
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΘΠΥΥ ΣΤΟ ΕΣΥ :
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ Ή ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ**

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

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

Πειραιάς, Έτος 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΣΤΟ ΕΣΥ :
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ Ή ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ**

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Επιβλέπων: Οικονόμου Χαράλαμπος, Επίκουρος Καθηγητής στο Τμήμα
Κοινωνιολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου

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

Πειραιάς, Έτος 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

M.Sc. in Health Management

**THE ROLE OF EOPYY IN NATIONAL HEALTH
SYSTEM:
REFORM OR DEREGULATION**

GEORGAKOPOULOS NIKOLAOS

Supervisor: Economou Charalampos, Professor of Sociology at Panteion University

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 Management

Piraeus, Greece, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Στην οικογένεια μου

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Οικονόμου Χαράλαμπο για τη σωστή καθοδήγησή του, την αμέριστη συμπαράστασή του και το άρτιο κλίμα συνεργασίας που αναπτύχθηκε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την στήριξη τους και την υπομονή που επέδειξαν.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΣΤΟ ΕΣΥ

Σημαντικοί Όροι: Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Υγειονομική Μεταρρύθμιση

Περίληψη

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα σε ένα κράτος είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του. Ωστόσο το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) εδώ και τριάντα χρόνια από την στιγμή της θεσμοθέτησης του, αντιμετωπίζει τα ίδια σοβαρά προβλήματα παρόλο που η χώρα κατά μεγάλα χρονικά διαστήματα τις δεκαετίες αυτές βρισκόταν σε τροχιά ανάπτυξης. Τα προβλήματα του ΕΣΥ οξύνονται εξαιτίας της συρρίκνωσης της Ελληνικής οικονομίας επηρεασμένη από την παγκόσμια οικονομική κρίση.

Η κυριότερη πολιτική που επιλέχθηκε για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ΕΣΥ είναι η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ο οποίος αποτελεί μνημονιακή δέσμευση και αποσκοπεί στη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας που θα συγκεντρώνει όλους τους οικονομικούς πόρους του υγειονομικού τομέα και θα εξασφαλίζει την ορθολογική κατανομή τους στις υπηρεσίες υγείας.

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, τα αποτελέσματα της λειτουργίας του, αν είναι μια θετική μεταρρύθμιση για το ΕΣΥ ή απορρύθμιση. Το τελικό συμπέρασμα της παρούσας εργασίας είναι ότι ο ΕΟΠΥΥ παρότι αποτελεί μία μεταρρύθμιση ικανή να βελτιώσει το ΕΣΥ, το οικονομικό, πολιτικό και γενικότερο περιβάλλον της χώρας δεν είναι ευνοϊκό με αποτέλεσμα την επιδείνωση των «παθογενειών» του συστήματος και την απορρύθμιση του.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

THE ROLE OF EOPYY IN NATIONAL HEALTH SYSTEM

Keywords: National Health System, National Health-Services Organization, Health Reform

Abstract

The course of development and organization of the health sector in a state is parallel to its development. However, the national health system (NHS) is facing the same serious problems since 30 years from its creation, although the country these decades was to growth trajectory at large intervals. The problems of the Greek health system are accentuated by the contraction of the Greek economy affected by the global economic crisis.

The major policy action chosen to face the problems of the national health system is the creation of the National Organization of Health Services (EOPYY) which is a memorandum commitment and aims to create a uniform body of health which will bring together all the financial resources of the health sector and will ensure the rational distribution to health services.

This labour examines the role of EOPYY, the results of its operations and whether it is a positive reform of NHS or is a deregulation. The final conclusion of this study, is that EOPYY although is able to improve the National Health System, the economic, political and general environment of the country is not conducive, resulting the deterioration of system's "pathologies" and the deregulation.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	xi
Abstract	xiii
Κατάλογος Πινάκων	xvii
Κατάλογος διαγραμμάτων	xix

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Το ΕΣΥ στην Ελλάδα: Ιστορική αναδρομή και Θεσμικές Μεταρρυθμίσεις

1.1 Εισαγωγή.....	5
1.2 Η περίοδος από το 1953 έως το 1981	5
1.3 Η Θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	8
1.4 Οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις κατά την δεκαετία του '90.....	10
1.4.1 Η Φιλελευθεροποίηση του ΕΣΥ.....	11
1.4.2 Το «Νομοσχέδιο του Κρεμαστινού» : Η απόπειρα δημιουργίας Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ).....	13
1.4.2.1 Πηγές Χρηματοδότησης του συστήματος του ΕΦΥ.....	14
1.4.2.2 Μηχανισμοί Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας στον ΕΦΥ	16
1.4.3 Ο Νόμος 2519/97.....	18
1.5 Οι Μεταρρυθμίσεις την δεκαετία του 2000	19
1.6 Ανακεφαλαίωση.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οι Μνημονιακές δεσμεύσεις στον τομέα της Υγείας

2.1 Εισαγωγή.....	25
2.2 Η εξέλιξη των Οικονομικών και Κοινωνικών Μεγεθών στην περίοδο της κρίσης.....	25
2.3 Διαρθρωτικές Αλλαγές-Παρεμβάσεις στο ΕΣΥ	33
2.4 Παρεμβάσεις στα Νοσοκομεία.....	35
2.5 Παρεμβάσεις στο Σύστημα Προμηθειών	40
2.6 Παρεμβάσεις στον τομέα των φαρμάκων	40

2.7 Η Επιρροή των Μνημονιακών Δεσμεύσεων-Παρεμβάσεων στον τομέα της Υγείας : Κριτική Αποτίμηση	42
2.8 Ανακεφαλαίωση.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η Θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ	
3.1 Εισαγωγή.....	53
3.2 Η Σύσταση και λειτουργία του ΕΟΠΥΥ.....	54
3.3 Η Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ	55
3.4 Ταμεία που συγκροτούν τον ΕΟΠΥΥ	57
3.5 Οι Πηγές Εσόδων του ΕΟΠΥΥ	60
3.6 Ο Κανονισμός Παροχής Υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ και σύγκριση με την Προϋπάρχουσα κατάσταση	62
3.7 Προβλήματα στην λειτουργία του ΕΟΠΥΥ	70
3.8 Η Μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ.....	76
3.9 Ανακεφαλαίωση.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συμπεράσματα και διαπιστώσεις	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85

Κατάλογος Πινάκων

2.1	Η εξέλιξη των μακροοικονομικών μεγεθών	28
2.2	Αντιστοίχιση του κωδικού διάγνωσης ασθένειας με τον κωδικό της ιατρικής πράξης και του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου	38
2.3	Η εξέλιξη των δαπανών υγείας.....	44
2.4	Η εξέλιξη των νοσοκομειακών δαπανών σε εκατ. €	50
3.1	Η πληθυσμιακή κάλυψη του ΕΟΠΥΥ	59
3.2	Οι πηγές εσόδων του ΕΟΠΥΥ (αρχικές εκτιμήσεις για το 2012).....	61
3.3	Σύγκριση κανονισμών παροχών προ και μετά ΕΟΠΥΥ.....	68
3.4	Ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ για το έτος 2012 (με βάση τις αναμενόμενες εισροές)	74
3.5	Βασικά μεγέθη δαπανών περίθαλψης.....	75

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κατάλογος διαγραμμάτων

2.1	Η εξέλιξη του ΑΕΠ (σε εκατ. €, τρέχουσες τιμές).....	29
2.2	Η εξέλιξη του Χρέους και του ελλείμματος της Γενικής Κυβέρνησης.....	29
2.3	Οι εξαγωγές και εισαγωγές αγαθών-υπηρεσιών για τα έτη 2005 έως 2012	30
2.4	Η συνολική εγχώρια ζήτηση-Ποσοστιαία μεταβολή για τα έτη 2005 έως 2012	31
2.5	Η ραγδαία αύξηση της ανεργίας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης.....	32
2.6	Η σχέση των συνολικών δαπανών υγείας και της εξονοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης με το ΑΕΠ	46
2.7	Η εξέλιξη της δημόσιας δαπάνης υγείας.....	47
2.8	Η εξέλιξη της ιδιωτικής δαπάνης υγείας.....	47
2.9	Η σχέση της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας για το έτος 2006	48
2.10	Η σχέση της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας για το έτος 2011	49
2.11	Η εξέλιξη των νοσοκομειακών δαπανών σε εκατ. € και ο αριθμός νοσηλευθέντων.....	50
3.1	Το οργανόγραμμα του ΕΟΠΥΥ	57
3.2	Γραφική απεικόνιση της μορφής αγοράς των υπηρεσιών υγείας.....	71

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση, επιβαρύνουν ιδιαίτερα τους πολίτες αλλά και το σύστημα υγείας των χωρών που την έχουν ήδη υποστεί μέσω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μείωση των εισοδημάτων, την μη ανταπόκριση στα έξοδα για την υγεία και τη δυνατότητα περίθαλψης και εν τέλει την κακή υγεία που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας.

Από το 2007 όπου και ξεκίνησε η παγκόσμια οικονομική κρίση πλήττει αρκετές χώρες. Η Ελλάδα δεν έμεινε ανεπηρέαστη με αποτέλεσμα το 2010 η ελληνική οικονομία αδυνατώντας να ανταποκριθεί στα προβλήματα που αντιμετώπιζε όπως το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα και το τεράστιο χρέος της γενικής κυβερνήσεως να αιτηθεί οικονομικής βοήθειας από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Αποτέλεσμα ήταν η σύναψη συμφωνίας μεταξύ της Ελλάδας και του ΔΝΤ, ενός προγράμματος αναδιάρθρωσης οικονομικών και δημοσιονομικών πολιτικών. Κύρια χαρακτηριστικά της συμφωνίας είναι η αυστηρή εισοδηματική πολιτική, η αύξηση των άμεσων και έμμεσων φόρων, η θέσπιση μέτρων για την ενίσχυση της ευελιξίας στην αγορά εργασίας, η περικοπή δαπανών και η συγχώνευση ή η κατάργηση των φορέων του δημόσιου τομέα που δεν είναι παραγωγικοί¹.

Ο τομέας της υγείας είναι από τους κυριότερους παράγοντες δημιουργίας οικονομικών ελλειμμάτων και για το λόγο αυτό αποτελεί το επίκεντρο των επιχειρούμενων αναδιρθρωτικών προσαρμογών. Οι πολιτικές υγείας των τελευταίων τριάντα ετών αποσκοπούσαν στην επίλυση των ίδιων προβλημάτων όπως η βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) καθώς και την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του με ταυτόχρονη συγκράτηση των δαπανών υγείας. Σημαντικότερα ζητήματα που αποτελούν τους βασικούς πυλώνες για την ορθή λειτουργία ενός συστήματος υγείας. Η επίλυση των προβλημάτων δε κατέστη δυνατή παρόλο τις αλλεπάλληλες μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες σε περιόδους ευνοϊκότερες από την παρούσα, μη οικονομικής κρίσης. Τα ερωτήματα που γεννιούνται είναι αφενός αν το παρόν

¹ Οικονόμου Χ. (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Αθήνα

οικονομικό και γενικότερο περιβάλλον της χώρας είναι πρόσφορο ώστε να προωθηθούν σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα και αφετέρου που αποσκοπούν οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις, αν όντως επιχειρείται βελτίωση της αποδοτικότερης και αποτελεσματικότερης λειτουργίας του ΕΣΥ².

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η μνημονιακή παρέμβαση σε αυτό στην προσπάθεια να θεραπεύσει τα «νοσήματά»³ του τα οποία το ταλανίζουν επί σειρά ετών και οι επιχειρούμενες νομοθετικές προσπάθειες στο παρελθόν απέτυχαν να επιλύσουν. Παρουσιάζονται οι σημαντικότερες νομοθετικές παρεμβάσεις από τα μεταπολεμικά χρόνια, το 1953 έως και τον Ιανουάριο του 2014. Σημαντικότερη μεταρρύθμιση αποτελεί η ίδρυση νομοθετικώς του ΕΣΥ το 1983 ενώ η νεότερη χρονολογείται το 2011 με την ίδρυση του ενιαίου φορέα υγείας «Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας» (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος είναι και το επίκεντρο της παρούσας εργασίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή των πολιτικών υγείας και των θεσμικών μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ. Αφετηρία είναι τα μεταπολεμικά χρόνια από το 1953 όπου και πραγματοποιήθηκαν οι πρώτες προσπάθειες για ανασυγκρότηση της χώρας. Αρκετές οι θεσμικές παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν έως το 1983 όπου και θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ουκ ολίγες εκείνες που ακολούθησαν μέχρι και την τελευταία το 2011 την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ο οποίος αναλύεται σε τρίτο κεφάλαιο. Διενεργείται ανάλυση των θεσμικών παρεμβάσεων αναφέροντας τους στόχους της κάθε μιας ενώ ασκείται κριτική αποτίμηση εντοπίζοντας τους λόγους όπου οι μεταρρυθμίσεις απέτυχαν.

Αντικείμενο του επόμενου κεφαλαίου αποτελούν οι μνημονιακές δεσμεύσεις της Ελλάδας προς την Τρόικα στο χώρο της υγείας και το ευρύτερο οικονομικό-κοινωνικό περιβάλλον. Αρχικά παρουσιάζεται η εξέλιξη των σημαντικότερων μακροοικονομικών μεγεθών όπως το ΑΕΠ και το δημόσιο έλλειμμα της χώρας, από το 2006 δηλαδή πριν την υπογραφή του μνημονίου συνεννόησης έως και το 2012 κατά την διάρκεια των επιβεβλημένων των παρεμβάσεων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι παρεμβάσεις που επιχειρούνται στον τομέα της υγείας και πιο συγκεκριμένα στην γενικότερη αναδιάρθρωση του ΕΣΥ, στα νοσοκομεία, στο σύστημα προμηθειών και φαρμάκων. Το κεφάλαιο κλείνει παρουσιάζοντας την

² Economou C. (2012), «The performance of the Greek Healthcare System and the Economic Adjustment Programme: “Economic Crisis” versus “System-Specific Deficits” Driven Reform», Social Theory

³ Νταουντάκη Ν., (1998), «Ασθενεί το σύστημα υγείας», Τα Νέα, 12/11/1998

αποτύπωση των μνημονιακών δεσμεύσεων στον υγειονομικό τομέα και πιο συγκεκριμένα στις συνολικές δαπάνες υγείας, στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας και την σχέση της δημόσιας με την ιδιωτική.

Αντικείμενο του τρίτου κεφαλαίου είναι η μεγαλύτερη «μνημονιακή» παρέμβαση, η δημιουργία του ενιαίου φορέα υγείας του «Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας» (ΕΟΠΥΥ). Παρουσιάζονται οι λόγοι που οδήγησαν στην δημιουργία του νέου ασφαλιστικού φορέα, τους ασφαλιστικούς φορείς από τους οποίους προήλθε η συνένωση, η σύσταση του νέου οργανισμού, το οργανόγραμμα του καθώς και οι οικονομικοί του πόροι σύμφωνα με την εφημερίδα της κυβερνήσεως. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στο κανονισμό του ΕΟΠΥΥ και τις δύο τροποποιήσεις που έχει ήδη υποστεί. Κατόπιν πραγματοποιείται κριτική αποτίμηση επισημαίνοντας τα λειτουργικά και οικονομικά προβλήματα ενώ στο τέλος παρουσιάζεται η μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ η οποία αφορά κυρίως την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Στην τελευταία ενότητα αποτυπώνονται τα συνολικά συμπεράσματα μέσω κριτικής αποτίμησης του ΕΟΠΥΥ και των γενικότερων μνημονιακών παρεμβάσεων και προτάσεις επίλυσης των «χρόνιων» προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΕΣΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες τα συστήματα υγείας μπήκαν στη φάση της ταχείας ανάπτυξης και ωρίμανσης αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο στην Ελλάδα η επικρατούσα κατάσταση είναι υποτονική, καθώς το Ελληνικό κράτος δείχνει ανήμπορο όντας οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει τη περίοδο αυτή την επεκτατική πολιτική στον χώρο της υγείας⁴.

Την περίοδο 1950 και για 25 χρόνια η ανάπτυξη στο τομέα της υγείας είναι ελάχιστη. Στα τέλη της δεκαετίας του 70 αρχίζει να καλλιεργείται η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση στον υγειονομικό τομέα η οποία θα έρθει με τη ψήφιση του νόμου 1397/1983. Ήταν η πρώτη προσπάθεια δόμησης ενός συστήματος υγείας.

Από τότε ακολούθησαν αρκετές νομοθετικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας οι οποίες πολλές φορές η μια αναιρούσε την άλλη όταν συνήθως μεταβαλλόντουσαν οι κυβερνήσεις.

1.2 Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ 1953 ΕΩΣ ΤΟ 1981

Τα μεταπολεμικά χρόνια από το 1953 έως το 1981 αποτελούν μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα ιστορική περίοδος καθώς χαρακτηρίζεται από τη προσπάθεια της χώρας για οικονομική ανασυγκρότηση και αποκατάστασης των ζημιών που είχαν προκληθεί.⁵ Στο τομέα της υγείας εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα τόσο ως προς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και ως προς τις υλικοτεχνικές υποδομές και το ειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό. Ασθένειες όπως το η φυματίωση και η λέπρα είχαν σημαντική επίπτωση στον πληθυσμό⁶. Το κράτος περιοριζόταν σε μια στοιχειώδη κάλυψη βασικών αναγκών και σε επιλεκτικές παρεμβάσεις

⁴ Μάμας Θ. και Σαρρής Μ. και Σούλης Σωτήρης, (1997) «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»,

⁵ Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα (1994), Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο (1945-1967)

⁶ Οικονόμου Χ, Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004

πυροσβεστικού χαρακτήρα. Οι φτωχές υποδομές, ο παλαιός ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, η ελλιπής στελέχωση, η ανεπαρκής οργάνωση και λειτουργία, ο κατακερματισμός και επικαλύψεις, οι τεράστιες περιφερειακές ανισότητες και η ανεπαρκής χρηματοδότηση ήταν τα βασικά χαρακτηριστικά του τότε υγειονομικού τομέα. Το κύριο βάρος της υγειονομικής φροντίδας επωμίζονταν τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και διάφοροι μη κερδοσκοπικοί και φιλανθρωπικοί οργανισμοί όπως ο Ερυθρός Σταυρός.

Η απουσία πολιτικής υγείας αποδίδεται κυρίως στις επικρατούσες πολιτικές, κοινωνικές κι οικονομικές συνθήκες, οι οποίες δεν ευνοούσαν την ανάπτυξη και εφαρμογή ολοκληρωμένων πολιτικών ιδιαίτερα στον κοινωνικό τομέα. Την περίοδο αυτή υπήρχαν άλλες προτεραιότητες και πολύ περισσότερο πιεστικές ανάγκες που έπρεπε να καλυφθούν με τους ιδιαίτερα περιορισμένους διαθέσιμους πόρους της μεταπολεμικής περιόδου⁷.

Η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας επιχειρήθηκε το 1953 με το νομοθετικό διάταγμα 2592⁸, «Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως». Αξιοσημείωτο είναι ότι το διάταγμα αυτό είναι το μοναδικό που ψηφίστηκε ομόφωνα στη βουλή. Στο διάταγμα αυτό προβλεπόταν η διοικητική και οικονομική αποκέντρωση μέσω της διαίρεσης της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, τη σύσταση υγειονομικών συμβουλίων, τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και άλλες πρωτοποριακές ρυθμίσεις για εκείνη την εποχή. Με το νομοθετικό διάταγμα 2592/53 ιδρύθηκαν οι «κοινοτικοί υγειονομικοί σταθμοί» οι οποίοι είχαν ως σκοπό την κάλυψη κοινοτήτων με πληθυσμό από 5000 έως 8000 κατοίκους. Παρόλο που το διάταγμα ψηφίστηκε ομόφωνα εντέλει δεν εφαρμόστηκε με αποτέλεσμα οι προοπτικές για μια σύγχρονη κοινωνικά και λειτουργικά οργάνωση του συστήματος υγείας στη χώρα μας πριν εξήντα έτη να χαθούν⁹¹⁰.

Στα επόμενα χρόνια που ακολούθησαν και μέχρι την εμφάνιση της δικτατορίας αξιοσημείωτες νομοθετικές ρυθμίσεις αποτέλεσαν ο νόμος 3487/55 «Περί κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών» που αποτέλεσε τη βάση της ανάπτυξης και λειτουργίας

⁷ Οικονόμου Χ., Η Ελληνική κοινωνία κατά τη πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967, Αθήνα, Τόμος Β', 1996

⁸ Νόμος 2592/1953, Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως φεκ 254

⁹ Μωραΐτης Ε., «Το Ν.Δ. 2592/53 Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως. Κριτική θεώρηση μιας αναξιοποίητης ευκαιρίας για την υγειονομική οργάνωση της χώρας»

¹⁰ Νιάκας Δ., «Αιτίες μη υλοποίησης μιας καινοτόμου νομοθετικής παρέμβασης (Ν.Δ 2592/53) για την υγεία και περιφερειακή οργάνωση του υγειονομικού συστήματος», 1995

του όλου συστήματος περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού μέχρι το 1983 και ο 4169/61 με τον οποίο ιδρύθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) στον οποίο ανατίθεται η διαχείριση όλων των ασφαλιστικών ζητημάτων που αφορούσαν τους αγρότες. Με το νόμο 3487/55 ιδρύθηκαν υγειονομικοί σταθμοί με έξι ως δέκα κλίνες καθώς και τα Αγροτικά ιατρεία που κάλυπταν πληθυσμό κάτω των 3.000 κατοίκων και στελεχώθηκαν με ένα ιατρό τα οποία αργότερα με το νόμο 4169/61 θα μετονομασθούν σε κλάδους υγείας του ΟΓΑ ωστόσο στην πράξη τα ιατρεία παραμένουν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών και δεν θα αλλάξει τίποτα στη οργάνωση και τη λειτουργία τους¹¹.

Το 1969 ο τότε υπουργός υγείας της δικτατορίας Λουκάς Πάτρας με την πρόταση του «Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής»¹² εισηγήθηκε τη δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βασισμένο στους γενικούς ιατρούς και τη δημιουργία «ενός ενιαίου φορέα προστασίας της υγείας και περιθάλψεως ασθενείας» στο οποίο εντάσσονταν όλα τα ταμεία υγείας. Παράλληλα η πρόταση προέβλεπε και τη δημιουργία ενός «Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου» το οποίο θα συντόνιζε όλους τους φορείς και θα εξελισσόταν σταδιακά σε μία ενιαία πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα.¹³ Η πρόταση αυτή του Λουκά Πάτρα δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ.

Το 1976, δύο χρόνια μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ)¹⁴ σε έκθεση του για την υγεία στο πλαίσιο του αναπτυξιακού προγράμματος που πραγματοποιούσε διαπίστωσε το χαμηλό ποσοστό ως προς το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) των δαπανών για την υγεία και σημαντικά προβλήματα του υγειονομικού συστήματος όπως οι περιφερειακές ανισότητες εις βάρος του αγροτικού πληθυσμού, οι ανισότητες στις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και η απουσία ενιαίων χρηματοδοτικών κανόνων. Η έκθεση αυτή οδήγησε προς το αίτημα για μεταρρύθμιση και ανάπτυξης ενός εθνικού συστήματος υγείας από την πλειοψηφία των πολιτών οι οποίοι εξέφραζαν την μη ικανοποίησή τους από τη υφιστάμενη κατάσταση η οποία χαρακτηριζόταν από χαμηλής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών.

¹¹ Προβόπουλος Γ. Κοινωνική ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος, ΙΟΒΕ, Αθήνα, 1987

¹² Πάτρας Λ., Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής, Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, Αθήνα 1972

¹³ Πάτρας Λ. « Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής, Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός», Αθήνα, 1972

¹⁴ Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Προγράμματα αναπτύξεως ΚΕΠΕ, Αθήνα, 1976

Το 1980 ο τότε υπουργός κοινωνικών υπηρεσιών Σπύρος Δοξιάδης δημοσιοποίησε το σχέδιο «Μέτρα προστασίας της υγείας». Το σχέδιο¹⁵ αυτό αποτελούσε την πρώτη συστηματική προσπάθεια για την δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας με άξονες την αποκέντρωση, την βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη οργάνωση των νοσοκομείων, την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Δεν εφαρμόστηκε ποτέ καθώς δεν κατατέθηκε καν στη βουλή για ψηφοφορία διότι πολεμήθηκε έντονα από την ίδια την παράταξη του αλλά και από το ιατρικό συνδικαλιστικό κίνημα για διαφορετικούς λόγους το καθένα¹⁶¹⁷.

1.3 Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 1981 το ευνοϊκό πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον δημιούργησαν ώριμες συνθήκες για αλλαγή της κατάστασης στο χώρο της υγείας. Έτσι δύο χρόνια αργότερα το 1983 ψηφίστηκε ο σημαντικότερος νόμος για την πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος 1397/83 θα σημάνει την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Στόχος ήταν η συγκρότηση ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών, ενσωματώνοντας τις σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια και αξιοποιώντας την εμπειρία των δυτικοευρωπαϊκών χωρών. Βασικές αρχές της καινούριας πολιτικής υγείας ήταν η καθολική κάλυψη και η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση για το σύνολο των πολιτών που θα διασφαλίζονται μέσα από τη συγκρότηση και λειτουργία ενός κρατικού συστήματος υγείας¹⁸.

Ο νόμος 1397/83 αποτελεί την μεγαλύτερη προσπάθεια για μεταρρύθμιση του υγειονομικού τομέα από την στιγμή που ιδρύθηκε το Ελληνικό κράτος καθώς ανατρέπονταν οι μέχρι τότε εσωτερικές ισορροπίες του υγειονομικού τομέα και η κατανομή πόρων και εξουσίας, η σχέση του δημόσιου τομέα με τον ιδιωτικό, η σχέση της πρωτοβάθμιας με τη νοσοκομειακή φροντίδα, οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών και άλλα.

¹⁵ Επιστημονική ομάδα, Θεσμός νοσοκομειακού γιατρού με πλήρη απασχόληση, Μελέτη-Εισήγηση Επιστημονική; Ομάδας, Αθήνα, 1979

¹⁶ Για το χρονικό των γεγονότων βλ.: Δελτίο Ι.Σ.Α., τεύχος 7. Ιούνιος-Ιούλιος 1980

¹⁷ Στριμμένος Δ., «Κριτική στα νέα μέτρα για την υγεία. Τι θα έπρεπε να γίνει» Δελτίο ΕΙΝΑΠ, τεύχος 36

¹⁸ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα, 1997

Στην εισηγητική έκθεση¹⁹ του νόμου 1397/83 τονίζεται ότι η παροχή φροντίδας υγείας υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους, πρέπει να στηρίζεται στην αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, να εξασφαλίζει για κάθε πολίτη, ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής θέσης ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη καθώς και ενεργό συμμετοχή του στο σχεδιασμό και προγραμματισμό πολιτικής υγείας. Οι βασικοί κατευθυντήριοι άξονες για την εφαρμογή των παραπάνω αρχών είναι οι εξής :

- Κρατική ευθύνη για τη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, από δημόσιες υποδομές, με σχεδόν πλήρη αποκλεισμό του ιδιωτικού τομέα.
- Αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας διαιρώντας τη χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες.
- Συμμετοχή της κοινότητας , των κοινωνικών-επαγγελματικών φορέων και πολιτών έστω και σε συμβουλευτικό ρόλο, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων μέσα από την συγκρότηση των περιφερειακών συμβουλίων υγείας.
- Πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών με στόχο να αποκοπεί ο δημόσιος με τον ιδιωτικό τομέα. Κίνητρο για τους ιατρούς του ΕΣΥ αποτελεί η απόκτηση μεγαλύτερου κύρους και εξουσίας με ταυτόχρονη αύξηση των αποδοχών τους σε υψηλά επίπεδα για την εποχή εκείνη.
- Εμπνευσμένοι από τη διακήρυξη της Άλμα Άτα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) γίνεται προσπάθεια για ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με τη ανάπτυξη τετρακοσίων κέντρων υγείας στις αστικές και αγροτικές περιοχές της χώρας και ταυτόχρονη αποδυνάμωση του ρόλου των ασφαλιστικών ταμείων. Δινόταν δηλαδή περισσότερο έμφαση στη πρόληψη και την προαγωγή υγείας.

