



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο  
σύστημα υγείας της Ελλάδας**

**Τσαφαντάκης Βασίλης**  
Επιστήμης Πληροφορικής

**Επιβλέποντες:**

1. **Φιλαλήθης Αναστάσιος**, Καθηγητής  
Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο  
Κρήτης
2. **Μελάς Χρήστος**, Καθηγητής  
Εφαρμογών στην Πληροφορική, Τ.Ε.Ι  
Κρήτης



## *Ευχαριστίες*

Θέλω να ευχαριστήσω θερμότατα και με όλο το σεβασμό μου τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Χρήστο Μελά τόσο για την επιλογή του θέματος, όσο και για την τιμή που μου έκανε να επιβλέψει την διπλωματική αυτή εργασία, καθώς και για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπο μου. Ένα ξεχωριστό ευχαριστώ στον καθηγητή και υπεύθυνο του μεταπτυχιακού προγράμματος κ. Τάσο Φιλαλήθη για τη συνεργασία που είχαμε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Επίσης, ευχαριστώ όλους εκείνους που με τον τρόπο τους ενίσχυσαν την προσπάθεια μου.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	1
Περίληψη μεταπτυχιακής εργασίας.....	5
Αγγλική περίληψη (abstract).....	8
Κατάλογος πινάκων.....	10
Κατάλογος γραφημάτων.....	11
Κατάλογος διαγραμμάτων.....	11
Κατάλογος όρων.....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>13</b>
1.1 Εισαγωγή.....	13
1.2 Σκοπός και αντικείμενα της έρευνας.....	16
1.3 Σχηματική αναπαράσταση βιβλιογραφικής αναζήτησης.....	17
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ..</b>	<b>18</b>
2.1 Εισαγωγή.....	18
2.2 Συστήματα υγείας.....	18
2.2.1 Beveridge .....	20
2.2.2 Bismarck.....	21
2.2.3 Φιλελεύθερο σύστημα υγείας.....	22
2.2.4 Το σύστημα υγείας της Ελλάδας.....	22
2.3 Το σύστημα υγειονομικής φροντίδας της Ελλάδα.....	23
2.3.1.1 Ανθρώπινοδυναμικό.....	26
2.3.2 Δαπάνες υγείας πριν την κρίση.....	28
2.3.2.1 Φαρμακευτικές δαπάνες.....	33
2.3.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	36
2.3.4 Τα προβλήματα του Ελληνικού συστήματος υγείας.....	38

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΕΩΣ ΤΟ 2010.....</b>	<b>39</b>
3.1 Εισαγωγή.....	39
3.2 Δαπάνες υγείας.....	39
3.2.1 Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα.....	42
3.2.2. Στοιχεία των φορέων κοινωνικής ασφάλισης.....	45
3.2.3 Σύστημα υγείας.....	46
3.2.4 Συμπεράσματα.....	49
3.3 Η ανάγκη αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	49
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ.....</b>	<b>52</b>
4.1 Εισαγωγή.....	52
4.2 Ανθρώπινο δυναμικό.....	54
4.3 Αναδιοργάνωση δημόσιων υγειονομικών μονάδων.....	56
4.3.1 Αναδιοργάνωση κέντρων υγείας – διασύνδεση μονάδων Π.Φ.Υ με Ε.Ο.Π.Υ.Υ.....	58
4.4 Οργάνωση και διοίκηση του νοσοκομειακού τομέα.....	60
4.4.1 Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN) – DRGs.....	60
4.4.2 Μηχανοργάνωση νοσοκομείων.....	61
4.4.2.1 Ο.Π.Σ.Υ – esy.net.....	62
4.4.2.2 Διπλογραφικό σύστημα.....	63
4.4.3 Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων.....	64
4.4.4 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση.....	66
4.4.5 Νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη.....	67
4.4.6 Ιατρικές προμήθειες.....	69
4.4.7 Πόροι χρηματοδότησης.....	71
4.5 Κοινωνική ασφάλιση.....	73
4.6 Παλαιά και νέα μέτρα μεσοπρόθεσμου για 2012-2015.....	75

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ**

<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ</b> .....	79
5.1 Εισαγωγή.....	79
5.2 Η έννοια της αποδοτικότητας στον τομέα της υγείας.....	81
5.3 Αξιολόγηση απόδοσης νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.....	83
5.4 Αναδιάρθρωση νοσοκομείων.....	88
5.5 Συμπεράσματα.....	90

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ**.....

6.1 Εισαγωγή.....	92
6.2 Το οργανωτικό πρόβλημα του τομέα υγείας.....	95
6.3 Οργάνωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.....	97
6.3.1 Οργάνωση κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης.....	98
6.3.2 Μεγιστοποίηση παραγωγής υπηρεσιών υγείας από τα κρατικά νοσοκομεία.....	98
6.3.3 Εκσυγχρονισμός πρωτοβάθμιας περίθαλψης.....	100
6.3.4 Οργάνωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας.....	102
6.4 Η θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην υλοποίηση του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» 2014-2020.....	104
6.6.1 Προοπτικές συνεργασίας ιδιωτικών ασφαλιστικών με το δημόσιο σύστημα υγείας.....	108

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ**.....

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**.....

## Περίληψη

Τίτλος:	Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας
Του:	Τσαφαντάκη Βασίλη
Επιβλέποντες:	1. Φιλαλήθης Αναστάσιος 2. Μελάς Χρήστος
Ημερομηνία:	Ιούνιος 2013

*Πανεπιστήμιο Κρήτης*

Λέξεις κλειδιά: Νοσοκομείο, σύστημα υγείας, οικονομική κρίση, αποδοτικότητα, Ελλάδα

Η εργασία αυτή έχει στόχο να καταγράψει και να αναλύσει τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδος. Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και συνεπώς οι συνολικές δαπάνες υγείας, αυξάνονταν σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, προσεγγίζοντας το 10% του Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π) το 2011 ξεπερνώντας έτσι το μέσο όρο των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α)<sup>1</sup>. Η αύξηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα αποδίδεται κυρίως στην αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και στις μη ορθολογικές δαπάνες εξαιτίας της έλλειψης ελλεκτικών μηχανισμών<sup>1</sup>.

Στα μέσα του 2010, μετά την επικύρωση του δημοσιονομικού ελλείμματος της Ελλάδος το οποίο ανήλθε το έτος 2009 σε επίπεδα ανώτερα από αυτά που θα καθιστούσαν το δημόσιο χρέος βιώσιμο, η Ελλάδα τέθηκε υπό την επίβλεψη του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (Δ.Ν.Τ), της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (Ε.Κ.Ν).

---

<sup>1</sup> IOBE, 2011, Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου IOBE, Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών

Η επίβλεψη είχε στόχο την εφαρμογή μεταρρυθμιστικών πολιτικών οι οποίες θα αποσκοπούσαν στον εξορθολογισμό των δημοσίων δαπανών και κατ' επέκταση στον έλεγχο του δημοσίου χρέους.

Στα πλαίσια των μεταρρυθμιστικών αλλαγών συμπεριελήφθη ο κλάδος της υγείας, με σκοπό την εφαρμογή πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού της δημόσιας συνολικής δαπάνης υγείας.

Με την έναρξη εφαρμογής των μεταρρυθμιστικών αλλαγών, θεσμοθετήθηκε μία σειρά μέτρων για την επίτευξη των συμφωνηθέντων στόχων του μνημονίου. Τα μέτρα προέβλεπαν την μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας στο 6 % του Α.Ε.Π έως το 2012 και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στο 1 % του Α.Ε.Π<sup>2</sup>.

Αποτέλεσμα της μείωσης της δημόσιας δαπάνης για την υγεία ήταν η περικοπή της χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων, (τα οποία είχαν ήδη έλλειμμα 6,5 δις € το 2010 ) με επιπτώσεις στη ποιότητα και ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Επίσης, λόγω των μεγάλων ελλειμμάτων των ασφαλιστικών ταμείων (4,5 δις €<sup>3</sup>) και της περικοπής των ασφαλιστικών παροχών υγείας, πολλαπλασιάστηκαν τα προβλήματα εξυπηρέτησης των ασθενών. Στα πλαίσια της περιστολής των δημοσίων δαπανών μειώθηκαν οι αποδοχές του ιατρικού, του νοσηλευτικού και του λοιπού προσωπικού. Ανεστάλησαν οι προσλήψεις για την κάλυψη νέων και κενών λόγω συνταξιοδότησης θέσεων με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται μείωση και γήρανση του προσωπικού που ήδη υπηρετούσε<sup>4</sup>. Παράλληλα, η αναγκαιότητα για χρήση δημοσίων υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε, λόγω μείωσης του διαθέσιμου ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος και έστρεψε τους οικονομικά αδύναμους ασθενείς στην χρήση υπηρεσιών που είχαν ασφαλιστική κάλυψη .

---

2 Βασιλή Κοντοζαμανη, 2011,Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίση στο σύστημα υγείας, Κυριακάτικη Δημοκρατία, 31/12/2011

3 Γ. Κυριόπουλος, Β. Τσιάντου, 2010,Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις τις στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη,Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5):834-840

4 Kalafati M, 2012,How the european financial crisis has affected urgent care in Greece, Emergency nurse, Volume 20(3) P. 26



Οι μεταρρυθμιστές αλλαγές έδωσαν την ευκαιρία αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η δημιουργία του νέου ασφαλιστικού φορέα Ε.Ο.Π.Υ.Υ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) το 2011 και η εφαρμογή νέων πολιτικών στην τιμολόγηση των ιατρικών υλικών και των υπηρεσιών υγείας με την εφαρμογή του μνημονίου, αποτέλεσε την αρχή της αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας.

Κλείνοντας, η εργασία μέσω την βιβλιογραφική ανασκόπησης για την αποτύπωση της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, θέτει ως στόχο την διατύπωση προτάσεων με σκοπό την οικονομική εξυγίανση και αναδιάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ).

## Abstract

Title of thesis: The impact of economic crisis on Greek healthcare system

Names: Tsafantakis Vasilios

Supervisors: 1. Filalithis Anastasios

2. Melas Christos

Date: June 2013

*University of Crete*

Keywords: Hospital, Health system, Economic Crisis, Productivity, Greece

This thesis aims to record and analyze the consequences of the economic crisis in the health system in Greece. The extend demand for health services and in consequence the total health expenditure in Greece, increased significantly over time, which approaching 10% of Gross Domestic Product (GDP) in 2011, thus exceeding the average of Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries<sup>5</sup>. The inefficiency of the health system, the irrational spending and the lack of elections mechanisms result on the increase in health spending in Greece.

In 2009, the ratification of the budget deficit of Greece amounted to levels higher than those that would make public debt sustainable, and in the mid-2010 Greece came under the supervision of the International Monetary Fund, the European Union and the European Central Bank. The supervision was aimed at implementing reform policies that sought to rationalize public expenditure and thus to control public debt.

The health sector is also included as part of the reform changes in order

to implement policies of modernization and rationalization of the public overall health spending.

The launch of the reform changes initialized a series of measures in order to achieve agreed objectives of the Memorandum. The measures envisaged to reduce public health spending to 6% of GDP by the end of 2012 and public pharmaceutical expenditure to 1% of GDP <sup>6</sup>.

Result of the reduction of public expenditure on health was the cut in of funding of public hospitals (which had already deficit € 6.5 billion in 2010) which consequently impacted on quality and quantity of services provided to patients. In addition, the large deficits of the pension funds (4.5 billion €) and the cutting of health insurance benefits resulted on proliferated service problems of patients. This containment of public spending also included the decreased salaries of the medical, nursing and other staff. Furthermore, the recruitment for filling new and vacant positions due to retirement leading is declined which has as a result the aging of personnel. Moreover, the necessity to use public health services increased due to the reduction in disposable income individual or family and turned them economically weak patients in use of services were covered.

Reformers changes have enabled the restructuring of the health system in Greece. The creation of new insurance carrier FBS (National Health Services) in 2011 and the implementation of new policies in the pricing of medical equipment and healthcare services, marked the beginning of the restructuring of the health system

Finally, in the thesis there is a literature review that captures the impact of the economic crisis in the health system in Greece which aims to set proposals for economic reform and restructuring of the National Health System (Health Service).

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

<b>Πίνακας 1:</b> Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, τα έτη 2004 (πριν και μετά την αναθεώρηση του Α.Ε.Π) 2005, σε εκατ €.....	<b>33</b>
<b>Πίνακας 2:</b> Δαπάνες ασφαλιστικών ταμείων υγείας για φάρμακα και νοσοκομειακή δαπάνη. Πηγή: Υπουργείο απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας, κοινωνικοί προϋπολογισμοί περιλαμβάνονται τα στοιχεία των Φ.Κ.Α αρμοδιότητας.....	<b>35</b>
<b>Πίνακας 3:</b> Δομές Π.Φ.Υ του Ε.Σ.Υ ανά ΔΥΠΕ Πηγή: ΥΥ&ΚΑ 2007.....	<b>37</b>
<b>Πίνακας 4:</b> Η εξέλιξη της δαπάνης υγείας (ιδιωτικής η μη) το διάστημα 2005-2009 Πηγή: WHO 2012, live statistics.....	<b>40</b>
<b>Πίνακας 5:</b> Έξοδα των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, κατά πηγή εξόδων: 2004-2009 Πηγή:ΕΛ.ΣΤΑΤ.....	<b>41</b>
<b>Πίνακας 6:</b> Δαπάνη υγείας και φαρμάκου στην Ελλάδα 2000-2007 Πηγή:ΕΛ.ΣΤΑΤ.....	<b>42</b>
<b>Πίνακας 7:</b> Δαπάνες Φ.Κ.Α για υγεία, φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη Πηγή: Υ.Υ.ΚΑ, Κοινωνικοί προϋπολογισμοί, 2009.....	<b>45</b>
<b>Πίνακας 8:</b> Συγκεντρωτικός πίνακας οφειλών των ταμείων για φάρμακα (1-1-2005 έως 30-9-2009).....	<b>48</b>
<b>Πίνακας 9:</b> Κόστος μισθοδοσίας για την περίοδο 2009-2011 Πηγή: ΥΥΚΑ 2012....	<b>56</b>
<b>Πίνακας 10:</b> Παλαιά και τρέχουσα κατάσταση νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ ανά Υ.ΠΕ Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α 2011.....	<b>57</b>
<b>Πίνακας 11:</b> Αριθμός επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ Πηγή: esy.net.....	<b>65</b>
<b>Πίνακας 12:</b> Ετήσια φαρμακευτική δαπάνη ανά ΔΥ.Πε, 2011 Πηγή: esynet.net.....	<b>69</b>
<b>Πίνακας 13:</b> Συνολικές δαπάνες σε προμήθειες υλικών ανά Υ.Πε το 2011 Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α 2012.....	<b>71</b>
<b>Πίνακας 14:</b> Επίπτωση περιοριστικών μέτρων στο νοσοκομειακού τομέα Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α, 2011.....	<b>73</b>
<b>Πίνακας 15:</b> Συγκεντρωτικά αποτελέσματα έρευνα 2009-2011 Πηγή: esy.net.....	<b>85</b>

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

<b>Γράφημα 1:</b> Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ε.Ε 2004, Πηγή OECD, Health Data 2006.....	<b>29</b>
<b>Γράφημα 2:</b> Εξέλιξη των δαπανών υγείας των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων 2000-2005.....	<b>30</b>
<b>Γράφημα 3:</b> Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο σε σταθερές τιμές, 1995-2005 Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.....	<b>31</b>

<b>Γράφημα 4:</b> Ιδιωτική δαπάνη υγείας ανά κατηγορία φροντίδας υγείας ως ποσοστό της συνολικών ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα 1981-2005.....	<b>32</b>
<b>Γράφημα 5:</b> Ποσοστό της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης που αντιστοιχεί στη χρήση γενόσημων εκτός πατέντας φαρμάκων, 2011 Πηγή: esy.net.....	<b>68</b>
<b>Γράφημα 6:</b> Απόδοση νοσοκομείων 2009-2011 Πηγή: esy.net.....	<b>84</b>
<b>Γράφημα 7:</b> Τεχνική αποδοτικότητα ανά κατηγορία νοσοκομείων Πηγή: esy.net.....	<b>85</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>Διάγραμμα 1:</b> Το σύστημα ως παραγωγική μονάδα.....	<b>20</b>
<b>Διάγραμμα 2:</b> Διαχρονική εξέλιξη δείκτη τιμών υγείας, δείκτη τιμών νοσοκομειακής περίθαλψης, δείκτη τιμών φαρμάκου & γενικού δείκτη τιμών καταναλωτή Πηγή: Γ.Γ.ΕΣΥΕ Eurostat.....	<b>35</b>
<b>Διάγραμμα 3:</b> Κατανομή φαρμακευτικής δαπάνης ανά ασφαλιστικό φορέα αρμοδιότητας υπουργείου απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας.....	<b>36</b>
<b>Διάγραμμα 4:</b> Εξέλιξη Δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης 2004 - 2009, αναθεωρημένα στοιχεία Πηγή: Απολογιστικά στοιχεία ΓΓΚΑ, Διεύθυνση φαρμακευτικής δαπάνης οίκου ναύτου.....	<b>44</b>
<b>Διάγραμμα 5:</b> Κατανομή φαρμακευτικής δαπάνης ανά ασφαλιστικό φορέα αρμοδιότητας υπουργείου εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης Πηγή: Υπουργείο εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνικοί προϋπολογισμοί, 2009.....	<b>45</b>
<b>Διάγραμμα 6:</b> Κατανομή νοσοκομειακής δαπάνης ανά ασφαλιστικό φορέα αρμοδιότητας υπουργείου εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης Πηγή: Υπουργείο εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνικοί προϋπολογισμοί, 2009.....	<b>46</b>
<b>Διάγραμμα 7:</b> Συγκεντρωτικός πίνακας οφειλών νοσοκομείων (1-1-2005 έως 30-9-2009) * μέχρι 30/09/2010 Πηγή: Ελευθεροτυπία 20/6/2010.....	<b>47</b>
<b>Διάγραμμα 8:</b> Η νέα οργανωτική δομή του Ε.Σ.Υ Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α 2012.....	<b>58</b>
<b>Διάγραμμα 9:</b> Ποσοστό μηχανογράφησης ανά Υ.Πε Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α, 2012.....	<b>62</b>
<b>Διάγραμμα 10:</b> Έσοδα ανά ΔΥ.Πε από τη λειτουργία των απογευματινών ιατρείων των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ (έτος αναφοράς 2011, ESY. net 2011).....	<b>65</b>
<b>Διάγραμμα 11:</b> Ποσοστό πιστοποιημένων γιατρών στα Τ.Ε.Ι των νοσοκομείων του ΕΣΥ και στις δομές Π.Φ.Υ ανά ΔΥ.Πε (Φεβρουάριος 2012, ΔΥ.Πε).....	<b>66</b>
<b>Διάγραμμα 12:</b> Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 2009 - 2014 Πηγή: ΥΥΚΑ 2012...76	<b>76</b>

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΡΩΝ**

- Α.Ε.Π** – Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν  
**Δ.Ν.Τ**- Διεθνές Νομισματικό Ταμείο  
**Δ.Υ.Π.Ε**- Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών  
**Ε.Ε**- Ευρωπαϊκή Ένωση  
**Ε.Κ.Α.Β** – Εθνικά Κέντρα Αμεσης Βοήθειας  
**Ε.Κ.Ν**- Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα  
**Ε.Κ.Π.Α**- Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών  
**Ε.Ο.Π.Υ.Υ**- Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας  
**Ε.Σ.Υ Ν.Π.Δ.Δ** – Εθνικό Σύστημα Υγείας Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου  
**Ε.Σ.Υ Ν.Π.Ι.Δ** – Εθνικό Σύστημα Υγείας Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου  
**Ε.Σ.Υ**- Εθνικό Σύστημα Υγείας  
**Ε.Σ.Υ.Ε** - Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας  
**Η.Π.Α** – Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής  
**Ι.Κ.Α-ΕΤΑΜ** - Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών  
**Κ.Ε.Ν**- Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια  
**Κ.Υ** – Κέντρο Υγείας  
**Ο.Α.Ε.Ε** - Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών  
**Ο.Γ.Α** - Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων  
**Ο.Π.Σ.Υ**- Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας  
**Π.Ι** – Περιφερειακά Ιατρεία  
**Π.Φ.Υ**- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
**Σ.Ε.Π** – Συντονιστική Επιτροπή Προμήθειας  
**Σ.Λ.Υ** – Σύστημα λογαριασμών υγείας  
**Σ.Υ.Σ.Π.Υ**- Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας  
**Σ.Φ.Ε.Ε**- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος  
**Τ.Ε.Ι** – Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία  
**Τ.Ε.Ι**- Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα  
**Υ.Π.Ε** – Υγειονομική Περιφέρεια  
**Υ.Υ.Κ.Α** – Υπουργείο Υγείας και Αλληλεγγύης  
**Φ.Ε.Κ** – Φύλλα Ενημέρωσης της Κυβερνήσεως  
**Φ.Κ.Α** – Φορείς Κοινωνικής Ασφάλειας
- D.R.Gs** - Diagnosis Related Groups  
**G.D.P** - Gross Domestic Product  
**I.C.D**- International Classification of Diseases  
**O.E.C.D** - Organization for Economic Cooperation and Development

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1 Εισαγωγή

Κρίση στο σύστημα υγείας μίας χώρας προκαλείται από την επίδραση μη ελεγχόμενων εξωτερικών παραγόντων ή την ξαφνική αύξηση ζήτησης των υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών<sup>7</sup>.

Η πρόσφατη οικονομική κρίση εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες κατά το έτος 2006, με επίκεντρο τις τραπεζικές επισφάλειες και ειδικότερα την αδυναμία αποπληρωμής των στεγαστικών δανείων<sup>8</sup>. Αρχικά η οικονομική κρίση επηρέασε τις αναπτυγμένες χώρες και στην συνέχεια όλο τον κόσμο, με επιπτώσεις κυρίως στην πραγματική οικονομία των χωρών, ενώ συνεπακόλουθα είχε αντίκτυπο και άλλους τομείς κάθε κοινωνίας (υγεία, παιδεία κ.α).

Σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, η οικονομική ύφεση είχε ως αποτέλεσμα την παγκόσμια αύξηση του αριθμού των ανέργων από 5,7 % το 2007 σε 7,1 % το 2009<sup>9</sup>. Κυρίως όμως, η οικονομική κρίση εξακολουθεί να απειλεί τις χώρες με χαμηλή ή μέση ανάπτυξη και τα χαμηλά ή μεσαία κοινωνικά στρώματα, αναδεικνύοντας τρία βασικά αλληλοσυνδεδεμένα προβλήματα: (α) την ανισοτιμία των συνθηκών κοινωνικής προστασίας, (β) την υγεία και (γ) την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων για πρόσθετες υπηρεσίες υγείας. Στο επίπεδο της υγείας, η επίπτωση της οικονομικής κρίσης είχε σημαντική επίδραση στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας και στην αύξηση του δημοσίου ελλείμματος λόγω αυξανόμενης χρήσης

---

7 Κοντοζαμάνης Β, 2011, Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, <http://www.isarkadias.gr/9784/articles/η-επίπτωση-της-οικονομικής-κρίσης-στο/>, [Πρόσβαση 22/04/2013]

8 International Monetary Fund, 2009, Global Economic Slump Challenges policies, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf> [Πρόσβαση 22/04/2013]

9 International Labour Organization, 2009, Global employment trends 2009. Geneva: ILO 2009 [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/□□□dgreports/□□□dcomm/documents/publication/wcms\\_101461.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/□□□dgreports/□□□dcomm/documents/publication/wcms_101461.pdf) [Πρόσβαση 22/04/2013]

των υπηρεσιών υγείας <sup>10</sup>. Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία μίας χώρας επιδρούν αρνητικά στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών φορέων αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας <sup>11</sup>. Στους φορείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται και οι ιδιωτικοί φορείς οι οποίοι αντιμετώπιζαν προβλήματα ρευστότητας λόγω της καθυστέρησης αποπληρωμής χρεών από τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και της δυσκολίας άντλησης κεφαλαίων από το τραπεζικό σύστημα.

Επειδή η οικονομική κρίση επιφέρει πολλές και σημαντικές αλλαγές στο σύστημα υγείας δεν είναι εύκολη η αποτύπωση των διαδοχικών αλλαγών και των επιπτώσεων της. Δηλαδή, δεν επηρεάζει μόνο την οργάνωση του συστήματος υγείας από οικονομικής πλευράς αλλά έχει επίπτωση σε τομείς που έμμεσα επηρεάζουν το επίπεδο της πληθυσμιακής υγείας. Για παράδειγμα, επηρεάζονται οι εμβολιασμοί <sup>12</sup> και οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, η εργασία κτλ, που έχουν άμεση επίπτωση στη διαμόρφωση της υγειονομικής πολιτικής.

Κατά την διάρκεια μίας οικονομικής κρίσης, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας αυξάνεται με μεγαλύτερο ρυθμό στους δημόσιους φορείς. Αυτή η αύξηση, αιτιολογείται λόγω της μείωσης των αποδοχών των πολιτών αλλά και της επιβολής αλλαγών και παροχών στην κάλυψη ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας.

Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό την επιτήρηση της Ε.Ε, της Ε.Κ.Ν και του Δ.Ν.Τ λόγω υψηλού δημοσιονομικού ελλείμματος και υψηλού δημόσιου χρέους. Άμεσο αποτέλεσμα ήταν η μείωση του ρυθμού ανάπτυξης του Α.Ε.Π.

Η οικονομική κρίση οδήγησε σε κοινωνικές πιέσεις λόγω περιορισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες με κίνδυνο να

---

10 ΕΣΔΥ,2011,Η υγεία στη Δίνη της οικονομικής κρίσης, Γιάννης Κυριόπουλος

11 Appleby J, 2008, The credit crisis and health care, BMJ;337:1022-1024

12 WHO,2009, “The financial crisis and global health. Geneva 2009”.  
[http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_en\\_.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf),  
[Πρόσβαση 22/4/2013]



επηρεαστεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Οι ασθενείς στράφηκαν στη χρήση υπηρεσιών υγείας οι οποίες είχαν ασφαλιστική κάλυψη. Παρατηρήθηκε ότι ως το 2011 αυξήθηκαν οι εισαγωγές σε νοσοκομεία κατά 24 % σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη και μειώθηκαν κατά 18 % έως 25 % οι εισαγωγές σε ιδιωτικά νοσοκομεία <sup>13</sup>.

Συχνά, ως πρώτη αντίδραση στην οικονομική κρίση είναι η περιστολή των δαπανών, η μείωση της χρηματοδότησης των δημόσιων υγειονομικών σχηματισμών, με δυσανάλογη προσπάθεια διατήρησης ή και αύξησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το 2009 τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων ανήλθαν στα 6,5 δις € και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας στα 4,5 δις €. Με την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου, προβλεπόταν περιστολή της δημόσιας δαπάνης κατά 3,4 δις € σε φάρμακα και προμήθειες, δηλαδή το 15 % της δημόσιας δαπάνης για το έτος 2010 - 2011 <sup>14</sup>. Έτσι οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων το 2010 μειώθηκαν μέχρι και 40 % σε σχέση με τα προηγούμενα έτη <sup>15</sup>.

Οι πολιτικές αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, περικοπές στους προϋπολογισμούς δαπανών της υγείας, αύξηση των εισφορών των εργοδοτών και εργαζομένων και αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Επειδή οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας είναι πολλαπλές και σημαντικές, απαιτούνται παρεμβάσεις για τη σταθεροποίηση και αναστροφή αυτή της κατάστασης.

Στα επόμενα κεφάλαια λοιπόν θα διατυπωθούν προτάσεις που θα έχουν στόχο την οργάνωση και οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας της Ελλάδας.

---

13 ΥΥΚΑ, 2011, Υπουργείο Υγείας και Αλληλεγγύης, [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)

14 ΕΣΔΥ, 2011, Η υγεία στη Δίνη της οικονομικής κρίσης, Κυριόπουλος Γ.

15 Κοντοζαμανη Β, 2011, Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας, Κυριακάτικη Δημοκρατία, 31/12/2011

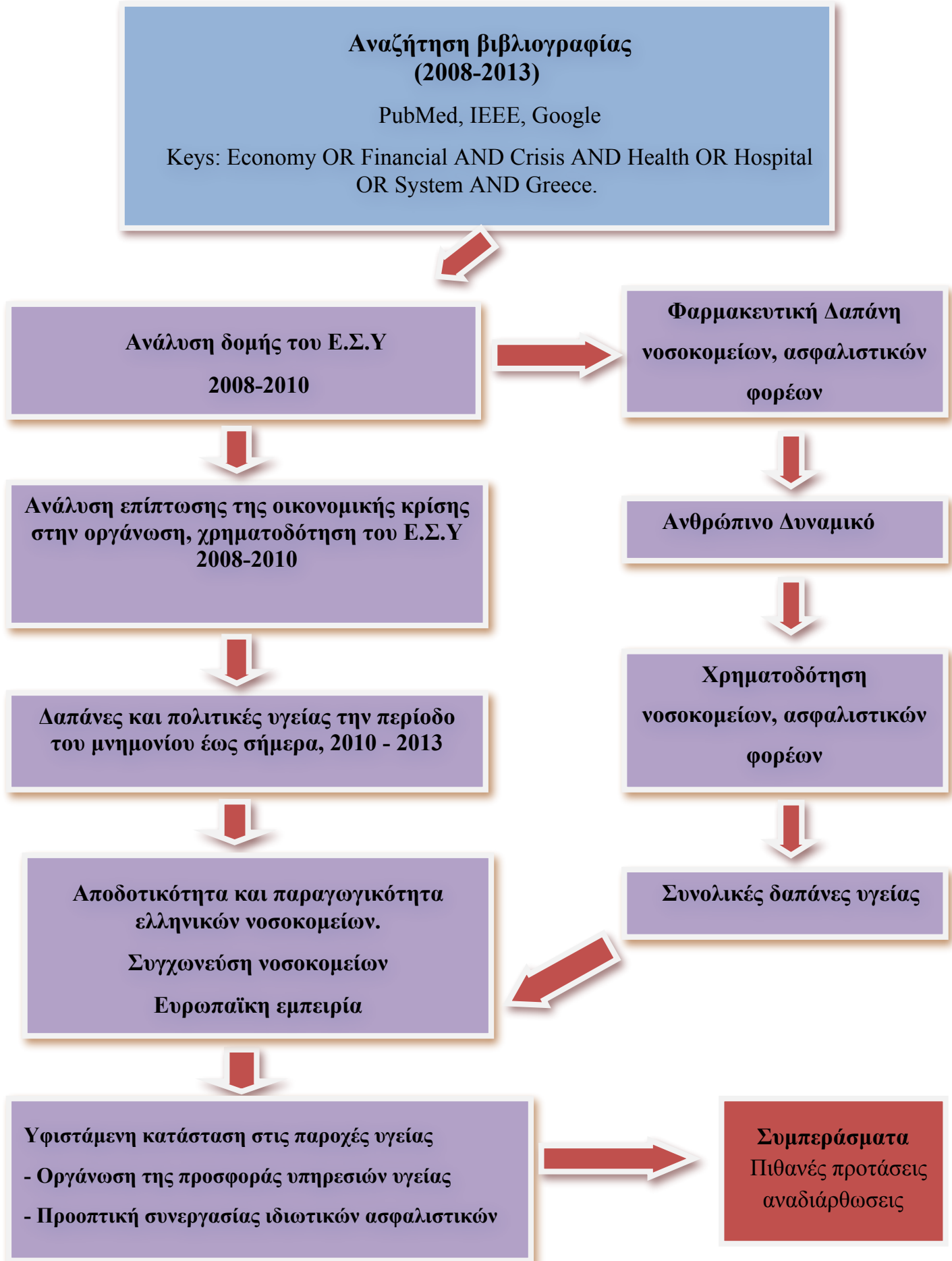
## 1.2 Σκοπός και αντικείμενα της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν και να καταγραφούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας ενώ παράλληλα επιχειρείται να γίνει μία προσπάθεια να διατυπωθούν συγκεκριμένες προτάσεις, που εκτιμάται ότι διασφαλίζουν ή και βελτιώνουν την λειτουργικότητα του.

Η επίτευξη των στόχων αυτών επιχειρείται με:

1. Συλλογή δεδομένων μέσω της αναζήτησης στη διεθνή και παγκόσμια βιβλιογραφία στην Ελληνική & Αγγλική γλώσσα σχετικά με την οργάνωση και χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ ασφαλιστικών φορέων παροχής υγείας, τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, προτάσεις για την αναδιοργάνωση του Ε.Σ.Υ. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το PubMed, IEEE, Google και σε ιστοσελίδες διεθνών οργανισμών. Η αναζήτηση στους παραπάνω διαδικτυακούς τόπους πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 2008 - 2012. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: economy OR financial AND crisis AND health OR hospital OR system AND Greece.
2. Ανάλυση της δομής και των δαπανών του συστήματος υγείας της Ελλάδας από το 2008 έως σήμερα.
3. Ανάλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην οργάνωση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων και ασφαλιστικών φορέων από το 2008 έως σήμερα.
4. Ανάλυση της επίπτωσης των μέτρων των μνημονίων στην οργάνωση, χρηματοδότηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας και των νοσοκομείων.
5. Αναφορά στόχων μνημονίου και πιθανές προτάσεις για την αναδιοργάνωση του Ε.Σ.Υ για το 2013 έως 2015.

### 1.3 Σχηματική αναπαράσταση βιβλιογραφική αναζήτησης



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται τα κυριότερα μοντέλα συστημάτων υγείας που έχουν επικρατήσει παγκοσμίως. Στην συνέχεια περιγράφεται το Ε.Σ.Υ αναλύονται οι πηγές χρηματοδότησης και οργάνωση του πριν την οικονομική κρίση.

