

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**

***Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας***

## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**



**«Διερεύνηση και αξιολόγηση των πολιτικών  
χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη:  
Ομοιότητες και διαφορές με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.  
Προτάσεις χρηματοδοτικής βελτίωσης του ΕΣΥ»**

**Κουζανίδης Ιωάννης**

**Επιβλέπων Καθηγητής  
Γεώργιος Φραγκιαδάκης**

**2019**

# Open University Cyprus

FACULTY OF ECONOMICS AND MANAGEMENT

**Postgraduate Programme of Study (MSc.)**

*Health Policy and Planning*

## Master Thesis



**«Investigation and evaluation of financing policies of health services in Europe: Similarities and differences with the Greek Health System. Proposals for the Greek NHS financial improvement »**

**Kouzanidis Ioannis**

**Supervisor Professor  
George Fragkiadakis**

**2019**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου</b> .....	1
<b>Open University Cyprus</b> .....	2
Περίληψη.....	6
Abstract .....	9
Εισαγωγή .....	11
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> – Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας .....	14
1.1 Πηγές και μέθοδοι Χρηματοδότησης Υπηρεσιών Υγείας .....	14
1.2 Κατηγορίες χρηματοδότησης.....	16
1.3 Παράγοντες διαμόρφωσης χρηματοδότησης.....	18
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> Χρηματοδότηση των Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας .....	19
2.1 Δημόσια χρηματοδότηση – Δημόσια παροχή.....	19
2.2 Δημόσια ασφάλιση – Ιδιωτική παροχή.....	19
2.3 Ιδιωτική ασφάλιση – Ιδιωτική παροχή .....	20
2.4 Εθνικά Συστήματα Υγείας: Βρετανία-Γερμανία-Σουηδία-Πορτογαλία.....	21
2.4.1 Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	21
2.4.2 Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας.....	24
2.4.3 Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας.....	28
2.4.4 Το Πορτογαλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (SNS).....	31
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> – Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα .....	38
3.1 Χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας .....	38
3.2 Διαμόρφωση - Κατανομή Χρηματοδότησης ανά Τομείς .....	41
3.3 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα.....	41
3.3.1 Εξέλιξη της ΔΔΥ στην Ελλάδα Κατά Είδος Υπηρεσιών (% ΑΕΠ) .....	44
3.4 Προσφορά της υγειονομικής φροντίδας .....	44
3.5 Φαρμακευτική περίθαλψη.....	45
3.6 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας .....	48
3.7 Προσαρμογές Υγείας.....	48
3.7.1 Πολιτικές/οικονομικές .....	48
3.7.2 Σχεδιασμός/αναδιάρθρωση υπηρεσιών.....	50
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> – Συγκριτική Ανάλυση και Αξιολόγηση Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας και Ελληνικού (ΕΣΥ) .....	52

4.1 Ασφαλιστική Κάλυψη υγείας .....	52
4.2 Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας .....	53
4.2.2 Εξέλιξη της ΔΥ σε Ελλάδα και Ευρωζώνη .....	54
4.3 Αξιολόγηση Συστήματος Υγείας .....	56
4.3.1 Ζήτηση – Χρήση Διαγνωστικών Εξετάσεων .....	57
4.3.2 Συγκριτικές αδυναμίες του ΕΣΥ .....	57
4.3.3 Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας .....	59
Κεφάλαιο 5ο – Ευρήματα.....	61
5.1 Σύγκριση συστημάτων υγείας.....	61
5.1.1 Πολιτική ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.....	61
5.2 Μετατόπιση συμπεριφοράς.....	62
5.3 Επιπτώσεις της κρίσης.....	63
Κεφάλαιο 6ο Προτάσεις .....	66
6.1 Προτάσεις για βιώσιμη χρηματοδότηση και ανάπτυξη του ΕΣΥ .....	66
6.2 Μοντέλο χρηματοδότησης.....	69
6.2.1 Συμπράξεις .....	71
6.2.2 ΗΜΟ .....	73
6.3 Χρηματοδοτική Βελτίωση του ΕΣΥ .....	75
6.4 Σχεδιασμός πολιτικής υγείας και ΕΣΥ .....	77
6.5 Αναδιάρθρωση της ΔΦΥ(νοσοκομειακού τομέα).....	79
6.7 Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).....	82
6.8 Π.Φ.Υ και Ε.Ο.Π.Υ.Υ.....	84
6.9 Μείωση δαπανών ασφαλιστικών ταμείων .....	86
6.10 Ιατρικός τουρισμός & ΕΣΥ .....	87
6.11 Φαρμακευτική Πολιτική.....	88
6.11.1 Clawbacks και Rebates .....	90
6.12 Προαγωγή Προνοιακών Πολιτικών .....	90
6.13 Ψηφιακός μετασχηματισμός του ΕΣΥ .....	91
Βιβλιογραφία .....	95
Παράρτημα.....	101
Πίνακας 1: Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003-15): .....	103
Πίνακας 2: Ετήσιος ρυθμός αύξησης της ΣΔΥ στην Ευρώπη, στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα (2000-12).....	103

Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης για τα Νοσοκομεία κατά χρηματοδοτικό φορέα (2003-11).....	104
Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής εξωνοσοκομειακής χρηματοδότησης κατά χρηματοδοτικό φορέα (2003-11).....	104
Πίνακας 5: Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά προμηθευτή υπηρεσιών (2009-2013).....	104
Πίνακας 6: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ε.Ε. (2009-13) .....	105
Πίνακας 7: Συνολικές Δαπάνες Υγείας (ΣΔΥ) στην Ελλάδα (% ΑΕΠ) (2000-13).....	105
Πίνακας 8: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας (ΣΔΥ) και Δημόσια Δαπάνη Υγείας (ΔΔΥ) (2009-13) .....	106
Πίνακας 9: Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας ανά κάτοικο (\$, σε σταθερές τιμές 2011) (2006-13).....	106
Πίνακας 10: Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας (ΔΥ) και ποσοστιαία συμμετοχή του φορέα .....	107
Πίνακας 11: Σύνολο Χρηματοδότησης Υγείας (%),(2009-13).....	107
Πίνακας 12 : Εξέλιξη της δημόσια δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (2009-13).....	108
Πίνακας 13: Κατανομή Χρηματοδότης Υγείας Ιδιωτικού Τομέα (2009-13).....	108
Πίνακας 14: Κατανομή Δαπανών Υγείας ανά κατηγορία (2008-13).....	109
Πίνακας 15: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη (2000-18) .....	109
Πίνακας 16: Αξία (εκατ. €) και όγκος συσκευασιών (εκατ.) φαρμακευτικής δαπάνης (2012-14) .....	110
Πίνακας 17: Σύθεση της Τρέχουσας Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατ. ευρώ) (2009-13) .....	110
Πίνακας 18: Σύθεση της Τρέχουσας ΣΔΥ κατά μείζονα κατηγορία (% ΑΕΠ) (2009-13) .....	111
Πίνακας 19: Δημόσια Ενδονοσοκομειακή, Φαρμακευτική, Εξωνοσοκομειακή Δαπάνη και Δημόσια Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες (2003-11) .....	111
Πίνακας 20: Σύθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε..... εκατ. ευρώ) (2009-13).....	112
Πίνακας 21: Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ (σε εκατ. ευρώ) (2012-14) .....	112
Πίνακας 22: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (ΟΟΣΑ)(2012).....	113
Πίνακας 23: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στον ΟΟΣΑ (2005-13) .....	113
Πίνακας 24: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (2013) στις χώρες Ε.Ε./Ε.Ε.Α.....	114
Πίνακας 25: Προσαρμοσμένες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (2015) σε Ε.Ε./Ε.Ε.Α... ..	114

Πίνακας 26: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, σε \$PPP (Purchasing Power Parity)(2015)	115
Πίνακας 27: Δαπάνη Υγείας και Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ευρωζώνη (2003-11)	116
Πίνακας 28: Δαπάνες Υγείας ανά κάτοικο στις Ελλάδα, Ε.Ε., Ευρωζώνη (2007-13)	116
Πίνακας 29: Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν	117
Πίνακας 30: Υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη (2013)	117
Πίνακα 31: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης (2013)	118
Πίνακας 32: Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 πληθυσμού, 2000 και 2013	118
Πίνακας 33: Κλίνες ανά 1000 κατοίκους, έτη 2000 και 2011, ΟΟΣΑ	118
Πίνακας 34: Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών	119
Πίνακας 35: Συμμετοχή του πολίτη στη χρηματοδότηση	120
Πίνακας 36: Αποδοτικότητα υπηρεσιών υγείας	120
Πίνακας 37: Διαθεσιμότητα συνταγογράφησης	121
Πίνακας 38: Δικαιώματα των ασθενών	121
Πίνακας 39: Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών	122
Πίνακας 40: Συμμετοχή του πολίτη στη χρηματοδότηση	122
Πίνακας 41: Αποδοτικότητα υπηρεσιών υγείας	123
Πίνακας 42: Διαθεσιμότητα συνταγογράφησης	123
Πίνακας 43: Δικαιώματα των ασθενών	124
Πίνακας 44: Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (2014)	124
Πίνακας 45: Προσβασιμότητα στη ΠΦΥ (2015)	125
Πίνακας 46: Ανταπόκριση σε άτυπες πληρωμές	125
Πίνακας 47: Χρόνος αναμονής για αξονικές τομογραφίες	126

## Περίληψη

Η προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού αναφοράς προϋποθέτει την οικονομικά αποδοτική και κλινικά αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας, το οποίο οφείλει να προσφέρει ισότιμα και καθολικά υπηρεσίες

σε όλους τους πολίτες. Οι χρόνιες, όμως, αδυναμίες (έλλειψη βιώσιμου σχεδιασμού, ανεπαρκής διοίκηση, υποβαθμισμένη ποιότητα, υποχρηματοδότηση κ.ά.) καθώς και η επιπρόσθετη έλλειψη πόρων λόγω της οικονομικής κρίσης, καθιστούν σχετικά μέτρια την αποδοτικότητα του Ε.Σ.Υ. Έτσι, το σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται στα πλαίσια της πολιτικής περιορισμού του δημοσιονομικού ελλείμματος και μερικής συγκράτησης των δαπανών.

Συγκεκριμένα, παρατηρείται μία σχετικά υποβαθμισμένη προσφορά υπηρεσιών υγείας που οφείλεται στην λειψυδρία διαθέσιμων πόρων, στην υποστελέχωση των νοσοκομείων, στην καθυστερημένη κινητοποίηση των ασθενών, στην αδυναμία αποζημίωσης από τα ασφαλιστικά ταμεία και την μαζικότερη ζήτηση υπηρεσιών από τα κορεσμένα ιδρύματα. Στις αδυναμίες προστίθεται η σημαντική έλλειψη οργάνωσης και συντονισμού στον τομέα της ΠΦΥ, το κενό στη λειτουργική διασύνδεση με την ΔΦΥ και η καθυστερημένη υιοθέτηση μηχανισμών αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας (ΗΤΑ). Ταυτόχρονα, η σύγκριση των ευρωπαϊκών συστημάτων αναδεικνύει την γραφειοκρατική διαχείριση, τα συνδικαλιστικά συμφέροντα, τους κανόνες δημόσιας υπηρεσίας (υπαλληλοποίηση) και την απουσία συμπράξεων (ΣΔΙΤ).

Η διασφάλιση βιώσιμων και αποδοτικών συστημάτων και η δυνατότητα προσαρμογής στις νέες συνθήκες απαιτεί την ορθολογική κατανομή των περιορισμένων πόρων ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα παραγωγής υπηρεσιών υγείας και στις ανάγκες οριζόντιων πολιτικών, καθώς και την υιοθέτηση νέων μικτών μοντέλων με περιφερειακή δομή διοίκησης και συνθήκες οιονεί (quasi) αγορών. Συνεπώς, προτείνεται η δημιουργία συνθηκών μερικού (εσωτερικού) ανταγωνισμού σε επίπεδο παρόχων, η ένταξη κριτηρίων ποιότητας και αποδοτικότητας και η εφαρμογή διαδικασιών αξιολόγησης των υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα, συμβάλει θετικά η απαραίτητη ενσωμάτωση εφαρμογών πληροφορικής (ΟΠΣΥ), οι συνεργασίες με ιδιώτες (ΣΔΙΤ) και η μετάθεση της διοίκησης και οργάνωσης σε εξειδικευμένους managers, με μερική αύξηση της νοσοκομειακής αυτονομίας (self governing). Επιπλέον, ωφέλιμα δύναται να λειτουργήσει ο αναπτυξιακός ρόλος της φαρμακοβιομηχανίας, η ενσωμάτωση ενός πλάνου επενδύσεων, ο τουρισμός Υγείας και οι ψηφιακές εφαρμογές των νέων καινοτόμων τεχνολογιών.





## **Abstract**

The promotion and restoration of the reference population's health requires the cost-effective and clinically effective functioning of the health system, which should provide equal and universal services to all citizens. However, the chronic weaknesses (lack of sustainable planning, inadequate management, underfunding, degraded quality, etc.), as well as the additional lack of resources due to the financial crisis, causes a relatively modest efficiency of the Greek NHS. Thus, the health system is underfinanced in the policy of reducing the budget deficit and partially restraining expenditures.

Specifically, there is a relatively degraded supply of health services due to the scarcity of available resources, the inadequate hospital personnel, the delayed mobilization of patients, the inability of reimbursement from insurance funds and the widespread services demand from the congested trusts. Adding to the weaknesses, it's the significant lack of organization and coordination in the field of PHC, the operational interface defect with the SHC and the delayed adoption of Health Technology Assessment (HTA) mechanisms. At the same time, the comparison of European health systems reveals the bureaucratic management, the trade union interests, the public service rules and the absence of partnerships (PPPs).

Ensuring sustainable and efficient health systems and adapting to the new conditions requires rational allocation of scarce resources between different levels of health service production and of horizontal policies needs, and the adoption of new mixed models with regional governance structure and quasi-market conditions and competition at provider level. It is, therefore, proposed the creation of partial competition conditions, the integration of quality and efficiency criteria and the application of health service evaluation procedures.

Simultaneously, the necessary integration of IT applications, the Public Private Partnerships (PPPs) and the transfer of management and organization to specialized managers, with a partial enhancement in hospital autonomy (self-governing), contribute positively. Additionally, the developmental role of the pharmaceutical industry, the integration of an investment plan, the health tourism industry and the digital applications of innovative technologies can substantially benefit.

**Λέξεις κλειδιά:** Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), χρηματοδότηση, οικονομικά υγείας, αποδοτικότητα, βιωσιμότητα, νόμος 4368/2016, συμπράξεις (ΣΔΙΤ), ΕΟΠΥΥ, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

## Εισαγωγή

Η ασύμμετρη πληροφόρηση και η αβεβαιότητα, ο ηθικός κίνδυνος, η σχέση αντιπροσώπευσης, η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών και η έλλειψη πλήρους κυριαρχίας του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας συνιστούν σημαντικά σημεία διαφοροποίησης της αγοράς υπηρεσιών υγείας από μια τυπική αγορά που λειτουργεί σε συνθήκες έννομου ανταγωνισμού. Κυριαρχεί η εντύπωση ότι η υγεία ως αγαθό αναλύεται σε όρους προσφοράς και ζήτησης που ικανοποιούν τις συνθήκες που επικρατούν σε οιονεί αγορές (quasi markets). Κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης αποτελούν η κατάσταση υγείας του ατόμου, η μεταβολή σύνθεσης του πληθυσμού, η σχετική τιμή αποζημίωσης της φροντίδας υγείας, οι εισοδηματικοί περιορισμοί, η συμπεριφορά ως προς την έκφραση των αναγκών υγείας, η ιεράρχηση των προτιμήσεων και αναγκών του ατόμου και συγκεκριμένοι δημογραφικοί, κοινωνικοί και επιδημιολογικοί παράγοντες.

Ταυτόχρονα, κάθε σύγχρονο σύστημα υγείας οφείλει να εξασφαλίζει στους καταναλωτές (α) άμεση και ισότιμη πρόσβαση, (β) υπηρεσίες κλινικά ποιοτικές και αποτελεσματικές και (γ) οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα. Ταυτόχρονα, ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από πολλές ιδιαιτερότητες και περιπλοκότητες στην οργάνωση και λειτουργία του. Στο άμεσο μέλλον τα ζητήματα αυτά ενδέχεται να γίνουν πιο απαιτητικά καθώς η ζήτηση και η δαπάνη για υπηρεσίες υγείας αναμένεται να αυξηθεί δραματικά ως ποσοστό του ΑΕΠ. Υπολογίζεται ότι από 4% την δεκαετία 1960-70 και 9-10% σήμερα, αναμένεται να ανέλθει στο 15% το 2020-25 και στο 20% το 2050.<sup>1</sup>

Αυτές οι τάσεις σχετίζονται, κυρίως, με α) τη γήρανση του πληθυσμού (δημογραφικό) και τη ταυτόχρονη μεταβολή των ασθενειών (επιδημιολογικό) και β) την εξέλιξη που συντελείται στα οικονομικά και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας της ραγδαίας ανάπτυξης της τεχνολογίας υγείας, η οποία περιλαμβάνει την φαρμακευτική έρευνα, τη τηλεϊατρική (IoT), τα βλαστοκύτταρα, τα αναλώσιμα, τα καινοτόμα μηχανήματα, τη βιοϊατρική τεχνολογία, την ΤΝ, τη μηχανογράφηση/πληροφορική και τα νέα συστήματα επικοινωνίας και οργάνωσης των μονάδων υγείας.

---

<sup>1</sup> OECD 2010.

Συγκεκριμένα, η δημογραφική γήρανση ευθύνεται για το 40% της αύξησης των υπηρεσιών και της δαπάνης υγείας,<sup>2</sup> καθότι τα άτομα μεγάλης ηλικίας (συνεχώς αυξάνονται ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού) καταναλώνουν πολλαπλάσιες υπηρεσίες σε σχέση με τον μέσο όρο των υπολοίπων ηλικιακών ομάδων. Παρότι υπάρχει σαφής πρόοδος στην αντιμετώπιση, η συχνότητα νόσου από τα καρδιαγγειακά και τις νεοπλασίες παραμένει σε υψηλά επίπεδα, ενώ αυξάνονται οι χρόνιες νόσοι και τα μεταβολικά σύνδρομα καθιστώντας απαραίτητες τις μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση της φροντίδας υγείας. Ταυτόχρονα, η τεχνολογία συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και (αρχικά είναι ακριβότερη) μεταγενέστερα εξοικονομεί υγειονομικούς πόρους. Παρέχει πλήθος νέων δυνατοτήτων και εφαρμογών και δεν υποκαθιστά αλλά απαιτεί πιο εξειδικευμένο και καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό σε ιατρικό, τεχνικό, διοικητικό και οικονομικό επίπεδο.

Οι έρευνες υποστηρίζουν πως η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας επιδρά περισσότερο στη βελτίωση των δεικτών υγείας συγκριτικά με μια αύξηση των δαπανών υγείας (υπόλοιπες μεταβλητές σταθερές).<sup>3</sup> Συγκεκριμένα, ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στην προαγωγή των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (ΔΥ) και πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΦΥ). Επιπλέον, αξιοποιήθηκε η νέα τεχνολογία για την ενίσχυση της ημερήσιας νοσηλείας, της επείγουσας ιατρικής, της αποκατάστασης και της κατ' οίκον νοσηλείας. Παρά τις μερικές αδυναμίες των αγορών υγείας, εισήχθη τεχνικά ανταγωνισμός στις αγορές υπηρεσιών και ασφάλισης υγείας, πραγματοποιήθηκε διαχωρισμός της παραγωγής από την χρηματοδότηση και μετατοπίστηκε μέρος της παροχής και της δαπάνης στον ιδιωτικό τομέα.<sup>4</sup>

Στα νοσοκομεία συγκεκριμένα δόθηκε έμφαση στην αποτελεσματικότερη οργάνωση και διοίκηση με την εφαρμογή της πληροφορικής (IT) και σύγχρονων εργαλείων χρηματοοικονομικής διαχείρισης. Προωθήθηκαν η διοικητική αποκέντρωση και τα κίνητρα βελτίωσης στην διαχείριση, στην ποιότητα και στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού. Παράλληλα, δόθηκε έμφαση στη βελτιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας, στην κλινική αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και στην αξιολόγηση και αποτελεσματική χρήση της νέας ιατρικής

---

<sup>2</sup> OECD 2017

<sup>3</sup> OECD 2012

<sup>4</sup> OECD 2012

τεχνολογίας. Βασικό πυλώνα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας αποτελεί το ιατρικό σώμα, που υποστηρίζεται με την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών, πρωτοκόλλων διαχείρισης ασθενών και κλινικής διακυβέρνησης και διαπιστεύεται από αυτόνομους φορείς και συγκριτικές αξιολογήσεις.

Παράλληλα, δόθηκε μέριμνα στην αναδιοργάνωση του συστήματος προμηθειών και διακίνησης του υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, στην αυτόνομη και καθετοποιημένη λειτουργία των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και στο outsourcing αρκετών υποστηρικτικών υπηρεσιών. Τέλος, προτείνεται η ενδυνάμωση της ΠΦΥ, του ρόλου του οικογενειακού ιατρού, νέα πρότυπα συνεργασίας και συμπράξεων με τον ιδιωτικό τομέα (ΣΔΙΤ), η υιοθέτηση του ιατρικού τουρισμού και η ενίσχυση της επενδυτικής κουλτούρας στον ιατρικό χώρο.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

## **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> – Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας**

### **1.1 Πηγές και μέθοδοι Χρηματοδότησης Υπηρεσιών Υγείας**

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>6</sup> η οικονομική κρίση λειτούργησε ως ένα ‘shock’ για τα συστήματα υγείας, καθώς ήταν εξωγενής, απρόβλεπτη και προκάλεσε ευρείες αρνητικές επιπτώσεις, επηρεάζοντας τις ροές και την ποσότητα της χρηματοδότησης. Ταυτόχρονα, προκλήθηκε αύξηση της ζήτησης, τόσο λόγω της ζήτησης των χρηστών (σε περιόδους ευμάρειας επέλεξαν την ιδιωτική κάλυψη των αναγκών), όσο και εξαιτίας της αυξημένης νοσηρότητας λόγω των κοινωνικών προβλημάτων. Στο πλαίσιο αυτό τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας προχώρησαν σε ευρύ φάσμα μέτρων όπως, περικοπές δαπανών (π.χ. περικοπές μισθών), εφαρμογή συμμετοχής του χρήστη στο κόστος υπηρεσιών, σε έμμεση αύξηση της αναμονής για δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα και την αποθάρρυνση της χρήσης ορισμένων υπηρεσιών.<sup>7</sup>

Συνεπώς, η μείωση των πεπερασμένων διαθέσιμων πόρων εντείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών, ενώ δυσχεραίνει την ιδιωτική δαπάνη που συνιστά το «εισιτήριο» πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με μικρό κόστος χρόνου και ανάκτηση πολλαπλών επιλογών, αποτελώντας θεμελιώδη συνιστώσα στην επίτευξη της ισορροπίας. Η στρέβλωση του μηχανισμού και η προκύπτουσα πλεονάζουσα ζήτηση έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό μέρος αυτής να μην καλύπτεται επαρκώς, επηρεάζοντας, κυρίως, τα ευπαθή στρώματα του πληθυσμού.<sup>8</sup>

Δεδομένης της μεταβλητότητας των υγειονομικών δαπανών, της γήρανσης του πληθυσμού (δημογραφικό), της τεκμηριωμένης αναποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας, των έντονων φαινομένων προκλητής ζήτησης, της χαμηλής ικανοποίησης των χρηστών από την ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών, ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας εντοπίζεται στο επίκεντρο των διαρθρωτικών και μεταρρυθμιστικών μέτρων και πολιτικών παρεμβάσεων.<sup>9</sup>

Οι υπηρεσίες υγείας σε μικροεπίπεδο παρέχονται σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο και απρόβλεπτο κοινωνικό, οικονομικό, τεχνολογικό, πολιτικό,

---

<sup>6</sup> Mladovsky 2012

<sup>7</sup> Kateilidou & Kouli 2012

<sup>8</sup> Δημούση 2016

<sup>9</sup> IOBE 2011

πολιτισμικό και επιδημιολογικό περιβάλλον. Στο πλαίσιο αυτό εξυπηρετούν σύνθετους και αντικρουόμενους σκοπούς που περιλαμβάνουν την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, την εκπαίδευση, την επιστημονική έρευνα με στόχο την κλινική αποτελεσματικότητα και οικονομική αποδοτικότητα. Από διοικητική και οικονομική σκοπιά, παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες καθότι συνδυάζουν στοιχεία που συναντώνται σε παραγωγικές μονάδες, σε εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς φορείς και σε μονάδες εστίασης. Αναπτύσσονται, έτσι, ζητήματα αναφορικά με την διοικητική οργάνωση, την εξεύρεση των απαιτούμενων πόρων χρηματοδότησης και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Ωστόσο, η μείωση της σπατάλης πόρων και της αναποτελεσματικότητας μπορεί να χρηματοδοτήσει μερικώς την μελλοντική βιωσιμότητα και ανάπτυξη των συστημάτων υγείας.<sup>10</sup> Σε μελέτη<sup>11</sup> που επιχείρησαν να αποτιμήσουν την επίδραση της υγειονομικής περίθαλψης στο επίπεδο υγείας πληθυσμού αναφοράς (χώρες ΟΟΣΑ) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η περίθαλψη διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στην ερμηνεία των μεταβολών του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στη διάρκεια του χρόνου. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στην αποδοτικότητα των δαπανών,<sup>12</sup> ενώ η βελτίωση της αποδοτικότητας δικαιολογεί μία μεγαλύτερη βελτίωση των δεικτών υγείας, συγκριτικά με μια αύξηση των δαπανών υγείας (υπόλοιπες μεταβλητές σταθερές).<sup>13</sup>

Συνεπώς, τα συστήματα υγείας βρίσκονται σε συνεχείς διαρθρωτικές και τεχνολογικές μεταρρυθμίσεις σε επίπεδο οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, έμφαση έχει δοθεί στην προαγωγή της υγείας, των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (ΔΥ) και της πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΦΥ). Επιπλέον, αξιοποιήθηκε η νέα τεχνολογία και η γνώση για την ενίσχυση της ημερήσιας νοσηλείας, της επείγουσας ιατρικής, της αποκατάστασης και της κατ' οίκον νοσηλείας. Παρά τις αναγνωρισμένες ατέλειες των αγορών υγείας, εισήχθη τεχνικά ανταγωνισμός στις αγορές υπηρεσιών και ασφάλισης υγείας, πραγματοποιήθηκε διαχωρισμός της παραγωγής από την χρηματοδότηση και μετατοπίστηκε μέρος των παροχής και της δαπάνης στον ιδιωτικό τομέα ή σε συμπράξεις (ΣΔΙΤ).<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Joumard 2008

<sup>11</sup> Joumard 2008

<sup>12</sup> Data Envelopment Analysis (DEA)

<sup>13</sup> OECD 2014

<sup>14</sup> Ξένος et al. 2013

Την τελευταία δεκαετία το μεγαλύτερο μέρος των πόρων δόθηκε στην αποτελεσματικότερη οργάνωση με την εφαρμογή της πληροφορικής (ΟΠΣΥ) και σύγχρονων εργαλείων χρηματοοικονομικής διαχείρισης. Δόθηκε έμφαση στην οικονομική αποδοτικότητα, στην κλινική αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και στην βέλτιστη χρήση της νέας ιατρικής τεχνολογίας. Ταυτόχρονα, υπήρξε διοικητική αποκέντρωση και κίνητρα προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού. Οι μονάδες και οι επαγγελματίες αξιολογούνται και διαπιστεύονται από κατάλληλους φορείς και οι συγκριτικές αξιολογήσεις βασίζονται στην επαρκή πληροφόρηση. Βασικό πυλώνα αποτελεί το ιατρικό σώμα, το οποίο υποστηρίζεται με την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών, πρωτοκόλλων διαχείρισης ασθενών και κλινικής διακυβέρνησης.

Παράλληλα, έχει εκσυγχρονισθεί το σύστημα προμηθειών και διακίνησης του υγειονομικού υλικού, η αυτόνομη και καθετοποιημένη αναδιοργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων και το outsourcing αρκετών υποστηρικτικών υπηρεσιών. Τέλος, έχουν πλέον αναπτυχθεί νέα πρότυπα συνεργασίας και συμπράξεων με τον ιδιωτικό τομέα (ΣΔΙΤ).<sup>15</sup> Οι παραπάνω πρωτοβουλίες χρηματοδοτούνται από την άμεση ή έμμεση φορολόγηση (κρατικό προϋπολογισμό), τις υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές, τις ιδιωτικές δαπάνες και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε διαφορετικό βαθμό.<sup>16</sup>

## 1.2 Κατηγορίες χρηματοδότησης

Συγκεκριμένα, οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, σύμφωνα με το ΣΛΥ του ΟΟΣΑ, τη Eurostat και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες: τη κεντρική κυβέρνηση (φορολογία ή δημόσια ασφάλιση), τον ιδιωτικό τομέα και τις λοιπές πηγές. Στην Ελλάδα, μετά τις μνημονιακές ρυθμίσεις, ο κρατικός φορέας συμμετέχει με 30-35%, η κοινωνική ασφάλιση με 35-40% και οι ιδιωτικές πληρωμές με 25-30%.<sup>17</sup> Οι δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού κατευθύνονται κυρίως στην κάλυψη της μισθοδοσίας, των ελλειμμάτων των κρατικών νοσοκομείων και σε επενδύσεις παγίου κεφαλαίου. Οι

---

<sup>15</sup> Πετμεζίδου 2015

<sup>16</sup> OECD 2016

<sup>17</sup> ΕΛΣΤΑΤ 2015



δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων καλύπτουν τις αγορές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας (27%), νοσοκομειακής (42%), και φαρμακευτικής περίθαλψης (31%).<sup>18</sup>

Τα έσοδα προέρχονται, κυρίως, από τις πληρωμές των χρηστών και των εργοδοτών με τη μορφή φορολογίας, ως υποχρεωτικές και προαιρετικές ασφαλιστικές εισφορές και ως άμεσες πληρωμές των χρηστών. Υπεύθυνοι φορείς είσπραξης αποτελούν οι κυβερνητικές υπηρεσίες, οι ιδιωτικές κερδοσκοπικές ή μη ασφαλιστικές εταιρείες και οι δημόσιοι οργανισμοί ασφάλισης. Η δημόσια ασφάλιση, σε σχέση με την ιδιωτική, διαθέτει μεγαλύτερη δεξαμενή κάλυψης του ασφαλιστικού κινδύνου (risk pool), αφού η ασφαλιστική της βάση περιλαμβάνει ευρείες ομάδες του πληθυσμού. Οι εισφορές υπολογίζονται βάσει του εισοδήματος και ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας, είναι (συνήθως) υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από εργοδότες και εργαζόμενους, προάγοντας τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης. Ωστόσο, οι ασφαλισμένοι επιλέγονται βάσει της επαγγελματικής κατάστασης ή των καταβαλλόμενων εισφορών, γεγονός που περιορίζει την πρόσβαση των μη εργαζόμενων στις υπηρεσίες υγείας.

Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης διακρίνονται στις δωρεές από τις φιλανθρωπικές οργανώσεις ή πρωτοβουλίες, τις εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες, την ιδιωτική ασφάλιση και τις πληρωμές των χρηστών (διακρίνονται σε άμεσες, άτυπες και θεσμοθετημένης συμμετοχής). Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε ορισμένες περιπτώσεις υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση ενώ σε άλλες έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό χαρακτήρα. Οι πληρωμές των χρηστών αποτελούν την πλέον δυναμική συνιστώσα των ιδιωτικών δαπανών υγείας<sup>19</sup> με ποσοστό στο 30% των συνολικών δαπανών (Ελλάδα, Ελβετία), και 80% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών. Οι θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής των χρηστών στο κόστος (user charges) στοχεύουν στον περιορισμό του φαινομένου της ηθικής βλάβης (moral hazard), στην ανάληψη ευθύνης και ρίσκου και στην μερική συγκράτηση της υγειονομικής δαπάνης.

Επιπρόσθετα, διακρίνονται και έμμεσοι τρόποι οικονομικής συνεισφοράς. Η πρόσθετη χρέωση (extra billing), δηλαδή η συμμετοχή του χρήστη λόγω διαφοράς στις τιμές κοστολόγησης. Οι πληρωμές για εξαιρούμενες υπηρεσίες (coverage exclusions) από τη κάλυψη του κράτους ή του ασφαλιστικού ταμείου. Το όριο

---

<sup>18</sup> Πίνακας 11: Σύνολο Χρηματοδότησης Υγείας

<sup>19</sup> Μουστακίδης 2018

μέγιστης κάλυψης (benefit maximum) και οι τιμές αναφοράς (reference price), τιμές που οριοθετούνται ως οι μέγιστες για μια ομάδα υπηρεσιών ή προϊόντων, πέραν των οποίων το κράτος ή το ασφαλιστικό ταμείο δεν παρέχει κάλυψη. Τέλος, σύνηθες μέτρο συμμετοχής του χρήστη στο κόστος της νοσοκομειακής φροντίδας αποτελεί αυτό της συμπληρωμής.<sup>20</sup>

### **1.3 Παράγοντες διαμόρφωσης χρηματοδότησης**

Οι πηγές και μέθοδοι χρηματοδότησης επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από ένα σύνολο παραγόντων. Τέτοιοι παράγοντες αποτελούν το δημογραφικό ζήτημα (προσδόκιμο ζωής), τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, η αγοραστική δύναμη (εισόδημα) των χρηστών και ο ρυθμός ανάπτυξης του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτών (ΔΤΚ), το επιτόκιο (τιμή για το δανεισμό συγκεκριμένου χρηματικού κεφαλαίου για δεδομένη χρονική περίοδο), η συναλλαγματική ισοτιμία. Παράγοντες αποτελούν, επίσης, η αποδοτικότητα του ΕΣΥ, η έκταση της κοινωνικής ασφάλισης, η πολιτική βούληση (αποτίμηση των δημοσίων επενδύσεων, οι ΣΔΙΤ, βαθμός φορολογικής επιβάρυνσης), η εισαγωγή της βιοϊατρικής τεχνολογίας και καινοτομίας και ορισμένες εξωτερικότητες.

---

<sup>20</sup> Μουστακίδης 2018

## **Κεφάλαιο 2° Χρηματοδότηση των Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας**

### **2.1 Δημόσια χρηματοδότηση – Δημόσια παροχή**

Στο δημόσιο καθετοποιημένο σύστημα υγείας (public-integrated model) οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται άμεσα από τον (κλειστό) κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα νοσοκομειακά ιδρύματα ανήκουν στο δημόσιο τομέα (ΕΣΥ). Τα συστήματα αυτά ενοποιούν τη λειτουργία της ασφάλισης με τη λειτουργία της παροχής των υπηρεσιών και είναι οργανωμένα ουσιαστικά σαν μια δημόσια επιχείρηση (ΔΕΚΟ). Το δυναμικό των νοσοκομείων αμείβεται με μισθό υπό το νομικό καθεστώς δημοσίου υπαλλήλου, ενώ, σε μερικές περιπτώσεις, επιτρέπεται στους ιατρούς να ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα (πανεπιστημιακοί ιατροί, σώματα ασφαλείας). Οι ιατροί εκτός νοσοκομείου και άλλοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι είτε δημόσιοι υπάλληλοι, είτε συμβεβλημένοι με τις υγειονομικές αρχές και αποζημιώνονται με διάφορους τρόπους.

Σε αυτά τα συστήματα υγείας οι στόχοι της καθολικής κάλυψης και ίσης πρόσβασης επιτυγχάνονται πιο εύκολα. Επίσης, δεδομένου ότι η συνολική υγειονομική δαπάνη τίθεται κεντρικά (αρμόδιο υπουργείο), το πρόβλημα της συγκράτησης του κόστους αντιμετωπίζεται θεωρητικά αποτελεσματικότερα. Ωστόσο, τα κίνητρα βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, διατήρηση της ποιότητας και ενίσχυση της ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών είναι σχετικά ανίσχυρα στα δημόσια συστήματα. Το δημόσιο καθετοποιημένο πρότυπο εφαρμόζεται στις Σκανδιναβικές χώρες, στις χώρες της νότιας Ευρώπης μερικώς, στο ΗΒ (πριν τις μεταρρυθμίσεις του 1990), στις Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία και μέρος του συστήματος υγείας των ΗΠΑ (Veterans Health Administration).

### **2.2 Δημόσια ασφάλιση – Ιδιωτική παροχή**

Στο δημόσιο συμβασιακό πρότυπο (public-contract model) οι φορείς δημόσιας ασφάλισης είναι είτε μια κρατική υπηρεσία, είτε ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, συμβαλλόμενα με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Όταν η χρηματοδότηση των υπηρεσιών πραγματοποιείται από έναν ενιαίο φορέα, η διαπραγματευτική ισχύς των αγοραστών για λογαριασμό των ασφαλισμένων έναντι των παρόχων είναι προφανώς

μεγαλύτερη, ενώ όπου εντοπίζονται πολλοί δημόσιοι αγοραστές (ασφαλιστικά ταμεία) το διοικητικό κόστος αυξάνεται.

Στο πρότυπο αυτό τα ιδιωτικά νοσοκομεία λειτουργούν συχνά σε μη κερδοσκοπική βάση, ενώ ανεξάρτητοι πάροχοι δύναται να παρέχουν περίθαλψη εξωνοσοκομειακή. Η πληρωμή των προμηθευτών από τους φορείς ασφάλισης είναι είτε αναδρομική (στη βάση των υπηρεσιών που είχαν παρασχεθεί στους ασφαλισμένους), είτε με μορφή προοπτικής χρηματοδότησης. Τα συστήματα δημόσιας ασφάλισης – ιδιωτικής παροχής κρίνονται ως πιο αξιόπιστα στη ανταπόκριση στις ανάγκες των καταναλωτών, αλλά λιγότερο αποτελεσματικά στη συγκράτηση του κόστους και την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Αυτό, συνεπώς, απαιτεί την θεσμοθέτηση ελεγκτικού και ρυθμιστικού μηχανισμού.

Το δημόσιο συμβασιακό πρότυπο εφαρμόζεται στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (Γερμανία, Γαλλία), μερικώς ενσωματωμένο στη Βρετανία (μετά τις μεταρρυθμίσεις του 1990), στο Βέλγιο, στον Καναδά, στη Ν. Κορέα, στην Ιαπωνία και μέρος του συστήματος υγείας των ΗΠΑ (Medicaid και Medicare), με ορισμένες διακριτές διαφορές σε επίπεδο ασφαλιστή.<sup>21</sup> Σε ορισμένες χώρες παρατηρείται ένας ασφαλιστής (Γαλλία, Κορέα), σε άλλες διακρίνουμε πολλαπλούς ανταγωνιζόμενους ασφαλιστές (Γερμανία, Τσεχική Δημοκρατία) και σε άλλες πολλαπλούς, μη ανταγωνιζόμενους ασφαλιστές (Ιαπωνία). Επίσης, υπάρχει το μοντέλο ασφάλισης υγείας ενός πληρωτή-ασφαλιστή (Ταϊβάν, Καναδάς), όπου η ισορροπία μεταξύ δημόσιας ασφάλισης και ιδιωτικής παροχής επιτρέπει στα νοσοκομειακά ιδρύματα να διατηρήσουν μία αυτονομία, μειώνοντας, ταυτόχρονα, τις επιπλοκές με τα ασφαλιστήρια συμβόλαια. Τα χρηματοδοτικά εμπόδια στη θεραπεία κρίνονται γενικά χαμηλά και οι χρήστες δύναται να επιλέξουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (ελευθερία επιλογής).<sup>22</sup>

### **2.3 Ιδιωτική ασφάλιση – Ιδιωτική παροχή**

Οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας λειτουργούν με σκοπό τον συνδυασμό ποιότητας, αποδοτικότητας και κέρδους, ενώ η ασφάλιση είναι είτε υποχρεωτική (Ελβετία), είτε προαιρετική (ΗΠΑ). Τα συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης και παροχής υγείας εξασφαλίζουν έναν σημαντικό βαθμό ελευθερίας επιλογής και ανταπόκρισης

---

<sup>21</sup>Chung 2017

<sup>22</sup>Chung 2017

στις ανάγκες των χρηστών. Δεδομένου ότι η αποζημίωση των προμηθευτών γίνεται σε αναδρομική βάση (υπηρεσιών που έχουν παρασχεθεί) τα συστήματα αυτά υστερούν στον έλεγχο του κόστους. Συνεπώς, αναπτύχθηκαν συστήματα διαχειριζόμενης φροντίδας που παρέχουν κίνητρα για τον έλεγχο της ποσότητας (όγκου) και της τιμής των υπηρεσιών. Σε αυτά τα συστήματα, οι φορείς ασφάλισης περιορίζουν μερικώς την ελευθερία επιλογής, συμβαλλόμενοι επιλεκτικά με προμηθευτές δημιουργώντας ανταγωνισμό σε επίπεδο προσφοράς [Managed care που υλοποιείται από διάφορους οργανισμούς (Health Maintenance-HMOs, PGP, IPA, PPOs)].<sup>23</sup>

Επίσης, το μοντέλο άμεσων πληρωμών (Out-of-Pocket) παρατηρείται σε περιοχές όπως η Νότια Αμερική, μέρη της Αφρικής, η Ινδία και η Κίνα (αγροτικές περιοχές κυρίως). Στις λιγότερο ανεπτυγμένες αυτές περιοχές με ανεπαρκής διαθέσιμους πόρους και τεχνογνωσία για τη δημιουργία κράτους πρόνοιας και ιατρικής φροντίδας, οι ασθενείς πρέπει συχνά να πληρώσουν άμεσα για τις υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να προκύπτουν ανισότητες στα προσδοκώμενα αποτελέσματα υγείας.

## **2.4 Εθνικά Συστήματα Υγείας: Βρετανία-Γερμανία-Σουηδία-Πορτογαλία**

### **2.4.1 Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας**

Το 1943 ο οικονομολόγος Beveridge παρουσίασε τη θεσμοθέτηση ενός δημόσιου συστήματος με δωρεάν πρόσβαση και περίθαλψη (Λευκή Βίβλο Υγείας). Το βρετανικό σύστημα υγείας (NHS) είναι χαρακτηριστική περίπτωση ενός δημόσιου-εθνικού συστήματος υγείας το οποίο αποτέλεσε σημείο αναφοράς και πρότυπο για αρκετά συστήματα υγείας παγκοσμίως (πχ. το πλαίσιο σχεδιασμού και υλοποίησης του ελληνικού συστήματος υγείας). Πριν το NHS τις υπηρεσίες υγείας παρείχαν οι ιδιώτες, οι οικογενειακοί ιατροί των ασφαλιστικών ταμείων και νοσοκομειακά ιδρύματα που ανήκαν σε φιλανθρωπικά ιδρύματα ή στην τοπική αυτοδιοίκηση. Η περιορισμένη και ανεπαρκής κάλυψη του πληθυσμού, οι γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των ιατρών, η σημαντική ιδιωτική δαπάνη υγείας και η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των φιλανθρωπικών και των δημοτικών

---

<sup>23</sup> Robinson 1998

νοσοκομειακών ιδρυμάτων αποτελούσαν αξεπέραστα προβλήματα, που κλήθηκε να επιλύσει το NHS.

Το NHS χρηματοδοτείται κατά 80% από τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία) και μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 10-15% χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες. Η συνολική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσίασε μικρή κάμψη στη διάρκεια της κρίσης.<sup>24</sup> Το πλέγμα των αξιών που διαχρονικά αντιπροσωπεύει είναι α) η ισότητα στην πρόσβαση, β) η συλλογική ευθύνη, γ) η αλληλεγγύη και δ) η ορθή κατανομή των υπηρεσιών. Το υπουργείο Υγείας αποτελεί την ανώτερη διοικητική βαθμίδα και α) καθορίζει τις κατευθύνσεις της πολιτικής υγείας, β) είναι αρμόδιο για τη δημόσια υγεία, γ) χρηματοδοτεί και εποπτεύει το σύστημα. Η νομοθεσία, η ευθύνη για την κατανομή των πόρων στην περιφέρεια, οι μισθολογικές διαπραγματεύσεις με το ανθρώπινο δυναμικό, οι τιμές των φαρμάκων, οι επενδύσεις στην βιοϊατρική τεχνολογία, οι αναδιαρθρώσεις των νοσοκομείων αποτελούν ευθύνη του κεντρικού υπουργικού σχεδιασμού.

Στη διοικητική συνέχεια παρατηρούμε τις υγειονομικές Περιφέρειες και Επαρχίες, που ευθύνονται για την παροχή υγείας στον τομέα ευθύνης τους. Στο περιφερειακό επίπεδο πραγματοποιείται η εποπτεία των μονάδων ΠΦΥ (PCT) και των νοσοκομειακών μονάδων (NHS trusts). Οι οικογενειακοί ιατροί (GPs) και τα νοσοκομεία παρέχουν το μεγαλύτερο όγκο των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ η άσκηση ιδιωτικής ιατρικής καλύπτει ένα μικρό αλλά αυξανόμενο ποσοστό των υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται με ετήσιους προϋπολογισμούς και οι ειδικευμένοι ιατροί πληρώνονται με μισθό. Συμπληρωματικά μπορούν να εργαστούν και ως ιδιώτες (αμοιβή κατά πράξη).

Οι οικογενειακοί ιατροί φέρουν την ευθύνη και καλύπτουν περίπου το 97% των αναγκών της ΠΦΥ (“θυρωροί”-gatekeepers), έτσι ώστε η πρόσβαση στον ειδικευμένο ιατρό να γίνεται μόνο κατόπιν παραπομπής. Η κάλυψη παρέχεται σε εικοσιτετράωρη βάση και η επιλογή γίνεται από τους πολίτες με κάποιους γεωγραφικούς περιορισμούς (μειωμένη ελευθερία επιλογής). Οι ιατροί εργάζονται ομαδικά (group practice) ή ατομικά (solo practice) σε ιδιωτικά ιατρεία. Ο τρόπος πληρωμής (αποζημίωσης) γίνεται με ένα πάγιο ποσό για λειτουργικά έξοδα του ιατρείου (ήμισυ της αποζημίωσής του) και ένα δεύτερο ποσό από αμοιβές κατά κεφαλήν ή κατά πράξη και καθορίζεται βάσει συμβολαίου με το κράτος. Σε ειδικές

---

<sup>24</sup> OECD 2015

περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών ή ατυχημάτων επιτρέπεται η άμεση προσφυγή στα νοσοκομεία.<sup>25</sup>

Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει ένα 10% του πληθυσμού, γίνεται είτε μέσω της εργοδοσίας, είτε με ατομική πρωτοβουλία και περιλαμβάνει νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ακτινογραφίες, ημερήσια θεραπεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο (ή ιδιωτική πτέρυγα δημόσιου) και φάρμακα. Η ιδιωτική ασφάλιση δεν καλύπτει θεραπείες χρόνιων ή εκφυλιστικών νοσημάτων, οδοντιατρικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες ΠΦΥ.

Το 1991 η ανάγκη για βελτίωση της αποδοτικότητας και ανταπόκρισης στις επιθυμίες του χρήστη οδήγησαν σε μια οργανωτική και διαχειριστική αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στα πρότυπα των αμερικανικών οργανισμών (HMOs) με εισαγωγή της έννοιας της «εσωτερικής αγοράς». Θεσπίστηκε, συνεπώς, ο διαχωρισμός των αγοραστών (GPs) και προμηθευτών (NHS trusts) με στόχο τον συγκερασμό των πλεονεκτημάτων της αγοράς για την αποδοτικότερη κατανομή και χρήση των πόρων, χωρίς να θυσιάζονται οι πρωταρχικές αξίες για ισότητα στη πρόσβαση, αλληλεγγύη και κοινωνική συνοχή. Ταυτόχρονα, οι αυξημένες διοικητικές δαπάνες, οι νομικές αποζημιώσεις και η διευθέτηση των συμβάσεων (contracting) μεταξύ αγοραστών και παρόχων παραμένουν ένα ζήτημα.