Αξιολογώντας την πολιτική υγείας του 1397²⁰²¹, εύκολα μπορεί κανείς να εντοπίσει μια σειρά από στοιχεία που για την τότε εποχή ήταν πρωτόγνωρα στην ελληνική υγειονομική πραγματικότητα. Υπήρχαν όμως ελλείψεις και προβλήματα. Τα πλέον χαρακτηριστικά είναι ο αποκλειστικός ρόλος του κράτους σε όλους τους τομείς και τις διαστάσεις του συστήματος υγείας και ο αποκλεισμός του ιδιωτικού τομέα, ο έντονα ιατροκεντρικός της χαρακτήρας και η ατολμία στη χρηματοδότηση

¹⁹ Εισηγητική Έκθεση του Νόμου 1397/1983 σελ. 1

²⁰ Tsalikis G., « Evaluation of the socialist health policy in Greece, International Journal of health Services, 1988

²¹ Liaropoulos L., «Ethnics and management of health care in Greece» London, 1998

και τον έλεγχο του κόστους. Ακόμη και με τις ελλείψεις αυτές και τα προβλήματα, η συγκεκριμένη πολιτική έφερε κάτι νέο που θα προκαλούσε μεγάλες ανατροπές στον τομέα της υγείας. Ωστόσο η μεταρρύθμιση όμως αυτή ποτέ δεν ολοκληρώθηκε. Τα κέντρα υγείας²² στις αστικές περιοχές δεν προχώρησαν, η αποκέντρωση εν λειτούργησε και τα ΠΕΣΥ δεν συγκροτήθηκαν ποτέ^{23,24}. Τα σημαντικότερα προβλήματα παρέμεναν άλυτα, ενώ σταδιακά το σύστημα υγείας διολίσθαινε σε αναξιπιστία και χαμηλά επίπεδα ανταποκρισιμότητας, προκαλώντας δυσαρέσκεια στους πολίτες. Η παραοικονομία, οι άτυπες πληρωμές, η αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών, η έλλειψη επαρκών πόρων, οι αντιδράσεις των ασφαλιστικών ταμείων, οι αδυναμίες της δημόσιας διοίκησης και η απουσία σοβαρών μηχανισμών παρακολούθησης αποτέλεσαν τις κύριες αιτίες δημιουργίας της κρίσης υπονομεύοντας ή ακυρώνοντας τις θεμελιώδεις αρχές της ισότητας, της καθολικότητας και της αποτελεσματικότητας, από τις οποίες διαπνεόταν ο νόμος 1397. Παρ' όλα αυτά όμως η περίοδος '82-'86 παραμένει ένας από τους βασικούς σταθμούς στην υγειονομική ανάπτυξη της χώρας, όχι γιατί άφησε πίσω τις υποδομές, σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και καλύτερη στελέχωση, αλλά γιατί σηματοδότησε μια καινούργια αντίληψη στην πολιτική υγείας. Για πρώτη φορά η χώρα κάνει ένα βήμα μπροστά από το στάδιο του σχεδιασμού και της ψήφισης ενός μεταρρυθμιστικού νόμου για την υγεία.

1.4 ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '90

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας αυτής, τα προβλήματα του ΕΣΥ οξύνονται, ενώ συγχρόνως παρατηρείται ανεξέλεγκτη αύξηση των διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων²⁵, απουσία αποτελεσματικής διοίκησης και ανικανότητας παροχής υπηρεσιών υγείας από το κράτος.

²² Οικονόμου Χ., « Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Η εφαρμογή του θεσμού των κέντρων υγείας στην Ελλάδα

²³ Νιάκας Δ., «Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας», Αθήνα 1993

²⁴ Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., «Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση», Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 62, τεύχος 3

²⁵ Μπέσης Ν., Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, ΙΟΒΕ, Αθήνα, 1993

Ο έντονος κρατισμός και η μονολιθικότητα που απέρρεαν από το νόμο 1397/83 άρχισαν να υποχωρούν και αρχίζουν να εισάγονται στη δημόσια συζήτηση και σε νόμους μερικές φορές ακόμη, θέματα που συνδέονται με:

- τη μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής του ασθενή,
- την συνεργασία δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας,
- την αποτελεσματική διοίκηση,
- τον έλεγχο των δαπανών υγείας και τον εσωτερικό ανταγωνισμό,
- τα δικαιώματα των ασθενών, και
- την ποιότητα.

Τρία είναι τα πλέον αξιοπρόσεκτα γεγονότα σε όρους πολιτικής υγείας την περίοδο αυτή²⁶:

- η ψήφιση του νόμου 2071/92 (νόμος Σούρλα) επί κυβερνήσεως Ν.Δ. ,
- οι προτάσεις των ξένων εμπειρογνώμων (1994) και το «νομοσχέδιο Κρεμαστινού» που εκπονήθηκε, βασισμένο στις προτάσεις αυτές (1995),
- η ψήφιση του νόμου 2519/97 (νόμος Γείτονα).

1.4.1 Η ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ

Το 1992 η κυβέρνηση Ν.Δ. με το νόμο 2071/92 μεταβάλλει βασικές προβλέψεις του 1397. Πιο συγκεκριμένα επιχειρείται η φιλελευθεροποίηση του ΕΣΥ με στροφή από τη δημόσια προς την ιδιωτική παροχή, η μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής των ασθενών, οι ευέλικτες εργασιακές σχέσεις για τους γιατρούς και η άρση των απαγορεύσεων λειτουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών. Από το πρώτο του άρθρο, ο νόμος αυτός ουσιαστικά περιορίζει την «ευθύνη του κράτους για παροχή υπηρεσιών υγείας» σε απλή « διασφάλιση προσφυγής». Ο καινούργιος νόμος αναφέρει ότι «το κράτος διασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να προσφεύγει σε υπηρεσίες υγείας, δημόσιες ή ιδιωτικές, με τη μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής και με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια»²⁷.

Επιπλέον προέβλεπε:

²⁶ Οικονόμου Χ. , Πολιτικές Υγείας στη Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2004

²⁷ Νόμος 2071/1992 Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας, άρθρο 1

- Τη μεταφορά της ευθύνης χρηματοδότησης και εποπτείας των αγροτικών κέντρων υγείας από τα νομαρχιακά νοσοκομεία στις νομαρχίες.
- Το δικαίωμα επιλογής γιατρού, οδοντιάτρου και νοσοκομείου από όλους τους πολίτες με τη χρήση του ατομικού βιβλιαρίου υγείας.
- Την άρση των απαγορεύσεων του 1397 για ανέγερση νέων ιδιωτικών κλινικών και θεραπευτηρίων και τη δυνατότητα ιδιωτικών οργανισμών να παρέχουν επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα.
- Το δικαίωμα των ήδη υπηρετούντων αλλά και των νεοεισερχόμενων στο ΕΣΥ γιατρών να επιλέγουν την πλήρη ή μερική απασχόληση. Σε περίπτωση επιλογής της μερικής απασχόλησης, οι αποδοχές τους μειώνονται, αλλά μπορούν πλέον νόμιμα να έχουν και ιδιωτικό ιατρείο.
- Την εισαγωγή νέων τεχνικών σχεδιασμού και διοίκησης, συστήματα οικονομικής αξιολόγησης και ελέγχου.
- Την ελευθερία των ασφαλιστικών ταμείων να συνάπτουν συμβάσεις με δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Από τα παραπάνω φαίνεται καθαρά ότι η πολιτική υγείας του 1397 αλλάζει σημαντικά με τις προβλέψεις του 2071. Να θυμίσουμε εδώ ότι την ίδια περίοδο βρισκόντουσαν σε εξέλιξη μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες με παρόμοιο περιεχόμενο, δηλαδή φιλελευθεροποίηση, ευελιξία και μηχανισμούς εσωτερικής αυτορρύθμισης για τα συστήματα υγείας. Οι προβλέψεις του 2071 δεν πρόλαβαν να υλοποιηθούν, αφού οι περισσότερες καταργήθηκαν ενάμιση χρόνο μετά το νόμο 2194/94²⁸, όταν η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ ήρθε πάλι στην εξουσία. Σε ισχύ παρέμειναν μόνο τα άρθρα για τις ιδιωτικές κλινικές, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα, η δυνατότητα των ασφαλιστικών ταμείων να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών καθώς και προβλέψεις για ελευθερία επιλογής και τα δικαιώματα των ασθενών. Από αυτή την αλληλοαναιρέση νόμων και μέτρων στο πεδίο της υγείας, μεταξύ των δύο μεγάλων κομμάτων στη χώρα, φαίνεται πολύ καθαρά η επίδραση της ιδεολογίας στη διαμόρφωση της εκάστοτε πολιτικής υγείας.

²⁸ Νόμος 2194/1994, Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις, Φεκ 34^A

1.4.2 ΤΟ «ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ ΤΟΥ ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ» : Η ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΙΑΙΟΥ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τον Οκτώβριο του 1993 με την αλλαγή κυβέρνησης σηματοδοτείται μια δεύτερη περίοδο αλλαγών στο ΕΣΥ. Ο στόχος είναι να αντιμετωπιστούν τα οξυμένα προβλήματα του ΕΣΥ της προηγούμενης δεκαετίας που παρέμειναν σε εκκρεμότητα. Γι' αυτό κλήθηκαν στη χώρα ξένοι διαπρεπείς επιστήμονες, από τους οποίους ζητήθηκε να καταθέσουν προτάσεις. Η κυβέρνηση με την κίνηση αυτή θέλησε αφενός να μεταφέρει και στην χώρα μας την πλούσια Ευρωπαϊκή εμπειρία, και αφετέρου να προσδώσει μεγαλύτερο κύρος και αξιοπιστία στις προτάσεις, ευελπιστώντας ότι αυτές θα γινόντουσαν ευρύτερα αποδεκτές και κατά συνέπεια ευκολότερα υλοποιήσιμες.

Οι ξένοι εμπειρογνώμονες²⁹ διαπίστωσαν:

- τον έντονα θεραπευτικό χαρακτήρα του συστήματος και την ελλιπή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας,
- τον κατακερματισμό της χρηματοδότησης και της παροχής, με 39 διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία,
- τις ανήθικες πρακτικές του ιατρικού σώματος, τις ανισότητες στην κατανομή πόρων μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών,
- τις μεγάλες ελλείψεις ιδιαίτερα σε εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό προσωπικό,
- τον συγκεντρωτικό χαρακτήρα οργάνωσης και διοίκησης,
- την απουσία κινήτρων για τους εργαζομένους,
- την ανεπαρκή τήρηση ιατρικών φακέλων ασθενών και την έλλειψη πληροφορικού συστήματος για το πού και πώς χρησιμοποιούνται οι πόροι.
- Την ελλιπή ανάπτυξη και οργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και τη φτωχή εκπαίδευση του προσωπικού.

Οι προτάσεις που κατέθεσαν περιλάμβαναν μεταξύ των άλλων και τα εξής³⁰³¹:

²⁹ Abel-Smith., « Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομώνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας», 1994

³⁰ Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, «Εισήγηση για τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας και την Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Έκθεση της επιτροπής για τον Ενιαίο Φορέα Υγείας», Αθήνα, 1995

³¹ Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, « Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Έκθεση της επιτροπής για τον Οικογενειακό Γιατρό και την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας», Αθήνα, 1995

- Τη δημιουργία ενός ανεξάρτητου Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ), υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Σ' αυτόν θα κατατίθεται όλοι οι πόροι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και του κρατικού προϋπολογισμού και θα κατανέμονται στα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια, με βάση τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού. Αυτά με τη σειρά τους θα χρηματοδοτούν τα νοσοκομεία με κλειστούς προϋπολογισμούς καθώς και τους οικογενειακούς γιατρούς. Σε κάθε περιφέρεια θα υπάρχει ένας συνήγορος για τον πολίτη, που θα διαχειρίζεται τα παράπονα και τις καταγγελίες των ασθενών.

- Την ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου σχεδίου υγείας, με έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, μέσω υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

- Την εγκαθίδρυση υπηρεσίας οικογενειακού γιατρού, που θα αμείβεται κατά κεφαλή και με την εκχώρηση προϋπολογισμών.

- Την κατά πράξη αμοιβή των γιατρών ειδικοτήτων, με προκαθορισμένο ύψος προϋπολογισμού. Όσο περισσότερες υπηρεσίες παρέχονται τόσο η τιμή ανά υπηρεσία θα μειώνεται.

- Η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση θα πρέπει να επεκταθεί σε όλους τους γιατρούς, σε διαφορετική περίπτωση πρέπει να επιτραπεί σε όλους να δέχονται συγκεκριμένο αριθμό ασθενών εβδομαδιαίως, εντός των νοσοκομείων.

- Η διοίκηση των νοσοκομείων θα πρέπει να εκχωρηθεί σε μανάτζερ, που θα είναι υπόλογος στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

- Σταδιακά πρέπει να καταργηθεί η μονιμότητα των δημόσιων υπαλλήλων.

- Τα νοσοκομειακά να παραμείνουν ιδιοκτησία του κράτους, αλλά να αποκτήσουν ευελιξία στην κατανομή των πόρων μεταξύ εναλλακτικών χρήσεων.

1.4.2.1 ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΦΥ

Η συγκέντρωση των υγειονομικών πόρων στο κοινό ταμείο του ΕΦΥ είχε ως σκοπό την μείωση των δαπανών μέσω της μεγαλύτερης διαφάνειας ως προς το ύψος τους αλλά και ως προς την διαχείρισή τους. Αν και δεν ήτο δυνατό να υπολογιστεί το άριστο ύψος των υγειονομικών πόρων που θα έπρεπε να διατίθενται σε μία χώρα ο ΕΦΥ θα βοηθούσε στην ανάδειξη του κόστους ευκαιρίας των διατιθέμενων πόρων

³² Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, «Μελέτη για την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού και την Οργάνωση των Μονάδων Υγείας, Αθήνα, 1995

υποβοηθώντας τη διαπραγματευτική θέση του Υπουργείου υγείας στην διεκδίκηση πόρων από το κυβερνητικό επιτελείο³³.

Ένα υψηλό ποσοστό των πόρων της υγείας προερχόταν από ιδιωτικές πληρωμές. Αυτό σημαίνει ότι παρόλη τη μακροχρόνια λειτουργία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και τις απόπειρες ανάπτυξης ενός κράτους πρόνοιας, η πολιτική υγείας προσπαθεί να μετακυλήσει το βάρος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών στον ιδιώτη με αποτέλεσμα το κράτος να μην μπορούσε να προσδιορίσει το προβλεπόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας ώστε να το αξιολογήσει και να προχωρήσει στην υιοθέτηση επιλογών χρηματοδότησης.³⁴ Η κατάσταση αυτή καθιστούσε αδύνατη την πραγματοποίηση σωστής κατανομής του βάρους της χρηματοδότησης μεταξύ του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Το ύψος των δαπανών του δημοσίου τομέα αφηνόταν στη καλή διάθεση του εκάστοτε υπουργού οικονομικών που αποσκοπούσε στη κάλυψη των τρεχούμενων οικονομικών αιτημάτων. Στα πλαίσια του ΕΦΥ η σχέση μεταξύ της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης θα αποτελούσε αντικείμενο πολιτικής απόφασης. Για την ορθότητα της απόφασης θα πρέπει προηγουμένως να περιοριστεί η ιδιωτική δαπάνη με μηχανισμούς ελέγχου της προσφοράς και ζήτησης και να διαμορφωθούν πολιτικές που θα εξασφαλίσουν τη δημόσια χρηματοδότηση των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας για τον πληθυσμό έτσι ώστε όλοι οι πολίτες να έχουν ελεύθερη και ίση πρόσβαση σε αυτές.

Κύριοι χρηματοδότες του συστήματος υπηρεσιών υγείας όπως προαναφέρθηκε ο κρατικός προϋπολογισμός και η κοινωνική ασφάλιση. Δεν υπάρχουν κανόνες που να ορίζουν την αναλογία μεταξύ τους ωστόσο στη χώρα μας παρατηρείται μια αναλογία της τάξεως του 70% για τον κρατικό προϋπολογισμό και 30% για την κοινωνική ασφάλιση. Η μη αποτελεσματική και ορθολογική πολιτική υγείας και η απουσία μηχανισμού αξιολόγησης και ελέγχου του κόστους στους ασφαλιστικούς οργανισμούς οδήγησε στην κάλυψη από τον κρατικό προϋπολογισμό των ελλειμμάτων τόσο των υγειονομικών μονάδων όσο και των ασφαλιστικών ταμείων. Η κάλυψη αυτή ωστόσο γίνεται αλόγιστα δίχως να εξυπηρετεί συγκεκριμένες προτεραιότητες με αποτέλεσμα απλώς να συντηρείται το ήδη αντιπαραγωγικό μοντέλο διαχείρισης. Η συγκέντρωση των πόρων του κρατικού προϋπολογισμού και των ασφαλιστικών ταμείων από τον ΕΦΥ, θα βοηθούσε στη διαμόρφωση του ετήσιου

³³ Κυριόπουλος Γ, Σισσούρας Α. (1997), Ενιαίος φορέας υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη , Θεμέλιο

³⁴ Καρόκης Α., Σισσούρας Α. , Οργάνωση και Χρηματοδότηση στο ΥΠΚΑ, Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 1994

κλειστού προϋπολογισμού για το σύνολο των υγειονομικών δαπανών αλλά και για τα επιμέρους υποσυστήματα του τομέα της υγείας. Η παρέμβαση αυτή σκόπευε στη χρηματοδότηση αναγκαίων υπηρεσιών υγείας και στην ανάπτυξη συγκεκριμένων προτεραιοτήτων. Η αλλαγή αυτή θα οδηγήσει σε νέα πολιτική τιμών και μηχανισμούς ελέγχου της διαχείρισης των πόρων και στην αναδιαμόρφωση της ισχύουσας αναλογίας μεταξύ κρατικής παρέμβασης και κοινωνικής ασφάλισης³⁵.

1.4.2.2 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΦΥ

Οι παρεμβάσεις του ΕΦΥ πραγματοποιούνταν μέσω μηχανισμών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και αποσκοπούσαν στη εξασφάλιση της αλληλεπίδρασης των μηχανισμών χρηματοδότησης και παραγωγής των υπηρεσιών υγείας επιδιώκοντας να παρέχονται ισότιμα σε όλους τους πολίτες και οι πόροι να αξιοποιούνται ορθολογικά^{36 37}.

Ο συνολικός προϋπολογισμός των υπηρεσιών υγείας θα συλλεγόταν από τον ΕΦΥ ώστε να κατανομηθεί στις υγειονομικές περιφέρειες. Η κατανομή των πόρων μεταξύ των περιφερειών θα πραγματοποιούνταν μέσω των μηχανισμών του ΕΦΥ και θα στηριζόταν στις ανάγκες της κάθε περιφέρειας. Το αναλογούν ποσό της εκάστοτε περιφέρειας αποτελούσε τον κλειστό της προϋπολογισμό της. Οι περιφέρειες με τη σειρά τους θα διέθεταν τους πόρους στις επιμέρους υπηρεσίες υγείας που έχουν υπό την εποπτεία τους. Για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, η εφαρμογή κλειστών ετησίων προϋπολογισμών ανά νοσοκομείο και για συγκεκριμένες κατηγορίες δαπανών όπως οι φαρμακευτικές, ήταν απαραίτητη καθώς αυτή απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας ενώ για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη απαραίτητη ήταν η εφαρμογή του οικογενειακού γιατρού.

Οι απώτεροι στόχοι του συστήματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι η αποδοτικότητα στη χρήση των διατιθέμενων πόρων δηλαδή να χρηματοδοτούνται τα προγράμματα εκείνα που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μέχρι του σημείου που το οριακό όφελος από μία παραγόμενη μονάδα υπηρεσιών ισούται με το οριακό της κόστος και την ισότητα στην κατανομή των πόρων, δηλαδή ισότητα στην

³⁵ Κυριόπουλος Ι. «Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών επιστημών της Υγείας, 1993

³⁶ Κυριόπουλος Ι, Σισσούρας Α. (1997), Ενιαίος φορέας υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη , Θεμέλιο

³⁷ Abel-Smith B., An Introduction to Health Policy, Planning and Financing, Longman, Λονδίνο, 1994

πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, ισότητα στην χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες και ισότητα στο επίπεδο υγείας των πολιτών.

Ο ΕΦΥ θα έπρεπε να αναπτύξει και να στηρίξει μηχανισμούς χρηματοδότησης του συστήματος υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε η χρηματοδότηση να γίνεται βάσει κριτηρίων. Θα έπρεπε να χρηματοδοτούνται οι πραγματικά ωφέλιμες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το κόστος τους. Αρκετές υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στον πληθυσμό δεν είχαν αξιολογηθεί ως προς την αποτελεσματικότητά με όρους βελτίωσης του επιπέδου υγείας των πολιτών και την οικονομική αποδοτικότητά τους.

Τα προβλήματα και οι ελλείψεις που οι ξένοι εμπειρογνώμονες³⁸ είχαν επισημάνει δεν διέφεραν καθόλου από εκείνα που είχαν κατά καιρούς και επανειλημμένα επισημάνει η επιστημονική κοινότητα, τα κόμματα και οι φορείς στην Ελλάδα. Το ενδιαφέρον στοιχείο από άποψη πολιτικής υγείας βρίσκεται στις προτάσεις, αφού εισάγονται καινούργια στοιχεία, κυρίως από την ευρωπαϊκή εμπειρία, όπως για παράδειγμα ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού με προϋπολογισμό, οι αμοιβές των γιατρών ειδικοτήτων κατά πράξη και με οροφή στον συνολικό προϋπολογισμό, το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου υπό προϋποθέσεις εντός των δημόσιων νοσοκομείων, κατανομή των πόρων με βάση τις ανάγκες, ο διαχωρισμός της παροχής από την ασφάλιση, με τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή.

Αρκετές από τις προτάσεις έγιναν κατ' αρχήν αποδεκτές από την κυβέρνηση και την αξιωματική αντιπολίτευση, προκάλεσαν όμως την αντίδραση συνδικαλιστικών φορέων. Η αξιωματική αντιπολίτευση ενώ αρχικώς είχε αποδεχθεί τις προτάσεις της επιτροπή των ξένων εμπειρογνώμων εντέλει τις απέρριψε, οι οποίες περιλάμβαναν μεταξύ των άλλων:

- Την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και τη δημιουργία του ενιαίου φορέα υγείας, που θα ασκούσε το ρόλο του μοναδικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας για τους δικαιούχους των ασφαλιστικών ταμείων.
- Μεγάλες οργανωτικές αλλαγές στη δομή του υπουργείου, των περιφερειακών οργάνων διοίκησης και των νοσοκομείων. Τα τελευταία πρέπει να διοικούνται από καλά αμειβόμενους μάνατζερς.
- Την εισαγωγή ενός δικτύου οικογενειακών γιατρών και τη σταδιακή μετατροπή των πολυϊατρικών του ΙΚΑ σε κέντρα υγείας αστικού τύπου.

³⁸ Abel-Smith B., Έκθεση Επιτροπής Εμπειρογνώμων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Φαρμέτρικα, Αθήνα, 1994

- Την έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, με δημιουργία εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας, σχετικής Διεύθυνσης στο Υπουργείο αλλά και Εθνικής Επιτροπής Δημόσιας Υγείας.

Η παρατεταμένη ασθένεια του πρωθυπουργού της χώρας και η αδυναμία άσκησης των καθηκόντων του, οδήγησε σε κυβερνητικές αλλαγές, δηλαδή σε αλλαγή πρωθυπουργού και στη συνέχεια σε αλλαγή του Υπουργού Υγείας. Ο νέος Υπουργός, (Α. Πεπονής), αμέσως μετά την ανάληψη των καθηκόντων του, απέσυρε το νομοσχέδιο αυτό, κρίνοντας ότι τα χρονικά περιθώρια μέχρι τις εθνικές εκλογές είναι πολύ μικρά για τόσο μεγάλες αλλαγές, στον ευαίσθητο χώρο της υγείας.

1.4.3 Ο ΝΟΜΟΣ 2519/97

Τον Ιούνιο του 1997, ψηφίζεται ο νόμος 2519/97³⁹ οποίος βασίζεται στις αρχές του 1397, σε αυτές περί ισότητας, καθολικής κάλυψης, αποκέντρωσης και κοινωνικού ελέγχου. Επιπλέον προέβλεπε τη σύσταση οργάνων και νέων θεσμών με σκοπό μια ενιαία πολιτική υγείας, αποδοτικότερη χρήση των πόρων, βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή.

Οι σημαντικότερες προβλέψεις του νόμου αυτού είναι:

- Η κατοχύρωση και διεύρυνση των δικαιωμάτων του πολίτη, με τη θέσπιση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων του.
- Η δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών δημόσιας και σχολικής υγείας σε κεντρικό, νομαρχιακό και περιφερειακό επίπεδο.
- Η δημιουργία Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας για την αξιολόγηση, στατιστική ανάλυση και διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η σύσταση Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας, με την συμμετοχή ασφαλιστικών ταμείων και άλλων κοινωνικών φορέων για τη διαμόρφωση ενιαίας εθνικής υγειονομικής πολιτικής.
- Η προώθηση της συνεργασίας και σύμπραξης των ασφαλιστικών φορέων στην υγειονομική αγορά, με στόχο την ενίσχυση της διαπραγματευτικής τους θέσης

³⁹ Νόμος 2519/1997, Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις Φεκ 165

στις συμβάσεις που κάνουν για αγορά υπηρεσιών υγείας από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα.

- Η επανεισαγωγή του θεσμού των μανάτζερς, με πενταετή θητεία, στη διοίκηση των νοσοκομείων.

- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις ημιαστικές και αστικές περιοχές με τη δημιουργία Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η σταδιακή εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο βήμα προς το Ενιαίο Ταμείο Υγείας.

Ο 2519/97, παρά το ότι δεν επέφερε ριζικές αλλαγές στο σύστημα διαπνεόταν εντούτοις σε αντίθεση με προηγούμενους νόμους, από ρεαλισμό και μια περισσότερο πρακτική προσέγγιση των προβλημάτων και των επιχειρούμενων αλλαγών. Ούτε όμως και η προσπάθεια αυτή είχε ευτυχή κατάληξη καθώς πολύ λίγες από τις διατάξεις του νόμου υλοποιήθηκαν, ενώ το μεγάλο θέμα της ανάπτυξης δικτύων σταμάτησε στην απροθυμία του ΙΚΑ να συνεργαστεί με το Υπουργείο. Στην περίοδο που ακολούθησε μέχρι τις εκλογές του 2000 δεν σημειώθηκε καμία πρόοδος ή σημαντική μεταρρύθμιση, παρά την συνέχιση και όξυνση των προβλημάτων.

1.5 ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 2000

Με το νόμο 2889/2001⁴⁰ «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» επιχειρήθηκε προσπάθεια υλοποίησης αποκέντρωσης της διοίκησης του συστήματος μέσω συγκρότησης των Περιφερειακών Συστημάτων υγείας. Η αποκέντρωση αυτή συνοδευόταν από μια δέσμη πολιτικών που αφορούσαν τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων υγείας με κύριο στόχο την συγκράτηση του κόστους περίθαλψης με παράλληλη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η αποκέντρωση της διοίκησης του συστήματος υγείας όπως προβλεπόταν από το νόμο περιλάμβανε:

1. Τη δημιουργία 17 ΝΠΔΔ , τα περιφερειακά συστήματα υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), τα οποία είχαν τη συνολική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

2. Τα νοσοκομεία πλέον δεν αποτελούν ΝΠΔΔ και μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕ.Σ.Υ.

⁴⁰ Νόμος 2889/2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας

3. Οι κεντρικές υπηρεσίες των ΠΕ.Σ.Υ. ανέλαβαν την ευθύνη για το συντονισμό και εξειδίκευση της πολιτικής υγείας στην περιφέρεια αναβαθμίζοντας έτσι το Υπουργείο Υγείας και πρόνοιας τότε σε καθαρά επιτελικό όργανο χάραξης πολιτικής καθώς ανέλαβε την εποπτεία των 17 ΠΕ.Σ.Υ. και όχι πλέον τον μεγάλο αριθμό των υγειονομικών μονάδων.

Οι βασικές αλλαγές που έλαβαν χώρα για τα νοσοκομεία μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Καθιέρωση νέων οργάνων διοίκησης, του διοικητή-«manager» και του συμβουλίου διοίκησης

- Καθιέρωση νέας οργανωτικής διάρθρωσης
- Υλοποίηση της λεγόμενης «ολοήμερης λειτουργίας»
- Καθιέρωση των κλειστών προϋπολογισμών των τμημάτων
- Η ενοποίηση και ο συντονισμός των πηγών χρηματοδότησης
- Καθιέρωση του νοσοκομειακού συνταγολογίου

- Παρακολούθηση προϋπολογισμών, στοιχείων προσωπικού και προμηθειών από τα ΠΕ.Σ.Υ.

- Αυτόνομη λειτουργία των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ)
- Νέες ρυθμίσεις σε θέματα αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού
- Η ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας
- Η διαπίστευση των μονάδων υγείας και η αναβάθμιση της ποιότητας.

υλοποίησή τους.

Αναλυτικότερα η διοίκηση του νοσοκομείου θα ασκούνταν πλέον από επαγγελματία, που θα επιλεγόταν ύστερα από προκήρυξη, διορίζεται με πενταετή θητεία και υπογράφει συμβόλαιο αποδοτικότητας. Το συμβόλαιο έχει ρήτρα αποδοτικότητας, σε περίπτωση που ο διοικητής δεν φέρει εις πέρας την αποστολή του θα απομακρυνόταν από τη θέση του. Η πενταετής θητεία επιλέχθηκε ως χρονικό περιθώριο έτσι ως ώστε να είναι ανεξάρτητο της θητείας του εκάστοτε κόμματος. Ακόμη προέβλεπε αλλαγή στις εργασιακές σχέσεις των γιατρών για τους νεοεισερχόμενους, που προσλαμβάνονταν πλέον με πενταετή συμβόλαιο και μονιμοποιούνται ύστερα από τρεις επιτυχείς κρίσεις.

