



**Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας**

**Τμήμα: Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής**

**ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**Η παραοικονομία στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα**

**Προπτυχιακοί Φοιτητές:**

**Κουτούζος Σ. Ελευθέριος-Χρυσοβαλάντης ΔΑ962**

**Τσιγκάκου Ναταλία-Ειρήνη ΔΑ1114**

**Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Γρηγοράκης Νικόλαος**

**Ακαδημαϊκό Έτος 2017-2018**

**Ηράκλειο Κρήτης**

**Οκτώβριος 2018**

## Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	2
ABSTRACT .....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ .....	5
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	6
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.....	8
1.1 Μία σύντομη επισκόπηση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	8
1.2 Σύντομη Ιστορική Αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας. ....	11
1.3 Η Οργανωτική Δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα .....	17
1.3.1 Υπουργείο Υγείας-ΕΣΥ.....	17
1.3.2 Κοινωνική Ασφάλιση-Τα πρώην Κοινωνικά Ταμεία Ασφάλισης.....	18
1.3.3 Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).....	19
1.3.4 Ιδιωτικός Κλάδος Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	20
2.1 Η περιγραφή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	23
2.2 Η Δημόσια Χρηματοδότηση για την Υγεία.....	24
2.2.1 Κοινωνική Ασφάλιση και Φορολογία .....	24
2.3 Η Ιδιωτική Δαπάνη για την Υγεία .....	27
2.3.1 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.....	27
2.3.2 Ιδιωτικές Δαπάνες Νοικοκυριών για την υγεία (Out of Pocket Healthcare Expenditures/Payments).....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η παραοικονομία στο χώρο της υγείας.....	33
3.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί (Παραοικονομία, Άτυπες-Ανεπίσημες πληρωμές στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα Υγείας, Διαφθορά στην Υγεία).....	33
3.2 Η παραοικονομία στο χώρο της υγείας – βιβλιογραφική επισκόπηση .....	35
3.2.1 Άτυπες - Ανεπίσημες πληρωμές υγείας σε Ελλάδα και εξωτερικό.....	35
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	44

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα Πτυχιακή Εργασία, επιχειρεί να παρουσιάσει το φαινόμενο της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της διάρθρωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και το πώς αυτό μπορεί να συνδέεται με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών. Επίσης, επιχειρείται η διερεύνηση του επιπέδου της παραοικονομίας στον υγειονομικό χώρο τόσο σε διεθνές όσο και σε ελληνικό επίπεδο.

Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, μέσω μίας σύντομης επισκόπησης του. Συγκεκριμένα, προβάλλεται μία σύντομη ιστορική αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και η οργανωτική δομή του. Παρουσίαση επίσης του Υπουργείου Υγείας, του ΕΣΥ, της Κοινωνικής Ασφάλισης μέσω των πρώην Κοινωνικών Ταμείων-Φορέων Ασφάλισης, καθώς και ο νέος Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και η Ιδιωτική Ασφάλιση αποτελούν μέρος του πρώτου κεφαλαίου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα; η Δημόσια Χρηματοδότηση για την Υγεία (Εθνική μέσω φορολογίας και της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας) καθώς και η Ιδιωτική Χρηματοδότηση του συστήματος μέσω των δαπανών υγείας από την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και των άμεσων Ιδιωτικών Δαπανών των νοικοκυριών.

Στη συνέχεια, το τρίτο κεφάλαιο, εστιάζει στην παραοικονομία στο χώρο της υγείας. Παρουσιάζονται Εννοιολογικοί προσδιορισμοί και βιβλιογραφική επισκόπηση του φαινομένου στην Ελλάδα και διεθνώς.

Τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

## **ABSTRACT**

This thesis attempts to outline the phenomenon of the underground economy in the Greek health sector. The aim of this thesis is to present the structure of Greek National Health System, as well to provide how this can be associated with households' private health expenditures. It also attempts to examine the level of the black economy both in the Greek healthcare sector and internationally.

Circumstantially, in the first chapter, the Health System of Greece through a brief overview of it is provided. Particularly, a brief historical overview of the National Health System (NHS) and its organizational structure is provided. Further, a presentation of the Ministry of Health operation, of NHS, of Social Insurance throughout the former social security carriers, as well the new National Organization of Health Services Provision and Private Health Insurance (PHI) are also encompassed in first chapter.

The second chapter provides the healthcare financing schemes in Greece; the public healthcare financing (national healthcare financing through taxation and Social Health Insurance health spending) as well, the private health financing through PHI and households' private healthcare payments (Out of Pocket Healthcare Expenditures-Payments).

The third chapter focuses on the underground (*black*) economy in the health sector. Both conceptual determinations and a literature review of the phenomenon are presented.

Finally, this thesis is completed by providing conclusive remarks.

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Η εξέλιξη των δαπανών στον τομέα της υποχρεωτικής εθνικής/κοινωνικής ασφάλισης (δημόσιας) ως ποσοστό επί των τρέχουσων συνολικών δαπανών υγείας για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., 2008 – 2016.....	26
Πίνακας 2: Η εξέλιξη των δαπανών στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ως ποσοστό επί των τρέχουσων συνολικών δαπανών υγείας για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., 2008-2016. ....	29
Πίνακας 3: Η εξέλιξη των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών ως ποσοστό επί των τρέχουσων συνολικών δαπανών υγείας για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., 2008-2016. ....	32
Πίνακας 4: Δείκτες της έκτασης των άτυπων πληρωμών σε διάφορες χώρες (ASSPROresearchproject).....	40

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

Εικόνα 1: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, για την Ελλάδα και διάφορες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. , 2005-2015 .....	16
---	----

## **ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ**

**ΕΣΥ:** Εθνικό Σύστημα Υγείας

**ΚΕΠΕ:** Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών

**Πε.Σ.Υ.:** Περιφερειακά Συστήματα Υγείας

**Ε.Ο.Π.Υ.Υ.:** Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

**Κ.Ε.Ν.:** Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

**Ε.Κ.Π.Υ.:** Ενιαίος Κανονισμό Παροχών Υγείας

**Δ.Υ.ΠΕ.:** Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια

**Ο.Ο.Σ.Α.:** Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

**Ι.Κ.Α.:** Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

**Π.Ο.Υ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**Α.Ε.Π.:** Ακαθόριστο Εγχώριο Προϊόν

**Ν.Α.Τ.:** Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο

**Π.Φ.Υ.:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

**Υ.Δ.Δ.Α.Δ.:** Υπουργείο Δικαιοσύνης Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

**Ο.Η.Ε.:** Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

**Ν.Π.Ι.Δ.:** Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Στα πλαίσια ολοκλήρωσης της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ειλικρινείς μας ευχαριστίες, στον επιβλέποντα καθηγητή μας Δρ.Γρηγοράκη Νικόλαογια την ανάθεση του θέματος, καθώς και για την επίβλεψη και την βοήθεια που μας παρείχε μέχρι και την ολοκλήρωση της. Επίσης, νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε ιδιαιτέρως τον Αναπ. Καθηγητή Δρ. Τσουκάτο Ευάγγελο, καθώς και τους υπόλοιπους καθηγητές, για τα εφόδια και τις γνώσεις που μας παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

Τέλος αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την στήριξη που μας προσέφεραν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

### 1.1 Μία σύντομη επισκόπηση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.

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

Το 1983 συστάθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), με στόχο την ευρεία μεταρρύθμιση της δομής του υπάρχοντος μέχρι τότε συστήματος υγείας. Η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση είχε ως στόχοτην ισομερή παροχή και χρηματοδότηση των παροχών της υγείας στο ευρύ κοινό.Ακόμα, στόχευε τόσο στην εξέλιξη, όσο και στην ανάπτυξη των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά και στον σχεδιασμό και την οργάνωση στις υπηρεσίες της στον χώρο της υγείας.Στον ελληνικό χώρο, το σύστημα της υγείαςχωρίζεται σε ιδιωτικό και δημόσιο φορέα, για αυτό και ονομάζεται μεικτό.

Στο παρόν σύστημα είναι υποχρεωτική η κοινωνική ασφάλιση υγείας (socialhealthinsurance). Είναι ευρέως γνωστό ότι μέρος της χρηματοδότησης του, είναι οι ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων.Μια μεγαλύτερη πηγή εσόδων αφορά κυρίως τηνχρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., η οποία προέρχεται από την γενικότερη φορολογία (taxation). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδαείναι αξιοσημείωτη (Υφαντόπουλος, 2003 ), γιατί εκτός από την γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση, ένα ποσοστό των δαπανών προέρχεταιως επί το πλείστοναπό τους ίδιους τους πολίτες άμεσα (formaloutofpockethealthcarepayments), οι οποίες κυμαίνονται περίπου στο 36% επί του συνόλου των δαπανών για την υγεία για το έτος 2015 (OECD, 2017).

Με βάση τα σύγχρονα δεδομένα της Ελλάδος, ο φορέας που είναι υπεύθυνος για την θεσμοθέτηση των πολιτικών υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας. Ενώι υπηρεσίες υγείας

πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, παρέχονται από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους (Grigorakisetal. 2016).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, εμφανίζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά εκτός των προαναφερθέντων:

- Όσον αφορά τις παροχές της Υγείας από το ΕΣΥ είναι γνωστό ότι υπάγονται στη Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια (ΔΥΠΕ).
- Οι ιατρικές δομές των πρώην ασφαλιστικών φορέων (βλ. πρώην ΙΚΑ) και νυν ΠΕ.ΔΥ., τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τα κέντρα Υγείας- Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.), παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης η πρωτοβάθμια κάλυψη παρέχεται από ιδιωτικούς παρόχους υγείας οι οποίοι αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ (Grigorakisetal. 2016).
- Η δευτεροβάθμια κάλυψη για τους ασθενείς παρέχεται από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Οι μισθοί των ιατρών και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσοκομείων, καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Εν αντιθέσει, οι ιδιωτικοί ιατροί αμείβονται, ανάλογα με την κοστολόγηση των υπηρεσιών που προφέρουν, βάση το είδος τους από τον νέο Οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ).

Τα πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, συνοψίζονται ως εξής:

- Η παροχή, όσο και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών του, για τους πολίτες διατίθεται ισάξια.
- Προσφέρει τις υπηρεσίες του σε όλους τους πολίτες.
- Μειώνει σημαντικά την συμμετοχή των πολιτών στο κόστος κυρίως της νοσηλείας, ιδιαίτερα για σοβαρές και υψηλού κόστους ασθένειες.
- Οργανώνει προγράμματα για την παροχή υγείας, που επικεντρώνονται στη πρόληψη (βλ ΚΕΕΛΠΝΟ).

Φυσικά εντοπίζονται και ορισμένα μειονεκτήματα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας:

- Αυξημένο κόστος υγείας, διαχρονικά, το οποίο περιλαμβάνει και τις άτυπες και αφορολόγητες πληρωμές (π.χ. φακελάκια κτλ.).

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν διαθέτει πάντα την δυνατότητα για την επιλογή ιατρού.
- Σημαντικό μειονέκτημα του Ε.Σ.Υ. είναι οι άτυπες πληρωμές που πραγματοποιούνται, οι οποίες δυσχεραίνουν την σωστή περίθαλψη των πολιτών και την ισότιμη πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που προσφέρει (Καλογεροπούλου ,2007).

Τα προβλήματα που παρουσιάζει το Ε.Σ.Υ., δεν είναι αμελητέα και όχι μόνο δεν έχουν επιλυθεί, αλλά όσο περνάει ο καιρός γίνονται μεγαλύτερα, αν ληφθεί υπόψη και η υπό- χρηματοδότηση του συστήματος μετά τις γενικότερες πολιτικές για μείωση των κυβερνητικών δαπανών από το 2010, σε όλους του τομείς, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα της υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αναποτελεσματικότητα του Ε.Σ.Υ. να ικανοποιήσει τη ζήτηση των πολιτών ιδιαίτερα για δευτεροβάθμια περίθαλψη (Sissouras, 2014). Τα κύρια προβλήματα που έχουν παρατηρηθεί στο σύστημα υγείας από τις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας (Λιονής και Μερκούρης 2000) και συνεχίζουν να ταλανίζουν το Ε.Σ.Υ. μέχρι και σήμερα, είναι τρία:

Το κυριότερο πρόβλημα εστιάζεται στην δημοσιονομική κατάσταση, λόγω της κρίσης χρέους, που βρίσκεται η χώρα μας, με αποτέλεσμα την περιορισμένη δημόσια χρηματοδότηση του, η οποία φθάνει μόλις στο 60% επί των συνολικών δαπανών για την υγεία, εν αντιθέσει με τα ποσοστά των υπόλοιπων χωρών της ΕΕ. Ένα ακόμα τεράστιο πρόβλημα είναι η αναποτελεσματική λειτουργία του, ενώ δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η ισομερής συμμετοχή και πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας. Τέλος, υπάρχει μεγάλη έλλειψη σε σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δυσανεμία των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ., καθώς επίσης υπάρχει δυσλειτουργία στην στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Giannakorouliou and Zyga, 2013) κάτι βέβαια που συσχετίζεται με τα άλλα δύο προαναφερόμενα προβλήματα, με αποτέλεσμα την στρόφη των καταναλωτών υγείας σε προσφερόμενες υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα. (Χλέτσος, 2015).

## 1.2 Σύντομη Ιστορική Αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας.

Είναι ευρέως γνωστό, ότι το ελληνικό κράτος στα πρώιμα χρόνια σύστασής του, ήταν αντιμέτωπο με αρκετά προβλήματα, όπως η έλλειψη οικονομικών πόρων και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να επηρεαστεί και ο τομέας της υγείας εκτός των άλλων.

Φυσικά, το ελληνικό κράτος κατέβαλλε φιλότιμες προσπάθειες, ήδη από τα πρώτα χρόνια, για μία σωστή οργάνωση των παροχών Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα. Γίνονται οι πρώτες προσπάθειες με την ψήφιση νόμων για οργάνωση της υγείας και ψηφίζονται το 1845 οι νόμοι «Υγειονομικός Νόμος», ο οποίος αφορούσε τον υγειονομικό κανονισμό, και «Περί υγειονομικών αρχών εν γένει». (Κυριόπουλος, 1993)

Έως το 1909 το κάθε νοσοκομείο υπαγόταν στην δικαιοδοσία του εκάστοτε δήμου ή κοινοτήτων για την φροντίδα και συντήρηση του. Δυστυχώς, οι υπηρεσίες που προσέφεραν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του πληθυσμού, εξαιτίας της μειωμένης δυναμικότητας τους. Με το πέρασμα των χρόνων έγκειται η ανάγκη για αναδιαμόρφωση της υγείας, για αυτό και χαρακτηρίζεται μια από τις πιο ολοκληρωμένες και λειτουργικές προσπάθειες από το ελληνικό κράτος με τον νόμο του 1914 346/1914, «Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας». Αυτό είχε στόχο την ανάθεση ενός ιατρού ή νομαρχιακών υγειονομικών συμβουλίων σε κάθε νομό της Ελλάδας. (Ιωαννίδη, 1999) Προκύπτουν διατάξεις που αφορούν την κεντρική υγειονομική υπηρεσία, η οποία ακόμα υπάγεται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εσωτερικών.

