
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

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

**ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

ΣΟΦΙΛΛΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

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

Πειραιάς, 2016



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

**ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

ΣΟΦΙΛΛΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Α.Μ.: ΔΥ/1340

Επιβλέπων: Σ. Χατζηδήμα, Καθηγήτρια

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

Πειραιάς, 2016

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Management

EXPENDITURES OF THE GREEK HEALTH SYSTEM

SOFILLAS IOANNIS

Supervisor: S. Hadjidema, Professor

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, 2016

Ευχαριστίες

Δαπάνες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Σημαντικοί Όροι: Σύστημα Υγείας, Δαπάνες, Χρηματοδότηση, Κόστος, Ελλάδα

Περίληψη

Στόχος των συστημάτων Υγείας είναι η κλινική αποτελεσματικότητα, η οικονομική αποδοτικότητα και η κοινωνική δικαιοσύνη. Οι δαπάνες Υγείας μιας χώρας αποτελούν το 5-10% του συνολικού ΑΕΠ. Ως εκ τούτου ο τομέας Υγείας αποτελεί κρίσιμο πεδίο της οικονομικής δραστηριότητας, ο οποίος επηρεάζει καθοριστικά την απασχόληση και την ανάπτυξη.

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην παρουσίαση των δαπανών Υγείας, για όλες τις σχετικές κατηγορίες δαπανών, διαχρονικά την τελευταία 15ετία. Αρχικά, παρουσιάζεται η δομή του συστήματος, οι πηγές χρηματοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και η αγορά υπηρεσιών και ιατρικών προϊόντων. Στη συνέχεια αποτιμώνται οι τελευταίες πολιτικές μεταρρυθμίσεις οι οποίες είχαν ως στόχο την ορθότερη λειτουργία του συστήματος καθώς και τον περιορισμό του κόστους.

Έπειτα, αναλύεται η δαπάνη Υγείας ανά κατηγορία και ανά χρονική περίοδο, με έμφαση μετά το έτος 2009 κατά το οποίο υιοθετείται η μεθοδολογία του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, η οποία δίδει μεγαλύτερη ακρίβεια στις εκτιμήσεις.

Τέλος, παραθέτονται προτάσεις για έλεγχο και περιορισμό των δαπανών Υγείας μέσω της αξιοποίησης σύγχρονων οργανωτικών, διοικητικών και τεχνολογικών εργαλείων. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην καινούργια μεθοδολογική στατιστική προσέγγιση των μεγάλων δεδομένων, η οποία υπόσχεται να αλλάξει τελείως την οπτική των συστημάτων Υγείας για τον περιορισμό των δαπανών Υγείας βάσει κλινικών και ποιοτικών δεικτών.

Expenditures of the Greek Health System

Keywords: Health System, Expenditure, Financing, Costing, Greece

Abstract

The aim of health systems is the clinical effectiveness, economic efficiency and social justice. The health expenditures of a country constitute 5-10% of the total GDP. Therefore, the health sector is a critical area of economic activity, which decisively affects employment and growth.

This study focuses on the presentation of health expenditure for all relevant categories of costs over time in the last 15 years. Initially, the structure of the system is presented, the sources of funding of the pension funds and the purchase of services and medical products. Then, the latest political reforms which aimed to a better financing of the system were evaluated.

Then, the health expenditure is analyzed by category and time period, with an emphasis after 2009, when a new methodology was employed of the National Health Accounts of the Organization of Economic Cooperation and Development by the Greek Statistical Authority, which provides greater accuracy in estimates.

Finally, recommendations are given for controlling and reducing health costs through the use of modern organizational, administrative and technological tools. Particular reference is made to the new statistical methodological approach of big data, which promises to completely change the perspective of health systems to reduce health costs based on clinical and quality indicators.