Η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση επεκτάθηκε και στους πανεπιστημιακούς γιατρούς, ενώ συγχρόνως παρεχόταν το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου (απογευματινά ιατρεία) υπό προϋποθέσεις εντός των νοσοκομείων.

Σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα εφαρμόστηκαν αρκετές από τις προβλέψεις του νόμου, με σημαντικότερες αυτές της στέγασης, στελέχωσης και λειτουργίας των ΠΕΣΥ, της επιλογής και του διορισμού μάνατζερ σε όλα τα νοσοκομεία, της εκπόνησης επιχειρησιακών σχεδίων και της λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας. Όλα αυτά έγιναν μέσα από ένα μεγάλο μηχανισμό ειδικών επιστημόνων και τεχνοκρατών που στήθηκε στο Υπουργείο και λειτούργησε επιτυχώς, εάν κρίνουμε από τα αποτελέσματα. Και εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι ήταν η δεύτερη φορά, ύστερα από εκείνη του 1397, που δημιουργείται μηχανισμός επιτροπών και ομάδων διοίκησης έργων για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων.

Η ενοποίηση και συντονισμός των πηγών χρηματοδότησης σύμφωνα με τις παραπάνω μεταρρυθμίσεις που προέβλεπε ο νόμος 2889/2001 του Αλέκου Παπαδόπουλου αποσκοπούσε στην προσπάθεια του για ορθολογικότερη χρήση⁴¹ των πόρων και μείωση των δαπανών υγείας, έτσι ο Υπουργός Υγείας τότε θα εισηγηθεί την δημιουργία ενός ενιαίου φορέα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Ο φορέας αυτός θα ήταν ο «Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας» (ΟΔΠΥ), ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, που θα λειτουργούσε ως «κουμπαράς»⁴² και διαχειριζόταν τα έσοδα των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων υγείας, του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ που στο σύνολο τους καλύπτουν το 90% του Ελληνικού πληθυσμού. Στην πορεία έπειτα από πιέσεις συνδικαλιστικών φορέων ο οργανισμός μετετράπη σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Σύμφωνα με τον ΟΔΠΥ, όλα τα ασφαλιστικά ταμεία θα είχαν μια κοινή βασική δέσμη παροχών υπηρεσιών υγείας και η κατανομή των πόρων θα ακολουθούσε δημογραφικά κριτήρια.⁴³ Ο ΟΔΠΥ θα συγκέντρωνε τους πόρους των ασφαλιστικών φορέων και θα τους διοχέτευε στο ΕΣΥ, στη δευτεροβάθμια και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νομοσχεδίου, ο ΟΔΠΥ θα εποπτευόταν από το υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας και από το υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Οργανισμού θα αποτελείτε από έντεκα μέλη, τα οποία θα έχουν τριετή θητεία. Τα μέλη είναι τα εξής, ο διοικητής ως πρόεδρος, τρεις εκπρόσωποι ασφαλιστικών φορέων τους πόρους των οποίων θα

⁴¹ Υπουργείο Υγείας και πρόνοιας, Σχέδιο μεταρρύθμισης: Υγεία για τον πολίτη, Αθήνα, 2000

⁴² Φυντανίδου Έλενα, Δημοσίευση 13/5/2001 στο Βήμα,

⁴³ Οικονόμου Χ., «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα», Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων, 2012

διαχειριζόταν ο ΟΔΙΠΥ, τρεις εκπρόσωποι από τα εποπτεύοντα υπουργεία και το υπουργείο Οικονομικών, δύο ειδικούς επιστήμονες σε θέματα υγειονομικής ασφάλισης και διαχείρισης οικονομικών υγείας και δύο εκπροσώπους της ΓΣΕΕ και της ΑΔΕΔΥ.

Η κεντρική υπηρεσία του Οργανισμού θα είχε έδρα την Αθήνα. Παράλληλα θα αναπτυσσόταν και σε περιφερειακό επίπεδο. Για την λειτουργία του ο ΟΔΙΠΥ θα χρησιμοποιούσε τις κτιριακές εγκαταστάσεις των φορέων και κλάδων υγείας τους πόρους των οποίων διαχειριζόταν, τις μηχανογραφικές εφαρμογές τους και τα μητρώα ασφαλισμένων τους.

Ο ΟΔΙΠΥ θα λειτουργούσε ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή κλίμακα για τους δικαιούχους του από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα με κριτήρια ποιότητας και κόστους και είχε ως σκοπό να κατανέμει τους πόρους του στα περιφερειακά του τμήματα⁴⁴. Ακόμη θα πλήρωνε τα φάρμακα των δικαιούχων του ελέγχοντας πρωτίστως τη συνταγογράφηση, με βάση τους δείκτες ποιότητας, της συγκριτικής συνταγογραφίας, τα διαγνωστικά και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Προϋπόθεση για την εκτέλεση των συνταγών είναι η εντός δύο ετών υποχρεωτική μηχανογράφηση των φαρμακείων καθώς όλες οι λειτουργίες του ΟΔΙΠΥ θα υποστηρίζονταν από σύστημα μηχανογράφησης.

Η μεταρρύθμιση και αυτή με τη σειρά της δεν ολοκληρώθηκε και η κυβέρνηση θέλοντας να αποφύγει συγκρούσεις με πολιτικό κόστος αντικατέστησε τον Υπουργό Αλέκο Παπαδόπουλο, διότι ο νόμος που προωθούσε προκάλεσε τις αντιδράσεις των πανεπιστημιακών γιατρών όπου θιγόντουσαν τα συμφέροντά τους σχετικά στις επιχειρούμενες αλλαγές που τους υποχρέωνε να διακόψουν κάθε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα.

Η άνοδος στην εξουσία της Ν.Δ. σηματοδοτεί και πάλι αλλαγές στο ΕΣΥ. Το νομοσχέδιο 2889/2001 δεν ολοκληρώνεται καθώς οι νόμοι που ακολούθησαν και κυρίως ο Νόμος 3229/05 επιφέρει σημαντικές αλλαγές καταργώντας σχεδόν οποιαδήποτε προσπάθεια διοίκησης και διαχείρισης είχε προηγηθεί, με αποτέλεσμα, ο ΟΔΙΠΥ να μην προχωρήσει, να μετονομαστεί το ΠΕΣΥΠ σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ), και να τους αφαιρεθούν κάποιες αρμοδιότητες, τις οποίες επαναφέρει στο Υπουργείο, τα νοσοκομεία γίνονται και πάλι ΝΠΔΔ με

⁴⁴ Οικονόμου Χ. «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004

Διοικητικό Συμβούλιο, την πλειοψηφία του οποίου διορίζει ο Υπουργός, καθώς και του Διοικητή, ο οποίος έχει πλέον διετή και όχι πενταετή θητεία.

1.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Από την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και έπειτα αρκετές είναι οι μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν και στόχευαν στον εξορθολογισμό των συστημάτων υγείας, την επίτευξη μεγαλύτερης αποδοτικότητας στη χρήση των διατιθέμενων πόρων και τη βελτίωση της ισότητας της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.⁴⁵

Τα βασικά προβλήματα που οφείλεται η «νοσηρότητα» του ΕΣΥ στη χώρας μας είναι η σπατάλη των πόρων, η μη σωστή κατανομή τους, η διόγκωση των συνολικών δαπανών καθώς και της ιδιωτικής δαπάνης, η παραοικονομία, η προκλητή ζήτηση και η χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται οι χρήστες.

Τα παραπάνω «νοσήματα» του ΕΣΥ οφείλονται στους εξής παράγοντες^{46 47}:

- Στην απουσία του αποτελεσματικού συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης.
- Στην απουσία ελέγχου και αξιολόγησης στη διαχείριση των πόρων.
- Στην έλλειψη ορθολογικότητας και διαφάνειας στην κατανομή και στη χρήση των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού και των περιφερειών.
- Στα απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών που στερούσαν κάθε κίνητρο αποδοτικότερης λειτουργίας
- Στη μη υπεύθυνη και αναποτελεσματική διαχειριστική και διευθυντική δομή στις υπηρεσίες υγείας που οδηγούσαν σε σπατάλη των υγειονομικών πόρων
- Στην απουσία μηχανισμού αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας

Διαβάζοντας κανείς την παρουσίαση των συνεχών αλλαγών μπορεί σχετικά εύκολα να καταλήξει σε ορισμένες διαπιστώσεις ή και συμπεράσματα.

⁴⁵Κυριόπουλος Γ, Σισσούρας Α. (1997), Ενιαίος φορέας υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη , Θεμέλιο

⁴⁶ Economou Ch., Giorno C., «Improving the performance of the public health care system in Greece”, Economic Department Working Paper 722, OECD, 2009

⁴⁷ Economou Ch., Greece: Health system Review: Health systems in Transition, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010

Η πολιτική υγείας περιστρέφεται τα τελευταία τριάντα χρόνια γύρω από προβλήματα που προαναφέρθηκαν, τα οποία παρά τις συνεχείς προσπάθειες παραμένουν ανεπίλυτα. Αυτό οφείλεται στο ότι:

- Δεν υπάρχει συνέχεια στην πολιτική υγείας, ακόμη και μεταξύ υπουργών που προέρχονται από το ίδιο κόμμα.
- Τα δύο μεγάλα κόμματα δεν έχουν μια σταθερή και συγκεκριμένη πολιτική υγείας, η οποία να εκφράζεται πάντοτε μέσα από τον εκάστοτε Υπουργό. Υπάρχουν περισσότερο προσωπικές πολιτικές που εκφράζονται από τον υπουργό υγείας, ο οποίος αναλαμβάνει την ευθύνη να τις ενσωματώσει σε κάποιο νομοσχέδιο, το οποίο μπορεί να γίνει νόμος του κράτους, αλλά δεν υπάρχει και ευθύνη υλοποίησης.
- Συχνά η πολιτική υγείας προσαρμόζεται στις πολιτικές και εκλογικές σκοπιμότητες.
- Ψηφίζονται συχνά νόμοι αλλά ποτέ δεν υλοποιούνται, γιατί δεν υπάρχει πρόβλεψη και σχεδιασμός γι' αυτό.

Τα ανεπίλυτα προβλήματα στον χώρο της υγείας συνέβαλαν στο μέγιστο στην δημιουργία της οικονομικής κρίσης στην Ελληνική κοινωνία. Τα ελλειμματικά επί έτη ασφαλιστικά ταμεία και τα ζημιογόνα νοσοκομεία τα οποία αδυνατούσαν να ισοσκελίσουν τα έσοδα με τα έξοδα τους επιβάρυναν συνεχώς τον κρατικό προϋπολογισμό ώσπου δεν μπορούσε πλέον να ανταποκριθεί. Αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης της χώρας ήταν η λήψη από τους κυβερνώντες της απόφασης αιτήματος για «οικονομική βοήθεια» από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) το 2010 που θα οδηγήσει στην υπογραφή του Μνημονίου που συνοδεύεται από την εφαρμογή σκληρών μέτρων, ακραία φιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙ ΜΝΗΜΟΝΙΑΚΕΣ ΔΕΣΜΕΥΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας.

Η Ελλάδα ανήμπορη να αντιμετωπίσει τις οικονομικές δυσκολίες της στρέφεται προς το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) αιτούμενη οικονομικής βοήθειας. Αποτέλεσμα είναι η υπογραφή του μνημονίου συνεννόησης μεταξύ των δύο το οποίο προβλέπει δημοσιονομικό περιορισμό και εσωτερική υποτίμηση.

Στο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εξέλιξη βασικών μακροοικονομικών μεγεθών της χώρας λίγο πριν την υπογραφή του μνημονίου αλλά και κατά την διάρκεια, οι μνημονιακές δεσμεύσεις που αφορούν τον τομέα της υγείας και η εξέλιξη των υγειονομικών δαπανών.

2.2 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΜΕΓΕΘΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η τρέχουσα χρηματοπιστωτική κρίση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες στην παγκόσμια οικονομία και έχει μεταφερθεί με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης σε παγκόσμια κλίμακα. Η παρούσα κρίση πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό των χωρών. Η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία.

Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια. Το διεθνές εμπόριο,

ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση από το 2007 έως και σήμερα έχει επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στον κοινωνικό και υγειονομικό τομέα και αποτέλεσε το έναυσμα για την ανάπτυξη ενός πολιτικού και επιστημονικού διαλόγου στοχεύοντας στην διατήρηση της ευημερίας με επίκεντρο την επίδραση της ύφεσης τόσο σε επίπεδο υγείας των πληθυσμών όσο και στην δυνατότητα των συστημάτων υγείας να παρέχουν επαρκείς και ποιοτικές υπηρεσίες στους πολίτες⁴⁸. Η κρισιμότητα της κατάστασης οδήγησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO)⁴⁹ στο κάλεσμα των κρατών-μελών να εγγυηθούν την συνέχεια και ακεραιότητα των συστημάτων υγείας τους δηλαδή την εξασφάλιση της παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας προστατεύοντας τους πολίτες από υγειονομικούς κινδύνους και κυρίως τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Το κάθε σύστημα υγείας καλείται να εφαρμόσει πολιτικές ώστε να «αναχαιτίσει» τις επιπτώσεις που προκαλεί η παγκόσμια οικονομική κρίση εξασφαλίζοντας τις απαραίτητες επενδύσεις, πόρους, δαπάνες και θέσεις εργασίας καθώς ο βαθμός κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας⁵⁰. Όσο πιο «υγιή» είναι μία χώρα οικονομικά τόσο πιο «υγιές» είναι και το επίπεδο διαβίωσης γι αυτό και τα υψηλότερα ποσοστά φτώχειας τα συναντάμε στις περισσότερο υποανάπτυκτες χώρες αναλογικά. Η ανάπτυξη που παράγει κοινωνικοοικονομικό πλούτο με την προϋπόθεση της διάθεσης των πρόσθετων πόρων κατά τρόπο κοινωνικά παραγωγικό, συμβάλλει στην καταπολέμηση της φτώχειας και την επίτευξη καλύτερης υγείας ενώ ταυτόχρονα η υγεία αποτελεί προαπαιτούμενο για την οικονομική πρόοδο και την βελτίωση του διαβίωσης⁵¹. Συνεπώς η υγεία είναι προϊόν μεν της οικονομικής ανάπτυξης αλλά και του ανθρώπινου κεφαλαίου που συνεισφέρει ουσιαστικά στην παραγωγική διαδικασία και την κοινωνική πρόοδο⁵².

Η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει οδηγήσει κάποιες χώρες σε αδιέξοδο με αποτέλεσμα να στραφούν προς το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), το οποίο δίνει «οικονομικές ανάσες» μεν αλλά αυτό απαιτεί αντίστοιχες δεσμεύσεις από την

⁴⁸ Οικονόμου Χ. (2013), «Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία», Foreign Affairs, Αθήνα,

⁴⁹ World Health Organization, <http://www.who.int/en/>

⁵⁰ Midgley J. (1995), «The developmental Perspective in Social Welfare», Social Development,

⁵¹ PhilipsD. , Verhasselt Y. (1994), «Health and Development», Routledge, London

⁵² Abel-Smith B., Leiserson A. (1978), «Poverty, development and health policy», Public health papers No 69, WHO, Geneva

εκάστοτε χώρα. Το 2010 η Ελλάδα ανήμπορη να ανταποκριθεί στην οικονομική της δυσχέρεια θα αιτηθεί βοήθειας από το ΔΝΤ το οποίο θα ανταποκριθεί με αποτέλεσμα την υπογραφή του Μνημονίου μεταξύ αυτών. Το μνημόνιο προέβλεπε δεσμεύσεις για εφαρμογή ακραίων φιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας που στόχευε «στην ανάκαμψη της χώρας και την έξοδο από την ύφεση» ωστόσο τα αποτελέσματα ήταν ο δημοσιονομικός περιορισμός, η εσωτερική υποτίμηση και απαξίωση του ανθρωπίνου δυναμικού της χώρας. Η συρρίκνωση της Ελληνικής οικονομίας αντικατοπτρίζεται στον παρακάτω πίνακα και τα αντίστοιχα διαγράμματα ακολουθούν μέσω μακροοικονομικών μεγεθών με κυριότερο το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) το οποίο από την υπογραφή του μνημονίου έως το 2013 έχει υποστεί μείωση περίπου 33. δις.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πίνακας 2.1
Η εξέλιξη των Μακροοικονομικών μεγεθών⁵³

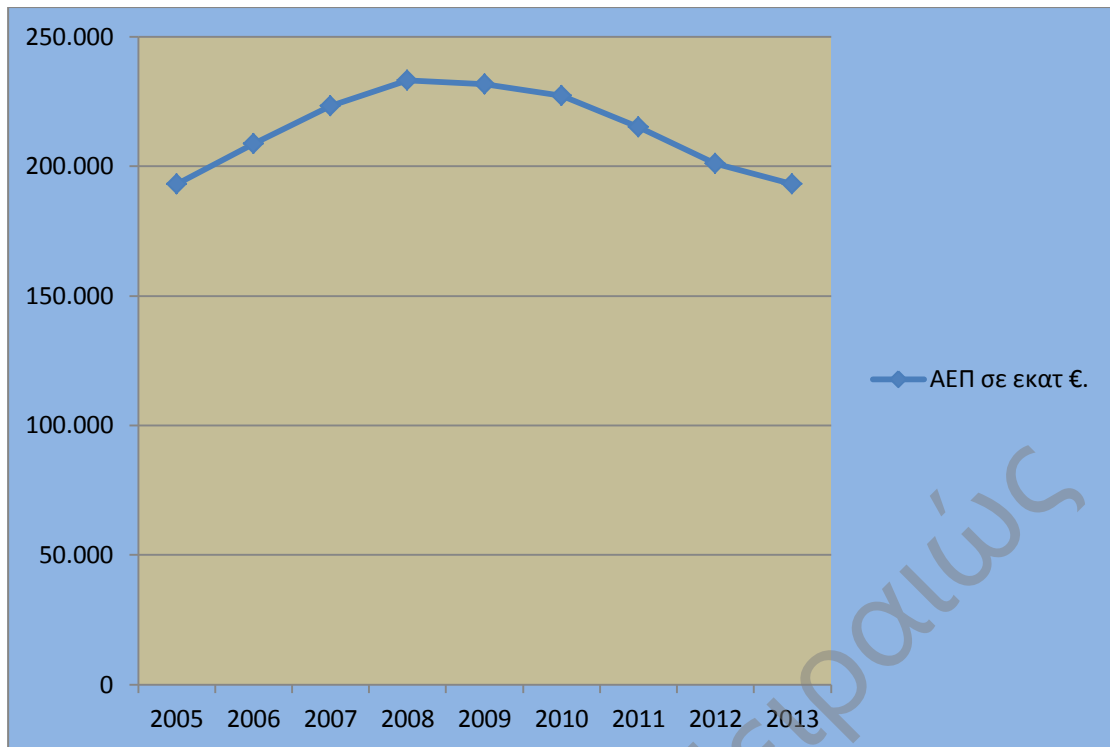
Μεγέθη	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ΑΕΠ σε εκατ, €, τρέχουσες τιμές	193.000	208.600	223.200	233.200	231.642	227.318	215.088	200.906	193078
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε €, τρέχουσες τιμές	17.600	18.625	19.928	20.821	20.531	20.103	19.018	17.764	17.070
ΑΕΠ (πραγματικός % ρυθμός μεταβολής)	4,1	8	6,9	4,4	-0,6	-3,5	-6,9	-6,5	-3,8
Ιδιωτική κατανάλωση	4,5	4,4	3,6	4,3	-1,6	-6,2	-7,7	-9,1	-
Δημόσια κατανάλωση	1,1	3,1	7,1	-2,6	4,9	-8,7	-5,2	-4,2	-
Εξαγωγές αγαθών-υπηρεσιών	2,5	4,3	7,1	1,7	-19,4	5,2	0,3	-2,4	-
Εισαγωγές αγαθών-υπηρεσιών	-1,5	11,1	14,5	0,9	-20,2	-6,2	-7,3	-13,8	-
Ποσοστό ανεργίας	9,9	8,9	8,3	7,6	9,5	12,5	17,7	24,2	24,7
Εναρμονισμένος δείκτης τιμών καταναλωτή	3,5	3,3	3,0	4,2	1,3	4,7	3,1	1,0	0,7
Ισοζύγιο (έλλειμμα) Γενικής Κυβέρνησης (%ΑΕΠ)	-5,6	-6,0	-6,8	-9,9	-15,6	-10,8	-9,6	-10	-
Χρέος Γενικής Κυβερνήσεως (%ΑΕΠ)	110,0	107,8	107,3	112,9	129,7	148,3	170,3	156,9 ⁵⁴	-

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

⁵³ Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ),

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/ELLAS_IN_NUMBERS_GR.pdf

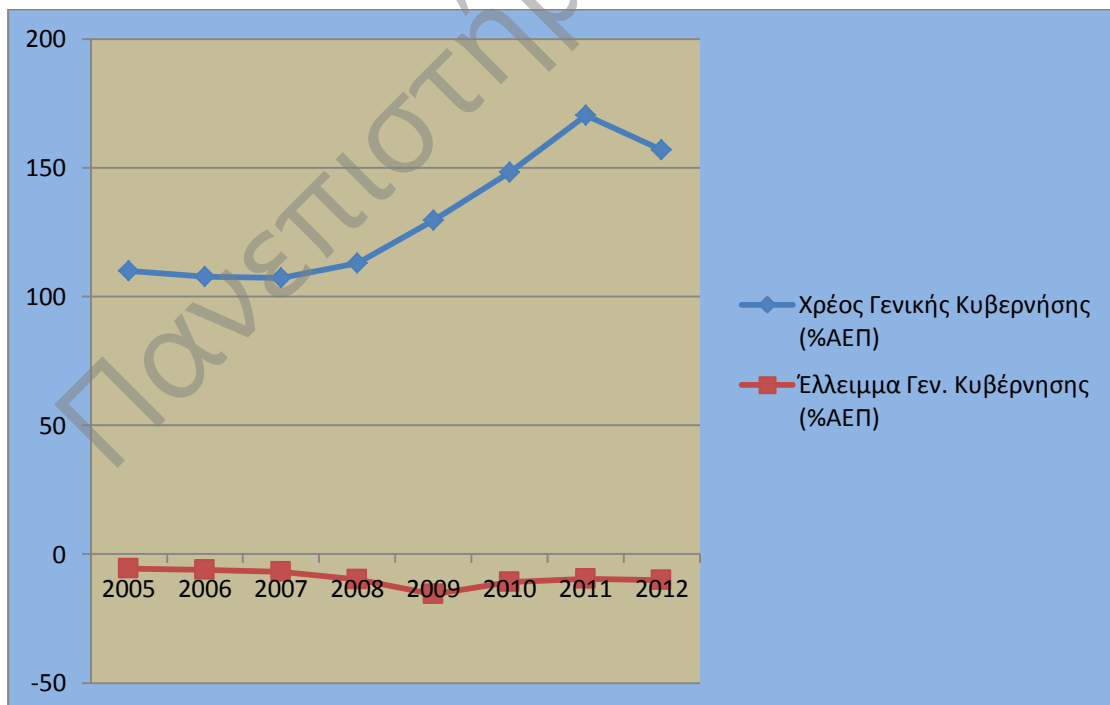
⁵⁴ Περιλαμβάνει μείωση του χρέους στα πλαίσια της πρωτοβουλίας «Συμμετοχή του Ιδιωτικού τομέα (PSI)»



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 2.1

Εξέλιξη του ΑΕΠ (σε εκατ. €, τρέχουσες τιμές)

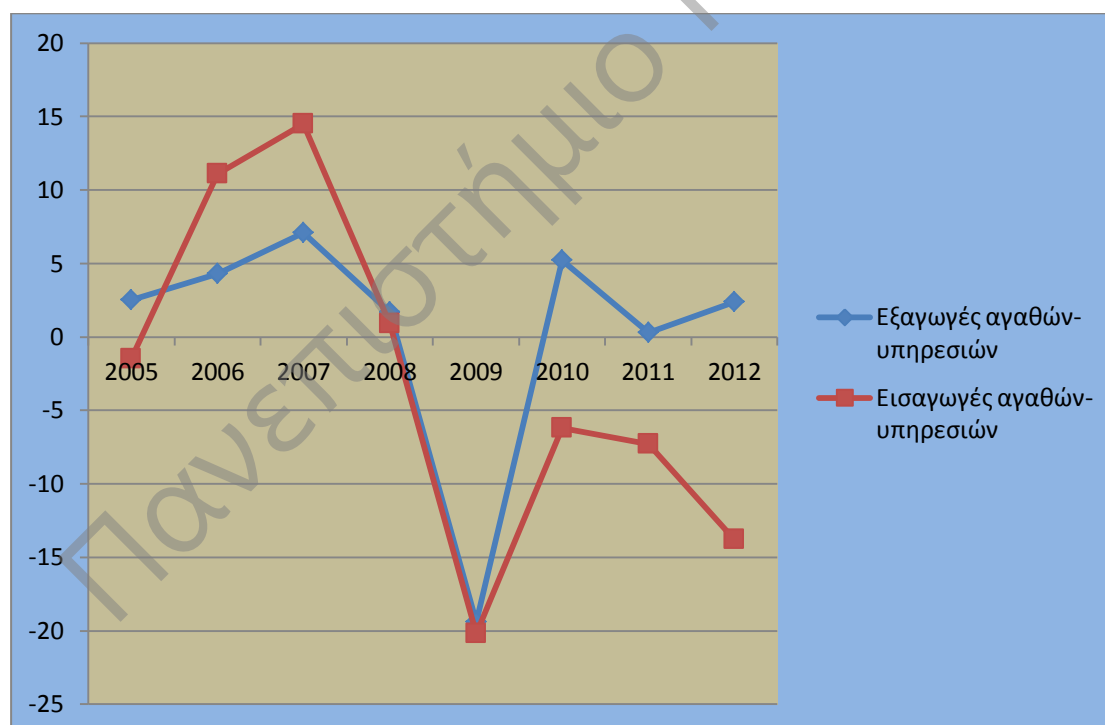


Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 2.2

Εξέλιξη του Χρέους και του ελλείμματος της Γενικής Κυβέρνησης

Μελετώντας το Διάγραμμα 2.1 την εξέλιξη του ΑΕΠ από το 2005 έως και το 2008 παρατηρούμε ότι ακολουθεί αύξουσα πορεία με μέγιστη τιμή τα 233 δις € ωστόσο από το 2009 και έπειτα συρρικνώνεται λόγω της «αναγκαίας» εφαρμογής του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής και οι τιμές του μειώνονται συνεχώς ώσπου επανέρχεται στη ίδια τιμή που είχε δέκα έτη πριν, τα 193 δις €. Το δημόσιο χρέος της χώρας ως ποσοστό του ΑΕΠ ακολουθεί αντίθετη πορεία με αυτή του ΑΕΠ καθώς από το 2005 έως το 2008 έχει μεν σταθερή πορεία από το 2009 όμως και έπειτα παρουσιάζει κατακόρυφη αύξηση που αγγίζει σχεδόν το 20% ανά έτος. Η καθοδική του πορεία το 2012 οφείλεται στο ότι περιλαμβάνει μείωση του χρέους στα πλαίσια της πρωτοβουλίας «Συμμετοχή του Ιδιωτικού τομέα (PSI)». Μελετώντας το έλλειμμα της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό επί του ΑΕΠ παρατηρείται ότι διαγράφει αύξηση από το 2005 έως το 2009 όπου και μειώνεται κατά πέντε ποσοστιαίες μονάδες. Η μείωση του βεβαίως οφείλεται στην συρρίκνωση του ΑΕΠ καθώς τα δύο μεγέθη βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση.



