



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ**

---

**Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο  
Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα και στην υγεία  
των Ελλήνων**

---

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

---

Εισηγητής: ΖΩΙΤΣΑ, ΤΣΟΜΙ, 422

Επιβλέπων: ΙΩΑΝΝΗΣ, ΦΑΝΟΥΡΓΙΑΚΗΣ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

©

**2019**



**TECHNOLOGICAL EDUCATION INSTITUTE OF CRETE**  
**SCHOOL OF MANAGEMENT AND ECONOMICS**  
**DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION (AGIOS**  
**NIKOLAOS)**

---

**The impact of the economic crisis on the Greek**  
**Health System and the health of Greeks**

**DIPLOMA THESIS**

---

Student : ZOITSA, TSOMI, 422

Supervisor : JOHN, FANOURLGIAKIS, SCIENTIFIC ASSOCIATE

©

**2019**

**Υπεύθυνη Δήλωση**: 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 Διοίκησης Επιχειρήσεων Αγίου Νικολάου του Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

## Περίληψη

Ο άνθρωπος στήριξε τις προσπάθειες του για να επικρατήσει και να εξελιχθεί παλεύοντας πρώτα για να επιβιώσει. Με τη πάροδο του χρόνου διαμορφώθηκε σχετικά με την υγεία μια θεωρία γνωστή και ως «θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου». Σύμφωνα με αυτήν κάθε άνθρωπος ξεκινάει τη ζωή του έχοντας ένα αρχικό **«απόθεμα» υγείας** το οποίο λιγοστεύει σταδιακά και απαξιώνεται ώσπου να εξαλειφθεί ολοκληρωτικά όταν τελικά γεράσει. Το βασικό οικονομικό πρόβλημα που παρουσιάζεται στο κομμάτι της υγείας, προέρχεται από το γεγονός ότι στη πραγματικότητα οι ανθρώπινες ανάγκες για την υγεία είναι απεριόριστες, ενώ οι πόροι που υπάρχουν και διατίθενται για να ικανοποιηθούν αυτές οι ανάγκες είναι περιορισμένοι.

Η κοινωνία κατάλαβε από νωρίς ότι έπρεπε να επιδιώξει **να διατηρήσει το αρχικό επίπεδο υγείας των πολιτών σε έναν ικανοποιητικό βαθμό** ζητώντας από το κράτος τη παροχή της αναγκαίας υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης. Όμως καθένας έχει μια διαφορετική εικόνα σχετικά με το τι συνεπάγεται αυτή η έννοια της διατήρησης και ενώ οι παροχές για κάποιους μπορεί να φαίνονται επαρκείς, για κάποιους άλλους φαίνονται ανεπαρκείς και προσπαθούν με κάθε τρόπο να τις συμπληρώσουν ή να τις βελτιώσουν. Στη προσπάθεια τους αυτή ξοδεύουν μέρος από τα χρήματα που κερδίζουν αναζητώντας από μόνοι τους μια πιο αποτελεσματική ιατρική μέριμνα.

Στη κοινωνία κάθε χώρας το κράτος έρχεται επομένως να καλύψει ένα μέρος των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη των πολιτών και το κομμάτι αυτό είναι αυτό που ονομάζουμε οι **δημόσιες δαπάνες για την υγεία**. Οι δημόσιες δαπάνες συμπληρώνονται από τα ποσά που καθένας ιδιωτικά ξοδεύει για επιπλέον υγειονομικές υπηρεσίες.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα επέδρασε στην υγειονομική φροντίδα μέσα από τρεις διαφορετικούς μηχανισμούς

- Μειώθηκαν οι δαπάνες που καταβάλλονται από το κράτος για τη διατήρηση του επιπέδου παροχών υγειονομικής φροντίδας
- Μειώθηκε το διαθέσιμο εισόδημα των Ελλήνων για να συμπληρώσουν από μόνοι τους το επιπλέον κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών που χρειάζονται
- Αυξήθηκαν οι στρεσογόνοι παράγοντες που επηρεάζουν τη ψυχική και τη σωματική υγεία τους

Η εργασία εμφανίζει τη σημερινή κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα στο χώρο της Υγείας σε σύγκριση με το παρελθόν. Σαν συμπέρασμα κάνει μια πρόβλεψη για το τι θα συμβεί στο άμεσο μέλλον και ποιές είναι οι καλύτερες προτάσεις για να βελτιωθεί το αποτέλεσμα αυτό με δεδομένο ότι ακόμη και αν η οικονομική κρίση δεν συνεχίζεται στην ίδια ένταση δεν προβλέπεται να υπάρξει ικανοποιητική ανάκαμψη στο άμεσο μέλλον.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ :** οικονομική κρίση, σύστημα υγείας, πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα, ιατρικές δαπάνες, μνημόνιο δημοσιονομική προσαρμογής, νοσοκομειακή περίθαλψη.

# Abstract

The human efforts to survive and prevail were initially backed by the fight to survive. According to the theory of "human capital" everybody comes to the world with an initial health reserve that is gradually decreased and devaluated until it is totally eliminated when he finally grows up older. The basic economic issue that emerges begins with the assumption that human needs are unlimited, while the means needed to meet these needs are restricted and therefore limited.

Early enough the society realized that it was supposed to focus its efforts to maintain the initial level of the citizens to a acceptable level by demanding the state to provide the necessary health aid and care. However, everyone has a different view of what this concept of standards keeping implies, while benefits considered adequate for some of them, are considered completely irrelevant for other, which try to complement or improve them further. In their effort they spend part of the money they earn by seeking to find for themselves a more effective private medical care.

In all countries, the state participates actively to cover at least the major part of the cost for the public health care, and that is what we call public health spending. Public spending is supplemented by the amounts each person spends on additional health services.

The economic crisis in Greece has affected health care through three different mechanisms

- Reduced government spending to maintain the level of the provided healthcare
- The remaining financial income of the Greeks has been seriously reduced to supplement by themselves the extra costs of the health services they need
- Increased stressors revealed, that affect their mental and physical health

This paper describes the current health situation in Greece, after eight years of the economical crisis presence, compared to the past. As a conclusion, it makes a forecast of what will happen in the near future and what are the best proposals to improve this result given that even if the economic crisis is mediated , there isn't any serious prevision to disappear the health system troubles and reestablish the good health standards.

**KEY WORDS:** economic crisis, health care system, primary health care, medical expenses, fiscal adjustment memorandum, hospital care.

# Contents

Περίληψη .....	4
Abstract .....	6
Εισαγωγή.....	10
Κεφάλαιο 1ο .....	13
Τα διάφορα Εθνικά Συστήματα Υγείας .....	13
1.1 Ο ορισμός της υγείας.....	13
1.2 Το αγαθό της υγείας .....	15
1.3 Οι δείκτες υγείας .....	16
1.4 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	19
1.4.1 Η ανάγκη που υπάρχει.....	19
1.4.2 Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. ....	20
1.4.3 Η περιγραφή ενός συστήματος υγείας.....	23
1.4.4 Οι στόχοι ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	24
1.4.5 Οι αρχές ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας .....	26
1.4.6 Η βιωσιμότητα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας.....	27
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> .....	30
Η εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα .....	30
2.1 Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. και η λειτουργία του μέχρι το 2010 .....	30
2.2 Οι αλλαγές και οι μεταρρυθμίσεις (περίοδος 2011 μέχρι σήμερα).....	35
Κεφάλαιο 3ο .....	40
Το Διεθνές Οικονομικό Περιβάλλον και η κατάσταση στην Ελλάδα .....	40
3.1 Το ιστορικό της διεθνούς οικονομικής κρίσης.....	40
3.2 Το πρόβλημα χρέους στην Ελληνική οικονομία και η εποχή των μνημονίων .....	41
3.3 Τα αποτελέσματα των μνημονίων.....	44
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> .....	47
Οι επιπτώσεις της Δημοσιονομικής Προσαρμογής στο τομέα της Υγείας.....	47



4.1 Οι συνέπειες στο Ε.Σ.Υ.....	47
4.2 Οι επιπτώσεις στην υγεία των Ελλήνων .....	48
4.3 Οι επιπτώσεις της κρίσης στη ψυχική υγεία των Ελλήνων.....	49
Κεφάλαιο 5ο .....	53
Οι κατηγορίες ιατρικών δαπανών και οι ιατρικές δαπάνες στην Ελλάδα .....	53
5.1 Οι δαπάνες για την υγεία.....	53
5.2 Το σύστημα λογαριασμών υγείας .....	56
5.3 Οι δαπάνες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας .....	57
5.4 Η κατάσταση στην υγεία σήμερα.....	60
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> .....	62
Η θεσμική θωράκιση.....	62
6.1 Η παρακολούθηση των ιατρικών δαπανών .....	62
6.2 Τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια (ΚΕΝ).....	63
6.3 Η κοστολόγηση των φαρμάκων .....	64
6.4 Το νομικό πλαίσιο προμηθειών στα νοσοκομεία.....	66
6.5 Οι πρόσφατες προσπάθειες .....	67
Συμπεράσματα & Προτάσεις .....	69
Βιβλιογραφία .....	71
Παραρτήματα.....	75

## Εισαγωγή

Η Υγεία αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την εξέλιξη αλλά και την ύπαρξη των ανθρώπων σε όλες τις κοινωνίες διότι η διασφάλιση της είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να υπάρξει οποιαδήποτε άλλη δημιουργική δραστηριότητα.

Η Υγεία μπορεί να είναι Δημόσια ή Ιδιωτική, να παρέχεται δηλαδή από το κράτος ή να πληρώνει καθένας για να την αποκτήσει. Κάθε χώρα οφείλει, μέσα από τις οργανωμένες προσπάθειες και συνειδητές επιλογές της, να βελτιώνει και παράλληλα να παρατείνει τη ζωή των κατοίκων της προσφέροντας τους ένα αποτελεσματικό σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας. Η δαπάνη για τη Δημόσια Υγεία είναι μια επένδυση που γίνεται από το κράτος για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας, δηλαδή για τους ανθρώπους που την κατοικούν. Για να είναι αποτελεσματική η επένδυση αυτή, επικεντρώνεται στις απειλές που δημιουργούνται για την γενική πορεία της υγείας μιας κοινωνίας με κύριο στόχο όχι τη θεραπεία ασθενειών αλλά τον έλεγχο τους, μέσω της έγκαιρης παρακολούθησης των συμβάντων και της προώθησης υγιών συμπεριφορών. Επικεντρώνεται επίσης, σε περίπτωση εμφάνισης μεταδιδόμενων νόσων και εστιών μετάδοσης που μπορεί να οδηγήσουν σε επιδημίες, στην αντιμετώπιση και την εξάλειψη τους. Ο ρόλος που διαδραματίζει η δημόσια υγεία και η συμβολή της στη βελτίωση της ζωής κάθε ανθρώπου μέσω της πρόληψης και θεραπείας των ασθενειών, δεν μπορεί να αγνοηθεί ή ακόμη και να υποβαθμισθεί από κανένα.

Παράλληλα όμως, και ανάλογα με τα εισοδήματα τους οι άνθρωποι δαπανούν επιπλέον ποσά για να διασφαλίσουν ότι θα έχουν τα κατάλληλα επίπεδα ιατρικής φροντίδας ανεξάρτητα από εκείνη που τους παρέχει το κράτος. Όσο πιο ανεπτυγμένη είναι μια χώρα τόσο τα επιπλέον ποσά που ξοδεύονται είναι αναλογικά μεγαλύτερα.

Οι δαπάνες για την υγεία που κάθε χρόνο ξοδεύονται είναι ένα θέμα που ενδιαφέρει κάθε πολίτη μιας χώρας ξεχωριστά, όμως δεν είναι εύκολο να ξέρουμε κάθε φορά, ούτε το σύνολο των δαπανών, ούτε την ακριβή αιτιολόγηση, ούτε την αφετηρία τους αλλά ούτε και τον προορισμό τους. Αν και έχουν εξαγγελθεί τέσσερεις ή πέντε φορές τα τελευταία 40 χρόνια διαδικασίες για τον έλεγχο των ιατρικών δαπανών υπάρχουν ακόμη μεγάλες ελλείψεις και στεγανά που δεν επιτρέπουν να αποτυπωθούν με ακρίβεια οι δαπάνες ανά κατηγορία και σκοπό.

Τα ιστορικά στοιχεία υπάρχουν και μπορεί, εύκολα ή δύσκολα, να αναζητηθεί η εξέλιξη τους χρονικά. Οι συγκρίσεις με τα στοιχεία που υπάρχουν στις διάφορες χώρες μπορούν

να λειτουργήσουν σαν αφετηρία σκέψεων για το ποιές είναι οι παθογένειες του συστήματος και τι προτάσεις υπάρχουν για να ξεπεραστούν Προφανώς βέβαια οι πιο χρήσιμες συγκρίσεις είναι με εκείνους που βρίσκονται κοντά μας, με τους οποίους ακολουθούμε τους ίδιους κανόνες και περιορισμούς και παρακολουθούμε τους ίδιους δείκτες υγείας (χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης).

Η οικονομική κρίση ήταν μια βασική αιτία η οποία ανέκοψε τις προσπάθειες για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, χωρίς όμως να γίνει από την άλλη η αφετηρία εμφάνισης μιας νέας λογικής εξορθολογισμού και νοικοκυρέματος των ιατρικών δαπανών. Εδώ εμφανίζεται μια οξύμωρη διαπίστωση. Ενώ υπήρχαν απαιτήσεις για τη δημιουργία ενός πληρέστερου συστήματος αποτύπωσης και ελέγχου των δαπανών υγείας στη χώρα, στη πραγματικότητα η μείωση των διαθέσιμων πόρων οδήγησε σε πτωχότητα των ιατρικών παροχών και της παρεχόμενης ιατρικής μέριμνας. Καθώς οι συνθήκες της οικονομικής κρίσης ευνοούν την εμφάνιση πολλών παθολογικών καταστάσεων η μείωση των διαθέσιμων κονδυλίων οδηγεί σε λιγότερο αποτελεσματική αντιμετώπιση των ιατρικών περιστατικών, καθώς το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει οδηγηθεί σε συνθήκες μαρασμού ελλείπει πόρων. Ακόμη και ένα μικρό μέρος των όσων παρουσιάζονται σαν καθημερινές εικόνες στα νοσηλευτικά ιδρύματα και το όλο σύστημα υγείας να είναι αλήθεια, σημαίνει ότι η κατάσταση έχει χειροτερέψει σε σχέση με το πρόσφατο παρελθόν.

Ταυτόχρονα, καθώς η αγοραστική δύναμη των Ελλήνων μειώνεται συνεχώς η κοινωνία μπορεί και διαθέτει όλο και λιγότερα χρήματα συμπληρωματικά για να βελτιώσει τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, διευρύνοντας με τον τρόπο αυτό το χάσμα που ήδη υπάρχει με τη κατάσταση που επικρατούσε πριν μια δεκαετία.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί για όσες επισημάνσεις και κριτικές ακολουθήσουν στη συνέχεια. Δίνεται ο ορισμός της υγείας, περιγράφονται τα βασικά είδη των συστημάτων υγείας που υπάρχουν, απαριθμούνται τα είδη δαπανών υγείας και πως οι δαπάνες αυτές ξεχωρίζουν σε δημόσιες και ιδιωτικές.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή και περιγράφονται τα διάφορα στάδια του Ελληνικού Συστήματος Υγείας στα τελευταία χρόνια , ενώ ταυτόχρονα γίνεται η αποτίμηση από τη λειτουργία του, τουλάχιστον μέχρι το 2009 που δεν είχε αρχίσει ακόμη να αλλάζει.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το παγκόσμιο οικονομικό περιβάλλον στο διεθνή χώρο και ειδικότερα στην Ελλάδα. Για την Ελλάδα υπάρχει μια συνοπτική περιγραφή της κρίσης και εξιστόρηση των περιορισμών που επιβλήθηκαν σε όλους τους τομείς των δραστηριοτήτων χωρίς ο χώρος της υγείας να γλυτώνει από τις συνέπειες.

Το 4ο κεφάλαιο περιγράφει τις συνέπειες της δημοσιονομικής προσαρμογής που επιβλήθηκε ειδικότερα στο χώρο της υγείας

Στο 5ο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα βασικότερα μακροοικονομικά μεγέθη και δείκτες που αφορούν το χώρο της υγείας και περιγράφεται η εξέλιξη τους τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση έτσι ώστε να μπορούμε να κάνουμε τις αναγκαίες συγκρίσεις.

Τέλος στο 6ο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι νομοθετικές ρυθμίσεις και διαδικασίες που είναι απαραίτητες για να μπορέσει το σύστημα να σταθεροποιηθεί και να διατηρηθεί.

Ακολουθούν τα συμπεράσματα και οι προβλέψεις που γίνονται , παρουσιάζονται οι βιβλιογραφικές αναφορές σε έρευνες, μελέτες και παρουσιάσεις που έγιναν και τέλος εμφανίζονται τα παραρτήματα με τους διάφορους πίνακες στοιχείων και διαγραμμάτων.

# Κεφάλαιο 1ο

## Τα διάφορα Εθνικά Συστήματα Υγείας

### 1.1 Ο ορισμός της υγείας

Ο όρος υγεία μπορεί να σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους ανάλογα με τη κάθε περίπτωση. Μια ιστορική αναζήτηση μας ενημερώνει ότι η υγεία είναι μια δυναμική κατάσταση και ο ορισμός της έχει εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου.

Σύμφωνα με την βιοϊατρική άποψη, ο αρχικός ορισμός της υγείας επικεντρώθηκε στο θέμα της ικανότητας του σώματος να λειτουργήσει. Η υγεία δηλαδή θεωρήθηκε ως μια κατάσταση κανονικής λειτουργίας που θα μπορούσε να διαταραχθεί από καιρό σε καιρό από κάποια ασθένεια. Ορισμοί που δόθηκαν με αυτό το πρίσμα ήταν « υγεία είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανατομικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές ακεραιότητες» ή «υγεία είναι η ικανότητα κάποιου να αντιμετωπίζει με επιτυχία βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πιέσεις»

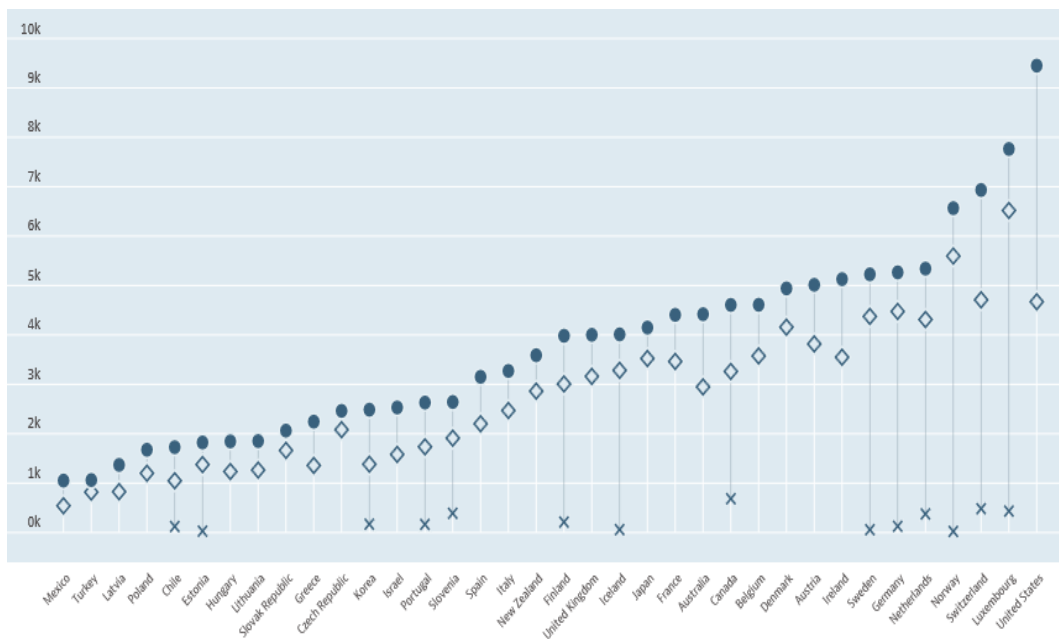
Ο πιο διαδεδομένος σύγχρονος ορισμός της υγείας δόθηκε κατά τη διάρκεια της διάσκεψης για τη προετοιμασία δημιουργίας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO), και εγκρίθηκε στη συνέχεια από τη Διεθνή Διάσκεψη Υγείας, στην Νέα Υόρκη, 19 έως 22 Ιουνίου 1946. Ο ορισμός αυτός περιέχεται σε απόφαση που υπεγράφη στις 22 Ιουλίου 1946 από τους εκπροσώπους των 61 χωρών που συμμετείχαν και τέθηκε σε ισχύ την 7η Απριλίου 1948 και είναι ο εξής :

«Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία μιας ασθένειας ή αναπηρίας».

Σύμφωνα με ένα άλλο ορισμό που δόθηκε από τον Grossman (1999) η υγεία είναι «...ένα κεφαλαιακό απόθεμα που αποδίδει κέρδος κατά τη διάρκεια της ενεργού ζωής του ατόμου». Αυτή η διατύπωση σημαίνει ότι οι άνθρωποι ξεκινάνε με μια καθορισμένη από τις συνθήκες ποσότητα κεφαλαίου υγείας το οποίο αποσβένεται με τη πάροδο του χρόνου, όσο το άτομο μεγαλώνει σε ηλικία, αλλά μπορεί να αυξηθεί αν κάποιος επενδύσει σε αυτό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έπαιξε και πάλι πρωταγωνιστικό ρόλο, όταν προώθησε την ανάπτυξη του κινήματος για τη προαγωγή και όχι μόνο για τη διατήρηση της υγείας στη δεκαετία του 1980. Αυτό έφερε στο προσκήνιο μια νέα αντίληψη για την υγεία, όχι πλέον ως μια σταθερή κατάσταση, αλλά ως μια δυναμική κατάσταση που εξετάζεται από την άποψη ανθεκτικότητας, με άλλα λόγια, ως «διαρκής πόρος για τη ζωή». Το 1984 το Ευρωπαϊκό γραφείο του Π.Ο.Υ στην Κοπεγχάγη έδωσε τον αναθεωρημένο ορισμό της υγείας που πλέον ορίζεται ως «η έκταση στην οποία ένα άτομο ή μια ομάδα είναι σε θέση να υλοποιήσει τις φιλοδοξίες της και να ικανοποιήσει τις ανάγκες της, και ταυτόχρονα να αλλάξει ή να συμβαδίσει με το τριγύρω περιβάλλον». Η υγεία είναι επομένως ένα μέσον για την καθημερινή ζωή, δεν είναι ο στόχος της ζωής. Είναι επομένως μια θετική έννοια, που ενισχύει στον καθένα, παράλληλα με τις φυσικές του ικανότητες, τους κοινωνικούς και προσωπικούς του πόρους. Εντελώς ανάλογα, η ψυχική, πνευματική, συναισθηματική και κοινωνική υγεία αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να χειριστεί το άγχος, να αποκτήσει δεξιότητες, να διατηρήσει τους κοινωνικούς δεσμούς και να δημιουργήσει σχέσεις, όλα αυτά ως μέσα που θα του διασφαλίσουν την ανθεκτικότητα και την ανεξάρτητη διαβίωση (AFMC, 2003).

Η αναφορά σε αριθμούς και μεγέθη για τις δαπάνες που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη σε μια χώρα δεν έχει από μόνη της μεγάλη αξία, αν θέλουμε να αξιολογήσουμε την εικόνα της φροντίδας για την υγεία σε μια χώρα. Πολύ λιγότερο έχουν αξία και τα σχετικά μεγέθη για τις δημόσιες δαπάνες που παρέχονται. Το παράδειγμα των ΗΠΑ στο θέμα των δαπανών για τη δημόσια υγεία είναι χαρακτηριστικό. Οι ΗΠΑ ξοδεύουν για κάθε κάτοικο, αναλογικά το μεγαλύτερο ποσό χρημάτων (το 2015 οι δαπάνες έφθασαν τα \$ 9473 USD ανά κάτοικο) με μεγάλη διαφορά από τη δεύτερη χώρα, όπως φαίνεται και στο γράφημα. Παρά το γεγονός αυτό όμως, ο Π.Ο.Υ (2000) κατατάσσει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ ως το σύστημα με το υψηλότερο κόστος, λόγω των υψηλών ιατρικών αμοιβών, αλλά και ένα σύστημα που βρίσκεται μόλις στη 37η θέση όσον αφορά στη συνολική απόδοση και μόλις στην 72η θέση για τη γενική υγεία μεταξύ των 191 κρατών-μελών που περιλαμβάνονται στη μελέτη.