Το 1922-1923 το κράτος βρίσκεται στην δυσμενή θέση να αντιμετωπίσει την ραγδαία αύξηση του πληθυσμού, εξαιτίας της Μικρασιατικής καταστροφής, ενώ παράλληλα γίνονται προσπάθειες αναδιοργάνωσης του συστήματος της Ελλάδας μετά το τέλος του Α' Παγκοσμίου πολέμου. Όσον αφορά το θέμα της υγείας, πραγματοποιείται η ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας με το Ν.2882. Αυτό ήταν κομβικό σημείο για την εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών γιατί το Υπουργείο Υγιεινής είναι πλέον υπεύθυνο για την διαχείριση όλων των θεμάτων που προκύπτουν στον χώρο της υγείας και επιπλέον θεσπίζονται για πρώτη φορά κανονισμοί για την οργάνωση των ταμείων ασφάλισης με τον νόμο του 1923 «Περί οργάνωσης της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας». Επίσης, άλλη μία καινοτομία είναι ότι οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι υποχρεούνται να καταβάλλουν πλέον ισάξιες εισφορές (Θεοδώρου et al., 2001).

Φτάνοντας λοιπόν στο 1929 με βάση τον νόμο Ν.4333/1929, πραγματοποιείται η ίδρυση του Υγειονομικού Κέντρου Αθηνών, ενώ με το νόμο 4069/1929 ιδρύεται αντίστοιχα η Υγειονομική Σχολή Αθηνών. Με τους συγκεκριμένους νόμους γίνεται για πρώτη φορά η προσπάθεια δημιουργίας ασφαλιστικής πολιτικής στην υγεία.

Το 1934 θεσπίζεται ο νόμος 6298/1934 για την ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) ενώ στην πραγματικότητα η λειτουργία του ξεκίνησε το 1937 με την κατάληψη της εξουσίας από τον Ι. Μεταξά(Τούντας, 2016).

Ένα σημαντικό γεγονός που λαμβάνει χώρα το 1974 είναι η έξοδος της Ελλάδας από την δικτατορία και αυτό είχε ως φυσικό επακόλουθο, αφού πλέον οι συνθήκες ήταν κατάλληλες να εδραιωθεί ένα σύστημα υγείας με βάση τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Το 1976 το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), έπειτα από συστηματική μελέτη για τον υγειονομικό τομέα, πρότεινε μεταρρύθμιση του. Στην συνέχεια, την δεκαετία του 1980 έγκειται ξανά η ανάγκη για τον εκσυγχρονισμό του ήδη υπάρχοντος συστήματος υγείας (Τούντας, 2016). Για να πραγματοποιηθεί αυτό ιδρύθηκε το 1983 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με τον νόμο ο Ν.1397/1983 και παράλληλα κατατέθηκε στην Βουλή το νομοσχέδιο «Μέτρα Προστασία της Υγείας», το οποίο προέβλεπε:

- το κράτος να έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών
- οι υπηρεσίες υγείας να παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα σε ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας (Κουρής et al., 2007)

Την ίδια χρονολογία με τον νόμο 1397/1983 προβλέπεται η ίδρυση του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (Πε.Σ.Υ.), (Θεοδώρου et al., 1995) όμως δεν πραγματοποιήθηκε η λειτουργία του μέχρι και το 2001 με τον νόμο Πε.Σ.Υ., Ν. 2889/2001.

Σύμφωνα με τον νόμο του 1983 προβλεπόταν η εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή δευτεροβάθμια περίθαλψη. Η εξωνοσοκομειακή υγειονομική περίθαλψη παρέχονταν στα κέντρα υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία, ή στα εξωτερικά ιατρεία.(Μπέσης, 1993)

Το 1992 με τον νόμο 2071/1992, παρέχεται η δυνατότητα στα νοσοκομεία να λειτουργούν είτε ως δημόσιος οργανισμός, είτε ως ιδιωτική επιχείρηση υπό την μορφή Ν.Π.Ι.Δ., (Sullivan and Decker, 2009) με σκοπό την εκούσια επιλογή των ασθενών για ιδιωτική ή δημόσια περίθαλψη. Ακόμα την ίδια επιλογή είχαν και οι ιατροί, οι οποίοι

είχαν την δυνατότητα να επιλέγουν αν ήθελαν να εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα ή στο δημόσιο, είτε ολοκληρωμένο ωράριο είτε μισό (Σαρρής, 2001).

Το 1997 ψηφίζεται ο νόμος Ν.2519/1997, που αφορούσε την «ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, την οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις». Ο νόμος προέβλεπε:

- δικαιώματα των ασθενών,
- αξιολόγηση των υπηρεσιών,
- διοίκηση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων,
- νοσηλευτικές υπηρεσίες,
- πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. (Οικονόμου, 2012)

Η δεκαετία του 2000 χωρίζεται σε δύο περιόδους που έχουν όμως αντιθετικό χαρακτήρα. Από το 2001-2004 έχουν καταγραφεί διακόσια περίπου μέτρα που αφορούν την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας ώστε να παρέχονται τόσο υπηρεσίες πρόληψης, όσο και φροντίδας για τους ασφαλισμένους. Η δεύτερη περίοδος είναι 2005-2007 θεσπίζεται ο νόμος 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», όπου το Π.Ε.Σ.Υ. αντικαθιστάται από το Δ.Υ.Π.Ε. (Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας), και έτσι το εκάστοτε νοσοκομείο έχει τον δικό του προϋπολογισμό (Γούλα, 2007).

Στην σύγχρονη εποχή η Ελλάδα αντιμετωπίζει την οικονομική κρίση και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να πληγεί και ο τομέας της υγείας. Βέβαια τα προβλήματα του ΕΣΥ όχι μόνο δεν είχαν λυθεί αλλά με την κρίση εντάθηκαν. Λόγω των βραχυπρόθεσμων σχεδιασμών δεν είχε πραγματοποιηθεί σωστή μακροπρόθεσμη μελέτη για ολοκληρωτική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων. Το 2010 με τον νόμο 3868/2010 τα νοσοκομεία του ΕΣΥ λειτουργούσαν καθ' όλη την διάρκεια της μέρας με την δημιουργία των εξωτερικών ιατρείων, με σκοπό την εξυπηρέτηση των ασθενών και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την μείωση της αναμονής των ασθενών και την αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων. (Niakasetal., 2005). Τα οικονομικά προβλήματα βέβαια συνέχιζαν να υπάρχουν και έτσι υπήρχαν μεγάλες αντιδράσεις από τους ασφαλισμένους αφού για να επισκεφτούν τα εξωτερικά ιατρεία έπρεπε να καταβάλουν ποσά αντιστρόφως ανάλογα με τους μισθούς τους. Την ίδια χρονιά ο νόμος 3892/2010 αφορούσε τον τρόπο συνταγογράφησης. Τέλος με τον νόμο 3852/2010 οι δήμοι είναι πλέον υπεύθυνοι για τις μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας (Οικονόμου, 2012) .

Το 2011 με τον νόμο 3918/2011 οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στο σύστημα υγείας είναι οι παρακάτω:

- Εγκαθιδρύεται το Σύστημα Προμηθειών Υγείας.
- Ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας).
- Εντάχθηκε το Ι.Κ.Α. στην δικαιοδοσία του ΕΣΥ.
- Αλλαγές στη πολιτική των φαρμάκων (Γούλα, 2007).

Από 01.01.2012ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί τον μοναδικό και ενιαίο φορέα, υπεύθυνο για την αγορά υπηρεσιών υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές υπηρεσιών υγείας για τα ασφαλισμένα μέλη των πρώην κύριων ασφαλιστικών φορέων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ. και ΟΑΕΕ). Από 01.05.2012 και άλλοι πρώην ασφαλιστικοί οργανισμοί-ταμεία εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ (ΤΑΥΤΕΚΩ, ΤΣΑΥ, ΝΑΤ κτλ.).

Ακολούθως το 2012 με την αναγκαιότητα της Ελλάδας να υπογράψει για την νέα δανειακή σύμβαση (Μνημόνιο ΙΙ), έγιναν και αλλαγές στον χώρο της υγείας εκ νέου. Οι κυριότερες αλλαγές που έγιναν, πέρα από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, ήταν ότι οι τρεις πιστωτές της Ελλάδας (Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, Ευρωπαϊκή Ένωση και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο) να απαιτήσουν την μείωση της συνολικής δαπάνης για την υγεία, σε ποσοστό κάτω από 9% του ΑΕΠ, καθώς και της δημόσιας χρηματοδότησης της υγείας σε ποσοστό κάτω από 6% του ΑΕΠ για το 2012 στα πλαίσια της γενικότερης περιστολής των κυβερνητικών δαπανών (Economou et al, 2014). Τα αποτελέσματα της αυστηρής εποπτείας ήταν η πτώση των συνολικών δαπανών για την υγεία περίπου στο 8,2% του ΑΕΠ το 2015, ενώ οι κυβερνητική χρηματοδότηση για υγειονομικές υπηρεσίες κυμάνθηκε πολύ κάτω από 6% (βλ. Γράφημα 1) (OECD, 2017). Επίσης, υιοθετήθηκαν διεθνείς πρακτικές αποζημίωσης στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, μέσω της εφαρμογής των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.), διότι έπρεπε να υπάρχει ένας ενιαίος τρόπος υπολογισμού και ελέγχου της οικονομικής αποζημίωσης του νέου Οργανισμού για την Κλειστή-Νοσοκομειακή Περίθαλψη. Για να μπορούν να κοστολογηθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, έχουν οριστεί συγκεκριμένες οδηγίες που έχουν προκύψει για κάθε ομαδοποιημένο προϊόν (Οικονόμου, 2012).

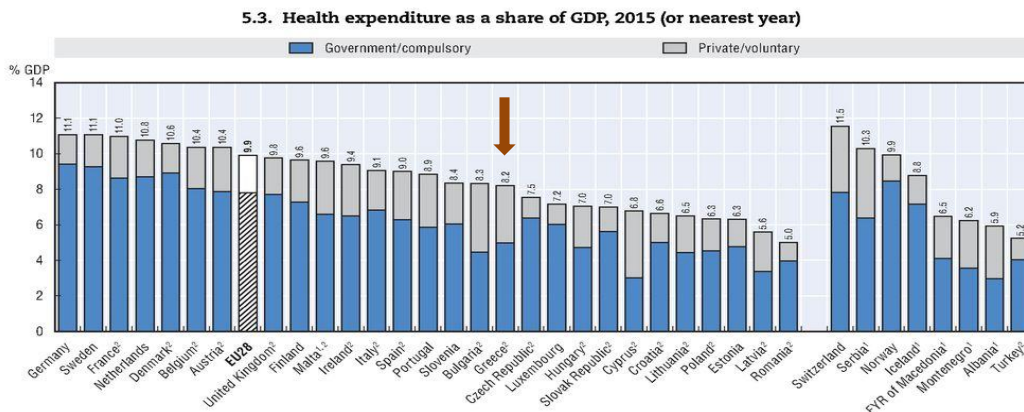
Τέλος, έγιναν αλλαγές σε σχέση με την πολιτική για το φάρμακο. Εκτός από τις μεγάλες δαπάνες που είχε να αντιμετωπίσει το κράτος, είχε να αντιμετωπίσει και την αύξηση των δαπανών σε σχέση με τα φάρμακα για τις οποίες κύριος χρηματοδότης ήταν το ίδιο κράτος μέσω της κοινωνικής ασφάλισης. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, αναγκαστικά πραγματοποιούνται αλλαγές στην πολιτική για τα φάρμακα, έτσι ώστε να γίνει

εξοικονόμηση πόρων, αφού μέχρι το 2009 οι φαρμακευτικές δαπάνες έτειναν συνεχώς να αυξάνονται. Επιτέλους οι δαπάνες για τα φάρμακα συγκλίνουν με τις αντίστοιχες δαπάνες της υπόλοιπης Ευρώπης. Ακόμα μία μεγάλη αλλαγή που πραγματοποιήθηκε την ίδια περίοδο ήταν η καθιέρωση των γενόσημων φαρμάκων σε συνδυασμό τόσο με την μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακοποιών και με την αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική δαπάνη. Τέλος, μία μεγάλη καινοτομία ήταν η αφετηρία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, γιατί πλέον γίνονται έλεγχοι των ιατρών, των φαρμακείων, των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων για τις συνταγές που γράφονται ή εκτελούνται αντίστοιχα. Ακόμα με τον νόμο Ν.3840/2010 οι τιμές των φαρμάκων που ισχύουν στην χώρα μας, διατίθενται στην αγορά και βασίζονται στις τρεις πιο χαμηλές τιμές της Ευρώπης (IOBE, 2011).



**Εικόνα 1:** Δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, για την Ελλάδα και διάφορες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., 2005-2015

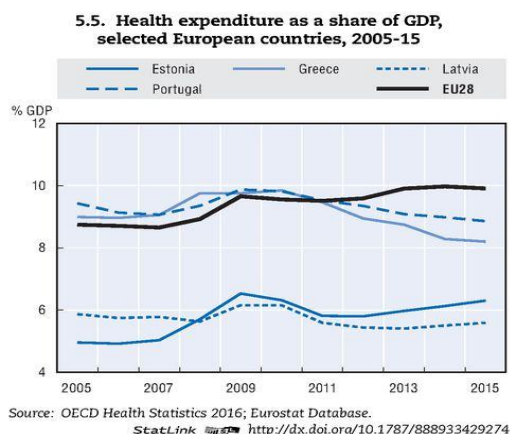
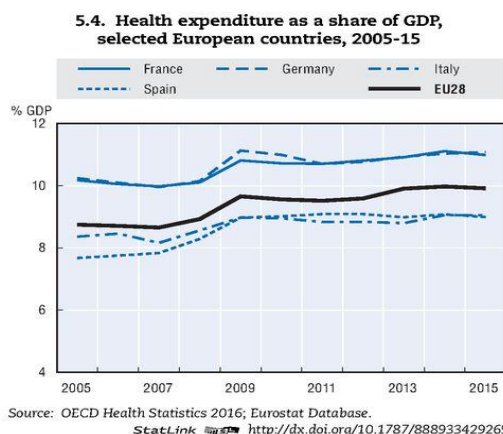
5. HEALTH EXPENDITURE IN RELATION TO GDP



1. Includes investments.
2. OECD estimate.

Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933429258>



Πηγή: OECD (2016). "Health Expenditure in relation to GDP", in Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, p.117.