Ζητήματα που οξύνθηκαν την περίοδο της δημοσιονομικής κρίσης και οδήγησαν στην αναζήτηση λύσεων για τη βελτίωσή της ποιότητας και βιωσιμότητας του NHS. Ο νοσοκομειακός τομέας κατέγραψε πλεόνασμα £592 εκατ. (2013), που μετατράπηκε σε έλλειμμα £91 εκατ. (2014), το οποίο αυξήθηκε σε £843 εκατ. (2015) και σε έλλειμμα £2,3 δισ. το 2016, με αποτέλεσμα τα ιδρύματα να ζητούν απαλλαγή από το χρέος και διάσωση.<sup>26</sup> Το NHS αναγκάστηκε να υιοθετήσει μία σειρά μεταρρυθμίσεων, όπως μικρή μείωση των προϋπολογισμών υγείας και αύξηση της χρήσης πληροφοριών από συστήματα κοστολόγησης σε επίπεδο ασθενούς (42% των νοσοκομείων). Το σύστημα πληρωμών αναβαθμίστηκε παρά τη κατάργηση του συντελεστή αποδοτικότητας και των αυξήσεων των τιμών για τις εισαγωγές έκτακτης ανάγκης.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Thorlby 2017

<sup>26</sup> Street 2016

<sup>27</sup> Thomson 2014

Για τη συγκράτηση των δαπανών πραγματοποιήθηκε αναδιάρθρωση σε επίπεδο υπουργείου, φορέων δημόσιας υγείας και οργανισμούς προμηθειών.<sup>28</sup> Η αύξηση των τελών χρήσης για την διεύρυνση του αριθμού των χρόνιων καταστάσεων που εξαιρούνται από τις χρεώσεις για εξωτερικούς ασθενείς απορρίφθηκε, ενώ, παράλληλα, υιοθετήθηκε η θέσπιση νέων ή ενισχυμένων πολιτικών και προγραμμάτων ελέγχου με στόχο την βιωσιμότητα του συστήματος.<sup>29</sup> Η καθιέρωση της διαφάνειας των στόχων, η ενσωμάτωση της τεχνολογίας, η αύξηση της αποδοτικότητας και η εγγύηση της μείωσης του χρόνου αναμονής αποτελούν μέτρα προς υιοθέτηση.

Παράλληλα, αποφασίστηκε η μετατόπιση της μέριμνας από τη ΔΦΥ (με διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις) για την ενίσχυση της ΠΦΥ, όπως η αύξηση της διαθεσιμότητας και των ωρών λειτουργίας. Προάχθηκε, επίσης, η μείωση των κεφαλαιακών δαπανών και η αξιοποίηση δέσμης ιδιωτικών πόρων με μορφή συμπράξεων (ΣΔΙΤ) για άμεσες επενδύσεις. Σε επίπεδο περιορισμού του κόστους (cost containment) αναφέρονται μέτρα μείωσης του αριθμού των εργαζομένων και σταδιακής σύνδεσης των αμοιβών των εργαζομένων με ποιοτικούς στόχους. Τέλος, αναφέρεται μία μικρή αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.<sup>30</sup>

#### **2.4.2 Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας**

Το πρότυπο αυτό σύστημα υγείας στηρίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους ασφαλιστικών ταμείων, παρατηρείται συντεχνιακή συμμετοχικότητα, ενώ τα δικαιώματα που αναγνωρίζονται είναι κατηγορικά και όχι καθολικά. Πρακτικά, το γερμανικό κράτος πρόνοιας, θεσμοποίησε την διάθεση των μεσαίων τάξεων στη διατήρηση των επαγγελματικά διαχωρισμένων προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης. Αποτέλεσμα αυτού, η αναδιανεμητική επίδραση του κράτους πρόνοιας να είναι σχετικά αδύναμη. Η αποκρυστάλλωση των ιδεολογικών και κοινωνικών αντιπαραθέσεων και συμβιβασμών οδήγησαν σε ένα μερικώς μεικτό σύστημα υγείας.

Συνεπώς, η κάλυψη του πληθυσμού αναφοράς είναι συλλογική και η χρηματοδότηση της ασφάλισης προέρχεται από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Η ασφαλιστική κάλυψη έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα, ενώ οι

---

<sup>28</sup> Thorlby 2017

<sup>29</sup> Thomson 2014

<sup>30</sup> Thomson 2014



παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο δημόσιο φορέα, είτε σε ιδιώτες. Επίσης, η κρατική παρέμβαση στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης είναι θεσμοθετημένη και συνίσταται τόσο στη χρηματοδότηση, όσο και στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας. Στο γερμανικό ΕΣΥ η αποτελεσματική συνύπαρξη του κρατικού ελέγχου, της χρηματοδότησης (εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων), της αυτονομίας των επαγγελματιών υγείας και του ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών από τα (κυρίαρχα) ταμεία υγείας εδράζεται σε μία ισορροπία συμβιβασμών και συναίνεσεων μεταξύ των βασικών εταίρων στις συλλογικές διαπραγματεύσεις.<sup>31</sup>

Η άσκηση πολιτικής υγείας κατανέμεται στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση και στις κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση νομοθετεί για το κεντρικό σχεδιασμό και τις βασικές κατευθύνσεις της πολιτικής υγείας. Εποπτεύει τους επαγγελματίες υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, τις διαπραγματεύσεις (ανάμεσα στα ταμεία και στους προμηθευτές υγείας) και φροντίζει για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Οι κυβερνήσεις των κρατιδίων εφαρμόζουν την ομοσπονδιακή νομοθεσία και ελέγχουν τη διοίκηση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, την εποπτεία των επαγγελματικών κλάδων, την δημόσια υγεία και την αντιμετώπιση των εκτάκτων αναγκών.

Με βάση την κατανομή των αρμοδιοτήτων το γερμανικό ΕΣΥ κρίνεται ως αποκεντρωμένο, με μία διακριτή διασπορά αρμοδιοτήτων στα διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης και κυρίαρχες (διαχρονικά) τις συμβιβαστικές και συναινετικές λύσεις. Η κουλτούρα των συναίνεσεων μεταξύ των ιατρικών συλλόγων και των κλάδων ασθένειας των ταμείων δικαιολογεί μία σταθερότητα στις συλλογικές συμβάσεις των θιγόμενων εταίρων. Τα θέματα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, της κατανομής των διαθέσιμων πόρων και της συγκράτησης του κόστους αποτελούν ζητήματα των παραπάνω διαπραγματεύσεων.

Τα ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που διοικούνται αυτόνομα και ανεξάρτητα από την ομοσπονδιακή ή τοπική κυβέρνηση. Στα διοικητικά συμβούλια εκπροσωπούνται εργαζόμενοι και εργοδότες, από τους οποίους προέρχονται οι διαθέσιμοι πόροι. Η ασφαλιστική κάλυψη γίνεται με βάση το επάγγελμα (ή και τη γεωγραφική περιοχή), θεωρείται νομικά υποχρεωτική μέχρι ένα

---

<sup>31</sup> Blümel & Busse, *The German Health Care System*, στο:

<https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/> (τελ. πρ. 20/12/19)

ορισμένο μηνιαίο εισόδημα (όριο υποχρεωτικής ασφάλισης 2019: €0.062,50)<sup>32</sup> και εξαιρούνται ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων με δυνατότητα επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης. Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει το 9% των ΣΔΥ.<sup>33</sup>

Οι περιφερειακές ενώσεις ιατρών διαπραγματεύονται (με τα ταμεία) τις τιμές και τον όγκο των υπηρεσιών προσφοράς και πληρώνονται με ένα είδος σφαιρικού προϋπολογισμού, ενώ τα μέλη τους αμείβονται κατά πράξη για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Στην εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οι ιατροί κυρίως εργάζονται ιδιωτικά, είτε ατομικά (solo), είτε συστεγάζονται (group practice). Κάθε ασφαλισμένος πολίτης επιλέγει ελεύθερα τον ιατρό ΠΦΥ από την λίστα των συμβεβλημένων, ενώ έχει δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης στους συμβεβλημένους ιατρούς ειδικοτήτων. Στη συνέχεια πραγματοποιείται έλεγχος των προσφερομένων υπηρεσιών από τα ταμεία και ακολούθως καταβάλλεται η νόμιμη αποζημίωση (αμοιβή).

Τα νοσοκομεία είναι οργανισμοί δημόσιοι ή ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και χρηματοδοτούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία με ένα σφαιρικό προϋπολογισμό κατόπιν διαπραγματεύσεων. Τα μισά νοσοκομεία ανήκουν στον δημόσιο τομέα, το 37% είναι ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά και το 7-8% ανήκει στον ιδιωτικό τομέα. Η αποζημίωση των υπηρεσιών υπολογίζεται με τη μέθοδο της κατά ημέρα νοσηλείας. Οι κρατικές υπηρεσίες, ομοσπονδιακές ή των κρατιδίων, χρηματοδοτούν μόνο διοικητικές και κεφαλαιουχικές δαπάνες από τη γενική φορολογία. Οι νοσοκομειακοί ιατροί αμείβονται με μισθό με βάση την ιατρική ειδικότητα και την προϋπηρεσία.

Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στο γερμανικό ΕΣΥ το 2011 ήταν προς την κατεύθυνση της οικονομικής αποδοτικότητας, της βιωσιμότητας και της εισαγωγής μεγαλύτερου ανταγωνισμού στον ασφαλιστικό κλάδο. Έτσι, εισήχθησαν κάποιοι περιορισμοί, είτε προς την πλευρά των προμηθευτών (αμοιβές νοσοκομειακών υπηρεσιών, ιατρών, φαρμάκων, κατηγοριοποίηση ασθενειών), είτε προς την πλευρά των χρηστών (συμμετοχή στο κόστος), ενώ, ταυτόχρονα, θεσμοθετήθηκε το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ταμείου υγείας από τον ασφαλισμένο.

---

<sup>32</sup> Ασφάλιση Υγείας στη Γερμανία, στο: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-el#> (τελ. πρ. 20/12/19)

<sup>33</sup> Blümel & Busse, *The German Health Care System*, στο: <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/> (τελ. πρ. 20/12/19)

## Πολιτικές προσαρμογές

### *Δημόσια χρηματοδότηση της υγείας*<sup>34</sup>

Το κεντρικό ταμείο υγείας κατάφερε να συσσωρεύσει αποθεματικά €12,7δισ μεταξύ 2009-12 (επιπρόσθετα των ταμείων ασθενείας €14δισ) ως αποτέλεσμα των φορολογικών μεταβιβάσεων και μιας σταθερής αγοράς εργασίας, ενώ το ευνοϊκό δημοσιονομικό κλίμα έχει οδηγήσει στη συγκέντρωση €25δισ (2013-16) από τα ταμεία υγείας (10% των συνολικών ετήσιων εξόδων). Επιπλέον, τα μέτρα έχουν συμβάλει στην οικονομική ανθεκτικότητα, αφού η κυβέρνηση πληρώνει για τις εισφορές των ανέργων και αναλαμβάνει την ευθύνη για την μείωση των φορολογικών εσόδων από τα ταμεία υγείας. Κατά τη διάρκεια της κρίσης, η κυβέρνηση μείωσε τα ποσοστά συνεισφοράς από 15,5% σε 14,9% των μισθών, ενώ παράλληλα, αύξησε τη φορολογική επιδότηση στο κεντρικό ταμείο υγείας σε €7,2 δις για να αντισταθμίσει τη μείωση του ποσοστού συνεισφοράς (2009-10). Η φορολογική επιδότηση αρχικά αυξήθηκε (2010 €15,7δισ, 2011 €15,1δισ) αλλά μειώθηκε το 2012 (€14δισ) και 2013 (€11,5δισ), ενώ ορισμένα ταμεία ασθενείας εισήγαγαν πρόσθετα ασφάλιστρα, αλλά μόνο ένα εξακολουθούσε να τα χρεώνει (2012).

### *Υγειονομική κάλυψη (πακέτο παροχών)*<sup>35</sup>

Η νέα νομοθεσία αφορά τα νέα φαρμακευτικά σκευάσματα (καλύπτονται αυτόματα από την εισαγωγή της αγοράς) για την αξιολόγηση του πρόσθετου θεραπευτικού τους οφέλους. Τα νέα σκευάσματα που δεν αποδεικνύουν πρόσθετο κλινικό όφελος αποδίδονται σε ομάδα τιμών αναφοράς μετά από έξι μήνες. Οι τιμές των φαρμάκων με πρόσθετο όφελος αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης βάσει του βαθμού οφέλους και εφαρμόζονται από τον 13ο μήνα μετά την εισαγωγή της αγοράς.

Στις χρεώσεις χρηστών η τριμηνιαία συγχρηματοδότηση €10 καταργήθηκε λόγω των πλεονασμάτων (2012-13). Στους ιατρικούς μισθούς οι προσαρμογές στην αποζημίωση πάγωσαν αρχικά (2010-12), αλλά επιπλέον €1δισ αποτέλεσε αντικείμενο διαπραγμάτευσης μετέπειτα. Ταυτόχρονα, υιοθετήθηκε η αποζημίωση ψυχιατρικών νοσοκομείων με σύστημα παρόμοιο του DRG, διαπραγματευόμενο σε ετήσια βάση (2013). Στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, στη ρύθμιση της προτεραιότητας

---

<sup>34</sup> Maresso 2015

<sup>35</sup> Maresso 2015

(πρωτόκολλα πρόσβασης), στον συντονισμό της φροντίδας, στα πρότυπα χρήσης, στις υποδομές του παρόχου και στις επενδύσεις κεφαλαίου, στις τιμές των ιατρικών αγαθών, στις λίστες αναμονής, στην πληθυσμιακή κάλυψη και στην αναδιάρθρωση του υπουργείου και των φορέων αγοράς υγειονομικών υπηρεσιών δεν σημειώθηκε καμία ουσιαστική προσαρμογή.

Συμπερασματικά, το γερμανικό σύστημα υγείας (πρότυπο Bismarck) παρέχει υψηλού επιπέδου ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες, με ικανοποιητική πληθυσμιακή κάλυψη (οι ανασφάλιστοι υπολογίζονται στο 1-2%) παρά τον πλουραλισμό των ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία έχουν σημαντικά μειωθεί σε αριθμό. Υπάρχουν ζητήματα που αφορούν την πληθώρα των ιατρών σε ορισμένες ειδικότητες, το μικρό αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού και τη μεγάλη μέση διάρκεια νοσηλείας αλλά θεωρείται ένα οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα με υψηλές τεχνολογικές προδιαγραφές.

#### **2.4.3 Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας**

Στο ΕΣΥ της Σουηδίας η αγορά περιορίζεται και μια ουσιαστικά καθολική κάλυψη και αναδιανεμητική επίδραση προωθείται με σχετικά υψηλό επίπεδο ποιότητας και αποτελεσματικότητας. Με νόμο του 1982 καθορίζονται οι βασικοί στόχοι του συστήματος για “καλή υγεία και καλές υπηρεσίες που παρέχονται ισότιμα στον πληθυσμό”. Ένα στοιχείο του συστήματος είναι ο αποκεντρωτικός του χαρακτήρας με την αυτοδιοίκηση να φέρει ουσιαστικές αρμοδιότητες στη παροχή ΠΦΥ. Συνεπώς, το σύστημα υγείας δομείται πάνω σε τέσσερις κύριες έννοιες: α) ισοτιμία, β) πλήρη κάλυψη, γ) δημοκρατία και δ) αποκέντρωση.

Η κυβέρνηση (υπουργείο) εφαρμόζει τη χάραξη και τον συντονισμό της πολιτικής υγείας και νομοθετεί για θέματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης. Η Εθνική Επιτροπή Υγείας και Πρόνοιας αξιολογεί και συμβουλεύει την κυβέρνηση, ώστε να προάγεται η υγεία και η πρόνοια στη βάση των στόχων για ισοτιμία, πλήρη κάλυψη και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το Ινστιτούτο Ανάπτυξης και Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας ασχολείται με την έρευνα και τον προγραμματισμό για ζητήματα αποτελεσματικότητας και ποιοτικής διοίκησης. Τέλος, το συμβούλιο Ελέγχου Ποιότητας της Ιατρικής Τεχνολογίας ασχολείται με τις πολυδάπανες επενδύσεις στη βιοϊατρική τεχνολογία. Στη τοπική αυτοδιοίκηση πραγματοποιείται η διαχείριση των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, ενώ

υπάρχουν υποδιαιρέσεις σε υγειονομικά τμήματα που διαιρούνται σε διαμερίσματα πρωτοβάθμιας υγείας (ΠΦΥ), με στόχο την λειτουργικότητα.

Τις τελευταίες δεκαετίες<sup>36</sup> οι ΣΔΥ στη Σουηδία από 4.7% έφτασαν στο 10% του ΑΕΠ, καθιστώντας το σύστημα υγείας ένα από τα πιο δαπανηρά παγκοσμίως, αλλά προσφέροντας, ταυτόχρονα, ικανοποιητική ποιότητα και προσβασιμότητα υπηρεσιών σύμφωνα με τους δείκτες υγείας του πληθυσμού. Οι άμεσες πληρωμές καλύπτουν ένα ποσοστό 15- 20% της δαπάνης, ενώ το υπόλοιπο ποσό καλύπτεται από το δημόσιο φορέα, είτε με τοπικούς και δημοτικούς φόρους (αυτοδιοίκηση), είτε με χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση (φορολογία). Τα ιδρύματα χρηματοδοτούνται με ετήσιους κλειστούς προϋπολογισμούς (μισθοί του ιατρικού και λοιπού προσωπικού, φάρμακα, αναλώσιμα, επενδύσεις σε νέο εξοπλισμό). Η πλειοψηφία των ιατρών αμείβεται με μισθό, εκτός από μία μειοψηφία ιδιωτών ιατρών-συμβασιούχων με τα νομαρχιακά συμβούλια, οι οποίοι αποζημιώνονται κατά πράξη. Στη φαρμακευτική δαπάνη ο χρήστης συμμετέχει σε ένα ποσοστό περίπου 20%.<sup>37</sup>

Η ΠΦΥ είναι στελεχωμένη με γενικούς ιατρούς, γυναικολόγους, παιδίατρος, ορθοπεδικούς και ψυχίατρος. Την ιατρική ομάδα πλαισιώνουν νοσηλεύτριες, μαίες και φυσιοθεραπευτές, ενώ το 46% των επισκέψεων ΠΦΥ πραγματοποιείται στα εξωτερικά ιατρεία των ιδρυμάτων αποφορτίζοντας τα νοσοκομεία (ΔΦΥ). Ζητήματα κόστους, αδυναμίας βελτίωσης του επιπέδου υγείας, μεγάλων λιστών αναμονής και νωθής βιωσιμότητας οδήγησαν σε σειρά μεταρρυθμίσεων εισάγοντας στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού. Στόχο αποτελεί η αποτελεσματικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων και η ενίσχυση του ρόλου του ασθενή που απέκτησε το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής και την ηθική ευθύνη των προτιμήσεων του.

Πρόσφατα, η χρηματοδότηση των νοσοκομείων προσδιορίστηκε με βάση τον όγκο και τις συμφωνημένες τιμές των υπηρεσιών και εισήχθη το σύστημα των Ομοειδών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs), χωρίς να εκπληρώνει απαραίτητα τους σκοπούς υιοθέτησης του. Η χρηματοδότηση αυτή επιτυγχάνει το στόχο της κλινικής αποτελεσματικότητας αλλά με υψηλό κόστος συντήρησης, έντονη επιβάρυνση του προϋπολογισμού και μεγάλες λίστες αναμονών. Συνεπώς,

---

<sup>36</sup> OECD 2015

<sup>37</sup> Glenngård, *The Swedish Health Care System*, στο:

<https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/> (τελ. πρ. 20/12/19)

ακολουθήθηκε μία σειρά αλλαγών<sup>38</sup> όπου οι ΔΔΥ δεν μειώθηκαν, αφού η κυβέρνηση αύξησε τη χρηματοδότηση στις τοπικές κυβερνήσεις, ώστε να αντισταθμίσει τα μειωμένα τοπικά φορολογικά έσοδα και να αποτρέψει τις απολύσεις εργαζομένων του δημοσίου τομέα (2009-10) και, ακολούθως, εισήγαγε μόνιμη ετήσια αύξηση (2011-12).

Στο ζήτημα της κάλυψης των υπηρεσιών οι μετανάστες χωρίς χαρτιά έχουν δικαίωμα στην επιδοτούμενη περίθαλψη, σε περίθαλψη έκτακτης ανάγκης, φροντίδα μητρότητας, τερματισμό εγκυμοσύνης και σε συμβουλές για αντισύλληψη. Ταυτόχρονα, τα παιδιά των αιτούντων άσυλο έχουν το ίδιο δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη ως τέκνα μόνιμων κατοίκων (2013). Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές σε περίοδο 12 μηνών αυξήθηκαν από 900 σε 1100 SEK για υπηρεσίες υγείας και από 1800 σε 2200 για συνταγογραφούμενα φάρμακα (2013), με αποτέλεσμα οι αυξήσεις των άμεσων πληρωμών να συνδέονται με τον εθνικό δείκτη τιμών και κερδών (2012-13). Ταυτόχρονα, υιοθετήθηκε μία στασιμότητα της απασχόλησης στον νοσοκομειακό τομέα μέσω της μη αντικατάστασης του συνταξιοδοτημένου προσωπικού ή της κάλυψης προσωπικού με αναρρωτική άδεια (2012).<sup>39</sup>

Στο ζήτημα της πρόληψης παρατηρήθηκε αφενός, η εισαγωγή εθνικών κατευθυντήριων γραμμών για την πρόληψη του καπνίσματος, της κατανάλωσης οινοπνεύματος και για την προώθηση της υγείας (2011-12), αφετέρου, πρωτοβουλίες των τοπικών συμβουλίων με χρηματοδοτικά κίνητρα για την προώθηση προληπτικών δράσεων στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Εφαρμόστηκε η υποχρεωτική επιλογή του παρόχου ΠΦΥ και η ελευθερία εγκατάστασης για διαπιστευμένους ιδιωτικούς παρόχους σε όλες τις κομητείες με σκοπό τη βελτίωση της προσβασιμότητας και την παράταση των ωρών λειτουργίας.<sup>40</sup> Τέλος, η εγγύηση του χρόνου αναμονής κατοχυρώθηκε νομοθετικά (νόμος 2010), δίνοντας στους χρήστες το δικαίωμα να αναζητούν εναλλακτικό πάροχο υγείας χωρίς επιπλέον επιβάρυνση (εάν δεν αντιμετωπίζονται εντός του εγγυημένου χρόνου), ενισχύοντας έτσι τα δικαιώματά τους για μια δεύτερη γνωμοδότηση.<sup>41</sup>

---

<sup>38</sup> Maresso 2015

<sup>39</sup> Maresso 2015

<sup>40</sup> Glenngård, *The Swedish Health Care System*, στο:

<https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/> (τελ. πρ. 20/12/19)

<sup>41</sup> Maresso 2015

Παράλληλα, επιτελείται μια συνεχιζόμενη συζήτηση σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης των αρχών, την αναδιάρθρωση του υπουργείου και των υπηρεσιών αγοράς προς θεσμοθέτηση μιας νέας δομής με σαφέστερες ευθύνες και προτεραιότητες. Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκαν ουσιαστικές αλλαγές σε θέματα αποζημίωσης σε παρόχους υγείας, υποδομών των παρόχων, επενδύσεις κεφαλαίου, πακέτου παροχών και τιμών των ιατρικών αγαθών. Επίσης, η ρύθμιση της προτεραιότητας ή τα πρωτόκολλα για την αλλαγή πρόσβασης σε θεραπείες, ο συντονισμός της φροντίδας υγείας και τα πρότυπα χρήσης παραμείνανε σχετικά σταθερά.

Η Σουηδία παρουσιάζει μία ταχύτατα αναπτυσσόμενη αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας με τον αριθμό των χρηστών να έχει αυξηθεί ραγδαία και 6% του πληθυσμού να κατέχει συμπληρωματική ασφάλιση,<sup>42</sup> μολονότι το περιεχόμενο και τα ασφάλιστρα διαφέρουν σημαντικά. Οι συγκεκριμένες ασφάλειες προκύπτουν βάση απασχόλησης και παρέχουν ταχύτερη πρόσβαση σε εξωτερικά ιατρεία, εκλεκτική χειρουργική επέμβαση, check-ups και άλλες παροχές υγείας. Το φαινόμενο εγείρει κάποιες ανησυχίες σχετικά με την ισότητα πρόσβασης, δεδομένου ότι απαιτείται επιπλέον κόστος αγοράς της κάλυψης υγείας.

#### **2.4.4 Το Πορτογαλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (SNS)**

Στην Πορτογαλία το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη του ΕΣΥ (SNS), των Προγραμμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, η οποία πραγματοποιείται εθελοντικά για εξειδικευμένες θεραπείες και επισκέψεις. Βασικός σκοπός του ΕΣΥ (1979) αποτελεί η ανάληψη από το κράτος της ευθύνης για την διασφάλιση της ατομικής και συλλογικής υγείας και η κάλυψη των υπηρεσιών από τη πρόληψη ως την αποκατάσταση. Το σύστημα χρηματοδοτείται μέσω της γενικής φορολογίας, ενώ οι εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων αποτελούν τις πηγές χρηματοδότησης των περιφερειακών υποσυστημάτων υγείας.<sup>43</sup> Συνεπώς, οι χρήστες έχουν ευνοϊκή πρόσβαση στην περίθαλψη που παρέχεται και χρηματοδοτείται (κυρίως) μέσω της φορολογίας, ενώ οι συμπληρωμές και το επίπεδο επιμερισμού του κόστους αυξάνονται για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Ταυτόχρονα, το 25% του πληθυσμού απολαμβάνει μια δεύτερη ασφαλιστική κάλυψη μέσω των

---

<sup>42</sup> Σουηδική ασφαλιστική ομοσπονδία, 2017

<sup>43</sup> Barros 2011

υποσυστημάτων και της προαιρετικής ασφάλισης υγείας. Συνεπώς, η παροχή υγείας στηρίζεται σε δημόσιους (ΠΦΥ και ΔΦΥ) και ιδιωτικούς φορείς (τα ιδιωτικά ιατρεία, τα φαρμακευτικά προϊόντα και οι διαγνωστικές τεχνολογίες συνιστούν ένα σημαντικό μέρος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας).<sup>44</sup>

Πρόσφατα, υιοθετήθηκαν και μερικώς εφαρμόστηκαν μεταρρυθμίσεις με στόχο την ενδυνάμωση της ΠΦΥ και την αποφόρτιση του νοσοκομειακού χαρακτήρα, αλλά η κρίση οδήγησε τους χρήστες στις δημόσιες υπηρεσίες εξαιτίας του μειωμένου εισοδήματος, της αδυναμίας ασφαλιστικής κάλυψης και της ατομικής υγειονομικής επιβάρυνσης. Η Πορτογαλία αναγκάστηκε να περιορίσει σημαντικά τη χρηματοδότηση με τις ΣΔΥ (δημόσιες και ιδιωτικές) να μειώνονται από 10,1% του ΑΕΠ (2009) στο 9,1% (2012), ενώ τα πιο πρόσφατα δεδομένα δείχνουν μια περαιτέρω μείωση των δαπανών στο 8,9% του ΑΕΠ (2016), με τον μ.ο. του Ο.Ο.Σ.Α. στο 9,9%.<sup>45</sup> Στις κατά κεφαλή δαπάνες (ΣΔΥ) παρατηρείται μία μείωση από τα \$2.508 (2009) και \$2.514 (2012) στα \$2.125 (2015), ενώ η μέση ευρωπαϊκή ΣΔΥ εντοπίζεται στα \$3000 (2016).<sup>46</sup>

Οι ΔΔΥ κορυφώθηκαν το 2010 στο 6,9% του ΑΕΠ, ενώ στην Ελλάδα το 2009 οι δημόσιες δαπάνες υγείας (ύστερα από δεκαετή αύξηση) έφτασαν το 6,8% του ΑΕΠ. Το 2014 οι δημόσιες δαπάνες είχαν περιοριστεί στο 6% του ΑΕΠ (ίδια επίπεδα με Ελλάδα, αλλά με μικρότερη πτώση του ΑΕΠ). Παρά τις σημαντικές περικοπές, έχει επιτευχθεί σταθερή πρόοδος στη συγκράτηση των δαπανών με συνεχή βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, η Πορτογαλία πραγματοποίησε μεταρρυθμίσεις στην αγορά και τη χρήση φαρμάκων και ιατρικών συσκευών και στην αποδοτική χρήση δημόσιων πόρων για να πληρώνει παρόχους βάσει της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

Οι ΔΔΥ αρχικά μειώθηκαν (6,2% το 2011, 6,6% το 2012) αλλά σταθεροποιήθηκαν το 2013. Πραγματοποιήθηκε ειδική αναδιανομή €2 δις για να μειωθεί το έλλειμμα του ΕΣΥ κατά τα δύο τρίτα, ενώ ψηφίστηκε νομοθεσία για τον μελλοντικό περιορισμό του ελλείματος (2012). Το πακέτο μεταρρυθμίσεων κατάφερε να δημιουργήσει εξοικονόμηση €700 εκατ. (2011) και €200 εκατ. (2012) με μείωση μόλις 10% των λειτουργικών δαπανών. Η κυβέρνηση εισήγαγε ασφαλιστικές

---

<sup>44</sup> Δίκαιος 2014

<sup>45</sup> OECD 2016

<sup>46</sup> OECD 2016



αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης ετήσιας αύξησης 0,1% στη συνεισφορά των συνταξιούχων (επί του αρχικού 1,3%), ώστε να ισοφαρίσει τη συνεισφορά του 1,5% των δημοσίων υπαλλήλων. Οι φορολογικές ελαφρύνσεις για τις ΙΔΥ καταργήθηκαν για τους χρήστες των δύο υψηλότερων επιπέδων εισοδήματος και μειώθηκαν από 30% σε 10% για τους υπόλοιπους χρήστες (2012).<sup>47</sup>

Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στην υγεία ήταν συνδεδεμένες με το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής (ΠΔΠ) και τη δανειακή συμφωνία (€78δισ χρηματοδότηση) και περιλαμβάνονταν μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, αυξημένη χρήση των συν-πληρωμών, εξάλειψη μερικών συμβάσεων αποζημίωσης (προσωπικό), ενδυνάμωση της ΠΦΥ και προώθηση των οικογενειακών ιατρών. Το πρόγραμμα προσαρμογής αφορούσε πολιτικές που δεν επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα υπηρεσιών και την προσβασιμότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αύξηση στα τέλη χρήσης των νοσοκομείων (ΔΦΥ) και των δομών ΠΦΥ. Βάσει της προγραμματικής συμφωνίας, από την αύξηση εξαιρέθηκαν άτομα με χαμηλά εισοδήματα και ανήλικοι κάτω των 13 ετών, προστατεύοντας έτσι τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Το όριο απαλλαγής από αμοιβή είναι τα €28 ανά άτομο τον μήνα και αντιστοιχεί σχεδόν στο 70% του πληθυσμού, μετατοπίζοντας, βέβαια, την κάλυψη των δαπανών σε υψηλότερα οικονομικά στρώματα.

Στο ζήτημα της συγκράτησης των δαπανών, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον έλεγχο της φαρμακευτικής και της νοσοκομειακής δαπάνης και στη μείωση των σπαταλών. Το μερίδιο δαπανών υγείας του δημοσίου μειώθηκε και αντιπροσωπεύει το 66% της συνολικής χρηματοδότησης (79% ΕΕ). Το μερίδιο των άμεσων πληρωμών υγείας αυξήθηκε στο 28% (ΕΕ 15%), ενώ η ιδιωτική ασφάλιση αυξήθηκε στο 5% της χρηματοδότησης, συγκλίνοντας με την ΕΕ (2011-13). Οι μεταβολές στις φαρμακευτικές πολιτικές αντικατοπτρίζουν την μείωση του κόστους και τη διατήρηση της ποιότητας, όπως οι τιμές αναφοράς, τα γενόσημα, τα διοικητικά κόστη και οι φαρμακευτικές συν-πληρωμές (2016). Τέλος, εφαρμόστηκε η οικονομική αξιολόγηση πριν από την εισαγωγή νέων προϊόντων σε νοσοκομειακά ιδρύματα (2015) και η αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας (HTA) σε υπηρεσίες και φαρμακευτικά προϊόντα.

Στο ζήτημα της κάλυψης το ADSE έγινε προαιρετικό για τους δημόσιους υπαλλήλους και εισήχθη ένα πακέτο ελάχιστων παροχών (2011). Το κόστος των

---

<sup>47</sup> Maresso 2015

ταμείων (ADSE, ένοπλες δυνάμεις και αστυνομική υπηρεσία) μειώθηκε κατά 30% το 2012 και 20% το 2013, με τα ταμεία να αυτοχρηματοδοτούνται από το 2016. Ταυτόχρονα, οι δαπάνες της κυβέρνησης μειώθηκαν προσαρμόζοντας το πεδίο των παροχών υγείας και μεταβάλλοντας το ποσοστό συνεισφοράς των εργοδοτών στο 1,25% (2013). Στο τομέα της πρόληψης και προαγωγής, το Πρόγραμμα Υγείας 2012-16 επεκτείνει τα υφιστάμενα προγράμματα προτεραιότητας, εισάγει νέα και εισηγείται την συνεχή ενημέρωση των χρηστών και την αύξηση των φόρων επί καταναλωτικών ειδών.<sup>48</sup>

Στις χρεώσεις παρατηρήθηκε μία εισαγωγή χρεών χρήσης για ψυχιατρικά φάρμακα και υιοθετήθηκε η εισαγωγή απαλλαγής (εξαίρεση) από χρεώσεις για άτομα που έχουν καταχωρηθεί ως χρόνιοι άνεργοι, τα εξαρτώμενα μέλη, τα παιδιά, έγκυες γυναίκες, λήπτες μοσχευμάτων, άτομα με καθεστώς αναπηρίας άνω του 60%, στρατιωτικό και πρώην στρατιωτικό (μόνιμη αναπηρία) προσωπικό. Ταυτόχρονα, η απαλλαγή από χρεώσεις χρήστη ΠΦΥ επεκτείνεται στους εργάτες πυροσβεστικής υπηρεσίας, στους αιμοδότες, σε δωρητές οργάνων και άτομα με χρόνιες παθήσεις (2011-12).<sup>49</sup> Θεσπίστηκε η κατηγοριοποίηση των χρεώσεων, ώστε να αυξάνονται σύμφωνα με τον πληθωρισμό και να αποφέρουν €200 εκατ. (2012-13). Ταυτόχρονα, οι νοσοκομειακές χρεώσεις αυξήθηκαν κατά 2,8%, ενώ η εξαίρεση των νοικοκυριών με εισοδηματικά κριτήρια περιορίζεται με αύξηση του προτεινόμενου μηνιαίου εισοδήματος από €485 σε €628 (2011-12).

Παρατηρήθηκε η εισαγωγή χρεώσεων για άμεσης πληρωμής (over-the-counter) φάρμακα, για εμβόλια (€5–100 ανά εμβόλιο), ιατρικά πιστοποιητικά (€1 σε €20), πιστοποιητικά ανικανότητας (€1 σε €50) ή αναπηρίας για πρόσβαση σε φορολογικές παροχές (€1 έως €100). Επίσης, οι χρεώσεις αυξήθηκαν για χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης (σε €10–20), για βασική ιατρική, χειρουργική και πολλαπλών χρήσεων έκτακτη ανάγκη (από €8 σε €15, €17,5 και €20 αντίστοιχα), για υπηρεσίες ΠΦΥ (€10), για μόνιμες ή εκτεταμένες υπηρεσίες (€3 σε €10). Τέλος, αυξήσεις χρεώσεων έγιναν σε επισκέψεις GP (€5), σε υπηρεσίες διαγνωστικές, θεραπευτικές και νοσηλευτικής και σε εμβόλια που δεν συμπεριλαμβάνονται στο εθνικό σχέδιο εμβολιασμού (2011-12).<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> Maresso 2015

<sup>49</sup> Maresso 2015

<sup>50</sup> Maresso 2015

### ***Προγραμματισμός, αγορά και διανομή των υπηρεσιών υγείας<sup>51</sup>***

Στο πεδίο της τιμολόγησης των ιατρικών αγαθών ελήφθησαν μέτρα για την άρση των εμποδίων στην είσοδο των γενόσημων, για μειωμένη τιμολόγηση κατά 35% και ταχύτερη διάθεση τους. Το σύστημα τιμολόγησης αναθεωρήθηκε για να συμπεριλάβει τις χαμηλότερες τιμές και τρεις χώρες συγκρίσιμου ΑΕΠ και εφαρμόστηκε αρχικά στην ΠΦΥ και μετέπειτα στα νοσοκομεία (ΔΦΥ). Τα περιθώρια φαρμακευτικού κέρδους μειώθηκαν, ενώ παρατηρήθηκε μείωση των τιμών για φάρμακα (6%), βιολογικές ουσίες (7,5%), συμπληρωματικές διαγνωστικές δοκιμές (5%), ιατρική απεικόνιση (3%) και σκευάσματα διαβητικών (10%). Οι αρχικές τιμές συμφωνήθηκε να μειώνονται αυτόματα όταν λήγουν τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας (2011-12).

Μέτρα υιοθετήθηκαν, επίσης, για τη συγκράτηση της ιδιωτικής δαπάνης αποκατάστασης, απεικόνισης και εργαστηριακών εξετάσεων με μείωση των τιμολογίων και επαναδιαπραγμάτευση των υφιστάμενων συμβάσεων. Θεσπίστηκε η εισαγωγή των κατευθυντήριων γραμμών, η αυξημένη διαδικασία ανατροφοδότησης, ενώ η ηλεκτρονική συνταγογράφηση κατέστη υποχρεωτική για φάρμακα δημόσιας κάλυψης (2011). Στον τομέα της αποδοτικότητας, υιοθετήθηκε ένα νέο σύστημα αναφοράς για τις νοσοκομειακές επιδόσεις, εισήχθησαν δικλίδες στα συστήματα πληροφοριών υγείας για την αποτροπή της συνταγογράφησης ανώφελων διαγνωστικών δοκιμών και χρηματική ποινή για λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων (2012).

### ***Μισθοί, υποδομές και κίνητρα στον τομέα της υγείας<sup>52</sup>***

Στο ζήτημα των αποζημιώσεων παρατηρήθηκε ένα προσωρινό πάγωμα μισθών, προαγωγών και προσλήψεων προσωπικού και μία μείωση ορισμένων αποζημιώσεων (ταξίδια, επιδοτήσεις και υπερωρίες). Νομοθετήθηκε η κατάργηση των δύο ετήσιων μισθολογικών πριμοδοτήσεων και η εφαρμογή ευέλικτων χρονοδιαγραμμάτων εργασίας με μείωση των πληρωμών υπερωριών κατά 20% (2012-14). Συμφωνία επιτεύχθηκε μεταξύ του υπουργείου και των συνδικαλιστικών φορέων για την καθιέρωση καλύτερων συνθηκών εργασίας για τους νέους ιατρούς του ΕΣΥ (2012), σε αποζημίωση των παρόχων με ενίσχυση της κατά κεφαλήν

---

<sup>51</sup> Maresso 2015

<sup>52</sup> Maresso 2015

νοσοκομειακής πληρωμής και σε βελτίωση της κεντρικής υπηρεσίας προμηθειών. Το γραφείο του Υπατου Αρμοστή (υγείας) έκλεισε και ιδρύθηκε μια κεντρική αρχή αγοράς υπηρεσιών (SPMS).

Μεταρρυθμίσεις εντοπίζονται και στο τομέα των υποδομών και των επενδύσεων κεφαλαίου. Πραγματοποιήθηκε η αναδιοργάνωση και ο εξορθολογισμός του νοσοκομειακού δικτύου, συμπεριλαμβανομένων των συγχωνεύσεων, για τη μείωση του λειτουργικού κόστους κατά 15% και η εισαγωγή στόχου για εξοικονόμηση 5% των τρεχουσών δαπανών σε κάθε τμήμα/υπηρεσία, εξαιρουμένων των δαπανών προσωπικού (2011-13). Επιδιώχθηκε η βελτίωση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ με διασφάλιση μιας αυξημένης και πιο ισορροπημένης κατανομής (από 1550 σε 1900 ασθενείς/GP). Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτικών παρόχων στο ΕΣΥ και αποκλιμάκωση των δαπανών κατά 20% (2011-12). Τέλος, προτάθηκε η βελτίωση και συμμόρφωση του ανταγωνισμού στον ιδιωτικό τομέα υγείας και η ενίσχυση της παρακολούθησης των ΣΔΙΤ.

Οι πολιτικές ήταν παρόμοιες με την ελληνική προσέγγιση αλλά τα αποτελέσματα ήταν αισθητά καλύτερα. Οι επιστροφές (clawbacks) και οι εκπτώσεις (rebates) εφαρμόστηκαν πιο ανταποδοτικά, ενώ η χρήση των γενοσήμων αυξήθηκε στο 50% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, συντελώντας στον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Έτσι, το έλλειμμα των νοσοκομείων από €800 εκ. (2011) μηδενίστηκε (2014), ενώ η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε από το 1,5% στο 1% του ΑΕΠ χωρίς, όμως, τις άμεσες κοινωνικές συνέπειες που παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα, αφού οι οικονομικά ασθενέστεροι πολίτες προστατεύθηκαν από το υψηλό επίπεδο της συμμετοχής στο κόστος. Ταυτόχρονα, όμως, οι περικοπές στους κλειστούς προϋπολογισμούς οδήγησαν σε ανεπαρκή διαθεσιμότητα ορισμένων ειδικοτήτων, σε επιμήκυνση της λίστας αναμονής και σε προβλήματα στην ανανέωση ιατρικών συσκευών και εργαστηρίων.<sup>53</sup>

Η ΠΦΥ παρέχεται από ένα μείγμα από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους, ιδιωτικές κλινικές (κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα) και ιδιωτικά ιατρεία. Η ΔΦΥ και ΤΦΥ παρέχεται νοσοκομειακά, αν και κάποια πρωτοβάθμια κέντρα παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες. Ωστόσο, οι Πορτογάλοι παρουσίασαν δύο βασικά πλεονεκτήματα στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων και τις περικοπές

---

<sup>53</sup> Maresso 2015

υγείας. Βασικό χαρακτηριστικό αποτέλεσε η συναίνεση μεταξύ των βασικών πολιτικών κοινοβουλευτικών κομμάτων ότι οι επικείμενες διαρθρωτικές αλλαγές είναι κρίσιμες και απαραίτητες για την ποιότητα και βιωσιμότητα του συστήματος. Ταυτόχρονα, υπήρχαν σημαντικοί θεσμοί και δομές όπως τα συστήματα αξιολόγησης ιατρικής τεχνολογίας (HTA), το πληροφοριακό σύστημα υγείας (ΟΠΣΥ), ο μηχανισμός αποζημίωσης φαρμάκων με βάση τις φθηνότερες τιμές, η μεγαλύτερη ενσωμάτωση των γενόσημων φαρμάκων, η πιο ήπια συνδικαλιστική αντιπολιτευτική αντίδραση και, βέβαια, ένα πιο άρτια οργανωμένο δίκτυο ΠΦΥ.

Η ανάγκη για μακροπρόθεσμη δημοσιονομική βιωσιμότητα προβλέπει αυξήσεις των ΔΔΥ ως ποσοστό του ΑΕΠ από 6% το 2014 σε 8,5% το 2060 (μ.ο. Ε.Ε. 7,8%), μία προσέγγιση που μερικώς αμφισβητείται από την έλλειψη ολοκληρωμένης στρατηγικής για δαπάνες που σχετίζονται με την υγεία της γήρανσης και τις χρόνιες ασθένειες. Βραχυπρόθεσμα, οι κίνδυνοι πηγάζουν από έναν πιθανά ατελή οικονομικό σχεδιασμό των ιδρυμάτων. Ταυτόχρονα, αποζημιώσεις με βάση την αποδοτικότητα έργου εφαρμόζονται στη ΠΦΥ και στη ΔΦΥ, ανταμείβοντας στοχοθετημένες δραστηριότητες υγείας και εξορθολογίζοντας τις δαπάνες.

Συμπερασματικά, η κατανομή των περιορισμένων υγειονομικών πόρων μετακινείται προς ένα μοντέλο που βασίζεται στις πραγματικές ανάγκες υγείας. Συγκεκριμένα, περιφερειακές εταιρίες (RHAs) αναγνωρίζουν τις ανάγκες του πληθυσμού και διαπραγματεύονται τα προγράμματα και τους προϋπολογισμούς με τους παρόχους ΠΦΥ. Η νοσοκομειακή περίθαλψη (ΔΦΥ) προσεγγίζεται βάσει σύμβασης με σαφείς στόχους για την παραγωγικότητα, την αποδοτικότητα και την αποζημίωση. Ταυτόχρονα, έχουν εφαρμοστεί νέα μέτρα για την ενίσχυση της διαφάνειας, την συμμετοχή του κοινού και την ενδυνάμωση του ρόλου των ασθενών. Δύο πρόσφατες αποφάσεις δείχνουν μια πρόθεση επίτευξης του στόχου: το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και μια πύλη NHS έχουν τεθεί σε εφαρμογή.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> – Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

### **3.1 Χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας<sup>54</sup>**

Δεδομένης της ραγδαίας αύξησης των υγειονομικών δαπανών, της γήρανσης του πληθυσμού, της τεκμηριωμένης αναποτελεσματικότητας στην οργάνωση του υγειονομικού συστήματος, των έντονων φαινομένων προκλητής ζήτησης υπηρεσιών, της χαμηλής ικανοποίησης των χρηστών από τη ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών,<sup>55</sup> ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν βρεθεί στο επίκεντρο των μέτρων και πολιτικών εξορθολογισμού και έχουν σαφώς αποτελέσει έναν από τους βασικούς τομείς παρέμβασης.<sup>56</sup>

Πρόσφατη συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας πριν την κρίση<sup>57</sup> έδειξε ότι η Ελλάδα μπορούσε να μειώσει σημαντικά την δαπάνη χωρίς να μειωθεί η ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών, εάν ήταν εξίσου αποδοτικό το σύστημα υγείας με εκείνο των πιο αποδοτικών χωρών.<sup>58</sup> Η επίδοση του ΕΣΥ στη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης εμφανίζει μείωση διαχρονικά, ενώ εκτιμάται πως αν η αποδοτικότητα στη χρήση των υγειονομικών πόρων προσέγγιζε τα επίπεδα των χωρών με τις καλύτερες επιδόσεις, το προσδόκιμο επιβίωσης θα αυξανόταν 1,7-3 έτη (το εύρος οφείλεται στη χρήση δύο μεταβλητών για την αποτύπωση των πόρων, των ΔΥ και του αριθμού ιατρών).<sup>59</sup> Σύμφωνα με έρευνα η μέση αποδοτικότητα των νοσοκομείων την περίοδο 2012-16 ήταν 60-65% (δύναται να παραχθεί 35% μεγαλύτερη ποσότητα υπηρεσιών με τους ίδιους πόρους).<sup>60</sup>

Στα πλαίσια αυτά, το σύστημα υγείας μπορεί να αναπτυχθεί μερικώς χωρίς επιπρόσθετους πόρους, παρά μόνον με την εξάλειψη της αναποτελεσματικότητας και σπατάλης (δεύτερο πιο αναποτελεσματικό μετά της Ιρλανδίας).<sup>61</sup> Συγκεκριμένα, το

---

<sup>54</sup> IOBE 2011

<sup>55</sup> OECD 2010d· Economou 2010· Economou & Giorno 2009

<sup>56</sup> Economou 2010

<sup>57</sup> OECD 2010d

<sup>58</sup> Mossialos 2005

<sup>59</sup> Economou & Giorno 2009

<sup>60</sup> Xenos 2018

<sup>61</sup> Economou & Giorno 2009

ΕΣΥ όσον αφορά την παραγωγή υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη συνθετότητα και πολυπλοκότητα, αποτελούμενο από τρία υποσυστήματα υγείας, αφού συνυπάρχει με ένα περίπλοκο δημόσιο ασφαλιστικό κλάδο και έναν μεγάλο αναλογικά ιδιωτικό τομέα. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ χρηματοδοτούνται ταυτόχρονα από τη γενική φορολογία και τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ ορισμένα ταμεία είναι παράλληλα αγοραστές και παραγωγοί υπηρεσιών. Η ιδιαιτερότητα και πρωτοτυπία αυτή δικαιολογεί ένα σύστημα αναποτελεσματικό, ασυντόνιστο, συγκεντρωτικό, υψηλού αναλογικά κόστους και μέτριας αποδοτικότητας.<sup>62</sup>

Αναφορικά με την χρηματοδότηση, οι συνολικές δαπάνες υγείας τα τελευταία χρόνια είχαν προσεγγίσει το 10% του ΑΕΠ. Βέβαια, η δημόσια δαπάνη (ΔΔΥ) υπολείπεται και το κενό έχει καλύψει η ιδιωτική δαπάνη, η οποία ως ποσοστό των ΣΔΥ είναι η μεγαλύτερη της ΕΕ και από τις μεγαλύτερες στον ΟΟΣΑ.<sup>63</sup> Συνεπώς, οι πολίτες πληρώνουν για το σύστημα υγείας ταυτόχρονα δια μέσου της φορολογίας, των ασφαλιστικών εισφορών και των ατομικών εισοδημάτων. Επιπλέον, οι υγειονομικοί πόροι και προϋπολογισμοί δεν καθορίζονταν, ούτε κατανέμονταν με βάση τις ανάγκες. (βλ. Παράρτημα, Πίνακες 1-2, όπου απεικονίζονται η εξέλιξη της ΔΥ στην Ελλάδα (2003-15) και ο ρυθμός αύξησης της ΣΔΥ συγκριτικά σε Ευρώπη, χώρες του ΟΟΣΑ και Ελλάδα (2000-12)).