**Σχήμα 1.1** οι δαπάνες για την υγεία σε διάφορες χώρες (πηγή : ΟΟΣΑ, 2015)

Επιπλέον, οι ΗΠΑ είναι η μόνη βιομηχανοποιημένη χώρα που δεν εξασφαλίζει ότι όλοι οι πολίτες θα έχουν απαραίτητα μια ιδιωτική ή δημόσια ασφάλιση υγείας. Περαιτέρω στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι η έλλειψη ασφάλισης υγείας ενώ το 2004 ήταν υπεύθυνη για 18.000 θανάτους ετησίως στις ΗΠΑ, το 2013 ο αριθμός αυτός έχει αυξηθεί σε 44.800 (American Journal of Public Health, 2013).

## 1.2 Το αγαθό της υγείας

Ως θεμελιώδες αγαθό η υγεία διαφέρει από τα άλλα αγαθά, καθώς δεν μπορεί εύκολα να μετρηθεί και να καθορισθεί σαν ποσότητα, ενώ είναι επίσης αβέβαιη η πιθανότητα ολικής επαναφοράς της καθώς και η εμφάνιση ή επανεμφάνιση των καταστάσεων που μπορούν να την επιβαρύνουν. Συνεπώς, οι κύριες δυσκολίες στη παροχή της υγειονομικής περίθαλψης είναι :

- η διαφοροποίηση στην αφετηρία της πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενή : ο γιατρός γνωματεύει με εκτιμήσεις για τα συμπτώματα που παρατηρούνται και στηριζόμενος σε αυτά προχωράει σε διάγνωση και συστήνει την αναγκαία θεραπεία που χρειάζεται να ακολουθήσει ο ασθενής. Αντίθετα, ο ασθενής ζητάει

διαβεβαιώσεις ότι θα επανέλθει η υγεία του και μάλιστα ανυπομονεί να γίνει αυτό, οπότε πολλές φορές συνεχίζει την αναζήτηση συμπληρωματικής πληροφόρησης

- η μεγέθυνση της ζήτησης : αυτή γίνεται είτε από τους ασθενείς για τους λόγους που αναφέρθηκαν προηγουμένως ,ή από τους ίδιους τους γιατρούς καθώς είναι οι απόλυτοι κυρίαρχοι για να καθορίσουν τόσο το μέγεθος όσο και το κόστος των υπηρεσιών υγείας που θα απαιτηθούν από τον ασθενή και για διάφορους λόγους μπορεί να αυξήσουν τις απαιτήσεις για συμπληρωματική ιατρική μέριμνα. Στη διόγκωση της ζήτησης για επιπλέον ιατρικές υπηρεσίες όμως συνέβαλλαν η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, οι εξελίξεις της τεχνολογίας στον τομέα της ιατρικής επιστήμης, η γρήγορη διάδοση της πληροφόρησης για θέματα υγείας η εμφάνιση νέων τεχνικών σε κάποιους κλάδους της ιατρικής και η ανάπτυξη της τεχνολογίας των φαρμάκων ( Μανιαδάκης και Υφαντόπουλος, 1996)
- η αβεβαιότητα νοσοκομειακής περίθαλψης : καθώς πολλές φορές δεν είναι γνωστές οι εξελίξεις ενός προβλήματος υγείας υπάρχει η τάση να προτείνεται η νοσοκομειακή περίθαλψη ώστε να αντιμετωπισθούν πιθανές παρενέργειες ή επιπλοκές , έστω και αν μια τέτοια εξέλιξη τελικά φανεί ότι δεν ήταν επιβεβλημένη.
- Οι συνέπειες των προαναφερθέντων χαρακτηριστικών είναι ότι ούτε οι ίδιοι οι ασθενείς αλλά ούτε και το κράτος δεν μπορεί να γνωρίζει με βεβαιότητα ποιο θα είναι κάθε φορά το κόστος αντιμετώπισης ενός σοβαρού προβλήματος υγείας. Χρειάζεται επομένως να υπάρχει στη θέση του ένα σύστημα υγείας που θα προβλέπει τι θα διαθέτει το κράτος και τι θα πληρώνει ο πολίτης. Οι ιατρικές δαπάνες θα είναι κάθε φορά το άθροισμα των δύο αυτών κονδυλίων.

### 1.3 Οι δείκτες υγείας

Ο ορισμός του «*δείκτη υγείας*», όπως αυτός διαμορφώθηκε και καθορίζεται από τον Π.Ο.Υ, είναι ότι πρόκειται για ένα μέγεθος, το οποίο μας πληροφορεί για θέματα ποιότητας, ποσότητας και χρόνου, που αναφέρεται στον κλάδο της υγείας. Χρησιμοποιείται για να αποτυπωθούν, άμεσα ή έμμεσα, οι αλλαγές σε μία κατάσταση που μας ενδιαφέρει και η πρόοδος που πραγματοποιήθηκε στη συγκεκριμένη κατάσταση μέσα σε ένα συγκεκριμένο διάστημα.



Οι δείκτες είναι τα βασικά εργαλεία για την εφαρμογή της αξιολόγησης ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τον Mark Friedman «ένας δείκτης είναι το μέγεθος εκείνο που βοηθάει να προσδιορίσουμε πόσο έχει προχωρήσει η επίτευξη ενός στόχου». Κάθε φορά, ανάλογα με το τι χρειάζεται να προβάλουμε υπάρχουν ένας ή περισσότεροι δείκτης οι οποίοι για να είναι χρήσιμοι πρέπει να διαθέτουν τις εξής τέσσερις ιδιότητες: εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση. Οι 4 αυτές ιδιότητες ενός δείκτη σημαίνουν πιο αναλυτικά ότι ο δείκτης αυτός αποτυπώνει με σαφήνεια το στοιχείο που παρακολουθούμε, εμφανίζει το ίδιο αποτέλεσμα ανεξάρτητα από το ποιος είναι εκείνος που τον υπολογίζει, είναι ευαίσθητος στις μεταβολές των συνθηκών που προκαλούνται και προσαρμόζεται σε αυτές. Χρειάζεται επίσης οι δείκτες να είναι διαφανείς και ξεκάθαροι στον προσδιορισμό τους ώστε να είναι εύκολο τα αποτελέσματά τους να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά.

Οι δείκτες υγείας έχουν σημασία καθώς δίνουν απαντήσεις σε καθοριστικά ζητήματα όπως:

- Ποια είναι η εξέλιξη ενός μεγέθους με τη πάροδο του χρόνου (διαμόρφωση τάσεων)
- Πόσο αποδοτικό είναι ένα σύστημα υγείας
- Αν υπάρχουν αλλαγές από περιοχή σε περιοχή ή από χώρα σε χώρα
- Αν διαπιστώνονται αλλαγές στα επίπεδα υγείας ανάμεσα στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού
- Πόσο αποτελεσματική είναι μια πολιτική που ακολουθείται

Οι δείκτες υγείας χρησιμοποιούνται για να υποστηρίξουν τον προγραμματισμό και να σηματοδοτούν τη πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Όσον αφορά το προγραμματισμό σημαίνει ότι με τη βοήθεια των δεικτών

- Προσδιορίζουμε τις προτεραιότητες
- Αναγνωρίζουμε, στοχεύουμε και αναπτύσσουμε τους στόχους και
- Επιλέγουμε τα κριτήρια σύγκρισης για τα μεγέθη που θέλουμε να παρακολουθήσουμε (benchmark)

Ός προς τις κατηγορίες των δεικτών υγείας που υπάρχουν από τις πολυάριθμες κατηγοριοποιήσεις κρατήσαμε μια σύμφωνα με την οποία υπάρχουν τριών ειδών δείκτες υγείας

### **Οι γενικοί δείκτες υγείας**

Οι δείκτες που αναφέρουν τους θανάτους ( μέση ηλικία, αιτία, ιστορικό) και τις γεννήσεις

Οι δείκτες που αναφέρουν προβλέψεις (προσδόκιμο ζωής, συχνότητες ασθενειών, συσχετίσεις φυσικών χαρακτηριστικών και ιστορικού)

### **Οι δείκτες απόδοσης του συστήματος υγείας**

Το κόστος ενός συστήματος υγείας (συνολικές δαπάνες για την υγεία, η υγεία ως % του ΑΕΠ, το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης, η νοσοκομειακή περίθαλψη

Η ποιότητα του συστήματος υγείας (η αμεσότητα προσκομιδής, τα ιατρικά λάθη, οι επανεισαγωγές)

Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών

Η άμεση συμμετοχή των πολιτών (ιδιωτικές πληρωμές, ιδιωτική ασφάλιση)

Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού ανά ειδικότητα

### **Οι κοινωνικοί δείκτες υγείας**

Οι οικογενειακές πρακτικές (θηλασμός, κανονικότητα σίτισης, κατάσταση υγείας γονέων)

Το καθημερινό κοινωνικό περιβάλλον

Το εισόδημα και το επίπεδο μόρφωσης

Τα χαρακτηριστικά της περιοχής ( εισόδημα, πυκνότητα πληθυσμού, συμβάντα βίας)

Κατάσταση περιβάλλοντος (ποιότητα αέρα και νερού)

Το «υγειονομικό σύστημα περίθαλψης» μιας χώρας βασίζεται σε ένα οργανωμένο σχέδιο υπηρεσιών υγείας το οποίο έχει αναπτυχθεί στο σύνολο της επιφανείας της χώρας. Ο όρος συνήθως χρησιμοποιείται για αναφορά στο σύστημα ή το πρόγραμμα με το οποίο παρέχεται ιατρική περίθαλψη στον πληθυσμό και χρηματοδοτείται είτε από την κυβέρνηση, ή από τον ιδιωτικό τομέα ή και από τους δύο. Με μια ευρύτερη έννοια, τα στοιχεία ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν τα εξής:

- υπηρεσίες προσωπικής υγειονομικής περίθαλψης για άτομα και οικογένειες, διαθέσιμες σε νοσοκομεία, κλινικές, υγειονομικά κέντρα και παρόμοιους οργανισμούς, σε γραφεία ιατρών και στη κατοικία των ασθενών.
- υπηρεσίες δημόσιας υγείας που απαιτούνται για τη διατήρηση ενός υγιούς περιβάλλοντος, όπως ο έλεγχος του νερού και του εφοδιασμού σε τρόφιμα, η

ρύθμιση των ναρκωτικών και οι κανονισμοί ασφαλείας που αποσκοπούν στην προστασία συγκεκριμένου πληθυσμού

- δραστηριότητες διδασκαλίας και έρευνας σχετικά με την πρόληψη, ανίχνευση και θεραπεία ασθενειών και
- την κάλυψη από τρίτους (ασφάλιση υγείας) των υπηρεσιών του συστήματος.

## 1.4 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

### 1.4.1 Η ανάγκη που υπάρχει

Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε το επίπεδο υγείας μιας χώρας χρειάζεται πρώτα να περιγράψουμε το σύστημα υγείας που έχει, να δούμε τις ανάγκες της και κατόπιν να δούμε ποσοτικά πως το σύστημα αυτό συντηρείται.

Σύμφωνα με τον ερευνητή σε θέματα υγείας Roemer (1993) ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι «ένας συνδυασμός πόρων, οργάνωσης, χρηματοδότησης και διοικητικής διαχείρισης που χρησιμοποιείται στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2000), προσδιόρισε ότι ο συνδυασμός αυτός πρέπει να έχει ένα κύριο σκοπό και επομένως ένα Σύστημα Υγείας ορίζεται ως «οι δραστηριότητες εκείνες που έχουν ως πρωταρχικό σκοπό τη προώθηση, την αποκατάσταση και τη διατήρηση της υγείας." Παρόμοιος είναι και ο ορισμός από τους Murray et al (2000) σύμφωνα με τον οποίο το Σύστημα Υγείας είναι «...το συνδυασμένο σύνολο των ατόμων, των θεσμών και των πόρων που επιχειρούν υγειονομικές δράσεις ,όπου η πρωταρχική πρόθεση αυτών των δράσεων είναι η βελτίωση της υγείας»

Το πώς είναι δομημένο και οργανωμένο ένα σύστημα υγείας μιας χώρας εξαρτάται από μια σειρά καθορισμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και αποτυπώνει γλαφυρά τα κύρια χαρακτηριστικά της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Κάθε φορά που υπάρχουν μεταβολές και τα δεδομένα αλλάζουν χρειάζεται να επανασχεδιασθεί το σύστημα ώστε να μπορέσει να καλύψει τις νέες ανάγκες που δημιουργήθηκαν.

Το σύστημα υγείας, είναι στη πραγματικότητα ένα υποσύστημα του συστήματος κοινωνικής προστασίας, και για το λόγο αυτό πρέπει να είναι αποτελεσματικό και

**κοινωνικά δίκαιο.** Ο όρος “αποτελεσματικότητα ” αναφέρεται στο κόστος ενός τέτοιου συστήματος. Η εφαρμογή του πρέπει να παράγει τα μέγιστα κοινωνικά οφέλη, από τη παραγωγή υπηρεσιών υγείας, στο μικρότερο δυνατό κόστος. Με τον όρο ‘κοινωνικά δίκαιο’ εννοούμε ότι εξασφαλίζεται ότι το δικαίωμα της πρόσβασης σε αυτό εξασφαλίζεται για όλους τους πολίτες. Αυτό σημαίνει ότι εκτός από την ισότιμη πρόσβαση θα πρέπει ταυτόχρονα να υπάρχει και ισότιμη χρήση υπηρεσιών υγείας για όλους όσους έχουν την ίδια ανάγκη για υπηρεσίες υγείας (Μόσιαλος, 1998 ).

#### **1.4.2 Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ.**

Η δομή του συστήματος υγείας απεικονίζει το ποια αντίληψη έχει πραγματικά μια χώρα αναφορικά με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Χρειάζεται επομένως να απαντάει σε ερωτήματα όπως πως καλύπτονται οι πολίτες απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο που προκύπτει από την απώλεια της υγείας τους (από αρρώστιες ή ατυχήματα) ή τι χρειάζεται να γίνει για να μην υπάρχουν ασθένειες. Υπάρχουν τρεις τύποι δομών συστημάτων υγείας :

Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και καλύπτονται κυρίως όσοι εργάζονται, τότε αναφερόμαστε σ’ ένα **σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark.**

Η φιλοσοφία στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark είναι ότι οι ανάγκες που έχουν οι κάτοικοι μιας χώρας σε υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας καλύπτονται μέσα από τη λογική της καθιέρωσης κάποιων ασφαλιστικών ταμείων.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι :

- Υπάρχει η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και σαν αποτέλεσμα υπάρχει υποχρέωση για συλλογική κάλυψη του πληθυσμού ανάλογα με το τι προσφέρει ο καθένας.
- Η χρηματοδότησή του συστήματος γίνεται στη βάση των εισφορών που εκταμιεύονται από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους ,οι οποίες εισφορές είναι ανάλογες των αποδοχών των εργαζομένων.
- Το κράτος παρεμβαίνει μόνο για να διασφαλίσει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη συγκέντρωση των προσφορών των υπηρεσιών υγείας

Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και παρέχει τις ίδιες υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. στη βάση του δίπολου δικαιωμάτων – υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους, τότε αναφερόμαστε σ' ένα εθνικό σύστημα υγείας **τύπου Beveridge**. Σύστημα υγείας αυτού του τύπου έχει η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία. Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος υγείας είναι :

- Όλος ο πληθυσμός είναι καλυμμένος για κάποιες βασικές ανάγκες του στα θέματα υγείας.
- Υπάρχει μια μόνο κεντρική κάλυψη δαπανών που μπορεί να προέρχεται ή από τη φορολογία, ή από ασφαλιστικές εισφορές
- Οι υπηρεσίες υγείας διαχωρίζονται σε τρία επίπεδα : πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, και τριτοβάθμιο

Το **φιλελεύθερο σύστημα υγείας** υπάρχει σε χώρες όπου το κράτος έχει επιλέξει να καλύπτει τις ανάγκες για τη παροχή υγειονομικής φροντίδας μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να προμηθευτούν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, (φτωχοί, ηλικιωμένοι κ.α. Στο **φιλελεύθερο σύστημα υγείας** ο βασικός πάροχος υγειονομικών υπηρεσιών είναι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας για όσους είναι συμβεβλημένοι). Για παράδειγμα οι ΗΠΑ αποτελούν τον σημαντικότερο κράτος- εκπρόσωπο του φιλελεύθερου συστήματος υγείας. Όποιος μπορεί να πληρώσει τις τιμές που ζητούνται έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μιας λίστας με τιμές για τη παροχή υπηρεσιών υγείας που διαμορφώνονται με το κριτήριο της προσφοράς και ζήτησης.

- Τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι :
- Το κράτος δεν παρεμβαίνει στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παρόχων υπηρεσιών αλλά διαμορφώνει μόνο το θεσμικό πλαίσιο
- Επειδή οι τιμές των υπηρεσιών υγείας είναι πολύ υψηλές βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση. Έτσι όσοι δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση μη μπορώντας να πληρώσουν είναι εκτός συστήματος.
- Ο καταναλωτής έχει πλήρη ελευθερία να επιλέξει τον πάροχο που επιθυμεί αλλά όπως είναι φυσικό δημιουργούνται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες

Καθένα από τα τρία συστήματα υγείας που παρουσιάστηκαν έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (Χλέτσος, 2010). Το πλεονέκτημα του συστήματος τύπου Bismark είναι

ότι έχει καταφέρει να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης. Το κράτος έχει ένα αφ' υψηλού ρόλο επίβλεψης χωρίς να εμπλέκεται σε γραφειοκρατικές διατυπώσεις. Το μεγάλο μειονέκτημα του είναι ότι ασφαλίζοντας μόνο τους εργαζομένους σε διαφορετικά ταμεία και με διαφορετική συμμετοχή υπάρχει ανισότητα στις παροχές που παρέχονται από τον έναν στον άλλο.

Το πλεονέκτημα του συστήματος υγείας τύπου Beveridge είναι ότι :

- υπάρχει ενιαία κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, την κοινωνική τους θέση και τον τόπο διαμονής τους ,
- η ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση του συστήματος συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείρισή του και στον έλεγχο των δαπανών του
- δεν εστιάζουν οι γιατροί στη θεραπεία εφόσον δεν υπάρχει κίνητρο για αυτό.

Τα μειονεκτήματα του συστήματος είναι ότι δεν υπάρχουν κίνητρα για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, υπάρχει γραφειοκρατία εφόσον όλα τα διαχειρίζεται μια κεντρική αρχή και υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής.

Τα βασικά πλεονεκτήματα του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι η μικρή συμμετοχή που έχει το κράτος στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, και η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών υγείας που ανεβάζει τη ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται. Τα κυριότερα μειονεκτήματα αυτού του συστήματος υγείας είναι η παροχή άνισων ευκαιριών στους πολίτες, αφού η κάλυψη των αναγκών εξαρτάται από την οικονομική ευρωστία του ασθενή, και επιπλέον υπάρχει συμφέρον για τους γιατρούς να υποθάψουν τη ‘προκλητή ζήτηση’<sup>1</sup> ή να εστιάσουν στην θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση και όχι στην πρόληψη.

Δεν φαίνεται να υπάρχει όμως κάποιο σύστημα υγείας που να υπερέχει συστηματικά των άλλων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Στο παράρτημα 2 φαίνονται οι ομάδες χωρών του ΟΟΣΑ που ανήκουν σε κάποιο από τα υπάρχοντα συστήματα και όπως φαίνεται μπορούμε να προσδιορίσουμε αρκετές σημαντικές διαφορές στα επίπεδα των αποτελεσμάτων και των δαπανών μεταξύ όλων των ομάδων

Συγκεκριμένα:

---

<sup>1</sup> Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας δεν είναι μια υπαρκτή αλλά μια διαμορφούμενη ζήτηση από τρίτους παράγοντες

Τα επίπεδα δαπανών για την υγεία τείνουν να είναι υψηλά σε χώρες που βασίζονται περισσότερο σε μηχανισμούς της αγοράς και ενώ ορισμένες από αυτές τις χώρες έχουν να δείξουν καλά αποτελέσματα (όπως αυξημένο μέσο προσδόκιμο ζωής) δεν είναι οι μόνες.

Οι ανισότητες που υπάρχουν στο επίπεδο και τη ποιότητα των υπηρεσιών της υγείας είναι υψηλές σε αρκετές χώρες ανεξάρτητα από το σύστημα υγείας που έχουν. Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι, οι ανισότητες τείνουν να είναι σχετικά χαμηλές σε τρεις από τις τέσσερις χώρες με σύστημα που βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση (την Γερμανία, την Ολλανδία και την Ελβετία). Ένας λόγος μπορεί να είναι ότι οι κανονισμοί σε αυτές τις χώρες είναι αυστηροί και τηρούνται ενώ δεν υπάρχουν και οι στρεβλώσεις που παρατηρούνται αν το σύστημα αφεθεί ανεξέλεγκτο. Πολλές φορές οι ανισότητες προκαλούνται από παράγοντες που έχουν μικρή μόνο σχέση με το ίδιο το σύστημα υγείας, όπως η κοινωνική κατάσταση και η εκπαίδευση.

Οι δημόσιες δαπάνες τείνουν να είναι υψηλότερες στις χώρες εκείνες όπου η ιδιωτική ασφάλιση παίζει τον κυρίαρχο ρόλο (ομάδα 1). Μπορούν επίσης να υπερβαίνουν κατά πολύ το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ παρέχοντας με τον τρόπο αυτό ένα κίνητρο για τον εξορθολογισμό τους.

Δεν υπάρχει κάποιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που να εξασφαλίζει καλύτερα από κάποιο άλλο την παροχή οικονομικά αποδοτικών φροντίδων υγείας. Σε γενικές γραμμές ισχύει το όσο περισσότερα ξοδεύεις τόσο καλύτερη υγειονομική περίθαλψη έχεις. Για το λόγο αυτό έχει περισσότερη σημασία η σύγκριση να γίνεται μεταξύ των χωρών που μοιράζονται το ίδιο σύστημα (βρίσκονται στην ίδια ομάδα) από ό, τι μεταξύ των ομάδων. Με άλλα λόγια, οι μεταρρυθμίσεις από τη μια ομάδα σε άλλη δύσκολα αιτιολογούνται. Αντίθετα, μπορεί να είναι πιο πρακτικό και αποτελεσματικό για κάθε χώρα να υιοθετήσει τις βέλτιστες πρακτικές πολιτικής που υλοποιούνται από τις άλλες χώρες στη δική της ομάδα, και να δανεισθεί ίσως κάποια καλά και κατάλληλα στοιχεία από τις άλλες ομάδες.

### **1.4.3 Η περιγραφή ενός συστήματος υγείας**

Κάθε σύστημα υγείας περιλαμβάνει ένα σύνολο δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες τόσο παροχής υγείας όσο και πρόληψης λειτουργώντας μέσα σε ένα ευρύτερο

κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον. Αυτές οι δομές βασίζονται σε θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας που προσδιορίζουν και οριοθετούν τις δραστηριότητες τους. Σύμφωνα λοιπόν με τους κανόνες αυτούς προσδιορίζεται (Bice, 1976)

- Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού
- Οι παραγόμενες υπηρεσίες υγείας
- Οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών

Με τον όρο επίπεδο υγείας του πληθυσμού καθορίζουμε, στη συνέχεια, τις βασικές απαιτήσεις σε θέματα υγείας που υπάρχουν και με ποια μέσα θα πρέπει αυτές να επιτευχθούν. Το επίπεδο υγείας καθορίζεται από τη σύγχρονη παρουσία διαφόρων παραγόντων, όπως η ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού, το προσδόκιμο επιβίωσης, τα δημογραφικά ρεύματα, οι εγγύτητα με υγειονομικές απειλές, κ.λπ.

Το δεύτερο στοιχείο που καθορίζεται είναι ποιός θα παράγει τις ιατρικές υπηρεσίες για τους πολίτες και στο τρίτο στοιχείο καθορίζονται οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών υγείας του πληθυσμού. Η χρηματοδότηση των αναγκών για την υγεία μπορεί να παρέχεται από το κράτος, από τα διάφορα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, η από ιδιοχρηματοδότηση των ασθενών.

Η κοινωνική ασφάλιση, είναι ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της αβεβαιότητας που καλύπτει το θέμα των ιατρικών δαπανών καθώς, η ύπαρξη της διασφαλίζει ότι ένα μέρος του συνολικού κόστους νοσηλείας του ασθενούς θα το επιβαρυνθεί ο φορέας της κοινωνικής ασφάλισης.