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 2.3

Οι εξαγωγές και εισαγωγές αγαθών-υπηρεσιών στα έτη 2005 έως 2012



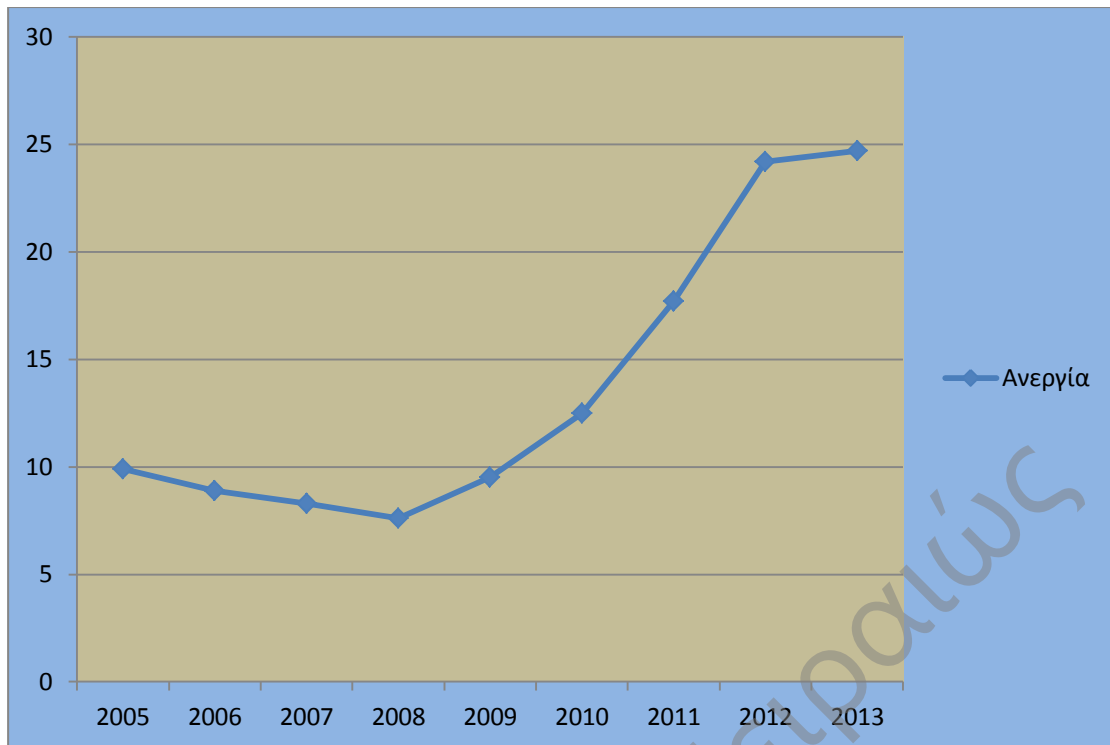
Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 2.4

Η συνολική εγχώρια ζήτηση-Ποσοστιαία ετήσια μεταβολή στα έτη 2005 έως 2012

Στον αρνητικό ρυθμό μεγέθυνσης της ελληνικής οικονομίας συνέβαλαν καθοριστικά η μείωση της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης. Στα δύο παραπάνω διαγράμματα αποτυπώνεται τη μείωση της αγοραστικής δύναμης και η φθίνουσα πορεία του εμπορίου. Οι εξαγωγές και εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών παρατηρώντας την διαγραμματική απεικόνιση το 2007 βρίσκονταν στο ζενίθ τους ενώ δύο έτη αργότερα το 2009 στο ναδίρ τους με ιδιαίτερα σημαντικές μειώσεις. Κατά την διάρκεια του έτους 2009 αρχίζει η ανάκαμψη.

Η ιδιωτική και δημόσια κατανάλωση συμβαδίζουν με την φθίνουσα πορεία του ΑΕΠ από το 2008 καθώς αλληλοεπηρεάζονται τα μεγέθη μεταξύ τους. Η δημόσια μειώνεται από το 2007 σε αντίθεση με τη ιδιωτική που ξεκίνησε τη κάθοδο ένα έτος αργότερα που πιθανότατα οφείλεται στις αποταμιεύσεις των νοικοκυριών από τα προηγούμενα έτη. Το 2010 η δημόσια κατανάλωση παρουσιάζει ανάκαμψη σε αντίθεση με την ιδιωτική η οποία συνεχίζει να μειώνεται αποτυπώνοντας τις οικονομικές δυσκολίες των νοικοκυριών και την αύξηση της φτώχειας. Σε αυτό συντελεί η αύξηση της ανεργίας όπως παρουσιάζεται στο επόμενο διάγραμμα.



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 2.5

Η ραγδαία αύξηση της ανεργίας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης

Η εκτίναξη της ανεργίας στο 25% του παραγωγικού δυναμικού το 2013, η απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων και η ευελιξία υπό τη σκέπη της κυβέρνησης καθώς και η μείωση των μισθών ώστε να επιβιώσουν οι επιχειρήσεις και να «ελαφρυνθεί» το κεφάλαιο περιορίζουν τα έσοδα των ήδη ελλειμματικών ασφαλιστικών ταμείων μέσω των εισφορών. Υπό ιδανικές συνθήκες τέσσερις εργαζόμενοι αντιστοιχούν σε μία σύνταξη στο αναδιανεμητικό σύστημα, ωστόσο στην Ελλάδα του 2014 η αναλογία είναι πλέον ένα προς ένα, δηλαδή ένας εργαζόμενος αντιστοιχεί σε μία σύνταξη. Συνέπεια βεβαίως είναι η μείωση των συντάξεων μεταξύ άλλων. Χαρακτηριστικό είναι ότι Ελλάδα κατά το 2013 μοιράζεται την πρωτιά στην ανεργία με την Ισπανία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενώ σύμφωνα με τη Eurostat το Νοέμβριο του 2014 η ανεργία θα αγγίξει το 28% ποσοστό που αντιστοιχεί σε 1.382.000 άτομα. Στους άνδρες αντιστοιχεί το 24,9% , στις γυναίκες το 32,2% ενώ στους νέους κάτω των 25 ετών το 59% δηλαδή 173.000 άτομα. Οι διαστάσεις της ανεργίας πλέον έχουν οδηγήσει στην εξαθλίωση τα Ελληνικά νοικοκυριά. Ένας στους τρεις Έλληνες ζουν με λιγότερα από 470 €

μηνιαίως ενώ ένα στα πέντε παιδιά ζει κάτω των ορίων της φτώχειας. Στην Ελλάδα του 2014 ένας «ιδιόμορφος τρίτος κόσμος γεννιέται».

2.3 ΔΙΑΡΘΡΩΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΣΥ

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης η προσπάθεια για συγκράτηση των δαπανών και αποτελεσματικότερη διοίκηση είναι πιο επίκαιρη από ποτέ και γι αυτό υιοθετήθηκαν νομοθετικές παρεμβάσεις⁵⁵⁵⁶ και επιπρόσθετα μέτρα σχετικά με τη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας. Οι παρεμβάσεις αφορούν θέματα λειτουργίας και χρηματοδότησης του ΕΣΥ.

Το πρώτο νομοθέτημα μετά την υπογραφή του μνημονίου αποτέλεσε ο νόμος 3863/2010⁵⁷, ο οποίος αφορούσε συνταξιοδοτικές διατάξεις. Με το νόμο αυτόν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και κλάδοι υγείας διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και από την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και πλέον εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Με το νόμο 3863/2010 ακόμη, πραγματοποιείται προσπάθεια διαμόρφωσης ενός ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της χώρας. Αναλυτικότερα ο νόμος προέβλεπε την ένταξη και λειτουργία σε ενιαίο πλαίσιο των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας του ΕΣΥ, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης αρμοδιότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Οίκου Ναύτου, καθώς επίσης και τη σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενός συμβουλίου συντονισμού. Ο σκοπός του συμβουλίου είναι σχεδιασμός ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό επίπεδο για λογαριασμό των ασφαλιστικών οργανισμών και ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης με όλους τους παρόχους υγείας προκειμένου να αρθεί ο κατατετημημένος χαρακτήρας του συστήματος και να επιτευχθεί μείωση της δαπάνης.

Τρίτος νόμος που ψηφίστηκε κατά σειρά έπειτα από την υπογραφή του μνημονίου συνεννόησης ήταν ο 3892/2010⁵⁸ για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση

⁵⁵ <http://et.diavgeia.gov.gr/>

⁵⁶ <http://www.moh.gov.gr/>

⁵⁷ Νόμος 3863/2010, «Νέο ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις»

⁵⁸ Ν. 3892/2010 «Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων»

παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων και ιατρικών συνταγών. Σύμφωνα με το νόμο οι γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και οι φαρμακοποιοί υποχρεούνται να εγγράφονται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Στόχος του μέτρου είναι ο έλεγχος της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών.

Ακόμη με το νόμο 3918/2011⁵⁹, ο οποίος εισάγει σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, τα νοσοκομεία του ΙΚΑ εισάγονται στο ΕΣΥ.

Πέραν των θεσμικών παρεμβάσεων υιοθετήθηκαν επιπρόσθετα μέτρα που αφορούν το ΕΣΥ σχετικά με την αναδιάρθρωση και τη χρηματοδότηση τα οποία συνοψίζονται παρακάτω:

- Η καθιέρωση εντατικότερης δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από τον Υπουργό Οικονομικών.
- Η δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών των νοσοκομείων και η βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης.
- Η δημοσίευση μηνιαίων στατιστικών οικονομικών στοιχείων σχετικά με τα έσοδα, τις δαπάνες, τη χρηματοδότηση και τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των νοσοκομείων.
- Η ολοκλήρωση προγράμματος μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων που προσδίδει την δυνατότητα για την αναβάθμιση των συστημάτων κατάρτισης προϋπολογισμού, τη μεταρρύθμιση των συστημάτων διοίκησης και τοποθέτηση διπλογραφικού λογιστικού συστήματος.
- Η δημιουργία δύο διαδικτυακών βάσεων του esy net στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που θα συνδράμουν στην αποτελεσματικότερη πολιτική υγείας μέσω της συλλογής και αποτίμησης μηνιαίων οικονομικών και λειτουργικών αποτελεσμάτων των δημοσίων νοσοκομείων και ευρύτερα του υγειονομικού χάρτη με στόχο την παρακολούθηση την κατανομή των υγειονομικών πόρων στις περιφέρειες.

Μία ακόμη θεμελιώδης δομική παρέμβαση αφορά τη λειτουργική αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ. Στόχοι αυτής της παρέμβασης είναι:

- ✓ Η συνδιοίκηση νοσοκομείων
- ✓ Η συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου του νοσοκομείου ή νοσοκομείων που γειτονεύουν

⁵⁹Ν. 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

- ✓ Η μετατροπή μικρών μονάδων (π.χ κέντρα υγείας) σε μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας ή βραγχείας εξειδικευμένης νοσηλείας
- ✓ Η συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές (διοικητικές, τεχνικές κ.α.)
- ✓ Η ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων.

Σύμφωνα με τη παραπάνω παρέμβαση επιδιώκεται η μείωση των διοικητικών συμβουλίων από 133 σε 83, των διοικητών σε 78, το σύνολο διοικητών και αναπληρωτών διοικητών από 175 σε 145. Ακόμη οι λειτουργούσες κλίνες από 35.000 με κάλυψη περίπου 70% θα μειωθούν σε 33.000 με κάλυψη περίπου 80% , με την αντιστοιχία να είναι 400 ανά νοσοκομειακό συγκρότημα. Μεταξύ των προτεινόμενων κλινών περίπου 550 κλίνες θα ονομαστούν «ειδικές θέσεις» και θα διατεθούν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Τέλος από τα 2.000 συνολικά τμήματα που λειτουργούν προτείνεται να συνενωθούν 360.

Το σχέδιο είναι δυνατό να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα και να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας μέσω της καλύτερης αξιοποίησης των πόρων και της αποδοτικότερης και αποτελεσματικότερης λειτουργίας των μονάδων υγείας καθώς θα προκύψει μείωση δαπανών.

Στα πλαίσια της παρέμβασης στο ανθρώπινο δυναμικό επαναπροσδιορίζονται οι αμοιβές των επαγγελματιών υγείας, οι οποίες ακολουθώντας την γενικότερη εσωτερική υποτίμηση θα υποστούν οριζόντιες, καθολικές περικοπές χωρίς πραγματοποιηθεί αξιολόγηση σχετικά με την αποδοτικότητα του κάθε εργαζομένου. Οι μισθοί στις δημόσιες υπηρεσίες και τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης μειώθηκαν κατά 10% τουλάχιστον το 2011 και ακόμη 15% το 2012, οι δαπάνες των εφημεριών περιορίστηκαν ενώ αναθεωρήθηκαν και οι αμοιβές για ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιώτες προμηθευτές με στόχο τη μείωση του κόστους κατά 25% για τα έτη 2011 και 2012.

Τέλος σε σχέση με τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αυξήθηκαν οι φόροι υπέρ της υγείας όπως ο φόρος στην κατανάλωση του αλκοόλ και του τσιγάρου.

2.4 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Στο νοσοκομειακό επίπεδο επιδιώχθηκε η αναδιοργάνωση τους σε θέματα διαχείρισης μέσω :

- της εφαρμογής προγραμμάτων μηχανογράφησης,

- την εισαγωγή ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων,
- την αναβάθμιση των συστημάτων κατάρτισης των προϋπολογισμών τους
- τη μεταρρύθμιση συστημάτων λογιστικής διαχείρισης, συμπεριλαμβανομένου του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος.

Ένα μέτρο που εφαρμόστηκε μέσω του Νόμου 3868/2010⁶⁰, επέκταση των ρυθμίσεων του νόμου 2889/2001 σχετικά με τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων είναι η καθιέρωση της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ, μέσω της επέκτασης των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Το μέτρο στοχεύει στην εξασφάλιση της δυνατότητας επιλογής του γιατρού από τους πολίτες, στην μείωση των λιστών αναμονής, στην καλύτερη αξιοποίηση του ιατρικού εξοπλισμού και την αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων⁶¹. Ωστόσο το γεγονός ότι η επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία απαιτεί την καταβολή αντιτίμου από τον πολίτη δημιουργεί συνθήκες ανισότητας σχετικά με την προσβασιμότητα σε αυτά⁶². Το πρόβλημα διογκώνεται ακόμη περισσότερο στη παρούσα περίοδο υπό συνθήκες οικονομικής στενότητας, αυστηρής λιτότητας και δημόσιων περιορισμών⁶³.

Σημαντική παρέμβαση στο νοσοκομειακό τομέα αποτελεί και η αλλαγή στον τρόπο αποζημίωσης. Η μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων πραγματοποιούταν κατά βάσει με :

- Το ημερήσιο νοσήλιο
- Επιπλέον πληρωμή ορισμένων πράξεων ή φαρμάκων/υλικών
- Ορισμένων «πακέτων» νοσηλίων.

Τα αποτελέσματα της τότε αποζημίωσης δεν ήταν θετικά καθώς δημιουργούνταν συνεχώς ελλείμματα στα νοσοκομεία εξαιτίας της απόκλισης ανάμεσα του πραγματικού κόστους νοσηλείας και του επιπέδου αποζημίωσης. Στη διαρκή «παραγωγή» ελλειμμάτων καθοριστικό ρόλο είχε η απουσία οποιουδήποτε συστήματος καταγραφής του προϊόντος και συστήματος τιμών, το οποίο είχε αφεθεί

⁶⁰Νόμος 3868,2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».

⁶¹ Niakas, D., Theodorou, M. and Liaropoulos, L.

(2005). "Can privatizing selected services benefit the public healthcare system? The Greek Case", *Applied Health economics and Health Policy*, 4 (3), pp. 153-157.

⁶² Οικονόμου, Χ. (2006). «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Θεωρητικές προσεγγίσεις & στρατηγικές επιλογές», στο Οικονόμου, Χ. & Φερόνας Α., *Οι Εκτός των Τειχών: Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις Σύγχρονες Κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.

⁶³ Benatar, S., Stephen, G. and Bakker, I. (2011), "Global health and the global economic crisis", *American Journal of Public Health*, 101 (4), pp. 646-653.

στην τύχη του επί τουλάχιστον δεκαπέντε έτη καθώς δεν πραγματοποιήθηκε καμία επανατιμολόγηση.

Με τον νόμο 3918/2011 πραγματοποιήθηκε σημαντική μεταβολή στην αποζημίωση των προμηθευτών καθώς εφαρμόστηκαν τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN)/Diagnostics Related Groups (DRGs)⁶⁴⁶⁵.

Τι είναι τα DRGs;

Τα DRGs ανακαλύφθηκαν στις Ηνωμένες πολιτείες Αμερικής από ερευνητές στο πανεπιστήμιο του Yale. Αποτελούν μια μεθοδολογία ταξινόμησης των υπηρεσιών που προσφέρει ένα νοσοκομείο. Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, με βάση τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, τη διάγνωση, τις επιπλοκές, τις συνυπάρχουσες παθήσεις, την ηλικία και το φύλο, οι νοσηλευόμενοι κατατάσσονται σε Ομοιογενής Διαγνωστικές Κατηγορίες. Τα DRGs χρησιμοποιήθηκαν αρχικά ώστε να μετρηθεί το παραγόμενο προϊόν των νοσοκομείων πληρέστερα και να γίνει περισσότερο αξιόπιστη η αξιολόγηση του έργου τους ώστε να βελτιωθεί η οργάνωση, αποδοτικότητα και παραγωγικότητα τους. Από τα μέσα τις δεκαετίας του '80 χρησιμοποιούνται για την αποζημίωση υπηρεσιών στις υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία των ΗΠΑ.

Έτσι και στα νοσοκομεία του ΕΣΥ πλέον αποζημιώνονται μέσω του μηχανισμού των ΚΕΝ. Ο ασφαλιστικός οργανισμός για κάθε νοσηλεία εγκρίνει συγκεκριμένο αντίτιμο ως αποζημίωση το οποίο είναι ήδη ορισμένο. Το αντίτιμο ή αλλιώς το ΚΕΝ που αποζημιώνεται το νοσοκομείο για την εκάστοτε νοσηλεία απορρέει από την ταξινόμηση του στις ομοιογενής διαγνωστικές κατηγορίες. Για παράδειγμα εάν κάποιος εισαχθεί σε ένα νοσοκομείο για οξεία χολοκυστίτιδα και χρειαστεί να υποβληθεί σε επέμβαση χολοκυστεκτομής τότε το ταμείο αποζημιώνει τον πάροχο υπηρεσιών υγείας με το αντίστοιχο ΚΕΝ που προκύπτει από το συνδυασμό του κωδικού διάγνωσης (Icd10) και του κωδικού της πράξης (Icpr)⁶⁶.

⁶⁴ http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias

⁶⁵ Βλέπε «Πόρισμα-Πρόταση επιτροπής ΥΓΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Αθήνα, Μάρτιος 2011

⁶⁶ <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/709-kleista-enopoihmena-noshlia-1>

Πίνακας 2.2

Αντιστοίχιση του κωδικού διάγνωσης ασθένειας με τον κωδικό της ιατρικής πράξης και του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου⁶⁷.

Οξεία χολοκυστίτιδα	Icd10 : K81.0	Πραγματοποιείται η διάγνωση
Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή	Icprm : X675083	Πραγματοποιείται η επέμβαση
KEN	H08X	Προκύπτει το αντίτιμο

Πηγή Υπουργείο Υγείας/κλειστά ενοποιημένα νοσήλια

Τα αντίτιμα των KEN έχουν υπολογισθεί από εμπειρογνώμονες , οικονομολόγους υγείας έπειτα από μελέτη και κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων. Από την κοστολόγηση έχει εξαιρεθεί το κόστος προσωπικού των δημοσίων νοσοκομείων. Το σύστημα των συμφωνημένων αντίτιμων που αναλογεί σε κάθε συγκεκριμένη ομαδοποιημένη κατηγορία έχει ως σκοπό την συγκράτηση τους κόστους παραγωγής υπηρεσιών υγείας και την αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομείων.

Κάθε χώρα που εισάγει την συγκεκριμένη μέθοδο αποζημίωσης σπάνια ξεκινά την ταξινόμηση από μηδενική βάση αλλά στηρίζεται στην εμπειρία και την προσαρμογή ενός ήδη εφαρμοσμένου συστήματος μιας άλλης χώρας η οποία επιλέγεται για συγκεκριμένους λόγους.

Το μοντέλο στο οποίο στηρίχθηκε το Ελληνικό σύστημα είναι το Αυστραλιανό καθώς ήταν το πιο πρόσφορο για εφαρμογή στην Ελλάδα ενώ έχει εφαρμοστεί στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Γερμανίας. Η εφαρμογή των KEN/DRGs έχει ουσιαστικά πλεονεκτήματα ως μέθοδος αποζημίωσης όπως :

- ✓ Την ακριβέστερη χρήση εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων.

⁶⁷ <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/709-kleista-enopoihmena-noshlia-1>

✓ Την ελαχιστοποίηση στο χρόνο διάγνωσης και επαναπροσδιορισμό των διαδικασιών εντός των νοσοκομείων.

✓ Την βελτίωση στο σύστημα παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας-μετατόπιση δραστηριοτήτων από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη στην πρωτοβάθμια με σκοπό την οικονομικότερη αντιμετώπιση των περιστατικών όπου αυτό είναι εφικτό.

Παρόλο τα πλεονεκτήματα που προσδίδει η μέθοδος KEN/DRGs στην Ελληνική πραγματικότητα υφίστανται κάποια ζητήματα που πρέπει διερευνηθούν. Στην Ελλάδα εφαρμόστηκαν σε ολόκληρη τη χώρα σε χρονικό διάστημα τριών μηνών ενώ στις υπόλοιπες χώρες εφαρμόστηκε αρχικά πιλοτικά σε συγκεκριμένες περιφέρειες της εκάστοτε χώρας και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, στη Γερμανία παραδείγματος χάριν η διαδικασία διήρκησε πέντε έτη. Επιπλέον η Ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι «ικανή» να αντέξει και να ανταποκριθεί στη μετατόπιση δραστηριοτήτων από τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας καθώς δεν έχει τις απαιτούμενες δομές.

Το σύστημα των KEN/DRGs είναι γεγονός ότι φέρνει πιο κοντά τη χρέωση των ασφαλιστικών ταμείων με το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Αυτό οδηγεί προς την μείωση της τάσης δημιουργίας ελλειμμάτων των δημοσίων νοσοκομείων καθώς προηγουμένως αποζημιώνονταν όχι με βάση ο πραγματικό κόστος νοσηλείας αλλά με αρκετά χαμηλότερο. Τα νοσοκομεία όμως αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, συνεπώς για να λειτουργήσει αποτελεσματικά το σύστημα θα πρέπει πρώτα να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων και η εξεύρεση των απαιτούμενων πόρων ώστε να είναι σε θέση να καλύψουν τις δαπάνες νοσηλείας των ασφαλισμένων τους.

Η μέθοδος των KEN/DRGs συμβάλλει στην ορθολογικότερη διαχείριση των οικονομικών των νοσοκομείων εφόσον όμως αντανάκλα στο πραγματικό κόστος, που δεν ισχύει για τα ελληνικά καθώς δε περιλαμβάνεται εντός τα κόστη προσωπικού των δημοσίων νοσοκομείων.

Ακόμη θα πρέπει να τονισθούν οι ενστάσεις που διατυπώθηκαν από το ιατρικό σώμα οι μέρες νοσηλείας που ορίζουν κάποια KEN δεν επαρκούν για την αποτελεσματική θεραπεία ενώ σε κάποια άλλα είναι παραπάνω από τον απαιτούμενο χρόνο νοσηλείας. Οπότε θα πρέπει να επανεξεταστούν καθώς η εφαρμογή και προσαρμογή των KEN στα ελληνικά δεδομένα πραγματοποιήθηκε σε εξαιρετικά περιορισμένο χρόνο υπό την υπό την πίεση της Τρόικας και του μνημονίου. Αποτέλεσμα της πίεσης ήταν η κοστολόγηση των KEN να μη βασιστεί σε

πραγματικές δαπάνες και κλινικά πρωτόκολλα αλλά σε ένα συνδυασμό κοστολόγησης βάσει της δραστηριότητας με δεδομένα από επιλεγμένα νοσοκομεία και σταθμίσεις κόστους⁶⁸. Τα αρνητικά αποτελέσματα οδηγούν στην συγκρότηση επιτροπής η οποία θα επαναπροσδιορίσει τα ΚΕΝ βασισμένη στη πραγματικές ανάγκες του Ελληνικού συστήματος στηριζόμενοι όμως στα Γερμανικά DRGs.

2.5 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ

Σύμφωνα με το νόμο 3918/2011 δημιουργείται ένα νέο σύστημα προμηθειών υγείας. Οι προμήθειες πλέον θα προγραμματίζονται σε περιφερικό επίπεδο δια μέσου Περιφερικών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ). Τα ΠΠΠΥ θα υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ) από την οποία θα καθορίζονται ανά περίπτωση :

1. Ποιοι διαγωνισμοί προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών θα διενεργηθούν σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας ή περισσότερων υγειονομικών περιφερειών ή σε εθνικό επίπεδο
2. Το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας
3. Την αναθέτουσα αρχή , η οποία αναλαμβάνει τη διενέργεια διαγωνισμού , τη σύναψη και τη μέριμνα εκτέλεσης της σύμβασης.

Απώτερος σκοπός της ΣΕΠ μέσω της ενοποίησης των διαγωνισμών περιφερικά ή και εθνικά είναι η επίτευξη μέγιστης οικονομίας κλίμακας. Ακόμη συστάθηκε Επιτροπή Παρατηρητηρίου Τιμών η οποία έχει ως σκοπό τον καθορισμό ενιαίων προδιαγραφών προτύπων ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν και την παρακολούθηση των τιμών ώστε να προσδιοριστεί μια αποδεκτά κοινή τιμή μονάδος⁶⁹.

2.6 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ο Νόμος 3918/2011 εντός του θεσμικού πλαισίου προβλέπει μεταβολές και για τη κατηγορία των φαρμάκων στα πλαίσια της γενικότερης δημοσιονομικής προσαρμογής. Στην προσπάθεια για επαναπροσέγγιση της τιμολόγησης και αποζημίωσης με στόχο την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης προβλέπει μια σειρά

⁶⁸ Χ. Οικονόμου, 2011, «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, επιστημονικές εκθέσεις/7, Μάρτιος , Αθήνα

⁶⁹ Χ. Οικονόμου 2012, Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, επιστημονικές εκθέσεις/7, Μάρτιος Αθήνα

παρεμβάσεων. Καθορίζει νέες τιμές φαρμάκων που προμηθεύονται από τις φαρμακευτικές εταιρίες οι ασφαλιστικοί φορείς, τα δημόσια νοσοκομεία, τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και τα ΝΠΔΔ που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ). Αν και εφόσον προκύπτουν διαφορές από τις συγκεκριμένες τιμές με αυτές των παραγωγών ή των εισαγωγέων τότε θα πραγματοποιείται έκπτωση/rebate από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Ακόμη μειώνει το μικτό ποσοστό κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης από 7,8% σε 5,4% ενώ το τμήμα τιμών φαρμάκων και επιτροπής τιμών φαρμάκων και όλες οι αρμοδιότητες που αφορά θέματα φαρμάκων από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας μεταφέρονται στο ΥΥΚΑ με στόχο τον αποτελεσματικότερο έλεγχο. Τέλος καθιερώθηκαν ποσά επιστροφής/claw back από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης.

Εκτός των ζητημάτων τιμολόγησης ο νόμος προβλέπει παρεμβάσεις και για τον εξορθολογισμό των συστημάτων αδειοδότησης κυκλοφορίας φαρμάκων, απελευθερώνει μερικώς το επάγγελμα του φαρμακοποιού, αυξάνει τις ώρες λειτουργιών των φαρμακείων ενώ δίνει τη δυνατότητα συστέγασης αυτών με τη μορφή ομόρρυθμων εταιριών.

Στην προσπάθεια της κυβέρνησης για μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατατέθηκε τροπολογία η οποία στήριζε την ενδυνάμωση της αγοράς των γενόσημων φαρμάκων. Σύμφωνα με την τροπολογία οι γιατροί των ασφαλιστικών ταμείων υποχρεούνται να συνταγογραφούν την δραστική ουσία και την συνιστώμενη περιεκτικότητα της και όχι την εμπορική ονομασία των φαρμάκων. Η παρέμβαση αυτή αναμένεται να οδηγήσει στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αφενός λόγω της χαμηλότερης τιμής των γενόσημων φαρμάκων και αφετέρου θα περιορίζει την προκλητή συνταγογράφηση των γιατρών που δημιουργείται μέσα από τις σχέσεις τους με τις φαρμακευτικές εταιρίες. Επιπρόσθετο μέτρο είναι η κατάρτιση θετικής λίστας φαρμάκων, σύμφωνα με το νόμο 3816/2010, στην οποία περιλαμβάνονται τα φάρμακα που μπορούν να συνταγογραφηθούν και να αποζημιωθούν από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης. Στο πλαίσιο αυτό διαμορφώνονται τιμές αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία οι οποίες είναι και οι ανώτατες τιμές αποζημίωσης από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης. Τα φάρμακα της θετικής λίστας είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικά και για τον λόγο αυτό έχουν εγκριθεί προς συνταγογράφηση σε αντίθεση με εκείνα που περιλαμβάνει η αρνητική

λίστα, φάρμακα δηλαδή που η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι τεκμηριωμένη και δεν αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Η χρήση της αρνητικής λίστας μπορεί να μειώσει την φαρμακευτική δαπάνη με την προϋπόθεση ότι δεν αυξηθεί ο όγκος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που εμπεριέχεται στη θετική λίστα. Αυτά δεν αποζημιώνονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης όπως και στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες.

Ακόμη ένα μέτρο που επιδιώκεται στον τομέα του φαρμάκου μέσω του νόμου 3892/2010⁷⁰ τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών ίσως και το σημαντικότερο είναι ο έλεγχος συναγογράφικής συμπεριφοράς των ιατρών και η εξάλειψη των αθέμιτων συνδιαλλαγών μεταξύ αυτών και των φαρμακευτικών εταιριών. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος η συνταγογράφηση θα πραγματοποιείται μόνο με ηλεκτρονική μορφή. Έτσι οι συμβεβλημένοι γιατροί με τα ασφαλιστικά ταμεία και τα φαρμακεία που εκτελούν τις αντίστοιχες συνταγές θα υποχρεούνται να εγγραφούν στη ηλεκτρονικό σύστημα. Σημαντικό ρόλο στην μείωση της φαρμακευτικής κατανάλωσης μπορεί να διατελέσει η ενημέρωση του πληθυσμού για τις επιπτώσεις της πολυφαρμακίας⁷¹.

