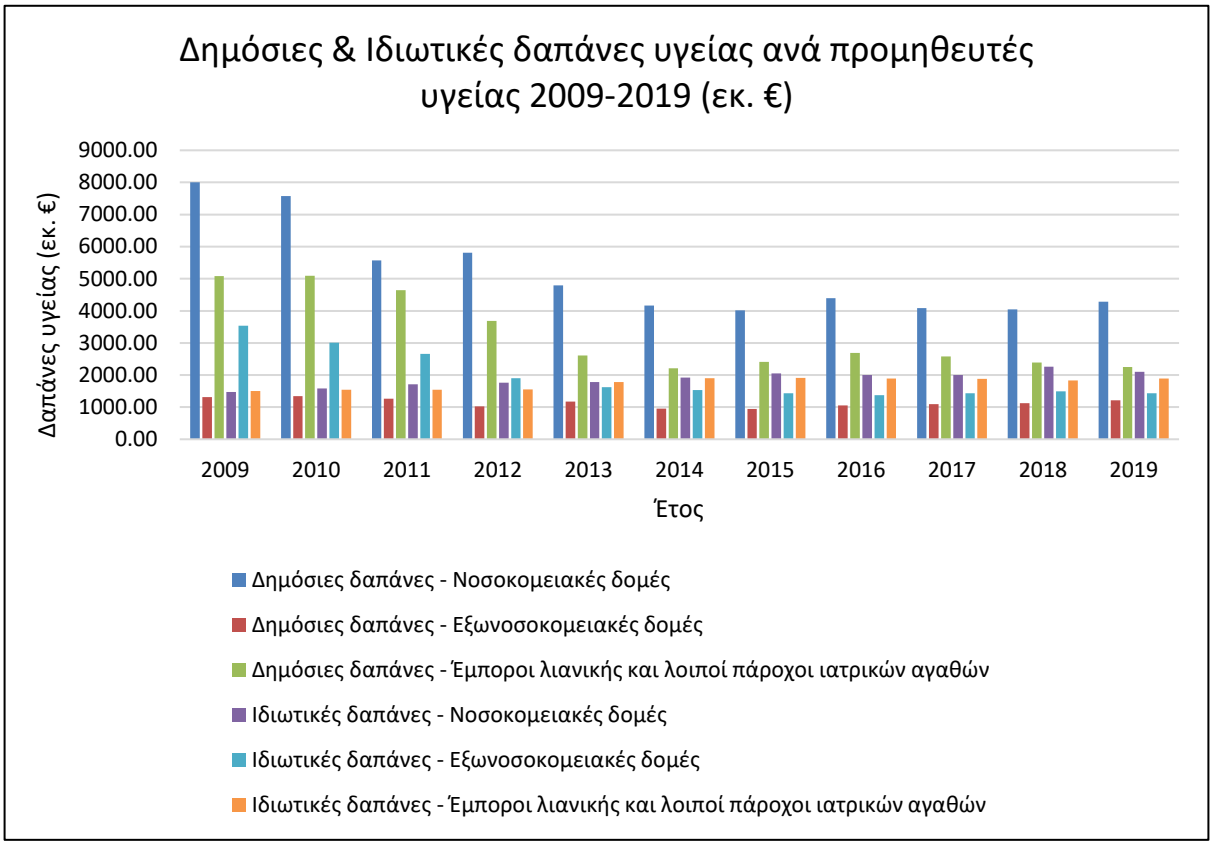
Διάγραμμα 7: Ποσοστιαία Κατανομή Δαπανών Υγείας 2009-2019 ανά Χρηματοδοτικό Φορέα, ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ

6.3 Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες προς παρόχους υγείας

	Δημόσιες δαπάνες (εκ. €)				Ιδιωτικές δαπάνες (εκ. €)			
Έτος	Νοσοκομειακές δομές	Εξωνοσοκομειακές δομές	Έμποροι λιανικής και λοιποί πάροχοι ιατρικών αγαθών	Συνολικές δημόσιες δαπάνες	Νοσοκομειακές δομές	Εξωνοσοκομειακές δομές	Έμποροι λιανικής και λοιποί πάροχοι ιατρικών αγαθών	Συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας
2009	7.998,97	1.315,23	5.086,82	15.265,83	1.476,18	3.534,69	1.501,27	7.026,12
2010	7.574,76	1.345,25	5.089,78	14.820,52	1.579,03	3.008,62	1.542,39	6.614,66
2011	5.575,66	1.261,74	4.645,66	12.280,38	1.711,39	2.663,15	1.543,45	6.357,94
2012	5.810,80	1.020,12	3.688,53	11.113,22	1.764,80	1.903,19	1.552,71	5.644,63
2013	4.794,91	1.171,56	2.612,47	9.272,60	1.779,78	1.618,37	1.784,94	5.616,23
2014	4.165,48	954,68	2.211,80	8.088,30	1.918,97	1.533,86	1.896,79	5.737,90
2015	4.012,28	947,53	2.407,98	8.182,70	2.047,92	1.430,42	1.915,84	5.765,40
2016	4.394,02	1.054,12	2.689,40	8.805,80	2.002,83	1.373,15	1.895,31	5.625,40
2017	4.084,77	1.092,80	2.579,95	8.678,40	1.997,75	1.434,96	1.880,30	5.614,60
2018	4.050,19	1.120,60	2.392,56	8.357,60	2.262,12	1.489,62	1.836,24	5.890,80
2019	4.282,30	1.216,22	2.253,19	8.590,50	2.097,68	1.436,68	1.893,83	5.729,30

Πίνακας 12: Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες ανά προμηθευτές υγείας 2009-2019 (εκατομμύρια €)

Το 2009 οι νοσοκομειακές δομές έλαβαν χρηματοδότηση 7.998,97 εκ., οι εξωνοσοκομειακές δομές 1.315,23 εκ. και οι έμποροι λιανικής και λοιποί πάροχοι ιατρικών αγαθών 5.086,82 εκ. € από τους δημόσιους φορείς. Αντίστοιχα, έλαβαν 1.476,18 εκ., 3.534,69 εκ. και 1.501,27 εκ. € από τους ιδιωτικούς φορείς. Στη συνέχεια, το 2019 οι νοσοκομειακές δομές έλαβαν χρηματοδότηση 4.282,3 εκ., οι εξωνοσοκομειακές δομές 1.216,22 εκ. και οι έμποροι λιανικής και λοιποί πάροχοι ιατρικών αγαθών 2.253,19 εκ. € από τους δημόσιους φορείς. Τέλος, έλαβαν αντίστοιχα 2.097,68 εκ., 1.436,68 εκ. και 1.893,83 εκ. € από τους ιδιωτικούς φορείς (πίνακας 12).



Διάγραμμα 8: Δημόσιες & Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανά προμηθευτές υγείας 2009-2019 (εκατομμύρια €)

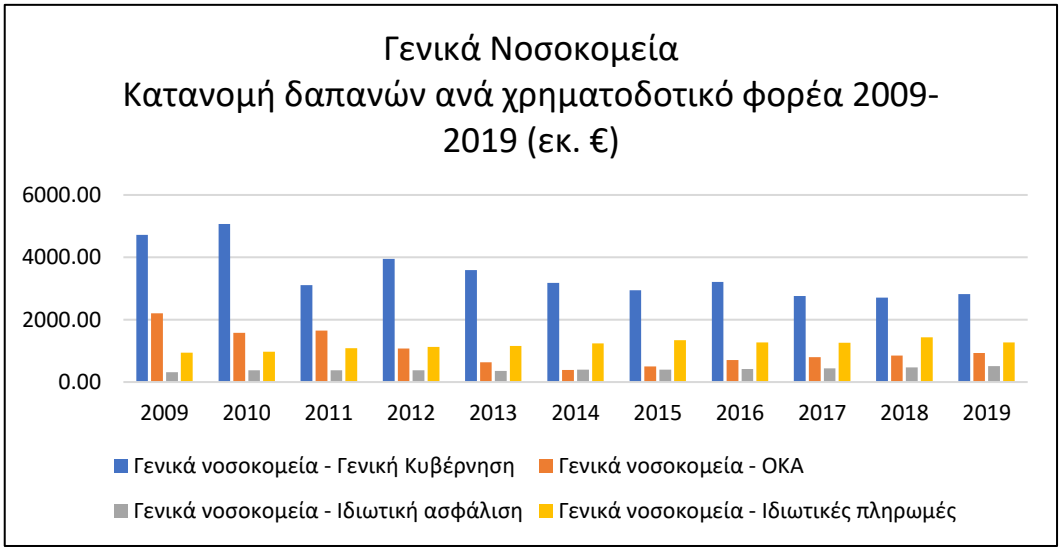
Από τους παρόχους υγείας (πίνακας 13), συγκεκριμένα, τα γενικά νοσοκομεία της κατηγορίας των νοσοκομειακών δομών υγείας έλαβαν το 2009 το ποσό των 6.922,42 εκατομμυρίων € από τους δημόσιους φορείς, 4.716,26 εκ. € από την Γενική Κυβέρνηση και 2.206,16 εκ. € από τους ΟΚΑ.