#### **1.4.4 Οι στόχοι ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Κάθε χώρα που έχει καθιερώσει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας το έχει κάνει αποσκοπώντας να διασφαλίσει τη βέλτιστη κατάσταση υγείας για τους κατοίκους της. Όμως, ο θεωρητικός αυτός ορισμός στη πραγματικότητα συμπληρώνεται και από τη ρεαλιστική τοποθέτηση «ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες που έχει τη δυνατότητα να δαπανήσει».

Ο ΠΟΥ έχει καθορίσει 3 κύριους στόχους που πρέπει να καλύπτει το σύστημα υγείας μιας χώρας:



- Συνεχής βελτίωση της υγείας των κατοίκων μιας χώρας
- Παροχή ολοκληρωμένη κάλυψης του πληθυσμού που εξυπηρετεί
- Δίκαιη χρηματοδοτική συνεισφορά, δηλ. η επιβάρυνση των εξόδων για τη διατήρηση και τη καλή λειτουργία του Ε.Σ.Υ. να είναι δίκαια κατανεμημένη στα νοικοκυριά της χώρας.

Επειδή τόσο το επίπεδο επίτευξης (το ποσοστό των κατοίκων που δέχονται τις φροντίδες του Ε.Σ.Υ.) όσο και η ομοιόμορφη εξάπλωση όσων δέχονται τη φροντίδα του Ε.Σ.Υ. σε όλα τα τμήματα του πληθυσμού, είναι εξίσου σημαντικές παράμετροι, και σε συνδυασμό μεταξύ τους καθορίζουν τις πέντε σημαντικές συνιστώσες των στόχων ενός συστήματος υγείας

**Εικόνα 1.2 Τα επίπεδα υγείας και η ανταπόκριση καθορίζουν την ποιότητα του συστήματος υγείας (πηγή: συγγραφείς)**

	<i>επίπεδο</i>	<i>διανομή</i>
<b>Βελτίωση της υγείας</b>	e	e
<b>Ανταπόκριση του Ε.Σ.Υ.</b>	e	e
<b>Δίκαιη συμμετοχή στις δαπάνες</b>		e
	<i>ποιότητα</i>	<i>ισότητα</i>

}

Αποδοτικότητα

ενώ η διανομή της υγείας, της ανταπόκρισης και της οικονομικής επιβάρυνσης σχετίζονται με την ισότητα που το σύστημα προσφέρει.

Ο Π.Ο.Υ. που ερευνά τα θέματα υγείας για όλες τις χώρες και προχωράει σε συγκρίσεις, διερεύνησε τη σχετική σημασία που δίνουν οι άνθρωποι σε κάθε μία από αυτές τις 5 συνιστώσες. Το πόσο σημαντικό θεωρούν οι άνθρωποι τον κάθε στόχο μπορεί να αποτελέσει μια καλή ένδειξη για το ποιά προτεραιότητα θα πρέπει να έχει ο στόχος αυτός σε ένα κυβερνητικό πρόγραμμα για την Υγεία.

Ο Π.Ο.Υ. καθόρισε με τη σειρά του τη σημασία που αντικειμενικά κάθε στόχος πρέπει να έχει σε μια κρατική πολιτική για την Υγεία. Ενδεικτικά, καθώς η έρευνα είναι σχετικά παλιά, παραθέτονται και τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε το 2000 σχετικά με τη σημασία των στόχων αυτών σε ένα διεθνές δείγμα ανθρώπων (World Health Survey, 2003).

**Πίνακας 1.1 τα αποτελέσματα έρευνας για τους στόχους της πολιτικής υγείας**

	% των απαντήσεων της έρευνας	στόχος Π.Ο.Υ.
Βελτίωση της κάλυψης των αναγκών υγειονομικής φροντίδας	24,6	13,0
Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	23,8	24,0
Μείωση των διαφορών υγείας στα διάφορα τμήματα του πληθυσμού	20,3	25,0
Μείωση των διαφορών στη κάλυψη των διαφόρων τμημάτων του πληθυσμού	20,0	16,0
Δικαιότερη κατανομή των οικονομικών υποχρεώσεων	11,4	22,0

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του πίνακα, η σημασία που στη πραγματικότητα αποδίδεται στη ποιότητα του συστήματος υγείας (προτάσεις 1 και 2) είναι μεγαλύτερη από αυτή που αποδίδει ο Π.Ο.Υ. (48,4% έναντι 37%) και το αντίθετο συμβαίνει με τη σημασία της ισότητας στη παροχή φροντίδων υγείας.

#### **1.4.5 Οι αρχές ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας είναι :

Να είναι αποτελεσματικό. Με τον όρο αποτελεσματικότητα εννοούμε ότι ένα σύστημα υγείας πρέπει να καλύπτει πάντοτε τον στόχο του που είναι η συνεχής βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Η αξιολόγηση της απόδοσης στα συστήματα υγείας αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στην ΕΕ. Με την έννοια «επίπεδο υγείας» εννοούμε μια ποιότητα ιατρικής μέριμνας που πληροί κάποιες προδιαγραφές που συνήθως περιγράφονται μέσα από κάποιους δείκτες, όπως είναι : το προσδόκιμο επιβίωσης, η γενική θνησιμότητα και ο δείκτης αποφεύξιμης θνησιμότητας.

Ο τελευταίος δείκτης, ο δείκτης αποφεύξιμης θνησιμότητας δηλαδή δεν είναι ένας δείκτης που βασίζεται σε πραγματικά αλλά σε εκτιμώμενα στοιχεία. Παρέχει μόνο μια ένδειξη για το πόσο σωστές και αποδοτικές είναι οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζει κάθε χώρα. Εκφράζεται ως μια εκτίμηση του αριθμού των θανάτων που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, αν είχε υπάρξει μια σωστή και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη (Παπαδομαρκάκη, 2016).

Να έχει αποδοτικότητα. Οι δαπάνες για την υγεία σε κάθε χώρα είναι υψηλές και δυσκολεύουν την επίτευξη των στόχων του προϋπολογισμού. Ως εκ τούτου χρειάζεται να γίνουν ορισμένες ενέργειες για να αξιολογηθεί αν τα χρήματα που δαπανώνται αξίζουν ανάλογα.

Η αξιολόγηση αυτή γίνεται εύκολα ,αν κάθε φορά γίνεται ανάλυση της σχέσης μεταξύ των δαπανών, όπως είναι η μισθοδοσία για το προσωπικό που παρέχει υγειονομική φροντίδα, ο τεχνολογικός εξοπλισμός και τα αναλώσιμα υλικά, και του οφέλους, όπως είναι ο χρόνος νοσηλείας, και η αποθεραπεία των αρρώστων (Nolte & Pitchforth , 2000)

Να διασφαλίζει την ισότητα στη πρόσβαση και τη παροχή της ιατρικής φροντίδας. Αυτό να γίνεται χωρίς αποκλεισμούς και διαχωρισμούς κάτω από συνθήκες κοινωνικής δικαιοσύνης.

#### **1.4.6 Η βιωσιμότητα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας**

Αφού λοιπόν η αύξηση των δαπανών στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει αναμφισβήτητα θετικά αποτελέσματα γιατί να μην μεριμνά το κράτος ώστε να καλύπτει τις δαπάνες μέσα από ένα σύστημα κοινωνικής περίθαλψης που θα χρηματοδοτείται από το ίδιο; Η απάντηση είναι προφανής και έχει να κάνει με το ότι, ανεξάρτητα από τον τρόπο που θα χρηματοδοτείται το σύστημα, περισσότερη σημασία, για να παραμείνει βιώσιμο ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, έχει το πόσο αποτελεσματικό είναι το σύστημα αυτό.

Μέσα στο χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχουν χώρες που ακολουθούν διάφορες τακτικές χρηματοδότησης, μέσω της πολιτικής επιβολής φόρων ή αντίθετα στο άλλο άκρο μέσω της υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης. Οι Σκανδιναβικές χώρες προσφέρουν άρτια υγειονομική περίθαλψη μέσα από ένα σύστημα σκληρής φορολόγησης των εισοδημάτων. Οι χώρες με τη προτεσταντική λογική της ατομικής υπευθυνότητας

(Ολλανδία, Γερμανία) έχουν αναπτύξει, όπως αναφέρθηκε, ένα σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης από σωματεία που καλύπτει τις ανάγκες μιας ποιοτικής ιατρικής περίθαλψης.

Σχεδόν σε όλες όμως τις περιπτώσεις, όπως φαίνεται και από τα διαθέσιμα στοιχεία (Commission Staff E.U., 2013) οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσωπεύουν πάνω από το 70% των συνολικών δαπανών για την υγεία και επομένως η βιωσιμότητα του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης έχει ιδιαίτερη σημασία ώστε να διατηρηθεί και το επίπεδο των υπηρεσιών για την υγειονομική περίθαλψη.

Η υγεία αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του δημόσιου προϋπολογισμού και αντιπροσωπεύει σε όλες τις χώρες περίπου το ένα τρίτο του τμήματος που είναι αφιερωμένο γενικότερα στη κοινωνική πολιτική. Για το 2010, οι δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη αντιπροσώπευαν σχεδόν το 15% του συνόλου των κρατικών δαπανών ενώ ήταν μια από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες κατηγορίες δαπανών σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη ( υπερβαίνοντας κατά πολύ την αύξηση του ΑΕΠ. Ακόμη πιο σημαντικό είναι όμως το γεγονός ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα αναμένεται να αυξηθούν τουλάχιστον κατά 30% έως το 2060 (Orischnig, 2013).

Η αύξηση αυτή οφείλεται σε μια σειρά από παράγοντες τόσο όσον αφορά τη ζήτηση όσο και την παροχή υγειονομικών παροχών. Από την πλευρά της ζήτησης, οι παράγοντες αυτοί είναι κυρίως η δομή και το μέγεθος του πληθυσμού, τα προβλήματα που υπάρχουν και επηρεάζουν τη σημερινή κατάσταση της υγείας του, και οι εξελίξεις στις διατάξεις ρύθμισης της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Από την πλευρά της προσφοράς, υπάρχει σήμερα αυξημένη πλέον ενημέρωση, διαθεσιμότητα και πιο εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τεχνολογική πρόοδο και οι απαραίτητες ρυθμίσεις για τη διευκόλυνση της παροχής υγειονομικών αγαθών ή υπηρεσιών. Σχηματικά, το 2050 τέσσερεις στους δέκα Ευρωπαίους θα είναι ηλικίας πάνω από 60 χρονών και τουλάχιστον το 50% θα υποφέρουν από μόνιμες ασθένειες που για τη θεραπεία τους θα απαιτείται να ξοδεύεται το 75% των χρημάτων που θα ξοδεύονται για την υγεία. [εφημερίδα το Πρώτο Θέμα, 27-03-2015]

Αυτό λοιπόν το σχετικά μεγάλο μερίδιο των δημόσιων δαπανών που αναλογεί στην υγεία σε συνδυασμό με την ανάγκη δημιουργίας κοινής πολιτικής υγείας στις διάφορες χώρες επιτείνουν την ανάγκη να γίνουν μεταρρυθμίσεις και να βελτιωθεί η βιωσιμότητα των σημερινών μοντέλων του συστήματος υγείας, εξασφαλίζοντας την αποδοτικότητα, την

καθολική πρόσβαση και ισότητα στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, αλλά και την επαρκή χρηματοδότηση τους [www. ec.europa.eu , 2012].

Για να υπάρχει οικονομική βιωσιμότητα χρειάζεται στις περισσότερες χώρες να απαιτηθούν περικοπές του προϋπολογισμού που προβλέπεται για τις δαπάνες υγείας , και σε κάποια κράτη ιδιαίτερα, όπως είναι η Ελλάδα, χρειάζεται να γίνουν μεγάλες περικοπές σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και τα αποτελέσματα για την υγεία δεν είναι γραμμική. Αν συνέβαινε αυτό, οποιοδήποτε επιπλέον ποσό δαπανάται για την υγειονομική περίθαλψη θα οδηγούσε σε αντίστοιχη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού κάτι που δεν παρατηρείται. Στην πραγματικότητα, όσο μεγαλύτερη είναι η δαπάνη, τόσο χαμηλότερη φαίνεται να είναι η οριακή βελτίωση στην κατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης ( ΟΟΣΑ, 2012).

Επίσης, οι χώρες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ως προς την ικανότητά τους να μετατρέψουν μια ποσότητα πόρων σε αποτελέσματα για την υγεία. Διεθνείς συγκρίσεις δείχνουν ότι το ίδιο ποσό δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανά άτομο μπορεί να συνδέεται με πολύ διαφορετικές καταστάσεις για την υγειονομική περίθαλψη , έστω και αν ληφθούν υπ' όψη οι διαφορές που υπάρχουν στον τρόπο ζωής και οι επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές πραγματικότητες μεταξύ των χωρών. Στη πραγματικότητα αυτό που καθορίζει τη ποιότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών περίθαλψης δεν είναι μόνο πόσα χρήματα δαπανώνται, αλλά και το πώς δαπανώνται τα χρήματα αυτά. Οι περιορισμοί που μπαίνουν πρέπει να ειπωθούν ως μια ευκαιρία για τη βελτίωση της αξίας και της αποτελεσματικότητας της κατανομής της υγειονομικής περίθαλψης κάτι που αν εφαρμοσθεί μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη εξοικονόμηση δημοσίου χρήματος. Ο ΟΟΣΑ έχει αποτιμήσει τα οφέλη που θα προκύψουν από τις μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας μέχρι το 2017 για τις χώρες του ΟΟΣΑ , στο 2% του ΑΕΠ τους (Cooper, 2007).

Αν επιπλέον οι μεταρρυθμίσεις συνοδευτούν από μια καλύτερη εφαρμογή των πολιτικών υγείας και να μειωθούν τα λάθη, οι μίζες και οι απάτες που γίνονται το όφελος εκτιμάται ότι μπορεί να φθάσει στο 5,6% του συνόλου (Μαζαράκη, 2012).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

# Η εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

### 2.1 Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. και η λειτουργία του μέχρι το 2010

Η δόμηση μιας δέσμης μέτρων και παρεμβάσεων, που τιτλοφορείται ως «πολιτική υγείας» απέκτησε πιο συστηματικό και θεσμικό χαρακτήρα μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα, κατά τη μεταπολεμική περίοδο και μέχρι τη μεταπολίτευση κυριαρχεί ένα κατά γενική ομολογία «παθογενές» πλαίσιο. Τόσο στα ΜΜΕ όσο και στην κοινή γνώμη επικρατεί η άποψη ότι «η Υγεία πάσχει».

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι ένα μικτό σύστημα υγείας όσον αφορά τη παροχή ιατρικής μέριμνας αλλά και σε ότι αφορά τη διαδικασία χρηματοδότησης των δαπανών της. Συμμετέχουν τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός φορέας και σχηματικά μπορούμε να πούμε ότι ο δημόσιος τομέας ικανοποιεί τις ανάγκες του πληθυσμού, ενώ ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει την ζήτηση.

Με τη μεταπολίτευση κάνουν την εμφάνισή τους οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προτάσεις, όπως συνοψίζονται στην έκθεση του ΚΕΠΕ για την υγεία ή στο «**σχέδιο Δοξιάδη**». Τη δεκαετία του '80 οι συνθήκες είναι πλέον αρκετά ώριμες για τη συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με τον Ν.1397/83, ο οποίος βασισμένος σε ανάλογες νομοθετικές ρυθμίσεις που υπήρχαν ήδη σε άλλες χώρες μεταξύ άλλων προέβλεπε, μεταξύ άλλων, την αποκέντρωση του συστήματος υγείας, με τη δημιουργία των Π.Ε.Σ.Υ. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας) και τη σύνδεση της χρηματοδότησης με τις κατά τόπους ανάγκες, την υλοποίηση του δημοκρατικού προγραμματισμού με τον κοινωνικό έλεγχο του συστήματος. Κατά τα χρόνια που ακολούθησαν έγινε μια δομημένη προσπάθεια για την δημιουργία των κατάλληλων προτάσεων για την μεταβολή και την ολοκλήρωση της υπάρχουσας νομοθεσίας.

Αν θα έπρεπε να προβούμε σε μια αναδρομή της θεσμικής διαδρομής του Εθνικού Συστήματος Υγείας, θα διακρίναμε ουσιαστικά δύο μεγάλες φάσεις: η **ιδρυτική φάση**, που εκτείνεται χρονικά από το 1983 μέχρι το 1992 και η **μεταρρυθμιστική φάση**, που

εγκαινιάζεται με τον Ν.2071/92 και συνεχίζεται μέχρι και την αρχή της περιόδου δημοσιονομικής προσαρμογής. Κατά τη θεσμική εξέλιξη του Ε.Σ.Υ. χαρακτηριστικά συνέχειας εμφανίζει, όπως είδαμε, τόσο ο πρώτος «εκσυγχρονιστικός» νόμος 2519/97, αλλά και ο Ν.2889/2001, που ακολουθεί. Πρόκειται για νόμους που έγιναν με στόχο τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με κύρια προτεραιότητα τη διοικητική αναδιάρθρωση και την αύξηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος, την αποτύπωση των υγειονομικών αναγκών στις διάφορες περιοχές της χώρας σε ένα υγειονομικό χάρτη αλλά και την εξαγγελία προώθησης της σύστασης ενός ενιαίου\_φορέα υγείας, στον οποίο θα συλλέγονταν όλη η χρηματοδότηση που προορίζονταν για το δημόσιο σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ. και φορείς κοινωνικής ασφάλισης).

Ούτε αυτή η μεταρρύθμιση ωστόσο προχώρησε σε ικανοποιητικό βαθμό, καθώς η «υγεία» αποτελεί ένα αγαθό, η φύση του οποίου οδηγεί σε ιδιομορφίες σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών που το παρέχουν. Για το λόγο αυτό η συγκρότηση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομείων αποτελεί ένα σύνθετο ζήτημα που δεν είναι εύκολο να επιτύχει. Η αναγκαία κρατική παρέμβαση, η ιδιαίτερη και ευαίσθητη φύση του ίδιου του παρεχόμενου αγαθού της υγείας οι απαιτητικές συνθήκες εργασίας στο πλαίσιο ενός σύνθετου και εξελισσόμενου τομέα, όπως αυτός των νοσοκομείων αποτελούν σοβαρούς παράγοντες που διαμορφώνουν ανάλογα τόσο τη δομή όσο και τη διοίκηση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που γίνεται σε χώρους άλλους εκτός των νοσοκομειακών περιλαμβάνει όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες που καλύπτουν τις ανάγκες πρόληψης και διάγνωσης της κάθε ασθένειας της νόσου, χωρίς να χρειάζεται η παραμονή του ασθενούς σε κάποιο ίδρυμα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται δημοσίως στα διάφορα κέντρα υγείας, όποια και αν είναι πλέον η ονομασία τους, και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, είτε παρέχεται ιδιωτικά από τους γιατρούς στα ιατρεία τους ή σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Στον δημόσιο τομέα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην επαρχία παρέχεται κυρίως από τα υπάρχοντα 190 Κέντρα Υγείας και τα περίπου 1350 Περιφερειακά Ιατρεία, που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενώ στις υπόλοιπες περιοχές παρέχονται κατά περίπτωση.

Επόμενο επίπεδο αποτελεί η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, που καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς, οι οποίοι χρήζουν νοσηλείας σε κλινικές ή

νοσοκομεία, εξειδικευμένης αγωγής και παρακολούθησης ή ακόμη και εγχείρισης. Τα δημόσια νοσοκομεία τόσο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όσο και εκτός αυτού (στρατιωτικά και ΙΚΑ) υπολογίζονται σε 144, ενώ οι ιδιωτικές κλινικές υπολογίζονται στις 196. Το μεγαλύτερο μέρος της δημόσιας δαπάνης για την υγεία έχει νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση (63,55%).

Η οργάνωση που πρέπει να έχει ένα Δημόσιο Νοσοκομείο αποτελεί μέρος ενός γενικότερου κεντρικού υγειονομικού προγραμματισμού και πρέπει επομένως οι αντικειμενικοί του σκοποί και στόχοι πρέπει να ταιριάζουν και να υπηρετούν τους αντίστοιχους της κεντρικής εξουσίας (Δικαίος, Κουτουζής, Πολύζος, Σιγάλας, Χλέτσος, 1999).

Σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα δημιουργούνται πολυάριθμες καταστάσεις από τις διαφορετικές δραστηριότητες που υπάρχουν. Καθώς υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στο προσωπικό, όσον αφορά τις διαφορετικές ειδικότητες, το διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης και τα διαφορετικά ενδιαφέροντα εξέλιξης πολλές από τις δραστηριότητες αυτές είναι αντίπαλες μεταξύ τους και αλληλοσυγκρουόμενες. Ταυτόχρονα πολλές από τις δραστηριότητες αυτές μεταβάλλονται λόγω της εξέλιξης που υπάρχει στην ιατρική και την ιατρική τεχνολογία (Λιαρόπουλος, 2007).

Τα νοσοκομεία αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία Οργανισμών, που το διοικητικό έργο επιμερίζεται στα διάφορα στελέχη τους, όχι μόνο με βάση την ιεραρχική τους τοποθέτηση αλλά και ανάλογα με την εκτίμηση και την αίγλη που έχουν κάποια άτομα που εργάζονται σ' αυτό (Δικαίος, Κουτουζής, Πολύζος, Σιγάλας, Χλέτσος, 1999). Σήμερα είναι πολύ δύσκολο να προσδιορίσει κανείς το όρια που καθορίζουν το πλαίσιο διοίκησης ενός νοσοκομείου, στη πραγματικότητα ποιος αποφασίζει και μέχρι ποιο σημείο.

Η δομή ενός νοσοκομείου είναι πολυεπίπεδη, αλλά και αλληλοεξαρτώμενη, γεγονός που καθιστά ακόμη πιο δύσκολη τη διοίκησή του. Συνήθως υπάρχουν καθορισμένα υποσυστήματα με καθορισμένες κατευθύνσεις των δραστηριοτήτων τους και διαμορφωμένο πλαίσιο συναλλαγών. Τα νοσοκομειακά ιδρύματα βρίσκονται επίσης σε συνεχή αλληλεπίδραση με το εξωτερικό περιβάλλον από το οποίο δέχονται επιρροές και ερεθίσματα, ενώ υπάρχουν και ελεγχόμενες κάθε φορά εισροές. Όλοι αυτοί οι παράγοντες οφείλουν να συνεργάζονται μεταξύ τους για την επίτευξη ενός κοινού οράματος, σκοπού και επιχειρησιακών στόχων (Λιαρόπουλος, 2007).



Στην Ελλάδα η υφιστάμενη κατάσταση της διοίκησης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων απέχει πολύ από τη θεωρητική κατάσταση που προβλέπουν τα διάφορα μοντέλα των συστημάτων διοίκησης. Ο βασικός λόγος για αυτή την απόκλιση είναι ότι έχει μεγάλη επιρροή ένα γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης. Υπάρχει ένα πάγιο ρυθμιστικό πλαίσιο που απαιτεί τη γραπτή καταχώρηση των κανόνων, αποφάσεων και πράξεων που καθημερινά συμβαίνουν. Η καταχώρηση αυτή θεωρητικά γίνεται με την ευθύνη της ιεραρχίας η οποία ξεκινά από την ανώτατη διοίκηση (Διοικητής, Δ.Σ.) και καταλήγει στη βάση (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Όμως η αυτονομία των γιατρών στην εργασία τους, επηρεάζει τη τήρηση αυτών των κανόνων καταγραφής η οποία εκτελείται πλέον γραφειοκρατικά και μηχανιστικά αφού αποτελεί για αυτούς «άχρηστο βάρος» (Μπουραντάς, 2002).

Το στοίχημα πλέον είναι το πώς, μπορεί να μεταβληθεί αυτού του είδους η πολύπλοκη διοίκηση ενός νοσοκομείου, σε ένα ευέλικτο, σύγχρονο και αποδοτικό μοντέλο διοίκησης, που δεν θα έχει πλέον τις αδυναμίες και τις αγκυλώσεις του παρελθόντος ενώ θα μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις σύγχρονες προκλήσεις (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Η εφαρμογή αρχών και προγραμμάτων που έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε άλλες χώρες, όπως είναι για παράδειγμα η διοίκηση ολικής ποιότητας (ΔΟΠ), είναι ο δρόμος που πρέπει να ακολουθήσουν οποιεσδήποτε μεταρρυθμίσεις προκριθεί να γίνουν. Υπάρχουν βέβαια πάντοτε κάποιες σταθερές που χρειάζεται κάθε φορά να ικανοποιούνται και αφορούν τη μέγιστη δυνατή βελτίωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, αλλά πάντοτε κάτω από τη λογική του βέλτιστου κόστους λειτουργίας του νοσοκομειακού ιδρύματος.