### 1.3 Η Οργανωτική Δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

#### 1.3.1 Υπουργείο Υγείας-ΕΣΥ

Όπως προαναφέρθηκε το Ε.Σ.Υ. ιδρύθηκε το 1983 με τον νόμο Ν. 1397/1983. Ουσιαστικά, ιδρύθηκε με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των πολιτών στην υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη. Ωστόσο, λόγω των ελλειψών και των πεπαλαιωμένων υποδομών, αλλά και της παρωχημένης τεχνολογίας δεν κατάφερε ποτέ να λειτουργήσει σωστά και σύμφωνα με τις προδιαγραφές του. Έτσι εντάθηκε το πρόβλημα των ελλείψεων στις αγροτικές περιοχές στο θέμα της υγείας και η συγκέντρωση αρκετών ιατρών στα κέντρα. (Αλετράς et al., 2002).

Φυσικά τα προβλήματα συνέχισαν να υπάρχουν, μερικά από τα οποία είναι τα παρακάτω:

- Μεγάλα προβλήματα με το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων που σχετίζονται με την επάρκεια των γνώσεων και των δεξιοτήτων που πρέπει αυτά να διαθέτουν. Ακόμα υπήρχε σοβαρή έλλειψη τόσο στην εκπαίδευση και την επιμόρφωση του προσωπικού, όσο και στην έλλειψη ειδικού προσωπικού (Σιγάλας, 1999).
- Ο αριθμός των γιατρών είναι δυσανάλογος με το αριθμό των κατοίκων, υπάρχει πληθώρα γιατρών σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη, ενώ παράλληλα παρατηρείται έλλειψη τόσο σε προσωπικό νοσοκομείου όσο και συγκεκριμένες ειδικότητες στην διοίκηση του νοσοκομείου όσο και στο τεχνικό του κομμάτι (Ρούπας και Πολύζος, 1994).
- Παρατηρείται η συγκέντρωση των ιατρών στα αστικά κέντρα ενώ παράλληλα υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις στις περιφέρειες. Το ίδιο παρατηρείται και στο νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.
- οι ανακατατάξεις στην κατανομή της εργασίας και των υπηρεσιών, λόγω της εξέλιξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, γίνονται εμπειρικά, χωρίς κεντρική μελέτη.
- Το κόστος της υγείας αυξάνεται συνεχώς, ενώ παράλληλα παρατηρείται χαμηλή αποδοτικότητα σε σχέση με τις παροχές των υπηρεσιών της υγείας.
- Αυξήθηκαν οι τιμές των φαρμάκων από τις φαρμακευτικές εταιρίες σε συνεργασία με τους ιατρούς ώστε να συνταγογραφούνται υψηλού κόστους προς όφελος των ίδιων των ιατρών αλλά και των φαρμακευτικών εταιριών (Γκόλα et al., 2005).

Όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, αναμφισβήτητα αποτελούν μείζονα προβλήματα που παρεμποδίζουν την σωστή λειτουργία του Ε.Σ.Υ.. Ταυτόχρονα λόγω οικονομικής κρίσης

και μείωσης των μισθών των ιατρών, οι ασθενείς εξαναγκάζονται να προβούν σε άτυπες πληρωμές (φακελάκια), έπειτα από απαίτηση των ιατρών για την καλύτερη εξυπηρέτηση τους (Οικονόμου, 2012). Αυτό έχει άμεσο αντίκτυπο στην λειτουργία του Ε.Σ.Υ. δημιουργώντας ένα κλίμα δυσαρέσκειας και έλλειψης εμπιστοσύνης σε αυτό από τη πλευρά των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος και Νιάκας 1994).

### **1.3.2 Κοινωνική Ασφάλιση-Τα πρώην Κοινωνικά Ταμεία Ασφάλισης**

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης βασίζεται στην αντιμετώπιση των κινδύνων που αφορούν τα προβλήματα των ασφαλισμένων όπως το γήρας, την αναπηρία, το κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, επιδόματα ανεργίας, ασθενείας και τέλος μητρότητας (Καριάκη, 2007).

Η ιδέα της κοινωνικής ασφάλισης αρχίζει να γεννιέται στα μισά του 19ου αιώνα έως την αρχή του Β' Παγκόσμιου πολέμου, που θεσπίζονται νόμοι για την κοινωνική ασφάλιση σχετικοί με την διασφάλιση των εργαζομένων από εργατικά ατυχήματα, τις ασθένειες καθώς και την εξασφάλιση τους στην μη παραγωγική τους περίοδο. Ταυτόχρονα ορίζονται διάφορα επιδόματα για την ενίσχυση των χαμηλόμισθων.

Η ιδέα της κοινωνικής ασφάλισης ενισχύεται περισσότερο, ιδιαίτερα μετά την οικουμενική Διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων το 1948 (Ο.Η.Ε. αρ. απόφασης 217 Α) όπου αναφέρονται και καταγράφονται για πρώτη φορά τα ανθρώπινα δικαιώματα, ενώ αναφέρεται πως ο κάθε άνθρωπος που ζει και εργάζεται σε ένα κοινωνικό σύνολο και έχει αναφαίρετο δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση (Καριάκη, 2007).

Ουσιαστικά θεσπίζεται ο σπουδαιότερος θεσμός της κοινωνικής αλληλεγγύης μεταφέροντας πόρους από γενιά σε γενιά, δηλαδή από τους ενεργά εργαζόμενους προς τους απόμαχους της εργασίας. Έτσι εξασφαλίζονται αφενός εισοδήματα των πρώτων σε περίπτωση ανάγκης ή ασφαλιστικού κινδύνου (πχ. ασθένεια ή ατύχημα) και αφετέρου παρέχεται ένας αξιοπρεπής τρόπος επιβίωσης στους δεύτερους.

Εύλογο είναι ότι κάθε κράτος ανάλογα με την κουλτούρα, τις παραδόσεις, το πολιτικό του υπόβαθρο, το ρυθμό ανάπτυξης και την οικονομία του, αναπτύσσει το δικό του σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Στην Ελλάδα το 1833 θεσπίζεται για πρώτη φορά το ταμείο αλληλοβοήθειας για τους ναυτικούς και το 1861 ψηφίζεται νόμος για την ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (ΝΑΤ). Το έτος 1914 με τον νόμο 281 θεσπίζεται η λειτουργία των αλληλοβοηθητικών ταμείων και το έτος 1922 με τον νόμο 2868 θεσπίζεται η υποχρεωτική

ασφάλιση των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων. Ο νομός αυτός ουσιαστικά είναι ο πρώτος ασφαλιστικός νόμος του ελληνικού κράτους. Βάση αυτού του νόμου, οι μισθωτοί ασφαλιζόνταν για όσο διάστημα εργάζονται, καλύπτονται σε περίπτωση ανεργίας και όταν έχουν ώριμο συνταξιοδοτικό δικαίωμα παίρνουν σύνταξη για να έχουν μια αξιοπρεπή ζωή στη μη παραγωγική περίοδο της ζωής τους.

Στην αρχή δημιουργήθηκαν ασφαλιστικά ταμεία για κάθε εργασιακό κλάδο ώσπου με τον νόμο 6296/1934 γενικεύεται το σύστημα ασφάλισης και δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), όπου γίνεται το ενιαίο ταμείο ασφάλισης εργαζομένων. Αργότερα θεσπίζονται επικουρικά ταμεία σύνταξης για την ενίσχυση των κύριων συντάξεων, με κυριότερο ταμείο το ΙΚΑ - TEAM το οποίο εντάσσεται στο ΙΚΑ τον 02/198328 και ασφαλίζει όσους δεν είναι ασφαλισμένοι σε άλλα επικουρικά ταμεία.

Ο μεγάλος αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων που ιδρύονται στη χώρα μας, φανερώνει την πολυπλοκότητα και την πολυδιάσπαση της κοινωνικής ασφάλισης, που με την γραφειοκρατική δυσλειτουργία της, την μη πειθαρχημένη οργάνωση της, τις ανισότητες στις παροχές των ασφαλιστικών ταμείων, την κακή οικονομική διαχείριση και την μη αξιοποίηση των αποθεματικών τους ανέδειξαν τις παθογένειες του ασφαλιστικού συστήματος που σταδιακά οδηγούν στην αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς τους και τελικά στην κατάρρευση.

Στην επιδείνωση των παθογενειών συνέβαλε και το ίδιο το κράτος, το οποίο άσκησε προνομιακή πολιτική μέσω των ασφαλιστικών ταμείων ενώ ταυτόχρονα, προκειμένου να επιδοτήσει τα κόστη λειτουργίας διαφόρων επιχειρήσεων, έκανε μειώσεις στις εργοδοτικές εισφορές χωρίς να χρηματοδοτεί τα ασφαλιστικά ταμεία αναλόγως. Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι ένα μικτό σύστημα που έχει στοιχεία από τα μοντέλα των Beveridge και Bismarck (Κωτσονόπουλος, 2008).

### **1.3.3 Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)**

Με την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, έγινε αρχικά η συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων ταμείων της Ελλάδας, (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. και Ο.Π.Α.Δ.) και αυτό είχε ως αποτέλεσμα 95% των ασφαλισμένων να καλύπτεται για υγειονομική περίθαλψη από το νέο φορέα-οργανισμό. Με το πέρασμα των ετών, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και άλλα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (Grigorakisetal., 2016).

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ είχε ως στόχο την προσφορά υπηρεσιών σε θέματα υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους ανεξαιρέτως, σε ευπαθείς ομάδες, (συνταξιούχους,

προστατευόμενα μέλη). Το άρθρο 30 του Νόμου 2456/2011 «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.)» του ΕΟΠΥΥ στόχευε στην πρόληψη, τη διατήρηση, την προαγωγή, τη βελτίωση, την αποκατάσταση και την προστασία της υγείας των ασφαλισμένων. Πιο συγκεκριμένα με τον Ε.Κ.Π.Υ., ορίζονται οι παροχές υγείας με βάση τα χαρακτηριστικά τους όπως, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησής τους και επιπλέον ορίζονται οι δικαιούχοι των παραπάνω παροχών καθώς επίσης και ο τρόπος που θα αποζημιωθούν.

### **1.3.4 Ιδιωτικός Κλάδος Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

Το 1983 με τον νομό 1397/1983 απαγορεύτηκε η εγκατάσταση ιδιωτικών κλινικών κάτι όμως που άρθηκε το 1992 με τον νόμο 2071. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών των ιατρικών κέντρων, κάτι που έγινε εντονότερο στην Ελλάδα σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη (Liaropoulos, L., & Kaitelidou, D. 2000).

Πιο συγκεκριμένα:

- Το ΕΣΥ δεν μπορούσε να ανταποκριθεί επαρκώς στις απαιτήσεις των πολιτών λόγω έλλειψης των τεχνολογικών υποδομών αλλά και της δυσαρέσκειας των ασθενών όσον αφορά την ανταπόκριση του ανθρώπινου δυναμικού.
- Έτσι, η επόμενη ρύθμιση που ψηφίστηκε αφορούσε την ελεύθερη αγορά για την παροχή υπηρεσιών της υγείας και αυτό έθεσε την βάση της επιχειρηματικής δραστηριοποίησης.
- Διασπορά στο ευρύ κοινό, οι ιδιωτικές ασφάλειες με την μορφή συμβολαίου για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη.
- Αύξηση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών.
- Το γήρας του πληθυσμού.
- Καινοτομία όσον αφορά τις ιατρικές μεθόδους στην διάγνωση, την χειρουργική και την περίθαλψη (Κυριόπουλος, Γ., & Νιάκας, Δ., 1994)

Μέχρι τώρα οι δαπάνες που αφορούσαν την ανθρώπινη υγεία δεν ήταν καθόλου ελαστικές για αυτό και το έδαφος ήταν έφορο για την πρόσληψη καθαρού κέρδους του κλάδου. Το κέρδος αυτό ήταν τέσσερις φορές μεγαλύτερο σε σχέση με τα κέρδη της ελληνικής οικονομίας.

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1990 διαπιστώνεται, έντονη δυσαρέσκεια όσον αφορά τα κενά που δημιουργεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Έτσι λοιπόν, άρχισε ξανά εγκαθίδρυση των Ιδιωτικών Κλινικών Υγείας (Sansom, 1987).

Επιπλέον, η παροχή των υπηρεσιών της υγείας του ιδιωτικού τομέα στηρίζεται στην αρχή της πελατοκεντρικής φιλοσοφίας με κύριο μέλημα τις ανθρώπινες σχέσεις και τις υπηρεσίες που προσφέρουν, καταβάλλοντας έτσι οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας το αντίστοιχο ποσό για καλύτερη και αποκλειστικότερη εξυπηρέτηση σε τομείς όπου οι Δημόσιες Υπηρεσίες κατά γενική ομολογία πάσχουν (HELLASTAT, 2006).

Η δράση του ιδιωτικού τομέα επεκτείνεται τόσο στην πρωτοβάθμια, όσο και στην δευτεροβάθμια περίθαλψη και φροντίδα. Ο ιδιωτικός τομέας έχει την δυνατότητα να εξυπηρετήσει τους ασφαλισμένους μέσω των ιδιωτικών ιατρών και διαγνωστικών κέντρων (διαγνωστικές πράξεις-ιατρικές εξετάσεις) και για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των ιδιωτικών νοσοκομείων-κλινικών (Οικονόμου, Χ., 2012). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται εκτός νοσοκομείου και δεν απαιτείται νοσηλεία του ασθενή στο νοσοκομείο. Πολλοί είναι οι ιδιωτικοί φορείς που προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες:

1. Υπάρχουν ιατρεία με ιδιωτικό χαρακτήρα όπου λειτουργούν από τους ίδιους ιδιοκτήτες-ιατρούς και οι οποίοι είναι και υπεύθυνοι αυτών. Συγκεκριμένα στην χώρα μας ο υπολογισμός των ιατρείων, όλων των ειδικοτήτων ανέρχεται στα 25000 ιατρεία καθώς επίσης και των οδοντιατρείων περίπου στα 12000 (Τούντας και συν., 2008). Τα συγκεκριμένα ιατρεία είναι εφοδιασμένα με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό και παρέχουν την δυνατότητα ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, παρόλα αυτά δεν παρέχουν εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις στον ίδιο χώρο (Δίκαιος και συν., 1999).

2. Συχνό φαινόμενο είναι ότι ο υπεύθυνος των τα μικροβιολογικών εργαστηρίων είναι ένας ειδικός ιατρός βίο-παθολόγος. Διαθέτουν επαρκή εξοπλισμό ανάλογα με τις υπηρεσίες που παρέχουν. Το προσωπικό των συγκεκριμένων εργαστηρίων συχνά είναι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων.

3. Υπάρχουν διαγνωστικά κέντρα τα οποία στεγάζουν μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια. Σε όλη τη χώρα βρίσκονται παραπάνω από 400 κέντρα τα οποία είναι εφοδιασμένα με τον πιο πρόσφατο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012). Τα συγκεκριμένα διαγνωστικά κέντρα διαθέτουν εξειδικευμένο προσωπικό

(μικροβιολόγοι, ακτινολόγοι), βιοχημικούς, μοριακούς βιολόγους, τεχνολόγους εργαστηρίων, νοσηλευτές.