Η χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων προέρχονταν (κυρίως) από τη φορολογία και τα ασφαλιστικά ταμεία, καθιστώντας περίπλοκη την εκτίμηση του κόστους, την αποζημίωση των υπηρεσιών και τη σύνταξη αξιόπιστων κλειστών προϋπολογισμών. Τα νοσήλεια αποζημιώνονται αναδρομικά, αντιθέσει σύγχρονων προοπτικών συστημάτων αποζημίωσης, ενώ δεν είχαν επαρκώς αναπροσαρμοστεί αποτελώντας αιτία σημαντικών ελλειμμάτων και χρεών. Τα νοσοκομεία δεν λειτουργούν στη βάση προκαθορισμένων ρεαλιστικών προϋπολογισμών και εξαιτίας της έλλειψης ελέγχου και των φαινομένων προκλητής ζήτησης, οι ασφαλιστικοί φορείς συχνά πληρώνουν αυξημένα νοσήλεια, δημιουργώντας στρεβλώσεις στον υγιή ανταγωνισμό και την συμπληρωματικότητα των δυο τομέων.

Επιπρόσθετα, τα δημόσια νοσοκομεία στερούνται επαρκούς αυτοτέλειας, μηχανογράφησης και σύγχρονων μεθόδων λογιστικής και χρηματοοικονομικής διαχείρισης, ώστε να ελέγξουν καλύτερα την σχέση κόστους-οφέλους. Οι διοικήσεις

---

<sup>62</sup> Economou & Giorno 2009

<sup>63</sup> OECD, Health at a Glance 2011

τους εναλλάσσονται συνεχώς και επιλέγονται με πολιτικά κριτήρια, μη έχοντας πραγματικά αποφασιστικές εξουσίες. Επίσης, στερούνται ουσιαστικής αξιολόγησης, ανάπτυξης και ανταμοιβής του προσωπικού, ενώ υφίστανται κενά στη στελέχωση συγκεκριμένων υπηρεσιών και ειδικοτήτων. Τα πρότυπα ποιοτικής λειτουργίας και διαπίστευσης του συνόλου των φορέων και των επαγγελματιών θεωρούνται αδύναμα. Όσον αφορά το σύστημα διαχείρισης των προμηθειών παρουσιάζονται συχνά ζητήματα διαύγειας.

Αναποτελεσματικό θεωρείται και το σύστημα διαχείρισης της τεχνολογίας υγείας. Μελέτες υποδεικνύουν ότι η αύξηση της δαπάνης για ιατρική τεχνολογία οφείλεται, κυρίως, στη μη ορθή χρήση ποσότητας τεχνολογίας, αυξάνοντας τη σπατάλη και την πιθανότητα για επιπλοκές επιβαρύνοντας το σύστημα. Βεβαίως, εάν συνδυαστεί το γεγονός της υπερπληθώρας ιατρών και της ανυπαρξίας μηχανισμών ελέγχου στην χρήση της φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας, καθίσταται κατανοητό γιατί η φαρμακευτική και τεχνολογική δαπάνη αυξάνονταν με υψηλούς σχετικά ρυθμούς. Υψηλή κρίνεται και η αναλογία φαρμακείων και φαρμακαποθηκών ανά κάτοικο, ενώ το περιθώριο φαρμακευτικού κέρδους δεν διαφοροποιείται αναλόγως της τιμής των φαρμάκων.

Ταυτόχρονα, παρατηρείται μία καθυστερημένη υιοθέτηση μηχανισμών αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας (HTA) και εφαρμογής κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών. Συγκεκριμένα, η μέτρηση και αξιολόγηση για τη ποσότητα και ποιότητα του παραγόμενου έργου, για το πραγματικό κόστος παροχής υπηρεσιών και για τους υγειονομικούς δείκτες κρίνεται, μάλλον, περιορισμένη. Στις αδυναμίες προστίθεται η σημαντική έλλειψη οργάνωσης και συντονισμού στον τομέα της ΠΦΥ και το κενό στη λειτουργική διασύνδεση με την ΔΦΥ. Η αδυναμία αυτή έχει καίριες επιπτώσεις, καθότι ένα άρτιο πρωτοβάθμιο σύστημα λειτουργεί ως βασικός παραγωγός υπηρεσιών και ως αξιολογητής στη παραπομπή στη ΔΦΥ, μειώνοντας την άσκοπη ζήτηση, χρήση και κόστος υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα, δεν υπάρχει συντονισμένη και μακροπρόθεσμη πολιτική στον τομέα της προαγωγής υγείας και της ΔΥ, γεγονός που εξηγεί μερικώς την επιδείνωση πολλών υγειονομικών δεικτών. Στο σκέλος των διαγνωστικών υπηρεσιών ο ιδιωτικός τομέας είναι προστατευμένος αναφορικά με το σύστημα χορήγησης αδειών λειτουργίας, ενώ δεν υπάρχει έλεγχος για την ποιότητα και ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, με σοβαρές επιπτώσεις στο κόστος και τα αποτελέσματα. Τα παραπάνω δημιούργησαν οξυμένες πιέσεις υπό το πρίσμα της οικονομικής



κρίσης, μείωσαν το ηθικό του προσωπικού και δυσαρέστησαν τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.<sup>64</sup> Απαιτείται στρατηγική και επιχειρησιακή δράση άρτια σχεδιασμένη και με κριτήρια βιωσιμότητας.

### **3.2 Διαμόρφωση - Κατανομή Χρηματοδότησης ανά Τομείς**

Στους πίνακες 3,4,5 παρουσιάζεται η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, των παρόχων εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των εμπόρων λιανικής από τους κύριους χρηματοδοτικούς φορείς: γενική Κυβέρνηση, ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (ΤΚΑ) και νοικοκυριά (δεν περιλαμβάνονται φορείς με μικρό ποσοστό - ιδιωτική ασφάλιση, ΜΚΟ). Τη περίοδο 2009-11 παρατηρείται αύξηση του ποσοστού της ιδιωτικής χρηματοδότησης των νοσοκομείων (στο 18,7%) και μείωση του ποσοστού της δημόσιας χρηματοδότησης (στο 53,8%)<sup>65</sup> (βλ. Παράρτημα, πίνακα 3 όπου απεικονίζεται η ποσοστιαία κατανομή συνολικής νοσοκομειακής χρηματοδότησης), μετά την αύξηση της ΔΔΥ τη περίοδο 2005-09. Αντίθετα, οι δαπάνες των νοικοκυριών για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας μεταβλήθηκαν κατά 13,7% (βλ. Παράρτημα, πίνακα 4 όπου απεικονίζεται η ποσοστιαία κατανομή συνολικής εξωνοσοκομειακής χρηματοδότησης).

Σύμφωνα με στοιχεία<sup>66</sup> η δημόσια χρηματοδότηση το διάστημα 2009-13 παρουσιάζει σημαντική μείωση και στις τρεις κατηγορίες φροντίδων υγείας, με τη μεγαλύτερη να παρουσιάζεται στα νοσοκομεία και στη κατηγορία των εμπόρων και λοιπών φορέων. Στα νοσοκομεία (ΔΦΥ), η μείωση είναι της τάξης του 23% και αποδίδεται κυρίως στην υποχώρηση της συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού (30% περίπου)<sup>67</sup> (βλ. Παράρτημα πίνακα 5, όπου απεικονίζεται η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά προμηθευτή (2009-13)).

### **3.3 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα<sup>68</sup>**

Για αρκετά χρόνια η δαπάνη υγείας (ΔΥ) αυξανόταν με ταχύτερο ρυθμό από το ΑΕΠ.<sup>69</sup> Στο διάστημα 2005-09 το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 19,7%, ενώ η συνολική

---

<sup>64</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

<sup>65</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

<sup>66</sup> ΕΛΣΤΑΤ 2015

<sup>67</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

<sup>68</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

δαπάνη υγείας (ΣΔΥ) κατά 45% και η δημόσια δαπάνη υγείας (ΔΔΥ) κατά 73% για να φτάσει το 2009 στο 9,8% του ΑΕΠ. Ακολουθεί μια πτωτική πορεία, με το ΑΕΠ να μειώνεται το 2011 κατά €22,6 δις (9,8%) και τη ΣΔΥ κατά €4,4 δις (18,9%). Το 2012 η μείωση των ΣΔΥ ήταν 10% (€2 δις ή 1% του ΑΕΠ), ενώ το 2013 το ποσοστό των ΣΔΥ κυμάνθηκε στο 8,65%, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από της ΕΕ (9,8%). Το ίδιο έτος η ΔΔΥ προσέγγισε το 5,5% του ΑΕΠ, έναντι 7,8% στην Ε.Ε. και 8,0% στην Ευρωζώνη (βλ. Παράρτημα, πίνακες 6, 7 & 8, όπου απεικονίζονται: α) η τρέχουσα ΣΔΥ και ΔΔΥ ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ε.Ε. (2009-13), β) οι συνολικές ΔΥ στην Ελλάδα (% ΑΕΠ) (2000-13), και γ) η τρέχουσα ΣΔΥ και ΔΔΥ (2009-13)).

Μελετώντας τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας η τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας (ΣΔΥ) έχει μειωθεί από 9,8% στο 8,6% και η δημόσια δαπάνη υγείας από 6,8% στο 5,5% του ΑΕΠ (2009-2013). Ταυτόχρονα, στην ευρωζώνη τα αντίστοιχα νούμερα κυμαίνονται από 9,8% στο 9,7% και από 7,7% στο 7,5% του ΑΕΠ. Τα νούμερα αποδεικνύουν ότι η οικονομική κρίση επηρέασε δυσμενώς τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών, αφού παρατηρείται συνολική μείωση 30%. Αυτή διακρίνεται περαιτέρω σε 37,5% στη συνολική δημόσια χρηματοδότηση και 20% στην συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση των υπηρεσιών, (βλ. Παράρτημα, πίνακα 10, όπου απεικονίζεται η συνολική χρηματοδότηση ΔΥ και η ποσοστιαία συμμετοχή του φορέα).

Όσο αφορά τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας (ΔΥ)<sup>70</sup> η Ελλάδα σε απόλυτους αριθμούς κατείχε μία ενδιάμεση θέση (2013), αλλά, προσαρμοσμένες στις αγοραστικές δυνατότητες των πολιτών (PPP), κατέχει την τελευταία θέση. Το 2009 αντιστοιχούσαν €971, τα 2064 από δημόσια παροχή και 907 από ιδιωτικές εισφορές. Το 2010 έχουμε αντιστοίχως €651 συνολικά, 1795 δημόσια δαπάνη, 856 ιδιωτική. Το 2011 η κατά κεφαλή ΔΥ εισέρχεται σε €600 με 1780 δημόσια και 820 ιδιωτικά. Ενώ, ακολούθως, το 2012 και το 2013 η ΔΥ μειώνεται σε €350 με 1551 δημόσια και 798 ιδιωτικά. Στις θεραπευτικές και αποκαταστατικές υπηρεσίες υγείας κατά άτομο παρατηρείται μία σταδιακή μείωση από €1257 σε 1123, 1133, 1023 και 896 αντιστοίχως για την περίοδο 2009-13.

Σχετικά με τη μορφή ποσοστιαίας αντιπροσώπευσης παρατηρούμε μία σημαντική μείωση της συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης (ΟΚΑ) στη

---

<sup>69</sup> Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

<sup>70</sup>OECD 2015

χρηματοδότηση της υγείας (2009-13). Αυτή οφείλεται στη μειωμένη δυνατότητα είσπραξης των εσόδων-εισφορών εξαιτίας της αυξημένης ανεργίας. Επίσης, ο περιορισμός των δημοσίων δαπανών (μέτρα λιτότητας) και η αναγκαιότητα ικανοποίησης του «αγαθού υγείας», δικαιολογεί την αύξηση της συμμετοχής της ιδιωτικής χρηματοδότησης (από 30% στο 36%) στις ΔΥ (βλ. Παράρτημα πίνακα 9, όπου απεικονίζεται η εξέλιξη των ΔΥ ανά κάτοικο (\$, σε σταθερές τιμές 2011) και πίνακες 11-14, όπου απεικονίζονται: α) το σύνολο Χρηματοδότησης Υγείας, β) η εξέλιξη της ΔΔΥ ανά προμηθευτή, γ) η κατανομή Χρηματοδότης Υγείας Ιδιωτικού Τομέα και δ) η Κατανομή Δαπανών Υγείας)(2008-13).

Πρακτικά, η υγεία μεταβλήθηκε σε εργαλείο δημοσιονομικής εξυγίανσης και υποχρηματοδοτείται, αφού η ΣΔΥ (2015-16) ήταν €15 δις (7.6% του ΑΕΠ), η ΔΔΥ 9,5 δις (5%) και η ΙΔΥ 5,5 δις (2.6%), ελαφρά μειωμένες από το 2013<sup>71</sup>, ενώ, αντίστοιχα, στον ΟΟΣΑ εντοπίζονται ποσοστά 8.8% των ΣΔΥ και 7% των ΔΔΥ.<sup>72</sup> Οι δαπάνες υπηρεσιών περίθαλψης και αποκατάστασης διαμορφώθηκαν στα €9,5 δις, ακολουθούμενες από τη φαρμακευτική δαπάνη με €4,6 δις, τις δαπάνες για επικουρικές υπηρεσίες φροντίδας (€833 εκατ.) και τις δαπάνες διοίκησης (€583 εκατ.)(2013).<sup>73</sup>

Παράλληλα, υπήρξε σημαντική μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης η οποία από €5,2 δις (2008) δεν ξεπέρασε τα €2 δις (2016), με αποτέλεσμα να είναι χαμηλότερη από τον μ.ο. της ΕΕ. (βλ. Παράρτημα, πίνακα 15, όπου απεικονίζεται η Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη) Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά τη δημόσια δαπάνη, είναι εμφανής η ραγδαία αύξηση στο διάστημα 2000-09 και μείωση στο διάστημα 2010-2015, με πρόβλεψη για σταθεροποιητικές τάσεις μετέπειτα. Στην Ελλάδα, ενώ συνυπάρχουν οι βασικές δημόσιες πηγές χρηματοδότησης (φορολογία και κοινωνική ασφάλιση), το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης εξακολουθεί να είναι αρκετά υψηλό. Το 2014 οι δαπάνες υγείας (ΔΥ) έφτασαν στο 7,2% (6,5% το 2009) των συνολικών δαπανών. Η ίδια η δαπάνη, όμως, μειώθηκε κατά 21% το ίδιο διάστημα (από €134,4 σε €105,8) φανερώνοντας τη μειωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών (βλ. Παράρτημα, πίνακα 16, όπου απεικονίζονται η αξία και ο όγκος συσκευασιών της φαρμακευτικής δαπάνης). Το ποσοστό, μάλιστα, του ετήσιου

<sup>71</sup> πίνακας 8 παραρτήματος

<sup>72</sup> Health expenditure and financing, στο: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (τελ.πρ. 11/12/19)

<sup>73</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

εισοδήματος για ΔΥ είναι πενταπλάσιο στη χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία σε σύγκριση με την υψηλότερη.

### **3.3.1 Εξέλιξη της ΔΔΥ στην Ελλάδα Κατά Είδος Υπηρεσιών (% ΑΕΠ)**

Η δημόσια νοσοκομειακή δαπάνη τη περίοδο 2005-09 αυξήθηκε από €3,9 δις σε €7 δις (79%), ενώ, συγκεκριμένα, μόνο το 2008-09 αυξήθηκε κατά €900 εκατ. (μερικώς από την αύξηση στις αποδοχές των Αν. Διευθυντών ΕΣΥ, που προήχθησαν μαζικά στο βαθμό του Διευθυντή). Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αντίστοιχα, αυξήθηκε κατά 44% από €3,6 δις (2006) σε €5,2 δις (2009). Η μείωση της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής δαπάνης (€500 εκατ. 2009-11) προβληματίζει ως προς τις μακροχρόνιες συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού αναφοράς, αφού μεγάλο μέρος της καλύπτει υπηρεσίες οδοντιατρικές και δευτεροβάθμιας πρόληψης. (βλ. Παράρτημα, πίνακα 19, όπου απεικονίζεται η Δημόσια Ενδονοσοκομειακή, Φαρμακευτική, Εξωνοσοκομειακή Δαπάνη και ΔΔΥ για Λοιπές Υπηρεσίες (2003-11)).

Επίσης, υπήρξε μείωση στις δημόσιες δαπάνες υπηρεσιών περίθαλψης και αποκατάστασης (ΔΔΥ) από €9,9 δις σε €5,9 δις και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης από €5,2 δις σε €2,9 δις (2009-13)<sup>74</sup> (βλ. Παράρτημα, πίνακες 20-21, όπου απεικονίζονται η σύνθεση της ΔΔΥ κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατ. €) (2009-13) και η Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ (σε εκατ. €) (2012-14)).

## **3.4 Προσφορά της υγειονομικής φροντίδας**

Οι χρηματοδοτικές μεταβολές έχουν εμφανώς επηρεάσει την προσφορά υγείας με θετικές και αρνητικές συνέπειες. Η οικονομική κρίση επιτάχυνε τις μεταρρυθμίσεις, όπως τον περιορισμό του νοσοκομειακού τομέα (συγχωνεύσεις νοσοκομείων, μείωση κρατικών δαπανών), τη στροφή από την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στην νοσοκομειακή (-56% και +36% αντίστοιχα), τη βελτίωση του συντονισμού της παρεχόμενης φροντίδας και την επένδυση στην ΠΦΥ. Επίσης, διακρίνεται μία μείωση της χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα σε φορείς υγείας

---

<sup>74</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

εξωνοσοκομειακούς.<sup>75</sup> Αυτές οι τάσεις, βέβαια, ευνοούν τις άτυπες πληρωμές, τη λίστα αναμονής και τη μαζικοποίηση της παροχής υπηρεσιών.

Επίσης, ενισχύθηκαν πολιτικές για τη μείωση των τιμών των ιατρικών προϊόντων και την ορθολογική χρήση των φαρμάκων.<sup>76</sup> Εισήχθη η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η κάρτα υγείας και ενδυνάμωσαν οι μηχανισμοί ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων υγείας (ΟΠΣΥ) και τηλεϊατρικής, πολιτικές που εντάσσονται στο πλαίσιο μιας ευρύτερης μεταρρυθμιστικής κοινοτικής οδηγίας και εφαρμογής. Βέβαια, σημαντική θεωρείται η μείωση της δημόσιας δαπάνης (ΔΔΥ) για νοσοκομειακούς φορείς (35%), φαρμακεία και εμπόρους λιανικής (50%), εξωνοσοκομειακούς φορείς (30%) και φαρμακευτική δαπάνη (από €5,8 δις στα €2,1 δις) τα έτη 2009-13 εξαιτίας της έλλειψης ρευστότητας και οικονομικών επενδύσεων.<sup>77</sup>

Μακροπρόθεσμα, η έλλειψη άμεσων ή έμμεσων επενδύσεων αποδυναμώνει τα συστήματα υγείας και τη δυνατότητα ανάληψης κλιμακούμενων προκλήσεων. Επίσης, στο πεδίο των εθελοντικών οργανώσεων με προνοιακό χαρακτήρα, η αυξημένη παρουσία τους (αύξηση των κοινωνικών ιατρείων και των εθελοντικών κλινικών υπηρεσιών) αποτελεί στοιχείο προς αξιολόγηση (ποσοτική διάσταση) του ρόλου τους στην κάλυψη των νέων αναγκών (ποιοτική διάσταση).<sup>78</sup> Συνολικά, παρατηρείται μία σχετικά υποβαθμισμένη προσφορά υπηρεσιών υγείας που οφείλεται στην λειψυδρία διαθέσιμων οικονομικών πόρων, στην υποστελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων (μείωση διορισμών, μετανάστευση επαγγελματιών), στην καθυστερημένη κινητοποίηση των ασθενών, στην αδυναμία αποζημίωσης από τα ασφαλιστικά ταμεία και την μαζικότερη παροχή φροντίδας από τα κορεσμένα νοσοκομειακά ιδρύματα.

### 3.5 Φαρμακευτική περίθαλψη

Η οικονομική κρίση επέφερε σημαντική μείωση των πωλήσεων και των απασχολούμενων στον τομέα του φαρμάκου (περίπου 30%), με απώλειες φορολογικών εσόδων ύψους €207 εκατ., συνολικές απώλειες περίπου €500 εκατ., καθώς και συρρίκνωση της εγχώριας παραγωγής. Η μείωση της δημόσιας

---

<sup>75</sup> Σίσκου 2009

<sup>76</sup> Σίσκου 2009

<sup>77</sup> OECD 2015

<sup>78</sup> Μπουρίκος & Σωτηρόπουλος 2014

φαρμακευτικής δαπάνης (ΔΦΔ) επιβάρυνε τους ασθενείς, αφού η συμμετοχή στο κόστος αυξήθηκε από 12,8% (2012) σε 29,3% (2014), ενώ το 2015 σταθεροποιήθηκε στο 25%, όταν τα εισοδήματα είχαν μειωθεί κατά περίπου 26%.<sup>79</sup> Σε ό,τι αφορά τα γενόσημα φάρμακα, το μερίδιο αγοράς που κατέχουν, παρά τη μικρή αύξηση που επήλθε, παραμένει περιορισμένο σε σχέση με την ΕΕ, λόγω έλλειψης κινήτρων και αδυναμίας ελέγχου του φαινομένου της υποκατάστασης φθηνότερων γενόσημων φαρμάκων από ακριβότερα.

Το 2012-14 αυξήθηκε η κατά κεφαλήν κατανάλωση φαρμάκων (κυρίως αντιβιοτικά), ενώ ένας στους τέσσερις πολίτες, που λαμβάνει φάρμακα σε τακτική βάση, έχει μειώσει την κατανάλωση ειδών πρώτης ανάγκης για την κάλυψη του κόστους των φαρμάκων και το 20% καθυστερεί να εκτελέσει ή δεν λαμβάνει τελικά τη συνταγή λόγω αδυναμίας πληρωμής της σχετικής δαπάνης. Στην πλειονότητα των ατόμων διαπιστώνεται δέσμευση για συνταγογραφούμενα φάρμακα μέχρι 10% του εισοδήματος. Σημαντικό ποσοστό ανησυχίας για την πληρωμή των φαρμάκων καταγράφουν πάνω από τους μισούς συνταξιούχους, άνεργους και νοικοκυρές, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό καταγράφεται στους μισθωτούς, οι οποίοι έχουν και το ασφαλέστερο περιβάλλον ασφαλιστικής κάλυψης (στο βαθμό που η εργασία δεν απειλείται άμεσα). (βλ. Παράρτημα, πίνακα 15, όπου απεικονίζεται η Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη (2000-2018)).

Όσον αφορά την πρόσβαση, τα μεγαλύτερα προβλήματα αντιμετωπίζουν οι άνεργοι (37,6%), οι ελεύθεροι επαγγελματίες (25%) και οι συνταξιούχοι (24,1%), ενώ όσον αφορά στη στέρηση ειδών πρώτης ανάγκης οι άνεργοι (30,4%), οι νοικοκυρές (30,3%) και οι συνταξιούχοι (28,4%). Στον τρόπο πληρωμής των φαρμάκων, πιο έντονες διαφορές καταγράφονται με κριτήριο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, με τα άτομα υψηλών εισοδημάτων να αντιμετωπίζουν εμπόδια σε ποσοστό 8,4%, ενώ όσοι κατατάσσονται στο κατώτερο επίπεδο σε ποσοστό 29,8%. Αντίστοιχα, η στέρηση βασικών ειδών (προκειμένου να καλυφθεί το κόστος των φαρμάκων) καταγράφεται στα υψηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα σε ποσοστό 8,4%, ενώ στα χαμηλά στο 32,5%.

---

<sup>79</sup> ΕΛΣΤΑΤ 2016 στο <https://www.statistics.gr/documents/20181/f45e83e2-5899-4012-916b-3ecd9eb44f3>

Από την ίδια μελέτη<sup>80</sup> προκύπτει ότι, σχετικά με τις φαρμακευτικές δαπάνες, όλες οι επαγγελματικές ομάδες καταγράφουν τα υψηλότερα ποσοστά στην κατηγορία €10-50 μηνιαία δαπάνη, ενώ είναι αξιοσημείωτο ότι, με εξαίρεση τους μισθωτούς και τους άνεργους, όλες οι άλλες κατηγορίες καταγράφουν μηνιαία δαπάνη μεγαλύτερη των €50 σε ποσοστό που κινείται από 19,5% έως 25%. Το χαμηλότερο συγκριτικά ποσοστό για τους μισθωτούς μπορεί να αποδοθεί στην σταθερότητα της ασφαλιστικής κάλυψης, ενώ για τους άνεργους στην περιορισμένη χρήση φαρμάκων, λόγω έλλειψης διαθέσιμου εισοδήματος. Στην πλειονότητα των ατόμων (όλων των επαγγελματικών κατηγοριών) διαπιστώνεται δέσμευση εισοδήματος μέχρι 10% για συνταγογραφούμενα φάρμακα, με τους ελεύθερους επαγγελματίες, τις νοικοκυρές και τους συνταξιούχους να βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις.

Αναφορικά με την κάλυψη των φαρμακευτικών δαπανών σε όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες, το 30% εμφανίζεται είτε να μην έχει ασφαλιστική κάλυψη, είτε να μην ασκεί το ασφαλιστικό δικαίωμα, καλύπτοντας ίδια δαπάνη την αγορά φαρμάκων. Το υψηλότερο ποσοστό καταγράφεται στους άνεργους (42,3%), των οποίων μόλις το 7,7% καλύπτονται είτε με δωρεάν χορήγηση φαρμάκων από τα νοσοκομεία και τον ΕΟΠΥΥ, είτε από κάποιο επιδοτούμενο πρόγραμμα. Πρόβλημα πρόσβασης στη φαρμακευτική αγωγή παρουσιάζεται λόγω της δυσχερούς πρόσβασης σε ιατρό, της απόστασης του φαρμακείου του ΕΟΠΥΥ, της μη διάθεσης ή δυσκολίας εύρεσης του φαρμάκου. Στην ίδια έρευνα<sup>81</sup> το 20% δήλωσε ότι η κατάσταση της υγείας του επιδεινώθηκε λόγω απώλειας ή καθυστέρησης στη λήψη της θεραπείας, ενώ το 25% επιθυμεί αντικατάσταση της θεραπευτικής αγωγής.

Τέλος, το 2013-14 αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών (13% σε 16,5%) που δηλώσαν διακοπή εξαιτίας του κόστους αγωγής,<sup>82</sup> ενώ το ποσοστό που χαρακτηρίζει δυσβάστακτο το κόστος συμμετοχής διπλασιάστηκε από 7,8% σε 15,9%. Λόγω των οικονομικών δυσκολιών έχει μειωθεί ο αριθμός ασθενών που καταναλώνουν φάρμακα χωρίς συνταγή ιατρού. Το 2009-15 καταγράφεται αύξηση 10,6% στο ποσοστό του πληθυσμού (ηλικίας >15 ετών) που κατανάλωσε φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού, ενώ το 11,2% δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει φάρμακα.<sup>83</sup> Επίσης, το 73,5% των χρηστών (2009) εκτινάχθηκε στο 94,1% (2010)

---

<sup>80</sup> ΙΚΠΙ 2015

<sup>81</sup> Σουλιώτης 2014 (HOPE I Πανεπ. Πελοποννήσου)

<sup>82</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

<sup>83</sup> ΕΛΣΤΑΤ 2016

που επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ, αρχικά, παρατηρήθηκε μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια.

### 3.6 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Η οικονομική κρίση ανάγκασε τους χρήστες (καταναλωτές) να αλλάξουν συμπεριφορά ως προς την λήψη υπηρεσιών υγείας και να στραφούν περισσότερο στις δημόσιες δομές υγείας, ώστε να μειώσουν την ατομική δαπάνη. Στις εισαγωγές νοσηλευόμενων εσωτερικών ασθενών κατά τα έτη 2009-12 σημειώνεται συνεχής αύξηση, ενώ παραμένουν σταθερές την περίοδο 2012-2014. Στις ημερήσιες νοσηλείες παρατηρείται, για την περίοδο αυτή, αύξηση 25,5%. Κατά το 2014, δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία το 13,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω.<sup>84</sup> (βλ. Παράρτημα, πίνακες 17-18, όπου απεικονίζεται η Σύνθεση της Τρέχουσας ΣΔΥ κατά μείζονα κατηγορία σε εκατ. € και σε % ΑΕΠ (2009-13)).

### 3.7 Προσαρμογές Υγείας

#### 3.7.1 Πολιτικές/οικονομικές

Το σύνολο των οικονομικών και υγειονομικών μεταβολών προκλήθηκαν από την εφαρμογή μίας σειράς προσαρμογών και μεταρρυθμίσεων. Σχετικά με τη δημόσια χρηματοδότηση<sup>85</sup> οι διατάξεις απαίτησαν τη μείωση των δαπανών κατά 0,5% του ΑΕΠ (2011) και κάτω από το 6% (2012), με συνέπεια οι ΔΔΥ να μειωθούν κατά 25% (6,8% στο 5% ή €4 δις) μεταξύ 2009-16. Επίσης, το μνημόνιο συμφωνίας προέβλεπε μείωση των κρατικών μεταβιβάσεων στην κοινωνική ασφάλιση υγείας, γεγονός που αντισταθμίστηκε από τη κάλυψη των δαπανών με σταθερό ποσοστό συνεισφοράς 5,1% των ακαθάριστων κερδών (2011). Συνεπώς, οι συνταξιοδοτικές εισφορές που καταβλήθηκαν από δημόσιους υπαλλήλους αυξήθηκαν από 2,55% σε 4% (2013). Ταυτόχρονα, το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων (ΠΔΕ) για τη χρηματοδότηση πολιτικών υγείας μειώθηκε από €65 στα €45εκατ. (2012-13).

Στο δικαίωμα υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού<sup>86</sup> τα ανασφάλιστα (ή με χαμηλό εισόδημα) άτομα έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε καθορισμένα δημόσια νοσοκομεία και φαρμακευτική αγωγή από το 2014 (διάταξη 2011). Ταυτόχρονα,

<sup>84</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

<sup>85</sup> Maresso 2015

<sup>86</sup> Maresso 2015



συγκεκριμένες υπηρεσίες εξαιρέθηκαν ή περιορίστηκε η κάλυψη τους, με βάση κυρίως το υψηλό κόστος αποζημίωσης. Στο ζήτημα των χρεώσεων<sup>87</sup> εγκρίθηκε η εισαγωγή εξαίρεσης για άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες και η προσθήκη ατόμων με διαβήτη και ατόμων που απαιτούν μεταμοσχεύσεις οργάνων στον κατάλογο των ευάλωτων ομάδων (2011). Στο τομέα της πρόληψης της υγείας δημιουργήθηκαν πρωτοβουλίες προαγωγής της υγείας (2008-12), ενδυναμώθηκε ο εμβολιαστικός σχεδιασμός, ενώ ψηφίστηκε η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους (2010).

Στο πακέτο των παροχών<sup>88</sup> οι αιτήσεις αποζημίωσης για νοσοκομειακή περίθαλψη οφείλουν να υποβληθούν εντός δύο μηνών (2010), θεσπίστηκε ένα εθνικό πακέτο παροχών και επανεισήχθη ένας κατάλογος θετικών φαρμάκων με εστίαση στα γενόσημα φάρμακα (2011). Τέλος, ένας νέος κατάλογος αρνητικών φαρμάκων δημιουργήθηκε και προβλέπεται να επικαιροποιείται δύο φορές ετησίως, μετατοπίζοντας φάρμακα σε over-the-counter κατάσταση (2012). Τα ποσοστά συνασφάλισης για φάρμακα για συγκεκριμένες ασθένειες αυξήθηκαν από 0% σε 10% ή 25% και από 10% σε 25%. Οι ασθενείς που απαιτούν αιμοκάθαρση, πλέον, απαλλάσσονται από τη χρέωση μόνο των άμεσα σχετιζόμενων συνταγογραφούμενων φαρμάκων (2012). Οι χρεώσεις για επισκέψεις σε δημόσια νοσοκομεία και ΚΥ αυξήθηκαν από €3 σε €5 (2011) και επιπλέον €1 ανά ιατρική συνταγή σε εξωτερικούς ασθενείς και ρυθμίσεις ασθενούς, αλλά καταργούνται για διαγνωστικές δοκιμές στα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα (2012).

Στο ζήτημα της αποζημίωσης των παρόχων<sup>89</sup> θεσπίστηκαν κριτήρια πληρωμών για νοσοκομεία βασιζόμενα σε DRGs (2013), μέτρα για την εφαρμογή μείωσης (15–20%) στα κέρδη των φαρμακοποιών και το σταδιακό άνοιγμα της αγοράς (2012). Επίσης, ορίστηκε δημοσιονομική ρύθμιση για τις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας στα €2,88 δις, με υποχρεωτική επιστροφή από τις εταιρείες (clawbacks), εάν οι δαπάνες υπερβαίνουν αυτό το όριο (2012). Παράλληλα, οι μισθοί στον τομέα της υγείας μειώθηκαν κατά 20%, ενώ οι επιδοτήσεις του προσωπικού και τα μπόνους παραγωγικότητας (κίνητρα) αφαιρέθηκαν (2011). Ταυτόχρονα, παρατηρείται η καθυστερημένη (επικουρικοί ιατροί) ή μη ανανέωση των συμβάσεων

---

<sup>87</sup> Maresso 2015

<sup>88</sup> Maresso 2015

<sup>89</sup> Maresso 2015

υπαλλήλων ορισμένου χρόνου και ο περιορισμένος αριθμός μόνιμων προσλήψεων (κανόνας 1/5).

### 3.7.2 Σχεδιασμός/αναδιάρθρωση υπηρεσιών

Στον σχεδιασμό των υγειονομικών υπηρεσιών και των τιμών των ιατρικών αγαθών<sup>90</sup> παρατηρείται η εισαγωγή μεθόδου ηλεκτρονικής σύναψης συμβάσεων και του παρατηρητήριο τιμών με σκοπό την καταγραφή των ελάχιστων τιμών των προμηθειών και την επιβολή της χαμηλότερης τιμής (2010). Ταυτόχρονα, οριοθετείται η μείωση της επιστρεπτέας τιμής των φαρμάκων έως και 70%, η τιμολόγηση των γενόσημων με ανώτατο όριο το 60% του αρχικού και η εισαγωγή της τιμολόγησης αναφοράς για τα φάρμακα στον θετικό κατάλογο (2012). Ο ΦΠΑ για φαρμακευτικά προϊόντα μειώθηκε από 11% σε 6,5%, ενώ η τιμολόγηση των φαρμάκων μεταφέρεται από τη Γ.Γ.Εμπορίου στον ΕΟΦ και η φαρμακευτική πολιτική στο Υπουργείο Υγείας (2012).

Παράλληλα, εισαγωγή νέου κανόνα διευκρινίζει ότι το 50% των φαρμάκων που καταναλώνονται στα νοσοκομεία σταδιακά οφείλει να είναι γενόσημα (2011), ενώ υιοθετείται η εισαγωγή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγής, κατευθυντήριων γραμμών και εισαγωγή της συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας για την προώθηση των γενόσημων (2012). Η εφαρμογή της συνταγογράφησης επεκτάθηκε στις διαγνωστικές εξετάσεις και στη φροντίδα των ασθενών, ενώ υιοθετήθηκε η μείωση του πληθυσμιακού ορίου για σύσταση φαρμακείου (2012).

Σε επίπεδο αναδιάρθρωσης του Υπουργείου και των οργανισμών προμηθειών<sup>91</sup> πραγματοποιήθηκε ενσωμάτωση των τμημάτων υγείας των κύριων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης στον ΕΟΠΥΥ, που λειτουργεί ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας (2011). Ο ΕΟΠΥΥ είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό της ΠΦΥ, τη ρύθμιση της σύμβασης με τους παρόχους περίθαλψης και τον καθορισμό προτύπων ποιότητας και αποδοτικότητας (2011). Ταυτόχρονα, υλοποιήθηκε μια διαδικασία σύναψης συμβάσεων για ιατρικά προϊόντα, με πρόστιμα εάν ο εγκεκριμένος προϋπολογισμός αποκλίνει και θεσπίστηκε νόμος για τη δημιουργία νέας δομής σε δήμους και περιφέρειες (σχέδιο Καλλικράτης) (2010).

Τέλος, υιοθετήθηκε η ανάπτυξη ενός εθνικού χάρτη υγείας (σύστημα δεδομένων) για την άμεση καταγραφή και αξιολόγηση της επάρκειας, της

---

<sup>90</sup> Maresso 2015

<sup>91</sup> Maresso 2015

αποδοτικότητα και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Τα νοσοκομειακά ιδρύματα που ανήκουν σε ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και τα νοσοκομεία του ΕΣΥ συγχωνεύτηκαν υπό την κυριότητα των τελευταίων (2011). Η συγχώνευση είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών κατά 18% (2011). Νέα μέτρα επέτρεψαν την επέκταση των ιδιωτικών κλινικών για τη δημιουργία νέων υποδομών και αύξησης των κλινών, εντός ορισμένων καθορισμένων ορίων. Ωστόσο, οι λειτουργικές δαπάνες κατέδειξαν σημαντική αύξηση σε αρκετά νοσοκομειακά ιδρύματα.

---

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> – Συγκριτική Ανάλυση και Αξιολόγηση Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας και Ελληνικού (ΕΣΥ)**

### **4.1 Ασφαλιστική Κάλυψη υγείας**

Η ασφαλιστική κάλυψη υγείας την περίοδο 2009-13 μειώθηκε κατά 20% καλύπτοντας το 80% περίπου του πληθυσμού αναφοράς, αποτελώντας το υψηλότερο ποσοστό υγειονομικά ανασφάλιστων χρηστών στην Ε.Ε (βλ. Παράρτημα, πίνακες 30 και 44: α) Υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη (2013) και β) Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (2014)). Οι ασφαλισμένοι διαχρονικά επιλέγονται βάσει της επαγγελματικής κατάστασης ή των καταβαλλόμενων εισφορών, γεγονός που περιορίζει την πρόσβαση των μη εργαζόμενων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Το ποσοστό αυτό αμβλύθηκε μετά την εφαρμογή του νόμου 4368/2016, αφού οι ανασφάλιστοι πολίτες και οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας (ΠΦΥ και ΔΦΥ) και δικαιούνται υγειονομικής περίθαλψης.

Η περίθαλψη παρέχεται μέσω των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων, των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το υπουργείο Υγείας νοσηλευτικών ιδρυμάτων και Ν.Π.Ι.Δ., των μονάδων Ψυχικής Υγείας, των μονάδων ΠΦΥ, των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων νοσοκομείων, των δημοτικών ιατρείων, καθώς και μέσω των εποπτευόμενων από το υπουργείο Εργασίας, Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ιδρυμάτων αποκατάστασης και φροντίδας, στην προσπάθεια επίτευξης μίας καθολικής πρόσβασης και βασικής κάλυψης.

Οι αυξημένες δαπάνες της παρούσας ρύθμισης καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ, δηλαδή, πρακτικά, από τα κρατικά φορολογικά έσοδα και υπολογίζονται στα €600 εκατ. Το συγκεκριμένο ποσό δύναται να καλυφθεί με αύξηση της νοσοκομειακής αποδοτικότητας κατά περίπου 30%<sup>92</sup> ή σημαντική μείωση της γραφειοκρατικής σπατάλης. Συγκεκριμένα, η εξάλειψη της αναποτελεσματικότητας στην διαχείριση των λειτουργικών εξόδων, συμπεριλαμβανομένου του ανθρώπινου δυναμικού, συνεπάγεται μια εξοικονόμηση πόρων στα 600€ εκατ., για βελτίωση κατά 25-30% της μέσης νοσοκομειακής αποδοτικότητας (60-65%).<sup>93</sup> Η συγκράτηση του γραφειοκρατικού κόστους μπορεί να αποφέρει επιπλέον €300-350 εκατ. αν μειωθεί

<sup>92</sup> Xenos 2018

<sup>93</sup> ΕΣΔΥ 2011

κατά το ήμισυ, δηλαδή από 6,5% στο 3,5%. Επιπλέον, έμμεσο όφελος μπορεί να προκύψει και από τη μελλοντική ένταξη των ανασφάλιστων στον εργασιακό χώρο εξαιτίας της βελτίωσης του επιπέδου υγείας τους.

Στόχος της εφαρμογής του νόμου 4368/2016 αποτελεί η υιοθέτηση μέτρων ανακούφισης από την κρίση και διασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού αναφοράς. Αυτή η υλοποίηση κρίνεται απαραίτητη για την διασφάλιση του επιπέδου υγείας και την επακόλουθη ενίσχυση του επιπέδου παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των πολιτών. Συνεπώς, εξασφαλίζονται η μελλοντική οικονομική ευημερία και ανάπτυξη, καθώς και η αύξηση μελλοντικών διαθέσιμων πόρων για το ΕΣΥ. Επιπρόσθετα, αποδίδεται ισοτιμία και δικαιοσύνη σε θέματα κάλυψης, πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών στους χρήστες. Παράλληλα, ικανοποιείται η ατομική ψυχολογία και ενισχύεται το αίσθημα της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης.

#### **4.2 Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας**

Οι δαπάνες υγείας (ΔΥ) στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν στο 8,65% του ΑΕΠ (2013), ποσοστό χαμηλότερο από τον μ.ο. των χωρών του ΟΟΣΑ (8,9%) και χωρών σε οικονομική κρίση όπως η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ιταλία, (βλ. Παράρτημα, πίνακες 22 & 23, όπου απεικονίζονται οι ΔΥ ως ποσοστό του ΑΕΠ και ο μ.ο. ετήσιας μεταβολής της κατά κεφαλήν ΔΥ (ΟΟΣΑ) (2005-13)). Στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας η Ελλάδα σε απόλυτους αριθμούς κατείχε μία ενδιάμεση θέση (2013), αλλά περιορίζεται όταν οι δαπάνες αυτές προσαρμόζονται στις οικονομικές δυνατότητες κάθε χώρας.<sup>94</sup> (βλ. Παράρτημα, πίνακες 24-25, όπου απεικονίζονται α) Κατά κεφαλήν ΔΥ (2013) στις χώρες Ε.Ε./Ε.Ε.Α και β) Προσαρμοσμένες κατά κεφαλήν ΔΥ(2015) σε Ε.Ε./Ε.Ε.Α).

Σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Parity, PPP) η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας (ΣΔΥ) και δημόσια δαπάνη υγείας (ΔΔΥ) στην Ελλάδα είναι χαμηλότερες σε σύγκριση με την Ε.Ε. κατά 28% και 39% αντίστοιχα. Αντιθέτως, η ιδιωτική δαπάνη υγείας (ΙΔΥ) παρουσιάζεται ιδιαίτερα αυξημένη καταλαμβάνοντας την 3η θέση ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. και την 8η στον ΟΟΣΑ

---

<sup>94</sup> Euro Health Consumer Index 2015

(33,7% έναντι 22,6% Ε.Ε. και 26,6% ΟΟΣΑ)<sup>95</sup> (βλ. Παράρτημα, πίνακα 26, όπου απεικονίζεται η κατά κεφαλήν ΔΥ, σε \$PPP (Purchasing Power Parity)).

#### 4.2.2 Εξέλιξη της ΔΥ σε Ελλάδα και Ευρωζώνη

Η ΣΔΥ στην Ελλάδα υπολειπόταν ελαφρώς της ΕΕ (2003-06) αλλά κινήθηκε αυξητικά, συγκλίνοντας το 2009. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διακριτή υπεροχή της ΔΔΥ (ως ποσοστό του ΑΕΠ) στην Ευρωζώνη σε σύγκριση με την Ελλάδα (διαφορές 1,3-1,8%). Η ταχεία αύξηση των ΔΔΥ στην Ελλάδα το 2006-9 μειώνει αισθητά τη διαφορά, αφού η ΔΔΥ αυξάνεται κατά 2,2%, ενώ η ΣΔΥ αυξάνεται κατά 1,7% του ΑΕΠ. Επίσης, η ΔΥ (ως ποσοστό του ΑΕΠ) στην Ευρωζώνη παρέμεινε σχεδόν σταθερή το 2003-06. Στα χρόνια της ύφεσης 2008-09, το ποσοστό της ΔΥ στην Ευρωζώνη αυξάνει σημαντικά και αντανακλά μία αντίδραση (αντικυκλική συμπεριφορά) ως αντιστάθμισμα της ύφεσης (βλ. Παράρτημα, πίνακα 27, όπου απεικονίζονται ΔΥ και ΔΔΥ ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ευρωζώνη (2003-11)).