Ένα πλήρες σύστημα υγειονομικής φροντίδας που πρέπει να εφαρμόζεται, περιλαμβάνει την πρόληψη της ασθένειας, την αντιμετώπιση της ασθένειας, και τη διαχείριση της καθώς και την διατήρηση της πνευματικής και φυσικής ευεξίας των ατόμων (Γκαβανόζη, 2014).

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα βασίζεται σε υπηρεσίες, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα και συντίθεται από τρία διακριτά υποσυστήματα: το Εθνικό Σύστημα Υγείας που παρέχει νοσοκομειακή περίθαλψη σε ολόκληρη τη χώρα (μοντέλο Beveridge), τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματιών (μοντέλο Bismarck), και τον ιδιωτικό τομέα παροχών υγείας που αντικατοπτρίζει πλήρως το μοντέλο της φιλελεύθερης οικονομίας (μοντέλο αγοράς), (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας με τη σειρά του θα μπορούσε να χωριστεί και αυτό σε τρία επιμέρους συστήματα:

Το πρώτο από αυτά σχετίζεται με τους παράγοντες που αναφέρονται στην εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο περιλαμβάνει τις υπηρεσίες παραγωγής υγειονομικών αγαθών και υπηρεσιών και το τρίτο αφορά τους μηχανισμούς κάλυψης δαπανών υγείας. Καθώς τα συστήματα αυτά δεν είναι μεταξύ τους οργανικά συνδεδεμένα, δεν ακολουθούν τους ίδιους κανόνες λειτουργίας, οργάνωσης, χρηματοδότησης και ανάπτυξης.

Παράλληλα υφίσταται, όπως αναφέρθηκε η διαίρεση, μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες εκτός του ΕΣΥ και στις υγειονομικές υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα.

Πέραν όμως της παρουσίας του ιδιωτικού τομέα, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας διασφαλίζει το μίνιμουμ επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες.

Στη Ελλάδα, η έννοια του ΕΣΥ πρωτοεμφανίσθηκε μέσα στον Νόμο 1397/Φ.43Α/7.10.83. Μέσα στα 35 χρόνια που μεσολάβησαν έγιναν πολλές προσπάθειες διαμόρφωσης του αρχικού νόμου και είναι εντυπωσιακός ο αριθμός των 18 νέων νόμων που έχουν δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και αφορούν το ΕΣΥ. Οι πιο χαρακτηριστικοί από τους νόμους αυτούς είναι:

- Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του ΕΣΥ (Ν.1579/Φ.217Α/23.12.85)
- Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις (Ν.2071/Φ.123Α/15.7.92)
- Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις (Ν.2194/Φ.34Α/16.3.94)
- Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις (Ν.2519/Φ.165Α/21.8.97)
- Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ (Ν.2889/Φ.37Α/2.3.01)
- Τροποποιήσεις και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το ΕΣΥ και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Ν.3204/Φ.296Α/23.12.04)
- Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις (Ν.3329/Φ.81Α/4.4.05)

Ένα κοινό χαρακτηριστικό όλων σχεδόν των νομοσχεδίων που κατατέθηκαν είναι ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο θεσμός του γενικού γιατρού που αποτελεί την «ατμομηχανή της αμαξοστοιχίας» του ΕΣΥ (του βρετανικού ΕΣΥ, του συστήματος υγείας δηλαδή που επιχείρησε να μιμηθεί το Ελληνικό ΕΣΥ) στον τομέα της πρόληψης, μένει εκτός των ρυθμίσεων. Ο λόγος είναι ότι στην Ελληνική αντίληψη δεν υπάρχει παράδοση δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έτσι όλοι οι αρμόδιοι παράγοντες οι έννοιες «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» και «γενικός γιατρός» συλλαμβάνονται ως αφηρημένες μάλλον έννοιες, παρά ως μέρος συγκεκριμένης πραγματικότητας. Είναι χαρακτηριστικό ότι παρά την ομόφωνη παραδοχή της «ανυπαρξίας οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, στη χώρα μας», κατά τη δημόσια συζήτηση που προηγήθηκε της κατάθεσης του σχεδίου νόμου για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ το 2001, ο νόμος 2889, που τελικά ψηφίστηκε στη Βουλή, επικεντρώθηκε στην οργάνωση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αφήνοντας για αργότερα την «ανάπτυξη και οργάνωση της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας».

Αξίζει να σημειωθεί η παράδοξη συγκυρία που εμφανίζεται, όλες τις φορές που γίνεται μια σοβαρή προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ακολουθεί αμέσως μετά αλλαγή της παράταξης που έχει τη διακυβέρνηση της χώρας. Αυτό έγινε στις 18 Φεβρουαρίου 2004, όταν ο τότε υπουργός Υγείας, ακαδημαϊκός κ. Κ. Στεφανής κατέθεσε «νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», όπως είχε γίνει και στην περίπτωση της υπουργικής απόφασης Δοξιάδη για την ειδικότητα της γενικής ιατρικής το 1981, ενώ κάτι παρόμοιο συνέβη και σήμερα, όταν ο υπουργός κ. Ξάνθος κατέθεσε, έναν ατελή είναι αλήθεια νόμο για τη δημιουργία τοπικών μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας.

## **2.2 Οι αλλαγές και οι μεταρρυθμίσεις (περίοδος 2011 μέχρι σήμερα)**

Το 2011 δημοσιεύθηκε ένα νόμος, ο νόμος 391/2011 με τον οποίο δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ. Στο άρθρο 19 και τη παράγραφο 5 του νόμου αυτού προβλέπεται η δημιουργία του οργανισμού και περιγράφονται η συγκρότηση, η λειτουργία και οι αρμοδιότητες του.

Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί αγοραστή και πάροχο υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει τους παλιούς ασφαλιστικούς φορείς ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ/ΤΥΔΚΥ,

και ΟΓΑ και ως εκ τούτου περιήλθαν σε αυτό και όλα τα περιουσιακά στοιχεία των οργανισμών αυτών (χρηματικές εισροές και χρέη).

Ο ΕΟΠΥΥ απασχολεί θεράποντες ιατρούς αποκλειστικής απασχόλησης, αλλά και άλλους γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με αυτόν. Οι συμβεβλημένοι γιατροί μπορούν να εξετάζουν να δίνουν γνωματεύσεις και εκδίδουν παραπεμπτικά και να χορηγούν φαρμακευτική αγωγή κάτι ου δεν ισχύει για τους μη συμβεβλημένους ιατρούς. Οι γιατροί που έχουν συμφωνήσει να είναι στο σύστημα παρέχουν μια ολοκληρωμένη διαγνωστική κάλυψη και συμβουλεύουν τους ασθενείς για τη μετέπειτα πορεία τους ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης. το αν υπάρχει ανάγκη περαιτέρω δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Όλοι όσοι εμπλέκονται στη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών ανήκουν σε ένα από τα ακόλουθα σχήματα (ομάδα ΕΟΠΥΥ, 2013):

Σύμφωνα με τη δημοσίευση του σχετικού νόμου ο **Ενιαίος Φορέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**: έχει την ευθύνη της λειτουργίας των μονάδων παροχής ΠΦΥ. Οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελούνται από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία του ΕΣΥ, τους αγροτικούς γιατρούς και τους συμβεβλημένους παρόχους ΠΦΥ (άρθρο 18 παρ.1β του νόμου 3918/2011).

Ο αριθμός των δικτύων ΠΦΥ ανά Καλλικρατικό Δήμο θα καθορίζεται από τις αρμόδιες Διευθύνσεις Υγείας Περιφερειακής Ενότητας (ΔΥΠΕ) ανάλογα με τον πληθυσμό της Π.Ε. και τις ανάγκες που προκύπτουν.

Όλα τα δίκτυα ΠΦΥ μιας περιφέρειας ανήκουν στα **Νομαρχιακά Δίκτυα ΠΦΥ** ανά περιφερειακή ενότητα που διαμορφώνουν τον δικό τους προϋπολογισμό για να τον καταναείμουν στη συνέχεια στα Δίκτυα ΠΦΥ

Όσοι συμμετέχουν στις ΠΦΥ πληρώνονται ανά ασθενή ενώ για τις άλλες ειδικότητες η αποζημίωση δίνεται για κάθε παραπεμπτικό και πράξη χωριστά. Πολύ πρόσφατα μάλιστα επεβλήθη πλαφόν στις αμοιβές ανά ειδικότητα σε συνάρτηση με τον διαθέσιμο προϋπολογισμό που προβλέπεται.

Ο θεσμός του ΕΟΠΥΥ, ενώ είχε δημιουργηθεί έχοντας ορθές προδιαγραφές εμφάνισε πολύ γρήγορα αδυναμίες και προβλήματα. Οι βασικές αιτίες για αυτά τα προβλήματα ήταν:

- Η ένδεια των πόρων που χρειάζονται, καθώς και δεν υπήρξε ποτέ επαρκής χρηματοδότηση ενώ και αυτή που υπήρχε από τις διάφορες πηγές δεν ήταν εύκολο να συγκεντρωθεί.

- Η υβριδική μορφή που είχε η δομή του, καθώς από τη μία πλευρά υπάρχουν τα κέντρα υγείας που διοικητικά αν και σαν μονάδες εξαρτώνται από τα νοσοκομεία που διοικητικά ανήκουν στη περιφέρεια και όλα αυτά συντονίζονται από τον ΕΟΠΥΥ, που ελέγχεται από τις κρατικές ΔΥΠΕ.

Τα προβλήματα που εμφανίσθηκαν στη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ γρήγορα επεκτάθηκαν και κάλυψαν όλο το φάσμα των υπηρεσιών του (νοσοκομεία, φαρμακεία, ιατροί, διαγνωστικά κλπ) και επομένως δεν ήταν εύκολα να βρεθεί μια φόρμουλα που θα θεράπευε όλες τις παθογένειες που υφίστανται. Για το λόγο αυτό ήρθε για ψήφιση ο νόμος 4238/2014, που δεν έρχεται για να καταργήσει τον ΕΟΠΥΥ αλλά έρχεται για να διορθώσει τις ατέλειες του. Με τον νόμο 4238/2014 επομένως ο ΕΟΠΥΥ μετασχηματίζεται και στη θέση του δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ).

Με τον νόμο 4238/2014 τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των ΔΥΠΕ μετασχηματίζονται και οι νέες μονάδες που δημιουργούνται ενσωματώνονται στο ΠΕΔΥ, αποτελώντας τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΠΕΔΥ. (άρθρο 2 παρ. 1 του 4238/3014). Στο ΠΕΔΥ ενσωματώνονται επίσης τα Κέντρα Υγείας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους έτσι ώστε να λειτουργούν στη συνέχεια ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες με αυτόνομη δραστηριότητα. Για κάθε Κέντρο Υγείας καθορίζεται μια καθορισμένη περιοχή ευθύνης που ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) για τη κάθε Δ.Υ.Πε. Μέσα στον τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθορίζεται η έννοια του τοπικού δικτύου υπηρεσιών ΠΦΥ στο οποίο ανήκουν όλες οι δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι οικογενειακοί ιατροί, καθώς και οι ιατροί οι οποίοι δεν έχουν οργανική συμμετοχή αλλά έχουν υπογράψει συμβάσεις συνεργασίας. Κάθε ΤοΠΦΥ αποτελεί οργανική μονάδα με δική του στελέχωση. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αποτελεί αυτόνομη οργανική μονάδα, της οποίας το μέγεθος είναι ανάλογο με τις ανάγκες της συγκεκριμένης περιοχής ([www. taxheaven.gr](http://www.taxheaven.gr)).

Στον νόμο 4238/2014 υπάρχουν δύο νέες αρχές που χρειάζεται να αναφερθούν:

Η πρώτη αφορά την προβολή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, που είναι ένας θεσμός που υπήρχε και στο παρελθόν και με τον οποίο είναι οικεία η Ελληνική κοινωνία. Αντιστοιχεί στον θεσμό του γενικού ιατρού, ο οποίος σαν έννοια δεν έχει σαφή

οριοθέτηση και περιεχόμενο. Στόχος της καθιέρωσης του θεσμού αυτού είναι η πιο άμεση πρόληψη και διαχείριση των προβλημάτων υγείας και ει δυνατόν η διαχείριση τυχόν περιστατικών που χρειάζονται μια απλή προσέγγιση και όχι διακομιδή.

Η δεύτερη από τις νέες αρχές είναι η καθιέρωση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, ο οποίος θα είναι υποχρεωτικός για όλους τους Έλληνες και θα τους συνοδεύει σε κάθε βήμα που θα έχει σχέση με την υγειονομική περίθαλψη. Η δημιουργία του ατομικού φακέλου υγείας είναι υποχρέωση του οικογενειακού ιατρού.

Αν και ο νέος νόμος θεράπευσε πολλές από τις αδυναμίες του ΕΟΠΥΥ συνέχισαν να υπάρχουν προβλήματα και αδυναμίες καθώς η παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη υπολειπόταν από τα διεθνή πρότυπα. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε ένας ακόμη νόμος, ο 4486/2017 που ήρθε για να δημιουργήσει καλύτερες συνθήκες στον κλάδο της υγείας. Ο 4486/2017 καταργεί τον θεσμό του ΠΕΔΥ και καθιερώνει το πρώτο επίπεδο υγείας που θα παρέχεται από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), που ταυτίζονται πλέον, για τις πόλεις, με τις μονάδες φροντίδας υγείας γειτονιάς (ΜοΦΥΓ) ενώ για τις μη αστικές περιοχές διατηρείται ο όρος περιφερειακά ιατρεία. Με την νέα πρόβλεψη σε κάθε Το.Μ.Υ. υπάρχει μια τουλάχιστον ομάδα υγείας. Η στελέχωση της ομάδας αυτής προβλέπεται μέσα στον νόμο και διαμορφώνεται ποσοτικά ανάλογα με τις ανάγκες.

Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας για περιστατικά που δεν χρειάζεται κλινική φροντίδα. Η φροντίδα στη περίπτωση αυτή παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας (άρθρο 3 παρ.2 του Ν 4486/2017) των οποίων η δομή διαμορφώνεται ανάλογα. Με τον νόμο 4486/2017 συγκεκριμενοποιείται το περιεχόμενο του θεσμού του οικογενειακού ιατρού ο ρόλος του οποίου είναι η παροχή σε μόνιμη βάση μιας πλήρους υγειονομικής φροντίδας στο άτομο με στόχο να προλαβαίνει τις αρρώστιες και να βελτιώνει την υγεία των πολιτών (άρθρο 6).

Όπως είναι φανερό όλες οι μεταβολές που έγιναν, βασίζονταν στη λογική του να διορθώσουν τα κακώς κείμενα στον κλάδο της υγείας και σίγουρα βελτίωσαν πολλά από αυτά. Επίσης λειτούργησαν και στη κατεύθυνση της συγκράτησης του κόστους της υγειονομικής φροντίδας, όσον αφορά το κόστος του ΕΣΥ για το κράτος, και άλλαξαν πολλά στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τη θέμα της υγείας οι πολίτες. Όμως, το γεγονός ότι οι αλλαγές διαδέχονταν η μια την άλλη, χωρίς να υπάρχει αρκετός χρόνος για να αξιολογηθούν τα μεγέθη και οι δείκτες στον τομέα της υγείας δεν βοηθάει στη

διατύπωση μιας τελεσίδικης απάντησης. Η αξιολόγηση αυτή θα βασισθεί, ανάμεσα στα άλλα και στις τάσεις που ακολουθούν οι βασικοί δείκτες υγείας.

Το βασικό επιχείρημα σε όλες τις αλλαγές που προτείνονταν ήταν ότι «Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί τον μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας και έχει επομένως τη δυνατότητα να διαπραγματεύεται τη τιμή των υπηρεσιών υγείας με στόχο τη μείωση του κόστους τους». Στη πορεία φάνηκε όμως ότι η πραγματικότητα ήταν διαφορετική, καθώς πολλές εταιρείες φαρμάκων ή εταιρείες παροχής υπηρεσιών μπορούσαν να επιβάλλουν λογικά τις δικές τους προτάσεις και απαιτήσεις.

Επίσης η διαρκής επιδείνωση της κατάστασης στην υγεία λόγω των συνεχών κοινωνικών και δημογραφικών αλλαγών δεν έχει επιτρέψει να φανεί ο θετικός αντίκτυπος από τα μέτρα και να αξιολογηθούν ποιες θα είναι οι σημαντικές αλλαγές που θα επιτρέψουν να τις αναγκαίες δαπάνες για την υγεία, ώστε αφενός να αναβαθμισθεί η ποιότητα της ενώ ταυτόχρονα δεν θα κινδυνεύσει με κατάρρευση το σύστημα υγείας

Επίσης, δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο το ρυθμιστικό πλαίσιο που διέπει την υγειονομική φροντίδα, ενώ υπάρχουν πολλές έννοιες κατάλοιπα προηγούμενων νομοθετικών που είναι σχεδόν ταυτόσημες χωρίς να είναι πάντα σαφές αν οι διατάξεις που τις αφορούν εξακολουθούν να ισχύουν ή έχουν καταργηθεί.

## Κεφάλαιο 3ο

# Το Διεθνές Οικονομικό Περιβάλλον και η κατάσταση στην Ελλάδα

### 3.1 Το ιστορικό της διεθνούς οικονομικής κρίσης

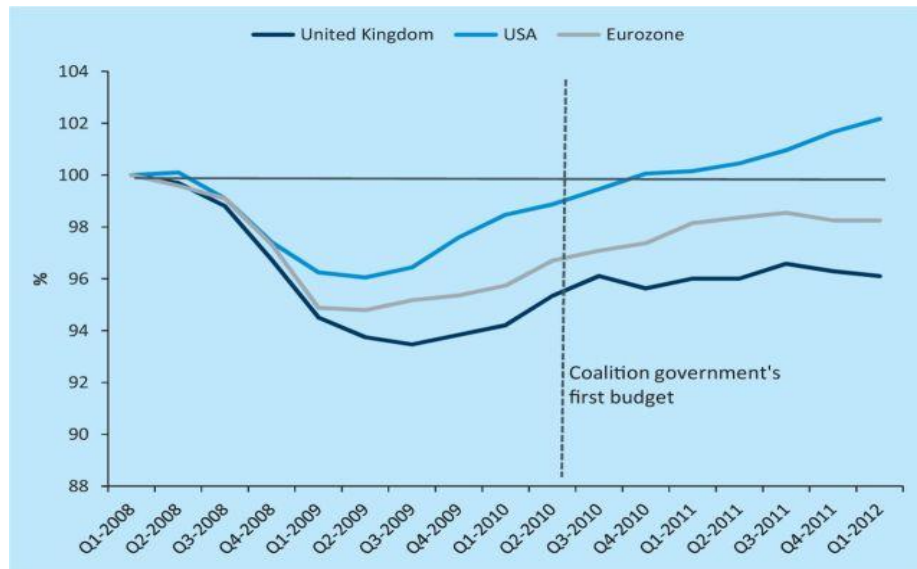
Η αμερικανική οικονομία ξεκίνησε να βρίσκεται σε οικονομική ύφεση, εξαιτίας της έκρηξης του προβλήματος των ενυπόθηκων δανείων, από τον Δεκέμβριο του 2007. Η αύξηση των επιτοκίων στις ΗΠΑ κατά τα μέσα της δεκαετίας του 2000, σήμαινε ότι όσοι είχαν δανεισθεί δεν μπορούσαν πλέον να αποπληρώσουν τα δάνεια. Το όλο πρόβλημα γρήγορα απλώθηκε σε όλη την οικονομία των ΗΠΑ, και πολύ γρήγορα η κρίση εξαπλώθηκε στην Ευρώπη θέτοντας σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα της Ευρωπαϊκής Νομισματικής Ένωσης. Πολλές χώρες, ιδιαίτερα οι αδύναμες οικονομικά χώρες του Νότου (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία και Ιταλία) δεν μπορούσαν να πληρώσουν τα χρέη τους (Shambaugh, 2012). Σε άλλες όμως, όπως για παράδειγμα στην Ιρλανδία και τη Μ. Βρετανία το πρόβλημα ήταν μια αποτυχία ρύθμισης των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων καθώς, για παράδειγμα, το χρέος του Ηνωμένου Βασιλείου ως κλάσμα του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) κατά την έναρξη της κρίσης ήταν χαμηλότερο από ό, τι στη Γαλλία ή τη Γερμανία (Stuckler *et al.*, 2010)

Αν και οι απόψεις των οικονομολόγων ήταν πολύ συχνά διαφορετικές, ανάλογα με το σε ποια σχολή ανήκε καθένας από αυτούς, η λογική της αυστηρής δημοσιονομικής πολιτικής και της λιτότητας επικράτησε στις χώρες που είχαν τα πιο σοβαρά προβλήματα. Μερικά χρόνια αργότερα, φαίνεται ότι τα αποτελέσματα του «μεγάλου πειράματος λιτότητας» δείχνουν καθαρά ότι το αποτέλεσμα δεν είχε επιτυχία (Shambaugh, McKee *et al.*, 2012).

Στην εικόνα που ακολουθεί φαίνεται ότι στις ΗΠΑ, όπου ακολουθήθηκε μια Κεϋνσιανή πολιτική η οικονομία γρήγορα ανέκαμψε και ακολούθησε μια ανοδική τροχιά. Το ίδιο συνέβη και στην Ισλανδία όπου ακολουθήθηκε μια πολιτική σκληρής λιτότητας, ενώ στη Μ. Βρετανία υπήρχε μια πρώτη ανάκαμψη, αλλά στη συνέχεια η επιβολή αυστηρών μέτρων λιτότητας από την κυβέρνηση συνασπισμού το 2010 επιβράδυνε πολύ την ανάκαμψη της οικονομίας (Shambaugh, McKee *et al.*, 2012).



**Εικόνα 3.1** ενδεικτική μεταβολή του ΑΕΠ σε κάποιες χώρες (πηγή: OECD)



Στην Ευρωζώνη η κατάσταση αλλάζει ανάλογα με τις χώρες που εξετάζεται η οικονομία τους. Ορισμένες χώρες, όπως η Γερμανία, συνέχισαν να έχουν σταθερή ανάπτυξη, αλλά όλες οι χώρες εκείνες που υιοθέτησαν αυστηρές πολιτικές λιτότητας, όπως η Ιρλανδία, η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία, άργησαν να ανακάμψουν, ενώ η Ελλάδα δεν έχει ακόμη ανακάμψει.

### **3.2 Το πρόβλημα χρέους στην Ελληνική οικονομία και η εποχή των μνημονίων**

Καθώς η στρόφιγγα παροχής δανείων άρχισε να κλείνει, λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, από τις αρχές του 2010 άρχισε να γίνεται φανερό ότι, πολύ γρήγορα η Ελλάδα, λόγω των υψηλών ελλειμμάτων και χρεών, θα αντιμετώπιζε πρόβλημα δανειοδότησης της από τις διεθνείς αγορές. Παρ' όλα αυτά η κυβέρνηση υποτίμησε την ορατή πλέον κρίση δανεισμού και ενώ για το 2010 οι ανάγκες της χώρας ήταν 53 δις ευρώ και ενώ οι αγορές προσέφεραν 25 δις, με υψηλότατο βέβαια επιτόκιο (6,2% ), η Ελλάδα δανείσθηκε μόνο 8 δις ευρώ (Μαριάς, 2010). Στην Ελλάδα, μετά τις εκλογές της 4ης Οκτωβρίου 2009, η νέα κυβέρνηση εξέτασε τα δεδομένα που αφορούσαν το δημοσιονομικό έλλειμμα και αναθεώρησε το επίσημο έλλειμμα του 6% υπολογίζοντας το στη πραγματικότητα σε 12,7% του ΑΕΠ. Σύντομα κατέστη σαφές ότι τα επίσημα

οικονομικά δεδομένα της Ελλάδας για πολλά χρόνια εμφανίζονταν παραποιημένα (Rauch et al., 2011) και η χώρα βρέθηκε αντιμέτωπη με μια σοβαρή κρίση χρέους. Το γεγονός αυτό ήταν και η επίσημη αφορμή για να τεθεί η οικονομία της χώρας υπό συνεχή επιτήρηση και παράλληλα να ξεκινήσουν συνεχείς υποβαθμίσεις της πιστοληπτικής ικανότητας της ελληνικής οικονομίας εκ μέρους των διεθνών οίκων αξιολόγησης όπως η Fitch, η Standard and Poor's και η Moody's.

Οι αιτίες για τη κατάσταση αυτή ήταν πολλές, αν και σε μεγάλο βαθμό εντοπίζονται σε μεγάλο βαθμό ως αποτέλεσμα τεσσάρων αδυναμιών της Ελληνικής οικονομίας, που ήταν: η έλλειψη ανταγωνιστικότητας, κυρίως λόγω αυξημένου εργατικού κόστους, η αδυναμία είσπραξης των φόρων, και οι δημοσιονομικές δαπάνες για τον δημόσιο τομέα.