Ακόμα, έλαβαν 1.257,47 εκ. από τους φορείς ιδιωτικής χρηματοδότησης, 310,76 εκ. από την ιδιωτική ασφάλιση και 946,71 εκ. κατευθείαν από την τσέπη των ασθενών. Το 2019 οι δημόσιες δαπάνες προς τα γενικά νοσοκομεία άθροιζαν στα 3.756,9 εκ. €, με 2.821,93 εκ. να προέρχονται από τη Γενική Κυβέρνηση και μόλις 934,97 εκ. από τους ΟΚΑ. Την ίδια περίοδο έλαβαν συνολικά 1.773,19 εκ. € από τις ιδιωτικές δαπάνες, 506,62 εκ. € από την ιδιωτική ασφάλιση και 1.266,58 εκ. € από τις ιδιωτικές πληρωμές.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Γενικά νοσοκομεία											
Δημόσιες δαπάνες	6.922,42	6.645,20	4.755,54	5.028,14	4.226,68	3.566,37	3.452,87	3.915,15	3.561,37	3.555,95	3.756,90
Γενική Κυβέρνηση	4.716,26	5.064,12	3.109,34	3.953,76	3.592,60	3.179,59	2.949,10	3.211,11	2.759,81	2.706,78	2.821,93
ΟΚΑ	2.206,16	1.581,07	1.646,20	1.074,39	634,08	386,78	503,77	704,04	801,56	849,17	934,97
Ιδιωτικές δαπάνες	1.257,47	1.357,91	1.465,81	1.508,51	1.516,36	1.636,43	1.737,25	1.696,044	1.690,80	1.902,92	1.773,19
Ιδιωτική ασφάλιση	310,76	380,32	379,56	377,21	358,17	395,07	394,15	422,99	434,61	467,61	506,62
Ιδιωτικές πληρωμές	946,71	977,59	1.086,25	1.131,30	1.158,20	1.241,36	1.343,11	1.273,06	1.256,19	1.435,31	1.266,58
Ιατρική φροντίδα											
Δημόσιες δαπάνες	164,58	164,50	272,62	134,29	426,10	216,76	180,01	183,32	210,80	180,50	213,50
Γενική Κυβέρνηση	7,82	9,03	7,82	4,12	5,52	7,44	7,50	7,37	8,20	8,20	8,20
ΟΚΑ	156,76	155,47	264,80	130,18	420,58	209,32	172,52	175,95	202,60	172,30	205,30
Ιδιωτικές δαπάνες	1.375,02	1.171,36	1.022,98	800,22	665,39	622,73	636,21	634,0567	640,45	696,06	696,15
Ιδιωτική ασφάλιση	43,02	55,43	53,37	50,84	47,70	49,96	57,22	54,38	49,94	63,16	62,35
Ιδιωτικές πληρωμές	1.332,00	1.115,94	969,60	749,38	617,69	572,76	578,99	579,68	590,51	632,90	633,80
Οδοντιατρική φροντίδα											
Δημόσιες δαπάνες	23,28	16,29	15,36	6,40	2,82	2,23	1,69	2,46	1,87	2,21	1,83
Γενική Κυβέρνηση	3,77	2,00	2,31	1,45	1,61	1,43	1,47	1,83	1,78	1,78	1,78
ΟΚΑ	19,51	14,30	13,05	4,94	1,21	0,80	0,22	0,62	0,09	0,43	0,06
Ιδιωτικές δαπάνες	1.953,56	1.651,35	1.477,96	988,69	843,81	802,07	701,04	659,4608	698,86	678,49	641,14
Ιδιωτική ασφάλιση	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ιδιωτικές πληρωμές	1.953,56	1.651,35	1.477,96	988,69	843,81	802,07	701,04	659,46	698,86	678,49	641,14

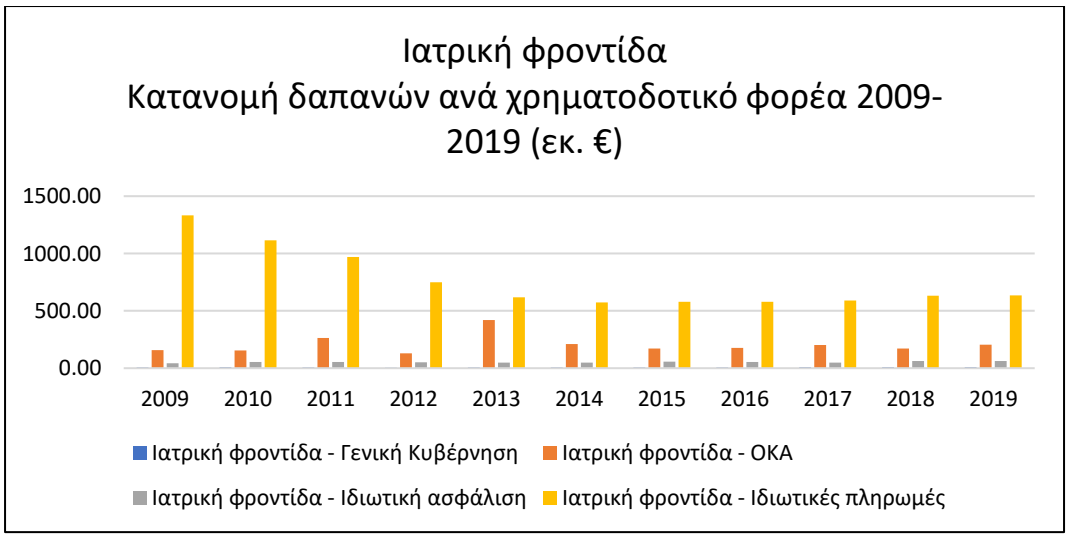
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ιατρικά και διαγνωστικά εργαστήρια											
Δημόσιες δαπάνες	364,21	311,92	303,25	140,97	287,75	320,41	371,15	177,85	293,44	126,45	297,86
Γενική Κυβέρνηση	6,43	5,52	6,04	0,23	0,37	3,84	3,90	4,16	4,94	4,94	4,94
ΟΚΑ	357,78	306,39	297,21	140,74	287,38	316,57	367,25	173,69	288,50	121,52	292,92
Ιδιωτικές δαπάνες	433,96	383,71	338,71	326,23	343,94	298,29	281,31	263,98	207,84	203,45	197,73
Ιδιωτική ασφάλιση	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ιδιωτικές πληρωμές	433,96	383,71	338,71	326,23	343,94	298,29	281,31	263,98	207,84	203,45	197,73
Φαρμακεία											
Δημόσιες δαπάνες	4.702,31	4.757,55	4.325,12	3.436,21	2.477,11	1.954,51	1.976,29	2.032,30	2.135,23	1.955,24	1.919,48
Γενική Κυβέρνηση	22,10	20,43	18,07	10,28	10,78	11,47	13,26	14,30	15,23	15,24	15,48
ΟΚΑ	4.680,20	4.737,12	4.307,05	3.425,93	2.466,33	1.943,04	1.963,03	2.018,00	2.120,00	1.940,00	1.904,00
Ιδιωτικές δαπάνες	1.336,26	1.403,40	1.426,35	1.438,33	1.700,49	1.818,56	1.841,98	1.838,71	1.826,26	1.784,40	1.840,83
Ιδιωτική ασφάλιση	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ιδιωτικές πληρωμές	1.336,26	1.403,40	1.426,35	1.438,33	1.700,49	1.818,56	1.841,98	1.838,71	1.826,26	1.784,40	1.840,83

Πίνακας 13: Χρηματοδότηση ανά φορέα προς σημαντικούς (επιλεκτικά) παρόχους υπηρεσιών υγείας



Διάγραμμα 9: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στα Γενικά Νοσοκομεία 2009-2019 (εκ. €)

Οι δημόσιες δαπάνες για ιατρική φροντίδα εξωνοσοκομειακών δομών υγείας το 2009 ήταν 164,58 εκ. €, τα οποία καταμερίζονταν κατά 7,82 εκ. από τη Γενική Κυβέρνηση και κατά 156,76 εκ. από τους ΟΚΑ. Οι ιδιωτικές δαπάνες έφτασαν τα 1.375,02 εκ. €, από τα οποία τα 43,02 εκ. προέρχονταν από τις ιδιωτικές ασφαλίσεις και τα 1.332 εκ. από τις άμεσες πληρωμές των ασθενών (ιδιωτικές πληρωμές). Το 2019 οι δημόσιες δαπάνες είχαν αυξηθεί σε 213,5 εκ., από τα οποία τα 8,2 εκ. προέρχονταν από τη Γενική Κυβέρνηση και τα 205,3 εκ. από τους ΟΚΑ. Τον ίδιο χρόνο, οι ιδιωτικές δαπάνες ήταν 696,15 εκ. χρηματοδοτούμενες ως επί το πλείστον από τις ιδιωτικές πληρωμές (633,8 εκ. €) και κατά 62,35 εκ. από την ιδιωτική ασφάλιση.