### 2.2 Συστήματα υγείας

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα υγείας, που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού<sup>16</sup>. Ένα σύστημα υγείας αποτελεί ένα οργανωτικό και λειτουργικό πολυπαραγοντικό πλαίσιο συντονισμού και αξιοποίησης των υφιστάμενων δυνατοτήτων για την κάλυψη των αναγκών υγείας και τον σχεδιασμό προοπτικών για την δημόσια υγεία<sup>17</sup>.

Το σύστημα υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά και σε τομείς διεπιστημονικού & διατομεακού χαρακτήρα, όπως για παράδειγμα η πρόληψη ασθενειών στην δημόσια υγεία. Επίσης, κάθε σύστημα υγείας αλληλεπιδρά με εξωτερικούς παράγοντες (πχ. κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, ανεργία, τρόπο ζωής του πληθυσμού κ.α) οι οποίοι καθορίζουν την ομαλή λειτουργία του. Ένας από τους σκοπούς των συστημάτων υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η επίτευξη των παραπάνω σκοπών πραγματοποιείται μέσω της αξιολόγησης της οργάνωσης του και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η

---

16 Σιγάλας Ι., 1999, Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας», στο Δίκαιος Κ και συν. (επιμέλεια), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, κεφ. 2, σελ. 57-112

17 Λιαρόπουλος Α., 1991, Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής

αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας βασίζεται στα παρακάτω κριτήρια <sup>18</sup>:

1. Στην μέτρηση της αποδοτικότητας, η οποία αφορά τη σχέση μεταξύ των εισροών και των εκροών μίας υγειονομικής μονάδας.
2. Στην κλινική αποτελεσματικότητα η οποία αναφέρεται στην ορθολογική και αποτελεσματική χρήση των κλινικών πόρων.
3. Στην ισότητα και κοινωνική δικαιοσύνη οι οποίες κατά την κοινή πεποίθηση σχετίζονται με τη σωστή κατανομή των πόρων υγείας ή ισότητα ως προς την χρήση τους.

Βάσει των παραπάνω, η σωστή λειτουργία ενός συστήματος υγείας εξαρτάται από εξωτερικούς παράγοντες (εργασία, οικονομία κ.α). Επίσης, ένα σύστημα υγείας αποτελείται από υποσυστήματα, τα οποία επηρεάζουν άμεσα την ομαλή λειτουργία του <sup>19</sup>:

1. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και την εξέλιξη του (προσδόκιμο επιβίωσης κ.α).
2. Την παραγωγή υπηρεσιών υγείας.
3. Τους μηχανισμούς- κάλυψης των δαπανών υγείας (κρατικές εισφορές κ.α).

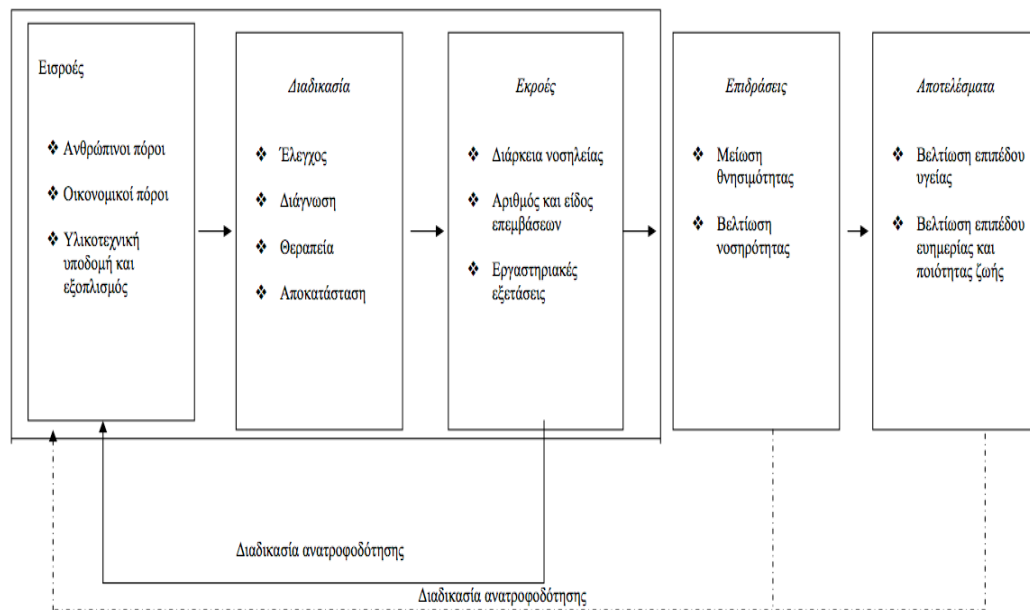
Στο διάγραμμα 1 περιγράφεται σε γενικά πλαίσια η λειτουργία ενός συστήματος υγείας. Σύμφωνα με το διάγραμμα αυτό θα εξεταστεί πως επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση το σύστημα υγείας της Ελλάδας και πώς αυτό διαμορφώθηκε με βάση τις Ευρωπαϊκές κοινοτικές οδηγίες. Στις επόμενες ενότητες, περιγράφονται τα είδη των συστημάτων υγείας.

---

18 Υφαντόπουλος Γ., 2003, *Τα Οικονομικά της Υγείας*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

19 Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., και Σ. Σούλης, 2001, *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

**Διάγραμμα 1: Το σύστημα ως παραγωγική μονάδα**



### 2.2.1 Beveridge

Το εθνικό σύστημα υγείας ή πρότυπο Beveridge, εφαρμόστηκε σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία, Ισπανία, Σουηδία, Ιταλία και Πορτογαλία, και διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής πρόνοιας. Το κράτος προσφέρει χωρίς καμιά οικονομική επιβάρυνση τις υπηρεσίες υγείας στον ασθενή και τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Beveridge είναι τα εξής<sup>20</sup>:

1. Ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και δίκαιη κατανομή των υγειονομικών πόρων.
2. Χρηματοδότηση μέσω ποσοστού του Α.Ε.Π.
3. Διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο.
4. Υπόκειται στον ελεγκτικό μηχανισμό του κράτους

Το μοντέλο Beveridge έχει σαν σκοπό την πλήρη κάλυψη όλων των ασθενών ενός κράτους, ανεξαρτήτως οικονομικού υπόβαθρου, με δίκαιη και ισότιμη πρόσβαση στις παροχές υγείας<sup>21</sup>. Έμφαση δίνεται στον έλεγχο του

20 Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., και Σ. Σούλης, 2001, *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

21 Λαζαρίδου, Δ, 2003, Η Οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στις χώρες της νότιας

κόστους των υπηρεσιών υγείας<sup>22</sup>.

### 2.2.2 Bismarck

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ή πρότυπο Bismarck, με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γερμανία, την Αυστρία, τη Γαλλία και το Βέλγιο, στηρίζεται στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων με χρηματοδότηση από τις εισφορές των εργοδοτών, των εργαζομένων και του κράτους. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος είναι τα εξής<sup>23</sup>:

1. Πλήρης και υποχρεωτική κάλυψη στην περίθαλψη του πληθυσμού
2. Η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών ήταν το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας
3. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος από δημόσιους η ιδιωτικούς φορείς.
4. Κρατικός ποιοτικός έλεγχος για την αποτελεσματικότητα στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας.

Η ιδιαιτερότητα του συστήματος Bismarck, είναι ο περιορισμός στις δαπάνες υγείας και στον τρόπο αξιοποίησης των κονδυλίων σε όλους τους ιατρικούς τομείς (συμπεριλαμβάνεται και ο προϋπολογισμός ενός νοσοκομείου)<sup>24</sup>. Βασικό κριτήριο στην παροχή υπηρεσιών είναι η σχέση

---

ευρώπης και οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες τους, [http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/KDP\\_2003/Proceedings/Lazaridou\\_Despina.pdf](http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/KDP_2003/Proceedings/Lazaridou_Despina.pdf) [Πρόσβαση 24/4/2013]

22 Καραγιάννη Ρ, 2007, Μέτρηση και ανάλυση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

23 Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., και Σ. Σούλης, 2001, Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

24 Σιγάλας Ι., 1999, Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας, στο Δίκαιος Κ και συν. (επιμέλεια), Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, κεφ. 2, σελ. 57-112.

κόστους/ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

### 2.2.3 Φιλελεύθερο σύστημα υγείας

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας ή πρότυπο ιδιωτικής ασφάλισης, με κύριο αντιπρόσωπο της Η.Π.Α, στηρίζεται στην αρχή της ζήτησης και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας <sup>25</sup>. Το σύστημα εξασφαλίζει στον καταναλωτή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του ιατρού και στον ιατρό το δικαίωμα του καθορισμού του ύψους της αμοιβής του. Οι υπηρεσίες υγείας ανήκουν κατά κανόνα σε ιδιώτες που ασκούν επιχειρηματική δραστηριότητα. Τα βασικά χαρακτηριστικά του <sup>26</sup>:

1. Ελευθερία του ασθενή να επιλέξει τον θεράποντα γιατρό και με οικονομικά κριτήρια.
2. Ελευθερία καθορισμού του ύψους της αμοιβής από την πλευρά του παροχέα υπηρεσιών υγείας.
3. Η υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω του ανταγωνισμού.

Συνεπώς, στο φιλελεύθερο συστήματος υγείας, υπάρχουν αυξημένες κοινωνικές ανισότητες ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας, αυξημένη προσφορά και ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα αυξημένες δαπάνες υγείας, σε σύγκριση με τα υπόλοιπα συστήματα υγείας.

### 2.2.4 Το σύστημα υγείας της Ελλάδας

Στις χώρες της Ε.Ε επικρατούν τα μεικτά συστήματα, με έμφαση στο εθνικό σύστημα υγείας (Beveridge) ή στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Bismark). Το σύστημα υγείας στη Ελλάδα αποτελεί μείξη των παραπάνω συστημάτων, με χαρακτηριστικά τόσο του εθνικού συστήματος όσο και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Διαθέτει κυρίως κρατικές υπηρεσίες

---

25 Ρωξάνη Καραγιάννη, 2007, Μέτρηση και ανάλυση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, σελ 35-38

26 Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., και Σ. Σούλης, (2001), *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.



υγείας, με κάλυψη σε όλους τους τομείς υγείας, και ολοκληρώνεται με την βοήθεια κοινωνικών παροχών υγείας και με την ιδιωτική ασφάλιση. Κύριες πηγές χρηματοδότησης είναι τα ασφαλιστικά ταμεία και οι κρατικές επιχορηγήσεις<sup>27</sup>.

Χαρακτηριστικό του μεικτού συστήματος είναι η ‘μειωμένη ανάπτυξη’ σε σύγκριση με τις νότιες χώρες της Ευρώπης που ακολουθούν το σύστημα Beveridge . Αυτό οφείλεται στην αύξηση των δημοσίων δαπανών για την ανάπτυξη του σε σύγκριση με τα υπόλοιπα συστήματα. Επίσης, υψηλές δαπάνες υγείας και μειωμένες παροχές υγείας είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του μεικτού συστήματος. Η δυσαναλογία οφείλεται στο γεγονός ότι, οι χώρες με μεικτό σύστημα άρχισαν να αναπτύσσουν το εθνικό τους σύστημα υγείας σε μια περίοδο όπου η παγκόσμια οικονομία επέβαλλε όρια στις δημόσιες δαπάνες και περιόρισε τις δημόσιες υπηρεσίες. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παραμένει βαρυσήμαντος σε αυτές τις χώρες οι οποίες ήταν υπό ανάπτυξη<sup>28</sup>.

### 2.3 Το σύστημα υγειονομικής φροντίδας της Ελλάδας

Στην Ελλάδα εντοπίζουμε τρία υποσυστήματα υπηρεσιών υγείας, τα οποία δεν έχουν άμεση σχέση μεταξύ τους, ούτε διέπονται από τους ίδιους κανόνες λειτουργίας, οργάνωσης, χρηματοδότησης και ανάπτυξης. Τα υποσυστήματα αυτά είναι τα εξής: (α) το Ε.Σ.Υ, (β) υπηρεσίες δημοσίου εκτός του Ε.Σ.Υ και (γ) υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα<sup>29</sup>.

Το Ε.Σ.Υ ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν: η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ), η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση τη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας<sup>29</sup>.

---

27 Ρωξάνη Καραγιάννη, 2007, Μέτρηση και ανάλυση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, σελ 38-39

28 Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., και Σ. Σούλης, 2001), *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

29 Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα. Σελ 111 ΔΥΠΕ Κρήτης, □□Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών

Το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α) το οποίο στηρίζονταν αρχικά σε δεκαεπτά περιφερειακά συμβούλια υγείας (Πε.Σ.Υ) τα οποία μείωθηκαν σε επτά υγειονομικές περιφέρειες (Υ.ΠΕ) (πρώην Πε.Σ.Υ.) όπως φαίνονται στο σχήμα 1 και στις οποίες είχε ανατεθεί ο περιφερειακός σχεδιασμός υγείας

**Σχήμα 1: Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών Ελλάδας**



Στην Ελλάδα, το 2008, υπήρχαν 146 νοσοκομεία, 250 Κέντρα υγείας (Κ.Υ) και περίπου 53000 κλίνες<sup>30</sup>, 1.400 περιφερειακά ιατρεία, εθνικά κέντρα άμεσης βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β) (κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα). Η χρηματοδότηση τους προέρχονταν κατά 75 % από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά 15 % από την κοινωνική ασφάλιση ενώ το εργατικό

Ελλάδα □ □. <http://www.hc-crete.gr/>, [Πρόσβαση: 05/01/2013]

30 OECD 2008, Hospital beds in Greece, [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT), [Πρόσβαση: 22/01/2013]

δυναμικό την ίδια χρονιά ανέρχεται στους 73707 εργαζόμενους <sup>31</sup>. Η διοικητική και λειτουργική διάρθρωση των νοσοκομείων στην Ελλάδα χωρίζεται σε τέσσερις υπηρεσίες: την ιατρική, την νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική <sup>32</sup>.

Οι υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας του δημοσίου περιείχαν : 28 γενικά νοσοκομεία (στρατιωτικά, ασφαλιστικών οργανισμών, ιδιωτικού δικαίου), 5.000 κλίνες (9 % του συνόλου), 200 Πολυιατρεία (Ιδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α), άλλων ασφαλιστικών φορέων) και 300 Ιατρεία (Ι.Κ.Α., άλλων ασφαλιστικών φορέων, δημοτικά). Οι υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα περιείχαν : 250 μικρά κατά κανόνα νοσοκομεία και κλινικές, 14.000 κλίνες (26 % του συνόλου), 350 διαγνωστικά κέντρα, 20.000 ιατρεία και εργαστήρια, 9.000 οδοντιατρεία και 8.000 φαρμακεία.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα είναι τα ακόλουθα<sup>33</sup>:

1. Χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
2. Το Υ.Υ.Κ.Α είναι ο κύριος υπεύθυνος ανάπτυξης των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα.
3. Οι υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (Υ.Πε).
4. Η Π.Φ.Υ παρέχονται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς από Κ.Υ και Π.Ι.
5. Παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας από τα πανεπιστημιακά η γενικά νοσοκομεία.
6. Οι νοσοκομειακοί ιατροί είναι έμμισθοι, ενώ οι ιδιώτες ιατροί αμείβονται κατά πράξη.
7. Η αποζημίωση των νοσοκομείων χρηματοδοτείται από κρατικά φορολογικά έσοδα και από τις πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και

---

31 Δημήτρης Καραγιώργος,, 2010, Πληθωρισμός... γιατρών στο ΕΣΥ, *ΕΘΝΟΣ*, 1/3/2010,

32 Σιγάλας Ι.,1999,Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας, στο Δίκαιος Κ και συν. (επιμέλεια), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, κεφ. 2, σελ. 57-112.

33 Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π.,2007, Υπηρεσίες Υγείας, Τόμος Α, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

ιδιωτών.

Τα βασικά πλεονεκτήματα του Ε.Σ.Υ είναι <sup>34</sup>:

1. Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας.
2. Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού.
3. Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας.
4. Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος.
5. Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Αντίθετα, τα βασικά μειονεκτήματα του Ε.Σ.Υ <sup>34</sup>:

1. Υψηλές δαπάνες υγείας (νοσοκομειακές, φαρμακευτικές).
2. Χαμηλή ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.
3. Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς.
4. Προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού.
5. Άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών, έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών.

### **2.3.1.1 Ανθρώπινο δυναμικό**

Η ανάπτυξη της παραγωγικότητας στον τομέα της υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον ανθρώπινο δυναμικό και τις πολιτικές διαχείρισης του. Στον υγειονομικό τομέα, εξαιτίας των ατελειών της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, της πολυπλοκότητας του συστήματος υγείας, του υψηλού

---

<sup>34</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007, Υπηρεσίες Υγείας, Τόμος Α, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

καταμερισμού της εργασίας και της τεχνολογίας, η παραγωγή και η διανομή υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συμβολή του ανθρώπινου κεφαλαίου. Στην Ελλάδα, διαχρονικά, καταγράφεται αυξητική τάση ως προς το ποσοστό του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στο χώρο της υγείας. Σύμφωνα με τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες για διαρθρωτική αναβάθμιση του συστήματος υγείας, η κατανομή αλλά και πλήθος εργαζομένων στην υγεία (ανά ποσοστό πληθυσμού), επανεξετάστηκε από το Υ.Υ.Κ.Α με στόχο την οργάνωση και λειτουργία ενός αποτελεσματικότερου και οικονομικά αποδοτικού συστήματος υγείας<sup>35</sup>.

Στην Ελλάδα, ο ρυθμός αύξησης των γιατρών υπερέβη αναλογικά τον αντίστοιχο ρυθμό αύξησης του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να υπηρετεί στο Ε.Σ.Υ πλεονάζον ιατρικού προσωπικού<sup>36</sup>. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ο αριθμός των ιατρών από 23.469 που ήταν στις αρχές της δεκαετίας του 1980, είκοσι χρόνια μετά την ίδρυση του Ε.Σ.Υ ανήλθε στους 53.943 ιατρούς, ενώ το 2009 σε 69.030<sup>37</sup> ιατρούς. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση νοσοκομειακών ιατρών είχε παρατηρηθεί το 2009 στους νομούς Ιωαννίνων (4,11/1000 κάτοικοι), Σάμου (3,91/1000 κάτοικοι), Έβρου (3,23/1000 κάτοικοι), Ηρακλείου (2,91/1000 κάτοικοι και Αχαΐας (2,81/1000 κάτοικοι), ενώ προβληματικός ως προς την αντίστοιχη αναλογία εμφανιζόταν και ο νομός Κυκλάδων με ποσοστό 0,69 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους<sup>38</sup>.

Αντιθέτως, το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα ήταν σε χαμηλά ποσοστά σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη, κατατάσσοντας την Ελλάδα στις τελευταίες θέσεις κατανομής νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τον πληθυσμό μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Συγκεκριμένα, η αναλογία νοσηλευτών διαμορφωνόταν σε 3,36 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, αρκετά

---

35 Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι, 2000, Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, 17(6): 627-639

36 Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, 2000, Ιατρικός Πληθωρισμός: Ένα κοινωνικό πρόβλημα. Αθήνα

37 OECD, 2009, OECD Health Data. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development

38 ΕΣΔΥ, 2010, Μέτρηση της Αποδοτικότητας των Νοσηλευτικών Μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας

χαμηλά συγκριτικά με τα προηγμένα υγειονομικά συστήματα σε διεθνή και ευρωπαϊκή κλίμακα <sup>39</sup>.

### 2.3.2 Δαπάνες υγείας πριν την κρίση

Γενικότερα, οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας διακρίνονται σε δημόσιες και ιδιωτικές. Οι δημόσιες πηγές προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία) και η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολουμένων). Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές, οι φιλανθρωπίες και το οικογενειακό εισόδημα με τη μορφή των άμεσων πηγών, των άτυπων και των νομίμως θεσμοθετημένων πληρωμών συμμετοχής των ασθενών στο κόστος. Στο Ε.Σ.Υ τρεις είναι οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του <sup>40</sup>:

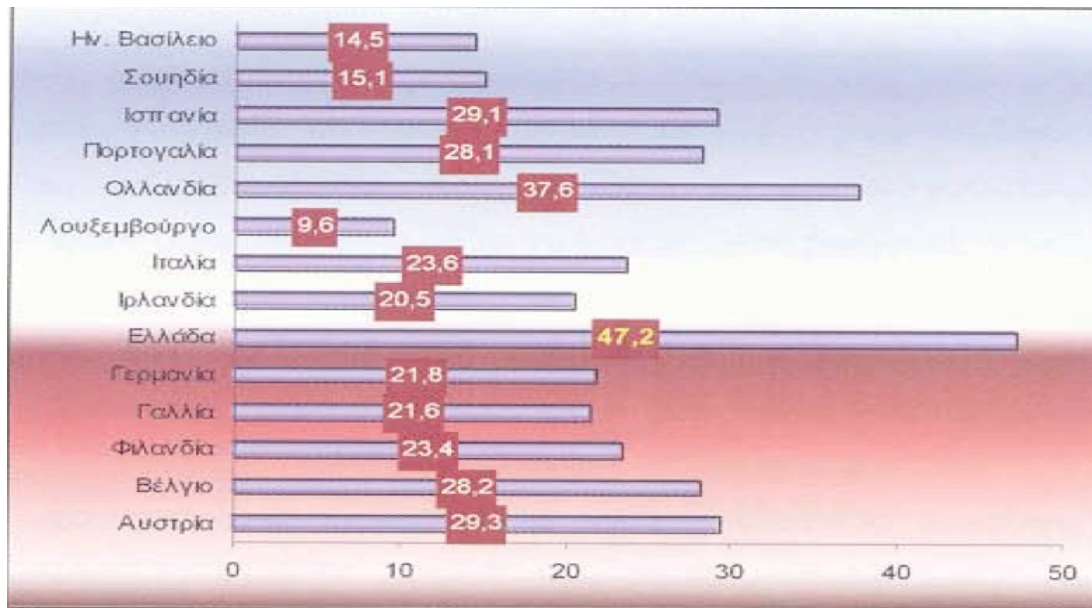
1. Ο κρατικός προϋπολογισμός, που αποτελείται από άμεσους και έμμεσους φόρους.
2. Η κοινωνική ασφάλιση, που συμπεριλαμβάνει τις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών.
3. Οι ιδιωτικές πηγές (Στο Γράφημα 1, εμφανίζεται η θέση της Ελλάδας σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες για τις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα).

---

39 Ελληνική Στατιστική Αρχή (2011)

40 Αδαμακίδου Θ, Αναγνωστοπούλου Α, 2009, Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Νοσηλευτική 48(1):37-49

**Γράφημα 1: Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ε.Ε 2004, Πηγή OECD, Health Data 2006**



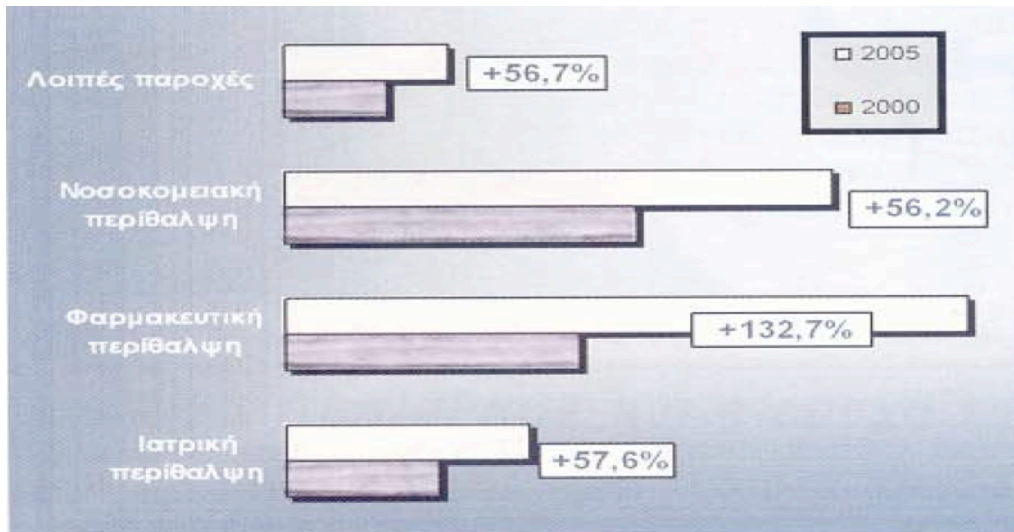
Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης για τις δημόσιες μονάδες υγείας δηλαδή τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ.

Η δεύτερη μεγάλη πηγή χρηματοδότησης είναι τα ασφαλιστικά ταμεία των παρόχων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Οι πηγές της χρηματοδότησης τους ήταν οι κρατικές επιχορηγήσεις, οι εισφορές των εργοδοτών, των εργαζομένων και αυτοαπασχολουμένων όπου κάλυπταν το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής και ένα σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Πριν την ένωση των ασφαλιστικών ταμείων (αναλύεται στο κεφάλαιο 4), οι μεγαλύτεροι ασφαλιστικοί φορείς ήταν το Ι.Κ.Α, το Τ.Ε.Β.Ε και το ταμείο δημοσίων υπαλλήλων. Επίσης η κρατική επιχορήγηση αποτελούσε πηγή εσόδων για τους ασφαλιστικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Το ύψος των εισφορών καθοριζόταν από την εκάστοτε κυβέρνηση και η είσπραξη γινόταν με μηχανισμούς που το κάθε ταμείο διέθετε.

Σύμφωνα με την κυβέρνηση του 2006, επειδή δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα φορολογικά μέτρα και προκειμένου να ξεφύγει από την επιτήρηση της Ε.Ε, αναθεώρησε το Α.Ε.Π της Ελλάδα. Πρίν την αναθεώρηση

του Α.Ε.Π τον Σεπτέμβριο του 2006, η εξέλιξη των δαπανών στον κλάδο της υγείας είχε αυξανόμενη τάση. Μόνο η φαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα το 2005 είχε αυξηθεί από το 2000 κατά 132,7 %<sup>36 41</sup> Στο Γράφημα 2 αποτυπώνονται οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων.

**Γράφημα 2: Εξέλιξη των δαπανών υγείας των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων 2000-2005<sup>41</sup>**

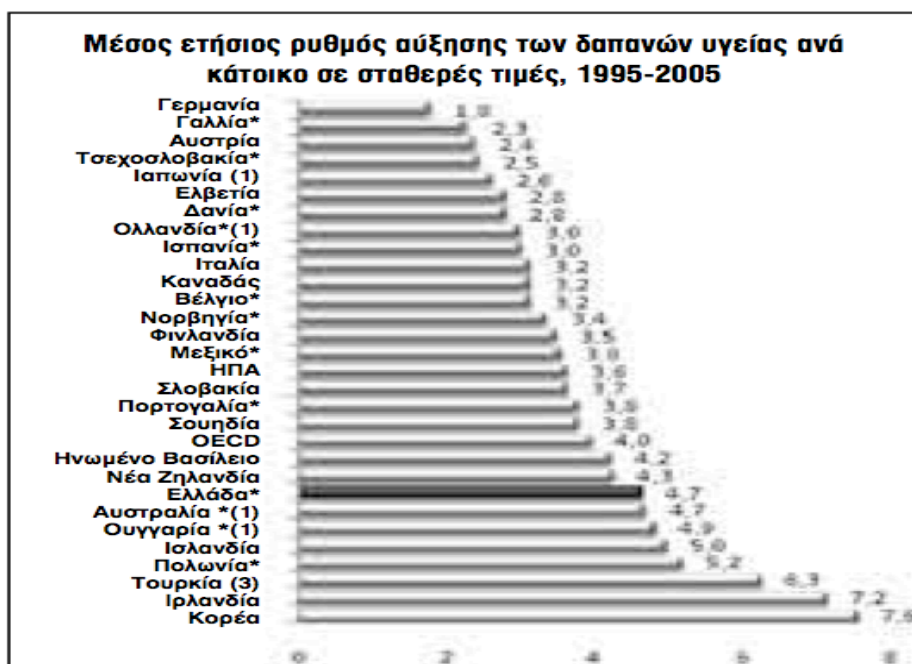


Όπως φαίνεται στο Γράφημα 3, ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών στην Ελλάδα ανήλθε, κατά την περίοδο 1995-2005, σε 4,7%. Η αύξηση αυτή, αντιστοιχούσε σε συσσωρευτική μεταβολή + 58% σε μια δεκαετία.

<sup>41</sup> Κυριάκος Σουλιώτης, 2007, Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, ΤΥΠΕΤ, Δεκέμβριος 2007



**Γράφημα 3: Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο σε σταθερές τιμές, 1995-2005 Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α**



Η άνοδος των δαπανών στην Ελλάδα οφείλονταν κατά κύριο λόγο στους ρυθμούς ανάπτυξης της οικονομίας κατά την δεκαετία 1995 - 2005, καθώς υπήρξε την χρονική εκείνη περίοδο ισχυρή συσχέτιση της αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο και της μεγέθυνσης του Α.Ε.Π ανά κάτοικο. Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο ρυθμός ανάπτυξης μας οικονομίας επηρεάζεται σημαντικά από τον ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο <sup>42</sup>. Αυτό συνέβη και στην περίπτωση της Ελλάδας, όπου Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ <sup>43</sup>, οι συνολικές δαπάνες υγείας σε ποσοστό του Α.Ε.Π στην Ελλάδα κυμαίνονταν από 7,9 % ~ 10.1 % την περίοδο 1995 - 2005.

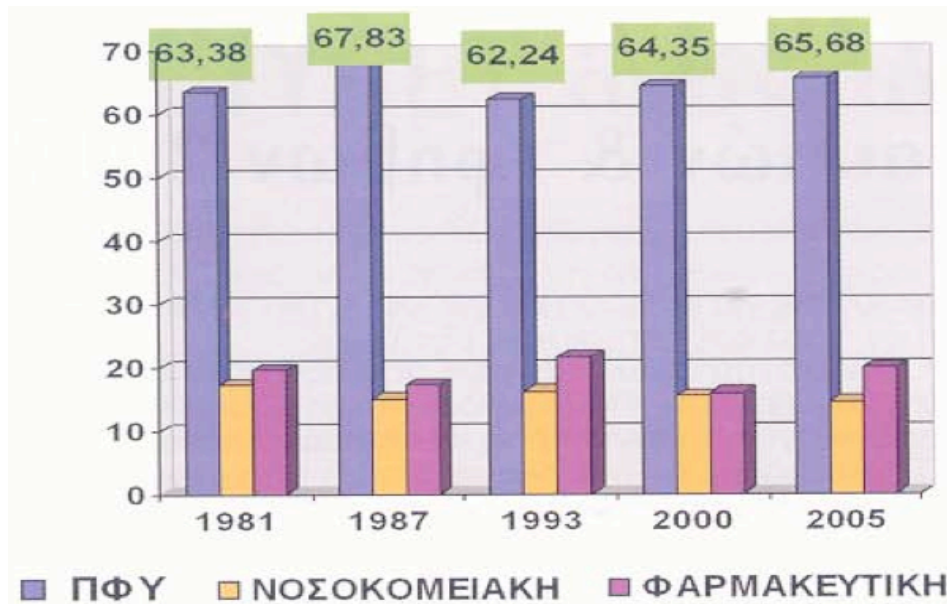
Σημαντικός παράγοντας ήταν η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς φορείς λόγω της αυξημένης ζήτησης. Στο Γράφημα 4 περιγράφεται η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας από το 1981 έως το

42 INE, 2008, Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση, Ετήσια έκθεση 2008

43 OECD, 2013, Health data % GDP Greece, [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

2005.

**Γράφημα 4: Ιδιωτική δαπάνη υγείας ανά κατηγορία φροντίδας υγείας ως ποσοστό της συνολικών ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα 1981-2005<sup>38</sup>**



Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας οφειλόταν στην ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας, την περίοδο, που το κράτος προσπαθούσε να οργανώσει το σύστημα υγείας. Το ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ήταν το 2005 το υψηλότερο μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α: 57,1 %, ενώ στις Η.Π.Α ήταν 54,9 %<sup>44</sup>. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας ανά κάτοικο μετά το 1995 (που οφειλόταν στην ταχύρυθμη οικονομική ανάπτυξη της χώρας) αποτελούσε παράγοντα της ταχύτερης ανάπτυξης του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και οδήγησε στη μετατροπή της δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας σε ιδιωτική .

44 INE 2008, Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση, Ετήσια έκθεση 2008, σελ 328

### 2.3.2.1 Φαρμακευτικές δαπάνες

Με την αναθεώρηση του Α.Ε.Π τον Σεπτέμβριο του 2006, οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα παρέμειναν κοντά στο 10 % του Α.Ε.Π<sup>45</sup>, αφού η αύξηση της δαπάνης υγείας ήταν ανάλογη με αυτή του Α.Ε.Π (Πίνακας 1). Οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες το 2005 είχαν αυξηθεί (στην αναθεώρηση) σχεδόν κατά 60 % σε σχέση με το 2004 (4.607 εκατ € και 4.965 εκατ € τα έτη 2004 και 2005 αντίστοιχα (Πίνακας 1).