Επιπροσθέτως, η κατά κεφαλήν ΔΥ σήμερα στην Ελλάδα είναι τουλάχιστον \$1.000 λιγότερα από ότι στην Ευρωζώνη και \$800 λιγότερα από την Ε.Ε.. Έως το 2008 (προ κρίσης) οι ΔΥ ανά κάτοικο εντοπίζονταν σχεδόν στα ίδια επίπεδα με την Ε.Ε. αλλά αισθητά χαμηλότερα από την ευρωζώνη. Την τριετία 2009-12, ενώ οι ΔΥ ανά κάτοικο στην Ε.Ε. και την ευρωζώνη αυξάνονται γύρω στο 10%., στην Ελλάδα διακρίνεται μία μείωση κατά 25%.<sup>96</sup> Συγκεκριμένα, στη Γερμανία από €1763 σε €2051 (16% αύξηση), στη Γαλλία €1768 σε €1918 (8,5%), στην Αυστρία 11%, στο Βέλγιο 14%, στη Δανία 8%, στην Ολλανδία 14%, στη Σουηδία 10% κτλ.<sup>97</sup>

Αντιθέτως, αύξηση των ΔΥ ανά κάτοικο μεγαλύτερη από την αντίστοιχη μέση ευρωπαϊκή αύξηση παρουσιάζεται το 2012-13, (βλ. Παράρτημα, πίνακα 28, όπου απεικονίζονται οι ΔΥ ανά κάτοικο στις Ελλάδα, Ε.Ε., Ευρωζώνη (2007-13)). Συνολικά, κατά την ανάλυση των ΔΥ την περίοδο 2005-14, εντοπίζονται δύο διακριτές σε τάση και διαχείριση περιόδους:

**α)** Η πρώτη αφορά το διάστημα προ κρίσης, όπου παρατηρείται μια αύξηση της ΔΥ με ρυθμό μεγαλύτερο αυτής του ΑΕΠ (αύξηση ΑΕΠ 2005-09 19,7%, αύξηση ΣΔΥ 45% και ΔΔΥ 73%). Την περίοδο αυτή συσσωρεύτηκαν σημαντικά ελλείμματα στους προϋπολογισμούς του Ε.Σ.Υ. και των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών

<sup>95</sup> OECD 2015

<sup>96</sup> Reeves 2013

<sup>97</sup> OECD 2015

ταμείων, με αποτέλεσμα να απαιτούνται διαρθρωτικές παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε όλες τις κατηγορίες φροντίδας υγείας παρατηρείται διπλασιασμός του σχετικού κόστους, αν και τα διαθέσιμα δεδομένα ελέγχονται ως προς την αξιοπιστία καταγραφής και των πολλαπλών ασφαλιστικών σχημάτων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία παρουσιάζει αύξηση που υπερβαίνει το 80% (2005-09).

**β)** Η δεύτερη περίοδος 2010-14 χαρακτηρίζεται από τις παρεμβάσεις μεταρρυθμιστικού χαρακτήρα με στόχο την συγκράτηση των ΔΔΥ και την μείωση των σπαταλών. Τέτοιες αποτελούν η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή υπηρεσιών, η συγκέντρωση των πόρων των ασφαλιστικών οργανισμών και μέρους των δημόσιων πόρων σε αυτόν, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και παραπομπών, η καταναλωτική ενσωμάτωση των γενοσήμων και οι παρεμβάσεις στην αγορά φαρμάκου, από τη ρύθμιση των τιμών μέχρι τη θέσπιση εκπτώσεων, επιστροφών και κλειστών προϋπολογισμών.

Ωστόσο, η συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας (25%), η αύξηση της ανεργίας (>20%) και η μείωση της κατανάλωσης, οδήγησαν στη μείωση των διαθέσιμων πόρων και των συνεπαγόμενων προϋπολογισμών κατά σχεδόν 55%. Το 2013 η ΣΔΥ αντιστοιχούσε στο 8,65% του ΑΕΠ από 9,8% το 2009. Το συνολικό ποσό ανέρχονταν σε €17,2 δις, εκ των οποίων τα 12 δις ήταν δημόσιες δαπάνες (ΔΔΥ) και τα 5,2 δις ιδιωτικές (ΙΔΥ), με συνέπεια το σύστημα υγείας πρακτικά να υποχρηματοδοτείται. Ακολούθως, η ΣΔΥ (2015) έγινε €15 δις, η ΔΔΥ €9,5 δις και η ΙΔΥ €5,5 δις, με αποτέλεσμα η ΔΔΥ να μην ξεπερνά το 5% του ΑΕΠ, αν και οι σχετικές δεσμεύσεις ορίζουν το ποσοστό αυτό στο 6%. Η οικονομική αυτή πραγματικότητα οδήγησε το ΕΣΥ σε οριακά επίπεδα λειτουργίας και βιωσιμότητας, με προβλήματα πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας και επιβάρυνσης των οικογενειακών εισοδημάτων (βλ. Παράρτημα, πίνακες 29-30, όπου απεικονίζονται α) Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν και β) Υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη (2013)).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας του πληθυσμού είναι κατά κανόνα εθελοντική, παρότι μπορεί να επιβάλλεται από το νόμο σε συγκεκριμένες εργασιακές σχέσεις. Από δεδομένα του ΟΟΣΑ επισημαίνεται ότι μόνον το 12.5% του ελληνικού πληθυσμού διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, είτε μόνη της, είτε συμπληρωματικά

στη δημόσια ασφάλιση υγείας<sup>98</sup> (βλ. Παράρτημα, πίνακα 31, όπου απεικονίζεται η κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης (2013)).

Ένας σημαντικός δείκτης σύγκρισης είναι και ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών (κλίνες που συντηρούνται κανονικά, υποστηρίζονται με κατάλληλο προσωπικό και είναι άμεσα διαθέσιμες προς χρήση). Από τα δεδομένα, προκύπτει ότι η Ελλάδα διαθέτει 4,84 κλίνες ανά 1.000 άτομα πληθυσμού που ταυτίζεται με τον αντίστοιχο μ.ο. του ΟΟΣΑ και έχει ελάχιστα αυξηθεί κατά την περίοδο 2000-13 (4,7 ανά 1.000 άτομα). Το γεγονός αυτό δηλώνει την περιορισμένη δυνατότητα του ΕΣΥ να δημιουργήσει καινούργιες νοσοκομειακές κλίνες, ενώ οι δυνατότητες, προφανώς, ελαχιστοποιήθηκαν το 2009-13 στα πλαίσια της πολιτικής εξυγίανσης και συγκράτησης των ΔΥ. (βλ. Παράρτημα, πίνακα 32, όπου απεικονίζονται οι νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 άτομα, 2000 και 2013)

Επίσης, η συγχώνευση των νοσοκομείων των ασφαλιστικών ταμείων με του ΕΣΥ (2010-12) προκάλεσε μείωση στις συνολικές κλίνες στα δημόσια νοσοκομεία. Σύμφωνα με τον Υγειονομικό Χάρτη του υπουργείου, οι 33.853 κλίνες (2010) μειώθηκαν σε 30.886 (2012), δηλαδή μείωση περίπου 8%. Στο σύνολο ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων ο αριθμός των κλινών μειώθηκε από 54.012 κλίνες σε 53.773 (2010-12), ενώ ο δείκτης κλινών παραμένει σταθερός από 4,88 σε 4,84.<sup>99</sup> (βλ. Παράρτημα, πίνακα 33, όπου απεικονίζονται οι κλίνες ανά 1000 κατοίκους, έτη 2000-11, ΟΟΣΑ)

### 4.3 Αξιολόγηση Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με την αξιολόγηση συστημάτων υγείας (βάσει 48 δεικτών) από το Euro Health Consumer Index (ECHI)<sup>100</sup> η Ελλάδα το 2015 κατείχε την 28η θέση με 577 βαθμούς, ενώ το 2012 κατείχε την 22η θέση, το 2013 την 25η θέση και το 2014 την 28η θέση. Από τις επιμέρους επιδόσεις ξεχωρίζουν η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ο παιδικός εμβολιασμός, η μειωμένη συχνότητα υπερτασικών και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Αντίθετα, στις αρνητικές επιδόσεις διακρίνονται αρκετά από τα κριτήρια πληροφόρησης των δικαιωμάτων των ασθενών, η συμμετοχή του πολίτη στη χρηματοδότηση, οι

---

<sup>98</sup> ΟΟΣΑ 2013

<sup>99</sup> ΟΟΣΑ 2014

<sup>100</sup> Health Consumer Power House, στο: <https://healthpowerhouse.com> (τελ. πρ. 20/12/19)



οικογενειακοί ιατροί, οι λίστες αναμονής (καρκινοπαθείς), οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οι παράνομες πληρωμές, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων και γενόσημων φαρμάκων, η υψηλή κατανάλωση φαρμάκων (κυρίως αντιβιοτικών), το κάπνισμα.<sup>101</sup> (βλ. Παράρτημα, πίνακες 39-43, όπου απεικονίζονται: α) Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών, β) Συμμετοχή του πολίτη στη χρηματοδότηση, γ) Αποδοτικότητα υπηρεσιών υγείας, δ) Διαθεσιμότητα συνταγογράφησης, και ε) Δικαιώματα των ασθενών)

Ταυτόχρονα, η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην ελληνική επικράτεια είναι διαχρονικά μεγαλύτερη από το μ.ο. της Ε.Ε και οφείλεται σε παράγοντες όπως τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά, το κόστος και ο τρόπος αποζημίωσης, οι κοινωνικές ανισότητες, οι λίστες αναμονής και η καθυστερημένη παροχή των υπηρεσιών υγείας. (βλ. Παράρτημα, πίνακες 44-47, όπου απεικονίζονται: α) Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (2014), β) Προσβασιμότητα στη ΠΦΥ (2015), γ) Άτυπες πληρωμές και δ) Χρόνος αναμονής αξονικών τομογραφιών)

#### **4.3.1 Ζήτηση – Χρήση Διαγνωστικών Εξετάσεων**

Προ κρίσεως, οι Έλληνες πραγματοποίησαν υπερδιπλάσιο αναλογικά αριθμό μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών σε σύγκριση με την ΕΕ. Η δημοσιονομική προσαρμογή οδήγησε σε μείωση της τιμής της αξονικής από €71 στα €60 και στη συνέχεια στα €30, προκαλώντας μείωση του αριθμού των εξετάσεων, προφανώς λόγω απουσίας κινήτρων (κέρδος από εξετάσεις). Σύμφωνα με στοιχεία<sup>102</sup> οι αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες μειώθηκαν από 321,8 αξονικές τομογραφίες σε 180,3 αξονικές ανά 1.000 κατοίκους (2008-12). Ανάλογη είναι η εικόνα και στις μαγνητικές τομογραφίες, οι οποίες από 98,3 (2008, πρώτη θέση) περιορίστηκαν σε 67,6 (2012, έκτη, μείωση 31,2%). Παρά τη θεαματική μείωση στον αριθμό των εξετάσεων, παραδόξως καταγράφεται αύξηση στον αριθμό των αξονικών (18,8%) και των μαγνητικών τομογράφων (13%).

#### **4.3.2 Συγκριτικές αδυναμίες του ΕΣΥ**

Συμπερασματικά, η συγκριτική μελέτη του ελληνικού με τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αναδεικνύει ορισμένες αδυναμίες και ατέλειες. Το ελληνικό ΕΣΥ βασίζεται αρκετά στο κεντρικό σχεδιασμό συνοδευόμενο από μία μέτρια

---

<sup>101</sup> Björnberg 2015

<sup>102</sup> OECD 2012

χρηματοδότηση και έναν χαμηλό βαθμό αποκέντρωσης. Οι συνδικαλιστικές ομάδες συμφερόντων ασκούν συχνά πιέσεις, δικαιολογώντας την διάχυση της ευθύνης και την χρονοβόρα ενσωμάτωση των απαραίτητων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Το ΕΣΥ διακρίνεται για την έλλειψη συνθηκών εσωτερικού ανταγωνισμού και για μία χαρακτηριστική απουσία συμπράξεων μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ). Επίσης, μέχρι το 2012 ήταν σημαντική η απουσία ισχυρού αγοραστή υγειονομικών υπηρεσιών, κάτι που διορθώθηκε μερικώς με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ. Βέβαια, ακόμα δεν έχουν επιλυθεί επαρκώς τα ζητήματα αξιολόγησης, κοστολόγησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας.

Στα αρνητικά στοιχεία λειτουργίας διακρίνονταν μέχρι πρόσφατα η ύπαρξη ενός ασφαλιστικού φορέα με πολλά διαφορετικά ταμεία ασφάλισης (μέχρι το 2012), η υψηλή γραφειοκρατία (σπατάλη 6% των διαθέσιμων πόρων), η παρουσία μίας διοίκησης διορισμένης με κριτήρια κεντρικά (υπουργείο) και όχι κριτήρια εξειδίκευσης και τεχνοκρατικής επάρκειας, όπως προτείνει η ΕΕ. Παράλληλα, διακρίνεται η απουσία ενός δικτύου πληροφοριακών συστημάτων υγείας (ΟΠΣΥ) και μια λανθάνουσα ενσωμάτωση της τεχνολογικής καινοτομίας (π.χ. ελλιπή υιοθέτηση μεθόδων τηλεϊατρικής) και καταστάσεων έρευνας και ανάπτυξης (r/d).

Επιπρόσθετα, η ποιότητα παροχής υπηρεσιών και ο βαθμός προσβασιμότητας κρίνονται, μάλλον, φτωχά με μακροχρόνιες λίστες αναμονής και άτυπες (παράνομες) πληρωμές. Διακρίνεται, επίσης, μία σχετικά μικρή διεισδυτικότητα στο ζήτημα των γενόσημων και καινοτόμων φαρμάκων, μία τάση υπερσυνταγογράφησης φαρμάκων ή εξετάσεων και μία καθυστερημένη ενσωμάτωση κατηγοριών και οδηγιών (π.χ. ΚΕΝ). Στην μέτρια αποδοτικότητα του ΕΣΥ (60-65%)<sup>103</sup> μπορούμε να προσθέσουμε την έλλειψη πληροφόρησης των ασθενών σχετικά με τα δικαιώματά τους, τον μεγάλο αριθμό νοσοκομειακών λοιμώξεων, την υποστελέχωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και την καθυστερημένη ενσωμάτωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Στο σύστημα Υγείας διακρίνουμε, ακόμα, την απουσία αποκεντρωμένης ΠΦΥ, ενώ αδύναμες κρίνονται οι μέθοδοι ενημέρωσης ζητημάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Το ΕΣΥ κατηγορήθηκε ότι ασχολήθηκε σχεδόν αποκλειστικά με τους ιατρούς. Οι χρήστες και οι συνδικαλιστές εγκλωβίστηκαν στην άποψη ότι αρκεί οι νοσοκομειακοί ιατροί να είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχολήσεως (και να

---

<sup>103</sup> ΕΣΔΥ 2011

αποζημιώνονται καλύτερα) για να βελτιωθεί η υγειονομική περίθαλψη. Το ΕΣΥ αποτέλεσε μερικώς έναν ιατροκεντρικό και συντεχνιακό οργανισμό που "υπαλληλοποίησε" τους ιατρούς, τους αφαίρεσε κάθε κίνητρο μετεκπαιδύσεως, εξέλιξης και έρευνας, ενώ αποσύνδεσε τελείως την προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών από την αμοιβή. Παράλληλα, το ΕΣΥ ενίσχυσε έμμεσα και σημαντικά την ιδιωτική ιατρική, διότι οι ασθενείς συχνά στρέφονται να αγοράσουν πιο ποιοτική ή άμεση περίθαλψη εκτός του δημοσίου φορέα.

#### **4.3.3 Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας**

Στη σύγκριση των συστημάτων υγείας, το παραδοσιακό μοντέλο υγείας Beveridge (χρηματοδότηση μέσω γενικής φορολογίας) προσφέρει συνθήκες ισότητας στην πρόσβαση και άμεση παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας αλλά οι υπηρεσίες, συχνά, πάσχουν από μειωμένη κλινική αποτελεσματικότητα, ποιότητα και οικονομική αποδοτικότητα. Αυτό οφείλεται, κυρίως, στη μειωμένη χρηματοδότηση των σφαιρικών προϋπολογισμών, την γραφειοκρατική διαχείριση, τα συνδικαλιστικά συμφέροντα και τους κανόνες δημόσιας υπηρεσίας (civil service rules). Η ανεπαρκής χρηματοδότηση δικαιολογεί ακολούθως την ανάγκη κάλυψης μέρους των δαπανών και κοστών από τους χρήστες, ενώ οι μισθοί είναι σχετικά χαμηλοί ευνοώντας συνθήκες άτυπων πληρωμών, διπλής πράξης (dual practice), προκλητής ζήτησης και υπαλληλοποίησης.

Στο συγκεκριμένο μοντέλο παροχής υπηρεσιών παρατηρείται μία σχετική ευκολία διάχυσης της ευθύνης που, ακολούθως, γεννά ευνοϊκές συνθήκες ηθικού κινδύνου (moral hazard) εξαιτίας της προκλητής ζήτησης (από τους χρήστες), της υπερβολικής χρήσης υπηρεσιών και της υπερσυνταγογράφησης. Ταυτόχρονα, διακρίνεται ένας μειωμένος ανταγωνισμός σε επίπεδο προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών, ενώ εμφανής είναι η μικρή παρουσία συμπράξεων (ΣΔΙΤ) και η απουσία οργανισμών ΝΠΙΔ. Στα συστήματα με χρηματοδότηση μέσω φορολογίας η αποκέντρωση, το αυτοδιοίκητο και αυτόνομο των ιδρυμάτων, η επιχειρηματικότητα και το κίνητρο του κέρδους φάνηκαν να τίθενται σε δεύτερη μοίρα, αν και έχουν αρχίσει να αποτελούν μέρος των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων μετά το 1990 (ΗΒ, Σκανδιναβία).

Στη συγκριτική ανάλυση εξετάζονται και συγκρίνονται δείκτες δαπανών και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, δείκτες νοσοκομειακής επάρκειας και λειτουργίας, δείκτες επάρκειας ανθρώπινων πόρων και η λειτουργία της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) σε ΗΒ, Γερμανία, Ελλάδα, Πορτογαλία και Σουηδία. Από την ανάλυση διαπιστώνεται η σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων οργάνωσης και η υιοθέτηση νέων μικτών μοντέλων με περιφερειακή δομή διοίκησης και συνθήκες οιονεί (quasi) ανταγωνισμού. Διαπιστώνεται αύξηση των ΔΥ, ιδιαίτερα των ιδιωτικών (Ελλάδα 3,9% του ΑΕΠ) και εξορθολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης. Η πλειοψηφία των νοσοκομείων είναι δημόσια ή ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και έχει αυξηθεί η τάση αποκέντρωσης και αυτονομίας.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες επικρατεί το σύστημα προοπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών για την αποζημίωση των ιδρυμάτων. Στον τομέα της ΠΦΥ, κυριαρχεί ο θεσμός του γενικού ιατρού, που είναι δημόσιοι υπάλληλοι ή συμβεβλημένοι ιδιώτες και ο θεσμός των κέντρων υγείας (ΚΥ). Οι δείκτες επάρκειας κλινών παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις εξαιτίας των διαφορών σε κλίνες για χρόνιους ασθενείς. Σε ότι αφορά τους ανθρώπινους πόρους, παρατηρείται υπερεπάρκεια ιατρών στην Ελλάδα (ελλείψεις παρουσιάζουν οι άλλες χώρες) αλλά το αντίθετο φαινόμενο ισχύει για το νοσηλευτικό προσωπικό. Γενικότερα, οι χρήστες επιλέγουν και βασίζονται συχνά σε υπηρεσίες ιδιωτών (με εξαίρεση την ΤΦΥ), που αυξάνει την άμεση δαπάνη υγείας (two tiered symptoms).

Τελευταία, παρατηρείται η προσπάθεια δημιουργίας συνθηκών μερικού ανταγωνισμού (οιονεί αγορά), ένταξης κριτηρίων ποιότητας και αποδοτικότητας και υλοποίησης διαδικασιών αξιολόγησης του προσωπικού, κυρίως σε Ελλάδα και Πορτογαλία. Ταυτόχρονα, προχωράει η (καθυστερημένη αλλά απαραίτητη) ενσωμάτωση εφαρμογών τεχνολογίας και καινοτομίας (ΟΠΣΥ), η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, οι συνεργασίες με ιδιώτες, η μείωση στις λίστες αναμονής και η μετάθεση της διοίκησης και οργάνωσης σε managers σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας, με μερική αύξηση της νοσοκομειακής αυτονομίας.

## Κεφάλαιο 5ο – Ευρήματα

### 5.1 Σύγκριση συστημάτων υγείας

Αποτελεί κοινή παραδοχή ότι τα συστήματα υγείας υποβλήθηκαν σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις τις τελευταίες δεκαετίες. Εκ του αποτελέσματος, τα συστήματα που ακολουθούν το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismarck) αποδείχθηκαν λιγότερο επιρρεπή στις πολιτικές λιτότητας από αυτά που ακολουθούν ένα εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge). Ο αυξημένος ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων, η μη διάχυση της ευθύνης (με μείωση της ηθικής βλάβης), η μερική συμμετοχή του ασθενή στο κόστος, η μερική αυτονομία των ιδρυμάτων, η ευνοϊκότερη αποκέντρωση των συστημάτων Bismarck αντιπαρέρχεται στην ατελή χρηματοδότηση των σφαιρικών κλειστών προϋπολογισμών, την ανεπαρκή διαχείριση, την υπαλληλοποίηση και τους κανόνες δημόσιας υπηρεσίας (civil service rules) των συστημάτων Beveridge, δικαιολογώντας την δυνατότητα καλύτερης προσαρμοστικότητας των πρώτων.

#### 5.1.1 Πολιτική ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Στις περιόδους οικονομικών κρίσεων και πολιτικών μεταβολών θεωρείται αναμενόμενη μια ενδεχόμενη τάση των αρμοδίων για περικοπές στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, συγκρίνοντας τις περικοπές των προϋπολογισμών των κρατών μετά το 2009 δείχνει ότι ουσιαστικά υπάρχει μικρή σχέση μεταξύ ύφεσης και περικοπών στο κλάδο της υγείας. Η Αυστρία και η Γερμανία παρουσίασαν παρόμοιου μεγέθους ύφεση το 2008-09, αλλά στην Αυστρία οι ΔΔΥ μειώθηκαν, ενώ αντίθετα στη Γερμανία παρουσίασαν αύξηση. Γενικότερα, οι πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί κατά τη δημοσιονομική προσαρμογή σχετικά με τις ΔΥ, χαρακτηρίζονται από έντονη ανομοιομορφία και μεταβλητότητα. Ταυτόχρονα, ορισμένες χώρες έχουν επιτρέψει την αύξηση των ΣΔΥ παρά τις πιέσεις από την ύπαρξη κρατικών ελλειμμάτων και χρεών, με το σκεπτικό ότι η αύξηση των ΔΔΥ διευκολύνει τη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενισχύοντας την οικονομική ανάπτυξη και ευημερία. Παράλληλα, μια κατηγορία κρατών ακολουθεί τη δημοσιονομική εξυγίανση ως μέσο προώθησης μίας μελλοντικής ανάπτυξης, μειώνοντας τις ΔΔΥ μόνο σε πρώτη φάση.<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> Reeves 2013

Στην ελληνική περίπτωση οι ΣΔΥ αυξάνονταν με ρυθμό μεγαλύτερο του ΑΕΠ αλλά την περίοδο της κρίσης ακολούθησαν την πτωτική του τάση. Στο διάστημα 2009-11 το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 9,8% και η ΣΔΥ κατά 18,9%, ενώ στην περίοδο 2010-14 ο προϋπολογισμός για την υγεία μειώθηκε κατά 55%. Το 2012-13 οι δαπάνες υγείας (ΣΔΥ) απορρόφησαν το 8,65% του ΑΕΠ (ΕΕ στο 9,8%), ενώ η ΔΔΥ ως ποσοστό του ΑΕΠ προσέγγισε το 5,5%, (έναντι 7,8% στην Ε.Ε. και 8% στην Ευρωζώνη). Ταυτόχρονα, υπήρξε σημαντική μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, κυρίως της δημόσιας, η οποία από €5,3 δις (2008) κυμάνθηκε στα €2,0 δις (2015).

Έτσι, το σύστημα υγείας έφτασε να υποχρηματοδοτείται,<sup>105</sup> έχοντας να αντιμετωπίσει τα σημαντικά ελλείμματα στους προϋπολογισμούς του ΕΣΥ και των ταμείων υγείας από την προηγούμενη περίοδο. Οι ΔΥ από 6,5% αυξήθηκαν στο 7,2% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών (2009-14), ενώ, ταυτόχρονα, η Ελλάδα διατηρεί ένα υψηλό ποσοστό υγειονομικά ανασφάλιστου πληθυσμού (20%) και το 12.5% διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας είτε μόνη της, είτε συμπληρωματικά στη δημόσια ασφάλιση. Είναι προφανές ότι οι δυνατότητες της πολιτείας μετά το 2009 ελαχιστοποιήθηκαν στα πλαίσια της γενικότερης πολιτικής περιορισμού του δημοσιονομικού ελλείμματος και συγκράτησης των δαπανών.

## 5.2 Μετατόπιση συμπεριφοράς

Σχετικά με τους λειτουργικούς δείκτες, ο αριθμός των επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) τα έτη 2012-2013 παρουσίασε αύξηση 3,32%, στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) παρατηρήθηκε μείωση 3%, ενώ οι εσωτερικοί ασθενείς κατά τα έτη 2009-2013 σημείωσαν αύξηση περίπου 40%. Οι εργαστηριακές εξετάσεις μειώθηκαν (2013) από 152 σε 133 εκατ. (12,65%). Αυτή η μείωση των ΔΔΥ προσπάθησε να επικαλυφθεί με την εφαρμογή της πρακτικής του επιμερισμού του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

Με τη πολιτική επιμερισμού στο κόστος αυξάνεται η οικονομική επιβάρυνση του οικογενειακού εισοδήματος και μειώνεται η χρήση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (κυρίως στα άτομα με χαμηλά εισοδήματα). Η εισαγωγή των τελών χρήσης στην ΠΦΥ, μπορεί να επιδεινώσει την αποδοτικότητα των παροχών υγείας και να οδηγήσει σε αύξηση της χρήσης των δωρεάν (αλλά κοστοβόρων για τον

---

<sup>105</sup> OECD 2016

πάροχο) υπηρεσιών. Παράλληλα, μια πιθανή ανακατεύθυνση προς τις δημόσιες παροχές υγείας οδηγεί σε άμεση πτώση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα, γεγονός που επιφέρει μια σειρά συνεπειών όπως, μείωση της αποδοτικότητας, περιορισμός των διοικητικών δαπανών, επανεξέταση ή αναβολή των επενδύσεων, μείωση του προσωπικού και των υπηρεσιών, εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, απουσία νέων κινήτρων, πιθανές συγχωνεύσεις, μείωση εσόδων και, τελικώς, συρρίκνωση του παραγόμενου πλούτου.

Είναι γεγονός ότι η κρίση ανάγκασε τους καταναλωτές υγείας να αλλάξουν συμπεριφορά ως προς την λήψη υπηρεσιών υγείας και να στραφούν περισσότερο στις δημόσιες δομές υγείας, ώστε να μειώσουν την άμεση δαπάνη και το προαναφερθέν κόστος. Ταυτόχρονα, το μέσο κόστος ανά ασθενή (το 2009-12 μεταβλήθηκε από €1.351-1402 στα €814-873), το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η αδράνεια κλίνης, η μέση κάλυψη κλινών και η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκαν, συντελώντας στη (χρηματοδοτική) μείωση της ΔΔΥ, ενώ ο ρυθμός εισροής ασθενών και η πληρότητα κλινών στα δημόσια ιδρύματα παρουσίασαν θετική μεταβολή, επηρεάζοντας ακόμα περισσότερο την ποιότητα παροχής υπηρεσιών.<sup>106</sup>

Στη φαρμακευτική δαπάνη παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των πωλήσεων προϊόντων και των απασχολούμενων (περίπου 30%), απώλειες φορολογικών εσόδων, συρρίκνωση της εγχώριας παραγωγής (συνολικές απώλειες σχεδόν €500 εκ.). Σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα, το μερίδιο αγοράς που κατέχουν παραμένει περιορισμένο λόγω έλλειψης κινήτρων και αδυναμίας ελέγχου του φαινομένου της υποκατάστασης φθηνότερων γενόσημων από ακριβότερα. Η συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων αυξήθηκε από 12,8% σε 29% (2012-14), με αποτέλεσμα αρκετοί συνταξιούχοι και άνεργοι να αναφέρουν ανησυχία για την πληρωμή των φαρμάκων, ενώ το 30% καλύπτει ίδια δαπάνη την αγορά.

### **5.3 Επιπτώσεις της κρίσης**

Συμπερασματικά, η πολιτική υγείας δεν συμπίπτει πάντα με το μεγάλο εύρος στρατηγικών επιλογών αλλά περιορίζεται στα πλαίσια διοικητικών και οργανωτικών παρεμβάσεων. Παρά τις διακηρύξεις για προτεραιότητα στις πολιτικές πρόληψης, προαγωγής υγείας και υιοθέτησης υγιεινών τρόπων ζωής, το σύνολο των πολιτικών

---

<sup>106</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

αυτών εξακολουθεί να υποχρηματοδοτείται (3% των ΣΔΥ). Επιπλέον, οι συχνές διασυνοριακές και επιδημικές κρίσεις δοκιμάζουν τη βιωσιμότητα και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών ΔΥ. Συνεπώς, το ΕΣΥ δέχεται συνεχείς προκλήσεις εξαιτίας των άμεσων συνεπειών της οικονομικής κρίσης και των δημοσιονομικών περιορισμών στη χρηματοδότηση.

Οι επιπτώσεις<sup>107</sup> της κρίσης στην υγεία των πολιτών είναι σημαντικές και συνοψίζονται επιγραμματικά:

- Ζήτηση και λήψη μειωμένης ιατρικής περίθαλψης και, συνεπώς, επιδείνωση της υγείας, ιδιαίτερα για τα κατώτερα στρώματα, με το ποσοστό που δηλώνει ότι πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση να έχει αυξηθεί κατά 24% (2009-14).<sup>108</sup>
- Προβληματική πρόσβαση και χρηματοδότηση στο φάρμακο. Όσο αφορά τη πρόσβαση, τα σημαντικότερα προβλήματα αντιμετωπίζουν οι άνεργοι (37,6%), οι ελεύθεροι επαγγελματίες (25%) και οι συνταξιούχοι (24%), ενώ όσον αφορά στην στέρηση ειδών πρώτης ανάγκης οι άνεργοι (30,4%), οι νοικοκυρές (30%) και οι συνταξιούχοι (28,4%).<sup>109</sup>
- Αυξάνεται η επιβάρυνση των πολιτών από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και τις άτυπες πληρωμές σε όλες τις εισοδηματικές κατηγορίες.
- Μετατόπιση της συμπεριφοράς υγείας από την εξωνοσοκομειακή στη νοσοκομειακή φροντίδα και αυξημένη πιθανότητα προκλητής ζήτησης από τους θεράποντες ιατρούς.
- Δυσχέρεια κάλυψης των εισφορών υγείας από τα ταμεία εξαιτίας μειωμένων εισφορών και, ταυτόχρονη, ανάγκη για πρόσβαση και περίθαλψη σε αυξημένο αριθμό ανασφάλιστων πολιτών.
- Επίπτωση στις ΔΔΥ του κράτους. Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανά το κράτος για την υγεία μειώθηκε, ενώ υπολογίζεται ότι ο προϋπολογισμός υγείας την περίοδο 2010-14 μειώθηκε κατά 55%.

Ταυτόχρονα, δημογραφικοί, επιδημιολογικοί, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες ασκούν άμεσες ή έμμεσες πιέσεις, σε συνδυασμό με την επιταχυνόμενη είσοδο εξειδικευμένων προϊόντων τεχνολογιών Υγείας με υψηλό κόστος χρήσης και επένδυσης. Επιπρόσθετα, οι αυξημένες προτιμήσεις, απαιτήσεις, ανάγκες και

---

<sup>107</sup> ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

<sup>108</sup> ΕΛΣΤΑΤ 2015

<sup>109</sup> ΙΚΠΙ 2015



προσδοκίες των χρηστών επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργία και τη βιωσιμότητα των Σ.Υ. Απαιτούνται, συνεπώς, απαντήσεις και λύσεις για τις ανισότητες πρόσβασης των ασθενών σε καινοτόμα προϊόντα και υπηρεσίες, την καθολική κάλυψη ομάδων ηλικιωμένων και χρόνιων ασθενών, την ενημερωμένη πληροφόρηση των χρηστών, την υποχρηματοδότηση και αποδοτικότητα των δημόσιων φορέων και την αντιμετώπιση των σύγχρονων προκλήσεων της ΠΦΥ και της ΔΥ.

## Κεφάλαιο 6ο Προτάσεις

### **6.1 Προτάσεις για βιώσιμη χρηματοδότηση και ανάπτυξη του ΕΣΥ**

Η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού αναφοράς προϋποθέτει την οικονομικά αποδοτική και κλινικά αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας, το οποίο οφείλει να προσφέρει ισότιμα υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες. Οι χρόνιες, όμως, παθολογίες (έλλειψη βιώσιμου σχεδιασμού, ανεπαρκής διοίκηση, υποβαθμισμένη ποιότητα, υποχρηματοδότηση κ.ά.) και η επιπρόσθετη έλλειψη υλικών, οικονομικών και ανθρώπινων πόρων λόγω οικονομικής κρίσης, καθιστούν τη λειτουργία του Ε.Σ.Υ ιδιαίτερα προβληματική. Το γεγονός αυτό έχει άμεσες επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και, ιδιαίτερα, των φτωχότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης προτείνεται μία σειρά προτάσεων, με κάποιες να έχουν άμεσο δυνητικό ορίζοντα εφαρμογής και άλλες να συναρτώνται άμεσα ή έμμεσα από τις εκάστοτε δημοσιονομικές δυνατότητες.

Η υγεία αποτελεί συνάρτηση διαφόρων παραγόντων οι οποίοι δύνανται να κατηγοριοποιηθούν σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους.<sup>110</sup> Στην ανάγκη για βιώσιμη χρηματοδότηση των ΣΥ αναφέρονται μία σειρά μέτρων με άξονα την ενσωμάτωση παραγωγικών συντελεστών προς ένα υπόδειγμα με ενισχυμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με χαμηλότερης έντασης αλλά ισοδύναμου προϊόντος τεχνολογία και με προαγωγή της δημόσιας υγείας και συμμετοχή των υγειονομικών στελεχών και της κοινότητας στην υλοποίηση των προγραμμάτων υγείας. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία η συμμετοχή του ευρύτερου πληθυσμού χρηστών (πολιτών) στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας και η διατομεακή συνεργασία όλων των μερών της οικονομικής και κοινωνικής ζωής.

Μία ήπια μετατόπιση από την αρχή της καθολικότητας στην αρχή της επιλεκτικότητας (μη αμφισβητώντας την αξία της πρώτης) και από την οριζόντια ισότητα στη κατακόρυφη<sup>111</sup> με βάση τις βασικές ανάγκες, μπορεί να συνεισφέρει στην βιώσιμη χρηματοδότηση, με διατήρηση της καθολικής κάλυψης για τις βασικές ανάγκες. Σε αυτό δύναται να συνεισφέρει η εξάλειψη των κατακερματισμένων και

---

<sup>110</sup>Van der Ven and Ellis, 2000

<sup>111</sup>Doc Player, στο: <http://docplayer.gr/9726549-Systima-vgeias-vs-iatrikis-perithalpsi.html> (τελ. πρ. 11/12/19)

περίπλοκων συστημάτων αποζημίωσης και ο εξορθολογισμός των δαπανών. Σημαντικός είναι, ακόμα, ο έλεγχος της διαφάνειας των εξωνοσοκομειακών και νοσοκομειακών προϋπολογισμών από μία ανεξάρτητη αρχή (μείωση διαφθοράς διαγωνισμών ή άτυπων πληρωμών) και η ενσωμάτωση των ιδιωτικοοικονομικών κριτηρίων και κινήτρων σε θεσμικό πλαίσιο ελεγχόμενου ανταγωνισμού, πάντα με όρους εξασφάλισης της ισοτιμίας και της διανεμητικής δικαιοσύνης. Σε αυτή την κατεύθυνση απαραίτητη θεωρείται η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας με εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και χρηματοδότησης.

Ωφέλιμη χαρακτηρίζεται η εισαγωγή της τεχνολογικής και φαρμακευτικής καινοτομίας<sup>112</sup> με την εφαρμογή λύσεων ΟΠΣΥ και τηλεϊατρικής, που εξασφαλίζουν ότι χρήστες και ιατροί συνδέονται και επικοινωνούν κάθε στιγμή. Παράλληλα, η φαρμακευτική πολιτική οφείλει να ικανοποιεί την τιμολόγηση, την επιστροφή δαπανών, την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και του κόστους των νέων φαρμάκων, ώστε να εξετάζεται εάν η υφιστάμενη νομοθεσία ικανοποιεί τη μέγιστη πρόσβαση και διαθεσιμότητα των φαρμάκων. Σκοπός αποτελεί η αδειοδότηση νέων φαρμάκων, με όρους ισότιμης πρόσβασης, εγγύησης ενός υψηλού επιπέδου ασφάλειας και αντιπροσωπευτικής τιμολόγησης (κριτήρια προστιθέμενης θεραπευτικής αξίας των φαρμάκων).<sup>113</sup>

Στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών συντελεί η συγκρότηση μίας τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας (evidence - based health policy),<sup>114</sup> με σκοπό τη διασφάλιση της αυτονομίας, της ισοτιμίας, της ιατρικής αριστείας, της οικονομικής αποδοτικότητας και της ποιότητας και ανταποδοτικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Αν μάλιστα αυτό συνδυαστεί με έναν προσανατολισμό στην εκτίμηση των πραγματικών αναγκών<sup>115</sup> (άμεσων ή έμμεσων), τότε η ποιότητα των παροχών υγείας δύναται να αυξηθεί περισσότερο. Προφανώς αυτό απαιτεί μία προσέγγιση ασθενοκεντρική και μία ενδυνάμωση του τομέα της δημόσιας υγείας (ΔΥ) (μέτρα υγιεινής και πρόληψης, εμβολιασμοί).

Συγκεκριμένα μέτρα, επίσης, αποτελούν η διαδικασία αποκέντρωσης και επαναπροσδιορισμού του ρόλου του νοσοκομείου, τα δίκτυα οριζόντιας συνεργασίας

---

<sup>112</sup> Εφημερίδα Ε.Ε. (σ. 12-15)

<sup>113</sup> Εφημερίδα Ε.Ε. (σ. 12-15)

<sup>114</sup> Σουλιώτης, 2019

<sup>115</sup> Doc Player, στο: <http://docplayer.gr/9726549-Systima-vgeias-vs-iatrikis-perithalpsi.html> (τελ. πρ. 11/12/19)

και η ίδρυση εξωνοσοκομειακών θεσμών.<sup>116</sup> Στην επιθυμητή μετατόπιση των δαπανών μπορεί να συνεισφέρει, επιπλέον, η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση,<sup>117</sup> ο εξορθολογισμός της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας (βάση δεικτών και κριτηρίων ποιότητας) και συγκεκριμένα μέτρα πολιτικής υγείας με περικοπές σε συγκεκριμένους τομείς (μείωση γραφειοκρατίας και επαρκή μηχανογράφηση) και αυξήσεις σε άλλους (κλινική αριστεία, κριτήρια έννομου ανταγωνισμού).

Η βιβλιογραφία<sup>118</sup> παραπέμπει σε κλινικά πρωτόκολλα, σε διαγνωστικά εργαλεία (DRGs), σε κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines), σε ροές περίθαλψης και κλινικά μονοπάτια (clinical pathways), σε εξατομικευμένη διαχείριση (case management) και σε διαχείριση της ροής ασθενών (gatekeeping). Από διοικητική πλευρά προτείνονται το μανάτζμεντ συμβάσεων (contracting),<sup>119</sup> τα εργαλεία διαχείρισης δικτυωμένων δομών και οι κοινοτικές οδηγίες (Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων). Από οικονομικής πλευράς, οι οικονομίες κλίμακας, οι αξιολογημένοι προϋπολογισμοί και η αποζημίωση να προσανατολίζεται βάση περιστατικού, κατηγορίας ή ποιοτικών δεικτών, δηλαδή την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Γενικότερα, τα μέτρα αποσκοπούν στη μείωση των δαπανών και την βελτίωση των παροχών με στόχο την οικονομική προστασία των πολιτών, την αποδοτικότητα των νέων υπηρεσιών και την ποιοτική ανταποκρισιμότητα του ΣΥ. Η βιωσιμότητα ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει την ισοτιμία και διαφάνεια των υπηρεσιών και τη διαρκή αξιολόγηση των παρόχων υγείας. Προς αυτή τη κατεύθυνση η εισαγωγή ιδιωτικοοικονομικών κριτηρίων και κινήτρων ανταγωνιστικότητας σε ένα δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας με χρηματοδότηση από φορολογικά (κυρίως) έσοδα<sup>120</sup> παρουσιάζει μεγαλύτερη ανταπόκριση στις δημοσιονομικές ανάγκες.<sup>121</sup> Έτσι, διασφαλίζεται η δημοσιονομική επάρκεια του συστήματος με κλειστούς

---

<sup>116</sup>Αναφέρθηκαν προηγουμένως στην εργασία

<sup>117</sup>Doc Player, στο: <http://docplayer.gr/9726549-Systima-ygeias-vs-iatrikis-perithalpsi.html> (τελ. πρ. 11/12/19)

<sup>118</sup>Doc Player, στο: <http://docplayer.gr/9726549-Systima-ygeias-vs-iatrikis-perithalpsi.html> (τελ. πρ. 11/12/19)

<sup>119</sup>Doc Player, στο: <http://docplayer.gr/9726549-Systima-ygeias-vs-iatrikis-perithalpsi.html> (τελ. πρ. 11/12/19)

<sup>120</sup> Σουλιώτης 2019

<sup>121</sup> Λιαρόπουλος στο <http://www.hba.gr/5Ekdosis/UplPDFs/svlltomos14/415-434%20Liaropoulos%202014.pdf> (τελ. πρ. 11/12/19)

προϋπολογισμούς στη διεύθυνση παροχής και εντάσσονται στο σύστημα υγείας οι διαθέσιμοι πόροι (δημόσιοι, ιδιωτικοί), εφόσον πληρούν τα κριτήρια ποιότητας και ανταγωνιστικότητας.

## 6.2 Μοντέλο χρηματοδότησης

Με δεδομένο το υψηλό ποσοστό ανεργίας, δεν καλύπτεται η ασφάλιση υγείας από τις εισφορές εργασίας, αφού το ενεργά απασχολούμενο δυναμικό είναι σχετικά μικρό<sup>122</sup> με 3,5 εκ. εργαζόμενους να κρίνονται λίγοι για να καλύψουν εισφορές και κόστος 2,9 εκ. συνταξιούχων και 1,4 εκ. ανέργων.<sup>123</sup> Συνεπώς, μία λύση αποτελεί η κατάργηση ή μείωση των ασφαλιστικών εισφορών και η καθιέρωση ενιαίας ασφάλισης υγείας για όλους τους πολίτες μέσω της φορολογίας. Στη προκειμένη περίπτωση το όφελος εντοπίζεται στην αποφόρτιση της σύνδεσης της περίθαλψης με την απασχόληση, στην μικρή ενίσχυση του εισοδήματος και έμμεσα της ανταγωνιστικότητας και παραγωγικότητας της πραγματικής οικονομίας.<sup>124</sup>

Μία επιπρόσθετη λύση αποτελεί η θεσμοθέτηση ελεγκτικών μηχανισμών υπό την αιγίδα ενός ανεξάρτητου φορέα (αρχή διαφάνειας) με στόχο την ενδυνάμωση της διαύγειας και της έννομης ανταγωνιστικότητας του τομέα υγείας, απαγκιστρώνοντας τον από τον κομματικό ή συντεχνιακό παρεμβατισμό.<sup>125</sup> Παράλληλα, έτσι θα προαχθεί η υιοθέτηση διαφανών διαγωνισμών και ευνοείτε η μείωση των άτυπων μορφών πληρωμών και η σταδιακή συρρίκνωση της διαφθοράς.<sup>126</sup> Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη στελέχωση του νοσοκομειακού τομέα με διαφανείς ηλεκτρονικές προσλήψεις και πολιτικά αξιοκρατικά κριτήρια. Επαγγελματίες χάραξης πολιτικής υγείας και διοικήσεις με γνώσεις στρατηγικού σχεδιασμού και οικονομικών της υγείας αποτελούν μία βέλτιστη λύση.

Στο μοντέλο προκρίνεται το κύριο μέρος (75-80%) του προϋπολογισμού και η ευθύνη διαχείρισης να διανέμεται στη τοπική αυτοδιοίκηση (ΤΑ) (σκανδιναβικό μοντέλο), ενώ σημαντικό ρόλο επιτελεί ο γενικός ιατρός ως θυροφύλακας (GP) και η άρτια ενσωμάτωση της ηλεκτρονικής μηχανογράφησης και των πληροφορικών μέσων. Σημαντική θεωρείται η έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή με υποχρεωτική

---

<sup>122</sup> Σίσκου 2009

<sup>123</sup> ΕΛΣΤΑΤ 2015

<sup>124</sup> Σουλιώτης 2019

<sup>125</sup> Κυριόπουλος 2007

<sup>126</sup> WHO 2010

εισαγωγή στο νοσοκομείο μέσω της ΠΦΥ ή του γενικού ιατρού. Παράλληλα, προτείνεται η καθιέρωση επείγουσας φροντίδας με δημιουργία αυτόνομων ΤΕΠ 24/7 (συνεχής λειτουργία) μόνο για έκτακτα με κατάργηση εφημεριών. Συνεργατικά δρα η εστίαση των δράσεων σε ευαίσθητες ομάδες (άνεργοι, χρόνιοι πάσχοντες, ηλικιωμένοι) και στους κύριους παράγοντες κινδύνου (χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, κάπνισμα κτλ.).

Στη διαδικασία αύξησης της αποδοτικότητας προτείνεται η εισαγωγή ιατρικών πρωτοκόλλων με στόχο την βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων (KENDRGs), η εύρεση κινήτρων αποτελεσματικότητας οικονομικής ή κοινωνικής φύσεως (επιδοτούμενα προγράμματα), η εισαγωγή πιστοποιητικών ποιότητας και η διασπορά αρμοδιοτήτων στη λήψη των αποφάσεων (προσέγγιση του γερμανικού μοντέλου) με σκοπό τη μείωση του κρατικού παρεμβατισμού. Συνεπώς, είναι επιτακτική η κριτική αξιολόγηση σχετικά με το ποιες υπηρεσίες υγείας κρίνονται πιο απαραίτητες. Μία πρόταση αποδοτικής χροιάς για την χρηματοδότηση της υγείας αποτελεί η αύξηση των φόρων κατανάλωσης μέσωσων πολυτελείας.<sup>127</sup>

Άλλα ωφέλιμα μέτρα αποτελούν η ελεύθερη επιλογή ιατρού από τον χρήστη, η εισαγωγή ελεγχόμενου ανταγωνισμού μεταξύ των ιδρυμάτων, η πρωτοποριακή χρηματοδότηση βάσει επενδύσεων και κινήτρων παραγωγικότητας.<sup>128</sup> Λύσεις που βασίζονται σε κουπόνια (vouchers) αγοράς υπηρεσιών υγείας από ασφαλιστικές εταιρείες (πρώτο επίπεδο ανταγωνισμού μεταξύ εταιρειών για προσέλκυση), οι οποίες με τη σειρά τους θα αγοράζουν υπηρεσίες από ελεύθερα νοσοκομεία και ιατρούς υπό τους καλύτερους δυνατούς όρους (δεύτερο επίπεδο ανταγωνισμού μεταξύ μονάδων και ιατρών). Γεννιούνται, εδώ, κίνδυνοι που μπορεί να αναλάβει απευθείας το κράτος ή να βρει άλλη πρόσφορη λύση, αναγκάζοντας τις εταιρείες να δεχθούν μέρος των κινδύνων με ειδική ρήτρα συμβολαίου.