Όσον αφορά την δευτεροβάθμια περίθαλψη, οι υπηρεσίες της αφορούν τις νοσοκομειακές παροχές, τις περιπτώσεις δηλαδή που ο ασθενής χρειάζεται να παραμείνει στο νοσοκομείο για την περίθαλψή του σε ιδιωτική κλινική.

Γενικότερα στην χώρα μας υπάρχουν εν ενεργεία περίπου 250 ιδιωτικές κλινικές. Συγκεκριμένα, μεγάλο ποσοστό των ιδιωτικών κλινικών καταλαμβάνουν οι μαιευτικές-γυναικολογικές και ψυχιατρικές ενώ παράλληλα την τελευταία πενταετία έχει αυξηθεί αρκετά ο αριθμός των κέντρων αποκατάστασης και των κέντρων περίθαλψης ηλικιωμένων. (Tountasetal., 2005).

Η Ελλάδα βέβαια διαθέτει αξιόλογες ιδιωτικές μονάδες νοσηλείας οι οποίες είναι άρτια εξοπλισμένες, παρέχοντας πληθώρα υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια περίθαλψη (Σουλιώτης, 2000).

Τα παραπάνω διαγνωστικά κέντρα αμείβονται λόγω των συμβάσεων που έχουν εξασφαλίσει αναδρομικά ή από τους ασφαλισμένους τους. Παρόλα αυτά αν και δεν έχουν γίνει αλλαγές στην κοστολόγηση των τιμών τις παροχές τους οι ασθενείς καλούνται να καταβάλουν για επιπλέον χρηματικά ποσά είτε για την εξ ολοκλήρου πληρωμή της υπηρεσίας είτε μέρος-συμμετοχή αυτής (Καραμπλή και συν., 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

### 2.1 Η περιγραφή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Η χρηματοδότηση ενός συστήματος υγείας θα πρέπει να βασίζεται στις τρεις ακόλουθες αρχές:

- Σύμφωνα με την αρχή της μακροοικονομικής αποδοτικότητας,πρέπει να τηρείται το όριο τουποσοστού του εθνικού εισοδήματος που είναι διαθέσιμο για την υγεία βάσητου οποίου όμως, οι πρόσθετοι πόροι δεν προωθούν την βελτίωση του επιπέδου της υγείας των πολιτών.
- Σύμφωνα με την αρχή της μικροοικονομικής αποδοτικότητας, ο καταμερισμός των πόρων ανάμεσα στα διαφορετικά συστήματα και υποσυστήματα, θα πρέπει να έχει σαν επακόλουθο την αύξηση των κερδών, σύμφωνα με το κόστος, ή με την επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το ελάχιστο δυνατό κόστος.
- Σύμφωνα με την αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, χρειάζεται να υπάρχει αξιοκρατία για την κατανομή των πόρων, σύμφωνα με το εισόδημα που έχει ο κάθε πολίτης(Λιαρόπουλος , 2007).

Οι περισσότεροι οικονομολόγοι της υγείας συμφωνούν στο γεγονός ότι οι κυριότερες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι οι ακόλουθες:

- Ο κρατικός προϋπολογισμός, όπου περιλαμβάνει τους άμεσους και τους έμμεσους φόρους, καθώς και την ειδική φορολόγηση.
- Η κοινωνική ασφάλιση, στην οποία περιλαμβάνονται οι εισφορές των εργοδοτών, των εργαζομένων, όπως επίσης και οι εισφορές των αυτοαπασχολούμενων.
- Οι ιδιωτικές πληρωμές, όπου είτε αφορούν το διαθέσιμο ατομικό εισόδημα, είτε τις πληρωμές που πραγματοποιούνται μέσω των ιδιωτικών προγραμμάτων ασφάλισης υγείας(Liagorouλος,etal.2008).

Ορισμένοι από τους ερευνητές πιστεύουν ότι, στις ιδιωτικές πληρωμές εντάσσονται και οι συμπληρωματικές ασφαλιστικές εισφορές, που παρέχουν οι επιχειρήσεις στους εργαζομένους μέσα από τις ομαδικές ασφαλίσσεις. Ακόμη, ορισμένοι άλλοι θεωρούν ότι υπάρχει και τέταρτη πηγή χρηματοδότησης, μέσα από δάνεια και δωρεές, καθώς και από φιλανθρωπικές οργανώσεις, από μη κυβερνητικές οργανώσεις κτλ. (Σούλης , 1998).



Όσον αφορά τις πληρωμές των χρηστών υπηρεσιών υγείας, μπορούμε να πούμε ότι υπάρχουν διάφοροι τρόποι πληρωμών χρηστών, με τους σημαντικότερους να είναι οι ακόλουθοι:

- Οι άμεσες πληρωμές, οι οποίες δεν συμπεριλαμβάνονται στην ασφάλιση και καλύπτονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους άμεσα.
- Οι άτυπες πληρωμές, όπου πρόκειται για ανεπίσημες πληρωμές που γίνονται για ορισμένα αγαθά και υπηρεσίες και τα οποία σε θεωρητικό επίπεδο προσφέρονται δωρεάν.
- Η συμμετοχή στο κόστος, όπου σχετίζεται με την θεσμοθετημένη ανάληψη ενός μέρους του κόστους των παρεχόμενων φροντίδων από τους ασφαλισμένους πολίτες (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1994).

Οι ιδιώτες συμμετέχουν στο κόστος των υπηρεσιών υγείας με τους ακόλουθους τρόπους:

- Με την συμπλήρωσή, όπου οι χρήστες προβαίνουν στην πληρωμή ενός προκαθορισμένου ποσού ανά υγειονομικό προϊόν ή υπηρεσία, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το συνολικό κόστος.
- Με την συνασφάλιση, οι χρήστες καταβάλλουν ένα μέρος από το συνολικό κόστος της υπηρεσίας, ενώ το υπόλοιπο καταβάλλεται μέσω του ασφαλιστικού φορέα.
- Με το αφαιρετέο ποσό (γνωστό ως ποσό απαλλαγής), όπου συνιστά ουσιαστικά το πόσο που πληρώνει ο ίδιος ο ασθενής, πριν προχωρήσει η ενεργοποίηση της ασφαλιστικής κάλυψης. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι όσο υψηλότερο είναι το αφαιρετέο αυτό ποσό, τόσο πιο χαμηλά είναι τα ασφάλιστρα (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

## **2.2 Η Δημόσια Χρηματοδότηση για την Υγεία**

### **2.2.1 Κοινωνική Ασφάλιση και Φορολογία**

Η Ελλάδα με το πέρασμα των χρόνων, έχει ενστερνιστεί για τις παροχές των υπηρεσιών της υγείας στους πολίτες, το οργανωτικό μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης. Η χρηματοδότηση όμως του ΕΣΥ δεν προκύπτει μόνο από τους πόρους των ασφαλιστικών εισφορών. Γενικότερα, σε όλο το χρονικό πλαίσιο όπου εξελίσσεται το σύστημα υγείας, και πιο συγκεκριμένα την περίοδο μετά τη καθιέρωση του στην Ελλάδα το 1983, οι πόροι

του δημοσίου προϋπολογισμού κατείχαν και αυτοϊανώτατη θέση ως πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος (Liaropoulos&Kaitelidou, 1998).

Οι κύριες πηγές της δημόσιας χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι δύο, ή φορολογία από το κράτος και η κοινωνική ασφάλιση μέσω των πρώην ασφαλιστικών ταμείων, νυν Ε.Φ.Κ.Α(όπου τα έσοδα/εισφορές προέρχονται τόσο από τον εργοδότη, όσο και από τον εργαζόμενο). Την δεκαετία του 1990 παρατηρήθηκε ότι τα φορολογικά έσοδα ήταν μεγαλύτερα από τις κοινωνικές εισφορές με ποσοστό 60%- 40% (Σίσκου και συν., 2008). Ο κρατικός προϋπολογισμός διαθέτει τις χρηματοδοτήσεις στα δημόσια νοσοκομεία και επίσης στα Κέντρα Υγείας και στην περίθαλψη του ΟΓΑ. Ακόμα διαθέτει ποσά για τη χρηματοδότηση του συστήματος της περίθαλψης των δημοσίων υπαλλήλων, αλλά και των δημόσιων επενδύσεων στον υγειονομικό τομέα. Με τον ίδιο τρόπο, τα έξοδα των ασφαλιστικών οργανισμών περιέχουν τη χρηματοδότηση των παροχών υγείας (π.χ. από τον ΕΦΚΑ από 01.01.2017 και μέσω του ΕΟΠΥΥ πλέον από τις αρχές του 2012) για παροχές ασθενείας που προσδίδονται στους ασφαλισμένους τους. Επιπλέον οι δαπάνες καταβάλλονται και για αγορά από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υγείας πρωτοβάθμιας, νοσοκομειακής και φαρμακευτικής φροντίδας (Economou et al., 2014; Θεοδώρου και συν, 2002).

Τα κυριότερα ασφαλιστικά ταμεία υγείας της Ελλάδας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ) υπάχθηκαν από τις αρχές του 2012 στον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος είναι υπεύθυνος να παρέχει υπηρεσίες υγείας, περίπου για το 95% του ασφαλιστικού πληθυσμού στην Ελλάδα. Υπό την εποπτεία και την ευθύνη του για τη γενικότερη διαχείριση των εισφορών που εισπράττει από τον κρατικό προϋπολογισμό και από τον Ε.Φ.Κ.Α. , αποτελεί πλέον στις μέρες τον μεγαλύτερο αγοραστή υγειονομικών υπηρεσιών για τα μέλη του (Grigorakis et al., 2016). Στο σχήμα αυτό, ο «αγοραστής» υπηρεσιών υγείας συμβάλλεται με τους δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υγείας (π.χ. νοσοκομεία) και τις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας (π.χ. διαγνωστικά κέντρα) για να παρέχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του. Παρατηρώντας τα πρόσφατα στοιχεία από την δευτερογενή ηλεκτρονική βάση δεδομένων του Ο.Ο.Σ.Α. (OECD, 2016) η δημόσια χρηματοδότηση της υγείας στην Ελλάδα αντιπροσωπεύει τα τελευταία έτη το μικρότερο ποσοστό επί των συνολικών δαπανών σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε., ως αποτέλεσμα της αυστηρής πολιτικής μείωσης των δημοσίων δαπανών.

**Πίνακας 1** Η εξέλιξη των δαπανών στον τομέα της υποχρεωτικής εθνικής/κοινωνικής ασφάλισης (δημόσιας) ως ποσοστό επί των τρεχουσών συνολικών δαπανών υγείας για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., 2008 – 2016.

<b>Financingscheme</b>	Government/compulsoryschemes									
<b>Function</b>	Current expenditure on health (all functions)									
<b>Provider</b>	Allproviders									
<b>Measure</b>	Share of current expenditure on health									
<b>Year</b>	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
<b>Country</b>										
Australia	69.00	69.30	68.64	69.21	67.54	67.55	67.36	68.23	68.31	
Austria	74.96	75.10	74.65	74.61	74.68	74.01	74.01	74.12	74.12	
Belgium	77.53	78.09	78.06	77.86	78.30	77.98	78.23	78.40	78.81	
Canada	69.79	70.22	69.96	70.61	70.54	70.46	70.38	70.52	70.30	
Chile	56.40	58.39	59.03	59.46	60.00	60.04	60.35	60.78	60.89	
CzechRepublic	82.10	83.27	83.33	83.88	83.74	83.61	82.69	82.37	81.98	
Denmark	84.02	84.46	83.88	83.61	83.98	84.26	84.19	84.18	84.12	
Estonia	76.98	77.87	76.33	76.69	76.65	75.61	75.68	75.62	75.66	
Finland	74.73	74.78	74.26	74.80	75.33	75.17	74.88	74.92	73.67	
France	76.59	76.59	76.33	76.01	76.07	76.23	76.49	76.58	82.90	
Germany	75.29	83.59	83.44	83.28	83.14	83.89	84.38	84.30	84.60	
Greece	58.34	68.53	69.05	65.97	66.45	62.14	58.21	58.28	61.35	
Hungary	68.90	68.34	67.11	66.53	65.53	66.65	67.10	66.86	66.24	
Iceland	82.60	81.98	80.43	80.06	79.93	80.24	80.50	80.82	81.51	
Ireland	79.32	77.07	76.18	71.51	70.99	70.52	70.39	71.20	72.07	
Israel	61.39	61.36	62.94	62.66	62.71	63.65	63.23	62.70	62.50	
Italy	77.68	78.31	78.45	77.01	76.13	76.06	75.65	74.59	74.46	
Japan	81.17	81.29	81.93	83.74	83.93	84.26	84.12	84.08	84.25	
Korea	58.38	60.24	60.38	59.64	58.89	58.96	58.75	58.90	59.16	
Latvia	60.33	59.65	60.19	63.50	60.35	60.01	59.67	57.04	54.20	
Lithuania	71.24	72.46	71.71	70.99	67.32	66.25	67.56	67.14	66.90	
Luxembourg	87.33	85.75	84.91	83.16	82.90	82.47	82.30	81.88	80.93	
Mexico	45.91	46.67	48.65	51.33	51.59	52.76	51.79	52.17	52.33	
Netherlands	81.69	82.44	82.55	82.19	81.97	81.08	80.67	81.03	80.98	
NewZealand	80.86	81.06	81.17	80.88	80.50	80.05	79.56	78.99	78.65	
Norway	84.14	84.44	84.68	84.42	84.76	85.02	85.29	85.52	85.13	
Poland	71.67	71.65	71.68	70.87	70.04	70.66	70.66	69.99	69.84	
Portugal	68.39	69.92	69.77	67.70	65.57	66.92	66.08	66.17	66.35	
SlovakRepublic	75.36	73.49	71.91	73.78	72.17	74.21	80.23	79.72	80.75	
Slovenia	73.56	73.07	73.33	73.32	71.80	71.00	71.02	71.69	72.68	
Spain	73.64	75.40	74.78	73.79	72.18	71.03	70.40	71.28	71.24	
Sweden	81.86	81.96	81.88	83.97	83.58	83.38	83.37	83.34	83.51	
Switzerland	61.50	61.91	61.77	62.31	63.55	64.12	63.23	63.36	62.78	
Turkey	72.69	80.50	78.00	79.13	79.17	78.35	77.61	78.13	78.44	
UnitedKingdom	82.79	83.47	83.06	82.60	82.76	79.59	79.64	79.58	79.53	
UnitedStates	47.22	48.13	48.38	48.36	48.35	48.81	81.37	81.95	81.85	

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

## 2.3 Η Ιδιωτική Δαπάνη για την Υγεία

### 2.3.1 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Η ασφάλιση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική στην σύγχρονη εποχή καθώς μπορεί να παρέχει σταθερότητα στη ζωή και στις δραστηριότητες που αναπτύσσει ο ασφαλιζόμενος, ενώ συμβάλει στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, εφόσον μπορεί να προστατέψει ένα σημαντικό κομμάτι τις κοινωνίας από μια σειρά κινδύνων, οι οποίοι τα τελευταία χρόνια βαίνουν αυξανόμενοι (Mossialos & Thomson, 2004).

