

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»  
ΟΙ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΚΑΡΑΠΑΝΑΓΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά & Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2017



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»  
ΟΙ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΡΑΠΑΝΑΓΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1418**

Επιβλέπων: Θεόδωρος Παπαηλίας, Καθηγητής, Α.Ε.Ι ΠΕΙΡΑΙΑ Τ.Τ.

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά & Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2017



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**INFORMAL PAYMENTS IN HEALTHCARE**

**KARAPANAGOS VASILEIOS, R.N.: ODY/1418**

Supervisor: Theodoros Papailias Professor, Piraeus University of Applied Sciences

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economic and Management

Piraeus, Greece, Year 2017



*Στην οικογένειά μου,*





## Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της πτυχιακής αυτής εργασίας έπειτα από προσωπική δουλειά αρκετών μηνών και κάτω από αντίξοες συνθήκες, αποτελεί την κορύφωση των σπουδών μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών *Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας* του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Ανάμεσα στους ανθρώπους που θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά για την στήριξη τους το διάστημα αυτό είναι ο επιβλέπωντας καθηγητής μου, Δρ. Θεόδωρος Παπαηλίας ο οποίος εκτός από τη πολύτιμη βοήθεια που μου παρείχε για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, με βοήθησε σε ψυχολογικό επίπεδο να ανταπεξέλθω σε όλες τις δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη συγγραφή της.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, η οποία καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής και έρευνας ήταν πάντα δίπλα μου, όπως και τους πολύ καλούς φίλους και συμφοιτητές Αναστασία, Άντρια, Γιώργο, Έλενα και Ιωάννα για την στήριξη και την αγάπη τους.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλα τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και διέθεσαν μέρος του προσωπικού τους χρόνου του για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ώστε να ολοκληρωθεί επιτυχώς η συλλογή των απαιτούμενων δεδομένων για την εκπόνηση της.



## ΟΙ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Σημαντικοί Όροι:** παραοικονομία, σκιώδης οικονομία, υπόγεια οικονομία, διαφθορά, παράτυπες πληρωμές, άτυπες πληρωμές, φακελάκι, φοροδιαφυγή, ιδιωτικές δαπάνες, πληρωμές των χρηστών.

### Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια επικρατεί έντονος προβληματισμός στους επιστημονικούς κύκλους αναφορικά με το αν η ισχύς της θεμελιώδους αρχής περί ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από την καταβολή πληρωμών εκ μέρους των χρηστών. Επιστημονικές μελέτες φανερώνουν ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το διαθέσιμο εισόδημα, οι μεταβολές του οποίου, συνεπάγονται και σε αντίστοιχες διαφοροποιήσεις στη δυνατότητα πρόσβασης σε διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Έτσι στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, η συνεχής αύξηση της ζήτησης σε συνδυασμό με διάφορους κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες ελαχιστοποιούν τη δύναμη του ασθενή - καταναλωτή ενώ αντίθετα ενισχύουν αυτή του πάροχου των υπηρεσιών υγείας. Υπό αυτές τις συνθήκες είναι πολύ εύκολο να αναπτυχθούν φαινόμενα παραοικονομικών δραστηριοτήτων στις συναλλαγές που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, σε βάρος τόσο του κράτους όσο και των πολιτών. Στην χώρα μας, ειδικά τα τελευταία χρόνια εξ' αιτίας της οικονομικής κρίσης, η οποία έπληξε και τον χώρο της υγείας, η δημόσια χρηματοδότηση μειώθηκε ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες με τη μορφή πρόσθετων πληρωμών, μέρος των οποίων αποτελούν οι άτυπες πληρωμές, αυξήθηκαν. Στην παρούσα εργασία αναλύεται το εννοιολογικό και θεωρητικό υπόβαθρο της παραοικονομίας στην υγεία εστιάζοντας περισσότερο στο φαινόμενο των άτυπων πληρωμών. Επιπροσθέτως γίνεται μελέτη των αιτιών και των συνθηκών καταβολής των ανεπίσημων ιδίων πληρωμών στο σύστημα υγείας, όπως και των λόγων για τους οποίους οι ασθενείς προβαίνουν στις πρακτικές αυτές. Τέλος η εργασία περιλαμβάνει και αναλύει τα αποτελέσματα έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου που πραγματοποιήθηκε σε διάφορες περιοχές της Αττικής σκιαγραφώντας αντιπροσωπευτικά την παρούσα κατάσταση.

# **INFORMAL PAYMENTS IN HEALTHCARE**

**Keywords:** shadow economy, underground economy, corruption, irregular payments, informal payments, tax evasion, out of pocket expenditures, user payments.

## **Abstract**

In recent years, there has been ignited a scientific debate as to whether the validity of the fundamental principle of equal access to health services is affected by out of pocket payments. Scientific studies have shown that the access to health services depends to a large extent on disposable income, whose variations also entail corresponding differences in accessibility to diagnostic and therapeutic services. Thus, in the sector of healthcare services, the continuous increase in demand, in combination with various socio-economic factors minimizes patients' influence and contrarily enhances healthcare providers' authority. Under these circumstances, the development of under-economic activity in healthcare transactions is enforced, causing financial loss to the state and the citizens as well. In Greece, over the last years, due to the financial crisis, which has also hit the healthcare sector, public funding has been decreased. However private health expenditure, in the form of out of pocket expenditures, part of which are the informal payments, has been increased. The present thesis analyzes the conceptual and theoretical background of black economy in healthcare sector with a special focus on the phenomenon of informal payments. In addition, this paper examines the causes, the conditions and the reasons which push patients to informal payments. Finally, this master thesis includes and analyzes the results of a survey conducted in various regions of Attica, using a questionnaire, illustrating the current situation.

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	XI
ABSTRACT .....	XIII

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	4
ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	4
1.1. Η ΠΡΩΙΜΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ ΕΩΣ ΤΟ 1953 .....	4
1.2. Η ΠΟΡΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ 1953 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ .....	5
1.2. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ .....	9
1.3. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	14
1.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	20
ΟΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	20
2.1. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ .....	20
2.1.1. ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ .....	21
2.1.1.1. ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ .....	21
2.1.1.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ .....	23
2.1.2. ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ .....	26
2.1.2.1. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ .....	26
2.1.2.2. ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΙΔΙΩΤΩΝ .....	30
2.2. ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ .....	34
2.2.1. ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	37
2.2.1.1. ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	40
2.2.1.2. ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	42
2.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	48
ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	48
3.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΘΟΡΑΣ .....	48
3.1.1. Η ΔΙΑΦΘΟΡΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ .....	49
3.2. Η ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ .....	51
3.2.1. Η ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ .....	54
3.2.2. Η ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	56
3.3. ΟΙ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ .....	58
3.3.1. ΟΙ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ .....	59
3.3.2. ΟΙ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	63
3.3.2.1. ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	65
3.3.2.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΑΤΥΠΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ .....	67
3.4. ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΘΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ .....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	74
ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ .....	74
4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	74
4.2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ .....	74

4.3. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ).....	74
4.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	75
4.5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	75
4.6. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ.....	76
4.7. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ .....	85
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	112



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>α/α</b>	<b>Τίτλος Πίνακα</b>	<b>Σελίδα</b>
Πίνακας 1.1.	Δείκτης καταναλωτών Eurohealth 2015	112
Πίνακας 2.1.	Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά προμηθευτή 2009-2013	22
Πίνακας 2.2.	Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα 2009-2013	24
Πίνακας 2.3.	Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ	35
Πίνακας 3.1.	Μέγεθος παραοικονομίας σε 21 χώρες του ΟΟΣΑ 1989-2012	52
Πίνακας 3.2.	Κατάταξη χωρών σε διαφθορά παγκοσμίως 2012	114
Πίνακας 3.3.	Ποσοστά πρόσθετων ιδιωτικών πληρωμών στην Ευρώπη ανά χώρα	115
Πίνακας 4.1.	Περιγραφικά μέτρα ερωτήσεων (N=120)	75
Πίνακας 4.2.	Περιγραφικά μέτρα για την καταβολή πρόσθετης ιδιωτικής πληρωμής	81
Πίνακας 4.3.	Περιγραφικά μέτρα συνολικού ποσού πρόσθετης πληρωμής	82
Πίνακας 4.4.	Περιγραφικά μέτρα συνολικού ποσού για άτομα με ιδιωτική ασφάλιση	83
Πίνακας 4.5.	Περιγραφικά μέτρα για το ποσό της άτυπης πληρωμής	83
Πίνακας 4.6.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και φύλου	97
Πίνακας 4.7.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και ηλικίας	98
Πίνακας 4.8.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και επιπέδου εκπαίδευσης	98

Πίνακας 4.9.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και επαγγέλματος	99
Πίνακας 4.10.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και τόπου διαμονής	99
Πίνακας 4.11.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και μηνιαίου καθαρού εισοδήματος	100
Πίνακας 4.12.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και ασφάλισης σε κάποιον ασφαλιστικό φορέα	100
Πίνακας 4.13.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και ιδιωτικής ασφάλισης	100
Πίνακας 4.14.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και φορέων περίθαλψης που χρησιμοποιήθηκαν	101
Πίνακας 4.15.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και της στάσης απέναντι στις άτυπες πληρωμές	101
Πίνακας 4.16.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και παρελθούσας άτυπης πληρωμής για υπηρεσίες υγείας	102
Πίνακας 4.17.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και της ικανοποίησης από το σύστημα υγείας	102
Πίνακας 4.18.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και μέγιστου μηνιαίου ποσού διάθεσης για τη δωρεάν λήψη φαρμάκων	103
Πίνακας 4.19.	Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και μέγιστου μηνιαίου ποσού διάθεσης για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας	103

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<b>α/α</b>	<b>Τίτλος Γραφήματος</b>	<b>Σελίδα</b>
Γράφημα 4.1.	Διάγραμμα πίτας για το φύλο	84
Γράφημα 4.2.	Ραβδόγραμμα για την ηλικία	84
Γράφημα 4.3.	Διάγραμμα πίτας για το επίπεδο εκπαίδευσης	85
Γράφημα 4.4.	Ραβδόγραμμα για το επάγγελμα	85
Γράφημα 4.5.	Διάγραμμα πίτας για το τόπο διαμονής	86
Γράφημα 4.6.	Ραβδόγραμμα για το μηνιαίο καθαρό εισόδημα	86
Γράφημα 4.7.	Διάγραμμα πίτας για την ασφάλιση σε ασφαλιστικό φορέα	87
Γράφημα 4.8.	Διάγραμμα πίτας για την ιδιωτική ασφάλιση	87
Γράφημα 4.9.	Ραβδόγραμμα για το ποσό που καταβάλλουν ετησίως για την ιδιωτική ασφάλιση	88
Γράφημα 4.10.	Διάγραμμα πίτας για το αν έχουν κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες	88
Γράφημα 4.11.	Ραβδόγραμμα για το λόγο χρήσης υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες	89
Γράφημα 4.12.	Διάγραμμα πίτας για τους φορείς περίθαλψης που χρησιμοποίησαν τους τελευταίους 12 μήνες	89

Γράφημα 4.13.	Διάγραμμα πίτας για την παροχή επίσημης απόδειξης	90
Γράφημα 4.14.	Ραβδόγραμμα για υπηρεσία στην οποία έγινε άτυπη πληρωμή	91
Γράφημα 4.15.	Ραβδόγραμμα για το λόγο καταβολής της άτυπης πληρωμής	91
Γράφημα 4.16.	Ραβδόγραμμα για την αιτιολογία που δόθηκε για την άτυπη πληρωμή	92
Γράφημα 4.17.	Διάγραμμα πίτας για το χρονικό διάστημα στο οποίο δόθηκε η άτυπη πληρωμή	92
Γράφημα 4.18.	Διάγραμμα πίτας για το άτομο που ζήτησε το ποσό	93
Γράφημα 4.19.	Ραβδόγραμμα για το βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη περίθαλψη	93
Γράφημα 4.20.	Ραβδόγραμμα για το αν θεωρούν ότι η άτυπη πληρωμή βοήθησε στην αντιμετώπιση του προβλήματος	94
Γράφημα 4.21.	Ραβδόγραμμα για το αν θεωρούν ότι θα είχαν το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή	94
Γράφημα 4.22.	Ραβδόγραμμα για τη στάση απέναντι στις άτυπες πληρωμές	95
Γράφημα 4.23.	Διάγραμμα πίτας για το αν έχουν προχωρήσει στο παρελθόν σε άτυπη πληρωμή για υπηρεσίες υγείας	95
Γράφημα 4.24.	Διάγραμμα πίτας για το αν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας	96
Γράφημα 4.25.	Ραβδόγραμμα για το μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα διέθεταν για τη δωρεάν λήψη φαρμάκων αν δεν γινόταν ήδη κράτηση από το μισθό	96
Γράφημα 4.26.	Ραβδόγραμμα για το μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα διέθεταν για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας αν δεν γινόταν ήδη κράτηση από το μισθό	97

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

<b>α/α</b>	<b>Τίτλος Σχήματος</b>	<b>Σελίδα</b>
Σχήμα 1.1.	Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 Ευρωπαϊκών χωρών το 2015	18
Σχήμα 2.1.	Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης και ανά χώρα 2013	28
Σχήμα 2.2.	Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης για τα νοσοκομεία κατά χρηματοδοτικό φορέα 2003-2011	32
Σχήμα 2.3.	Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης εμπόρων λιανικής - προϊόντων υγείας κατά χρηματοδοτικό φορέα 2003-2011	33
Σχήμα 2.4.	Εξέλιξη συνολικών και δημοσίων δαπανών για την υγεία στην Ευρωζώνη	36
Σχήμα 2.5.	Συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (% ΑΕΠ) 2000-2013	37
Σχήμα 2.6.	Εξέλιξη των δαπανών υγείας ανά κάτοικο ( σε δολάρια, σε σταθερές τιμές) 2006-2013	38
Σχήμα 2.7.	Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ 2005-2013	38
Σχήμα 2.8.	Δημόσια ενδονοσοκομειακή, Δημόσια φαρμακευτική, Δημόσια εξονοσοκομειακή δαπάνη και Δημόσια δαπάνη για λοιπές υπηρεσίες σε δις ευρώ 2003-2011	40
Σχήμα 2.9.	Ανάλυση δαπανών νοσοκομείων ΕΣΥ (σε εκατ. ευρώ) 2012-2014	41
Σχήμα 2.10.	Κατανομή των δαπανών υγείας των νοικοκυριών 2008-2014	113
Σχήμα 3.1.	Δωροδοκούντες, ανά χώρα της ΕΕ (διαχρονική ανάλυση)	52



## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

Α.Ε.Π: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Πε.Σ.Υ: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας

Ο.Γ.Α: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο.Α.Ε.Ε: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

Ο.Π.Α.Δ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

Υ.Υ.Κ.Α: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Δ.Υ.ΠΕ: Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας

Τ.Υ.Δ.Κ.Υ: Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων

Ε.Κ.Α.Β: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

Ε.Λ.Σ.Τ.Α.Τ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

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

Τ.Κ.Α: Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ο.Κ.Α: Οργανισμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Σ.Λ.Υ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας

Π.Φ.Υ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σ.Ε.Υ.Υ.Π: Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας

Υ.Π.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α: Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) αποτελεί τον πυλώνα της παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει από τις εκάστοτε κυβερνήσεις για την εξυγίανση και την εύρυθμη λειτουργία του, το Ε.Σ.Υ παρουσιάζει έως σήμερα σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες. Συγκεκριμένα τα προβλήματα αυτά αφορούν πολλούς τομείς όπως τη διοίκηση, την οικονομική διαχείριση, τις εργασιακές σχέσεις, τις παραγόμενες υπηρεσίες, την ποιότητα της νοσηλείας, τις σχέσεις του Ε.Σ.Υ με τον ιδιωτικό τομέα και εν τέλει την ίδια την ταυτότητα του.

Ως εκ τούτου, όλα τα παραπάνω συμβάλουν στην δημιουργία ελλειμματικών προϋπολογισμών που αφορούν την χρηματοδότηση του, όπως επίσης και στην απαξίωση των πολιτών, αφού το σύστημα δεν λειτουργεί αποδοτικά και ταυτόχρονα προκαλούνται νέες πρόσθετες δαπάνες στα νοικοκυριά.

Έτσι ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα, λόγω του ισχύοντος ιατρό-ασφαλιστικού συστήματος ευνοούσε ανέκαθεν την παραοικονομία όπως και τις πελατειακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών, οι οποίες πολλές φορές οδηγούν σε άτυπες οικονομικές συναλλαγές.

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως βασικό στόχο την μελέτη του φαινομένου της παραοικονομίας στην υγεία, εστιάζοντας κυρίως στις άτυπες πληρωμές, αφού βάσει διαφόρων μελετών αποτελούν την πιο συχνή μορφή παραοικονομικής δραστηριότητας του συστήματος υγείας στη χώρα μας.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται αναφορά στην ιστορική εξέλιξη του Ε.Σ.Υ από τα χρόνια της Επανάστασης ως και τις μέρες μας. Παράλληλα παρουσιάζεται η δομή του τόσο σε διοικητικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο, όπως επίσης παραθέτεται και αξιολόγηση της απόδοσης του κατά την περίοδο των τελευταίων ετών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο μελετώνται οι δυσλειτουργίες του Ε.Σ.Υ οι οποίες προκύπτουν από τα οικονομικά δεδομένα που αφορούν τη χρηματοδότηση του, καθώς και τις δαπάνες, ευνοώντας τη διαφθορά στην υγεία.

Εν συνεχεία, στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι ορισμοί της παραοικονομίας και των άτυπων πληρωμών. Επιπλέον παρουσιάζονται οι αιτίες και οι συνθήκες καταβολής των ανεπίσημων ιδίων πληρωμών όπως επίσης και ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το φαινόμενο αυτό διαχρονικά στη χώρα μας.

Τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται ανάλυση της μεθόδου βάσει της οποίας εξήχθησαν συμπεράσματα που αφορούν τα δεδομένα άτυπων πληρωμών ανά περιστατικό. Επιπροσθέτως, αποτυπώνεται η «στάση» των χρηστών υπηρεσιών υγείας ως προς το φαινόμενο αυτό. Αν και ο αριθμός του δείγματος μπορεί να θεωρηθεί περιορισμένος, θεωρούμε ότι είναι ικανός για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων και τάσεων για την επικρατούσα κατάσταση της παραοικονομίας στην υγεία. Η εργασία ολοκληρώνεται με τη διεξαγωγή συμπερασμάτων από την ανάλυση της θεωρίας σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της έρευνας

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 1.1 Η ΠΡΩΙΜΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ ΕΩΣ ΤΟ 1953

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι συνυφασμένο από τις απαρχές του με την έννοια του *Κράτους Πρόνοιας*, έχοντας ως πρωταρχικό του στόχο την άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων, όπως και την συστηματική κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών του.

Η Μικρασιατική Καταστροφή, ο Μεσοπόλεμος, η οικονομική κρίση καθώς και οι Παγκόσμιοι πόλεμοι οδήγησαν τον πληθυσμό στη φτώχεια και την εξαθλίωση. Η προσπάθεια του ελληνικού κράτους να δομήσει ένα σύστημα υγείας υπό το πρίσμα της κοινωνικής ισότητας, ξεκινά στις αρχές του 20ου αιώνα διανύοντας μια περίοδο πολιτειακής αστάθειας και έλλειψης οικονομικών πόρων. Στον τομέα της υγείας, οι κυβερνήσεις προσανατολίζονται κυρίως στην καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Έτσι κατά τη διαμόρφωση του συστήματος υγείας στη Ελλάδα ξεχωρίζουμε τέσσερις σημαντικές περιόδους.

**Η πρώτη** διαρκεί από την Εθνική Ανεξαρτησία μέχρι το 1922, όπου με τον νόμο 2882 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης. Η χώρα διαιρείται σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, ενώ για κάθε νομό προβλέπεται η σύσταση υγειονομικού συμβουλίου.<sup>1</sup>

**Η δεύτερη** ξεκινάει το 1922 και τελειώνει το 1953. Την περίοδο αυτή, στην Ευρώπη λόγω των αναταραχών εξαιτίας του Α' Παγκοσμίου πολέμου και της οικονομικής κρίσης θεμελιώθηκαν τα τέσσερα υποδείγματα κοινωνικού κράτους: **Το Σκανδιναβικό**, όπου το κράτος στήριζε τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις μέσω ευρύτατων παροχών στο εκπαιδευτικό σύστημα και στην υγεία, **το Αγγλοσαξονικό**, το οποίο χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας των πολιτών όπως επίσης και από ιδιώτες, δήμους κ.λπ., **το Κεντροευρωπαϊκό**, χρησιμοποιώντας ένα είδος τριμερούς χρηματοδότησης από τους εργοδότες, τους εργάτες-υπάλληλους και το κράτος, όπου η ασφάλιση των πολιτών γίνεται βάσει της επαγγελματικής τους ιδιότητας και τέλος **το Μεσογειακό**,<sup>2</sup> το οποίο

<sup>1</sup> Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, (2001), σελ. 64-67.

<sup>2</sup> Παπαηλιάς, (2015), σελ.214-215.

ακολουθήθηκε από την Ελλάδα, την Ιταλία, την Ισπανία και την Πορτογαλία. Το μοντέλο αυτό σε αντίθεση με τα υπόλοιπα τρία χαρακτηρίζεται από χαμηλή αποδοτικότητα των εισφορών, διαφθορά και άνιση κατανομή βαρών στους πολίτες. Το μεσογειακό υπόδειγμα παραμένει το πλέον υποανάπτυκτο, αφού οι καθυστερημένες κοινωνικές δομές δημιουργούν μεγάλες δυσκολίες στο να διαμορφωθεί ένα πραγματικό κράτος πρόνοιας.

Την ίδια περίοδο στην Ελλάδα ένα γεγονός που έπαιξε πολύ σημαντικό ρολό στη δημιουργία του συστήματος υγείας ήταν η ψήφιση του νόμου 5733/32, το 1932, *Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, από την κυβέρνηση Βενιζέλου, ο οποίος είχε ως στόχο την χορήγηση παροχών από το κράτος για προκαθορισμένους κινδύνους που αφορούσαν την ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων. Ο νόμος αυτός παρ' ότι αποτελούσε ένα πολύ θετικό μετρώ για τους εργαζόμενους δεν πρόλαβε να εφαρμοστεί. Τελικά, έπειτα από μεγάλες κοινωνικές πιέσεις και έντονες πολιτικές αντιπαραθέσεις με το νόμο 6298/1934 ιδρύεται το 1934, το **Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α)** για την ασφάλιση ασθένειας, γήρατος, μισθωτών ιδιωτικών υπαλλήλων και εργατών. Σκοπός του ήταν η υποχρεωτική και καθολική ασφάλιση προσώπων, τα οποία παρέχουν επάγγελμα έναντι αμοιβής, με σχέση εξαρτημένης εργασίας. Επίσης, στο χρονικό διάστημα μέχρι το 1940 ιδρύονται νέα νοσοκομεία σε διάφορες πόλεις της χώρας, όπως το νοσοκομείο του Ε.Ε.Σ (1931), το Λαϊκό Νοσοκομείο (1933), το νοσοκομείο Άγιος Σάββας (1935) κ.α. καθώς και ιδιωτικές κλινικές. Τέλος, το 1944 δημιουργείται το Υπουργείο Υγιεινής που ενσωματώνεται το 1951 στο ενιαίο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας.<sup>3</sup>

## 1.2 Η ΠΟΡΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ 1953 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Κατά την **τρίτη** περίοδο, από το 1953 έως το 1981, έχουμε την πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα, με την ψήφιση, του Νομοθετικού Διατάγματος 2592 του 1953 *Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως* προβλέπεται η οργάνωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην περιφέρεια. Εν συνεχεία, το

---

<sup>3</sup> Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, *op. cit.*, σελ. 64-67.

1955 ψηφίζεται ο νόμος 3487/55 *Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών*, όπου έχουμε την ίδρυση των Κοινοτικών και Αγροτικών Ιατρείων.<sup>4</sup>

Μετά την πτώση της δικτατορίας, το 1974, το πολιτικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε θέματα κοινωνικής πολιτικής με ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της υγείας. Το υπό κατάρρευση υγειονομικό σύστημα της εποχής αντιμετώπιζε προβλήματα που έχουν να κάνουν με την ελλιπή ποσοτικά και ποιοτικά - κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, όπως επίσης και με την έντονη ιδιωτικοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.<sup>5</sup>

Η **τέταρτη** περίοδος που ξεκινά από το 1981 και φτάνει μέχρι τις μέρες μας, είναι ιδιαίτερος σημαντική, αφού το Ελληνικό Σύστημα Υγείας διαμορφώνεται, οργανώνεται και τροποποιείται, παίρνοντας έτσι τη σημερινή του μορφή μέσα από ένα πλήθος μεταρρυθμίσεων που αφορούν την πολιτική υγείας της χώρας.

Οι πιο σημαντικές αφορούν τον νόμο 1278/82 για την σύσταση του **Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ)** όπως και τον νόμο 316/83 για την δημιουργία του **Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ)**, της **Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας** και της **Εθνικής Φαρμακαποθήκης**. Όμως η σημαντικότερη νομοθετική ρύθμιση που έγινε για το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα αφορά τον νόμο 1397/1983 και αποτέλεσε την κορύφωση της πορείας για τη δημιουργία του **Εθνικού Συστήματος Υγείας** στην Ελλάδα (**Ε.Σ.Υ**).<sup>6</sup>

Η βάση για την υλοποίηση του Ε.Σ.Υ στηρίχτηκε στην αρχή ότι *η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους*.<sup>7</sup> Έτσι το κράτος αναλαμβάνει τη χρηματοδότηση του συστήματος θέτοντας ως στόχο την αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας στο 4,5-5% του Α.Ε.Π με αντίστοιχη μείωση των ιδιωτικών πληρωμών. Αναλυτικότερα οι στόχοι του νόμου 1397/83 εστίαζαν κυρίως *στην αποκέντρωση, στον κοινωνικό έλεγχο, στο ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, στον ενιαίο προγραμματισμό, στην δικαιότερη κατανομή των πόρων, στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στην καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης*.<sup>8</sup> Η ελληνική κυβέρνηση στήριξε όλο το

---

<sup>4</sup> *Ibid*

<sup>5</sup> *Ibid*

<sup>6</sup> *Ibid*

<sup>7</sup> Λιαρόπουλος, (2010), σελ.102.

<sup>8</sup> Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, (1996), σελ. 256.

εγχείρημα αυτό αντιγράφοντας το σύστημα **Beveridge**<sup>9</sup> που αναπτύχθηκε κυρίως στην Αγγλία και την Ιρλανδία και προέβλεπε καθολικότητα ελάχιστων παροχών μέσω της φορολογίας των εργαζομένων.

Η μεταρρύθμιση αυτή προωθούσε κυρίως τα ακόλουθα εφαρμόσιμα μετρά που αφορούν την πολιτική της υγείας :

- 1) Καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τους γιατρούς του Ε.Σ.Υ με σημαντική αύξηση των μισθών τους.
- 2) Παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας μέσω της λειτουργίας Κέντρων Υγείας, σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές έχοντας λειτουργική διασύνδεση με τα τοπικά νοσοκομεία.
- 3) Συγκρότηση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας υπεύθυνα για τον έλεγχο και το συντονισμό των κατά τόπους δομών υγείας.
- 4) Ανάπτυξη νέων μονάδων υγείας και αγορά σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. <sup>10</sup>

Όσον αφορά τη διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας αυτές διαχωρίζονται σε τρία τμήματα ως εξής:

- **Πρωτοβάθμια Περίθαλψη:** Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, κέντρα υγείας, υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και προληπτικής υγιεινής.
- **Δευτεροβάθμια Περίθαλψη:** Νομαρχιακά νοσοκομεία.
- **Τριτοβάθμια Περίθαλψη:** Περιφερειακά νοσοκομεία, ειδικά νοσοκομεία, ερευνητικές μονάδες και ειδικά επιστημονικά κέντρα.

Τα χρόνια που ακλούθησαν έφεραν μεταρρυθμίσεις σε ότι αφορά το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Με το νόμο *1579/1985*, ρυθμίστηκαν τόσο θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, όσο και εκπαίδευσης νοσηλευτών. Στη συνέχεια με την έκδοση του νομού *1759/1988* γίνεται αναφορά στον τρόπο με τον οποίο θα διορίζονται οι γιατροί του Ε.Σ.Υ.

Η περίοδος 1981 – 1989 μπορεί να χαρακτηριστεί ως ιδιαίτερα θετική σχετικά με την εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας, αφού παρατηρείται μια

---

<sup>9</sup> Εφαρμόζει το σύστημα της *κοινωνικής φροντίδας*. Το θεσμικό πλαίσιο αυτού το συστήματος στηρίζεται στον κρατικό παρεμβατισμό. Στο μοντέλο Beveridge η κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας. Η χρηματοδότηση όπως και η οργάνωση βρίσκονται υπό κρατικό έλεγχο.

<sup>10</sup> Λιαρόπουλος, *op. cit.*, σελ. 87.

γενικότερη ενδυνάμωση του δημοσίου τομέα καθώς και σημαντική ανάπτυξη τόσο των υποδομών όσο και του ιατρικού προσωπικού του Ε.Σ.Υ.

Επίσης με το νόμο 2071/1992 παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, ενώ με κάποια επιπρόσθετα μέτρα αυξάνεται η συμμετοχή του ασθενή στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξάνονται τα ημερήσια νοσήλια. Παράλληλα εφαρμόστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή και ρυθμίστηκαν θέματα προγραμματισμού και ελέγχου των λειτουργικών δαπανών των δημοσίων φορέων.<sup>11</sup>

Από το 1990 έως το 1993, το Ε.Σ.Υ θα ακολουθήσει μια φθίνουσα πορεία στη λειτουργία του αφού η ανάληψη της κυβέρνησης από το φιλελεύθερο κόμμα είχε σαν αποτέλεσμα την προσπάθεια *φιλελευθεροποίησης* του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η άρση της απαγόρευσης δημιουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών με τον νόμο 1892/1990 αποτέλεσε ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στην εφαρμογή της νέας πολιτικής σχετικά με την υγεία.<sup>12</sup>

Εν συνεχεία, στις αρχές της δεκαετίας του 2000 εξ' αιτίας διάφορων προβλημάτων όπως: η αυτοχρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ, τα οργανωτικά προβλήματα και η λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης μέσω των πολυάριθμων ταμείων υγείας που οδηγεί σε χαμηλή αποδοτικότητα, φέρνουν στο προσκήνιο την ανάγκη ριζικής αναδιάρθρωσης του δημόσιου συστήματος υγείας.

Απώτερος σκοπός της προσπάθειας αυτής όπως αυτός διατυπώθηκε ήταν η μετεξέλιξη του Ε.Σ.Υ σε *ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης*.<sup>13</sup> Έτσι παρατηρούμε ότι για πρώτη φορά στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, γίνεται χρήση οικονομικών στοιχείων της αγοράς καθώς και σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων, με στόχο τον περιορισμό του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Με την υγειονομική μεταρρύθμιση του 2001, (νόμος 2889) η χώρα οργανώθηκε σε 17 περιφερειακά συστήματα υγείας (Πε.Σ.Υ), υπεύθυνα για το σχεδιασμό και τον έλεγχο των πόρων ανά περιφέρεια. Επιπροσθέτως, την διοίκηση των νοσοκομείων

---

<sup>11</sup> Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, *op. cit.*, σελ. 79-86.

<sup>12</sup> *Ibid*

<sup>13</sup> *Ibid*

αναλαμβάνουν επαγγελματίες manager. Τέλος όσον αφορά τις προμήθειες των νοσοκομείων, το νέο νομικό πλαίσιο προβλέπει την εισαγωγή σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων. Παρ' όλα αυτά, οι πολιτικές αλλαγές το 2004 και το 2007 στάθηκαν εμπόδιο για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων του 2001, έχοντας ως αποτέλεσμα μεγάλες περικοπές δαπανών. Η κατάσταση αυτή με τη σειρά της θα δώσει νέα ώθηση στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος θα γίνει ιδιαίτερα ανταγωνιστικός με επενδύσεις σε σύγχρονη τεχνολογία υγείας και σε υποδομές.

Το αποκορύφωμα στην αποσταθεροποίηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα έγινε το 2009 με το ξέσπασμα της διεθνούς οικονομικής κρίσης η οποία είχε σαφώς μεγάλο αντίκτυπο στην οικονομία της χώρας επηρεάζοντας έτσι και τον τομέα της υγείας.

Εξ' αιτίας αυτής της κατάστασης, το Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό την επίβλεψη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, εξαιτίας των τεράστιων δημοσιονομικών ελλειμμάτων και χρεών υπό την απειλή της χρεοκοπίας. Τα μέτρα της δημοσιονομικής προσαρμογής και της εξυγίανσης του δημοσίου τομέα, όπως αναφέρονταν στο Μνημόνιο Ι, αφορούσαν και τις δαπάνες για την υγεία και έθεταν ως στόχο την μείωση τους.

Το Φεβρουάριο του 2012 η Ελλάδα υπέγραψε ένα νέο Μνημόνιο ΙΙ στο οποίο ανάμεσα στις υπόλοιπες περικοπές των δημοσίων δαπανών περιλαμβάνονταν επιπρόσθετα μέτρα για την περεταίρω μείωση των δαπανών υγείας, όπως επίσης και για την αναδιοργάνωση του Ε.Σ.Υ. Για τον σκοπό αυτό συστάθηκε με το νόμο 3918/2011, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ μετά από την συνένωση των Κλάδων Υγείας διαφόρων ασφαλιστικών Ταμείων όπως Ι.Κ.Α, Ο.Γ.Α, Ο.Α.Ε.Ε, Ο.Π.Α.Δ, Τ.Υ.Δ.Κ.Υ, κ.α προσφέροντας ως αγοραστής, υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους του.<sup>14</sup>

## **1.2 Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ**

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας αποτελείται από ένα μεικτό σύστημα υγείας με συμμετοχή του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, τόσο για την παροχή υπηρεσιών υγείας, όσο και για την χρηματοδότηση τους. Για το λόγο αυτό, συχνά ο δημόσιος τομέας ικανοποιεί τις ανάγκες του πληθυσμού, ενώ ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει την

---

<sup>14</sup> Αθανασάκης, Βαφειάδης, Γαρυφαλλος, Γιαννίρη, Δόλγερας, Καλύβας (2013), σελ.167.



ζήτηση.<sup>15</sup> Σκοπός του είναι η βελτίωση της υγείας των ασθενών εξασφαλίζοντας τους το κοινωνικό δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Στο Ελληνικό σύστημα υγείας συνυπάρχουν δυο συστήματα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Η χρηματοδότηση από την γενική φορολογία (Beveridge), που συναντάται κυρίως στην Μ. Βρετανία, Ιρλανδία, Σκανδιναβικές χώρες και τον Ευρωπαϊκό νότο, και η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση (Bismarck)<sup>16</sup>, που έχει αναπτυχθεί στην υπόλοιπη Δυτική Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη με σκοπό να αγοράζουν τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υπηρεσίες από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υγείας.<sup>17</sup> Πριν από το 1983 η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα ακολουθούσε αποκλειστικά το μοντέλο Bismarck, ενώ μετά ενσωμάτωσε και αυτό του Beveridge.

Όσον αφορά τον συντονισμό του, το Ε.Σ.Υ διοικείται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας. Οι αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.) όπως ονομάζεται σήμερα, επιμερίζονται σε τρεις Γενικές Διευθύνσεις, οι οποίες με την σειρά τους συγκροτούνται από επιμέρους διευθύνσεις. Η δομή του Υ.Υ.Κ.Α. όπως αυτή παρουσιάζεται στο οργανόγραμμα του είναι η ακόλουθη:

### **Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

#### **1. Γενική Διεύθυνση Υγείας**

- Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας
- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
- Διεύθυνση Προσωπικού Νομικών Προσώπων

#### **2. Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας**

- Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής
- Διεύθυνση Υγειονομικής, Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος
- Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων
- Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με Περιφέρειες και Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις
- Διεύθυνση Στοματικής Υγείας
- Αυτοτελές Τμήμα Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

---

<sup>15</sup> Λιαρόπουλος, *op. cit.*, σελ. 45.

<sup>16</sup> Στο μοντέλο Bismarck η ασφαλιστική κάλυψη επιτυγχάνεται μέσω διμερούς χρηματοδότησης (εργαζόμενοι και εργοδότες) και η οργάνωση γίνεται ανά επαγγελματική κατηγορία.

<sup>17</sup> <http://www.moh.gov.gr/>

- Αυτοτελές Τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών

### 3. Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας

- Διεύθυνση Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
- Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης
- Διεύθυνση Υγειονομικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου

Ο νόμος 2889/01 που αφορούσε τη δημιουργία των Πε.Σ.Υ., αποτέλεσε την πρώτη ουσιαστική προσπάθεια αποκέντρωσης του συστήματος υγείας της χώρας. Σήμερα σε επίπεδο περιφερειακής οργάνωσης το Ε.Σ.Υ στηρίζεται στη λειτουργία των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών ή αλλιώς Δ.Υ.Π.Ε (όπως ονομάζονται σήμερα τα πρώην Πε.Σ.Υ.) οι οποίες αποτελούν το συνδετικό κρίκο μεταξύ της κεντρικής ηγεσίας, και των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας της χώρας.