2.7 Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΑΚΩΝ ΔΕΣΜΕΥΣΕΩΝ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ : ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ

Καθώς η οικονομική κρίση βαθαίνει η υγεία επιδεινώνεται και η πίεση που δέχονται οι φορείς παροχής φροντίδας υγείας αυξάνεται. Οι κυβερνήσεις λαμβάνουν μέτρα προκειμένου να επιτευχθεί η περικοπή των προϋπολογισμών για την υγεία, η μείωση του υγειονομικού προσωπικού καθώς και ο περιορισμός των προγραμμάτων υγείας και της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες και η έμφαση στον περικοπή του κόστους καθώς και η μείωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών καθιστούν τις υπηρεσίες υγείας απρόσιτες για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες⁷².

Βασικό στόχος των επιχειρούμενων παρεμβάσεων του Μνημονίου συνεννόησης είναι ο περιορισμός των δημοσίων ελλειμμάτων και δαπανών. Σύμφωνα με το

⁷⁰ Νόμος 3892/2010, «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων»

⁷¹ Economou Ch. (2010), "Greece : Health Systems Review : Health Systems in Transition, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

⁷² Οικονόμου Χ. 2013, «Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία», Foreign Affairs, Ιούλιος, Αθήνα

μνημόνιο συνεννόησης το «σχέδιο» προβλέπει την μείωση της συνολικής δημόσιας και φαρμακευτικής δαπάνης μέχρι να φτάσουν στο 6% του ΑΕΠ και 1% αντίστοιχα. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη θα πρέπει να μειωθεί κατά δύο δις ευρώ σε σχέση με αυτή του 2010, το ένα δις μέχρι το τέλος του 2011 και το άλλο μέχρι το τέλος του 2012. Ακόμη η εξωνοσκομειακή φαρμακευτική δαπάνη δεν θα πρέπει να υπερβεί τα 2,88 δις το 2012. Σχετικά με την αγορά υπηρεσιών και υλικών το 2011 στόχος είναι η μείωση κατά 25% συγκριτικά με το περασμένο έτος. Η νοσοκομειακή δαπάνη αναμένεται να υποστεί και αυτή μείωση, 10% το 2011 και ακόμη 5% το 2012. Το σχέδιο ολοκληρώνεται με μια μεσοπρόθεσμη δημοσιονομική στρατηγική μέχρι το 2015 που περιλαμβάνει συνολική περικοπή της δημόσιας υγείας που ξεπερνά τα δύο δις ευρώ και αναλύεται ως εξής, τουλάχιστον κατά 310 εκατομμύρια ευρώ το 2011, 697 εκατομμύρια ευρώ ακόμη το 2012, 349 εκατομμύρια ευρώ το 2013, 303 εκατομμύρια ευρώ το 2014 και 463 εκατομμύρια ευρώ το 2015 (Υπουργείο οικονομικών 2011).

Ο προβληματισμός που προκύπτει είναι αν το παραπάνω σχέδιο προέκυψε ως αποτέλεσμα υπολογισμών με πραγματικά δεδομένα ή στηρίχθηκε σε εκτιμήσεις. Πέρα από την απουσία αξιοπιστίας τίθεται ακόμη ένας προβληματισμός αν αναλογιστεί κανείς ότι ως επιδίωξη έχει τεθεί από τις μνημονιακές δεσμεύσεις η διατήρηση των δημοσίων δαπανών υγείας κάτω από το 6% του ΑΕΠ που συρρικνώνεται διαρκώς και όχι με την επίτευξη αποδοτικότερης και αποτελεσματικότερης λειτουργίας του συστήματος υγείας. Αυτό έχει ως συνέπεια την συρρίκνωση και των δαπανών υγείας με άμεσο κίνδυνο την απαξίωση του δημοσίου χαρακτήρα του συστήματος υγείας και την χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στον παρακάτω πίνακα και τα αντίστοιχα διαγράμματα παρουσιάζεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας από το έτος 2006 έως και το 2012.

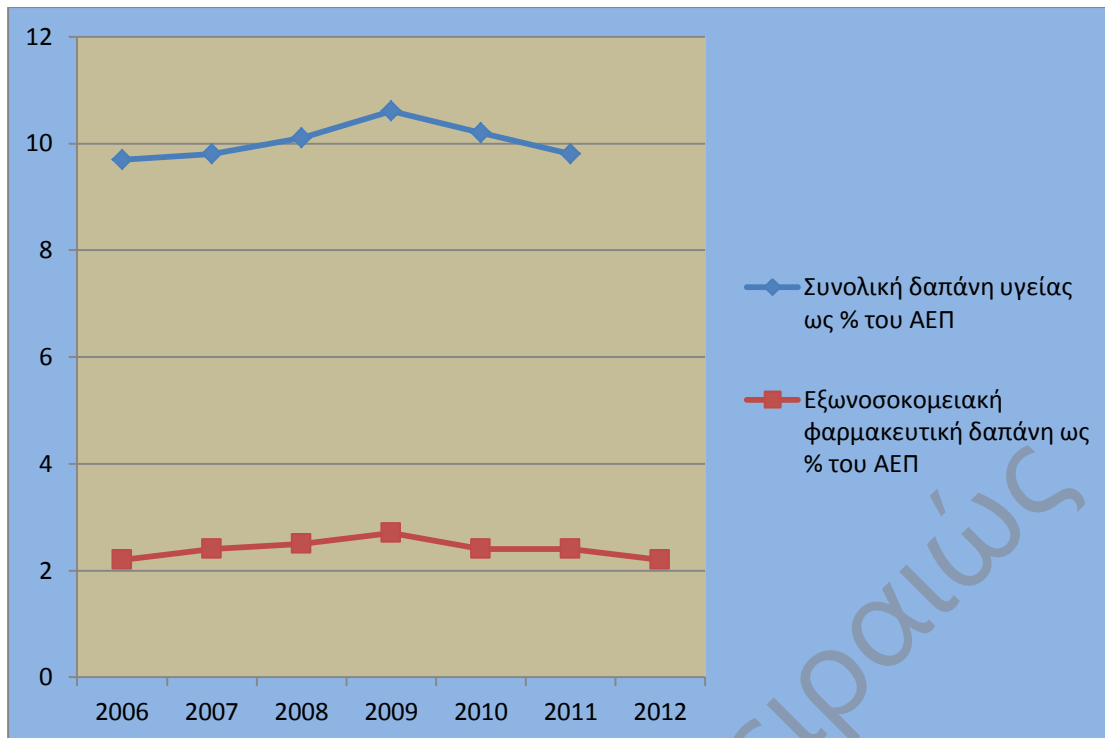
Πίνακας 2.3
Η εξέλιξη των δαπανών υγείας⁷³

ΜΕΓΕΘΟΣ-ΕΤΟΣ	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΑΕΠ σε εκατ., € τρέχουσες τιμές	208.600	223.200	233.200	231.642	227.318	215.088	200.906
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε € τρέχουσες τιμές	18.625	19.928	20.821	20.531	20.103	19.018	17.764
Συνολική Δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	9,70	9,80	10,10	10,60	10,20	9,80	9,02
Συνολική δαπάνη υγείας σε εκατ. €	20.234	21.873	23.320	23.164	21.367	19.357	-
Δημόσια δαπάνη υγείας σε εκατ. €	12.550	13.120	14.220	15.104	13.705	13.157	-
Ιδιωτική δαπάνη υγείας σε εκατ. €	7.684	8.663	9.100	8.060	7.662	6.200	-
Συνολική δαπάνη υγείας κατά κεφαλήν σε €	1.822	1.962	2.082	2.068	1.891	1.713	-
Δημόσια δαπάνη υγείας κατά κεφαλήν σε €	1.129	1.177	1.228	1.282	1.115	1.010	-
Ιδιωτική δαπάνη υγείας κατά κεφαλήν σε €	693	785	854	786	776	703	-

⁷³ http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-greece_20752288-table-grc

Σχέση Δημόσιας δαπάνης υγείας με Ιδιωτική	62% / 38%	60% / 40%	59% / 41%	62% / 38%	59% / 41%	59% / 41%	-
Συνολική (έξω-νοσοκομειακή) Φαρμακευτική δαπάνη σε εκατ €	4.600	5.414	5.834	6.346	5.403	5.073	4.291
Φαρμακευτική (έξω-νοσοκομειακή) δαπάνη ως % του ΑΕΠ	2,2	2,4	2,5	2,7	2,4	2,4	2,2
Φαρμακευτική δαπάνη (έξω-νοσοκομειακή) ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	22,70	24,80	24,80	25,80	23,30	24,1	22,5
Δημόσια (έξω-νοσοκομειακή) δαπάνη φαρμάκου σε εκατ €	3.50	4.04	4.53	5.09	4.28	3.979	3.215
Ιδιωτική (έξω-νοσοκομειακή) φαρμακευτική δαπάνη σε εκατ €	1.090	1.374	1.304	1.256	1.123	1094	1076
Κατά κεφαλήν (έξω-νοσοκομειακή) φαρμακευτική δαπάνη σε €	413	485	520	563	477	447	377
Κατά κεφαλήν (έξω-νοσοκομειακή) δημόσια φαρμακευτική δαπάνη €	315	362	404	452	378	350	266
Κατά κεφαλήν (έξω-νοσοκομειακή) ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη σε €	98	123	116	111	99	97	111

Πηγή OECD Health data 2012, ΕΛΣΤΑΤ, Εκτιμήσεις IOBE

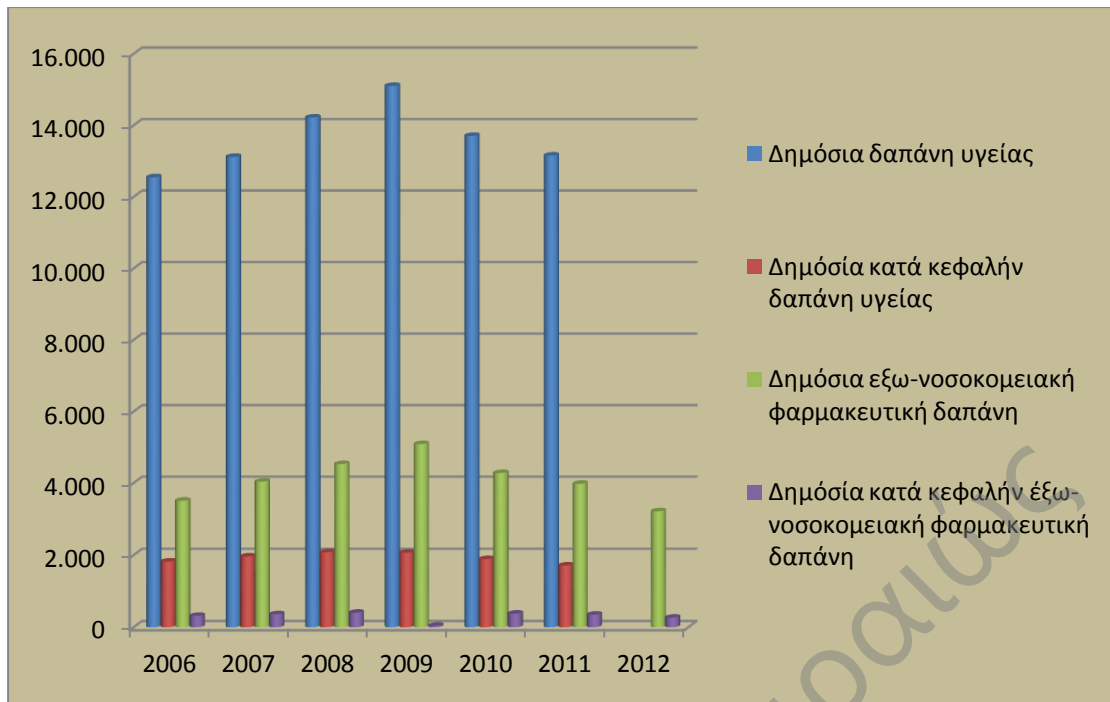


Πηγή : OECD Health data 2012, ΕΛΣΤΑΤ, Εκτιμήσεις IOBE

Διάγραμμα 2.6

Η σχέση των συνολικών δαπανών υγείας και εξωνοσοκομειακής δαπάνης φαρμάκου με το ΑΕΠ

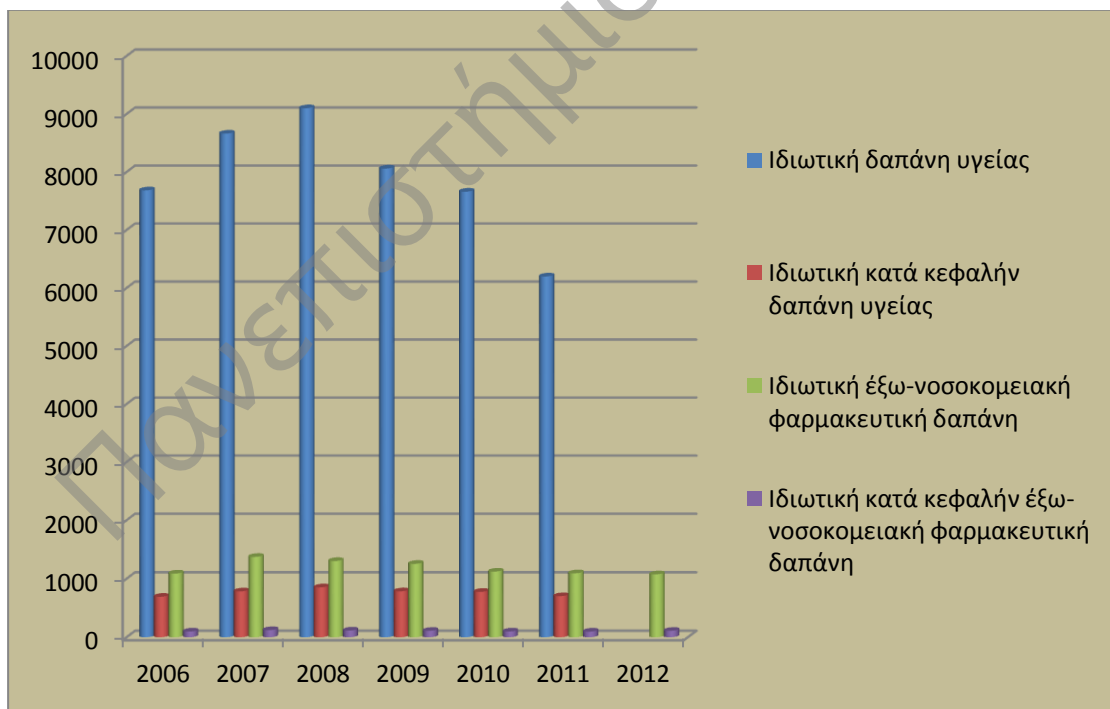
Η συνολική δαπάνη υγείας και η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική ακολουθούν την πορεία του ΑΕΠ. Από το 2009 σημειώνουν σημαντική μείωση όπως προβλέπει και το σχέδιο της τρόικας. Αναλυτικότερα η συνολική δαπάνη υγείας το 2009 βρισκόταν στο 10,6% ως ποσοστό του ΑΕΠ ενώ το 2011 στο 9,8%, σημειώθηκε μεταβολή 0,8% αντιστοίχως η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη σημειώνει μείωση κατά 0,5% ως ποσοστό του ΑΕΠ εντός τριών ετών καθώς το 2009 βρισκόταν στο 2,7% ενώ το 2012 στο 2,2%. Για να κατανοηθεί όμως το μέγεθος της μεταβολής των παραπάνω δαπανών θα πρέπει να τονισθεί ότι οι μεταβολές των δύο μεγεθών εξαρτώνται από την πορεία του ΑΕΠ, το οποίο από το 2009 έως το 2012 έχει υποστεί μείωση από 231 δις σε 193 δις. Στα παρακάτω διαγράμματα παρουσιάζεται η εξέλιξη της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας.



Πηγή : OECD Health data 2012, ΕΛΣΤΑΤ, Εκτιμήσεις IOBE

Διάγραμμα 2.7

Η εξέλιξη της Δημόσιας δαπάνη υγείας



Πηγή : OECD Health data 2012, ΕΛΣΤΑΤ, Εκτιμήσεις IOBE

Διάγραμμα 2.8

Η εξέλιξη της ιδιωτικής δαπάνης υγείας

Μελετώντας τα παραπάνω διαγράμματα παρατηρούμε την παράλληλη πορεία της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης όπου έως και το 2008 διέγραφαν αύξουσα πορεία ενώ από το 2009 επηρεασμένες από τις δημοσιονομικές προσαρμογές σημειώνουν σημαντικές μειώσεις . Αναλυτικότερα από το 2009 έως το 2011 η δημόσια δαπάνη υγείας σημειώνει μείωση κατά δύο δις ευρώ από 15,1 έως 13,1 και η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη κατά 350 ευρώ, από 2068 σε 1713. Ακολούθως η δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη μεταβάλλεται από 5,1 εκατ. ευρώ το 2009 σε 3,2 εκατ. ευρώ το 2012 και αντιστοίχως η κατά κεφαλήν εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη μειώνεται κατά 180 ευρώ, καθώς από 452 που ήταν το 2009 μεταβάλλεται σε 266 ευρώ. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας με τη σειρά της από το 2009 έως το 2011 μειώνεται κατά 1,8 δις. Η δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας συμβαδίζουν στη πορεία τους σχεδόν παράλληλα με το δημόσια να μειώνεται ελαφρώς περισσότερο. Στα παρακάτω διαγράμματα που απεικονίζεται η σχέση μεταξύ τους το έτος 2006 και 2011 μπορούμε να παρατηρήσουμε τη μείωση τη δημόσιας και αύξησης της ιδιωτικής δαπάνης.

Η σχέση δημόσιας δαπάνης υγείας και ιδιωτικής το 2006:

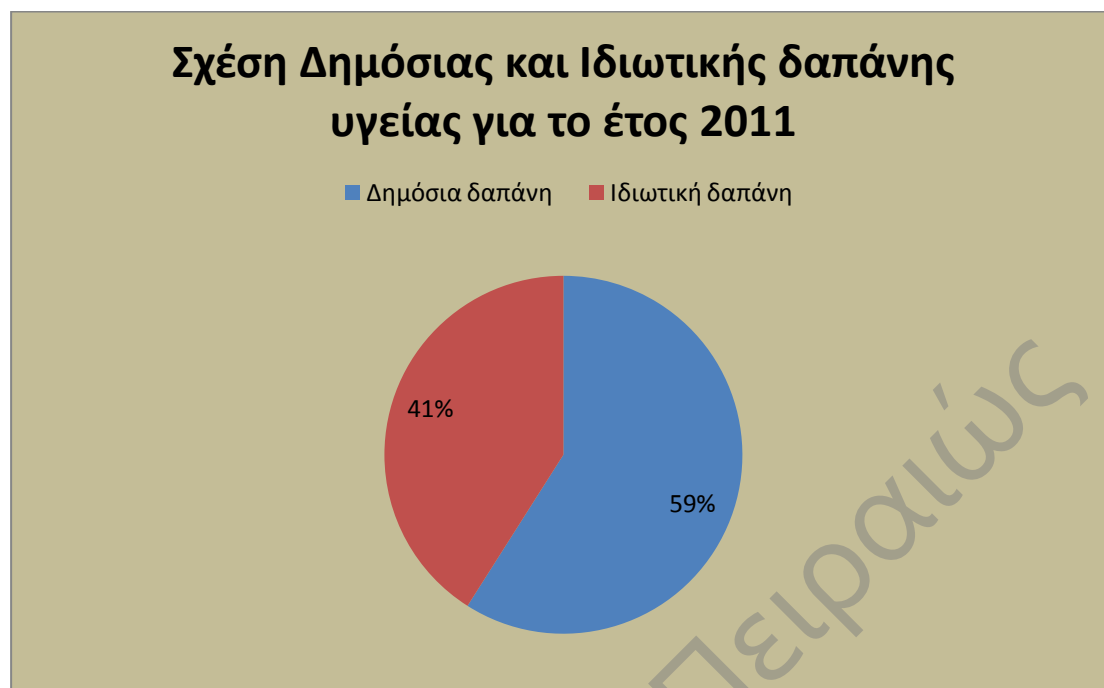


Πηγή : OECD Health data 2012

Διάγραμμα 2.9

Η σχέση δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας, έτος 2006

και πέντε έτη αργότερα:



Πηγή : OECD Health data 2012

Διάγραμμα 2.10

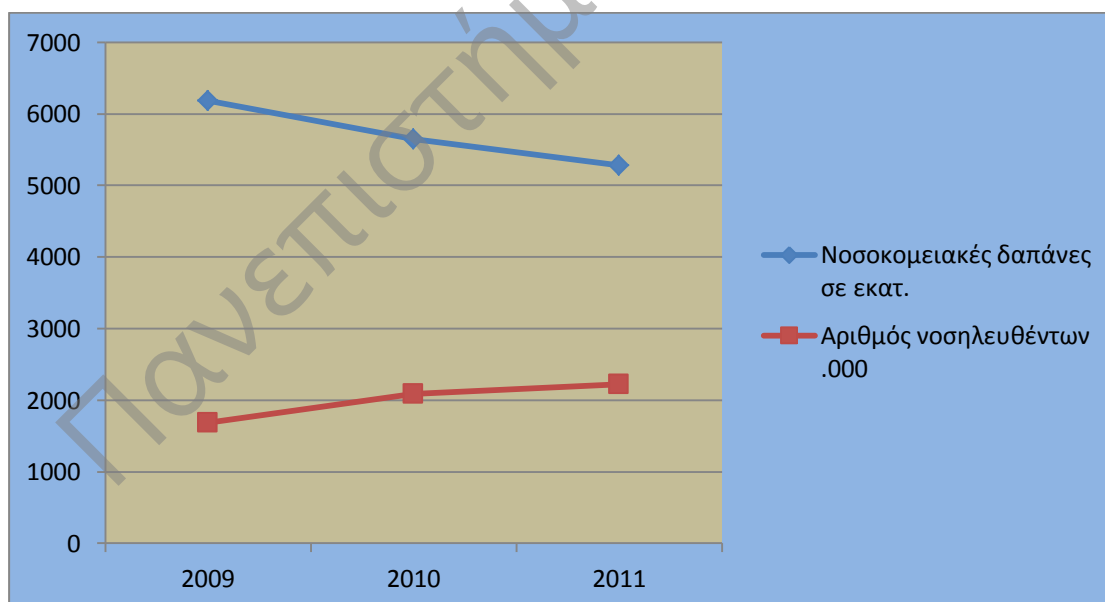
Η σχέση δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας για το έτος 2011

Στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα εξετάζεται ο νοσοκομειακός τομέας του ΕΣΥ, η δαπάνη και ο αριθμός των περιστατικών που καλύφθηκαν. Στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής η νοσοκομειακή δαπάνη δεν θα αποτελέσει εξαίρεση και θα σημειώσει με τη σειρά της φθίνουσα πορεία σε αντίθεση με τον αριθμό περιστατικών που αντιμετώπισαν τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία αυξήθηκαν. Η αυξημένη ζήτηση προς παροχή υπηρεσιών από τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα οφείλεται στην οικονομική ύφεση της χώρας η οποία έχει οδηγήσει στην ελάττωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών με αποτελεσματικό μέρος των ασθενών που στρεφόταν στον ιδιωτικό τομέα μέχρι πρότινος να μεταφερθεί στον δημόσιο. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ πλέον καλούνται με μειωμένους οικονομικούς πόρους να καλύψουν αυξημένη ζήτηση με αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας λόγω ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό, υγειονομικό και φάρμακα και την αύξηση των λιστών αναμονής.

Πίνακας 2.4
Εξέλιξη νοσοκομειακών δαπανών σε εκατ. €

Δαπάνες/Ετος	2009	2010	2011
Μισθοδοσία	3379	3035	2821
Αναλώσιμο υγειονομικό υλικό	1084	737	591
Φάρμακα	1252	1084	832
Χημικά αντιδραστήρια	269	223	187
Λοιπές δαπάνες/outsourcing	202	571	846
Σύνολο	6186	5650	5277

Πηγή ESYNET,2012⁷⁴



Πηγή ESYNET,2012

Διάγραμμα 2.11

Η εξέλιξη των νοσοκομειακών δαπανών σε εκατ. € & αριθμός νοσηλευθέντων

⁷⁴ <https://www.esinet.>

2.8 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η Ελληνική οικονομία από το 2008 ακολουθεί αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης. Το ΑΕΠ της χώρας συρρικνώνεται συνεχώς ενώ τα δημόσιοι χρέος και έλλειμμα της γενικής κυβέρνησης αυξάνονται. Το μνημονιακό πρόγραμμα της Τρόικας διατήρησε τον αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης. Οι ανεπιτυχείς παρεμβάσεις μέσω των δημοσιονομικών προγραμμάτων συρρικνώνουν ακόμη περισσότερο την Ελληνική οικονομία και αυξάνουν στα ύψη την ανεργία.

Ο χώρος της υγείας δεν έμεινε ανεπηρέαστος καθώς η δημόσια δαπάνη σημειώνει σημαντικότερη μείωση. Οι κρατικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα λόγω των σοβαρών ελλείψεων σε υλικά φάρμακα και προσωπικό. Το έργο τους γίνεται ακόμη δυσχερέστερο αν αναλογιστεί κανείς ότι η ζήτηση των υπηρεσιών τους αυξάνεται συνεχώς λόγω της μετατόπισης ασθενών από τα ιδιωτικά ιδρύματα σε αυτά εξαιτίας της μείωσης των εισοδημάτων των νοικοκυριών.

Οι παρεμβάσεις στον υγειονομικό χώρο αφορούν και το λειτουργικό επίπεδο πέραν του οικονομικού. Προωθήθηκαν αλλαγές :

- σε λειτουργικά και θέματα χρηματοδότησης του ΕΣΥ
- στα νοσοκομεία, με κύριες παρεμβάσεις την αλλαγή στην μέθοδο αποζημίωσης και την εισαγωγή ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων
- στο σύστημα προμηθειών, μέσω τη δημιουργία νέου μηχανισμού ελέγχου
- στα φάρμακα, με κυριότερες παρεμβάσεις την υποχρεωτική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και την συνταγογράφηση βάσει της δραστικής ουσίας και όχι την ονομασία του φαρμάκου.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην δεκαετίες του '90 και 2000 όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενα υποκεφάλαια πραγματοποιήθηκαν δύο απόπειρες επίλυσης των προβλημάτων του ΕΣΥ μέσω της δημιουργίας ενός ενιαίου φορέα. Η πρώτη προσπάθεια γίνεται μέσω του νομοσχεδίου «Κρεμαστινού» το 1995 ενώ η δεύτερη πραγματοποιείται το 2001 από τον τότε Υπουργό Υγείας Αλέκο Παπαδόπουλο ιδρύοντας τον ΟΔΠΥ ωστόσο και οι δύο δεν ολοκληρώθηκαν. Μια τρίτη προσπάθεια δημιουργίας ενός ενιαίου φορέα υγείας επιχειρείται το 2010. Ο νέος οργανισμός αποσκοπεί στον έλεγχο του κόστους και στη συγκράτηση των δαπανών υγείας στηρίζομενο στην ισχυρή διαπραγματευτική του δύναμη δια μέσου του μονοψωνιακού του χαρακτήρα. Με την δημιουργία του νέου ασφαλιστικού φορέα «Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) επιχειρείται εγκαθίδρυση ασφαλιστικού μονοψωνίου στο κλάδο. Σύμφωνα με τον Mark Pauly⁷⁵ ένα δημόσιο μονοψώνιο ενδιαφέρεται πρωτίστως για τη συγκράτηση του κόστους και η επίτευξη του βασικού στόχου απαιτεί την δημιουργία μηχανισμού ελέγχου του κόστους.

Η αυξημένη οικονομική και διαπραγματευτική δύναμη που αναμένεται να έχει ο ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να επιβάλλει τις προτεραιότητες του ώστε να καταστήσει τους προμηθευτές περισσότερο υπεύθυνους, πιέζοντας τους να βελτιώσουν την αποδοτικότητά τους. Ακόμη θα παρείχε τη δυνατότητα μιας περισσότερο ορθολογικής πολιτικής τιμολόγησης και την επίτευξη μιας ισότιμης περιφερειακής και κοινωνικής κατανομής των πόρων δια μέσου μιας κοινής δέσμης υπηρεσιών για όλους και της μείωσης των ανισοτήτων στην ασφαλιστική κάλυψη. Η αναφορά που ακολουθεί αφορά τις εξελίξεις μέχρι τον Ιανουάριο του 2014, συνεπώς δε πραγματοποιείται εκτενής αναφορά στις τελευταία μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ σχετικά με τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και το διαχωρισμό του από πάροχο σε αγοραστή και μόνο υπηρεσιών υγείας.