Όμως η κρίση που ξέσπασε στην Ελλάδα ανέδειξε μια σημαντική αδυναμία στην αρχιτεκτονική της Ευρωζώνης, που ήταν η παντελής απουσία μέριμνας για τη δημιουργία ενός μηχανισμού ικανού να διαχειριστεί τις δημοσιονομικές κρίσεις που θα εμφανίζονταν κάποτε σε χώρες-μέλη (Ξαφά, 2017).

Η λύση που αναγκαστικά δρομολογήθηκε, τον Μάιο του 2010, ήταν η δημιουργία και χρηματοδότηση ενός τριετούς προγράμματος σταθεροποίησης της ελληνικής οικονομίας, συνολικού κόστους 110 δισ. ευρώ, υπό την εποπτεία του ΔΝΤ. Το κόστος της χρηματοδότησης καταβλήθηκε με δάνειο 80 δισ ευρώ από τις άλλες χώρες-μέλη της Ε.Ε. και 30 δισ Ευρώ από το ΔΝΤ αφού η χώρα δεσμευθεί ότι θα ακολουθήσει ένα πρόγραμμα το οποίο επιμελήθηκε το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.

Το πρόγραμμα αυτό, που ονομάστηκε στη συνέχεια 1<sup>ο</sup> μνημόνιο, είχε ως στόχο του την εφαρμογή όλων των μεταρρυθμίσεων που οι ελληνικές κυβερνήσεις παραδέχονταν ότι είναι απαραίτητες αλλά δεν εφάρμοζαν λόγω «πολιτικού κόστους». Για την εφαρμογή του, ψηφίστηκε από τη Βουλή ο νόμος 3833/2010 «Προστασία της εθνικής οικονομίας - Επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης». Με τον νόμο αυτόν τέθηκαν τα θεμέλια της δημοσιονομικής προσαρμογής με κύρια σημεία τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού, τη μεγαλύτερη ευελιξία στην αγορά εργασίας, την άρση εμποδίων εισόδου στις αγορές και τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού μηχανισμού ελέγχου των δαπανών. Ο νόμος 3833/2010 συμπληρώθηκε και παρουσιάστηκε λίγες μέρες αργότερα ως νόμος-πλαίσιο για το 1<sup>ο</sup> μνημόνιο (νόμος 3845/2010). Με τη ψήφιση του 3845/2010 η Ελλάδα συμφώνησε με τα κράτη-μέλη της Ευρωζώνης για την υπογραφή, στις 8 Μαΐου 2010, της Σύμβασης Δανειακής Διευκόλυνσης. Την τεχνική υποστήριξη για την

εφαρμογή του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής της Ελλάδας για να μπορέσει να φύγει από την οικονομική κρίση, προσέφεραν το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΕ) και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ), που στη συνέχεια απέκτησαν το προσωνύμιο «Τρόϊκα».

Για πολλούς λόγους που βρίσκονται έξω από το πλαίσιο αυτής της εργασίας οι στόχοι της πρώτης δημοσιονομικής προσαρμογής δεν επετεύχθησαν και την 27<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2011 ανακοινώθηκε μια συμφωνία που οδηγούσε σε «κούρεμα» κατά 50% του ελληνικού χρέους και πρόσθετο πακέτο βοήθειας προς την Ελλάδα ύψους 130δισ ευρώ από το νεοσύστατο Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας. Η περίοδος αποπληρωμής παρατάθηκε από επτά σε δεκαπέντε έτη και το επιτόκιο μειώθηκε στο 3,5%. Σαν αποτέλεσμα της συμφωνίας αυτής, ψηφίσθηκε την 13<sup>η</sup> Φεβρουαρίου 2012, ένα πακέτο νέων μέτρων γνωστό πλέον ως το **2<sup>ο</sup> Μνημόνιο**, το οποίο συνοδεύτηκε από το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013- 2016. Ο στόχος της ψήφισης των μέτρων αυτών ήταν να εφαρμόσει η Ελλάδα ένα άλλο απαιτητικό πακέτο λιτότητας, προκειμένου να φέρει το έλλειμμα του προϋπολογισμού σε βιώσιμη περιοχή. Κυρίαρχο στο 2ο μνημόνιο ήταν το θέμα της μείωσης του χρέους από το 160% σε 120% του ΑΕΠ έως το 2020. Για να μπορέσει να έχει επιτυχία ο στόχος της μείωσης του χρέους, ζητήθηκε από όλους όσους είχαν αγοράσει ελληνικά κρατικά ομόλογα να αποδεχθούν "εθελοντικά" κούρεμα των ομολόγων τους (με αποτέλεσμα τη μείωση του χρέους ύψους 100 δισ. ευρώ) και, επιπλέον, την αποδοχή μειωμένων αποδόσεων στο 3,5%.

Βάση για το 2<sup>ο</sup> μνημόνιο αποτέλεσε το πρώτο μνημόνιο και ειδικότερα η 5η επικαιροποίηση του και τα μέτρα του Μεσοπροθέσμου, όπως μεταβολές στη φορολογική νομοθεσία και τουε φορολογικούς συντελεστές, νέο μισθολόγιο, περικοπές στις αμυντικές δαπάνες και την υγεία (ύψους 1% του ΑΕΠ), κλείσιμο οργανισμών και πλήρης εφαρμογή του κανόνα «μία πρόσληψη για κάθε πέντε αποχωρήσεις» από το Δημόσιο, περικοπές στις επικουρικές συντάξεις και ενοποίηση ταμείων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν δύο ακόμη μέτρα που προβλέπονται και αφορούν τον κλάδο της υγείας. Αυτά είναι:

- Η αλλαγή του εποπτεύοντος τον ΕΟΠΥΥ κυβερνητικού φορέα και υπαγωγή του στο υπουργείο Υγείας, ενώ παράλληλα η εποπτεία όλων των κοινωνικών προγραμμάτων μεταφέρθηκε στο υπουργείο Εργασίας.

- Μείωση στις δαπάνες για το φάρμακο μέσα από τρεις δράσεις: ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η εφαρμογή των Clawback και Rebate, τη αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στα φάρμακα και ένα στόχο, το 50% των φαρμάκων να είναι γενόσημα.

### 3.3 Τα αποτελέσματα των μνημονίων

Ανακεφαλαιώνοντας, σε ότι αφορά το σύστημα υγείας οι βασικές κατευθύνσεις που δρομολόγησαν τα μνημόνια είναι (Νιάκας, 2014):

- Η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας κατά μια μονάδα του ΑΕΠ (από το 7% σε 6% του ΑΕΠ)
- Η επιβολή ρυθμίσεων για να γίνει το δημόσιο σύστημα υγείας πιο αποδοτικό (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, περιορισμός φαρμακευτικής δαπάνης)
- Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων

Για καθένα από τα μέτρα αυτά εφαρμόστηκε, όπως θα δούμε, ένας συνδυασμός ενεργειών

Για τη μείωση των δαπανών υγείας η επιλογή ήταν η λήψη μέτρων που είχαν οριζόντιο αποτέλεσμα, όπως η μείωση των αποδοχών, σε δύο δόσεις, όλων των εργαζομένων στο Δημόσιο και επομένως και στον τομέα υγείας. Στη συνέχεια ξεκίνησαν οι περικοπές στους προϋπολογισμούς όλων των δημοσίων υγειονομικών δομών η αναστολή αρχικά και ο περιορισμός στη συνέχεια κάθε είδους προσλήψεων ακόμη και η μη αντικατάσταση των εργαζομένων που αποχωρούν από καίριες θέσεις. Ενώ όμως οι θέσεις μειώνονταν η ζήτηση παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, για τους λόγους που αναφέρθηκαν ήδη αυξήθηκε με αποτέλεσμα τη δημιουργία σημαντικών δυσκολιών στο προσωπικό. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι στα νοσοκομεία του ΕΣΥ προβλέπονται 686 οργανικές κλίνες σε Μονάδες Εντατικής, εκ των οποίων υπάρχουν κατάλληλα εξοπλισμένες περίπου 600 και σε λειτουργία περίπου 540, δηλαδή 150 περίπου λιγότερες από το σχεδιασμό με τις 100 από αυτές να μη λειτουργούν ελλείψει νοσηλευτικού προσωπικού.

Ένα άλλο μέτρο περιορισμού δαπανών, οριζόντιου επίσης χαρακτήρα, ήταν η αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Η ενέργεια αυτή δεν

έγινε με σκοπό τον περιορισμό της υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών, που σαφώς έπρεπε να επικρατήσει κάποτε, αλλά με στόχο κυρίως την μείωση των δημοσίων δαπανών ή την βελτίωση των εσόδων των δημοσίων δομών (ΕΟΠΥΥ και Νοσοκομεία).

Έτσι δρομολογήθηκε η εξαίρεση πολυάριθμων φαρμάκων και εξετάσεων, η αύξηση της συμμετοχής μέχρι 25% στα φάρμακα γενικής χρήσης, και στο 10% για τα φάρμακα σε πολλές κατηγορίες χρόνιων ασθενών, η πρόσθετη δαπάνη ενός ευρώ ανά συνταγή, η επιβάρυνση των 25 ευρώ ανά εισαγωγή ή η συμμετοχή στο 50% για τους αγρότες που αποφασίζουν να χρησιμοποιήσουν κάποιες ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες υγείας (Νιάκας, 2014).

Στο τομέα της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας έγιναν πολλές προσπάθειες. Μια από τις πιο επιτυχημένες θεωρείται η πολιτική που ασκήθηκε αναφορικά με την φαρμακευτική κατανάλωση και την τιμολογιακή πολιτική του φαρμάκου καθώς είχε θεαματικά αποτελέσματα στην μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.

Η πολιτική μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών βασίστηκε σε τρεις επιμέρους άξονες

- την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης,
- τη δυνατότητα που παρέχεται στον ΕΟΠΥΥ να διαπραγματεύεται τις τιμές των φαρμάκων και ,
- τη προώθηση της διανομής γενόσημων φαρμάκων και συνταγογράφησης από τους γιατρούς με βάση τη δραστική ουσία και όχι την ονομασία φαρμάκου. Όπως θα δούμε στη συνέχεια, η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ήταν ένα μέτρο που έπρεπε να ληφθεί και οι αποφάσεις που πάρθηκαν ήταν προς την ορθή κατεύθυνση, αφού η Ελλάδα ξόδευε για φαρμακευτικές δαπάνες υπερβολικά ποσά ανά άτομο σε σχέση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (Νιάκας, 2014).

Αντίθετα, εκ των αποτελεσμάτων κρίνεται ως αποτυχημένη η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος ενοποιούσε όλα τα κύρια ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ και Κοινής Ωφέλειας, Ιδιωτικών Τραπεζών). Ο στόχος της συγχώνευσης ήταν ότι με τη δημιουργία ενός μεγάλου ταμείου θα μπορούσε αυτό να διαπραγματευθεί καλύτερα τις τιμές φαρμάκων, παρασκευασμάτων και ιατρικών υπηρεσιών.

Τα αίτια της αποτυχίας ήταν:

- Ενώ υπήρχαν ταμεία που δεν ενοποιήθηκαν, ακόμη και εκείνα που ενοποιήθηκαν συνέχισαν να διατηρούν τις δικές τους υπηρεσίες και δομές

- Δεν υπήρξε καμία πρόβλεψη, για όλους εκείνους που έχασαν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω της κρίσης και της ανεργίας και δεν είχαν πλέον δικαίωμα πρόσβασης στις αναγκαίες ιατρικές υπηρεσίες.
- Στον νέο φορέα που δημιουργήθηκε διατηρήθηκαν όλες οι μορφές των υγειονομικών παροχών υπηρεσιών τόσο για την εξωνοσοκομειακή όσο και τη νοσοκομειακή φροντίδα ενώ επιτρεπόταν η ελεύθερη χρήση η χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών που πλέον ήταν διαθέσιμες σε όλους.
- Η προσπάθεια για την αναδιάρθρωση των ιδρυμάτων ιατρικής φροντίδας που υπόκειντο στην αρμοδιότητα του ΕΟΠΥΥ δεν είχε αποτελέσματα, καθώς συγκέντρωσε τις τοπικές έντονες αντιδράσεις.

Με τις κρατικές παρεμβάσεις λόγω των μνημονίων μειώθηκαν οι αποζημιώσεις για τις επισκέψεις σε γιατρούς σε 10 ευρώ ανά επίσκεψη, καθιερώθηκε μέγιστος αριθμός επισκέψεων 300 ανά μήνα, και άρχισε να εφαρμόζεται ο θεσμός των αναλογικών περικοπών (clowback) στις συνολικές απαιτήσεις των εργαστηρίων και των διαγνωστικών κέντρων.

Το κακέκτυπο της εφαρμογής του διεθνούς θεσμού των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων ως μέθοδος αποζημίωσης για τη παροχή υπηρεσιών από τα νοσοκομειακά ιδρύματα και κλινικές λειτούργησε ως κερκόπορτα για την αύξηση στην πραγματικότητα των ιατρικών δαπανών του ΕΟΠΥΥ προς τα ιδιωτικά κυρίως νοσοκομεία. Πράγματι, μια επιτυχημένη διεθνώς μέθοδος αποζημίωσης που στηρίζεται στις διαγνωστικές κατηγορίες των ασθενειών<sup>2</sup> (DRGs) έγινε προσπάθεια να εφαρμοσθεί χωρίς να γίνει προηγουμένως η αναγκαία προσαρμογή της στα ελληνικά δεδομένα.

Για όλους αυτούς τους λόγους, μόλις μια διετία μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ αποφασίζεται να γίνει ο διαχωρισμός της ζήτησης (χρηματοδότηση) από την προσφορά (παροχή) υποβιβάζοντας με τον τρόπο αυτό τον ΕΟΠΥΥ σε παράγοντα κάλυψης των δαπανών υγείας και μόνον.

---

<sup>2</sup> DRGs ή ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες είναι ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του Medicare, και χρησιμοποιείται για να αποζημιώνει τα νοσοκομεία με βάση πρώτιστα την πρωτογενή διάγνωση του ασθενούς.

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

# Οι επιπτώσεις της Δημοσιονομικής Προσαρμογής στο τομέα της Υγείας

### 4.1 Οι συνέπειες στο Ε.Σ.Υ.

Όπως είδαμε, η Ελλάδα από τον Μάιο του 2010 τίθεται υπό επιτροπεία και παρακολουθείται από τους δανειστές της (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο), οι οποίοι έχουν επιβάλλει κανόνες αυστηρής δημοσιονομικής προσαρμογής σε όλο τον τομέα των δημόσιων οικονομικών και επομένως και στις υπηρεσίες παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Ορισμένα μέτρα που έχουν ληφθεί για τη μείωση των δαπανών για την υγεία για την αντιμετώπιση της κρίσης μπορούν να δικαιολογηθούν. Ένας βασικός λόγος για αυτό είναι ότι οι λογαριασμοί των συστημάτων υγείας βρίσκονταν στα όρια της κατάρρευσης (McKee et al., 2012). Η μεταρρύθμιση των δημοσίων συμβάσεων που έχει αναπτυχθεί από την ελληνική κυβέρνηση υπό την αιγίδα της τρόικας έχει εκσυγχρονίσει ένα προηγουμένως σαφώς ανεπαρκές σύστημα. Είναι προφανές ότι η θεραπεία των ασθενών εκτός των νοσοκομείων πρέπει να επιλέγεται όπου αυτό είναι δυνατό, αν και αυτό προϋποθέτει ότι υπάρχουν διαθέσιμες εναλλακτικές δυνατότητες, οι οποίες σε πολλές χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπου η κοινωνική μέριμνα μέχρι σήμερα πραγματοποιείται σε μεγάλο βαθμό από οικογένειες, είναι δύσκολο να συμβεί. Είναι επίσης λογικό να ενθαρρυνθεί η συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων, όπως συμβαίνει στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες (στην Μ. Βρετανία και την Ισπανία για παράδειγμα). Ωστόσο, άλλες μεταρρυθμίσεις δεν μπορούν να υποστηριχθούν όπως η καθιέρωση της υψηλής συμμετοχής στο κόστος περίθαλψης, καθώς δεν είναι εύκολο να ξεχωρίσουν όσες δαπάνες είναι ιατρικά αναγκαίες από εκείνες που δεν είναι (Daley, 2011).

Με τη μείωση δαπανών που έγινε όχι μόνο υποβαθμίσθηκαν οι υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονταν αλλά περιορίσθηκε και η πρόσβαση σε αυτές για όσους δεν είχαν τις απαραίτητες ασφαλιστικές καλύψεις.

Η αδυναμία πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη θα είχε αρνητικά αποτελέσματα ακόμη και στις καλύτερες περιόδους. Ωστόσο, οι συνέπειες είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές στις αναπτυγμένες χώρες, στις οποίες ανήκει και η Ελλάδα, που έχουν εφαρμόσει ένα λειτουργικό σύστημα υγείας, όπως είναι το ΕΣΥ. Πολλοί άνθρωποι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες που αντιμετωπίζονται με τακτική θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, όπως είναι η υπέρταση, ο διαβήτης, και οι καρκίνοι θα βρεθούν αντιμέτωποι με σοβαρές επιπτώσεις ακόμη και με τη πιθανότητα πρόωρης κατάληξης.

Μια από τις πρώτες ενέργειες της προηγούμενης ελληνικής κυβέρνησης ήταν να επιβάλει τη μείωση της τιμής κοστολόγησης των φαρμάκων για να εξουδετερωθούν τα μακρόχρονα προβλήματα της διαφθοράς στον κλάδο (υπερσυνταγολόγηση, προκλητή ζήτηση). Δυστυχώς, στη πραγματικότητα το μέτρο αυτό οδήγησε στο αντίθετο αποτέλεσμα καθώς δημιουργήθηκαν σημαντικές ελλείψεις σε πολλές κατηγορίες φαρμάκων.

## **4.2 Οι επιπτώσεις στην υγεία των Ελλήνων**

Μέχρι πρόσφατα, το ανθρώπινο κόστος των πολιτικών λιτότητας ήταν σε μεγάλο βαθμό αόρατο και ένας σημαντικός λόγος ήταν η έλλειψη σχετικών δεδομένων. Σε έντονη αντίθεση με τα οικονομικά στοιχεία, μερικά από τα οποία είναι άμεσα διαθέσιμα και άλλα, όπως η οικονομική ανάπτυξη, είναι διαθέσιμα μέσα σε λίγες μόνο εβδομάδες, τα στοιχεία για τη θνησιμότητα σε πολλές χώρες καθυστερούν μερικά χρόνια. Έτσι, χρειάστηκαν πέντε χρόνια για να γίνει εμφανής η κατάσταση που πλήττει τμήματα της Ευρώπης μεταξύ των οποίων και την Ελλάδα.

Σύμφωνα με τους Kentikelenis et al. (2014) η Ελλάδα επηρεάστηκε περισσότερο από την οικονομική κρίση σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Η αυξημένη ανεργία, η μείωση του εθνικού προϊόντος, ο περιορισμός της αγοραστικής δύναμης και η αβεβαιότητα για το μέλλον αποτελούν, τη περίοδο της κρίσης, ορισμένα βασικά στοιχεία του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος στην Ελλάδα.

Επιπλέον, σε μια προσπάθεια περιορισμού των δαπανών στον τομέα της υγείας, όπως αυτή επεβλήθη από τους όρους του μνημονίου οι απλοί άνθρωποι είναι αυτοί που πλήρωσαν τελικά το κόστος, καθώς όχι μόνο έχασαν πολλές φορές τη πρόσβαση σε



υπηρεσίες περίθαλψης και πρόληψης, αντιμετωπίζοντας υψηλότερους κινδύνους από τις ασθένειες αλλά στις χειρότερες περιπτώσεις, έχασαν και την ίδια τη ζωή τους.

Με βάση την εμπειρία από προηγούμενες οικονομικές κρίσεις, αναμενόταν ότι οι αυτοκτονίες θα αυξηθούν και θα μειθούν οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα και μεταφορές και αυτό ακριβώς συνέβη. Στις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, η συνεχιζόμενη για πολλά χρόνια πτώση του αριθμού των αυτοκτονιών αντιστράφηκε το 2008 και συνεχίζει μέχρι σήμερα να αυξάνεται. Ο ρυθμός της αύξησης έχει μειωθεί μεν στις χώρες της Ευρωζώνης αλλά σε κάποιες από αυτές συνεχίζει να παραμένει ανησυχητικά υψηλός.

Η κατάσταση με τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα είναι πιο περίπλοκη. Λόγω της κρίσης, η μείωση των οχημάτων που ταξίδευαν στους δρόμους σήμαινε ότι οι θάνατοι λόγω τροχαίων ατυχημάτων θα ήταν μειωμένοι, όπως συνέβη και στη πραγματικότητα. Αυτό το γεγονός τείνει να αντισταθμίσει την αύξηση των αυτοκτονιών.

Οι συνέπειες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης καθίστανται ορατές σε όλη την κοινωνία. Ένα μεγάλο κομμάτι της ελληνικής κοινωνίας είναι ανασφάλιστο χωρίς πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, οι οποίες στη μεγάλη πλειοψηφία τους έχουν ήδη βιώσει τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης, χάνοντας τις δουλειές τους ή βλέποντας την αγοραστική τους δύναμη να μειώνεται, είναι αδύναμες να αντιμετωπίσουν τις επιπλέον δαπάνες που χρειάζονται για να καλύψουν την υγειονομική περίθαλψη που έχουν ανάγκη.

### **4.3 Οι επιπτώσεις της κρίσης στη ψυχική υγεία των Ελλήνων**

Η οικονομική κρίση που έχει εμφανισθεί στην Ελλάδα από το 2009 έδειξε με τον πλέον εμφανικό και τραγικό τρόπο τον αντίκτυπο των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Υπάρχουν ενδείξεις για την αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, ως αποτέλεσμα της υποβάθμισης ή εξαφάνισης των βασικών μακροοικονομικών μεταβλητών (π.χ. εισόδημα, απασχόληση), αν και η

αξιολόγηση των επιπτώσεων που είχαν τα μέτρα και οι πολιτικές λιτότητας που υιοθετήθηκαν δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί (Παπαϊωάννου & Μπεργιαννάκη, 2016)

Η οικονομική κρίση της Ελλάδας που διαρκεί ήδη πάνω από 8,5 χρόνια, παρουσιάζει μόλις τώρα τα πρώτα σημάδια υποβάθμισης, αλλά το κόστος τη παραμένει πάντα ορατό. Ιδιαίτερα στον τομέα της ψυχικής υγείας, συμπτώματα κατάθλιψης και απελπισίας ανθρώπων που υποφέρουν από περικοπές μισθών και συντάξεων, και αβεβαιότητα για το μέλλον συναντιούνται συνέχεια στη καθημερινή ζωή. Πολλές φορές κάποιοι από αυτούς αποφασίζουν να φθάσουν ακόμη και στην αυτοκτονία.

Τα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονίας αυξήθηκαν δραματικά κατά τη διάρκεια της κρίσης που ξεκίνησε το 2010, όταν η Ελλάδα αναγκάστηκε να ζητήσει οικονομική βοήθεια σε τρεις συνεχόμενες περιόδους με αντίτιμο βίαιες περικοπές μισθών και συντάξεων, φορολογικές αυξήσεις, ανεργία και αβεβαιότητα για το μέλλον.

Η ψυχική υγεία, στο σύνολο της, έχει επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια της κρίσης στην Ελλάδα, και συνεχίζει ακόμη και σήμερα να επιδεινώνεται. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ανεργία έχει γενικά πολύ ισχυρή σχέση με την κακή ψυχική υγεία, και, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι βλαβερές επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία επιδεινώνονται περισσότερο κατά τη διάρκεια περιόδων υψηλής ανεργίας (Drydakis, 2015).

Βασισμένο στη σύγκριση δύο τηλεφωνικών ερευνών που διεξήχθησαν το 2008 και το 2011, είναι το συμπέρασμα ότι οι πιθανότητες ύφεσης στην Ελλάδα ήταν 2,6 φορές υψηλότερες το 2011 σε σχέση με το 2008, ενώ σε μια τρίτη έρευνα που έγινε το 2013, παρατηρήθηκε νέα αύξηση των φαινομένων κατάθλιψης, αλλά μείωση του ποσοστού αυτοκτονιών. Ειδικότερα,, το 2008, μόνο το 3,3% του πληθυσμού έδειχνε συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης, η οποία είναι μια κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτική αγωγή και το 2011 , το ποσοστό αυτό είχε γίνει 8,9% ενώ μέχρι το 2013, το 12,3% του ελληνικού πληθυσμού είχε δείξει ανάλογα συμπτώματα (Χριστοδούλου, 2013).