**Πίνακα 1: Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, τα έτη 2004 (πριν και μετά την αναθεώρηση του Α.Ε.Π) 2005, σε εκατ €**

	2004			2005*
	ΠΑ	ΜΑ	% Δ	ΜΑ
1 Φαρμακευτική δαπάνη νοικοκυριών	644	2.131	231	2.359
2 Πληρωμές ιδιωτών σε δημόσια νοσοκομεία	355	335	-5,6	284
3 Δημόσια κατανάλωση	4.068	4.478	10,1	4.932
4 Ιδιωτική κατανάλωση	6.129	8.515	38,9	10.089
5 Κρατικές παροχές σε είδος	4.280	4.177	-2,4	4.409
5α Από τις οποίες φάρμακα των ΟΚΑ	1.969	2.173	10,4	2.294
9 Φαρμακευτική περίθαλψη δημοσίου (ΟΠΑΔ)	303	303	0	312
6 Δημόσιες επενδύσεις	182	185	1,6	198
7 Ιδιωτικές επενδύσεις	438	380	-13,2	408
8 Σύνολο επενδύσεων	620	565	-8,9	606
Συνολική δαπάνη υγείας	16.399	20.504	25	22.991
Συνολική δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	9,8	9,6	--	10,1
Δημόσια δαπάνη υγείας	8.833	9.143	3,5	9.851
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	53,9	44,6	—	42,8
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη	2.916	4.607	58	4.965
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη	2.272	2.476	9	2.606
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως % της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης	77,9	53,7	—	52,5

Πηγή: ΕΣΥΕ, Τμήμα Εθνικών Λογαριασμών, 2007

ΑΕΠ: Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, ΠΑ: Στοιχεία πριν την αναθεώρηση, ΜΑ: Στοιχεία μετά την αναθεώρηση, \*Για το έτος 2005 δεν υπάρχουν στοιχεία πριν από την αναθεώρηση

Η αύξηση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης προερχόταν εξολοκλήρου από την αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία υπερτριπλασιάστηκε το 2005. Παράλληλα, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε από 78 % στο 54 %, που ήταν το 2004 πριν την αναθεώρηση<sup>46</sup>.

45 Ο, Σισκου, Λ. Λιαρόπουλος, 2008, «Ο μίτος της δαπάνης υγείας», Λιαρόπουλος, Αρχαία ελληνικής ιατρικής, 25(1), Αθήνα

46 Ο, Σισκου, Λ. Λιαρόπουλος, 2008, «Ο μίτος της δαπάνης υγείας», Λιαρόπουλος, Αρχαία ελληνικής ιατρικής, 25(1), Αθήνα, σελ 2

Αυτό οφειλόταν στην προσπάθεια να καλυφθούν τα κενά του δημοσίου συστήματος που ήταν υπό αναδιοργάνωση με αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής χρήσης υπηρεσιών υγείας κατά 40 % το 2005 <sup>47</sup>. Επίσης, σημαντικό ήταν ότι η Ελλάδα δεν έκανε ενέργειες προκειμένου να ενταχθεί στο σύστημα λογαριασμών υγείας (Σ.Λ.Υ) <sup>48</sup> και ήταν από τις ελάχιστες χώρες στον Ο.Ο.Σ.Α που δεν είχε εφαρμόσει το Σ.Λ.Υ ούτε είχε θέσει χρονοδιάγραμμα για την υιοθέτηση του. Οι συνέπειες της έλλειψης εφαρμογής του συστήματος, ήταν αδυναμία χάραξης πολιτικής και ελέγχου του συστήματος υγείας <sup>49</sup>.

Στο διάγραμμα 2 φαίνεται ότι ο ρυθμός αύξησης της τιμής των φαρμάκων δεν μεταβλήθηκε με γρήγορο ρυθμό από το 1998-2008. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα οι ετήσιες μεταβολές που παρουσίαζε ο δείκτης τιμών φαρμάκων, με βάση τα στοιχεία της εθνικής στατιστικής υπηρεσίας Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε), κυμαινόταν σε επίπεδα κάτω του 1 % από το 2003 έως το 2008 <sup>50</sup>. Παρατηρήθηκε ότι οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα πριν την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου ήταν περίπου ίδιες με εκείνες την Ε.Ε των 27 χωρών και οι αιτίες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης συνδέονται κυρίως με την κατανάλωση φαρμάκων και όχι με το κόστος αγοράς .

---

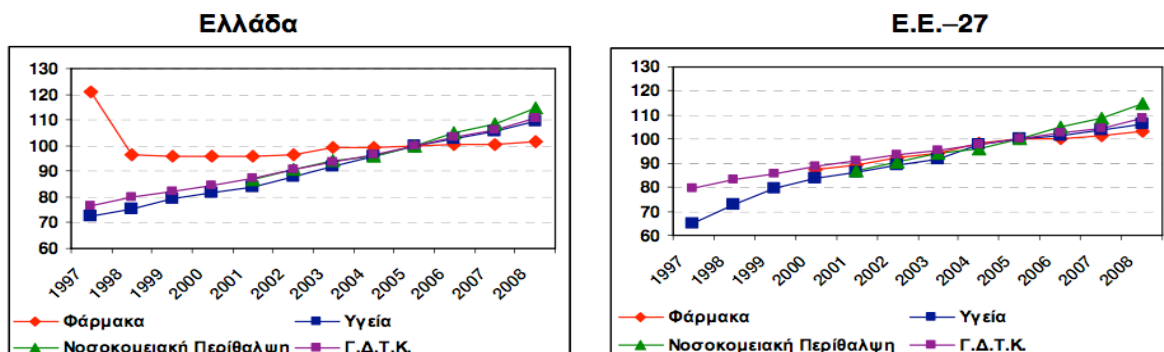
47 Κουσολάκου Χ, Φρανγκουλακης , 2007. IOBE, Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση. Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα

48 Το Σ.Λ.Υ είναι τρόπος αποτύπωσης της δαπάνης στις τρεις διαστάσεις της οικονομικής δραστηριότητας στην υγεία: (α) είδος των υπηρεσιών, (β) φορείς χρηματοδότησης, (γ) πάροχοι υγείας

49 Ο, Σισκου, Λ. Λιαρόπουλος, 2008, «Ο μίτος της δαπάνης υγείας», Λιαρόπουλος, Αρχαία ελληνικής ιατρικής, 25(1), Αθήνα, σελ3

50 Έλλη Βίτσου, 2008, «Διαχρονική ανάλυση μεταβολής των τιμών φαρμάκων κατά την περίοδο 1998-2008, IOBE, Αθήνα

**Διάγραμμα 2: Διαχρονική εξέλιξη δείκτη τιμών υγεία, δείκτη τιμών νοσοκομειακής περίθαλψης, δείκτη τιμών φαρμάκου & γενικού δείκτη τιμών καταναλωτή Πηγή: Γ.Γ.ΕΣΥΕ Eurostat**



Στην Ελλάδα, το 2007, η δαπάνη υγείας των ασφαλιστικών ταμείων για νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν 27,2 % (Πίνακας 2) και για φάρμακα ήταν 42,3 % <sup>51</sup>. Η αυξητική πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης στα ασφαλιστικά ταμεία, όπως αναφέραμε παραπάνω, συνδέεται με την κατανάλωση και όχι με το κόστος αγοράς.

**Πίνακας 2: Δαπάνες ασφαλιστικών ταμείων υγείας για φάρμακα και νοσοκομειακή δαπάνη. Πηγή: Υπουργείο απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας, κοινωνικοί προϋπολογισμοί περιλαμβάνονται τα στοιχεία των Φ.Κ.Α αρμοδιότητας**

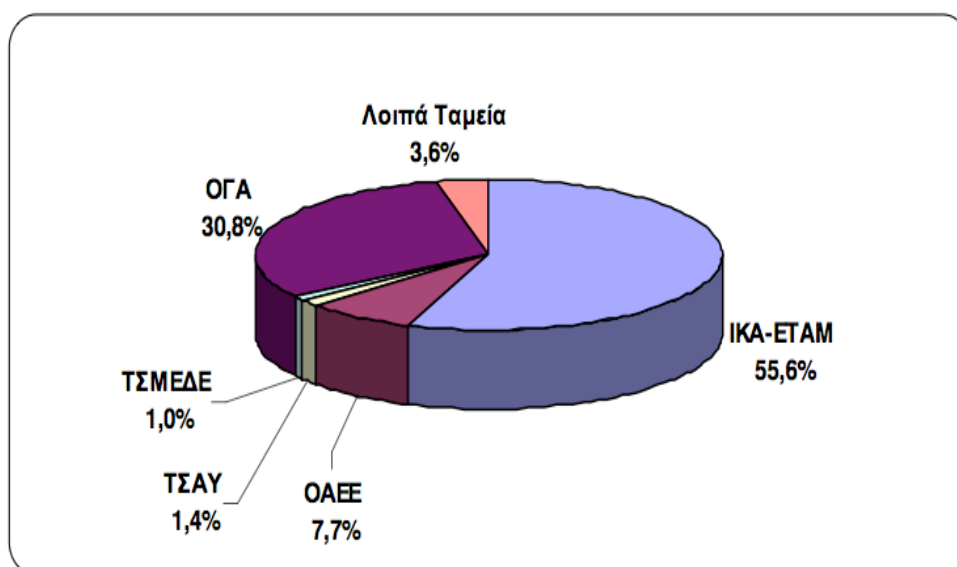
**Δαπάνες Ασφαλιστικών Ταμείων για Υγεία, Φάρμακα και Νοσοκομειακή Περίθαλψη**

	2003	2004	2005	2006	2007
Δαπάνη Υγείας ως % του συνόλου των εξόδων των Ασφαλιστικών Ταμείων	21,1%	22,8%	22,4%	22,6%	22,6%
Φαρμακευτική ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	35,0%	33,5%	38,3%	40,5%	42,3%
Νοσοκομειακή δαπάνη ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	31,5%	37,1%	30,8%	28,5%	27,2%

<sup>51</sup> X. Κουσουλάκου, Ε. Βίτσου, 2008, Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα: Ετήσια έκθεση 2008 παρατηρητήριο οικονομικών υγείας, IOBE, Αθήνα

Αναλυτικότερα, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ), ως ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας το 2008 (με 5,5 εκατ δικαιούχους περίθαλψης) καταλάμβανε την πρώτη θέση στις φαρμακευτικές δαπάνες με ποσοστό 55,6 % (Διάγραμμα 3). Ακολουθούσε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α), με ποσοστό φαρμακευτικών δαπανών 30,8 % και ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε) με ποσοστό 7,7 % .

*Διάγραμμα 3: Κατανομή φαρμακευτικής δαπάνης ανά ασφαλιστικό φορέα αρμοδιότητας υπουργείο απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας*



### 2.3.3 Π.Φ.Υ

Η Π.Φ.Υ διαμορφώνεται σύμφωνα με τις κοινωνικές αρχές και αξίες και το επιδημιολογικό πρότυπο που καθορίζουν οι υγειονομικές ανάγκες κάθε χρονική περίοδο, οπότε κατά καιρούς μπορεί να έχει διαφορετικό περιεχόμενο<sup>52</sup>. Η Π.Φ.Υ παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του συστήματος υγείας καθώς εκφράζει μια στρατηγική που προωθεί τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας δίνοντας έμφαση στις υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη.

<sup>52</sup>Σωτηριάδου Κ, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, 2011,Πρωτοβάθμια φροντίδα υγεία στην Ελλάδα-Κατάσταση και προοπτικές, Διεπιστημονική φροντίδα υγεία τόμος 3 Τεύχος (4),140-148

Στη χώρα μας η Π.Φ.Υ βρίσκεται σε τέλμα στρεβλής ανάπτυξης, εν μέσω συνεχών μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας, και αυτό έχει σοβαρές επιπτώσεις συνολικά για το σύστημα υγείας της χώρας μας, καθώς οι πολίτες συχνά προσφεύγουν σε ιδρύματα δευτεροβάθμιας φροντίδας για περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο<sup>53</sup>.

Σύμφωνα με τον σχεδιασμό του Ε.Σ.Υ, η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα παρέχεται από τα Κ.Υ, τα Π.Ι, τα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α και άλλων ασφαλιστικών φορέων, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες γιατρούς (Πίνακας 3). Στα Κ.Υ και στα Π.Ι του Ε.Σ.Υ το 2003 υπήρχαν περίπου 3.500 γιατροί, 2.000 νοσηλευτές και 3.000 λοιπό προσωπικό<sup>36</sup>. Στον ιδιωτικό τομέα, υπολογίζεται ότι λειτουργούν περί τις 20.000 ιδιωτικά ιατρεία και 9.000 οδοντιατρεία. Βέβαια, στον ευρύτερο χώρο της Π.Φ.Υ ανήκουν και άλλες δομές όπως είναι το Ε.Κ.Α.Β το οποίο παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα και οι διάφορες μονάδες κοινωνικής πρόνοιας.

**Πίνακας 3: Δομές Π.Φ.Υ του Ε.Σ.Υ ανά ΔΥΠΕ Πηγή: ΥΥ&ΚΑ 2007**

ΔΥΠΕ	Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων	Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Σύνολο
Α΄ Αττικής	17	–	–	–	17
Β΄ Αττικής	10	–	9	6	25
Γ΄ Αττικής	8	1	5	14	28
Α΄ Κεντρικής Μακεδονίας	8	1	20	110	139
Β΄ Κεντρικής Μακεδονίας	12	–	11	80	103
Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης	6	–	14	119	139
Δυτικής Μακεδονίας	5	–	7	88	100
Ηπείρου	4	1	16	109	130
Θεσσαλίας	5	–	20	153	178
Ιονίων Νήσων	6	–	8	49	63
Δυτικής Ελλάδας	9	2	18	146	175
Στερεάς Ελλάδας	6	2	15	148	171
Πελοποννήσου	7	2	26	176	211
Βορείου Αιγαίου	3	2	7	65	77
Α΄ Νοτίου Αιγαίου	1	1	7	35	44
Β΄ Νοτίου Αιγαίου	1	3	4	40	48
Κρήτης	6	3	14	120	143
<b>Σύνολο</b>	<b>114</b>	<b>18</b>	<b>201</b>	<b>1458</b>	<b>1791</b>

53 Polyzos N., Economou Ch., Zilidis Ch., 2008. «National health policy in Greece: Regulations or reforms? The Sisyphus myth». European Research Studies XI(3): 91-118

Στην χώρα μας η Π.Φ.Υ δεν είχε εφαρμοστεί όλα αυτά τα χρόνια. Παρατηρείται ότι το σύστημα της Ελλάδα ήταν νοσοκομειοκεντρικό και υπάρχει σοβαρή αδυναμία οργάνωσης της Π.Φ.Υ <sup>54</sup>, σε αντιπαράθεση με την στρατηγική της Ευρωπαϊκής επιτροπής. Παρόλο το θετικό βήμα της αποκέντρωσης και της περιφερειοποίησης της διοίκησης της υγείας, τα Κ.Υ παρέμειναν υποβαθμισμένα, χωρίς την απαραίτητη στελέχωση, χωρίς δικτύωση και πόρους. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο σημείο αναφοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες παρέμενε ανύπαρκτος <sup>55</sup>.

### 2.3.4 Προβλήματα του Ε.Σ.Υ

Το Ε.Σ.Υ παρουσίαζε σημαντικά προβλήματα τα οποία έθεταν σε κίνδυνο την ίδια του την υπόσταση και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας <sup>56</sup>.

- Ο τρόπος χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (χαμηλότερος από το πραγματικό κόστος), οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της εισφοροδιαφυγής και της αδήλωτης εργασίας είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας.
- Δεν διευκολυνόταν η καθολική και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και εξαιτίας της διογκωμένης γραφειοκρατίας υπήρξε λανθασμένη κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας.
- Έλλειψη μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας της υγείας.

---

54 Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., 2011, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές», *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 3, Τεύχος 4, 140-148*

55 Λιαρόπουλος, Λ., 2007, *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

56 Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΕΩΣ ΤΟ 2010

### 3.1 Εισαγωγή

Από το 2008 άρχισε να συρρικνώνεται η οικονομία της Ελλάδας υπό το βάρος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Η ανεργία στην Ελλάδα το 2008 ανήρχετο στο 7,4 %, το 2009 στο 9,5 % ενώ έφτασε το 2012 στο 12,5 % του πληθυσμού, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ <sup>57</sup>. Στην υγεία λόγω του αυξημένου δημοσιονομικού ελλείμματος και του υψηλού δημόσιου χρέους της Ελλάδας παρατηρήθηκε αύξηση της χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς και μείωση αντίστοιχα των ιδιωτικών . Η οικονομική κρίση είχε πλήξει τα εισοδήματα των εργαζομένων με αποτέλεσμα την αδυναμία εξόφλησης ασφαλιστικών εισφορών.

Το χρονικό διάστημα πριν την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου, το σύστημα υγείας της Ελλάδας εμφάνιζε τα πρώτα συμπτώματα της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης. Αναστολή προσλήψεων νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, καθυστέρηση στις πληρωμές των συμβεβλημένων επαγγελματιών υγείας, μείωση χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων, ήταν κάποιες από τις αρχικές επιπτώσεις. Αποτέλεσμα, να απειλείται η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και των ασφαλιστικών φορέων υγείας της Ελλάδας <sup>58</sup>.

### 3.2 Δαπάνες υγείας

Οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είχαν αυξανόμενη τάση το διάστημα 2005 - 2009, σύμφωνα με τον Πίνακα 4. Το 2009 πριν την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου στην Ελλάδα οι συνολικές δαπάνες

---

57 ΕΛ.ΣΤΑΤ,2012,Μέσο ετήσιο ποσοστό ανεργίας κατά νομό 2004-2011, <http://www.statistics.gr>, [Πρόσβαση 22/01/2012]

58 Κυριόπουλος Ι.,Τσιάντου Β,2009,Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη,Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5):834-840

υγείας ήταν 24,5 δις € <sup>59</sup>. Παρατηρήθηκε ότι η αυξανόμενη αυττάση ήταν αποτέλεσμα της χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, λόγω των δημοσιονομικών μέτρων που είχαν τεθεί σε ισχύ.

**Πίνακας 4: Η εξέλιξη της δαπάνης υγείας (ιδιωτικής η μη) το διάστημα 2005-2009**  
**Πηγή: WHO 2012, live statistics**

<b>Συνολικές Δαπάνες Υγείας</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Αναλογία Δαπανών % ΑΕΠ</b>					
Συνολική δαπάνη υγείας βάση % ΑΕΠ	9.7	9.7	9.8	10.1	10.6
Γενικές κρατικές δαπάνες στην υγείας βάση % ΑΕΠ	60.1	62.0	60.3	59.9	61.7
Ιδιωτικές δαπάνες στην υγεία βάση % ΑΕΠ	39.9	38.0	39.7	40.1	38.0
<b>Συνολικές δαπάνες υγείας (Δις Ευρώ)</b>	<b>18.7</b>	<b>20.3</b>	<b>21.8</b>	<b>23.6</b>	<b>24.4</b>
Γενικές Κρατικές δαπάνες	11.2	12.6	13.2	14.1	15.1
Κοινωνικές επιχορηγήσεις	5.5	6.4	6.8	7.3	7.8
<b>Ιδιωτικές δαπάνες στην υγεία</b>	<b>7.4</b>	<b>7.7</b>	<b>8.6</b>	<b>9.4</b>	<b>9.3</b>
Ιδιωτική ασφάλιση	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5
Out of pocket δαπάνες	7.1	7.3	8.2	8.9	8.8

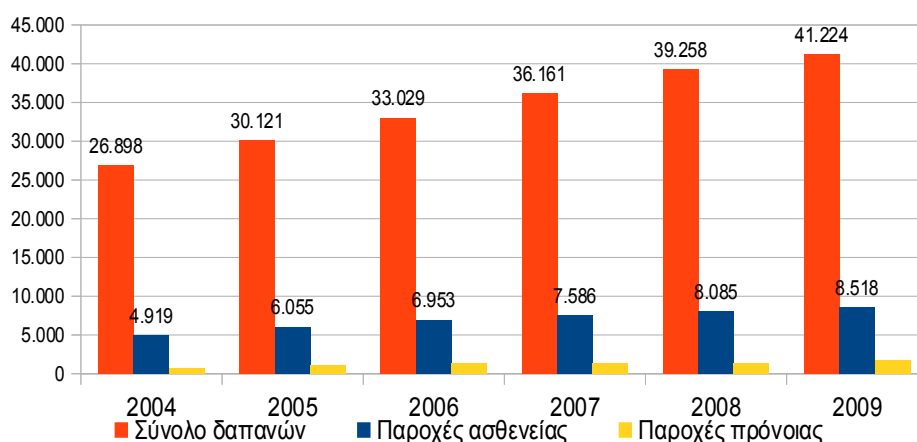
Οι οικονομικές μεταρρυθμίσεις στην κοινωνία επηρέασαν τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Ελλάδας (Πίνακας 5). Οι εισφορές των ασφαλιζόμενων στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας αυξάνονταν και οι παροχές υγείας με ασφαλιστική κάλυψη μειώνονταν. Στον Πίνακα 5 αναλύονται τα έσοδα των ασφαλιστικών φορέων κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα από το 2004 έως το 2009. Η κρατική συμμετοχή στα έσοδα των Φ.Κ.Α ήταν σταθερή ενώ οι εισφορές για υγειονομική περίθαλψη αυξάνονταν. Επίσης, οι δαπάνες υγείας ως προς τις εισφορές των ασφαλιζόμενων αυξάνονταν ενώ το δημοσιονομικό έλλειμμα των νοσοκομείων έμενε σταθερό έως και με τάσεις αύξησης. Αυτό αιτιολογείται λόγω της αύξησης χρήσης των δημόσιων παροχών υγείας .

59 ΕΛ.ΣΤΑΤ, Εθνικοί λογαριασμοί

Η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με το υψηλό οικονομικό έλλειμμα συρρίκνωσε την ελληνική οικονομία ώστε να έχει επιπτώσεις και στους προϋπολογισμούς του Ε.Σ.Υ. Οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων αυξήθηκαν κατά 30 % <sup>60</sup> το 2009 και αντίστοιχα μειώθηκαν οι επισκέψεις σε ιδιωτικά ιατρεία. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας αντιμετώπιζε πρόβλημα μειωμένης ζήτησης, καθώς η μείωση διαθέσιμου εισοδήματος λειτούργησε ανασταλτικά στη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας <sup>61</sup>. Στον πίνακα 4, επιβεβαιώνεται ότι οι ιδιωτικές δαπάνες μειώθηκαν σε ποσοστό 37 % το 2010, πριν την επικαιροποίηση του μνημονίου <sup>62</sup>.

**Πίνακας 5: Έξοδα των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, κατά πηγή εξόδων: 2004-2009**

**Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ**



\* Στο σύνολο των εξόδων περιλαμβάνονται, συντάξεις, δαπάνες διοικήσεως, συντήρησης περιουσιακών στοιχείων και λοιπές παροχές.

\* Τα στοιχεία του 2008 ήταν προσωρινά

Οι δαπάνες υγείας από τους ασφαλιζόμενους είχαν αυξητική τάση (Πίνακας 5). Σε ένα σύστημα υγείας όμως, που έχει κοινωνικό χαρακτήρα, οι κρατικές εισφορές μειώνονταν καθιστώντας την χρηματοδότηση υγείας δυσκολότερη.

60 Κυριόπουλος Ι, 2010, Διάλεξη: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Πρακτικά των εργασιών του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας, Αθήνα 16 Οκτωβρίου 2010.

61 Καραίσκου Α, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, 2012, Οικονομική κρίση: Η επίδραση στην υγεία των πολιτών και στο σύστημα υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2012) Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54

62 WHO, 2012, Greece health data, <http://www.who.int/nha/country/grc/en/> [πρόσβαση 13/02/2013]

### 3.2.1 Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα

Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α, οι κύριες αιτίες θανάτων στην Ελλάδα κατά κανόνα αποτέλεσαν τα τελευταία χρόνια οι καρδιαγγειακές παθήσεις με ποσοστό 30 % επί του συνόλου, 24,4 % τα κακοήθη νεοπλάσματα, οι εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις με 14,8% και νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος με 9,3% . Τα μεγέθη που αναφέρθηκαν παραπάνω προσδιορίζουν τη ζήτηση για φάρμακα και υπηρεσίες υγείας. Στον πίνακα 6, αναλύονται τα στοιχεία της δημόσια φαρμακευτικής δαπάνης.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ <sup>63</sup>, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2007 ήταν στα 4,5 δις €, αποτελώντας το 21,6 % της συνολικής δαπάνης υγείας και το 2 % του Α.Ε.Π. Διαχρονικά παρατηρήθηκε ότι η κατανάλωση φαρμάκων αποτελούσε περίπου το 1/5 της συνολικής δαπάνης υγείας, καθώς η σχετική δαπάνη καλύπτεται κατά 86,5 % <sup>64</sup> από τους Φ.Κ.Α.

**Πίνακας 6: Δαπάνη υγείας και φαρμάκου στην Ελλάδα 2000-2007 Πηγή:ΕΛ.ΣΤΑΤ**

	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*
<b>Συνολική Δαπάνη Υγείας</b>	10.589	12.513	13.638	14.792	15.261	17.762	19.487	20.996
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	7,8%	8,5%	8,7%	8,6%	8,2%	9,0%	9,1%	9,2%
<b>Δημόσια Δαπάνη Υγείας</b>	6.444	7.832	8.264	9.208	9.509	11.212	12.616	13.212
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	60,9%	62,6%	60,6%	62,2%	62,3%	63,1%	64,7%	62,9%
<b>Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη</b>	1.884	1.941	2.073	2.528	2.718	3.114	3.761	4.542
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	17,8%	15,5%	15,2%	17,1%	17,8%	17,5%	19,3%	21,6%
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,4%	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%
<b>Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη</b>	1.278	1.502	1.805	2.165	2.515	2.918	3.494	4.298
Δημόσια ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	67,8%	77,4%	87,1%	85,6%	92,5%	93,7%	92,9%	94,6%

\* Σύμφωνα με τα οποία ως συνολική φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων, δηλαδή μόνο μέσω φαρμακείων. Τα φάρμακα που καταναλώνονται από νοσοκομειακούς ασθενείς περιλαμβάνονται στη νοσοκομειακή δαπάνη.

\* Προσωρινά στοιχεία

Επίσης, η ετήσια δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, δηλαδή το ποσό που αποζημίωσαν τα ασφαλιστικά ταμεία, ήταν περίπου ίσο με το ήμισυ των

63 ΕΛ.ΣΤΑΤ, Ελληνική στατιστική υπηρεσία Ελλάδα, [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)

64 Ε. Βίτσου, 2009, IOBE: Η αγορά φαρμάκου το 2009, [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr), [πρόσβαση 14/03/2013]

συνολικών δαπανών συμπεριλαμβανομένου και της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης. Πιο συγκεκριμένα, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2006 ήταν 3,51 δις €, το 2007 ήταν 4,04 δις €<sup>65</sup>, το 2008 ήταν 4,53 δις € και το 2009 ήταν 5,09 δις €<sup>66</sup> ενώ υπήρξε αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες κατά μισό δις € ανά έτος από το 2006 έως το 2009 λόγω αυξημένη προσέλευσης των ασθενών σε δημόσια ιδρύματα κάθε χρόνο.

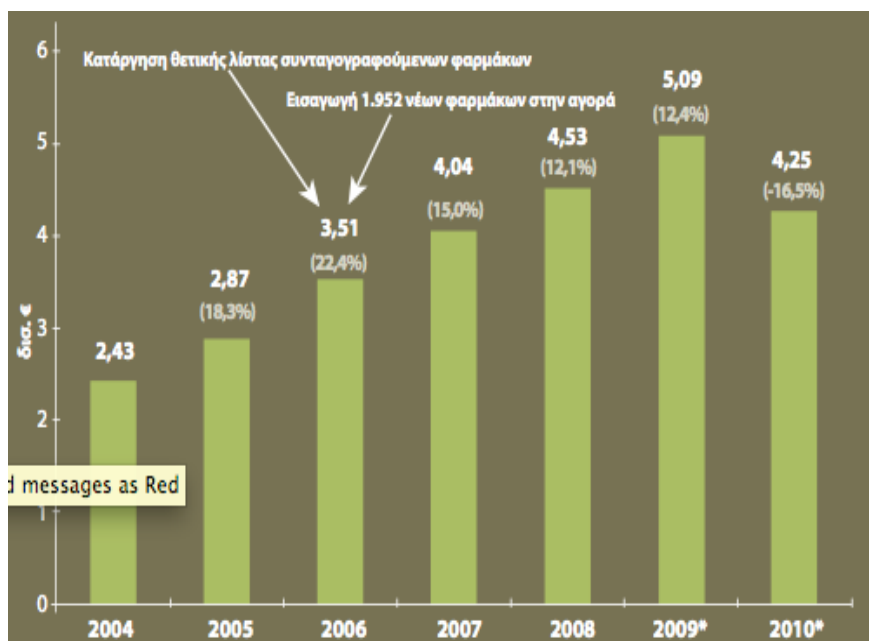
Η ανυπαρξία ελέγχου, μέτρησης και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και η μη εφαρμογή αναλυτικής λογιστικής στο Ε.Σ.Υ (έλλειψη διπλογραφικών λογιστικών συστημάτων στα νοσοκομεία), είχαν ως αποτέλεσμα την αδυναμία καταγραφής της υφιστάμενης κατάστασης στην φαρμακευτική δαπάνη. Η έλλειψη ελέγχου στην αλυσίδα διακίνησης φαρμάκων και η έλλειψη ελέγχου στην συνταγογράφηση των ιατρών επέφερε την αύξηση του μισού δις € κάθε χρόνο. Το 2006 το Υ.Υ.Κ.Α κατάργησε την λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων και εισήγαγε χίλια εννιακόσια πενήντα δύο νέα φάρμακα (1952) στην αγορά με αποτέλεσμα να αυξηθεί εκ νέου η φαρμακευτική δαπάνη<sup>66</sup> (Διάγραμμα 4).

---

65 Βίτσου Ε, 2009, IOBE: Η αγορά φαρμάκου το 2009, [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr), [πρόσβαση 14/02/2013]

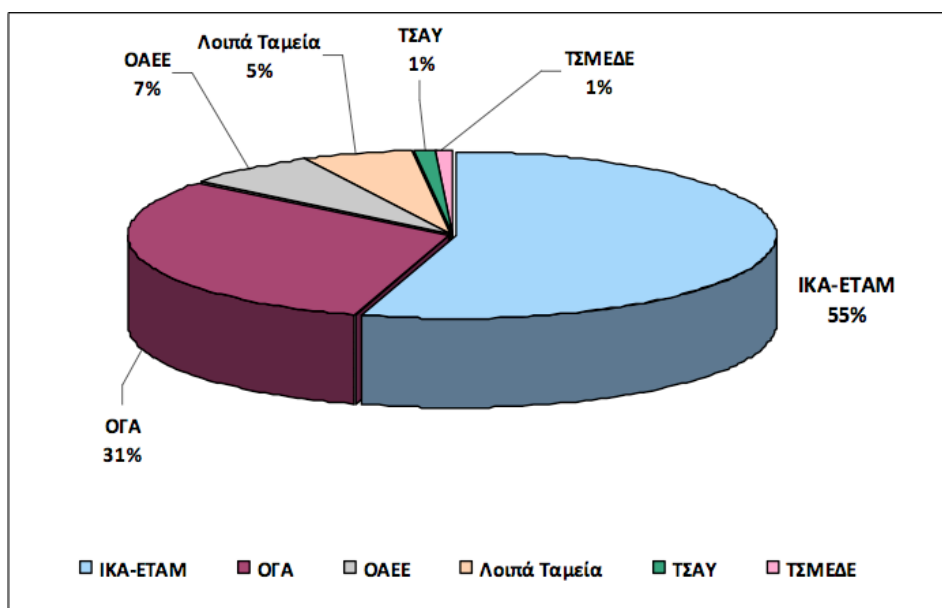
66 Στουρνάρας Γ, 2010, Η φαρμακευτική δαπάνη και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα, [http://www.hesmo.gr/sites/default/files/magazine/12/2011/05\\_afieroma\\_oikonomiki\\_krisi\\_kai\\_ugeia\\_-\\_giannis\\_stournaras.pdf](http://www.hesmo.gr/sites/default/files/magazine/12/2011/05_afieroma_oikonomiki_krisi_kai_ugeia_-_giannis_stournaras.pdf), [πρόσβαση 14/02/2013]

**Διάγραμμα 4: Εξέλιξη Δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης 2004 - 2009, αναθεωρημένα στοιχεία. Πηγή: Απολογιστικά στοιχεία ΓΓΚΑ, Διεύθυνση φαρμακευτικής δαπάνης Οίκου Ναύτου**



Πριν την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων απαρτιθούσε 32 στο σύνολο. Το Ι.Κ.Α, ως ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας, καταλάμβανε το μεγαλύτερο μερίδιο των φαρμακευτικών και νοσοκομειακών δαπανών με ποσοστό 55 %. (Διάγραμμα 5). Οι ασφαλιστικοί φορείς που είχαν υποστεί μεγάλες περικοπές στις αρχές της κρίσης ήταν ο Ο.Γ.Α και Ο.Π.Α.Δ. Ο λόγος, ήταν ότι τα ταμεία στηρίζονταν στην κρατική επιχορήγηση, ενώ οι εισφορές από τους ασφαλιζόμενους ήταν δυσανάλογες με τις παροχές. Αντίθετα, το 90 % των εισφορών του Ι.Κ.Α ήταν από τους ίδιους τους ασφαλιζόμενους<sup>24</sup>.

**Διάγραμμα 5: Κατανομή φαρμακευτικής δαπάνης ανά ασφαλιστικό φορέα αρμοδιότητας υπουργείου εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης Πηγή: Υπουργείο εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνικοί προϋπολογισμοί, 2009**



### 3.2.2. Στοιχεία των Φ.Κ.Α

Το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών των ταμείων ήταν και είναι οι συντάξεις των ασφαλιζόμενων <sup>67</sup>, ενώ ακολουθούν οι δαπάνες υγείας με 22,6 % (Πίνακας 7). Το 73,8 % της δαπάνης υγείας των ασφαλιστικών ταμείων ήταν για δαπάνες φαρμάκων με ποσοστό 48,4 % και για νοσοκομειακή περίθαλψη με ποσοστό 25,4 % <sup>13</sup>. Τα στοιχεία αυτά δεν περιλαμβάνουν τις οφειλές των Φ.Κ.Α προς τα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα.