Η σημερινή δομή των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών μετά τις πιο πρόσφατες μεταρρυθμιστικές νομοθεσίες έχει διαμορφωθεί ως εξής:

- **1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής**, με έδρα την Αθήνα, στην οποία περιέρχονται οι αρμοδιότητες της Α' και Β' Δ.Υ.Π.Ε Αττικής.
- **2<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου**, με έδρα τον Πειραιά, στην οποία περιέρχονται οι αρμοδιότητες της Γ' Δ.Υ.Π.Ε Αττικής και των Δ.Υ.Π.Ε Βορείου Αιγαίου, Α' και Β' Νοτίου Αιγαίου.
- **3<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας**, με έδρα τη Θεσσαλονίκη, στην οποία περιέρχονται οι αρμοδιότητες της Α' Δ.Υ.Π.Ε Κεντρικής Μακεδονίας και της Δ.Υ.Π.Ε Δυτικής Μακεδονίας.
- **4<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης**, με έδρα τη Θεσσαλονίκη, στην οποία περιέρχονται οι αρμοδιότητες της Β' Δ.Υ.Π.Ε, Κεντρικής Μακεδονίας και της Δ.Υ.Π.Ε Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.
- **5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας**, με έδρα τη Λάρισα, στην οποία περιέρχονται οι αρμοδιότητες των Δ.Υ.Π.Ε Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.
- **6<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ηπείρου, Ιονίων Νήσων και Δυτικής Ελλάδας**, με έδρα την Πάτρα, στην οποία περιέρχονται οι αρμοδιότητες των Δ.Υ.Π.Ε Πελοποννήσου, Ηπείρου, Ιονίων Νήσων και Δυτικής Ελλάδας.

- **7<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης**, με έδρα το Ηράκλειο, συνεχίζει να έχει τις αρμοδιότητες της Δ.Υ.Π.Ε Κρήτης.<sup>18</sup>

Επιπροσθέτως, το Ε.Σ.Υ συνυπάρχει μαζί με έναν αριθμό ασφαλιστικών ταμείων, αρκετά από τα οποία συγχωνευτήκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ αφού πριν έφταναν περί το σύνολο τα 39, και λειτουργούν υπό κρατικό έλεγχο. Επίσης σημαντικό ρολό στην αγορά και την παροχή υπηρεσιών υγείας παίζει και ο ιδιωτικός τομέας. Πιο συγκεκριμένα, το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα συνίσταται σε 3 επιμέρους υποσυστήματα:

- **Το Ε.Σ.Υ** στο οποίο εντάσσονται κυρίως νοσοκομεία, κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και το Ε.Κ.Α.Β.
- **Τα Ασφαλιστικά ταμεία**, που προσφέρουν κάλυψη στους δικαιούχους ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής.
- **Τον Ιδιωτικό τομέα** που περιλαμβάνει κερδοσκοπικού τύπου νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές μαιευτήρια, ανεξάρτητα ιατρεία και οδοντιατρεία.

Διαχωρισμός υπάρχει ακόμα και στον τύπο της υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρει το εγχώριο υγειονομικό σύστημα, η οποία διακρίνεται σε τρεις βασικές κατηγορίες :

1. **Την Πρωτοβάθμια περίθαλψη**: με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος. Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών:<sup>19</sup>
  - Την Πρωτοβάθμια Φροντίδα: Με στόχο την πρόληψη της ασθένειας η οποία είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από την θεραπεία της. Το Σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας καλύπτει κυρίως:
    - Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των παραγόντων που προκαλούν την ίδια την ασθένεια, καθώς και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση της.
    - Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την ενημέρωση του πληθυσμού.
    - Την επιδημιολογική έρευνα.

<sup>18</sup> <http://www.moh.gov.gr/>

<sup>19</sup> Θεοδώρου, Σαφρής, Σούλης, *op. cit.*, σελ. 23-29.

- Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής.
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Την Αγωγή Υγείας.
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.
- Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού.
- Την Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας μέσω διαγνωστικών και θεραπευτικών κέντρων.

Όλες οι βαθμίδες της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης παρέχονται είτε από φορείς του δημόσιου τομέα όπως τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών π.χ. Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ. κτλ., είτε από ιδιωτικούς φορείς, όπως τα ιδιωτικά ιατρεία και διαγνωστικά κέντρα, και οι ιδιωτικές κλινικές και θεραπευτήρια.

**2. Την Δευτεροβάθμια περίθαλψη:** στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται υπηρεσίες υγείας για ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομεία ή κλινικές. Έτσι στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη γίνεται χρήση των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, όπου πολλές φορές χρήζεται αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου, χωρίς όμως να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σ' αυτό.<sup>20</sup> Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το εκάστοτε νοσηλευτικό ίδρυμα το οποίο παρέχεται από:

- 1) Φορείς του δημόσιου (Δημόσια νοσοκομεία ή διάφορα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος) όπως:
  - Κρατικά Νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ.
  - Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, στα οποία εργάζονται πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ.

---

<sup>20</sup> *Ibid*

- Στρατιωτικά Νοσοκομεία, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι ή και στρατεύσιμοι γιατροί καθώς και πολίτες γιατροί.
  - Ειδικού καθεστώτος στα οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Αυτά στελεχώνονται από γιατρούς με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- 2) Ιδιωτικούς φορείς (Κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία και κλινικές), όπως:
- Ιδιωτικά θεραπευτήρια.
  - Ιδιωτικές κλινικές και πολυϊατρεία.
3. **Την Τριτοβάθμια περίθαλψη:** Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας αποτελούν μια βαθμίδα παροχής υγειονομικής περίθαλψης που απαιτεί εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες (τεχνογνωσία), σύγχρονο εξοπλισμό υψηλής στάθμης, ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, την υποστήριξη διαφόρων ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας καθώς και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Παραδείγματα περιπτώσεων που χρήζουν τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι οι πολύπλοκες θεραπείες ή διαδικασίες όπως η μεταμόσχευση οργάνων ή οι ακτινοθεραπείες.

Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, όπως εξειδικευμένα ινστιτούτα, κλινικές και εργαστήρια νοσηλευτικών ιδρυμάτων τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή χρηματοδοτούνται από διάφορους οργανισμούς. το Υπουργείο Υγείας στα πλαίσια της πολιτικής της υγείας που εφαρμόζει περιλαμβάνει τον προγραμματισμό, την παρακολούθηση, και την επανεκτίμηση του έργου που προσφέρουν οι φορείς τριτοβάθμιας περίθαλψης με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.<sup>21</sup>

### 1.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί μία από τις κυριότερες παραμέτρους έκφρασης του Κράτους-Πρόνοιας. Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων : **α) του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης**

---

<sup>21</sup> *Ibid*

για την προστασία των εργαζομένων, β) του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και γ) του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια.<sup>22</sup>

Σε επίπεδο διοίκησης, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων που εντάσσονται στο σύστημα ασφάλισης προέρχονται από τις συνολικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών οι οποίες ωστόσο παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις μεταξύ τους.

Έτσι, για παράδειγμα στο Ι.Κ.Α όπου το 50% των εργαζομένων είναι ασφαλισμένοι οι μηνιαίες εισφορές έχουν καθοριστεί σε 7,65% του μισθού (εκ των οποίων 2,55% πληρώνουν οι εργαζόμενοι και 5,1% οι εργοδότες) και στο 4% της σύνταξης για τους συνταξιούχους.

Τα έσοδα του ταμείου του Ο.Π.Α.Δ από την άλλη, προέρχονται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, έστω κι' αν υπάρχουν οι εισφορές των ασφαλισμένων και συνταξιούχων, το ύψος των οποίων ανέρχεται σε 2,55% επί του ακαθάριστου μισθού ή της σύνταξής τους, για το λόγο ότι οι καταβαλλόμενες εισφορές κατευθύνονται στο Γενικό Λογιστήριο του κράτους, με τη μορφή δημοσίου εσόδου.<sup>23</sup>

Όσον αφορά τις υγειονομικές παροχές των ταμείων σ' αυτές περιλαμβάνονται υγειονομικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, φαρμακευτικής και πρόσθετης περίθαλψης, οι οποίες παρέχονται κυρίως από τις δομές του δημοσίου υγειονομικού συστήματος και συμπληρωματικά από συμβεβλημένους ιδιώτες προμηθευτές υγείας.

Έως το 2010, λειτουργούσαν 39 ταμεία κύριας και επικουρικής ασφάλισης τα οποία προσέφεραν, υγειονομική, συνταξιοδοτική και προνοιακή (π.χ. αναπηρικά επιδόματα) κάλυψη στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού.

Η σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ το Μάρτιο του 2011 έφερε την ενοποίηση ενός σημαντικού αριθμού ασφαλιστικών ταμείων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α, Ο.Π.Α.Δ, Ο.Α.Ε.Ε., Τ.Υ.Δ.Κ.Υ κ.α) που αφορούσαν το 85% των ασφαλισμένων της χώρας. Σκοπός αυτού

---

<sup>22</sup> Αθανασάκης, Βαφειάδης, Γαρυφαλλός, Γιαννίρη, Δόλγερας, Καλύβας, *op. cit.*, σελ. 223.

<sup>23</sup> *Ibid*

του ενιαίου φορέα ήταν ο συντονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έτσι ώστε όλοι οι ασφαλισμένοι να έχουν την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ προέρχονται από:

1. Τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζόμενων.
2. Την ετήσια επιχορήγηση ύψους 0,6% του Α.Ε.Π από τον κρατικό προϋπολογισμό,
3. Τα ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή (rebate) των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
4. Τα λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους.<sup>24</sup>

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ λειτουργεί σήμερα ως μονοψώνιο στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό να αγοράζει στο χαμηλότερο κόστος τις υπηρεσίες των γιατρών, των φαρμακευτικών εταιρειών και των ιδιωτικών μονάδων υγείας έχοντας το ισχυρό πλεονέκτημα της διαπραγμάτευσης και του ελέγχου των τιμών.

## 1.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας είναι:

### 1. Η Αποτελεσματικότητα

Η έννοια της αποτελεσματικότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας αφορά την επίτευξη του κυριότερου στόχου ενός συστήματος υγείας που δεν είναι άλλος από την βελτίωση του επιπέδου υγείας του γενικού πληθυσμού. Για την αξιολόγηση της χρησιμοποιούνται τρεις βασικοί δείκτες όπως:

- Η γενική θνησιμότητα.
- Το προσδόκιμο επιβίωσης.
- Η πρώιμη θνησιμότητα.

### 2. Η Αποδοτικότητα

Για την επίτευξη της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού διατίθενται πολλά χρήματα τόσο από τον κρατικό προϋπολογισμό όσο και από τις ιδιωτικές δαπάνες καθιστώντας την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας ένα από τα βασικά προβλήματα κατανομής των πόρων σε αρκετές χώρες. Έτσι θέλοντας να

---

<sup>24</sup> <http://www.who.int/en/>

αξιολογήσουμε το ποσό αποδοτικά κατανέμονται οι πόροι αυτοί για την υγεία εξετάζεται η σχέση μεταξύ εισροών και εκροών. Οι εισροές σε ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνουν:

- Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.
- Τις κτιριακές υποδομές.
- Τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

Ενώ οι εκροές αφορούν τον αριθμός των ημερών νοσηλείας και τη βελτίωση της υγείας των ασθενών. Στόχος εδώ είναι η ορθολογική κατανομή των πόρων προς όφελος όχι μόνο των ασθενών πολιτών αλλά και ολοκλήρου του πληθυσμού.

### **3. Η Ισότητα στην πρόσβαση στην υγεία**

Η αρχή αυτή συνδέεται με την κοινωνική δικαιοσύνη και την κατανομή των φορολογικών βαρών των πολιτών αναλογικά. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο υγείας στην κοινωνία όπου ζει. Η υγεία αποτελεί αναντικατάστατη προϋπόθεση για την επίτευξη άλλων στόχων στη ζωή, όπως καλύτερη εκπαίδευση και καλύτερη απασχόληση. Επομένως, είναι σημαντικό για ένα κράτος να οργανώνει τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία δίκαια, έτσι ώστε η πρόσβαση σε αυτούς να είναι ανοικτή σε όλους τους πολίτες.<sup>25</sup>

Βάσει λοιπόν αυτών των τριών αρχών, έχουν δημιουργηθεί διάφορα συστήματα αξιολόγησης παγκοσμίως αναφορικά με την εκτίμηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας των χωρών. Σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, στο πλαίσιο της αξιολόγησης των υγειονομικών συστημάτων διαφόρων ευρωπαϊκών κρατών εντάσσεται ο Ευρωπαϊκός Δείκτης Καταναλωτών για τις Υπηρεσίες Υγείας (**Euro Health Consumer Index-EHCI**) του οργανισμού Health Consumer Powerhouse, ο οποίος αξιολογεί συγκριτικά τα διαφορετικά συστήματα υγείας και μέσω της ετήσιας έκθεσης του πληροφορεί τους εν δυνάμει χρήστες των υπηρεσιών υγείας για το επίπεδο των συστημάτων υγείας σε κάθε χώρα.

Οι τελευταίες μετρήσεις του εν λόγω δείκτη παρουσιάζουν σημαντικά ευρήματα για την κατάσταση του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας, το οποίο κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης βρίσκεται σε πλήρη αποδιοργάνωση καθιστώντας το ένα από τα πιο δυσλειτουργικά και μη αποδοτικά ανάμεσα στα υπόλοιπα υγειονομικά συστήματα των άλλων χωρών.

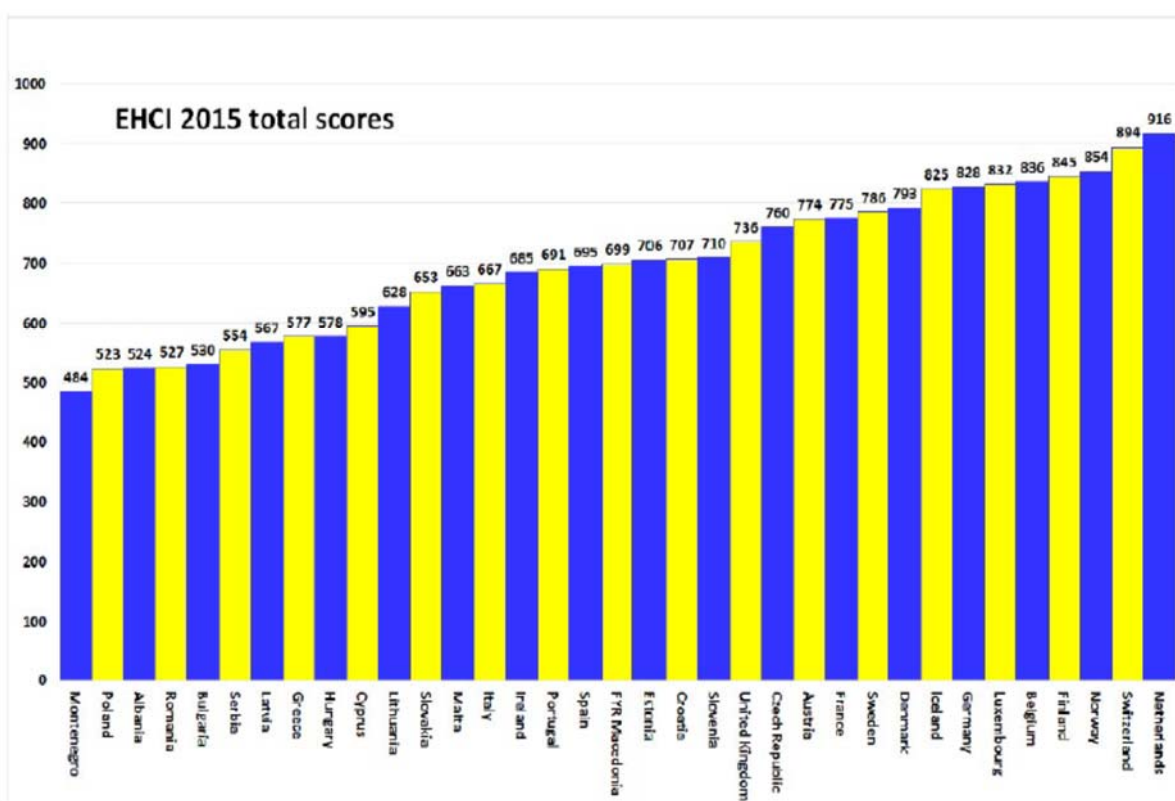
---

<sup>25</sup> *Ibid*



Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας μελέτης ECHI (Σχήμα 1.1), αξιολογώντας τα συστήματα υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών βάσει 48 δεικτών, η Ελλάδα το 2015 κατείχε την 28η θέση με 577 βαθμούς (άριστα οι 1.000), ενώ το 2012 κατείχε την 22η θέση, το 2013 την 25η θέση και το 2014 την 28η θέση. Το 2015 χειρότερη επίδοση από την Ελλάδα είχαν η Λετονία, η Σερβία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία, η Αλβανία, η Πολωνία και το Μαυροβούνιο. Εν αντιθέσει, η Ολλανδία παρέμεινε στην κορυφή, λαμβάνοντας 898 βαθμούς από το μέγιστο σύνολο των 1000, και ακολουθούν η Ελβετία, η Νορβηγία, η Φινλανδία και η Δανία.

**Σχήμα 1.1: Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 Ευρωπαϊκών χωρών το 2015**



Πηγή: Euro Health Consumer Index, 2015

Είναι γεγονός ότι η χώρα μας δέχθηκε ισχυρό πλήγμα από την οικονομική κρίση και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο ίσως να μην ισχύουν τα συνήθη κριτήρια, προκειμένου να αναλυθεί η πτώση των δεικτών που αφορούν το σύστημα υγείας, αφού η Ελλάδα βρίσκεται στον αντίποδα σε σχέση με την κύρια αναπτυξιακή πορεία των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Έτσι, ενώ τα συστήματα των περισσότερων χωρών βελτιώνονται σε επίπεδο αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, η Ελλάδα έχασε

ακόμα επτά βαθμούς στο πλαίσιο της συνολικής απόδοσης. Όσον αφορά την προσβασιμότητα, χαρακτηριστικό είναι ότι πολλοί σύλλογοι ασθενών αναφέρουν ότι απειλούνται ακόμα και τα βασικά τους δικαιώματα, όπως η πρόσβαση τους σε μια δεύτερη ιατρική γνώμη ή ακόμα και στον προσωπικό ιατρικό τους φάκελο. Ωστόσο, η βρεφική θνησιμότητα διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και τα αποτελέσματα στο πλαίσιο της ιατρικής αντιμετώπισης παραμένουν τα ίδια.<sup>26</sup>

Οι επιμέρους επιδόσεις της Ελλάδας φαίνονται στον πίνακα 1.1 (**βλ. Παράρτημα**), όπου με πράσινο χρώμα αποτυπώνονται οι καλές επιδόσεις, με κίτρινο οι μέτριες και με κόκκινο οι κακές.

Από τις καλές επιδόσεις ξεχωρίζουν η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες, η μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ο παιδικός εμβολιασμός, η μειωμένη συχνότητα υπερτασικών και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ.

Αντίθετα, στις αρνητικές επιδόσεις ξεχωρίζουν πολλά από τα κριτήρια στην πληροφόρηση και στα δικαιώματα των ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί, οι λίστες αναμονής στους καρκινοπαθείς, η επιβίωση των καρκινοπαθών, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οι κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση, οι άτυπες πληρωμές, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, οι θάνατοι από τροχαία, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων και η υψηλή κατανάλωση φαρμάκων, κυρίως αντιβιοτικών.

Θα πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης, η Ελλάδα δεν παρουσιάζει επιδείνωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων συνολικά την περίοδο 2006-2015.

---

<sup>26</sup> Σουλιώτης, (2013), σελ. 186.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΟΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 2.1 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Τα περισσότερα υγειονομικά συστήματα παγκοσμίως χρησιμοποιούν ένα μεικτό μοντέλο δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης για την κάλυψη των αναγκών τους. Τα έσοδα που αποκομίζουν προέρχονται κυρίως από τις πληρωμές των πολιτών και των επιχειρήσεων, είτε με τη μορφή της φορολογίας, είτε ως ασφαλιστικές εισφορές, ή τέλος μέσω των άμεσων πληρωμών των χρηστών. Οι αρμόδιοι φορείς είσπραξης εκτός των κυβερνητικών υπηρεσιών μπορεί να είναι ιδιωτικές κερδοσκοπικές ή μη, ασφαλιστικές εταιρείες καθώς επίσης και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης.<sup>27</sup>

Ο τρόπος χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας αποτελεί σημαντικό ζήτημα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα με σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις. Η πηγή από την οποία αντλούνται οι πόροι που διατίθενται για την αγορά και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας επηρεάζει την ισοτιμία του συστήματος, με σοβαρές αναδιανεμητικές επιπτώσεις στο διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών καθορίζοντας έτσι σημαντικά τη συνολική οικονομική δραστηριότητα μίας χώρας<sup>28</sup>. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης παγκοσμίως κατά φθίνουσα σειρά ισοτιμίας είναι οι ακόλουθες:

- Άμεση φορολογία
- Κοινωνική ασφάλιση
- Έμμεση φορολογία
- Ιδιωτική ασφάλιση
- Πληρωμές των ιδιωτών

---

<sup>27</sup> Λιαρόπουλος, (2005), σελ. 99.

<sup>28</sup> *Ibid*

## 2.1.1 ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

### 2.1.1.1 ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ

Στη χώρα μας τα έσοδα από τη φορολογία προέρχονται κατά κύριο λόγο από τους έμμεσους φόρους που επιβάλλονται σε αγαθά και υπηρεσίες (γενικούς και υποθηκευμένους) και δευτερευόντως από τους άμεσους φόρους (φόροι εισοδήματος και κεφαλαίου). Οι πόροι αυτοί που διατίθενται μέσω της γενικής φορολογίας αφορούν την κάλυψη των ετήσιων προϋπολογισμών των δημόσιων νοσηλευτικών δομών, τις δαπάνες σε επενδύσεις, σε κτηριακές υποδομές και ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό όπως επίσης και επιχορηγήσεις των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών που εμφανίζουν ελλείμματα.

Τα έσοδα που προκύπτουν από τη φορολόγηση χρησιμοποιούνται πολλές φορές και για την κάλυψη των ελλειμμάτων που ενίοτε αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ εξ' αιτίας διάφορων προβλημάτων που ταλανίζουν διαχρονικά το σύστημα υγείας όπως:

- 1) Η απουσία κινήτρων για τήρηση του προϋπολογισμού τους.
- 2) Οι μεγάλες χρονικές καθυστερήσεις στην εξόφληση των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων.
- 3) Η τιμολογιακή πολιτική των δυσανάλογα χαμηλών νοσηλίων των δημοσίων νοσοκομείων σε σχέση με το πραγματικό κόστος νοσηλείας.
- 4) Η δωρεάν παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων και αλλοδαπών.<sup>29</sup>

Το πρόβλημα της δημιουργίας ελλειμμάτων στα νοσοκομεία φαίνεται να αποτελεί συχνό φαινόμενο για το Ε.Σ.Υ αφού κατά τα έτη 1997 και 2001 πραγματοποιήθηκαν ρυθμίσεις προκειμένου να καλυφθούν ελλείμματα τα οποία ανέρχονταν σε € 578 εκατ. και € 939,1 εκατ. αντιστοίχως, όπως επίσης και κατά την περίοδο 2001-2003 τα οποία υπολογίζονταν σε € 832 εκατ.

Όσον αφορά την πορεία της χρηματοδότησης των νοσοκομείων τα τελευταία χρόνια, καθοριστικό ρόλο θα παίξουν τα τεράστια ελλείμματα στους προϋπολογισμούς

---

<sup>29</sup> Σισσούρας, Μπαρτζώκας, Γούναρης, (2002), σελ.23.

τους την περίοδο 2005-2009, όπου οι οφειλές προς τους προμηθευτές τους έφτασαν τα € 6,3 δις.<sup>30</sup>

Συγκεκριμένα κατά την περίοδο 2000-2009 παρατηρείται μια συνεχόμενη αύξηση συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ σε ποσοστό που για το έτος 2002 ξεπέρασε το 67% (€ 2.521 εκατ.) των συνολικών τους εσόδων.

Εν αντιθέσει, για το διάστημα 2009-2013 σύμφωνα με νεότερα στοιχεία της Ε.Λ.Σ.Τ.Α.Τ (Δεκέμβριος 2015), η δημόσια χρηματοδότηση παρουσιάζει σημαντική μείωση και στις τρεις κατηγορίες φροντίδων υγείας, με τη μεγαλύτερη μείωση να παρουσιάζεται στα νοσοκομεία και στην κατηγορία των *εμπόρων και λοιπών φορέων*.

Τα στοιχεία από το 2009 έως το 2013 (**Πίνακας 2.1**), παρουσιάζουν την συνολική τάση μείωσης της χρηματοδότησης στα νοσοκομεία, η οποία είναι της τάξης του 23% σε σύγκριση με το 2009 και αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην υποχώρηση της συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού (κατά 30% περίπου).<sup>31</sup>

#### **Πίνακας 2.1: Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά προμηθευτή υπηρεσιών 2009-2013**

---

<sup>30</sup> Τούντας, Βαρδαβάς, Γιαννοπούλου, Γώτη, Καστανιάτη, Μαυριδόγλου, Μεράκου Κ, Μπαρμπούνη, Πολύζος, Σουλιώτης, Φιλιππίδης, (2016), σελ. 254.

<sup>31</sup> *Ibid*

	2009	2010	2011	2012	2013	2010/2009 %	2011/2010 %	2012/2011 %	2013/2012 %
<b>Σύνολο προμηθευτών υγείας (HP.1-HP.0)</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>	-3,9	-12,0	-12,7	-7,8
Υπηρεσίες περίθαλψης, 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 εξωνοσοκ/κούς 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>	<b>9.028,7</b>	<b>9.046,3</b>	<b>6.831,2</b>	<b>7.240,7</b>	<b>6.715,1</b>	0,2	-24,5	6,0	-7,3
Υπηρεσίες περίθαλψης, 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 εξωνοσοκ/κούς 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>Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.2)</b>	<b>117,0</b>	<b>140,8</b>	<b>129,1</b>	<b>81,5</b>	<b>62,4</b>	20,4	-8,3	-36,9	-23,4
Υπηρεσίες περίθαλψης, 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 εξωνοσοκομιακής φροντίδας (HP.3)</b>	<b>5.128,1</b>	<b>4.552,4</b>	<b>4.058,4</b>	<b>3.020,0</b>	<b>2.852,0</b>	-11,2	-10,9	-25,6	-5,6
Υπηρεσίες περίθαλψης, 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>	<b>987,1</b>	<b>815,9</b>	<b>839,3</b>	<b>880,9</b>	<b>777,4</b>	-17,3	2,9	5,0	-11,7
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κούς ασθενείς (HC.4)	987,1	815,9	839,3	880,9	777,4	-17,3	2,9	5,0	-11,7
<b>Εμποροι λανιακής (HP.5)</b>	<b>7.357,1</b>	<b>7.216,2</b>	<b>7.221,1</b>	<b>5.399,4</b>	<b>4.875,2</b>	-1,9	0,1	-25,2	-9,7
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κούς 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>	<b>558,9</b>	<b>497,7</b>	<b>519,5</b>	<b>483,4</b>	<b>494,3</b>	-11,0	4,4	-6,9	2,3
Υπηρεσίες περίθαλψης, 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 εξωνοσοκ/κούς 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

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή – Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2013

Έτσι γίνεται αντιληπτό ότι το κράτος τα τελευταία χρόνια αποσύρεται σταδιακά από τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης αφού την περίοδο 2009 – 2013, καταγράφηκε μείωση της δημόσιας δαπάνης για την περίθαλψη κατά 43,6% ή κατά € 6,8 δις. Το μεγαλύτερο μέρος της μείωσης αυτής αφορά τη νοσοκομειακή και φαρμακευτική δαπάνη, τις οποίες επωμίζονται όλο και περισσότερο τα νοικοκυριά.<sup>32</sup>

### 2.1.1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η κοινωνική ασφάλιση, παρέχει ένα σημαντικό πλεονέκτημα έναντι της ιδιωτικής στους ασφαλισμένους αφού καλύπτει μεγαλύτερο μέρος του ασφαλιστικού κινδύνου (**risk pool**), καθώς η ασφαλιστική της βάση δεν περιορίζεται στους ασφαλισμένους μιας εταιρείας αλλά περιλαμβάνει μεγάλες ομάδες του πληθυσμού.

Οι εισφορές των ασφαλισμένων υπολογίζονται από το κράτος βάσει του εισοδήματος και της δυνατότητας πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας. Επιπλέον, είναι συνήθως υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από

<sup>32</sup> *Ibid*

τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, προάγοντας έτσι τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης.<sup>33</sup>

Παρόλα αυτά, μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι σε ασφαλιστικά συστήματα όπως αυτό της χώρας μας οι ασφαλισμένοι επιλέγονται βάσει της επαγγελματικής τους κατάστασης ή των καταβαλλόμενων εισφορών, περιορίζοντας έτσι την πρόσβαση των μη εργαζόμενων (ηλικιωμένοι, άνεργοι, μακροχρόνια άρρωστοι) στις υπηρεσίες υγείας. Το πρόβλημα αυτό συνήθως αντιμετωπίζεται καλύπτοντας τον ασφαλιστικό κίνδυνο των συγκεκριμένων ομάδων, από φορολογικά έσοδα του κράτους ώστε να μπορούν να απολαμβάνουν τα ίδια προνόμια με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η κοινωνική ασφάλιση συμμετέχει στη δημόσια χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα με ποσοστά που διαχρονικά αυξομειώνονται, κυμαινόμενα μεταξύ 38% και 53% του συνόλου της δημόσιας χρηματοδότησης.<sup>34</sup> Από το 2010 το μερίδιο συμμετοχής των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης έχει μειωθεί σημαντικά, ενώ, αντίθετα το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό, προσεγγίζοντας, μάλιστα, ως ποσοστό εκείνο των ταμείων ασφάλισης (Πίνακας 2.2).

**Πίνακας 2.2: Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα 2009-2013**

	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

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή - Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2013

<sup>33</sup> Preker, Carrin, Dror, Jakab, Hsiao, Arhin-Tenkorang, (2002), σελ. 8.

<sup>34</sup> Gounaris, (2007), σελ. 5.

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αποζημιώνουν τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ με βάση το *κλειστό νοσήλιο*<sup>35</sup>, για την περίθαλψη των νοσηλευόμενων ασθενών, το ύψους του οποίου παραμένει σταθερά σε χαμηλότερα επίπεδα από το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Το ίδιο συμβαίνει και με τη μέθοδο της *κατά πράξη αμοιβής*<sup>36</sup> σχετικά με την αποζημίωση των υπηρεσιών που έλαβαν οι ασθενείς, αφού και σε αυτήν την περίπτωση οι ισχύουσες τιμές υπολείπονται του πραγματικού κόστους. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια με την εφαρμογή της μεθόδου *τιμής ανά πακέτο*<sup>37</sup> για την κάλυψη του συνόλου των εξόδων συγκεκριμένων υγειονομικών παρεμβάσεων, συνήθως οι τιμές χρέωσης των υπηρεσιών, πλησιάζουν κατά προσέγγιση το πραγματικό κόστος.

Εκτός της νοσοκομειακής περίθαλψης οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης καλύπτουν επίσης ένα μεγάλο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, τα τελευταία χρόνια κυρίως μέσω του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, η οποία αφορά ως επί το πλείστον γιατρούς, οδοντίατρους, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, νοσηλευτές, κέντρα υγείας, πολυιατρεία, διαγνωστικά εργαστήρια κ.α.

Όσον αφορά την δαπάνη της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, παρατηρείται αύξηση της κάλυψης της από τα νοικοκυριά και παράλληλη μείωση από τους ασφαλιστικούς φορείς, πράγμα που οφείλεται κυρίως στη δαπάνη για οδοντιατρική φροντίδα.<sup>38</sup> Η μείωση της χρηματοδότησης από τα ταμεία φτάνει το 44% σε σχέση με το 2009 και λαμβάνει την μεγαλύτερη τιμή της το 2012 (**Πίνακας 2.1**).

Μείωση της χρηματοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων σημειώνεται και στην προμήθεια βοηθητικών υπηρεσιών καθώς και των εμπορών λιανικής, που αφορά κυρίως την φαρμακευτική δαπάνη, η οποία τα έτη 2012 και 2013, είναι της τάξης του 27% και 19% αντίστοιχα. Αντίθετα, η χρηματοδότηση μέσω ιδιωτικών πληρωμών αυξάνεται κι αυτή κατά 13% περίπου το 2013.<sup>39</sup> Αυτό προκύπτει, κυρίως, από την αύξηση της συμμετοχής των ιδιωτών στην αγορά φαρμάκων (**Πίνακας 2.1**).

Τα τελευταία δεδομένα σχετικά με την χρηματοδότηση των ταμείων σύμφωνα με τον κρατικό προϋπολογισμό του 2017 δείχνουν ότι η κρατική επιχορήγηση για τον

---

<sup>35</sup> Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στους ασφαλισμένους μέσω ημερήσιου κλειστού νοσηλίου κρατικών νοσοκομείων ανάλογα με τη θέση και τον τομέα νοσηλείας.

<sup>36</sup> Σύστημα πληρωμών στο οποίο οι γιατροί ή άλλοι επαγγελματίες υγείας πληρώνονται χωριστά για κάθε υπηρεσία που παρέχουν.

<sup>37</sup> Η τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε έναν κωδικό με την κατηγορία της πάθησης του ασθενή, στην οποία θα αντιστοιχεί ένα προκαθορισμένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία.

<sup>38</sup> Τούντας, Βαρδαβάς, Γιαννοπούλου, Γώτη, Καστανιώτη, Μαυριδόγλου, Μεράκου, Μπαρμπούνη, Πολύζος Ν, Σουλιώτης Κ, Φιλιππίδης, *op. cit.*, σελ. 267-268.

<sup>39</sup> *Ibid*



Ε.Ο.Π.Υ.Υ μειώθηκε από € 526 εκατ. το 2016 στα € 326 εκατ. το 2017. Παράλληλα υπήρξε αύξηση, περί τα € 700 εκατ., της παρακράτησης και απόδοσης στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ των εισφορών υγείας από τις κύριες και επικουρικές συντάξεις.<sup>40</sup> Βάσει των στοιχείων αυτών, προκύπτει σημαντική επιβάρυνση των συνταξιούχων των οποίων οι εισφορές αυξάνονται, την ίδια στιγμή που υπόκεινται συνεχώς σε μείωση των συντάξεων τους.

Τέλος, ο προϋπολογισμός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ για το 2017 θα πρέπει να ανέλθει στο 1% του Α.Ε.Π (από 0,18% που είναι σήμερα και 0,28% το 2016) προκειμένου να καλύψει την περίθαλψη όλων των πολιτών, με τις ιδιωτικές δαπάνες να εξακολουθούν να απορροφούν το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία, αποτελώντας το υψηλότερο ποσοστό ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

## **2.1.2 ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ**

### **2.1.2.1 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

Η ιδιωτική ασφάλιση γνώρισε μεγάλη άνθηση ιδιαίτερα μετά το 1960 και πλέον στις μέρες μας αποτελεί στα ελευθέρως συστήματα υγείας, όπως είναι το Αμερικάνικο, τη κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Στα υπόλοιπα συστήματα υγείας έχει επικουρικό- συμπληρωματικό χαρακτήρα, ανάλογα με το επίπεδο ασφαλιστικής κάλυψης που παρέχει το κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης στους ασφαλισμένους του.<sup>41</sup> Οι πόροι της προέρχονται είτε από τους ίδιους τους ασφαλισμένους είτε από τους εργοδότες, οι οποίοι προσφέρουν στους εργαζόμενους κάλυψη υγείας.

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί έντονος προβληματισμός τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία όσο και στην Ελλάδα γύρω από τις δυνατότητες της ιδιωτικής ασφάλισης αναφορικά με την ουσιαστική συμβολή της στα έντονα χρηματοδοτικά προβλήματα των κοινωνικών ασφαλιστικών φορέων. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ερωτήματα σχετικά με το αν οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί συνεισφέρουν στη μείωση του συνολικού κόστους με ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας των

---

<sup>40</sup> *Ibid*

<sup>41</sup> Σκουτέλης, (1990), σελ 68.

προσφερόμενων υπηρεσιών, λόγω της αυξημένης διαπραγματευτικής ικανότητας που έχουν ως προς τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας, ή αν αποτελούν έναν μηχανισμό επιλεκτικής κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, προκαλώντας έτσι προβλήματα ισοτιμίας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.<sup>42</sup>

Γενικά, οι καταβαλλόμενες υγειονομικές δαπάνες από την ιδιωτική ασφάλιση, κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στην τάση των κυβερνήσεων για μετακύλυση του κόστους της περίθαλψης στους ίδιους τους πολίτες είτε μέσω των συμπληρωμών, ή των άμεσων πληρωμών.<sup>43</sup>

Η ιδιαιτερότητα του συμπληρωματικού χαρακτήρα της ιδιωτικής ασφάλισης, επηρεάζει τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, εφόσον εξαρτάται κυρίως από το διαθέσιμο εισόδημα των ασφαλισμένων, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους θα ανήκουν στη μέση και ανώτερη κοινωνικό - οικονομική τάξη.

Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών αναφορικά με τη διαχρονική εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, το 1979 μόλις το 0,6% του πληθυσμού καλύπτονταν με ιδιωτική ασφάλιση (ΚΕΠΕ, 1988), ενώ σε ανάλογη μελέτη που εκπονήθηκε για λογαριασμό της Ε.Ε προέκυψε ότι η Ελλάδα στα μέσα της δεκαετίας του 1980 κατείχε το χαμηλότερο ποσοστό ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης στην Ευρώπη φτάνοντας μόλις το 2%. Από το 2002 και μετά το ποσοστό αυτό έχει αυξηθεί σημαντικά και κυμαίνεται μεταξύ 5-10% του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, το έτος 2002 οι ασφαλισμένοι-κατά εκτιμήσεις, ξεπερνούσαν το 1,5 εκατ. καλυπτόμενοι σχεδόν με το ίδιο ποσοστό από ατομικά και ομαδικά συμβόλαια υγείας.

Σχετικά με το είδος των παρεχόμενων καλύψεων από τα συμβόλαια των ιδιωτικών ασφαλίσεων, αυτές επικεντρώνονται κατά κύριο λόγο στη νοσοκομειακή περίθαλψη και δευτερευόντως σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.<sup>44</sup>

Οι δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών εταιρειών παρουσιάζουν κι αυτές με τη σειρά τους αυξητική τάση σε απόλυτους αριθμούς. Κατά το έτος 2003 για παράδειγμα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες πλήρωσαν € 338 εκατ. για την παροχή υπηρεσιών υγείας ποσό που αντιστοιχεί στο 2,5% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας για το συγκεκριμένο έτος, έναντι 2,3% για το έτος 2000. Επιπροσθέτως, το ποσοστό των

---

<sup>42</sup> Mossialos, Thomson, (2004), σελ. 45.

<sup>43</sup> *Ibid*

<sup>44</sup> Siskou, Liaropoylos, Souliotis, (2009), σελ.123.

δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση υγείας στο Α.Ε.Π της χώρας αυξήθηκε από 0,19% το 2009 σε 0,27% το 2012, λόγω των ανεπαρκειών του δημοσίου.<sup>45</sup>

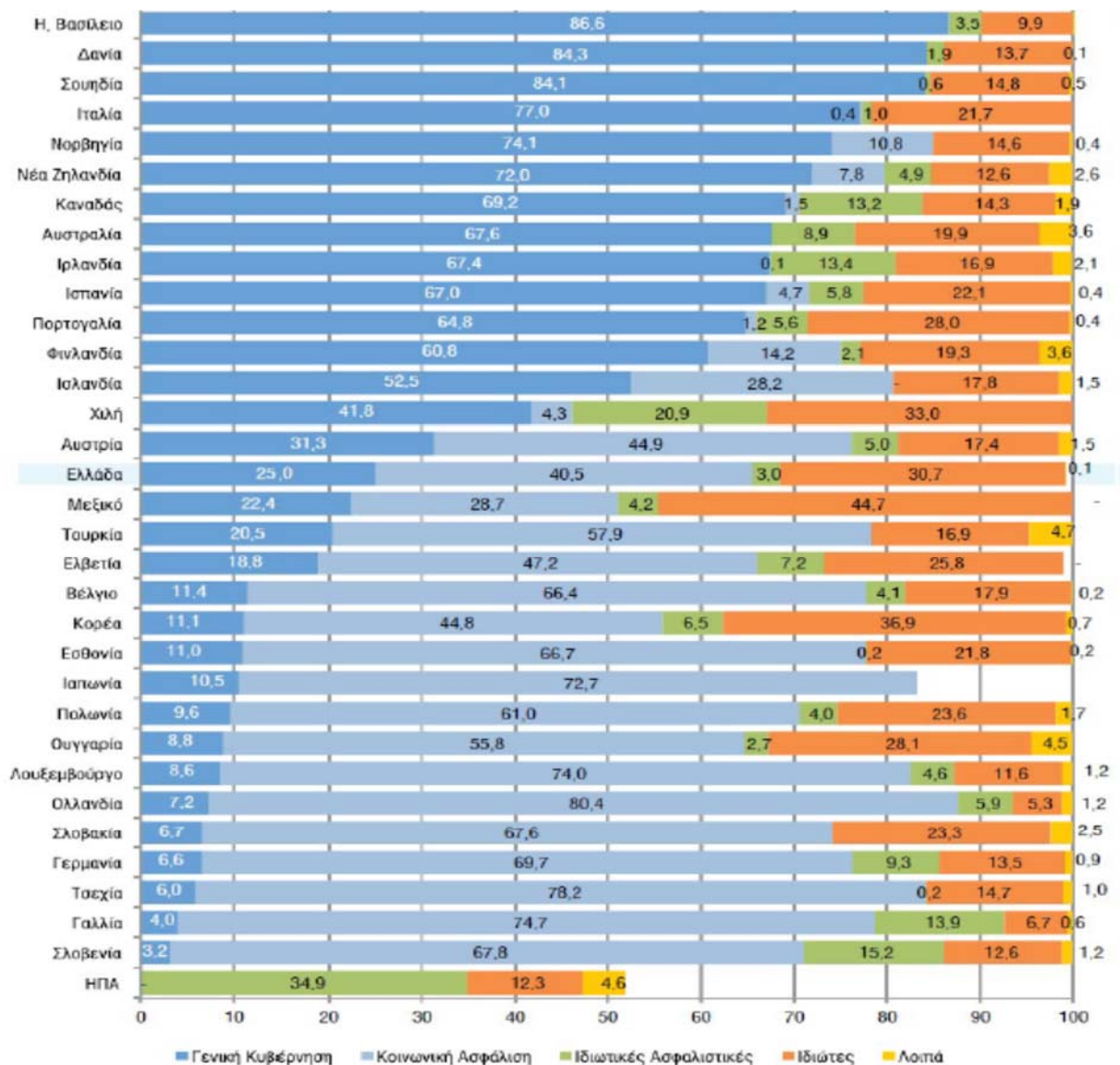
Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας εξακολουθεί να αναπτύσσεται με γρήγορους ρυθμούς. Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό, έχουν να κάνουν τόσο με το χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των πολιτών από τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης και του δημοσίου συστήματος υγείας, όσο και με τον κίνδυνο των καταστροφικών δαπανών υγείας με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι πολίτες σε περίπτωση ασθένειας.<sup>46</sup> Έτσι στην Ελλάδα, παρά το ότι συνυπάρχουν, σε παραπλήσιο μάλιστα βαθμό, οι δύο βασικές δημόσιες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (φορολογία και κοινωνική ασφάλιση), το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης εξακολουθεί να είναι ένα από τα υψηλότερα στον Ο.Ο.Σ.Α (Σχήμα 2.1).

**Σχήμα 2.1: Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης και ανά χώρα 2013**

---

<sup>45</sup> Τούντας, Βαρδαβάς, Γιαννοπούλου, Γώτη, Καστανιώτη, Μαυριδόγλου, Μεράκου, Μπαρμπούνη, Πολύζος, Σουλιώτης, Φίλιππίδης, *op. cit.*, σελ. 256.

<sup>46</sup> *Ibid*



Πηγή: ΟΟΣΑ

Από το 2012, το ποσοστό των Ελλήνων που επιλέγει ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει αυξηθεί κατά 60% και συγκεκριμένα από 23,8% που ήταν το 2012 έφτασε σε 38,7% το 2014. Από αυτούς το 21,8% δήλωσε ότι λαμβάνει μερική κάλυψη με κάποιες παροχές και το 16,9% ότι λαμβάνει πλήρη ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Τα ποσοστά αυτά είναι σαφώς αυξημένα σε σχέση με το 2012, όταν σε αντίστοιχη έρευνα, μερική κάλυψη από ιδιωτική ασφάλεια δήλωνε το 8,9% και πλήρη κάλυψη το 14,9% των ασθενών.<sup>47</sup>

Συμπερασματικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι τα τελευταία χρόνια, τα νοικοκυριά στρέφονται όλο και περισσότερο στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ο ρυθμός αύξησης των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση υγείας αναμένεται να επιταχυνθεί τα

<sup>47</sup> Ibid

επόμενα χρόνια, λόγω των περικοπών στη δημόσια δαπάνη για την υγεία, τον περιορισμό των δωρεάν παροχών ή και την αύξηση συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψής τους.<sup>48</sup> Το γεγονός αυτό, δεν θα πρέπει να σημάνει την αναίρεση του συμπληρωματικού χαρακτήρα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, και τη συρρίκνωση του ρόλου του κοινωνικού κράτους πρόνοιας στον τομέα της υγείας.

### 2.1.2.2 ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΙΔΙΩΤΩΝ

Οι ιδιωτικές πληρωμές αφορούν τη συμμετοχή ανάληψης μέρους του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, ασφαλισμένους ή μη ασφαλισμένους, για αγαθά και υπηρεσίες που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα και δεν καλύπτονται από κανενός είδους προπληρωμή ή ασφάλιση<sup>49</sup>. Συγκεκριμένα, οι πληρωμές των χρηστών περιλαμβάνουν τις *άμεσες πληρωμές* και τις *νομίμως θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής στο κόστος*.

- 1) **Άμεσες πληρωμές:** Οι πολίτες επιβαρύνονται με το σύνολο του κόστους εκείνων των υπηρεσιών υγείας που είτε δεν καλύπτονται από το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα είτε η πρόσβαση είναι περιορισμένη λόγω ανεπαρκούς προσφοράς ή μεγάλου χρόνου αναμονής. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι πληρωμές σε οδοντιάτρους, τα μη συνταγογραφούμενα ή και εκτός λίστας φάρμακα, οι ιατρικές επισκέψεις και τα νοσήλια σε ιδιωτικά νοσοκομεία καθώς επίσης και οι εξετάσεις σε ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια.
- 2) **Θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής των χρηστών στο κόστος (User Charges):** Το κράτος υποχρεώνει τους πολίτες να συνεισφέρουν στο κόστος των παρεχόμενων υγειονομικών φροντίδων, μέσω των ποικίλων μορφών θεσμοθετημένων πληρωμών. Απώτερος στόχος αυτής της πολιτικής, είναι αφενός ο περιορισμός του φαινομένου του *ηθικού κινδύνου*<sup>50</sup> (**moral hazard**) και αφετέρου η συγκράτηση της υγειονομικής δαπάνης.<sup>51</sup> Στις θεσμοθετημένες

---

<sup>48</sup> *Ibid*

<sup>49</sup> *Docteur*, Oxley, (2003), σελ.24.

<sup>50</sup> Πρόκειται για το φαινόμενο της αλόγιστης χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών εκ μέρους των πολιτών στις περιπτώσεις που αυτοί δεν επωμίζονται καμία οικονομική επιβάρυνση.

<sup>51</sup> Mossialos, Thomson, *op. cit.*, σελ. 18.

πληρωμές συμμετοχής των χρηστών συγκαταλέγονται οι εξής τρόποι οικονομικής συνεισφοράς των πολιτών :

- **Συμπληρωμή (Co-payment)** Η πληρωμή αφορά ένα προκαθορισμένο ποσό ανά υγειονομικό προϊόν ή υπηρεσία, ανεξάρτητα από το συνολικό κόστος.
- **Συνασφάλιση (Co-insurance)** Η πληρωμή αφορά ένα προκαθορισμένο ποσοστό επί του συνολικού κόστους, ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα.
- **Αφαιρετέο ποσό (Deductible)** Αποτελεί ένα μέρος του ποσού που πληρώνει ο ασθενής πριν ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική του κάλυψη. Το ποσό αυτό μπορεί να αφαιρείται ανά υπηρεσία ή από σύνολο των δαπανών που εκτελέστηκαν κατά τη διάρκεια μιας ασφαλιστικής περιόδου.<sup>52</sup>
- **Πρόσθετη χρέωση (Extra Billing):** Πρόκειται για την διαφορά του ποσού που καλύπτει το κράτος ή το ασφαλιστικό ταμείο η οποία εφόσον είναι μεγαλύτερη από την προκαθορισμένη, καταβάλλεται από τον ίδιο το χρήστη στον πάροχο των υπηρεσιών υγείας.
- **Πληρωμές για εξαιρούμενες υπηρεσίες (Coverage exclusions):** Πρόκειται για υπηρεσία ή προϊόν που εξαιρείται της κάλυψης του κράτους ή του ασφαλιστικού ταμείου.
- **Όριο μέγιστης κάλυψης (Benefit maximum):** Αφορά την πλήρη καταβολή της δαπάνης για υπηρεσίες ή προϊόντα, από μέρους του χρήστη, όταν αυτός ξεπεράσει κατά την χρήση τους ένα προκαθορισμένο χρηματικό ή χρονικό όριο.
- **Τιμές Αναφοράς (Reference Price):** Είναι οι τιμές που οριοθετούνται ως μέγιστες για μια ομάδα υπηρεσιών ή προϊόντων, πέραν των οποίων το κράτος ή το ασφαλιστικό ταμείο δεν παρέχει κάλυψη. Συνήθως αφορά ομάδες φαρμακευτικών σκευασμάτων.<sup>53</sup>

Γενικά οι πληρωμές των χρηστών φαίνεται να αποτελούν την κύρια πηγή των ιδιωτικών δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α, με ποσοστό που αγγίζει ή ακόμη και ξεπερνά σε κάποιες από αυτές όπως η Ελλάδα το 30% των συνολικών δαπανών υγείας. Από αυτές μεγαλύτερο ποσοστό αφορά τις άμεσες πληρωμές των χρηστών και

---

<sup>52</sup> Docteur, Oxley, *op. cit.*, σελ. 32.

<sup>53</sup> Σισούρας, Μπαρτζώκας, Γούναρης, *op. cit.*, σελ. 67.

λιγότερο τις θεσμοθετημένες δαπάνες συμμετοχής στο κόστος της υγειονομικής φροντίδας.<sup>54</sup>

Τα χρηματοδοτικά ελλείμματα που δημιουργήθηκαν διαχρονικά από τη συνεχή αύξηση των δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α τις δεκαετίες του 1980 και 1990, είχαν ως συνέπεια τον περιορισμό της προσφοράς υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο τομέα.<sup>55</sup> Έτσι σταδιακά ολοένα και μεγαλύτερο μέρος των αναγκών για υπηρεσίες υγείας αναζητούν κάλυψη από τον ιδιωτικό τομέα με κόστος το οποίο επιβαρύνει κυρίως τα νοικοκυριά καθώς επίσης και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Για το λόγο αυτό επικρατεί προβληματισμός σε διεθνές επίπεδο αναφορικά με τη μετακύλιση της χρηματοδότησης στην ιδιωτική δαπάνη, η οποία εγείρει σοβαρά ζητήματα ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας των πολιτών και της αποδοτικότητας του συστήματος

Στη χώρα μας οι πληρωμές των χρηστών παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης υγείας, η οποία το 2003 υπερέβαινε το 48% του συνόλου των υγειονομικών δαπανών και μάλιστα συμμετείχε στη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος σχεδόν με διπλάσιο ποσοστό από ότι στις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.<sup>56</sup> Στην παραπάνω δαπάνη συμπεριλαμβάνονται οι άμεσες πληρωμές των χρηστών, ενώ οι δαπάνες της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.

Το Ε.Σ.Υ ακολουθεί μια συγκεκριμένη πολιτική αναφορικά με την συμμετοχή των πολιτών στο κόστος, η οποία διαφέρει ανάλογα με το είδος της περίθαλψης και διέπεται από την αρχή της ισότιμης και ευχερούς πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Συγκεκριμένα, στη φαρμακευτική περίθαλψη εφαρμόζεται το μέτρο της συνασφάλισης με ποσοστά που κυμαίνονται από 0% έως 25% ανάλογα με τη βαρύτητα, τη χρονιότητα της νόσου και την οικονομική κατάσταση του ασθενούς. Από την άλλη, στην ιατρική περίθαλψη που παρέχεται, είτε από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, είτε από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς επιβάλλεται το μέτρο της συμπληρωμής με ποσά που κυμαίνονται από € 3 έως περίπου € 8. Στις διαγνωστικές εξετάσεις συνηθέστερα εφαρμοζόμενο μέτρο είναι αυτό της συνασφάλισης (0%-30%), ενώ στην πρόσθετη περίθαλψη βρίσκει εφαρμογή ένας συνδυασμός των μέτρων της

---

<sup>54</sup> *Ibid*

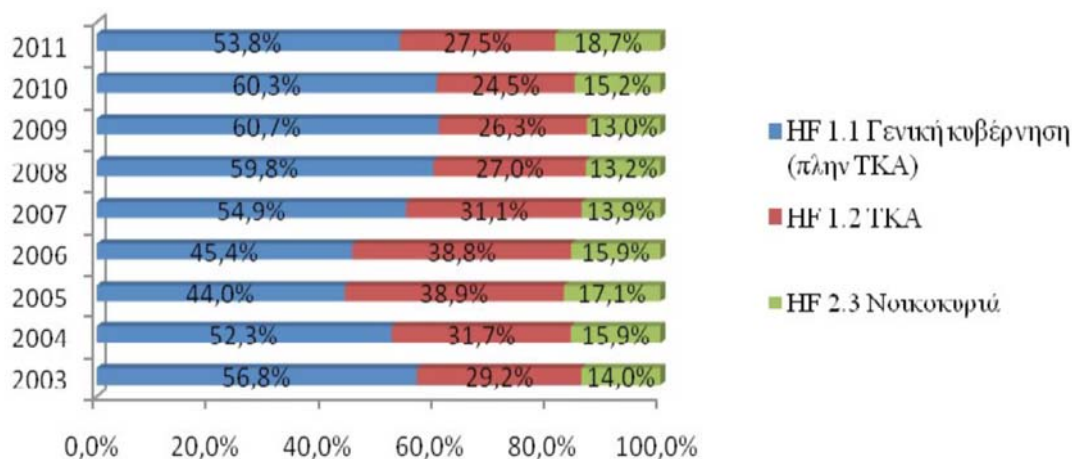
<sup>55</sup> Siskou, Liaropoulos, Souliotis, *op. cit.*, σελ. 37.

<sup>56</sup> Mossialos, Thomson, *op. cit.*, σελ. 23.

συνασφάλισης (0%-25%) και των μέγιστων ορίων κάλυψης ανά είδος, τα οποία όμως έχουν καθοριστεί σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα από τις τρέχουσες εμπορικές τιμές. Η νοσοκομειακή περίθαλψη κυρίως σε δημόσια καθώς και σε κάποια συμβεβλημένα ιδιωτικά νοσοκομεία παρέχεται συνήθως δωρεάν. Τέλος, στην οδοντιατρική περίθαλψη παρατηρείται μεγάλο κενό στην ασφαλιστική κάλυψη η οποία παρέχεται μερικώς από ορισμένα μόνο ασφαλιστικά ταμεία, με συνέπεια οι περισσότεροι ασφαλισμένοι να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα.

Ακόμα και κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης όπου το εισόδημα των πολιτών μειώνεται συνεχώς, γίνεται φανερό ότι η συμμετοχή των νοικοκυριών στη χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος είναι εξαιρετικά υψηλή υπερβαίνοντας αισθητά τα αντίστοιχα ποσοστά των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α (Σχήμα 2.1). Κατά την περίοδο 2009-2011 παρατηρείται αύξηση του ποσοστού της ιδιωτικής χρηματοδότησης των νοσοκομείων κατά 5,7% (Σχήμα 2.2) καθώς επίσης παρατηρούμε αύξηση της χρηματοδότησης από τις ιδιωτικές πληρωμές και στον τομέα της λιανικής προϊόντων υγείας (Σχήμα 2.3).

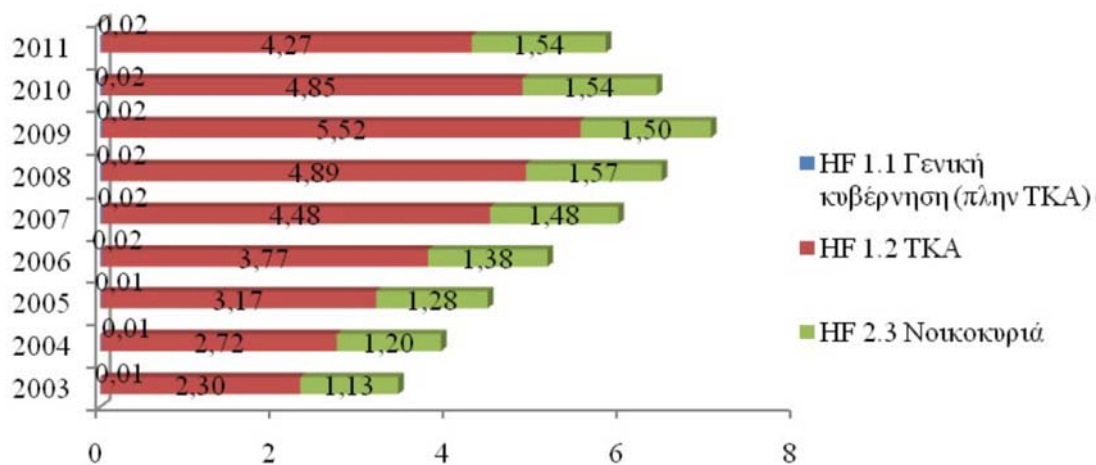
**Σχήμα 2.2: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης για τα νοσοκομεία κατά χρηματοδοτικό φορέα 2003-2011**



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή – Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2012

**Σχήμα 2.3: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης εμπόρων λιανικής-προϊόντων υγείας κατά χρηματοδοτικό φορέα 2003-2011**





Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή – Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2012

Ένα ακόμα παράδοξο σχετικά με τις ιδιωτικές πληρωμές στην χώρα μας, είναι ότι η θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι σχετικά χαμηλή γεγονός που προκαλεί ερωτηματικά σχετικά με τους λόγους που ωθούν τους χρήστες στην καταβολή πρόσθετων πληρωμών για τη λήψη υπηρεσιών τόσο από τον ιδιωτικό τομέα, όσο ακόμη και από τις δομές του Ε.Σ.Υ.<sup>57</sup>

## 2.2 ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ

Οι δαπάνες υγείας έχουν ως κύριο σκοπό τους την βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή του γενικού πληθυσμού ενός κράτους. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, επιχειρείται από τα κράτη η ανάλυση των οικονομικών δραστηριοτήτων που αφορούν τα κόστη των υπηρεσιών υγείας όπως επίσης και η μετρησιμότητα των αποτελεσμάτων που παράγονται από το σύστημα υγείας<sup>58</sup>. Γενικά, το ύψος και η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας φαίνεται να επηρεάζεται από το ισχύον σε κάθε χώρα σύστημα χρηματοδότησης.

Οι δαπάνες υγείας μπορούν σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών:

- **Ιατρικές Δαπάνες**, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών, έξοδα για διάφορες θεραπείες.

<sup>57</sup> *Ibid*

<sup>58</sup> Canadian Institute for Health Information, 2002.

- **Νοσοκομειακές Δαπάνες**, που αφορούν έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων.
- **Φαρμακευτικές Δαπάνες**, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά.

Το συνολικό ποσό δαπανών υγείας ενός κράτους διαμορφώνεται από το άθροισμα της ιδιωτικής και της δημόσιας κατανάλωσης καθώς και των δημοσίων και ιδιωτικών του επενδύσεων. Η δημόσια κατανάλωση αναφέρεται στα έξοδα του συστήματος υγείας που καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του κράτους ενώ η ιδιωτική κατανάλωση αφορά τα ίδια έξοδα και την συμμετοχή στο κόστος από την πλευρά των νοικοκυριών.<sup>59</sup>

Είναι γεγονός ότι από της αρχές της δεκαετίας του 1960 έως τις αρχές της δεκαετίας του 1970 υπήρξε μια ταχεία αύξηση των κοινωνικών δαπανών στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α προερχόμενη κυρίως από την πετρελαϊκή κρίση του 1974, η οποία σε συνδυασμό με την αυξανόμενη ανεργία, αποτέλεσαν τις βασικές αιτίες της κρίσης του κοινωνικού κράτους εκείνη την περίοδο.<sup>60</sup>

Ως αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής αρκετές χώρες βρεθήκαν αντιμέτωπες με χρηματοδοτικά ελλείμματα στα υγειονομικά τους συστήματα, τα οποία κλίθηκαν να καλύψουν εφαρμόζοντας διάφορα μετρά όπως τον περιορισμό των οικονομικών πόρων που διέθεταν σε άλλους τομείς της οικονομίας καθώς και την μετακύληση μέρους των συνολικών υγειονομικών δαπανών στην ιδιωτική δαπάνη.<sup>61</sup>

Η ανοδική τάση αυτή στις συνολικές δαπάνες υγείας των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών θα εξακολουθήσει να υπάρχει στις επόμενες δεκαετίες (1980-1990) όπως διαφαίνεται και στον πίνακα 2.3.

### **Πίνακας 2.3: Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ: 1970-2002**

<sup>59</sup> Σούλης, (1998), σελ. 204.

<sup>60</sup> Mossialos, Dixon, Figueras, Kutzin, (2002), σελ. 56.

<sup>61</sup> Σούλης, *op. cit.*, σελ. 89.

Χώρα	1970	1980	1990	1993	1998	2000	2001	2002
Αυστραλία	5,6 (1971)	7	7,8	8,2	8,6	9	9,1	
Αυστρία	5,3	7,6	7,1	7,9	7,7	7,7	7,6	7,7
Βέλγιο	4	6,4	7,4	8,1	8,6	8,8	9	9,1
Καναδάς	7	7,1	9	9,9	9,2	8,9	9,4	9,6
Τσεχία			5	7,2	7,1	7,1	7,3	7,4
Δανία	8 (1971)	9,1	8,5	8,8	8,4	8,4	8,6	8,8
Φιλανδία	5,6	6,4	7,8	8,3	6,9	6,7	7	7,3
Γαλλία	5,4	7,1	8,6	9,4	9,3	9,3	9,4	9,7
Γερμανία	6,2	8,7	8,5	9,9	10,6	10,6	10,8	10,9
Ελλάδα	6,1	6,6	7,4	8,8	9,4	9,7	9,4	9,5
Ουγγαρία				7,7	7,3	7,1	7,4	7,8
Ισλανδία	4,7	6,2	8	8,4	8,6	9,2	9,2	9,9
Ιρλανδία	5,1	8,4	6,1	7	6,2	6,4	6,9	7,3
Ιταλία			8	8,1	7,7	8,1	8,3	8,5
Ιαπωνία	4,5	6,5	5,9	6,5	7,2	7,6	7,8	
Λουξεμβούργο	3,6	5,9	6,1	6,2	5,8	5,5	5,9	6,2
Μεξικό			4,8	5,8	5,4	5,6	6	6,1
Ολλανδία	6,9 (1972)	7,5	8	8,6	8,1	8,2	8,5	9,1
Νέα Ζηλανδία	5,1	5,9	6,9	7,2	7,9	7,9	8	8,5
Νορβηγία	4,4	7	7,7	8	8,5	7,7	8,1	8,7
Πολωνία			4,9	5,9	6	5,7	6	6,1
Πορτογαλία	2,6	5,6	6,2	7,3	8,4	9,2	9,3	9,3
Σλοβακία					5,7	5,5	5,6	5,7
Ισπανία	3,6	5,4	6,7	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6
Σουηδία	6,9	9,1	8,4	8,6	8,3	8,4	9,2	9,2
Ελβετία	5,4	7,3	8,3	9,4	10,3	10,4	10,9	11,2
Τουρκία	2,4	3,3	3,6	3,7	4,8	6,6		
Ηνωμένο Βασίλειο	4,5	5,6	6	6,9	6,9	7,3	7,5	7,7
ΗΠΑ	6,9	8,7	11,9	13,3	13	13,1	13,9	14,6
<b>μ.ο ΟΟΣΑ</b>	<b>5,33</b>	<b>7,05</b>	<b>7,35</b>	<b>8,11</b>	<b>8,02</b>	<b>8,09</b>	<b>8,34</b>	<b>8,60</b>

Πηγή: OECD Health Data, 2004

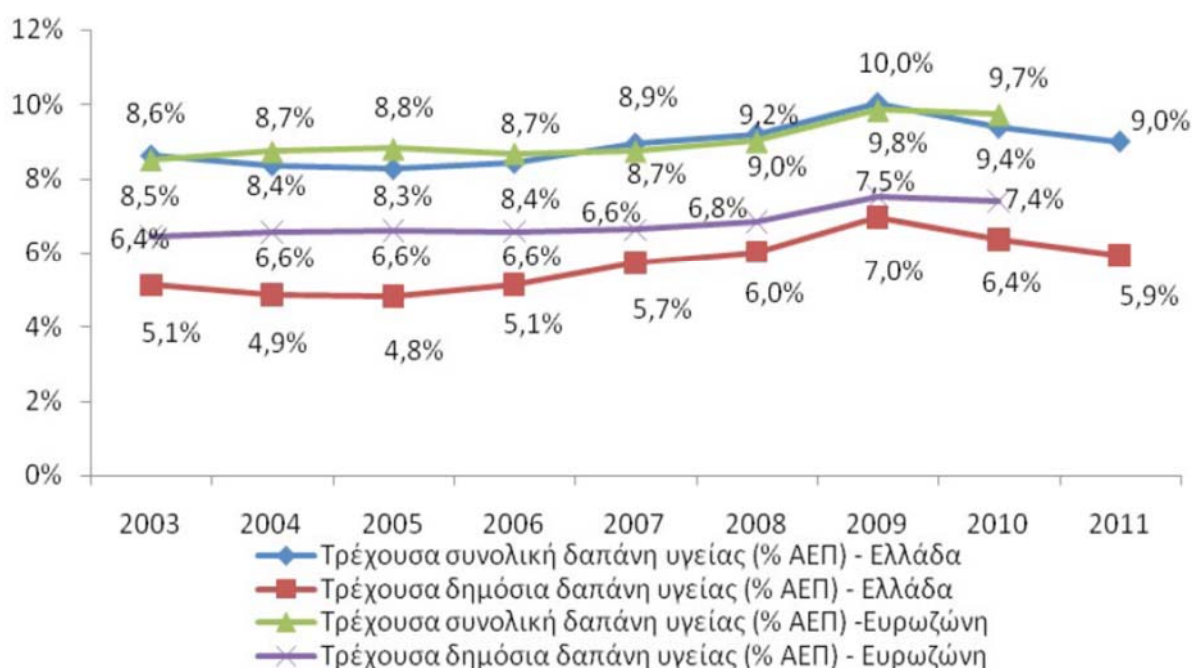
Σχετικά με την περίοδο 1998-2002 παρατηρείται δραματική αύξηση του ποσοστού του Α.Ε.Π που κατευθύνεται στον υγειονομικό τομέα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α, γεγονός που οφείλεται στην ταχεία εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, την γήρανση του πληθυσμού και τις ισχυρές κοινωνικές πιέσεις που προκύπτουν από τα μέτρα συγκράτησης του κόστους που είχαν εφαρμοστεί από πολλές χώρες τα προηγούμενα χρόνια.<sup>62</sup> Έτσι, οι παραπάνω παράγοντες σε συνδυασμό με τη χαμηλή οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε εκείνη την περίοδο στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α, εκτίναξαν τις υγειονομικές δαπάνες από το 8,02% του συνολικού Α.Ε.Π τους το 1998 σε 8,6% του Α.Ε.Π το 2002.

Τα τελευταία χρόνια, η δαπάνη υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π στην Ευρωζώνη παρέμεινε σχεδόν σταθερή μεταξύ 2003 και 2006 αφού υπήρξε μεταβολή μόλις της

<sup>62</sup> Towse, Sussex, (2000), σελ. 234.

τάξεως 0,1% (Σχήμα 2.4). Στα χρόνια της ύφεσης 2007-2009 και ειδικά την περίοδο 2008-2009, το ποσοστό της δαπάνης υγείας στην Ευρωζώνη αυξάνει σημαντικά φτάνοντας το 1,1%.<sup>63</sup> Ο λόγος, όπως φαίνεται και στην έκθεση του Ο.Ο.Σ.Α, αντανακλά την αντίδραση στην κρίση. Πράγματι, στις περισσότερες χώρες ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από αντικυκλική συμπεριφορά, με τις δαπάνες να αυξάνονται σε αντιστάθμισμα της ύφεσης.<sup>64</sup>

**Σχήμα 2.4: Εξέλιξη συνολικών και δημόσιων δαπανών για την υγεία στην Ευρωζώνη**



**Πηγή:** Ελληνική Στατιστική Αρχή- Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2012

## 2.2.1 ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην χώρα μας τα στοιχεία που αφορούν τις συνολικές δαπάνες υγείας παρουσιάζουν μια τελείως διαφορετική εικόνα στο διάστημα που περιλαμβάνει τα μέσα της δεκαετίας του 1990 μέχρι τα τέλη του 2000 και από την έλευση της οικονομικής κρίσης το 2010 έως και τις μέρες μας. Στην Ελλάδα η συνολική δαπάνη υγείας είχε

<sup>63</sup> Siskou, Liaropoulos, Souliotis, *op. cit.*, σελ. 56.

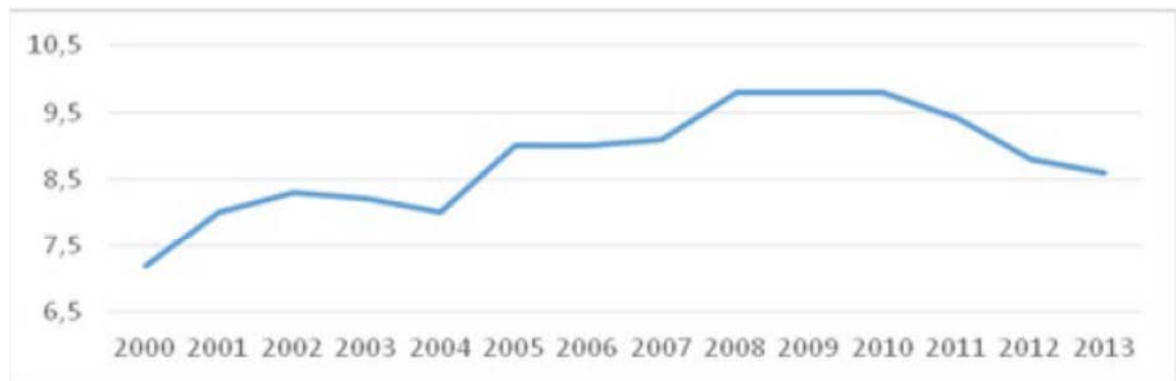
<sup>64</sup> *Ibid*

αυξηθεί σταδιακά από το 6,1 % του Α.Ε.Π το 1970 στο 6,6% το 1980, στο 7,4% το 1990 έως και τα μέσα του 2000 όπου σταθερά κυμαινόταν άνω του 9% του Α.Ε.Π.<sup>65</sup>

Κατά την περίοδο 1990-2000, η δαπάνη που αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη παρουσιάζει φθίνουσα πορεία, σε αντίθεση με την εξωνοσοκομειακή η οποία ακολουθεί σταθερά ανοδική πορεία. Το γεγονός αυτό μπορεί εν μέρει να αποδοθεί στο φαινόμενο της υποκατάστασης των υπηρεσιών καθώς τα τελευταία χρόνια περισσότεροι πολίτες προτιμούν και επιλέγουν ανοικτές, εναλλακτικές μορφές περίθαλψης και λιγότερο ιδρυματικές-νοσοκομειακές.<sup>66</sup>

Σύμφωνα με τα δεδομένα που έρχονται στο φως από το Σ.Λ.Υ<sup>67</sup> τα πράγματα είναι τελείως διαφορετικά από 2010 αφού ξεκινά μια πτωτική πορεία για τις συνολικές δαπάνες υγείας, με μείωση τόσο του Α.Ε.Π το 2011 κατά 22,6 δις ευρώ ή 9,8% και της συνολική δαπάνη υγείας κατά € 4,4 δις ή 18,9%. (Σχήμα 2.5). Το 2012 η μείωση των δαπανών υγείας ήταν πάνω από € 2 δις (1% του Α.Ε.Π), ενώ το 2013 το ποσοστό των δαπανών υγείας υπολογίζεται στο 8,65% του Α.Ε.Π, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (9,8%).<sup>68</sup>

#### Σχήμα 2.5: Συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (% ΑΕΠ) 2000-2013



Πηγή: ΟΟΣΑ & Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013

Το ίδιο έτος η δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π προσέγγισε το 5,5%, έναντι 7,8% στην Ε.Ε. και 8,0% στην Ευρωζώνη. Αντιστοίχως, η κατά κεφαλήν

<sup>65</sup> OECD Health Data, 2004.

<sup>66</sup> Κυριόπουλος, Σουλιώτης, (2002), σελ. 67.

<sup>67</sup> Εργαλείο μεθολογίας που υλοποιήθηκε από το Ε.Κ.Π.Α και παραδόθηκε στην Ελληνική Στατιστική Αρχή το 2012 και επιτρέπει τον ακριβή υπολογισμό της συνολικής, της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, καθώς και τη σύγκρισή τους με το ΑΕΠ.