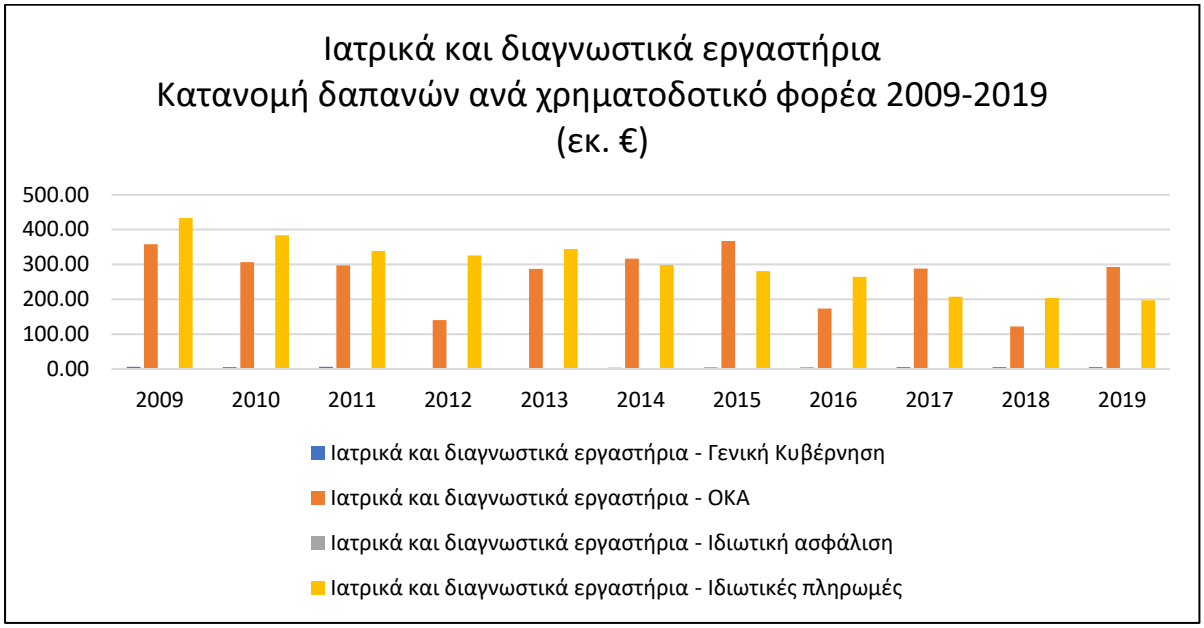


Διάγραμμα 10: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στην Ιατρική Φροντίδα 2009-2019 (εκ. €)

Διάγραμμα 11: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στην Οδοντιατρική Φροντίδα 2009-2019 (εκ. €)

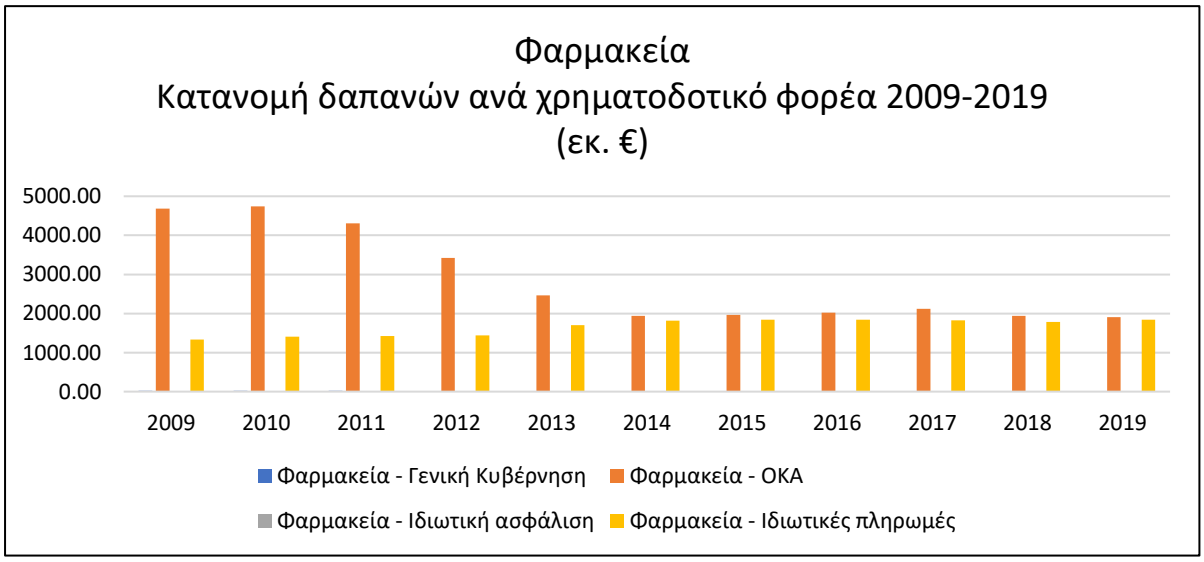
Όσον αφορά την οδοντιατρική φροντίδα που παρέχεται από εξωνοσοκομειακές δομές υγείας, οι δημόσιες δαπάνες κατά το 2009 ήταν συνολικά 23,28 εκ. €, τα οποία επιμερίζονταν κατά 3,77 εκ. από τη Γενική Κυβέρνηση και κατά 19,51 εκ. από τους ΟΚΑ. Οι ιδιωτικές δαπάνες τον ίδιο χρόνο άθροιζαν στα 1.953,56 εκ. € και μάλιστα προέρχονταν στο σύνολό τους από την τσέπη των ασθενών (ιδιωτικές πληρωμές). Το 2019 οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν σε 1,83 εκ. €, από τα οποία τα 1,78 εκ. προέρχονταν από τη Γενική Κυβέρνηση, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες ήταν 641,14 εκ. € που ήταν στο σύνολό τους δαπάνες ιδιωτικών πληρωμών.

Το 2009 οι δημόσιες δαπάνες προς τα ιατρικά και διαγνωστικά εργαστήρια, που αποτελεί μία από τις επικουρικές υπηρεσίες υγείας, έφταναν τα 364,21 εκ. €, από τα οποία τα 357,78 εκ. χρηματοδοτήθηκαν από τους ΟΚΑ. Οι ιδιωτικές δαπάνες δόθηκαν στο σύνολό τους από τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών και ήταν 433,96 εκ. Το 2019 οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν σε 297,86 εκ. €, με τους ΟΚΑ να δαπανούν τα 292,92 εκ. από αυτά, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούσαν κατά 197,73 εκ. μόνο ιδιωτικές πληρωμές.



Διάγραμμα 12: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στα Ιατρικά και Διαγνωστικά εργαστήρια 2009-2019 (εκ. €)

Τέλος, από τις δαπάνες που απευθύνθηκαν στα φαρμακεία, τον κύριο πάροχο αγαθών της κατηγορίας λιανικού εμπορίου και λοιπών προμηθευτών υγείας, οι δημόσιες δαπάνες το 2009 ήταν 4,702,31 εκ. € με τους ΟΚΑ να καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος τους (4,680,2 εκ. €). Οι ιδιωτικές δαπάνες ήταν 1.336,26 εκ. και ήταν στην ολότητά τους ιδιωτικές πληρωμές. Το 2019 τα φαρμακεία έλαβαν 1.919,48 εκ. από τους δημόσιους φορείς, από τα οποία τα 1.904 εκ. προέρχονταν από τους ΟΚΑ. Οι ιδιωτικές δαπάνες καλύπτονταν μόνο από τις ιδιωτικές πληρωμές και έφτασαν το ίδιο έτος τα 1.840,83 εκ. €.



Διάγραμμα 13: Κατανομή δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα στα Φαρμακεία 2009-2019 (εκ. €)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Συζήτηση

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία από το 2009 έως και το 2014 παρουσίαζαν συνεχή μείωση. Το 2015 και έπειτα φαίνεται να σταθεροποιούνται και να εμφανίζεται μια οριακή άνοδος το 2015-2016 ακολουθούμενη από μικρή πτώση τα έτη 2017-2018 και οριακή αύξηση το 2019. Η μεγαλύτερη ποσοστιαία μείωση σε σχέση με το προηγούμενο έτος σημειώθηκε το 2011, ύψους 13%, γεγονός που εξηγείται από το ότι επρόκειτο για το πρώτο έτος εφαρμογής των πρώτων μεταρρυθμίσεων εξορθολογισμού των δαπανών. Το 2014 το ποσό δαπανών μειώνεται στο ελάχιστο όλης της περιόδου, τα 14,02 δις €, ενώ από τότε κι έπειτα, τα ποσά συνολικών δαπανών φαίνεται να σταθεροποιούνται στα περίπου 14,3 δις € από το 2014 ως και το 2019. Η σύγκριση, ωστόσο, των συνολικών δαπανών μεταξύ του 2009 και του 2019 φανερώνει μια αρνητική μεταβολή κατά 35,7% καθώς από 22.344,57 εκ. € το 2009 η συνολική χρηματοδότηση μειώθηκε στα 14.375,7 εκ. €.