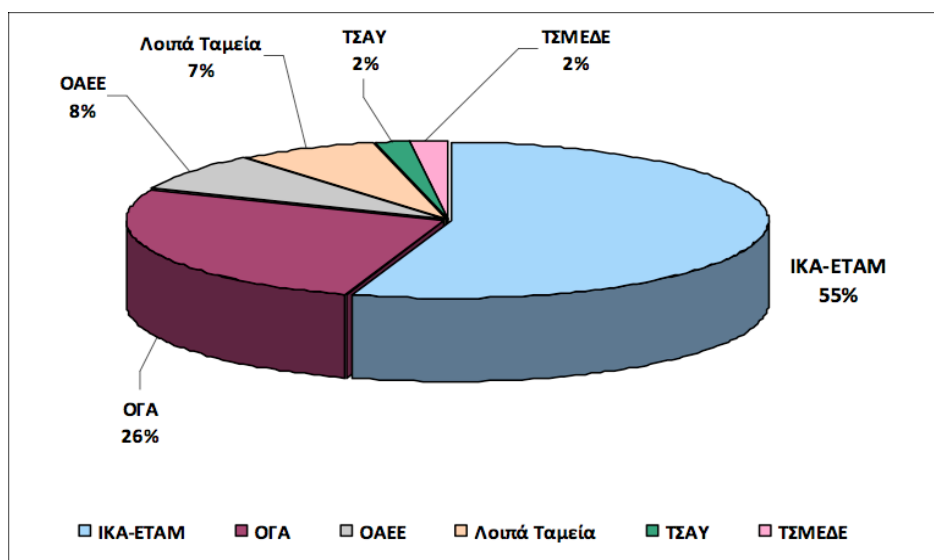
**Πίνακας 7: Δαπάνες Φ.Κ.Α για υγεία, φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη Πηγή: Υ.Υ.ΚΑ, Κοινωνικοί προϋπολογισμοί, 2009**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Δαπάνη Υγείας ως % του συνόλου των Εξόδων των ΦΚΑ	20,7%	20,9%	21,1%	22,8%	22,4%	22,6%	22,6%	23,6%	22,6%
Φαρμακευτική ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	30,3%	33,2%	35,0%	33,5%	38,3%	40,5%	42,3%	43,6%	48,4%
Νοσοκομειακή δαπάνη ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	34,7%	32,2%	31,5%	37,1%	30,8%	28,5%	27,2%	27,5%	25,4%

67 Βίτσου Ε, 2009, IOBE: Η αγορά φαρμάκου το 2009, [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr), [πρόσβαση 14/02/2013]

Το 2009 οι νοσοκομειακές δαπάνες ανέρχονταν στο 25,4 % των συνολικών δαπανών της υγείας. Το 55 % των νοσοκομειακών δαπανών αφορούσαν το Ι.Κ.Α, ένα από τα υγιή ταμεία της Ελλάδας (Διάγραμμα 6). Σημαντικό πρόβλημα των ασφαλιστικών ταμείων που επιδεινώθηκε κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ήταν οι εκκαθαρίσεις των οφειλόμενων ποσών προς τρίτους ή δημοσίους φορείς. Ειδικότερα ο Ο.Γ.Α κατά την διάρκεια της κρίσης άρχισε να αντιμετωπίζει ιδιαίτερο πρόβλημα, καθώς τα έσοδά του βασίζονταν κυρίως σε κρατικές επιχορηγήσεις, τα οποία κατά την διάρκεια την οικονομικής κρίσης, μειώθηκαν σημαντικά.

**Διάγραμμα 6: Κατανομή νοσοκομειακής δαπάνης ανά ασφαλιστικό φορέα αρμοδιότητας υπουργείου εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης** Πηγή: Υπουργείο εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνικοί προϋπολογισμοί, 2009



### 3.2.3 Σύστημα υγείας

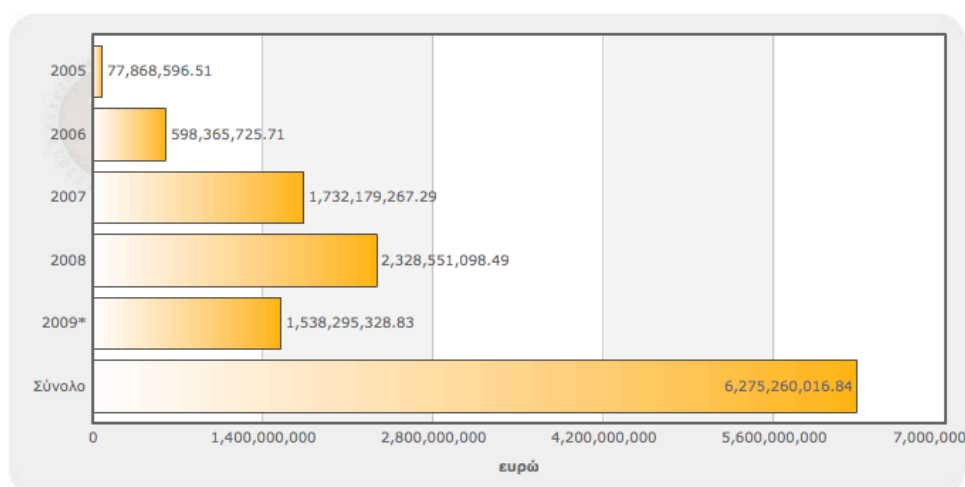
Η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε κυρίως στον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος έστρεψε τους ασθενείς στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας οι οποίες είχαν ασφαλιστική κάλυψη<sup>68</sup>. Η κατάσταση αυτή δημιούργησε ακόμη μεγαλύτερες

68 ECONOMOY C, GIORNO C. *Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics Department Working Paper, No 722.* OECD Publishing, Paris, France, 2009



πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Ως αποτέλεσμα, επιδεινώθηκαν γνωστά προβλήματα του συστήματος ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών, εστιάζοταν κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας <sup>69</sup>.

**Διάγραμμα 7: Συγκεντρωτικός πίνακας οφειλών νοσοκομείων (1-1-2005 έως 30-9-2009) \* μέχρι 30/09/2010 Πηγή: Ελευθεροτυπία 20/6/2010**



Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων με 6,5 δις € (Διάγραμμα 7) και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας (4,5 δις €) αυξάνονταν και δημιουργούσαν προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας <sup>70</sup>. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε <sup>71</sup>, οι κοινωνικές παροχές (κοινωνική βοήθεια, οικογενειακά επιδόματα κτλ) βοήθησαν στην μείωση του επιπέδου της φτώχειας σε μία περίοδο που οι οικογενειακοί προϋπολογισμοί στην ιδιωτική δαπάνη υγείας αυξήθηκαν κατά 40 % σε χρόνια νοσήματα <sup>72</sup>.

69 BJORNBERG A, GARROFÉ BC, LINDBLAD S. *Euro health consumer index 2009*. Health Consumer Powerhouse

70 ΕΣΔΥ,2011, Η υγεία στη Δίνη της οικονομικής κρίσης, Γιάννης Κυριόπουλος

71 ΕΣΥΕ,2007,Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2007. Δελτίο τύπου 16.04.2009.

Διαθέσιμο:[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802\\_SFA10\\_DT\\_AN\\_00\\_2007\\_02\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802_SFA10_DT_AN_00_2007_02_F_GR.pdf) [Πρόσβαση 15/02/2013]

72 Γ. Κυριόπουλος, Β. Τσιάντου ,2010,Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την

**Πίνακας 8 :Συγκεντρωτικός πίνακας οφειλών των ταμείων για φάρμακα (1-1-2005 έως 30-9-2009)**

Ασφαλιστικός φορέας	2005	2008	2009**	Προϋπολογισμός 2010
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	1,389,000,000	2,181,919,918	2,505,175,738	2,400,000,000
ΟΓΑ	690,443,000	1,095,018,784	1,222,447,717	964,500,000
ΟΑΕΕ	150,096,000	262,938,000	300,000,000	305,000,000
ΕΤΑΑ	62,795,000	93,055,076	109,164,160	126,260,000
ΤΑΥΤΕΚΩ	101,010,000	155,436,679	165,445,422	175,846,500
ΕΤΑΠ-ΜΜΕ	3,012,000	5,618,440	6,725,000	6,672,000
ΤΥΔΚΥ*	37,471,000	57,000,000	61,322,596	75,000,000
ΟΠΑΔ	370,000,000	541,000,000	609,000,000	517,000,000
ΣΥΝΟΛΑ	2,803,827,000	4,391,986,897	4,979,280,633	4,570,278,500

\* Το ΤΥΔΚΥ εντάχθηκε στον ΟΠΑΔ από 01-10-2009

\*\* Προσωρινά απολογιστικά στοιχεία Σημ.: Δεν συμπεριλαμβάνονται δαπάνες του Οίκου Ναύτου οι οποίες για το 2008 ανήλθαν στα 110.000 € Πηγή: Ελευθεροτυπία 20/6/2010

Η αύξηση των ελλειμμάτων στο σύστημα υγείας οφειλόταν σε έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού από την πλευρά του Ενιαίου Φορέα Υγείας (ή ΟΔΠΥ). Στα πλαίσια του στρατηγικού σχεδιασμού για την αντιμετώπιση των ελλειμμάτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας, θα έπρεπε να προβλέπεται κατάργηση όλων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού από ένα ενιαίο φορέα του Ε.Σ.Υ. χρηματοδοτούμενου συνολικά και αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό<sup>73</sup>. Ως προς το ανθρώπινο η υπέρ-συγκέντρωση ιατρών σε αστικές περιοχές είχε ως αποτέλεσμα την ανισοκατανομή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α<sup>72</sup> έως και δύο φορές περισσότεροι ιατροί (διαφόρων ειδικοτήτων) υπήρχαν σε σύγκριση με τον αριθμό των γενικών ιατρών.

ιατρική περίθαλψη, *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 7(5):834-840

73 Μιλτιάδης Νεκτάριος, 2012, Στρατηγικό σχέδιο για τον εκσυγχρονισμό της υγείας, *Το Βήμα*, 26/4/2012, <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=454787> [Πρόσβαση 15/02/2013]

### 3.2.3 Συμπεράσματα

Λόγω της κακής οργάνωσης εν γένει του Ελληνικού Δημοσίου, δεν υπήρχε μέτρηση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να μη είναι εφικτή η δυνατότητα εφαρμογής πολιτικής κινήτρων και ανταγωνισμού. Η μη εφαρμογή διπλογραφικού λογιστικού συστήματος στους δημοσίους φορείς είχε ως αποτέλεσμα την ατελή καταγραφή των συναλλαγών και την διαστρέβλωση των παρεχόμενων δεδομένων στον Ο.Ο.Σ.Α<sup>74</sup>.

Η έλλειψη ελέγχου στην αλυσίδα διακίνησης φαρμάκων αλλά και ο ανύπαρκτος έλεγχος στη συνταγογράφηση των ιατρών είχε επιδεινώσει την κατάσταση. Σημαντικό κομμάτι ήταν η μη εφαρμογή ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος. Οι παράγοντες αυτοί είχαν ως αποτέλεσμα την εκτόξευση της συνολικής δαπάνης υγείας με αποτέλεσμα, το 2008, η δαπάνη υγείας να αντιστοιχεί στο 9,7 % του Α.Ε.Π, επίπεδο υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α (9,0 % του Α.Ε.Π).

### 3.3 Η ανάγκη αναβάθμισης της Π.Φ.Υ

Οι σύγχρονες αντιλήψεις συγκλίνουν ότι το σύστημα υγείας δεν πρέπει να στοχεύει μόνο στην περίθαλψη αλλά και στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού<sup>75</sup>. Η πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα παρέχεται κυρίως από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, το Ι.Κ.Α και από τα υπόλοιπους φορείς ( πλέον Ε.Ο.Π.Υ.Υ).

Η ιδιαιτερότητα της Ελλάδας στην Π.Φ.Υ είναι η γεωγραφική ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού και η πληρότητα των Κ.Υ, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές<sup>76</sup>. Το 2009 η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν 3,3/1000 κάτοικους σε σύγκριση με 8,4/1000 του Ο.Ο.Σ.Α

74 Στουρνάρας Γ,2010,Η φαρμακευτική δαπάνη και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα,[http://www.hesmo.gr/sites/default/files/magazine/12-2011/05\\_afieroma\\_oikonomiki\\_krisi\\_kai\\_ugeia\\_-\\_giannis\\_stournaras.pdf](http://www.hesmo.gr/sites/default/files/magazine/12-2011/05_afieroma_oikonomiki_krisi_kai_ugeia_-_giannis_stournaras.pdf), [πρόσβαση 14/02/2013]

75 Παπαδοπούλου Σ,2011,Η δομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα και τα προβλήματα της, <http://www.scribd.com/doc/72480238/ΠΦΥ-στην-Ελλάδα>, [πρόσβαση 14/02/2013]

76 Μαυγογιάννης Β, 2011,Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:Διασφάλιση της συνέχειας στην φροντίδα υγείας και Υπηρεσιών υγείας στον ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης,

2011. Επίσης, μόνο για το έτος 2004 ο αριθμός των γενικών ιατρών ήταν 1100-1200 ενώ οι ανάγκες στην Ελλάδα υπερβαίνουν τον αριθμό των 7000. Η έλλειψη Κ.Υ αστικού τύπου αλλά και η απουσία οικογενειακού ιατρού έχει σαν αποτέλεσμα να μην εξελίσσεται ομαλά η Π.Φ.Υ αλλά η υπερφόρτωση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων<sup>77</sup>.

Η σοβαρή εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στην Π.Φ.Υ παρουσίαζε φαινόμενα πλασματικής ζήτησης και υπερβολικής κατανάλωσης υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται οικονομικά ο οικογενειακός και δημόσιος προϋπολογισμός αλλά και να καταστρατηγείται ο χαρακτήρας της δημόσιας υγείας<sup>78</sup>. Επίσης, η απουσία ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας στην Π.Φ.Υ εντείνει τα προβλήματα περίθαλψης και φροντίδας στην Ελλάδα, δεδομένης την γεωγραφικής κατανομής<sup>79</sup>.

Η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι περισσότερο αναγκαία όσο ποτέ. Μέσω της ανάπτυξης της Π.Φ.Υ, μπορεί να επιτευχθεί μείωση των δαπανών υγείας και αποσυμφόρηση των κεντρικών νοσοκομείων. Προκειμένου να επιτευχθεί η αναδιάρθρωση της και η μεταβολή του Ε.Σ.Υ από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας, θα πρέπει να δοθεί προσοχή στα παρακάτω<sup>80</sup>:

1. Η Π.Φ.Υ να έχει πολυδύναμο χαρακτήρα, δηλαδή να μπορεί να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής υγείας.
2. Να είναι αυτοδύναμη κάθε υγειονομική μονάδα σε σημαντικό βαθμό ώστε να μπορεί να ελέγχεται αλλά και να οργανώνεται καλύτερα. Στην οργάνωση περιέχεται το προσωπικό, οι υποδομές αλλά και τη απαραίτητη διοικητική αυτοτέλεια προκειμένου να μπορεί να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες του πληθυσμού.

---

77 Soulitos K & Lionis C, 2005, Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective, *Journal of Medical Science*, 29(2)187-196

78 Mossialow E, Allin S, Davaki K, 2005, Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia, *Health Economics*, 14:S151-S168

79 Παπουτσή Α, 2007, Συγκριτική μελέτη διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών δημόσιας πρωτοβάθμιας υγείας στην Ελλάδα και Μ. Βρετανία, Διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

80 Έλληνας Δ, 2009, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας, *Αρθρογραφία*, Ι.Θ τεύχος 48 σελ 17

3. Η Π.Φ.Υ να προωθεί την συνεργασία με τον πληθυσμό με απώτερο σκοπό την δημόσια υγεία. Όπως επίσης, η στήριξη της ομαδικής εργασίας αλλά και η εδραίωση εννοιών όπως “health team” προκειμένου να μπορούν να εφαρμοστούν οι πολιτικές υγείας για την πρόληψη και προαγωγή υγείας.
4. Να γίνει κοινωνικά αποδεκτή, με νοσοκομειακή σύμπραξη, η εδραιοποίηση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα, με έμφαση στην προαγωγή υγείας. Επίσης, να χορηγηθεί το δικαίωμα παραπομπής (gate keeping) του ασθενούς από τον ιατρό θα επιτρέψει τον έλεγχο της ροής στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας με αποτέλεσμα τον έλεγχο του κόστους και στον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών, απαλλάσσοντας τα δημόσια νοσοκομεία από το μεγάλο βάρος της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η έμφαση στην Π.Φ.Υ και η οργάνωση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα σε αστικά κέντρα, θα ωφελήσει στη μείωση των δαπανών υγείας αλλά και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων<sup>81</sup>. Το σημαντικότερο ρόλο θα παίζει το Κ.Υ, που συγκροτείται από εκπροσώπους διαφόρων επαγγελματιών υγείας και των κοινωνικών επιστημών, και στοχεύει στην προστασία και προαγωγή της υγείας. Με αυτό τον τρόπο το Κ.Υ μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην ενίσχυση και τον συντονισμό της δημόσιας υγείας και να αποτελέσει το βασικό συντονιστή υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο.

---

81 Κούρης Γ,2003,Πέντε προτάσεις για μία ολοκληρωμένη εθνική πολιτική υγείας, *Επιθεώρηση υγείας*, 14(85) σελ 13-14

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

### 4.1 Εισαγωγή

Στα μέσα του 2010 διαπιστώθηκε ότι το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδας για το έτος 2009 ανήλθε σε μη βιώσιμο επίπεδο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να τεθεί η Ελλάδα υπο την επίβλεψη του Δ.Ν.Τ. της Ε.Ε. και της Ε.Κ.Ν.

Η επίβλεψη είχε ως στόχο την παρακολούθηση της εφαρμογής των συμφωνηθέντων μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας οι οποίες αφορούσαν τη βελτιστοποίηση του ελέγχου, τον εξορθολογισμό των δαπανών και την εξοικονόμηση πόρων, ώστε οι δαπάνες υγείας, ως προς το Α.Ε.Π, να προσεγγίσουν τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Σύμφωνα με το μνημόνιο, έως το 2013 η δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα έπρεπε να είναι ίση ή μικρότερη από το 6 % του Α.Ε.Π, ενώ η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη έπρεπε να ισούται με 1 % του Α.Ε.Π). Για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου, επελέγησαν δύο βασικοί άξονες<sup>82</sup>, το Ε.Σ.Υ και τους Φ.Κ.Α.

Οι παρεμβάσεις στο χώρο του Ε.Σ.Υ αφορούσαν το περιορισμό του μισθολογικού κόστους, τη μείωση της νοσοκομειακής και της φαρμακευτικής δαπάνης, επιτυγχάνοντας συνολική εξοικονόμηση 1.081 εκατ € το 2011 και 380 εκατ € το 2012. Πιο συγκεκριμένα, κατά το 2011 το μισθολογικό κόστος στο Ε.Σ.Υ μειώθηκε κατά 461 εκατ €, η νοσοκομειακή δαπάνη κατά 259 εκατ € και η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη κατά 259 εκατ €<sup>1</sup>.

Οι παρεμβάσεις στους Φ.Κ.Α έγιναν με τη δημιουργία ενός ενιαίου Φ.Κ.Α για τη παροχή υπηρεσιών υγείας, τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Η εξοικονόμηση πόρων επιτεύχθηκε μέσω της ενιαίας οργάνωσης των

---

82 IOBE, 2011, «Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου

υπηρεσιών υγείας και του ελέγχου των δαπανών υγείας σύμφωνα με τους όρους που προσδιορίζονται από το ενιαίο κανονισμό λειτουργίας και παροχών του ενοποιημένου Φ.Κ.Α.

Σύμφωνα με τον σχεδιασμό ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ θα διαπραγματεύεται και θα καθορίζει τις τιμές αγοράς των φαρμάκων, υλικών και υπηρεσιών υγείας, θα εφαρμόζει τις πολιτικές υγείας για την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα οργανώνει τις παροχές υγείας σε εθνικό επίπεδο και θα καθορίζει το ποσοστό αποζημίωσης των υπηρεσιών και των δαπανών υγείας για το 90 % του πληθυσμού της Ελλάδας.

Σε γενικές γραμμές, μέσω του Ε.Ο.Π.Υ.Υ οριστικοποιήθηκαν 16 νέα σχέδια συμβάσεων με παρόχους υγείας, που ισχύουν ενιαία για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και αφορούν <sup>1</sup>:

1. Την παροχή ιατρικών υπηρεσιών (με γιατρούς διάφορων ειδικοτήτων).
2. Την προμήθεια φαρμάκων.
3. Την εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων από διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια.
4. Την νοσοκομειακή περίθαλψη.
5. Υπηρεσίες «κλειστής νοσηλείας και ημερησίας φροντίδας» με κέντρα αποθεραπείας & αποκατάστασης.
6. Την παροχή υπηρεσιών υγείας από μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης νοσοκομείων & κλινικών καθώς από αντίστοιχες μονάδες εκτός νοσοκομείων & ιδιωτικών κλινικών.
7. Την παροχή φυσιοθεραπευτικών πράξεων.
8. Τις υπηρεσίες στο πλαίσιο της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων <sup>83</sup>.

---

83 Δελτίο Τύπου ΥΥΚΑ,2011,Ενιαίες συμβάσεις παρόχων υγείας και μείωση των τιμών σε αναλώσιμα υλικά σε ασφαλιστικά Ταμεία 17/5/2011 [online]. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και

## 4.2 Ανθρώπινο δυναμικό

Από τους σημαντικότερους παράγοντες στον τομέα της υγείας το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς απορροφά το 70 - 75 % των συνολικών δαπανών για την υγεία<sup>84</sup>. Στην Ελλάδα, διαχρονικά, καταγράφεται αυξητική τάση στο ποσοστό του ανθρωπίνου δυναμικού που απασχολείται στο χώρο της υγείας. Αυτή η τάση οφειλόταν σε παράγοντες που είχαν σχέση με τη πολιτική που καλούνταν να εφαρμόσουν κομματικοί σχηματισμοί αλλά και η νοοτροπία που είχε καλλιεργηθεί στα διάφορα κοινωνικά στρώματα.

Τα μέτρα που θεσμοθετήθηκαν και εφαρμόστηκαν για τη μείωση στις αποδοχές των εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ αφορούσαν<sup>1</sup>:

1. Μισθολογική αναπροσαρμογή του προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων,
2. Εφημερίες γιατρών Ε.Σ.Υ.
3. Παροχές προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων (π.χ. υπερωρίες) και ανακατανομή του προσωπικού.

Οι μεταρρυθμίσεις στόχευαν στον επαναπροσδιορισμό της μισθολογικής κατάστασης των γιατρών του Ε.Σ.Υ καθώς ορίστηκε εκ νέου το ύψος των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών. Βασικός στόχος του συμφωνηθέντος μνημονίου ήταν η εξοικονόμηση ανθρωπίνων πόρων, μέσω των ειδικών μέτρων που θέσπισε το Υ.Υ.Κ.Α «παγώνοντας» οποιεσδήποτε νέες προσλήψεις στο δημόσιο χώρο της υγείας.

Εξίσου καθοριστική ήταν και η πρωτοβουλία της πολιτείας να θέσει σε εφαρμογή την ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων, η οποία στόχευε στην αύξηση της προσβασιμότητας των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα η επέκταση, πέρα του τακτικού ωραρίου, της λειτουργίας των νοσοκομείων με τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών

---

Κοινωνικής Αλληλεγγύης, <http://www.yyka.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyrou/press-releases/404-eniaies-symbaseis-paroxwn-ygeias-kai-meiwsh-twn-timwn-se-analwsima-ylika-se-asfalistika-tameia> [πρόσβαση 13 Ιουνίου 2011]

84 Κτένα Σοφία, 2012, Αποδοτικός σχεδιασμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό μίας νοσοκομειακής μονάδας μέσω της πρόβλεψης ημερησίων επειγόντων περιστατικών, Μεταπτυχιακή εργασία, Ε.Μ.Π



πράξεων, αποφέρει οικονομικά οφέλη στο νοσηλευτικό ίδρυμα και στους εργαζομένους καθώς προβλέπεται ειδική ποσόστωση στη διάθεση των εσόδων κατά την ολόημερη λειτουργία του νοσοκομείου, στους εργαζομένους, στο νοσοκομείο και στην αρμόδια Υ.ΠΕ στην οποία διοικητικά ανήκουν).

Πέραν της επιμήκυνσης του ωραρίου λειτουργίας των νοσοκομείων θεσπίστηκε ενιαίο μισθολόγιο για την πληρωμή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Πιο συγκεκριμένα, καταργήθηκαν δεκαπέντε ειδικά μισθολόγια που προϋπήρχαν. Επιπλέον, επαναπροσδιορίστηκε η πληρωμή του ιδιωτικού ιατρικού προσωπικού στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Η μείωση του νοσηλευτικού, ιατρικού προσωπικού και η επέκταση του ωραρίου των νοσοκομείων είχε ως αποτέλεσμα την καλύτερη καταγραφή και οργάνωση των δαπανών για το ανθρώπινο δυναμικό στον χώρο της υγείας<sup>85</sup>. Ειδικότερα, με την εφαρμογή των μέτρων, οι συνολικές δαπάνες μισθοδοσίας μειώθηκαν κατά 16,53 % από το 2009 στο 2011 (Πίνακας 9).

Δηλαδή από 3.379 εκατ € το 2009 οι δαπάνες για μισθοδοσία μειώθηκαν σε 2.820 εκατ € το 2011, όπως προκύπτει από τον πίνακα 9<sup>86</sup>. Συμπερασματικά, η μείωση της δαπάνης μισθοδοσίας συνέβαλε καθοριστικά στη διαμόρφωση της συνολικής μείωσης του μέσου κόστους ανά ασθενή<sup>87</sup>.

**Πίνακας 9: Κόστος μισθοδοσίας για την περίοδο 2009-2011 Πηγή: ΥΥΚΑ 2012**

ΥΠε	Κόστος Μισθοδοσίας 2009	Κόστος Μισθοδοσίας 2010	Κόστος Μισθοδοσίας 2011	Κόστος Μισθοδοσίας 2012	% Απόκλιση 2010-2011	% Απόκλιση 2009-2011	% Απόκλιση 2011-2012
1η	891.770.163	778.648.964	709.518.336		-8,88%	-20,44%	
2η	528.937.201	484.099.012	454.130.533		-6,19%	-14,14%	
3η	332.344.278	334.741.737	318.579.993		-4,83%	-4,14%	
4η	462.946.216	436.585.320	399.774.870		-8,43%	-13,65%	
5η	324.844.052	275.040.573	259.931.707		-5,49%	-19,98%	
6η	605.349.525	514.275.822	485.780.976		-5,54%	-19,75%	
7η	232.961.002	211.808.621	192.950.628		-8,90%	-17,17%	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>3.379.152.437</b>	<b>3.035.200.047</b>	<b>2.820.667.044</b>	<b>2.677.397.500</b>	<b>-7,07%</b>	<b>-16,53%</b>	<b>-5,08%</b>

Επί πλέον υπήρξε μείωση του προσωπικού εξαιτίας της έλλειψης αναπλήρωσης των συνταξιοδοτούμενων την περίοδο 2011 - 2015. Ο αριθμός των γιατρών που υπηρετούσαν στο Ε.Σ.Υ είχε υπερβεί τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α κατά 6.500. Αναμένεται να αποχωρήσουν από το Ε.Σ.Υ 1.500 γιατροί ετησίως λόγω συνταξιοδότησης<sup>88</sup>. Συνεπώς, σύμφωνα με το μέτρο για προσλήψεις 1 προς 10 το 2011 και 1 προς 5 τη περίοδο 2012 - 2015, θα προσληφθούν 150 και 300 γιατροί αντίστοιχα τη περίοδο αυτή.

### 4.3 Αναδιοργάνωση δημόσιων υγειονομικών μονάδων

Η εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης που αφορούσε τις συνενώσεις στο Α΄ Βαθμο της τοπικής αυτοδιοίκησης, την κατάργηση του Β΄ βαθμού τοπικής αυτοδιοίκησης, με ταυτόχρονη μεταφορά των αρμοδιοτήτων στις Περιφέρειες, έδωσε την ευκαιρία για διοικητικές αλλαγές στο χώρο της υγείας. Δημιουργήθηκαν 7 υγειονομικές περιφέρειες σύμφωνα με την εφαρμογή του σχεδίου «Καλλικράτη». Η διοικητική αλλαγή στόχευε στην ενίσχυση της περιφερειακής διοίκησης, τη συγχώνευση των υγειονομικών μονάδων, την αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης των νοσοκομείων και την ενίσχυση της αυτοδυναμίας των Κ.Υ.

Σύμφωνα με τον νόμο Ν.3852/2010 οι Δ.Υ.Πε θα καταργούταν και οι αρμοδιότητες τους θα μεταφερόταν στις αντίστοιχες περιφέρειες έως τις αρχές του 2013<sup>89</sup>. Η οργανωτική αυτή αλλαγή είχε σκοπό τη κατάργηση των οργανικών θέσεων, την ενίσχυση με προσωπικό άλλων μονάδων υγείας ή φορέων, την εξάλειψη λειτουργικών εξόδων και κατά συνέπεια την εξοικονόμηση πόρων.

Στα πλαίσια εφαρμογής του σχεδίου «Καλλικράτης» ήταν και η

---

88 ΕΚΠΑ, 2011, “Επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης νοσοκομείων”, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής. Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας.

89 ΕΣΔΥ, 2012, “Σύστημα παραγωγής δεικτών υγειονομικού χάρτη”, Εθνική σχολή δημόσια υγείας.

αναδιάταξη των μονάδων του Ε.Σ.Υ με στόχο <sup>90</sup>:

1. Την διαμόρφωση μίας νέας βιώσιμης αρχιτεκτονικής των μονάδων υγείας για τη βέλτιστη κατανομή των εισροών.
2. Την βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων του συστήματος.
3. Την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων με σκοπό την ισότιμη κάλυψη της πρόσβασης του πολίτη.

Με την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης διαμορφώθηκε ο νέος χάρτης του Ε.Σ.Υ, με 83 νοσοκομεία από τα 131 πριν τη συγχώνευση (83 κύρια και 48 διασυνδεδεμένα), περιλαμβάνοντας επί πλέον και τα 5 νοσοκομεία του Ι.Κ.Α τα 2 νοσοκομεία ειδικής φύσεως (Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο).

Στον πίνακα 10 αποτυπώνονται τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων, ως προς τον αριθμό των κλινών ανά Υ.Πε.

**Πίνακας 10: Παλαιά και τρέχουσα κατάσταση νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ ανά Υ.ΠΕ**

**Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α 2011**

Παλαιά και τρέχουσα κατάσταση Νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΥΠε								
ΥΠε	1η	2η	3η	4η	5η	6η	7η	Σύνολο
Κλίνες (παλιές)	11.850	6922	3.240	5.868	3.463	6.245	2.545	40.133
Κλίνες (νέες)	9.850	4.605	2.640	4.910	3.000	5.640	2.195	32.840

Η εφαρμογή της νέας οργανωτικής δομής και των μεταρρυθμίσεων στην οργάνωση των νοσοκομειακών μονάδων είχε ως αποτέλεσμα <sup>91</sup>:

1. 20% μείωση στις οργανικές κλίνες των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

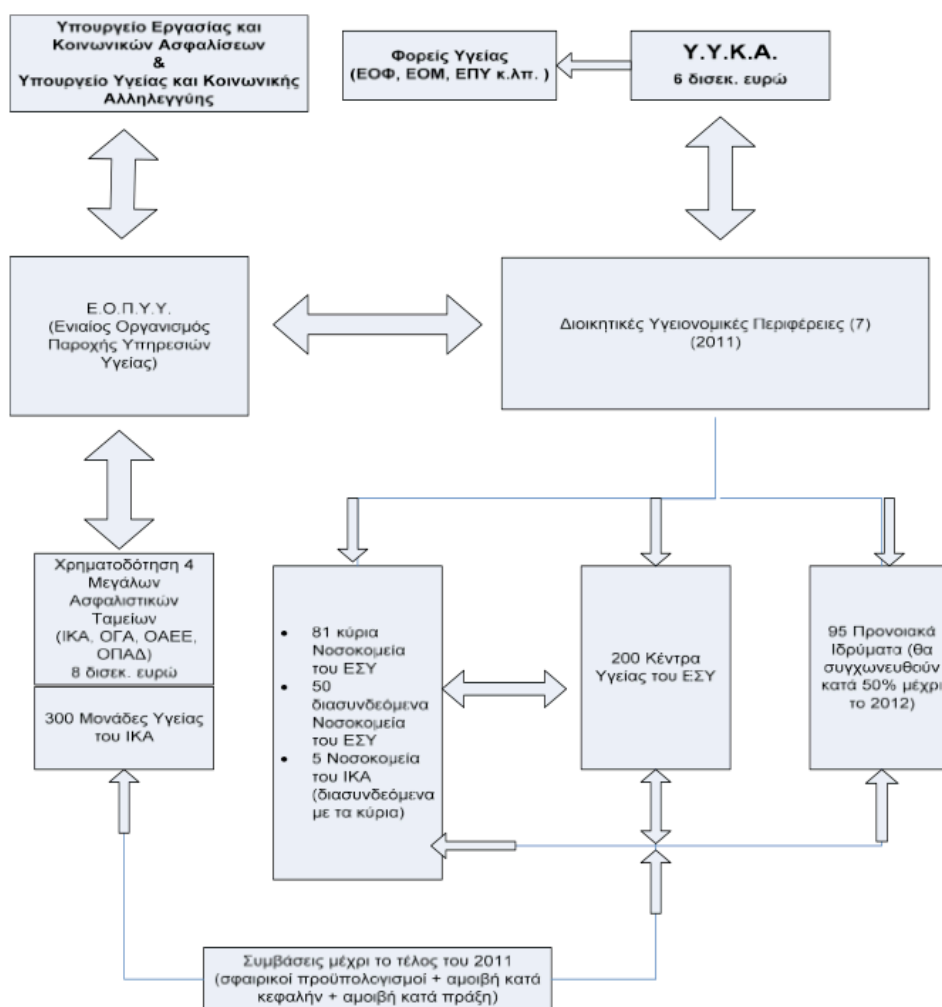
90 ΥΥΚΑ, 2012, “Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011”

91 ΥΥΚΑ, 2012, Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011”

2. 5% μείωση των οργανικών ιατρικών τομέων.
3. 20% μείωση στα οργανικά ιατρικά τμήματα.
4. 15% μείωση στις κενές οργανικές θέσεις.