Η ιδιωτική ασφάλιση δύναται να προσφέρει εξασφάλιση έναντι τυχαίων και απρόβλεπτων ζημιολογών ενδεχομένων, τόσο για κινδύνους αγαθών, όσο και για κινδύνους προσώπων (γήρας και ασθένειας-κακή υγεία) (Νεκτάριος, 2003).

Σχετικά με την εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα, τα τελευταία σαράντα χρόνια έχει παρουσιάσει αυξητικές τάσεις καθώς το 1979 το 0,6% του συνολικού πληθυσμού διέθετε ιδιωτικό ασφαλιστήριο υγείας, ενώ το ποσοστό αυτό κατά το τέλος της δεκαετίας του 1980 ανερχόταν στο 2% επί του συνολικού πληθυσμού; ένα ποσοστό χαμηλότερο στην Ευρώπη. Τα επόμενα χρόνια με την αύξηση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού και την στρόφη μεγάλης μερίδας προς τις παροχές υγείας του ιδιωτικού τομέα, αυξήθηκε το ποσοστό των ατόμων που διέθετε ιδιωτική ασφάλεια υγείας και έτσι το 2005 εν καιρώ ανάπτυξης το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 15,6% επί του συνολικού πληθυσμού. Το 2014 ύστερα από πέντε χρόνια ύφεσης το ποσοστό του πληθυσμού που κατέχει ιδιωτικό ασφαλιστήριο υγείας ανέρχεται περίπου στο 11,5%. Την δεκαετία 2005-2014 σε ορισμένες χώρες όπως για παράδειγμα η Δανία και το Βέλγιο, η αγορά της ιδιωτικής ασφάλειας υγείας παρουσίασε άνοδο (Αθανασιάδης και Σταυράκη, 2017) ως ένα έξτρα προ-πληρωμένο εθελοντικού τύπου (voluntary health insurance) μηχανισμό ασφάλισης παράλληλα με την υποχρεωτική εθνική ή κοινωνική ασφάλιση (mandatory national or social health insurance).

Στη χώρα μας οι πολίτες και ασφαλισμένοι ήδη στην κοινωνική ασφάλιση άρχισαν να στρέφονται στην Ιδιωτική Ασφάλιση για τους παρακάτω λόγους:

- Δυσανεμία για την εξυπηρέτηση της Κοινωνικής Ασφάλισης.
- Ευχέρεια στην επιλογή του ιατρού.
- Ευχέρεια στην επιλογή της κλινικής και των διαγνωστικών κέντρων.
- Ευχέρεια στην επιλογή των παροχών σε σχέση με την ποιότητα σε θέματα νοσηλείας.

- Ευέλικτη πρόσβαση των επισκεπτών του ασθενή.
- Ευχέρεια στον καθορισμό του χρονικού διαστήματος στην παροχή υπηρεσιών(Σκουτέλης Γ., 1990).

Ουσιαστικά οι πολίτες στρέφονται προς την Ιδιωτική Ασφάλιση, όχι τόσο λόγω των πλεονεκτημάτων που προφέρει, όσο λόγω των μειονεκτημάτων που έχει η Κοινωνική Ασφάλιση (Λιαρόπουλος Λ. ,1993).Επίσης ένας ακόμα λόγος είναι οι σύγχρονες και αναβαθμισμένες υπηρεσίες που προσφέρει. Ακόμα, κάποιοι παράγοντες είναι αύξηση του μορφωτικού επιπέδου των πολιτών και αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση του πληθυσμού των ιατρών, την αύξηση του εισοδήματος και η στροφή σε καλύτερα καταναλωτικά πρότυπα.

Σύμφωνα με τα δευτερογενή δεδομένα του Ο.Ο.Σ.Α., (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης)(βλ. Πίνακα 2),οι υγειονομικές δαπάνες που καλύπτονται από τον κλάδο της ιδιωτικήςασφάλισης υγείαςγια το έτος 2016 στη χώρα μας αντιπροσωπεύουντο3,85% επί των συνολικών δαπανών, παρουσιάζοντας μία αύξηση σε σχέση με το 2008 κατά 68,86%. Μολονότι την ραγδαία αύξησης της χρηματοδότησης της εθελοντικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην χώρα μας τα τελευταία έτη, αυτή υπολείπεται ακόμα σημαντικά σε σύγκριση με χώρες όπως η Σλοβενία, Ιρλανδία, Γαλλία και τον Καναδά.Συμπερασματικά, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα καταλαμβάνει μικρό ποσοστό σε σχέση με άλλες χώρες, και πιο συγκεκριμένατις Η.Π.Α., όπου η εθελοντική και υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στον ιδιωτικό τομέα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Στον Πίνακα 2, η κάθετη πτώση του ποσοστού χρηματοδότησης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στις Η.Π.Α. για τα έτη 2014-2016 αντιπροσωπεύει την αλλαγή του χρηματοδοτικού σχήματος (financingscheme) του κλάδου από εθελοντική σε υποχρεωτική, μετά τον Νόμο του τέως Προέδρου των Η.Π.Α., ObamaCareAct.

**Πίνακας 2:** Η εξέλιξη των δαπανών στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ως ποσοστό επί των τρεχουσών συνολικών δαπανών υγείας για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., 2008-2016.

Financingscheme	Voluntaryhealthinsuranceschemes								
Function	Current expenditure on health (all functions)								
Provider	Allproviders								
Measure	Share of current expenditure on health								
Year	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Country									
Australia	8.50	8.21	8.24	8.17	8.89	9.20	9.56	9.64	..
Austria	4.95	4.94	4.90	4.93	4.94	5.10	5.13	5.11	5.24
Belgium	4.41	4.08	4.10	4.29	4.18	4.36	4.44	4.94	5.09
Canada	13.21	13.06	12.78	12.93	13.05	13.11	13.11	13.04	13.10
Chile	5.82	6.71	6.21	5.73	6.26	6.77	6.63	6.67	6.73
CzechRepublic	0.16	0.22	0.16	0.13	0.22	0.15	0.16	0.14	0.14
Denmark	1.79	1.79	1.66	1.76	1.78	1.86	1.97	2.08	2.10
Estonia	0.30	0.27	0.26	0.29	0.28	0.28	0.23	0.29	0.28
Finland	2.74	2.81	2.81	2.84	2.90	2.89	3.19	2.50	2.29
France	12.83	12.68	12.88	13.13	13.16	13.14	13.00	13.03	6.73
Germany	9.50	1.38	1.37	1.43	1.46	1.55	1.48	1.48	1.44
Greece	2.28	1.93	2.48	2.84	3.10	3.26	3.77	3.75	3.85
Hungary	2.18	2.78	2.82	2.67	2.75	2.74	2.56	2.30	2.14
Ireland	..	..	..	12.28	12.79	12.71	12.77	12.58	12.31
Israel	9.89	10.31	10.46	10.67	10.96	11.17	11.28	11.15	11.15
Italy	0.99	1.03	1.00	0.96	1.57	1.52	1.48	1.51	1.66
Japan	2.46	2.46	2.45	2.21	2.19	2.20	2.20	2.19	..
Korea	2.94	3.99	4.23	4.92	5.38	5.65	6.20	6.36	6.79
Latvia	2.02	0.84	2.47	2.09	1.73	1.33	0.88	0.81	0.63
Lithuania	0.52	0.66	0.57	0.64	0.76	0.82	0.83	0.89	0.68
Luxembourg	2.23	3.28	3.72	4.67	5.22	5.85	5.52	5.88	6.54
Mexico	3.81	4.06	4.10	4.33	4.27	4.38	5.07	4.89	5.58
Netherlands	6.02	6.22	6.06	6.40	6.31	5.96	5.96	5.95	6.14
NewZealand	4.58	4.63	4.78	4.67	4.76	4.96	4.97	5.02	5.17
Poland	0.62	0.63	0.71	0.74	0.75	4.01	4.53	5.04	5.40
Portugal	4.89	4.59	4.73	5.03	5.28	5.23	5.35	5.20	4.98
Slovenia	12.89	13.25	13.08	13.39	14.60	15.19	14.79	14.50	14.04
Spain	5.00	4.78	4.14	4.79	4.63	4.65	4.87	4.58	4.58
Sweden	0.42	0.50	0.55	0.48	0.51	0.57	0.57	0.58	0.62
Switzerland	8.46	8.35	8.17	8.17	6.77	6.64	6.58	6.56	6.66
UnitedKingdom	3.61	3.24	3.24	3.65	3.68	3.60	3.58	3.41	3.26
UnitedStates	35.67	35.35	35.19	35.38	35.11	34.72	2.78	2.70	2.67

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

Στην Ελλάδα, εν αντιθέσει με άλλες χώρες η βραδεία ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς υγείας οφείλεται κυρίως σε οικονομικούς αλλά και σε κοινωνικούς λόγους. Ειδικότερα, ως προς τους οικονομικούς λόγους αυτοί σχετίζονται με το περιορισμένο διαθέσιμο εισόδημα, ιδίως τα τελευταία χρόνια όπου κυριαρχεί η ύφεση, η ανεργία και η υψηλή φορολόγηση, ενώ ως αποτρεπτικός παράγοντας ενδέχεται να λειτουργεί και η πεποίθηση από την πλευρά των Ελλήνων πολιτών για δωρεάν και

καθολική πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας (Economidou et al., 2014). Όσον αφορά τους κοινωνικούς λόγους, στην Ελλάδα κυριαρχεί η άμεση σχέση μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού μέσω των ανεπίσημων και αφορολόγητων πληρωμών, τόσο στις παροχές του ιδιωτικού τομέα (π.χ. χωρίς την έκδοση φορολογικού παραστατικού) όσο και οι άτυπες παροχές που λαμβάνουν χώρα στο ΕΣΥ και στις γενικότερες δημόσιες δομές υγείας (Liaporou et al., 2008). Επομένως, η διαμεσολάβηση μιας ασφαλιστικής εταιρείας προκειμένου να εξασφαλιστεί η κάλυψη των νοσηλευτικών και διαγνωστικών αναγκών του ασθενή εκλαμβάνεται με μια δόση καχυποψίας, καθώς διαφοροποιεί το μέχρι τώρα μοντέλο των άτυπων πληρωμών που επικρατεί μέσω της συνέργειας του καταναλωτή υγειονομικών υπηρεσιών και των δημοσίων λειτουργιών (Οικονόμου, Καραλής και Κυριόπουλος, 2001).

Για το 2016 στην Ελλάδα στον κλάδο ζωής, δραστηριοποιήθηκαν 23 ασφαλιστικές επιχειρήσεις οι οποίες παρείχαν ασφάλειες ζωής υπό τη μορφή είτε Ανώνυμης Εταιρείας, είτε υποκαταστήματος αλλοδαπής επιχείρησης. Όσον αφορά τις ασφάλειες υγείας-ατυχημάτων και ασθενειών, οι ατομικές ασφαλίσεις για το 2016 άγγιξαν σε πωλήσεις τα 750 εκατομμύρια ευρώ, ενώ οι ασφαλίσεις που αφορούσαν καθαρά μόνο την νοσοκομειακή κάλυψη προσέγγισαν τα 470 εκατομμύρια ευρώ, φθάνοντας 30% μερίδιο στις ασφαλίσεις ζωής. Όσον αφορά τα χρήματα που δόθηκαν από τις ασφαλιστικές εταιρείες ως αποζημιώσεις για περιστατικά υγειονομικής φροντίδας κατόχων προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για το 2016, πληρώθηκαν συνολικά περίπου 350 εκατομμύρια ευρώ για ασφάλειες υγείας και για συμπληρωματικές καλύψεις.

### **2.3.2 Ιδιωτικές Δαπάνες Νοικοκυριών για την υγεία (Out of Pocket Healthcare Expenditures/Payments)**

Στην Ελλάδα, μία σημαντική πηγή χρηματοδότησης, σχεδόν το 1/3 διαχρονικά επί των τρεχουσών συνολικών δαπανών για την υγεία, αντιπροσωπεύει το μερίδιο των ποσών που κατατίθενται απευθείας από τους ασθενείς και δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, δηλαδή καταβάλλονται αποκλειστικά από το εισόδημα των ασθενών. Οι ιδιωτικές δαπάνες ανέρχονται περίπου στο 34,3% για το έτος 2016 επί των συνολικών δαπανών υγείας και αυτό καθιστά την Ελλάδα, σε μία από τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α με τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες (βλ. Πίνακα 3) (OECD, 2018).

Σύμφωνα με τον καθηγητή Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας κ. Γιάννη Κυριόπουλο, οι ιδιωτικές δαπάνες κυμαίνονται σε υψηλά ποσοστά λόγω του

γεγονότος ότι δρουν ως μηχανισμός αντίστροφης αναδιανομής και αυξάνουν δυσανάλογα τα βάρη για τα στρώματα του πληθυσμού, μειωμένου εκπαιδευτικού επιπέδου και χαμηλών εισοδημάτων (Κυριόπουλος, Γ., & Νιάκας, Δ. 1994).

Τα ιδιωτικά έξοδα αντιπροσωπεύουν πληρωμές των ιατρών αλλά και των διαγνωστικών κέντρων που δεν μπορούν να καλυφθούν από το εύρος των παροχών που παρέχει η κοινωνική ασφάλιση του ασθενή, και επίσης από τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες δεν αποζημιώνονται από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (π.χ. τη θεσπισμένησυμμετοχή από την νομοθεσία για τουςασφαλισμένους στο κόστος των παροχών υγείας καθώς και τις έξτρα πληρωμές των χρηστών υγείας για υπηρεσίες και προϊόντα υγείας νέας τεχνολογίας και αναβαθμισμένου επιπέδου (Grigorakisetal., 2016; Siskouetal., 2008; Θεοδώρου και συν, 2002).