Περιεχόμενα

Δαπάνες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	ix
Περίληψη	ix
Expenditures of the Greek Health System	xi
Abstract	xi
Κατάλογος Πινάκων	xv
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xvii
Κατάλογος Εικόνων	xix
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	21
Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ	21
1.1 Εισαγωγή	21
1.2 Η συμβολή του κλάδου της Υγείας στην ανάπτυξη της Οικονομίας	21
1.3 Η διάρθρωση του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα	24
1.4 Πηγές χρηματοδότησης.....	26
1.5 Δομές και Παραγόμενο Προϊόν	27
1.6 Το ανθρώπινο δυναμικό.....	31
1.7 Ανακεφαλαίωση	37
2 Κεφάλαιο 2.	39
Διαχρονική Ανάλυση των Δαπανών Υγείας	39
2.1 Εισαγωγή	39
2.2 Δαπάνη Υγείας 2004-2010	39
2.3 Δαπάνη Υγείας 2009-2012	44
2.4 Δαπάνη Υγείας 2013-2015	54
2.5 Η Παραοικονομία της Υγείας στην Ελλάδα.....	55
2.6 Ανακεφαλαίωση	60
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.	61
Η Φαρμακευτική Δαπάνη	61
3.1 Εισαγωγή	61
3.2 Η Φαρμακευτική Δαπάνη κατά τα έτη 2000-2009	61
3.3 Μέτρα Ελέγχου της Φαρμακευτικής Δαπάνης	62

3.4 Ανακεφαλαίωση	63
4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	65
Η Οικονομική Κρίση και Υγεία: Πολιτικές Μεταρρυθμίσεις και Συγκράτηση του Δαπανών	65
4.1 Εισαγωγή	65
4.2 Σύγχρονα Πρότυπα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας	67
4.3 Μεταρρυθμίσεις και Προτάσεις Πολιτικής	68
4.4 Καινοτόμες μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων – Big Data	70
4.5 Ανακεφαλαίωση	72
5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	73
Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	73
Βιβλιογραφία	77

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2-1. Συνολική τρέχουσα δαπάνη Υγείας, (εκ. ευρώ)	46
Πίνακας 2-2. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα.	48
Πίνακας 2-3. Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας (εκ. ευρώ)	49
Πίνακας 2-4 Χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα	52
Πίνακας 2-5. Κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή Υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα(σε εκατ.ευρώ)	54
Πίνακας 2-6. Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης (%) δαπανών Υγείας & Α.Ε.Π., 1980 – 2007.....	57
Πίνακας 2-7. Μελέτες ποσοτικής εκτίμησης της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα, Ελλάδα 1974 – 2013	59
Πίνακας 3-1. Εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης 2000-2007	62

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2-1. Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	45
Διάγραμμα 2-2. Σύνολο Δαπάνης Υγείας (%).....	47
Διάγραμμα 2-3. Συνολική Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης.....	48
Διάγραμμα 2-4. Σύνολο Δαπάνης Υγείας (%).....	49
Διάγραμμα 2-5. Κατανομή Δημοσίων Δαπανών Υγείας κατά έτος	50
Διάγραμμα 2-6. Κατανομή Δαπανών Υγείας Ιδιωτικού Τομέα κατά έτος.....	51
Διάγραμμα 2-7. Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας.....	53

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1.1. Λειτουργίες και στόχοι του Κλάδου Υγείας	24
Εικόνα 1.2. Μέσος όρος ημερών νοσηλείας κατά ασθενή στην Ελλάδα 200-2007....	29
Εικόνα 1.3. Σύνολο εξελθόντων ασθενών στην Ελλάδα, 2000-2007.....	30
Εικόνα 1.4. Χειρουργικές επεμβάσεις κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου στην Ελλάδα 2000-2007.....	30
Εικόνα 1.5. Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους	31
Εικόνα 1.6. Απασχόληση στους τομείς Υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ως % της συνολικής απασχόλησης για τα έτη 2000-2010	32
Εικόνα 1.7. Ιατροί που ασκούν το επάγγελμα ανά 1000 κατοίκους.....	33
Εικόνα 1.8. Αναλογία ιατρών ανά 1000 κατοίκους Ελλάδας σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών της Νότιας και Βόρειας Ευρώπης	34
Εικόνα 1.9. Αναλογία οδοντιάτρων ανά 1000 κατοίκους Ελλάδας σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών της Νότιας και Βόρειας Ευρώπης	35
Εικόνα 1.10.Αναλογία ελλήνων νοσηλευτών (1000 κάτοικοι), μέσος όρος Νότιας και Βόρειας Ευρώπης.....	35
Εικόνα 1.11. Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους	36
Εικόνα 2.1. Μεταβολή δαπάνης Υγείας (ως % του ΑΕΠ) στις χώρες του ΟΟΣΑ ως 2010.....	40
Εικόνα 2.2. Συγκριτική παρουσίαση συνολικής δαπάνης Υγείας ως % του ΑΕΠ Ελλάδας σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών Νότιας και Βόρειας Ευρώπης	40
Εικόνα 2.3 Συγκριτική παρουσίαση δημόσιας δαπάνης Υγείας ως % ΑΕΠ.....	42
Εικόνα 2.4, Μεταβολή ιδιωτικής δαπάνης Υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδας σε	43
Εικόνα 2.5. Δαπάνες για την Υγεία την χρονική περίοδο 2000-2010.....	44