Διαχωρισμός του αγοραστή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) από τους παρόχους (ιδρύματα) και σύνδεση της χρηματοδότησης με την αποδοτικότητα των ιδρυμάτων. Πρόσφατα υπολογίστηκε με την μέθοδο Data Envelopment Analysis η απόδοση των μονάδων του ΕΣΥ, ώστε να προσδιοριστεί η σχετική απώλεια πόρων από την αναποτελεσματική λειτουργία του συστήματος. Στα πλαίσια αυτά η τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency) του εκάστοτε νοσοκομείου σταθμίστηκε στο 60-

---

<sup>127</sup> Σουλιώτης 2019

<sup>128</sup> WHO 2010

65%.<sup>129</sup> Η εξάλειψη της αναποτελεσματικότητας στην διαχείριση των λειτουργικών εξόδων στο ΕΣΥ, συμπεριλαμβανομένου του ανθρώπινου δυναμικού, συνεπάγεται μια εξοικονόμηση πόρων €600 εκατ. (για βελτίωση της μέσης αποδοτικότητας 25-30%).

Επιπλέον, προτείνεται η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος (επιμερισμός κόστους) με κριτήρια εισοδηματικής πολιτική<sup>130</sup> και η δυνατότητα συμπληρωματικής ιδιωτικής χρηματοδότησης, ενώ η καθολική παροχή υπηρεσιών υγείας ευνοεί πολύπλευρα το σύνολο του κοινωνικού ιστού.<sup>131</sup> Απαραίτητη προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα του μοντέλου αποτελεί η συλλογή επαρκών χρηματοδοτικών πόρων. Συνεπώς, η βελτίωση του εισπρακτικού μηχανισμού αυξάνει τα διαθέσιμα κεφάλαια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αγορά ή παροχή υπηρεσιών εκ μέρους του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, ένα ενιαίο βασικό πακέτο παροχών υγείας για όλους τους χρήστες με αξιοποίηση της ιδιωτικής ασφάλισης ως συμπληρωματικής και κάλυψη από τον τακτικό σφαιρικό προϋπολογισμό αναλογικά με το ατομικό φορολογητέο εισόδημα κρίνονται απαραίτητες.

### 6.2.1 Συμπράξεις

Σημαντικό μέρος στο εγχείρημα αποτελεί η ένταξη του ιδιωτικού τομέα στο πλαίσιο κοινών κανόνων και θεσμικών ρυθμίσεων με τον δημόσιο, ώστε να προαχθεί η συμπληρωματικότητα, η χρηματοδότηση, η βιωσιμότητα και η συνεργασία (ΣΔΙΤ), με κριτήρια (οιονεί) αγοράς και αποδοτικότητας υπηρεσιών, ιδιαίτερα σε τομείς όπου ανεπαρκεί διαχρονικά ο δημόσιος τομέας. Επιπρόσθετα, μία ενδεχόμενη κοινοπραξία θα ενσωμάτωνε τον δημόσιο φορέα σε ένα υβριδικό μοντέλο, όπου δύναται η παρουσία δημόσιων χαρακτηριστικών με ιδιωτικά κριτήρια λειτουργίας ή ποιότητας (μία μορφή ιδιωτικοποίησης) με αποτέλεσμα την δημιουργία ανταποδοτικών μονάδων υγείας με βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων.

Όσο αφορά, συνεπώς, την οικονομική συνιστώσα προκρίνεται η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού φορέα (ΣΔΙΤ), με ταυτόχρονη ενσωμάτωση ενός κατάλληλου βαθμού ιδιωτικοποιήσεων (3 δυνατές μορφές, π.χ. πώληση υπηρεσιών σε ιδιώτες ή ασφαλιστικές εταιρίες) και υιοθέτηση στοιχείων αγοράς με σκοπό την δημιουργία

---

<sup>129</sup> ΕΣΔΥ 2011

<sup>130</sup> Σουλιώτης 2019

<sup>131</sup> Marmot 2010

υπηρεσιών οιονεί αγορών (υβριδικό μοντέλο).<sup>132</sup> Το μοντέλο των συμπράξεων στην Αγγλία προϋποθέτει τη δημιουργία "Ανώνυμης Εταιρείας Ειδικού Σκοπού" (ισότιμη συμμετοχή από μία κατασκευαστική και μία εταιρεία συμβούλων), που διαπραγματεύεται δάνεια με χρηματοπιστωτικά ιδρύματα.

Κατόπιν, η εταιρία σχεδιάζει, χρηματοδοτεί και κατασκευάζει μέσα σε προσυμφωνημένα πλαίσια (κόστος κεφαλαίου κατασκευής) προσφέροντας υπηρεσίες υγείας. Η πρωτοβουλία περιλαμβάνει θετικές εμπειρίες, όπως το πανεπιστημιακό νοσοκομείο «Norfolk and Norwich»,<sup>133</sup> το μεγαλύτερης κλίμακας έργο που πραγματοποιήθηκε μέσω της πρωτοβουλίας ιδιωτικής χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας, προσφέροντας θεραπείες σε 700.000 ασθενείς (ετησίως), με το κόστος της ιδιωτικής χρηματοδότησης να κυμαίνεται στα €48 εκατ., ενώ ο προϋπολογισμός ανέρχεται σε €364 εκατ. (ετησίως).

Περιπτώσεις συμπράξεων στην Υγεία υπάρχουν και σε άλλες χώρες (Ισπανία, Γαλλία, Γερμανία, Πορτογαλία, Σουηδία). Στην Πορτογαλία, το νοσοκομείο Cascais αποτέλεσε την πρώτη ΣΔΙΤ, ακολουθούμενο από τα νοσοκομεία Braga university, Loures και Vila Franca.<sup>134</sup> Το Υπουργείο Υγείας έχει δημοσιεύσει περίπου εκατό δείκτες απόδοσης, συγκρίνοντας τα νοσοκομεία που λειτουργούν στα πλαίσια μιας σύμπραξης με τα αμιγώς δημόσια νοσοκομεία, με αρκετά ευνοϊκά αποτελέσματα για τις ΣΔΙΤ. Μία ΣΔΙΤ (περίπτωση μελέτης κατά τον ΠΟΥ)<sup>135</sup> αποτελεί το νοσοκομείο Solna Karolinska και βασίστηκε στο τρίπτυχο κόστος-παροχή-ποιότητα (Certainty of cost-Certainty to deliver-Better value). Αποτελεί τη πρώτη σουηδική ΣΔΙΤ Υγείας, με σκοπό να αυξηθεί η αποδοτικότητα και η παροχή περίθαλψης, έρευνας και εκπαίδευσης σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Karolinska.

Απαραίτητη προϋπόθεση μίας επιτυχούς συνεργασίας ΣΔΙΤ αποτελεί η προκύπτουσα οικονομική αποδοτικότητα για το δημόσιο και το ιδιωτικό τομέα (value for money). Οι ρυθμιστικές και κανονιστικές αλλαγές πραγματοποιούνται από θεσμικούς φορείς με διακριτούς ρόλους, ώστε να εξασφαλίζεται η προστιθέμενη αξία για το δημόσιο τομέα, να επιμερίζεται το επενδυτικό ρίσκο και να διασφαλίζεται η λογοδοσία. Στα πλεονεκτήματα των ΣΔΙΤ αναγνωρίζεται η χρηματοδοτική ευελιξία του δημοσίου και η συρρίκνωση της γραφειοκρατίας. Παράλληλα, μειώνονται,

---

<sup>132</sup> Πετμεζίδου 2015

<sup>133</sup> EPOS 2013

<sup>134</sup> EPOS 2013

<sup>135</sup> WHO publication (2009) Capital Investment for Health



θεωρητικά, τα κακώς κείμενα του μη παραγωγικού συνδικαλισμού και αυξάνεται η εξωστρέφεια και επιχειρηματικότητα του δημοσίου φορέα.

Το νέο ρυθμιστικό πλαίσιο ενδυναμώνει τον έννομο ανταγωνισμό, ελαχιστοποιώντας το κίνδυνο σύγκρουσης συμφερόντων, διαφθοράς και μη ορθής συμπεριφοράς από τα θιγόμενα μέρη. Για αυτόν τον λόγο, οι κυβερνήσεις οφείλουν να τηρούν τις αρχές της Ανοιχτής Διακυβέρνησης<sup>136</sup> (διαφάνεια διαγωνισμών). Με την υιοθέτηση των ΣΔΙΤ προσφέρεται μία μεγιστοποίηση του επενδυτικού κεφαλαίου και των ευκαιριών, μείωση του κινδύνου επένδυσης του κεφαλαίου, καθώς και διεύρυνση των άμεσων επενδυτικών επιλογών του ιδιωτικού τομέα. Το βασικότερο πλεονέκτημα, όμως, των ΣΔΙΤ είναι ο επιμερισμός κινδύνου ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό εταίρο και οι ρυθμίσεις επιμερισμού κινδύνου (risk sharing arrangements).<sup>137</sup>

### 6.2.2 ΗΜΟ

Ενδιαφέρον πείραμα αποτελούν οι Health Maintenance Organisations (**ΗΜΟ**, Οργανώσεις Διατήρησης της Υγείας). Πρόκειται για επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας που λειτουργούν με συνδρομητές-ασφαλισμένους που πληρώνουν ένα ετήσιο ασφάλιστρο. Η ΗΜΟ αναλαμβάνει την ευθύνη να καλύψει τις ανάγκες υγείας των συνδρομητών, λειτουργώντας ταυτόχρονα, τόσο ως ασφαλιστής όσο και ως πάροχος. Έτσι, προσφέρει την βέλτιστη περίθαλψη στην χαμηλότερη δυνατή τιμή υπό την πίεση του ανταγωνισμού. Οι ιατροί αναγκάζονται να περιορίσουν τις σπατάλες πόρων αλλά όχι τις αναγκαίες δαπάνες (έλεγχος ποιότητας). Οι ασθενείς εξυπηρετούνται ικανοποιητικά αλλά συμφέρον της επιχείρησης είναι να μην νοσηλεύονται περισσότερο διότι αυξάνονται οι περιττές δαπάνες. Οι μελέτες έδειξαν 20-40% χαμηλότερο κόστος ποιοτικής περίθαλψης.<sup>138</sup>

Στα πλεονεκτήματα των ΗΜΟs αναγνωρίζεται η δυνατότητα μείωσης του όγκου και της έντασης της φροντίδας, αφού δεν έχουν κανένα όφελος ή κίνητρο να παρέχουν περιττές υπηρεσίες υγείας, κάτι που αποφέρει σημαντική συγκράτηση του κόστους. Ταυτόχρονα, έχουν τη δυνατότητα αντικατάστασης των κοστοβόρων υπηρεσιών με χαμηλότερου κόστους, ενώ προσανατολίζουν την κλινική δράση προς

---

<sup>136</sup> Open Government Partnership (OGP), στο: <http://www.opengovpartnership.org/> (τελ.

πρ.31/12/19)

<sup>137</sup> Παπαδονικολάκη 2015

<sup>138</sup> Μπαρμπής 2001

υπηρεσίες προαγωγής της προληπτικής φροντίδας και αντικατάστασης ακριβών υπηρεσιών (και προϊόντων) με χαμηλότερου κόστους λειτουργικά ισοδύναμα (π.χ. γενόσημα), εξοικονομώντας μακροπρόθεσμα πόρους.

Επίσης, οι HMOs εξαιτίας του μεγέθους δύνανται να χρησιμοποιούν αποδοτικότερα τις διαθέσιμες υπηρεσίες, συμβάλλοντας με μικρότερες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και διαπραγματεύονται μειωμένες τιμές με τους προμηθευτές. Συνεπώς, ευκολότερα απολαμβάνουν οικονομίες κλίμακας, μειώνοντας το κόστος για τους ασφαλισμένους. Οι HMOs έχουν σαφή κίνητρα για τη μέτρηση της λειτουργίας και την ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχων της ιατρικής συμπεριφοράς (Διαδικασίες Ελέγχου Χρήσης-Utilization Review (UR)), ενώ, συχνά, υιοθετούν και διαχειρίζονται αποδοτικότερα τη νέα τεχνολογία υγείας.

Στα αρνητικά, η κριτική επικεντρώνεται στα ζητήματα του κίνδυνου της ανεπαρκούς παροχής υπηρεσιών υγείας και στη δυνατότητα που έχουν οι HMOs να επιλέγουν τα ασφαλισμένα μέλη. Επίσης, αναφέρονται η μειωμένη ελευθερία επιλογής ιατρού και μία σχετική έλλειψη ενημέρωσης και πληροφόρησης. Ιδιαίτερα σε μια κοινωνία που δεν ανέχεται εύκολα περιορισμούς, οι ταχύτερα αναπτυσσόμενοι τύποι HMOs είναι αυτοί που προσφέρουν ευρύτερες δυνατότητες επιλογής. Τέλος, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ελέγχων της συμπεριφοράς του ιατρού, με άμεσες επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή και έμμεσες στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών.<sup>139</sup>

Συμπερασματικά προκρίνεται ένα μικτό μοντέλο χρηματοδότησης που βασίζεται στην συμμετοχή και τον επιμερισμό του κόστους, στην αναβάθμιση της ΠΦΥ και του ρόλου της ΤΑ, στην επιλεκτική είσοδο κριτηρίων αγοράς (οιονεί αγορά), στη καινοτόμο χρηματοδότηση από συμπράξεις φορέων (ΣΔΙΤ) και στη ενσωμάτωση των πληροφοριακών συστημάτων. Ένα μοντέλο το οποίο δανείζεται στοιχεία από το βρετανικό, το γερμανικό και το σκανδιναβικό σύστημα χρηματοδότησης της υγείας.<sup>140</sup>

---

<sup>139</sup> HMO 2019, στο: <https://thrive.kaiserpermanente.org/thrive-together/health-care-101/hmo-vs-ppo-advantages> (τελ.πρ. 31/12/19)

<sup>140</sup> Σχετικά με πρόσφατες αλλαγές (1997-σήμερα) των συστημάτων υγείας

### 6.3 Χρηματοδοτική Βελτίωση του ΕΣΥ

Συγκεκριμένα, η λειτουργία του ενιαίου ασφαλιστικού ταμείου (ΕΟΠΥΥ) με τη μορφή μονοφωνίου που αναλαμβάνει την αγορά υπηρεσιών υγείας καθιστά απαραίτητη την αναδιοργάνωση του συστήματος ΠΦΥ και την εισαγωγή κινήτρων, ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα, αναφορικά με την ΠΦΥ, προτείνεται η δημιουργία συνθηκών ημι-αγοράς (οιονεί) με την εισαγωγή προϋποθέσεων ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών και την ταυτόχρονη καθιέρωση σφαιρικών προϋπολογισμών (global budgeting) σε επίπεδο νομού, για το σύνολο των ΔΥ. Το σύστημα αυτό εκτιμάται ότι θα βελτιώσει την παραγωγική και την αναδιανεμητική πολιτική.

Αναφορικά με την οργάνωση της νοσοκομειακής φροντίδας, απαιτείται η μεταβολή του προτύπου οργάνωσης και λειτουργίας σε μια επιχειρησιακή βάση, δηλαδή η λειτουργία των ιδρυμάτων με εκτεταμένη αυτονομία και ευθύνη (self governing) και η άσκηση της διοίκησης από εξειδικευμένα στελέχη. Σημαντικό ρόλο προς αυτή την κατεύθυνση έχουν ο ανασχεδιασμός στην οργάνωση και τη λειτουργία με την ανάπτυξη σύγχρονων προτύπων, η εφαρμογή κλινικής διοίκησης, η ενίσχυση των αρμοδιοτήτων και των μέσων λήψης αποφάσεων της ιατρικής ιεραρχίας καθώς και η υποκατάσταση υπηρεσιών με εναλλακτικά πρότυπα λειτουργίας (χειρουργεία ημέρας, κατ' οίκον φροντίδα υγείας).

Επιπλέον, προτείνεται η ριζική αλλαγή του συστήματος χρηματοδότησης με την εγκαθίδρυση προοπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών, ώστε να αποφευχθεί ο ηθικός κίνδυνος σε βάρος της ασφάλισης υγείας και την αποζημίωση με βάση τις ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs). Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η πλήρης εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και της αναλυτικής λογιστικής, η βελτίωση του υφιστάμενου συστήματος προμηθειών των νοσοκομείων και η εισαγωγή διαδικασιών logistics στην διαχείριση του φαρμάκου και του υγειονομικού υλικού με στόχο την αποτελεσματικότερη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των δημοσίων νοσοκομείων.

Υπό το πρίσμα αυτό, ο εξορθολογισμός της δαπάνης μπορεί να επιτευχθεί κυρίως με την ορθολογική διάχυση και αξιολόγηση της φαρμακευτικής τεχνολογίας και ενδεχομένως με την εισαγωγή ορθολογικού σχήματος θετικής και αρνητικής συνασφάλισης, τα οποία συμβάλλουν στην ισορροπία ζήτησης και συνταγογράφησης. Παράλληλα, ο σχεδιασμός της ασφαλιστικής κάλυψης των

φαρμάκων οφείλει να διευκολύνει την έκφραση των προτιμήσεων των χρηστών, τις επιλογές των παρόχων και τη χρήση των πόρων από μέρους των ασφαλισμένων και να μην προκαλεί εμπόδια εισόδου στην αγορά ή αλλοιώσεις των τιμών, οι οποίες, συνήθως, εντείνουν τις στρεβλώσεις, όπως η υψηλότερη ζήτηση λόγω της παρουσίας ασφαλιστικής κάλυψης και οι παράλληλες εξαγωγές.

Κατά συνέπεια, η δόμηση ενός τέτοιου εργαλείου οφείλει να βασίζεται στον προσδιορισμό τιμής αναφοράς ανά θεραπευτική κατηγορία, η οποία και αποτελεί την τιμή ασφαλιστικής κάλυψης. Η έκφραση άλλων προτιμήσεων και επιλογών είναι θεμιτή υπό την προϋπόθεση κάλυψης της διαφοράς από τους χρήστες, προβλέποντας ωστόσο την εξαίρεση από την καταβολή συν-πληρωμών συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, η τεκμηριωμένη συνταγογράφηση οφείλει να αποτελέσει κρίσιμο εργαλείο της πολιτικής υγείας με τη δημιουργία βάσεων δεδομένων και την συμβουλευτική αρωγή των ιατρών με δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης. Προς αυτή την κατεύθυνση, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δύναται να αποτελέσει μέσο πληροφόρησης για την αξιολόγηση της φαρμακευτικής πολιτικής και την ανατροφοδότηση του ιατρού με πληροφορίες σχετικά με τις συνταγογραφικές πρακτικές.

Τέλος, στο πλαίσιο του νέου αναπτυξιακού προτύπου πρέπει να ληφθεί υπόψη η αναπτυξιακή διάσταση του κλάδου της υγείας και του φαρμάκου με δυνατότητα διενέργειας επενδύσεων που μπορούν να αποφέρουν σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη. Ειδικότερα, νέες επιχειρηματικές πρωτοβουλίες, όπως η αξιοποίηση των υποδομών του τομέα υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού, μέσω της παροχής υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας σε κατοίκους του εξωτερικού με τη μορφή ιατρικού τουρισμού μπορεί να αποτελέσουν νέες πηγές εισοδήματος και απασχόλησης. Ο δημόσιος τομέας σαφώς δεν μπορεί να υποστηρίξει μόνος του το εγχείρημα αυτό και επομένως πρέπει να δοθούν κίνητρα για συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, ενώ πρέπει να αρθούν οι υφιστάμενοι θεσμικοί περιορισμοί, ώστε να προκύψει ένα ασφαλές αναπτυξιακό πρότυπο για τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Ο τομέας της κλινικής έρευνας προσφέρει, επίσης, ευκαιρίες για την προσέλκυση επενδύσεων με σημαντικά μελλοντικά οφέλη για τη Δημόσια Υγεία (ΔΥ) και την οικονομία, λόγω της εισροής σημαντικών κεφαλαίων και τεχνογνωσίας.

## 6.4 Σχεδιασμός πολιτικής υγείας και ΕΣΥ

Διαμόρφωση και σχεδιασμός εθνικής πολιτικής υγείας με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού, δίνοντας έμφαση στα χρόνια και μείζονα νοσολογικά προβλήματα. Η εθνική πολιτική υγείας να βασιστεί στον σχεδιασμό και εφαρμογή των αναγκαίων διαρθρωτικών αλλαγών, τη βέλτιστη κατανομή πόρων και ευκαιριών θέτοντας στο επίκεντρο την άρτια περίθαλψη και την χρηματοδοτική βιωσιμότητα του ΕΣΥ με ενίσχυση χρηματοδότησης στο 6-7% του Α.Ε.Π (5% σήμερα). Η ενίσχυση της χρηματοδότησης πρέπει να προέλθει από νέες ρυθμίσεις, εξαιτίας της ανεργίας και της αδυναμίας ασφάλισης να συνεισφέρουν το 25-30% των δημοσίων δαπανών.

Συνεπώς, απαιτείται σταθερή δέσμευση της τάξης του 6% του Α.Ε.Π και κατανομή του ποσού σε περιφερειακή βάση, ενώ σε περίπτωση διαπεριφερειακών ροών, οι πόροι πρέπει να μεταβιβάζονται αναλόγως. Η απαιτούμενη αύξηση του ΑΕΠ απελευθερώνει πόρους για την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, ενώ η παρουσία κινήτρων για μείωση της παραοικονομίας και του επιπέδου φοροδιαφυγής δύναται να συνεισφέρει επιπλέον πόρους.<sup>141</sup> Ταυτόχρονα, η υιοθέτηση ενός πλαισίου μεταρρυθμιστικών εφαρμογών με μερική υποκατάσταση της ιδιωτικής δαπάνης και κίνητρα φοροαπαλλαγών θα ευνοήσει την εφαρμογή αναδιανεμητικών πολιτικών (π.χ. συμμετοχή στο κόστος), αποκαθιστώντας τη δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση και την βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Εκλογίκευση του χρηματοδοτικού μοντέλου με την επιτάχυνση των χρηματοδοτικών ροών προς τους βασικούς φορείς του Υπουργείου (Ε.Ο.Π.Υ.Υ και Ε.Σ.Υ) και τη σταδιακή μετάβαση σε ένα υπόδειγμα με πηγή χρηματοδότησης κυρίως την φορολογία και τις ιδιωτικές συμπληρωματικές δαπάνες.<sup>142</sup> Στο ζήτημα αυτό προβλέπεται σταδιακή μείωση ή κατάργηση των εισφορών (σήμερα €4 δις.) που θα καλυφθεί από επιπλέον φόρους που προκύπτουν από την αύξηση του εισοδήματος (εξαιτίας της κατάργησης των εισφορών), της κατανάλωσης και κάθε επιχειρηματικής δραστηριότητας.

Μία εναλλακτική αποτελεί ο υπολογισμός των ασφαλιστικών εισφορών με κριτήριο την προστιθέμενη αξία ή ο καθορισμός τμήματος του Φ.Π.Α ως έμμεσου φόρου για την ασφάλιση υγείας. Διαφορετικά μπορεί να προαχθεί η εισαγωγή της

---

<sup>141</sup> Σουλιώτης 2019

<sup>142</sup> Σουλιώτης 2019

μακροοικονομικής πολιτικής του «κοινωνικού Φ.Π.Α». Πρόκειται πρακτικά για αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών με μετακύλιση ενός μέρους της χρηματοδότησης από τις εισφορές υγείας προς την κατανάλωση, επιδρώντας, όμως, στην οικονομική ανάπτυξη.

Πιο συγκεκριμένα, το ΕΣΥ να μετατραπεί σε σύγχρονο δημόσιο οργανισμό (ΝΠΙΔ) με κεντρικό όργανο σχεδιασμού, συντονισμού και ελέγχου και η αξιολόγηση να είναι πολυπαραγοντική περιλαμβάνοντας υποδομές, υπηρεσίες και ανθρώπινο δυναμικό. Ταυτόχρονα, προτείνεται ο διαχωρισμός των αγοραστών (ΕΟΠΥΥ) και των παρόχων υγείας (νοσοκομεία, ΚΥ, ιδιώτες). Απαιτείται, επίσης, η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων management με αξιοποίηση της Σχολής Δημόσιας Διοίκησης (ΕΣΔΥ), προκειμένου να μετατραπούν τα νοσοκομεία σε βιώσιμες και αποτελεσματικές επιχειρησιακές μονάδες παροχής υγείας.

Αποζημίωση των μονάδων του ΕΣΥ βάσει της αξίας – ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι μόνο του όγκου. Επαναφορά συμβολικού εισιτηρίου για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, με απαλλαγή των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού (άνεργοι, χρόνιοι πάσχοντες, φτωχά στρώματα), ώστε να ικανοποιείται η απόδοση μίας κάποιας ηθικής ευθύνης. Ταυτόχρονα, απαιτείται η διαμόρφωση ενός βασικού πακέτου παροχών, που θα περιλαμβάνει την πρόληψη, την ΠΦΥ και μέρος της νοσοκομειακής (ΔΦΥ). Οι υπηρεσίες θα παρέχονται σύμφωνα με συγκεκριμένα πρωτόκολλα για κάθε ιατρική πράξη και τις αρχές της καθολικότητας και της ισοτιμίας.

Ενίσχυση του επιτελικού ρόλου των Υ.ΠΕ στον σχεδιασμό, συντονισμό, αξιολόγηση και κατανομή του προϋπολογισμού. Οι Υ.ΠΕ προτείνεται να έχουν διευρυμένες αρμοδιότητες με στόχο την καλύτερη στελέχωση και την αξιοποίηση των ανθρώπινου δυναμικού. Επανασχεδιασμός των νοσοκομειακών κλινικών και εργαστηρίων (στο πλαίσιο των νέων Υ.ΠΕ), προκειμένου να γίνουν οι αναγκαίες αναδιαρθρώσεις, με ενοποιήσεις και ορθολογική ανακατανομή μονάδων και τη δημιουργία κλινικών αναφοράς για εξειδικευμένα νοσήματα και μονάδων χρόνιων νοσημάτων με τη συμμετοχή διαφόρων ειδικοτήτων υγείας.

Ενδυνάμωση του ρόλου των ιατρών, με αυξημένες αρμοδιότητες στη διαχείριση του προϋπολογισμού, τις κρίσεις και προσλήψεις δυναμικού και το κλινικό ή εργαστηριακό νοσοκομειακό έργο. Εφαρμογή νέου μισθολογίου ιατρών, όπου οι αμοιβές θα καθορίζονται από τη θέση ευθύνης, κριτήρια ποιότητας και αποδοτικότητας και τις ιατρικές πράξεις. Το προτεινόμενο προς εφαρμογή σύστημα

κοστολόγησης των πράξεων <sup>143</sup> στηρίζεται πρακτικά στη μέθοδο κοστολόγησης στη βάση σχετικών αξιών των συντελεστών RBRVS, προσαρμοσμένη, όμως, στις ιδιαιτερότητες της ελληνικής υγειονομικής πραγματικότητας και της αντίστοιχης παραγωγικής διαδικασίας.

Τεχνολογικά, προτείνεται η ανάπτυξη καινοτόμων υπηρεσιών σύγχρονης τεχνολογίας (τηλεϊατρική, κατ'οίκον φροντίδα, ηλεκτρονική μηχανογράφηση και συνταγογράφηση, διαδραστικές δραστηριότητες) και σταδιακή συρρίκνωση της γραφειοκρατίας. Ταυτόχρονα, να ενσωματωθούν η εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας (e-health), η δημιουργία ηλεκτρονικής κάρτας βασισμένη στον ενιαίο Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΗΦΥ), η χρήση εφαρμογών τηλεϊατρικής και η πλήρης ενσωμάτωση μηχανογράφησης (ΟΠΣΥ) στο πλαίσιο μίας ολοκληρωμένης ηλεκτρονικής διακυβέρνησης.

Στα χαρακτηριστικά του πολιτικού σχεδιασμού του ΕΣΥ προτείνεται και η ενεργός συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων, ευθύνης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και, ταυτόχρονα, η δημιουργία θεσμών ενημέρωσης και ελέγχου με τη συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων (άτομα, ομάδες, φορείς), προκειμένου το δημόσιο σύστημα υγείας να καταστεί πιο ασθενοκεντρικό και να αυξηθούν η συμμετοχικότητα και οι διαθέσιμοι πόροι.

## **6.5 Αναδιάρθρωση της ΔΦΥ(νοσοκομειακού τομέα)<sup>144</sup>**

Η εμπειρία έχει δείξει ότι οι δραστηριότητες θεμελιώνονται σε τρεις βασικούς άξονες: (α) τη συγχώνευση νοσοκομείων, (β) την ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής ΔΦΥ και ΤΦΥ, (γ) την ενίσχυση και αναβάθμιση της ΠΦΥ. Προφανώς απαιτείται η αλλαγή των κανονισμών λειτουργίας των ιδρυμάτων με ενσωμάτωση των οργανωτικών, διοικητικών και τεχνολογικών προκλήσεων και την άσκηση διοίκησης από ειδικούς του τομέα διαχείρισης (management). Επιπρόσθετα, θα ωφελήσει η υποκατάσταση υπηρεσιών με νέα πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας, όπως την προσαρμογή της νοσοκομειακής δραστηριότητας στις απαιτήσεις του τουριστικού ρεύματος.

---

<sup>143</sup> IOBE 2011

<sup>144</sup> IOBE 2011

Στη μεταβολή του πλαισίου διοίκησης των νοσοκομείων στο μακροεπίπεδο<sup>145</sup> προκρίνεται η υπαγωγή των νοσοκομείων διαπεριφερειακής εμβέλειας στη κεντρική διοίκηση, των δευτεροβάθμιων νοσοκομείων στην περιφερειακή διοίκηση και της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην τοπική αυτοδιοίκηση. Συγκρότηση νοσοκομείων υψηλής ποιότητας, ώστε να επιτευχθεί η επιστροφή σε οικονομίες κλίμακας, αύξουσα αποδοτικότητα και μείωση των μονοπωλιακών τάσεων. Προτείνεται, ταυτόχρονα, η παροχή πρόσβασης σε δημόσια νοσοκομεία σε ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ με άσκηση έργου κατά ανάθεση και παραχώρηση, δεδομένου ότι η δραστηριότητα καλύπτεται από τη δημόσια ασφάλιση (διασύνδεση των νοσοκομείων με το σύστημα ασφάλισης υγείας).

Αποτελεσματικότερη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των δημοσίων νοσοκομείων με πλήρη εφαρμογή του διπλογραφικού και της αναλυτικής λογιστικής με στόχο την βελτίωση του υφιστάμενου συστήματος προμηθειών και της διαχείρισης του φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού. Εποικοδομητικά λειτουργεί και η πλήρης μηχανογράφηση του συστήματος υγείας και ασφάλισης, η συλλογή δεδομένων και στοιχείων για την αξιοποίηση τους στην καλύτερη νοσοκομειακή διαχείριση καθώς και η ανάπτυξη δομών αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων και επαγγελματιών.<sup>146</sup>

Στη συγκράτηση των δαπανών και βελτίωση της αποδοτικότητας μπορεί να συνεισφέρει και ένα σύνολο άλλων μέτρων.<sup>147</sup> Ταυτόχρονα με το νέο σύστημα τιμών πρωτοτύπων και γενοσήμων προτείνονται το νοσοκομειακό rebate, η νοσοκομειακή συσκευασία, ο έλεγχος της κατανάλωσης, οι διαγωνισμοί φαρμάκων και τα πρωτόκολλα διαχείρισης ασθενών. Επιπρόσθετα, οι διαγωνισμοί μέσω Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ), το Παρατηρητήριο τιμών, η κωδικοποίηση των υλικών και η υιοθέτηση εσωτερικών ελεγκτών συντελούν στη βελτίωση της αποδοτικότητας. Σχετικά με το μισθολογικό κόστος προάγεται η σύνδεση αποδοχών με την αποδοτικότητα, η υπαγωγή κινήτρων απόδοσης και η μη πλήρης αναπλήρωση συνταξιοδοτήσεων. Στα μέτρα αύξησης των εσόδων διακρίνουμε την αύξηση της προβλεπόμενης συμμετοχής εξωτερικών ασθενών και πολιτών της ΕΕ, την ολοήμερη

---

<sup>145</sup> IOBE 2011

<sup>146</sup> IOBE 2011

<sup>147</sup> IOBE 2011



λειτουργία των ιδρυμάτων και τη παροχής υπηρεσιών υγείας και σε ασφαλισμένους ιδιωτικών εταιριών.

Στην βελτίωση της χρηματοδότησης και αποδοτικότητας των νοσοκομείων έχει, ήδη, συνεισφέρει η ένταξη της κωδικοποίησης ICD-10 και των ΚΕΝ στα πληροφοριακά συστήματα και τις διαδικασίες του νοσοκομείου, στη διαμόρφωση της εφαρμογής λογισμικού του γραφείου κίνησης και του λογιστηρίου ασθενών (ICD-10 άμεσα, ΚΕΝ εντός 3μήνου). Θετικά λειτουργεί και ο έλεγχος των στοιχείων της αντιστοίχισης που αποστέλλονται ηλεκτρονικά (μηνιαίως) στα ασφαλιστικά ταμεία για την παρακολούθηση της εφαρμογής των ΚΕΝ.

Στον τομέα των επενδύσεων η προσέγγιση στηρίζεται στο δίκαιο της συναινετικής και αμοιβαίας συναλλαγής, στις συμπράξεις βάσει συνθηκών οιονεί αγοράς, στο όφελος και στην αυτοδιάθεση του χρήστη (ασθενοκεντρικό), στην ισοτιμία των χρηστών και στην ορθολογική κρατική παρέμβαση. Συνοπτικά, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, οι πηγές χρηματοδότησης, οι τομείς εστίασης των επενδύσεων συνδέονται με την αξιοποίηση της περιουσίας (ιδιοκτησιακό), την αυτόνομη λειτουργία και την βέλτιστη διαχείριση των νοσοκομείων. Επίσης, μετατροπή της χρήσεως πολλών νοσοκομείων, συγχώνευση των υποστηρικτικών και κλινικών υπηρεσιών με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και βιωσιμότητας. Ανάπτυξη νέων μοντέλων συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα (ΣΔΙΤ),<sup>148</sup> με κοινές επενδύσεις, υποδομές, συνεργασίες και outsourcing υπηρεσιών. Έμφαση στην ορθή διαχείριση και ανάπτυξη του προσωπικού και στη στελέχωση των υπηρεσιών με βάση σύγχρονα πρότυπα οργάνωσης.<sup>149</sup>

Η διασφάλιση βιώσιμων και αποδοτικών συστημάτων υγείας και η δυνατότητα προσαρμογής στις νέες συνθήκες απαιτεί την ορθολογική κατανομή των (περιορισμένων) πόρων ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα παραγωγής υπηρεσιών υγείας και στις συνολικές ανάγκες οριζόντιων πολιτικών. Συνεπώς, το ΕΣΥ καλείται να εφαρμόσει καινοτόμες τεχνικές διοίκησης και οργάνωσης που στοχεύουν στην αναίρεση των “στεγανοποιήσεων” και του κατακερματισμού ανάμεσα στα επίπεδα παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιδιώκεται, συνεπώς, η λειτουργική και διοικητική σύγκλιση μεταξύ ΠΦΥ και νοσοκομειακής ΔΦΥ, μεταξύ των υπηρεσιών

---

<sup>148</sup> Σελ. 66 εργασίας

<sup>149</sup> IOBE 2011

αποκατάστασης και κατ' οίκων φροντίδας και μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών και υπηρεσιών πρόνοιας. Στόχος η υλοποίηση ενός κλινικού μοντέλου διαχείρισης ασθενών, αυτό της συνεκτικής φροντίδας υγείας (Integrated Care), με ποιοτική και μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών.

## 6.7 Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα (Π.Φ.Υ) χαρακτηρίζεται από υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση. Η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ οδήγησε στην αναγκαία ενοποίηση του δημόσιου συστήματος Π.Φ.Υ, αλλά η υποχρηματοδότηση και η υποστελέχωση παραμένουν, ενώ η πρωτογενής και η δευτερογενής πρόληψη παραμένουν υποβαθμισμένες στις προτεραιότητες και στη συνείδηση των πολιτών. Ταυτόχρονα, το 25% των εισαγωγών και το 50% των περιστατικών στις εφημερίες δύναται να αντιμετωπιστούν επαρκώς σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Η αναδρομική χρηματοδότηση των δαπανών αποδεικνύεται ότι δεν παρέχει κίνητρα συγκράτησης του κόστους, προϋποθέτοντας ότι οι προμηθευτές υγείας λειτουργούν βάσει των αρχών της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Επίσης, η απουσία στρατηγικών οργάνωσης και κατανομής των παραγωγικών συντελεστών σε συνδυασμό με τις μεθόδους αποζημίωσης των ιατρών δεν παρέχουν κίνητρα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο συνδυασμός αυτός έχει οδηγήσει στη δημιουργία σημαντικών στρεβλώσεων και αντινομιών στη ΠΦΥ, με αποτέλεσμα το σύστημα να χαρακτηρίζεται από φαινόμενα όπως η δυσχέρεια στην πρόσβαση και κυρίως στη συνέχεια της φροντίδας, η μικρή ανταποκρισιμότητα στις προσδοκίες των πολιτών, οι εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές, η αδυναμία ανάσχεσης της ζήτησης για νοσοκομειακή περίθαλψη, οι χαμηλές επιδόσεις σε κλινικές δραστηριότητες και η έλλειψη στρατηγικών προσυμπτωματικού ελέγχου και πρόληψης.

Απαιτείται, προφανώς, εισαγωγή μέτρων και κινήτρων μείωσης του κόστους παραγωγής των υπηρεσιών και υιοθέτησης ελαστικότερων καμπύλων προσφοράς παρέχοντας κάθε ποσότητα υπηρεσιών σε χαμηλότερες τιμές.<sup>150</sup> Η συγκράτηση της ζήτησης και η ικανοποίηση της ανάγκης στην ΠΦΥ αναμένεται να συμβάλει τόσο στη μείωση του κόστους υπηρεσιών, όσο και στη διατήρηση του παραγόμενου

---

<sup>150</sup>Feldstein 1993

αποτελέσματος. Θετικά δύναται να συνεισφέρει στο τομέα της ζήτησης και η άμεση εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.

Στο πλαίσιο της ισότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος προτείνεται η κατοχύρωση μιας αναγκαίας ενιαίας δέσμης παροχών για το σύνολο των ασφαλισμένων, εξαλείφοντας κατά αυτό τον τρόπο τα φαινόμενα ανισότητας μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων. Επιπλέον, για την ενίσχυση της αποδοτικότητας του συστήματος προτείνεται η ενοποίηση των δαπανών εντάσσοντας τις ιδιωτικές δαπάνες και τις παραπληρωμές στο σύστημα αποζημίωσης με τη μορφή συνασφάλισης. Παρόλα αυτά, και δεδομένων των αρνητικών επιπτώσεων που αποδεικνύεται ότι επιφέρουν οι ιδιωτικές πληρωμές, προτείνεται το ύψος της συνασφάλισης να καθορίζεται αντιστρόφως ανάλογα της ανάγκης, απαλλάσσοντας μερικώς τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

Επιπλέον, ένα δημόσιο μονοψώνιο αδυνατεί να περιορίσει μονοπωλιακές τάσεις, επιτείνοντας την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους, των τιμών<sup>151</sup> και των παραπληρωμών.<sup>152</sup> Προς άμβλυνση των πιθανών στρεβλώσεων προτείνεται η δημιουργία ενός σχήματος που χαρακτηρίζεται από α) την ελεύθερη επιλογή του καταναλωτή, β) την προαγωγή μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης με προκαθορισμένες τιμές προς αποφυγή των φαινομένων ηθικού κινδύνου, γ) την εμπλοκή του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού προμηθευτών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι δομικές μονοπωλιακές τάσεις.

Σχετικά με τη μέθοδο αποζημίωσης των ιατρών<sup>153</sup> προτείνεται η εισαγωγή ομοιόμορφων μεθόδων αποζημίωσης για τις γενικές κατηγορίες ειδικοτήτων (όριο συνολικής δαπάνης) αλλά και εισαγωγή κινήτρων αποδοτικότητας.<sup>154</sup> Η δημιουργία ημι-αγοράς (οιονεί) με την εισαγωγή ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών βασισμένη στην ελευθερία επιλογής του χρήστη, υπό τον περιορισμό ενός σφαιρικού προϋπολογισμού και την εισαγωγή κινήτρων βελτίωσης αλλά και προαγωγής της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, δύναται να λειτουργήσει προς την επαναφορά της ποιότητας και τον έλεγχο των ΔΥ. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η μέθοδος της κατά κεφαλήν αποζημίωσης ιατρών με την εισαγωγή οικονομικών

---

<sup>151</sup>Pauly 1988

<sup>152</sup>Κυριάπουλος & Μπεαζόγλου 2001

<sup>153</sup>IOBE 2011

<sup>154</sup>ΕΣΔΥ 2011

κινήτρων επιπρόσθετης αμοιβής για την προαγωγή της ποιότητας και της ικανοποίησης της ζήτησης, όπου αυτή εκφράζεται.

Ενίσχυση της Π.Φ.Υ με αύξηση της χρηματοδότησης στο 15-20% της ΔΔΥ και προαγωγή των νέων εξωνοσοκομειακών μονάδων και υπηρεσιών (Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, χειρουργεία ημέρας, νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες χρόνιων πασχόντων, δομές ψυχικής υγείας). Ταυτόχρονα, προτείνεται η υιοθέτηση εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου με στόχο την αύξηση της συμμόρφωσης του πληθυσμού, η οποία αποδεικνύεται εξαιρετικά χαμηλή<sup>155</sup> και την συγκράτηση του κόστους σε ΠΦΥ και ΔΦΥ με αποτέλεσμα την μεγιστοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Τέτοια προγράμματα αποτελούν το Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέως εντέρου, για ρήξη ανευρύσματος αορτής κτλ.

Η υιοθέτηση των παραπάνω μέτρων και ο προσανατολισμός της τεχνολογίας παραγωγής προς δράσεις ΔΥ και πρόληψης αναμένεται να φέρει θετικά αποτελέσματα στη συγκράτηση των δαπανών υγείας. Τα μέτρα αποτελούν οικονομικά αποδοτικές επενδύσεις και εκτιμάται ότι δύναται να αποφέρουν μακροπρόθεσμα εξοικονομήσεις στο σύστημα, αντικαθιστώντας, ουσιαστικά, δαπανηρές παρεμβατικές στρατηγικές και αποφορτίζοντας τα δημόσια ιδρύματα από περιστατικά ΠΦΥ. Συνεπώς, η μετακίνηση προς ένα υπόδειγμα ΠΦΥ αναμένεται να διασφαλίσει έναν επαρκή όγκο υπηρεσιών, ελευθερώνοντας πόρους αναγκαίους για την ΔΦΥ.

## 6.8 Π.Φ.Υ και Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Ένα σύγχρονο και ανταποδοτικό σύστημα ΠΦΥ διέπεται από τους κανόνες:<sup>156</sup>

- της ελεύθερης επιλογής από πλευράς χρηστών,
- της αποδοτικής χρήσης των πόρων,
- της αποζημίωσης των παρόχων σύμφωνα με το παραγόμενο έργο,
- της ασφαλιστικής κάλυψης για τις αποτελεσματικές υπηρεσίες,
- της χρηματοδοτικής βιωσιμότητας και δικαιοσύνης, ώστε οι επιβαρύνσεις των χρηστών να είναι αντιστρόφως ανάλογες της ανάγκης.

Η ενδυνάμωση της ΠΦΥ είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διοικητική αυτοτέλεια και την οικονομική επάρκεια της, ήτοι δική της στελέχωση, στόχους

---

<sup>155</sup>ΙΚΠΙ 2017

<sup>156</sup> Σουλιώτης 2000

δαπάνης, προϋπολογισμό και αποδοτικότητα. Για την υποστήριξη του εγχειρήματος απαιτείται μια μετατόπιση πόρων, έτσι ώστε οι σχετικές δαπάνες να αντιστοιχούν σε 15-20% των ΔΔΥ του συστήματος (δηλαδή €1,8-2 δισ.) Η κατανομή των διαθέσιμων πόρων είναι αναμενόμενο να διαφέρει μεταξύ των περιφερειών, ενώ ζητούμενο είναι οι απαιτούμενοι πόροι να διασφαλιστούν από τη συγκράτηση των ασθενών και την ενδυνάμωση του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας.

Έπειτα από τη διοικητική αναδιάρθρωση που συντελέστηκε με τη συνένωση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ (2011-12), το πλαίσιο διαμορφώθηκε με την παράλληλη λειτουργία δύο δημόσιων υποσυστημάτων που απευθύνονται στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού. Η πραγματικότητα υποδεικνύει τη ανάγκη διαμόρφωσης ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών (ΚΥ, ΙΙΙ, μονάδες ΕΟΠΥΥ, δομές ΤΑ κ.ά.) σε έναν φορέα υπεύθυνο για την εποπτεία, τη λειτουργία και τη χρηματοδότησή τους.

Συνεπώς, ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, ως αποκλειστικού διαχειριστή του συνόλου σχεδόν των δημόσιων πόρων υγείας, συνίσταται στην πλήρη κάλυψη του συνόλου των ασφαλισμένων με την υιοθέτηση ενός βασικού πακέτου παρεχομένων υπηρεσιών, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, τη προσβασιμότητα και το κόστος χρόνου των πολιτών. Συνεπώς, προτείνεται η βέλτιστη χρήση των πόρων με περαιτέρω διαπραγμάτευση με την πλευρά της προσφοράς, η θέσπιση προδιαγραφών ποιότητας στους παρόχους και η σύνδεση αυτών με το σύστημα αποζημίωσης.

Προτείνεται η θέσπιση κριτηρίων ποιότητας για τις δημόσιες και ιδιωτικές δομές και η σύνδεσή τόσο με την αποζημίωση, όσο και με τη παροχή υπηρεσιών υπό δημόσια κάλυψη. Οι ενέργειες που απαιτούνται για την υλοποίηση του στόχου είναι: α) καθορισμός φορέα πιστοποίησης για τις υπηρεσίες ΠΦΥ (ρόλος ΕΟΠΥΥ), β) ανάπτυξη συγκεκριμένου συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω θέσπισης κριτηρίων ποιότητας και δεικτών (π.χ. κατευθυντήριων οδηγιών).

Επιπλέον, η υιοθέτηση σφαιρικών και περιφερειακών προϋπολογισμών επιτρέπει τη διαφοροποίηση των αποζημιώσεων κατά περιφέρεια, ανάλογα με τη σχέση προσφοράς, ζήτησης και ανάγκης και, ταυτόχρονα, επιτρέπει τη δυνατότητα σύναψης νέων συμβάσεων (ΕΟΠΥΥ και Κ.Υ.) με ιδιώτες με δεσμεύσεις βάσει παραγόμενο έργο και αξιολόγησης. Η σύναψη συμβάσεων με τις ιδιωτικές δομές και η 24ωρη λειτουργία αυτών αποτελούν βασική αρμοδιότητα προκειμένου το νέο

δίκτυο να διαμορφωθεί από το σύνολο των δομών του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ με σταδιακή σύγκλιση του πλαισίου συνεργασίας. Υιοθετείται ένα πλουραλιστικό υπόδειγμα αποζημίωσης που περιλαμβάνει α) κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation) και αμοιβή στη βάση αποτελεσμάτων και διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων και β) πολιτικές αποζημίωσης βάση του όγκου των παρεχόμενων φροντίδων (αντίστροφη σχέση).

Προτείνεται, τέλος, η αποδέσμευση του ΕΟΠΥΥ από την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και η λειτουργία του ως ΝΠΙΔ με θεσμοθέτηση, όμως, της διοικητικής και οικονομικής αυτοτέλειάς του. Σκοπός αποτελεί η μετατροπή του σε έναν ισχυρό διαπραγματευτή αγοράς υπηρεσιών υγείας με υιοθέτηση νέων μεθόδων διαπραγμάτευσης, όπως οι συμφωνίες όγκου-τιμής και οι συμφωνίες καταμερισμού του ρίσκου και επιμερισμού του κόστους. Ταυτόχρονα, προάγεται η δημιουργία ενιαίων κανόνων μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (εξασφάλιση ισοτιμίας) για την αγορά υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ με κριτήρια την ποιότητα και το κόστος των υπηρεσιών.