Αντίστοιχα, μειώθηκε η ποσόστωση των συνολικών δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ από 9,41% το 2009 σε 7,8% το 2019. Το 2010 για τις συνολικές δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύει το 9,6% του ΑΕΠ, που αποτελεί το μέγιστο ποσοστό επί του ΑΕΠ για όλη την περίοδο 2009-2019. Στη συνέχεια, οι δαπάνες επί του ΑΕΠ μειώνονται ως το 2014, όταν καταλαμβάνουν το 7,9%. Από το 2015 και μετά παρατηρείται ότι υπάρχει μια σχετική σταθερότητα στις τιμές των δαπανών επί του ΑΕΠ που δεν ξεπερνά τα επίπεδα του 2013 και κυμαίνονται γύρω στο 8% (Διάγραμμα 5). Παρατηρείται, επίσης, ότι, η μείωση των συνολικών δαπανών ακολουθεί τη μείωση του ΑΕΠ ως το 2014. Ακόμα, αν και κάθε έτος ως το 2016 το ΑΕΠ μειώνεται, οι συνολικές δαπάνες υγείας αρχίζουν κάπως να αυξάνονται από το 2015. Ωστόσο, από το 2017, που το ΑΕΠ αυξάνεται περίπου στα επίπεδα του 2012-2013, οι δαπάνες παραμένουν σταθερές στα περίπου 14,3 δις, σε επίπεδα χαμηλότερα των ετών αυτών (που οι δαπάνες ήταν στα περίπου 16 δις). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως καθ' όλη την υπό μελέτη περίοδο, το δημόσιο χρέος ακολουθεί ανοδική πορεία και από το 2013 φαίνεται να σταθεροποιείται στο κατά μέσο όρο 180,3% του ΑΕΠ, όπως σταθεροποιούνται στη συνέχεια και οι δαπάνες υγείας. Δημοσιονομικό πλεόνασμα αρχίζει να εμφανίζεται κατά 0,2% μόλις από το 2016 φτάνοντας το μέγιστο 1,1% του ΑΕΠ το 2019, αν και οι δημόσιες δαπάνες συνέχιζαν να μειώνονται με εξαίρεση μια μικρή αύξηση το 2019. Επιβεβαιώνεται, επομένως, ότι η περίοδος που μελετήθηκε ήταν μια περίοδος περικοπών στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, ακόμα και στον ευαίσθητο τομέα της υγείας.

Ποιες, όμως, ήταν οι κύριες πηγές χρηματοδότησης που άρχισαν να «στερεύουν»

συγκρίνοντας τις δημόσιες και τις ιδιωτικές δαπάνες; Συνολικά, το 2009 οι δημόσιες δαπάνες υγείας κάλυπταν το 68,32% της συνολικής χρηματοδότησης της υγείας και οι ιδιωτικές το υπόλοιπο 31,44%. Το 2019, οι δημόσιες δαπάνες υγείας είχαν μειωθεί και αποτελούσαν το 59,76%, ενώ οι ιδιωτικές καταλάμβαναν το σχεδόν 40% (για την ακρίβεια το 39,85%) της συνολικής χρηματοδότησης, κατά κύριο λόγο προερχόμενες από την τσέπη των ασθενών.

Από την σύγκριση δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών ανά έτος προκύπτει ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας υπέστησαν τις μεγαλύτερες μειώσεις. Το 2009 οι δημόσιες δαπάνες φτάνουν τα 15.265,83 εκ., ενώ το 2019 μειώνονται σε 8.590,5 εκ € (μείωση 44%). Η μεγαλύτερη μείωση σημειώθηκε το 2011 (κατά 17,1%), όπως συμβαίνει και για τις συνολικές δαπάνες υγείας, ενώ σε όλα τα έτη της περιόδου οι μειώσεις των δημοσίων δαπανών είναι περίπου ίδιες ή μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες μειώσεις των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που δείχνει ότι η γενικότερη τάση μείωσης των συνολικών δαπανών οφείλεται στη μεταβολή των δημοσίων δαπανών . Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας συνάδουν με ό,τι γνωρίζουμε για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία, κυρίως τα έτη 2010-2014, όπου παρατηρούνται και οι μεγαλύτερες αρνητικές μεταβολές: ήδη από το 2010 καταγράφηκαν σημαντικές μειώσεις μισθών και προσλήψεων, καθώς και συγχωνεύσεις δημόσιων δομών υγείας. Από το 2012, συγκροτείται ο ΕΟΠΥΥ που σε συνδυασμό με τις αλλαγές στον χειρισμό των φαρμακευτικών δαπανών αλλά και την χρηματοδότηση των νοσοκομείων με τα ΚΕΝ, εξοικονομήθηκαν 7,17 δις € μόνο ως το 2014, παρόλο που με τον ΕΟΠΥΥ δεν επιτεύχθηκε η μέγιστη εξοικονόμηση λόγω των φουσκωμένων ελλειμμάτων και που τα ΚΕΝ συνδέθηκαν κυρίως με βραχυπρόθεσμα οφέλη γιατί δεν ανταποκρίνονταν στα πραγματικά κόστη των νοσοκομείων.

Ακόμα, οι δημόσιες δαπάνες καταλαμβάνουν μεγαλύτερο μέρος του ΑΕΠ από ό,τι οι ιδιωτικές, όμως, με το πέρασμα του χρόνου παρουσιάζεται η τάση να μειώνονται οι διαφορές τους, με τις ιδιωτικές να αυξάνονται ως ποσοστό του ΑΕΠ (Διάγραμμα 5). Ως ποσοστό του ΑΕΠ ακολουθούν την ίδια εξέλιξη με τις συνολικές δαπάνες: το 2010 βρίσκονται στο μέγιστο ποσοστό του ΑΕΠ, δηλαδή στο 6,6%, στη συνέχεια το ποσοστό μειώνεται φτάνοντας το 2014 στο ελάχιστο (4,56%) για να σταθεροποιηθεί ακολούθως γύρω στο 4,75% [11] ως και το 2019. Η εξέλιξη αυτή αποτελεί άλλη μία συνέπεια του προγράμματος προσαρμογής που συμφωνήθηκε με την λεγόμενη Τρόικα, καθώς αρχικός στόχος των μέτρων ήταν οι δημόσιες

[11] μέσος όρος ετών 2014-2019

δαπάνες υγείας να μην ξεπερνούν το 6% του ΑΕΠ (Σουλιώτης, κ.ά., 2018).

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας το 2009 ήταν 7,026 δις και αποτελούσαν το 2,96% του ΑΕΠ, ενώ στη συνέχεια μειώνονται λίγο και σταθερά ως απόλυτο ποσό αλλά ακολουθούν μια μικρή αυξητική τάση ως ποσοστό του ΑΕΠ (Πίνακας 7). Σταδιακά, επομένως, οι ιδιωτικές δαπάνες έτειναν στο να καταλαμβάνουν μεγαλύτερο κομμάτι του ΑΕΠ, με μέγιστο το 3,28% κατά το 2018. Το 2019 οι ιδιωτικές δαπάνες φτάνουν τα 5,729 δις και το 3,13% του ΑΕΠ, είναι χαμηλότερες σε απόλυτους αριθμούς έχοντας σημειώσει μείωση 18,5% σε σύγκριση με το 2009 καθώς έχει μειωθεί και η παραγωγή του κράτους γενικότερα (ΑΕΠ), αλλά καταλαμβάνει μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με το 2009. Σύμφωνα με όσα έχουν προαναφερθεί, η Ελλάδα διαθέτει ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας ανάμεσα σε αυτά των χωρών του ΟΟΣΑ, παρά τη φιλόδοξη διακήρυξη που υποστηρίζει δημόσια υγεία για όλους κατά την ίδρυση του ΕΣΥ. Κατά της διάρκεια της οικονομικής κρίσης, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και η ελάττωση των εισοδημάτων δημιούργησε αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από δημόσιες δομές περίθαλψης, καθώς κυρίως οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αδυνατούσαν να στραφούν σε ιδιωτικές δομές υγείας. Επομένως, κατά αυτόν τον τρόπο είναι δυνατό να εξηγηθεί ότι από τη μια πλευρά υπήρχαν αμείωτες ανάγκες περίθαλψης, όμως, από την άλλη, οι δημόσιοι πάροχοι υποστελεχωμένοι και υποχρηματοδοτημένοι καθώς ήταν, δεν ήταν δυνατό να εκπληρώσουν τις ανάγκες όλου του πληθυσμού, παρόλα αυτά οι ιδιωτικές δαπάνες καταγράφουν μια μικρή μείωση, καθώς λόγω εισοδηματικών περιορισμών κάποιο μέρος των πολιτών οδηγήθηκε σε αποκλεισμό από τις υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης, κ.ά., 2018, Μπουρσανίδης, 2020). Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί, ότι η μείωση των ιδιωτικών δαπανών συντελούνταν με μικρότερο ρυθμό σε σχέση με τη μείωση των δημόσιων δαπανών. Στο φαινόμενο αυτό συνέβαλε πιθανά το χάσμα μεταξύ των αυξημένων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης και της συρρίκνωσης πόρων στις δημόσιες δομές, επομένως, όσοι μπόρεσαν απευθύνθηκαν σε ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια. Ακόμα, η υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων είχαν σε κάποιες περιπτώσεις ως παράπλευρες ή και άμεσες συνέπειες την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών: η εφαρμογή των ΚΕΝ και η επιβολή του εξέταστρου των 5€ στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και οι χειρισμοί για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στα φάρμακα και η πληρωμή 1€ ανά συνταγή αύξησαν τις ιδιωτικές δαπάνες.