1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

1.1 Εισαγωγή

Ο τομέας της Υγείας και της ασφάλισης επηρεάζει και επηρεάζεται μέσω μιας αλληλένδετης σχέσης με το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον μιας χώρας. Δεν είναι τυχαίο ότι σημαντικές μεταρρυθμίσεις έγιναν πάνω σε χρονικές περιόδους μεγάλης ιστορικής σημασίας όπως για παράδειγμα η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας η οποία συμπίπτει με την αρχική περίοδο της Μεταπολίτευσης.

Η παρούσα εργασία εξετάζει συστηματικά τη διαχρονική πορεία των δαπανών του Συστήματος Υγείας, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο συμβάλει στην ανάπτυξη και την απασχόληση. Το πρώτο κεφάλαιο εστιάζει στη σχέση μεταξύ δαπανών και οικονομικού περιβάλλοντος της χώρας αλλά και στην παρουσίαση κρίσιμων δεδομένων αναφορικά με τους τομείς προσφοράς και ζήτησης

Το παρόν κεφάλαιο εστιάζει στη συμβολή του κλάδου της Υγείας στην Οικονομία, στη διάρθρωση του τομέα της Υγείας, στη χρηματοδότηση, στις παραγωγικές δομές, και στο ανθρώπινο δυναμικό.

1.2 Η συμβολή του κλάδου της Υγείας στην ανάπτυξη της Οικονομίας

Η επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου Υγείας ενός πληθυσμού εκτιμάται από την οργανωτική δομή μιας κοινωνίας, από την οργάνωση της οικονομίας, και τη μορφή της κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή. Ο Marmot (2005) διακρίνει δύο τρόπους με τους οποίους το εισόδημα μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο Υγείας, αφενός μεν με την εξασφάλιση υλικών αγαθών, τα οποία υποστηρίζουν την βιολογική επιβίωση και αφετέρου με στήριξη της κοινωνικής συμμετοχής στον έλεγχο των συνθηκών ζωής και του αισθήματος ασφάλειας. Ωστόσο, ισχύει και το αντίστροφο, καθώς είναι κοινώς αποδεκτό ότι το επίπεδο Υγείας του πληθυσμού είναι σημαντικός παράγοντας της ενίσχυσης της οικονομίας μιας χώρας. Σύμφωνα με τους Alsan, Bloom & Canning (2006), Bloom & Canning (2003), Bloom, Canning & Sevilla (2004), CMH (2001), Suhrcke et al. (2005), WHO (2002) σαφής είναι η μεταβολή στην υφιστάμενη αντίληψη ότι οι βελτιώσεις της Υγείας και της μακροζωίας δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται πλέον ως τελικά προϊόντα ή υποπροϊόντα της οικονομικής ανάπτυξης, αλλά αντίθετα είναι βασικοί καθοριστικοί παράγοντές της, και επομένως μέσα για την

επίτευξη της οικονομικής ανάπτυξης και της μείωσης της φτώχειας. Σύμφωνα με τους Alsan, Bloom & Canning (2006) πολιτικές επένδυσης στην ανάπτυξη των υπηρεσιών Υγείας συμβάλλουν στη δημιουργία πλουσιότερων οικονομιών.

Η Υγεία συμβάλλει στην οικονομική ευημερία, διότι εξασφαλίζει προϋποθέσεις αύξησης της παραγωγικότητας, επιτυγχάνοντας επίσης πολλαπλασιαστική συμβολή της εκπαίδευσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο (εξασφάλιση δεξιοτήτων, αυξημένη απόδοση επενδύσεων σε φυσικό και πνευματικό κεφάλαιο, αρτιότερη ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού) (Alsan, Bloom & Canning 2006; Bloom, Canning & Jamison 2004; Bloom, Canning & Sevilla 2003; Bloom & Canning 2004; Bloom, Canning & Malaney 1999; CMH 2001). Ο Grossman (1972) επισημαίνει ότι η Υγεία είναι διαρκές, επενδυτικό αγαθό, το οποίο σε όρους «υγιή χρόνου», ή «ελεύθερου νόσου χρόνου» αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της εργασίας. Οι άνθρωποι κληρονομούν ένα αρχικό κεφάλαιο Υγείας, το οποίο απομειώνεται με την ηλικία, ενώ μπορεί να αυξηθεί με τις επενδύσεις που αναφέρονται στη βέλτιστη φροντίδα κατά την παιδική ηλικία, τη διατροφή, την ένδυση, τη στέγαση, τις ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