Με τον νέο σχεδιασμό του Ε.Σ.Υ (Διάγραμμα 8), εξασφαλίστηκε στα 83 κύρια νοσοκομεία ενιαία διοίκηση, ενιαίος προϋπολογισμός, ενιαίο πρόγραμμα προμηθειών, ενιαίες τεχνικές και πληροφορικές υπηρεσίες, καθώς και ενιαίος συντονισμός ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Το αποτέλεσμα της αναδιοργάνωσης οδήγησε στην καλύτερη οργάνωση και τον εξορθολογισμό των διοικητικών υπηρεσιών των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

**Διάγραμμα 8: Η νέα οργανωτική δομή του Ε.Σ.Υ Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α 2012**



### 4.3.1 Αναδιοργάνωση Κ.Υ – διασύνδεση μονάδων Π.Φ.Υ με Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Η δημόσια υγεία και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αντιπροσωπεύει το 70 % του υγειονομικού συστήματος. Η νέα στρατηγική έδωσε έμφαση στις πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας, οι οποίες παρεχόταν κατά κύριο λόγο από Κ.Υ και περιφερειακά ιατρεία, με σκοπό την αποσυμφόρηση των τακτικών και έκτακτων ιατρείων των νοσοκομείων της χώρας αλλά και στο σημαντικότατο ρόλο του οικογενειακού ιατρού. Η στρατηγική για την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υλοποιήθηκε μέσω:

1. Της δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος Π.Φ.Υ σε κάθε περιοχή, της ενίσχυσης του ρόλου του γενικού γιατρού/οικογενειακού γιατρού και της διασύνδεσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ με τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία.
2. Της οργανωτικής και διοικητικής ανασυγκρότησης της Π.Φ.Υ και της συγκρότηση επιστημονικών συμβουλίων Π.Φ.Υ σε κάθε Υ.Πε
3. Της εισαγωγής του e-gov στην Π.Φ.Υ, με πλήρη εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ανάπτυξη της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας για την Π.Φ.Υ.
4. Της λειτουργικής διασύνδεσης των μονάδων Π.Φ.Υ με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Η λειτουργική διασύνδεση των μονάδων Π.Φ.Υ του Ε.Σ.Υ με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ διαμορφώθηκε με σκοπό να αποτελέσει τη πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας. Δηλαδή, να έχει πρώτο σημείο επαφής ο πολίτης με μονάδες Π.Φ.Υ, αλλά και να συντονίζεται η διακίνηση των ασθενών στις μεγαλύτερες βαθμίδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η αναδιοργάνωση των Κ.Υ και η έμφαση στην Π.Φ.Υ θα προάγει:

1. Την ισότητα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας.

2. Την ισότητα στην παροχή φροντίδας, σε οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας
3. Την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, η οποία θα καλύπτει όλα τα συνήθη προβλήματα και καταστάσεις υγείας, καθώς και επιλεγμένα χρόνια νοσήματα

#### **4.4 Οργάνωση και διοίκηση του νοσοκομειακού τομέα**

Η νέα δομή του Ε.Σ.Υ αλλά και οι μνημονικές μεταρρυθμίσεις επέβαλαν την εκ νέου αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού τομέα. Οι υπηρεσίες υγείας διαχρονικά άλλαξαν φυσιογνωμία λόγω των εξελίξεων στην κλινική πρακτική, της εισαγωγής της βιοϊατρικής τεχνολογίας αλλά και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης.

Η αλλαγή της φυσιογνωμίας των υπηρεσιών υγείας είχε ως κύριο χαρακτηριστικό την άυξηση του κόστους απαρροχής, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για την υγεία και είχαν κάνει επιτακτική την ανάγκη για έλεγχο του κόστους και αύξησης της αποδοτικότητας και ειδικά σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Προς αυτή την κατεύθυνση εστιάζονται οι μεταρρυθμίσεις, με σκοπό την οργάνωση του συστήματος υγείας, έλεγχου των δαπανών και την μέτρηση αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων.

##### **4.4.1 Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN) – DRGs**

Πρόκειται για μια μέθοδο προοπτικής αποζημίωσης-χρηματοδότησης στα πλαίσια της οποίας η αποζημίωση (αμοιβή-πληρωμή) που λαμβάνει ένα νοσοκομείο για τις υπηρεσίες που προσφέρει, έχουν προϋπολογιστεί και προσυμφωνηθεί, εκ των προτέρων, με τους χρηματοδότες (ασφαλιστικούς φορείς ή δημόσιο προϋπολογισμό).

Η μέθοδος αυτή βασίζεται κατά κύριο λόγο στο πραγματικό κόστος παραγωγής μιας υπηρεσίας ή διαχείρισης του ασθενούς στο νοσοκομείο. Το σύστημα των DRGs δίνει κίνητρα για την συγκράτηση τους κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας, εφόσον, η αποζημίωση είναι σταθερή και

προσυμφωνημένη. Έτσι το νοσοκομείο μπορεί να επιτύχει κέρδος ή να μειώσει το έλλειμμα του με παράλληλη μείωση του κόστους παραγωγής του<sup>92</sup>.

Το σχέδιο εφαρμογής των Κ.Ε.Ν στο σύστημα υγείας περιελάμβανε<sup>92</sup>:

1. Δημιουργία λίστας ΚΕΝ με ΜΔΝ (μέση διάρκεια νοσηλείας) και κόστος.
2. Δημιουργία αντιστοιχίσεων Κ.Ε.Ν – διαγνώσεις (ICD10) – ιατρικών πράξεων και λογισμικού αξιοποίησης/προβολής αυτών.
3. Μηχανισμός παρακολούθησης εφαρμογής Κ.Ε.Ν – ESY.net.
4. Έναρξη εφαρμογής των Κ.Ε.Ν.
5. Πρώτη αναθεώρηση με βάση τα στοιχεία εφαρμογής (ESY.net).
6. Εξασφάλιση χρηματοδότησης ΕΣΠΑ για την υλοποίηση υπό-συστημάτων/δράσεων.
7. Δεύτερη αναθεώρηση με βάση τα πρώτα στοιχεία (1/2/2012).
8. Τρίτη αναθεώρηση (1/3/2012) με βάση τα στοιχεία από τα νοσοκομεία (ESY.net), προτάσεις των Φ.Κ.Α και της επιτροπής για τα Κ.Ε.Ν του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Αξίζει να σημειωθεί πως στο τέλος του 2011 ολοκληρώθηκαν οι παραμετροποιήσεις και προσαρμογές (ονοματολογία, κόστος Κ.Ε.Ν, μέση διάρκεια νοσηλείας), και από 1/1/2012 τα Κ.Ε.Ν εφαρμόστηκαν σε νοσοκομεία. Η εφαρμογή του συστήματος είχε ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση 2,2 δις € έσοδα για τα νοσοκομεία.

#### 4.4.2 Μηχανοργάνωση νοσοκομείων

Η έλλειψη της οργάνωσης και κυρίως η απουσία των Ο.Π.Σ.Υ, αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες στη δημιουργία ελλειμμάτων στα

---

92 ΥΥΚΑ, 2012, Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011

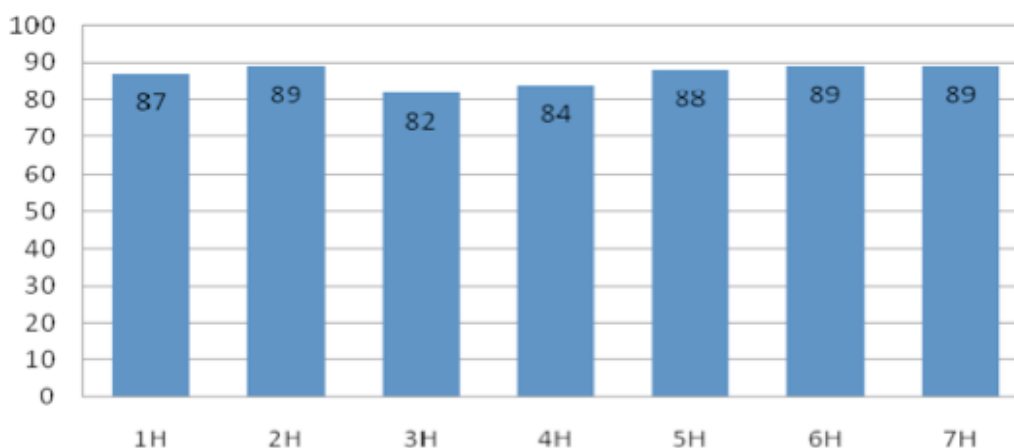
δημόσια νοσοκομεία . Επιπλέον, τα επίσημα στατιστικά στοιχεία στον κλάδο της υγείας εμφάνιζαν ελλείψεις και αδυναμίες, χωρίς να υπάρχει πλήρης εναρμόνιση με τις βάσεις δεδομένων των διεθνών οργανισμών (ICD10) <sup>93</sup>. Εμφανής ήταν πλεόν η ανάγκη δημιουργίας και εφαρμογής ενός ιστότοπου καταχώρησης οικονομικών και διοικητικών δεδομένων με σκοπό τον έλεγχο σε οικονομικό και διοικητικό επίπεδο.

#### 4.4.2.1 Ο.Π.Σ.Υ – esy.net

Στην μηχανοργάνωση των νοσοκομείων, τα νέα μέτρα του μνημονίου είχαν στόχο τη δημιουργία και την ολοκλήρωση των μηχανογραφικών συστημάτων σε όλα τα τμήματα των νοσοκομειακών μονάδων. Ειδικότερα, το Υ.Υ.Κ.Α εστίασε στην δημιουργία ενός Ο.Π.Σ.Υ και εν συνεχεία στην επέκτασή του σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας μέχρι το έτος 2011. Πιο συγκεκριμένα, δημιουργήθηκε η πλατφόρμα esy.net, η οποία αποτελεί μια διαδικτυακή εφαρμογή όπου καταγράφονται οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία των νοσοκομείων και των Κ.Υ. Μέσα από την πλατφόρμα αυτή θα καταχωρούνται δεδομένα και ενημερώνονται τα εξής:

1. Υγειονομικοί χάρτες της χώρας.
2. Συστήματα οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομειακών μονάδων.
3. Ηλεκτρονικός φάκελο ασθενούς.
4. Καταγραφή στοιχείων λειτουργίας και δαπανών νοσοκομείων.

*Διάγραμμα 9: Ποσοστό μηχανογράφησης ανά Υ.Πε Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α, 2012*





Σύμφωνα με το διάγραμμα 9, πάνω από 85 % του συνόλου των νοσοκομείων χρησιμοποιούν Ο.Π.Σ.Υ. Συγκεκριμένα μόνο σε 43 νοσοκομεία της χώρας το Ο.Π.Σ.Υ είναι σε πλήρη λειτουργία. Σε φάση ολοκλήρωσης βρίσκονται 19 νοσοκομεία ενώ σε ημιτελή φάση (από συμβατική άποψη) 34. Μόλις 4 νοσοκομεία ήταν ήδη έτοιμα στην εφαρμογή των νέων Ο.Π.Σ.Υ<sup>94</sup>.

#### 4.4.2.2 Διπλογραφικό σύστημα

Οι τρέχουσες οικονομικές συνθήκες κάνουν επιτακτικότερη την ανάγκη ενός αποτελεσματικού δημοσίου τομέα υγείας που θα επιτρέπει αφενός την καλύτερη διαχείριση των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων, και αφετέρου θα καλύπτει επαρκώς τις ανάγκες των πολιτών, εξασφαλίζοντας ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου προβλεπόταν μεταξύ άλλων η ολοκλήρωση της εισαγωγής του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, η εφαρμογή αναλυτικής λογιστικής σε όλα τα νοσοκομεία έως το τέλος του 2011 και η περιοδική δημοσίευση ελεγμένων ισολογισμών. Επιπλέον, για τις ανάγκες πληροφόρησης δημιουργήθηκε ειδικός λογαριασμός (μητρώο), μέσω του οποίου καταγραφόταν σε ημερήσια βάση το σύνολο των κινήσεων σε επίπεδο δέσμευσης προϋπολογισμού.

Προκειμένου να επιτευχθεί η σωστή καταγραφή των ισολογισμών και η δυνατότητα σύνταξης προϋπολογισμών, εφαρμόστηκαν σύμφωνα με το πρόγραμμα, οι επιμέρους διαδικασίες<sup>95</sup>:

1. Κωδικοποίηση, ανάλυση των λογαριασμών ανά κέντρο κόστους και κατηγορία δαπάνης.
2. Κατηγοριοποίηση του κόστους σε άμεσο, έμμεσο, βάσει του ποιος επωμίζεται το κόστος (πχ. άμεσο κόστος είναι το κόστος που επωμίζεται το ασφαλιστικό ταμείο, έμμεσο εκείνο που επωμίζεται ο ασθενής) και σε λειτουργικό.

94 ΥΥΚΑ, 2012, Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011

95 Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοϊδης Γ., 2000, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Τόμος Β

3. Ανάλυση του κόστους σε σταθερό (π.χ. μισθοί) και μεταβλητό (π.χ. φάρμακα), που δείχνει τις διακυμάνσεις των τιμών των παραγωγικών συντελεστών.

Όσο αφορά τα οικονομικά εργαλεία διαχείρισης επιτεύχθηκε 100 % εγκατάσταση του διπλογραφικού συστήματος και του μητρώου δεσμεύσεων στο σύνολο των νοσοκομείων της επικράτειας έως το τέλος του 2011. Υπήρχαν 129 καταρτισμένες – ελεγμένες – δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις από τα 101 νοσοκομεία της επικράτειας και ισολογισμοί για το έτος 2011 <sup>96</sup>. Το 20 % των νοσοκομείων εφάρμοζαν αναλυτική λογιστική και το υπόλοιπο ποσοστό των νοσοκομείων που εφάρμοζαν αναλυτική λογιστική, χρηματοδοτήθηκαν μέσω προγραμμάτων Ε.Σ.Π.Α .

#### 4.4.3 Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων

Βάσει των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου, θεσμοθετήθηκε η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ από το Νοέμβριο του 2010. Με την εφαρμογή της ολοήμερης λειτουργίας επιδιώκεται <sup>97</sup>:

1. Η ενίσχυση του δημόσιου χαρακτήρα της υγείας, επιτρέποντας την προσβασιμότητα του πολίτη σε υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, πέρα του τακτικού ωραρίου λειτουργίας των νοσοκομείων σε όλη την ελληνική επικράτεια.
2. Η αξιοποίηση των νοσοκομειακών δομών.
3. Αξιοποίηση του υπάρχοντος ανθρωπίνου δυναμικού των νοσοκομείων .

---

96 ΥΥΚΑ, 2011, Παρουσίαση γενικού απολογισμού 2011, [www.moh.gov.gr/%2Farticles%2Fesy-net%3Ffdl%3D3546&ei=t4KaUeqpCcTT4QSNhYCwDg&usg=AFQjCNFd4J\\_sBr0HQCBX5JdPlscbQvytODA&bvm=bv.46751780,d.ZWU&cad=rja](http://www.moh.gov.gr/%2Farticles%2Fesy-net%3Ffdl%3D3546&ei=t4KaUeqpCcTT4QSNhYCwDg&usg=AFQjCNFd4J_sBr0HQCBX5JdPlscbQvytODA&bvm=bv.46751780,d.ZWU&cad=rja), [Πρόσβαση 03/04/2013]

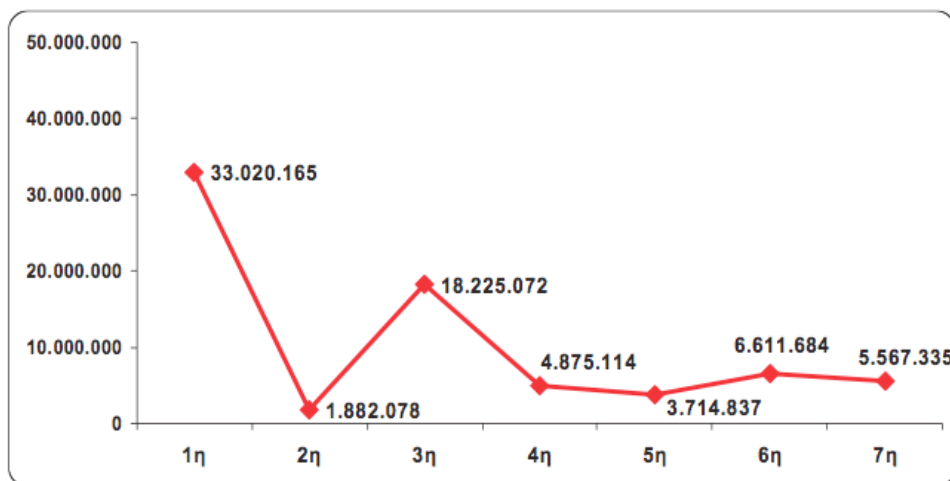
97 OBE, 2011, Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου IOBE, [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr), [πρόσβαση 7/04/2013]

Επίσης, εφαρμόζεται η πληρωμή εφάπαξ ποσού στα τακτικά ιατρεία (5 €). Στόχος, από τη μια, είναι η οικονομική συμμετοχή χρηστών και από την άλλη η έμμεση αποτροπή των ασθενών για υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας και η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Το 2011, οι επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ παρουσίασαν μείωση της τάξης του 19 % σε σχέση με το 2010 (Πίνακας 11). Η μείωση οφείλεται κυρίως στη μείωση των εισοδημάτων των πολιτών. Συνολικά, τα έσοδα από τη λειτουργία των απογευματινών ιατρείων το 2011 ανήλθαν περίπου στο ποσό των 73 εκατ €.

*Πίνακας 11: Αριθμός επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ Πηγή: esy.net*

ΔΥΠε	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΑ 2009	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΑ 2010	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΑ 2011	% μεταβολή 2010-2009	% μεταβολή 2011-2010
1	262.089	205.850	155.180	-21%	-25%
2	17.731	19.105	28.574	8%	50%
3	22.035	40.927	25.048	86%	-39%
4	51.931	60.463	54.242	16%	-10%
5	46.988	66.979	53.448	43%	-20%
6	70.440	80.318	70.844	14%	-12%
7	88.144	53.959	42.567	-39%	-21%
ΣΥΝΟΛΟ	559.358	527.602	429.903	-6%	-19%

*Διάγραμμα 10: Έσοδα ανά ΔΥ.Πε από τη λειτουργία των απογευματινών ιατρείων των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ (έτος αναφοράς 2011, ESY. net 2011)*

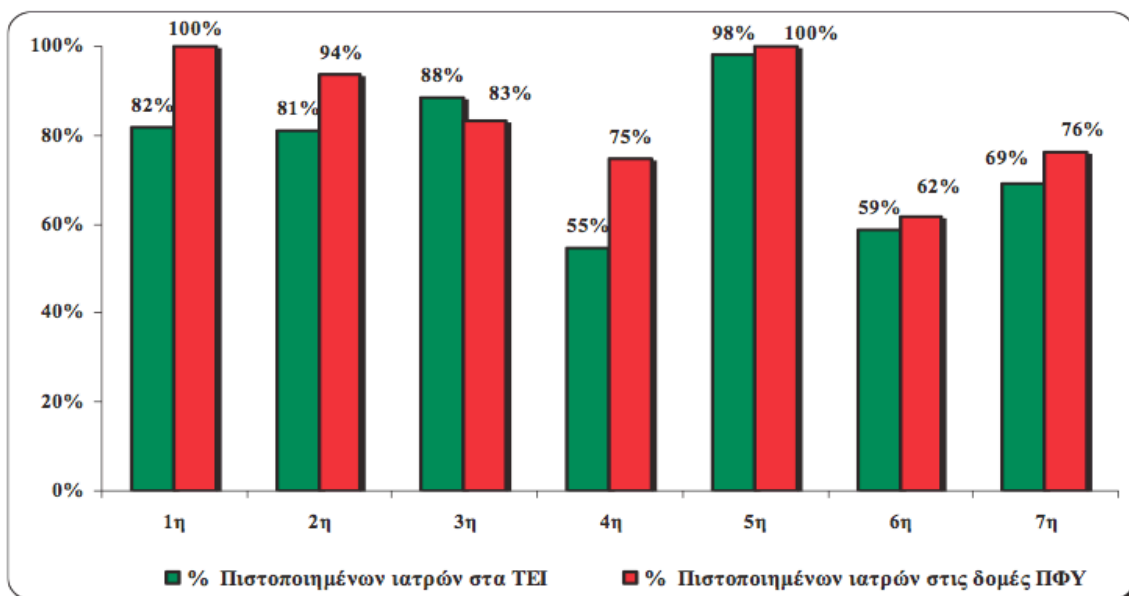


#### 4.4.4 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Μια επιπλέον υπαγόρευση του μνημονίου, ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2011 η οποία στόχο είχε τη διαδικτυακή εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης συνταγών για τον Ο.Α.Ε.Ε, με παράλληλη ένταξη ιατρών του Ι.Κ.Α σε τοπικά-πilotικά προγράμματα <sup>1</sup>. Στις 18/2/2011 η διαδικτυακή εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης επεκτάθηκε σε γιατρούς συμβεβλημένους με τον Ο.Π.Α.Δ και τον Ο.Γ.Α. Συνολικά στις αρχές Μαρτίου του 2011 το σύστημα χρησιμοποιείται από το 100 % των συμβεβλημένων με τον Ο.Α.Ε.Ε ιατρών, το 25 % των συμβεβλημένων με τον Ο.Π.Α.Δ γιατρών, το 25 % των συμβεβλημένων με τον Ο.Γ.Α γιατρών και 149 γιατρούς του Ι.Κ.Α.

Στο Ε.Σ.Υ η συνταγογράφηση πραγματοποιείται σε δημόσια νοσοκομεία και εξωτερικά ιατρεία, τα Κ.Υ και τα περιφερειακά ιατρεία. Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 11 το ποσοστό των πιστοποιημένων χρηστών στα Τ.Ε.Ι των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ είναι περίπου 70% στο σύνολο των Υ.Πε.

**Διάγραμμα 11: Ποσοστό πιστοποιημένων γιατρών στα Τ.Ε.Ι των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ και στις δομές Π.Φ.Υ ανά ΔΥ.Πε (Φεβρουάριος 2012, ΔΥ.Πε)**



Τα μικρά ποσοστά συμβεβλημένων γιατρών με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ οφείλονται στον περιορισμό των μηνιαίων επισκέψεων ανά γιατρό (200) στη

μικρή αποζημίωση ανά επίσκεψη αλλά και στη μεγάλη καθυστέρηση απόδοσης των οφειλών προς αυτούς. Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων, παραπεμπτικών και διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς και με την εφαρμογή μέτρων μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης εξοικονομήθηκαν συνολικά 1.387 εκατ € το 2011 και 1.716 εκατ € το 2012 <sup>98</sup>. Η εξοικονόμηση προήλθε, ως επί το πλείστον, από τη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.

#### 4.4.5 Νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη

Σημαντικές χαρακτηρίζονται και οι μεταρρυθμίσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στον τρόπο τιμολόγησης των νοσοκομειακών φαρμάκων αλλά και στους παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη. Από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν η υποχρεωτική προμήθεια γενόσημων φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία, με γνώμονα τη δραστική ουσία κι όχι την εμπορική τους ονομασία. Η χρήση γενόσημων φαρμάκων το 2011 άγγιζε το ποσοστό του 26 % ενώ το 2012 έφτασε το 40 % <sup>28</sup> στο σύνολο των φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν. Το κόστος των γενόσημων φαρμάκων ήταν χαμηλότερη από εκείνη των προτύπων και των φαρμάκων των οποίων η περίοδος προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας έχει λήξει. Αποτέλεσμα της συγκεκριμένης ενέργειας ήταν η χρήση φθηνότερων και εξίσου αποτελεσματικών φαρμάκων ενώ ταυτόχρονα επετεύχθηκε η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών .

Σύμφωνα με τα συμφωνηθέντα μεταξύ Ελληνικής κυβέρνησης και δανειστών, για την μείωση του ελλείμματος στην φαρμακευτική δαπάνη, θεσμοθετήθηκαν και υλοποιήθηκαν τα παρακάτω μέτρα από το 01/09/2010 έως σήμερα <sup>99</sup>:

1. Νέο σύστημα τιμών σε πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα.
2. Μείωση της ανώτατης τιμής των γενοσήμων στο 60% της τιμής των

98 ΥΥΚΑ, 2012, [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)

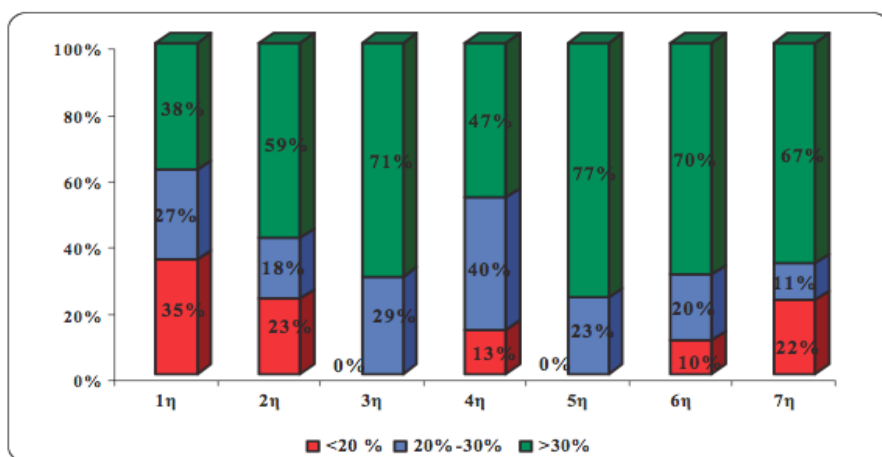
99 IOBE, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία του 2012, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα 2012

επώνυμων φαρμάκων.

3. Λίστες φαρμάκων: σοβαρών παθήσεων, με θετική ή αρνητική αποτελεσματικότητα, μη συνταγογραφούμενα.
4. Προώθηση χρήσης γενοσήμων (μέχρι τέλους 2012 θα ανέλθει περίπου στο 9 % της συνολικής χρήσης).
5. Διαγωνισμοί φαρμάκων, από το Υ.Υ.Κ.Α.
6. Ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
7. Μείωση κέρδους χονδρεμπόρων (μείωση του κέρδους των χονδρεμπόρων 5,4 % για το 2012 με συνολική εξοικονόμηση 12,12 € εκατ.).
8. Rebate φαρμακοποιών και Rebate φαρμακευτικών εταιριών.
9. Μείωση Φ.Π.Α (στο 6,5 %).

Το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης που αντιστοιχούσε στη χρήση γεννοσήμων-εκτός “πατέντας” φαρμάκων ανερχόταν στο 26 % το 2011 της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης (Πίνακας 12), το 2012 στο 40 %, με απώτερο στόχο τη χρήση γενόσημων φαρμάκων σε ποσοστό άνω του 70 %

**Γράφημα 5: Ποσοστό της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης που αντιστοιχεί στη χρήση γενόσημων εκτός πατέντας φαρμάκων, 2011 Πηγή: esy.net**



έως το 2015. Στο γράφημα 5 απεικονίζονται τα ποσοστά χρήσης των γενόσημων φαρμάκων, από μέρους των νοσοκομείων, έως και το τέλος του 2011.

**Πίνακας 12: Ετήσια φαρμακευτική δαπάνη ανά ΔΥ.Πε, 2011 Πηγή: esynet.net**

ΔΥΠε	Δαπάνη - Πρωτότυπα	Δαπάνη - Εκτός Πατέντας	Σύνολο φαρμακευτικής δαπάνης	Δαπάνη Γενόσημων - Εκτός Πατέντας/ Σύνολο φαρμακευτικής δαπάνης
1η	235.621.736,17	71.684.002,88	307.305.739,05	23%
2η	84.223.775,84	26.903.113,71	112.419.271,56	24%
3η	42.422.559,68	24.814.848,70	67.237.408,38	37%
4η	104.771.023,89	26.684.231,30	131.455.255,19	20%
5η	40.064.303,45	20.253.637,94	60.317.941,39	34%
6η	62.030.057,77	32.393.615,50	94.423.673,27	34%
7η	44.717.182,62	12.918.272,59	57.635.455,21	22%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>613.850.639,42</b>	<b>215.651.722,63</b>	<b>830.794.744,05</b>	<b>26%</b>

#### 4.4.6 Ιατρικές προμήθειες

Τα τελευταία 20 χρόνια είχαν εφαρμοστεί και δοκιμαστεί διάφορα συστήματα προμηθειών από τα οποία κανένα δεν κατάφερε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το πρόβλημα της δημιουργίας συσσώρευσης ελλειμμάτων και χρεών προς τους προμηθευτές. Μόνο οι συνολικές δαπάνες για την προμήθεια υλικών και υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ τη διετία 2008 - 2009 άγγιζε το 1,3 %-1,5 % του Α.Ε.Π, ενώ η ανάγκη ρύθμισης των συσσωρευμένων χρεών του συστήματος υγείας προς τους προμηθευτές επιβάρυνε σε τεράστιο βαθμό τον κρατικό προϋπολογισμό .

Στο πλαίσιο των μνημονιακών υποχρεώσεων, ο έλεγχος και ο περιορισμός των δαπανών για την προμήθεια αναλώσιμων και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού ξεκίνησε εφαρμόζοντας τις παρακάτω ενέργειες :

1. Δημιουργία ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης και κοινού μητρώου

για προμήθειες ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού σε όλη την Ελλάδα μέσω ενιαίας πλατφόρμας.

2. Υπολογισμός αποθεμάτων και ροών ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού.
3. Διαπραγματεύσεις των διοικητών για αναλώσιμα και προμήθειες ιατροτεχνολογικού υλικού με τις εταιρίες προμήθειας.
4. Δημιουργία παρατηρητηρίου τιμών μέσω του οποίου θα καταγράφονται-βάση ενιαίας κωδικοποίησης- ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, τα αναλώσιμα υλικά και η μέση τιμή αγοράς από τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας.
5. Διενέργεια εθνικών διαγωνισμών.
6. Καταπολέμηση της υπερτιμολόγησης και της σπατάλης υλικών στις προμήθειες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού του δημοσίου μέσω της διενέργειας συγκεντρωτικών εθνικών διαγωνισμών.

Ακόμη, η ανάγκη μείωσης και ελέγχου των δαπανών για αναλώσιμα και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, επετεύχθη μέσω διαπραγματεύσεων με τις εταιρίες αλλά και με τη θέσπιση διοικητικών οργάνων για τον καλύτερο συντονισμό των προμηθειών. Τα διοικητικά όργανα ήταν η Σ.Ε.Π και η επιτροπή προδιαγραφών. Η Σ.Ε.Π καθορίζει ποιοι διαγωνισμοί προμηθειών θα διενεργηθούν σε επίπεδο υγειονομικών περιφερειών ή σε εθνικό επίπεδο, καθώς και το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας που θα αναλάβει να διενεργήσει η αναθέτουσα αρχή. Η επιτροπή προδιαγραφών καθορίζει ενιαίες προδιαγραφές και πρότυπα ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν καθώς και τα πρότυπα υπηρεσιών.



Πέραν της εφαρμογής των παραπάνω μεταρρυθμίσεων, οι νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί μειώθηκαν κατά 20 % το 2011. Επιπλέον, με την χρήση του παρατηρητηρίου τιμών υπήρξε μείωση κατά 29,7 % το 2011, στις τιμές των αναλωσίμων και του ιατροτεχνολογικού υλικού σε σχέση με το 2010.

**Πίνακας 13: Συνολικές δαπάνες σε προμήθειες υλικών ανά Υ.Πε το 2011**

**Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α 2012**

ΥΠε	Υγειονομικό Υλικό 12μήνου 2011	Φάρμακα 12μήνου 2011	Ορθοπεδικό Υλικό 12μήνου 2011	Χημικά Αντιδραστήρια 12μήνου 2011	Σύνολο 4 Κατηγοριών
1η	158.693.299,22	295.190.335,82	26.084.204,30	62.799.012,53	542.766.851,87
2η	86.257.478,95	112.407.947,30	12.890.891,33	28.948.521,64	240.504.839,22
3η	55.263.358,01	67.210.540,68	13.789.743,85	15.727.349,87	151.990.992,41
4η	64.411.606,95	132.402.117,04	6.316.996,02	22.965.185,76	226.095.905,77
5η	35.483.833,71	60.318.719,55	6.742.832,76	14.694.458,66	117.239.844,68
6η	72.337.575,43	106.717.099,28	15.301.196,99	27.520.782,77	221.876.654,47
7η	32.446.326,13	57.643.287,28	4.952.030,71	14.565.223,18	109.606.867,30
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>504.893.478,40</b>	<b>831.890.046,95</b>	<b>86.077.895,96</b>	<b>187.220.534,41</b>	<b>1.610.081.955,72</b>

#### 4.4.7 Πόροι χρηματοδότησης

Το Υ.Υ.Κ.Α προώθησε ένα νέο σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων το οποίο βασιζόταν στη φιλοσοφία των DRGs. Οι ενέργειες για την εφαρμογή του νέου συστήματος χρηματοδότησης ήταν<sup>100</sup>:

1. Η ενημέρωση του προσωπικού για την κωδικοποίηση ICD-10 και K.E.N για την υποχρεωτική έκδοση εισιτηρίου και εξιτηρίου (1/7/2011).
2. Η ένταξη της κωδικοποίησης ICD-10 στα πληροφοριακά συστήματα του νοσοκομείου, τη χρήση λογισμικού στο γραφείο κίνησης ασθενών και στο λογιστήριο του νοσηλευτικού φορέα .