Ως προς την προέλευση των δαπανών από τα είδη των χρηματοδοτικών φορέων (πίνακας 8), οι δημόσιες δαπάνες χρηματοδοτήθηκαν το 2009 κατά 6,1 δις από την Γενική

Κυβέρνηση και κατά 9,1 δις από τους ΟΚΑ˙ επομένως, οι ΟΚΑ αποτέλεσαν βασικότερο χρηματοδότη της υγείας, κατά 33% περισσότερο, που μάλιστα συγκέντρωνε σχεδόν το 41% της συνολικής χρηματοδότησης έναντι του 27,4% της Γενικής Κυβέρνησης. Το 2019, οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης και των ΟΚΑ φαίνεται να είναι ισορροπημένες: της Γενικής Κυβέρνησης μειώνονται σε 4,1 δις (μείωση 32,8% σε σχέση με το 2009) καταλαμβάνοντας το 28,6% της συνολικής χρηματοδότησης και των ΟΚΑ μειώνονται σε 4,4 δις καταγράφοντας μείωση 51% και καταλαμβάνοντας το 31,2% της συνολικής χρηματοδότησης, κρατώντας ωστόσο, παρά τη μεγάλη μείωση ακόμα τα σκήπτρα στη συνολική χρηματοδότηση από τους δημόσιους φορείς. Η εποχή των περικοπών στις δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης φαίνεται να ξεκινά σταθερά από το 2011 και να συνεχίζεται ως το 2019[12], κάνοντας φανερό ότι οι αρχές στόχευαν στον περιορισμό της χρηματοδότησης της υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό, όπως και έγινε, παραδείγματος χάριν, με τις περικοπές σε μισθούς, την μείωση των προσλήψεων, τον έλεγχο των προμηθειών και τη μείωση των δαπανών διοίκησης και παροχής υγείας. Επιπρόσθετα, οι μεγάλες μειώσεις των δαπανών των ΟΚΑ ξεκινούν το 2013, αφού έχει φτάσει στο μέγιστο σημείο ολοκλήρωσής του το εγχείρημα συγχώνευσης των ασφαλιστικών ταμείων μέσω της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ. Η μειωμένη χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ, επομένως, εξηγείται από την αξιοποίηση οικονομιών κλίμακας στο βαθμό που έγινε δυνατό, στη μείωση κάποιων παροχών στους ασφαλισμένους, στην μείωση των τιμών των φαρμακευτικών αγαθών αλλά και στην αύξηση της επιβάρυνσης του ίδιου του πολίτη με έξοδα ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία. Οι πληρωμές από την τσέπη των ασθενών αποτέλεσαν μια έκτακτη λύση για άλλη μια φορά με σκοπό τον «εξορθολογισμό» των δημόσιων δαπανών, γιατί την ώρα που αυξάνονταν οι ανάγκες σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ο ΕΟΠΥΥ έχανε έσοδα λόγω της κατακόρυφης αύξησης της ανεργίας, της αύξησης των συνταξιοδοτήσεων αλλά και της αδήλωτης εργασίας που άρχισε να εκδηλώνεται, τα οποία οδήγησαν σε αύξηση της απασφάλισης.

Οι ιδιωτικές δαπάνες το 2009 προέρχονταν κυρίαρχα από τις ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket-payments) που προσέγγιζαν τα 6,6 δις, ποσό που υπερέβαινε όσα διέθετε η Γενική Κυβέρνηση αλλά λιγότερα από όσα προέρχονταν από τους ΟΚΑ, αντιπροσωπεύοντας 29,5% της συνολικής χρηματοδότησης. Η εξέλιξη των ιδιωτικών πληρωμών ήταν κυρίως πτωτική – αν εξαιρεθούν τα έτη 2014, 2015 και 2018 που υπήρχε μια ελαφριά άνοδος – χωρίς όμως

[12] Με μικρές, ωστόσο, αυξήσεις τα έτη 2012, 2016, 2019.

έντονες αυξομειώσεις - , φτάνοντας το 2019 τα 5,06 δις, που αντιπροσώπευαν το 35,2% της συνολικής χρηματοδότησης, αρκετά περισσότερο από την χρηματοδοτική συμβολή των δημοσίων φορέων μεμονωμένα. Όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση, το 2009 οι αντίστοιχες δαπάνες έφταναν τα 433,8 εκατομμύρια καταλαμβάνοντας μόλις το 1,94% της συνολικής χρηματοδότησης. Από τότε, αυξάνονταν με ασθενή αλλά σταθερό τρόπο, φτάνοντας το 2019 τα 672,3 εκ. και το 4,7% της συνολικής χρηματοδότησης (πίνακας 5), καταγράφοντας αύξηση 54,9%.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι, ως σημαντικό χαρακτηριστικό του μείγματος των χρηματοδοτικών πόρων του ελληνικού συστήματος υγείας ξεχωρίζει το πολύ υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών που συχνά έχει ως αποτέλεσμα να τίθεται σε αμφισβήτηση ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας της χώρας. Σε συνδυασμό με τα παραπάνω, η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του ΕΣΥ δεν επιτυγχάνεται λόγω της υψηλής φοροδιαφυγής και του φαινομένου της παραοικονομίας με αποτέλεσμα οι δαπάνες υγείας να «επιβαρύνουν υπέρμετρα τα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα» (Οικονόμου, 2012, σελ. 27).

Αξίζει να σχολιαστεί, ακόμα, ότι ένα χαρακτηριστικό που ξεχωρίζει το ελληνικό σύστημα υγείας ως προς τις ιδιωτικές δαπάνες είναι ο τρόπος που αυτές κατανέμονται μεταξύ ιδιωτικών πληρωμών και ιδιωτικής ασφάλισης. Στην Ελλάδα, κυρίαρχες είναι οι ιδιωτικές πληρωμές, ενώ, για παράδειγμα στις ΗΠΑ η πλειονότητα των ιδιωτικών δαπανών καταβάλλεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Ρεκλείτη, κ.ά., 2012), γεγονός που φανερώνει ότι, καθώς στις ΗΠΑ το σύστημα υγείας είναι ιδιωτικό με επιλογή ιδιωτικού ασφαλιστικού φορέα και οι πολίτες καλύπτονται από τις ασφαλιστικές τους εισφορές/πληρωμές, ενώ στην Ελλάδα οι υποχρεωτικά ασφαλισμένοι από το κράτος, παρόλο που τους παρακρατούνται οι αντίστοιχες εισφορές, επιβαρύνονται διπλά με πληρωμές από την τσέπη τους για να λάβουν υπηρεσίες υγείας, όταν οι δημόσιες δομές αδυνατούν να τις καλύψουν ή για να έχουν καλύτερη ποιότητα περίθαλψης.

Επίσης, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα δεν καλύπτει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού με κυριότερες αιτίες να διακρίνονται σε εξωγενείς και ενδογενείς (Economou, 2008, όπως αναφέρεται στον Οικονόμου, 2012). Οι εξωγενείς σχετίζονται με το χαμηλό διαθέσιμο εισόδημα, τις δυσμενείς συνθήκες στην αγορά εργασίας, τη γήρανση του πληθυσμού, την αντίληψη της υγείας ως δημόσιου αγαθού, την ύπαρξη κοινωνικής ασφάλισης και την απροθυμία των πολιτών να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία. Οι ενδογενείς αιτίες περιλαμβάνουν την χαμηλή παραγωγικότητα, το υψηλό κόστος της ιδιωτικής

ασφάλισης υγείας και την απουσία προγραμμάτων προσαρμοσμένων στις ανάγκες των καταναλωτών (Economou, 2008, όπως αναφέρεται στον Οικονόμου, 2012).

Τέλος, οι λοιπές δαπάνες (Πίνακας 8) καταλάμβαναν μόνο ένα μικρό μέρος των συνολικών δαπανών που κατά μέσο όρο για την περίοδο 2009-2019 έφταναν μόλις το 0,65% της συνολικής χρηματοδότησης. Τα έτη 2013-2015 αυξήθηκαν σημαντικά - από 53,5 εκ. € το 2012 σε 139,4 εκ., 198,3 εκ. και 262 εκ. € αντίστοιχα – βελτιώνοντας κάπως τα ποσά τις συνολικής χρηματοδότησης υγείας κατά τα συγκεκριμένα έτη.