Σε κάθε περίπτωση, η Υγεία διαδραματίζει προφανή ρόλο στον προσδιορισμό φυσικών ικανοτήτων (π.χ. δύναμη, αντοχή) και ψυχικών ικανοτήτων (π.χ. γνωστική λειτουργία, συλλογιστική ικανότητα, νοημοσύνη). Η Υγεία είναι συνεπώς σημαντικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου κεφαλαίου, η βελτίωση του οποίου, *ceteris paribus*, βελτιώνει την παραγωγικότητα των εργαζομένων (Koopmanschap et al. 1995). Επειδή, η παραγωγικότητα και το εισόδημα είναι θετικά συσχετιζόμενες μεταβλητές (Schultz 2005; Strauss & Thomas 1998; Suhrche et al. 2005), και καθώς η Υγεία αυξάνει την παραγωγικότητα, συνεπάγεται ότι η Υγεία αυξάνει το εισόδημα. Συμπληρωματικά στα ανωτέρω, σημειώνεται ότι η εξασφάλιση Υγείας μέσα από ένα αποτελεσματικά λειτουργούντα κλάδο Υγείας, διαμορφώνει, μικροοικονομικά, συνθήκες σε επίπεδο οικογένειας, εργαζομένου και επιχείρησης που συμβάλλουν στην αύξηση της παραγωγικότητας του εργαζομένου και της επιχείρησης και μείωση του κόστους παραγωγής της επιχείρησης και κατά συνέπεια δυνατότητα αύξησης των κερδών και αύξησης των αποδοχών των εργαζομένων. Έτσι, ο συνδυασμός της καλής Υγείας με την οικονομική απολαβή αποτελούν στοιχεία, της κατά τον Αριστοτέλη «ευδαιμονίας» με συνέπεια την εξασφάλιση της αρμονίας στις εργασιακές σχέσεις εργαζομένων και εργοδοτών (Kioulafas, Katharaki & Katharakis 2012).

Μακροοικονομικά, καθοριστικής σημασίας συντελεστής παραγωγής για την οικονομική ανάπτυξη είναι ο παραγωγικός συντελεστής «εργασία», δηλαδή το «ανθρώπινο κεφάλαιο» ή οι «ανθρώπινοι πόροι». Προσεγγίζοντας τους ανθρώπινους πόρους από την οπτική γωνία του παραγωγικού συντελεστή πρέπει να επισημαίνονται οι μεταβολές που λαμβάνουν χώρα τόσο στο επίπεδο της Υγείας όσο και στις οικονομικές, κοινωνικές και τεχνολογικές εξελίξεις. Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό δημιουργεί το ανθρώπινο κεφάλαιο, συμβάλλοντας στην αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας και μέσω αυτής στην οικονομική ανάπτυξη. Η αύξηση της παραγωγικότητας προϋποθέτει την προσαρμογή των επιχειρήσεων στο νέο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον αλλά κυρίως την επένδυση σε μέτρα και πολιτικές υγιεινής και ασφάλειας στον χώρο εργασίας. Επιπλέον, η εξασφάλιση της συμβολής του ανθρώπινου δυναμικού στην οικονομική ανάπτυξη προϋποθέτει την ύπαρξη υψηλού επιπέδου Υγείας, η οποία εξασφαλίζεται σε κάθε κοινωνία από τους φορείς παροχής υπηρεσιών Υγείας. Αν στα ανωτέρω προστεθεί ο αυξημένος ανταγωνισμός μεταξύ των εθνικών οικονομιών στα πλαίσια της διεθνοποιημένης πλέον οικονομίας, τότε γίνεται αντιληπτή η σημαντικότητα του κλάδου Υγείας, ως προσδιοριστικού παράγοντα του βαθμού ανταγωνιστικότητας της οικονομίας.