<sup>68</sup> Τούντας, Βαρδαβάς, Γιαννοπούλου, Γώτη, Καστανιώτη, Μαυριδόγλου, Μεράκου, Μπαρμπούνη, Πολύζος, Σουλιώτης, Φίλιππίδης, *op. cit.*, σελ. 267.

δαπάνη έχει μειωθεί, σύμφωνα με τα στοιχεία της World Bank (Σχήμα 2.6) σε σταθερές τιμές, από περισσότερα από \$ 3.000 ανά κάτοικο το 2009 σε λιγότερα από \$ 2.400 το 2012 και \$ 2.500 το 2013, δηλαδή μια μείωση της τάξης του 17% περίπου.

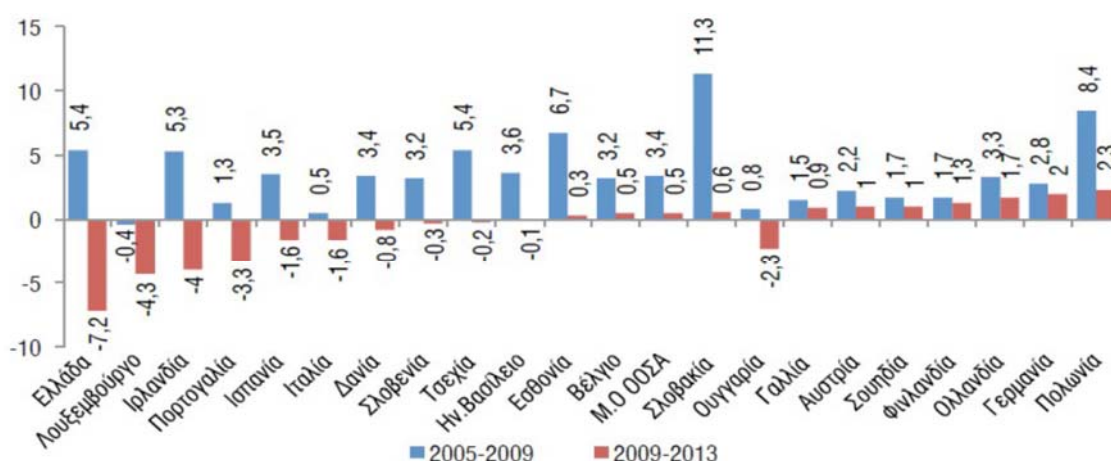
**Σχήμα 2.6: Εξέλιξη των δαπανών υγείας ανά κάτοικο (σε δολάρια, σε σταθερές τιμές 2006-2013)**



Πηγή: World Bank Database, 2013

Συγκεκριμένα, η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στη χώρα μας είναι αποτέλεσμα των μεταβολών της περιόδου 2009-2013 παρουσιάζοντας μείωση κατά 7,2%, τη μεγαλύτερη μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Σχήμα 2.7).

**Σχήμα 2.7: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ 2005-2013**



Πηγή: OECD, Health Statistics 2015

Σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Parity), στην Ελλάδα τόσο η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας όσο και η κατά κεφαλήν δημόσια

δαπάνη υγείας είναι χαμηλότερες σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ε.Ε. κατά 28% και 39,4% αντίστοιχα. Αντιθέτως, η κατά κεφαλήν ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζεται ιδιαίτερα αυξημένη, καταλαμβάνοντας, μάλιστα, την 3η θέση ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. και την 8η ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.<sup>69</sup>

### 2.2.1.1 ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τα τέλη του 1990 έως το 2005 το μεγαλύτερο ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας έφτανε το 55,9% αντιστοιχούσε στο νοσοκομειακό τομέα, γεγονός που πιθανότατα είχε να κάνει με την νοσοκομείο-κεντρική ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ.<sup>70</sup> Εν αντιθέσει, για την οδοντιατρική περίθαλψη διατέθηκε μόλις το 1,23% των δημοσίων υγειονομικών δαπανών με αποτέλεσμα την ανεπαρκή ποσοτικά και ποιοτικά παροχή οδοντιατρικών φροντίδων από τον δημόσιο τομέα.

Όσον αφορά τα αίτια της ραγδαίας αύξησης των υγειονομικών δαπανών αυτή φαίνεται να συνδέεται κύρια με τους εξής παράγοντες:

- Την αύξηση του υγειονομικού προσωπικού (απασχόληση).
- Την ανάπτυξη των υποδομών.
- Τις δημογραφικές αλλαγές.
- Την αύξηση του μέσου εισοδήματος.
- Την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας.
- Την ανεξέλεγκτη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας.<sup>71</sup>

Κατά το διάστημα 2005-2009 υπήρξε μια αύξηση της δημόσιας δαπάνης υγείας της τάξεως του 73% με ρυθμό σαφώς μεγαλύτερο από αυτής του Α.Ε.Π της που έφτανε το 19,7%. Την περίοδο αυτή συσσωρεύτηκαν τεράστια ελλείμματα στους προϋπολογισμούς του Ε.Σ.Υ αλλά και των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, με αποτέλεσμα να απαιτηθούν ριζικές παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος, οι οποίες βέβαια επιχειρήθηκαν αφού η χώρα απευθύνθηκε στον Μηχανισμό Στήριξης. Σε όλες τις κατηγορίες φροντίδας υγείας

---

<sup>69</sup> Siskou, Liaropoulos, Souliotis, *op. cit.*, σελ. 59.

<sup>70</sup> Ζηλίδης, (2005), σελ. 119.

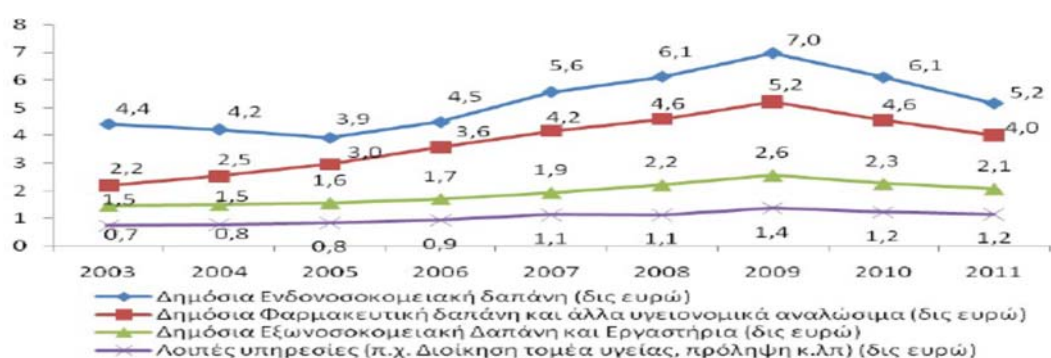
<sup>71</sup> Καϊτελίδου, (2007), σελ. 89.

παρατηρείται διπλασιασμός του σχετικού κόστους, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία εκείνη περίοδο παρουσιάζει αύξηση, η οποία υπερβαίνει το 80%.<sup>72</sup>

Από το 2010 η συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας, η αύξηση της ανεργίας και η μείωση της κατανάλωσης, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των πόρων και των συνεπαγόμενων προϋπολογισμών για την υγεία κατά 60% περίπου. Οι μειώσεις στις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας συνεχίστηκαν και στο διάστημα 2013-2015. Έτσι, σήμερα, το σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται, αφού βρίσκεται σε οριακά επίπεδα λειτουργίας, ενώ έχουν καταγραφεί και σημαντικά προβλήματα πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας αλλά και επιβάρυνσης των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων.

Βάσει των στοιχείων του Ο.Ο.Σ.Α (Σχήμα 2.8) γίνεται φανερό η ταχεία αύξηση της δημόσιας δαπάνης υγείας μεταξύ 2005 και 2009. Η δημόσια νοσοκομειακή δαπάνη αυξάνεται κατά 79% από € 3,9 δις σε € 7 δις, σε μόλις τέσσερα χρόνια. Μεταξύ 2008 και 2009, αυξάνεται η δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη κατά € 900 εκατ. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αντίστοιχα, αυξήθηκε από € 3,6 δις το 2006 σε € 5,2 δις το 2009, δηλαδή κατά 44%, προσθέτοντας € 400-600 εκατ. ετησίως. Η πτώση και των δύο μεγεθών μετά το 2009 είναι εμφανής, ενώ προβληματίζει και η πτώση της εξωνοσοκομειακής δαπάνης κατά € 500 ευρώ από το 2009 έως το 2011.<sup>73</sup>

**Σχήμα 2.8: Δημόσια ενδονοσοκομειακή, Δημόσια φαρμακευτική, Δημόσια εξωνοσοκομειακή δαπάνη και Δημόσια δαπάνη για λοιπές υπηρεσίες σε δις ευρώ 2003-2011**



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος 2012 και Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012

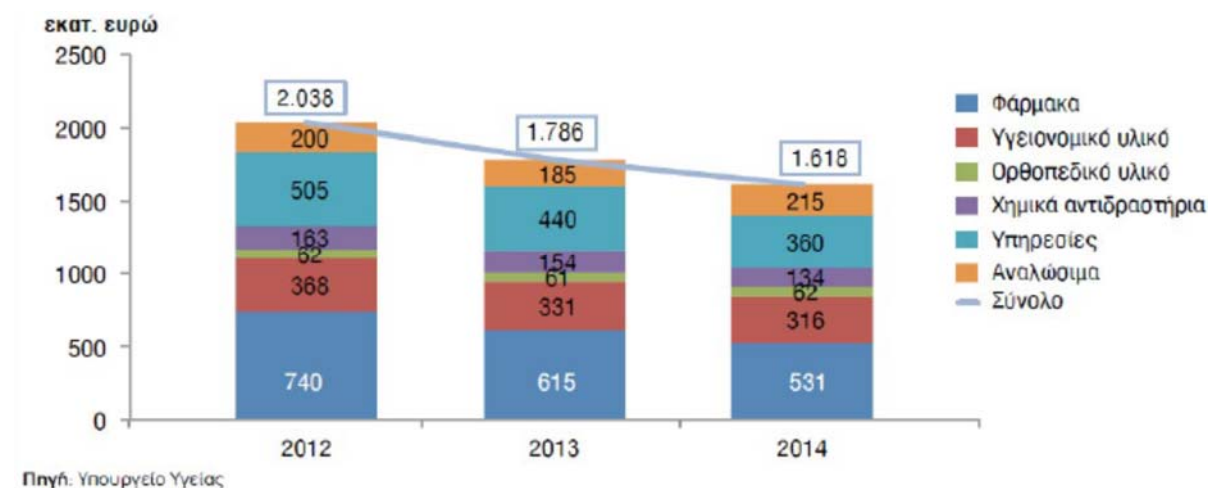
<sup>72</sup> Τούντας, Βαρδαβάς, Γιαννοπούλου, Γώτη, Καστανιώτη, Μαυριδόγλου, Μεράκου, Μπαρμπούνη, Πολύζος, Σουλιώτης, Φιλιππίδης, *op. cit.*, σελ. 268.

<sup>73</sup> *Ibid*



Στη νοσοκομειακή δαπάνη, για την περίοδο 2012-2014 οι δαπάνες που αφορούν τις υπηρεσίες και τα φάρμακα παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση (κατά 28%), ακολουθούμενη από τις δαπάνες για τα χημικά αντιδραστήρια (-18%) και τις δαπάνες για υγειονομικό υλικό (-14%), (Σχήμα 2.9).<sup>74</sup>

**Σχήμα 2.9: Ανάλυση δαπανών νοσοκομείων Ε.Σ.Υ (σε εκατ. ευρώ) 2012-2014**



Η δαπάνη για διαγνωστικές εξετάσεις, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, ανήλθε το 2014 στα € 602 εκατ. ενώ το α' εξάμηνο του 2015 μειώθηκε κατά € 45,5 εκατ. ποσό που αντιστοιχεί σε μείωση κατά 14,53%.

Τέλος μεγάλο μέρος της μείωσης των δημοσίων δαπανών αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη, την οποία επωμίζονται όλο και περισσότερο τα νοικοκυριά, όπου περιορίστηκε κατά 54,2% και διαμορφώθηκε σε περίπου € 2,6 δις το 2014, καθώς και τη δαπάνη για υπηρεσίες περίθαλψης (νοσοκομεία, ιατρούς και αποκατάσταση), η οποία περιορίστηκε κατά 40,9%.<sup>75</sup>

### 2.2.1.2 ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Ελλάδα η πορεία συμμετοχής των νοικοκυριών στις δαπάνες υγείας διαχρονικά τείνει να είναι αυξανόμενη, ενώ ταυτόχρονα καταγράφεται πολύ μικρός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από το υγειονομικό σύστημα. Το γεγονός αυτό σχετίζεται με τη διατήρηση υψηλών ιδιωτικών δαπανών υγείας οι οποίες ως κάποιο

<sup>74</sup> *Ibid*

<sup>75</sup> *Ibid*

βαθμό αντανακλούν τις προσπάθειες των πολιτών για αναζήτηση ποιοτικότερων υπηρεσιών.

Έτσι η δυσαρέσκεια των πολιτών από το δημόσιο υγειονομικό σύστημα σε συνδυασμό με τη ραγδαία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα συμβάλουν στη διατήρηση των υγειονομικών δαπανών των νοικοκυριών σε αξιοσημείωτα υψηλά επίπεδα στη χώρα. Οι κύριες αιτίες που σχετίζονται με το μικρό βαθμό ικανοποίησης των πολιτών έχουν να κάνουν κυρίως με τους εξής παράγοντες :

- Τον ιατρικό πληθωρισμό, ο οποίος με τη σειρά του δημιουργεί φαινόμενα προκλητής ζήτησης για ιατρικές, φαρμακευτικές και διαγνωστικές υπηρεσίες.
- Τη μη αποδοτική κατανομή ιατρικού προσωπικού στις υγειονομικές περιφέρειες.
- Την έλλειψη νοσηλευτών.
- Την ανεπαρκή ανάπτυξη των δημοσίων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Τη γενική χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο σύστημα υγείας.<sup>76</sup>

Μελετώντας, τις υγειονομικές δαπάνες των νοικοκυριών κατά την περίοδο 2000-2003 ανά τομέα περίθαλψης προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών κατευθύνεται σε εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, γεγονός που σχετίζεται με την ανεπαρκή ανάπτυξη των δημοσίων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι μόνο ο αγροτικός και ημιαστικός πληθυσμός δηλ. το 33% του πληθυσμού της χώρας που δαπανά περίπου € 564,5 εκατ. ετησίως για ιδιωτικές πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (ιατρική και οδοντιατρική).<sup>77</sup>

Εν αντιθέσει, την ίδια περίοδο, η νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφά σταθερά ποσοστό μικρότερο του 15% των συνολικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών πιθανότατα λόγω της ανάπτυξης κατά τις προηγούμενες δεκαετίες του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα μέσω του Ε.Σ.Υ.

Στα χρόνια της κρίσης, η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας περιορίστηκε σε ονομαστικούς όρους κατά 13,3% την περίοδο 2010-2014, αντανακλώντας μεταξύ άλλων τα μειωμένα εισοδήματα των νοικοκυριών, και για το έτος 2014 διαμορφώθηκε σε € 5,7 δις.

---

<sup>76</sup> Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, *op. cit.*, σελ. 84-85.

<sup>77</sup> Siskou, Liaropoulos, Souliotis, *op. cit.*, σελ.179.

Οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 2014 το 7,2% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών έναντι 6,5% το 2009. Αν και ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2014 παρουσίασε μείωση κατά 21% σε απόλυτα μεγέθη σε σχέση με το 2009 (€ 105,8 έναντι € 134,4 το 2009), το ποσοστό των δαπανών αυτών είναι υψηλότερο από το 2009, αντανακλώντας τη μειωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών και την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη του φαρμάκου.

Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας αυξήθηκε από 29,7% στην αρχή της κρίσης σε 39% το 2014. Συγκεκριμένα η ιδιωτική δαπάνη για φαρμακευτική περίθαλψη παρουσίασε αύξηση κατά περίπου 22,9% προσεγγίζοντας το € 1,9 δις, ενώ από πρόσφατη έρευνα της Ε.Λ.Σ.Τ.Α.Τ, προκύπτει αύξηση κατά 10,6% στο ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που κατανάλωσε φάρμακα, βότανα ή βιταμίνες χωρίς συνταγή γιατρού σε σχέση με το 2009 (από 24,6% το 2009 σε 27,2% το 2014).<sup>78</sup>

Κατά τη περίοδο της ύφεσης το βάρος των δαπανών των νοικοκυριών στις δαπάνες υγείας μετατοπίστηκε, (**Σχήμα 2.10, Παράρτημα**) κυρίως για τη κάλυψη της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, από τα € 105,8 της μηνιαίας δαπάνης υγείας ανά νοικοκυριό το 33,3% αφορά φαρμακευτική περίθαλψη και το 29,3% κάλυψη νοσοκομειακών αναγκών, έναντι οδοντιατρικών (15%) ή άλλων ιατρικών υπηρεσιών (10,8%) που κατείχαν μεγαλύτερο μερίδιο το 2009.<sup>79</sup>

Μία ακόμη έρευνα, αυτή της Hellas Health IV που πραγματοποίησε το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής το 2011, διαπίστωσε ότι το 65% του πληθυσμού ανέφερε ότι έχει πληρώσει κάποιο χρηματικό ποσό από το εισόδημα του για να λάβει υπηρεσίες υγείας. Το ποσό που συνήθως κατέβαλαν για επίσκεψη σε ιατρό είναι έως € 100, ενώ μόλις το 7% δήλωσε ότι δεν πλήρωσε τίποτα. Αντίθετα, για οδοντίατρος το 43% δήλωσε ότι δεν πλήρωσε κάποιο ποσό, ενώ το 25% πλήρωσε έως € 100. Αντίστοιχα για τις διαγνωστικές εξετάσεις το 27% δηλώνει ότι δεν πληρώνει κάποιο ποσό, ενώ το 28% ότι πληρώνει έως € 50.<sup>80</sup>

Επιπροσθέτως, μεγάλες διαφορές παρουσιάζουν οι δαπάνες για ιατρικές ανάγκες ως ποσοστό του μέσου ετήσιου εισοδήματος, με το ποσοστό στη χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία (3,6%), η οποία βρίσκεται κάτω από το όριο της φτώχειας, να

---

<sup>78</sup> Τούντας, Βαρδαβάς, Γιαννοπούλου, Γώτη, Καστανιώτη, Μαυριδόγλου, Μεράκου, Μπαρμπούνη, Πολύζος, Σουλιώτης, Φίλιππίδης, *op. cit.*, σελ. 269.

<sup>79</sup> *Ibid*

<sup>80</sup> *Ibid*

είναι πενταπλάσιο του ποσοστού της υψηλότερης (0,7%). Για όσους το ενδιαμέσο εισόδημα είναι κάτω από το όριο της φτώχειας, το ποσοστό αυτό σχεδόν διπλασιάζεται φτάνοντας περίπου το 6%.<sup>81</sup>

## 2.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρότι ο ιδρυτικός νόμος λειτουργίας του Ε.Σ.Υ μπορεί να θεωρηθεί ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, εντούτοις παρουσιάζει ελλείψεις τόσο στην διοίκηση και την οργάνωση του όσο και στην διαχείριση των οικονομικών του πόρων. Τα βασικά του προβλήματα αφορούν : α) την αδυναμία να αφομοιώσει και να αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών αλλά και τα κριτικά συμπεράσματα του Π.Ο.Υ πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας, β) τη μη πρόβλεψη ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα οδηγούσε σε περιορισμό του κόστους και γ) στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων.<sup>82</sup>

Οι παθογένειες αυτές υπήρχαν από την αρχή της λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και προκύπτουν όχι μονό από την νοοτροπία των εμπλεκόμενων μερών, άλλα και από το θεσμικό πλαίσιο της ίδιας της λειτουργίας του. Μερικά από τα κυριότερα προβλήματα του Ε.Σ.Υ, για τα οποία γίνεται προσπάθεια να εξαλειφθούν μέσω των διαρθρωτικών αλλαγών που επιφέρει το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής (Μνημόνιο Ι,ΙΙ) είναι:

1. **Έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού διάρκειας:** Η απουσία εθνικής πολιτικής και συγκεκριμένων εθνικών στόχων για την υγεία αποτελεί μια θεμελιώδη αδυναμία του συστήματος με πολύ καθοριστικές συνέπειες για τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας αφού ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας οφείλει να λαμβάνει υπ' όψη και να προσανατολίζει τις δράσεις του σε όλους τους περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία στη σύγχρονη κοινωνία.. Η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού για την υγεία στερεί από το σύστημα Δημόσιας Υγείας τη δυναμική, τους στόχους και τους πόρους για την ανάπτυξή του.

---

<sup>81</sup> Siskou, Liaropoulos, Souliotis, *op. cit.*, σελ. 198.

<sup>82</sup> *Ibid*

- 2. Κακή διαχείριση των οικονομικών πόρων:** Οι πόροι απορροφώνται κυρίως από το κοστοβόρο νοσοκομειακό σύστημα, κάτω από την κοινωνική πίεση που η λειτουργία του δημιουργεί. Η διασφάλιση των αναγκαίων οικονομικών και άλλων πόρων είναι ευθύνη της κεντρικής διοίκησης και συνδέεται με την εθνική πολιτική και τους εθνικούς στόχους για την υγεία. Ο προϋπολογισμός και γενικότερα οι πόροι για τη δημόσια Υγεία είναι τόσο περιορισμένοι, ώστε η ανεπάρκεια τους θέτει σε αμφιβολία τη δυνατότητα υλοποίησης της αποστολής τους.
- 3. Χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης:** Οι πολλαπλοί φορείς παροχής υπηρεσιών συνθέτουν ένα πολύπλοκο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο οποίο συνυπάρχουν όλες οι μορφές οργάνωσης, διανομής και χρηματοδότησης, οδηγώντας την πρωτοβάθμια φροντίδα στον πολυκερματισμό, ο οποίος ενισχύεται από την απουσία πλαισίου κανόνων και διακρινόμενων πεδίων υπευθυνότητας. Κατά συνέπεια υπάρχει αποδυνάμωση των δυνατοτήτων ανάπτυξης μηχανισμών συντονισμού και έλεγχου της Π.Φ.Υ, η οποία παραμένει αναποτελεσματική στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών και στην αποδοτική αξιοποίηση των διατιθεμένων πόρων.
- 4. Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης:** Η απουσία σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων management (πληροφοριακά συστήματα διοίκησης, συστήματα αξιολόγησης και ελέγχου κ.λπ.), σε συνδυασμό με το πλήθος των εμπλεκόμενων φορέων, καθιστά δύσκολη και σε ορισμένες περιπτώσεις αδύνατη την επιτυχή διαχείριση και διοίκηση των διαφόρων υπηρεσιών, προγραμμάτων και δραστηριοτήτων Δημόσιας Υγείας. Αυτό δυσχεραίνει τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν και μειώνει την αποτελεσματικότητα του συστήματος.
- 5. Ανεπάρκεια προσωπικού:** Η ανεπάρκεια του προσωπικού αφορά τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά κριτήρια και αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αδυναμίες του συστήματος, με καταλυτικές συνέπειες στη λειτουργία του. Στην Ελλάδα παρατηρείται το φαινόμενο του πληθωρισμού γιατρών όπου η αναλογία γιατρών ανά κάτοικο είναι πολύ μεγάλη, όταν χώρες με πολύ μεγαλύτερους πληθυσμούς έχουν πολύ μικρότερη αναλογία. Το γεγονός αυτό κατατάσσει την χώρα στην πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α με μεγάλο αριθμό ιατρών, τονίζοντας τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος υγείας της χώρας. Επίσης η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα από τις

χώρες του Ο.Ο.Σ.Α που ο αριθμός των γιατρών είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό των νοσηλευτών. Τέλος, προβλήματα παρατηρούνται και στη γεωγραφική κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όπου το μεγαλύτερο μέρος βρίσκεται στην περιοχή Αττικής με αποτέλεσμα να υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις στην επαρχία.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> Λιαρόπουλος, *op. cit.*, σελ. 205.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΘΟΡΑΣ

Η διαφθορά, σύμφωνα με έναν ευρύ ορισμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης ορίζεται ως: *η κατάχρηση εξουσίας για ιδιωτικό όφελος*. Με τη στενή έννοια του όρου ως διαφθορά ορίζεται η κατάχρηση εξουσίας από δημόσιους ή ιδιωτικούς ανώτερους υπαλλήλους. Η κατάχρηση έγκειται στην παράνομη, συνήθως μυστική, απόκτηση ιδιωτικής περιουσίας ή αποκόμιση κάποιου άλλου ιδιωτικού οφέλους.<sup>84</sup>

Η σύνδεση μεταξύ της διαφθοράς, φοροδιαφυγής και παραοικονομίας είναι άμεση και προφανής. αφού πολλές δραστηριότητες που εμπίπτουν στο χώρο της φοροδιαφυγής και της παραοικονομίας είναι αυθύπαρκτες, ενώ κάποιες άλλες προϋποθέτουν τη συνεργασία ή την ανοχή στελεχών του ελεγκτικού και γενικότερα του διοικητικού μηχανισμού.

Κοινό χαρακτηριστικό αυτών των περιπτώσεων είναι η μείωση των εσόδων του Δημοσίου, η οποία όμως δε συνοδεύεται από ισόποση μείωση της συνολικής επιβάρυνσης, και η οποία καταλήγει αντί για το Δημόσιο στα χέρια στελεχών του φοροελεγκτικού και φοροεισπρακτικού μηχανισμού.<sup>85</sup> Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η συνολική φορολογική επιβάρυνση των φορολογουμένων, αφού οι φορολογικές τους εισφορές δεν συνάδουν με τα έσοδα που εισπράττει ο κρατικός προϋπολογισμός. Οι σημαντικότερες μορφές διαφθοράς περιλαμβάνουν:

➤ Τη δωροδοκία

Ανταμοιβή σε μετρητά ή άλλου είδους υλικές απολαβές που προσφέρονται σε παράγοντα ή υπάλληλο για να προβεί σε στρεβλή καταχρηστική κρίση ή φαύλη συμπεριφορά.

➤ Τον εκβιασμό

Απαιτητική ή αναγκαστική είσπραξη χρημάτων ή πραγμάτων αξίας, παράνομα, για να παρασχεθεί μια υπηρεσία (νόμιμη) ή να αποφευχθεί μια ποινική ρήτρα.

---

<sup>84</sup> Τσουδερού, (1998), σελ.15-17.

<sup>85</sup> *Ibid*



- Το νεποτισμό  
Ευνοϊκή μεταχείριση που απολαμβάνουν συγγενείς ή στενοί φίλοι από υψηλόβαθμα στελέχη του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα
- Την απάτη  
Εγκληματική εκτροπή εξαπάτησης ή ψεύτικη αντιπροσώπευση για την απόκτηση ενός άδικου πλεονεκτήματος.
- Την κατάχρηση  
παράνομη εκτροπή αγαθών για ίδια χρήση
- Την υπεξαίρεση χρημάτων  
Ιδιοποίηση ξένου (ολικώς ή εν μέρει) χρηματικού ποσού που περιήλθε στην κατοχή του δράστη με οποιονδήποτε τρόπο.<sup>86</sup>

Είναι γεγονός ότι εν όψει των σημερινών οικονομικών προκλήσεων τόσο στην Ευρώπη όσο και διεθνώς, απαιτούνται ισχυρότερες εγγυήσεις για την ακεραιότητα και τη διαφάνεια των δημοσίων δαπανών. Οι πολίτες αναμένουν από την Ε.Ε να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην παροχή βοήθειας προς τα κράτη μέλη για την προστασία της νόμιμης οικονομίας από το οργανωμένο έγκλημα, την οικονομική και φορολογική απάτη, τη νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες και τη διαφθορά, ιδίως σε περιόδους οικονομικής κρίσης και δημοσιονομικής λιτότητας.

Βάσει μελετών μόνο οι δραστηριότητες που συνδέονται με τη διαφθορά στην Ευρώπη εκτιμάται ότι κοστίζουν στην οικονομία της Ε.Ε € 120 δις ετησίως, ποσό ελάχιστα μικρότερο από τον ετήσιο προϋπολογισμό της ενώ οι τομείς των κατασκευών, της ενέργειας, των μεταφορών, της άμυνας και της υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται να είναι οι πιο ευάλωτοι όσον αφορά τη διαφθορά στον δημόσιο και ιδιωτικό κλάδο.<sup>87</sup>

### **3.1.1 Η ΔΙΑΦΘΟΡΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Στον τομέα της υγείας η διαφθορά σχετίζεται με την κατάχρηση εξουσίας στην οποία μπορούν να προβούν τόσο οι εμπλεκόμενοι σε υπηρεσίες διαχείρισης χρημάτων και προμηθειών (ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, υλικών, υπηρεσιών κ.α.) όσο και οι

---

<sup>86</sup> *Ibid*

<sup>87</sup> European Commission, (2013), σελ.26.

εμπλεκόμενοι πάροχοι υγείας προκειμένου να προσποριστούν παράνομο ίδιο όφελος<sup>88</sup>.

Με την ευρεία αυτή έννοια σε αυτούς περιλαμβάνονται:

- Οι διοικήσεις, οι υπηρετούντες υπάλληλοι και οι ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία.
- Όλοι οι ιατροί που συνταγογραφούν συνταγές και παραπεμπτικά.
- Οι εκτελούντες συνταγές φαρμακοποιοί.
- Τα διαγνωστικά εργαστήρια και τα φυσιοθεραπευτήρια που εκτελούν παραπεμπτικά.
- Οι ιδιωτικές κλινικές.
- Τα κέντρα αποκατάστασης.
- Τα δημόσια νοσοκομεία σε σχέση τόσο με την παροχή υγείας σε ασθενείς όσο και τις χρεώσεις νοσηλίων στους ασφαλιστικούς φορείς.
- Οι πάσης φύσεως προμηθευτές και όλοι όσοι παρέχουν θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (πρόσθετα είδη παροδικής χρήσης, όπως ορθοπεδικά είδη, γυαλιά, ακουστικά, συσκευές υψηλού κόστους C-PAP, B-PAP, διαλύματα ειδικής διατροφής, αναλώσιμα διαβητικών, αιμοκαθαρόμενων, κολοστομίες κ.α.).

Η διαφθορά στον ιατρικό τομέα έχει επιπτώσεις τόσο στην οικονομική επιβάρυνση των ταμείων υγείας και του κράτους όσο και στην ποιότητα των προσφερομένων ιατρικών υπηρεσιών και επομένως στην υγεία του πληθυσμού. Στη χώρα μας αντιπροσωπεύει το 10 % του Α.Ε.Π και αφορά κυρίως τις άτυπες πληρωμές και τις προμήθειες εξοπλισμού και φαρμάκων.<sup>89</sup>

Οι όροι οικονομικής προσαρμογής των Μνημονίων Ι,ΙΙ αναφέρουν ρητά την εφαρμογή των μηχανισμών για την αντιμετώπιση της διαφθοράς στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα μέτρα αυτά εστιάζονται κυρίως στη σύσταση Παρατηρητηρίου Τιμών Προμηθειών Υγείας, στην εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και την κεντρική οργάνωση των προμηθειών υγείας. Η έκταση της διαφθοράς στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί στοχευμένη στρατηγική για την αντιμετώπιση των ειδικών προκλήσεων στον τομέα αυτό. Οι ελληνικές αρχές, με

---

<sup>88</sup> Παπαθεοδώρου, Μωυσίδου, (2011), σελ. 45-47.

<sup>89</sup> *Ibid*

τη στήριξη της ομάδας δράσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, βρίσκονται κοντά στην ολοκλήρωση μιας τέτοιας στρατηγικής.<sup>90</sup>

### 3.2 Η ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Η έννοια της παραοικονομίας χρησιμοποιείται εναλλακτικά και κατά περίπτωση για να χαρακτηρίσει μία σειρά οικονομικών δραστηριοτήτων που διαφεύγουν την επίσημη καταμέτρηση και συνιστούν φοροδιαφυγή.<sup>91</sup> Στο πλαίσιο αυτό, με τους εναλλακτικούς όρους *παραοικονομία ή υπόγεια οικονομία (Underground economy)* ή *μαύρη οικονομία (Black economy)*, θεωρείται το σύνολο των οικονομικών δραστηριοτήτων οι οποίες ενώ δημιουργούν προστιθέμενη αξία και θα έπρεπε να συνεκτιμώνται στον υπολογισμό του Α.Ε.Π - βάσει της θεωρίας και της πρακτικής του εθνολογιστικού συστήματος - εντούτοις δεν καθίσταται δυνατό να καταγραφούν και να μετρηθούν από τους επίσημους στατιστικούς μηχανισμούς.<sup>92</sup> Το μέγεθος της παραοικονομίας δίνεται από το άθροισμα των αποκρυπτόμενων εισοδημάτων τα οποία διαφεύγουν της φορολογίας.<sup>93</sup>

Βασικές συνέπειες της παραοικονομίας είναι η αναποτελεσματική κατανομή των παραγωγικών πόρων όπως επίσης και η απαξίωση των κοινωνικών προτύπων και των θεσμών. Κατ' επέκταση οι συνέπειες της παραοικονομίας επηρεάζουν πολλούς τομείς της οικονομικής δραστηριότητας ενός κράτους αφού επιδρούν στην αξιοπιστία των επίσημων στατιστικών στοιχείων στα όποια βασίζεται ο σχεδιασμός της οικονομικής πολιτικής του. Παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την ανάπτυξη της παραοικονομίας είναι:

- Το μέγεθος της φορολογικής επιβάρυνσης των πολιτών.
- Το μέγεθος της ανεργίας.
- Οι θεσμικοί περιορισμοί και έλεγχοι.
- Το μέγεθος της κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης.
- Ο βαθμός οικονομικής ανάπτυξης.
- Ο ρόλος του κράτους και ο βαθμός αποδοχής της κρατικής εξουσίας.

---

<sup>90</sup> *Ibid*

<sup>91</sup> Κυριόπουλος, Καραλής, Οικονόμου, (1999), σελ 36.

<sup>92</sup> Βαβούρας, Μανωλάς, (2004), σελ.12-13

<sup>93</sup> *Ibid*

- Η ανασφάλιστη εργασία.

Στο μεγαλύτερο μέρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α μετά τα τέλη της δεκαετίας του 1990 παρατηρείται μείωση του επιπέδου της παραοικονομίας, η οποία είναι πολύ πιθανό να οφείλεται αντίστοιχα στη μείωση των φόρων που επέβαλλαν ορισμένες χώρες ως το 2007( Πίνακας 3.1). Από το τέλος του 2007 και μετά υπάρχει μια αυξητική τάση στα επίπεδα παραοικονομίας η οποία εμφανίζεται κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης και της παρατεταμένης ύφεσης στις περισσότερες οικονομίες των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.

**Πίνακας 3.1: Μέγεθος παραοικονομίας σε 21 χώρες του Ο.Ο.Σ.Α 1989-2012**

OECD countries	Shadow economy (in % of official GDP)					2003	2005	2007	2009	2011	2012
	Average	Average	Average	Average	Average						
	1989/90	1994/95	1997/98	1999	2001						
1. Australia	10.1	13.5	14.0	14.4	14.3	13.9	13.7	13.5	n/a	n/a	n/a
2. Austria	6.9	8.6	9.0	10.0	9.7	9.8	9.8	9.5	8.5	8.0	7.6
3. Belgium	19.3	21.5	22.5	22.7	22.1	22.0	21.8	21.3	17.8	17.1	16.8
4. Canada	12.8	14.8	16.2	16.3	15.9	15.7	15.5	15.3	n/a	n/a	n/a
5. Denmark	10.8	17.8	18.3	18.4	18.0	18.0	17.6	16.9	14.3	13.8	13.4
6. Finland	13.4	18.2	18.9	18.4	17.9	17.7	17.4	17.0	14.2	13.7	13.3
7. France	9.0	14.5	14.9	15.7	15.0	15.0	14.8	14.7	11.6	11.0	10.8
8. Germany	11.8	13.5	14.9	16.4	15.9	16.3	16.0	15.3	14.6	13.7	13.3
9. Greece	22.6	28.6	29.0	28.5	28.2	27.4	26.9	26.5	25.0	24.3	24.0
10. Ireland	11.0	15.4	16.2	16.1	15.9	16.0	15.6	15.4	13.1	12.8	12.7
11. Italy	22.8	26.0	27.1	27.8	26.7	27.0	27.1	26.8	22.0	21.2	21.6
12. Japan	8.8	10.6	11.1	11.4	11.2	11.2	10.7	10.3	n/a	n/a	n/a
13. Netherlands	11.9	13.7	13.5	13.3	13.1	13.3	13.2	13.0	10.2	9.8	9.5
14. New Zealand	9.2	11.3	11.9	13.0	12.6	12.2	12.1	12.0	n/a	n/a	n/a
15. Norway	14.8	18.2	19.6	19.2	19.0	19.0	18.5	18.0	n/a	n/a	n/a
16. Portugal	15.9	22.1	23.1	23.0	22.6	23.0	23.3	23.0	19.5	19.4	19.4
17. Spain	16.1	22.4	23.1	23.0	22.4	22.4	22.4	22.2	19.5	19.2	19.2
18. Sweden	15.8	19.5	19.9	19.6	19.1	18.7	18.6	17.9	15.4	14.7	14.3
19. Switzerland	6.7	7.8	8.1	8.8	8.6	8.8	8.5	8.1	n/a	n/a	n/a
20. UK	9.6	12.5	13.0	12.8	12.6	12.5	12.4	12.2	10.9	11.0	10.3
21. USA	6.7	8.8	8.9	8.8	8.8	8.7	8.5	8.4	n/a	n/a	n/a
Unweighted average for 21 OECD countries	12.67	16.16	16.82	17.03	16.65	16.6	16.4	16.06	n/a	n/a	n/a

Πηγή: Institute of Economic Affairs of Great Britain, 2013

Όσον αφορά τη χώρα μας, η παραοικονομία αν και ιδιαίτερα εκτεταμένη άρχισε να απασχολεί τους φορείς της οικονομικής πολιτικής εντονότερα, όταν ο περιορισμός

των δημόσιων ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους άρχισαν να αποτελούν βασικούς σκοπούς της οικονομικής πολιτικής των κυβερνήσεων

Τα τελευταία χρόνια, αν και υπάρχουν ποσοστά βελτίωσης σε σύγκριση με το παρελθόν, κρατάει σταθερά την πρώτη θέση σε επίπεδο παραοικονομίας δραστηριότητας ανάμεσα στα 21 κράτη - μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. Ειδικά για το 2012 το ύψος της παραοικονομίας στη χώρα μας υπολογίζεται σε € 45 δις, δηλαδή ποσό ίσο με το 25% του Α.Ε.Π της.<sup>94</sup>

### 3.2.1 Η ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η παραοικονομία στο χώρο της υγείας σχετίζεται άμεσα με την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας το οποίο παρεμποδίζει να κατανείμει δίκαια τους πόρους του, έτσι ώστε τόσο η οικονομική επιβάρυνση των πολιτών όσο και η πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας να γίνονται ισότιμα.