Παρατηρώντας τον Πίνακα 3, και ιδίως μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών στην Ελλάδα παρουσίασαν αύξηση και έτσι από το 29,3% που βρίσκονταν το 2009, βρέθηκαν στο 36,6% το 2014, ως αποτέλεσμα της σημαντικής μείωσης της δημόσιας χρηματοδότησης της υγείας λόγω της δημοσιονομικής κατάστασης, όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 1 παραπάνω. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των δαπανών αφορά την φαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη, (Τούντας, και συν., 2016; Siskouetal., 2014).Περαιτέρω, το για το έτος 2014 σύμφωνα με μία πανελλαδική έρευνα που διεξήχθη μεταξύ 1.285 ατόμων, οι ασθενείς πλήρωσαν με δικά τους χρήματα κατά μέσο όρο 265,15€ για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ασφαλιστική κάλυψη που είχαν. Από το ποσό αυτό τα 103,35€ διοχετεύθηκαν σε φάρμακα, ενώ οι επισκέψεις σε οδοντίατρο κόστισαν κατά μέσο όρο 74,77€, οι εργαστηριακές εξετάσεις 61,68€, η λήψη υγειονομικού υλικού 25,35€. Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, την ίδια περίοδο και σε βάθος ενός χρόνου δαπανήθηκαν από τους πολίτες άμεσα 162,07€, εκ των οποίων τα 158,67€ σχετιζόνταν με τη νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική-νοσοκομείο, ενώ τα υπόλοιπα 3,4€ αφορούσαν νοσηλεία σε δημόσια νοσοκομεία. (Πετμεζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου και Πολυζωίδης, 2015).



**Πίνακας 3:** Η εξέλιξη των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών ως ποσοστό επί των τρεχουσών συνολικών δαπανών υγείας για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., 2008-2016.

<b>Financingscheme</b>	Household out-of-pocket payments									
<b>Function</b>	Current expenditure on health (all functions)									
<b>Provider</b>	Allproviders									
<b>Measure</b>	Share of current expenditure on health									
<b>Year</b>	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
<b>Country</b>										
Australia	19.0	19.1	19.7	19.2	19.9	19.7	19.6	19.0	..	
Austria	18.2	18.1	18.6	18.7	18.7	19.2	19.1	19.0	18.9	
Belgium	17.9	17.6	17.6	17.6	17.3	17.5	17.1	16.5	15.9	
Canada	15.4	15.0	15.4	14.7	14.6	14.5	14.5	14.5	14.6	
Chile	37.4	34.6	34.5	34.5	33.4	32.9	32.7	32.2	32.1	
CzechRepublic	16.1	15.1	15.3	15.0	15.3	13.6	14.1	14.8	15.0	
Denmark	14.1	13.7	14.4	14.6	14.2	13.8	13.8	13.7	13.7	
Estonia	20.7	20.3	21.9	21.6	21.5	22.6	22.6	22.8	22.7	
Finland	19.6	19.4	20.0	19.4	18.7	19.0	19.0	19.7	21.2	
France	9.9	10.1	10.1	10.2	10.1	10.0	9.9	9.8	9.8	
Germany	14.0	13.8	13.9	13.9	13.9	13.0	12.6	12.7	12.4	
Greece	39.4	29.3	28.1	30.9	30.1	33.7	36.6	36.2	34.3	
Hungary	26.3	26.2	27.4	28.2	29.4	28.4	28.3	28.9	29.7	
Iceland	16.0	16.6	18.2	18.5	18.6	18.3	18.0	17.6	16.9	
Ireland	11.9	12.7	13.8	13.5	13.6	14.1	14.2	13.6	13.0	
Israel	25.3	25.3	23.7	23.7	23.3	22.5	22.8	22.7	23.0	
Italy	21.3	20.7	20.5	22.0	21.7	21.8	22.1	23.1	23.1	
Japan	15.2	15.2	14.6	13.1	13.0	12.7	12.9	12.9	..	
Korea	37.8	35.0	34.6	34.6	35.0	34.6	34.3	34.0	33.3	
Latvia	37.3	38.8	37.2	34.3	37.8	38.5	39.1	42.1	45.0	
Lithuania	28.2	26.8	27.6	28.2	31.8	32.8	31.5	31.8	32.3	
Luxembourg	10.1	9.9	10.2	10.9	10.4	10.3	10.8	10.9	11.2	
Mexico	48.6	47.4	45.7	42.7	42.6	41.3	41.5	41.4	40.4	
Netherlands	10.7	9.7	9.8	9.9	10.4	11.7	12.2	11.6	11.5	
NewZealand	13.2	12.4	12.0	12.1	12.3	12.4	12.9	13.4	13.6	
Norway	15.7	15.3	15.0	15.2	14.8	14.6	14.4	14.1	14.5	
Poland	24.4	24.4	23.7	24.0	24.3	23.6	23.1	23.2	23.0	
Portugal	25.8	24.6	24.6	26.3	28.2	27.0	27.7	27.7	27.8	
SlovakRepublic	21.0	22.4	22.8	23.6	23.2	23.3	18.0	18.4	17.8	
Slovenia	12.6	12.8	12.7	12.2	12.5	12.6	13.0	12.5	12.0	
Spain	21.0	19.5	20.7	21.1	22.8	24.0	24.4	23.8	23.8	
Sweden	16.9	16.9	16.9	15.0	15.4	15.5	15.5	15.5	15.2	
Switzerland	29.1	28.8	29.1	28.5	28.8	28.3	29.2	29.1	29.6	
Turkey	19.2	14.5	16.9	15.9	15.9	16.9	17.7	16.9	16.5	
UnitedKingdom	9.4	9.4	9.8	9.9	9.7	14.8	14.7	14.9	15.1	
UnitedStates	13.1	12.5	12.2	12.2	12.0	11.9	11.5	11.1	11.1	

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η παραοικονομία στο χώρο της υγείας

### 3.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί (Παραοικονομία, Άτυπες-Ανεπίσημες πληρωμές στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα Υγείας, Διαφθορά στην Υγεία)

Γενικότερα όσον αφορά τον τομέα της υγείας, είναι γνωστό ότι είναι πολύ ευάλωτος στην ανηθικότητα και αυτό οφείλεται στα ιδιόζοντα χαρακτηριστικά της υγείας και των συστημάτων που το υπηρετούν. Όλα τα παραπάνω περιλαμβάνονται περιληπτικά παρακάτω (Τούντας, και συν., 2016):

- Το φαινόμενο που έχει να κάνει με την ασύμμετρη πληροφόρηση είναι αρκετά έντονο, τόσο μεταξύ των παροχών, όσο και των καταναλωτών της περίθαλψης της υγείας, γιατί οι καταναλωτές δεν μπορούν να κατανοήσουν ποιες είναι οι πιο συμφέρουσες αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους. Αυτό συμβαίνει τόσο στην εξειδικευμένη γνώση που είναι απαραίτητη όσο και στην αδυναμία των πολιτών να ανταπεξέρχονται στην ραγδαία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας η οποία καθημερινά ανακαλύπτει και εισάγει νέες μεθόδους στην επιστήμη. Η ζήτηση της υγείας πηγάζει κυρίως ειδικούς των υπηρεσιών υγείας. Παρουσιάζεται για το προϊόν ή την υπηρεσία υγείας το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης όπου αντιστοιχείστη ζήτηση που δεν συνάδει σε πραγματικές και αναγκαίες ιατρικές παροχές υγείας, αλλά προξενείται από κερδοσκοπικούς παράγοντες. Βασικότερος εκ των οποίων, παράγοντας είναι ο ίδιος ο θεράπων ιατρός, ο οποίος στοχεύει στην υπέρμετρη ή διογκωμένη ζήτηση των παροχών της υγείας, με στόχο την αύξηση των κερδών του σε συνέργεια με διαγνωστικά κέντρα, φαρμακευτικές εταιρείες κτλ.
- Ο προσδιορισμός του κόστους των ιατροφαρμακευτικών προϊόντων αποτελούν μία η οποία είναι μία αρκετά «σκοτεινή» διαδικασία και ιδιαίτερα για τις υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας.
- Η ζήτηση όσον αφορά την υγεία αποτιμείται από αρκετούς παράγοντες εκτός από την τιμή, όπως από τις απόψεις της υγείας και της ευημερίας, από την αύξηση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών, από την τεχνολογική εξέλιξη, από τις μακροχρόνιες ασθένειες, από τη μόλυνση του περιβάλλοντος, από τα επιδημιολογικά δεδομένα μιας περιοχής κ.ά.
- Η παραγωγή της υγείας στα νοσοκομεία απαιτεί επάρκεια του νοσοκομειακού προσωπικού για καλύτερο διαμερισμό των εργασιών και

προϋποθέτουν εξειδικευμένο προσωπικό και την επιμόρφωσή του. Με βάση αυτήν την διαφοροποίηση που συμβαίνει, καθίσταται αρκετά ανέφικτη την προτυποποίηση και τον έλεγχο της προμήθειας των υπηρεσιών.

- Τα νοσοκομεία ως προς την οργάνωσή τους είναι σύνθετα, πολύπλοκα και ως οργανισμοί υγείας, εξελίσσονται αδιάκοπα. Εξαιτίας λοιπόν της ιατρικό-τεχνολογικής προόδου, φαίνεται να επιδεικνύουν αρκετές διαφορές. Επίσης, διαφοροποιήσεις εμφανίζονται σε σχέση με τις αντιλήψεις των πολιτών για το τομέα της υγείας. Αντίθετα, λόγω των ποικίλων ειδικοτήτων που απασχολούνται στα κέντρα υγείας, είναι συχνό το φαινόμενο να υπάρχουν και συγκρούσεις απόψεων. Όσον αφορά την αποτελεσματική οργάνωση των νοσοκομείων, είναι απαραίτητος ο συντονισμός και η ορθή οργάνωση τους.
- Η χρηματοδότηση που αφορά τα νοσοκομεία, είναι προκαθορισμένη από το κράτος, χωρίς να επιτρέπεται η άρση της κι έτσι διατίθενται συγκεκριμένα κονδύλια για τις παροχές υγείας. Ανάλογα τις κοινωνικές ή πολιτικές συνθήκες που επικρατούν την κάθε περίοδο, μεταβάλλεται και η δομή του συστήματος υγείας του νοσοκομείου.
- Η κατανομή εξουσιών και ευθυνών. Στα κέντρα νοσηλείας είναι συχνό το φαινόμενο της ιδιοτυπίας, πιο συγκεκριμένα παρατηρείται ότι τόσο οι εξουσίες όσο και οι ευθύνες διαβιβάζονται εξίσου είτε στην διοικητική εξουσία, είτε στην «επαγγελματική εξουσία» (επαγγελματίες υγείας, κυρίως ιατροί). Η παραπάνω ιδιοτυπία δυσχεραίνει την οργάνωση και την λειτουργικότητα των κέντρων νοσηλείας.
- Τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν στον τρόπο διοίκησης. Η διοίκηση των νοσοκομειακών κέντρων είναι υπεύθυνη, έτσι ώστε να λαμβάνονται αποφάσεις, αντίθετα με την σχέση του κόστους και του οφέλους των αποφάσεων. Όμοια προβλήματα παρατηρούνται σε περιπτώσεις που πρέπει να ληφθούν αποφάσεις για τον χρόνο διευθέτησης διαφόρων υποθέσεων. Ακόμα μία ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει το σύστημα υγείας, είναι ότι αν και μπορεί να υπάρξει μία αρνητική έκβαση στις υπηρεσίες νοσηλείας που προσφέρονται, δεν συνιστά αυτόματα ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει αποτύχει, αφού είναι γνωστό ότι δεν μπορεί να προβλεφθεί κάθε παράγοντας που επηρεάζει την υγεία των ασθενών (Τούντας, και συν., 2016).

## 3.2 Η παραοικονομία στο χώρο της υγείας – βιβλιογραφική επισκόπηση

### 3.2.1 Άτυπες - Ανεπίσημες πληρωμές υγείας σε Ελλάδα και εξωτερικό.

Οι άτυπες ή ανεπίσημες πληρωμές μπορεί να εμφανιστούν με ποικίλες μορφές. Ένα παράδειγμα τέτοιων πληρωμών μπορεί να εμφανιστεί στην καταβολή ενός χρηματικού ποσού από τον ασφαλισμένο σε παροχές υγείας, στις οποίες όμως έχει καταβληθεί ή θα καταβληθεί-και δικαιολογείται το απαιτούμενο ποσό από τον ασφαλιστικό φορέα. Ένα ακόμα παράδειγμα των άτυπων αυτών πληρωμών, είναι η καταβολή χρηματικού ποσού ως αντίτιμο για την καλύτερη εξυπηρέτηση ή για την καλύτερη φροντίδα του ασθενή. Γενικότερα οι ανεπίσημες πληρωμές μπορούν να διαφοροποιούνται ανάλογα τις περιστάσεις, τις συνθήκες που επικρατούν και την συμφωνία μεταξύ παραλήπτη και πληρωτή.

Τα γενικά χαρακτηριστικά των άτυπων πληρωμών είναι (Stepurkoetal., 2010):

- Εκκίνηση/σκοπός: Είναι η πράξη κατά την οποία ο ασθενής νιώθει την ανάγκη για χρηματισμό του ιατρού ώστε να δείξει την ευγνωμοσύνη του, για τον ιατρό ή το νοσηλευτικό προσωπικό που ζητάει και διεκδικεί την πληρωμή. Αυτό ικανοποιεί ψυχολογικά και τις δύο πλευρές. Επίσης συμβαίνει για ταχύτερη εξυπηρέτηση ή καλύτερη φροντίδα.
- Φύση: Σε χρηματικό αντίτιμο (π.χ. «φακελάκι»), σε είδος (π.χ. κοσμήματα) ή σε μορφή παροχής υπηρεσιών (π.χ. δείπνα, ταξίδια και χορηγίες).
- Στιγμή: Το χρονικό πλαίσιο πληρωμής είναι ευρύ. Μπορεί να πραγματοποιηθεί πριν από την χορήγηση παροχών υγειονομικής περίθαλψης, κατά τη διάρκεια αυτής ή ακόμα και μετά την διεκπεραίωση της.
- Παραλήπτης: Το ίδρυμα που είναι υπεύθυνο για τις υγειονομικές περιθάλψεις (περιλαμβάνει τις άτυπες χρηματικές καταθέσεις από τους ασφαλισμένους, οι νομιμοποιούνται μόνο μετά τη έκδοση απόδειξης από τον παραλήπτη), το προσωπικό του ιδρύματος υγειονομικής περίθαλψης υγείας (π.χ. ιατροί και νοσηλευτές), ή η διοίκηση του κέντρου υγείας.
- Πληρωτής: Είτε ο ίδιος ο ασθενής είτε οι συγγενείς αυτών.
- Ποσό: Το χρηματικό ποσό ή το αντίτιμο ποικίλει ανάλογα με την συμφωνία που έχει γίνει μεταξύ ιατρού και πληρωτή.
- Αιτίες-Πλαίσιο εμφάνισης: Οι αιτίες είναι πλείστες ανάλογα με την συμπεριφορά, την νομιμότητα ή των αντιλήψεων που επικρατούν.

- Στάση:Καθορίζεται από τον τύπο του ασθενή και μπορεί να είναι είτε αρνητική (ειδικά, εάν ζητηθεί ή ανεπίσημη πληρωμή) είτε θετική (αν είναι έκφραση ευγνωμοσύνης) και εξαρτάται από το χρονικό πλαίσιο της πληρωμής.