Η πολιτική της αυστηρής λιτότητας είχε σαν συνέπεια τη μείωση του προϋπολογισμού για την υγειονομική περίθαλψη και η αύξηση του αριθμού των νοσούντων οδήγησε σε ακραίες καταστάσεις, όπως οι μεγάλες ελλείψεις προσωπικού (για παράδειγμα, στο Δρομοκαΐτειο οι ελλείψεις σε μόνιμο προσωπικό φθάνουν το 43%), ο μεγάλος αριθμός ασθενών που νοσηλεύονται σε διαδρόμους (στην ψυχιατρική πτέρυγα του Ευαγγελισμού

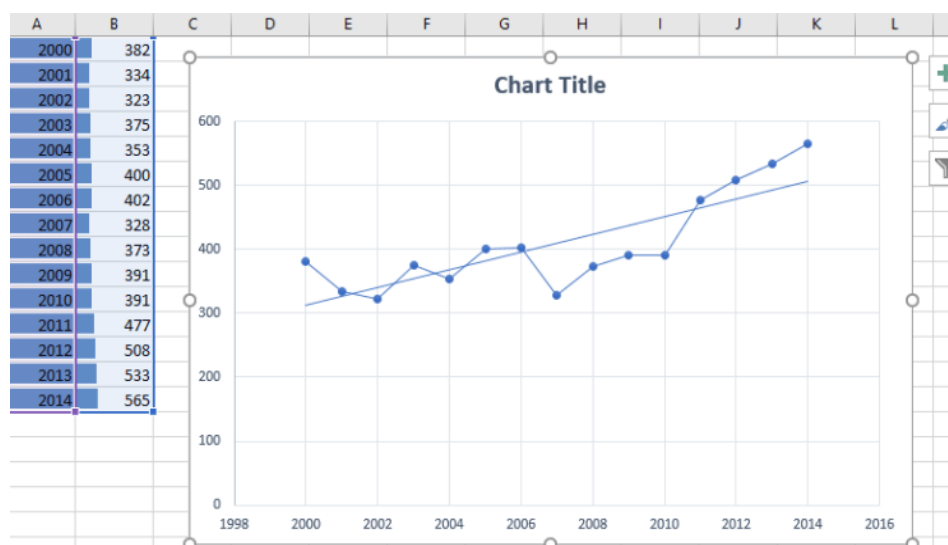
το ποσοστό αυτό έφθασε το 2016 το 12%) ενώ στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρούνται ελλείψεις ακόμη και σε χαρτί υγείας ή χαρτοπετσέτες.

Το πολύ θετικό όμως είναι ότι από το 2016 η κυβέρνηση παρέιχε την ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους ανασφάλιστους ασθενείς και αυτό ήταν ένα ανεκτίμητο δίκτυ ασφαλείας ιδιαίτερα για όλους τους ψυχικά ασθενείς.

Ιδιαίτερα σημαντική, όσο και ανησυχητική, είναι και η εξέλιξη του αριθμού των αυτοκτονιών εξαιτίας της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που σχετίζεται με την σύγχρονη ζωή, το άγχος της καθημερινότητας, την κοινωνική απόρριψη ή ακόμη και την αύξηση ψυχικών νόσων, φαινόμενα που βρίσκονται σε έξαρση τη περίοδο της κρίσης.

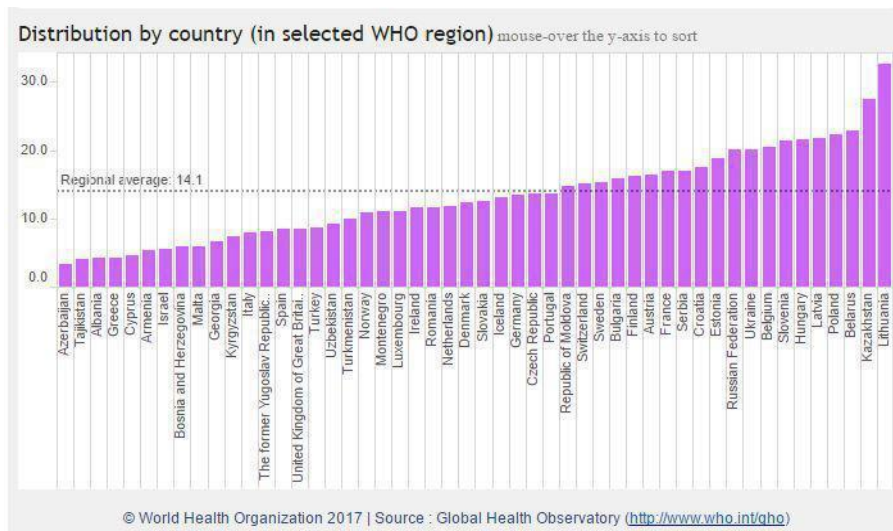
Σε σχέση με το 2008, το 2013 οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 43,3% φθάνοντας τις 566 συνολικά, να μειωθεί το 2014 σε 513 και να φθάσει το 2015 στον αριθμό των 613 αυτοκτονιών (‘‘Τα Νέα, 3 Μαΐου 2018)

**Εικόνα 4.1 η εξέλιξη του αριθμού των αυτοκτονιών (πηγή: ‘‘Τα Νέα’’, 2018)**



Σε απόλυτους αριθμούς, οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί (από 3,28 το 2007 σε 5,0 για το 2014 αντίστοιχα ), η Ελλάδα εξακολουθεί να βρίσκεται στη πιο χαμηλή θέση στον πίνακα κατάταξης των 28 μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η μέση τιμή παγκοσμίως είναι 10,7 αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα, ενώ στην Ευρώπη, ο αριθμός αυτός φθάνει 14,7 στις εκατό χιλιάδες άτομα.

Εικόνα 4.2 ο αριθμός των αυτοκτονιών παγκοσμίως, ανά 100 χιλ. άτομα (πηγή: WHO, 2017)



Το μέγεθος του προβλήματος γίνεται αντιληπτό αν λάβουμε υπ' όψιν διεθνείς έρευνες που αναφέρουν ότι για κάθε ένα άτομο που αυτοκτονεί τουλάχιστον 5 άτομα πενθούν, και βιώνουν τις ψυχολογικές συνέπειες της πράξης της αυτοκτονίας. Επίσης πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι εξαιτίας της στάσης της εκκλησίας που δεν δέχεται την αυτοκτονία ένας ακόμη αριθμός αυτοκτονιών μπορεί και να αποκρύπτεται.

## Κεφάλαιο 5ο

# Οι κατηγορίες ιατρικών δαπανών και οι ιατρικές δαπάνες στην Ελλάδα

### 5.1 Οι δαπάνες για την υγεία

Με τον όρο «ιατρικές δαπάνες μιας χώρας», σε μακροοικονομικό επίπεδο, περιλαμβάνουμε το κόστος που έχουν οι χώρες από τη παρακολούθηση και τον έλεγχο της κατάστασης υγείας ενός ατόμου, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τη φαρμακευτική περίθαλψη και τις νοσοκομειακές και άλλες δαπάνες.

Οι συνολικές ιατρικές δαπάνες περιλαμβάνουν τα χρήματα που δαπανά το Δημόσιο για να λειτουργήσει το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης που υπάρχει, τα χρήματα που πληρώνουν για νοσηλευτικές υπηρεσίες και παροχές τα ασφαλιστικά ταμεία (ΟΚΑ) και τα χρήματα που δαπανούν τα νοικοκυριά. Για τη διαμόρφωση της εικόνας του μεγέθους «δαπάνες υγείας» συμμετέχουν δύο σχετικοί κύριοι δείκτες υγείας, ο δείκτης «**δαπάνες ανά κάτοικο**» και ο δείκτης «**δαπάνες ως % του ΑΕΠ**». Ο πρώτος δείκτης είναι μόνο ενδεικτικός καθώς έχει πληθωριστικές επιβολές και δεν γίνεται εύκολα η παρακολούθηση της εξέλιξης του μέσα σε μια περίοδο. Αντίθετα, όπως θα δούμε στη συνέχεια, ο δείκτης αυτός είναι ένας δείκτης χρήσιμος για να παρακολουθήσει κάποιος το συγκριτικό κόστος των υπηρεσιών υγείας από χώρα σε χώρα. Αντίθετα, ο δείκτης «δαπάνες ως % του ΑΕΠ» χαρακτηρίζει καλύτερα τη προσοχή που δίνει μια χώρα στα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει στους πολίτες της.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σε όλες τις χώρες παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση των δαπανών για την συνολική υγειονομική φροντίδα. Για πολλά χρόνια η αύξηση αυτή όχι μόνο δεν ενοχλούσε αλλά θεωρούνταν και ως ένδειξη βελτίωσης του ατομικού επιπέδου σε μια χώρα. Ύστερα όμως από την οικονομική κρίση, έχει δημιουργηθεί μια ανησυχία, και γίνεται προσπάθεια να εντοπισθούν και να εξετασθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των δαπανών και να γίνουν προτάσεις για τη μείωση της αύξησης στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των δαπανών είναι πολλοί και περιλαμβάνουν τις αλλαγές στη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, τον πληθωρισμό των τιμών, και την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας που προτείνει συνεχώς νέες δυνατότητες υγειονομικής φροντίδας. Καθένας από τους παράγοντες αυτούς θα πρέπει όμως να εξετάζεται ,όχι ανεξάρτητα ,αλλά ε συνάρτηση με όλους τους άλλους.

Η αύξηση για παράδειγμα των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη για να έχει επιτυχία πρέπει να στοχεύει, στη μείωση των συνολικών εξόδων ιατρικής περίθαλψης. Ένα παρόμοιο αποτέλεσμα μπορεί να συμβεί μόνο μέσω της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών περίθαλψης , της διάδοσης νέων ιατρικών εφαρμογών, της δημιουργίας νέων θεραπευτικών επιλογών, λόγω των νέων τεχνολογιών που είναι πλέον διαδεδομένες και την ολοκληρωτική θεραπεία για μεγάλο αριθμό ατόμων μέσω της χορήγησης πιο αποτελεσματικών φαρμάκων.

Σε τοπικό επίπεδο, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης είναι ευεργετικές γιατί δημιουργούν απασχόληση για όσους ανήκουν στον τομέα της υγείας, μεγαλώνουν τα φορολογικά έσοδα για τη χώρα και δημιουργούν ζήτηση για σχετικές υπηρεσίες και αγαθά αυξάνοντας στη περίπτωση αυτή και τους μισθούς για τους εργαζομένους της υγειονομικής περίθαλψης. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ιατρικές και οι παρεμφερείς εργασίες καλύπτουν το 4 - 13 τοις εκατό της συνολικής απασχόλησης (Σακελλαρόπουλος, 2011) Όταν οι δαπάνες στο τομέα της υγείας αυξάνονται, η απασχόληση και οι συναφείς δραστηριότητες στον τομέα της υγείας θα αναπτυχθούν ανάλογα και θα δώσουν ώθηση και στο ΑΕΠ για να αυξηθεί.

Έχουμε λοιπόν την ιδιαίτερη περίπτωση κατά την οποία ενώ το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σημαντική επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό , οι δαπάνες που πραγματοποιούνται αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό οικονομικό μέσο και γενικά ,ένα μοχλό ώθησης για τη πραγματική οικονομία λόγω της αύξησης του αριθμού των θέσεων εργασίας και των μισθών. Για να εξακολουθήσουν όμως να λειτουργούν ως μοχλός ώθησης πρέπει να διασφαλισθεί ότι θα υπάρχουν διαρκώς και μάλιστα θα παραμένουν αμειώτες. Σε κανονικές συνθήκες όμως το κόστος ιατρικής περίθαλψης αυξάνεται ταχύτερα από ό, τι τα έσοδα για το κράτος , και επομένως οι διάφορες χώρες αναγκάζονται να επανεξετάσουν τη πολιτική δαπανών για την ιατρική περίθαλψη που προσφέρουν μετακυλώντας ένα μέρος τους στον πολίτη που είναι και ο τελικός αποδέκτης. Σε δύσκολες συνθήκες για την οικονομία μιας χώρας, υπάρχει τελικά μια

μετατόπιση ενός μεγαλύτερου μέρους του κόστους στους πολίτες οι οποίοι καλούνται να επιλέξουν μεταξύ υψηλής αξίας υγειονομική περίθαλψη και άλλων αγαθών και υπηρεσιών.

Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγειονομική κάλυψη είναι εμφανής όταν αυξάνεται το διαθέσιμο εισόδημα, διότι στη περίπτωση αυτή οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν να ξοδέψουν μεγαλύτερο μέρος των εσόδων τους σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και ένα μικρότερο μέρος σε άλλα αγαθά και υπηρεσίες.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για να βρεθεί ένα αντιπροσωπευτικό μοντέλο που θα προσδιόριζε τη σχέση ορισμένων παραγόντων με τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Όπως και στο αρχικό εμπειρικό μοντέλο που δόθηκε από τον Newhouse (1977) σε όλα τα μοντέλα το συνολικό κατά κεφαλήν εισόδημα φαίνεται να είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που εξηγεί και τις διαφορές από χώρα σε χώρα και τις μεταβολές χρόνο με τον χρόνο στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης.

Ενώ όμως υπάρχει συμφωνία ως προς τον ποιοτικό παράγοντα (το κατά κεφαλήν εισόδημα) δεν υπάρχει συναίνεση ως προς την ελαστικότητα των δαπανών για την υγεία. Ενώ σε κάποιες μελέτες φαίνεται ότι ο συντελεστής ελαστικότητας είναι μεγαλύτερος από τη μονάδα σε άλλες βρίσκουν τις δαπάνες ανελαστικές δηλαδή τον συντελεστή κοντά στο μηδέν.

Από την πλευρά της κυβέρνησης, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία, ανάλογα με το σύστημα που κάθε χώρα ακολουθεί, προκαλούν μια οικονομική επιβάρυνση στον προϋπολογισμό που καταρτίζεται, και αυτή η επιβάρυνση αντιμετωπίζεται είτε με αύξηση των φόρων ή με αυξημένο μακροπρόθεσμο δανεισμό. Η αύξηση των φόρων μειώνει όμως το ποσό του εισοδήματος που οι επιχειρήσεις και τα νοικοκυριά θα μπορούσαν να έχουν διαθέσιμο για άλλες δραστηριότητες. Ανάλογες είναι και οι επιπτώσεις του αυξημένου δανεισμού της κυβέρνησης, για τη χρηματοδότηση της αύξησης των δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, στη διαθεσιμότητα των πόρων για άλλες δραστηριότητες.

Εν γένει, η αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης αντανακλάται στο τελικό κόστος του προϊόντος και οδηγεί τα προϊόντα και τις υπηρεσίες της χώρας στον κλάδο της παροχής υπηρεσιών υγείας να είναι λιγότερο ή περισσότερο ανταγωνιστικά στις διεθνείς αγορές.

Οι προσπάθειες για τη μείωση του όμως πρέπει να γίνουν στοχευμένα, ώστε να μην υπονομευθεί η αποτελεσματικότητα που πρέπει να έχει ένα σωστά οργανωμένο σύστημα υγείας. Δυστυχώς, σήμερα λόγω της οικονομικής κρίσης, συνηθίζεται από τους υπεύθυνους για τη χάραξη υγειονομικής πολιτικής να χτίσουν ή να μεταρρυθμίσουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εστιάζοντας σε αριθμούς και δείκτες τους στόχους και σίγουρα όχι βάσει των πραγματικών αναγκών που υπάρχουν. Σε περιόδους οικονομικής ύφεσης πολλές χώρες θέλουν να μειώσουν τις δαπάνες τους για την υγεία και προσπαθούν να το επιτύχουν, με λαθεμένες επιλογές, όπως είναι οι εξαιρέσεις κάποιων ακριβών φαρμακευτικών σκευασμάτων, η αύξηση συμμετοχής των ιδιωτών στη φαρμακευτική δαπάνη ή η μη κάλυψη διαγνωστικών ή εργαστηριακών εξετάσεων. Τα χρήματα που τα κράτη δεν συνεισφέρουν πλέον πρέπει τώρα να τα συνεισφέρουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, κάτι που δεν είναι πάντοτε εφικτό καθώς πολλοί παράγοντες συνδέονται με την ικανότητα των ασθενών και των οικογενειών τους να αντιμετωπίσουν αυτές τις πρόσθετες ιατρικές δαπάνες (Fanourgiakis & Kanoupakis, 2014).

## **5.2 Το σύστημα λογαριασμών υγείας**

Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) προτάθηκε για εφαρμογή από τον ΟΟΣΑ το 2000 και τέθηκε σε εφαρμογή το 2003. Η Ελλάδα, άργησε πολύ να εφαρμόσει το ΣΛΥ και είναι η τελευταία από τις 35 χώρες που το ΣΛΥ έχει εφαρμοσθεί.

Μέχρι τότε, τα επίσημα στοιχεία που ήταν διαθέσιμα για την κατανομή των δαπανών για την υγεία με βάση το είδος των υπηρεσιών υγείας, ή μέσω του παράγοντα που τις χρηματοδοτεί ή και από τον πάροχο των υγειονομικών υπηρεσιών ήταν λιγοστά ή δεν υπήρχε εύκολη πρόσβαση σε αυτά.

Το ΣΛΥ είναι τρόπος αποτύπωσης της δαπάνης για κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις της οικονομικής δραστηριότητας στην Υγεία. Οι διαστάσεις αυτές είναι:

- Η κατηγορία των υπηρεσιών – τι παράγεται
- Οι φορείς χρηματοδότησης – ποιός πληρώνει
- Οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας – ποιός παράγει



Οι δαπάνες συγκεντρώθηκαν από τους χρηματοδοτικούς φορείς (Υπουργεία, Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, κλπ). και ακολούθως ταξινομήθηκαν σύμφωνα με το διεθνές σύστημα λογαριασμών υγείας ως εξής :

- **Δαπάνες κατά Είδος υγειονομικής δραστηριότητας που αφορά η κάθε δαπάνη**
- HC (Health Care) (HC1 έως HC9)
- **Δαπάνες κατά Φορέα από τον οποίο έχει χρηματοδοτηθεί η κατηγορία δαπάνης**
- HF (Health Financing) (HF1, HF2, HF3)
- **Δαπάνες κατά γενική κατηγορία Προμηθευτή υγείας στον οποίο κατευθύνεται η δαπάνη**
- HP (Health Provider) (HP1 έως HP9 και HP0)

Υπεύθυνη για τη διαχείριση των στοιχείων που αποτυπώνονται στους Λογαριασμούς Υγείας είναι η ΕΛΣΤΑΤ η οποία έχει αποστείλει στοιχεία για τη χρονική περίοδο 2009-2011, συγκεντρωμένα σύμφωνα με τη νέα μεθοδολογία ΣΛΥ 2011 σε όλους τους διεθνείς οργανισμούς καθώς και στη Eurostat.

Η μεθοδολογία ΣΛΥ 2011 προβλέπει τη καταχώρηση δαπανών για επενδύσεις στο τομέα της υγείας και δαπανών για έρευνα και εκπαίδευση με διακριτό τρόπο και κωδικό Υγειονομικής δραστηριότητας (HCR).

Σύμφωνα με το ΣΛΥ 2011 το αν μια δαπάνη έχει χαρακτήρα δημόσιο ή ιδιωτικό προσδιορίζεται με βάση τον τύπο του Χρηματοδοτικού φορέα και με βάση τον τύπο του προμηθευτή της υγειονομικής δραστηριότητας. Για παράδειγμα οι δαπάνες για τα νοσοκομεία είναι δημόσιες μόνο ως προς το κομμάτι που αφορά τη χρηματοδότηση που καταβάλλουν οι δημόσιοι χρηματοδοτικοί φορείς είτε αυτή αφορά δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία.

### **5.3 Οι δαπάνες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας**

Από τα στοιχεία που υπάρχουν φαίνεται ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα δέχεται μικτή χρηματοδότηση από ένα μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών πόρων. Η ανάγκη που υπάρχει για τη συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης καλύπτεται από έσοδα που προέρχονται από τις εισφορές στη κοινωνική ασφάλιση και τη φορολογία. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης δέχονται πόρους είναι οι

εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών (συμπεριλαμβανομένων των κρατικών εισφορών με το κράτος να είναι και ο εργοδότης για το πλήθος των δημοσίων υπαλλήλων). Ο κρατικός προϋπολογισμός, στον οποίο εισρέουν άμεσοι και έμμεσοι φορολογικών εσόδων, είναι υποχρεωμένος να καλύπτει τις διοικητικές δαπάνες, τη χρηματοδότηση της λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των κέντρων υγείας καθώς και μέρους των ελλειμμάτων των ασφαλιστικών ταμείων. Η τρίτη σημαντική πηγή χρηματοδότησης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας είναι οι ιδιωτικές δαπάνες, στις οποίες περιλαμβάνονται κυρίως οι απευθείας πληρωμές για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, (out of pocket money) <sup>3</sup> ή οι πληρωμές για υπηρεσίες που καλύπτονται μεν από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά ζητήθηκαν έξω από το ασφαλιστικό σύστημα για λόγους που σχετίζονται με το χρόνο, το κόστος και την ποιότητα τους (συνήθως διάφορες πληρωμές που γίνονται παράτυπα για διάφορους λόγους, όπως για τη παράκαμψη των λιστών αναμονής ή την εξασφάλιση μεγαλύτερης προσοχής εκ μέρους του γιατρού). Στις ιδιωτικές δαπάνες συγκαταλέγονται επίσης οι δαπάνες που καταβάλλονται από τα ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης (Economou ,2017).

*Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των δαπανών για τη στήριξη του πόρων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας είναι το πολύ υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών (μόνιμα πάνω από 30%). Οι δαπάνες, με χρήματα των ιδιωτών, έφθασαν μέχρι και το 37,5% των συνολικών δαπανών για την υγεία και σε αυτά πρέπει να προσθέσει κάποιος και το 2,1% που προέρχεται από λογαριασμούς ιδιωτικής ασφάλισης. Τα μεγέθη αυτά θέτουν υπό αμφισβήτηση τον κοινωνικό χαρακτήρα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η έμμεση και άμεση φορολογία προσφέρει το 29,1% των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ η κοινωνική ασφάλιση υγείας αντιπροσωπεύει το 31,2% , οι δύο αυτές κατηγορίες εσόδων μοιράζονται δηλαδή τη συνεισφορά στις δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη.*

Στο σχήμα που ακολουθεί φαίνεται η εξέλιξη των δαπανών (συνολικές-δημόσιες-ιδιωτικές ) από μικρο-οικονομικής άποψης (δαπάνες ανά κάτοικο)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Συνολικές	1,847	1,866	2,111	2,219	2,303	2,374	2,266	2,012	1,949	1,718	1,678	1,487
Δημόσιες	1,105	1,104	1,270	1,375	1,390	1,423	1,574	1,363	1,332	1,165	1,100	918
Ιδιωτικές	743	762	841	843	913	951	692	649	616	552	578	569

<sup>3</sup> out of pocket money είναι τα χρήματα που δεν κυκλοφορούν με τυπικά παραστατικά αλλά κατόπιν προσωπικών συμφωνιών.

*Εικόνα 5.1 η εξέλιξη των ιατρικών δαπανών στην Ελλάδα (πηγή: από τον συγγραφέα)*



Από το σχήμα παρατηρούμε ότι αν και οι συνολικές δαπάνες συνεχίζουν όλη τη περίοδο 2009-2014 να μειώνονται αισθητά, οι ιδιωτικές δαπάνες ανακάμπτουν και σταθεροποιούνται ως κατά κεφαλή δαπάνες. Τα νοικοκυριά συνεισφέρουν από το συνεχώς μειωμένο εισόδημα τους για να διατηρήσουν τη φροντίδα της υγείας τους σε κάποια αξιοπρεπή όρια.

Το πρόβλημα των υψηλών ιδιωτικών δαπανών των πολιτών επιδεινώνεται περαιτέρω από το γεγονός ότι το φορολογικό σύστημα χάνει εύκολα πόρους από τις πρακτικές φοροδιαφυγής και της παραοικονομίας και οποιοδήποτε ποσοστό πληρωθεί ως συνεισφορά στις δαπάνες υγείας δεν είναι σχεδόν ποτέ αξιοποιήσιμο. Το αποτέλεσμα είναι συνολικά, η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης να μη γίνεται με δίκαιο τρόπο γιατί οι δαπάνες για την υγεία επιβαρύνουν δυσανάλογα τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Επιπλέον οι πληρωμές των παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών (μισθοί για το προσωπικό του ΕΣΥ, αμοιβές για συνεργαζόμενους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης) γίνονται αναδρομικά και δεν υπάρχει ποτέ καμία αξιολόγηση της απόδοσης τους με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο αποτελεσματική η χρήση των πόρων για την υγεία σε σχέση με τις περιπτώσεις που οι πληρωμές γίνονταν άμεσα με το αποτέλεσμα ανά θεραπεία (Economidou 2016).