⁷⁵ Pauly M. , “Market power, Monopsony and Health Insurance Markets”. Journal of Health Economics, 1988

3.2 Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Ο νόμος 3918/2011⁷⁶ αποτελεί τη σημαντικότερη μεταρρυθμιστική παρέμβαση. Η πρώτη και βασική μεταβολή υπήρξε η σύσταση του οργανισμού, ενός ενιαίου φορέα υγείας, του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο όργανο με την έναρξη ισχύος του εντάχθηκαν υπό τη σκέπη του όλοι οι κλάδοι υγείας των μεγαλύτερων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) της χώρας, το ΙΚΑ, ο ΟΠΑΔ, ο ΟΓΑ και ο ΟΑΕΕ. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας είναι η συγκέντρωση όλων των πόρων του υγειονομικού τομέα με σκοπό την λειτουργία βάσει μονοφωνιακού τύπου με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας καθώς καλύπτει το 90% του πληθυσμού.

Με αυτόν τον τρόπο ακόμη επιτυγχάνεται η ομογενοποίηση των παροχών υγείας ως προς όλους τους ασφαλισμένους καθώς και η καθολική πρόσβαση σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στο δίκτυο του ΕΟΠΥΥ εντάσσονται ως βασικές υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ)⁷⁷. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται, η οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας με το ΕΣΥ, η εξοικονόμηση πόρων και η διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με όρους ισονομίας για όλους τους πολίτες η βελτίωση της διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικότητας.

Ο ΕΟΠΥΥ εποπτεύεται από το υπουργείο εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης και από το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Στους βασικούς του σκοπούς εντάσσονται εκτός από τη κάλυψη με υπηρεσίες υγείας των ασφαλισμένων των υπό ένταξη ΟΚΑ και ο λειτουργικός συντονισμός όλων των παροχών ΠΦΥ.

Θεμελιώδης παρέμβαση κατά την προσπάθεια ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης αφορά τη λειτουργική αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ. Η αναδιάταξη περιλαμβάνει :

⁷⁶ Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 31Α/2011

⁷⁷ Ν. 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α')

- την συνδιοίκηση των νοσοκομείων
- την συνένωση ομοειδών μονάδων και εργαστηρίων εντός των ίδιων των νοσοκομείων
- την μετατροπή μικρών νοσοκομειακών μονάδων-κέντρων υγείας σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή βραχείας εξειδικευμένης νοσηλείας
- την συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές δραστηριότητες όπως διοικητικές και τεχνικές
- και την ορθολογική κατανομή προσωπικού και πόρων

Σύμφωνα με την αναδιάταξη τα διοικητικά συμβούλια πρόκειται να μειωθούν από 133 σε 83 ενώ οι διοικητές σε 78 και το σύνολο των διοικητών και αναπληρωτών διοικητών από 175 σε 145 ενώ οι λειτουργούσες κλίνες με κάλυψη 70% από 35000 θα μειωθούν σε 33000 με κάλυψη στο 80%. Ακόμη από τα 2000 τμήματα και μονάδες , 360 θα συνενωθούν και ο αριθμός τους θα περιοριστεί στα 1640 περίπου.

3.3 Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ διοικείται από τον Πρόεδρο του και δύο Αντιπρόεδρους και το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.). Ο Πρόεδρος επιλέγεται με τη διαδικασία του άρθρου 49Α του Κανονισμού Εργασιών της Βουλής, μετά από πρόταση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και διορίζεται με κοινή απόφαση των ανωτέρω Υπουργών⁷⁸.

Οι Αντιπρόεδροι ονομάζονται Αντιπρόεδρος Α' και Αντιπρόεδρος Β', διορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

1. Για τον Αντιπρόεδρο Α' στην παροχή, στον έλεγχο και στην κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας προς τα υπαγόμενα πρόσωπα στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

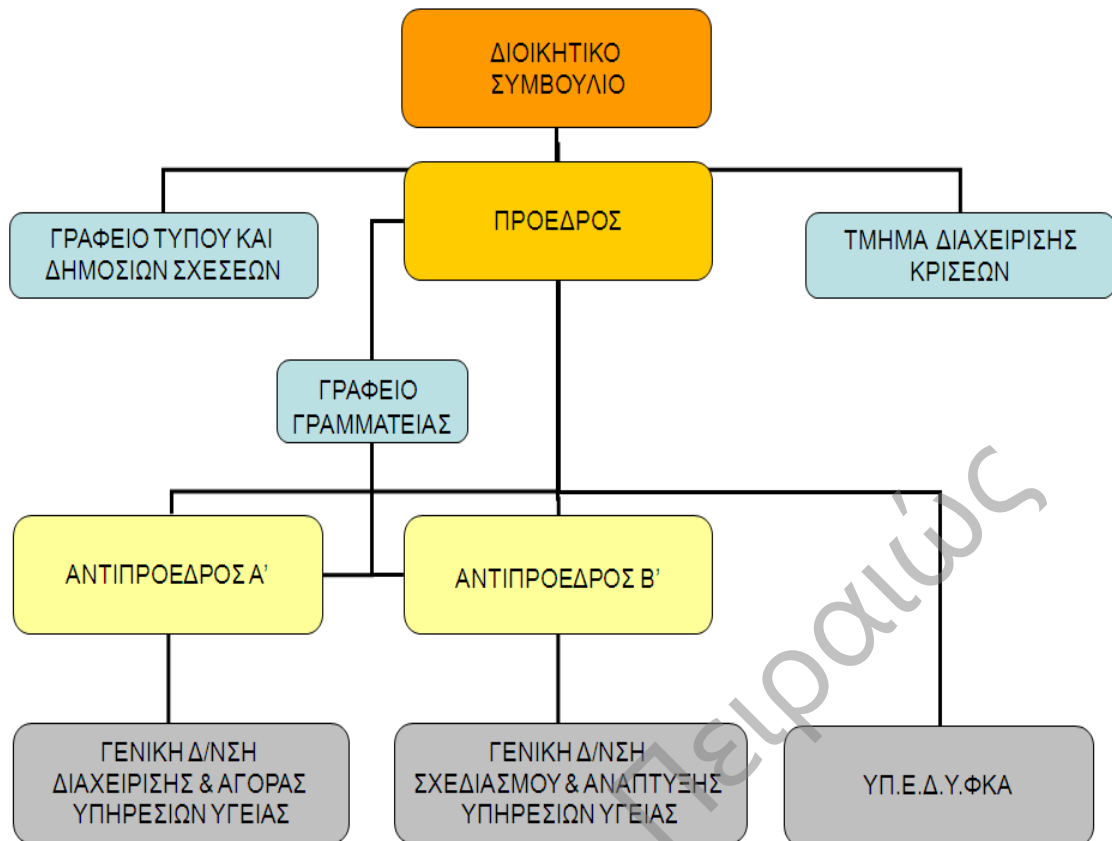
2. Για τον Αντιπρόεδρο Β' στην έκταση των παροχών υγείας, στην οικονομική διαχείριση, στον έλεγχο και στη χρηματοδότηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καθώς και στα θέματα λειτουργίας του προσωπικού αυτού.

⁷⁸ Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις

Τα μέλη του Δ.Σ διορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και αποτελείται από:

- Τον Πρόεδρο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο οποίος αναπληρώνεται από έναν εκ των δύο Αντιπροέδρων. Η αναπλήρωση γίνεται με απόφαση του Δ.Σ..
- Τρεις ειδικούς επιστήμονες ιδίων προσόντων με τον Πρόεδρο, εκ των οποίων ένας εκπρόσωπος των ασφαλισμένων που προτείνεται από τις οικείες τριτοβάθμιες οργανώσεις με τον αναπληρωτή του, ένας εκπρόσωπος των εργοδοτών, που προτείνεται από το Σύνδεσμο Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (Σ.Ε.Β.), τη Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνιών Εμπόρων Ελλάδας (ΓΣΕΒΕΕ) και την Εθνική Συνομοσπονδία Ελληνικού Εμπορίου (ΕΣΕΕ) με τον αναπληρωτή τους και ένας εκπρόσωπος των συνταξιούχων, που προτείνεται από τις οικείες τριτοβάθμιες οργανώσεις τους με τον αναπληρωτή του.
- Τρία πρόσωπα που έχουν εμπειρία και κατάρτιση σε θέματα σχετικά με το αντικείμενο του Οργανισμού τα οποία διορίζονται από τους Υπουργούς Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με τους αναπληρωτές τους.
- Ένα μέλος που προτείνεται από τον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο (ΠΦΣ) ή τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ) ή την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (ΕΟΟ), τον αναπληρωτή του.
- Ένα μέλος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ) με τον αναπληρωτή του.

Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. μετέχει, χωρίς δικαίωμα ψήφου, ως Κυβερνητικός Επίτροπος, υπάλληλος με Α' βαθμό είτε του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είτε του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, ο οποίος ορίζεται με τον αναπληρωτή του.



Πηγή ΕΟΠΥΥ

Διάγραμμα 3.1

Το Οργανόγραμμα ΕΟΠΥΥ⁷⁹

3.4 ΤΑΜΕΙΑ ΠΟΥ ΣΥΓΚΡΟΤΟΥΝ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

Στη έναρξη της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ τα ταμεία που εντάχθηκαν ήταν το ΙΚΑ, ο ΟΠΑΔ, ο ΟΑΕΕ και ο ΟΓΑ. Στην πορεία εισήχθησαν και άλλα ταμεία και πλέον προέρχεται από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών οργανισμών⁸⁰:

- ΙΚΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΓΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΑΕΕ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΠΑΔ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΤΥΔΚΥ, από 1η Ιανουαρίου 2012.

⁷⁹ http://www.eopyy.gov.gr/GeneralAspx/ShowPage?a_View=οργανόγραμμα

⁸⁰ <http://www.eopyy.gov.gr>

- ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ (Από 1η Απριλίου 2012).
- ΤΑΥΤΕΚΩ (από 1η Μαΐου 2012)
- ΕΤΑΑ (από 1^η Νοεμβρίου 2012)
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ/ΤΑΙΣΥΤ (από 1^η Δεκεμβρίου 2012)
- ΛΙΜΕΝΙΚΟ (από τον Μάιο του 2013, μέσω του ΟΠΑΔ)

Η ένταξη του ΤΑΥΤΕΚΩ στον ΕΟΠΥΥ συνεπάγεται την εισχώρηση των παρακάτω κλάδων υγείας οι οποίοι των αποτελούν:

- ΚΑΠ-ΔΕΗ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΔΕΗ).
- ΤΑΠΑΕ-ΕΘΝΙΚΗ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού «Εθνική Ασφαλιστική»).
- ΤΑΠ-ΗΣΑΠ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΗΣΑΠ).
- ΤΑΠ- ΗΛΠΑΠ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΗΛΠΑΠ).
- ΤΑΠ-ΕΤΒΑ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΕΤΒΑ).
- ΤΑΠ-ΕΤΕ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού Εμπορικής Τράπεζας).
- ΤΑΠ-ΟΤΕ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΟΤΕ). ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού Πίστεως Γενική & American Express).

Η ένταξη του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ συνεπάγεται την εισχώρηση των παρακάτω πρώην ανεξαρτήτων ταμείων υγείας :

- Τομέας Σύνταξης Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ)
- Τομέας Υγειονομικών (πρώην ΤΣΑΥ)
- Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Αθήνας
- Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης
- Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Πειραιώς
- Δικηγόρων Επαρχιών & Δικαστικών Επιμελητών (ΤΥΔΕ-ΤΠΔΕ)
- Τομέας Νομικών
- Τομέας Συμβολαιογράφων
- Πρόνοιας Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΠΕΔΕ)

Με την ενοποίηση των παραπάνω ταμείων το ποσοστό πληθυσμιακής κάλυψης του ΕΟΠΥΥ πλησιάζει το 90%. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός πληθυσμιακής κάλυψης για το κάθε ένα ταμείο ξεχωριστά αλλά και το σύνολο τους.

Πίνακας 3.1
Η πληθυσμιακή κάλυψη του ΕΟΠΥΥ

Ασφαλιστικά ταμεία εντασσόμενα στον ΕΟΠΥΥ	Πληθυσμός κάλυψης
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	5.212.494
ΟΠΑΔ	1.704.922
ΟΓΑ	1.364.103
ΟΑΕΕ	811.714
ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ	134.483
ΤΑΥΤΕΚΩ	432.398
ΕΤΑΑ	295.514
ΕΤΑΠ-ΜΜΕ	18.287
ΣΥΝΟΛΟ	9.973.915

Πηγή ΕΣΔΥ⁸¹

⁸¹http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%95%CE%9F%CE%A0%CE%A5%CE%A5_%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%AF%CE%B4%CE%B1%20%CE%A3%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%AE.pdf

Τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία δεν έχουν ενταχθεί στον νέο ενιαίο φορέα υγείας είναι των δημοσιογράφων, ο ΕΔΟΕΑΠ, της τράπεζας Ελλάδος, της εθνικής τράπεζας, το ΤΥΠΕΤ, της αγροτικής τράπεζας, το ΑΤΕ, του στρατού, ξηράς, ναυτικού και αεροπορίας.

Η ενοποίηση των ταμείων είχε ως σκοπό την οικονομική ισορροπία μέσω της συνένωσης των ελλειμματικών ταμείων με τα υγιή. Τα παραπάνω ταμεία που δεν εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ είναι τα υγιέστερα οικονομικώς. Εντύπωση προκαλεί η απόφαση των κυβερνώντων να αποδεχτούν την αρνητική στάση ως προς την ένταξη τους. Με την αποδοχή αυτή ο νέος ενιαίος φορέας υγείας από το πρώτο βήμα της υλοποίησης του παρεκκλίνει από τον αρχικό του σχεδιασμό που προέβλεπε την ένταξη «όλων» των ασφαλιστικών ταμείων.

Οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ από όποιο ταμείο και αν προέρχονται απολαμβάνουν ισότιμα τις υπηρεσίες που παρέχονται από τον οργανισμό σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (ιατρική εξέταση, παρακλινικές εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή κλπ), δια μέσου των υγειονομικών δομών του Οργανισμού (Μονάδες Υγείας πρώην ΙΚΑ – ΕΤΑΜ), Κρατικά Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ κλπ) και από τους συμβεβλημένους με τον Οργανισμό γιατρούς και παρόχους υπηρεσιών υγείας.

3.5 ΟΙ ΠΗΓΕΣ ΕΣΟΔΩΝ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Ως κύριοι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ορίζονται οι ακόλουθοι⁸² :

1. Η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ. Η επιχορήγηση αυτή αφορά τη συμμετοχή του Δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων για τον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Κατά τη λειτουργία του οργανισμού το ποσοστό επιχορήγησης επί του ΑΕΠ μειώθηκε σε 0,4%.

2. Οι ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου εργοδότη. Οι πόροι προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων σε ποσοστό 2,55%

⁸² Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις

και τις εισφορές του εργοδότη σε ποσοστό 5,1% επί των πάσης φύσεως αποδοχών των δικαιούχων του.

3. Η προβλεπόμενη εισφορά συνταξιούχων, που ανέρχεται σε ποσοστό 4%. Η εισφορά 2,55% των συνταξιούχων του Δημοσίου η οποία μέσα στο 2013 έχει μια προσαύξηση της τάξεως του 0,75% και διαμορφώνεται στα 4%.

Στον παρακάτω πίνακα παραθέτονται οι αρχικές εκτιμήσεις σχετικά με τα έσοδα του οργανισμού για το 2012.

Πίνακας 3.2

Οι πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (αρχικές εκτιμήσεις για το 2012)

Εισροές	2012
Σύνολο ασφαλισμένων (σε .000)	11.351
Άμεσα	6381
Έμμεσα	4970
Ετήσιες εισφορές (σε εκατ. €)	4.565
Εργοδότες	2.080
Ασφαλισμένοι	2.485
Συμμετοχή του κράτους (εκτίμηση σε εκατ. €)	1.500
Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ (εκτίμηση σε εκατ. €)	500
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65% (εκτίμηση σε εκατ. €)	>1.500
Σύνολο (εκτίμηση σε εκατ. €)	>8.000

Πηγή ΕΣΔΥ

Επιπλέον πηγές εσόδων του ΕΟΠΥΥ αποτελούν κοινωνικοί πόροι υπέρ των αντίστοιχων φορέων και Κλάδων Υγείας που εντάσσονται, οι πρόσοδοι από τη χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθέσιμων κεφαλαίων και αξιών, ποσά από επιβολή προστίμων και άλλων χρηματικών ποινών, δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα και κτήσεις από άλλη χαριστική αιτία, τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών, οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., είσπραξη των ποσών επιστροφής από φαρμακευτικές και φαρμακεία.

Κατά την έναρξη ισχύος του ΕΟΠΥΥ τα λειτουργικά του έξοδα καλύπτονται, ύστερα από απόφαση του Δ.Σ. αυτού, από πιστώσεις του Κλάδου Ασθένειας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και του Ο.Π.Α.Δ. και βαρύνουν τους εν λόγω οργανισμούς. Το κράτος αναλαμβάνει την υποχρέωση να επιχορηγήσει τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με το απαιτούμενο ποσό για την εξόφληση των μέχρι 31.12.2010 εκκαθαρισμένων οφειλών του Ο.Π.Α.Δ. προς τρίτους.

3.6 Ο ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στην παρούσα υποενότητα περιγράφεται ο αρχικός κανονισμός παροχών του ΕΟΠΥΥ⁸³ και πραγματοποιείται σύγκριση με τον κανονισμό παροχών στο προϋπάρχον σύστημα. Ακόμη παρουσιάζονται και οι δύο τροποποιήσεις⁸⁴⁸⁵ του ενιαίου κανονισμού του ΕΟΠΥΥ.

Ο κανονισμός παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ διασφαλίζει για όλους τους φορείς που τον αποτελούν την ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης καθώς και το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στις δαπάνες. Το ύψος όλων των χορηγούμενων παροχών καθορίζεται με βάση το ισχύον κρατικό τιμολόγιο και το ποσοστό έκπτωσης που προβλέπουν οι συννομολογούμενες κάθε φορά συμβάσεις. Στο προϋπάρχον σύστημα ο κάθε ασφαλιστικός φορέας είχε το δικό του κανονισμό παροχών υγείας που προβλέπει διαφορετικές παροχές ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη

⁸³ ΦΕΚ 2456/Β/3-11-2011

⁸⁴ ΦΕΚ 1233/Β/11-4-2012

⁸⁵ ΦΕΚ 3054/Β/18-11-2012

διαδικασία χορήγησης καθώς και διαφορετικό ποσό συμμετοχής των ασφαλισμένων στις δαπάνες. Ακόμη με το νέο κανονισμό παρέχεται ιατρική περίθαλψη σε όλους τους ασφαλισμένους από όλες τις κατά τόπους δομές: νοσοκομεία των σχηματισμών του ΕΣΥ, στρατιωτικά νοσοκομεία, πανεπιστημιακά νοσοκομεία, νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, πολυϊατρεία, ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, οικογενειακούς γιατρούς, ιατρούς συμβεβλημένους με το φορέας, κέντρα αποκατάστασης-αποθεραπείας, κλινικές και ιδρύματα χρόνιων παθήσεων. Στο προϋπάρχον σύστημα οι ασφαλιστικοί οργανισμοί εξασφάλιζαν ιατρική περίθαλψη στους ασφαλισμένους τους ως εξής:

- από γιατρούς που είναι υπάλληλοι του οργανισμού και αμείβονται με μισθό (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)
- από τα πολυϊατρεία των φορέων στα οποία υπηρετούν γιατροί με μισθό ή με σύμβαση έργου (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), από το ΕΣΥ με αγροτικούς γιατρούς, γιατρούς νοσοκομείων και κέντρων υγείας (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ)
- από συμβεβλημένους με τους οργανισμούς γιατρούς με τους οποίους συνάπτεται σύμβαση έργου και αμείβονται ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων (ΟΑΕΕ)
- από συμβεβλημένους με τους φορείς γιατρούς, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση (ΟΠΑΔ)
- από ιδιώτες γιατρούς ελεύθερης επιλογής των ασφαλισμένων (εκτός ΟΓΑ) για έκτακτες περιπτώσεις, και γίνεται απόδοση της δαπάνης στον ασφαλισμένο σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο.

Στο τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης στον ενιαίο φορέα πλέον η αποζημίωση των παροχών θα πραγματοποιείται μέσω των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (ΚΕΝ) στο οποίο περιλαμβάνονται τα πάντα κατά την διάρκεια της νοσηλείας. Το κάθε ΚΕΝ προβλέπει συγκεκριμένο αριθμό ημερών νοσηλείας και όταν ξεπεραστούν η αποζημίωση για τις επιπλέον ημέρες πραγματοποιείται μέσω του ημερήσιου νοσηλίου συν τα εξαιρούμενα όπως τα φάρμακα και τα μοσχεύματα. Στα ιδιωτικά νοσοκομεία να σημειωθεί ότι τα ΚΕΝ είναι προσαυξημένα κατά 20%. Στο προϋπάρχον σύστημα η νοσοκομειακή περίθαλψη παρεχόταν στους ασφαλισμένους μέσω του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου των κρατικών νοσοκομείων το οποίο κυμαινόταν από 58,69€ έως 192,22€ ανάλογα με τη θέση και τον τομέα νοσηλείας ή συμβεβλημένων ιδιωτικών κλινικών που κυμαινόταν από 34,63€ έως 65,20€ ανάλογα

με τη θέση και τον τομέα νοσηλείας. Επιπλέον οι ασφαλιστικοί φορείς κατέβαλαν δαπάνες για τα εξαιρούμενα του νοσηλίου φάρμακα, τις ειδικές εξετάσεις και τα υγειονομικά υλικά.

Ο κανονισμός παροχών του ενιαίου φορέα υγείας για την μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) πλέον προβλέπει αποζημίωση από 400€ έως 800€ ημερησίως ανάλογα με τον αριθμό ημερών παραμονής, πιο συγκεκριμένα 800€ για τις τρεις πρώτες ημέρες, 550€ για τις επόμενες 12 ημέρες και από την 16^η ημέρα και έπειτα ορίζεται αποζημίωση 400€ ημερησίως χωρίς εξαιρούμενα ενώ για τη μονάδα αυξημένης φροντίδας (ΜΑΦ) προβλέπεται αποζημίωση 250€. Και στις δύο περιπτώσεις δεν αποζημιώνεται τίποτα επιπλέον καθώς όλα τα έξοδα περιλαμβάνονται στις προαναφερθείσες τιμές. Στην δεύτερη τροποποίηση⁸⁶ του κανονισμού οι τιμές των ημερησίων νοσηλίων στην ΜΕΘ και στην ΜΑΦ μειώθηκαν και διαμορφώνονται ως εξής, στην ΜΕΘ 700€ για τις πρώτες τρεις ημέρες, 500€ για τις υπόλοιπες 12 ημέρες και 350€ από την 16^η και έπειτα και στην ΜΑΦ από 250€ μειώνεται στα 200€. Στο προϋπάρχον σύστημα η νοσηλεία στην ΜΕΘ και στην ΜΑΦ πραγματοποιείτο με ημερήσια χρέωση 187,82€ και 93,92€ αντιστοίχως συν όμως τα εξαιρούμενα και για απεριόριστο χρονικό διάστημα.

Ακόμη σχετικά με τη χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας προ ΕΟΠΥΥ στα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές προβλεπόταν, για το ΙΚΑ και για 8 νύχτες 32€ τις καθημερινές και 40€ τις Κυριακές και αργίες ενώ στον ΟΠΑΔ για 25 νύχτες 54,22 € τις καθημερινές και 86,87€ Κυριακές και αργίες. Με τον πρώτο κανονισμό του ΕΟΠΥΥ η χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας εγκρινόταν και αποζημιωνόταν μόνο στα δημόσια νοσοκομεία για τις πρώτες οκτώ ημέρες νοσηλείας με 32€ τη νύχτα τις καθημερινές και 40€ την νύχτα τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες ωστόσο με την 2^η τροποποίηση του τα ποσά μειώθηκαν σε 28€ τη νύχτα για τις καθημερινές και 35€ την νύχτα για τα Σαββατοκύριακα. Τα ποσά αυτά δύναται να υποστούν μείωση με απόφαση του Δ.Σ του φορέα.

Σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τις παρακλινικές εξετάσεις προ ΕΟΠΥΥ η αποζημίωση πραγματοποιούταν ξεχωριστά από το κάθε ασφαλιστικό φορέα. Στους ασφαλισμένους του δημοσίου (ΟΠΑΔ) τα έμμεσα μέλη επιβαρύνονται με συμμετοχή 25% ενώ στον οργανισμό ασφάλισης ελεύθερων επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) προβλεπόταν συμμετοχή 25% για όλα τα μέλη, άμεσα και έμμεσα. Στους

⁸⁶ ΦΕΚ3054/Β/18-11-2012

ασφαλισμένους του ΙΚΑ δεν υπήρχε συμμετοχή σε κανένα μέλος. Ο ΕΟΠΥΥ πλέον με τον αρχικό κανονισμό δεν προβλέπει συμμετοχή για τις παρακλινικές εξετάσεις που εκτελούνται στις δομές του και γενικότερα στις δομές του ΕΣΥ ενώ για αυτές που διενεργούνται σε συμβεβλημένα ιδιωτικά εργαστήρια συμμετέχουν οι ασφαλισμένοι σε ποσοστό 15% επί της δαπάνης και απαιτείται θεώρηση για εξετάσεις κόστους πάνω από 50 €.

Σχετικά με τα κέντρα αποθεραπείας-αποκατάστασης ο κανονισμός παροχών του ΕΟΠΥΥ προβλέπει αποζημίωση είτε νοσηλευθεί κάποιος είτε εξέλθει την ίδια ημέρα με της εισαγωγής με βάση το ημερήσιο νοσήλιο του Π.Δ. 383/2002 στο οποίο περιλαμβάνονται αναλώσιμα υλικά, επιθέματα, καθετήρες, εξετάσεις και υγειονομικό υλικό. Για νοσηλεία σε ΜΑΦ του αποδίδεται το ποσό των 200 € ανά ημέρα χωρίς εξαιρούμενα ενώ ορίζεται ανώτατο όριο 16 ωρών ανά ημέρα για υπηρεσίες φροντίδας σε Κέντρα Δημέρευσης. Στο προϋπάρχον σύστημα η περίθαλψη στα κέντρα αποθεραπείας-αποκατάστασης για την κλειστή νοσηλεία παρέχεται σύμφωνα με το ΠΔ 383/2002 το ημερήσιο νοσήλιο 150€ ενώ για την ημερήσια νοσηλεία παρέχεται το ημερήσιο νοσήλιο σύμφωνα με ο ίδιο διάταγμα των 70€ συν τα εξαιρούμενα.

Ακόμη μία σημαντική μεταβολή είναι ότι προ ΕΟΠΥΥ δεν είχαν συνάψει συμβάσεις με τους παρόχους υγείας όλοι οι φορείς και αρκετές φορές αποζημίωναν δαπάνες σε ιδιώτες χωρίς υπογραφή σύμβασης όπου καταβάλλουν και το Φ.Π.Α. ενώ στον ενιαίο κανονισμό προβλέπεται υπογραφή συμβάσεων με όλους τους παρόχους υγείας, βάση ενιαίων όρων μέσω του Συντονιστικού Συμβουλίου Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ). Σχετικά με την νοσηλεία Νοσηλεία στο εξωτερικό τόσο σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) όσο και σε χώρες εκτός ο αρχικός ενιαίος κανονισμός προβλέπει ότι και οι προϋπάρχοντες, παροχή όταν είναι αδύνατη η θεραπεία στην Ελλάδα και αποζημίωση φθάνει έως και το 100% της δαπάνης. επιπλέον καταβάλλεται το αντίτιμο του εισιτηρίου μετάβασης και επιστροφής της οικονομικότερης θέσης και ποσό 90 € την ημέρα έξοδα διαμονής και διατροφής ενώ μειώνεται σε 80€ με την 2^η τροποποίηση του κανονισμού. Για νοσηλεία στο εξωτερικό σε χώρες εκτός Ε.Ε. κατόπιν επιθυμίας του ασφαλισμένου θεσπίζεται συμμετοχή των ασφαλισμένων κατά 70% της δαπάνης νοσηλείας, εξόδων ταξιδίου και διαμονής.