Σε μια απεικονιστική σύνοψη των παραπάνω, στο διάγραμμα 6 είναι πρόδηλη η κατακόρυφη μείωση των συνολικών δαπανών ως το 2014 και η σταθερότητά τους στα μειωμένα επίπεδα από εκεί κι έπειτα. Την ίδια καμπύλη μείωσης ακολουθούν οι συνολικές δημόσιες δαπάνες και οι δαπάνες των ΟΚΑ ειδικότερα. Εμφανές είναι, επίσης, ότι οι ιδιωτικές πληρωμές, ειδικά από το 2013 και μετά, ξεπερνούν σε ποσά τόσο τις δαπάνες των ΟΚΑ όσο και τις δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης, παρόλο που οι δημόσιες δαπάνες συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών στην υγεία. Επίσης, στο διάγραμμα 7 παρουσιάζεται ο ποσοστιαίος καταμερισμός των δαπανών ανά χρηματοδοτικό φορέα, όπου ξεχωρίζει η ποσοστιαία πτώση των δαπανών των ΟΚΑ και η άνοδος της παρουσίας των ιδιωτικών δαπανών, τόσο των ιδιωτικών πληρωμών όσο και των δαπανών ιδιωτικής ασφάλισης, στην συνολική χρηματοδότηση. Όσον αφορά τα έξοδα Γενικής Κυβέρνησης, σε γενικές γραμμές ακολουθούν ένα σταθερό μοτίβο εξέλιξης, ωστόσο, από το 2017 οι εν λόγω δαπάνες είναι λίγο μειωμένες σε σταθερά επίπεδα (28%).

Όσον αφορά στον τρόπο που χρηματοδοτήθηκαν οι πιο σημαντικές κατηγορίες προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (Πίνακας 12, Διάγραμμα 8) είναι εμφανής η πτωτική τάση των δημοσίων δαπανών και, αντίθετα, αυξητική στις ιδιωτικές δαπάνες των νοσοκομειακών δομών. Η εξοικονόμηση στα δημόσια νοσοκομεία και κλινικές έφτασε στο διάστημα 2009-2019 τα 3,7 δις € αποτυπώνοντας την προσπάθεια περιορισμού των δημόσιων δαπανών στα νοσοκομεία με μέτρα οικονομικής προσαρμογής όπως η εφαρμογή των ΚΕΝ και η πληρωμή εξετάσεων των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Επιπλέον, το 2019 οι ιδιωτικές νοσοκομειακές δαπάνες αυξήθηκαν κατά 621,5 εκ. € σε σχέση με το 2009.

Η δημόσια χρηματοδότηση στις εξωνοσοκομειακές δομές έμεινε σταθερή σε γενικές γραμμές. Η μεγαλύτερη μείωση – κατά 19% - σημειώθηκε το 2014 και 2015, ενώ τα υπόλοιπα έτη οι δημόσιοι πόροι βρίσκονταν σταθερά στα περίπου 1,1 δις €, καταγράφοντας ωστόσο μια μικρή μείωση κατά 99 εκ. € το 2019 σε σχέση με το 2009. Οι ιδιωτικές δαπάνες στην ίδια

περίπτωση μειώθηκαν ως το 2016 και σταθεροποιήθηκαν στη συνέχεια, καταγράφοντας συνολική μείωση 59,3%. Η μείωση τους μπορεί να ερμηνευτεί από την αντίστοιχη μείωση του εισοδήματος για τις αγοραστικές δυνατότητας των πολιτών λόγω της οικονομικής κρίσης.

Στην κατηγορία των εμπόρων λιανικής και λοιπών παρόχων υγειονομικών αγαθών, τόσο οι δημόσιες όσο και οι ιδιωτικές δαπάνες ελαττώθηκαν. Η πτώση των δημοσίων δαπανών, όμως, ήταν ραγδαία καθώς το 2019 υποδιπλασιάστηκαν σε σχέση με το 2009, από 5.086,82 εκ. σε 2.253,19 εκ. €, γεγονός που οφείλεται στις δραστικές μεταρρυθμίσεις για τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών. Πιο συγκεκριμένα ο έντονος περιορισμός των δημοσίων δαπανών από το 2011 συμπίπτει με τα ποικίλα μέτρα που εφαρμόστηκαν στην κατεύθυνση αυτή: εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, έκδοση πρωτοκόλλων συνταγογράφησης και θετικών/αρνητικών λιστών φαρμάκων, αύξηση της χρήσης φθηνότερων, γενόσημων φαρμάκων, αλλά και από το 2012-2013 η επιβολή μειώσεων στις τιμές φαρμάκων (rebates) και η εφαρμογή του περίφημου clawback. Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες στην αγορά ιατρικών αγαθών έχει αυξηθεί κατά 392,6 εκ. € και 26,15% το 2019 σε σχέση με το 2009, φανερώνοντας πως η μείωση των δημοσίων δαπανών είχε άμεσο αντίκτυπο στην τσέπη των ασθενών, από τους οποίους, όσοι διέθεταν την οικονομική ευχέρεια, πλήρωναν μόνοι τους όσα δεν μπορούσε να καλύψει το κράτος.

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 8, τις πιο μεγάλες μειώσεις δέχτηκαν από τις δημόσιες δαπάνες οι νοσοκομειακές δομές και οι έμποροι λιανικής και λοιποί έμποροι ιατρικών αγαθών ειδικά από το 2013 και μετά. Σημαντική ήταν, επίσης, η εξακολουθητική μείωση των ιδιωτικών δαπανών στις εξωνοσοκομειακές δομές, που σταθεροποιήθηκαν στις νέες χαμηλότερες τιμές από το 2013 και μετά.

Ενδιαφέρον παρουσίασαν τα αποτελέσματα που αφορούν τους επιλεγμένους παρόχους και τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν ως προς το ύψος της χρηματοδότησης που έλαβαν και την πηγή-φορέα της. Οι πάροχοι στους οποίους εστίασε ενδεικτικά η παρούσα μελέτη υπενθυμίζεται ότι είναι τα γενικά νοσοκομεία, η ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα, τα ιατρικά και διαγνωστικά εργαστήρια και τα φαρμακεία.

Από τις ενδονοσοκομειακές δαπάνες (Διάγραμμα 9), η μείωση των δημόσιων δαπανών στα γενικά νοσοκομεία αντανακλάται στις διαδοχικές μειώσεις της χρηματοδότησης που προέρχεται από τη Γενική Κυβέρνηση και από τους ΟΚΑ, με μεγαλύτερη την πτώση των δαπανών των ΟΚΑ, κατά 40% και 57,6% αντίστοιχα για το 2019 σε σχέση με το 2009. Επίσης, η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών στα γενικά νοσοκομεία αποτυπώνεται τόσο στις ιδιωτικές

πληρωμές όσο και στις ιδιωτικές ασφαλίσεις γιατί και τα δύο αυξάνονται ως το 2019, 63% και 33,8%, αντίστοιχα. Η μειούμενη τάση των δημόσιων και η αυξητική τάση των ιδιωτικών δαπανών ακολουθούν τον ίδιο ρυθμό μεταβολής και στους δύο φορείς χρηματοδότησης του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, αντίστοιχα.

Όσον αφορά την παροχή ιατρικής φροντίδας εξωνοσοκομειακών δομών υγείας (Διάγραμμα 10) παρουσιάστηκε αύξηση των δημόσιων δαπανών από τους φορείς της Γενικής Κυβέρνησης κατά 4% και των ΟΚΑ κατά 31%, πιθανότατα λόγω της αύξησης στη ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας κατά τα χρόνια της κρίσης. Η ιδιωτική ασφάλιση είχε ανοδική πορεία, επίσης, κατά το αξιόλογο ποσοστό του 45%, γεγονός που φανερώνει μια ελαφριά στροφή μερικών πολιτών στην ιδιωτική ασφάλιση, παρόλο που το απόλυτο ποσό δαπάνης ιδιωτικής ασφάλισης δεν ξεπέρασε τα 62,35 εκ. €,. Τέλος, οι ιδιωτικές πληρωμές υποδιπλασιάστηκαν το 2019 σε σχέση με το 2009, το οποίο θεωρούμε αναμενόμενο λόγω της κυρίαρχης οικονομικής δυσχέρειας στα ελληνικά νοικοκυριά που μείωσαν τη ζήτηση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες (Διάγραμμα 11) παρουσίασαν μόνο μειώσεις στη λήψη χρηματοδότησης, τόσο από τους δημόσιους όσο και από τους ιδιωτικούς φορείς. Παρόλο που η οδοντιατρική φροντίδα λάμβανε λιγοστή δημόσια χρηματοδότηση ούτως ή άλλως, στην υπό μελέτη περίοδο μειώνεται ακόμα περισσότερο: η Γενική Κυβέρνηση υποδιπλασιάζει τις δαπάνες ενώ οι ΟΚΑ σχεδόν τις εξαλείφει! Οι μειώσεις αυτές δεν συνοδεύονται, ωστόσο, με αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών υπέρ της οδοντιατρικής φροντίδας, αλλά μείωση 67,2% πιθανά λόγω της εισοδηματικής αδυναμίας των πολιτών να εκπληρώσουν τις αντίστοιχες ανάγκες υγείας.