Οι άτυπες-ανεπίσημες πληρωμές έχουν σχέση με διάφορους παράγοντες που μπορεί να είναι πολιτιστικοί, οικονομικοί, προσωπικοί και πολιτικοί. Λόγου χάρη, όπως ήδη έχει αναφερθεί, σε κάποιες χώρες οι ανεπίσημες πληρωμές, είναι ευλόγως εννοούμενο από τους ασθενείς(Χλέτσος, 2016).Εξαιτίας των μειωμένων παροχών στις υπηρεσίες της υγείας, στην έλλειψη διαφάνειας και την μειωμένη χρηματοδότηση του ΕΣΥ οι άτυπες πληρωμές οι οποίες είναι ένα συχνό φαινόμενο και στην χώρα μας όπως διατυπώνεται και παρακάτω(Οικονόμου, 2012; Sissouras, Karokis&Mossialos, 1999).

Ουσιαστικά, οι άτυπες-ανεπίσημες πληρωμές εντάσσονται στην παραοικονομία της χώρας. Ως παραοικονομία στον τομέα της υγείας, ορίζονται οι οικονομικές δραστηριότητες που διαμορφώνουν ένα επιπλέον εισόδημα στο ιατρικό προσωπικό που θα έπρεπε να δηλώνεται και να ελέγχεται στις φορολογικές και ελεγκτικές αρχές, όμως λόγω απόκρυψής του από τις κρατικές υπηρεσίες δεν συμπεριλαμβάνεται στην φορολογική τους δήλωση (Καρά Οσμάν & Λαφαζανίδης, 2015).

Στην βιβλιογραφία των οικονομικών και της χρηματοδότησης της υγείας οι ανεπίσημες ή άτυπες πληρωμές για υγειονομική περίθαλψη, κυρίως σε δημοσίους παρόχους υγείας για υπηρεσίες οι οποίες προσφέρονται “θεωρητικά” δωρεάν σε δημόσιες δομές, λαμβάνουν χώρα σε πολλά εθνικά συστήματα υγείας. Για παράδειγμα το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών οι οποίες διανθίζουν την παραοικονομία της υγείας είναι δεδομένο χαρακτηριστικό των συστημάτων υγείας στην Αλβανία (Vianetal., 2006), στη Βουλγαρία (BallabanovaandMcKee, 2002), στην Ρωσία (Aarvaetal., 2009), στη Πολωνία, Ουκρανία και Λιθουανία (Stepurkoetal., 2015; Stepurkoetal., 2013), στην Γεωργία (Bellietal., 2004), στο Τατζικιστάν (Falkingham, 2004)και γενικότερα σε χώρες-δημοκρατίες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (Allinetal., 2006).

Αναλυτικότερα, σε μία εμπειρική έρευνα για τις απευθείας ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία σε πέντε χώρες των Βαλκανίων (Αλβανία, Βοσνία-Ερζεγοβίνη, Σερβία, Κόσσοβο και Μαυροβούνιο) για τα έτη 2000-2005, οι άτυπες-ανεπίσημες ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών καταλαμβάνουν ένα σημαντικό ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας στις Αλβανία, Σερβία και Κόσσοβο. Συγκεκριμένα στην Αλβανία η οποία εμφανίζει και το μεγαλύτερο δείκτη τέτοιου είδους πληρωμών σε σχέση με τις υπόλοιπες συγκρινόμενες χώρες της έρευνας,

οιάτυπες δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν ένα σχετικά υψηλό ποσοστό (8%) επί των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ κατανέμονται σε πληθυσμιακές ομάδες χρηστών υπηρεσιών υγείας με χαμηλά εισοδήματα. Αντιθέτως, στη Σερβία οι ευπορότεροι πληρώνουν άτυπα για υπηρεσίες υγείας παραπάνω από ότι τα πιο φτωχά πληθυσμιακά στρώματα (Bredenkampetal., 2011).

Μία άλλη μελέτη η οποία επικεντρώνεται στην περιπατητική φροντίδα ασθενών στην Πολωνία, παρουσιάζει ότι οι άτυπες πληρωμές των ασθενών στους παρόχους υγείας αντιπροσωπεύει το 10% των ίδιων πληρωμών των νοικοκυριών (Chawlaetal., 2004). Σε μία άλλη έρευνα για τις άτυπες πληρωμές στη Βουλγαρία, τα ευρήματα έδειξαν ότι το 21,2% των ανδρών και το 27,3% των γυναικών έχουν καταβάλει "κάτω από το τραπέζι" - ανεπίσημα χρήματα σε δημόσιους παρόχους υγείας κατά την διάρκεια της φροντίδας-θεραπείας την οποία έλαβαν από αυτούς (BallabanovaandMcKee, 2002).

Περαιτέρω, στην Τουρκία το 2002, το 25% επί των συνολικών ίδιων δαπανών υγείας των νοικοκυριών ήταν ανεπίσημες. Η έρευνα αποκάλυψε ότι από το προαναφερόμενο ποσοστό των άτυπων πληρωμών, αυτές αφορούσαν κατά 71,6% πληρωμές των χρηστών υγείας σε μετρητά, το 27,5% συνεισφορές σε είδος και τέλος το 0,9% αποτελούσε παροχή δώρου προς γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό (Tataretal., 2007).

Επιπροσθέτως, τα ευρήματα μίας έρευνας για τις άτυπες πληρωμές υγείας για τοκετό στα νοσοκομεία του Κιέβου υποδεικνύουν ότι το φαινόμενο αποτελεί μία καθιερωμένη διαχρονικά πρακτική στα δημόσια μαιευτικά νοσοκομεία της Ουκρανικής πρωτεύουσας, ενώ το dealκαταβολής της άτυπης πληρωμής μεταξύ της εγκύου γυναίκας και του μαιευτήρα χειρουργού είναι από πριν προκαθορισμένο προκειμένου να πραγματοποιηθεί ο τοκετός (Sterpurkoetal., 2013).

Αναμφισβήτητα στην Ελλάδα ένα σημαντικό ποσοστό επί των συνολικών ιδιωτικών πληρωμών υγείας των νοικοκυριών (out of pocket health spending) αφορά άτυπες-ανεπίσημες και παράνομες πληρωμές σε δημόσιους παρόχους υγείας, εγκαθιδρύοντας έτσι μία κρυφή και υπόγεια οικονομία μέσω στο σύστημα υγείας. Οι άτυπες πληρωμές στο κλάδο υγείας στην Ελλάδα, υπολογίζονται περίπου σε 1,5 δις. Ευρώ, αντιπροσωπεύοντας το 28% των ιδιωτικών υγειονομικών πληρωμών των νοικοκυριών, ενώ μία παλαιότερη μελέτη εκτίμησε ότι η υπόγεια οικονομία της υγείας ανερχόταν στο 17% επί των συνολικών δαπανών (Economidouetal., 2014).

Στην χώρα μας μία έρευνα αποκάλυψε ότι από τους 336 ασθενείς οι οποίοι έλαβαν φροντίδα υγείας σε δημόσια νοσοκομεία οι 121 (36%) πλήρωσαν άτυπα τουλάχιστον μία

φορά ένα ιατρό. Από τους συμμετέχοντες οι οποίοι πλήρωσαν άτυπα, το 42% ισχυρίστηκε ότι το έπραξε προκειμένου να αποφύγει υποβαθμισμένη ιατρική φροντίδα σε περίπτωση που δεν πλήρωναν ανεπίσημα, και το 20% ανέφερε ότι ο δημόσιος ιατρός “απαίτησε” την πληρωμή. Η πιθανότητα των άτυπων έξτρα πληρωμών είναι 72% υψηλότερη για ασθενείς οι οποίοι σκοπεύουν να “προωθηθούν στη σειρά” ιατρικής φροντίδας (jumpthequeue) ενώ η πραγματοποίηση άμεσου χειρουργείου έχει 137% μεγαλύτερη πιθανότητα έξτρα άτυπων πληρωμών (Liaropoulosetal., 2008).

Μία πανομοιότυπη έρευνα σχετικά με την «μαύρη» οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας, υπέδειξε ότι από το σύνολο των 160 γυναικών-συμμετεχόντων στην έρευνα οι οποίες γέννησαν το 74,4% προέβη σε ανεπίσημες συναλλαγές. Ο μέσος όρος των άτυπων πληρωμών προσέγγισε τα €848,00 ενώ το 56,3% των συμμετεχόντων πλήρωσε άτυπα επειδή το απαίτησε ο ιατρός (Kaitelidouetal., 2013).

Περαιτέρω, σε μία άλλη εμπειρική έρευνα με πανελλήνιο δείγμα 1616 συμμετεχόντων το 2008, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο νοσοκομειακός τομέας απορροφά λιγότερο από το 15% επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών, ενώ το 1/5 από αυτές αντιπροσωπεύουν άτυπες πληρωμές μέσα στα δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (Siskouetal., 2008).

Μία πρόσφατη έρευνα με πληθυσμό συμμετεχόντων 2741 άτομα, παρουσίασε ότι το 32,4% των εισαγωγών το 2012 σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας πραγματοποιήθηκε κάτω από το καθεστώς των άτυπων πληρωμών (Souliotisetal., 2016).

Ειδικότερα, το ιατρικό επιτελείο που απαιτεί ή λαμβάνει την άτυπη πληρωμή, παράλληλα, εισπράττει το μηνιαίο του εισόδημα ως δημόσιος λειτουργός σε κρατική δομή υγείας. Έτσι, οι άτυπες πληρωμές αποσκοπούν στην αύξηση των εισοδημάτων πλέον της τυπικής μισθοδοσίας τους από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ από την πλευρά των ασθενών αναμένεται μία πιο ποιοτική εξυπηρέτηση (Λιαρόπουλος, 2011).

Εξαιτίας όλων των παραπάνω, το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας προχωρά στη διαμόρφωση πολιτικών για τη μείωση και την εξάλειψη των άτυπων πληρωμών στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των συνολικών προσπαθειών του για αύξηση της οικονομικής προστασίας του πληθυσμού. Οι πολιτικές αυτές αναπτύσσονται ενόψει της

δέσμευσης της ελληνικής κυβέρνησης να αντιμετωπίσει τη διαφθορά στο δημόσιο τομέα και στο πλαίσιο του πρόσφατα εγκεκριμένου εθνικού σχεδίου κατά της διαφθοράς<sup>1</sup>.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), έχει δημιουργηθεί ένας πίνακας που απεικονίζει διεξοδικά τις σχέσεις μεταξύ των μεθόδων χορήγησης των ποικίλων συστημάτων υγείας και των συνακόλουθων κινδύνων για την εμφάνιση διαφθοράς, σε διάφορες χώρες (Πίνακας 4). Έτσι, με βάση τον πίνακα παρατηρείται ότι, τα συστήματα υγείας που έχουν ως βάση την φορολογία είναι πιο ευάλωτα στις ανεπίσημες πληρωμές σε σχέση με τα συστήματα υγείας που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση.

Σύμφωνα με τον πίνακα οι δείκτες για την ύπαρξη ανεπίσημων πληρωμών αποτελούν:

- Τα έξοδα του προσωπικού υγείας είναι υψηλότερα από τις απολαβές του και των ποσών που είναι δηλωθέντα στην φορολογική του δήλωση (υποδηλώνει την ζήτηση επιπλέον εισοδήματος που προέρχεται από άτυπες πληρωμές).
- Ποσοστό των ασθενών που χρήζουν ιδιαίτερης μεταχείρισης, όσον αφορά την ποιότητα και την ταχύτητα των υπηρεσιών συγκριτικά με άλλους ασθενείς.
- Μετάβαση των ασθενών σε ιδιωτικά κέντρα υγείας για ταχύτερη εξυπηρέτηση.
- Εμφανή μείωση παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (ένδειξη αδυναμίας των ασθενών να καταβάλλουν άτυπες πληρωμές που απαιτούνται από τον εκάστοτε ιατρό ή ιατρικό προσωπικό).

Το παράδοξο είναι ότι το φαινόμενο της διαφθοράς μέσω των ανεπίσημων πληρωμών αν και είναι εκτενές και μασιτίζει τις κοινωνίες τόσο σε εγχώριο όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, δεν έχουν γίνει αναλυτικές έρευνες που να μπορούν να προσδιορίσουν την έκταση, την κλίμακα και τις πραγματικές συνέπειες των άτυπων πληρωμών στις αναπτυσσόμενες χώρες. Βέβαια σύμφωνα με έγκυρη ερευνητική μελέτη που έλαβε χώρα από τον Μάρτιο του 2008 έως τον Φεβρουάριο του 2013 από την ASSPRO CEE 2007, με την χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προσδιόρισε την έκταση των άτυπων πληρωμών σε έξι χώρες της κεντρικό-ανατολικής Ευρώπης (Βουλγαρία, Ουγγαρία, Λιθουανία, Πολωνία, Ρουμανία και Ουκρανία). Στον Πίνακα 4 παρακάτω παρατίθενται συνοπτικά τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας.

---

<sup>1</sup><http://www.euro.who.int/en/countries/greece/news/news/2017/08/whoeurope-assists-greece-in-addressing-informal-payments-in-the-health-sector>



**Πίνακας 4:** Δείκτες της έκτασης των άτυπων πληρωμών σε διάφορες χώρες (ASSPROresearchproject).

Είδος Άτυπων Πληρωμών	Βουλγαρία	Ουγγαρία	Λιθουανία	Πολωνία	Ρουμανία	Ουκρανία
Άτυπες πληρωμές για επισκέψεις σε ιατρούς (% ενηλίκων χρηστών)	9,60	20,80	19,80	6,70	28,70	36,10
Άτυπες πληρωμές για εισαγωγή σε νοσοκομείο (% ενηλίκων χρηστών)	19,80	44,20	49,70	16,40	49,50	48,20
Μέση άτυπη πληρωμή ανά ιατρική επίσκεψη (€)	8,23	8,75	16,16	13,51	14,73	9,30
Μέση άτυπη πληρωμή ανά εισαγωγή σε νοσοκομείο (€)	44,11	67,31	79,64	37,88	63,42	54,62
Σύνολο άτυπων πληρωμών για υπηρεσίες (% ΑΕΠ)	0,10	0,20	0,20	0,04	0,30	0,50
Σύνολο άτυπων πληρωμών για υπηρεσίες (%ΑΕΠ)	1,50	2,10	2,70	0,60	6,30	6,70

Πηγή: ASSPRO, European Policy Brief, Feb 2013.