Για παράδειγμα, στην Ελλάδα η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος, από τον κρατικό προϋπολογισμό κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης ολοένα και μειώνεται αφού χαρακτηριστικά για το έτος 2012 αποτελεί μόλις το 29,1% του συνόλου των δαπανών υγείας και από την κοινωνική ασφάλιση το 31,2%, με αποτέλεσμα την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών.<sup>95</sup>

Αντίστοιχα για το ίδιο έτος, οι άμεσες πληρωμές από τους πολίτες που αποτελούν μέρος των ιδιωτικών δαπανών, αντιστοιχούν στο 37,9 % επί των συνολικών δαπανών για την υγεία, προκαλώντας έτσι αμφισβήτηση για το δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος υγείας.

Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών από την άλλη ευνοεί την ανάπτυξη της διαφθοράς στην υγεία αφού αυτές αποτελούν βασική συνιστώσα των παραοικονομιών δραστηριοτήτων, επιφέροντας σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες τόσο για το κράτος όσο και για τούς πολίτες.

Βασικοί παράγοντες που ευνοούν παγκοσμίως την ανάπτυξη της παραοικονομίας στην υγεία είναι:

---

<sup>94</sup> European Commission, *op. cit.*, σελ. 59.

<sup>95</sup> *Ibid*

- Η διόγκωση της προσφοράς, με την επέκταση του συστήματος υγείας και ιδιαίτερα με την αύξηση του αριθμού των γιατρών.
- Η ιδιομορφία της αγοράς υπηρεσιών υγείας και οι μηχανισμοί της προκλητής ζήτησης.
- Η υπερβάλλουσα ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η οποία οφείλεται τόσο σε δημογραφικούς, επιδημιολογικούς και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες όσο και στην προκλητή ζήτηση για την οποία υπεύθυνο είναι το ιατρικό σώμα.
- Η απουσία ορθολογικού μηχανισμού και πολιτικής τιμών στις υπηρεσίες υγείας.
- Η απλότητα και η αμεσότητα της ανταλλαγής ανάμεσα στο χρήστη και στον προμηθευτή.
- Τα κοινωνικό-πολιτιστικά πρότυπα και το επίπεδο φορολογικής ηθικής του ιατρικού σώματος και των χρηστών, οι οποίοι σε μεγάλο ποσοστό αμελούν να καταγράφουν στις φορολογικές τους δηλώσεις τις υγειονομικές δαπάνες.<sup>96</sup>

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Καταπολέμησης της Απάτης (O.L.A.F)<sup>97</sup>, διαμορφώνονται πέντε βασικές κατηγορίες-μορφές που αφορούν την διαφθορά στον χώρο της υγείας και σχετίζονται άμεσα με την παραοικονομία:

- 1. Χρηματισμός στις ιατρικές παροχές** (διαφθορά μεταξύ γιατρών/νοσηλευτών και ασθενών).
- 2. Διαφθορά στις προμήθειες** (διαφθορά μεταξύ γιατρών/νοσηλευτών και ιδιωτικών εταιρειών).
- 3. Ακατάλληλο ή προβληματικό ή εκ προθέσεως παραπλανητικό μάρκετινγκ, που αφορά την προβολή και την προώθηση ιατρικών προϊόντων και φαρμακευτικών σκευασμάτων** (διαφθορά μεταξύ γιατρών/νοσηλευτών και ιδιωτικών εταιρειών και μεταξύ πολιτικών/υπηρεσιακών παραγόντων και ιδιωτικών εταιρειών).
- 4. Κατάχρηση εξουσίας** (διαφθορά ανωτέρων στελεχών, πολιτικών, διοικητικών).

<sup>96</sup> Κυριόπουλος, (1992), σελ.16.

<sup>97</sup> Η Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Καταπολέμησης της Απάτης (OLAF) διερευνά τις απάτες σε βάρος του προϋπολογισμού της ΕΕ και υποθέσεις διαφθοράς και σοβαρών παραπτώματων στα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα, και παράλληλα χαράσσει την πολιτική για την καταπολέμηση της απάτης. Η OLAF αποτελεί τμήμα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, αλλά έχει επιχειρησιακή ανεξαρτησία

**5. Παράνομες πληρωμές και επιστροφές** (διαφθορά στα ασφαλιστικά ταμεία και μεταξύ γιατρών και ασφαλιστικών ταμείων).<sup>98</sup>

Σε γενικές γραμμές η εκτίμηση της παραοικονομίας στην υγεία όπως και σε άλλους κλάδους της οικονομικής δραστηριότητας είναι δύσκολο να αποτυπωθεί με ακρίβεια λόγω ακριβώς του ιδιαίτερου χαρακτηριστικού της, το οποίο είναι να αποκρύπτεται και να μην καταγράφεται επίσημα. Επιπλέον, τα επίπεδα της παραοικονομίας παρουσιάζουν διαφορές όχι μόνο βάσει της δομής του εκάστοτε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αλλά ακόμα μπορούν να διαφέρουν και από χώρα σε χώρα, ή ακόμη και από περιοχή σε περιοχή.

### **3.2.2 Η ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης συγκαταλέγεται μεταξύ των τομέων στους οποίους η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρές προκλήσεις όσον αφορά τη παραοικονομία. Τόσο οι πληρωμές των ιδιωτών όσο και οι προμήθειες εξοπλισμού και φαρμάκων πλήττονται από τη διαφθορά.

Βασικά προβλήματα του συστήματος που ενισχύουν τα φαινόμενα αυτά αποτελούν:

**1. Η ελλιπής χρηματοδότηση και η κακή κατανομή των πόρων**

Σύμφωνα με την Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία θα πρέπει να γίνεται έλεγχος ώστε η αύξηση των δαπανών να συνοδεύεται και από τη σωστή αξιοποίησή τους.

**2. Το χαμηλό επίπεδο υγειονομικών υποδομών**

Η μειωμένη χρηματοδότησης με τη σειρά της επιφέρει την πλήρη εγκατάλειψη στις υποδομές των δημόσιων νοσοκομείων σε ξενοδοχειακό εξοπλισμό και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

**3. Το χαμηλό επίπεδο προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας**

Οι περισσότεροι πολίτες είναι δυσαρεστημένοι από το επίπεδο των υγειονομικών υπηρεσιών όπως επίσης και από τη δυσχερή πρόσβαση σε αυτές λόγω της κακής οργάνωσης και της μεγάλης γραφειοκρατίας. Επιπλέον, δεν

---

<sup>98</sup> European Commission, *op. cit.*, σελ. 67.

μπορούν όλοι οι πολίτες να αποκτήσουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε καλύτερες υπηρεσίες υγείας ακυρώνοντας έτσι το αξίωμα της ίσης πρόσβασης.

#### **4. Οι χαμηλές αμοιβές ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού**

Ειδικά μετά την επέλαση της οικονομικής κρίσης τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό είχαν περικοπές στο σύνολο των αποδοχών τους, της τάξεως του 40%, το οποίο, σε συνδυασμό με την αύξηση κατά 30% σε φόρους, επηρέασε σημαντικά τις γενικότερες συνθήκες του επαγγέλματος.

#### **5. Η ελλιπής οργάνωση**

Η δυσλειτουργία του υγειονομικού συστήματος η οποία οφείλεται κυρίως σε διοικητικά προβλήματα των νοσοκομειακών ιδρυμάτων είναι άλλη μια αιτία αύξησης της παραοικονομικής δραστηριότητας στη χώρα μας. Τα νοσοκομεία αποτελούν οικονομικές μονάδες τις οποίες θα πρέπει να διοικούν πρόσωπα με γνώσεις management.

#### **6. Η απουσία Εθνικής πολιτικής για την υγεία**

Η ευθύνη του κράτους δεν εξαντλείται στην αδιαφάνεια της χρηματοδότησης ή στην κακή διαχείριση αλλά έγκειται και στην έλλειψη πρωτοβουλιών βελτίωσης του συστήματος εξαιτίας του πολιτικού κόστους που μπορεί να επιφέρει. Η Εθνική πολιτική υγείας θα πρέπει να θέτει μεσοπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους, οι οποίοι να εκφράζονται ποσοτικά ώστε να μπορεί να αξιολογείται η διαδικασία επίτευξής τους, καθώς και το τελικό αποτέλεσμα.<sup>99</sup>

Παρότι λοιπόν οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας προσφέρονται ως ένα αμιγώς δημόσιο αγαθό, δεν έχουν καταφέρει να είναι προσβάσιμες σε όλους τους πολίτες, με το κόστος τελικά να μετατίθεται στους ίδιους. Συνεπώς, κατ' αυτό το τρόπο δημιουργείται μια άτυπη αγορά υπηρεσιών μη θεσμοθετημένη και μη ελεγχόμενη.

Η άτυπη αυτή αγορά τείνει να καλύψει τα κενά και τις αδυναμίες των κρατικών μηχανισμών και φαίνεται ότι εξυπηρετεί τις ανάγκες όχι του συνόλου των ασθενών αλλά αυτών που έχουν οικονομική ευχέρεια. Ωστόσο όμως και η κατηγορία αυτή των πολιτών είναι ζημιωμένη επειδή πληρώνει εις διπλούν το κόστος των υπηρεσιών υγείας.<sup>100</sup>

---

<sup>99</sup> Τσόρης, (2002), σελ.61-65.

<sup>100</sup> *Ibid*



Οι μορφές της παραοικονομίας που συναντάμε στο Ε.Σ.Υ αφορούν κυρίως:

1. Την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών (δωροδοκία των επαγγελματιών υγείας)

- Στα δημόσια νοσοκομεία ως φακελάκι, στα χειρουργικά κυρίως περιστατικά ή στην κατάχρηση ανάλωσης προσθετικών υλικών στα ορθοπεδικά ή καρδιοχειρουργικά περιστατικά.
- Στα παράνομα ιατρεία ιατρών του Ε.Σ.Υ, αλλά και στο νόμιμο απογευματινό ιατρείο των νοσοκομείων, όταν αυτό στεγάζεται σε ιδιωτικούς χώρους με Δ.Π.Υ., το οποίο παραχωρεί το νοσοκομείο, χωρίς έλεγχο όμως των ιατρικών επισκέψεων.

2. Στις διαδικασίες προμηθειών των νοσοκομείων

Οι οποίες σχετίζονται με διάφορους τομείς, όπως την τροφοδοσία όπου παρατηρείται υπερβολική σπατάλη και χαμηλής ποιότητας τρόφιμα, μέχρι όλο τον κύκλο προμήθειας και διάθεσης των φαρμάκων (προμήθεια φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού, διανομή και αποθήκευση φαρμάκων). Οι τακτικές που συναντάμε εδώ έχουν να κάνουν με την προώθηση συγκεκριμένων υλικών συνήθως των πιο κοστοβόρων, μέσω τακτικών και έκτακτων παραγγελιών, όπως επίσης και την υπεξαίρεση υλικών.

3. Στην διανομή των πόρων των νοσοκομείων, (σύνταξη και παρακολούθηση προϋπολογισμών)

Στα περισσότερα νοσοκομεία δεν καταρτίζονται προϋπολογισμοί αλλά και αυτοί που καταρτίζονται δεν τηρούνται καθώς επίσης δεν πραγματοποιούνται οικονομικοί έλεγχοι αναφορικά με τους ισολογισμούς τους.

4. Στις πλασματικές εξετάσεις και στην υπερσυνταγογράφηση

Όσον αφορά τις εξετάσεις αυτές καταγράφονται σε βιβλιάρια ασθενών, και δεν εκτελούνται, αλλά τα ποσά εισπράττονται κανονικά ενώ στις υπερσυνταγογραφήσεις φαρμάκων γίνεται παραγωγή πλαστών συνταγών με τη χρήση πλαστών σφραγίδων ιατρών εν αγνοία τους.

5. Στη φοροδιαφυγή των γιατρών

Η πρακτική αυτή αφορά τη συνειδητή απόκρυψη φορολογικών στοιχείων με την αποφυγή έκδοσης παραστατικού στα πάσης φύσεως ιατρεία, με αναγραφή μικρότερων ποσών από την πραγματική αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μη έκδοση απόδειξης είναι δύσκολο να αποκαλυφθεί λόγω του ιατρικού

απορρήτου και της αδυναμίας προσδιορισμού της φύσης των παρεχόμενων από τον ιατρό υπηρεσιών.<sup>101</sup>

### 3.3 ΟΙ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ

Οι άτυπες οικονομικές συναλλαγές ή αλλιώς άτυπες πληρωμές (**Informal Payments**) στο υγειονομικό σύστημα αφορούν τις πρόσθετες ιδιωτικές πληρωμές κατά τις οποίες δεν έχει χορηγηθεί επίσημη απόδειξη ή κάποιο άλλο φορολογικό παραστατικό στον πληρωτή για την παρεχόμενη υπηρεσία.<sup>102</sup>

Το είδος αυτό των πληρωμών πραγματοποιείται είτε εκ των προτέρων με τη μορφή χρηματικών αμοιβών, ώστε να εξασφαλιστούν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες ή και ακόμα μείωση του ποσού της υπηρεσίας εφόσον δεν παρέχεται απόδειξη, είτε εκ των υστέρων με τη μορφή ευχαριστηρίων δώρων προς το υγειονομικό προσωπικό.

Γεγονός αποτελεί ότι οι άτυπες πληρωμές εξακολουθούν να παραμένουν μια σημαντική πηγή εσόδων σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου τα συστήματα *προπληρωμών (pre-payment)*<sup>103</sup> βρίσκονται υπό κατάρρευση.<sup>104</sup>

Οι κυριότερες αιτίες που ωθούν τους πολίτες σ' αυτή τη τακτική είναι οι ακόλουθες:

#### 1. Η έλλειψη χρηματοδοτικών πόρων για την ανάπτυξη του δημοσίου συστήματος

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς ωθούνται στην καταβολή πρόσθετων άτυπων πληρωμών προκειμένου να εξασφαλίσουν προτεραιότητα στη λήψη υγειονομικού υλικού, το οποίο δεν παρέχεται σε επαρκείς ποσότητες εξ αιτίας της έλλειψης δημοσίων χρηματοδοτικών πόρων. Από την άλλη πλευρά, το υγειονομικό προσωπικό χρησιμοποιεί αυτές τις απολαβές για να συμπληρώσει το εισόδημα του που προκύπτει από τη μισθοδοσία.

#### 2. Η διάθεση επηρεασμού της απόδοσης των προμηθευτών υγείας

Αυτή η τάση συναντάται συχνότερα σε χώρες της Νότιας Ευρώπης όπου οι άτυπες πληρωμές χρησιμοποιούνται ως μέσο για τη λήψη υψηλής ποιότητας

---

<sup>101</sup> European Commission, *op. cit.*, σελ. 56.

<sup>102</sup> Siskou, Liaropoulos, Souliotis, *op. cit.*, σελ. 243.

<sup>103</sup> Αφορούν τη συγκέντρωση και τη διαχείριση των πόρων ώστε αυτοί να είναι διαθέσιμοι όταν απαιτούνται και με τρόπο που είναι ανεξάρτητος από το χρόνο και τον τρόπο χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

<sup>104</sup> Κυριόπουλος, *op. cit.*, σελ. 22.

υπηρεσιών, και ίσως για το λόγο αυτό να εξηγείται η περιορισμένη ζήτηση για απόκτηση ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας.

### **3. Η παράδοση και η κουλτούρα**

Στη Νοτιοανατολική Ευρώπη και στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, οι άτυπες πληρωμές αποτελούν μέρος της κουλτούρας, παρά τις συστηματικές προσπάθειες που καταβάλλονται για τον περιορισμό τους.<sup>105</sup>

#### **3.3.1 ΟΙ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Το επίπεδο των άτυπων πληρωμών παρουσιάζει διαφορές τόσο σε ποσοτικό όσο και σε ποιοτικό επίπεδο βάσει του εκάστοτε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της κάθε χώρας.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο τα βασικά αιτία της ανάπτυξης των άτυπων πληρωμών είναι:

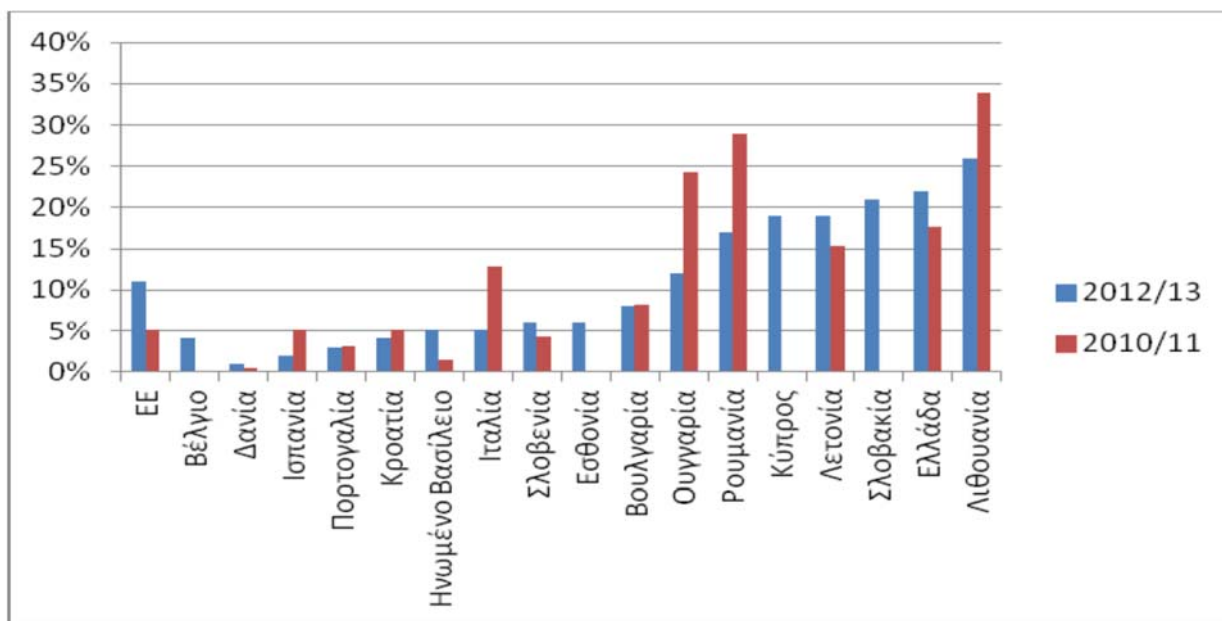
- Η απαξίωση των κοινωνικών αξιών που έχει ως αποτέλεσμα την μεγάλη ανοχή απέναντι στη διαφθορά.
- Η περιορισμένη ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών για την παροχή υπηρεσιών στον τομέα της υγείας.
- Το χαμηλό επίπεδο των μισθών στους επαγγελματίες υγείας.
- Το νομικό πλαίσιο σχετικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων, μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για τη διερεύνηση υποθέσεων διαφθοράς που αφορούν το χώρο των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Ο υψηλός βαθμός ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ των παρόχων και καταναλωτών
- Ο μεγάλος αριθμός φορέων που έχουν πολύπλοκες σχέσεις μεταξύ τους
- Ο πληρωτής δεν είναι συχνά το ίδιο άτομο με τον άμεσο αποδέκτη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι ο πληρωτής δεν μπορεί να εξακριβώσει εύκολα ότι η υπηρεσία αυτή χρησιμοποιήθηκε από τον πελάτη, και ο πελάτης αντίστοιχα δεν μπορεί να γνωρίζει αν ο πάροχος ασφάλισης χρεώθηκε για την υπηρεσία αυτή

---

<sup>105</sup> *Ibid*

Όλα τα παραπάνω συντελούν στο να διαμορφώνεται μια αυξητική τάση, τα τελευταία χρόνια στη χρήση των άτυπων πληρωμών από τους ευρωπαίους πολίτες για υπηρεσίες που αφορούν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Σχήμα 3.1) δεδομένου ότι ο ευρωπαϊκός μέσος όρος ανήλθε στο 11% το 2013 έναντι του 5% που ήταν το 2010.

**Σχήμα 3.1: Δωροδοκούντες, ανά χώρα της ΕΕ (διαχρονική ανάλυση)**



Πηγή: Eurobarometer 2013

Σύμφωνα με την ειδική έρευνα του Ευρωβαρόμετρου<sup>106</sup> τον Φεβρουάριο του 2012 σχετικά με τη διαφθορά στην Ευρώπη το 41% των ερωτηθέντων σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε, συμφωνούν στο ότι οι άτυπες πληρωμές είναι ιδιαίτερος διαδεδομένες στον χώρο της δημόσιας υγείας.

Ωστόσο οι αντιλήψεις ως προς αυτές, διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων χωρών. Πάνω από το 70% των ερωτηθέντων στη Ρουμανία, την Ουγγαρία, τη Σλοβενία και την Ελλάδα συμφωνούν με την εκτίμηση αυτή για τη χώρα τους, ενώ μόνο σχεδόν το 20% των ερωτηθέντων στο Λουξεμβούργο, την Ολλανδία, τη Φινλανδία και τη Δανία πιστεύουν ότι η διαφθορά στον τομέα της υγείας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στη χώρα τους.

<sup>106</sup> Αποτελεί μια σειρά δημοσκοπήσεων, οι οποίες διεξάγονται τακτικά από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή από το 1973. Οι έρευνες αυτές αφορούν μια μεγάλη ποικιλία θεμάτων σχετικά με την Ευρωπαϊκή Ένωση σε όλα τα κράτη μέλη της. Τα αποτελέσματα του Ευρωβαρόμετρου δημοσιεύονται από την Γενική Διεύθυνση Επικοινωνίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Σε έρευνα της Διεθνούς Διαφάνειας (**Transparency International**)<sup>107</sup> 2012 για τη διαφθορά διεθνώς, ανάμεσα σε 174 κράτη, η οποία περιλαμβάνει και διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης προέκυψε ότι η Ελλάδα μαζί με την Μολδαβία διατηρούν την 94η θέση διαφθοράς παγκοσμίως, η όποια είναι και η χαμηλότερη ανάμεσα στα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη (**Πίνακας 3.2, Παράρτημα**). Στην χώρα μας, το 25% των ερωτηθέντων έχει προβεί σε άτυπες πληρωμές, ενώ στη Μολδαβία, οι άτυπες πληρωμές κινούνται ανάλογα με το οικονομικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Υψηλότερα ποσοστά σχετικά με τις άτυπες πληρωμές από την Ελλάδα, συναντώνται στη Λετονία με 50% (54η θέση στη διαφθορά), και στη Ρουμανία με 41% (66η θέση). Τέλος, το χαμηλότερο ποσοστό άτυπων πληρωμών συναντάται στην Σουηδία την Φιλανδία και την Ολλανδία όπου τα ποσοστά φτάνουν το 2% με 3%.

Φαίνεται λοιπόν ότι η συνήθεια των πληρωμών κάτω από το τραπέζι στο τομέα των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε κάποια συγκεκριμένα κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Ειδικότερα στη Ρουμανία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία, τη Σλοβακία και τη Βουλγαρία, την Ελλάδα, τη Λετονία και την Πολωνία οι πολίτες φαίνεται πραγματικά να έχουν βιώσει εμπειρίες κατά τις οποίες ο γιατρός τους ζήτησε να καταβάλουν άτυπα ποσά για υπηρεσίες υγείας.<sup>108</sup>

Η τάση αυτή για πρακτικές που συνδέονται με την διαφθορά κατά κύριο λόγο στις χώρες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης μπορεί να αιτιολογηθεί κυρίως εξ αιτίας της δύσβατης μετάβασης τους από τον κομμουνισμό ή τον σοσιαλισμό στην οικονομία της αγοράς και τη φιλελεύθερη ιδεολογία.

Επιπλέον στις χώρες αυτές διαπιστώνουμε ότι οι εργασίες του δημοσίου τομέα δεν είναι διαφανείς, η απόδοση είναι κακή και η εμπιστοσύνη στους κρατικούς θεσμούς είναι χαμηλή. Έτσι από τις αρχές του 1990 έως τα τέλη του οι αδύναμοι κρατικοί θεσμοί, η υποταγή τους στα κρατικά συμφέροντα και η αποδυνάμωση του δικαστικού σώματος συντέλεσαν στη δημιουργία ισχυρών οικονομικά ,ιδιωτικών ομάδων εξουσίας, οι οποίες με τη σειρά τους ενίσχυσαν τα επίπεδα της διαφθοράς.<sup>109</sup>

Εν αντιθέσει, στο Κεντροευρωπαϊκό ή Σκανδιναβικό μοντέλο κράτους όπου το θεσμικό πλαίσιο έχει καταφέρει να συγχρονιστεί με τον ιδεολογικό πυρήνα του

---

<sup>107</sup> Μη κυβερνητικός οργανισμός που ασχολείται με την καταπολέμηση διαφθοράς στον κόσμο. Ο οργανισμός είναι ευρύτερα γνωστός από το 1995, για τη σύνταξη του ετήσιου Δείκτη Αντίληψης για τη Διαφθορά (Corruptions Perceptions Index - CPI) και το Βαρόμετρο Παγκόσμιας Διαφθοράς, συγκριτικών καταλόγων για τη διαφθορά παγκοσμίως.

<sup>108</sup> Feld, Schneider, (2010), σελ. 146.

<sup>109</sup> Παπαηλίας, *op. cit.*, σελ. 216.

συστήματος, παρόμοιες τακτικές φαίνονται αφύσικες και για αυτό το λόγο άλλωστε τα ποσοστά διαφθοράς είναι συνήθως πολύ χαμηλά.<sup>110</sup>

### 3.3.2 ΟΙ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, οι άτυπες πληρωμές χρησιμοποιούνται από τους πολίτες κυρίως ως μέσο για ευκολότερη πρόσβαση στο υγειονομικό σύστημα καθώς και για τη λήψη ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας.<sup>111</sup>

Ωστόσο, η ακριβής εκτίμηση του ύψους των παράτυπων πληρωμών στην υγεία αποτελεί ακόμα ζήτημα προς διερεύνηση, καθώς οι μέχρι σήμερα προσπάθειες των ερευνητών εστιάστηκαν στην έμμεση μόνο εκτίμηση της, και σε κάποιες περιπτώσεις σημειώθηκαν σημαντικά σφάλματα.

Επιπλέον, από τη βιβλιογραφική έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί δεν εντοπίστηκαν μελέτες όπου να διαχωρίζονται ποσοτικά και ποιοτικά οι δύο μορφές που λαμβάνουν οι άτυπες πληρωμές δηλαδή **α) τις πρόσθετες παράτυπες πληρωμές - φακελάκια** και **β) τις συνήθεις πληρωμές που δεν συνοδεύονται όμως από τη λήψη πλήρους απόδειξης**. Η εννοιολογική και ποσοτική αυτή αποσαφήνιση είναι σημαντική καθώς στην περίπτωση της καταβολής νόμιμων πληρωμών χωρίς όμως τη λήψη απόδειξης (π.χ κατά τις επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία) υπάρχει η δυνατότητα πολιτικής παρέμβασης και περιορισμού του φαινομένου.<sup>112</sup>

Σημαντική διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η καταβολή άτυπων πληρωμών εξαρτάται από το διαθέσιμο εισόδημα του χρήστη, σε αντίθεση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη όπου η αμεσότητα της ανάγκης ουσιαστικά εξαναγκάζει τους ασθενείς σε καταβολή πρόσθετων πληρωμών ανεξάρτητα από την οικονομική τους δυνατότητα<sup>113</sup>

Επιπροσθέτως, κάποιοι παράγοντες όπως, ο τομέας περίθαλψης, το ασφαλιστικό ταμείο, η διάρκεια νοσηλείας, ο τρόπος εξασφάλισης κλίνης (με τη μεσολάβηση ή όχι του γιατρού) και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, φαίνεται να σχετίζονται θετικά με τις άτυπες πληρωμές. Αντίθετα, το φύλλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το

---

<sup>110</sup> *Ibid*

<sup>111</sup> Mossialos, Dixon, Figueras, Kutzin, *op. cit.*, σελ. 106-107.

<sup>112</sup> *Ibid*

<sup>113</sup> Kyriopoulos, Gitona, Karalis, (1998), σελ. 88.

εκπαιδευτικό επίπεδο, και το επάγγελμα δεν φαίνεται να σχετίζονται τόσο με την καταβολή πρόσθετων πληρωμών.

Οι αιτίες του φαινομένου στη χώρα μας, είναι πολλαπλές και ανάγονται κυρίως σε παράγοντες που έχουν να κάνουν τόσο με τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, όσο και με εγκατεστημένες συμπεριφορές και αντιλήψεις των πολιτών. Συγκεκριμένα οι αιτίες αυτές συνδέονται με:

- 1) Τη μεγάλη ανοχή στη διαφθορά λόγω κουλτούρας.
- 2) Τα κενά στη νομοθεσία και τις αδυναμίες του δικαστικού συστήματος με τα υψηλά ποσοστά ατιμωρησίας.
- 3) Τη περιορισμένη διαφάνεια και τα ελλείμματα στην πληροφόρηση για τα δικαιώματα των ασθενών και τα πρότυπα παροχής υπηρεσιών στην υγεία.
- 4) Το επίπεδο αμοιβών των γιατρών του Ε.Σ.Υ.
- 5) Τους περιορισμένους, περιχαρακωμένους και μη ανεξάρτητους μηχανισμούς ελέγχου.
- 6) Τις αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες.
- 7) Την αυξημένη φορολόγηση.
- 8) Την επιλογή των διοικητών των νοσοκομείων η οποία δεν γίνεται βάσει αυστηρών επαγγελματικών κριτηρίων.

Αυτό που διαφαίνεται, από πρόσφατες έρευνες είναι, ότι εξ' αιτίας της ήδη επιβαρυνόμενης οικονομικής κατάστασης των πολιτών από την αύξηση της φορολογίας και την μείωση των εισοδημάτων τους, υπάρχει περιορισμός της πρόθεσης για πρόσθετες πληρωμές από την πλευρά τους είτε ως προϋπόθεση για την πρόσβαση στις διαθέσιμες φροντίδες, είτε ως επιβράβευση για την ποιότητα της παροχής τους.<sup>114</sup>

Εν αντιθέσει υπάρχει αύξηση στο μέρος εκείνο των πολιτών που καταβάλουν άτυπα ποσά πριν την παροχή των υπηρεσιών έπειτα από σχετικό αίτημα από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού. Σημειώνεται ότι στα δημόσια νοσοκομεία το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 40,5%, ανατρέποντας σε μεγάλο βαθμό τον όποιο σχεδιασμό αναφορικά με τη διαχείριση της ζήτησης προκαλώντας παράλληλα έτσι μεγάλες αναμονές σε κάποια σημεία του συστήματος, ιδίως για αυτούς που δεν έχουν τις οικονομικές δυνατότητες ή την επιθυμία να προσφύγουν σε πρόσθετες άτυπες πληρωμές.<sup>115</sup>

---

<sup>114</sup> *Ibid*

<sup>115</sup> Σουλιώτης, (2010), σελ. 2.

Ως εκ τούτου, η μη λογιστική καταγραφή μεγάλου όγκου των συναλλαγών υγείας συνδέεται άμεσα τόσο με την απώλεια εσόδων από το κράτος όσο και με την κρυφή επιβάρυνση των νοικοκυριών η οποία επιβαρύνει το βιοτικό επίπεδο, χωρίς όμως κάτι τέτοιο να περιλαμβάνεται στις επίσημες μετρήσεις για την αγοραστική δύναμη και το κόστος ζωής.

Αυτό που γίνεται αντιληπτό είναι ότι το τοπίο στις συναλλαγές υγείας θα ανατραπεί λόγω του δυσμενούς οικονομικού περιβάλλοντος αλλά και των ελλειμμάτων που ήδη έχουν συσσωρευτεί στο σύστημα υγείας. Κατ' επέκταση λόγω της οικονομικής κρίσης το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών αναμένεται να υποστεί τις πιέσεις δύο αντίρροπων συμπεριφορών: απ' τη μια οι πολίτες θα προβάλλουν αντιστάσεις στα αιτήματα για άτυπες πληρωμές και από την άλλη οι ιατροί, οι οποίοι επίσης θα υποστούν τις οικονομικές συνέπειες της κρίσης, ενδέχεται να είναι ακόμη πιο επίμονοι στα αιτήματα τους.

Έτσι κρίνεται αναγκαίο ένα νέο ρυθμιστικό πλαίσιο με μηχανισμούς ελέγχου και διασταύρωσης των συναλλαγών υγείας με στόχο τον περιορισμό του όγκου των παραοικονομικών δραστηριοτήτων που πλήττουν αφενός τα ατομικά εισοδήματα και αφετέρου τον κρατικό προϋπολογισμό.

### **3.3.2.1 ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Τα ποσοστά των άτυπων πληρωμών στην Ελλάδα διαχρονικά παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις αφού την κατά το διάστημα 1975 - 2000 σύμφωνα με εκτιμήσεις μελετητών έφτασαν από το 7,5% των συνολικών δαπανών υγείας το 1974 σε 13,8% το 2000, δηλαδή περίπου € 1,4 δις.<sup>116</sup>

Η ίδια κατάσταση επικρατεί και μετά το 2000 αφού χαρακτηριστικά κατά το έτος 2006 σύμφωνα με πανελλαδική έρευνα που απαντήθηκε από 1600 νοικοκυριά<sup>117</sup> το ετήσιο συνολικό ποσό που σχετίζεται τις άτυπες πληρωμές φτάνει τα 1,8 δισεκατομμύρια ευρώ. Από αυτά τα € 194,5 εκατ. τα πληρώνουν οι πολίτες ως φακελάκι στους γιατρούς, ενώ τα υπόλοιπα αθροίζονται από πληρωμές οι οποίες

---

<sup>116</sup> Τάτσος, (2001), σελ. 301.

<sup>117</sup> Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας σε συνεργασία με τη διδακτορική φοιτήτρια Όλγα Σίσκου.



γίνονται νόμιμα αλλά δεν δηλώνονται στην εφορία. Τα ποσά αυτά αποτελούν έως και το 13,5% της συνολικής δαπάνης ετησίως για την υγεία.

Σύμφωνα με την ίδια μελέτη το 36% των νοσηλευθέντων σε δημόσια νοσοκομεία δήλωσαν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή προς γιατρούς, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις χαρακτηρίστηκε ως φακελάκι και σε άλλες ως φιλοδώρημα, ενώ αναφορικά με τους λόγους προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία το έπραξε για αναζήτηση ποιοτικότερης φροντίδας (42%) καθώς επίσης και για τη λήψη απαραίτητων υγειονομικών υπηρεσιών που θεωρητικά παρέχονται δωρεάν από το δημόσιο σύστημα (20%).

Σημαντικό εύρημα της έρευνας επίσης αποτελεί το ότι όσοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση σε δημόσιο νοσοκομείο είχαν 137% μεγαλύτερη πιθανότητα καταβολής άτυπων πληρωμών σε σύγκριση με όσους δεν έκαναν εγγείρηση κατά τη νοσηλεία τους.

Τέλος προέκυψε ότι οι άτυπες πληρωμές δεν σχετίζονται με το εισόδημα, που σημαίνει ότι είναι «εγκατεστημένη συνήθεια» και όχι δαπάνη επιλογής ή «πολυτέλειας». Φακελάκι έδωσαν, πάντως, λιγότεροι από τους μισούς νοσηλευθέντες (44%) ενώ μόνο το 18% από όσους κατέβαλλαν άτυπη πληρωμή, το έπραξαν μετά τη νοσηλεία για να ευχαριστήσουν το γιατρό σε αντίθεση με το 42% που το έκαναν για να τους προσέξει περισσότερο.