## **6.9 Μείωση δαπανών ασφαλιστικών ταμείων<sup>157</sup>**

Δημιουργία ενιαίου ασφαλιστικού φορέα υγείας με νέο σύστημα τιμών πρωτοτύπων και γενοσήμων και επαναξιολόγηση των τιμών φαρμάκων. Η διεύρυνση του καταλόγου Ν3816/2010 αποσκοπεί στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς τα φάρμακα που εισάγονται τελούν υπό καθεστώς μειωμένης τιμολόγησης και διάθεσης. Παράλληλα, η διεύρυνση της λίστας μη συνταγογραφούμενων, η αρνητική λίστα συνταγογραφούμενων (απαλλάσσει τα ταμεία από την υποχρέωση αποζημίωσης του 65% της δαπάνης των αντίστοιχων φαρμάκων) και η θετική λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων (μειώνει τις τιμές αποζημίωσης βάσει καθιέρωσης εσωτερικών τιμών αναφοράς).

Βελτιωτικά λειτουργεί η μείωση κέρδους των χονδρεμπόρων (από 8,4% σε 6%) προσφέροντας εξοικονόμηση πόρων για τους φορείς ασφάλισης, καθώς και η μείωση του ΦΠΑ φαρμάκου και ο εξορθολογισμός των rebates και clawbacks των φαρμακοποιών και φαρμακευτικών εταιριών. Επιπρόσθετα, προτείνεται η ανάπτυξη και εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής, η παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους

---

<sup>157</sup>IOBE 2011

ιδιωτικών εταιρειών<sup>158</sup> και η ενοποίηση των πακέτων παροχών υπό τον έλεγχο του ΕΟΠΥΥ με θέσπιση ενιαίων συμβάσεων με τους παρόχους υγείας.<sup>159</sup>

## 6.10 Ιατρικός τουρισμός & ΕΣΥ

Η ανάπτυξη του Ιατρικού τουρισμού<sup>160</sup> μπορεί να βασιστεί, κυρίως, στις προβλέψεις της Ευρωπαϊκής Οδηγίας 24/11, σχετικά με τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών κατά τη Διασυνοριακή περίθαλψη και την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής Υγείας. Προτείνεται να θεσμοθετηθούν ελεύθερες οικονομικές ζώνες με μειωμένη φορολογία, δυνατότητα συνεργασίας /σύμπραξης ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, χρηματοδότηση μέσω κονδυλίων ΕΣΠΑ και συστήματα management και τιμολογιακής πολιτικής.

Μόλις το 2018 ψηφίσθηκε νομοθετική ρύθμιση (ν.4582/2018) με την οποία δόθηκαν σαφείς ορισμοί, με βάση τα διεθνώς αποδεκτά πρότυπα, του Τουρισμού Υγείας και των επιμέρους κατηγοριών του. Ο σχετικός νόμος προβλέπει με σαφήνεια τη σύσταση (ΕΟΠΥΥ) Ηλεκτρονικού Μητρώου Τουρισμού Υγείας, μια θεσμική μεταρρύθμιση που επιτρέπει την ενιαία καταγραφή σε βάση δεδομένων όλων των παρόχων υπηρεσιών Τουρισμού Υγείας. Η ρύθμιση για την δημιουργία του μητρώου διευρύνει σημαντικά το πεδίο αρμοδιοτήτων του ΕΟΠΥΥ σχετικά με την αναβάθμιση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών Τουρισμού Υγείας. Έτσι, οι πάροχοι από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα θα ενταχθούν σε μια ενιαία πληροφοριακή βάση, ώστε να διευκολυνθεί η πρόσβαση των ενδιαφερόμενων χρηστών.

Πρόκειται για μια θεσμική μεταρρύθμιση στρατηγικής σημασίας, η οποία έχει ενσωματωθεί στην ελληνική νομοθεσία με τον ν.4213/2013. Η Οδηγία 2011/24 δημιουργεί ένα πλαίσιο κανόνων για τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, βάσει των οποίων (σε συνδυασμό με την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας) κάθε πολίτης της ΕΕ δικαιούται να λάβει ιατρική περίθαλψη. Παράλληλα, κρίνεται απαραίτητη η θέση ειδικού γραμματέα για να συντονίσει την ολοκλήρωση του θεσμικού πλαισίου, ώστε να συσταθεί Εθνικό Συμβούλιο Προώθησης του Τουρισμού Υγείας, στο οποίο θα εκπροσωπηθούν οι ιδιωτικοί

---

<sup>158</sup>ΙΟΒΕ 2011

<sup>159</sup>ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

<sup>160</sup>ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016

πάροχοι, ο ΕΟΠΥΥ και οι δημόσιοι φορείς υγείας. Ταυτόχρονα, να καταρτιστεί εξειδικευμένο πρόγραμμα δράσεων (ΕΣΠΑ, δημόσιες επενδύσεις) για την ενίσχυση της εξωστρέφειας, τις δράσεις marketing, την πιστοποίηση της ποιότητας των συστημάτων τεχνολογίας και πληροφορικής.

### **6.11 Φαρμακευτική Πολιτική**

Εφαρμογή νέου συστήματος τιμολόγησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων, κυρίως με μείωση του αριθμού των χωρών που χρησιμοποιούνται για την άντληση στοιχείων τιμών. Η συγκεκριμένη σύνθεση έχει ως αποτέλεσμα να απλουστευθούν οι υπολογισμοί των τιμών και η προσπάθεια επαλήθευσης ή ανανέωσης. Έτσι, θα μειωθούν οι παράλληλες εξαγωγές και η απόσυρση φαρμάκων που αποτελούν τις κύριες αιτίες των παρατηρούμενων ελλείψεων. Εναλλακτικά, προτείνεται ένας αλγόριθμος με ποσοστιαία μείωση σε σύγκριση με την τιμή πρωτοτύπου (έναντι του συστήματος των τιμών αναφοράς).

Αύξηση του μεριδίου της αγοράς των γενόσημων (off-patent) φαρμάκων με ειδικά προγράμματα προώθησης και την ένταξη των πρωτοκόλλων συνταγογράφησης και ταυτόχρονη προσαρμογή του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών (π.χ. 20%) ανάλογα με την τιμή του φαρμάκου. Αναφορικά με την τιμολόγηση προτείνεται η διατήρηση του συστήματος εξωτερικών τιμών αναφοράς με τον υπολογισμό του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών της E.E. για τον καθορισμό της ex-factory τιμής. Κρίνεται απαραίτητο να αξιοποιηθούν οι ανταγωνιστικές προϋποθέσεις που δημιουργούνται από τη λήξη της προστασίας ευρεσιτεχνίας για πρωτότυπα φάρμακα και την εισαγωγή γενόσημων φαρμάκων. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται ανώτατη τιμή για τα επώνυμα γενόσημα φάρμακα διαμορφούμενη σε ποσοστό 60-75% της τιμής των πρωτοτύπων, ενώ επιλεκτική τιμολόγηση μπορεί να ισχύσει για μεγάλες ομάδες χρονίων νοσημάτων.

Διευκόλυνση της πρόσβασης στα καινοτόμα φάρμακα με την άμεση υπαγωγή τους στη θετική λίστα, κατόπιν θετικής αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους. Παρά το γεγονός ότι η συμβολή της καινοτομίας (διαμέσου του μηχανισμού υποκατάστασης) συνιστά τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα αύξησης της δαπάνης, η φαρμακευτική πολιτική διαχρονικά έχει εστιάσει στον έλεγχο των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων σε όλα τα στάδια της παραγωγικής αλυσίδας και τη



διατήρηση χαμηλών τιμών, συντελώντας στην εμφάνιση ελλείψεων και την ενίσχυση του μηχανισμού υποκατάστασης.

Συνεπώς, μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης δύναται να οδηγήσει σε μείζονες στρεβλώσεις με δυο, κυρίως, μηχανισμούς: την υποκατάσταση φαρμακευτικής περίθαλψης με παρεμβατική νοσοκομειακή φροντίδα και τη μετακίνηση χρηματοδοτικού βάρους στα νοικοκυριά. Η συγκράτηση της δαπάνης μπορεί να επιτευχθεί, κυρίως, με την ορθολογική διάχυση και αξιολόγηση της φαρμακευτικής τεχνολογίας και με την εισαγωγή ορθολογικού σχήματος θετικής και αρνητικής συνασφάλισης, συμβάλλοντας στην ισορροπία ζήτησης και συνταγογράφησης.

Ταυτόχρονα, τα χαμηλά ποσοστά συνασφάλισης επιδρούν θετικά στην αύξηση της κατανάλωσης. Ο σχεδιασμός της ασφαλιστικής κάλυψης των φαρμάκων οφείλει να διευκολύνει την έκφραση των προτιμήσεων των χρηστών, τις επιλογές των προμηθευτών και τη χρήση των πόρων από μέρους των ασφαλισμένων και να μην προκαλεί εμπόδια εισόδου στην αγορά ή πρόσθετες αλλοιώσεις των τιμών, όπως η υψηλότερη ζήτηση (λόγω της παρουσίας ασφαλιστικής κάλυψης) και οι παράλληλες εξαγωγές. Κατά συνέπεια, η τιμολόγηση οφείλει να βασίζεται στον προσδιορισμό τιμής αναφοράς ανά θεραπευτική κατηγορία η οποία και αποτελεί την τιμή ασφαλιστικής κάλυψης. Η έκφραση άλλων προτιμήσεων ή/και επιλογών είναι θεμιτή υπό την προϋπόθεση κάλυψης της διαφοράς από τους χρήστες.

Ταυτόχρονα, η τεκμηριωμένη συνταγογράφηση οφείλει να αποτελέσει κρίσιμο σημείο με τη δημιουργία βάσεων δεδομένων και την ενεργητική συμβουλευτική υποστήριξη των κλινικών ιατρών με ελεύθερη πρόσβαση στα σχετικά στοιχεία. Προς αυτή την κατεύθυνση, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει σημαντική πηγή πληροφόρησης παρέχοντας αναλυτικά δεδομένα αναφορικά με την τιμή, την ποσότητα, το είδος, το ποσοστό διείσδυσης των γενοσήμων φαρμάκων και τη συμμετοχή στη δαπάνη των φορέων ασφάλισης και των χρηστών. Ωστόσο, η προσπάθεια διατήρησης χαμηλών τιμών στα προϊόντα (μέσω ανατιμολογήσεων και μειώσεων) οφείλει να αναγνωρίσει τον κίνδυνο δημιουργίας συνθηκών απόσυρσης φαρμάκων και ενεργοποίησης του μηχανισμού υποκατάστασης.

### 6.11.1 Clawbacks και Rebates

Το clawback (μηχανισμός υποχρεωτικών επιστροφών) αποτελεί ένα δημοσιονομικό ζήτημα, αφού η συνεχής αύξηση του αυξάνει τις πιθανότητες αδυναμίας κάλυψης από ένα μέρος των φαρμακευτικών εταιρειών, αναγκάζοντας τον κρατικό προϋπολογισμό να διευθετήσει το χρηματοδοτικό κενό. Πρακτικά, το clawback αποτελεί ένα πληθωριστικό μέτρο, γιατί στερείται κινήτρων για ορθολογική συνταγογράφηση ή μείωση της κατανάλωσης, ενώ, παράλληλα, μειώνει την οικονομική ρευστότητα (και βιωσιμότητα) και ευνοεί τον ηθικό κίνδυνο από πιθανή προκλητή ζήτηση.

Μια σταδιακή μείωση των clawbacks και rebates μπορεί να αποφέρει €250-350 εκατ. ετησίως στην πραγματική οικονομία.<sup>161</sup> Τα οφέλη αναμένεται να είναι πολύπλευρα όπως, μείωση της συμμετοχής χρηστών, μείωση της συνταγογράφησης και κατανάλωσης, διευκόλυνση της ένταξης της καινοτομίας στην καθημερινή πράξη, νέες θέσεις εργασίας και επενδύσεις στον φαρμακευτικό κλάδο (ειδικά σε έρευνα και κεφάλαιο). Απαραίτητη, όμως, κρίνεται η αποκατάσταση της δημοσιονομικής ισορροπίας και η στρατηγική ανά θεραπευτική κατηγορία, ώστε να δημιουργηθούν θετικές εξωτερικότητες και βελτίωση της ρευστότητας.

Στο πλαίσιο αυτό, είναι αναγκαία μία δέσμη διαρθρωτικών μέτρων σε βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο ορίζοντα για τη μείωση της συνολικής επιβάρυνσης, με μείωση των αυτόματων επιστροφών, εξορθολογισμό των εκπτώσεων, έλεγχο των συνολικών αγορών, παρουσία κινήτρων κατανάλωσης, επιτάχυνση των διαδικασιών ΗΤΑ και σταδιακή αύξηση της ΔΔΥ. Επιπλέον, διαπιστώνεται η ανάγκη για τιμές γενοσήμων στο 65% των πρωτοτύπων, αποζημίωση των off patent στην τιμή αναφοράς των γενοσήμων και ενίσχυση του ελεγκτικού έργου του ΕΟΠΥΥ σε επίπεδο συμφωνιών.

## 6.12 Προαγωγή Προνοιακών Πολιτικών

Προτείνεται ένα σύνολο πολιτικών μέτρων εξορθολογισμού των δαπανών και αποφόρτισης της ΔΦΥ. Συγκεκριμένα, υιοθετείται η δημιουργία ενιαίας δομής εποπτείας και αξιολόγησης των πολιτικών πρόνοιας με βασικό κριτήριο την ισοτιμία και την ισότητα των ευκαιριών. Γενίκευση των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι σε

---

<sup>161</sup> ΕΣΔΥ 2019

ηλικιωμένους και ΑμεΑ. Ανάπτυξη κοινωνικών πολιτικών και υπηρεσιών στήριξης με ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης και ενίσχυση των δομών φροντίδας (Κ.Α.Π.Η, Κ.Η.Φ.Η) για την εξασφάλιση συνθηκών ενεργούς γήρανσης.

Υλοποίηση του επιχειρησιακού προγράμματος επισιτιστικής συνδρομής και του προγράμματος στέγασης και επανένταξης με στόχο την βελτίωση του επιπέδου υγείας. Καθολική εφαρμογή του προγράμματος ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος με πλέγμα παροχής αγαθών και υπηρεσιών. Στόχος να διασφαλιστεί η ύπαρξη ενός δικτύου ασφαλείας έναντι του κοινωνικού αποκλεισμού και της επιδοματικής εξάρτησης και να προαχθεί η πρόσβαση στις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας.

Εφαρμογή διαφοροποιημένης ίδιας συμμετοχής στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στο φάρμακο (ανάλογη του εισοδήματος και αντιστρόφως της ανάγκης) ή, εναλλακτικά, ελάχιστες τιμές πρόσβασης σε δέσμη υγειονομικών παροχών σε ευπαθείς ή στο όριο φτώχειας ομάδες του πληθυσμού. Σύνδεση του ποσοστού συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων τόσο με τη βαρύτητα της νόσου όσο και με το εισόδημα με αντικειμενικά κριτήρια.

### **6.13 Ψηφιακός μετασχηματισμός του ΕΣΥ**

Η ενσωμάτωση των εφαρμογών της ψηφιακής τεχνολογίας στον τομέα υγείας δημιουργεί προοπτικές βιωσιμότητας και εφαρμογής πιο ασθενοκεντρικών λύσεων. Οι ICT (Information & Communication Technology) εφαρμογές επιτρέπουν την εξ αποστάσεως συστηματική παρακολούθηση χρόνιων ασθενών (μέσω απλής τηλεσυνεδρίασης, μετάδοσης πληροφοριών ή υποβοηθούμενου συστήματος αισθητήρων), συντελούν στην αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων, στη μείωση των μακροχρόνιων νοσηλείων και των επιπλοκών και σε αποτελεσματικότερη συμμόρφωση σε φαρμακευτικές θεραπείες, μειώνοντας σημαντικά την υγειονομική δαπάνη.

Οι ψηφιακές εφαρμογές υγείας συμβάλλουν, παράλληλα, αποτελεσματικά στο διοικητικό και οικονομικό εξορθολογισμό των υποστηρικτικών λειτουργιών και στην εφαρμογή ενιαίων κανόνων αξιολόγησης της χρήσης δαπανηρής βιοϊατρικής τεχνολογίας και καινοτόμων προϊόντων (HTA Health Technology Assessment). Η εφαρμογή του ενιαίου προτύπου ΗΦΑ και η ανάπτυξη διαλειτουργικών συστημάτων προτυποποίησης και κωδικοποίησης ευνοούν την ασφαλή διακίνηση δεδομένων και κατοχυρώνουν τα δικαιώματα των ασθενών (Ευρωπαϊκή Οδηγία 24/11). Τόσο ο

ΗΔΑ, όσο και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τα ηλεκτρονικά αρχεία (registries) ασθενών αποτελούν πηγές συγκέντρωσης μεγάλων βάσεων ιατρικών δεδομένων (big data). Η αξιοποίηση τους συντελεί στη μελέτη και πρόληψη των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας, στο περιορισμό της πολυφαρμακίας και των αποζημιώσεων των ασφαλιστικών φορέων και στη χάραξη πολιτικών ΔΥ.

Παράγοντες απαραίτητοι στην βέλτιστη κατανομή των διαθέσιμων πόρων υγείας, ενώ η αξιοποίηση των βάσεων δεδομένων για νοσολογικές οντότητες με υψηλό κόστος διάγνωσης και θεραπείας συντελεί, επίσης, στον εξορθολογισμό των δαπανών. Βέβαια, η χρήση των ψηφιακών εργαλείων για τη συγκέντρωση και την ιδιοκτησία των ιατρικών δεδομένων και η ανάπτυξη πληθώρας διαγνωστικών και προγνωστικών εφαρμογών (e-health ή m-health) στερείται του αναγκαίου θεσμικού πλαισίου βιοηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Δημιουργούνται, συνεπώς, νέες ανάγκες για τη θεσμοθέτηση αρχών και κανόνων για την προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την αναθεώρηση του πλαισίου βιοηθικής και δεοντολογίας της έρευνας.

Οι πρόσφατες αποφάσεις για τη λειτουργία Δικτύων Κέντρων Αναφοράς (ERN) αποσκοπεί στην αξιοποίηση της συγκεντροποιημένης πληροφορίας, γνώσης και εμπειρίας για τη καθιέρωση λειτουργίας κέντρων εξειδικευμένης φροντίδας, την επίτευξη οικονομιών κλίμακος και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, δημιουργούνται νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες για την ανάπτυξη της εξατομικευμένης ιατρικής (personalized medicine), μέσω της αξιοποίησης γονοτυπικών και φαινοτυπικών δεδομένων. Οι καινοτόμες ψηφιακές μεταρρυθμίσεις για τη διαχείριση της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας, προϋποθέτουν την κατάλληλη δομική και λειτουργική αναδιάρθρωση του ΕΣΥ, ώστε να αποδώσουν τα χαρακτηριστικά του αναπτυξιακού ρόλου της ψηφιακής υγείας.

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός με την ανάπτυξη των ICT εφαρμογών οδηγεί και στην δημιουργία νέων αγορών και μορφών επιχειρηματικότητας. Η ψηφιακή αγορά προϊόντων και υπηρεσιών υγείας (Digital Health Market) περιλαμβάνει αρκετές καινοτόμες εφαρμογές της κινητής υγείας (m-health), συσκευές καταγραφής και δια ζώσης (online) μετάδοσης βιολογικών δεικτών μέσω αισθητήρων, πλατφόρμες λογισμικού, συστήματα τηλεϊατρικής, ιατροτεχνολογικά βοηθήματα οικιακής χρήσης κτλ. Οι δραστηριότητες αυτές δύναται να εφαρμοστούν από το ΕΣΥ ώστε να αξιοποιήσει την καινοτομία μέσα από συμπράξεις και συνεργασίες φορέων,

σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο, ώστε να αυξηθούν οι διαθέσιμοι πόροι και η ποιότητα των υπηρεσιών.

Τα παραπάνω οικοσυστήματα ηλεκτρονικής υγείας λειτουργούν βέλτιστα με τη συμμετοχή και τη συνεργασία φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), της βιομηχανίας φαρμάκου, της μικρομεσαίας επιχειρηματικότητας, δημόσιων ή ιδιωτικών υγειονομικών φορέων, οργανώσεων ασθενών και άλλων κοινωνικών εταίρων σε συνεργασία με την ορθολογική κρατική αρωγή. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός (με άτυπες ή τυπικές μορφές ΣΔΙΤ) συντελεί στην προώθηση της καινοτομίας και στην ανάπτυξη νέων αγορών και μορφών επιχειρηματικότητας με αναπτυξιακή και επενδυτική δυναμική και προοπτική δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

Οι παραπάνω οικονομικές και αναπτυξιακές δραστηριότητες, αποτελούν συστατικά στοιχεία της «οικονομίας των γκρίζων μαλλιών» (Silver economy) που αρκετές χώρες αξιοποιούν μέσω των χρηματοδοτικών εργαλείων της ΕΕ ή ευρύτερων συμπράξεων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, με στόχο την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της ψηφιακής βιομηχανίας και την ανάπτυξη μικρομεσαίων και Start-ups επιχειρήσεων. Τέτοια παραδείγματα εργαλείων αποτελούν το European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing και το πρόγραμμα “Horizon 2020”. Συνεπώς, απαιτείται ένας διατομεακός διάλογος σχετικά με τα πλεονεκτήματα της ψηφιακής εποχής στην νέα υγειονομική πραγματικότητα.

Στην ψηφιακή αναβάθμιση και την βιώσιμη χρηματοδότηση του ΕΣΥ δύναται να συμβάλει και η τεχνητή νοημοσύνη (AI) με τις εφαρμογές της. Το όφελος από τη χρήση της TN στη φαρμακοβιομηχανία εντοπίζεται στη μείωση του χρόνου παράδοσης, του κόστους της παρασκευής φαρμάκων και του χρόνου παρασκευής ανάλογων ενώσεων των φαρμάκων.<sup>162</sup> Η παρασκευή και (κυρίως) οι κλινικές δοκιμές κάθε νέου φαρμάκου είναι μια χρονοβόρα διαδικασία που εκτινάσσει το κόστος και εδώ παρατηρείται η χρησιμότητα της T.N. Παράλληλα, η T.N. προσφέρει στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών και της τεχνολογίας υγείας (HTA) συντελώντας στην οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Σήμερα η TN χρησιμοποιείται στις διαγνώσεις, στη συνταγογράφηση φαρμάκων, σε κλινικά εργαστήρια, στη χρήση συμβολικών μοντέλων προσέγγισης των ασθενειών και στατιστικών μεθόδων, καθώς και στις ΜΕΘ. Τα σύγχρονα αυτά

---

<sup>162</sup> King 1992

συστήματα περιγράφονται ως Κλινικά Συστήματα Υποστήριξης Αποφάσεων (CDSS)<sup>163</sup> και βοηθούν μέσω της διαχείρισης μεγάλου όγκου δεδομένων, γνώσεων και σημάτων πραγματικού χρόνου. Επίσης, η ανάπτυξη των συστημάτων διάγνωσης προχώρησε και πλέον αποτελούν εκπαιδευτικά συστήματα (DXplain). Με τη χρήση αναγνώρισης και ερμηνείας εικόνων δύναται η ερμηνεία και η σήμανση εικόνων που αποκλίνουν από το φυσιολογικό, ώστε να εξετασθούν άμεσα. Ορισμένα συστήματα υποστήριξης αποφάσεων χρησιμοποιούνται στις μονάδες βραχείας νοσηλείας για την αυτόματη λειτουργία ιατρικών συσκευών (SmartCare/PS) και σε εργαστήρια (GermWatcher) ελέγχοντας νοσοκομειακές λοιμώξεις.

Ταυτόχρονα, στην αξιολόγηση της θεραπευτικής διαδικασίας ελέγχονται οι ελλείψεις και οι ειδικές ανάγκες (βάσει θεραπευτικών οδηγιών) και η ανταπόκριση των μοντέλων, ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Στον τομέα της έρευνας, τα συστήματα TN έχοντας τη δυνατότητα μάθησης, συνεισφέρουν στην ανακάλυψη νέων φαινομένων και γνώσεων, αναλύοντας τα δεδομένα και εντοπίζοντας περίπλοκα μοτίβα με απρόσμενες συσχετίσεις. Επίσης, αναλύουν προϋπάρχοντα μοντέλα και επιβεβαιώνουν αν οι πειραματικές παρατηρήσεις αντιτίθενται στις υπάρχουσες θεωρίες (KARDIO), ενώ σχεδιάζοντας αυτόματα μοντέλα περιγράφουν τις συσχετίσεις διαφορετικών μετρήσεων αναπτύσσοντας μοτίβα κατηγοριοποίησης.

Στα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα δύνανται να αναφερθούν και εφαρμογές της εικονικής πραγματικότητας (VR), της νανοτεχνολογίας (DNA origami), της ρομποτικής, του Internet of Things (τηλεϊατρική, συστήματα συμμόρφωσης) και του blockchain, με χρήσιμα εργαλεία όπως τα wearables, οι αισθητήρες και η 3D εκτύπωση. Η χρήση του blockchain, μόνο, υπολογίζεται ότι δύναται να προσφέρει >3% εξοικονόμηση πόρων σε ζητήματα πλαστών φαρμάκων και απάτης. Συμπερασματικά, ο ψηφιακός μετασχηματισμός συνεισφέρει στην ποιοτική αναβάθμιση και αξιολόγηση των υπηρεσιών, στη συγκράτηση του κόστους, στην μείωση του χρόνου επιτέλεσης ορισμένων διαδικασιών και στη καλύτερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων.

---

<sup>163</sup> Coiera 2015

## Βιβλιογραφία

1. Barros, P.P. et al. 2011. «Portugal: Health System Review:», *Health Systems in Transition, Vol 13 No 4*, στο: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0019/150463/e95712.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf) (τελ. πρ. 13/09/2019).
2. Björnberg, A. 2015. «Euro Health Consumer Index: Report», *Health Consumer Powerhouse*, στο: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2015/EHCI-2015-report.pdf> (τελ. πρ. 11/12/19).
3. Björnberg, A. 2017. «Euro Health Consumer Index: Report», *Health Consumer Powerhouse*, στο: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf> (τελ. πρ. 15/12/19).
4. Blümel, M. & Busse, R. «The German Health Care System», *International Health Care System Profiles*, στο: <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/> (τελ. πρ. 15/12/19).
5. Chung, M. 2017. «Health Care Reform: Learning from other major health care system», *Princeton: Public Health Review*, στο: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/> (τελ. πρ. 13/09/2019).
6. DocPlayer, xxx. «Σύστημα Υγείας VS Ιατρική Περίθαλψη», στο: <http://docplayer.gr/9726549-Systema-ygeias-vs-iatrikis-perithalpsi.html> (τελ. πρ. 11/12/19).
7. Economou, C. & Giorno, C. 2009. «Improving the performance of the public health care system in Greece», Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (Economics Department Working Paper No. 722).
8. Economou, C. 2010. «Greece: Health system review», *Health Systems in Transition, Vol. 12, No.7*, European Observatory on Health Systems and Policies.
9. Economou, C. et al. 2015. «The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece». In: Maresso, A. et al., eds. *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
10. EPOS. 2013. «Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery across EU», E.E. στο: [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/ppp\\_finalreport\\_annexes\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/ppp_finalreport_annexes_en.pdf) (τελ. πρ. 31/12/19)
11. Fragkiadakis, G., et al. 2013. *Evaluation of the efficiency of Greek hospitals: a nonparametric framework and managerial implications*, Chania: Financial Engineering Laboratory, Technical University of Crete (Working Paper 2013.02).

12. Glenngård , A.H. xxx. «The Swedish Health Care System», *International Health Care System Profiles*, στο: <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/> (τελ. πρ. 15/12/19).
13. Health expenditure and financing, στο: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (τελ.πρ. 11/12/19)
14. «HMO vs. PPO plans – what are the differences?». 2019. στο: <https://thrive.kaiserpermanente.org/thrive-together/health-care-101/hmo-vs-ppo-advantages> (τελ.πρ. 11/12/19)
15. Joumard I. et al. 2008. «Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency», *OECD Economics Department Working Papers, No 627*.
16. Kaitelidou, D. et al. 2012. «Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power», *International Journal of Health Services*, 42(4):719–738.
17. Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., & Katostarar T. 2008. «Informal payments in public hospitals in Greece», *Health Policy* 8:72-81
18. Maresso, A. 2015. «Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience», *World Health Organization*, στο: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1) (τελ. πρ. 13/09/2019).
19. MacClellan, M. 2013. «Improving Health Care Quality: The Path Forward», *Brookings*, στο: <https://www.brookings.edu/testimonies/improving-health-care-quality-the-path-forward/> (τελ. πρ. 31/12/19).
20. Mladovsky, P. et.al. 2012. *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, στο: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/170865/e96643.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf) (τελ. πρ. 20/12/19)
21. Mossialos, E., Allin, S. & Davaki, K. 2005. «Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia», *Health Econ.*14: 151-168.
22. OECD. Health spending 2011-2016, στο: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (τελ. πρ. 15/12/19).
23. OECD.2017. «State of Health in the EU: Ελλάδα - Προφίλ Υγείας 2017», στο: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf) (τελ.πρ. 15/12/19).
24. Open Government Partnership, στο: <https://www.opengovpartnership.org/> (τελ.πρ. 15/12/19).
25. Pauly, M. 1988. «Market power, Monopsony and Health Insurance Markets», *Journal of Health Economics*, 7: 111-128.



26. Polyzos, N. Karanika, H. Thireos, E. Kastanioti. C. Kontodimopoulos, N. 2013. "Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system". *Health Policy*, 109:14–22.
27. Reeves, A. et al. 2013. «The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011», *Health Policy*, στο: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.11.008> (τελ. πρ. 13/09/2019).
28. Schreck, R. 2019. Overview of Health Care Financing, MSD Manual, στο: <https://www.msdmanuals.com/professional/special-subjects/health-care-financing/overview-of-health-care-financing> (τελ. πρ. 13/09/2019)
29. Street, A. 2016. "The financial crisis in the National Health Service: insufficient funding will derail transformation plans", University of York, στο: [http://eprints.whiterose.ac.uk/112134/1/AS\\_financel\\_crisis\\_NHS\\_insuficnt\\_funds\\_Ra\\_d\\_Stats\\_Aug2016.pdf](http://eprints.whiterose.ac.uk/112134/1/AS_financel_crisis_NHS_insuficnt_funds_Ra_d_Stats_Aug2016.pdf) (τελ. πρ. 13/09/2019).
30. «The Marmot Review: Fair Society Healthy Lives». 2010. στο <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf> (τελ. πρ. 20/12/19)
31. Thomson, S. et al. 2014. "Policy Summary Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: impact and implications for Policy", *World Health Organization*, στο: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/257579/Economic-crisis-health-systems-Europe-impact-implications-policy.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/257579/Economic-crisis-health-systems-Europe-impact-implications-policy.pdf) (τελ. πρ. 13/09/2019).
32. *Thorlby, R. & Arora, S.* «The English Health Care System», *International Health Care System Profiles*, στο: <https://international.commonwealthfund.org/countries/england/> (τελ. πρ. 15/12/19).
33. Van de Ven, W. & Ellis, R. 2002. *Risk adjustment in competitive health schemes markets*, in Culyer & Newhouse (eds) *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier.
34. White, B. 2001. "The Future of Health Care Financing", *American Academy of Family Physicians*, στο: [www.aafp.org/fpm](http://www.aafp.org/fpm) (02/12/2018)
35. WHO. 2010. "Health System Financing: The path to universal coverage" στο: [http://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf?ua=1) (τελ. πρ.11/12/19)
36. Xenos, P., Poulakis, K., Constantopoulos, A., Nektarios. M., Komatas, T. & Yfantopoulos, J. 2018. *Greek public hospital efficiency in years of prolonged austerity 2012-2016: An SFA approach paired with unsupervised classification techniques*.
37. Δημούση, Α. 2016. *Επενδύσεις στο χώρο της υγείας: Εμπειρική ανάλυση για Δανία, Γερμανία, Πορτογαλία και Ισπανία*, (διπλωματική εργασία), Πανεπιστήμιο Πειραιώς: Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, στο: [http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9428/Dimousi\\_Anastasia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9428/Dimousi_Anastasia.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (τελ. πρ.11/12/19)

38. Ελληνική Στατιστική Αρχή. 2015. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, στο: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2015> (τελ. πρ. 16/12/19).
39. Ελληνική Στατιστική Αρχή. 2017. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, στο: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2015> (τελ. πρ. 16/12/19).
40. ΕΣΔΥ. 2010. *Μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσηλευτικών μονάδων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
41. Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης. 2014. "Ενθάρρυνση της καινοτομίας με επίκεντρο τον ασθενή στα συστήματα υγείας της ΕΕ", C 438 (σ. 12-15) στο: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid=1461420761872&uri=URISERV:2901\\_6](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid=1461420761872&uri=URISERV:2901_6) (τελ. πρ. 11/12/19)
42. «Η ασφάλιση στη Γερμανία», στο: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-el#> (τελ. πρ. 20/12/19)
43. ΙΚΠΠ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015
44. ΙΚΠΠ. Hellas Health II. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2008
45. Κυριόπουλος, Γ. & Μπεαζόγλου, Τ. 2001. « Η Επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοπωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. & Συν., *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Θεμέλιο*, (93-110), Αθήνα
46. Κυριόπουλος, Γ. 2007. *Τα οικονομικά της υγείας: Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι*. Αθήνα: Παπαζήση.
47. Λιαρόπουλος, Λ. xxx "Εθνική Ασφάλιση Υγείας: Πρόταση Μεταρρύθμισης", στο <http://www.hba.gr/5Ekddosis/UplPDFs/sylltomos14/415-434%20Liaropoulos%202014.pdf> (τελ. πρ. 11/12/19)
48. Μπαρμπής, Δ. 2001. *Δομές και Εργαλεία Managed Care στις ΗΠΑ, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης*, στο: [https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/12/4/315.pdf](https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/12/4/315.pdf) (τελ. πρ. 31/12/19).
49. Μόσιαλος, Η. 2010. "Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας European Observatory on Health Systems and Policies: World Health Organization".
50. Μουστακίδης, Θ. 2018. *Εμπειρική Διερεύνηση των προσωπικών δαπανών των Η.Π.Α.* (διπλωματική εργασία), Πανεπιστήμιο Πειραιώς, στο: [http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/10917/Moustakidis\\_Theodoros.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/10917/Moustakidis_Theodoros.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (τελ. πρ. 13/09/2018).
51. Μπουρίκος, Δ. & Σωτηρόπουλος Δ. 2014. "Οικονομική Κρίση, Κοινωνική Πρόνοια και Κοινωνία των Πολιτών: Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους τυπικούς και άτυπους

φορείς της κοινωνίας πολιτών στο χώρο της κοινωνικής αλληλεγγύης και οι νέοι περιορισμοί της κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη την περίοδο 2010-2013", Παρατηρητήριο για την Κρίση, ΕΛΙΑΜΕΠ, στο:  
<http://www.snf.org/media/3069921/ELIAMEP-Report.pdf> (τελ. πρ. 11/12/19).

52. Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ. Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι. 2014. "Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα". Αρχ. Ελλ. Ιατρ., 31(2):172-185
53. Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν. & Υφαντόπουλος, Ι. 2014. «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, στο: <https://www.mednet.gr/archives/2014-2/pdf/172.pdf> (τελ. πρ. 11/12/19).
54. Παπαδονικολάκη, Π. 2015. *Οι Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στον κλάδο της Υγείας στην Ευρώπη*, (μεταπτ. εργασία), Πανεπιστήμιο Πειραιώς, στο:  
[http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9079/Papadonikolaki\\_Polyxeni.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9079/Papadonikolaki_Polyxeni.pdf?sequence=2&isAllowed=y) (τελ. πρ. 11/12/19).
55. Πετμεζίδου, Μ. et.al. 2015. «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα», 35 Μελέτες, Παρατηρητήριο, στο: <https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/09/Meleti-35.pdf> (τελ. πρ. 11/12/19).
56. Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ. & Λιαρόπουλος, Λ. 2008 «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (5).
57. Σκουμπέλος, Α. Καπάκη, Β. Αθανασάκης, Κ. Σουλιώτης, Κ. Κυριόπουλος, Ι. 2012. "Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλειας Υγείας: Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)", ΕΣΔΥ.
58. Σουλιώτης, Κ. 2000. *Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*, Αθήνα: Πάντειο Παν.
59. Σουλιώτης, Κ. et al. 2014. «Αξιολόγηση των συνθηκών διαβίωσης και της πρόσβασης των ασθενών με καρκίνο στις υπηρεσίες υγείας», The HOPE IV Study, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
60. Σουλιώτης, Κ. 2019. *Τεκμηριωμένη Πολιτική Υγείας: Μια πρόταση για την Ελλάδα*, Αθήνα: Παπαζήση.
61. Συλλογικό Έργο. 2011. «Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας την περίοδο του Μνημονίου στην Ελλάδα», Αθήνα: IOBE, στο:  
[http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_01092011\\_REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_01092011_REP_GR.pdf) (τελ. πρ. 11/12/19).
62. Συλλογικό Έργο. 2016. «Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας», Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, στο Διανέοσις (οργανισμός έρευνας και ανάλυσης).

63. Υφαντόπουλος, Γ. 2006. *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Αθήνα: Τυπωθήτω-Δαρδανός.
64. Χαλκιά, Β. & Βαρακλιώτη, Α. 2015. «Δαπάνες Υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 32:5 (546-555), στο: <https://www.mednet.gr/archives/2015-5/pdf/546.pdf> (τελ. πρ. 11/12/19).
65. Χατζηπουλίδης, Γ. 2001. "Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας, Ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας" Το Βήμα του Ασκληπιού, τ.3, τεύχος 3.
66. Χλέτσος, Μ. 2011. *Οικονομικά της Υγείας*, Αθήνα: Πατάκη.

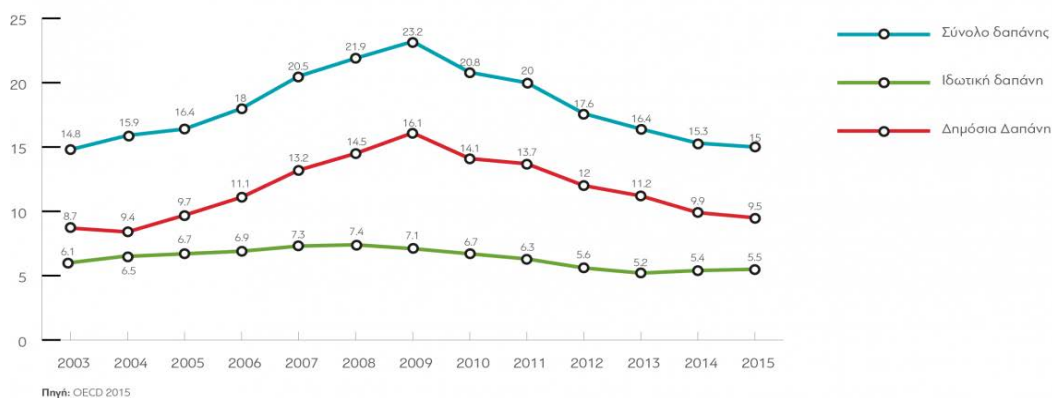
## Παράρτημα

### Περιεχόμενα

Παράρτημα.....	101
Πίνακας 1: Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003-15): .....	103
Πίνακας 2: Ετήσιος ρυθμός αύξησης της ΣΔΥ στην Ευρώπη, στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα (2000-12).....	103
Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης για τα Νοσοκομεία κατά χρηματοδοτικό φορέα (2003-11).....	104
Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής εξωνοσοκομειακής χρηματοδότησης κατά χρηματοδοτικό φορέα (2003-11).....	104
Πίνακας 5: Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά προμηθευτή υπηρεσιών (2009-2013).....	104
Πίνακας 6: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ε.Ε. (2009-13) .....	105
Πίνακας 7: Συνολικές Δαπάνες Υγείας (ΣΔΥ) στην Ελλάδα (% ΑΕΠ) (2000-13).....	105
Πίνακας 8: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας (ΣΔΥ) και Δημόσια Δαπάνη Υγείας (ΔΔΥ) (2009-13) .....	106
Πίνακας 9: Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας ανά κάτοικο (\$, σε σταθερές τιμές 2011) (2006-13) .....	106
Πίνακας 10: Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας (ΔΥ) και ποσοστιαία συμμετοχή του φορέα .....	107
Πίνακας 11: Σύνολο Χρηματοδότησης Υγείας (%),(2009-13).....	107
Πίνακας 12 : Εξέλιξη της δημόσια δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (2009-13).....	108
Πίνακας 13: Κατανομή Χρηματοδότης Υγείας Ιδιωτικού Τομέα (2009-13).....	108
Πίνακας 14: Κατανομή Δαπανών Υγείας ανά κατηγορία (2008-13).....	109
Πίνακας 15: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη (2000-18) .....	109
Πίνακας 16: Αξία (εκατ. €) και όγκος συσκευασιών (εκατ.) φαρμακευτικής δαπάνης (2012-14) .....	110
Πίνακας 17: Σύθεση της Τρέχουσας Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατ. ευρώ) (2009-13) .....	110
Πίνακας 18: Σύθεση της Τρέχουσας ΣΔΥ κατά μείζονα κατηγορία (% ΑΕΠ) (2009-13) .....	111
Πίνακας 19: Δημόσια Ενδονοσοκομειακή, Φαρμακευτική, Εξωνοσοκομειακή Δαπάνη και Δημόσια Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες (2003-11) .....	111
Πίνακας 20: Σύθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε_εκατ. ευρώ) (2009-13) .....	112

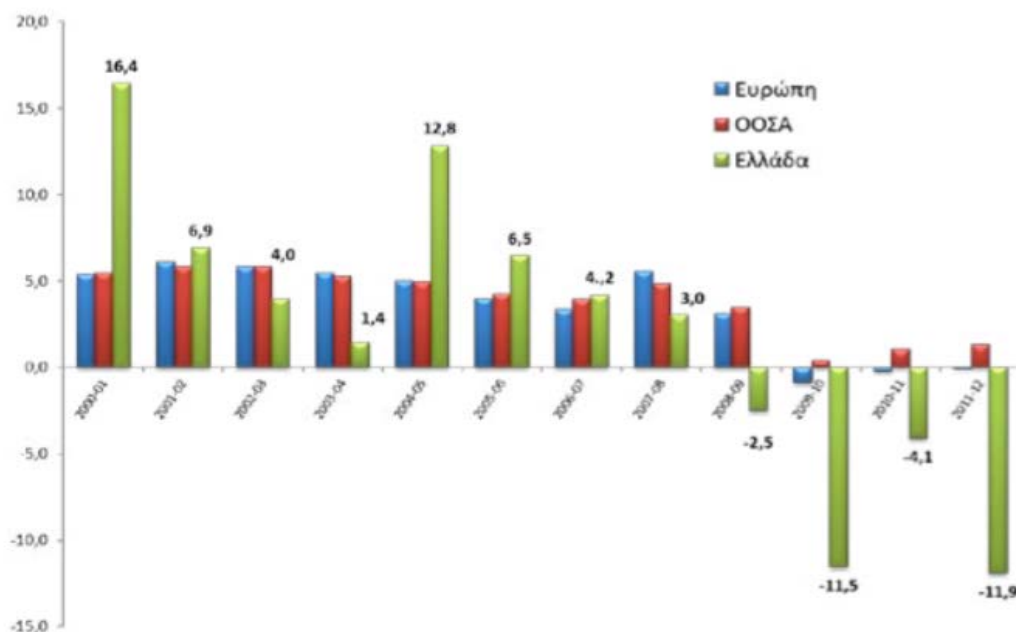
Πίνακας 21: Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ (σε εκατ. ευρώ) (2012-14) .....	112
Πίνακας 22: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (ΟΟΣΑ)(2012).....	113
Πίνακας 23: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στον ΟΟΣΑ (2005-13) .....	113
Πίνακας 24: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (2013) στις χώρες Ε.Ε./Ε.Ε.Α.....	114
Πίνακας 25: Προσαρμοσμένες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (2015) σε Ε.Ε./Ε.Ε.Α...	114
Πίνακας 26: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, σε \$PPP (Purchasing Power Parity)(2015) .....	115
Πίνακας 27: Δαπάνη Υγείας και Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ευρωζώνη (2003-11) .....	116
Πίνακας 28: Δαπάνες Υγείας ανά κάτοικο στις Ελλάδα, Ε.Ε., Ευρωζώνη (2007-13) ....	116
Πίνακας 29: Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν.....	117
Πίνακας 30: Υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη (2013).....	117
Πίνακα 31: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης (2013).....	118
Πίνακας 32: Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 πληθυσμού, 2000 και 2013.....	118
Πίνακας 33: Κλίνες ανά 1000 κατοίκους, έτη 2000 και 2011, ΟΟΣΑ .....	118
Πίνακας 34: Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών.....	119
Πίνακας 35: Συμμετοχή του πολίτη στη χρηματοδότηση.....	120
Πίνακας 36: Αποδοτικότητα υπηρεσιών υγείας .....	120
Πίνακας 37: Διαθεσιμότητα συνταγογράφησης.....	121
Πίνακας 38: Δικαιώματα των ασθενών.....	121
Πίνακας 39: Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών.....	122
Πίνακας 40: Συμμετοχή του πολίτη στη χρηματοδότηση.....	122
Πίνακας 41: Αποδοτικότητα υπηρεσιών υγείας .....	123
Πίνακας 42: Διαθεσιμότητα συνταγογράφησης.....	123
Πίνακας 43: Δικαιώματα των ασθενών.....	124
Πίνακας 44: Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (2014).....	124
Πίνακας 45: Προσβασιμότητα στη ΠΦΥ (2015) .....	125
Πίνακας 46: Ανταπόκριση σε άτυπες πληρωμές .....	125
Πίνακας 47: Χρόνος αναμονής για αξονικές τομογραφίες.....	126

**Πίνακας 1: Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003-15):  
Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003 - 2015)**



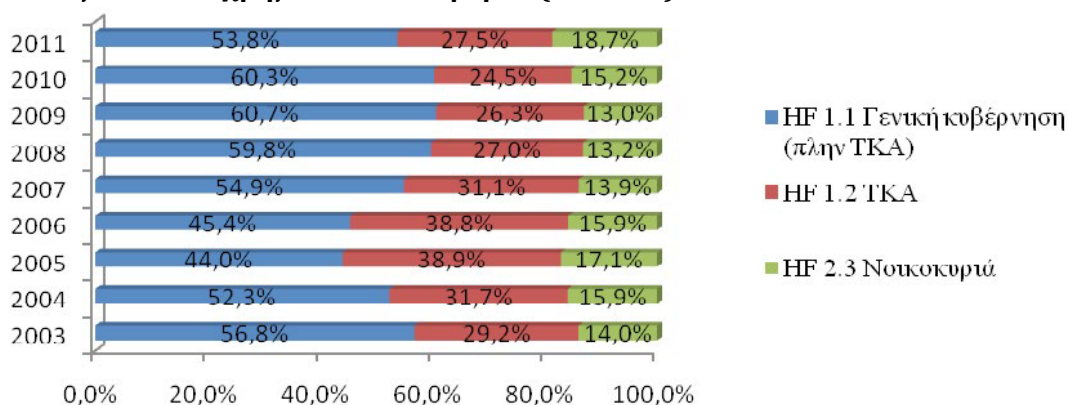
**Πίνακας 2: Ετήσιος ρυθμός αύξησης της ΣΔΥ στην Ευρώπη, στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα (2000-12)**