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι οι ανεπίσημες καταβολές είναι ευρέως διαδεδομένες πρακτικές στις κεντρικό-ανατολικές χώρες της Ευρώπης. Αυτό συμβαίνει για να παρέχεται στους ασθενείς ποιοτική και γρήγορη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Οι άτυπες πληρωμές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, αυτών των ενεργητικών και αυτών των παθητικών και προέρχονται εν γένει από την «παράδοση», ως κάτι το «φυσιολογικό». Η έρευνα συμπεραίνει ότι σε μακροχρόνιο επίπεδο, οι ανεπίσημες πληρωμές φαίνεται να μην έχουν αρκετή επίδραση στα υγειονομικά συστήματα και για αυτό δεν έχουν καλλιεργηθεί πολιτικές για την εκτενή καταπολέμησή τους. Παρόλα αυτά, από την μεριά των μεμονωμένων ασθενών οι άτυπες πληρωμές, είναι δυνατόν να συνιστούν οικονομικό φραγμό για την πρόσβαση στις υγειονομικές παροχές.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, αντιμετωπίζει πληθώρα προβλημάτων, τα οποία έχουν ενταθεί τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Παράλληλα, διαπιστώνουμε ότι στην Ελλάδα, οι άτυπες πληρωμές βρίσκονται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα, σε σχέση με άλλες χώρες, γεγονός που συμβάλλει στην συνολική αύξηση του κόστους περίθαλψης, λαμβάνοντας υπόψη ότι ήδη οι φορολογούμενοι πληρώνουν υψηλούς φόρους προκειμένου να απολαμβάνουν παροχές υγείας μέσω των αντίστοιχων κρατικών δομών.

Από την άλλη, διαπιστώνουμε ότι έχουν γίνει ορισμένα βήματα εκσυγχρονισμού του Συστήματος Υγείας, τα οποία όμως δεν έχουν ολοκληρωθεί πλήρως, όπως για παράδειγμα η ένταξη της ψηφιοποίησης στον κλάδο της υγείας. Όμως, στα πλαίσια εκσυγχρονισμού και της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην αντιμετώπιση των φαινομένων παραοικονομίας στον χώρο της υγείας, τόσο μέσω της πρόληψης, όσο και μέσω της καταστολής αντίστοιχων φαινομένων. Ειδικότερα, προκειμένου να μετριαστούν τα φαινόμενα αυτά θα πρέπει να αυστηροποιηθούν οι ποινές προς γιατρούς που χρηματίζονται, ενώ παράλληλα θα πρέπει να παρέχονται τα αντίστοιχα κίνητρα, έτσι ώστε η εργασία τους να καθίσταται ενδιαφέρουσα και ελκυστική χωρίς να επιζητούν επιπλέον κίνητρα. Ακόμη, μέσω της πλήρους αυτοματοποίησης προμηθειών και μέσω του ηλεκτρονικού ελέγχου των δαπανών, αναμένεται να αυξηθεί η διαφάνεια, μειώνοντας τα φαινόμενα αυτά.

### **Προτάσεις:**

Η σχέση της διαφθοράς, της φοροδιαφυγής και της παραοικονομίας στο σύνολο της οικονομίας και της υγείας, είναι στενή (παγκόσμια και στην Ελλάδα).

- Στο πέρασμα των χρόνων και ιδιαίτερα στις τελευταίες δεκαετίες το φαινόμενο της παραοικονομίας στην Ελλάδα, έχει ανοδικούς ρυθμούς. Βέβαια εξαιτίας των περικοπών των δαπανών του δημοσίου και πιο συγκεκριμένα εκείνων της κοινωνικής προστασίας και υγείας, έχουν βασικό ρόλο στο υγειονομικό σύστημα, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται οι επιπτώσεις του στην ποιότητα και στο κόστος των παροχών υγείας, όπου τελικά αυτό εμφανίζει αρνητικό αποτέλεσμα στο εισόδημα των ασθενών.

- Θεσμικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβολές παροχών υγείας στην Ελλάδα (συγχωνεύσεις νοσοκομείων και κλινικών αυτών, μισθολογικές περικοπές, κινητικότητα – διαθεσιμότητα – απολύσεις προσωπικού, δημιουργία Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και επικείμενη αναδιοργάνωση της Π.Φ.Υ. κ.λπ.) με συνέπεια να αναγκάζονται οι ασθενείς, το υγειονομικό προσωπικό και ο κρατικός μηχανισμός να αναδιατάξουν τις πρακτικές τους προς την κατεύθυνση πρόληψης και καταστολής των φαινομένων της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας.
- Η διαφάνεια που αφορά τις υπηρεσίες υγείας, έχει ως αρχή την καλή διακυβέρνηση (διαφάνεια, συμμετοχή, λογοδοσία, αποτελεσματικότητα και συνοχή) με τέτοιο τρόπο ώστε οι συγκεκριμένες υπηρεσίες να μην γίνονται ιδιωτική επιχείρηση κανενός μέρους στη δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Αναγκαίο να δημιουργηθεί ένα σταθερό πλαίσιο σε επίπεδο κρατικού μηχανισμού ώστε να μην είναι εφικτή η εκδήλωση φαινομένων διαφθοράς στον τομέα της υγείας. Επιβάλλεται όμως να καλλιεργηθεί η νοοτροπία στον ασθενή ότι μπορεί και είναι απαραίτητο να γίνει μέρος αυτής της αλλαγής που θέλει να δει στο σύστημα του Ε.Σ.Υ. καταγγέλλοντας τέτοιες ανάρμοστες πρακτικές και αποβάλλοντας παλαιά κακέκτυπα (habits) προκειμένου να λάβει ποιοτικότερες και πιο άμεσες υπηρεσίες υγείας έναντι φτωχότερων και ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

***Επίσης, ορισμένες ακόμη προτάσεις είναι:***

1. Αύξηση της χρηματοδότησης από το κράτος στον τομέα της υγείας και των προκαθορισμένων αμοιβών του υγειονομικού προσωπικού.
2. Στήριξη της διαφάνειας και του αισθήματος ευθύνης, μέσω αυστηρότερης νομοθεσίας και ειδικότερα των πειθαρχικών ποινών.
3. Στήριξη των μηχανισμών Εσωτερικού Ελέγχου όπως προβλέπεται και το αρ. 25 του Ν. 4025/2011 (2.11.2011, τ. Α') αλλά και των θεσμών, όπως η Οικονομική Αστυνομία.
4. Ενίσχυση του συστήματος ηλεκτρονικών πληρωμών.
5. Ενίσχυση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμακευτικής αγωγής και διαγνωστικών-ιατρικών πράξεων στα πλαίσια του έργου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με περαιτέρω επεξεργασία των στατιστικών δεδομένων-στοιχείων για αξιοποίηση των ελέγχων με κατεύθυνση την καταπολέμηση της υπέρ-συνταγογράφησης, της κατευθυνόμενης κίνησης των ασθενών και της προκλητής ζήτησης.

6. Συνεργασία μεταξύ των Υπουργείων, (Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων), με ολοκληρωμένη εφαρμογή τόσο του Εθνικού Σχεδίου Αντιμετώπισης της Διαφθοράς «ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ» όσο και του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (Υ.Δ.Δ.Α.Δ., Έκθεση Πεπραγμένων 2012 – 2013).
7. Στήριξη της συνεργασίας με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς [π.χ. το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Καταπολέμησης της Απάτης και της Διαφθοράς στην υγεία (13 κράτη – μέλη), η Διεθνής Διαφάνεια, ο Ο.Η.Ε., η Διεθνής Ακαδημία κατά της Διαφθοράς κ.λπ.).
8. Εδραίωση της συνεργασίας με τα αρμόδια Υπουργεία των υπολοίπων κρατών – μελών της Ε.Ε.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aarva, P., Ilchenko, I., Gorobets, P., & Rogacheva, A. (2009). Formal and informal payments in health care facilities in two Russian cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy and Planning*, Vol.24(5), pp. 395-405.

Allin, S., Davaki, K. and Mossialos, E. (2006) Informal payments in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. In: *Global Corruption Report 2006: Special Focus - Corruption and Health*. Pluto, London, UK, pp. 63-70. ISBN 9780745325088.

Brendenkamp, C., Mendola, M., & Gragnolati, M. (2011). *Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: new evidence from the Western Balkans*. *Health policy and planning*, Vol. 26(4), pp: 349–56. DOI:10.1093/heapol/czq070

Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). *Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia*. *Health Policy*, Vol. 70(1), pp: 109-123.

Balabanova, D. and McKee, M. (2002) Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*, Vol. 62, pp. 243-273.

Chawla, M. et al. (2004) Provision of Ambulatory Health Services in Poland: A Case Study from Krakow, *Social Science and Medicine* 58, no. 2: 227–235.

Chiu, Y. C., Smith, K. C., Morlock, L., & Wissow, L. (2007). Gifts, bribes and solicitations: Print media and the social construction of informal payments to doctors in Taiwan. *Social Science & Medicine*, Vol.64(3), pp. 521-530.

Cohen, N. (2012). Informal payments for health care—the phenomenon and its context. *Health Economics, Policy and Law*, Vol.7(03), pp. 285-308.

Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A. (2014). The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, et al., editors. *The impact of the financial crisis on health and health systems in Europe*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies; 2014. p. 103–38.

Falkingham, J. (2004) Poverty, Out-of-Pocket Payments, and Access to Health Care: Evidence from Tajikistan, *Social Science and Medicine* 58, no. 2: 247–258.

Kaitelidou, D., Tsirona, C., Galanis, P., Siskou, O. C., Mladovsky, P., Kouli, E. G et al. (2013) “Informal Payments for maternity health services in public hospitals in Greece” *Health Policy*, Vol. 109(1), pp. 23-30.

Kyriopoulos, J. and Niakas D. (1993) *Economic and health policy issues in biomedical technology: the case of Greece*, in: Malek, M., Rasuinha, J. and Vacani, P. (eds), *Strategic issues in health care management*. Wiley/Chichester.

Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M. and Katostaras, T. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece”. *Health Policy*, Vol. 87, No.1, pp. 72–81.

Mossialos, E., & Thomson, S. (2004). *Voluntary Health Insurance in the European Union* (Observatory on Health Systems and Policies ed.). Copenhagen.

Organization for Economic Co-operation and Development (2017a) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

Siskou, O., Kaitelidou, D., Litsa, P., Georgiadou, G., Alexopoulou, H., Paterakis, P., et al. (2014). Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece: focusing on price reductions and cost-sharing rates. *Value in Health Regional Issues*, Vol.4, pp. 107-114.

Sissouras, A. (2014). "Greek crisis fallout is an opportunity for health". *Bulletin World Health Organization (WHO)*, Vol. 92, pp: 8-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.030114>

Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics*, Vol.17(2), pp. 159-170.

Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., & Groot, W. (2010). "Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments". *BMC health services research*, Vol. 10(1) pp: 273. Available: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/273>.

Stepurko, T., Pavlova, M., Levenets, O., Gryga, I., & Groot, W. (2013). Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine. *The International journal of health planning and management*, Vol.28(2), pp. e169-e187.

Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., Murauskiene, L., & Groot, W. (2015). Informal payments for health care services: the case of Lithuania, Poland and Ukraine. *Journal of Eurasian Studies*, Vol.6(1), pp. 46-58.

Tatar, M., Ozgen, H., Sahin, B., Belli, P., & Berman, P. (2007). Informal payments in the health sector: a case study from Turkey. *Health Affairs*, 26(4), 1029-1039.

Vian, T., Grybosk, K., Sinoimeri, Z., & Hall, R. (2006). "Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study". *Socialscience&medicine*, Vol. 62(4), pp: 877-887.

Mossialos, E., & Thomson, S. (2004). *Voluntary Health Insurance in the European Union* (Observatory on Health Systems and Policies εκδ.). Copenhagen .

Αθανασιάδης, Α., & Σταυράκη, Σ. (2017). *Ο Δείκτης Τιμών Υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας*. Αθήνα : Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ) .

Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., & Νιάκας, Δ. (2002). *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο .

Γιάνναρης, Χ. (2005). *Διδακτικές Σημειώσεις: Οικονομικά της υγείας και πολιτικές της υγείας*. Αθήνα: ΕΣΔΑ .

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος . (2017). *Ασφάλισης Ζωής 2016 - Οικονομικές Μελέτες 95* (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος- Υπηρεσία Μελετών & Στατιστικής εκδ.). Αθήνα .

- Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ). (2007). *Ένας Αιώνας στην Υπηρεσία του Θεσμού της Ιδιωτικής Ασφάλισης: 100 Χρόνια Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος*. Αθήνα: Εκδόσεις Πορεία .
- Θεοδώρου , Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης , Σ. (1995). *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα .
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001). *"Συστήματα Υγείας"*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- ΙΟΒΕ. (2011). *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου*. Αθήνα: ΙΟΒΕ .
- Καλογεροπούλου , Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας-Τόμος Α*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Κυριόπουλος , Γ., & Νιάκας , Δ. (1994). *Θέματα οικονομικών και πολιτικής υγείας* . Αθήνα : Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας .
- Λιαρόπουλος , Λ. Λ. (2007). *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, τόμος Α*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Νεκτάριος , Μ. (2003). *Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση* . Αθήνα : Εκδόσεις Financial Forum .
- Νεκτάριος , Μ. (2008). *Ασφαλιστική Μεταρρύθμιση με Συναινεση και Διαφάνεια* . Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση .
- Οικονόμου , Χ., Καραλής , Γ., & Κυριόπουλος , Γ. (2001). *Συμπληρωματική ασφάλιση και προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας για την υγεία στην Ελλάδα: Μια απόπειρα ανίχνευσης του πεδίου", Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα* . Αθήνα : Εκδόσεις Θεμέλιο .
- Πετμεζίδου , Μ., Παπαναστασίου , Σ., Πεμπτεζόγλου , Μ., Παπαθεοδώρου , Χ., & Πολυζωίδης , Π. (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα* . Αθήνα : ΙΝΕ-ΓΣΕΕ.
- Πολύζος , Μ. (2008). *Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος .
- Πολύζος , Ν., & Υφαντόπουλος , Ι. (2000). *Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας* . Αρχ. Ελλ. Ιατρ. , σσ. 627-639.
- Σούλης , Σ. (1998). *Οικονομική της υγείας* . Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση .
- Τούντας , Γ., Βαρδαβάς , Κ., Γιαννοπούλου , Κ., Γιώτη , Γ., Καντζανού , Μ., Καστανιώτη , Κ., και συν. (2016). *Η Υγεία των Ελλήνων Στην Κρίση (διαΝΕΟσις - Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης εκδ.)*. Αθήνα .
- Τούντας, Ι. (2016). *Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.

- Τσιτσιόλης , Β. (2005). *Ένωση Αποφοίτων Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης* . Ανάκτηση Δεκέμβριος 31, 2017, από [http://www.enap.gr/attachments/article/7260/asfagora\\_ipc.pdf](http://www.enap.gr/attachments/article/7260/asfagora_ipc.pdf)
- Χλέτσος , Μ. (2016). *Οικονομικά της υγείας* . Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη .
- Χλέτσος, Μ. (2015). Κεφάλαιο Δεύτερο: Η δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Στο Χλέτσος Μ., *Κύκλος Διαλέξεων "Οικονομία και Κοινωνία"* (σσ. 3-23). Ιωάννινα: Τμήμα Οικονομικών Επιστημών-Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.