## 5.4 Η κατάσταση στην υγεία σήμερα

Η εξέλιξη της κατάστασης στον τομέα της υγείας για την Ελλάδα, από την άποψη της θνησιμότητας και νοσηρότητας περιγράφηκε στις προηγούμενες ενότητες.

Ο αντίκτυπος της εξέλιξης του συστήματος υγείας και των ευρύτερων πολιτικών που ακολουθήθηκαν στο τομέα της υγείας των Ελλήνων μπορεί να αποτυπωθεί χρησιμοποιώντας τις έννοιες της **επιδεκτικής (amenable) και προληπτικής (preventable) θνησιμότητας**.

Η πρώτη αντανακλά την ποιότητα και την αμεσότητα της ιατρικής περίθαλψης, ενώ η δεύτερη αντικατοπτρίζει τα διατομεακά μέτρα που λαμβάνονται σε τομείς που επηρεάζουν την υγεία, όπως οι πολιτικές αντιμετώπισης του καπνίσματος και του αλκοόλ, ή η οδική ασφάλεια.

Το 2014, η επιδεκτική θνησιμότητα στην Ελλάδα ήταν χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (93 και 118 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους, αντίστοιχα). (παράρτημα 4). Από το 2000 έχει μεν μειωθεί κατά περίπου 25% (παράρτημα 4) , αλλά παραμένει υψηλότερη από ό, τι στα 15 κράτη-μέλη της ΕΕ πριν από το 2004.

Η προληπτική θνησιμότητα στην Ελλάδα ήταν παρόμοια με εκείνη της ΕΕ (58 ανά 100 000 κατοίκους), με ελάχιστη πρόοδο να έχει γίνει από το 2000 (παράρτημα 5) σε αντίθεση. Το γεγονός αυτό, που έρχεται σε αντίθεση με την εξέλιξη στις άλλες χώρες (παράρτημα 5) δημιουργεί ανησυχίες σχετικά με την επιδείνωση του επίπεδου υγειονομικής φροντίδας λόγω των σοβαρών περικοπών και των επιπτώσεων που ενδέχεται να έχουν στην υγεία των Ελλήνων.

Μια μελέτη των Karanicolos *et al.* (σε έντυπη μορφή) έχει δείξει ότι η επιδεκτική θνησιμότητα στην Ελλάδα εμφάνισε ελαφρά αύξηση τα τελευταία χρόνια ύστερα από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης. Μια άλλη σημαντική μελέτη έδειξε ότι μετά την εμφάνιση της κρίσης σημειώθηκε αύξηση στη θνησιμότητα από ανεπιθύμητες παρενέργειες κατά τη διάρκεια της ιατρικής περίθαλψης (Λαλιώτη, Ιωαννίδης & Σταυροπούλου, 2016).

Η συνήθης διαπίστωση αρκετών μελετών για συγκεκριμένες σοβαρές ασθένειες και την αντιμετώπιση τους είναι ότι ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η διαχείριση τους είναι αναποτελεσματικός. Η πρωτογενής περίθαλψη δεν έχει οργανωθεί σωστά και μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει υπηρεσίες προληπτικού ελέγχου (Coranitsanou, 2015). Για παράδειγμα, οι υγειονομικές παροχές από τις

υπηρεσίες της μη αστικής πρωτοβάθμιας φροντίδας αφορούν κατά κύριο λόγο οξεία προβλήματα υγείας και πολύλίγο συνεισφέρουν στη πρόληψη, και τη μακροπρόθεσμη υποστήριξη της υγείας μέσα από φροντίδες για περίθαλψη και αποκατάσταση. Επιπλέον, η αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών συνεχίζει να είναι αποσπασματική, με κύριο, αν όχι και μόνο, στόχο τη συνταγογράφηση (Οικονόμου & Τούντας, 2011a). Η αλληλοεπικάλυψη των δοκιμών και των συνταγών που γράφονται είναι κάτι το σύνηθες λόγω της κακής μεταφοράς πληροφοριών μεταξύ των διαφόρων παρόχων, και το ίδιο συμβαίνει με τη συνέχεια της περίθαλψης που είναι, για το λόγο αυτό, πολλές φορές απύσα (Οικονόμου & Τούντας, 2011b).

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

### Η θεσμική θωράκιση

#### 6.1 Η παρακολούθηση των ιατρικών δαπανών

Ο στόχος των αλλαγών που έγιναν ήταν η όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη και στενή προσέγγιση των δαπανών, τόσο για την ιατρική φροντίδα, όσο και για τη φαρμακευτική αγωγή. Όπως θα δούμε αναπτύχθηκαν διαδικασίες που επιτρέπουν τη δημιουργία πρακτικών ακριβούς κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας με το προϋπόθεση όμως ότι θα υπάρχει η συστηματική και αντικειμενική καταγραφή τους.

Η κεντρική ιδέα της παρακολούθησης των πεπραγμένων για κάθε ασθενή είναι να υπάρχει ένα κεντρικό σύστημα όπου θα καταγράφονται όλες οι πράξεις που γίνονται. Μέσα από το σύστημα αυτό θα μπορεί να γίνεται μια συνεχής άντληση και επεξεργασία των στοιχείων, βάσει των οποίων θα εντοπίζονται τυχόν υπερβάσεις, διπλές εγγραφές και θα μπορούν να διεξάγονται οικονομικές και στατιστικές μελέτες, όπως η μελέτη του κόστους θεραπείας μιας συγκεκριμένης ασθένειας, η συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου, η παρακολούθηση της εξέλιξης των φαρμακευτικών δαπανών, κλπ.

Στη κατεύθυνση αυτή δημιουργήθηκε το **Ενιαίο Μητρώο Ασφαλισμένων** και η ηλεκτρονική καρτέλα ασφαλισμένου βάσει της οποίας γίνεται η παρακολούθηση και ο έλεγχος των δαπανών υγείας για κάθε ασφαλισμένο. Μέσα από την ηλεκτρονική καρτέλα του ασθενούς διεκπεραιώνεται και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Με την **εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης** προωθείται η ομαλή και χωρίς προβλήματα ανταλλαγή πληροφορίας μεταξύ των ιατρών που συνταγογραφούν, των ΦΚΑ που ελέγχουν, εγκρίνουν και καλύπτουν οικονομικά τη δαπάνη και των φαρμακείων που παρέχουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, παρακάμπτοντας όλες τις καθυστερήσεις και δυσλειτουργίες. Παράλληλα, το σύνολο των στατιστικών δεδομένων που συλλέγονται τόσο από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης όσο και στο μέλλον από τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς δημιουργούν μια βάση η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί με στόχο τον αποτελεσματικό έλεγχο του κόστους και τον εξορθολογισμό των δαπανών. Το αποτέλεσμα δεν μπορεί παρά να η μείωση του κόστους παροχής ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης καθώς μπορεί να συνθέτει τις ανάγκες

ενός μεγάλου αριθμού φορέων και ασφαλισμένων που δεν έχουν κοινά συμφέροντα μεταξύ τους.

## **6.2 Τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια (KEN)**

Ο θεσμός των DRGs καθιερώθηκε ως ένα σύστημα που θα διαμορφώσει ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες και το οποίο, στο πλαίσιο του Medicare, θα χρησιμοποιείται για να αποζημιώνει τα νοσοκομεία βασισμένο στη πρωτογενή διάγνωση της ασθένειας, με μια πάγια αμοιβή, ανεξάρτητα από το πραγματικό κόστος.

Το σύστημα κωδικοποίησης βασίζεται πάνω σε τρεις κατηγορίες αναφορών :

- Η διεθνής στατιστική ταξινόμηση των ασθενειών και συναφών προβλημάτων υγείας, που χρησιμοποιείται για την κωδικοποίηση ασθενειών και προβλημάτων
- Η Αυστραλιανή Ταξινόμηση Παρεμβάσεων Υγείας (ACHI) που χρησιμοποιείται για την κωδικοποίηση διαδικασιών και παρεμβάσεων
- Τα Αυστραλιανά πρότυπα κωδικοποίησης (ACS) χρησιμοποιούνται ως συμπλήρωμα των ICD-10-AM και ACHI για να βοηθήσουν τους Clinical Coders στη χρήση των ταξινομήσεων.

Αυτά τα πρότυπα αποτελούν τη βάση του συστήματος ταξινόμησης των υγειονομικών διαδικασιών με κωδικούς διαδικασίας και διάγνωσης ομαδοποιημένους σε DRGs (Diagnosis Related Groups. Σε γενικές γραμμές, μια πληρωμή βάσει των DRGs καλύπτει όλες τις χρεώσεις που σχετίζονται με διαμονή σε νοσοκομείο από τη στιγμή της εισαγωγής μέχρι την αναχώρηση του ασθενή. Η τυποποίηση της πληρωμής στα νοσοκομεία ενθαρρύνει πρωτοβουλίες περιορισμού του κόστους.

Σύμφωνα με τις αρχές ενός διεθνούς συστήματος προβλεπόμενων παροχών, κάθε περίπτωση κατηγοριοποιείται σε μια ομάδα που σχετίζεται με τη διάγνωση (DRG). Κάθε KEN καθορίζεται από ένα κόστος και μια μέση διάρκεια νοσηλείας που του αντιστοιχεί, με βάση τους μέσους πόρους που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των ασθενών του Medicare. Σε αυτή την αξία DRG, που προκύπτει βάσει των ανωτέρω, υπολογίζεται ένα εργατικό και ένα τεχνικό μερίδιο, τα οποία είναι ανεξάρτητα από τον ακριβή αριθμό χρεώσεων ή του πόσο τιμολογούνται οι υπηρεσίες για το κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα.

Με τα ΚΕΝ ομαδοποιούνται όλα τα νοσήλεια σθενών σε 700 περίπου ομάδες και επομένως απλουστεύεται πολύ όλη η διαδικασία τιμολόγησης, ελέγχου, εκκαθάρισης τιμολογίων και αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από το ασφαλιστικό σύστημα (Κουρούτσαλη και αλ., 2012). Παράλληλα, δίνεται μια προοπτική για τον περιορισμό των ανεξέλεγκτων δαπανών από αχρειαστες χρεώσεις ημερών παραμονής ή πολυέξοδης φαρμακευτικής αγωγής.

Ο θεσμός των ΚΕΝ ξεκίνησε με την Εγκύκλιο του ΓΓ ΥΥΚΑ (Αρ.Πρωτ. 94622, 23/08/2011), από 9 Σεπτεμβρίου 2011 σε μία ομάδα 20 πιλοτικών Νοσοκομείων με σκοπό τη σταδιακή εξοικείωση με τη διαδικασία, ενώ από 1 Οκτωβρίου 2011 γενικεύθηκε η εφαρμογή τους σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκαν στο Ε.Σ.Υ

### **6.3 Η κοστολόγηση των φαρμάκων**

Όσο και αν αρχικά φαίνεται εύκολη, η αντικειμενική κοστολόγηση των φαρμάκων παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και απρόβλεπτες δυσκολίες. Οι τιμές των φαρμάκων δεν μπορούν να είναι ίδιες σε όλες τις χώρες καθώς αυτές μπορεί να διαφοροποιούνται από πολλές αιτίες όπως

- Η φαρμακευτική εταιρεία μπορεί να πουλάει το ίδιο φάρμακο σε διαφορετικές τιμές από χώρα σε χώρα
- Τα περιθώρια κέρδους των διαφόρων ενδιαμέσων μεταπρατών μπορεί να διαφοροποιούνται μεταξύ των χωρών ή και μέσα στην ίδια τη χώρα

Ο έλεγχος των διαφορών των τιμών των φαρμάκων πρέπει όμως να γίνεται καθώς δίνει χρήσιμη πληροφόρηση για τις αιτίες που προκαλούν τις διαφορές και για τις επεμβάσεις που χρειάζεται να γίνουν προκειμένου να ξεπεραστούν οι διαφορές αυτές.

Ο ρόλος του κράτους είναι ταυτόχρονα παραγωγικός/διανεμητικός και ελεγκτικός/παρεμβατικός, δηλαδή το κράτος είναι που

- καθορίζει και ελέγχει τις τιμές των φαρμάκων
- διαθέτει τα φάρμακα που έχουν αδειοδοτηθεί από τον ΕΟΦ με την ιατρική συνταγογράφηση, μέσω ρυθμιστικών μηχανισμών.
- ελέγχει την επάρκεια ή την έλλειψη φαρμάκων



Με τον νόμο 4052/2012 παραχωρήθηκε στον ΕΟΦ, από τον Σεπτέμβριο του 2012, η αρμοδιότητα της τιμολόγησης των φαρμάκων, σύμφωνα με την υπάρχουσα και τις αγορανομικές διατάξεις που εκδίδει ο αρμόδιος Υπουργός Υγείας ώστε να διαμορφώνεται η επιθυμητή κοινωνική πολιτική.

Με βάση λοιπόν την έρευνα που διενήργησε ο ΕΟΦ, οι τιμές των φαρμάκων σήμερα τιμολογούνται με το μέσο όρο των τριών φθηνότερων τιμών της Ε.Ε Για τα φάρμακα εκείνα που βρίσκονται εκτός πατέντας η τιμή αυτή συγκρίνεται με το 50% της τιμής τους πριν τη λήξη της πατέντας. Ταυτόχρονα καθιερώθηκε η έννοια του γενόσημου, που διατηρεί το 65% της προκύπτουσας χονδρικής τιμής του πρωτοτύπου μετά τη λήξη της πατέντας.

Μια επιπλέον πρακτική που άρχισε να εφαρμόζει το Δημόσιο είναι η εφαρμογή επιμέρους «κλειστών προϋπολογισμών» για τις 6 πιο δαπανηρές κατηγορίες φαρμάκων. Να σημειωθεί ότι σε 23 κατηγορίες φαρμάκων δαπανάται το 50% των κονδυλίων που διαθέτει συνολικά ο ΕΟΠΥΥ για φάρμακα <sup>4</sup>.

Εκτός όμως από τη πολιτική τιμολόγησης των φαρμάκων θεσμοθετήθηκαν επίσης περικοπές στις πληρωμές των φαρμακευτικών και των παρόχων υπηρεσιών υγείας εταιρειών μέσω των θεσμών του rebate και το clawback.

Clawback και rebate υπάρχουν συνήθως σε όλες τις μορφές δαπανών που αφορούν κλειστούς προϋπολογισμούς για τον ΕΟΠΥΥ, δηλαδή όπου υπάρχει όριο δαπανών για κάποιο υλικό ή υπηρεσία, που λαμβάνει από τους ιδιώτες παρόχους.

Η έννοια του **rebate** σχετίζεται με τις υποχρεωτικές εκπτώσεις που ζητούνται να γίνουν από τις εταιρείες, με το σκεπτικό ότι ο ΕΟΠΥΥ θεωρείται ένας καλός πελάτης στον οποίο ‘‘συνηθίζεται’’ να γίνονται από κάθε είδους εταιρείες εκπτώσεις με τη μορφή επιστροφής χρημάτων που συνήθως καταβάλλονται κάθε μήνα.

**Το Clawback** σημαίνει επιστροφή ενός χρηματικού ποσού από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς το δημόσιο (ΕΟΠΥΥ) που είναι ίσο με την ετήσια υπέρβαση του «κλειστού προϋπολογισμού» που συμφωνήθηκε αρχικά.

Το σύστημα αυτό χρειάζεται βελτιώσεις καθώς, μεταξύ άλλων, οι εταιρείες πληρώνουν τη ζημιά που προκύπτει από τυχόν αβελτηρίες όσων συμμετέχουν στη δημιουργία της

---

<sup>4</sup> <https://healthmag.gr/protash-eopyy-gia-kleistoyis-pro-pologismoys-se-farmaka-1-2-dis-eyrw/>

σχετικής δαπάνης (π.χ. συνταγογράφηση ιατρών), αφετέρου το Clawback υπολογίζεται επί του συνολικού τζίρου που χρεώνεται, ενώ στον τζίρο αυτό

- Το τελικό ποσό έχει ήδη υποστεί περικοπές από τον ΕΟΠΥΥ
- Περιλαμβάνεται εκτός από τις παροχές υπηρεσιών και το κόστος φαρμάκων και υλικών τα οποία όμως ο πάροχος αναγράφει στη τιμή κόστους που τα αγοράζει (Παπαδογιαννάκης, 2013).

Ενδεικτικά για το όφελος που προέκυψε, αξίζει να αναφερθεί ότι για το 2018 το όφελος από τις επιστροφές μέσω των θεσμών του clawback και rebates ανήλθε σε 1,426 δις ευρώ σε συνολική δαπάνη 4,520 δις ευρώ (Καραγιώργος, 2019)

#### **6.4 Το νομικό πλαίσιο προμηθειών στα νοσοκομεία**

Στην Ελλάδα, οι δαπάνες τακτικής και έκτακτης μισθοδοσίας, δηλαδή το μισθολογικό κόστος του πάσης φύσεως προσωπικού, καλύπτονται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ το λοιπό κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων, που αφορά πρακτικά εκείνο που αντιστοιχεί στις προμήθειες υλικών, φαρμάκων και βοηθητικών υπηρεσιών καλύπτεται από τον προϋπολογισμό τους. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που προκάλεσε στο παρελθόν το μεγάλο κομμάτι των ελλειμμάτων που είχαν τα Ελληνικά νοσοκομειακά ιδρύματα.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος η μόνη λύση είναι η συνδυασμένη δράση που θα αφορά:

- Την αναδιάρθρωση του συστήματος προμηθειών στο χώρο της υγείας
- Την αρτιότερη οργάνωση των αποθηκών των νοσοκομείων
- Την γενίκευση της χρήσης πληροφοριακών συστημάτων για τον έλεγχο των αποθεμάτων και τη δημιουργία της δυνατότητας να αντλούνται ομοιογενή στοιχεία από όλα τα νοσοκομεία
- Την κατοχύρωση της διαφάνειας μέσα από ένα κατάλληλα διαμορφωμένο κανονιστικό πλαίσιο.

## **6.5 Οι πρόσφατες προσπάθειες**

Όλοι όσοι εμπλέκονταν με το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας γρήγορα συνειδητοποίησαν ότι κάποιες ενέργειες έπρεπε επειγόντως να γίνουν και για το λόγο αυτό προτάθηκαν και συμφωνήθηκαν κάποια μέτρα που θεωρήθηκαν ότι ήταν ικανά να αλλάξουν την εικόνα και να αντιμετωπίσουν ένα τουλάχιστον μέρος των προβλημάτων που είχαν παρατηρηθεί και καταγραφεί. Για το λόγο αυτό έχει προβλεφθεί να υπάρχει στους προϋπολογισμούς των επόμενων ετών επαρκής χώρος για να τα υποστηρίξουν. Αναφέρουμε στη συνέχεια κάποια από τα μέτρα αυτά.

### **Η εφαρμογή του παράλληλου προγράμματος για την υγεία**

Το παράλληλο πρόγραμμα εστιάζει σε κάποιες ρυθμίσεις που κρίνεται αναγκαίο να γίνουν ώστε να επιτευχθεί η καθολική υγειονομική κάλυψη του συνόλου των κατοίκων της Ελλάδος ενώ παράλληλα θα διασφαλίζουν τη στήριξη του δημόσιου συστήματος υγείας. Με τον όρο καθολική κάλυψη εννοούμε τη επέκταση της παροχής υγειονομικής φροντίδας σε όλους όσοι είναι ανασφάλιστοι καθώς και τις οικογένειες τους, όπως και στις λεγόμενες «ευάλωτες κοινωνικές ομάδες» του πληθυσμού χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψη το νομικό καθεστώς που βρίσκονται αλλά ούτε και αν κατέχουν έντυπα που νομιμοποιούν τη παραμονή τους στη χώρα.

### **Η λίστα χειρουργείου**

Ο νόμος 4368/2016 με το άρθρο 58 καθιερώνει τη λεγόμενη «λίστα χειρουργείου». Στην ουσία πρόκειται για ένα κατάλογο στον οποίο εμφανίζεται η σειρά προτεραιότητας των προς εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων. Η λίστα αυτή δημιουργείται αφού προηγηθεί η έρευνα για τη σοβαρότητα της νόσου και πόσο ο ασθενής αντέχει να περιμένει με ασφάλεια για την υγεία του ασθενή. Η έρευνα αυτή γίνεται από ειδικευμένους γιατρούς των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π) στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Ο θεσμός της λίστας χειρουργείου ξεκίνησε να εφαρμόζεται τον Μάρτιο του 2017 και να και ακόμη δεν έχουν επιλυθεί όλα τα προβλήματα που δημιουργούνται έχει τουλάχιστον γίνει μια καλή αρχή. Τα προβλήματα που συνεχίζουν να υπάρχουν είναι η απουσία ελέγχου, η μη ενημέρωση των ασθενών, η συχνή καταστρατήγηση της σειράς προτεραιότητας και η ενσωμάτωση στη λίστα περιστατικών που χαρακτηρίζονται ως επείγοντα χωρίς στη πραγματικότητα να είναι.

### **Η κάλυψη των κενών θέσεων**

Έχουν ξεκινήσει προοδευτικά οι διαδικασίες πρόσκλησης ενδιαφέροντος και έχουν ήδη ξεκινήσει κάποιες προσλήψεις μόνιμου προσωπικού σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας, καθώς και προσλήψεις ιατρών υπηρεσίας σε αγροτικές περιοχές σε όλες τις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας. Το αρνητικό στην εξέλιξη αυτή είναι βέβαια ότι η διαδικασία αυτή συνδυάζεται με υποχρεωτικές μετακινήσεις από τα περιφερειακά κέντρα υγείας προς τα νοσοκομεία ώστε να καλυφθούν υπάρχουσες κενές θέσεις αλλά στη περίπτωση αυτή εξυπηρετούνται ανάγκες της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε βάρος της πρωτοβάθμιας, όπως είναι το ζητούμενο.

#### **Το γραφείο προστασίας δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας.**

Η καθιέρωση ενός αυτοτελούς γραφείου προστασίας δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας (ΓΠΔ), έγινε με το άρθρο 60 του νόμου 4368/2016. Στο ΓΠΔ μπορούν να απευθύνονται τόσο οι ασθενείς που νοσηλεύονται ή είναι εξωτερικοί, όσο και οι συγγενείς ή επισκέπτες ασθενών, για την άμεση ενημέρωσή τους σε θέματα που αφορούν το Νοσοκομείο, να υποβάλλουν προτάσεις ή καταγγελίες που αφορούν τη παροχή υπηρεσιών υγείας και το πιο βασικό, να προστατεύονται από τυχόν αυθαίρετες ενέργειες των παρόχων υπηρεσιών υγείας που βάζουν σε κίνδυνο το βασικό αγαθό της υγείας. Οι δράσεις που γίνονται από το ΓΠΔ έχουν για στόχο να προάγουν το δικαίωμα που έχει ο κάθε πολίτης να διασφαλίσει την υγεία του. Για να μπορέσει όμως ο κάθε πολίτης να διασφαλίσει ότι χρειάζεται για την υποστήριξη της υγείας του χρειάζεται να εξαιρεθούν, ή τουλάχιστον να εξομαλυνθούν οι δυσλειτουργίες που παρεμποδίζουν αφενός την εξυπηρέτηση του αλλά δυσκολεύουν ταυτόχρονα το έργο των εργαζομένων στον υγειονομικό χώρο. Η επίτευξη αυτών των στόχων θα οδηγήσει τις μονάδες υγείας να έχουν μια εύρυθμη λειτουργία.

## Συμπεράσματα & Προτάσεις

Η παρούσα εργασία ανέδειξε τη κατάσταση που η πρόσφατη οικονομική κρίση και οι εξελίξεις που αυτή δρομολόγησε στην Ελλάδα, με την επιβολή των μνημονίων και τη δημοσιονομική πολιτική που ακολούθησε, έχει δημιουργηθεί στο κλάδο της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και γενικότερα στο κλάδο της υγείας.