100 ΥΥΚΑ 2011, Παρουσίαση αποτελεσμάτων 20/6/2011, [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr) [Πρόσβαση 20/01/2013]

3. Η συγκρότηση ομάδας κωδικοποιητών Κ.Ε.Ν στα νοσοκομεία (1/7/2011)
4. Η διατύπωση κατευθυντηρίων οδηγιών για τη λογιστική εκκαθάριση των νοσηλίων και την υποβολή απαιτήσεων από τα Ασφαλιστικά Ταμεία με τη χρήση των κωδικών των Κ.Ε.Ν από 1/10/2011.
5. Η εφαρμογή συστήματος ελέγχου οικονομικών στοιχείων, με χρήση το ICD10, που αποστέλλοταν ηλεκτρονικά μηνιαίως στα Ασφαλιστικά Ταμεία και την ομάδα εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής των Κ.Ε.Ν στο Ε.Σ.Υ από 1/10/2011.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, από τις λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων θα εξοικονομηθούν 50 εκατ € ανά έτος, την περίοδο 2012 - 2015 ώστε τα έξοδα να εξομοιωθούν με τα αντίστοιχα έσοδα και να εξαλειφθεί το λειτουργικό έλλειμμα των νοσοκομείων .

Συμπερασματικά, οι στόχοι που είχαν τεθεί αρχικά, σύμφωνα με τις πολιτικές μεταρρύθμισης του μνημονίου, ήταν η λήψη μέτρων για τη μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης κατά 1.2 εκατ € το 2011 σε σχέση με το 2010 .

Πιο αναλυτικά, το μεγαλύτερο μέρος της παραπάνω μείωσης οφείλεται στη μείωση των αποδοχών του προσωπικού, 460,59 εκατ €, στη συνέχεια στη μείωση της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, 258,95 εκατ € και στις δαπάνες για υγειονομικό και λοιπό υλικό, 62,26 εκατ € .

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου και η μείωση των δαπανών από την εφαρμογή του

**Πίνακας 14: Επίπτωση περιοριστικών μέτρων στο νοσοκομειακό τομέα Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α, 2011**

	Εξοικονόμηση 2011	Εξοικονόμηση (ετήσια βάση)	Επιπρόσθετη Εξοικονόμηση 2012
<b>Μέτρα που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί</b>			
Μείωση Τιμών 2010 (carryover στο 2011)	47.860.083	47.860.083	
Μείωση Νοσοκομειακής Τιμής	16.984.528	29.116.334	12.131.806
Επαναξιολόγηση Τιμών *	25.572.114	50.537.637	25.572.114
<b>Εν εξελίξει μέτρα</b>			
Μείωση Όγκου Κατανάλωσης	59.838.746	57.612.907	
Διείσδυση Γενοσήμων	7.299.600	7.028.074	
Φάρμακα Σοβαρών Παθήσεων	48.170.000	48.170.000	29.460.000
Νοσοκομειακό Rebate	36.033.542	43.240.251	34.877.315
<b>Μέτρα που αναμένεται η εφαρμογή τους</b>			
Επαναξιολόγηση Τιμών			20.719.287
Νοσοκομειακή Συσκευασία	17.199.080	66.097.522	43.341.963
<b>Συνολική Μείωση</b>	<b>258.957.694</b>	<b>349.662.808</b>	<b>166.102.485</b>
* Περιλαμβάνεται η Τιμολόγηση γενοσήμων (Ιούλιος 2011)	10.844.422	21.688.844	10.844.422

#### 4.5 Κοινωνική ασφάλιση

Τον Μάρτιο του 2011 ιδρύεται και υλοποιείται το εγχείρημα του ΕΟΠΥ υπό την εποπτεία του ΥΥ.Κ.Α. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ μεταφέρθηκαν και ενσωματώθηκαν άμεσα υπηρεσίες, αρμοδιότητες, προσωπικό, κλάδοι υγείας των Φ.Κ.Α (Ι.Κ.Α, Ο.Α.Ε.Ε, Ο.Γ.Α Ο.Π.Α.Δ και ΤΥ.Δ.ΚΥ), που αφορούν το 85 % των ασφαλισμένων της χώρας.

Με την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ ενοποιούνται οι κλάδοι υγείας των πέντε αυτών φορέων ως προς τις παροχές σε είδος. Ο στόχος της ενοποίησης ήταν ο εξορθολογισμός του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, η εξοικονόμηση πόρων μέσω της διαπραγμάτευσης τις τιμών αγοράς αλλά και ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τελικός στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ ήταν η μείωση των συνολικών δαπανών υγείας, μέσω των παρακάτω ενεργειών<sup>101</sup>:

1. Καθορισμού κριτηρίων και όρων σύναψης συμβάσεων των Φ.Κ.Α, με όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας.
2. Αναθεώρησης και τροποποίησης των όρων αυτών, όποτε αυτό απαιτείται.
3. Σχεδιασμού ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.
4. Καθορισμού του ύψους της αποζημίωσης από τους Φ.Κ.Α των υλικών, των πρόσθετων ειδών και των υλικών για χειρουργικές επεμβάσεις.
5. Μέτρησης ποιότητας και κόστους των υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.
6. Δημοσίευσης μηνιαίων οικονομικών στοιχείων των Φ.Κ.Α (από τέλος β τριμήνου 2011).
7. Καθορισμού ασφαλιστικών εισφορών έως το τέλος του 2012.

Οι πόροι χρηματοδότησης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ προέρχονται από τις ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθενείας των εργαζομένων και από την ετήσια επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό (0,6 % του Α.Ε.Π). Επιπλέον στα έσοδα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ συγκαταλέγονται τα ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή (rebate) των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Στα έσοδα των ταμείων συμβάλλουν και οι ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α, Ο.Α.Ε.Ε και Ο.Π.Α.Δ που ορίζονται στο 6,5% των εσόδων τους, ενώ για νέους ασφαλισμένους – εργαζόμενους του Ο.Γ.Α είναι 2,55 %<sup>36</sup>.

---

101 IOBE, 2012, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία του 2012, Ίδρυμα οικονομικών & βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα

#### 4.5.1 Η φαρμακευτική περίθαλψη στην κοινωνική ασφάλιση

Από το Μάρτιο του 2010, μειώθηκαν περίπου 20 % οι τιμές εκείνων των πρωτότυπων φαρμάκων των οποίων έληξε το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, και καθορίστηκε το ύψος των τιμών φαρμακευτικών προϊόντων-όμοιας δραστικής ουσίας-σε ποσοστό 90 % της τιμής του αντίστοιχου πρωτοτύπου.

Στόχος των μεταρρυθμίσεων στο χώρο της φαρμακευτικής περίθαλψης ήταν η αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων. Οι ενέργειες που εφαρμόστηκαν για την επίτευξη του παραπάνω στόχου ήταν <sup>102</sup>:

1. Άρση των ανώτατων ορίων (πλαφόν) στις μεταβολές των χονδρικών τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων.
2. Ορισμός χαμηλότερου κόστους συμμετοχής των ασθενών για τα γενόσημα φάρμακα που έχουν σημαντικά χαμηλότερη τιμή από την τιμή αναφοράς των προτύπων.
3. Συνταγογράφηση βάση δραστικής ουσίας, σε συνδυασμό με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
4. Καθορισμός ανώτατης τιμής για τα γενόσημα φάρμακα στο 60 % της τιμής των αντίστοιχων πρωτότυπων φαρμάκων.

Τα μέτρα αυτά στόχευαν στην αύξηση της κατανάλωσης γενόσημων φαρμάκων τόσο στα δημόσια νοσοκομεία, όσο και στον εξωνοσοκομειακό χώρο, γεγονός που οδήγησε σε εξοικονόμηση πόρων για το Ε.Σ.Υ και τα ασφαλιστικά ταμεία. Απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση του μέτρου αυτού ήταν η εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αλλά και η δημιουργία ενός ηλεκτρονικού αρχείου ασθενούς, τα οποία εισήχθησαν στο σύστημα υγείας από την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου.

Αποτέλεσμα της εφαρμογής των αλλαγών στην φαρμακευτική δαπάνη την περίοδο 2009 - 2011, ήταν η μείωση κατά 1,27 δις €.

---

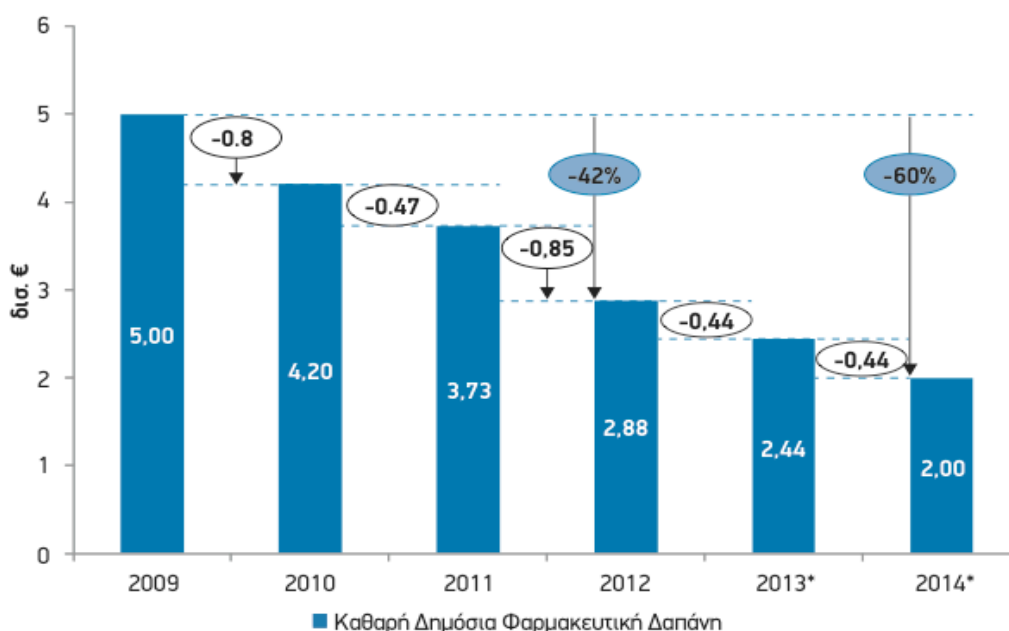
102 ΥΥΚΑ, 2012, “Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011”

Αυτό ήταν αποτέλεσμα αλλαγής του συστήματος τιμολόγησης φαρμάκων, αύξηση των επιστροφών – rebates – στους Φ.Κ.Α, μείωση των ρυθμιζόμενων περιθωρίων κέρδους στη χονδρική και λιανική τιμής διάθεσης των φαρμάκων, μείωση συντελεστή Φ.Π.Α στα φάρμακα κ.λπ .

Στόχος είναι η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης από 5 δις € το 2009 σε 2 δις € το 2014 δηλαδή μείωση 60 % από την αρχή εφαρμογής των μεταρρυθμιστικών αλλαγών (Διάγραμμα 12).

Επιπλέον, καταγράφηκε μείωση τόσο των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π, όσο και της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας. Η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ήταν χαμηλότερη κατά 11 % από το μέσο ορό των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α και σε παρόμοιο επίπεδο με άλλες χώρες του ευρωπαϊκού νότου, ενώ η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας ήταν χαμηλότερη κατά 27 % από το μέσο ορό του Ο.Ο.Σ.Α <sup>103</sup>.

**Διάγραμμα 12: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 2009 - 2014 Πηγή: ΥΥΚΑ 2012**



103 IOBE, 2012, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία του 2012, Ίδρυμα οικονομικών & βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα

#### 4.6 Παλαιά και νέα μέτρα μεσοπρόθεσμου σχεδίου για 2012-2015

Στο σημείο αυτό, ενδιαφέρον έχει να αναφερθούν παλαιά και νέα μέτρα του μεσοπρόθεσμου για την εξοικονόμηση επιπλέον χρηματικών πόρων στα νοσοκομεία κατά το διάστημα 2012 – 2015 <sup>104</sup>. Η συνολική εξοικονόμηση των δαπανών υγείας το 2012 ήταν 300 εκατ €, η οποία επιτεύχθει εφαρμόζοντας τα παρακάτω μέτρα:

1. Έσοδα από συμβάσεις ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών 40 εκατ € (2011-12).
2. Συνένωση νοσοκομείων και τμημάτων.
3. Ενιαίους διαγωνισμούς προμηθειών υγειονομικού και λοιπού υλικού νοσοκομείων από την αντίστοιχη Υ.Πε για όλα τα νοσοκομεία ευθύνης της . (Εξοικονόμηση 38 εκατ € για το 2ο εξάμηνο του 2012).
4. Από τους κεντρικούς διαγωνισμούς δεκατριών δραστικών ουσιών φαρμάκων εξοικονομήθηκαν 50 εκατ € πριν το 2012.
5. Από κεντρικούς διαγωνισμούς 89 δραστικών ουσιών το 2012 εξοικονομήθηκαν 52 εκατ €.
6. Από κεντρικούς διαγωνισμούς ορθοπεδικού υλικού 50 εκατ € από 1/4/2012 - 31/12/2012.
7. Από εξωτερικές υπηρεσίες νοσοκομείων εξοικονομήθηκαν 40 εκατ € (20 % της ετήσιας δαπάνης η οποία ανερχόταν στα 200 εκατ €), λόγω διαγωνισμών και μειώσεων τιμών παρατηρητηρίου από 1/1/ 12.

Οι στόχοι που ετέθησαν βάσει του μεσοπρόθεσμου σχεδίου για τη περίοδο 2013 – 2015, είναι η συνολική μείωση των δαπανών υγείας να ανέλθει στο ποσό των 589 εκατ €. Η εξοικονόμηση θα πραγματοποιηθεί βάση των παρακάτω μέτρων ανά έτος:

---

104 ΥΥΚΑ, 2012,Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2013-2016

Το 2013 η συνολική μείωση ενδέχεται να είναι 123 εκατ € λόγω :

1. Της αύξησης των εσόδων από συμβάσεις ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών (10 εκατ €).
2. Των συνενώσεων νοσοκομειακών τμημάτων η μετατροπές νοσοκομείων (38 εκατ €).
3. Της εξοικονόμησης 100 εκατ € από κεντρικές, περιφερειακές και νοσοκομειακές προμήθειες υγειονομικού υλικού.
4. Της μείωσης του συνολικού κόστους ιατρικών πράξεων κατά 50 εκατ €.

Για το 2014 λόγω:

1. Της αύξησης των εσόδων από συμβάσεις ξένων ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών κατά 15 εκατ €.
2. Της εξοικονόμησης 100 εκατ € από κεντρικές, περιφερειακές και νοσοκομειακές προμήθειες υγειονομικού υλικού.
3. Της μείωσης της δαπάνης για ιατρικές πράξεις κατά 50 εκατ €.

Για το 2015 λόγω:

1. Του περιορισμού των δωρεάν νοσηλίων για ανασφάλιστους κατά 50 εκατ €.
2. Της αύξησης των συμβάσεων με ξένες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες κατά 25 εκατ €.
3. Της συνένωσης νοσοκομειακών τμημάτων η αλλαγή της λειτουργίας νοσοκομείων κατά 38 εκατ €.
4. Της εξοικονόμηση από κεντρικές, περιφερειακές και νοσοκομειακές προμήθειες υγειονομικού υλικού κατά 75 εκατ €.
5. Της μείωσης κόστους ιατρικών πράξεων κατά 75 εκατ. €.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

### 5.1 Εισαγωγή

Ένα σύστημα υγείας, είναι βιώσιμο αν είναι εφικτή η διαρκής διασφάλιση και επάρκεια των πάσης φύσεως πόρων για την εύρυθμη και ομαλή λειτουργία του. Οι πόροι αυτοί ονομάζονται εισροές του συστήματος, και κατανέμονται στο ανθρώπινο δυναμικό, τις υλικοτεχνικές υποδομές, και τα διαθέσιμα προς αξιοποίηση κεφάλαια. Η βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων του συστήματος για την εξυπηρέτηση των σκοπών του σε σχέση με το μετρούμενο παραγόμενο αποτέλεσμα (εκροές), ονομάζεται αποδοτικότητα του συστήματος. Η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας αναφέρεται στη συσχέτιση των εκροών, δηλαδή των ιατρικών πράξεων, προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας με τις εισροές, δηλαδή τους ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους που χρησιμοποιήθηκαν και ως έννοια, αναλύεται στο παρόν κεφάλαιο.

Το κόστος λειτουργίας κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας σε παγκόσμια κλίμακα είναι εν γένει υψηλό. Αυτό οφείλεται κατά κανόνα στο υψηλό κόστος προμήθειας και συντήρησης του βιοϊατρικού εξοπλισμού, στην ταχεία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας που οδηγεί σε ανάγκη αντικατάστασης του εξοπλισμού καθώς απαξιώνεται, στο κόστος ανάπτυξης κτηριακών υποδομών με ειδικές προδιαγραφές, το υψηλό κόστος αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας και τέλος στο υψηλό και διαρκώς αυξανόμενο κόστος προμήθειας αναλωσίμου, υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού. Η διαχρονική και διαρκής αύξηση του κόστους λειτουργίας κάθε συστήματος υγείας, δημιουργεί οικονομικές πιέσεις στο ίδιο το σύστημα δημιουργώντας προβλήματα στην εύρυθμη λειτουργία του. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού οι κυβερνήσεις των χωρών έχουν κατά κανόνα δύο επιλογές: Είτε την συγκράτηση του κόστους, είτε την αύξηση χρηματοδότησης, είτε συνδυασμό των δύο αυτών επιλογών.

Η οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα από τις αρχές του 2008,

δημιούργησε πρόσθετες αδυναμίες στις ήδη υπάρχουσες και νέα προβλήματα στο σύστημα υγείας. Το σωρευμένο χρέος και η δημιουργία νέων ελλειμμάτων, σε συνδυασμό με την ποιοτική υποβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών και την χαμηλή αποδοτικότητα, ήταν τα κύρια προβλήματα, που έθεσαν σε αμφισβήτηση την βιωσιμότητα του Ελληνικού συστήματος υγείας. Για παράδειγμα, με την επιδείνωση της οικονομικής κρίσης, παρατηρήθηκε αυξανόμενη προσέλευση και συνωστισμός ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία καθώς, λόγω των οικονομικών δυσχερειών, μεγάλο πλήθος ασθενών που εξυπηρετούντο στον ιδιωτικό τομέα, άρχισαν να στρέφονται συστηματικά στον δημόσιο τομέα. Εκτός όμως από την αύξηση των χρόνων αναμονής και την υποβάθμιση της εξυπηρέτησης των ασθενών, η στροφή των ασθενών από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα οδήγησε σε αύξηση του κόστους λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, λόγω της αύξησης των ιατρικών πράξεων, και των εισαγωγών, που είχαν ως αποτέλεσμα την ανάγκη προμήθειας περισσότερων αναλωσίμων υλικών, φαρμακευτικού υλικού κλπ. επιβαρύνοντας τον προϋπολογισμό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η προϋπάρχουσα έλλειψη οργάνωσης και συντονισμού και η περιορισμένη αποδοτικότητα των φορέων περίθαλψης που εξακολουθούσαν να αποτελούν εμπειδωμένα προβλήματα του Ελληνικού συστήματος υγείας συνέβαλλαν στην αδυναμία ελέγχου της κατάστασης.

Η οικονομική κρίση συνεπώς, όχι μόνο οδήγησε στην ποιοτική υποβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αλλά έθεσε απειλητικά θέμα βιωσιμότητας του Ελληνικού συστήματος υγείας. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, το πλέον επείγον μέτρο πρωτίστως, ήταν ο με κάθε τρόπο έλεγχος και περιορισμός των δαπανών. Άλλωστε, η έκρυθμη κατάσταση στα οικονομικά της υγείας στην Ελλάδα, καταδεικνυόταν και από το γεγονός ότι, οι συνολικές δαπάνες υγείας για την Ελλάδα ως ποσοστού το Α.Ε.Π της, ήταν υψηλότερο από τον αντίστοιχο μέσο όρο των αναπτυγμένων χωρών.

Για την αποτίμηση με ένα κατά το δυνατόν αντικειμενικό και μετρίσιμο τρόπο των παρεμβάσεων που ακολούθησαν στο σύστημα υγείας, επιλέγεται η αποτύπωση και καταγραφή της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας,

εστιάζοντας ειδικότερα στα Ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα, πριν και μετά την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του μνημονίου.

## 5.2 Η έννοια της αποδοτικότητας στον τομέα της υγείας

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας αποτελεί επιμέρους μεθοδολογική προσέγγιση της γενικότερης αξιολόγησης των ιατρικών μέτρων, προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας και αναφέρεται στη συσχέτιση μεταξύ των εκροών τους (πχ αριθμός διαγνωστικών εξετάσεων) με τους ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους (πχ ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμός, κεφάλαια, υλικά κ.α) που χρησιμοποιήθηκαν . Η αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας διαχωρίζεται σε δυο διαφορετικά επίπεδα <sup>105</sup>:

1. Στο επίπεδο ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων (δηλαδή η οικονομική αποτελεσματικότητα με χρήση μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης)
2. Στο επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών, μέσω μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημείων αναφοράς (μή-παραμετρική ανάλυση δεδομένων Data Envelopment Analysis DEA και μέθοδος των στοχαστικών συνόρων Free Disposal Hull SFA).

Συγκεκριμένα, η αποδοτικότητα μιας παραγωγικής μονάδας (π.χ. νοσοκομείου) ορίζεται συγκρίνοντας και αναλύοντας τις εισροές (πχ πόροι χρηματοδότησης) που χρησιμοποιεί και τις εκροές (προϊόντα & υπηρεσίες) που παράγει σε σχέση με εκείνες που αντιστοιχούν στην βέλτιστη απόδοση που αποτελεί το παραγωγικό όριο <sup>106</sup>.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας μπορεί να γίνει είτε με οικονομετρικές μεθόδους ή συνηθεστέρα με μεθόδους επιχειρησιακής έρευνας /μαθηματικού προγραμματισμού, γνωστές ως DEA. Η DEA αποτελεί ένα πολύ ισχυρό εργαλείο όταν χρησιμοποιείται ορθά. Μερικοί από τους λόγους για τους

---

105 Οικονόμου, Ν.Α., Τούντας Γ, 2007, Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο υγείας, Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 24(1):34-47.

106 Καραγιάννη Ρ, 2007, Μέτρηση και ανάλυση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα, Διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

οποίους η μέθοδος αυτή είναι τόσο χρήσιμη στο χώρο της διοίκησης είναι οι ακόλουθοι <sup>107</sup>:

1. Η DEA μπορεί να συμπεριλάβει εύκολα πολλαπλό μείγμα εισροών και εκροών κατά την αξιολόγηση της απόδοσης μιας μονάδας.
2. Δεν χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη μορφή συσχέτισης μεταξύ του μείγματος εισροών - εκροών.
3. Οι μονάδες συγκρίνονται απευθείας με ένα σύνολο ανταγωνιστικών ομοειδών μονάδων που εντοπίζονται από την ίδια την μέθοδο.
4. Οι εισροές και οι εκροές δύναται να μετρούνται με διαφορετικές μονάδες. Για παράδειγμα, μια λειτουργική μονάδα (DMU) μπορεί να μετριέται με τον αριθμό πράξεων ή τεμαχίων ενός εξαγόμενου προϊόντος (π.χ χειρουργικές επεμβάσεις), ενώ μια άλλη με χρηματικές μονάδες (πχ σε €) χωρίς να απαιτείται καμία εκ των πρότερων συσχέτιση μεταξύ τους.

Η ανάλυση της αποδοτικότητας με χρήση της μεθόδους DEA βασίζεται στους πέντε παρακάτω δείκτες <sup>108</sup>:

- **Αμιγώς τεχνικός- pure technical efficiency (PTE):**  
Ο δείκτης αυτός συσχετίζει τους πόρους που δαπανώνται ως προς το παραγόμενο αποτέλεσμα. Ο συγκεκριμένος δείκτης αντανακλά την διοικητική ικανότητα <sup>109</sup>.
- **Αποδοτικότητα Κλίμακας - scale efficiency (SE):**  
Προσδιορίζει αν η μονάδα διαθέτει το σωστό μέγεθος και αναδεικνύει την ανεπάρκεια, επάρκεια, ή υπερεπάρκεια πόρων.

---

107 Cooper, Seiford and Tone, 2000, A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software

108 Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., 2006, Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο

109 ΕΣΔΥ, 2010, Μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσηλευτικών μονάδων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

- **Τεχνική Αποδοτικότητα - technical efficiency (TE):**  
Ορίζεται ο συνδυασμός των δυο παραπάνω δεικτών και υπολογίζει αν η μονάδα αποδίδει με την ελάχιστη δυνατή ποσότητα πόρων και το σωστό μέγεθος, αντανακλώντας ταυτόχρονα διοικητική ικανότητα και επάρκεια μεγέθους <sup>110</sup>.
- **Κατανομητική Αποδοτικότητα - price efficiency (PE):**  
Προσδιορίζει αν και κατά πόσο ένα νοσοκομείο επιλέγει την άριστη αναλογία εισροών (ιατρών, τεχνολογικού εξοπλισμού κ.α) δεδομένων των σχετικών τιμών τους. Χρησιμοποιείται όταν υπάρχουν πολλές εναλλακτικές προτάσεις για τη χρήση των πόρων και είναι αναγκαίο να γίνει σύγκριση όλων των εναλλακτικών λύσεων ως προς το κόστος και το όφελος προκειμένου να ληφθεί απόφαση.
- **Ολική Αποδοτικότητα - overall (or cost) efficiency:**  
Ο δείκτης αυτός αναφέρεται στη συνολική αποδοτικότητα της μονάδας.

### 5.3 Αξιολόγηση αποδοτικότητας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ

Από τις αρχές του 2011 άρχισε να γίνεται από τα νοσοκομεία καταχώρηση στη βάση δεδομένων esy.net εκείνων των στοιχείων που αφορούν λειτουργικά και οικονομικά δεδομένα <sup>111</sup>. Η πρώτη καταγραφή στοιχείων ξεκίνησε στην Ελλάδα το 2009 δίχως συγκεκριμένη τυποποίηση και μεθοδολογία. Από το 2011 και έπειτα εφαρμόστηκε από το Υ.Υ.Κ.Α. η μέθοδος DEA με στόχο την ακόμη καλύτερη αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων. Δηλαδή, στόχος της εφαρμογής της μεθόδου DEA ήταν να αναδείξει κατά πόσο ένα νοσοκομείο είναι αποδοτικό ή παραγωγικό αλλά και να προσδιορίσει τους κατάλληλους τρόπους αξιοποίησης και βελτίωσης των διατιθέμενων πόρων.

---

110 Οικονόμου, Ν.Α., Τούντας Γ., 2007, Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο υγείας. Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 24(1):34-47

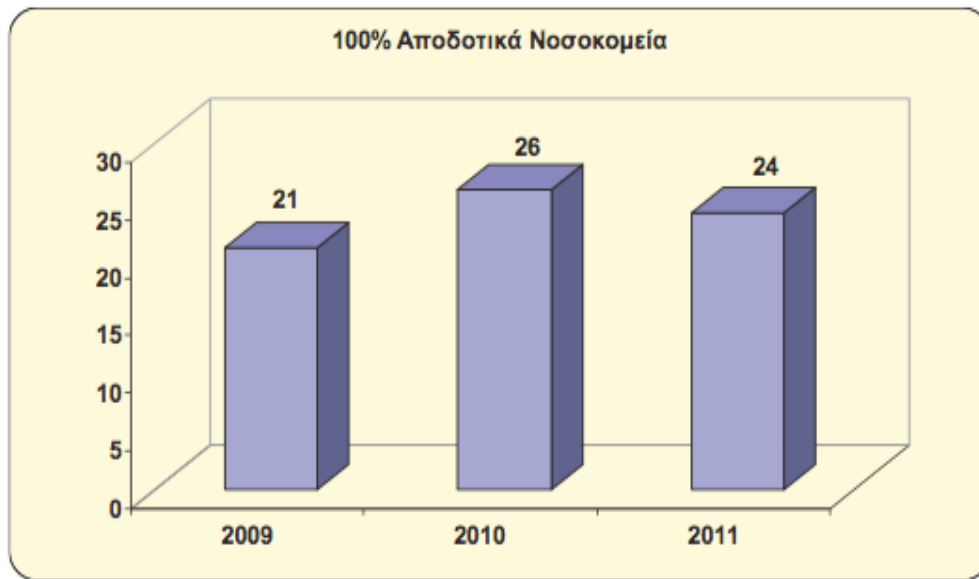
111 ΥΥΚΑ, 2011, Ετήσια έκθεση αποτελεσμάτων 2011, [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση αποτελεσμάτων του Υ.Υ.Κ.Α, το 2011, η αξιολόγηση της αποδοτικότητας μέσω της μεθόδου DEA, εφαρμόστηκε με βάση το μοντέλο ελαχιστοποίησης των εισροών <sup>Από</sup> τις αρχές του 2011 άρχισε να γίνεται από τα νοσοκομεία καταχώρηση στη βάση δεδομένων esy.net εκείνων των στοιχείων που αφορούν λειτουργικά και οικονομικά δεδομένα. Ως εισροές χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομειακών μονάδων, ο συνολικός αριθμός του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, ο συνολικός αριθμός των ανεπτυγμένων κλινών και οι συνολικές δαπάνες αυτών - συμπεριλαμβανομένου εκτός των τεσσάρων μεγάλων κατηγοριών, το φάρμακο, το υγειονομικό υλικό, το ορθοπεδικό υλικό και τα χημικά αντιδραστήρια, δηλαδή δαπάνες που αφορούν αναλώσιμα και υπηρεσίες. Ως εκροές χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός των νοσηλευθέντων καθώς και ο συνολικός αριθμός των εξωτερικών ασθενών σε Τ.Ε.Π, Τ.Ε.Ι και απογευματινά ιατρεία.

Η μέθοδος DEA εφαρμόστηκε σε 117 νοσοκομεία, τα οποία διαχωρίστηκαν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: πρωτοβάθμια νοσοκομεία/Κ.Υ., δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια νοσοκομεία. Η κατηγοριοποίηση έγινε με βάση το μέγεθος τους, την ομοιότητα τους στην κατανάλωση πόρων και στο εύρος των υπηρεσιών που παρέχουν <sup>Από</sup> τις αρχές του 2011 άρχισε να γίνεται από τα νοσοκομεία καταχώρηση στη βάση δεδομένων esy.net εκείνων των στοιχείων που αφορούν λειτουργικά και οικονομικά δεδομένα.

Σε κάθε κατηγορία νοσοκομείων υπολογίσθηκαν οι τρεις βασικοί δείκτες: TE, PTE, SE.

Στο γράφημα 6 παρατηρείται ο αριθμός των 100 % αποδοτικών νοσοκομείων, βάση των δεικτών TE - PTE - SE για το διάστημα 2009 - 2011 σε συνολικό αριθμό 117 νοσοκομείων πανελληνίως. Κατά το έτος 2010 χαρακτηρίστηκαν με 100 % απόδοση, 7 τριτοβάθμια νοσοκομεία, 13 δευτεροβάθμια και 6 γενικά νοσοκομεία – Κ.Υ.

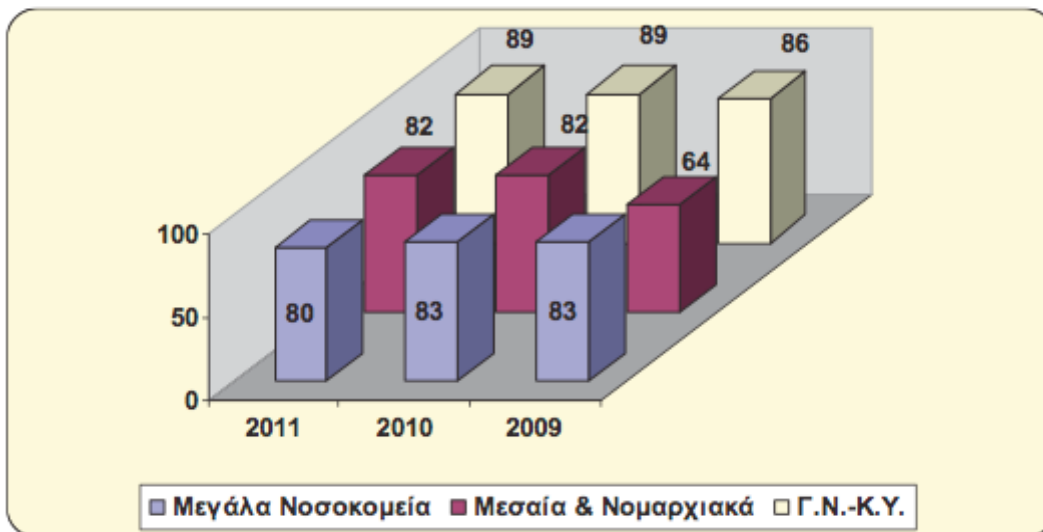
**Γράφημα 6 : Απόδοση νοσοκομείων 2009-2011** Πηγή: *esy.net*

Συνεχίζοντας, το 2011, μόνο 24 νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ εκ των οποίων 6 τριτοβάθμια νοσοκομεία, 12 δευτεροβάθμια και 6 γενικά νοσοκομεία - Κ.Υ, αξιοποίησαν τους πόρους για την παροχή υπηρεσιών. Η διακύμανση της αποδοτικότητας κυμαίνεται σε ποσοστά από 26 % - 99 %. Γίνεται αντιληπτό πως σε σύγκριση με το 2010, 7 δευτεροβάθμια νοσοκομεία πέτυχαν να παρουσιάσουν δείκτες ΤΕ πάνω από 90 %.

Σύμφωνα με το γράφημα 7 η ΤΕ για το 2011, στα 29 συνολικά υπό εξέταση τριτοβάθμια νοσοκομεία άγγιξε το ποσοστό του 80 %, στα 71 δευτεροβάθμια το 82 % και στα 17 γενικά νοσοκομεία/Κ.Υ το 89 %, δηλαδή αποτελέσματα έχουμε παρόμοια με εκείνα του 2010.