Πριν την ενοποίηση των ασφαλιστικών οργανισμών οι ασφαλιστικοί οργανισμοί παρείχαν αναλώσιμο υγειονομικό υλικό για τον διαβήτη σε διαφορετικές ποσότητες (ταινίες μέτρησης, βελόνες, σκαριφηστήρες) το καθένα. Το αναλώσιμο υγειονομικό

υλικό όπως συσκευές έκχυσης φαρμάκων και σκιαγραφικές ουσίες παρέχονταν χωρίς συμμετοχή. Ακόμη τα επιθέματα παρέχονταν 15-50 ανά κατηγορία ελκών χωρίς να υπάρχει περιορισμός στην τιμή. Ο ενιαίος κανονισμός του ΕΟΠΥΥ πλέον προβλέπει ανώτατο όριο χορήγησης ποσότητας αναλώσιμου υγειονομικού υλικού ως εξής:

- ταινίες μέτρησης σακχάρου έως 200/μήνα
- βελόνες έως 100/μήνα.
- σκαριφηστές έως 150/μήνα

Στο υπόλοιπο αναλώσιμο υγειονομικό υλικό όπως οι συσκευές έκχυσης φαρμάκων και σκιαγραφικές ουσίες θα παρέχονται με 10% συμμετοχή του ασθενή. Σχετικά με τα επιθέματα καθορίζεται ανώτατο χρηματικό ποσό 300€ το μήνα ενώ για τα οστομικά υλικά 150€ έως 340€ μηνιαίως ανάλογα με το είδος. Σύμφωνα με την πρώτη τροποποίηση⁸⁷ του κανονισμού του ΕΟΠΥΥ η τιμή για τα επιθέματα και τα οστομικά υλικά αλλάζει ως εξής:

1. Για έλκη μερικού πάχους δέρματος καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 200€ το μήνα η οποία αντιστοιχεί κατά το ελάχιστο σε 15 τεμάχια μηνιαίως
2. Για έλκη ολικού πάχους δέρματος καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού 400€ η οποία αντιστοιχεί κατά το ελάχιστο σε 15 τεμάχια μηνιαίως.
3. Στα οστομικά υλικά πλέον η τιμή του κυμαίνεται από 150€ έως 300€ μηνιαίως ενώ μειώθηκε στα 290€ το ανώτατο όριο με την δεύτερη τροποποίηση⁸⁸ του κανονισμού.

Σε όλα τα παραπάνω προβλέπεται πλέον 25% συμμετοχής των ασφαλισμένων όταν αυτά προμηθεύονται από το εμπόριο ενώ δεν καταβάλλεται συμμετοχή στις περιπτώσεις:

- προμήθειας από τις αποθήκες, τα φαρμακεία και ιατρεία του ΕΟΠΥΥ
- παραπληγικών, τετραπληγικών, νεφροπαθών (με συνεχή θεραπεία υποκατάστασης ή είναι μεταμοσχευθέντες), πασχόντων από σκλήρυνση κατά πλάκας, μεταμοσχευθέντων συμπαγών ή ρευστών οργάνων, και επί HIV ασθενών
- επί χρονίως πασχόντων για την προμήθεια συγκεκριμένων ειδών (π.χ. καθετήρες, σύριγγες ινσουλίνης, τραχειοσωλήνες.

Στο προϋπάρχον σύστημα διαφορετικών κανονισμών παροχών οι ασφαλιστικοί οργανισμοί παρείχαν στους ασφαλισμένους τους άμεσα και έμμεσα κάθε είδους προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, ορθοπεδικά είδη, υγειονομικό και

⁸⁷ ΦΕΚ 1233/Β/11-4-2012

⁸⁸ ΦΕΚ3054/Β/18-11-2012

αναλώσιμο υλικό καθώς και αναπνευστικές συσκευές, χωρίς συμμετοχή. Σε κάποιες περιπτώσεις οι τιμές καθορίζονται σύμφωνα με το παρατηρητήριο τιμών. Στον κανονισμό του ΕΟΠΥΥ πλέον καθιερώνεται συμμετοχή του ασφαλισμένου 25% ανάλογα με το είδος και την κατηγορία του ασθενούς. Τα χορηγούμενα είδη και οι ανώτατες αποδιδόμενες τιμές προκύπτουν από επισυναπτόμενο παράρτημα στον κανονισμό, οι οποίες προσδιορίζονται είτε σύμφωνα με τις τιμές της βάσης δεδομένων του παρατηρητηρίου τιμών είτε με απόφαση του Δ.Σ. του οργανισμού όταν είναι μικρότερη.

Τα προϊόντα ειδικής διατροφής θα χορηγούνται πλέον σε συγκεκριμένα σκευάσματα ενώ καθιερώνεται ποσοστό συμμετοχής για τον ασφαλισμένο 10%. Προ ΕΟΠΥΥ χορηγούνταν σε διαφορετικές ποσότητες, χωρίς πλαφόν και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, σύμφωνα με τους επιμέρους κανονισμούς παροχών.

Παρακάτω παρατίθεται πίνακας σχετικά με τις διαφορές σε λοιπές παροχές του ενιαίου κανονισμού παροχών υγείας και του προϋπάρχοντος.

Πίνακας 3.3

Σύγκριση κανονισμών παροχών προ και μετά ΕΟΠΥΥ

Παροχές	Προ ΕΟΠΥΥ	ΕΟΠΥΥ
Μεταφορά ασθενούς για περιπτώσεις νεφροπαθών για αιμοκάθαρση, μεταγγιζόμενων αίματος πασχόντων από μεσογειακή αναμιά.	Το καταβαλλόμενο ποσό διαφέρει από φορέα σε φορέα και κυμαίνεται από 115€ έως 650€ μηνιαίως.	Το καταβαλλόμενο ποσό ανάλογα με την περιοχή της χώρας και το μεταφορικό μέσο κυμαίνεται από 115€ έως 400€ μηνιαίως
Βοήθημα τοκετού αντί μαιευτικής περίθαλψης	Το καταβαλλόμενο ποσό ανέρχεται στα 1765€ ανά τοκετό.	Το καταβαλλόμενο ποσό κυμαίνεται από 900€ έως 1600€ ανάλογα με τον αριθμό των νεογνών. (900€ , 1200€ για δίδυμη κύηση και 1600€ για τρίδυμη κύηση)
Φυσιοθεραπείες	<ul style="list-style-type: none"> Αποζημιώνονταν κατά πράξη Πολλές πράξεις αποτελούσαν μια συνεδρία Κάθε ασφαλιστικός οργανισμός αποζημίωσε με διαφορετικό ποσό Μέσο όρος ετήσιας αποζημίωσης ανά ασθενή ήταν τα 1000€ 	<p>Αρχικός κανονισμός:</p> <ul style="list-style-type: none"> Καθιέρωση αποζημίωσης φυσικοθεραπειών ανά συνεδρία με κόστος 20€ η μία Εγκρίνονται έως 12 συνεδρίες το εξάμηνο Στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια εγκρίνονται 10 συνεδρίες/μήνα και για 6 μήνες Σε σοβαρά κινητικά προβλήματα εγκρίνονται 10 συνεδρίες/μήνα και για 6 μήνες με δυνατότητα παράτασης και σε σοβαρά ορθοπαιδικά <p>2^η τροποποίηση του κανονισμού:</p> <ul style="list-style-type: none"> Μείωση της τιμής της συνεδρία σε 15€ και πλέον έγκριση σε 10 το εξάμηνο
Λογοθεραπείες	Αποζημιώνονταν με 30€ η πρώτη επίσκεψη και 15€ η κάθε επόμενη χωρίς περιορισμό	Προβλέπονται 8 συνεδρίες το μήνα με αποζημίωση 10€ η μία.
Επίδομα λουτροθεραπείας	Παρεχόταν από ορισμένους φορείς και το κόστος κυμαίνεται από 400 έως 1600 € για κάθε ασθενή ετησίως, ανάλογα με τον κανονισμό παροχών	<p>Αρχικός κανονισμός:</p> <p>Καθορίζεται ανώτατο ετήσιο όριο ανά ασθενή τα 250€</p> <p>2^η Τροποποίηση του κανονισμού:</p> <p>Μείωση του ανώτατου ετήσιου ορίου ανά ασθενή σε 150€</p>

Επίδομα αεροθεραπείας	Προβλεπόταν έως 500€ ετησίως ανά ασθενή ανάλογα με το κανονισμό παροχών	Καθορίζεται στα 200€ ανά ασθενή ετησίως
Ειδική αγωγή για τα παιδιά (λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ειδική διαπαιδαγώγηση, ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς, εκμάθηση δυσκολιών, λογοπαιδικές ασκήσεις, συμβουλευτική γονέων, ψυχολογική υποστήριξη)	Ο κανονισμός του κάθε φορέα προέβλεπε διαφορετικές παροχές ανάλογα με τις ανάγκες τους	Αρχικός κανονισμός: Προβλέπεται χορήγηση: 1)σε περιστατικά κινητικών προβλημάτων, φυσικοθεραπείες 10 συνεδρίες/μήνα, με 20€ ανά συνεδρία, 2)σε σοβαρά νοητικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, 20συνεδρίες /μήνα, ανά είδος θεραπείας με απόδοση μέχρι 900€ το μήνα 3)επί διαταραχής ελλειμματικής προσοχής ανώτατο ποσό 300€/μήνα. 1^η Τροποποίηση του κανονισμού: Το ανώτατο ποσό των 900€ στα άτομα με σοβαρά νοητικά ή ψυχιατρικά προβλήματα μειώθηκε στα 700€ 2^η Τροποποίηση του κανονισμού: 1)Η τιμή της συνεδρία μειώνεται σε 15€ 2)Τα ανώτατο ποσό για τα άτομα με σοβαρά νοητικά και ψυχιατρικά προβλήματα μειώνεται και άλλο και φτάνει τα 440€ ενώ οι συνεδρίες από 20 το μήνα μειώθηκαν σε 15. 3)Επίσης μειώθηκε και το ανώτατο ποσό στα παιδιά επί διαταραχής ελλειμματικής προσοχής κατά 50€ φτάνοντας τα 250€

Πηγή Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Γραφείο Τύπου

Σχετικά με τις φυσιοθεραπείες να σημειωθεί ότι πέραν της μείωσης της τιμής μεταβάλλονται και τα κριτήρια χορήγησης καθώς με τον τελευταίο κανονισμό του ΕΟΠΥΥ οι πολυκαταγματίες, οι ασθενείς με σοβαρά κινητικά προβλήματα απότοκα λόγω κάποιας άλλης πάθησης και αυτών που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο τις δικαιούνται εφόσον είναι εντός τριμήνου από την εμφάνιση του προβλήματος, αν δεν έχουν νοσηλευθεί σε κάποια κλινική αποκατάστασης και δεν έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς. Για τους πολυκαταγματίες χορηγούνται φυσιοθεραπείες για δύο μόλις μήνες ενώ για τις άλλες δύο κατηγορίες έξι από 12 συνεδρίες.

Συγκρίνοντας το προϋπάρχων σύστημα κανονισμών των ασφαλιστικών φορέων με τον αρχικό κανονισμό του ΕΟΠΥΥ και τις δύο τροποποιήσεις που ακολούθησαν, παρατηρείται μείωση των παροχών προς τους ασφαλισμένους είτε ελαττώνοντας τις

τιμές αποζημίωσης των υπηρεσιών με αποτέλεσμα η συμμετοχή του ασφαλισμένου να αυξηθεί είτε περιορίζοντας τα κριτήρια που δίνουν το δικαίωμα για χορήγηση των παροχών.

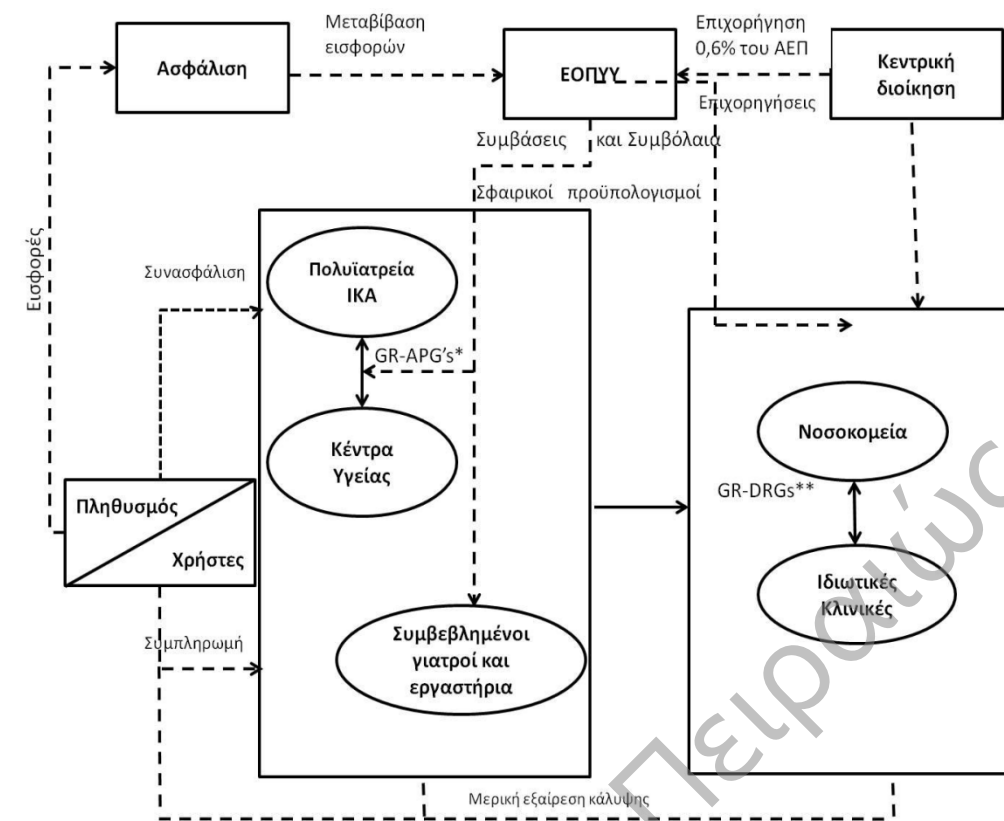
3.7 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Παρότι ο νέος ενιαίος φορέας προέρχεται από την συνένωση ασφαλιστικών φορέων δεν ασκεί ασφαλιστική πολιτική με κριτήρια την κοινωνική ισότητα, την οικονομική αποδοτικότητα, την ιατρική αποτελεσματικότητα αλλά συνιστά ένα μεσολαβητικό μηχανισμό είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών. Κατά συνέπεια γίνεται αντιληπτό ότι κύρια μέριμνα του νέου ασφαλιστικού οργανισμού είναι η αποδοτική κατανομή και χρήση των περιορισμένων υγειονομικών πόρων μέσω του ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης. Επίσης το μονοψώνιο δεν περιορίζει τις μονοπωλιακές τάσεις οι οποίες χαρακτηρίζουν το σύστημα υγείας και αποτελούν από τους σημαντικότερους λόγους που συντρέχουν και έχουν οδηγήσει το σύστημα σε αναποτελεσματικότητα ενώ μπορεί να επιτείνει την ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους του χρόνου των τιμών⁸⁹ και κατά συνέπεια των παραπληρωμών^{90 91}. Ο μονοψωνιακός χαρακτήρας του ΕΟΠΥΥ αμφισβητείται καθώς η σχέση του οργανισμού με τους προμηθευτές έχει προσαρμοστεί στην υφιστάμενη πραγματικότητα και περικλείει διαφορετικότητες και ενδεχομένως αντιφάσεις της πρότερης κατάστασης με αποτέλεσμα εντός του οργανισμού να συνυπάρχουν τέσσερις διαφορετικοί τύποι αγοράς όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.

⁸⁹ Pauly M., Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy". Journal of Economic Literature, 1986

⁹⁰ Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. « Η επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοψωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας », στο Κυριόπουλος Γ. και συν., Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο, 2001, Αθήνα σελ 93-110

⁹¹ Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ. «Είναι Επιθυμητή και Εφικτή η Διάκριση της Προσφοράς από τη Ζήτηση στις Υπηρεσίες Υγείας», στο Κυριόπουλος και συν., Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας, Θεμέλιο 2000, Αθήνα σελ. 100-117



Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2011

Διάγραμμα 3.2

Γραφική απεικόνιση της μορφής αγοράς των υπηρεσιών υγείας

Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποδίδεται μέσω ενός δικτύου προμηθευτών το οποίο συνίσταται από τα πολυιατρεία του ΙΚΑ τα οποία έχει απορροφήσει ο ΕΟΠΥΥ, τα κέντρα υγείας και από συμβεβλημένους ιατρούς. Αυτό οδηγεί στην διαμόρφωση ενός διμερούς μονοπωλίου ανάμεσα σε ΕΟΠΥΥ και πολυιατρεία του ΙΚΑ, ένα ατελές μονοπώλιο μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και των κέντρων υγείας γιατί αυτά εξακολουθούν να υπάγονται διοικητικά και οικονομικά στα νοσοκομεία. Ακόμη διαμορφώνεται μια μορφή μονοψωνίου μεταξύ των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ με τον ίδιο ασφαλιστικό οργανισμό⁹². Η κατάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι συγκεχυμένη και υπάρχουν εμπόδια στην ανάπτυξη άσκησης πολιτικής ορθολογική κατανομή και χρήση των υγειονομικών πόρων. Αυτό οφείλεται στο ότι μέρος της αγοράς έχει τη μορφή πλήρους αγοράς χωρίς την παρέμβαση του κράτους και αυτό διαχέεται συμπληρωματικά στο σύνολο του υγειονομικού τομέα.

⁹² ΕΣΔΥ (2012), «Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Αύγουστος, Αθήνα

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ σε ποσοστό 75 με 80% των εισαγωγών ενώ το 20 με 25% από τις ιδιωτικές κλινικές αντιστοίχως. Το ΕΣΥ και ο ΕΟΠΥΥ βρίσκονται υπό την πλήρη εποπτεία του κράτους, συνεπώς η μορφή αγοράς που διαμορφώνεται μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα ατελές διμερές μονοπώλιο. Στο ποσοστό που αντιστοιχεί η παροχή υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα η μονοψωνιακή ισχύς δεν ασκείται επαρκώς ενώ εμφανίζονται φαινόμενα επιλεκτικής εισαγωγής περιπτώσεων δηλαδή φαινόμενα αντίστροφής επιλογής με βάση τα οικονομικά κριτήρια. Το μη ανταγωνιστικό περιβάλλον που δραστηριοποιούνται τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα και η απουσία επιχειρησιακής ευθύνης και αυτονομίας που σε συνδυασμό με το καθεστώς της κρατικής προστασίας δε παρέχει δυνατότητα διαπραγμάτευσης του όγκου και των τιμών στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η σχέση του ΕΟΠΥΥ με τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία στην ενισχύει τις μονοπωλιακές τάσεις της πλευράς της προσφοράς οι οποίες ελαχιστοποιούν την άσκηση μονοψωνιακής ισχύς⁹³. Είναι προφανές ότι το νέο εγχείρημα και η σύσταση μονοψωνίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας στην χώρα αντιμετωπίζει ήδη σοβαρές δυσχέρειες και η ικανοποίηση των αναμενόμενων προσδοκιών έχει τεθεί ήδη σε αμφισβήτηση πράγμα το οποίο κινητοποιεί τάσεις κοινωνικής απονομιμοποίησης του εγχειρήματος.

Με την δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας επιτυγχάνεται ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους ωστόσο η ομογενοποίηση δεν συντελείται προς τα πάνω και συνεπώς προς τη βελτίωση του επίπεδου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αλλά αντίθετα προς τα κάτω με μείωση των παροχών.

Ένα ακόμη πρόβλημα αναφορικά με τον ΕΟΠΥΥ σχετίζεται με τους ιδιώτες ιατρούς που απασχολεί με σύμβαση και την πρόβλεψη αυτοί να προσφέρουν υπηρεσίες μία φορά την βδομάδα στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Μια τέτοια πρόβλεψη μπορεί να αντιμετωπίζει εν μέρει τις ελλείψεις ιατρικού δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία αλλά είναι πιθανό εάν δεν δημιουργηθούν μηχανισμοί ελέγχου, να οδηγήσει σε αύξηση της παραοικονομίας στο σύστημα υγείας

⁹³ ΕΣΔΥ (2012), «Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Αύγουστος, Αθήνα

και σε αθέμιτες πρακτικές άγρας πελατείας κα κατεύθυνσης των πολιτών προς ιδιωτικά ιατρεία⁹⁴.

Εκτός από τα παραπάνω μειονεκτήματα ο οργανισμός εμφανίζεται να αντιμετωπίζει άμεσα προβλήματα χρηματοδότησης δεδομένης της επιβάρυνσης των μακροοικονομικών δεικτών της οικονομίας αλλά και εξ αιτίας του ατελούς πολιτικού σχεδιασμού και των πιέσεων της τριμερούς επιτήρησης για μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία.

Από την πρώτη στιγμή της σύστασης του ο ΕΟΠΥΥ ήταν ελλειμματικός καθώς προέρχεται από την συνένωση ήδη ελλειμματικών ταμείων περί τα 3,6 δις ευρώ. Τα ελλείμματα διογκώθηκαν όταν η κρατική επιχορήγηση μειώθηκε από το 0,6% του ΑΕΠ στο 0,4%. Στη διόγκωση συνέλαβα ακόμη η μείωση των εισφορών εξαιτίας της αύξησης της ανεργίας αλλά και λόγω των νέων τιμών των κλειστών ενοποιημένων νοσοκομείων (KEN) με τις οποίες κλήθηκε να αποζημιώσει τα νοσοκομεία για τα νοσήλια των ασφαλισμένων του. Η μέθοδος αποζημίωσης με βάση τα DRG's θεωρείται η πλέον κατάλληλη αλλά η εισαγωγή της ελληνικής εκδοχής των KEN όπως αυτά έχουν διαμορφωθεί και δεδομένου ότι δεν υπάρχει επί του παρόντος αξιόπιστο λογισμικό επιλογής της κατάλληλης διάγνωσης και των συνοδών μειζόνων ιατρικών πράξεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων ωθεί προς μονομερή επιλογή των KEN. Η μονομερής επιλογή των KEN από τα νοσοκομεία και τις κλινικές υπό την απουσία μηχανισμού προοπτικής χρηματοδότησης έχει ως αποτέλεσμα:

- την επιλογή ευχερώς διαχειρίσιμων και κερδοφόρων KEN
- την καταγραφή και χρέωση των πλέον δαπανηρών KEN
- την ενίσχυση του πληθωρισμού ιατρικών πράξεων
- την διόγκωση των ελλειμμάτων

Συνέπεια αυτών είναι να μην μπορεί πλέον να εκπληρώσει το ρόλο του και καθίσταται αναγκαία η μεταρρύθμιση του⁹⁵. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο αναμενόμενος προϋπολογισμός για το έτος 2012 όπου διαπιστώνεται η οικονομική αδυναμία του οργανισμού και η απόκλιση από τις αρχικές εκτιμήσεις η οποία αγγίζει τα 2,5 δις ευρώ.

⁹⁴ Οικονόμου Χ. (2013), «Η λιτότητα βλάπει σοβαρά την υγεία», Foreign Affairs the Hellenic Edition, Ιούλιος

Πίνακας 3.4

Ο Προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ 2012 (με βάση τις αναμενόμενες εισροές)

Σύνοψη από έσοδα	Προϋπολογισμός 2012	Εκτίμηση 2011 των φορέων οι οποίοι μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ 31/12/2011	ΔΙΑΦΟΡΑ (%)
Επιχορηγήσεις	795.000.000	2.015.770.000	-60,56%
Φόροι, τέλη, δικαιώματα	-	41.850.000	-100%
Ασφαλιστικές εισφορές	4.634.650.000	35.589.022	-7,9%
Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα	82.300.000	330.888.878	-75,13%
Προσαυξήσεις, πρόστιμα, χρηματικές ποινές	29.300.000	48.992.433	-40,19%
Λοιπά έσοδα	289.550.000	19.771.000	1364,52%
Έκτακτα έσοδα	200.000	3.268.018	-93,88%
Έσοδα από δάνεια	450.000	150.000	200,00%
Σύνολα	5.831.150.000	7.865.549.351	

Πηγή : ΕΟΠΥΥ, 2012

Στον επόμενο παρουσιάζονται βασικά μεγέθη δαπάνης σχετικά με τη περίθαλψη του ΕΟΠΥΥ για τον έτος 2012. Το κλείσιμο του έτους βρίσκει τις συνολικές δαπάνες σε υψηλότερη τιμή σε σχέση με την αρχική εκτίμηση.

Πίνακας 3.5

Βασικά μεγέθη δαπάνης περίθαλψης

Περιγραφή	Προϋπολογισμός 2012	Πληρωθείσα δαπάνη	Οφειλόμενες δαπάνες (εκτίμηση 31/5/2012)	Σύνολο	Ποσοστό εκτέλεσης προϋπολογισμού	Κλεισίμο προϋπ/μιού (εκτίμηση 2012)	Μεταβιβάσεις προς φορείς
Καθαρή φαρμακευτική δαπάνη	2.250.000.000	1.229.917.377	350.000.000	1.579.917.377	70%	3.350.000.000	283.627.013
Δημόσια νοσοκομεία	1.050.000.000	-	320.000.000	320.000.000	30%	1.100.000.000	143.149.283
Ιδιωτικές κλινικές	585.000.000	93.790.000	90.000.000	183.790.000	31%	562.740.000	36.738.697
Εξετάσεις-παρακλινικά	187.548.800	41.300.000	40.000.000	81.300.000	43%	247.800.000	23.679.213
Ιατροί	152.000.000	16.000.000	10.000.000	26.000.000	17%	83.478.260	1.250.000
Πρόσθετη περίθαλψη	172.960.200	-	-	-		180.000.000	64.365.680
Οδοντιατρική προληπτική-Λοιπές παροχές	247.067.000	-	-	-		250.000.000	28.490.086
Λοιπές δαπάνες-μισθοδοσίας-λειτ/κές	896.800.600	-	-	-		850.000.000	243.031.762
Δαπάνες ασφαλισμένων ΟΠΑΔ	-	-	110.000.000	-		180.000.000	-
Σύνολο	5.541.376.600	1.381.007.377	810.000.000	2.191.007.377		5.705.118.260	824.331.738

Πηγή : ΕΟΠΥΥ, 2012

Οι λανθασμένες οικονομικές εκτιμήσεις του ΕΟΠΥΥ οδήγησαν τη κυβέρνηση σε επιπλέον περικοπές στην δαπάνη υγείας όπως παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο

κεφάλαιο. Η περαιτέρω μείωση της δαπάνης εν τούτοις και σε συνδυασμό με τη μη επίτευξη αποδοτικότητας από την πλευρά της προσφοράς αναμένεται να προκαλέσει μετακύληση του κόστους στα νοικοκυριά και δεδομένου ότι δεν έχουν αναπτυχθεί πολιτικές βελτίωσης της αποδοτικότητας εκτιμάται ότι μεσοπρόθεσμα ωθεί σε μια διαδικασία από-ασφάλισης και δραματικής μείωσης των παροχών.

3.8 Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΕΟΠΥΥ⁹⁶

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ΕΟΠΥΥ οδήγησαν τους υπευθύνους στην ανάγκη μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων. Την 4^η Δεκεμβρίου 2013, πραγματοποιήθηκε συνάντηση εκπροσώπων του Υπουργείου Υγείας και αρμοδίων Ελλήνων και ξένων εμπειρογνομόνων προκειμένου να συνδράμουν την Επιτροπή Αξιολόγησης των δομών και των λειτουργιών του ΕΟΠΥΥ, στο πλαίσιο της Διοικητικής Μεταρρύθμισης.

Εκ μέρους των ξένων εμπειρογνομόνων προτάθηκαν δύο πιθανά μοντέλα διάρθρωσης του ΕΟΠΥΥ, ένα συγκεντρωτικό και ένα αποκεντρωμένο ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας, ενώ συζητήθηκαν οι ειδικότητες που πρέπει να στελεχώσουν κατά κύριο λόγο την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ προτάθηκε να έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- τον καθορισμό της δέσμης παροχών
- τη διαπραγμάτευση με τους παρόχους και την τιμολογιακή πολιτική της παροχής φροντίδας υγείας
- την υλοποίηση ενός συστήματος ποιότητας σε επίπεδο ορισμού κατευθυντήριων γραμμών
- τη διασφάλιση της πληρωμής των παροχών τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των παροχών υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας θα διατηρήσει τις παρακάτω αρμοδιότητες ως προς τον ΕΟΠΥΥ:

- η κανονιστική αρμοδιότητα για τις υπηρεσίες υγείας
- ο καθορισμός των στόχων της δημόσιας υγείας
- η διασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ των πόρων και των δαπανών μέσα από ένα συνολικό προϋπολογισμό

⁹⁶ <http://www.eopyy.gov.gr> , Βλέπε ενημερωτικό σημείωμα για μεταρρύθμιση υγείας, 3-1-14

- ο καθορισμός των όρων για την επίτευξη των στόχων της δημόσιας υγείας, ο καθορισμός της οργάνωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας: τους αντίστοιχους ρόλους του ΕΣΥ και ιδιωτικών φορέων.

Στο συγκεντρωτικό μοντέλο προτείνεται η δημιουργία ενός οργανογράμματος όπου επικεφαλής θα είναι ο Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος θα προϊσταται τμημάτων με τις εξής αρμοδιότητες :

- Ο καθορισμός πολιτικών υγείας (προγραμματισμός δράσεων και προϋπολογισμός, μελέτες κόστους και αναλογιστικές, κατάλογος τιμών και DRGs, νομική υποστήριξη)

- Η λειτουργία του οργανισμού (διεθνείς δραστηριότητες, διαπραγματεύσεις και συμβάσεις με παρόχους, αξιολόγηση ποιότητας και έλεγχος, έλεγχος της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, βάση δεδομένων με ασθενείς, παρόχους υπηρεσιών, μονάδες και πληρωμές)

- Η διοικητική και τεχνική υποστήριξη (προμήθειες, IT, HR, λογιστήριο, προϋπολογισμός για λειτουργικά έξοδα ΕΟΠΥΥ, επικοινωνία)

Ακόμη προτείνεται η δημιουργία ενός Ενιαίου-Κεντρικού Ταμείου το οποίο θα χρηματοδοτείται από κοινωνικές εισφορές, κρατικό προϋπολογισμό και από φόρους (π.χ. έσοδα από καπνό, αλκοόλ κλπ.), και το οποίο θα κατανέμει τους πόρους του στους παρόχους υπηρεσιών υγείας ανά περιοχή, σύμφωνα με τον προϋπολογισμό που έχει καταρτίσει το Υπουργείο Υγείας ανά περιφέρεια (ΕΣΥ, και ιδιώτες πάροχοι).