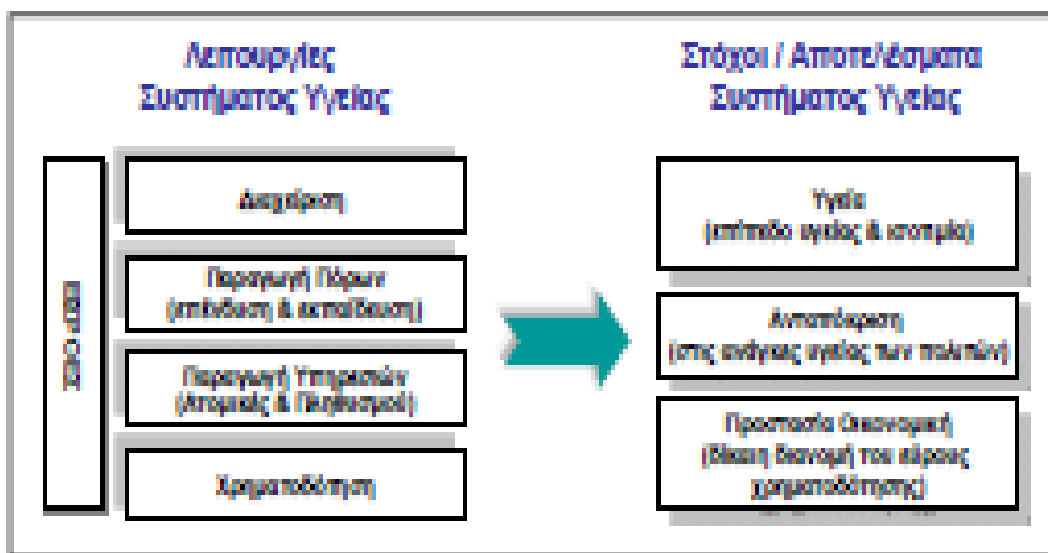
Η διεθνής τάση της αύξησης των δαπανών για την Υγεία έχει αποτελέσει το λόγο επιστημονικής διερεύνησης των επιπτώσεων των δαπανών αυτών στη διαμόρφωση του επιπέδου Υγείας του πληθυσμού με την εκτίμηση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας Υγείας. Έτσι, εκτιμούνται εξισώσεις παραγωγικότητας, στις οποίες ως ανεξάρτητη μεταβλητή μεταξύ άλλων περιλαμβάνονται και οι δαπάνες για την Υγεία. Οι Keng & Li (2009) ανέλυσαν την παγκόσμια παραγωγή Υγείας στη βάση της συνολικής παραγωγικότητας (total factor productivity) με εφαρμογή στοχαστικών διαδικασιών, αξιοποιώντας στοιχεία 141 χωρών για την χρονική περίοδο 1993-1997. Από την ανάλυση προέκυψε ότι τα οφέλη στην Υγεία του πληθυσμού θα είναι μεγαλύτερα εάν πραγματοποιηθούν περισσότερες επενδύσεις στο ανθρώπινο κεφάλαιο, ενώ επισημάνθηκε ότι οι δαπάνες για την Υγεία παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση οικονομιών κλίμακα από ότι η εκπαίδευση. Η διαπίστωση αυτή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η διάθεση μεγαλύτερων οικονομικών πόρων στην εκπαίδευση γενικότερα και στην εκπαίδευση για την Υγεία ειδικότερα ίσως οδηγήσει προοπτικά σε ποιοτική αναβάθμιση της Υγείας του πληθυσμού.

1.3 Η διάρθρωση του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τον τομέα της Υγείας είναι η επάρκεια ανθρωπίνων πόρων, οι διαθέσιμοι υλικοί πόροι, το εκάστοτε επιδημιολογικό πρότυπο και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη μιας χώρας. Όπως και σε κάθε κλάδο οικονομικής δραστηριότητας, αίτημα είναι η βέλτιστη διαχείριση των οικονομικών πόρων, η αύξηση των επενδύσεων και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο κλάδος της Υγείας αξιοποιεί περιορισμένους παραγωγικούς συντελεστές (οικονομικοί πόροι, ανθρώπινο δυναμικό, υγειονομικά υλικά, τεχνολογία, υποδομές κ.α.) για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας Υγείας στο πλαίσιο του τρίπτυχου (Εικόνα 1.1):

- της συμβολής στην βελτίωση του επιπέδου Υγείας του πληθυσμού,
- της ανταπόκρισης στις προσδοκίες των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας της αξιοπρέπειας του ασθενή, της εμπιστευτικότητας και της αυτονομίας του και της με ευαισθησία αντιμετώπισης των ιδιαίτερων αναγκών των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και
- της προαγωγής της ισοτιμίας, ώστε ο καθένας να έχει πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες και να προστατεύεται από περιττά έξοδα Υγείας.