Ακόμα και κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης όπου τα εισοδήματα των πολιτών έχουν μειωθεί δραματικά, το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών στην υγεία εξακολουθεί να υπάρχει σε μεγάλο βαθμό.

Συγκεκριμένα βάσει των αποτελεσμάτων που έφερε στο φως η Εθνική Έρευνα για τη Διαφθορά στην Ελλάδα το 2012, οι άτυπες πληρωμές για την παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελούν την πιο συνηθισμένη διεφθαρμένη πρακτική στο δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας, ενώ το 45% των ερωτηθέντων που τους ζητήθηκε φακελάκι, το προσέφεραν στα δημόσια νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα αυτά συμβαδίζουν και με τα αποτελέσματα της έρευνας του Ευροβαρόμετρου το 2013 όπου εκτιμάται ότι σχεδόν ένας στους τέσσερις πολίτες προέβει σε άτυπη πληρωμή (23%) για υπηρεσίες υγείας.

Σε άλλη έρευνα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, την ίδια περίοδο η οποία πραγματοποιήθηκε σε 2.741 άτομα σε όλη τη χώρα, σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και την ΚΑΠΑ RESEARCH διαπιστώνεται ότι τουλάχιστον 3 στους 10 πολίτες κατέβαλαν τον τελευταίο χρόνο άτυπες πληρωμές σε υπηρεσίες υγείας με το μεγαλύτερο ποσοστό

(46,6%) να χαρακτηρίζει την επίπτωση της πρακτικής αυτής στο εισόδημά τους και στις συνθήκες διαβίωσης τους ως σημαντική. Το γεγονός αυτό, σημαίνει ότι, πολλοί απ' όσους αναγκάστηκαν να δώσουν φακελάκι επιβαρύνθηκαν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να περιοριστεί η δυνατότητά τους να καλύψουν άλλες βασικές ανάγκες.

Το βασικό κίνητρο για τα άτομα αυτά ήταν *η καλύτερη αντιμετώπιση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο στα δημόσια νοσοκομεία όσο και στις ιδιωτικές κλινικές*. Εντυπωσιακό είναι, μάλιστα, το γεγονός ότι, τα αντίστοιχα ποσοστά διαμορφώνονται στο 20% για τα δημόσια νοσοκομεία και στο 24% για τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, παρόλο που στην δεύτερη περίπτωση, ο ασθενής έχει ήδη καταβάλει πρόσθετη πληρωμή για τη φροντίδα και τις υπηρεσίες που λαμβάνει.

Τέλος σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του Τμήματος Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής κατά το έτος 2015 οι άτυπες πληρωμές ανέρχονται στο 20% των νοσοκομειακών δαπανών των νοικοκυριών και αποτελούν πλέον μια εγκατεστημένη κοινωνική συμπεριφορά στην οποία καταφεύγει το 36% έως το 75% περίπου των ασθενών στην Ελλάδα.

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, τα ποσά αυτά κυμαίνονται κατά μέσον όρο από € 50 για εισαγωγή στο νοσοκομείο μέχρι € 3.000 για εγχείριση. Οι κύριοι λόγοι καταβολής τους αφορούν όπως πάντα την *εξασφάλιση ποιοτικότερης φροντίδας, την ευκολότερη πρόσβαση στην περίθαλψη και την μείωση του χρόνου αναμονής*. Επιπλέον το κόστος για την επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό από τη μια και η μεγάλη λίστα αναμονής στις δημόσιες δομές από την άλλη είχαν ως αποτέλεσμα ένας στους έξι ερωτωμένους (16,5%) να καθυστερήσουν να λάβουν, ή ακόμα και να μη λάβουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

### **3.3.2.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΑΤΥΠΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ**

Η οικονομική κρίση προκάλεσε σε παγκόσμιο επίπεδο επιπτώσεις στο μείγμα δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης για την υγεία. Την τελευταία δεκαετία το μερίδιο στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας που αφορά τις ιδιωτικές πληρωμές αυξήθηκε στα μισά από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενώ μειώθηκε στα άλλα μισά. Στις χώρες όπου πλήττονται περισσότερο από την ύφεση, η δημόσια χρηματοδότηση μειώθηκε για ένα μεγάλο μέρος των υπηρεσιών υγείας ενώ ταυτόχρονα για να καλυφθεί το κενό της δημόσιας χρηματοδότησης αυξήθηκε το

μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών. Κατ' επέκταση το γεγονός αυτό οδήγησε σε αύξηση των πρόσθετων πληρωμών των χρηστών τόσο των άμεσων όσο και των άτυπων.<sup>118</sup>

Στην Ελλάδα σε γενικές γραμμές όπως προαναφέρθηκε και στο υποκεφάλαιο 2.1.2, οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν διαχρονικά τη κυρίαρχη μορφή της ιδιωτικής χρηματοδότησης για την υγεία και συγκεκριμένα το μεγαλύτερο μέρος τους αφορά τις άμεσες πληρωμές και τις άτυπες πληρωμές. Με την εφαρμογή των Μνημονίων Ι, ΙΙ οι κυβερνήσεις δεσμεύτηκαν για αύξηση των ποσοστών πρόσθετης συμμετοχής στο κόστος από την πλευρά των πολιτών για διάφορα είδη υγειονομικής φροντίδας αγγίζοντας το 31% των δαπανών υγείας το 2013. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 3.3 (βλ. **Παράρτημα**) κατά τη διάρκεια της δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας μας τα ποσοστά των πληρωμών των χρηστών παρουσιάζουν αύξηση της τάξεως του 8% για την περίοδο 2009-2014.

Ως εκ τούτου οι πολίτες αντιμετωπίζουν ολοένα και περισσότερες δυσκολίες στο να καλύψουν τις ανάγκες τους που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη. Έτσι πολλές φορές μη μπορώντας να ανταπεξέλθουν στο βάρος των δαπανών αυτών, αρκετοί ασθενείς είτε αναγκαστικά θα παραλείψουν να χρησιμοποιήσουν κάποια υπηρεσία υγείας, είτε θα προβούν σε άτυπη πληρωμή με σκοπό τη μείωση του ποσού που θα καταβάλουν για την υπηρεσία αυτή εφόσον δεν υπάρχει φορολογικό παραστατικό που να αποδεικνύει την συναλλαγή.

Παρότι δυστυχώς, οι πρόσθετες πληρωμές από την τσέπη των ασθενών στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 1/2 των συνολικών δαπανών για την υγεία, ωστόσο, ο τεράστιος όγκος άτυπων πληρωμών και η μαύρη οικονομία δυσκολεύουν την εκτίμηση του ακριβούς ποσού που σχετίζεται με την πραγματική ιδιωτική δαπάνη των ασθενών.

### **3.4 ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΘΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**

Σύμφωνα με την έκθεση του Ο.Ο.Σ.Α για την Ελλάδα με τίτλο *Health Care System in Greece*, που εκπονήθηκε για την αξιολόγηση του δημοσίου τομέα υγείας, το Ε.Σ.Υ χαρακτηρίζεται ως αδικαιολόγητα γραφειοκρατικό, πολύπλοκο, σπάταλο,

---

<sup>118</sup> Katsios, (2007), σελ.74.

υπερσυγκεντρωτικό, άδικο, αναποτελεσματικό και διεφθαρμένο. Επιπλέον η ερευνα αυτή καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν ίχνη εσωτερικών πολιτικών και κοινωνικών δυνάμεων οι οποίες να μπορούν να οδηγήσουν το σύστημα σε μια σημαντική αλλαγή. Τα σημαντικότερα εμπόδια για την πάταξη της διαφθοράς αφορούν κυρίως την νομοθεσία και πιο συγκεκριμένα τους εξής τομείς:<sup>119</sup>

### **1. Νομικό πλαίσιο**

Η ελληνική ποινική νομοθεσία καλύπτει όλες τις μορφές αδικημάτων διαφθοράς και αθέμιτης χρήσης επιρροής που καλύπτονται από τις νομικές πράξεις περί διαφθοράς του Συμβουλίου της Ευρώπης. Το πεδίο εφαρμογής των διατάξεων του ποινικού δικαίου σχετικά με τα αδικήματα διαφθοράς καλύπτει όλους τους αιρετούς και διορισμένους λειτουργούς, καθώς και τυχόν άλλους δημόσιους υπαλλήλους. Ωστόσο, όπως επισημάνθηκε από την *Ομάδα Κρατών κατά της Διαφθοράς*<sup>120</sup> (GRECO) του Συμβουλίου της Ευρώπης, αυτό το νομικό πλαίσιο είναι υπερβολικά περίπλοκο, κατακερματισμένο μεταξύ του ποινικού κώδικα, άλλων εθνικών νομοθεσιών και των διαφόρων νόμων κύρωσης διεθνών μέσων, γεγονός που αναπόφευκτα επηρεάζει την εφαρμογή του. Επιπλέον, η νομοθεσία για την ποινικοποίηση αδικημάτων που σχετίζονται με τη διαφθορά φαίνεται να μην είναι συμβατή, ιδίως όσον αφορά τις διατάξεις σχετικά με την ενεργητική και παθητική δωροδοκία και την αθέμιτη χρήση επιρροής.

### **2. Θεσμικό πλαίσιο**

Το θεσμικό πλαίσιο κατά της διαφθοράς είναι επίσης περίπλοκο και απαρτίζεται από πολλούς φορείς: τον Γενικό Επιθεωρητή Δημόσιας Διοίκησης, τις ειδικές υπηρεσίες ή μονάδες ελέγχου σε οργανισμούς και υπουργεία, την υπηρεσία Γενικού Επιτρόπου της Επικράτειας, το Σώμα Δίωξης Οικονομικού Εγκλήματος (Σ.Δ.Ο.Ε), τα προσφάτως συσταθέντα εισαγγελικά γραφεία με αντικείμενο τη διαφθορά στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, το Γραφείο του Εισαγγελέα Οικονομικού Εγκλήματος, την Ανεξάρτητη Αρχή για την καταπολέμηση της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες, τη Διεύθυνση Εσωτερικών Υποθέσεων της Ελληνικής Αστυνομίας, το Ελεγκτικό

---

<sup>119</sup> Σουλιώτης, (2000), σελ.428

<sup>120</sup> Η Ομάδα Κρατών κατά της Διαφθοράς (GRECO) ιδρύθηκε το 1999 από το Συμβούλιο της Ευρώπης με στόχο να βελτιώσει την ικανότητα των μελών της να καταπολεμούν τη διαφθορά ελέγχοντας τη συμμόρφωσή τους σύμφωνα με τα πρότυπα του Συμβουλίου της Ευρώπης. Επί του παρόντος, η GRECO αποτελείται από 49 κράτη μέλη (48 ευρωπαϊκά κράτη και τις Η.Π.Α).

Συνέδριο και τον Συνήγορο του Πολίτη. Η ανεπαρκής διωπηρεσιακή συνεργασία προκάλεσε ανησυχίες ως προς την ικανότητα του εν λόγω πλαισίου να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις προκλήσεις της διαφθοράς.

### **3. Καταγγελία δυσλειτουργιών (Whistleblowing)**

Η Ελλάδα δεν διαθέτει ειδική νομοθεσία για την προστασία των καταγγελλόντων δυσλειτουργίες είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα. Τόσο η GRECO (ομάδα κρατών του Συμβουλίου της Ευρώπης κατά της διαφθοράς) όσο και ο Ο.Ο.Σ.Α τόνισαν ότι το ισχύον πλαίσιο για την προστασία των καταγγελλόντων στην Ελλάδα είναι ανεπαρκές. Η καταγγελία της διαφθοράς πρέπει επίσης να προωθηθεί ως μέρος της γενικής μεταρρύθμισης της φορολογικής διοίκησης, όπως συμφωνήθηκε στο πλαίσιο του μνημονίου συνεννόησης για την οικονομική και δημοσιονομική πολιτική.

### **4. Διαφάνεια των δραστηριοτήτων των ομάδων συμφερόντων**

Οι δραστηριότητες των ομάδων συμφερόντων δεν ρυθμίζονται νομοθετικά στην Ελλάδα. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη υποχρέωση για την εγγραφή των εκπροσώπων ομάδων συμφερόντων ή την γνωστοποίηση των επαφών μεταξύ δημοσίων λειτουργών και εκπροσώπων ομάδων συμφερόντων.<sup>121</sup>

Στα τέλη του 2012, η Ομάδα Δράσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και οι ελληνικές αρχές συμφώνησαν σε μια εθνική στρατηγική καταπολέμησης της διαφθοράς σε όλους τους τομείς που πλήττονται από αυτή, η οποία περιλαμβάνει και σχέδιο δράσης. Με τον τρόπο αυτό καλύπτεται ένα από μακρού υφιστάμενο κενό και γίνεται ένα σημαντικό βήμα στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης των προκλήσεων της διαφθοράς στη χώρα και της ανάγκης για κατάλληλο συντονισμό των πολιτικών σε αυτόν τον τομέα. Οι πολιτικές αυτές προβλέπουν:

- Ενίσχυση της εποπτείας της χρηματοδότησης των κομμάτων και της ανεξαρτησίας, της αποτελεσματικότητας και της διαφάνειας της επιτροπής ελέγχου.
- Θέσπιση ολοκληρωμένων κωδίκων δεοντολογίας για τους αιρετούς αξιωματούχους σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο, καθώς και των αντίστοιχων εργαλείων λογοδοσίας για πιθανές παραβιάσεις των εν λόγω κωδίκων, σε περιπτώσεις πρακτικών διαφθοράς ή σύγκρουσης συμφερόντων.

---

<sup>121</sup> Πελαγίδης, (2013), σελ. 12-13.

- Εξάλειψη δυνητικών εμποδίων όσον αφορά τη διερεύνηση αδικημάτων διαφθοράς μειώνοντας το βαθμό προστασίας από έρευνες που εξασφαλίζει η ασυλία σε υψηλόβαθμους αξιωματούχους.
- Διασφάλιση της αποτελεσματικής εφαρμογής των μέτρων καταπολέμησης της διαφθοράς που προβλέπονται στη στρατηγική για τη μεταρρύθμιση του συστήματος δημοσίων συμβάσεων η οποία βρίσκεται στο στάδιο της ολοκλήρωσης, μεταξύ άλλων σε ότι αφορά την κωδικοποίηση και ενοποίηση της νομοθεσίας.

Όσον αφορά τα μέτρα για τον περιορισμό της παραοικονομίας στον τομέα της υγείας, σημαντικές είναι οι προτάσεις που παρουσιάζονται τόσο σε ειδική μελέτη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την διαφθορά στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα <sup>122</sup> όσο και του Ο.Ο.ΣΑ. <sup>123</sup> Συγκεκριμένα οι τομείς δράσης που προτείνονται είναι οι εξής:

1. Η συλλογή πληροφοριών

Προτείνεται η συλλογή δεδομένων σε τακτική βάση για τη νοσηρότητα του πληθυσμού, καθώς και για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (εισαγωγές σε νοσοκομεία, επισκέψεις ασθενών, σε νοσοκομειακές υπηρεσίες κ.λ.π.).

2. Ο προγραμματισμός των πόρων σύμφωνα με τις ιατρικές και υγειονομικές ανάγκες

Στον τομέα αυτό, τονίζεται ότι χρειάζεται προγραμματισμός των ανθρωπίνων πόρων: ιατρών, νοσηλευτών, ειδικών δημόσιας υγείας, λογιστών, ιατρικών μηχανημάτων και ειδικών λογισμικού. Ακόμα, απαιτείται σχεδιασμός αλλαγής των ιατρικών υπηρεσιών, σύμφωνα τόσο με τις στατιστικές δημόσιας υγείας όσο και της ιατρικής τεχνολογίας.

3. Η εφαρμογή Πληροφοριακών Συστημάτων E.R.P σε όλους τους υγειονομικούς φορείς

Με τη βοήθεια της τεχνολογίας προτείνεται η ευρεία χρήση λογιστικού συστήματος σε κάθε υγειονομικό φορέα. Το E.R.P (**Enterprise Resource Planning**) είναι ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα για την ορθολογική διαχείριση όλων των λειτουργιών και των πόρων ενός οργανισμού. Με την εφαρμογή και χρήση ενός E.R.P γίνεται συστηματική και αποτελεσματική διαχείριση όλων των διεργασιών, που σχετίζονται με τους

<sup>122</sup> *Ibid*

<sup>123</sup> Έκθεση της Ε.Ε για την καταπολέμηση της διαφθοράς στην Ελλάδα, (2014), σελ. 7-8.

τομείς: Προμηθειών, Αποθήκης, Διανομών, Οικονομικής Διαχείρισης, Ποιοτικού Ελέγχου και Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού. Αλλά κυρίως στη διαχείριση των φαρμάκων και των υλικών σε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα. Επίσης η εφαρμογή ενός ERP χρησιμοποιείτε και ως μέσω ελέγχου των διαδικασιών και λειτουργιών σε όλους τους τομείς

#### 4. Η εφαρμογή Πιστοποίησης Ποιότητας

Τη δημιουργία δηλαδή πιστοποίησης ποιότητας όλων των δημοσίων καθώς και ιδιωτικών νοσοκομείων, υποχρεωτικά. Επίσης να δημιουργηθεί ένας ανεξάρτητος δημόσιος φορέας, ο οποίος θα αναλάβει την υλοποίηση της πιστοποίησης. Η διασφάλιση της ποιότητας μπορεί να οριστεί ως η εισαγωγή ενός συστήματος παρακολούθησης για να αξιολογηθεί η λειτουργία σε σχέση με τις προδιαγραφές ποιότητας που έχουν τεθεί για αυτήν.

Επιπλέον προτείνονται στοχευόμενα μέτρα για την αντιμετώπιση των άτυπων πληρωμών όπως:

- **Η καθιέρωση νομικού πλαισίου και υποχρεώσεων** Ιδιωτικών Κλινικών, Διαγνωστικών Εργαστηρίων, Κέντρων Αποθεραπείας Αποκατάστασης, Φυσιοθεραπευτηρίων και λοιπών παρόχων υγείας σε αντιστοιχία με το Π. Δ. 121/2008 όπως τροποποιημένο ισχύει, με αναφορά σε συγκεκριμένες παραβάσεις και αντίστοιχες ποινές.
- **Η δημιουργία ιστοσελίδας στο Υπουργείο Υγείας ή στις ελεγκτικές Υπηρεσίες** όπου οι πολίτες θα καταγγέλλουν συγκεκριμένα περιστατικά διαφθοράς. Θα ελέγχονται μόνο τα περιστατικά επώνυμων καταγγελιών, που παρέχουν συγκεκριμένες ελέγξιμες πληροφορίες. Δημιουργία site του Υπουργείου Υγείας για ενημέρωση πολιτών σχετικά με τη δυνατότητα καταγγελιών, με στοιχεία σχετικών υπηρεσιών. Συνδρομή των Μ.Μ.Ε. για τις υπηρεσίες και τα site καταγγελιών προς τους πολίτες.
- **Η ενίσχυση ελεγκτικών μηχανισμών του Υπουργείου Υγείας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π, Υ.Π.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α)** σε ανθρώπινο δυναμικό υψηλών προσόντων, τεχνικά μέσα και υλικοτεχνική υποδομή, παροχή οικονομικών κινήτρων στους υπαλλήλους τους, εκπαίδευση σχετικά με εντοπισμό διαφθοράς. Στατιστική ανάλυση ελέγχων, δημιουργία σχετικών δεικτών ανά υπηρεσία και πραγματοποίηση

ελέγχων. Εκπαίδευση νεοεισερχόμενου προσωπικού. Πρόσβαση επιθεωρητών σε όλα τα ηλεκτρονικά αρχεία και ευελιξία στις διαδικασίες ελέγχου.<sup>124</sup>

Στόχος όλων των παραπάνω μέτρων είναι η αναβάθμιση και η επανίδρυση του Ε.Σ.Υ. Με την πάταξη της διαφθοράς στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης το κράτος θα μπορέσει να εξοικονομήσει πόρους ώστε να αυξήσει τα επίπεδα του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία κερδίζοντας παράλληλα ξανά την εμπιστοσύνη των πολιτών, οι οποίοι θα αναζητήσουν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας προς όφελος των εισοδημάτων τους. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι η μείωση των μηνιαίων οικογενειακών δαπανών των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

---

<sup>124</sup> *Ibid*



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

#### **4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγράψει το ύψος των άτυπων πληρωμών που κατέβαλαν οι ασθενείς τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, επιχειρείται η αξιολόγηση του κόστους και της επιβάρυνσης που προκύπτει από τα ποσά αυτά για τους ασθενείς. Τέλος, γίνεται καταγραφή των αιτιών και των συνθηκών καταβολής των ανεπίσημων ιδίων πληρωμών στο σύστημα υγείας της χώρας μας, ώστε να εκτιμηθούν οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς προβαίνουν στις πρακτικές αυτές.

#### **4.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

Η έρευνα αυτή διενεργήθηκε στην Αττική. Επίσης βεβαιώθηκε πως κατά τη διάρκεια της έρευνας τηρήθηκαν η ανωνυμία, το απόρρητο και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Κατά την προσέγγιση, και πριν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, οι πιθανοί συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν από τον ερευνητή για το σκοπό, τη φύση της έρευνας και την ταυτότητα του ερευνητή και εφόσον συμφώνησαν με το περιεχόμενό του έδωσαν τη συγκατάθεσή τους.

Έτσι, σε ένα δείγμα που επιλέχθηκε τυχαία διανεμήθηκαν 120 ερωτηματολόγια και κατόπιν ακολούθησε η συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων καθώς και η λεπτομερής καταγραφή τους. Η έρευνα διήρκεσε από τον Ιανουάριο έως τον Μάιο του 2017. Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Έπειτα για την επεξεργασία και τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences).

### 4.3 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ)

Μετά από ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας σχετικά με το θέμα της έρευνας, δεν βρέθηκε κάποιο εργαλείο που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί αυτούσιο. Οι ιδιαιτερότητες του ελληνικού υγειονομικού συστήματος δεν επέτρεψαν τη χρήση κάποιου ανάλογου ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε σε μελέτες του εξωτερικού. Για αυτό το λόγο κατασκευάστηκε ένα εργαλείο με τη βοήθεια του επιβλέποντα καθηγητή κ. Θεόδωρου Παπαηλία όπου χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία και από τα ερωτηματολόγια άλλων ερευνητικών προσπαθειών όπως του Δικτύου Υγείας της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (**Central and Eastern European Health Network**) και του Πανεπιστημίου του Harvard. Το εργαλείο συλλογής δεδομένων αυτό απαρτίζεται από είκοσι οκτώ ερωτήματα τα οποία χωρίστηκαν σε τέσσερα μέρη:

1. **Τμήμα Α** - Δημογραφικά στοιχεία
2. **Τμήμα Β** - Οικονομικά στοιχεία
3. **Τμήμα Γ**- Χρήση υπηρεσιών υγείας και τρόπος πληρωμής
4. **Τμήμα Δ** - Γενικές ερωτήσεις

Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε άτομα που έχουν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, διαφόρων κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών. Όπως γίνεται ευκόλως αντιληπτό, ο πληθυσμός του δείγματος δύσκολα μπορούσε να προσδιοριστεί καθώς υπήρχε αδυναμία προσέγγισης διαφόρων δημογραφικών χαρακτηριστικών προκειμένου να μην υπάρχει μεροληψία ως προς μία κοινωνικο-οικονομική ομάδα του πληθυσμού. Για αυτό το λόγο, ο υπολογισμός δείγματος δεν έγινε με βάση κάποια τεχνική αλλά και η δειγματοληψία που εφαρμόστηκε ήταν η *δειγματοληψία ευκολίας (Convenience Sampling)*<sup>125</sup>.

Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι η απλότητα της δειγματοληψίας και ευκολία της έρευνας, η χρησιμότητά της για πιλοτικές μελέτες και για δημιουργία υποθέσεων, η συλλογή δεδομένων μπορεί να επιτευχθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα (ταχύτητα) και τέλος το ελάχιστο κόστος που απαιτείται σε σχέση με τις άλλες μεθόδους δειγματοληψίας.

---

<sup>125</sup> Το δείγμα αποτελείται από τις μονάδες του πληθυσμού που είναι διαθέσιμες εκείνη τη χρονική στιγμή. Ο τρόπος επιλογής των συμμετεχόντων καθώς το δείγμα αποτελείται από όσα μέλη του πληθυσμού είναι εύκολο να εντοπιστούν και έχουν θετική στάση προς την έρευνα.

#### 4.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικών εφαρμογών SPSS έκδοσης 22 (IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp) ενώ για τη διαγραμματική απεικόνιση των μεταβλητών της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Microsoft Office PowerPoint 2007.

Για την παρατήρηση των στατιστικών διαφορών, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο  $\chi^2$  (Pearson chi-square test). Αξίζει να σημειωθεί ότι ελέγχθηκε αν πληρούνταν η υπόθεση του Cochran, 1954 ο οποίος αναφέρει πως το 80% των αναμενόμενων τιμών πρέπει να είναι μεγαλύτερες του 5 και όλες μεγαλύτερες του 1. Στην περίπτωση που δεν πληρούνταν η αναφερθείσα υπόθεση και ο πίνακας διπλής εισόδου ήταν 2 X 2 (δύο επίπεδα σε κάθε μεταβλητή), εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher (Fisher's exact test).

Για όλες τις προαναφερθείσες αναλύσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05 (5%).

#### 4.5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος τα οποία αναφέρονται στο πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον πίνακα 4.1 ως συχνότητες και ποσοστά.

Επίσης στον ίδιο πίνακα παρουσιάζονται το δεύτερο (οικονομικά στοιχεία) και τρίτο τμήμα του ερωτηματολογίου (χρήση υπηρεσιών υγείας και τρόπος πληρωμής). Στο τέλος παρουσιάζεται το τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου με τις γενικές ερωτήσεις.

**Πίνακας 4.1: Περιγραφικά μέτρα ερωτήσεων (N=120)**

	Σύνολο δείγματος	
	Συχνότητα	%
<b>Φύλο</b>		
Ανδρας	49	40,8
Γυναίκα	71	59,2

Ηλικιακή ομάδα		
15 έως 25	17	14,2
26 έως 30	8	6,7
31 έως 35	23	19,2
36 έως 40	21	17,5
41 έως 45	18	15,0
46 έως 50	17	14,2
άνω των 50	16	13,3
15 έως 25	17	14,2
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Υποχρεωτική	1	0,8
Δευτεροβάθμια	8	6,7
Τριτοβάθμια	79	65,8
Μεταπτυχιακό	32	26,7
Επάγγελμα		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	26	21,7
Ελεύθερος επαγγελματίας	6	5,0
Δημόσιος Υπάλληλος	76	63,3
Φοιτητής	8	6,7
Άνεργος	3	2,5
Συνταξιούχος	1	0,8
Τόπος διαμονής		
Αττική	116	96,7
Επαρχία	3	2,5
Νησιωτική Ελλάδα	1	0,8
Μηνιαίο καθαρό εισόδημα		
≤ 500 €	16	13,3
501-750 €	9	7,5
751-1000 €	25	20,8
1001-1500 €	50	41,7
1501-2000 €	17	14,2
2001- 2500€	1	,8
≥ 2501€	2	1,7

Είστε ασφαλισμένοι σε κάποιον ασφαλιστικό φορέα;		
Ναι	113	94,2
Όχι	7	5,8
Αναφορά στον ασφαλιστικό φορέα που είστε ασφαλισμένοι:		
ΕΤΑΑ	1	0,9
ΙΚΑ	85	75,2
ΜΤΣ	3	2,7
ΟΓΑ	1	0,9
ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ	18	15,9
ΤΕΒΕ	1	0,9
ΤΣΑΥ	2	1,8
ΤΥΠΙΕΤ	2	1,8
Χρησιμοποιείτε ιδιωτική ασφάλιση;		
Ναι	47	39,2
Όχι	73	60,8
Εάν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε ναι, προσδιορίστε το ποσό που καταβάλλετε ετησίως για την ιδιωτική σας ασφάλιση.		
≤100€	11	23,4
101- 150€	6	12,8
151- 200 €	4	8,5
201- 250 €	9	19,1
250 €	17	36,2
Έχετε κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες;		
Ναι	84	70,0
Όχι	36	30,0
Εάν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε ναι, προσδιορίστε το λόγο:		
Εξέταση από γιατρό	46	54,8
Οδοντιατρικές υπηρεσίες	11	13,1
Εργαστηριακή εξέταση	15	17,9
Νοσηλεία-παρακολούθηση και θεραπεία	6	7,1
Νοσηλεία-χειρουργική επέμβαση	4	4,8
Φυσικοθεραπεία/αποκατάσταση	2	2,4

<b>Ποιόν από τους παρακάτω φορείς περίθαλψης χρησιμοποιήσατε;</b>		
Δημόσιο νοσοκομείο	15	17,9
Πολυϊατρεία του ασφαλιστικού σας ταμείου	6	7,1
Ιδιώτη γιατρό	41	48,8
Ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο	22	26,2
<b>Για το ποσό αυτό που καταβάλατε σας δόθηκε επίσημη απόδειξη ή κάποιο άλλο φορολογικό παραστατικό;</b>		
Ναι, μου δόθηκε	42	50,0
Μου δόθηκε για ένα μέρος του ποσού	11	13,1
Όχι, δεν μου δόθηκε	21	25,0
Δεν χρειάστηκε να πληρώσω κάτι από την τσέπη μου	10	11,9
<b>Άτυπη πληρωμή</b>		
Ναι	32	43,2
Όχι	42	56,8
<b>Η άτυπη αυτή πληρωμή ποιά υπηρεσία αφορούσε;</b>		
Εξέταση από γιατρό	24	75
Οδοντιατρικές υπηρεσίες	4	12,5
Εργαστηριακή εξέταση	1	3,1
Νοσηλεία-χειρουργική επέμβαση	3	9,4
<b>Για ποιό λόγο καταβάλατε το ποσό αυτό;</b>		
Γιατί μου ζητήθηκε	19	63,3
Επειδή έτσι συνηθίζεται	4	13,3
Για να λάβω περισσότερη προσοχή από το γιατρό/ νοσηλευτικό προσωπικό	3	10,0
Για να παρακάμψω την λίστα αναμονής	2	6,7
Για να αναπτυχθεί μια καλύτερη σχέση με τον γιατρό, για μελλοντική θεραπεία	2	6,7
<b>Ποιά αιτιολογία σας δόθηκε;</b>		
Χαμηλή αμοιβή γιατρού	7	21,9
Χρήση εξειδικευμένων φαρμάκων/υπηρεσιών	4	12,5
Μεγαλύτερη φροντίδα	5	15,6
Παράκαμψη της λίστας αναμονής	2	6,3
Για μείωση της τιμής	6	18,8
Δεν μου δόθηκε	8	25,0
<b>Το ποσό αυτό δόθηκε:</b>		

Πριν τη χρήση της υπηρεσίας	2	6,3
Κατά τη διάρκεια	3	9,4
Μετά τη χρήση της υπηρεσίας	27	84,4
Από ποιόν σας ζητήθηκε;		
Γιατρό	27	84,4
Λοιπό προσωπικό	5	15,6
Είστε ικανοποιημένος από την περίθαλψη που σας παρασχέθηκε;		
Καθόλου	1	3,1
Λίγο	1	3,1
Μέτρια	3	9,4
Αρκετά	21	65,6
Πάρα πολύ	6	18,8
Θεωρείτε ότι η άτυπη πληρωμή βοήθησε στην αντιμετώπιση του προβλήματος σας;		
Καθόλου	10	31,3
Λίγο	4	12,5
Μέτρια	8	25,0
Αρκετά	6	18,8
Πάρα πολύ	4	12,5
Θεωρείτε θα είχατε το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή;		
Δεν νομίζω	3	9,4
Ίσως	7	21,9
Μάλλον ναι	13	40,6
Σίγουρα ναι	8	25,0
Δεν ξέρω	1	3,1
Ποιά είναι η στάση σας απέναντι στις άτυπες πληρωμές;		
Πολύ αρνητική	41	34,2
Αρνητική	66	55,0
Θετική	2	1,7
Πολύ θετική	1	,8
Αδιάφορη	10	8,3
Είχατε προχωρήσει στο παρελθόν σε άτυπη πληρωμή για υπηρεσίες υγείας;		
Ναι	85	70,8

Όχι	35	29,2
Είστε ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας;		
Ναι	20	16,7
Όχι	100	83,3
Μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα διαθέτατε για τη δωρεάν λήψη φαρμάκων αν δεν σας γινόταν ήδη κράτηση από το μισθό σας:		
0 €	11	9,2
Έως 49 €	39	32,8
50 - 99	46	38,7
100 € και πάνω	23	19,3
Μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα διαθέτατε για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας αν δεν σας γινόταν ήδη κράτηση από το μισθό σας:		
0 €	9	7,6
Έως 49 €	25	21,0
50 - 99 €	26	21,8
100 € και πάνω	59	49,6

Όπως παρατηρείται από τους παραπάνω πίνακες, η πλειοψηφία του δείγματος είναι ασφαλισμένοι σε κάποιον ασφαλιστικό φορέα (94,2%) με τους περισσότερους να δηλώνουν το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α) ως ασφαλιστικό φορέα (75,2%). Σχεδόν 4 στους 10 ερωτώμενους έχουν ιδιωτική ασφάλιση (39,2%) και δίνουν € 250 το χρόνο για την πληρωμή της ιδιωτικής ασφάλισης (36,2%).

Το 70,0% του δείγματος έχει κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες και πιο συγκεκριμένα το 54,8% έχει εξεταστεί από γιατρό. Ακριβώς οι μισοί ερωτώμενοι από αυτούς που έχουν κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, τους δόθηκε επίσημη απόδειξη ή κάποιο άλλο φορολογικό παραστατικό ενώ σε ένα 13,1% δόθηκε μόνο για ένα μέρος του ποσού. Στο ένα τέταρτο του δείγματος δε δόθηκε κανένα παραστατικό ενώ το 11,9% δεν χρειάστηκε να πληρώσουν κάτι επιπλέον.

Ενδιαφέρον στοιχείο για περαιτέρω διερεύνηση αποτελεί το γεγονός ότι στο 63,3% του δείγματος ζητήθηκε να καταβληθεί το επιπλέον ποσό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ενώ το 13,3% δήλωσε πως προέβη σε αυτή την κίνηση καθώς έτσι συνηθίζεται. Η



κυρίως αιτιολογία που δόθηκε ήταν η χαμηλή αμοιβή του γιατρού (38,9%) και η καταβολή του ποσού έγινε μετά τη χρήση της υπηρεσίας.

Ενώ οι περισσότεροι ερωτώμενοι έμειναν ευχαριστημένοι (αρκετά ή πάρα πολύ) από την περίθαλψη που τους παρασχέθηκε (84,4%) ωστόσο το 43,8% θεωρεί ότι η άτυπη πληρωμή δεν βοήθησε στην αντιμετώπιση του προβλήματος καθόλου ή λίγο, το 25,0% θεωρεί πως βοήθησε λίγο ενώ το 31,3% θεωρεί πως βοήθησε αρκετά ή πάρα πολύ.

Το 65,6% θεωρεί ότι θα είχε το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή. Στις επόμενες ερωτήσεις του τέταρτου μέρους βλέπουμε την γενική άποψη του πληθυσμού για τις άτυπες πληρωμές είτε έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες είτε όχι. Το 89,2% έχει αρνητική ή πολύ αρνητική στάση απέναντι στις άτυπες πληρωμές παρόλο που το 70,8 έχει προχωρήσει στο παρελθόν σε άτυπη πληρωμή για υπηρεσίες υγείας. Τέλος, 8 στους 10 ερωτώμενους δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας της χώρας μας.

Όσον αφορά τα χρηματικά ποσά παρατηρούμε σύμφωνα με τον πίνακα 4.2 ότι το μεγαλύτερο ποσό πρόσθετης πληρωμής για τους ασθενείς δόθηκε για υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν σε δημόσια νοσοκομεία (€135) με μικρή διαφορά από τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα όπου το ποσό φτάνει περίπου τα €133.

**Πίνακας 4.2: Περιγραφικά μέτρα για την καταβολή πρόσθετης ιδιωτικής πληρωμής**

	Μέσος όρος	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
Δημόσιο νοσοκομείο	135,0	65,0	179,0
Πολυϊατρεία του ασφαλιστικού σας ταμείου	20,0	20,0	0,0
Ιδιώτη γιατρό	72,1	50,0	68,3
Ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο	132,9	50,0	301,3
Τα ποσά αναφέρονται σε €.			