Στο αποκεντρωμένο μοντέλο, οι περιφερειακές διευθύνσεις (ΠΕ.ΔΙ) θα έχουν το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης. Θα αναλαμβάνουν την υπογραφή συμβάσεων, την πληρωμή των παρόχων, την επεξεργασία των αιτήσεων και τον έλεγχο της εύρυθμης λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ. Το Ενιαίο Ταμείο θα διασπάται σε επτά κλειστούς περιφερειακούς προϋπολογισμούς, σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε περιφέρειας, όπως αυτές καθορίζονται από κάθε υγειονομική περιφέρεια (ΥΠΕ).

Η Ομάδα Εργασίας των Ελλήνων και ξένων εμπειρογνομόνων για την αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ καταλήγει στην ακόλουθη μεταρρυθμιστική πρόταση :

1. Τον διαχωρισμό του κλάδου αγοράς υγείας από τον κλάδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), στο ενιαίο σχήμα του ΕΟΠΥΥ.

2. Ο ΕΟΠΥΥ να παραμείνει μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Σχετικά με το διαχωρισμό του κλάδου υγείας από τον κλάδο της ΠΦΥ προτείνεται οι δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, και οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας που λειτουργούν σήμερα υπό τον ΕΟΠΥΥ να μεταφερθούν σε έναν άλλο δημόσιο φορέα. Η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας είναι ευκολότερο να επιτευχθεί με έναν αγοραστή, ο οποίος δεν εμπλέκεται στην παροχή υπηρεσιών. Βασικά στοιχεία της πολιτικής η οποία οφείλει να εφαρμόσει ο ΕΟΠΥΥ είναι :

- i. η κάλυψη να αναφέρεται μόνο σε ιατρικές παρεμβάσεις τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας,
- ii. η σύναψη συμβάσεων να υπακούει στα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας,
- iii. ο έλεγχος και η αξιολόγηση να συνιστούν θεμελιώδεις παραμέτρους της διαχειριστικής διαδικασίας.

Ο διαχωρισμός του κλάδου υγείας από το κλάδο ΠΦΥ έχει ως σκοπό να μειώσει τον κατακερματισμό του συστήματος, να συμβάλλει στη δημιουργία δικτύων ΠΦΥ και την ενδυνάμωση τόσο της ΠΦΥ όσο και των εξειδικευμένων υπηρεσιών. Η αποφόρτιση του ΕΟΠΥΥ από την παροχή των υπηρεσιών υγείας επιδιώκει την βελτίωση της διαχειριστικής και διαπραγματευτικής του ικανότητας, της μεγαλύτερης δυνατότητας στη σύναψη ορθών συμβάσεων αποτελεσματικότερων και αποδοτικότερων για αυτόν και ισότιμων για τους παρόχους. Με την προτεινόμενη αλλαγή οι μη λειτουργικές δομές και διαδικασίες δίνεται η δυνατότητα να καταργηθούν στο πλαίσιο της λειτουργικής αναδιοργάνωσης. Οι ασφαλισμένοι θα απολαμβάνουν 24ωρη καθημερινή ΠΦΥ και όχι σε πρωινή πενθήμερη και σε περιορισμένη χρονικά βάση υπηρεσίες ΠΦΥ.

Ακόμη με την προτεινόμενη αλλαγή επιδιώκεται ο εξορθολογισμός των μονάδων ΠΦΥ και την βελτίωση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Οι δύο Φορείς (ΕΟΠΥΥ και ΕΣΥ) λειτουργούσαν παράλληλα και αποσπασματικά. Σημειώνεται πως τα τελευταία δύο έτη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ εξακολουθούν και «συν-λειτουργούν» οι μονάδες υγείας του ίδιου του οργανισμού αλλά και του ΕΣΥ σε ίδιες περιοχές (π.χ. Αμπελόκηποι, Κέντρο Αθήνας κ.ά.) την ίδια ώρα που περιοχές στην χώρα έχουν σημαντική έλλειψη σε μονάδες ΠΦΥ.

Τέλος δίνεται σημασία στην πρόληψη της υγείας του πληθυσμού και «ξανά-εισάγεται» ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος ουσιαστικά δε λειτούργησε εν λειτουργία του ΙΚΑ.

Στο δεύτερο σκέλος της μεταρρυθμιστικής πρότασης όπου ο ΕΟΠΥΥ παραμένει μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς ο οργανισμός θα πρέπει να εγγυάται τη πλήρη κάλυψη στο σύνολο των ασφαλισμένων του. Μέσω της καλύτερης δυνατή χρήση των πόρων με περαιτέρω διαπραγμάτευση με την πλευρά της προσφοράς.

Ο ΕΟΠΥΥ θέτει απαιτήσεις ποιότητας και αποτελεσμάτων στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και να συνδέσει τα παραπάνω με το σύστημα αποζημίωσης. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι οι δομές του θα αξιοποιηθούν, εντασσόμενες στο νέο, ενιαίο δημόσιο σύστημα ΠΦΥ. Η σύναψη συμβάσεων με όλες τις ιδιωτικές δομές πρέπει να είναι η βασική του αρμοδιότητα ενώ, προοπτικά, η διαχείριση του συνόλου των δημόσιων πόρων για την υγεία θα μπορούσε να αναληφθεί επίσης από τον ΕΟΠΥΥ και να αναλάβει και τη φροντίδα των ανασφάλιστων μ' ένα ειδικό πακέτο βασικών υπηρεσιών και με εκτιμώμενο ελάχιστο κόστος με τη διαχείριση του συνόλου των δημόσιων πόρων για την υγεία. Με τον τρόπο αυτό θα μπορούσε να συνάπτει προγραμματικές συμφωνίες με τις ΥΠΕ για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και νοσοκομειακής περίθαλψης. Έτσι, εισάγεται ένας εσωτερικός ανταγωνισμός στο σύστημα υγείας μεταξύ των δομών ΠΦΥ και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, για τη «διεκδίκηση» των πόρων του ΕΟΠΥΥ.

Ο ΕΟΠΥΥ με τον σύνθετο ρόλο που είχε πριν τη μεταρρύθμιση του δεν μπορούσε να αξιοποιήσει τα πλεονεκτήματα που του προσέφερε η ηγετική θέση στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Αναλωνόταν καθημερινά στην επίλυση προβλημάτων του συστήματος ΠΦΥ και αγνοεί τον ουσιαστικό του ρόλο ο οποίος είναι η μεγάλη του διαπραγματευτική δύναμη, η οποία μπορεί να του εξασφαλίσει (και να εξασφαλίσει στην εθνική οικονομία) σημαντικές εκπτώσεις και οικονομίες κλίμακας στον χώρο.

Οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στον Οργανισμό θα πραγματοποιηθούν σε τέσσερις φάσεις: Η πρώτη ξεκίνησε το μήνα Δεκέμβριο του 2013 και προέβλεπε τη διαμόρφωση του νέου θεσμικού πλαισίου, με το οποίο καταργούνταν οι 8.691 οργανικές θέσεις του ΕΟΠΥΥ και δημιουργούνταν αντίστοιχες στο ΕΣΥ, όπου θα ενταχθούν οι υγειονομικές δομές του Οργανισμού (πολυϊατρεία, εργαστήρια). Από την κινητικότητα εξαιρούνται 1.089 εργαζόμενοι (289 υπάλληλοι της κεντρικής υπηρεσίας, 203 των περιφερειακών υπηρεσιών, εννέα γιατροί και 88 υγειονομικοί υπάλληλοι). Η δεύτερη φάση ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο, όπου πραγματοποιήθηκε επαναξιολόγηση του προσωπικού των Ταμείων που συμμετέχουν σήμερα στον ΕΟΠΥΥ (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ). Η τρίτη φάση υλοποιήθηκε τον

Μάρτιο και αφορά επαναξιολόγηση της κατάστασης με το προσωπικό του ΕΟΠΥΥ. Εάν απαιτηθεί, θα ενισχυθεί με πλεονάζον προσωπικό από τα Ταμεία. Τον Απρίλιο του 2014 αναμένεται να έχει ολοκληρωθεί το εγχείρημα και ο ΕΟΠΥΥ να λειτουργεί πλήρως με τη νέα του δομή ως αγοραστής και όχι πάροχος υπηρεσιών.

3.9 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ επιδιώκεται η ίδρυση ενός ενιαίου ταμείου υγείας που θα συγκεντρώνει όλους τους πόρους του υγειονομικού τομέα με σκοπό την λειτουργία βάσει μονοφωνιακού τύπου με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.

Η ενοποίηση των ταμείων οδηγεί τον ΕΟΠΥΥ στην πληθυσμιακή κάλυψη του 90% του πληθυσμού. Από την αρχή της λειτουργίας του αντιμετώπιζε σημαντικότερα προβλήματα που έθεταν σε κίνδυνο ακόμη και την βιωσιμότητα του και αυτό γιατί ξεκίνησε ελλειμματικός καθώς ήταν απόρροια της συνένωσης ήδη ελλειμματικών φορέων ενώ ακόμη δεν ήταν σαφής και ο χαρακτήρας του. Κατά την διάρκεια της λειτουργίας του και για να μπορέσει να «επιβιώσει» ισοσκελίζοντας τα έσοδα με τα έξοδα μείωσε τις παροχές του προς τους ασφαλισμένους.

Στο τρίτο έτος λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ επιχειρείται μεταρρύθμιση του κατόπιν αξιολόγησης από μία ομάδα εργασίας Ελλήνων και ξένων εμπειρογνομόνων καταλήγοντας : (i) στον διαχωρισμό του κλάδου αγοράς υγείας από τον κλάδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), στο ενιαίο σχήμα του ΕΟΠΥΥ με σκοπό να μειώσει τον κατακερματισμό του συστήματος, να συμβάλλει στη δημιουργία δικτύων ΠΦΥ και την ενδυνάμωση τόσο της ΠΦΥ όσο και των εξειδικευμένων υπηρεσιών και (ii) στο να παραμείνει μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς ώστε να μην αναλώνεται πλέον στην επίλυση προβλημάτων του συστήματος ΠΦΥ και αγνοώντας τον ουσιαστικό του ρόλο ο οποίος είναι η μεγάλη του διαπραγματευτική δύναμη, η οποία μπορεί να του εξασφαλίσει σημαντικές εκπτώσεις και οικονομίες κλίμακας στον χώρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα «ασθενεί» και τα νοσοκομεία «βλάπτουν σοβαρά στην υγεία», δεδομένου ότι έχουν υποστεί «έμφραγμα» και έχουν εισαχθεί στην «εντατική». Η θεραπεία είναι γνωστή το ΕΣΥ χρειάζεται «νυστέρι»⁹⁷. Αν το σύστημα υγείας είναι επισκευάσιμο, όπως ένα μηχάνημα τότε η λύση είναι εύκολη αρκεί να παρέμβουν οι κατάλληλοι μηχανικοί.

Τα βασικά προβλήματα που οφείλεται η «νοσηρότητα» του ΕΣΥ στη χώρας μας είναι η σπατάλη των πόρων, η μη σωστή κατανομή τους, η διόγκωση των συνολικών δαπανών, η παραοικονομία, η προκλητή ζήτηση και η χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα παραπάνω «νοσήματα» του ΕΣΥ οφείλονται στην απουσία του αποτελεσματικού συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης, στην έλλειψη ορθολογικότητας και διαφάνειας στην κατανομή και στη χρήση των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού και των περιφερειών, στην απουσία μηχανισμού αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας.

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είχε ως σκοπό να θεραπεύσει τα νοσήματα του συστήματος υγείας ωστόσο η λειτουργία του ως σήμερα τα έχει επιδεινώσει. Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί ένα εγχείρημα το οποίο θεωρητικά είναι ικανό να βοηθήσει το σύστημα υγείας αλλά υπό προϋποθέσεις, το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον να είναι σταθερό και να εφαρμοστεί αμερόληπτα. Επιβλήθηκε από το ΔΝΤ και εφαρμόστηκε σε ιδιαίτερα σύντομο χρονικό διάστημα ενώ ξεκίνησε ελλειμματικός με περιορισμένους οικονομικούς πόρους που αδυνατούσαν να καλύψουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων.

Η ίδρυση του το 2011 πραγματοποιήθηκε εν περίοδο οικονομικής κρίσης. Το ΔΝΤ εφαρμόζει πολιτικές οικονομικής λιτότητας με αποτέλεσμα το ΑΕΠ της χώρας να μειωθεί δραματικά και τη συρρίκνωση της Ελληνικής οικονομίας. Ο τομέας της υγείας ευρισκόμενος στο επίκεντρο των γενικότερων παρεμβάσεων με τη σειρά του υπέστη μείωση της συνολικής δαπάνης. Το 2008 και ενώ το ΑΕΠ της χώρας ήταν 233 δις ευρώ, το συνολικό ποσοστό για την υγεία επί του ΑΕΠ ήταν κοντά στο 10,5% ενώ το 2012 το συνολικό ποσοστό επί ΑΕΠ για την υγεία είναι κοντά στο 9% στο ήδη

⁹⁷ Οικονόμου Χ. (2004), Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, σελ. 185, Διόνικος, Αθήνα

μειωμένο ΑΕΠ κατά 33 δις ευρώ. Σύμφωνα με το μνημόνιο συνεννόησης μέχρι το 2012 είχε τεθεί ως στόχος η δημόσια δαπάνη για την υγεία να μην ξεπερνάει το 6% του ΑΕΠ ενώ η δημόσια φαρμακευτική εξωνοσοκομειακή δαπάνη να μην ξεπερνά το 1% του ΑΕΠ. Ακόμη από τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ προβλέπεται μείωση του διοικητικού προσωπικού έως 50% και των συμβαλλόμενων ιατρών κατά 25% σε σύγκριση με το σύνολο για τα τέσσερα αρχικά ταμεία. Σύμφωνα με τον ΙΟΒΕ, τα παραπάνω μέτρα είναι ικανά να οδηγήσουν στην εξοικονόμηση των απαραίτητων οικονομικών πόρων ωστόσο με αρνητικά αποτελέσματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι περικοπές των δαπανών υγείας είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν με δύο τρόπους:

1. Με τον περιορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη μείωση των κινδύνων που καλύπτονται, καθώς και των δικαιούχων περίθαλψης από τα ασφαλιστικά ταμεία, δηλαδή την μέσω του περιορισμού της πρόσβασης στις υπηρεσιών υγείας.
2. Μέσω του εξορθολογισμού του συστήματος και της βελτίωσης της αποδοτικότητας αλλά και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

Οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα στο ΕΣΥ τα τελευταία χρόνια έχουν επικεντρωθεί κυρίως στη λειτουργική, οικονομική και διαχειριστική του διάσταση. Αυτό είναι θεμιτό καθώς αφενός επιχειρεί να αντιμετωπίσει μακροχρόνια προβλήματα του αφετέρου όμως φαίνεται να απουσιάζει η πλευρά του πολίτη-ασθενή. Ένα σύστημα υγείας για να επιτελεί σωστά το ρόλο του θα πρέπει να είναι φιλικό προς τον ασθενή. Το ΕΣΥ εξακολουθεί παρότι τις αρκετές παρεμβάσεις να είναι χαοτικό για τον ασθενή χωρίς καμία βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εξασφάλιση στη συνέχεια της φροντίδας. Σημαντικές απουσίες που σημειώνονται ακόμη και μετά τις αρκετές παρεμβάσεις είναι:

- Η απουσία της διαδικασίας παραπομπής με τη μορφή του γενικού οικογενειακού ιατρού ή της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Η απουσία παρεχόμενων υπηρεσιών όπως η ανακουφιστική ιατρική σε ασθενείς τελικού σταδίου.
- Η απουσία δικτύου που θα ενώνει τις υπηρεσίες υγείας με τις υπηρεσίες πρόνοιας.
- Η απουσία πραγματικής αποκέντρωσης και της περιφερειακής οργάνωσης του συστήματος υγείας. Πουθενά δε παρατηρείται η πρόθεση εκχώρησης

αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας στο περιφερειακό επίπεδο ώστε ο ρόλος του να γίνει περισσότερο επιτελικός.

Ο τρόπος με τον οποίον πραγματοποιείται η μείωση των υγειονομικών δαπανών σε συνδυασμό με τις λειτουργικές και διαχειριστικές παρεμβάσεις γεννάνε το ερώτημα κατά πόσο οι μεταρρυθμίσεις αποτελούν προσπάθεια εξορθολογισμού της λειτουργίας του συστήματος υγείας και όχι απλά μέσω περιορισμού του δημοσιονομικού βάρους και μηχανισμό εσωτερικής υποτίμησης. Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στο ΕΣΥ εστιάζουν στην ζήτηση και προσφορά τόσο σε μακρο όσο και σε μικρο-επίπεδο όμως δεν εστιάζουν σε ζητήματα θεμελιακών προτεραιοτήτων του συστήματος και σε ουσιαστικές δομικές μεταρρυθμίσεις και θα επιφέρουν σοβαρά προβλήματα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες και θα εγείρουν ζητήματα δικαιοσύνης και ισοτιμίας στην προστασία της υγείας, κυρίως για εκείνους που έχουν χαμηλό εισόδημα. Το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ αποτελεί απόπειρα ουσιαστικής μεταρρύθμισης ωστόσο δεν οδήγησε στην αναδιοργάνωση της χρηματοδότησης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά κατέληξε σε ένα μεγάλο «ΙΚΑ» με μειωμένες παροχές.

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ως μεταρρύθμιση αν και εντάσσεται στην λογική της αναγκαιότητας του συστήματος για ενοποίηση των υγειονομικών πόρων οι κύριες παρεμβάσεις του αποτελούνται από αλληπάλληλες περικοπές των δαπανών υγείας με όποιο τίμημα και συνέπεια. Παρόλο που οι ιδέες του είναι σωστές διακατέχεται από οικονομικής φύσης προγράμματα και όχι από κοινωνικής με αποτέλεσμα τον περιορισμό των παροχών προς τους ασφαλισμένους. Η αποτυχία του ΕΟΠΥΥ πιστώνεται στο γεγονός ότι η κατεύθυνση των παρεμβάσεων δεν απορρέει από τις εσωτερικές αναγκαιότητες του συστήματος σύμφωνα με τις ανάγκες των πολιτών αλλά ανταποκρίνονται στις σκοπιμότητες που επιβάλλει το μνημόνιο. Η συρρίκνωση των δαπανών υγείας θέτει σε άμεσο κίνδυνο τον δημόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ. Το πρόβλημα γίνεται πιο έντονο λόγω της οικονομικής κρίσης καθώς μειώνεται η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών και αυξάνεται η χρησιμοποίηση των δημόσιων υπηρεσιών με αποτέλεσμα το ΕΣΥ να καλείται να ανταποκριθεί στην αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών με λιγότερους διαθέσιμους πόρους. Συνεπώς τίθεται έντονος προβληματισμός για την επάρκεια του συστήματος υγείας.

Η οικονομική κρίση θα μπορούσε να επιδράσει θετικά στην μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας προωθώντας τις κατάλληλες αλλαγές ωστόσο η επιδίωξη από

κάθε δρώντα παράγοντα των δικών του συμφερόντων αποτέλεσαν ανασταλτικό παράγοντα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ζηλίδης, Χ. (2005), Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000 – 2004, Εκδόσεις Mediforce,
- Καρόκης, Α. και Σισσούρας, Α. (1994) Οργάνωση και Χρηματοδότηση στο ΥΥΠΚΑ, Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα,
- Κυριόπουλος, Γ και Σισσούρας, Α. (1997), Ενιαίος φορέας υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη , Θεμέλιο, Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ. και Αθανασάκης, Κ. και Πάβη, Ε. (2012) , Οικονομική κρίση και υγεία, Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ. και Καραλής, Γ. και Οικονόμου, Χ. (1999), Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα. Μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος, Νοσοκομειακά Χρονικά, 61, 2, Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ. και Μπεαζόγλου, Τ. (2001), Η επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοψωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας, στο Κυριόπουλος Γ. και συν., Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο, Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ. και Οικονόμου, Χ. (2000), Είναι Επιθυμητή και Εφικτή κ Διάκριση της Προσφοράς από τη Ζήτηση στις Υπηρεσίες Υγείας, στο Κυριόπουλος και συν., Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης- Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας, Θεμέλιο, Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ. (2011), Πέραν του «Μνημονίου»: ανασυγκρότηση ή collapses στο σύστημα υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα,
- Κυριόπουλος, Γ. (1993) Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Μαλλιάρου, Μ. και Σαράφης, Π. (2012), Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας, Το βήμα του Ασκληπιού, Ιανουάριος-Μάρτιος 2012, 11ος Τόμος, 1ο Τεύχος, Αθήνα
- Μάμας, Θ. και Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (1997), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα

- Μόσιαλος, Η. και Θεοδώρου, Μ. (2003), Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη, στο Νιάκας Δ. Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, Mediforce, Αθήνα
- Μπέσης, Ν. (1993), Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, IOBE, Αθήνα
- Νιάκας, Δ. (1993), Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Οικονόμου, Χ. (2004), Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Οικονόμου, Χ. και Κυριόπουλος, Ι. (1999), Γεωργούσης Ε., Γείτονα Μ., Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω, Εξάντας, Αθήνα
- Οικονόμου, Χ. (1996) Η Ελληνική κοινωνία κατά τη πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967, Τόμος Β', Αθήνα,
- Οικονόμου, Χ. (2013) Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία, Foreign Affairs, Αθήνα
- Οικονόμου, Χ. και Κυριόπουλος, Γ. και Καραλής, Γ. (2000) Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση», Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 62, τεύχος 3, Αθήνα
- Οικονόμου, Χ. και Κυριόπουλος, Ι. και Πολύζος, Ν. και Σίσσουρας, Α. (2000) Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας», Θεμέλιο, Αθήνα
- Οικονόμου, Χ. (2006), Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Θεωρητικές προσεγγίσεις & στρατηγικές επιλογές», στο Οικονόμου, Χ. & Φερόνας Α., Οι Εκτός των Τειχών: Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις Σύγχρονες Κοινωνίες, Διόνικος, Αθήνα
- Πάτρας, Λ. (1972) Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής, Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, Αθήνα
- Προβόπουλος, Γ. (1987), Κοινωνική ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος, IOBE, Αθήνα
- Ρομπόλης, Σ. (1999), Υγεία και οικονομία, Σμίλη, Αθήνα
- Σακελλαρόπουλος, Θ. (2003), Ζητήματα κοινωνικής πολιτικής, Διόνικος, Αθήνα

- Σισσούρας, Α. και Καραόκης, Α. και Πολύζος, Ν. και Θεοδώρου, Μ., (1995), Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η οργάνωση του συστήματος χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα
- Σισσούρας, Α. (1983), Η δυναμική ανάπτυξη του ΕΣΥ, Ιατρικό Βήμα, Αθήνα
- Σούλης, Σ. (1998), Η οικονομική της Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα
- Στάθης, Γ. (1995), Σημαντικά προβλήματα του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος, Αθήνα
- Στριμμένος, Δ. (1980), Κριτική στα νέα μέτρα για την υγεία. Τι θα έπρεπε να γίνει, Δελτίο ΕΙΝΑΠ, τεύχος 36, Αθήνα

Ξενόγλωσση

- Abel-Smith, B. and Leiserson, A. (1978), Poverty, development and health policy, Public health papers No 69, WHO, Geneva
- Abel-Smith, B. (1994), An Introduction to Health Policy, Planning and Financing, Longman, London
- Abel-Smith, B. and Mossialos, E., (1994), Cost Containment Priorities in the European Union, LSE Health
- Benatar, S. and Stephen, G. and Bakker, I. (2011), Global health and the global economic crisis, American Journal of Public Health, 101 (4), pp. 646-653
- Donaldson, C. and Gerard, K. (1993), The economics of Health care financing, Macmillan, London
- Economou, Ch. (2012), The performance of the Greek Healthcare System and the Economic Adjustment Programme: “Economic Crisis” versus “System-Specific Deficits” Driven Reform», Social Theory, Athens
- Economou, Ch. and Giorno, C. (2009), Improving the performance of the public health care system in Greece, Economic Department Working Paper 722, OECD
- Economou, Ch. (2010), Greece : Health Systems Review : Health Systems in Transition, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies., Athens

- Economou, Ch. (2010), Greece: Health system Review: Health systems in Transition, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, Athens
- Karaokis, A. and Sissouras, A. and Mossialos, E. (1993), Achilles' Heel: Greece's Health care reforms, Health Services Journal,
- Liaropoulos, L. (1998), Ethnics and management of health care in Greece London
- Midgley, J. (1995), The developmental Perspective in Social Welfare, Social Development
- Niakas, D. and Theodorou, M. and Liaropoulos, L. (2005), Can privatizing selected services benefit the public healthcare system?, The Greek Case”, Applied Health economics and Health Policy, 4 (3), pp. 153-157.
- Pauly, M. (1988), Market power, Monopsony and Health Insurance Markets. Journal of Health Economics
- Pauly, M. (1986), Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy. Journal of Economic Literature
- Philips, D. and Verhasselt, Y. (1994), Health and Development», Routledge, London
- Polyzos, N. and Karanikas, H. and Thireos, E. and Kastanioti, C. and Kontodimopoulos, N. (2013), Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system, Health Policy, Athens
- Sissouras, A. and Karaokis, A. and Mossialos, E. (1994), "Greece, στο OECD, Health Cre Reforms in 17 Countries, OECD, Paris
- Stuckler, D. and Basu, S. and Suhrcke, M. and Coutts, A. and McKee, M. (2009), The public health of economics crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis"
- Tountas, Y. and Stefannson, H. and Frissiras, S., (1995), Health Reform in Greece: Planning and Implementation of a National Health System, International Journal of Health Planning and Management, Athens
- Tsalikis, G. (1988), Evaluation of the socialist health policy in Greece, International Journal of health Services

- Zavras, D. and Tsiantou, V. and Pavi, E. and Kyriopoulos J. (2012), Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece, European Journal of Public Health, Athens

Εκθέσεις-Μελέτες

Ελληνικές

- IOBE (2011), Δαπάνες υγείας και Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου, Αθήνα
- IOBE (2011), Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου, Αθήνα
- Έκθεση Ομάδας Εργασίας (1976), Προγράμματα αναπτύξεως ΚΕΠΕ, Αθήνα
- Επιστημονική ομάδα (1979), Θεσμός νοσοκομειακού γιατρού με πλήρη απασχόληση, Μελέτη-Εισήγηση Επιστημονικής Ομάδας, Αθήνα
- ΕΣΔΥ (2012), Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Αθήνα
- Ίδρυμα Σάκη Καραγιωργα (1994), Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο (1945-1967)
- ΙΝΕ-ΓΣΕΕ (2008), Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση, Ετήσια Έκθεση, Αθήνα
- Μωραΐτης, Ε. Το Ν.Δ. 2592/53 Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως. Κριτική θεώρηση μιας αναξιποίητης ευκαιρίας για την υγειονομική οργάνωση της χώρας
- Νιάκας, Δ. (1995), Αιτίες μη υλοποίησης μιας καινοτόμου νομοθετικής παρέμβασης (Ν.Δ 2592/53) για την υγεία και περιφερειακή οργάνωση του υγειονομικού συστήματος
- Οικονόμου, Χ. (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, επιστημονικές εκθέσεις/7, Μάρτιος Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων (1995), Εισήγηση για τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας και την Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Έκθεση της επιτροπής για τον Ενιαίο Φορέα Υγείας, Αθήνα

- Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων (1995), Μελέτη για την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού και την Οργάνωση των Μονάδων Υγείας, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων (1995), Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Έκθεση της επιτροπής για τον Οικογενειακό Γιατρό και την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2011), Πρόταση Λειτουργικών Αναδιατάξεων Μονάδων Υγείας ΕΣΥ, Αθήνα

Ξενογλωσσες

- Abel-Smith, B. (1994), Έκθεση Επιτροπής Εμπειρογνώμων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Φαρμέτρικα, Αθήνα

Διαδικτυακοί τόποι

- www.who.int
- www.statistics.gr
- diavgeia.gov.gr
- www.moh.gov.gr
- www.esdy.edu.gr
- www.eopyy.gov.gr
- www.oecd.org
- www.esynet
- www.ifet.gr
- www.eof.gr
- www.iobe.gr
- www.epp.eurostat.ec.europa.eu
- www.europa.eu
- www.kathimerini.gr
- www.ygeianet.gr
- www.who.int

- www.tanea.gr
- www.ika.gr
- www.hellenicparliament.gr
- www.oga.gr
- www.oaee.gr
- www.tydky.gr
- www.gsee.gr

Πανεπιστήμιο Πειραιώς