**Σχήμα 21: Ετήσιος ρυθμός αύξησης της συνολικής δαπάνης υγείας, στην Ευρώπη, στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα (2000-2012)**

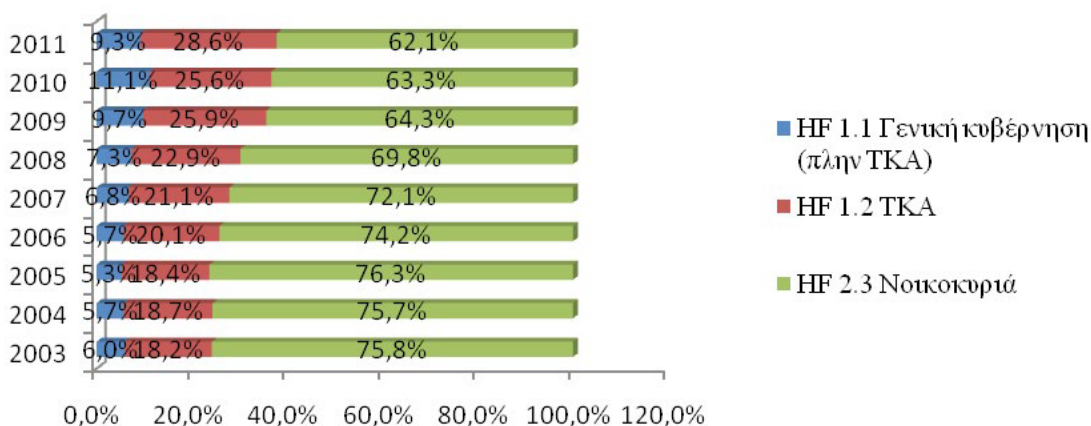


Πηγή: OECD, 2015

**Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης για τα Νοσοκομεία κατά χρηματοδοτικό φορέα (2003-11)**



**Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής εξωνοσοκομειακής χρηματοδότησης κατά χρηματοδοτικό φορέα (2003-11)**

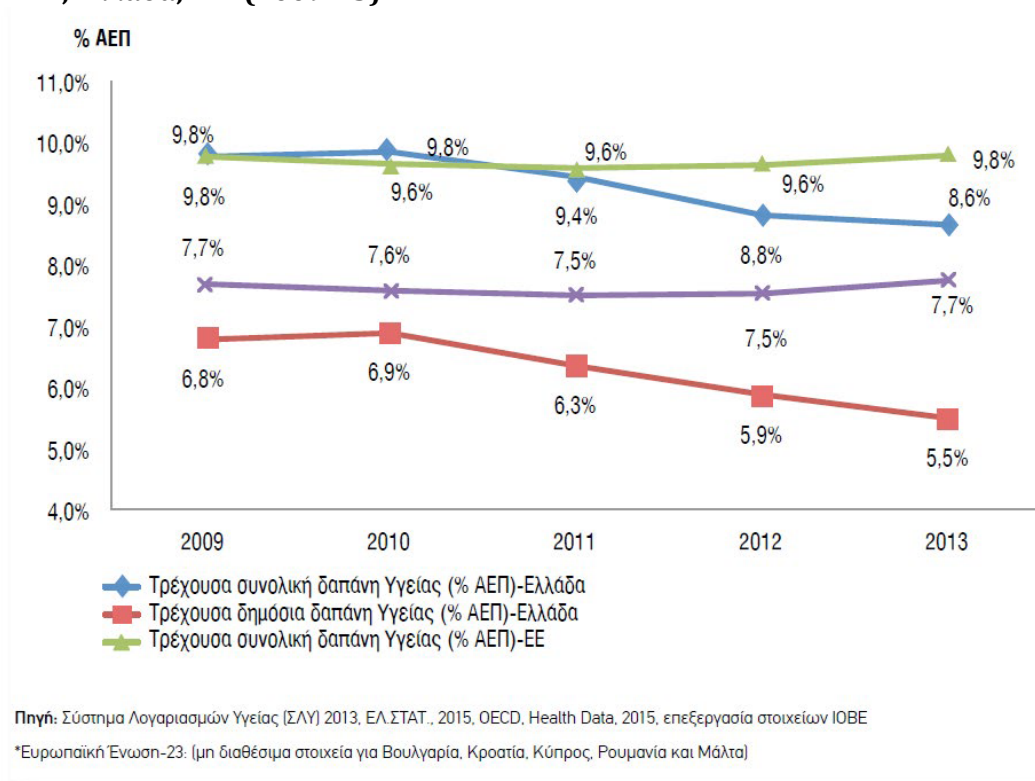


**Πίνακας 5: Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά προμηθευτή υπηρεσιών (2009-2013)**

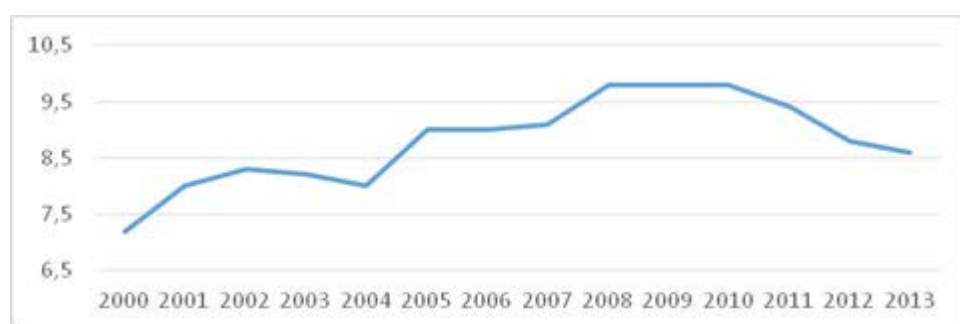
	2009	2010	2011	2012	2013	2010/2009 %	2011/2010 %	2012/2011 %	2013/2012 %
<b>Σύνολο προμηθευτών υγείας (HP.1-HP.0)</b>	23.176,9	22.269,3	19.598,7	17.105,9	15.776,5	-3,9	-12,0	-12,7	-7,8
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1.HC.2.HC.3)	13.950,1	13.468,0	10.783,3	10.157,9	9.485,6	-3,5	-19,9	-5,8	-6,6
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	1.083,8	906,1	921,6	943,3	833,1	-16,4	1,7	2,4	-11,7
Διάθεση προϊόντων σε εξονοσοσκόμους ασθενείς (HC.5)	7.427,4	7.238,0	7.257,8	5.399,4	4.875,2	-2,6	0,3	-25,6	-9,7
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	715,6	657,2	635,9	605,3	582,5	-8,2	-3,2	-4,8	-3,8
<b>Νοσοκομεία (HP.1)</b>	9.028,7	9.046,3	6.831,2	7.240,7	6.715,1	0,2	-24,5	6,0	-7,3
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1.HC.2.HC.3)	8.944,6	9.013,6	6.782,4	7.235,9	6.707,0	0,8	-24,8	6,7	-7,3
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	13,7	10,7	12,1	4,8	8,1	-21,9	13,0	-60,3	69,2
Διάθεση προϊόντων σε εξονοσοσκόμους ασθενείς (HC.5)	70,3	21,8	36,7	0,0	0,0	-69,0	68,5	-	-
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	0,1	0,2	0,02	0,0	0,0	126,6	-90,2	-	-
<b>Λοιπές νοσηλευτικές φροντίδας (HP.2)</b>	117,0	140,8	129,1	81,5	62,4	20,4	-8,3	-36,9	-23,4
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1.HC.2.HC.3)	117,0	140,8	129,1	81,5	62,4	20,4	-8,3	-36,9	-23,4
<b>Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)</b>	5.128,1	4.552,4	4.058,4	3.020,0	2.852,0	-11,2	-10,9	-25,6	-5,6
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1.HC.2.HC.3)	4.839,2	4.271,4	3.838,3	2.822,3	2.679,7	-11,7	-10,1	-26,5	-5,1
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	80,8	76,9	67,9	56,4	47,6	-4,8	-11,7	-16,9	-15,6
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	208,1	204,1	152,2	141,3	124,7	-1,9	-25,4	-7,2	-11,7
<b>Προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών (HP.4)</b>	987,1	815,9	839,3	880,9	777,4	-17,3	2,9	5,0	-11,7
Διάθεση προϊόντων σε εξονοσοσκόμους ασθενείς (HC.4)	987,1	815,9	839,3	880,9	777,4	-17,3	2,9	5,0	-11,7
<b>Εμποροι λιανικής (HP.5)</b>	7.357,1	7.216,2	7.221,1	5.399,4	4.875,2	-1,9	0,1	-25,2	-9,7
Διάθεση προϊόντων σε εξονοσοσκόμους ασθενείς (HC.5)	7.357,1	7.216,2	7.221,1	5.399,4	4.875,2	-1,9	0,1	-25,2	-9,7
<b>Φορείς διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιποί φορείς (HP.6-HP.0)</b>	558,9	497,7	519,5	483,4	494,3	-11,0	4,4	-6,9	2,3
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1.HC.2.HC.3)	49,3	42,2	33,5	18,2	36,5	-14,4	-20,6	-45,7	100,5
Διάθεση προϊόντων σε εξονοσοσκόμους ασθενείς (HC.4.HC.5)	2,2	2,6	2,3	1,2	0,0	18,2	-11,5	-47,8	-
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	507,4	452,9	483,7	464,0	457,8	-10,7	6,8	-4,1	-1,3



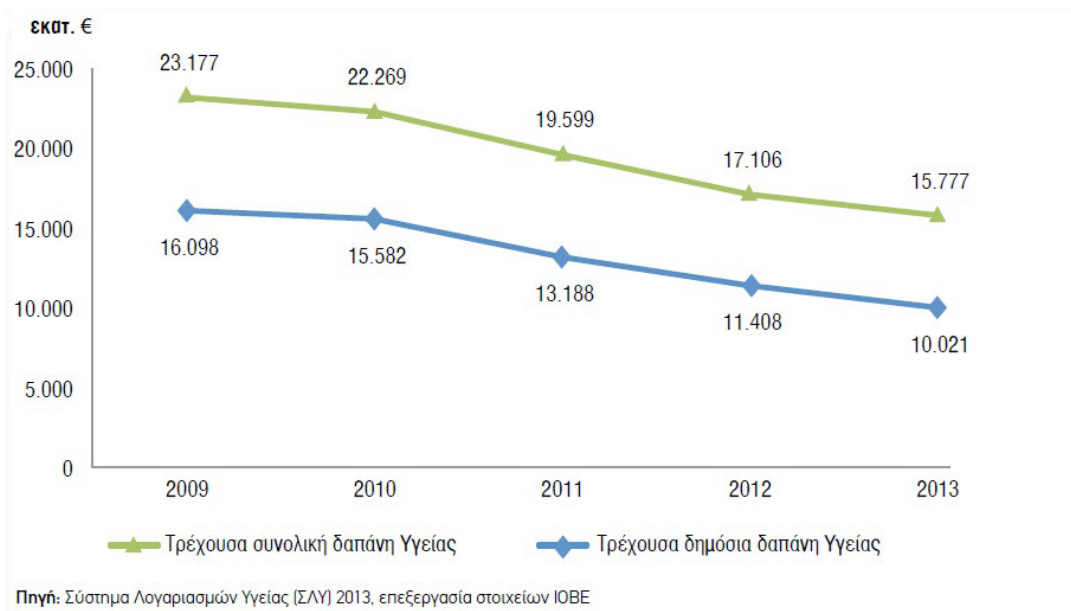
**Πίνακας 6: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ε.Ε. (2009-13)**



**Πίνακας 7: Συνολικές Δαπάνες Υγείας (ΣΔΥ) στην Ελλάδα (% ΑΕΠ) (2000-13)**



**Πίνακας 8: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας (ΣΔΥ) και Δημόσια Δαπάνη Υγείας (ΔΔΥ) (2009-13)**



**Πίνακας 9: Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας ανά κάτοικο (\$, σε σταθερές τιμές 2011) (2006-13)**



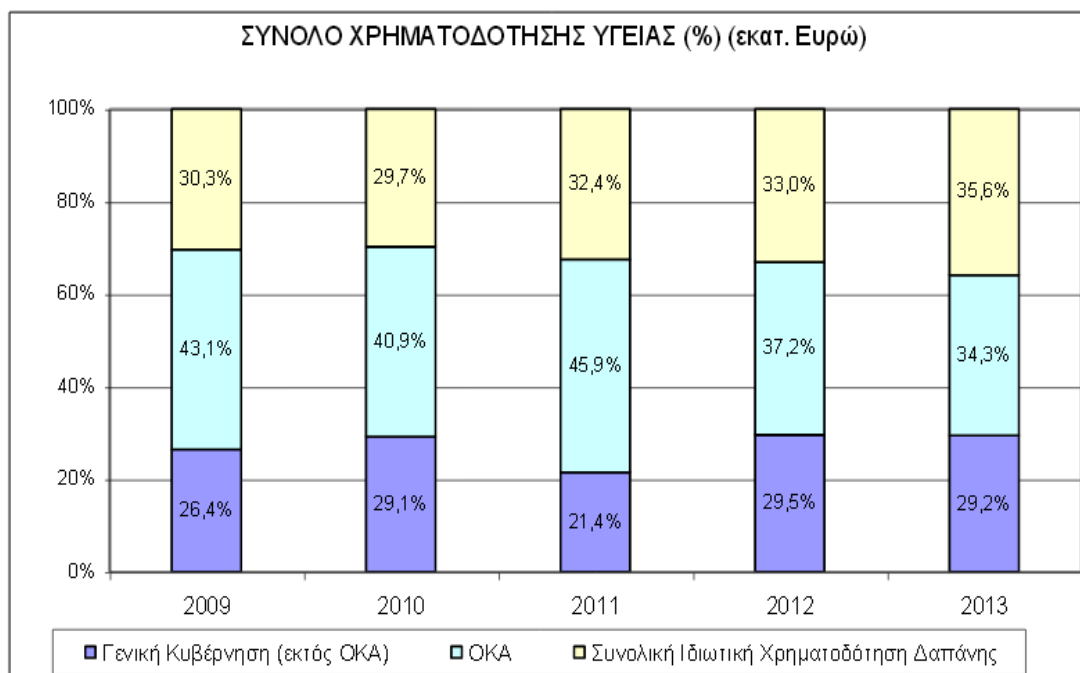
## Πίνακας 10: Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας (ΔΥ) και ποσοστιαία συμμετοχή του φορέα

Πίνακας 2 :  
Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα

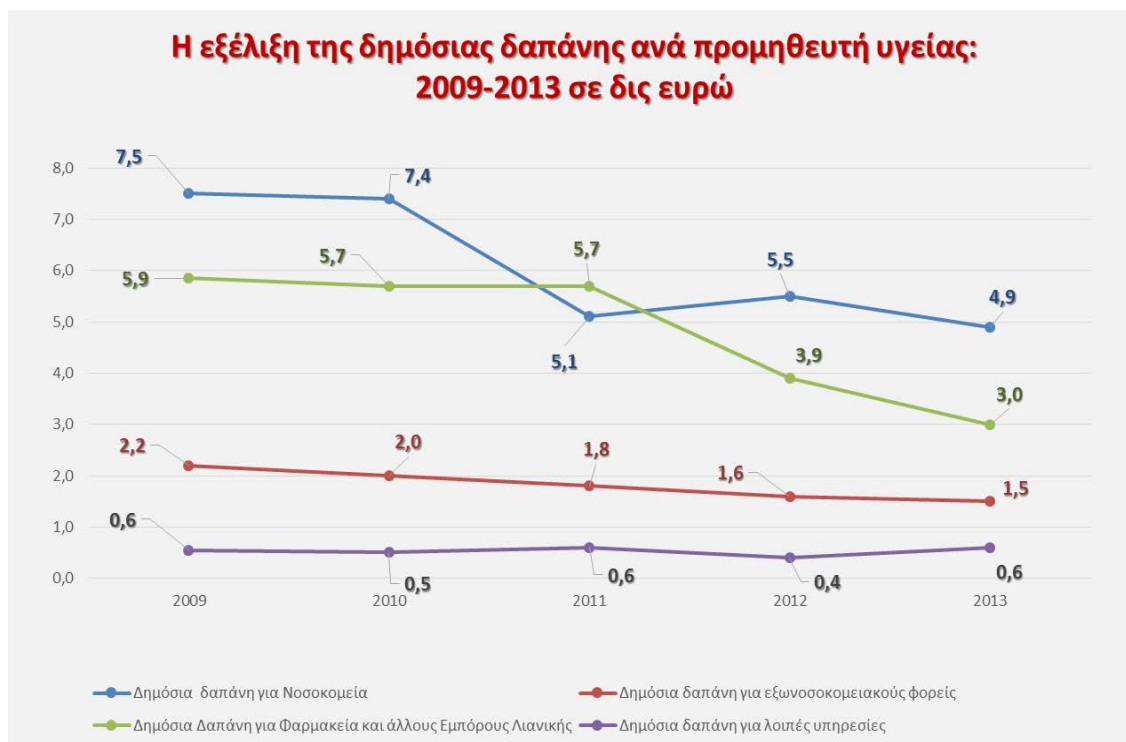
(σε εκατ. ευρώ)

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Συνολική Χρηματοδότηση Δαπάνης Υγείας (HF) (1) έως (5)</b>	<b>23.176,9</b>	<b>22.269,3</b>	<b>19.598,7</b>	<b>17.105,9</b>	<b>15.776,5</b>
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.115,4	6.475,4	4.202,2	5.046,4	4.603,1
(% της συνολικής)	26,4	29,1	21,4	29,5	29,2
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.982,8	9.106,1	8.986,1	6.361,3	5.417,8
(% της συνολικής)	43,1	40,9	45,9	37,2	34,3
<b>Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπάνης (1)+ (2)</b>	<b>16.098,2</b>	<b>15.581,5</b>	<b>13.188,3</b>	<b>11.407,8</b>	<b>10.020,9</b>
(% της συνολικής)	69,5	70,0	67,3	66,7	63,5
<b>Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπάνης (3)+ (4)</b>	<b>7.026,1</b>	<b>6.614,6</b>	<b>6.358,0</b>	<b>5.644,6</b>	<b>5.616,3</b>
(% της συνολικής)	30,3	29,7	32,4	33,0	35,6
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1
(% της συνολικής)	1,9	2,4	2,7	3,1	3,1
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1) (4)	6.592,3	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2
(% της συνολικής)	28,4	27,3	29,7	29,9	32,5
<b>Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2 έως HF.0) (5)</b>	<b>52,6</b>	<b>73,2</b>	<b>52,4</b>	<b>53,5</b>	<b>139,3</b>
(% της συνολικής)	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3

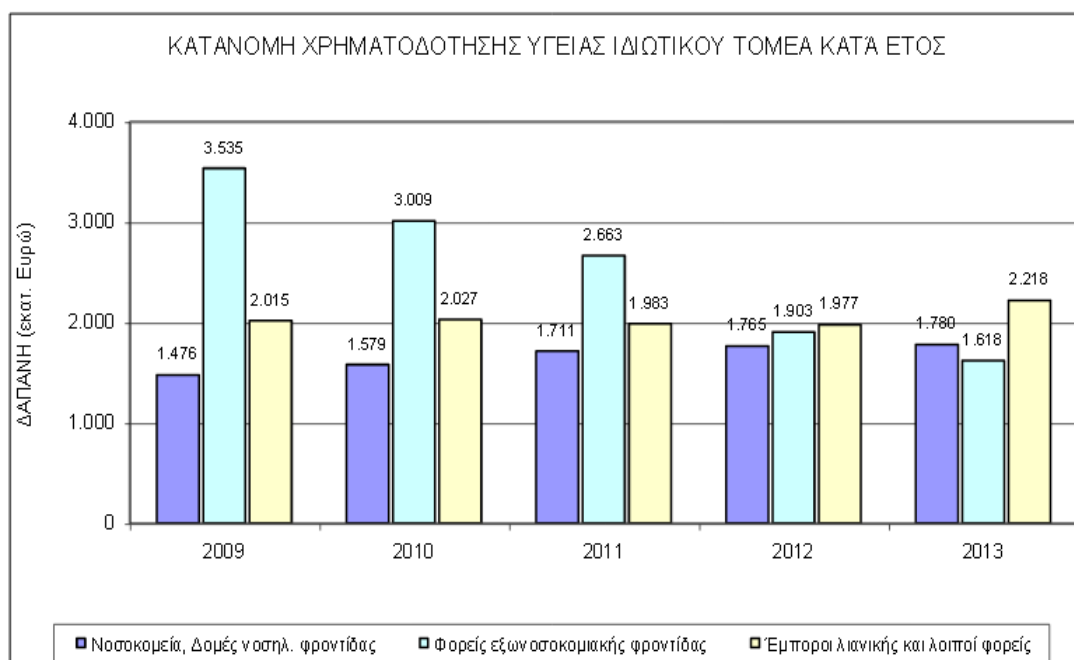
## Πίνακας 11: Σύνολο Χρηματοδότησης Υγείας (%),(2009-13)



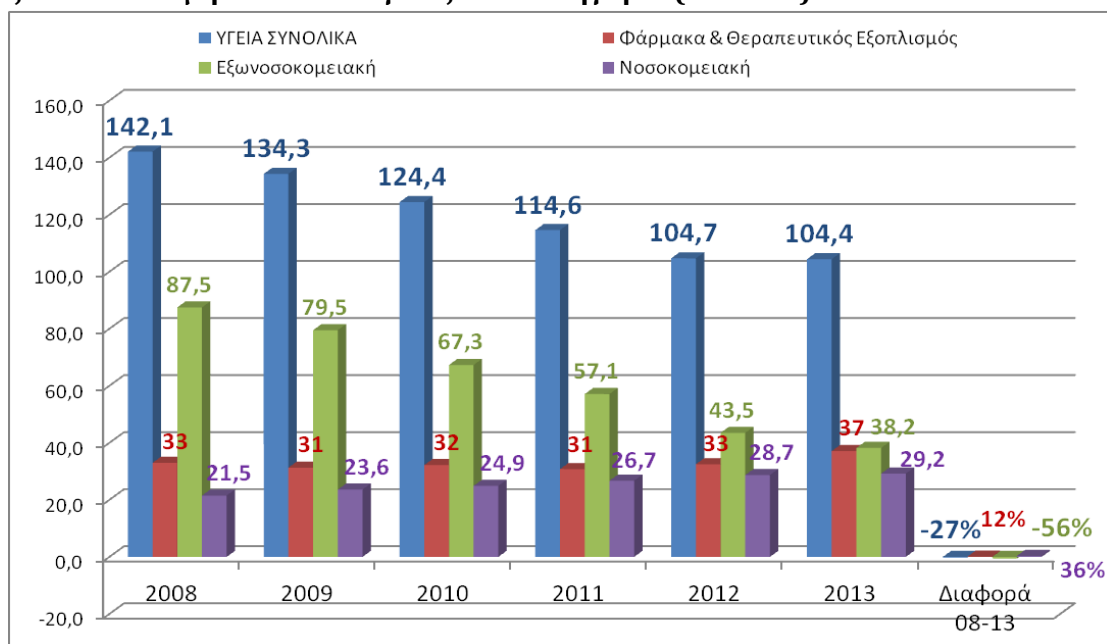
**Πίνακας 12 : Εξέλιξη της δημόσια δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (2009-13)**



**Πίνακας 13: Κατανομή Χρηματοδότης Υγείας Ιδιωτικού Τομέα (2009-13)**

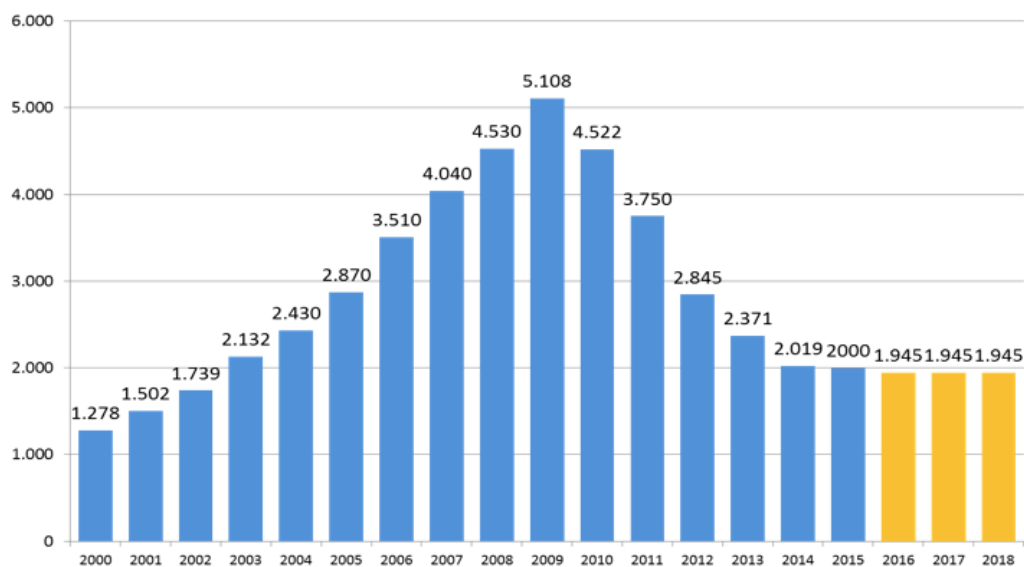


**Πίνακας 14: Κατανομή Δαπανών Υγείας ανά κατηγορία (2008-13)**



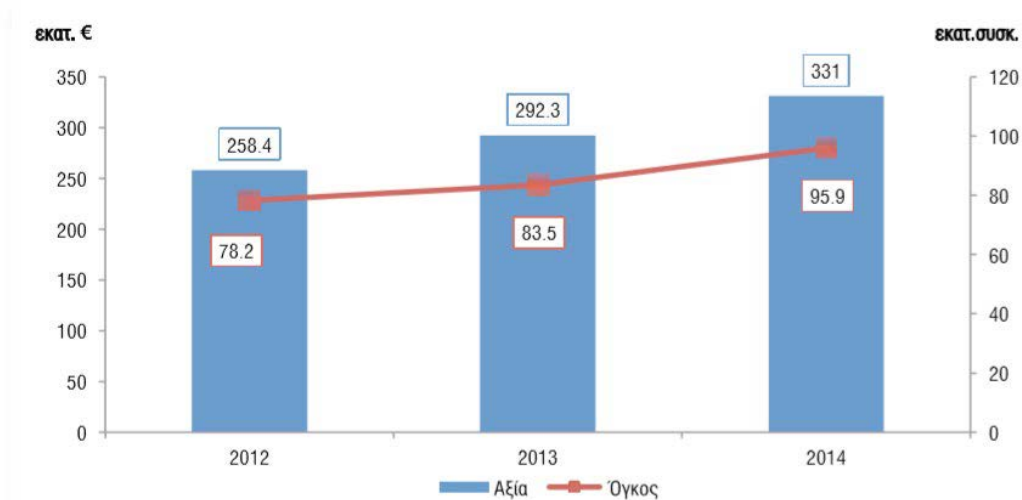
**Πίνακας 15: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη (2000-18)**

**Σχήμα 33: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2000-2018 (εκατ. €)**

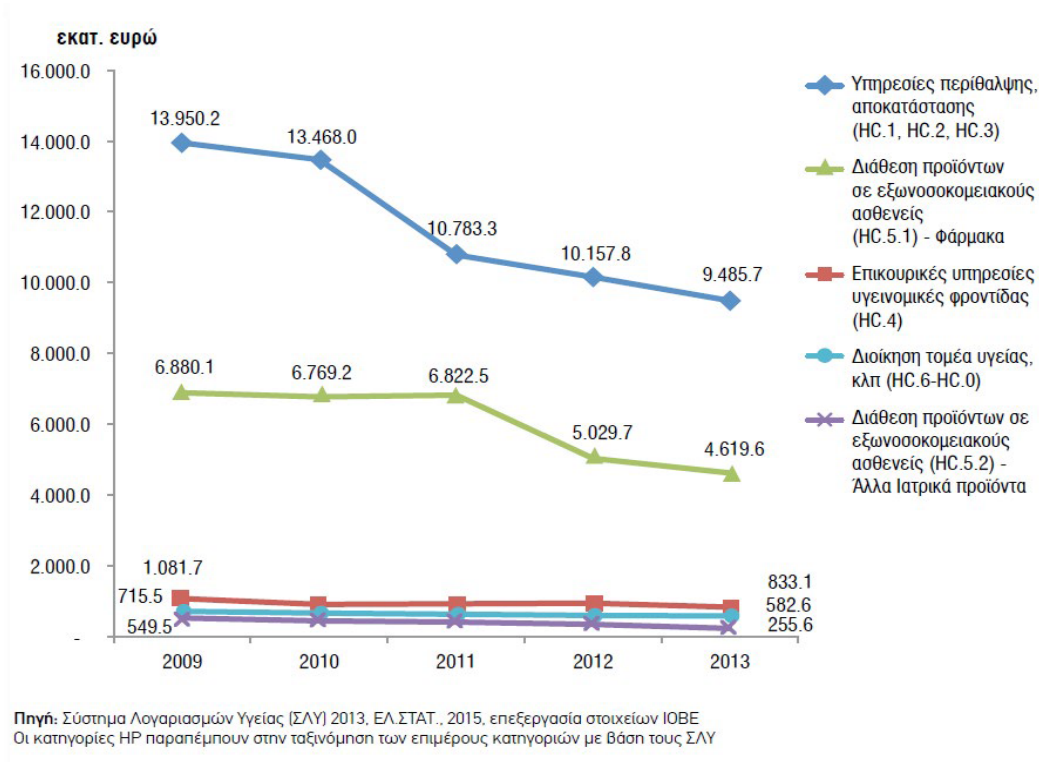


Πηγή: ΙΚΠΠ, 2015

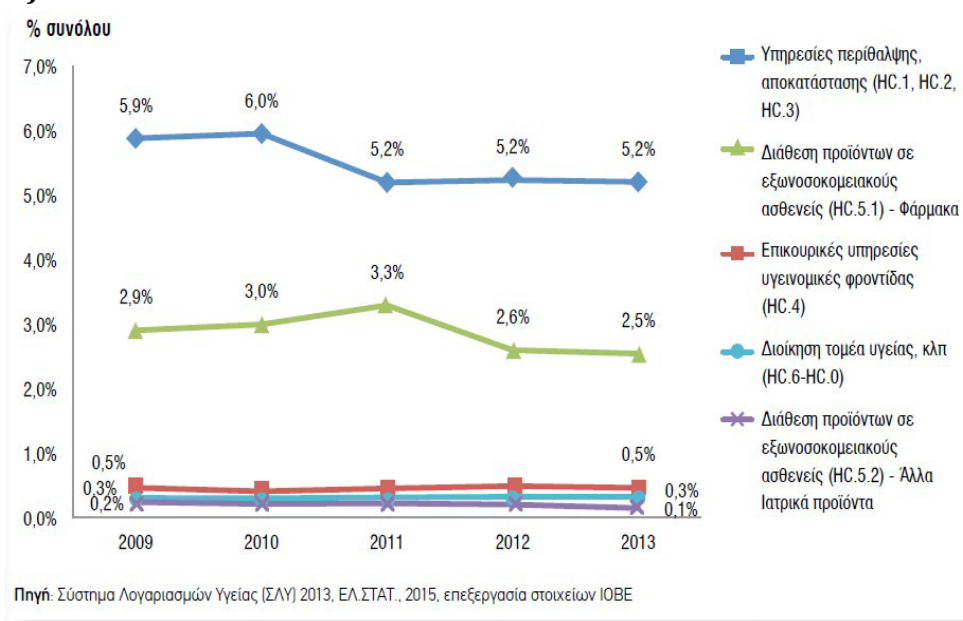
**Πίνακας 16: Αξία (εκατ. €) και όγκος συσκευασιών (εκατ.) φαρμακευτικής δαπάνης (2012-14)**



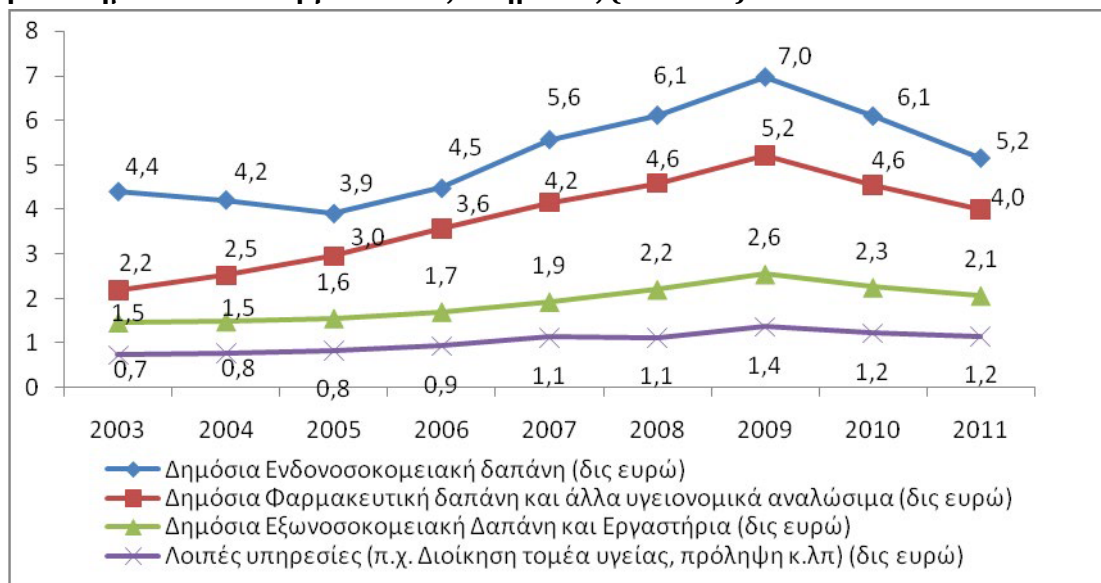
**Πίνακας 17: Σύθεση της Τρέχουσας Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατ. ευρώ) (2009-13)**



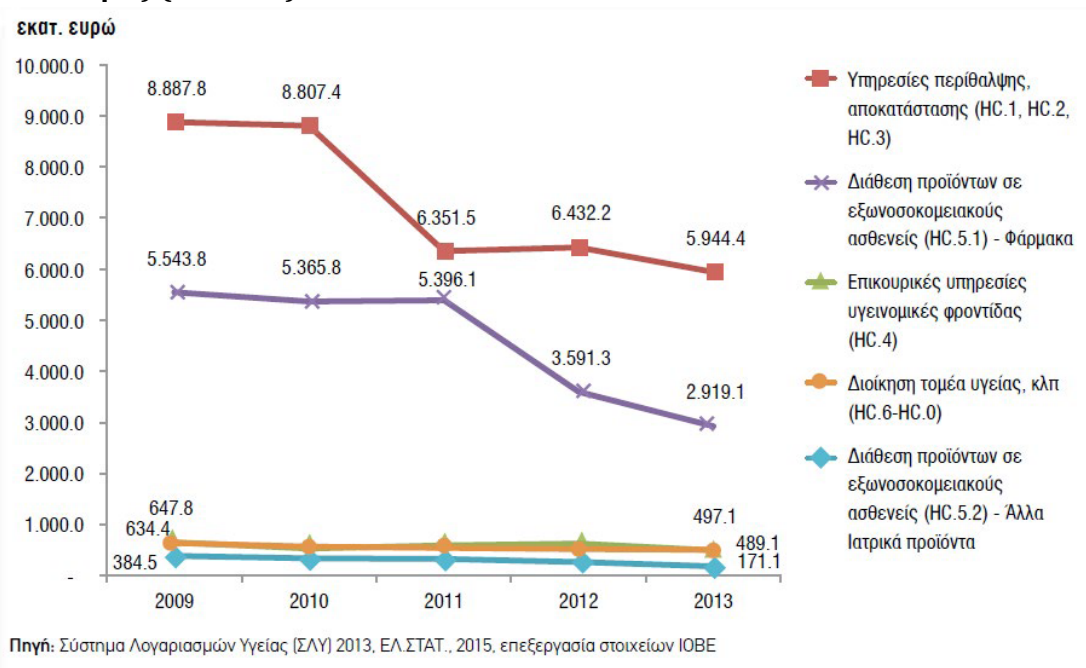
**Πίνακας 18: Σύνθεση της Τρέχουσας ΣΔΥ κατά μείζονα κατηγορία (% ΑΕΠ) (2009-13)**



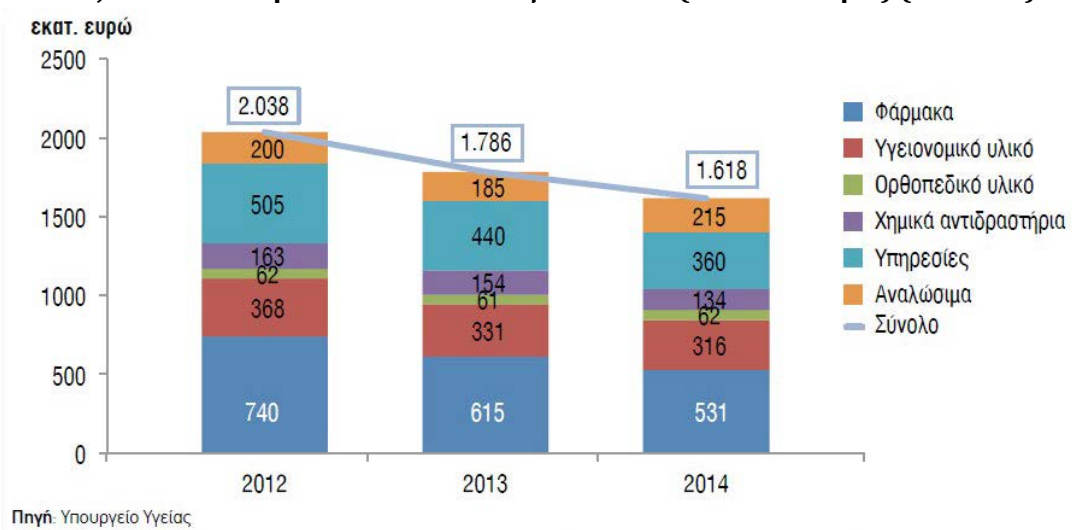
**Πίνακας 19: Δημόσια Ενδονοσοκομειακή, Φαρμακευτική, Εξωνοσοκομειακή Δαπάνη και Δημόσια Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες (2003-11)**



**Πίνακας 20: Σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατ. ευρώ) (2009-13)**

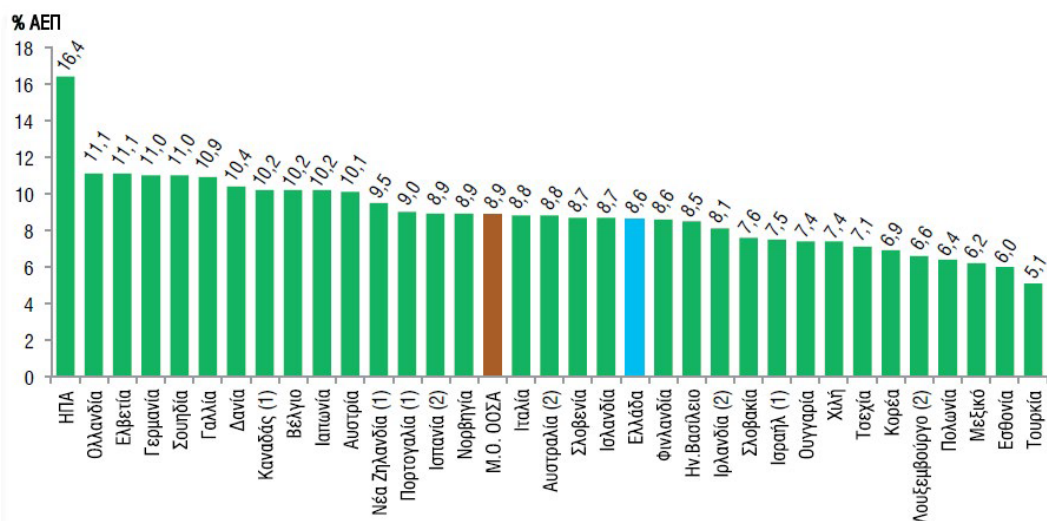


**Πίνακας 21: Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ (σε εκατ. ευρώ) (2012-14)**



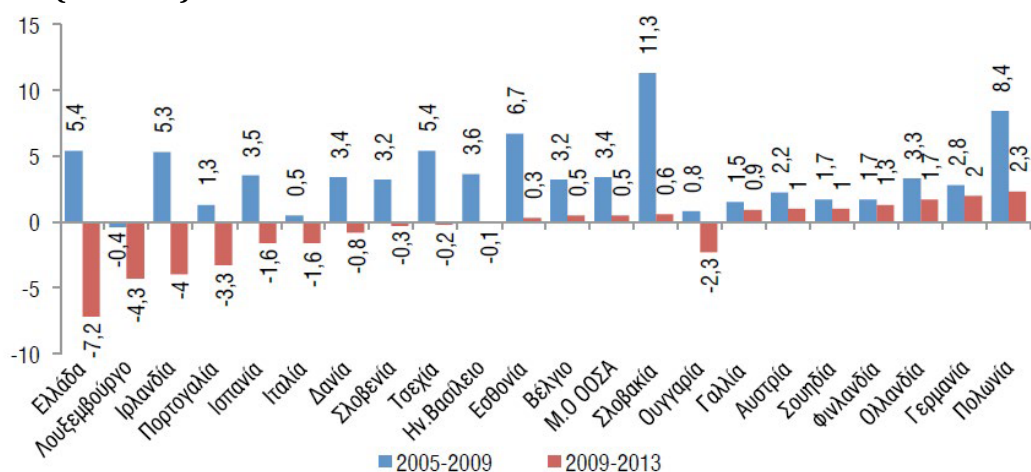


**Πίνακας 22: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (ΟΟΣΑ)(2012)**



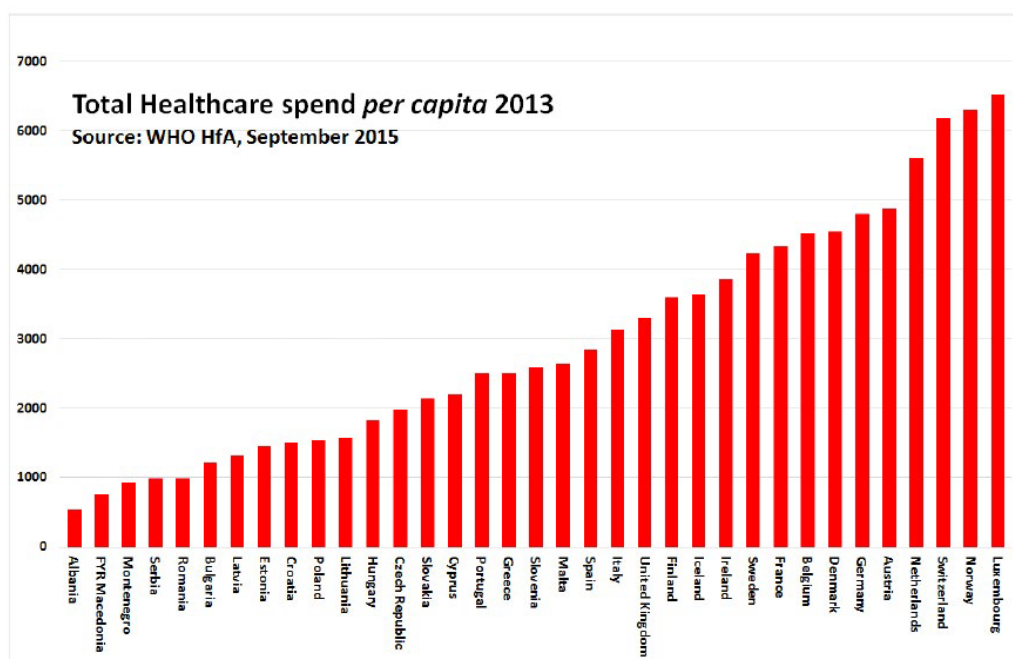
Πηγή: OECD, Health Data 2015, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, (1) Εκτιμήσεις (2) Στοιχεία 2012

**Πίνακας 23: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στον ΟΟΣΑ (2005-13)**

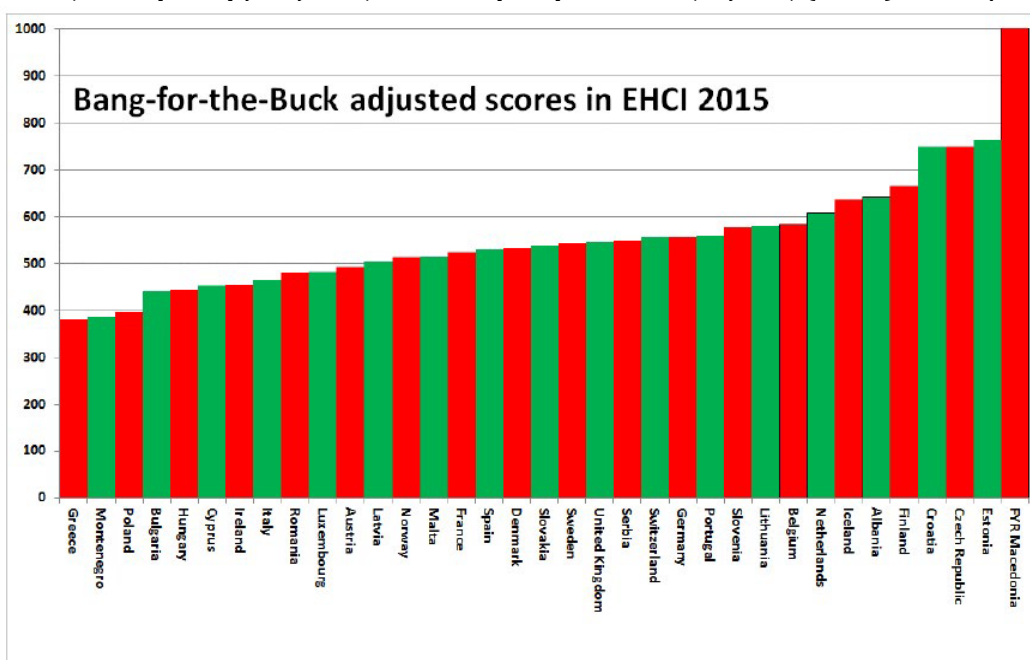


Πηγή: OECD, Health Statistics 2015

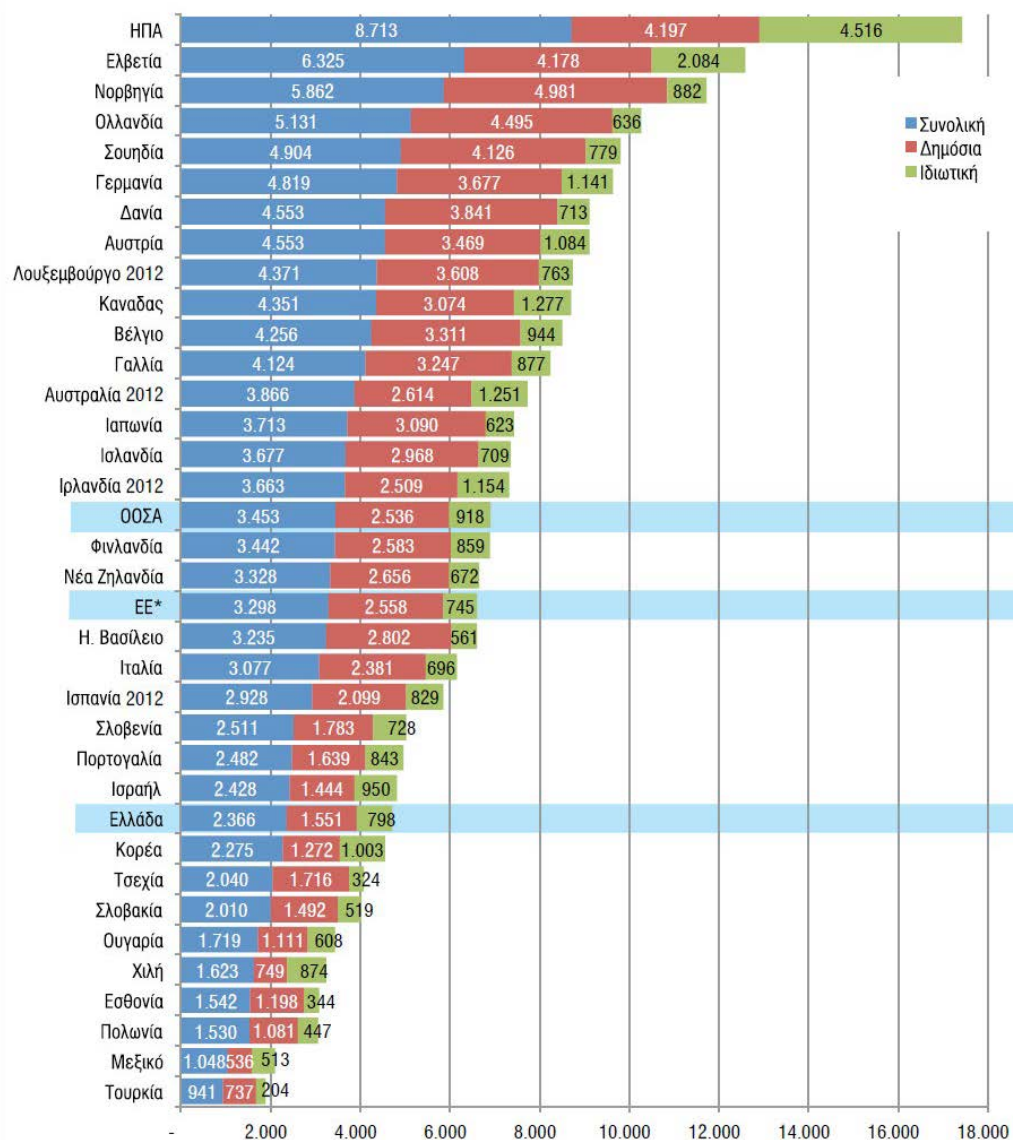
Πίνακας 24: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (2013) στις χώρες Ε.Ε./Ε.Ε.Α