Παρόμοια είναι η εικόνα σχετικά με την χρηματοδότηση των ιατρικών και διαγνωστικών εργαστηρίων (Διάγραμμα 12), τα οποία υπέστησαν μειώσεις στις δαπάνες που τους αφιερώθηκαν, αλλά μικρότερες σε σχέση με την οδοντιατρική φροντίδα. Η Γενική Κυβέρνηση ελάττωσε την ήδη λιγοστή δαπάνη κατά 23,2% και οι ΟΚΑ κατά 18,1%. Επίσης, υποδιπλασιάστηκαν οι ιδιωτικές πληρωμές (κατά 54,4%).

Τέλος, τα φαρμακεία υπέστησαν μειώσεις δημόσιας χρηματοδότησης (Διάγραμμα 13), όπως αναμενόταν, κατά 30% από τη Γενική Κυβέρνηση και κατά 59,3% από τους ΟΚΑ, αλλά αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών κατά 37,8% καθώς ναι μεν οι μεταρρυθμίσεις μείωσαν τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις επιβάρυναν άμεσα τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Συμπεράσματα

Μέσα στο ρυθμιστικό-θεσμικό συγκείμενο της περιόδου 2009-2019, οι δαπάνες για το σύστημα υγείας στη χώρα μας συνδιαμορφώθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τις οικονομικές συνθήκες μειωμένου ΑΕΠ, υψηλού χρέους και ελλείμματος που επικράτησαν σε συνδυασμό με τα μοντέλα οικονομικής λιτότητας που ακολουθήθηκαν.

Από το 2009 έως και το 2014 οι συνολικές ετήσιες συνολικές δαπάνες για την υγεία είναι μειούμενες τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Από το 2014 έως και το 2019 οι ετήσιες συνολικές δαπάνες για την υγεία φαίνεται να σταθεροποιούνται γύρω στα 14,3 δις € .

Παρόμοια μεταβολή παρατηρούμε όσον αφορά και στο ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας ως προς το ΑΕΠ. Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως προς το ΑΕΠ μειώνονταν ως το 2014, ενώ από τότε κι έπειτα σταθεροποιήθηκαν: συγκεκριμένα, από 9,41% το 2009 διαμορφώθηκαν σε 7,8% το 2019.

Κύριος πολιτικός στόχος κατά την υπό μελέτη περίοδο αποτέλεσε η μείωση, μεταξύ άλλων, των δημόσιων δαπανών υγείας, γεγονός που αποτυπώνεται στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας για την πορεία της δημόσιας χρηματοδότησης, καθώς την περίοδο 2009-2014 οι δημόσιες δαπάνες κατέγραφαν συνεχώς μείωση ενώ στη συνέχεια σταθεροποιήθηκαν. Το 2009 οι δημόσιες δαπάνες υγείας κάλυπταν το 68,3% της συνολικής χρηματοδότησης της υγείας και μέχρι το 2019 είχαν μειωθεί στο 59,8% αυτής. Οι ιδιωτικές δαπάνες το 2009 καταλάμβαναν το 31,4% της συνολικής χρηματοδότησης υγείας και το 2019 είχαν αυξηθεί σε 39,9%.

Τόσο οι δημόσιες όσο και οι ιδιωτικές δαπάνες μειώθηκαν ως απόλυτα μεγέθη το 2019 σε σχέση με το 2009. Όμως, οι δημόσιες δαπάνες είναι εκείνες που υπέστησαν τις μεγαλύτερες μειώσεις, καθώς ενδεικτικά το 2019 είχαν μειωθεί κατά 44% σε σχέση με το 2009: από τα 15.265,83 εκ. € το 2009 σε 8.590,5 εκ € το 2019.

Οι δημόσιες δαπάνες διαχρονικά αντιπροσώπευαν μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ από ό,τι οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, όμως, για την υπό μελέτη περίοδο, ιδιαίτερα μετά το 2018, οι διαφορές τους σχεδόν γεφυρώθηκαν, με τις ιδιωτικές να αυξάνονται ως ποσοστό του ΑΕΠ. Συγκεκριμένα, το 2009 οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ήταν το 6,43% του ΑΕΠ, από το 2014 σταθεροποιούνται κατά μέσο όρο στο 4,75% του ΑΕΠ και το 2019 αντιπροσώπευαν το 4,69% του ΑΕΠ. Οι δε ιδιωτικές δαπάνες το 2009 ήταν 7,026 δις, ενώ ως το 2019 είχαν καταγράψει μείωση 18,5% φτάνοντας τα 5,729 δις €. Μειώνονταν με μικρό αλλά σταθερό

ρυθμό ως το 2013 ενώ έπειτα φάνηκε να σταθεροποιούνται. Επίσης, το 2009 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 2,96% του ΑΕΠ ενώ το 2019 το 3,13%.

Όσον αφορά στους χρηματοδοτικούς φορείς από τους οποίους προέρχονται οι δαπάνες υγείας, από την πλευρά των δημόσιων φορέων - Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) και ΟΚΑ - οι δημόσιες δαπάνες προερχόμενες και από τους δύο φορείς μειώθηκαν με μεγαλύτερη την πτώση των δημόσιων δαπανών από τους ΟΚΑ. Ακόμα, το 2009-2019 οι ΟΚΑ ήταν οι κύριοι χρηματοδότες του ΕΣΥ: το 2009 συγκέντρωναν σχεδόν το 41% της συνολικής χρηματοδότησης έναντι του 27,4% της Γενικής Κυβέρνησης και το 2019, οι ΟΚΑ κάλυπταν το 31,2% της συνολικής χρηματοδότησης έναντι του 28,6% της Γενικής Κυβέρνησης.

Από την πλευρά των ιδιωτικών δαπανών, δύο είναι τα σημαντικότερα πορίσματα: πρώτον, ότι καθ' όλο το διάστημα των ετών 2009-2019, οι ιδιωτικές δαπάνες σχεδόν εξισώνονταν με τις ιδιωτικές πληρωμές, τις πληρωμές δηλαδή που προέρχονται από την τσέπη των χρηστών-ασθενών και των οικογενειών τους και, δεύτερον, ότι οι ιδιωτικές πληρωμές έφτασαν το 2019 να καλύπτουν πολύ υψηλότερο μέρος των συνολικών δαπανών σε σχέση με τις δημόσιες πηγές. Ενδεικτικά, το 2009 έφταναν τα 6,6 δις καταλαμβάνοντας 29,5% της συνολικής χρηματοδότησης της υγείας, ενώ το 2019 έφταναν τα 5,06 δις αντιπροσωπεύοντας το 35,2% της συνολικής χρηματοδότησης, δηλαδή αρκετά περισσότερο από την χρηματοδοτική συμβολή των δημοσίων φορέων μεμονωμένα.

Συμπερασματικά, λοιπόν, οι δαπάνες των ΟΚΑ μειώθηκαν κατακόρυφα, οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης ακολουθούν μια πιο σταθερή πορεία μετά την αρχική τους μείωση, οι ιδιωτικές πληρωμές εμφάνισαν μικρή μείωση ως ποσό αλλά μεγάλη αύξηση ως ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης, ενώ οι δαπάνες ιδιωτικής ασφάλισης αυξήθηκαν.

Η χρηματοδότηση των κυριότερων κατηγοριών προμηθευτών υγείας, επιπρόσθετα, κυρίως μειώθηκε στην περίπτωση των δημόσιων δαπανών και αυξήθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις σε ό,τι αφορά τις ιδιωτικές.

Πιο συγκεκριμένα, οι δημόσιες δαπάνες στα δημόσια νοσοκομεία μειώθηκαν κατά 3,7 δις € και οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν κατά 621,5 εκ. € σε σχέση με το 2009. Ακόμα, οι δημόσιες δαπάνες προς τις εξωνοσοκομειακές δομές κατέγραψαν μια μικρή μείωση κατά 99 εκ. € και οι αντίστοιχες ιδιωτικές δαπάνες επίσης μειώθηκαν κατά το μισό και πλέον. Οι δημόσιες δαπάνες, τέλος, προς τους εμπόρους λιανικής και λοιπούς παρόχους ιατρικών αγαθών υποδιπλασιάστηκαν και οι αντίστοιχες ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν κατά 26,15% το 2019 σε σχέση με το 2009. Επομένως, ειδικά στις περιπτώσεις των νοσοκομειακών δαπανών

και στην αγορά ιατρικών και φαρμακευτικών αγαθών, οι οποίοι ήταν και οι τομείς παροχής υγείας που δέχτηκαν τις πιο μεγάλες μειώσεις δημόσιων δαπανών, συντελέστηκε μια σημαντική επιβάρυνση στους πολίτες, όπως φανερώνει η αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών.