Χαμηλότερα είναι τα ποσοστά για το 2009 με 83 % της ΤΕ για τα τριτοβάθμια νοσοκομεία, 64 % για τα δευτεροβάθμια και 86 % για τα γενικά νοσοκομεία – Κ.Υ. Στο γράφημα 7 αποτυπώνεται ότι στα πρωτοβάθμια και στα νομαρχιακά/ δευτεροβάθμια νοσοκομεία είχε αυξηθεί από το 2009 η αποδοτικότητα τους στις υπηρεσίες υγείας.

**Γράφημα 7: Τεχνική αποδοτικότητα ανά κατηγορία νοσοκομείων Πηγή: esy.net**



Η ΡΤΕ των τριτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων νοσοκομείων υπολογίστηκε σε ποσοστό 88 % και σε 94 % των γενικών νοσοκομείων - Κ.Υ, για το 2011. Αντίστοιχα, για το 2010 υπολογίστηκε σε 90 % για τα τριτοβάθμια νοσοκομεία, σε 86 % για τα δευτεροβάθμια/νομαρχιακά νοσοκομεία και σε 95 % για τα μικρότερης δυναμικότητας, ενώ για το 2009 υπολογίστηκε σε 89 %, 72 % και 91 % για τις τρεις κατηγορίες αντίστοιχα (Πίνακας 15). Ποσοστά αρκετά υψηλά και βελτιωμένα από την πρώτη έρευνα

**Πίνακας 15: Συγκεντρωτικά αποτελέσματα έρευνα 2009-2011 Πηγή: esy.net**

Νοσοκομεία	ΤΕ	ΡΤΕ	SE
	2011-2010-2009	2011-2010-2009	2011-2010-2009
Μεγάλα	80% - 83% - 83%	88% - 90% - 89%	91% - 92% - 93%
Μεσαία	82% - 82% - 64%	88% - 86% - 72%	94% - 95% - 90%
Γ.Ν. - Κ.Υ.	89% - 89% - 86%	94% - 95% - 91%	95% - 94% - 94%
<b>Μεταβολή Μεγάλα Νοσοκομεία ΤΕ</b>		<b>Μεταβολή Μεγάλα Νοσοκομεία ΡΤΕ</b>	<b>Μεταβολή Μεγάλα Νοσοκομεία SE</b>
2011-2009	-3%	-1%	-2%
2011-2010	-3%	-2%	-1%
<b>Μεταβολή Μεσαία Νοσοκομεία ΤΕ</b>		<b>Μεταβολή Μεσαία Νοσοκομεία ΡΤΕ</b>	<b>Μεταβολή Μεσαία Νοσοκομεία SE</b>
2011-2009	+18%	+16%	+4%



για την αποδοτικότητα των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας.

Όσον αφορά την τελευταία μέτρηση, εκείνη της SE, στα τριτοβάθμια νοσοκομεία υπολογίστηκε σε ποσοστό 93 %, στα δευτεροβάθμια/νομαρχιακά νοσοκομεία σε 90 % και των γενικών νοσοκομείων - Κ.Υ σε 94 %, για το 2009. Για το έτος 2010, στα τριτοβάθμια νοσοκομεία το ποσοστό ανήλθε στο 92 %, για τα δευτεροβάθμια/νομαρχιακά στο 95 % και τα γενικά - Κ.Υ στο 94 %. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα για τις τρεις κατηγορίες των νοσοκομείων ήταν 91 %, 94 % και 95 %, για το 2011. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της SE για τα έτη 2009, 2010, 2011 παρατηρούμε ότι στα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια νοσοκομεία η επάρκεια στους χρηματικούς πόρους σε σχέση με το μέγεθος της υγειονομικής μονάδας είναι αυξημένη.

Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται βελτίωση των δεικτών μεταξύ των ετών 2009 - 2011 με μεγαλύτερη βελτίωση στα νοσοκομεία δευτεροβάθμιας περίθαλψης και στους τρεις εξεταζόμενους δείκτες. Αντιθέτως, μικρή μείωση παρατηρείται στην TE και την PTE των τριτοβάθμιων νοσοκομείων για το διάστημα 2010 – 2011, που είναι αποτέλεσμα των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν<sup>8</sup>.

Συγκρίνοντας τα έτη 2009 - 2011, διακρίνεται άνοδος στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Ωστόσο, σύμφωνα με την έρευνα αποδοτικότητας νοσοκομειακών μονάδων του Υ.Υ.Κ.Α, το 2011, παρατηρείται ότι τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία εμφάνισαν υποχώρηση του δείκτη TE σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη. Η μείωση αιτιολογείται λόγω της περίθαλψης του μεγάλου αριθμού ασθενών με σοβαρά νοσήματα<sup>8</sup>.

Περισσότερες παρεμβάσεις φαίνεται πως απαιτούνται στα τριτοβάθμια νοσοκομεία κυρίως σε αυτά που επιβαρύνονται με μεγάλο όγκο ασθενών, δημιουργώντας πολύ μεγάλη συμφόρηση στις νοσοκομειακές υποδομές.

Όσον αφορά το σύστημα υγείας, γίνεται αντιληπτό πως απαιτείται μείωση των εισροών σε αρκετά νοσοκομεία, εξορθολογισμός των δαπανών τους, έλεγχος των εκροών, όπως π.χ ο αριθμός των ατόμων που επισκέπτονται τα εξωτερικά και απογευματινά ιατρεία. Από τις αρχές του 2011 άρχισε να γίνεται από τα νοσοκομεία καταχώρηση στη βάση δεδομένων esy.net εκείνων

των στοιχείων που αφορούν λειτουργικά και οικονομικά δεδομένα .

#### 5.4 Αναδιάρθρωση νοσοκομείων

Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει διαχρονικά το ελληνικό σύστημα υγείας είναι η λανθασμένη πολιτική που εφαρμόζεται, κατά γενική ομολογία, στον τομέα της υγείας τα τελευταία 30 χρόνια.

Η προσπάθεια αναδιάρθρωσης του Ε.Σ.Υ δεν επιτεύχθηκε ποτέ, παρά τα συνεχή νομοσχέδια, νόμους που αφορούσαν την οργάνωση, λειτουργία της Π.Φ.Υ και τη διοίκηση του συστήματος υγείας, εκ μέρους των εκάστοτε κυβερνήσεων <sup>112</sup>.

Οι ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη οργανωμένου δικτύου Π.Φ.Υ, ο κατακερματισμός των Φ.Κ.Α, η έλλειψη λειτουργικής, κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης είναι ορισμένα από τα μειονεκτήματα του Ε.Σ.Υ.

Για την αναδιοργάνωση του Ε.Σ.Υ - ακολουθώντας πάντα την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων που συμφωνήθηκαν με τους εταίρους μας στα πλαίσια των δανειακών συμβάσεων - απαιτείται <sup>113</sup>:

1. Οργανωμένο δίκτυο Π.Φ.Υ, με πιθανή συμμετοχή ιδιωτών όπου υπάρχει ανάγκη, το οποίο θα αποτελεί την υποχρεωτική πύλη εισόδου στο Ε.Σ.Υ και το οποίο δεν θα υπάγεται διοικητικά σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσοκομείο των οποίων η αποστολή διαφέρει ριζικά από την Π.Φ.Υ. Η διασύνδεση τους θα είναι επιστημονική.
2. Αξιολόγηση απόδοσης και παραγωγικότητας κάθε μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.
3. Ενίσχυση του ρόλου και της αποστολής του Ε.Κ.Α.Β με τη δημιουργία δικτύου σταθμών πρώτων βοηθειών πλήρως στελεχωμένων για την εξυπηρέτηση εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών.

---

112 Τσαβαλιάς Κ, Σίσκου Ο., Λιαρόπουλος Λ, 2012, Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη, Δίδαγμα και προοπτικές για την Ελλάδα, Αρχεία ελληνικής ιατρικής 29(2):233-239

113 ΕΚΠΑ, 2011, Επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης νοσοκομείων, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής. Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας.

4. Αυστηρά κριτήρια κατηγοριοποίησης, ως προς το ποσοστό ίδιας συμμετοχή στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, των προσερχόμενων στους σταθμούς πρώτων βοηθειών.
5. Συγκεκριμένα κριτήρια βάσει των οποίων θα προτείνεται τυχόν συνδιοίκηση, αλλαγής σκοπού λειτουργίας ή και κατάργηση νοσοκομειακών μονάδων.

Η μεταβολή του καθεστώτος λειτουργίας οποιαδήποτε μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει να ληφθούν υπόψη τα παρακάτω κριτήρια<sup>114</sup>.

1. Το πληθυσμιακό κριτήριο: αναφέρεται στο σύνολο του πληθυσμού που εξυπηρετεί το κάθε νοσοκομείο.
2. Το κριτήριο της συγκέντρωσης του πληθυσμού: αναφέρεται στον συγκεκριμένο αριθμό των μόνιμων κατοίκων που εξυπηρετεί το κάθε νοσοκομείο.
3. Το κριτήριο του μεγέθους: αναφέρεται στη γενική διαπίστωση ότι ένα μικρό νοσοκομείο δεν είναι πάντα σε θέση να καλύψει το σύνολο των αναγκών του πληθυσμού με επάρκεια και ποιότητα.
4. Το κριτήριο έντασης της αξιοποίησης, της νοσοκομειακής υποδομής: Αποτελεί ένα δείκτη που αφορά το βαθμό στον οποίο αξιοποιούνται οι υποδομές και οι υπηρεσίες του νοσοκομείου σε σχέση με την εσωτερική νοσηλεία των ασθενών.
5. Το κριτήριο της οικονομικής αποδοτικότητας
6. Το κριτήριο της παλαιότητας των υποδομών.

Η πρακτική των συγχωνεύσεων αποτελεί δημοφιλή μέθοδο αρκετών ευρωπαϊκών χωρών και είναι αποδοτική στις περισσότερες των περιπτώσεων<sup>114</sup>. Οι σύγχρονες τάσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας συγκλίνουν στη μείωση του κόστους νοσηλείας (μείωση κλινών, μείωση μέσης διάρκειας

---

<sup>114</sup> ΕΚΠΑ, 2011, Επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης νοσοκομείων, <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-02-23-13-08-38/2011-02-23-13-13-39>  
[Πρόσβαση 12/4/2013]

νοσηλείας), στην αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων, στη συγκέντρωση και επανατοποθέτηση των υπηρεσιών υγείας καθώς και στη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

## 5.5 Συμπεράσματα

Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται πως η αναδιάρθρωση των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ προκαλεί θετικές αλλαγές στην συνολική οργάνωση και οικονομική εξυγίανση του συστήματος.

Ήδη η ευρωπαϊκή εμπειρία δείχνει πως με την οργανωτική ή διοικητική αναδιάρθρωση μπορεί να επιτευχθεί καλύτερη διαχείριση των πόρων ενός νοσοκομείου.

Συγκεκριμένα προσδοκάται <sup>115</sup>:

1. Εξοικονόμηση 13 εκατ € από τη μετατροπή Νοσοκομείων-Κ.Υ σε Κ.Υ στη ηπειρωτική Ελλάδα.
2. Εξοικονόμηση 70 εκατ € ετησίως από τις συνταξιοδοτήσεις ιατρών, την περίοδο 2011 – 2015, με δεδομένη την αρχή της μίας πρόσληψης για κάθε πέντε αποχωρήσεις που ήδη ισχύει .
3. Εξοικονόμηση πόρων μέσω της αναδιάρθρωσης του συστήματος των εφημεριών. Το σύστημα εφημεριών μπορεί να λειτουργήσει είτε με εφημερίες ιατρών σε επίπεδο τομέα, είτε με τη διακοπή πληρωμής εργαστηριακών ιατρών, είτε, τέλος, με αλλαγή του τρόπου πληρωμής των ιατρών (π.χ. με ενσωμάτωση στο μισθό του «επιδόματος εφημερίας»).
4. Εξοικονόμηση ενέργειας κατά 30 % στα νοσοκομεία με απλές επεμβάσεις στις υφιστάμενες εγκαταστάσεις και χρήση εναλλακτικών πηγών ενέργειας.
5. Κατάργηση περίπου 4.000 κλινών λόγω συνένωσης κλινικών.
6. Δημιουργία 83 νοσοκομειακών συγκροτημάτων σύμφωνα με το

---

115 Τσαβαλιάς Κ, Σίσκου Ο., Λιαρόπουλος Λ. 2012, Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Έπη, Δίδαγμα και προοπτικές για την Ελλάδα, Αρχεία ελληνικής ιατρικής 29(2):233-239

Υ.Υ.Κ.Α.

7. Διοικητικές συγχωνεύσεις με κατάργηση 50 διοικητικών συμβουλίων και αντίστοιχων θέσεων διοικητών.
8. Συνένωση 360 κλινικών από τις συνολικά 2.000 που λειτουργούν σήμερα στο Ε.Σ.Υ.
9. Μετατροπή 8 νοσοκομείων σε Κ.Υ αστικού τύπου ή μονάδες βραχείας νοσηλείας.
10. Εναρμόνιση των Φ.Κ.Α με τους κανόνες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ Ε.Σ.Υ

### 6.1 Εισαγωγή

Μετά την ολοκλήρωση των υποδομών του στην Ελληνική επικράτεια, το Ε.Σ.Υ. αποτελεί μια μεγάλη κοινωνική προσφορά στην χώρα. Με τη συνεχή ανέγερση νέων νοσοκομείων και την ανάπτυξη των υπαρχόντων, έχουν καλυφθεί οι ανάγκες της χώρας σε νοσοκομειακές κλίνες σε σημαντικό βαθμό. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, τα 170 Κ.Υ του Ε.Σ.Υ και οι περίπου 200 μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, συνθέτουν ένα πλήρες δίκτυο υγείας. Στις διαθέσιμες υποδομές πρέπει να συμπεριληφθούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία και τα εκτεταμένα δίκτυα ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων καθώς και οι ιδιώτες ιατροί που συνολικά συνθέτουν τον ιδιωτικό τομέα υγείας, ο οποίος εποπτεύεται από το κράτος και συμπληρώνοντας τον δημόσιο τομέα υγείας. Ο ιατρικός εξοπλισμός τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, δημόσια και ιδιωτική, είναι επαρκής για να καλύψει τις πληθυσμιακές ανάγκες. Το πλήθος των εν υπηρεσία ιατρών της χώρας είναι διπλάσιος του απαιτούμενου αλλά με άνιση γεωγραφική κατανομή

116

Στην Ελλάδα το 5,5% του Α.Ε.Π διατίθεται για την κάλυψη των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα η Ελλάδα να καταλαμβάνει τη 13η θέση στην Ε.Ε (Ε.Ε-15)<sup>116</sup>. Πλησιέστερες στην Ελλάδα είναι η Πορτογαλία με 4,7% δαπάνες υγείας επί του Α.Ε.Π. της και η Ιρλανδία με 4,9% αντίστοιχα. Συνεκτιμώντας ωστόσο μαζί με τις δημόσιες δαπάνες υγείας και τις αντίστοιχες ιδιωτικές, το σύνολο των δαπανών υγείας της χώρας ανέρχεται περίπου στο 9% του Α.Ε.Π. κατατάσσοντας την Ελλάδα στην τέταρτη θέση μετά τη Γερμανία, τη Γαλλία και τη Σουηδία.

Πέραν αυτού, είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι οι Έλληνες κατέχουν την 1η θέση στην Ευρώπη ως προς την «ιδία συμμετοχή». Συγκεκριμένα, οι Έλληνες συμμετέχουν στο σύνολο των δαπανών υγείας με ιδίους πόρους,

<sup>116</sup> Μιλτιάδης Ν, 2012, Στρατηγικό σχέδιο για τον εκσυγχρονισμό της υγείας, *Το βήμα*, <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=454787> [Πρόσβαση 05/04/2013]

κατά ποσοστό 45%. Ακολουθούν οι Πορτογάλοι με 40% και οι Ιταλοί με 35%. Συνδυάζοντας το γεγονός ότι η ποιότητα παροχών υγείας δεν είναι η βέλτιστη, δεν αποτελεί έκπληξη, ότι σε πρόσφατη έρευνα της Eurostat, το 65% των Ελλήνων δηλώνει δυσαρεστημένο με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Ούτε είναι τυχαίο ότι στην ίδια έρευνα το 73% των Πορτογάλων και το 50% των Ιταλών προβαίνει σε ανάλογες διαπιστώσεις.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι, είκοσι πέντε χρόνια μετά τη ίδρυση και λειτουργία του Ε.Σ.Υ, εμφανίζεται μια αντίφαση: Έχει πράγματι δημιουργηθεί μια επαρκής υποδομή υγείας σε όλη τη χώρα, αποτελούμενη από δημόσιο και ιδιωτικό τομέα η οποία ωστόσο : (α) πάσχει κυρίως ως προς το μοντέλο διοίκησης - οργάνωσης - λειτουργίας στον δημόσιο τομέα υγείας τόσο σε κεντρικό όσο και περιφερειακό επίπεδο και (β) εποπτεύει μεν ένα ιδιωτικό τομέα, αλλά ο οποίος στην πραγματικότητα λειτουργεί σε σημαντικό βαθμό ανεξέλεγκτα. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η παροχή υποβαθμισμένων και κοινωνικά άνισων υπηρεσιών υγείας και μάλιστα με δυσανάλογα υψηλό επίπεδο δαπανών. Συνεπώς το σύστημα υγείας στο σύνολό του δεν είναι αποδοτικό. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνεται, συντηρείται και αναπαράγεται εξ' αιτίας του κατακερματισμού και των ανισοτήτων της κοινωνικής ασφάλισης, την υποβάθμιση της δημόσιας υγείας και της Π.Φ.Υ, την έξαρση της παραοικονομίας, την προκλητή ζήτηση και υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων, τον πληθωρισμό των γιατρών, την αντιδεοντολογική αντιμετώπιση των ασθενών.

Επιγραμματικά τα βασικά δομικά και οργανωτικά προβλήματα του τομέα υγείας στην Ελλάδα είναι τα εξής:

1. Το ελληνικό σύστημα υγείας στηρίζεται σε ξεπερασμένες δομές και μεθόδους οργάνωσης και λειτουργίας.
2. Ο τομέας υγείας της Ελλάδας συνίσταται από δύο παράλληλα συστήματα υγείας, ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό, που λειτουργούν με αρκετές παθογένειες, έλλειψη ελέγχου και συντονισμό.
3. Το σύστημα υγείας δεν εξασφαλίζει τη συνέχεια της ιατρικής φροντίδας, ούτε την επικοινωνία μεταξύ των γιατρών ή μεταξύ του

δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

4. Στο σύστημα Π.Φ.Υ δεν υπάρχει κοινή μεθοδολογία παροχής υπηρεσιών και συγκέντρωσης ιατρικής πληροφορίας.
5. Οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα να μεγιστοποιήσουν τα αποτελέσματα των ιατρικών υπηρεσιών συνδυάζοντας τις παροχές του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.
6. Η Ελλάδα στερείται ενός επαρκούς ρυθμιστικού πλαισίου λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση των υπηρεσιών και την υπερβολική ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων.
7. Τα κρατικά νοσοκομεία έχουν παραμείνει σε αρχαϊκά συστήματα οργάνωσης και λειτουργίας, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση των υπηρεσιών και τη μεγάλη δυσαρέσκεια των ασθενών.
8. Οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία αυξάνονται διαχρονικά και βαρύνουν κατά το ήμισυ περίπου τους προϋπολογισμούς των πολιτών
9. Οι πολίτες με χαμηλά εισοδήματα δαπανούν ένα αναλογικά μεγαλύτερο τμήμα του εισοδήματός τους για δαπάνες υγείας, σε σύγκριση με τα μεσαία ή υψηλά εισοδηματικά στρώματα.
10. Η αποδοτικότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών σε κρατικό επίπεδο φθίνει με την πάροδο του χρόνου.

Αναφορικά με τις μελλοντικές εξελίξεις στον τομέα των δαπανών υγείας, οι εκτιμήσεις είναι ιδιαίτερα απαισιόδοξες<sup>116</sup>. Οι δαπάνες υγείας ακολουθούν σταθερές αυξητικές τάσεις διότι διεθνώς δημιουργούνται νέες συνθήκες με την επιδείνωση παραγόντων όπως: Η γήρανση του πληθυσμού, η καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος, η υποβάθμιση της διατροφής, η έξαρση της κατανάλωσης εξαρτησιογόνων ουσιών, κλπ.

Είναι φανερό πως η υφιστάμενη κατάσταση στον τομέα υγείας της χώρας έχει οδηγηθεί σε αδιέξοδο αφού οι αναμενόμενες δαπάνες υγείας θα συνεχίσουν να έχουν αυξητικές τάσεις μακροπρόθεσμα παρά το γεγονός ότι η κοινωνία έχει διαθέσει επαρκής πόρους για την υγεία.

Η σπατάλη στον τομέα της υγείας πρέπει να τεθεί υπό έλεγχο, και ταυτόχρονα, να τεθούν οι βάσεις για ένα νέο σύστημα υγείας που θα



περιορίζει τις αυξητικές τάσεις των δαπανών στο μέλλον. Το μέγεθος των δημόσιων δαπανών υγείας, η χρηματοδότηση τους και τα περιθώρια που υπάρχουν για την επίτευξη του ίδιου ή καλύτερου αποτελέσματος με βάση τους υφιστάμενους πόρους (βελτίωση αποδοτικότητας), καθιστούν τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας αποφασιστικής σημασίας για τη μακροχρόνια πορεία των συνολικών δαπανών του δημοσίου.

Για τους παραπάνω λόγους, διατυπώνονται ορισμένες προτάσεις που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αναδιοργάνωση του Ε.Σ.Υ, με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων που περιγράφηκαν. Οι προτάσεις αφορούν:

1. Την οργάνωση της κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης.
2. Τη μεγιστοποίηση της παραγωγής υπηρεσιών υγείας από τα κρατικά νοσοκομεία.
3. Τον εκσυγχρονισμό της Π.Φ.Υ.
4. Την οργάνωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας.

## 6.2 Το οργανωτικό πρόβλημα του τομέα υγείας

Στις αναπτυγμένες κοινωνίες, οι δαπάνες υγείας απορροφούν περίπου το 10 % του Α.Ε.Π. Παγκοσμίως, οι συνολικές δαπάνες υγείας εκτιμώνται σε περίπου 3,5 τρις δολάρια και είναι 1,5 φορά περισσότερες από τον κύκλο εργασιών της παγκόσμιας αυτοκινητοβιομηχανίας και τρεις φορές περισσότερες από τον κύκλο εργασιών της βιομηχανίας των ηλεκτρονικών υπολογιστών<sup>117</sup>. Στην Ευρώπη, ο τομέας υγείας αποτελεί αναλογικά το μεγαλύτερο κλάδο της οικονομίας και απασχολεί περίπου 20 εκατ εργαζόμενους.

Στις σύγχρονες κοινωνίες έχει ευρέως συνειδητοποιηθεί ότι η επάρκεια και η ποιότητα υπηρεσιών υγείας αποτελεί το μέγιστο στόχο της κοινωνικής πολιτικής. Από την άλλη πλευρά, το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης οδηγεί στη συνεχή αύξηση των δαπανών υγείας. Αυτό συμβαίνει

---

<sup>117</sup> Μιλτιάδης Ν,2012, Στρατηγικό σχέδιο για τον εκσυγχρονισμό της υγείας, *Το βήμα*, <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=454787> [Πρόσβαση 05/04/2013]

κυρίως διότι ο τομέας της υγείας είναι σχεδόν ο μόνος τομέας της οικονομίας, όπου η ζήτηση καθορίζεται/υπαγορεύεται σε μεγάλο βαθμό από τους παραγωγούς/προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία, φαρμακευτικές εταιρίες, προμηθευτές, κλπ).

Για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας έχουν αναπτυχθεί διεθνώς τρεις εναλλακτικές προσεγγίσεις:

1. Τα εθνικά συστήματα υγείας (Μεγ. Βρετανία, Νορβηγία, Ισπανία, Σουηδία, Δανία, Ιταλία).
2. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας (Γερμανία, Γαλλία, Βέλγιο, Αυστρία, Ελλάδα).
3. Ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Η.Π.Α, Ελβετία, Ολλανδία).

Το οργανωτικό μοντέλο που έχει υιοθετήσει η Ελλάδα για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό είναι αυτό της κοινωνικής ασφάλισης. Πάραυτα, ουδέποτε στηρίχθηκε η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της χώρας αποκλειστικά στους πόρους που προέρχονται από κοινωνικό-ασφαλιστικές εισφορές. Σε όλη την περίοδο εξέλιξης του συστήματος υγείας, και ιδιαίτερα στην περίοδο μετά τη θέσπιση του Ε.Σ.Υ το 1983, οι πόροι από τον κρατικό προϋπολογισμό καταλαμβάνουν κυρίαρχη θέση σαν πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Συνέπεια των παραπάνω είναι, ότι η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ανέρχεται στο 60% περίπου των δημόσιων δαπανών υγείας, ενώ το υπόλοιπο 40% χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση<sup>117</sup>. Λαμβάνοντας υπόψη, όμως, ότι περίπου το 40% των συνολικών δαπανών υγείας αποτελούν οι ιδιωτικές δαπάνες, το ποσοστό συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού περιορίζεται περίπου στο 35% και της κοινωνικής ασφάλισης στο 25%.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες περί εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας της Ελλάδας, στόχος είναι ο διαχωρισμός των λειτουργιών «προσφοράς» και «ζήτησης» υπηρεσιών υγείας και η δημιουργία «εσωτερικής αγοράς». Στην πλευρά της προσφοράς, ο στόχος είναι η μεγιστοποίηση της παραγωγής, με πλήρη εκμετάλλευση των δυνατοτήτων «καθετοποίησης» στα

πλαίσια του Ε.Σ.Υ. Στην πλευρά της ζήτησης, ο στόχος είναι η καταπολέμηση της προκλητής ζήτησης, με την ανάπτυξη συστημάτων διαχείρισης των ιατρικών υπηρεσιών (Managed Care).

Το Υ.Υ.Κ.Α εκπονεί και υλοποιεί την στρατηγική του για τον χώρο της υγείας, ενισχύει τον εποπτικό του ρόλο για την εγγύηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και θεσπίζει αυστηρές διαδικασίες πιστοποίησης για όλους τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας, κρατικούς και ιδιωτικούς.

### **6.3 Οργάνωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας**

Ο τομέας της προσφοράς υπηρεσιών υγείας συγκροτείται από τις μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης του Ε.Σ.Υ (περίπου 130 Νοσοκομεία), τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης του δημοσίου (170 Κ.Υ Ε.Σ.Υ, περίπου 200 μονάδες υγείας Ι.Κ.Α), τους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία γιατρούς, τα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα.

Οι οργανωτικές παρεμβάσεις αφορούν τρεις επιχειρησιακές θεματικές ενότητες:

1. Οργάνωση της κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης του Ε.Σ.Υ.
2. Μεγιστοποίηση παραγωγής υπηρεσιών υγείας από τα κρατικά νοσοκομεία.
3. Εκσυγχρονισμός οργάνωσης και λειτουργίας Π.Φ.Υ.

#### **6.3.1 Οργάνωση κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης**

Καταρχήν, το Υ.Υ.Κ.Α θα πρέπει να περιοριστεί στην εκπόνηση στρατηγικής για το χώρο της υγείας και στην εποπτεία της υλοποίησης αυτής της στρατηγικής. Ιδιαίτερη προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στην εκπόνηση μακροπρόθεσμου σχεδίου για τον περιορισμό του αριθμού των γιατρών. Επίσης, το Υ.Υ.Κ.Α θα πρέπει να επιδιώξει συστηματική συνεργασία με σχετικούς ευρωπαϊκούς οργανισμούς για την ταχεία και αμερόληπτη πιστοποίηση όλων των προμηθευτών υγείας: δημόσιων και ιδιωτικών

νοσοκομείων, μονάδων υγείας ασφαλιστικών ταμείων, αγροτικών ιατρείων, δικτύων διαγνωστικών κέντρων και ιδιωτικών ιατρείων. Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να επαναλαμβάνεται σε περιοδική βάση. Επιπλέον, το Υ.Υ.Κ.Α θα πρέπει να θεσπίσει μόνιμη διαδικασία περιοδικής αξιολόγησης του συνόλου του ιατρικού δυναμικού της χώρας. Τέλος, οι υφιστάμενες Υ.Πε θα πρέπει να καταργηθούν και να μετατραπούν σε περιφερειακές υπηρεσίες του Υ.Υ.Κ.Α, εγκατεστημένες στις νέες περιφέρειες της χώρας <sup>117</sup>.

Στα πλαίσια αυτά, το Υ.Υ.Κ.Α θα πρέπει να απαλλαγεί από την ευθύνη διοίκησης, οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων. Τα καθήκοντα αυτά μπορούσαν για παράδειγμα να ανατεθούν σε ένα νέο και εξειδικευμένο οργανισμό, το Ε.Σ.Υ-Ν.Π.Δ.Δ. <sup>117</sup> ο οποίος θα οργανωθεί με βάση την οργάνωση των νέων περιφερειών της χώρας. Με την προτεινόμενη ρύθμιση ξεπερνιέται η αδυναμία του Υ.Υ.Κ.Α στην διοίκηση, οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων την περίοδο της μεταπολίτευσης. Το Υ.Υ.Κ.Α, όπως και η υπόλοιπη δημόσια διοίκηση, κινούνται συνήθως με βάση γραφειοκρατικές διαδικασίες, μακριά από τις σύγχρονες απαιτήσεις οργάνωσης και διαχείρισης πολυάριθμων, τεράστιων, και πολύπλοκων οικονομικών μονάδων, όπως είναι τα δημόσια νοσοκομεία.

Πρέπει να γίνει σαφές ότι η πρόταση για τη δημιουργία του Ε.Σ.Υ-Ν.Π.Δ.Δ βασίζεται στην εκτίμηση ότι τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να εξυπηρετούν αποκλειστικά τα συμφέροντα των ασθενών και όχι των πολιτικών παραγόντων. Με βάση τη λογική αυτή, πρέπει να απορριφθεί η εναλλακτική πρόταση για την υπαγωγή των δημόσιων νοσοκομείων στις νέες περιφερειακές διοικήσεις της χώρας. Στην περίπτωση αυτή, η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι τα δημόσια νοσοκομεία θα καταστούν προϊόντα εκμετάλλευσης τόσο από παράγοντες της κεντρικής πολιτικής σκηνής όσο και από παράγοντες της τοπικής αυτοδιοίκησης.

### **6.3.2 Μεγιστοποίηση παραγωγής υπηρεσιών υγείας από τα κρατικά νοσοκομεία**

Η μεγιστοποίηση της παραγωγής υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ, αποτελεί στρατηγικό στόχο του συστήματος διότι θα εξαντλήσει το

πλεονέκτημα της «καθετοποίησης» στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. και θα περιορίσει δραστικά τις αγορές υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα (η πληρότητα των νοσοκομειακών κλινών του υφιστάμενου Ε.Σ.Υ κυμαίνεται περίπου στο 50 %<sup>117</sup>). Κύρια προϋπόθεση για την επίτευξη του παραπάνω στόχου είναι η αλλαγή της νομικής προσωπικότητας των νοσοκομείων, με τη μετατροπή τους σε θυγατρικές εταιρίες του Ε.Σ.Υ- Ν.Π.Δ.Δ. Η νομική μορφή των νοσοκομείων θα είναι αυτή του Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Δεν είναι τυχαίο ότι τα νοσοκομεία σε όλη την Ευρώπη, τα οποία στη συντριπτική τους πλειοψηφία είναι είτε δημόσια είτε κοινωφελή ιδρύματα, έχουν τη νομική μορφή του Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η προτεινόμενη μετατροπή των νοσοκομείων σε Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, θα έχει πολλά πλεονεκτήματα και κανένα μειονέκτημα. Κατ' αρχήν, θα πρέπει να διασφαλιστούν τα πλήρη δικαιώματα των εργαζομένων, αλλά αυτό μπορεί να γίνει με τον ίδιο τρόπο που ρυθμίστηκαν τα εργασιακά δικαιώματα των εργαζομένων σε δημόσιες επιχειρήσεις που μετατράπηκαν σε Ν.Π.Ι.Δ.

Επιπλέον, με τη νέα τους νομική μορφή τα κρατικά νοσοκομεία θα είναι υποχρεωμένα να εγκαταστήσουν σύγχρονα λογιστήρια και συστήματα διοικητικής πληροφόρησης (M.I.S.), θα δημοσιεύουν ισολογισμούς και αποτελέσματα χρήσεως, θα μπορούν να κοστολογούν όλες τις υπηρεσίες τους, και θα είναι σε θέση να παρακολουθούν σε ημερήσια βάση την παραγωγικότητα των υπηρεσιών τους. Το κεντρικό Ε.Σ.Υ-Ν.Π.Δ.Δ θα είναι σε θέση να προγραμματίζει και να υλοποιεί τις προμήθειες των νοσοκομείων με εξαιρετική αποτελεσματικότητα και με μεγάλη μείωση των υφιστάμενων επιπέδων δαπανών. Τόσο η πλήρης μηχανοργάνωση των νοσοκομείων όσο και η λειτουργία ενός νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών του τομέα υγείας μπορούν να ολοκληρωθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα έχοντας ήδη την εμπειρία μηχανοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, η νέα νομική μορφή των κρατικών νοσοκομείων θα τους δώσει τη δυνατότητα να ξεπεράσουν τις αγκυλώσεις του ενιαίου μισθολογίου του δημοσίου και να θεσπίσουν κίνητρα οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας που θα διαφοροποιήσουν τις αμοιβές των γιατρών και των

διοικητικών υπαλλήλων, με στόχο την αύξηση παραγωγικότητας <sup>117</sup>. Η αύξηση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ-Ν.Π.Δ.Δ, σε συνδυασμό με την τεχνοκρατική στελέχωση των διοικήσεων των νοσοκομείων, θα έχουν θεαματικά αποτελέσματα: στην αύξηση της προσέλευσης των ασθενών, στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στον περιορισμό των δαπανών στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, και κυρίως στη μείωση της σπατάλης. Η προτεινόμενη αλλαγή της νομικής μορφής των νοσοκομείων θα προσελκύσει αξιόλογα και έμπειρα στελέχη από τον ιδιωτικό τομέα.