Το συνολικό ποσό που κατέβαλαν οι ασθενείς από την τσέπη τους για υπηρεσίες υγείας φτάνει τα € 7238 ενώ σχεδόν το 1/3 των χρημάτων αυτών αντιστοιχούν σε άτυπες πληρωμές δηλαδή € 2570 (πίνακας 4.3)

**Πίνακας 4.3: Περιγραφικά μέτρα συνολικού ποσού πρόσθετης πληρωμής**

		<b>ΑΜΕΣΗ ΠΛΗΡΩΜΗ</b>	<b>ΑΤΥΠΗ ΠΛΗΡΩΜΗ</b>
<b>N</b>	Δείγμα	74	32
	Ελλειπίες τιμές	46	88
<b>Μέσος όρος</b>		97,8	80,3
<b>Διάμεσος</b>		50,0	50,0
<b>Επικρατούσα τιμή</b>		50	50
<b>Τυπική απόκλιση</b>		195,2	105,7
<b>Διακύμανση</b>		38114,2	11170,9
<b>Εύρος</b>		1500	500
<b>Ελάχιστο</b>		0	0
<b>Μέγιστο</b>		1500	500
<b>Άθροισμα</b>		7238	2570

Επίσης βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 4.4 προκύπτει ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν ιδιωτική ασφάλιση επιβαρύνονται εκτός των χρημάτων που καταβάλουν σ' αυτήν, επιπλέον περίπου € 88 για την υγειονομική τους περίθαλψη εκ των οποίων σχεδόν τα μισά (€ 43) αφορούν άτυπες πληρωμές.

**Πίνακας 4.4: Περιγραφικά μέτρα συνολικού ποσού για άτομα με ιδιωτική ασφάλιση**

		<b>ΑΜΕΣΗ ΠΛΗΡΩΜΗ</b>	<b>ΑΤΥΠΗ ΠΛΗΡΩΜΗ</b>	
Χρησιμοποιείτε ιδιωτική ασφάλιση;	Ναι	Μέσος όρος	87,7	43,0
		Διάμεσος	55	50
		Ελάχιστο	10	20
		Μέγιστο	400	70
		Τυπική απόκλιση	84,5	17,0
		Εύρος	390	50
		Άθροισμα	2630	430

Τέλος στον πίνακα 4.5 αποτυπώνεται το ύψος του ποσού των άτυπων πληρωμών ανά πάροχο υπηρεσιών υγείας. Έτσι προκύπτει ότι για ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα δηλώθηκαν άτυπες πληρωμές ύψους € 275 ενώ για δημόσιο νοσοκομείο το αντίστοιχο ποσό ήταν € 225.

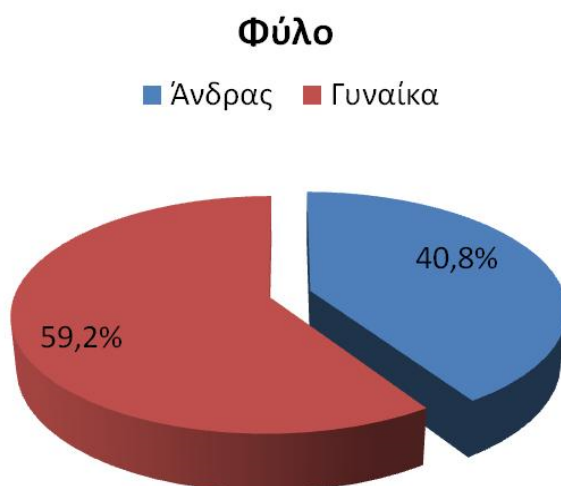
**Πίνακας 4.5: Περιγραφικά μέτρα για το ποσό της άτυπης πληρωμής**

	Μέσος όρος	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
Δημόσιο νοσοκομείο	225,0	225,0	247,5
Πολυϊατρεία του ασφαλιστικού σας ταμείου	-	-	-
Ιδιώτη γιατρό	56,1	50,0	42,9
Ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο	275,0	275,0	318,2
Τα ποσά αναφέρονται σε €.			

## 4.6 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

Στην παρούσα ενότητα απεικονίζονται οι μεταβλητές του ερωτηματολογίου με τη μορφή γραφημάτων.

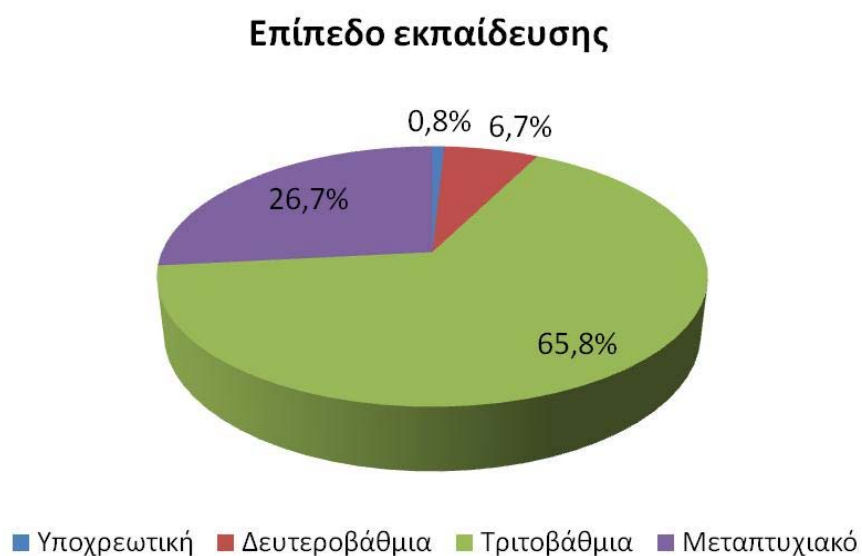
**Γράφημα 4.1: Διάγραμμα πίτας για το φύλο**



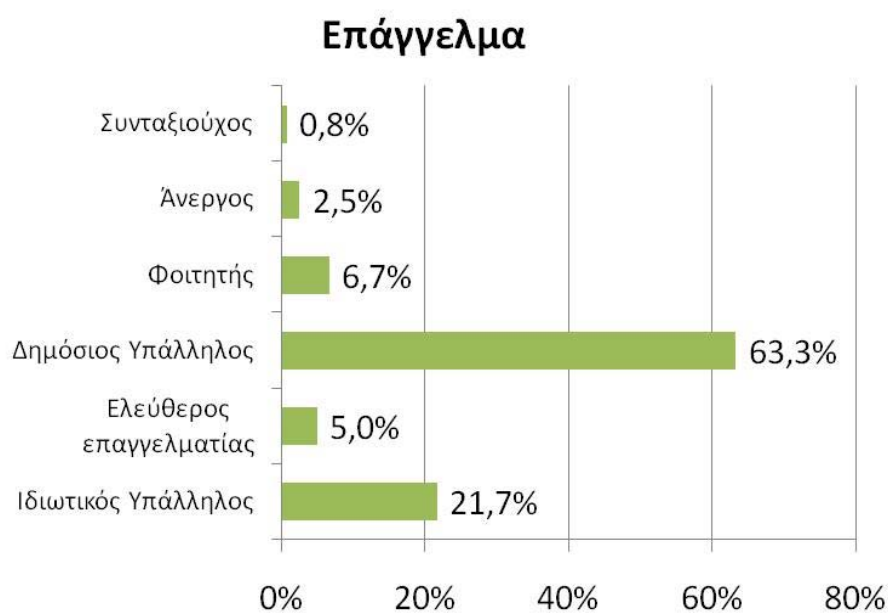
**Γράφημα 4.2: Ραβδόγραμμα για την ηλικία**



**Γράφημα 4.3: Διάγραμμα πίτας για το επίπεδο εκπαίδευσης**



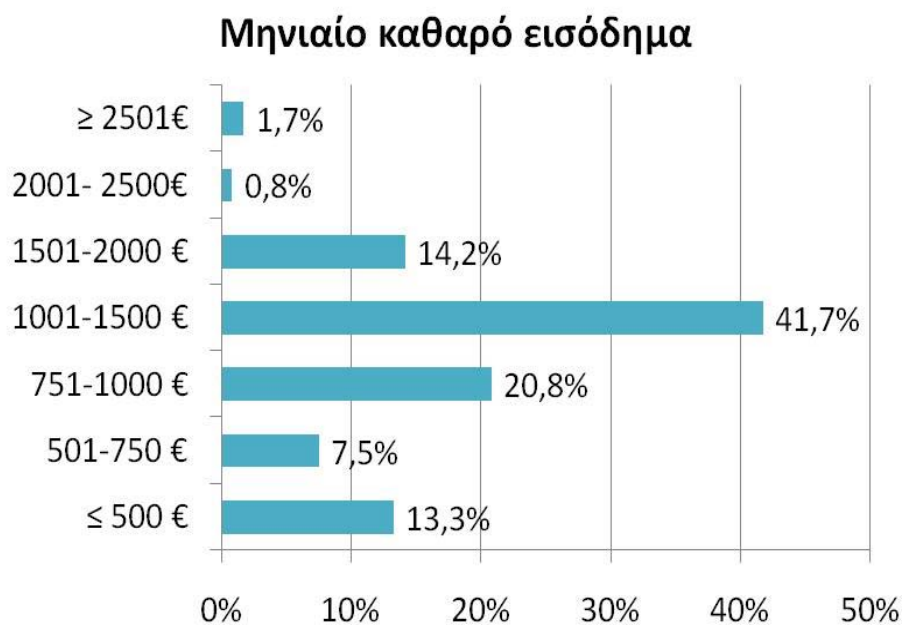
**Γράφημα 4.4: Ραβδόγραμμα για το επάγγελμα**



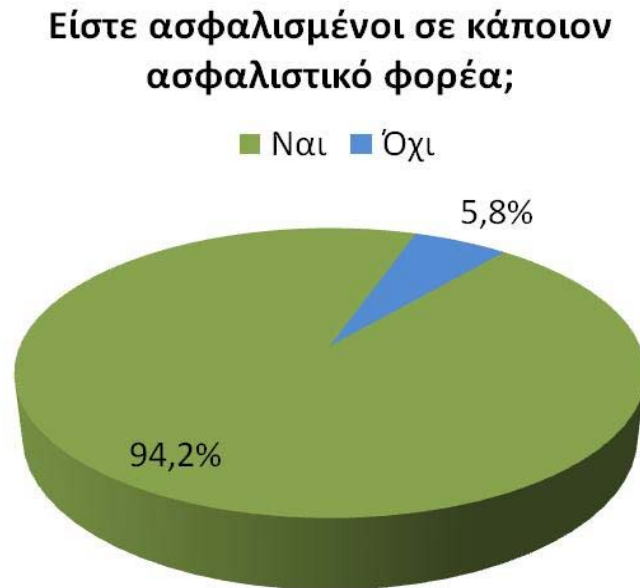
**Γράφημα 4.5: Διάγραμμα πίτας για το τόπο διαμονής**



**Γράφημα 4.6: Ραβδόγραμμα για το μηνιαίο καθαρό εισόδημα**



**Γράφημα 4.7: Διάγραμμα πίτας για την ασφάλιση σε ασφαλιστικό φορέα**



**Γράφημα 4.8: Διάγραμμα πίτας για την ιδιωτική ασφάλιση**

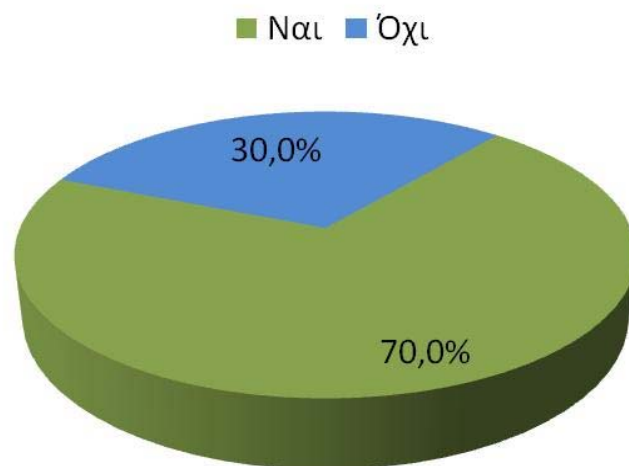


**Γράφημα 4.9: Ραβδόγραμμα για το ποσό που καταβάλλουν ετησίως για την ιδιωτική ασφάλιση**



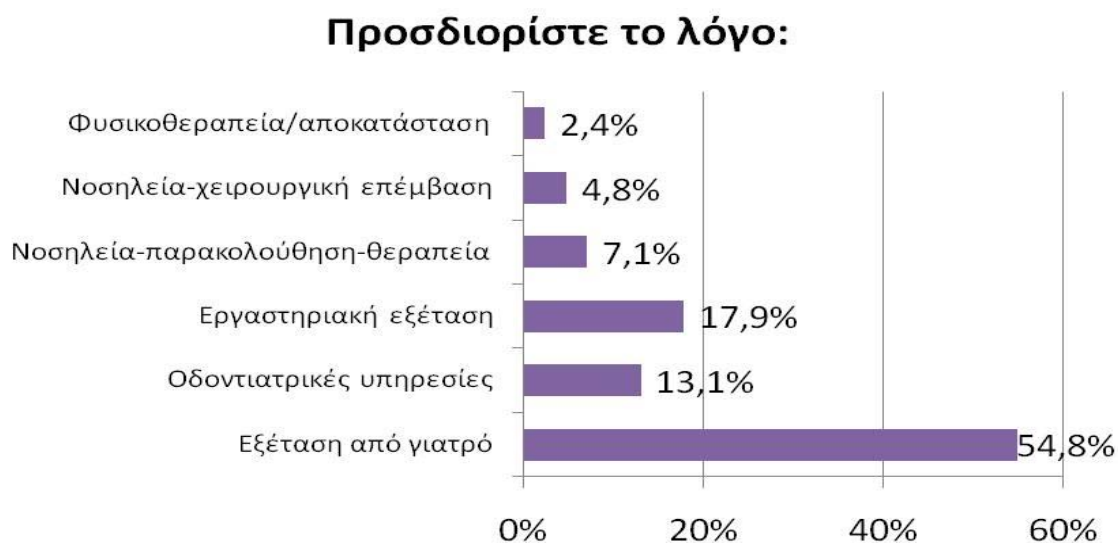
**Γράφημα 4.10: Διάγραμμα πίτας για το αν έχουν κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες**

**Έχετε κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες;**



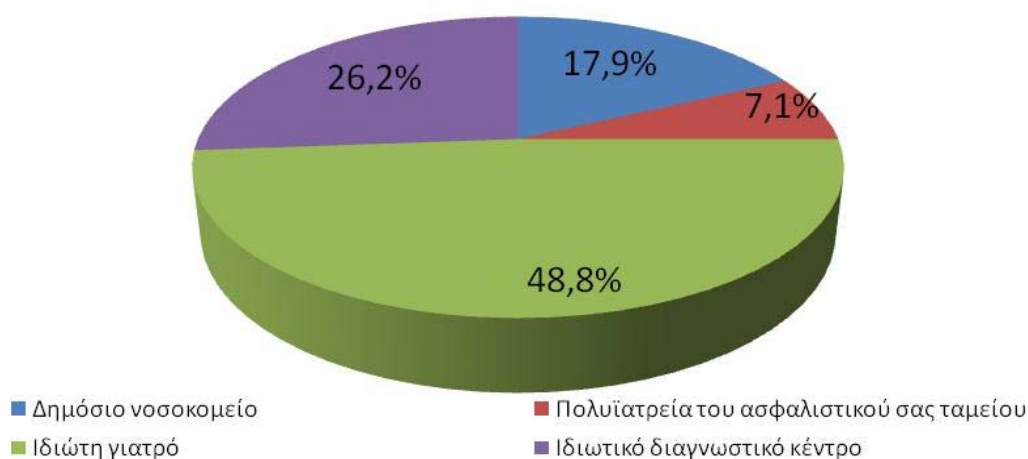


**Γράφημα 4.11: Ραβδόγραμμα για το λόγο χρήσης υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες**



**Γράφημα 4.12: Διάγραμμα πίτας για τους φορείς περίθαλψης που χρησιμοποίησαν τους τελευταίους 12 μήνες**

**Ποιόν από τους παρακάτω φορείς περίθαλψης χρησιμοποίησατε;**



**Γράφημα 4.13: Διάγραμμα πίτας για την παροχή επίσημης απόδειξης**

**Για το ποσό αυτό που καταβάλατε σας δόθηκε επίσημη απόδειξη ή κάποιο άλλο φορολογικό παραστατικό;**



Στην ερώτηση που αφορά την καταβολή άτυπης πληρωμής, από το σύνολο των πολιτών που έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας τον τελευταίο χρόνο (84 άτομα από τα 120) το 38,1 % δεν έλαβε απόδειξη για ολόκληρο ή μέρος του ποσού που κατέβαλε. Η τάση του ποσοστού αυτού βρίσκεται αρκετά κοντά και στα ποσοστά των αντίστοιχων μελετών που έχουν γίνει πρόσφατα αναφορικά με τις άτυπες πληρωμές.

Σύμφωνα με το γράφημα 4.14 στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι άτυπες πληρωμές αφορούσαν εξέταση από γιατρό (75%) και ακλουθούν οι οδοντιατρικές υπηρεσίες (12,5%).

Ταυτόχρονα εντύπωση προκαλεί ότι η πλειοψηφία των ασθενών κατέβαλε το ποσό επειδή του ζητήθηκε από τον πάροχο των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που ενισχύει την εκτίμηση ότι τα αιτήματα από το ιατρικό προσωπικό για άτυπες πληρωμές θα γίνουν εντονότερα κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης. **(Γράφημα 4.15)**

Το ίδιο καταδεικνύουν και τα ποσοστά που αφορούν την αιτιολογία για την πληρωμή αφού στο 25% των ερωτώμενων δεν δόθηκε καμία αιτιολογία ενώ στο 21% αυτή είχε να κάνει με τη χαμηλή αμοιβή του γιατρού. **(Γράφημα 4.16)**

**Γράφημα 4.14: Ραβδόγραμμα για υπηρεσία στην οποία έγινε άτυπη πληρωμή**

### Η άτυπη αυτή πληρωμή ποιιά υπηρεσία αφορούσε;



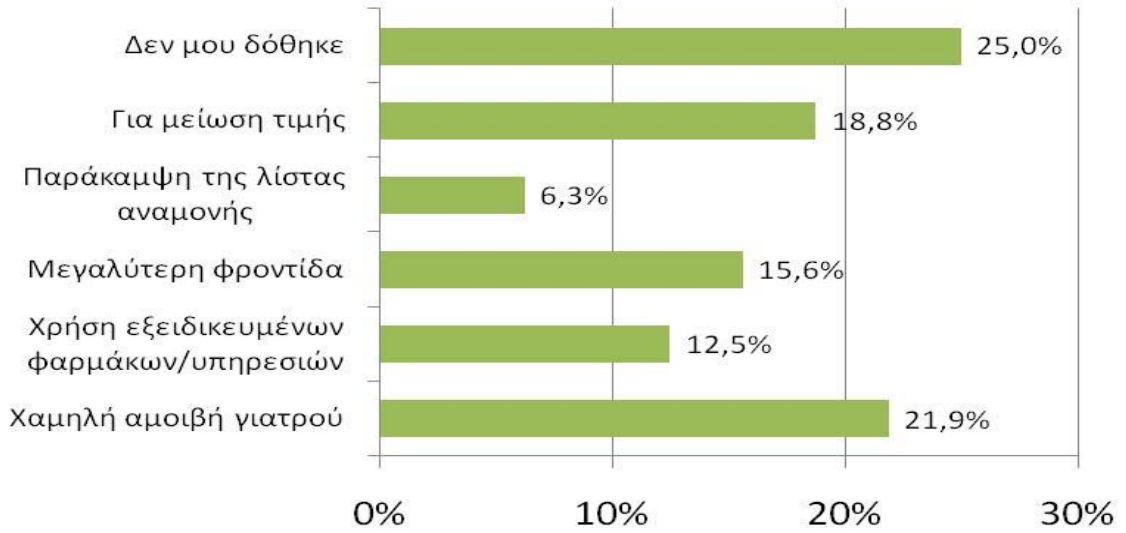
Γράφημα 4.15: Ραβδόγραμμα για το λόγο καταβολής της άτυπης πληρωμής

### Για ποιό λόγο καταβάλατε το ποσό αυτό;



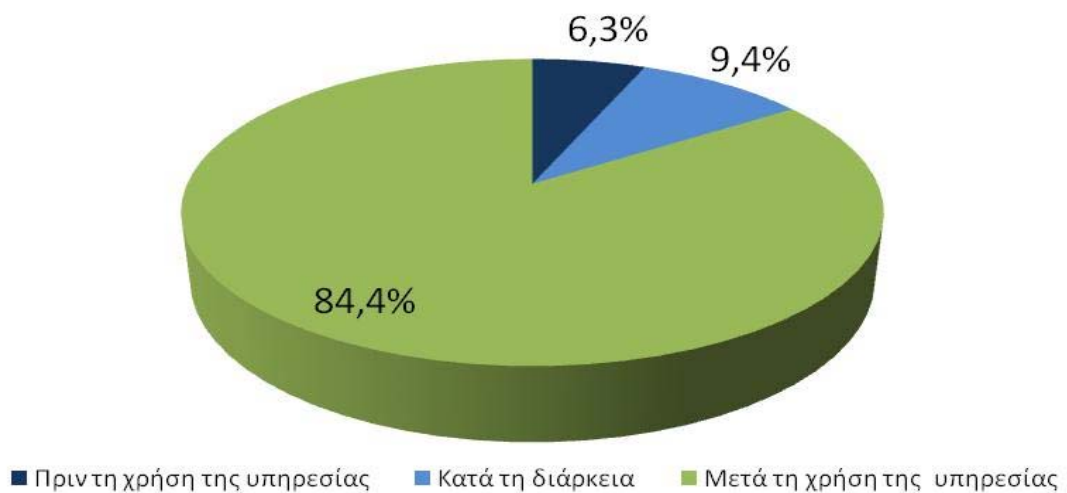
Γράφημα 4.16: Ραβδόγραμμα για την αιτιολογία που δόθηκε για την άτυπη πληρωμή

### Ποιά αιτιολογία σας δόθηκε;



Γράφημα 4.17: Διάγραμμα πίτα για το χρονικό διάστημα στο οποίο δόθηκε η άτυπη πληρωμή

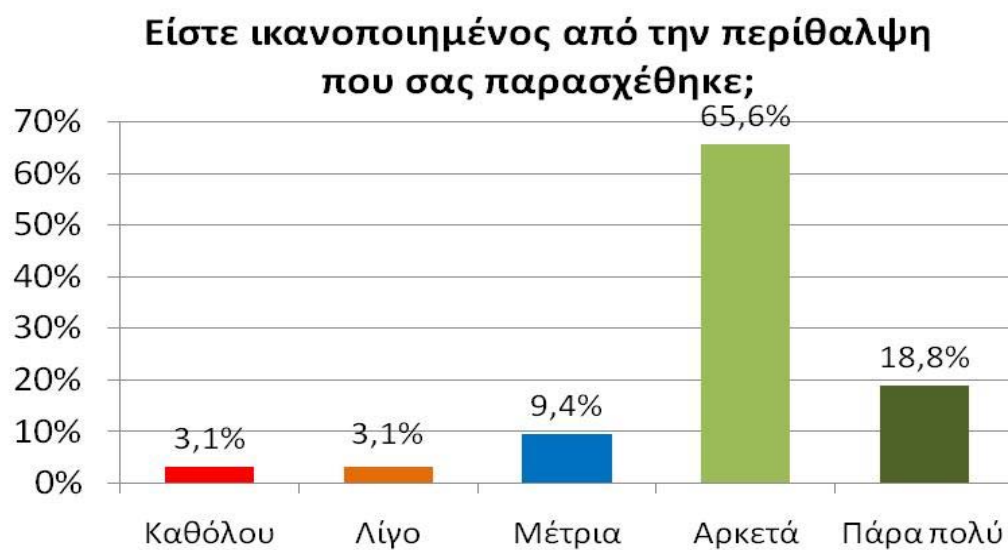
### Το ποσό αυτό δόθηκε:



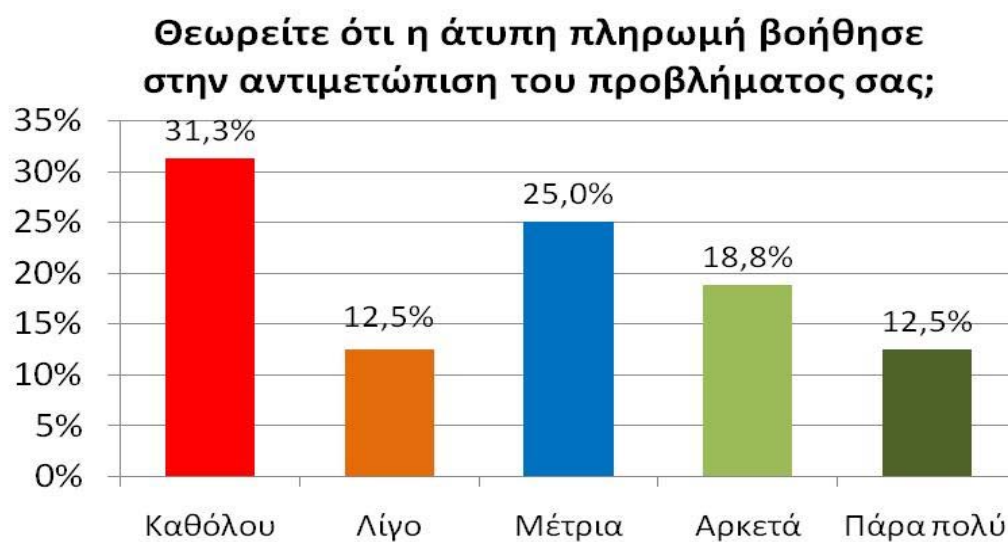
**Γράφημα 4.18: Διάγραμμα πίτα για το άτομο που ζήτησε το ποσό**



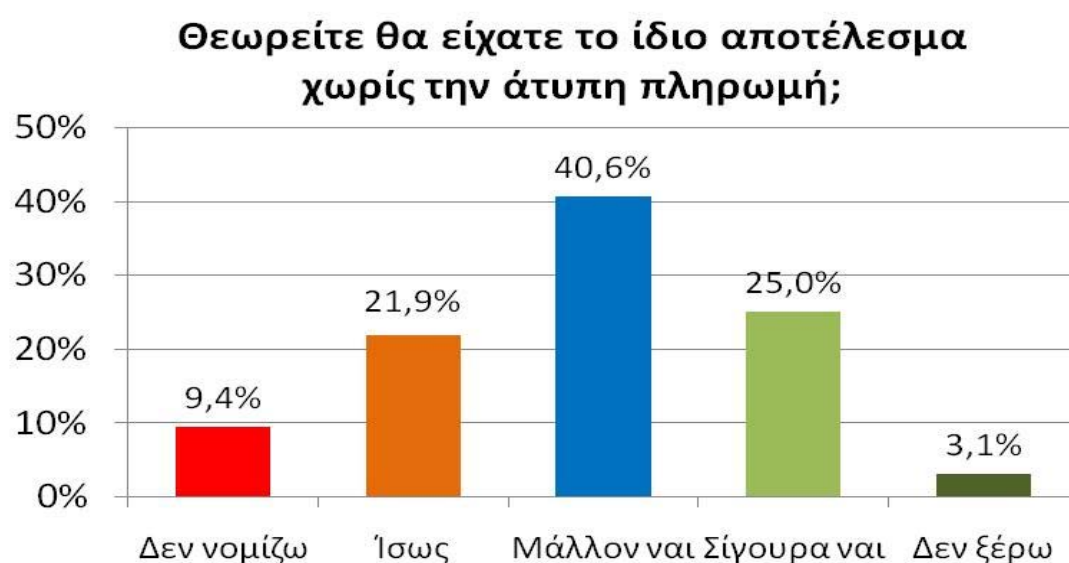
**Γράφημα 4.19: Ραβδόγραμμα για το βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη περίθαλψη**



**Γράφημα 4.20: Ραβδόγραμμα για το αν θεωρούν ότι η άτυπη πληρωμή βοήθησε στην αντιμετώπιση του προβλήματος**



**Γράφημα 4.21: Ραβδόγραμμα για το αν θεωρούν ότι θα είχαν το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή**

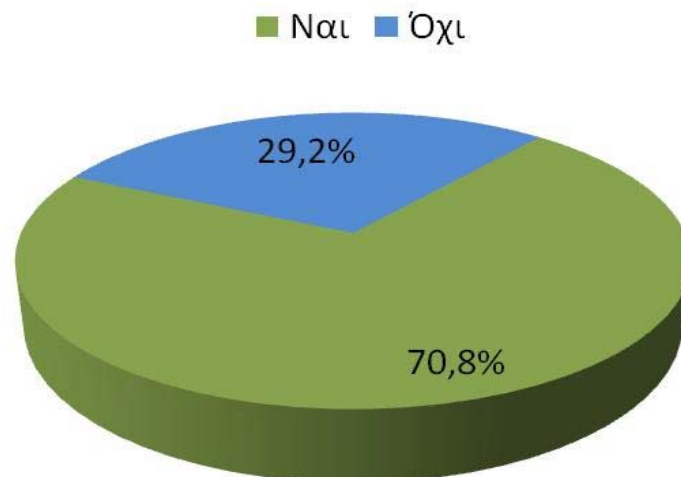


**Γράφημα 4.22: Ραβδόγραμμα για τη στάση απέναντι στις άτυπες πληρωμές**



**Γράφημα 4.23: Διάγραμμα πίτας για το αν έχουν προχωρήσει στο παρελθόν σε άτυπη πληρωμή για υπηρεσίες υγείας**

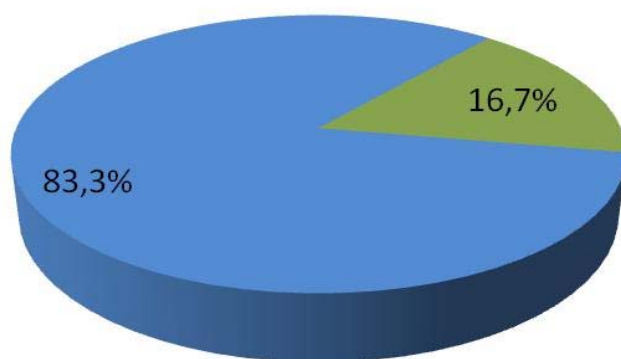
**Είχατε προχωρήσει στο παρελθόν σε άτυπη πληρωμή για υπηρεσίες υγείας;**



**Γράφημα 4.24: Διάγραμμα πίτας για το αν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας**

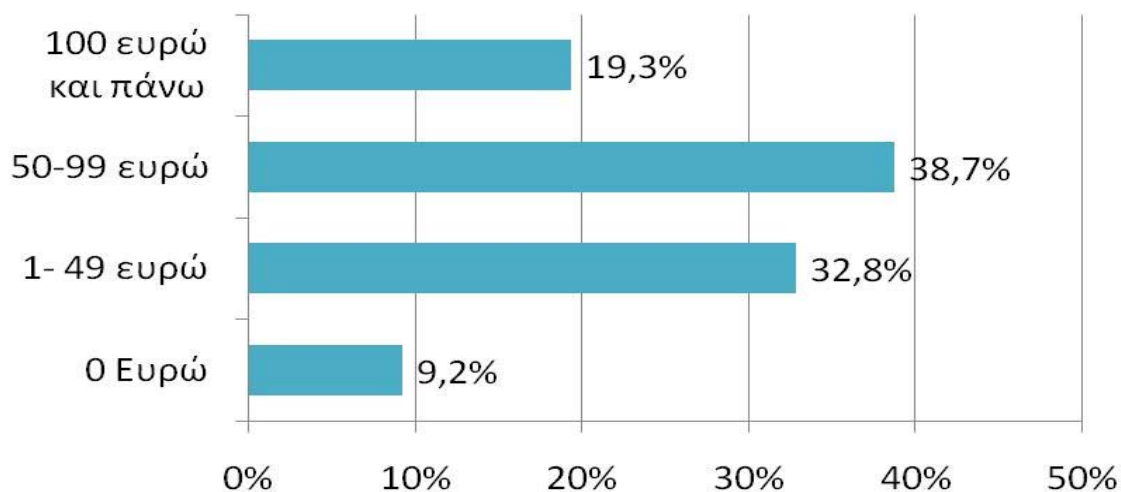
**Είστε ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας;**

■ Ναι ■ Όχι



**Γράφημα 4.25: Ραβδόγραμμα για το μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα διέθεταν για τη δωρεάν λήψη φαρμάκων**

**Μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα διαθέτατε για τη δωρεάν λήψη φαρμάκων αν δεν σας γινόταν ήδη κράτηση από το μισθό σας**





**Γράφημα 4.26: Ραβδόγραμμα για το μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα διαθέταν για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας αν δεν γινόταν ήδη κράτηση από το μισθό**



#### 4.7 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στην παρούσα ενότητα, παρουσιάζονται οι συγκριτικοί πίνακες μεταξύ των μεταβλητών των ερωτηματολογίων και κάποιας άλλης ερώτησης ενδιαφέροντος.

Οι πίνακες ελέγχουν το προφίλ των ατόμων που έχουν κάνει κάποια άτυπη πληρωμή σε υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους αλλά και ως προς άλλα χαρακτηριστικά όπως για παράδειγμα αν έχουν ιδιωτική ασφάλιση.

**Πίνακας 4.6: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και φύλου**

		Άτυπη πληρωμή			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	Συχνότητα	12	16	28
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	Γυναίκα	Συχνότητα	20	26	46
		%	43,5%	56,5%	100,0%

<b>Σύνολο</b>	Συχνότητα	32	42	74
	%	43,2%	56,8%	100,0%
Chi-square test, $p$ -value = ,958.				

**Πίνακας 4.7: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και ηλικίας**

		<b>Άτυπη πληρωμή</b>			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
<b>Ηλικία</b>	έως 30 ετών	Συχνότητα	8	6	14
		%	57,1%	42,9%	100,0%
	31-40 ετών	Συχνότητα	11	15	26
		%	42,3%	57,7%	100,0%
	πάνω από 41 ετών	Συχνότητα	13	21	34
		%	38,2%	61,8%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%
Chi-square test, $p$ -value = ,482.					

**Πίνακας 4.8: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και επιπέδου εκπαίδευσης**

		<b>Άτυπη πληρωμή</b>			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	Απόφοιτοι έως δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Συχνότητα	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	Συχνότητα	29	39	68
		%	42,6%	57,4%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%
Fisher test, $p$ -value > ,999.					

**Πίνακας 4.9: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και επαγγέλματος**

		Άτυπη πληρωμή			
			Ναι	Όχι	Σύνολο
<b>Επάγγελμα</b>	Οικονομικά Ενεργοί (Ιδιωτικοί, δημόσιοι υπάλληλοι, ελεύθεροι επαγγ.)	Συχνότητα	29	36	65
		%	44,6%	55,4%	100,0%
	Οικονομικά Μη Ενεργοί (φοιτητές, άνεργοι, συνταξιούχοι)	Συχνότητα	3	6	9
		%	33,3%	66,7%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Fisher test,  $p$ -value = ,723.

**Πίνακας 4.10: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και τύπου διαμονής**

		Άτυπη πληρωμή			
			Ναι	Όχι	Σύνολο
<b>Τόπος Διαμονής</b>	Αττική	Συχνότητα	30	41	71
		%	42,3%	57,7%	100,0%
	Επαρχία & Νησιά	Συχνότητα	2	1	3
		%	66,7%	33,3%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Fisher test,  $p$ -value = ,575.

**Πίνακας 4.11: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και μηνιαίου καθαρού εισοδήματος**

		Άτυπη πληρωμή			
			Ναι	Όχι	Σύνολο
<b>Μηνιαίο καθαρό εισόδημα</b>	Έως 1000 €	Συχνότητα	13	18	31
		%	41,9%	58,1%	100,0%
	Πάνω από 1001 €	Συχνότητα	19	24	43
		%	44,2%	55,8%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Chi-square test,  $p$ -value = ,847.

**Πίνακας 4.12: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και ασφάλισης σε κάποιον ασφαλιστικό φορέα**

		Άτυπη πληρωμή			
			Ναι	Όχι	Σύνολο
<b>Είστε ασφαλισμένοι σε κάποιον ασφαλιστικό φορέα;</b>	Ναι	Συχνότητα	30	38	68
		%	44,1%	55,9%	100,0%
	Όχι	Συχνότητα	2	4	6
		%	33,3%	66,7%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Fisher exact test,  $p$ -value = ,693.

**Πίνακας 4.13: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και ιδιωτικής ασφάλισης**

		Άτυπη πληρωμή			
			Ναι	Όχι	Σύνολο
<b>Χρησιμοποιείτε ιδιωτική ασφάλιση;</b>	Ναι	Συχνότητα	10	20	30
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Όχι	Συχνότητα	22	22	44
		%	50,0%	50,0%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Chi-square test,  $p$ -value = ,155.

**Πίνακας 4.14: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και φορέων περίθαλψης που χρησιμοποιήθηκαν**

		Άτυπη πληρωμή			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
<b>Ποιόν από τους παρακάτω φορείς περίθαλψης χρησιμοποιήσατε ;</b>	Δημόσιο νοσοκομείο	Συχνότητα	4	5	9
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	Πολυϊατρεία ασφαλιστικού ταμείου	Συχνότητα	0	3	3
		%	0,0%	100,0%	100,0%
	Ιδιώτη γιατρό	Συχνότητα	23	18	41
		%	56,1%	43,9%	100,0%
	Ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο	Συχνότητα	5	16	21
		%	23,8%	76,2%	100,0%
	<b>Σύνολο</b>	Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Δεν είναι εφικτό να εφαρμοστούν τεστ στατιστικής σημαντικότητας λόγω μη ικανοποίησης των απαραίτητων υποθέσεων.