Οι δαπάνες προς τα γενικά νοσοκομεία μειώθηκαν και από τους δύο δημόσιους φορείς χρηματοδότησης, αλλά ιδιαίτερα από τους ΟΚΑ, ενώ, αντίθετα, αύξηση σημειώθηκε στις ιδιωτικές δαπάνες, στις ιδιωτικές ασφαλίσεις και κυριότερα στις ιδιωτικές πληρωμές προς τα γενικά νοσοκομεία, κατά 33,8% και 63% αντίστοιχα.

Αύξηση των δημόσιων δαπανών παρουσιάστηκε παραδόξως στην παροχή ιατρικής φροντίδας, πιθανότατα λόγω της αύξησης στη ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας (εκτός των νοσοκομείων) κατά τα χρόνια της κρίσης, όπου σημειώνεται επίσης μείωση κατά το μισό στις ιδιωτικές πληρωμές, αλλά αύξηση κατά 45% των δαπανών ιδιωτικής ασφάλισης το 2019 σε σχέση με το 2009.

Ακόμα, οι οδοντιατρικές υπηρεσίες τα ιατρικά κέντρα και τα διαγνωστικά εργαστήρια παρουσίασαν συνεχείς μειώσεις στη ληφθείσα χρηματοδότηση, τόσο από τους δημόσιους όσο και από τους ιδιωτικούς φορείς.

Τα φαρμακεία, τέλος, είχαν μείωση στις δημόσιες δαπάνες κυρίως από τους ΟΚΑ αλλά σημαντική αύξηση στις ιδιωτικές πληρωμές.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Atkinson, A. B. S. J. E., 2005. *Lectures on public economics.* New Jersey:Princeton University Press .

Beckfield, J., Olafsdottir, S. & Sosnaud, B., 2013. Healthcare systems in comparative perspective: Classification, convergence, institutions, inequalities and five missed turns. *Annual Review of Sociology,* Τόμος 39, σσ. 127-146.

Bertin, G., Carrino, L. & Pantalone, M., 2021. Do standard classifications still represent European welfare typologies? Novel evidence from studies on health and social care. *Social Science & Medicine,* Τόμος 281.

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. & Rothgang H., 2013. Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Social Policy,* 113(3), σσ. 258-269.

Bourque, M. & Farrah, J.-S., 2012. Roemer 20 Years Later: When a Classical Health-System Typology Meets Market-Oriented Reforms. *Revue Gouvernance.*

EUROSTAT, 2021. *GDP and main components (output, expenditure and income).* [Ηλεκτρονικό] Διαθέσιμο στον υπερσύνδεσμο: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nama_10_gdp&lang=en [Ανακτήθηκε 11 2021].

EUROSTAT, 2021. *General government deficit (-) and surplus (+) - annual data.* [Ηλεκτρονικό] Διαθέσιμο στον υπερσύνδεσμο: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=teina200 [Ανακτήθηκε 11 2021].

EUROSTAT, 2021. *General government gross debt (EDP concept), consolidated - annual data.* [Ηλεκτρονικό] Διαθέσιμο στον υπερσύνδεσμο: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tipsgo10 [Ανακτήθηκε 11 2021].

Euzéby, A. & Van Langendonck, J., 1990. *Neo-liberalism and social protection: the question of privatisation in the EEC countries.* Γενεύη:ILO.

Freeman, R. & Frisina, L., 2010. Health care systems and the problem of classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice,* 12(1-2), σσ. 163-178.

Mankiw, N. G. & Taylor, P. M., 2017. *Οικονομική Μακροοικονομική.* 3 επιμ. Θεσσαλονίκη: Τζιόλα.

OECD.Stat., 2021. *Health expenditure and financing.* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9
[Πρόσβαση 27 9 2021].

Reibling, N., Ariaans, M. & Wendt, C., 2019. Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. *Health Policy 123(7), σσ. 611-620.,* 123(7), pp. 611-620.

Simou, E. & Koutsogeorgou, E., 2014. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy,* 115(2–3), pp. 111-119.

Toth, F., 2016. Classification of healthcare systems: Can we go further?. *Health Policy,* 120(5), pp. 535-543.

Zavras, D., Zavras, I. A., Kyriopoulos, I.-I. & Kyriopoulos, J., 2016. Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Services Research,* Τόμος 16.

Αργείτης, Γ., 2000. Δημόσιο έλλειμμα, δημόσιο χρέος και η φερεγγυότητα του ελληνικού δημόσιου τομέα. *SPOUDAI-Journal of Economics and Business,* 50(1-2), σσ. 199-217.

Γιαννακάκου, Ε., 2018. *Η διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών στην υγεία, παιδεία και άμυνα και συγκριτική μελέτη αυτών με τις μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες για τα έτη 1996-2015.* Msc. Διπλωματική Εργασία επιμ. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Δομάγερ, Φ. Ρ. & Πετρέλης, Μ., 2016. Οι δαπάνες υγείας και η κοινωνική πολιτική που εφαρμόστηκε. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας,,* 8(2), σσ. 48-56.

ΕΛΣΤΑΤ, 2020. *ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2019.* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://www.statistics.gr/documents/20181/b44866e3-2003-dd46-52df-69e8ba53859a
[Πρόσβαση 2021].

ΕΛΣΤΑΤ, 2020. *ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ: Έτος 2018 (προσωρινά στοιχεία).* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://www.statistics.gr/documents/20181/
[Πρόσβαση 27 10 2021].

ΕΛΣΤΑΤ, 2020. *ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2018.* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents
[Πρόσβαση 10 2021].

ΕΛΣΤΑΤ, 2021. *06. The financing of health providers by financing agents (HF x HP) -SHA 2011 GR (2009 - 2019).* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/-

ΕΛΣΤΑΤ, 2021. *Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν/2020-Χρονοσειρά: Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (1995-2020).* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SEL15/-
[Πρόσβαση 20 11 2021].

ΕΛΣΤΑΤ, 2021. *ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ 2019.* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://www.statistics.gr/documents/20181/db8771fe-8ba0-1552-b91b-814208e8fcca
[Πρόσβαση 10 2021].

ΕΛΣΤΑΤ, 2021. *ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2019.* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents
[Πρόσβαση 10 2021].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010. *Έκθεση για τα στατιστικά στοιχεία δημόσιου ελλείμματος και χρέους της Ελλάδας,* Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Κουκουφιλίππου, Ι., Παπαβασιλείου, Ε., Κοΐνης, Α., 2016. Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 15(4), σσ. 346-364

Ιωάννου, Α., Αποστολάκης, Ι. & Σαράφης, Π., 2020. Κοινωνική Πολιτική, Κράτος Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020. *Νοσηλευτική,* 59(3), p. 212–220.

Κουλλιάς, Ε., Αποστολάκης, Ι. & Σαράφης, Π., 2020. Τυπολογία συστημάτων κοινωνικής πρόμοιας και μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Η θέση της Ελλάδας σε σχέση με την Ευρώπη. *Επιστημονικά Χρονικά,* 25(2), pp. 304-319.

Λιανός, Θ. & Ψειρίδου, Α., 2015. *Οικονομική ανάλυση και πολική - Μακροοικονομική.* Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Μιλτιάδης, Χ. & Μπογιατζίδης, Π., 2021. Εξέλιξη των δαπανών υγείας και των μεταρρυθμίσεων την περίοδο 2009–2017. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 38(1), pp. 108-116.

Μπουρσανίδης, Χ., 2020. *Συστήματα υγείας & συγκριτική πολιτική υγείας.* 10η Βελτιωμένη Έκδοση επιμ. Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.

Μπούτσιου, Σ. & Σαράφης, Π., 2013. Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας,,* 5(4), pp. 147-161.

ΝΟΜΟΣ-2362, 1995. *Περί Δημοσίου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του Κρότους και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 247/Α/27-11-1995),* s.l.: s.n.

Οικονόμου, Χ., 2012. *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας,* Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Οικονόμου, Χ., χ.χ. *Ανάλυση συστημάτων υγείας, Διδακτική παρουσίαση.* Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Ρεκλείτη, Μ., Τανανάκη, Μ. & Κυλούδης, Π., 2012. Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική,* 1(1), pp. 3-14.

Σίσκου, Ό., 2015. *Διεθνή συστήματα υγείας: Μάθημα 4ο, Διδακτικές σημειώσεις [online].* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://slideplayer.gr/slide/6358725/

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ. & Οικονόμου, Μ., 2018. Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 35(Συμπλ. 1), pp. 9-16.

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Μιλτιάδης, Ν., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ., Φιλαλήθης, Τ., 2020. *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας,* Αθήνα: Οργανισμός Έρευνας & Ανάπτυξης ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ.

Τσαρτσάρα, Α., 2005. *Μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας: Η περίπτωση της Ελλάδας.* μεταπτυχιακή διπλωματική επιμ. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α., 2015. Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 32(5), pp. 546-555.