### 6.3.3 Εκσυγχρονισμός πρωτοβάθμιας περίθαλψης

Όσον αφορά την τρίτη επιχειρησιακή ενότητα, το πρόγραμμα εκσυγχρονισμού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η ταχεία υλοποίησή του βασίζεται σε πολύ ευνοϊκούς παράγοντες όπως την πληθώρα των γιατρών όλων των ειδικοτήτων, την ύπαρξη μεγάλου αριθμού ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, τα αγροτικά ιατρεία, την ύπαρξη εκτεταμένων δικτύων πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Στα πλαίσια αυτά, η δομή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να κινηθεί σε δύο επίπεδα <sup>117</sup>: α) στην οργάνωση εθνικού δικτύου προσωπικών γιατρών, και β) στην οργάνωση του χώρου των διαγνωστικών ιατρικών υπηρεσιών.

Εκτιμάται ότι εντός τριετίας όλος ο πληθυσμός θα έχει κάλυψη από το θεσμό του Οικογενειακού γιατρού. Οι προσωπικοί γιατροί θα μπορούν να εργάζονται είτε ατομικά είτε σε κοινοπραξίες, θα διαθέτουν απαραίτητως πιστοποιημένες ιατρικές και πληροφοριακές υποδομές, και θα είναι ανεξάρτητοι επαγγελματίες. Οι προσωπικοί γιατροί θα είναι υπεύθυνοι για την παραπομπή των ασθενών στις επόμενες βαθμίδες της περίθαλψης: γιατρούς ειδικοτήτων, διαγνωστικά κέντρα, και νοσοκομεία.

Τα διαγνωστικά κέντρα μπορούν να ανήκουν στο Ε.Σ.Υ-Ν.Π.Δ.Δ ή σε ιδιωτικές εταιρίες. Τα διαγνωστικά κέντρα του Ε.Σ.Υ-Ν.Π.Δ.Δ περιλαμβάνουν τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, τα Κ.Υ και τα περιφερειακά ιατρεία. Ορισμένα από τα υφιστάμενα κέντρα υγείας ή

περιφερειακά ιατρεία, θα μπορούσαν να παραχωρηθούν σε κοινοπραξίες των υφιστάμενων γιατρών με την ενοικίαση (Leasing) του κτιρίου και του εξοπλισμού και να λειτουργούν πλέον ως ιδιωτικές εταιρίες. Τόσο τα διαγνωστικά κέντρα του Ε.Σ.Υ- Ν.Π.Δ.Δ όσο και τα ιδιωτικά θα πρέπει απαραίτητως να διαθέτουν πιστοποιημένες ιατρικές και πληροφοριακές υποδομές.

Για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ε.Σ.Υ-Ν.Π.Δ.Δ μπορεί να χρησιμοποιηθεί το μοντέλο πρωτοβάθμιας μονάδας υγείας του Ι.Κ.Α, το οποίο είχε ανατεθεί (μετά από διεθνή διαγωνισμό) σε ανάδοχο το 2003 <sup>117</sup>, αλλά στη συνέχεια εγκαταλείφθηκε. Εάν είχε προχωρήσει η υλοποίησή του, σήμερα θα υπήρχε μία έτοιμη ηλεκτρονική πλατφόρμα για την οργάνωση και λειτουργία όλων των πρωτοβάθμιων μονάδων των ασφαλιστικών ταμείων και των εξωτερικών ιατρείων του Ε.Σ.Υ, με αποτέλεσμα την δραστική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη μείωση των παραπομπών εκτός Ε.Σ.Υ, και τη δραστική μείωση των σχετικών δαπανών.

Το προτεινόμενο μοντέλο υποστηρίζεται από πληροφοριακό σύστημα που αποτελείται από εννέα υπο-συστήματα, τα οποία συνθέτουν ένα πλήρες σύστημα ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Τα εννέα αυτά υπο-συστήματα είναι <sup>117</sup>:

1. Κεντρική διαχείριση και προμήθειες.
2. Οικονομική διαχείριση.
3. Μητρώο δικαιούχων - κάρτα υγείας.
4. Διαχείριση ανθρώπινων πόρων.
5. Ιατρικός φάκελος – προσωπικοί γιατροί.
6. Νοσοκομειακή περίθαλψη.
7. Διαχείριση ζήτησης υπηρεσιών υγείας.
8. Διαχείριση φαρμάκων.
9. Διαχείριση βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Η παραπομπή των ασθενών από τους προσωπικούς γιατρούς στους

συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων και στα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα ή στα νοσοκομεία, δημόσια και ιδιωτικά, θα γίνεται μέσω του Εθνικού Ηλεκτρονικού Συστήματος Ιατρικών Επισκέψεων, το οποίο θα διαθέτει μητρώα των προσωπικών γιατρών, των συμβεβλημένων γιατρών ειδικοτήτων, των διαγνωστικών κέντρων και των νοσοκομείων σε όλη την χώρα. Ένα τέτοιο ηλεκτρονικό σύστημα έχει αναπτυχθεί από το Ι.Κ.Α και με την κατάλληλη επέκταση και ολοκλήρωσή του θα αποτελέσει ένα πρωτοποριακό μοντέλο οργάνωσης και διαχείρισης της ζήτησης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας για τον πληθυσμό όλης της χώρας.

Το ίδιο ηλεκτρονικό σύστημα θα συμβάλλει και στην κατανομή των ασθενών στα νοσοκομεία με βάση τη διαθεσιμότητά των νοσοκομείων σε κλίνες, και έτσι θα συμβάλλει στην εξάλειψη του φαινομένου των ράντζων και των ουρών.

Το ηλεκτρονικό σύστημα ιατρικών επισκέψεων θα καταγράφει σε ημερήσια βάση τον ασθενή, τον παραπέμποντα γιατρό, τον συμβεβλημένο προμηθευτή υγείας που προσφέρει την συγκεκριμένη υπηρεσία, την εξέλιξη της θεραπείας και την ηλεκτρονική αρχειοθέτηση, την κοστολόγηση της υπηρεσίας, και την εκκαθάριση του λογαριασμού.

#### **6.3.4 Οργάνωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας**

Το σύνολο της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας εκδηλώνεται πρωτίστως από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας (συμπεριλαμβανομένων και των κρατικών ενισχύσεων για την κάλυψη των ελλειμμάτων), και δευτερευόντως από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και τους ανασφάλιστους πολίτες.

Η οργάνωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στις εξής κύριες λειτουργίες <sup>117</sup>:

1. Εξασφάλιση των πηγών χρηματοδότησης (σχέση μεταξύ ασφαλισμένων και ασφαλιστικού φορέα).
2. Κατανομή των πόρων για την «αγορά» των υπηρεσιών (σχέση μεταξύ ασφαλιστικού φορέα και «προμηθευτών» υγείας).



3. Έλεγχος της διαχείρισης των πόρων (σχέση μεταξύ ασφαλισμένων και «προμηθευτών» υγείας).

Είναι γνωστό στους μελετητές των οικονομικών της υγείας ότι εάν οι δαπάνες υγείας αφεθούν ανεξέλεγκτες θα αυξάνονται συνεχώς, χωρίς η περαιτέρω αύξηση να οδηγεί σε αντίστοιχη πραγματική βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Πρόκειται για το γνωστό φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, που χαρακτηρίζει ιδιαίτερος τον τομέα της υγείας. Διεθνώς, έχουν αναπτυχθεί μια σειρά τεχνικών για τον έλεγχο της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, γνωστές ως τεχνικές Managed Care, οι οποίες βασίζονται στην μηχανογραφική παρακολούθηση και ανάλυση <sup>116</sup>:

1. Της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας.
2. Της καταγραφής των διαγνωστικών αποτελεσμάτων.
3. Της εποπτείας της θεραπευτικής διαδικασίας.
4. Της συνταγογράφηση των κατάλληλων φαρμάκων.
5. Της αποθήκευσης του ιατρικού ιστορικού σε ατομικές Smart Cards.

Μέχρι σήμερα, όλες οι θεσμικές αλλαγές στο σύστημα υγείας της χώρας έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους αποκλειστικά στην πλευρά της προσφοράς και έχουν αγνοήσει συστηματικά το πρόβλημα της χρηματοδότησης και κυρίως της διανομής της φροντίδας υγείας. Η κατάσταση αυτή πρέπει να ανατραπεί πλέον. Η επισκόπηση της διεθνούς εμπειρίας δείχνει ότι ο διαχωρισμός των λειτουργιών της «προσφοράς» και της «ζήτησης» υπηρεσιών υγείας αποτελεί την κατευθυντήρια αρχή αναδιοργάνωσης των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη.

Η εναλλακτική πρόταση που εξετάζεται για το συγκεκριμένο θέμα βασίζεται στην οργάνωση της «ζήτησης» υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια του υφιστάμενου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Συγκεκριμένα, προτείνεται η απόσχιση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων Ι.Κ.Α, Ο.Γ.Α, Ο.Π.Α.Δ, Ο.Α.Ε.Ε, και η απορρόφησή τους από το νέο Ε.Ο.Π.Υ.Υ, το οποίο θα καλύπτει το 90% του πληθυσμού της χώρας με ενιαίο πακέτο παροχών <sup>117</sup>.

Στο ενιαίο ταμείο θα μπορούν να ενταχθούν και όσα από τα υπόλοιπα ταμεία υγείας το επιθυμούν.

Η οργάνωση και λειτουργία του ενιαίου ταμείου ασφάλισης υγείας θα εξυπηρετεί τους εξής στόχους:

1. Σύγκλιση και αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.
2. Ενιαία πολιτική και διαδικασίες για την αγορά υπηρεσιών υγείας.
3. Ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.
4. Στόχος μηδενικών ελλειμμάτων στον προϋπολογισμό.

Κλείνοντας, γίνεται παραδεκτό πως το κυριότερο πρόβλημα του τομέα υγείας στη χώρα μας είναι οργανωτικό και πηγάζει: α) από την έλλειψη σαφούς φιλοσοφίας του συστήματος, και β) από την έλλειψη πολιτικής βούλησης για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος διότι η ανάμειξη του πολιτικού προσωπικού στο σύστημα υγείας προσφέρει σε αυτό πολλαπλά οφέλη. Η αύξηση των κρατικών δαπανών για την υγεία, με το υφιστάμενο σύστημα, δεν πρόκειται να οδηγήσει σε κανένα ουσιαστικό αποτέλεσμα βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Ενώ, αντίθετα, μια επιτυχής ανασυγκρότηση του συστήματος μπορεί να οδηγήσει σε θεαματικές βελτιώσεις των υπηρεσιών, με τα ίδια επίπεδα χρηματοδότησης.

#### **6.4 Η θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην υλοποίηση του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» 2014-2020**

Η υγεία δεν είναι μόνο πολύτιμο αγαθό αλλά και είναι μοχλός για την ανάπτυξη. Μόνο ένας υγιής πληθυσμός μπορεί να αξιοποιήσει πλήρως το οικονομικό δυναμικό του. Ο τομέας της υγείας έχει ως κινητήρια δύναμη την καινοτομία και ένα εργατικό δυναμικό με υψηλό βαθμό ειδίκευσης. Οι δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη στον τομέα της υγείας, μπορούν να ανέλθουν στο 0,3% του Α.Ε.Π.<sup>118</sup>. Ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους μεγαλύτερους τομείς στην Ε.Ε. Αντιπροσωπεύει περίπου το 10% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της Ε.Ε και απασχολεί έναν στους δέκα

εργαζόμενους, ενώ το ποσοστό των εργαζομένων με επίπεδο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης υπερβαίνει τον γενικό μέσο όρο.

Το προτεινόμενο τρίτο πρόγραμμα δράσης της Ε.Ε στον τομέα της υγείας (2014- 2020), «υγεία για την ανάπτυξη»<sup>118</sup>, ενισχύει και δίνει μεγαλύτερη έμφαση από τα προηγούμενα προγράμματα στη συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ανάπτυξης και ενός υγιούς πληθυσμού. Το πρόγραμμα είναι προσανατολισμένο σε δράσεις με σαφή ενωσιακή προστιθέμενη αξία, σύμφωνα με τους στόχους της στρατηγικής « Ευρώπη 2020» και τις τρέχουσες προτεραιότητες πολιτικής.

Η χρηματοπιστωτική κρίση κατέστησε ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη να βελτιωθεί η σχέση κόστους–αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας. Τα κράτη μέλη πιέζονται να επιτύχουν τη σωστή ισορροπία ανάμεσα στην παροχή καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας και στην τήρηση των δημοσιονομικών περιορισμών. Στο πλαίσιο αυτό, η υποστήριξη των προσπαθειών που καταβάλλουν τα κράτη μέλη για να βελτιώσουν τη βιωσιμότητα των εθνικών τους συστημάτων υγείας έχει τεράστια σημασία για την εξασφάλιση της ικανότητάς τους να παρέχουν υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη σε όλους τους πολίτες τους, σήμερα και στο μέλλον. Το πρόγραμμα «υγεία για την ανάπτυξη» συμβάλλει στην εξεύρεση και εφαρμογή καινοτόμων λύσεων για τη βελτίωση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας, δίνοντας έμφαση στο ανθρώπινο κεφάλαιο και στην ανταλλαγή ορθών πρακτικών.

Οι βασικοί στόχοι που τέθηκαν στο πρόγραμμα « Ευρώπη 2020»<sup>118</sup>: Μια ευρωπαϊκή στρατηγική για έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Στρέφονται όλοι γύρω από την αύξηση της καινοτομίας στην υγειονομική περίθαλψη, θέμα που περιλαμβάνεται σε εμβληματικές πρωτοβουλίες, όπως η «ενωση καινοτομίας» και το «ψηφιακό θεματολόγιο». Ωστόσο, η καινοτομία δεν αφορά μόνο την τεχνολογία και τα νέα προϊόντα.

---

<sup>118</sup> Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011, Υγεία για την ανάπτυξη 2014-2020,

[http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop\\_prog2014\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_el.pdf), [Πρόσβαση 04/04/2014]

Αφορά επίσης την καινοτομία στον τρόπο οργάνωσης και στη δομή της υγειονομικής περίθαλψης, στον τρόπο χρησιμοποίησης των πόρων και στον τρόπο χρηματοδότησης των συστημάτων.

Από την άποψη αυτή, η καινοτομία στην υγεία έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Πολλοί τομείς του προτεινόμενου προγράμματος «υγεία για την ανάπτυξη», όπως η αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, οι κλινικές δοκιμές και τα φάρμακα, καθώς και η ευρωπαϊκή σύμπραξη καινοτομίας με θέμα την ενεργό και υγιή γήρανση, αποσκοπούν στην ενίσχυση του δεσμού μεταξύ της τεχνολογικής καινοτομίας και της υιοθέτησης και εμπορικής αξιοποίησής της. Ταυτόχρονα προωθούν την ασφάλεια, την ποιότητα και την αποδοτικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Άλλες πρωτοβουλίες εστιάζονται στην προώθηση της υιοθέτησης και της διαλειτουργικότητας λύσεων ηλεκτρονικής υγείας, με σκοπό, παραδείγματος χάριν, τη βελτίωση της διασυνοριακής χρήσης μητρώων ασθενών.

Το πρόγραμμα θα υποστηρίξει ακόμη τη βελτίωση της πρόβλεψης, του προγραμματισμού των αναγκών και της κατάρτισης των επαγγελματιών της υγείας, γεγονός που θα συμβάλει τόσο στην οργανωτική καινοτομία όσο και στην ανάπτυξη χωρίς αποκλεισμούς. Αυτό συμβαδίζει με την εμβληματική πρωτοβουλία της Ε.Ε το 2020 για νέες δεξιότητες και θέσεις εργασίας και δίνει έμφαση στην ευελιξία με ασφάλεια, στην απόκτηση των κατάλληλων εφοδίων για τις σημερινές και αυριανές θέσεις εργασίας, στις καλύτερες συνθήκες εργασίας και στη βελτίωση της δημιουργίας θέσεων εργασίας. Με τη γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη, ο τομέας της υγείας έχει μεγάλες δυνατότητες δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας.

Τα προβλήματα υγείας είναι μια από τις κυριότερες αιτίες απουσίας από την εργασία και πρόωρης συνταξιοδότησης. Η διατήρηση υγιών και ενεργών ανθρώπων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχει θετικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα και στην ανταγωνιστικότητα. Η αύξηση της παραγωγικής ηλικίας αποτελεί προϋπόθεση για να επιτύχει η Ευρώπη ποσοστό

απασχόλησης 75 % των ατόμων ηλικίας 20-64 ετών και να αποφύγει τις πρόωρες συνταξιοδοτήσεις για λόγους ασθένειας <sup>118</sup>. Επιπλέον, η διατήρηση της καλής υγείας και της δραστηριότητας των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών να έχει θετικά αποτελέσματα στην αγορά εργασίας.

Οι γενικοί στόχοι του προγράμματος «υγεία για την ανάπτυξη» είναι η συνύπαρξη των κρατών μελών, με στόχο την ενθάρρυνση της καινοτομίας στην υγειονομική περίθαλψη και την αύξηση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας, τη βελτίωση της υγείας των πολιτών της Ε.Ε και την προστασία τους από διασυνοριακές απειλές υγείας.

Το πρόγραμμα εστιάζεται σε τέσσερις ειδικούς στόχους με ισχυρή δυναμική οικονομικής ανάπτυξης μέσω της βελτίωσης της υγείας <sup>118</sup>:

1. Ανάπτυξη κοινών εργαλείων και μηχανισμών σε επίπεδο Ε.Ε, με στόχο να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις πόρων, ανθρώπινων και οικονομικών, και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση της καινοτομίας από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ούτως ώστε να υποστηριχθεί η ανάπτυξη καινοτόμων και βιώσιμων συστημάτων υγείας.
2. Βελτίωση της πρόσβασης στην ιατρική εμπειρογνωμοσύνη και ενημέρωση για ειδικά θέματα πέραν των εθνικών συνόρων και ανάπτυξη κοινών λύσεων και κατευθυντήριων γραμμών για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών, ούτως ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση των πολιτών της ΕΕ σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη.
3. Εντοπισμός, διάδοση και προώθηση της υιοθέτησης επικυρωμένων καλύτερων πρακτικών για οικονομικώς αποδοτικά μέτρα πρόληψης, μέσω της αντιμετώπισης των κρίσιμων παραγόντων κινδύνου και συγκεκριμένα του καπνίσματος, της κατάχρησης οινόπνευματος και της παχυσαρκίας, όπως και του HIV/AIDS, με εστίαση στη διασυνοριακή διάσταση, με στόχο την πρόληψη των νόσων και την προαγωγή της καλής υγείας.
4. Ανάπτυξη κοινών προσεγγίσεων και απόδειξη της αξίας τους για τη βελτίωση της ετοιμότητας και του συντονισμού σε καταστάσεις

έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας, με στόχο την προστασία των πολιτών από διασυνοριακές απειλές υγείας.

Άμεσα, θα ωφεληθούν όλες οι εθνικές και ευρωπαϊκές δημόσιες αρχές που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη καθώς και ιδιωτικοί φορείς, μη κυβερνητικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο) και ομάδες συμφερόντων που ενδιαφέρονται να αναπτύξουν τις πολιτικές και τα συστήματα υγείας, με σκοπό να ανταποκρίνονται πολύ καλύτερα στις προκλήσεις που παρουσιάζονται

### **6.5 Προοπτικές συνεργασίας ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών με το δημόσιο σύστημα υγείας**

Τη στρατηγική του ιδιωτικού τομέα υγείας επανεξετάζει η ασφαλιστική αγορά στον κλάδο της υγείας, εστιάζοντας σε προγράμματα πιο δελεαστικά σε επίπεδο παροχών ή ασφαλιστρών, αλλά και ενισχύοντας τις πωλήσεις μέσω άλλων δικτύων. Ο κλάδος της υγείας συνεχίζει να αποτελεί ένα στοιχείο που για την ασφαλιστική αγορά πρέπει να κατακτηθεί, δεδομένων των διαδοχικών μειώσεων στις παροχές του τομέα από την πολιτεία, αλλά και του υψηλού κόστους που συνεπάγεται η περίθαλψη στα ιδιωτικά θεραπευτήρια <sup>119</sup>.

Παρόλο που οι ανάγκες των καταναλωτών σε υπηρεσίες νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης είναι αυξημένες λόγω των προβλημάτων των ασφαλιστικών ταμείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, ωστόσο λειτουργεί ως τροχοπέδη η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των καταναλωτών, τους οποίους η αγορά καλείται να πείσει για την ανταποδοτικότητα και την αναγκαιότητα των προγραμμάτων που παρουσιάζει.

Αν και η πλειοψηφία των προγραμμάτων υγείας που παρέχονται στην ελληνική αγορά αφορά προγράμματα ισόβιας διάρκειας, ωστόσο φαίνεται πως

---

<sup>119</sup> Λυμπέρης Β, 2012, Νέα προγράμματα και στρατηγική στον κλάδο υγείας, *insuranceworld.gr*, [http://www.insuranceworld.gr/default.php?pname=Article&art\\_id=8101&cat\\_id=4](http://www.insuranceworld.gr/default.php?pname=Article&art_id=8101&cat_id=4) [πρόσβαση 13/04/2013]

όλο και περισσότερες εταιρείες προσανατολίζονται στην προώθηση μονοετών προγραμμάτων υγείας<sup>119</sup>. Ένας από τους λόγους που ενισχύουν την προώθηση των μονοετών προγραμμάτων είναι και η απόφαση για την κατάργηση της διάκρισης των φύλων στην τιμολόγηση, σύμφωνα με την οποία εξαιρούνται τα ετησίως ανανεούμενα συμβόλαια, οδηγώντας έτσι την αγορά σε νέα νοσοκομειακά προγράμματα. Τα προγράμματα περιορισμένης διάρκειας ανανεώνονται κάθε χρόνο και λαμβάνουν υπόψη τους, έγκαιρα, όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τους μελλοντικούς ασφαλιστικούς κινδύνους, με αποτέλεσμα να μη γίνονται ευάλωτα ως προς τη βιωσιμότητά τους.

Πέρα όμως από τα μονοετή προγράμματα, το τελευταίο διάστημα η αγορά έχει κατακλυστεί και από προτάσεις συνδρομητικών προγραμμάτων υγείας, που προωθούνται από πολλές πλευρές - όχι μόνο από δίκτυα ασφαλιστικών εταιρειών - και είναι στην ουσία προγράμματα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας με μειωμένο κόστος.

Σημαντικό ζήτημα για τον κλάδο υγείας είναι και η συμφωνία μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών εταιρειών, που υπογράφηκε τον Οκτώβριο του 2011. Από την ημέρα που τέθηκε σε ισχύ μέχρι σήμερα, πολύ λίγοι ασθενείς με ιδιωτικά ασφαλιστήρια έχουν νοσηλευτεί σε δημόσιες κλίνες, ενώ τα έσοδα ύψους 150 εκατ €<sup>119</sup>, που υπολόγιζε το δημόσιο ότι θα αποκομίσει από τη συνέργεια αυτή φαίνεται, προς το παρόν, στόχος μακρινός.

Οι εταιρείες πρέπει να παρουσιάσουν στην αγορά νέα προγράμματα και με την κατάλληλη προώθηση (marketing), ώστε να στρέψουν το ασφαλιζόμενο κοινό και προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Επίσης να ωθήσουν τα νοσοκομεία ώστε να προχωρήσουν στην αναμόρφωση των δομών και των υποδομών τους, για να μπορέσουν να αναβαθμίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε επίπεδο ανάλογο με αυτό που προβλέπουν τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η καταγραφή και ανάλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο Ε.Σ.Υ, ακολουθώντας συγκεκριμένη μεθοδολογία για την άντληση, κατάταξη και αξιοποίηση πληροφοριών από την τρέχουσα βιβλιογραφία. Επιπροσθέτως, με βάση τις διαπιστώσεις που έγιναν, επιχειρήθηκε να διατυπωθούν προτάσεις που εκτιμάται ότι μπορούν να συμβάλλουν στην συνολική αναδιοργάνωσή του, ώστε δίχως να χάνονται τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του να γίνει πιο αποδοτικό, βιώσιμο και να παρέχει περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες αλλάζοντας με συγκεκριμένο σχεδιασμό την προοπτική λειτουργίας του.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος με αντικειμενικό τρόπο, επελέγη να γίνει η αποτίμηση της λειτουργίας και της αποδοτικότητας του Ε.Σ.Υ. μέσω συγκεκριμένων δεικτών. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων, συγκρίθηκε η κατάσταση του Ε.Σ.Υ. σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους, και συγκεκριμένα πριν την οικονομική κρίση και κατά τη διάρκεια της (από το 2008 έως σήμερα). Τέλος, για να μπορεί ο αναγνώστης να διαμορφώσει μια πιο συνολική εικόνα του επιχειρούμενου σχεδιασμού ως προς την λειτουργία του Ε.Σ.Υ για τα επόμενα έτη και να μπορεί να αντιληφθεί τις επικείμενες αλλαγές, αναφέρονται οι παρεμβάσεις που έχουν συμφωνηθεί να εφαρμοστούν, στα πλαίσια του μεσοπρόθεσμου προγράμματος προσαρμογής “2013 – 2016” στο χώρο της υγείας.

Στο σύγχρονο μεταβαλλόμενο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον καθίσταται επιτακτική η ανάγκη ορθολογικού σχεδιασμού, και υποστήριξης της εύρυθμης λειτουργίας του Ε.Σ.Υ, προκειμένου να επιτευχθούν και να υλοποιηθούν με επιτυχία οι στρατηγικής σημασίας στόχοι του. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε περίοδο κρίσης στο Ε.Σ.Υ έχει άμεση σχέση με τις μεταρρυθμίσεις και τις συνεχείς αλλαγές που θα έχουν ως στόχο την εξάλειψη των απαράδεκτων δυσλειτουργιών που καταγράφονται διαχρονικά στην αποδοτικότητα, στην παραγωγικότητα και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας



συνδέεται με την αντιμετώπιση των γραφειοκρατικών παραμορφώσεων στη λειτουργία του Ε.Σ.Υ. και στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.

Έτσι καθίσταται επιτακτική η ανάγκη επανεξέτασης όλων εκείνων των διατάξεων, αρχών και κριτηρίων που θα συμβάλουν στην βελτίωση της αναμενόμενης ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.

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

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ****ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. IOBE, 2011, Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου IOBE, Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών
2. Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
3. Καραγιάννη Ρ,2007,Μέτρηση και ανάλυση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα, Διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
4. Καραίσκου Α, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, 2012, Οικονομική κρίση: Η επίδραση στην υγεία των πολιτών και στο σύστημα υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2012) Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54*
5. Κοντοζαμανη Β, 2011, Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίση στο σύστημα υγείας, *Κυριακάτικη Δημοκρατία*, 31/12/2011
6. Κούρης Γ,2003,Πέντε προτάσεις για μία ολοκληρωμένη εθνική πολιτική υγείας, *Επιθεώρηση υγείας*, 14(85) σελ 13-14
7. Κουσολάκου Χ, Φρανγκουλακης , 2007. IOBE, Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση. Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα
8. Κυριόπουλος Ι,2010, Διάλεξη: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Πρακτικά των εργασιών του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας,Αθήνα 16 Οκτωβρίου 2010.
9. Λαζαρίδου, Δ,2003, Η Οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στις χώρες της νότιας ευρώπης και οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες τους, [http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/KDP\\_2003/Proceedings/Lazaridou\\_Despina.pdf](http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/KDP_2003/Proceedings/Lazaridou_Despina.pdf) [Πρόσβαση 24/4/2013]
10. Λιαρόπουλος Λ.,1991, Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής
11. Λιαρόπουλος, Λ,2007, *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
12. Μαυγογιάννης Β, 2011, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:Διασφάλιση της συνέχειας στην φροντίδα υγείας και Υπηρεσιών υγείας στον ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης,
13. Μιλτιάδης Νεκτάριος,2012,Στρατηγικό σχέδιο για τον εκσυγχρονισμό της υγείας, *Το Βήμα*, 26/4/2012, <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=454787> [Πρόσβαση 15/02/2013]
14. Ο, Σισκου, Λ. Λιαρόπουλος, 2008, «Ο μίτος της δαπάνης υγείας», Λιαρόπουλος, Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 25(1), Αθήνα
15. Οικονόμου, Ν.Α.,Τούντας Γ,2007,Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο υγείας,Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 24(1):34-47.
16. Παπαδοπούλου Σ,2011,Η δομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα και τα προβλήματα της, <http://www.scribd.com/doc/72480238/ΠΦΥ-στην-Ελλάδα>, [πρόσβαση 14/02/2013]

17. Παπουτσής Α, 2007, Συγκριτική μελέτη διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών δημόσια πρωτοβάθμιας υγείας στην Ελλάδα και Μ. Βρετανία, Διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
18. Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι, 2000, Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, 17(6): 627-639
19. Σιγάλας Ι., 1999, «Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας», στο Δίκαιος Κ και συν. (επιμέλεια), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, κεφ. 2, σελ. 57-112
20. Στουρνάρας Γ, 2010, Η φαρμακευτική δαπάνη και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα, [http://www.hesmo.gr/sites/default/files/magazine/12/2011/05\\_afieroma\\_oikonomiki\\_krisi\\_kai\\_ugeia\\_-\\_giannis\\_stournaras.pdf](http://www.hesmo.gr/sites/default/files/magazine/12/2011/05_afieroma_oikonomiki_krisi_kai_ugeia_-_giannis_stournaras.pdf), [πρόσβαση 14/02/2013]
21. Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π, 2011, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές», *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 3, Τεύχος 4, 140-148*
22. Τσαβαλιάς Κ, Σίσκου Ο., Λιαρόπουλος Λ, 2012, Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη, Δίδαγμα και προοπτικές για την Ελλάδα, Αρχεία ελληνικής ιατρικής 29(2):233-239
23. ΥΥΚΑ, 2011, Παρουσίαση αποτελεσμάτων 20/6/2011, [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr) [Πρόσβαση 20/01/2013]
24. ΥΥΚΑ, 2012, “Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011”
25. ΥΥΚΑ, 2012, Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2013-2016
26. ΥΥΚΑ, 2011, Ετήσια έκθεση αποτελεσμάτων 2011, [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)
27. Υφαντόπουλος Γ., 2003, *Τα Οικονομικά της Υγείας*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
28. Δελτίο Τύπου ΥΥΚΑ, 2011, Ενιαίες συμβάσεις παρόχων υγείας και μείωση των τιμών σε αναλώσιμα υλικά σε ασφαλιστικά Ταμεία 17/5/2011 [online]. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, <http://www.yyka.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyrou/press-releases/404-eniaies-symbaseis-paroxwn-ygeias-kai-meiwsh-twn-timwn-se-analwsima-ylika-se-asfalistika-tameia> [πρόσβαση 13 Ιουνίου 2011]
29. Κοντοζαμάνης Β, 2011, Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, <http://www.isarkadias.gr/9784/articles/η-επίπτωση-της-οικονομικής-κρίσης-στο/>, [Πρόσβαση 22/04/2013]
30. Μιλτιάδης Ν, 2012, Στρατηγικό σχέδιο για τον εκσυγχρονισμό της υγείας, *Το βήμα*, <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=454787> [Πρόσβαση 05/04/2013]
31. ΙΟΒΕ, 2012, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία του 2012, Ίδρυμα οικονομικών & βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα
32. ΕΣΔΥ, 2010, Μέτρηση της Αποδοτικότητας των Νοσηλευτικών Μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας
33. Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011, Υγεία για την ανάπτυξη 2014-2020, [http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop\\_prog2014\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_el.pdf), [Πρόσβαση 04/04/2014]
34. Σωτηριάδου Κ, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, 2011, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα-Κατάσταση και προοπτικές, Διεπιστημονική φροντίδα υγείας τόμος

3 Τεύχος (4),140-148

**ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Appleby J, 2008, The credit crisis and health care, *BMJ*;337:1022-1024
2. Cooper, Seiford and Tone, 2000, A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software
3. Edwards N, Wyatt S, McKee M, 2004, Configuring the hospital in the 21st century. WHO, European Observatory on Health systems and Policies
4. International Labour Organization, 2009, Global employment trends 2009. Geneva: ILO 2009 [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/dcomm/documents/publication/wcms\\_101461.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/dcomm/documents/publication/wcms_101461.pdf) [Πρόσβαση 22/04/2013]
5. Kalafati M, 2012, How the European financial crisis has affected urgent care in Greece, *Emergency nurse*, Volume 20(3) P. 26
6. Mossialow E, Allin S, Davaki K, 2005, Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia, *Health Economics*, 14:S151-S168
7. OECD 2008, Hospital beds in Greece, [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT), [Πρόσβαση: 22/01/2013]
8. OECD, 2009, OECD Health Data. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development
9. OECD, 2013, Health data % GDP Greece, [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)
10. Polyzos N., Economou Ch., Zilidis Ch., 2008. «National health policy in Greece: Regulations or reforms? The Sisyphus myth». *European Research Studies* XI(3): 91-118
11. Soulitos K & Lionis C, 2005, Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective, *Journal of Medical Science*, 29(2)187-196
12. WHO, 2012, Greece health data, <http://www.who.int/nha/country/grc/en/> [πρόσβαση 13/02/2013]
13. WHO, 2009, “The financial crisis and global health. Geneva 2009”. [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf), [Πρόσβαση 22/4/2013]
14. BJORNBERG A, GARROFÉ BC, LINDBLAD S. *Euro health consumer index 2009*. Health Consumer Powerhouse
15. ECONOMOU C, GIORNO C. *Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics Department Working Paper, No 722*. OECD Publishing, Paris, France, 2009
16. International Monetary Fund, 2009, Global Economic Slump Challenges policies, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf> [Πρόσβαση 22/04/2013]