Πίνακας 25: Προσαρμοσμένες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (2015) σε Ε.Ε./Ε.Ε.Α



**Πίνακας 26: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, σε \$PPP (Purchasing Power Parity)(2015)**

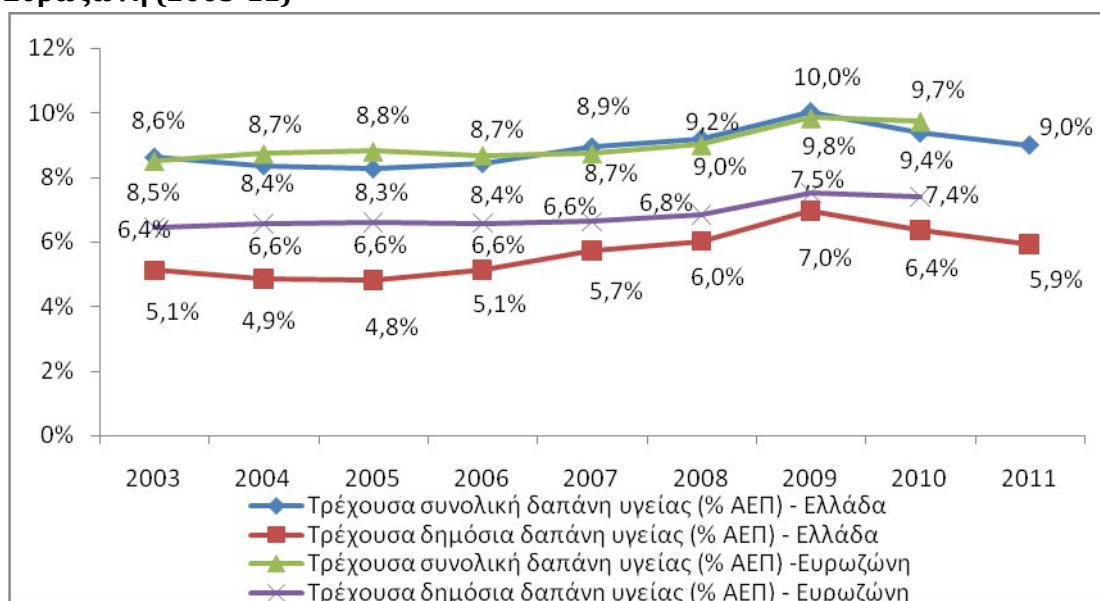


Πηγή: OECD Health Statistics 2015\*

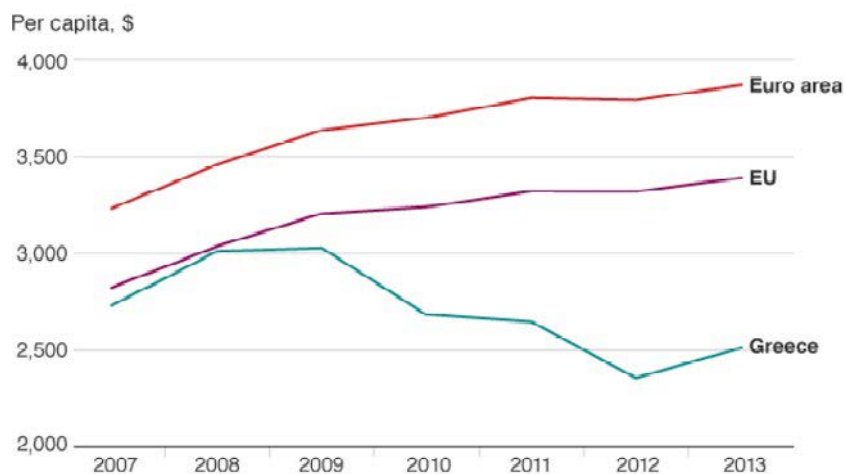
\*Η ΕΕ αναφέρεται στο μέσο όρο 21 χωρών της ΕΕ, λόγω μη διαθεσιμότητας στοιχείων για τις υπόλοιπες

5. Purchasing Power Parity: Ισοτιμία αγοραστικής δύναμης

**Πίνακας 27: Δαπάνη Υγείας και Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ευρωζώνη (2003-11)**

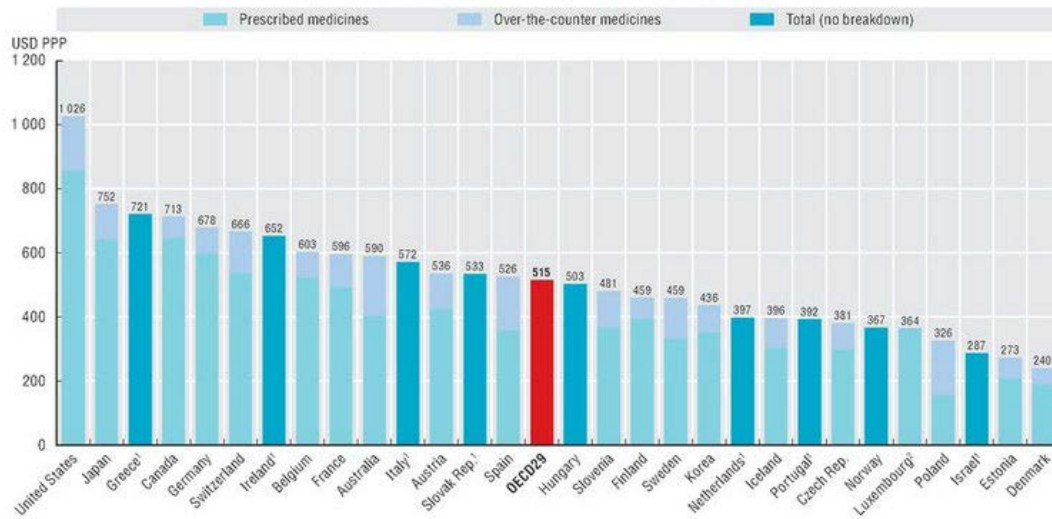


**Πίνακας 28: Δαπάνες Υγείας ανά κάτοικο στις Ελλάδα, Ε.Ε., Ευρωζώνη (2007-13)**



## Πίνακας 29: Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν

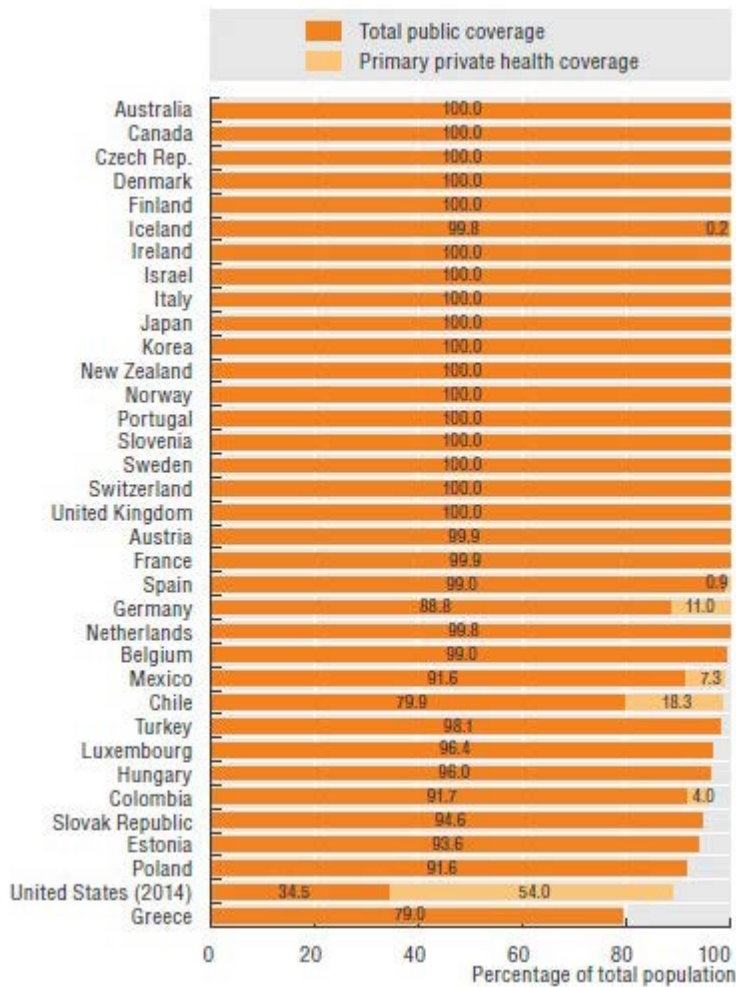
10.1. Expenditure on pharmaceuticals per capita, 2013 (or nearest year)



1. Includes medical non-durables (resulting in an over-estimation of around 5-10%).
2. Excludes spending on over-the-counter medicines.

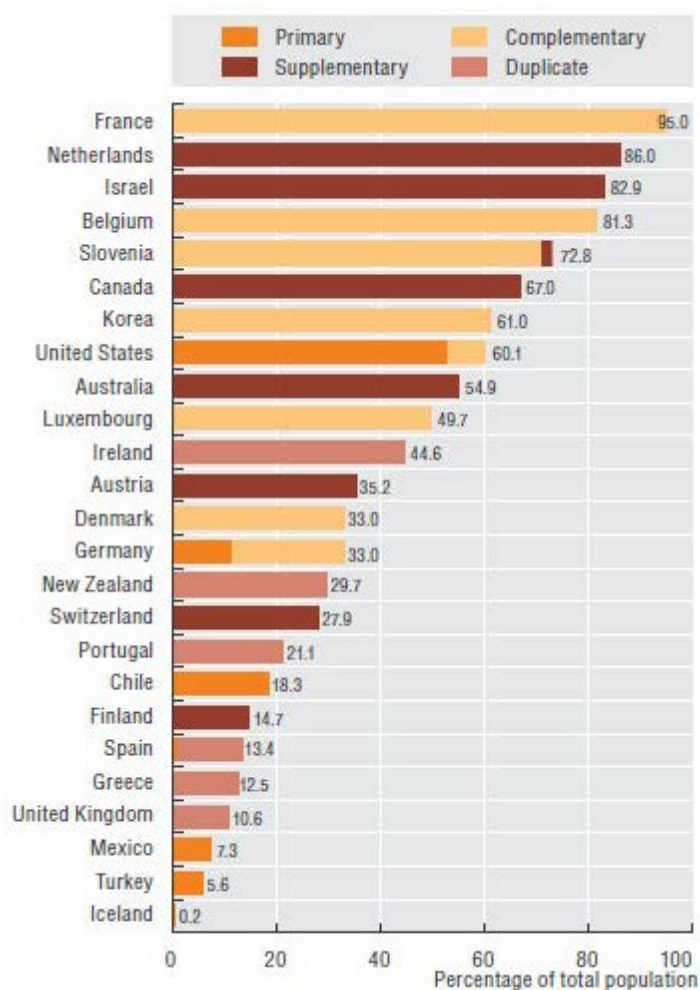
Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

## Πίνακας 30: Υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη (2013)

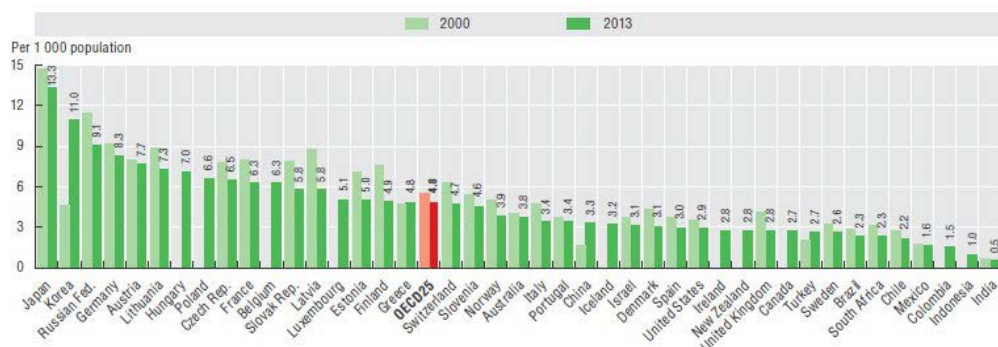




Πίνακα 31: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης (2013)



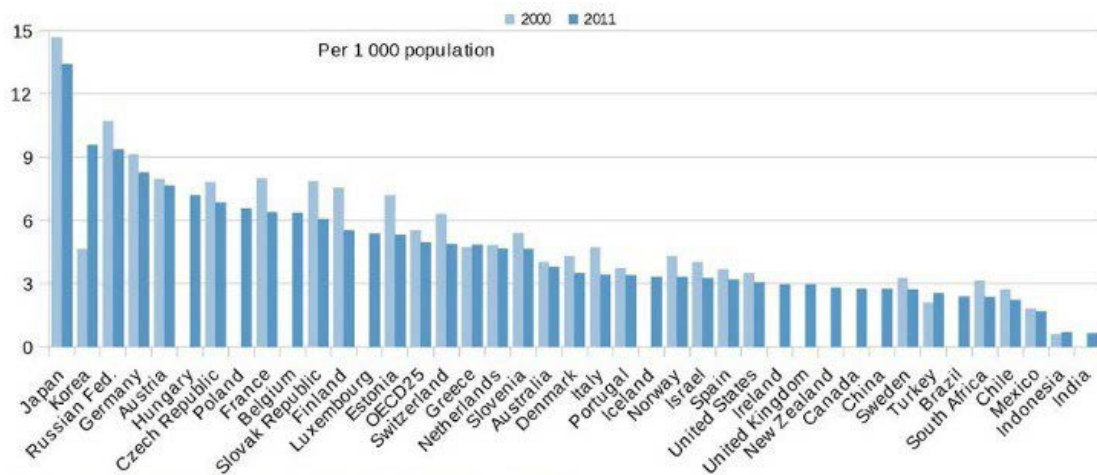
Πίνακας 32: Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 πληθυσμού, 2000 και 2013



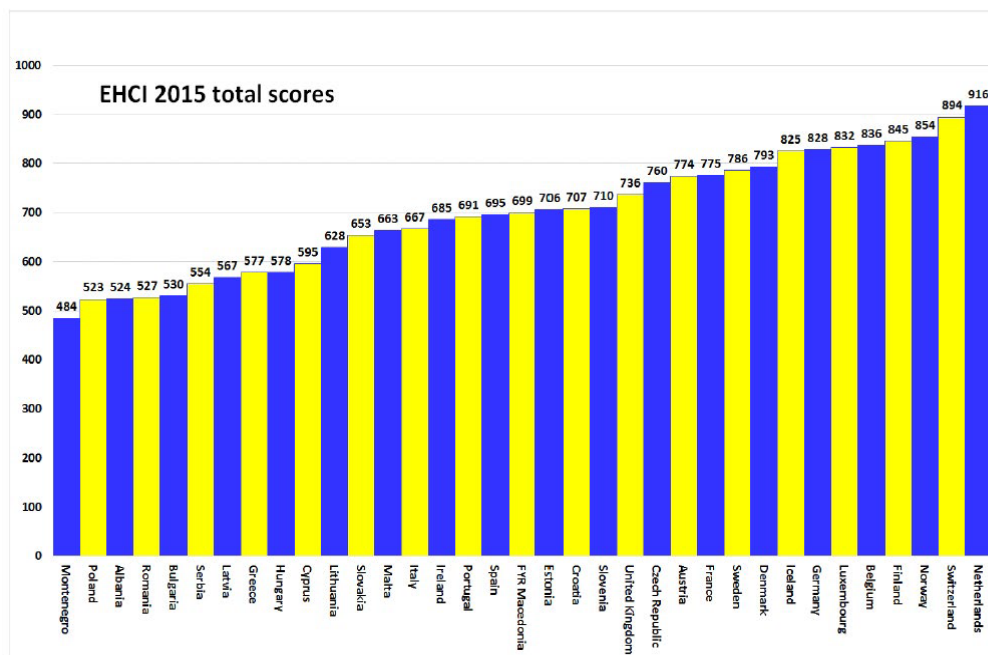
Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280981>

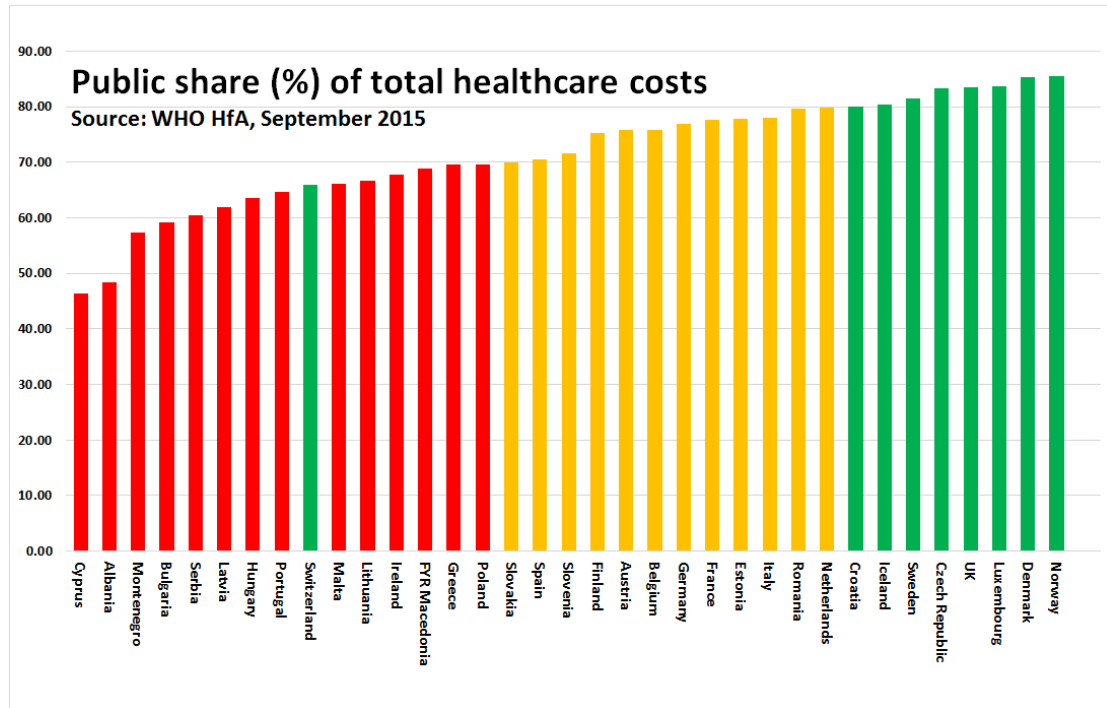
Πίνακας 33: Κλίνες ανά 1000 κατοίκους, έτη 2000 και 2011, ΟΟΣΑ



Πίνακας 34: Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών

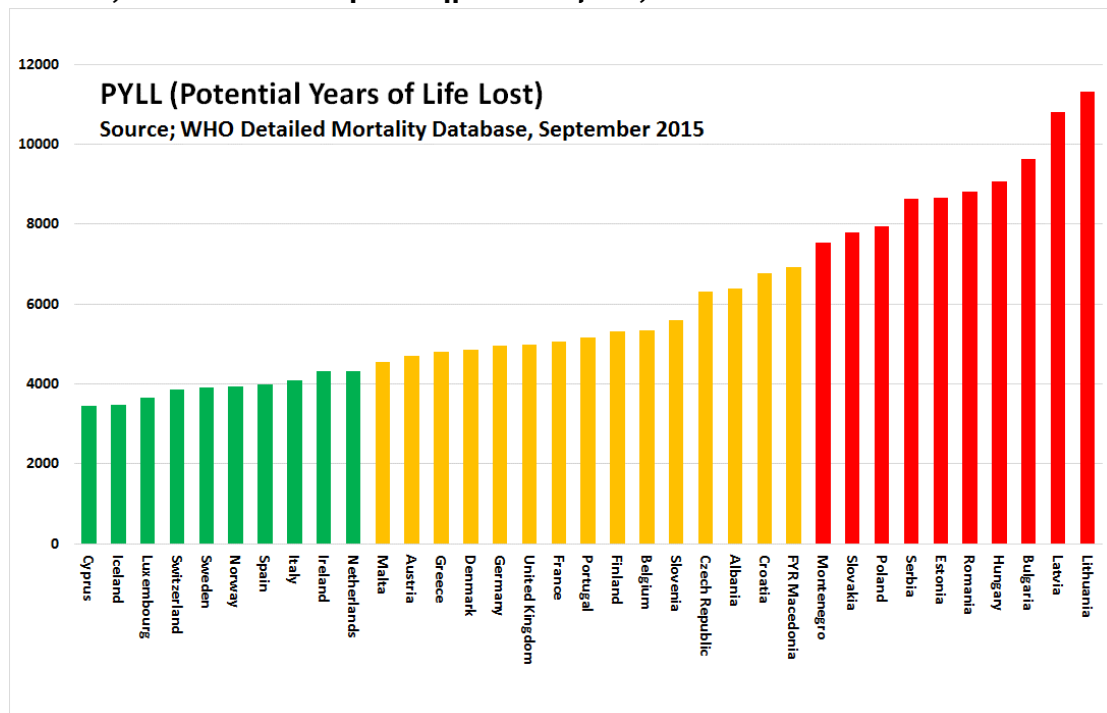


**Πίνακας 35: Συμμετοχή του πολίτη στη χρηματοδότηση**



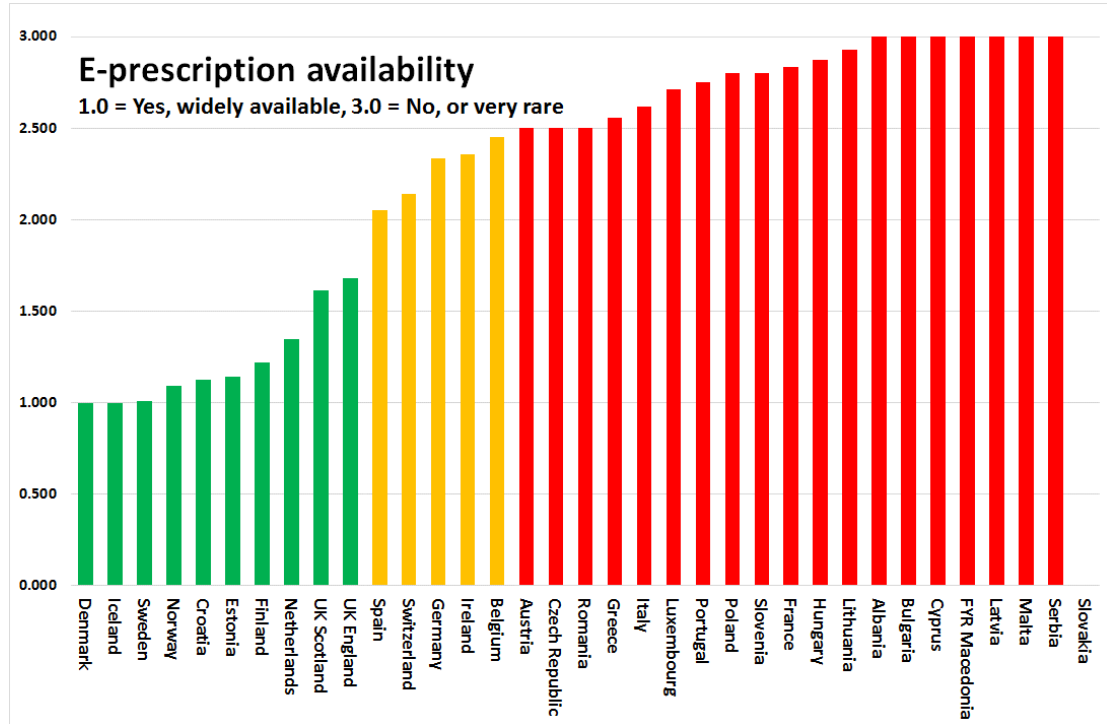
WHO HfA database, September 2015. CUTS data.

**Πίνακας 36: Αποδοτικότητα υπηρεσιών υγείας**

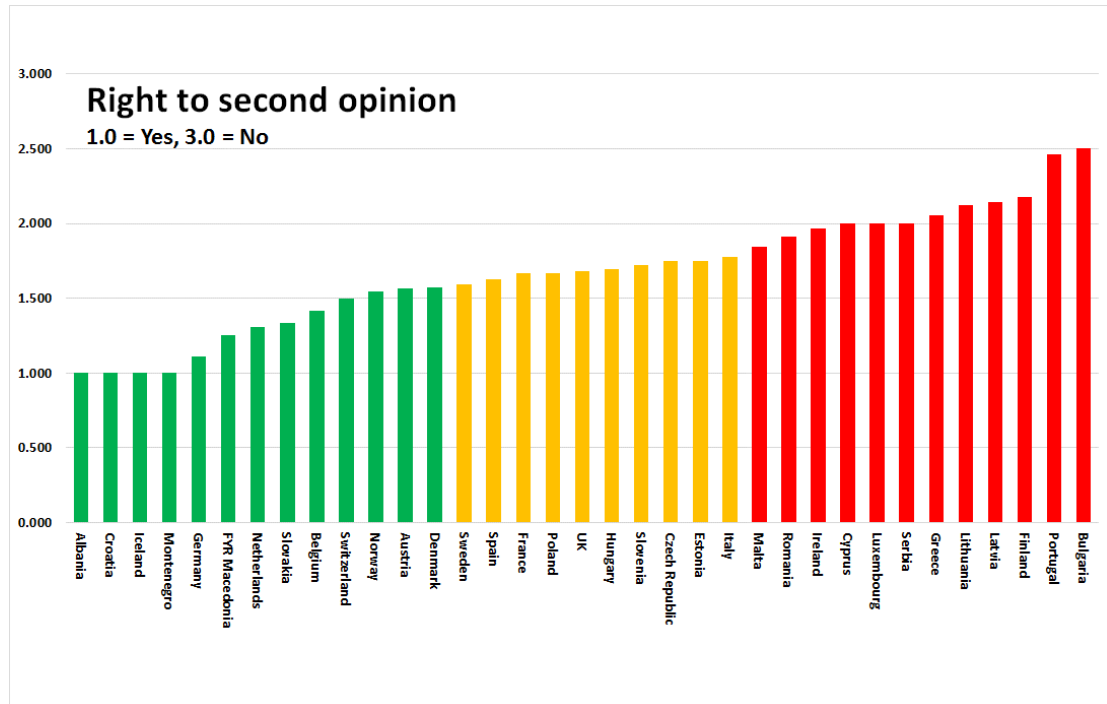




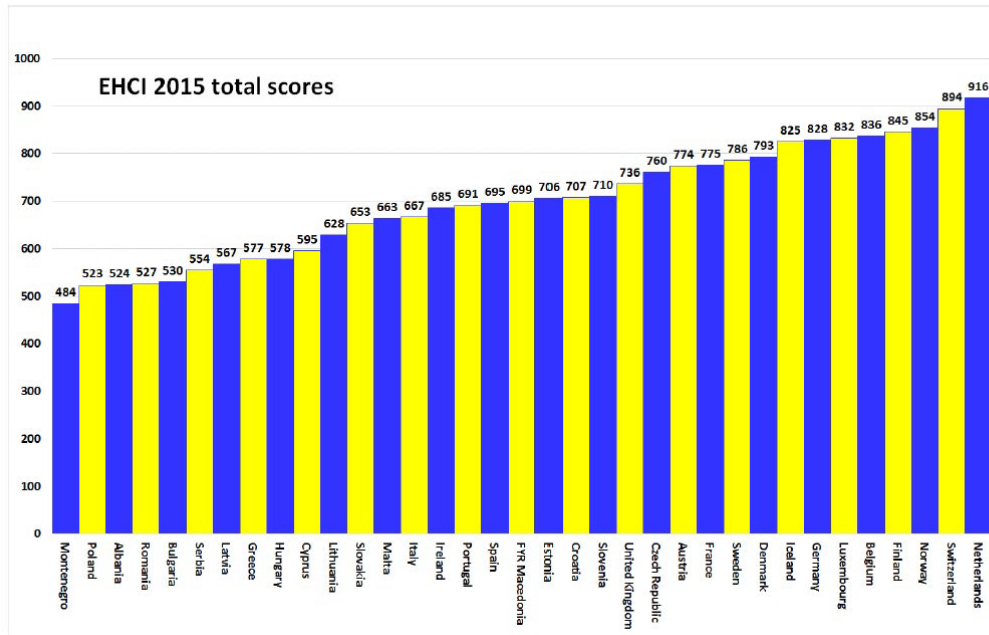
Πίνακας 37: Διαθεσιμότητα συνταγογράφησης



Πίνακας 38: Δικαιώματα των ασθενών

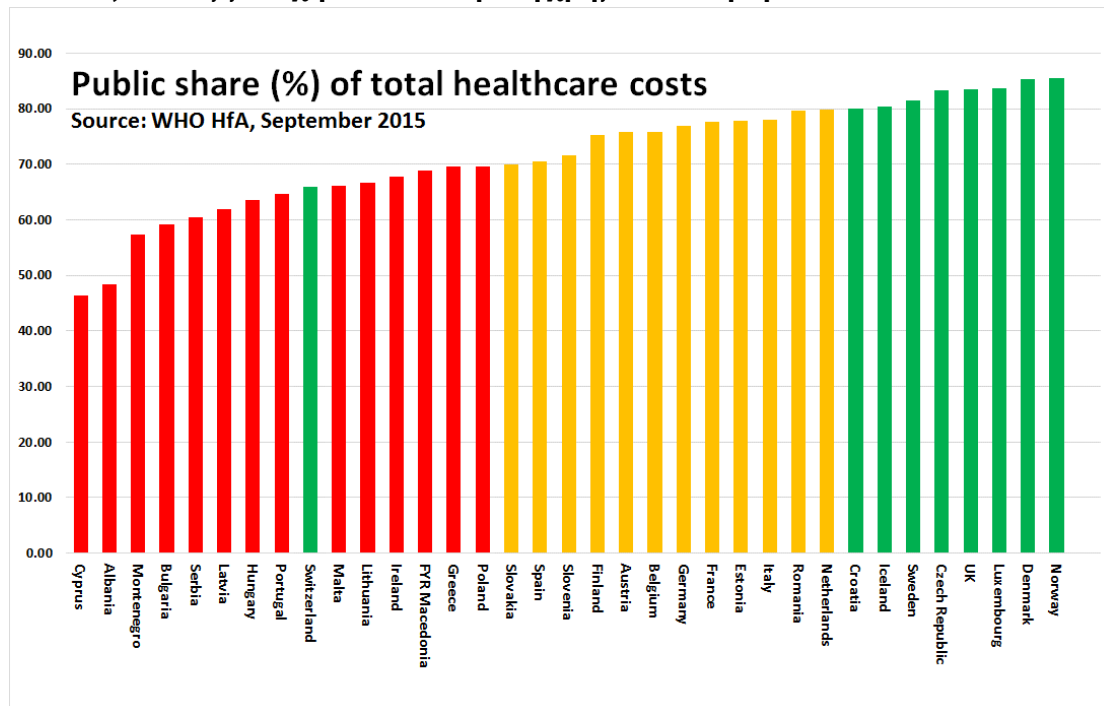


Πίνακας 39: Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών



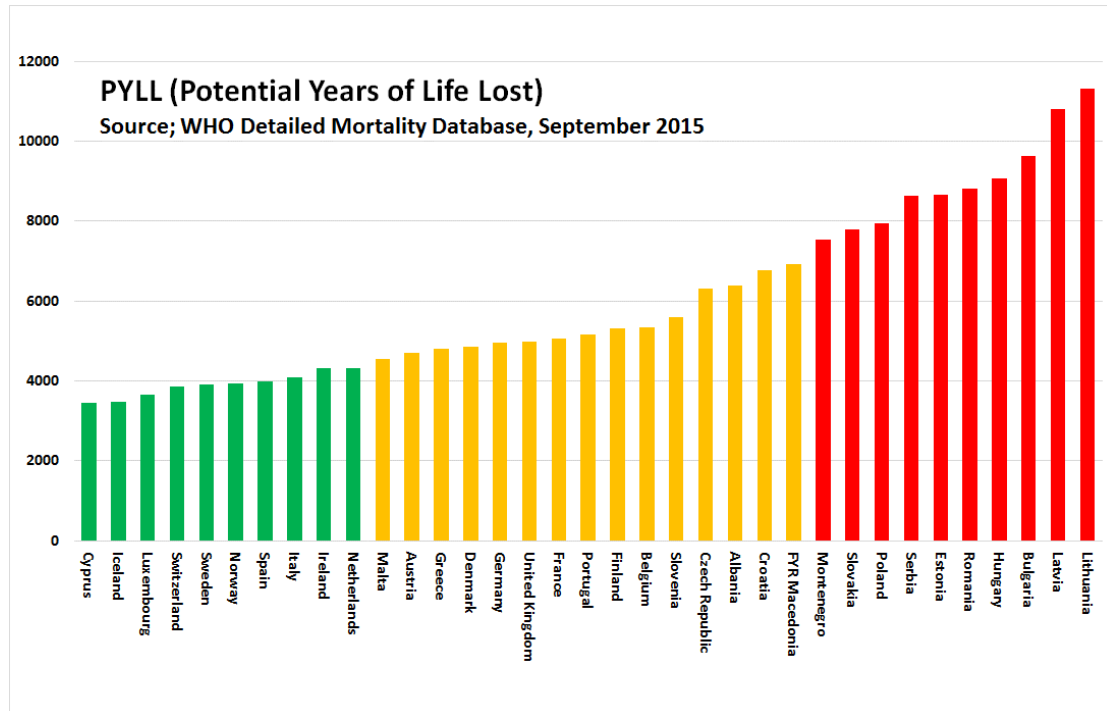
Πηγή: Euro Health Consumer Index, 2015

Πίνακας 40: Συμμετοχή του πολίτη στη χρηματοδότηση

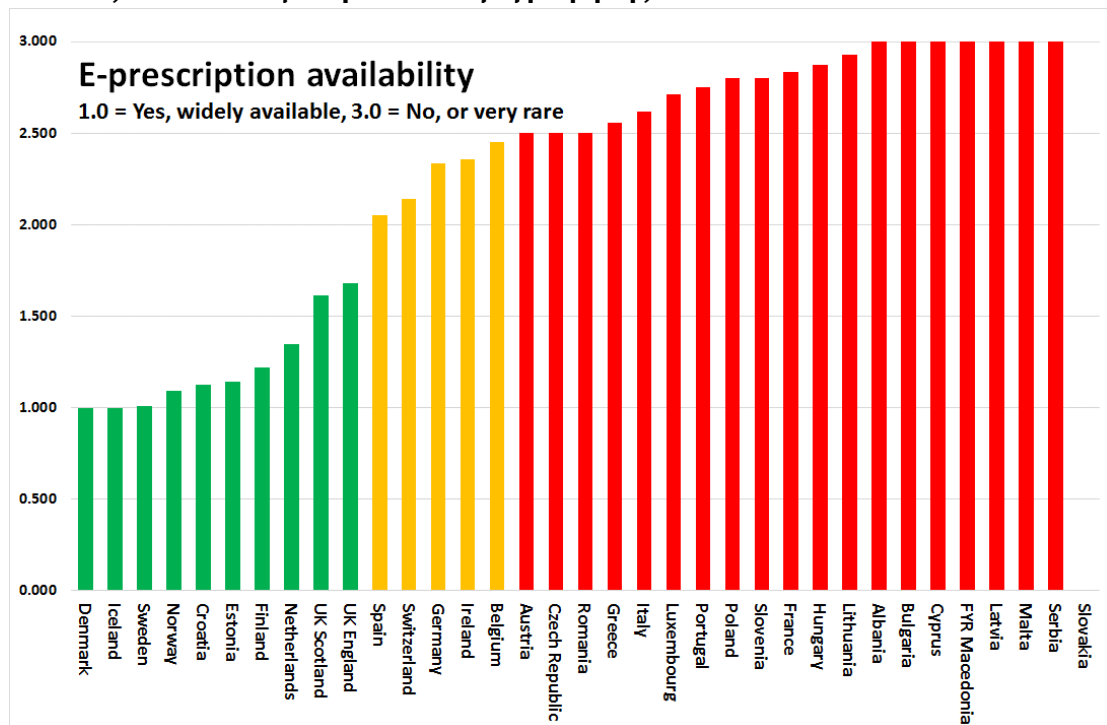


WHO HfA database, September 2015. CUTS data.

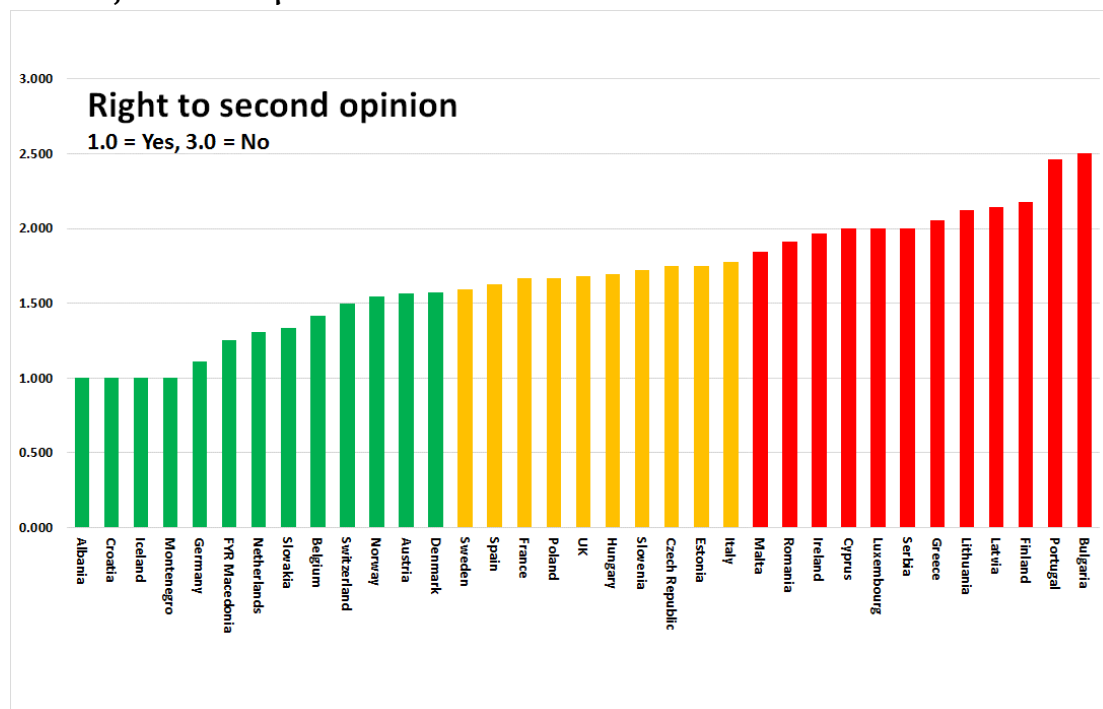
Πίνακας 41: Αποδοτικότητα υπηρεσιών υγείας



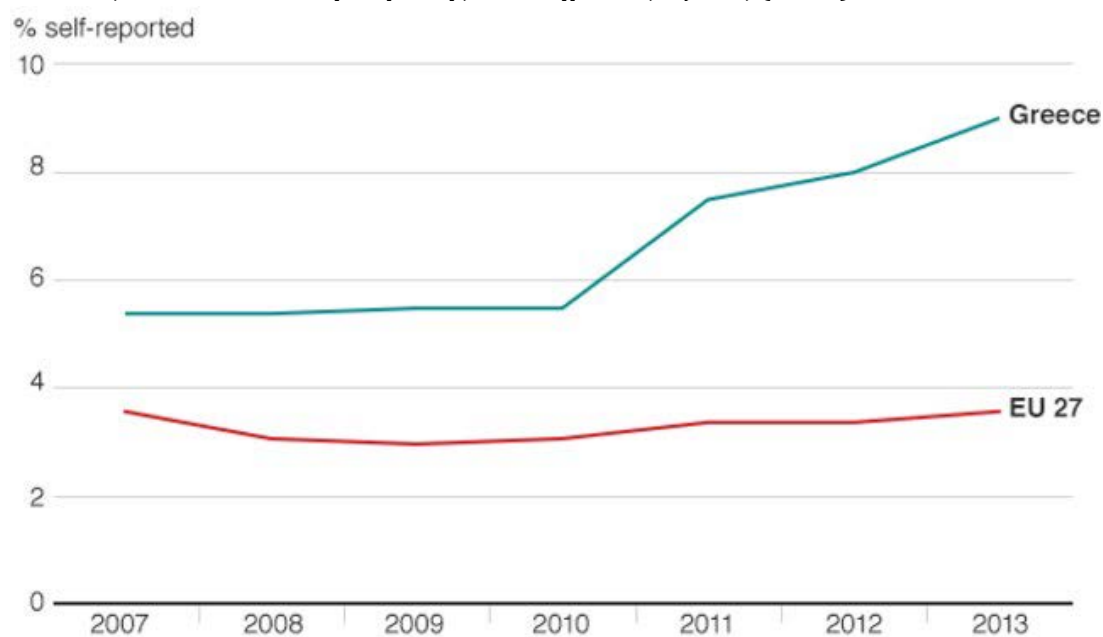
Πίνακας 42: Διαθεσιμότητα συνταγογράφησης



**Πίνακας 43: Δικαιώματα των ασθενών**

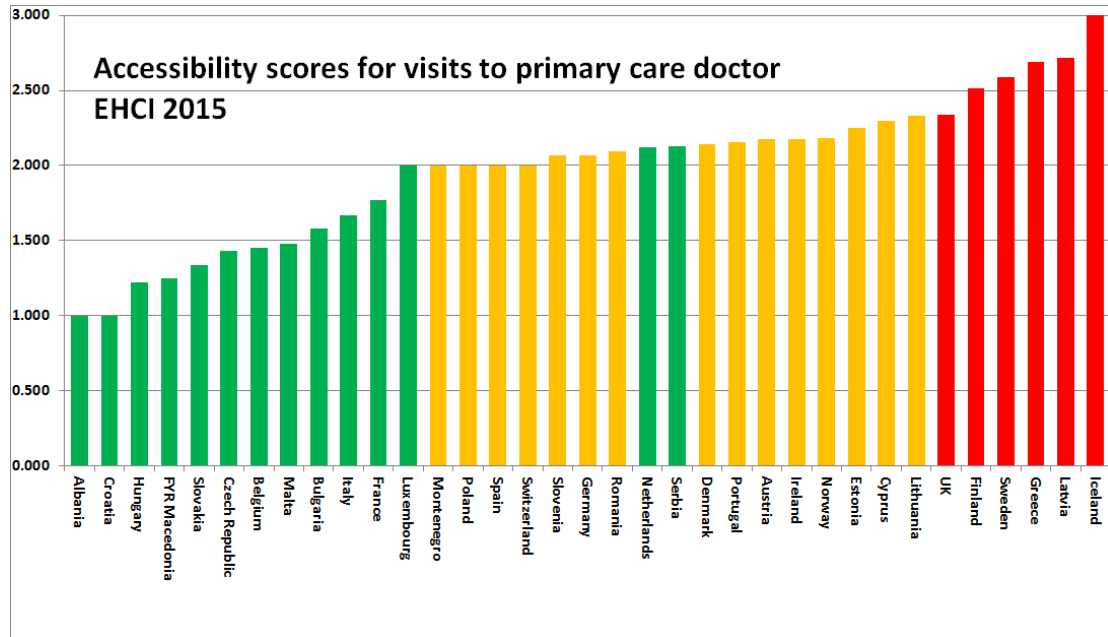


**Πίνακας 44: Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (2014)**

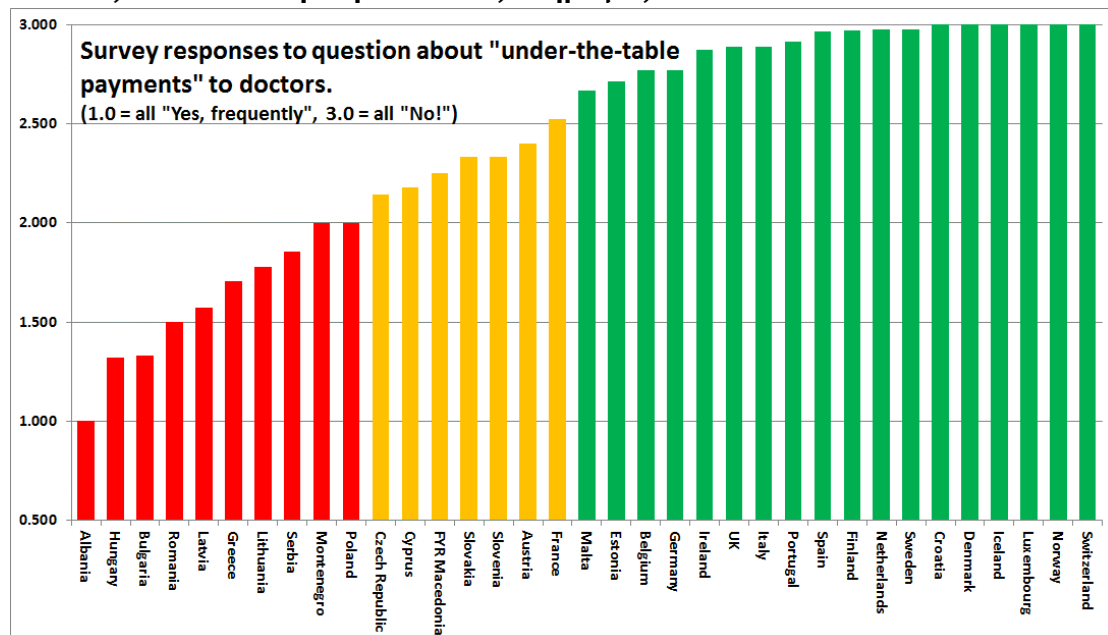


Πηγή: Eurostat, 2014

Πίνακας 45: Προσβασιμότητα στη ΠΦΥ (2015)



Πίνακας 46: Ανταπόκριση σε άτυπες πληρωμές



**Πίνακας 47: Χρόνος αναμονής για αξονικές τομογραφίες**