**Πίνακας 4.15: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και της στάσης απέναντι στις άτυπες πληρωμές**

		Άτυπη πληρωμή			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
<b>Ποιά είναι η στάση σας απέναντι</b>	Πολύ αρνητική/ Αρνητική	Συχνότητα	30	38	68
		%	44,1%	55,9%	100,0%
	Θετική/ Πολύ θετική	Συχνότητα	2	0	2
		%	100,0%	0,0%	100,0%

<b>στις άτυπες πληρωμές;</b>	Αδιάφορη	Συχνότητα	0	4	4
		%	0,0%	100,0%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Δεν είναι εφικτό να εφαρμοστούν τεστ στατιστικής σημαντικότητας λόγω μη ικανοποίησης των απαραίτητων υποθέσεων.

**Πίνακας 4.16: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και παρελθούσας άτυπης πληρωμής για υπηρεσίες υγείας**

		<b>Άτυπη πληρωμή</b>			
			Ναι	Όχι	Σύνολο
<b>Είχατε προχωρήσει στο παρελθόν σε άτυπη πληρωμή για υπηρεσίες υγείας;</b>	Ναι	Συχνότητα	26	35	61
		%	42,6%	57,4%	100,0%
	Όχι	Συχνότητα	6	7	13
		%	46,2%	53,8%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Chi-square test,  $p$ -value = ,816.

**Πίνακας 4.17: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και της ικανοποίησης από το σύστημα υγείας**

		<b>Άτυπη πληρωμή</b>			
			Ναι	Όχι	Σύνολο
<b>Είστε ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας;</b>	Ναι	Συχνότητα	3	8	11
		%	27,3%	72,7%	100,0%
	Όχι	Συχνότητα	29	34	63
		%	46,0%	54,0%	100,0%
<b>Σύνολο</b>		Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Fisher test,  $p$ -value = ,331.

**Πίνακας 4.18: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και μέγιστου μηνιαίου ποσού διάθεσης για τη δωρεάν λήψη φαρμάκων**

		Άτυπη πληρωμή			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
<b>Μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα διαθέτατε για τη δωρεάν λήψη φαρμάκων αν δεν σας γινόταν ήδη κράτηση από το μισθό σας:</b>	0 €	Συχνότητα	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Έως 49 €	Συχνότητα	13	14	27
		%	48,1%	51,9%	100,0%
	50 - 99 €	Συχνότητα	10	16	26
		%	38,5%	61,5%	100,0%
	100 € και πάνω	Συχνότητα	6	9	15
		%	40,0%	60,0%	100,0%
	<b>Σύνολο</b>	Συχνότητα	32	42	74
		%	43,2%	56,8%	100,0%

Chi-square test,  $p$ -value = ,877.

**Πίνακας 4.19: Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ άτυπης πληρωμής και μέγιστου μηνιαίου ποσού διάθεσης για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας**

		Άτυπη πληρωμή			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
<b>Μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα διαθέτατε για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας αν δεν</b>	0 €	Συχνότητα	2	2	4
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Έως 49 €	Συχνότητα	11	5	16
		%	68,8%	31,3%	100,0%
	50 - 99 €	Συχνότητα	8	10	18
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	100 € και πάνω	Συχνότητα	11	25	36
		%	30,6%	69,4%	100,0%

<b>σας γινόταν ήδη κράτηση από το μισθό σας:</b>				
<b>Σύνολο</b>	Συχνότητα	32	42	74
	%	43,2%	56,8%	100,0%
Chi-square test, <i>p</i> -value = ,083.				

Στους παραπάνω πίνακες όπου παρουσιάζονται οι συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών των ερωτηματολογίων και των άτυπων πληρωμών, παρατηρείται ότι οι γυναίκες έχουν πραγματοποιήσει μία άτυπη πληρωμή τους τελευταίους 12 μήνες (43,5%) σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες (42,9%). Επίσης στην πλειοψηφία τους είναι απόφοιτοι έως δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (50,0%) ενώ οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν κάνει άτυπη πληρωμή σε ποσοστό 42,6%.

Επίσης φαίνεται αυτοί που έχουν κάποια καλύτερη οικονομική θέση βάση του μηνιαίου καθαρού εισοδήματος να έχουν πραγματοποιήσει μια άτυπη πληρωμή σε μεγαλύτερο ποσοστό (44,2%) σε σχέση με αυτούς των χαμηλότερων εισοδημάτων (41,9%) χωρίς αυτή η διαφορά να είναι μεγάλη. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 33,3% ενώ έχει ιδιωτική ασφάλιση έχει προβεί σε άτυπη πληρωμή σε αντιδιαστολή με το 50,0% που δεν έχει ιδιωτική ασφάλιση αλλά έχει προχωρήσει σε μια άτυπη πληρωμή.

Επιπροσθέτως, το 46,2% δήλωσε ότι ενώ δεν έχει προχωρήσει στο παρελθόν σε άτυπη πληρωμή για υπηρεσίες υγείας, τους τελευταίους 12 μήνες το έκανε πράγμα που σημαίνει ότι ήταν η πρώτη φορά που έγινε αυτή η συναλλαγή.

Ενώ το 46,0% έχει προχωρήσει σε άτυπη πληρωμή δεν είναι ευχαριστημένο από το σύστημα υγείας ενώ το 27,3% είναι ευχαριστημένο. Τέλος, η πλειοψηφία του δείγματος δεν θα έδινε τίποτα (€ 0) για δωρεάν λήψη φαρμάκων αν δεν γινόταν ήδη κράτηση του μισθού τους (50,0%) ενώ το 68,8% θα έδινε έως € 49 για λήψη υπηρεσιών υγείας. Όμως αυτοί που δεν έχουν προχωρήσει σε άτυπη πληρωμή θα έδιναν παραπάνω χρήματα (€ 100).



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύσταση του Ε.Σ.Υ πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγειονομικής περίθαλψης όπου οι πολίτες θα είχαν ισότιμη πρόσβαση στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Παρά τις προσπάθειες των κυβερνήσεων όμως προς αυτή τη κατεύθυνση, τελικά η στρεβλή ανάπτυξη του συστήματος υγείας στην χώρα είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να επωμίζονται σημαντικό οικονομικό βάρος όταν πρόκειται να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες του, παρότι αυτό θεωρείται δημόσιο.

Έτσι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στη χώρα μας, οι οποίες μάλιστα κατά την περίοδο 2009-2014 αυξήθηκαν κατά 9,3 %, αντιπροσωπεύουν διαχρονικά υψηλό ποσοστό επί των συνολικών υγειονομικών δαπανών. Το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών αυτών αφορά τις άμεσες πληρωμές των χρηστών, παρουσιάζοντας για την ίδια περίοδο αύξηση της τάξεως του 8 %.

Παράδοξο αποτελεί ότι η μεταρρύθμιση του 1983 με την οποία θεσπίστηκε το Ε.Σ.Υ και εισήχθησαν περιοριστικές ρυθμίσεις για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, δεν κατάφερε τελικά να μειώσει τις ιδιωτικές πληρωμές. Το γεγονός αυτό, πιθανότατα να οφείλεται στην υποχρηματοδότηση του δημοσίου τομέα καθώς ακόμη δεν έχει επιτευχθεί ο αρχικός στόχος της μεταρρύθμισης του 1983 για αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης

Επιπροσθέτως οι κύριες ανεπάρκειες του εθνικού συστήματος υγείας όπως, η εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων, το υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου του Υπουργείου Υγείας, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, η απαρχαιωμένες υποδομές, η έλλειψη σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, οι περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως και η χωροταξική τους κατανομή, επιφέρουν πρόσθετα προβλήματα τόσο στη χρηματοδότηση όσο και στην αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, η ετήσια δαπάνη για την υγεία αγγίζει περίπου το

9% του Α.Ε.Π, προσφέροντας τελικά ένα προϊόν αμφίβολής ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής, γεγονός που αντιμετωπίζεται από τους πολίτες, με την χρήση ιδιωτών επαγγελματιών εκτός του νοσοκομείου.

Οι υψηλές δαπάνες υγείας των πολιτών φαίνεται να συνδέονται αφενός μεν την προσπάθεια ικανοποίησης αναγκών που το δημόσιο σύστημα δεν καλύπτει επαρκώς ποιοτικά ή ποσοτικά και αφετέρου με τη ραγδαία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα την τελευταία εικοσαετία.

Υπό αυτές τις συνθήκες και σε συνδυασμό με την κουλτούρα που επικρατεί στην χώρα μας για τις υπηρεσίες υγείας, τις διαπροσωπικές σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ των ασθενών και του ιατρικού προσωπικού, όπως επίσης και της ψυχολογίας των ασθενών που αισθάνονται ευάλωτοι απέναντι σε ένα πρόβλημα υγείας αναπτύσσεται ένα περιβάλλον το οποίο ευνοεί τις παραοικονομικές δραστηριότητες μέρος των οποίων είναι και οι άτυπες πληρωμές.

Γενικά ο ποσοτικός προσδιορισμός των άτυπων πληρωμών στην υγεία αποτελεί ένα δυσχερές έργο που δεν μπορεί να δώσει εύκολα ακριβή αποτελέσματα. Ως εκ τούτου, οι διεθνείς οργανισμοί δυσκολεύονται να επιβάλουν τα καταλληλότερα μετρά για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού και προβαίνουν συνήθως σε γενικές συστάσεις στα κράτη μελή τους.

Όσον αφορά την έρευνα που πραγματοποιήθηκε και παρουσιάστηκε στα πλαίσια αυτής της διπλωματικής εργασίας για την καταβολή των άτυπων πληρωμών στις υπηρεσίες υγείας, μπορούμε να παρατηρήσουμε κάποια ενδιαφέροντα ευρήματα.

Αρχικά παρατηρούμε ότι οι ασθενείς που κατέβαλαν τα περισσότερα χρήματα σε πρόσθετες πληρωμές ήταν αυτοί που νοσηλεύτηκαν σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα (**Πίνακας 4.2**) πράγμα που συνάδει με το ότι κατά τη περίοδο της ύφεσης το βάρος των δαπανών των νοικοκυριών στην υγεία αφορά κυρίως την κάλυψη της νοσοκομειακής περίθαλψης. Το γεγονός αυτό αυξάνει τις πιθανότητες εφόσον τα ποσά των πρόσθετων πληρωμών είναι μεγάλα, να υπάρχουν και μεγάλα ποσά άτυπων πληρωμών.

Επίσης μπορούμε να συμπεράνουμε από την έρευνα ότι κανένα από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων δεν σχετίζεται με το ύψος των άτυπων συναλλαγών. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο και με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ούτε το επίπεδο εκπαίδευσης, ούτε η οικονομική κατάσταση των ατόμων φαίνεται να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την πιθανότητα καταβολής πρόσθετης άτυπης πληρωμής

Η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες όπως και η παράκαμψη της λίστας αναμονής για εισαγωγή δεν σχετίζονται με την καταβολή άτυπης αμοιβής σε γιατρούς. Εν αντιθέσει με τους παράγοντες που αφορούν την ποιότητα των υπηρεσιών, το βασικό κίνητρο παράτυπης οικονομικής συναλλαγής είναι η έκπτωση του τελικού ποσού για την υπηρεσία από την πλευρά των ασθενών εφόσον δεν αποδίδεται φόρος, ενώ από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού κίνητρο αποτελεί η ενίσχυση των αποδοχών τους και η φοροδιαφυγή.

Η αύξηση της φοροδιαφυγής μπορεί να αποδοθεί στη χαλαρή φορολογική συνείδηση τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των πολιτών. Για τους δεύτερους, το γεγονός αυτό πιθανότατα να σχετίζεται με τα χαμηλά ποσοστά φορολογικής έκπτωσης που υπάρχουν για τις δαπάνες υγείας. Από την άλλη για το υγειονομικό προσωπικό μια ακόμη αιτία θα μπορούσε να αποδοθεί στα χαμηλά επίπεδα στα οποία κυμαίνονται οι αποζημιώσεις της κοινωνικής ασφάλισης προς τους συμβεβλημένους επαγγελματίες υγείας, για την παροχή υπηρεσιών στους ασφαλισμένους τους. Η χαμηλή αποζημίωση των επαγγελματιών υγείας έχει ως αποτέλεσμα αυτοί να ζητούν έστω και έμμεσα κάποια πρόσθετη πληρωμή συνηθέστατα χωρίς την παροχή απόδειξης. Επιπλέον, τα χαμηλά ποσοστά επιστροφής στους ασφαλισμένους, δεν αποτελούν κίνητρο για τους πολίτες να ζητούν πλήρεις αποδείξεις ώστε να τις καταθέτουν στο ταμείο.

Σχετικά με την άταξη της παραοικονομίας στην υγεία και τον περιορισμό των άτυπων πληρωμών ζητούμενα θα πρέπει να είναι η αποκατάσταση της διαφάνειας στις οικονομικές συναλλαγές και η διασφάλιση της παροχής ενός ελαχίστου αποδεκτού επιπέδου υγειονομικής φροντίδας σε όποιον την έχει ανάγκη ανεξαρτήτως της οικονομικής του δυνατότητας.

Για την επίτευξη αυτών των στόχων οι άξονες της πολιτικής που αφορά την υγεία θα πρέπει να στραφούν προς δύο κύριες κατευθύνσεις: α) την αναβάθμιση των παρεχόμενων καλύψεων από το δημόσιο σύστημα και β) τον έλεγχο της παραοικονομικής δραστηριότητας, ώστε να διασφαλίζεται ο αποτελεσματικότερος σχεδιασμός της οικονομικής πολιτικής της χώρας. Έτσι αυξάνονται τα δημόσια έσοδα δίνοντας την ευχέρεια στις εκάστοτε κυβερνήσεις να πραγματοποιούν επενδύσεις σε διάφορους τομείς και να αναβαθμίζεται το βιοτικό επίπεδο των πολιτών.

Οι κατευθύνσεις αντιμετώπισης του φαινομένου στη χώρα μας θα πρέπει να επικεντρώνονται τόσο στους αντικειμενικούς παράγοντες όσο και στις ιδιαίτερες συνθήκες που συμβάλουν στη διαιώνιση του. Η δημιουργία ενός διαφοροποιημένου

σχεδίου δράσης με τη συνεργασία και άλλων ανεξάρτητων φορέων θα μπορούσε να περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των προβλημάτων καθώς και τρόπους επίλυσης αυτών στοχεύοντας κυρίως στην εφαρμογή των νόμων, τον έλεγχο, την αξιολόγηση και την απόδοση του όλου εγχειρήματος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- 1) Αθανασάκης Α., Βαφειάδης Γ., Γαρύφαλλος Α., Γιαννίρη Σ., Δόλγερας Α., Καλύβας Δ., *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ – 4 βήματα για τη μεταρρύθμιση*, Αθήνα, 2013
- 2) Βαβούρας Ι., Μανωλάς Γ.Α. *Η παραοικονομία στην Ελλάδα και τον κόσμο*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2004
- 3) *Έκθεση της Ε.Ε για την καταπολέμηση της διαφθοράς στην Ελλάδα*, Βρυξέλλες,, 2014
- 4) Ζηλίδης Χ., *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας, Η μεταρρύθμιση 2000-2004*, Mediforce, Αθήνα, 2005
- 5) Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σ. Σούλης, *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
- 6) Καϊτελίδου Δ., *Πολιτική και οικονομία της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2007
- 7) Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα-Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας, Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2002
- 8) Κυριόπουλος, Γ., Καραλής, Γ., Οικονόμου Μ., *Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του ζητήματος)*, Νοσοκομειακά Χρονικά, Τόμος 61, Τεύχος 1, 1999
- 9) Κυριόπουλος Γ., *Οικονομία και υπόγεια οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα*, τόμ. 1, τεύχ. 3, Αθήνα, 1992

- 10) Λιαρόπουλος Λ., *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Διεθνή συστήματα υγείας*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2010
- 11) Λιαρόπουλος Λ., *Τα "εγώ" του ΕΣΥ*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2005
- 12) Παπαηλίας Θ., *Οικονομία και κοινωνία - Οι εξελίξεις στην ελληνική οικονομία μεταπολεμικά*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2015
- 13) Παπαθεοδώρου Χ., Μουσιδου Α., *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕ, Μελέτες νο 16, Αθήνα, 2011
- 14) Πελαγίδης Θ., *Πολιτικές καταπολέμησης της διαφθοράς*, Non resident Senior Fellow, The Brookings Institution, US, 2013
- 15) Σισσούρας Α., Μπαρτζώκας Δ., Γούναρης Χ., *Οδηγός για την κατάρτιση - παρακολούθηση του Επιχειρησιακού Σχεδίου των Νοσοκομείων του ΕΣΥ*, Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας, Αθήνα, 2002
- 16) Σκουτέλης Γ., *Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστήμων Υγείας, Αθήνα, 1990
- 17) Σούλης Σ., *Οικονομική της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1998
- 18) Σουλιώτης Κ., *Υγεία, κοινωνία και οικονομία*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2013
- 19) Σουλιώτης Κ., *Κατεστημένες συμπεριφορές και αντιλήψεις*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο υγιεινής και επιδημιολογίας, ΕΚΠΑ, Επιλογές άρθρων πολιτικής υγείας, Φύλλο 2, 2010
- 20) Σουλιώτης Κ., *Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2000
- 21) Τάτσος Ν., *Παραοικονομία και φοροδιαφυγή στην Ελλάδα* Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2001

- 22) Τούντας Γ., Βαρδαβάς Κ., Γιαννοπούλου Κ., Γώτη Γ., Καστανιώτη Κ., Μαυριδόγλου Γ., Μεράκου Κ., Μπαρμπούνη Α., Πολύζος Ν., Σουλιώτης Κ., Φιλιππίδης Φ., *Η Υγεία των Ελλήνων στην κρίση, μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016
- 23) Τσόρης Σ., *Realpolitik και αγορά υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2002
- 24) Τσουδερού Β., *Τι ορίζεται ως διαφθορά, Κράτος και Διαφθορά*, Ι.Σιδέρης, 1998

#### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- 25) Cochran W.G., *Some methods of strengthening the common  $\chi^2$  tests*. *Biometrics*, 10:417-51,1954
- 26) Docteur E., Oxley H., *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD Economics Department Working Papers No 374, 2003
- 27) European Commission, *Study on Corruption in the Healthcare Sector*, 2013
- 28) Feld L. P., Schneider F., *Survey On The Shadow Economy And Undeclared Earnings In OECD Countries*, German Economic Review, Volume 11, Issue 2, 2010
- 29) Gounaris C. C., *Health Services Quality and Management in Greece Efficiency and Effectiveness of NHS Secondary Health Care Units*, Athens University of Economic and Business, 2007
- 30) Katsios St., *The Shadow Economy And Corruption in Greece*, South-Eastern Europe Journal of Economics 1, Ionian University, 2007

- 31) Kyriopoulos J., Gitona M., Karalis G., *Hidden Economy Private Spending and Informal Co-payment in Health Care: the Role of Medical Manpower in Greece*, in Beazoglou Tr., Heffley D., Kyriopoulos J., (eds.), Human Resources and Cost in the Health System, FICOSER & Exandas, Athens, 1998
- 32) Mossialos E., Thomson S., *Voluntary health insurance in the European Union, Funding health care: options for Europe*, WHO, 2004
- 33) Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin S., *Funding health care: options for Europe, European Observatory series*, Open University Press, Buckingham, 2002
- 34) Preker S. A., Carrin G., Dror D., Jakab M., Hsiao W., Arhin-Tenkorang D., *Effectiveness of Community Health Financing in Meeting the Cost of Illness*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, Washington, 2002
- 35) Siskou O., Liaropoylos L., Souliotis K., *Informal payments in the Greek health sector*, Eur J Health Econ, Springer -Verlag Berlin Heidelberg, 2009
- 36) Towse A., Sussex J, *Getting UK Health Care Expenditure Up to the European Union Mean-What Does That Mean?* BMJ., 2000

#### ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- 37) <http://www.moh.gov.gr/>
- 38) <http://www.who.int/en/>
- 39) <http://www.oecd.org>
- 40) <http://www.statistics.gr>
- 41) <https://ec.europa.eu/>
- 42) <http://ec.europa.eu/eurostat>

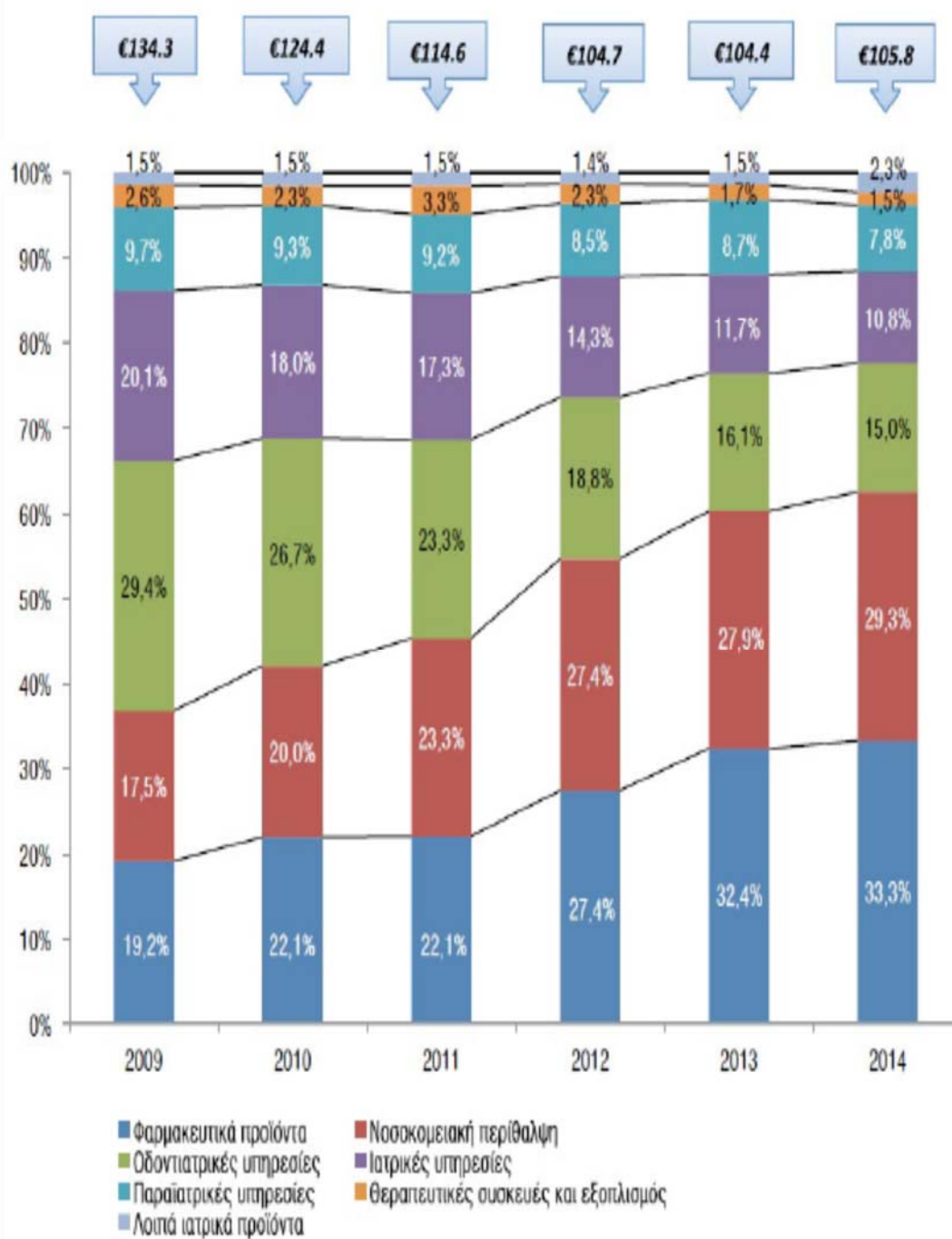


# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1.1: Δείκτης Καταναλωτών Eurohealth 2015

EuroHealth Consumer Index 2015		Italy	Latvia	Lithuania	Latvia	Malta	Netherlands	Poland	Norway	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Estonia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom		
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare based on Patients' Rights	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.2 Patient organization involvement	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.3 Non-fault malpractice insurance	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.4 Right to second opinion	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.5 Access to own medical records	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.6 Registry of non-list doctors	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.7 24hr or 24/7 telephone HC info	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.8 Cross-border care seeking freely allowed	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.10 EHR penetration	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.11 Double-booking of appointments?	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.12 e-prescriptions	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	<b>Subdiscipline weighted score</b>		96	104	125	121	92	75	148	146	79	129	96	104	113	121	104	125	133	129
	2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same-day access	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
2.2 Direct access to specialist		Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
2.3 Major elective surgery <90 days		Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
2.4 Cancer therapy <21 days		Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
2.5 CT scan <7days		Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
2.6 A&E waiting times		Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
<b>Subdiscipline weighted score</b>		138	113	175	200	183	113	299	138	180	125	158	128	183	125	113	100	225	100	
3. Outcomes	3.1 Decrease of DHD deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.2 Decrease of stroke deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.3 Infant deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.4 Cancer survival	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.5 Potential Years of Life Lost	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.6 MRSA infections	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.7 Antibiotic sales	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.8 Diabetes	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	<b>Subdiscipline weighted score</b>		188	146	135	218	135	135	249	249	146	188	184	125	135	208	188	229	249	188
4. Range and reach of services provided	4.1 Availability of healthcare systems	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.2 Cancer treatments per 100-100-age 65+	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.3 Kidney transplants per million pop.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.4 Dementia care included in public healthcare?	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.5 Informal payments to doctors	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.6 Long term care for the elderly	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.8 Concession sections	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
<b>Subdiscipline weighted score</b>		88	78	78	128	128	88	144	128	83	84	83	88	84	108	133	144	118	131	
5. Prevention	5.1 Infant B-disease vaccination	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.2 Blood pressure	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.3 Smoking/Prevention	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.4 Alcohol	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.5 Physical activity	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.6 HPV vaccination	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.7 Traffic deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
<b>Subdiscipline weighted score</b>		101	77	85	101	101	71	131	113	83	89	71	71	77	83	101	107	101	107	
6. Pharmaceuticals	6.1 No subsidy	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.2 Legman-eligible pharmaceuticals?	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.5 Antibiotic drugs	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.6 Meformin use	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.7 Antibiotic caps	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
<b>Subdiscipline weighted score</b>		57	52	52	67	67	57	88	81	52	67	43	48	71	67	67	81	78	81	
<b>Total score</b>		887	887	828	832	883	484	918	884	823	881	827	884	883	710	886	788	884	738	
<b>Rank</b>		22	29	25	8	23	36	1	3	34	20	32	30	24	18	19	10	2	14	

Σχήμα 2.10: Κατανομή δαπανών υγείας των νοικοκυριών 2008-2014



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

Πίνακας 3.2 : Κατάταξη χωρών σε διαφθορά Παγκοσμίως 2012

Country R	Country / Territory	CPI 2012 Score [1]	Surv eys Used [2]	Stan dard Error [3]	90% Confidence interval		Scores range [4]		Data sources												
					Lower	Upper	MIN	MAX	AFD B [5]	BF (SGI) [6]	BF (BTI) [7]	IMD [8]	ICRG [9]	WB [10]	WEF [11]	WJP [12]	EIU [13]	GI [14]	PER C [15]	TI [16]	FH [17]
66	Romania	44	8	3.7	38	50	32	60	0	0	58	32	60	0	34	43	38	42	0	0	50
66	Saudi Arabia	44	5	6.4	34	55	32	69	0	0	32	0	41	0	69	0	38	42	0	0	0
69	Brazil	43	8	3.3	38	49	31	58	0	0	58	31	50	0	35	45	38	52	0	37	0
69	Macedonia	43	6	4.7	35	51	21	50	0	0	49	0	0	0	50	48	21	42	0	0	50
69	South Africa	43	9	2.5	39	48	32	55	55	0	45	32	41	0	43	43	54	42	0	36	0
72	Bosnia and Herzegov	42	7	2.3	38	46	35	54	0	0	40	0	0	35	54	39	38	42	0	0	44
72	Italy	42	7	2.4	38	46	37	55	0	41	0	39	41	0	37	55	38	42	0	0	0
72	Sao Tome and Princi	42	3	5.0	34	50	32	47	47	0	0	0	0	47	0	0	0	32	0	0	0
75	Bulgaria	41	8	3.8	35	47	29	62	0	0	62	29	31	0	38	38	38	42	0	0	50
75	Liberia	41	7	3.9	35	47	28	55	55	0	45	0	41	35	52	28	0	32	0	0	0
75	Montenegro	41	4	4.5	34	49	32	53	0	0	40	0	0	0	53	0	0	32	0	0	39
75	Tunisia	41	7	2.8	36	45	28	50	40	0	28	0	50	0	42	47	38	42	0	0	0
79	Sri Lanka	40	7	1.3	38	42	35	44	0	0	36	0	41	35	43	44	38	42	0	0	0
80	China	39	9	2.9	34	43	28	55	0	0	28	34	31	0	47	45	38	32	39	55	0
80	Serbia	39	7	2.6	35	44	31	49	0	0	49	0	31	0	35	35	38	42	0	0	47
80	Trinidad and Tobago	39	4	4.5	32	47	31	52	0	0	0	0	31	0	37	0	38	52	0	0	0
83	Burkina Faso	38	7	4.4	31	45	23	55	55	0	23	0	31	47	26	42	0	42	0	0	0
83	El Salvador	38	6	2.8	33	43	25	45	0	0	45	0	41	0	25	38	38	42	0	0	0
83	Jamaica	38	6	2.2	35	42	31	47	0	0	36	0	31	0	37	47	38	42	0	0	0
83	Panama	38	6	3.1	33	44	31	52	0	0	36	0	31	0	41	32	38	52	0	0	0
83	Peru	38	7	2.1	35	42	29	45	0	0	45	41	41	0	32	29	38	42	0	0	0
88	Malawi	37	8	1.5	34	39	31	45	40	0	45	0	31	35	36	38	38	32	0	0	0
88	Morocco	37	8	3.2	32	43	25	54	40	0	28	0	41	0	54	25	38	42	0	32	0
88	Suriname	37	3	3.2	31	42	31	42	0	0	0	0	31	0	37	0	0	42	0	0	0
88	Swaziland	37	4	2.1	33	40	32	42	32	0	0	0	0	0	35	0	38	42	0	0	0
88	Thailand	37	8	1.6	34	40	31	45	0	0	45	38	31	0	35	33	38	42	35	0	0
88	Zambia	37	8	3.1	32	42	23	50	47	0	32	0	50	23	35	36	38	32	0	0	0
94	Benin	36	6	4.3	29	44	18	47	47	0	36	0	0	47	18	0	38	32	0	0	0
94	Colombia	36	7	2.6	32	40	29	50	0	0	36	32	50	0	29	36	38	32	0	0	0
94	Djibouti	36	3	8.6	22	50	23	52	32	0	0	0	0	23	0	0	0	52	0	0	0
94	Greece	36	7	3.6	30	42	21	49	0	41	0	35	31	0	30	49	21	42	0	0	0
94	India	36	10	2.1	33	40	24	47	0	0	45	34	41	47	37	24	38	32	31	36	0
94	Moldova	36	8	2.6	31	40	25	47	0	0	40	0	31	47	34	25	38	42	0	0	29

Πηγή: Transparency International 2012

Πίνακας 3.3 Ποσοστά πρόσθετων ιδιωτικών πληρωμών στην Ευρώπη ανά χώρα

geo	time	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EU (28 countries)		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Euro area (19 countries)		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Belgium		20.85	18.74	18.22	18.97	19.54	18.72	18.51	18.48	18.54	18.07	18.18	17.81
Bulgaria		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	47.17	45.81
Czech Republic		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	13.36	13.22
Denmark		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	13.81
Germany		12.85	14.25	14.34	14.43	14.35	14.09	13.81	14.08	14.07	14.13	13.37	12.97
Estonia		:	:	:	:	:	:	20.38 <sup>(B)</sup>	21.97	21.6	21.54	22.84	22.74
Ireland		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	14.85	15.41
Greece		:	:	:	:	:	:	28.44	27.29	29.72	29.82	32.48	35.37
Spain		22.58	22.33	21.98	21.27	21.03	21.02	18.52	20.75	21.09	22.77	24.08	24.67
France		:	:	:	7.89	7.77	7.99	7.85	7.75	7.53	7.35	7.18	6.99
Croatia		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	12.08 <sup>(B)</sup>	16.71
Italy		:	:	:	:	:	:	:	:	:	21.88	21.78	22.03
Cyprus		:	:	:	:	:	:	:	48.53	48.72	47.93	47.29	49.85
Latvia		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38.47	38.82
Lithuania		:	:	:	:	:	:	:	:	28.22	31.8	32.82	31.48
Luxembourg		:	:	:	:	:	:	:	:	10.88	10.44	10.39	10.7
Hungary		:	:	:	:	:	:	:	27.42	28.22	28.37	28.38	28.38
Malta		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands		:	:	7.81 <sup>(B)</sup>	8.22 <sup>(B)</sup>	8.12 <sup>(B)</sup>	8.21 <sup>(B)</sup>	:	:	:	10.52	11.82	12.3
Austria		:	:	:	:	:	:	:	:	17.83	17.83	17.88	17.73
Poland		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	23.37	22.85
Portugal		23.24	23.03	23.31	25.13	25.87	25.82	24.81	24.58	28.3	28.18	28.97	27.52
Romania		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	19.89	19.88
Slovenia		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	13.03
Slovakia		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	18.01
Finland		20.01	19.81	19.23	19.85	20.04	18.75	18.58	20.1	19.48	18.77	19.11	19.07
Sweden		16.38	16.75	17.11	17.04	18.04	18.82	18.81	18.84	15.04 <sup>(B)</sup>	15.4	15.53	15.54 <sup>(B)</sup>
United Kingdom		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	14.78	14.75
Iceland		:	:	:	:	:	:	:	:	17.99 <sup>(B)</sup>	17.94 <sup>(B)</sup>	17.8 <sup>(B)</sup>	17.48 <sup>(B)</sup>
Liechtenstein		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	22.3	23.55
Norway		:	:	:	:	:	:	:	:	15.21	14.8	14.59	14.38
Switzerland		:	:	:	:	:	:	:	28.38	28.41	27.24	28.08	28.74
Montenegro		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Former Yugoslav Republic of Macedonia, the		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Albania		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Serbia		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Turkey		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:

Πηγή: Eurostat 2014

**Είστε ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας; Μπορείτε να εξηγήσετε τους λόγους;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	5,8	5,8	5,8
ΑΚΡΙΒΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	3	2,5	2,5	8,3
ΑΚΡΙΒΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ/ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	1	,8	,8	9,2
ΑΜΕΣΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	1	,8	,8	10,0
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	2	1,7	1,7	11,7
ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΕΙΑ	1	,8	,8	12,5
ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΕΙΑ/ΜΕ ΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ ΣΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	2	1,7	1,7	14,2
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΩΡΕΑΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΑ	1	,8	,8	15,0
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΙΑΤΡΙΚ ΩΝ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ	1	,8	,8	15,8
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΥΠΟΔΟ ΜΩΝ/ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	1	,8	,8	16,7
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	7	5,8	5,8	22,5

ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ	2	1,7	1,7	24,2
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΥΠΟΔΟ ΜΩΝ	8	6,7	6,7	30,8
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΥΠΟΔΟ ΜΩΝ/ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ	15	12,5	12,5	43,3
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΥΠΟΔΟ ΜΩΝ/ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ/ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	7	5,8	5,8	49,2
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΧΑΜΗ ΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	1	,8	,8	50,0
ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ	5	4,2	4,2	54,2
ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ/ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	1	,8	,8	55,0
ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ/ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	2	1,7	1,7	56,7
ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ/ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ ΣΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	1	,8	,8	57,5

ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ/ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΑΚΡΙΒΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	1	,8	,8	58,3
ΕΛΛΕΙΨΗ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΓΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	1	,8	,8	59,2
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ	7	5,8	5,8	65,0
ΚΑΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	1	,8	,8	65,8
ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	7	5,8	5,8	71,7
ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ/ΑΔΙΑΦ ΟΡΙΑ	1	,8	,8	72,5
ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ/ΑΔΙΑΦ ΟΡΙΑ ΙΑΤΡΩΝ	1	,8	,8	73,3
ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ/ΕΛΛΕΙ ΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	1	,8	,8	74,2
ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ/ΜΕΓΑ ΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ	3	2,5	2,5	76,7
ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ/ΜΕΓΑ ΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ ΣΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	1	,8	,8	77,5

ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ/ΧΑΜΗ ΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	1	,8	,8	78,3
ΚΑΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ/ΑΠΟΤΕΛ ΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	1	,8	,8	79,2
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΥΠΟΔΟ ΜΩΝ/ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ	1	,8	,8	80,0
ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ	3	2,5	2,5	82,5
ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ ΣΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	4	3,3	3,3	85,8
ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ ΣΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ/ΑΔΙΑΦΟΡΙ Α	1	,8	,8	86,7
ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ ΣΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ/ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ/ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	1	,8	,8	87,5
ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΜΟΝΗ ΣΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ/ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΑΚΡΙΒΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	1	,8	,8	88,3
ΠΟΙΚΙΛΙΑ ΓΙΑΤΡΩΝ/ΥΨΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	1	,8	,8	89,2



ΥΨΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	2	1,7	1,7	90,8
ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	5	4,2	4,2	95,0
ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΑΚΡΙΒΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	4	3,3	3,3	98,3
ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ	1	,8	,8	99,2
ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ/ΑΚΡΙΒΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	1	,8	,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	