Οι επιπτώσεις οφείλονται σε τρεις κυρίως παράγοντες που είναι η μείωση των χρημάτων που το Δημόσιο διαθέτει για τον κλάδο υγείας, η αύξηση της νοσηρότητας ως απότοκο της κρίσης και η έλλειψη της διάθεσης για ένα πραγματικό νοικοκύρεμα του χώρου της υγείας και ιδιαίτερα του κομματιού εκείνου που αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η Ελλάδα διαθέτει ένα ΕΣΥ το οποίο στα χαρτιά, έχοντας πάρει τα θετικά από άλλα Εθνικά Συστήματα Υγείας που εφαρμόζονται διεθνώς θα μπορούσε να είναι αποτελεσματικό και να καλύπτει όλες τις ανάγκες που δημιουργούνται στο χώρο της υγείας. Όμως αυτή η κατάσταση βρισκόταν πολύ μακριά από τη πραγματικότητα καθώς είχαμε ένα σπάταλο και ταυτόχρονα αναποτελεσματικό ΕΣΥ, με αποσπασματικές παροχές περίθαλψης, μεγάλη γραφειοκρατία, έλλειψη διαφάνειας στο τομέα των προμηθειών και υπερβολές λόγω αγκυλώσεων και νοοτροπίας που καλλιεργήθηκαν στους Έλληνες.

Η επιβολή του μνημονίου θα μπορούσε να ήταν η Λυδία λίθος για την αναγέννηση του ΕΣΥ. Στη διάρκεια της κρίσης έγιναν τρεις μεγάλες προσπάθειες αναδόμησης του, οι οποίες δημιούργησαν κάποιες πλατφόρμες βελτιωτικών δράσεων. Τα αποτελέσματα ήταν ορατά και οι δαπάνες για τις υπηρεσίες στο χώρο της υγείας μειώθηκαν αισθητά, φθάνοντας ένα ποσοστό μείωσης της συνολικής χρηματοδότησης δαπανών υγείας ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) από το 2009 που ήταν 9,76% στο 8,38% το 2015 σημειώνοντας ένα ποσοστό μείωσης 14,2% (στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ). Το μέγεθος του αποτελέσματος γίνεται ακόμη πιο σημαντικό αν μεταφερθεί σε τρέχουσες τιμές δαπανών, όπου η μείωση φθάνει τα 8 περίπου δις ευρώ.

Όμως τα στεγανά που έχουν δημιουργηθεί, οι πελατειακές σχέσεις που εξακολουθούν να υπάρχουν, οι στρεβλώσεις σε βασικά θέματα, όπως η χρήση αντιβιοτικών και γενοσήμων ή ο μικρός αριθμός νοσηλευτών και ο μεγάλος αριθμός γιατρών ανά 1000 ασθενείς, δεν επέτρεψαν στο ΕΣΥ να δώσει όσα πραγματικά οι μεταρρυθμίσεις είχαν να δώσουν, ούτε να διασφαλισθούν τα αναγκαία μικρά βήματα που χρειάζονται για να καθιερωθούν πλήρως οι αρχές που επιβάλλει μια ορθολογιστική πολιτική στο κλάδο της υγείας.

Η εφαρμογή ενός νέου κανονιστικού πλαισίου για τον έλεγχο των προμηθειών, η γενίκευση των προσπαθειών για τη διάδοση και εφαρμογή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο ορθολογισμός των φαρμάκων που χορηγούνται και η απαιτούμενη βέλτιστη στελέχωση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων βάσει των διεθνών δεικτών υγείας, η ισότιμη αντιμετώπιση των διαφόρων κατηγοριών ασφαλισμένων είναι κάποια ακόμη βήματα που χρειάζεται να γίνουν.

# Βιβλιογραφία

Αλεξιάδης, Α.Δ., Σιγάλας, Ι. , (1999), Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Δ': Διοίκηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων, εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές. ΕΑΠ, Πάτρα

Γκαβανόζη,Βασιλική, (2014), Σύγχρονες μορφές οργάνωσης και διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας. Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Ηπείρου, 2014

Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Μ., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ.,(1999), Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. ΕΑΠ, Πάτρα

Έκθεση ΟΟΣΑ , (2012), Πολιτικές για το νοσηλευτικό προσωπικό στις χώρες του ΟΟΣΑ  
Health at a Glance 2015 OECD Indicators 04 Nov 2015. OECD

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en)

ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα: Ετήσια έκθεση 2014. IOBE, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα, 2015. Διαθέσιμο στο: [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_03022013REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_03022013REP_GR.pdf)

Καραγιώργος, Δημήτρης, (2019), online, ανέβηκε στην ιστοσελίδα iatronet.gr, την 20<sup>η</sup> Φεβρουαρίου 2019 και διαβάστηκε από <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/49537/i-farmakeftiki-dapani-to-2018-14-dis-clawback-kai-rebate-175-i-symmetoxi-twn-asthenwn.html>

**Κουρλιμπίνη, Βίκυ ,(2015) , Clawback: Το "σωσίβιο" στις δαπάνες φαρμάκου, (online),02 Μαρτίου 2014. <http://www.capital.gr/epikairofita/1968076/clawback-to-sosibio-stis-dapanes-farmakou>**

Κουρούτσαλη, Ελ., Μανωλαρά, Β., Μπιζμπιρούλα, Σπ., (2012), Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια. Πτυχιακή ΤΕΙ Καλαμάτας, 2012

**Λαλιώτης, Ιωάννης, Ιωαννίδης, Ιωάννης, Σταυροπούλου,Χαριτίνη, (2016), Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis. The Lancet Public Health 1 (2)**

Λιαρόπουλος, Λυκούργος, (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2007

Μαζαράκη, Ηρα. (2012) Υγεία : Δημόσιο ή Ιδιωτικό αγαθό ? Αχαϊκή Ιατρική Τόμος 31ος, τεύχος 1, Απρίλιος 2012

Μανιαδάκης Ν., Υφαντόπουλος Γ. (1996) , Το φαινόμενο της Προκλητής Ζήτησης Ιατρικών Υπηρεσιών». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Τομ. 13(1) 1996, σελ. 58-68

Μαριάς, Νότης, (2010) Το νέο μνημόνιο, η μαύρη βίβλος για την Ελλάδα. Εκδόσεις Επίκαιρα

Μόσιαλος Ηλίας , ( 1998), Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας, (online). Available at : [http://www.esdy.edu.gr/Files/016\\_Nea\\_Sxolis/MOSIALOS.pdf](http://www.esdy.edu.gr/Files/016_Nea_Sxolis/MOSIALOS.pdf)

Νιάκας, Δημήτρης, (2014), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής 2014, 5 (1):3-7

Ξαφά, Μιράντα, (2017), Μύθοι και πραγματικότητα για τη συμμετοχή του ΔΝΤ στο πρόγραμμα, online, ανέβηκε στην ιστοσελίδα Liberal.gr την 27/01/2017 και διαβάστηκε από: [https://www.mirandaxafa.com/contents\\_gr.asp?id=1391](https://www.mirandaxafa.com/contents_gr.asp?id=1391)

Παπαδογιαννάκης, Μιχάλης, (2013), Rebate - Clawback: καλές προθέσεις, κακό αποτέλεσμα, online, ανέβηκε στην εφημερίδα "Καθημερινή", την 21<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2013 και διαβάστηκε από <http://www.kathimerini.gr/506844/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/rebate---clawback-kales-protheseis-kako-apotelesma>

Παπαδομαρκάκη, Άννα. (2016) , Eurostat: Δείκτες ποιότητας στα συστήματα υγείας το έμφραγμα και το εγκεφαλικό,(online) , Healthmag, 06-06-2016. Διαβάστηκε από <http://healthmag.gr/post/3921/eurostat-deiktes-poiotitas-sta-systhmata-ygeias/>

Παπαϊωάννου, Α., Μπεργιανάκη, Ι.Δ., (2016), Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2016, 33(6), σελ. 739-750

Παπαλεξανδρή, Ν., Μπουραντάς, Δ., (2003), Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα

Σακελλαρόπουλος, Θ συλλογική έκδοση. (2011) ; Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης , Αθήνα: Διόνικος, σ.σ. 403-440.

Χλέτσος , Μιχάλης. (2010) ; Η δομή ενός Συστήματος Υγείας-Διαφαινόμενες τάσεις και προοπτικές , Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Κύκλος διαλέξεων



Anastasaki, E, Brandshaw,S and Shah, S. (2014) , The Greek healthcare reform after Troika's involvement: The potential impact on global pricing and access strategy. Value in Health 2014, 17:A429

AFMC Primer on Population Health Association of Faculties of Medicine of Canada. Available at: <http://phprimer.afmc.ca/part1>

Bice, Thomas, (1976), Comments on Health indicators: Methodological Perspectives. International Journal of Health Services, 6: 3,1976, pp 509

Christodoulou, N,G, Christodoulou G.N, (2013), Management of the psychosocial effects of economic crises. World Psychiatry 2013, 12:178

Commission Staff. (2013) ; Investing in Health, (online) working document, February 2013. Available at: [http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health_en.pdf)

Cooper, Andrew , Kirton, John , and Schrecker, Ted. (2007) , Governing Global Health: Challenge, Response, Innovation. Ashgate Publishing Co.

Daley,E, Alio, A, Chandler, R., (2011), Examining barriers to cervical cancer screening and treatment in Florida through a socio-ecological lens.Journal Community Health, 2011, Feb; 36(1)

Drydakias, N., (2014), The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. Social Science & Medicine, 2015 March, 128

Fanourqiakis, J, Kanoupakis E. (2014), Greeks health, waiting for the "deus ex machina". Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research 2014 Oct;14(5):637-42

Grossman,Michael. (1999) , The human capital model of the demand for health. National Bureau of Economic Research, Working Paper Series

Kentikelenis, A, Karanikolos, M, Reeves,A, McKee, M, Stuckler, D., (2014), Greece's health crisis: from austerity to denialism. Lancet, 2014 February 22

Murray J., C, Salomon A.,J, Mathers, C. (2000) , A critical examination of summary measures of population health, Bulletin of the World Health Organization , 2000, vol. 78 (pg. 981-994)

Newhouse, J.P. 1977. "Medical Care Expenditure: A Cross National Survey," Journal of Human Resources 12: 112-125.

Nolte, Ellen and Pitchforth, Emma. (2014) , What is the evidence on the economic impacts of integrated care? World Health Organization Policy Summary 11, 2014

OECD Health Data 2012 ; (online). Available from: [http://www.oecd.org/document/39/03746,en\\_21571361\\_44315115\\_50655591\\_1\\_1\\_1\\_1.00.html](http://www.oecd.org/document/39/0,3746,en_21571361_44315115_50655591_1_1_1_1.00.html).

Oikonomou, N., Tountas,, (2011), Insufficient primary care services to the rural population of Greece

Oikonomou, N., Tountas,, (2011), The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. Lancet. 2011 Jan 1;377 Rural and remote health 11(1):1661 · January 2011

Orischnig , Tobias. (2013) ; Health Care Expenditures in Austria – challenges and possible solutions, (online). Austrian Federal Ministry of Finances , Paris/OECD/Joint Network on Fiscal Sustainability of Health Systems/ 25-26 March 2013. Available at <https://www.oecd.org/gov/budgeting/D1-AM%20-%20S2%20-%20Tobias%20ORISCHNIG%20-%20Austria.pdf>

Rauch, Bernhard, Goettsche, Max, Braenler Gernot, Engel,Stefan, (2011), Fact and Fiction in EU Governmental Economic Data. German Economic review, 28 April 2011.

Roemer, Milton I., (1993), National Health Systems of the World. Oxford University Press, 14 January, 1993

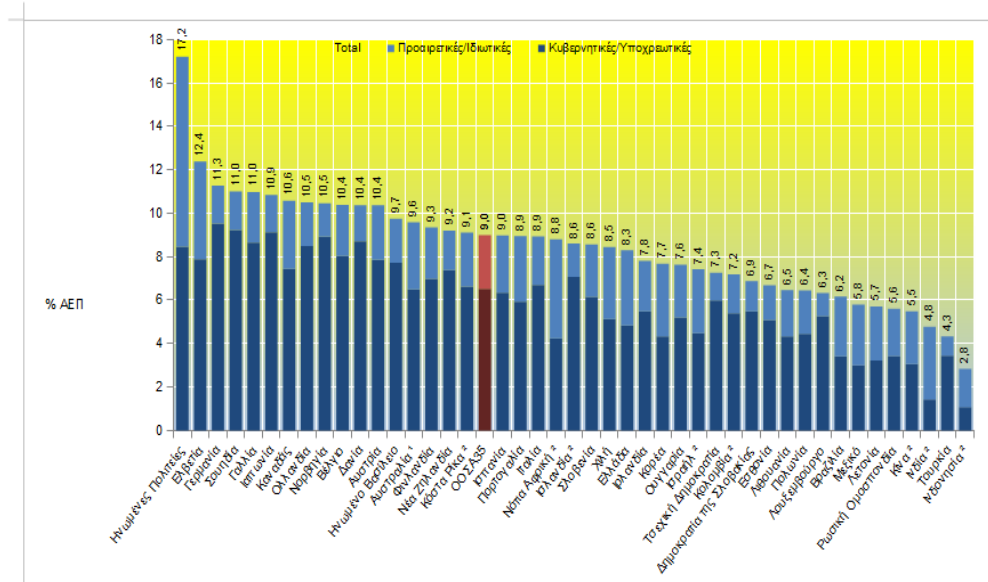
Shambaugh, Jay, (2012), The Euro's 3 Crises. Brookings Papers on Economic Activity, 2012, vol. 43, issue 1 (Spring), 157-231

Stuckler, D, Feigl, A, Basu, S, McKee, M, (2010) The political economy of universal health coverage. Global symposium on health systems research. Technical Report. WHO, Geneva, διαβάστηκε από: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2157>

Έκθεση ΟΟΣΑ , (2012), Πολιτικές για το νοσηλευτικό προσωπικό στις χώρες του ΟΟΣΑ

## Παράρτηματα

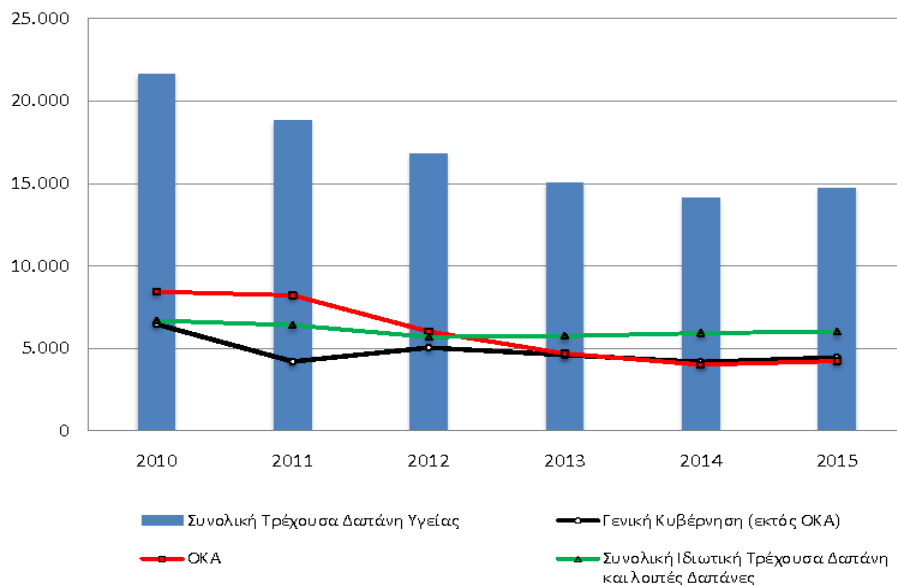
### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2016



Πηγή: Α.Μορφογιός, 2018

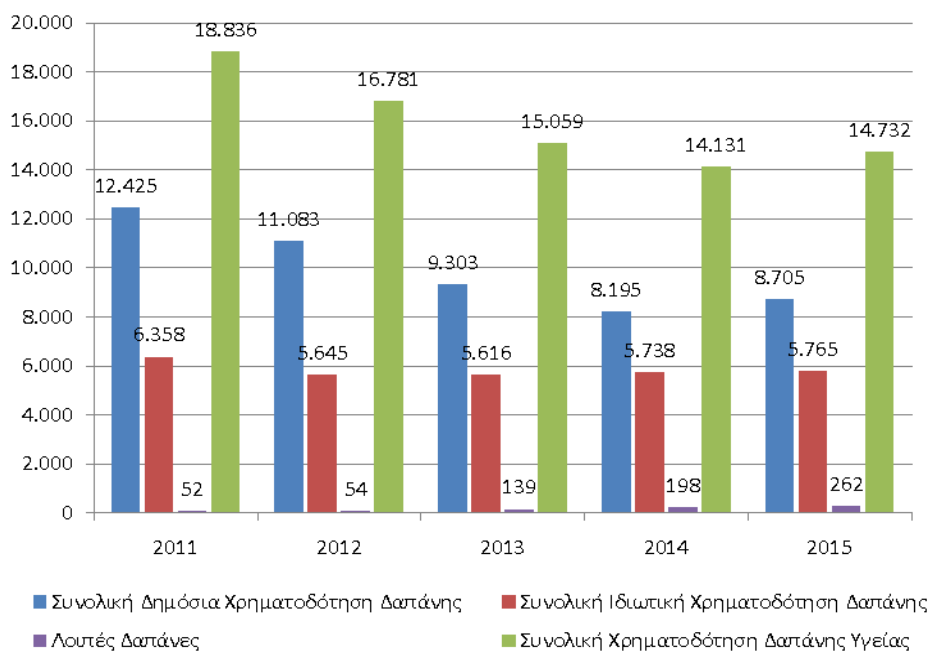
### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' η εξέλιξη των δαπανών υγείας τη περίοδο 2010-2015

Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας για τα Έτη 2010-2015 (σε εκατ. ευρώ)



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄: δαπάνες υγείας ανά φορέα

Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης για τα έτη 2011-2015 (εκατ. ευρώ)

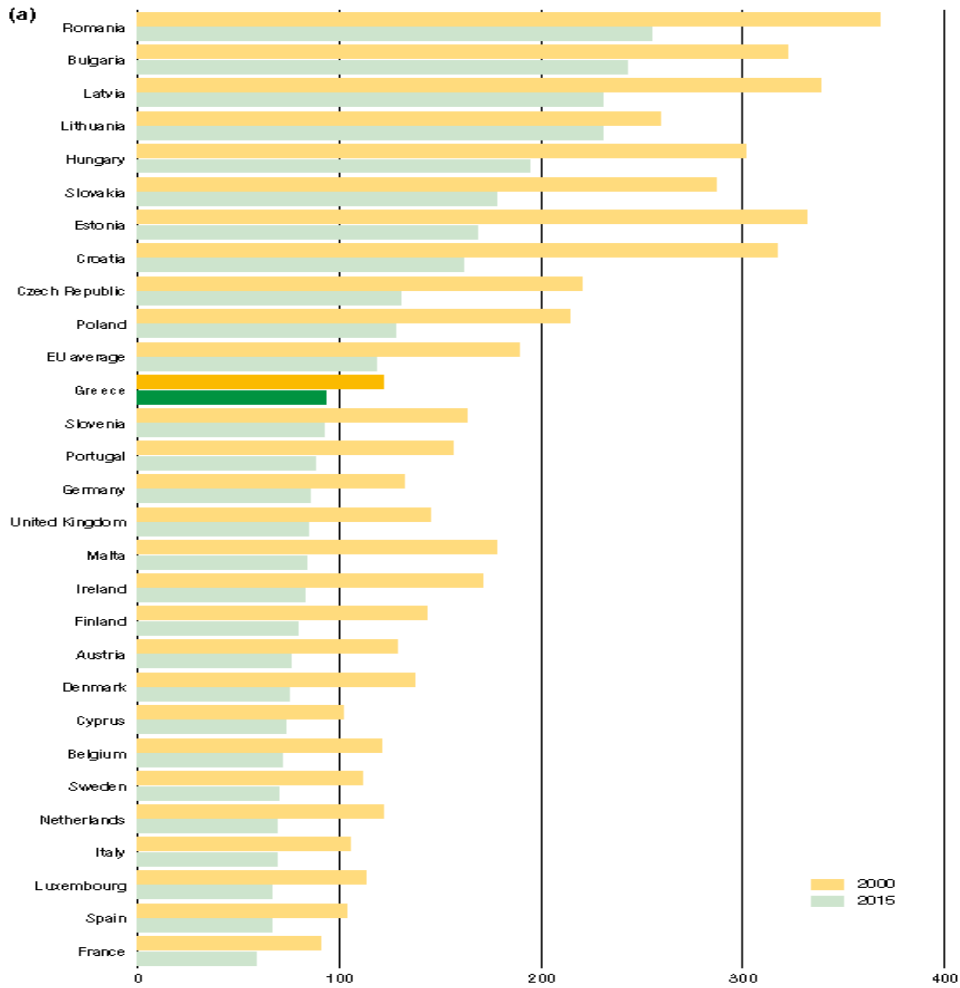


Πηγή: στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ΄ Τα ποσοστά επιδεκτικής θνησιμότητας στις χώρες της ΕΕ (28)

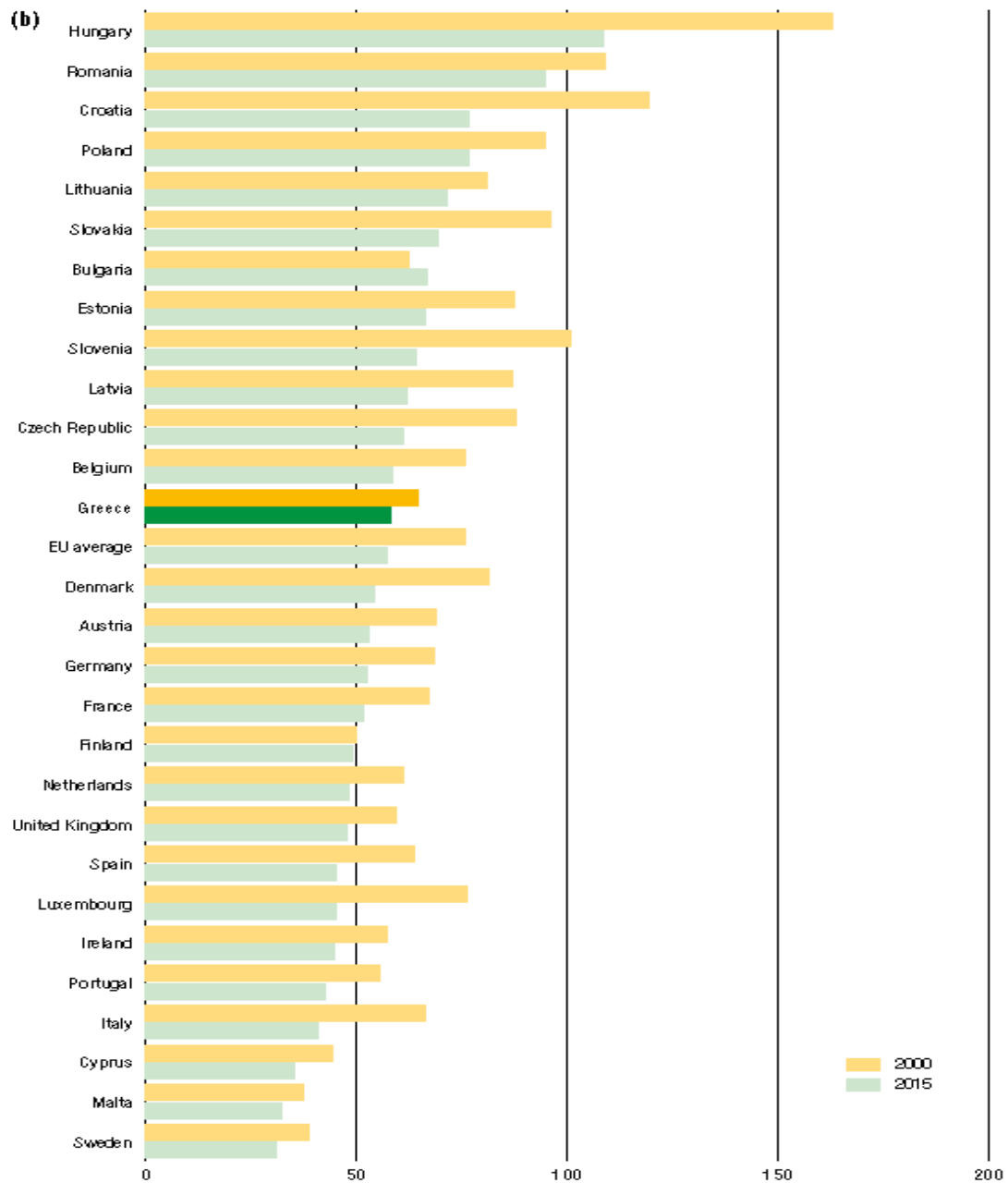
**Fig. 7.1**

Amenable (a) and preventable (b) mortality (for all people aged 0–75 years), 2000 and 2015 or latest available year, directly age-standardized rates per 100 000



πηγή: European Observatory on Health Systems and Policies

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5 Τα ποσοστά προληπτικής θνησιμότητας στις χώρες της ΕΕ (28)



πηγή: European Observatory on Health Systems and Policies