Εικόνα 1.1. Λειτουργίες και στόχοι του Κλάδου Υγείας



Πηγή: WHO, 2009

Με τον όρο «Υπηρεσίες Υγείας» εκφράζεται το τελικό αγαθό ή αλλιώς η παροχή υπηρεσιών που προέρχεται από προμηθευτές Υγείας, όπως νοσοκομεία, ιδιωτικές

κλινικές, διαγνωστικά κέντρα - θεραπευτήρια, κέντρα Υγείας, φαρμακευτικές εταιρίες, ιατρούς, προμηθευτές ιατρικών μηχανημάτων. Οι υπηρεσίες Υγείας με βάση τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης διακρίνονται σε τρεις μορφές: η πρώτη μορφή αφορά το Κρατικό Σύστημα Υγείας (δημόσια νοσοκομεία, κλινικές) και χρηματοδοτείται από το κρατικό προϋπολογισμό, στοχεύοντας στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών της Υγείας όλου του πληθυσμού, σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge για τα εθνικά συστήματα Υγείας. Η δεύτερη μορφή αποτελεί το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (δημόσια ταμεία, υπηρεσίες περίθαλψης, ιατρικές μονάδες, ιατροί συμβεβλημένοι), το οποίο βασίζεται στην ύπαρξη και λειτουργία πολλών και διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων τα οποία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, μοντέλο Bismark. Και η τρίτη μορφή αφορά το σύστημα της Ιδιωτικής Υγείας, (διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά θεραπευτήρια, εξωτερικά ιατρεία). Το μοντέλο της ιδιωτικής Υγείας διαμορφώνεται σύμφωνα με την προσφορά και την ζήτηση της αγοράς, οι δε, προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ιδιωτικές και κατά κανόνα και οι δαπάνες.

Σε αυτό το πλαίσιο, ο κλάδος της Υγείας απασχολεί ανθρώπινο δυναμικό με ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων, παρέχει υπηρεσίες Υγείας (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση) αξιοποιώντας δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας Υγείας, προωθεί την έρευνα και την καινοτομία, ενώ ενισχύει την εμπορική δραστηριότητα στην αγορά των φαρμάκων. Η έρευνα, η ανάπτυξη και η καινοτομία στην Υγεία συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με τη διαρκή είσοδο στην αγορά νέων και αποτελεσματικότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων και λοιπών άλλων ιατροτεχνολογικών υλικών.

Επιπρόσθετα, παράγοντες που διαμορφώνουν την παραγωγική δραστηριότητα στον κλάδο της Υγείας είναι η κινητικότητα των ασθενών εντός και εκτός των ελληνικών συνόρων και ο τουρισμός (Papaioannidi & Katharaki, 2009). Οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της Ελλάδας με τα πολλά νησιά και τις ορεινές περιοχές εντείνουν την εσωτερική κινητικότητα για αναζήτηση υπηρεσιών Υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα. Από την άλλη πλευρά οι τουρίστες-εν δυνάμει ασθενείς- επιδρούν στην παραγωγική δραστηριότητα των μονάδων Υγείας την τουριστική περίοδο, ενώ συνδέονται και με την εμφάνιση επιδημιών. Όλα τα παραπάνω μαζί με την πρόοδο της ιατρικής και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, την αύξηση των αναγκών των εν δυνάμει χρηστών υπηρεσιών Υγείας, τη γήρανση του πληθυσμού και τους σαφώς περιορισμένους πόρους

διαμορφώνουν τόσο τις δημόσιες δαπάνες Υγείας, όσο και τις ιδιωτικές και φαρμακευτικές δαπάνες Υγείας.

1.4 Πηγές χρηματοδότησης

Ο κλάδος της Υγείας θεωρείται ένα οργανωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών σε ασθενή και υγιή άτομα, επιδιώκοντας την προαγωγή της Υγείας και την βελτίωση της κοινωνικής στάθμης Υγείας, η οποία εκφράζεται με την χρήση σχετικών δεικτών όπως προσδόκιμο επιβίωσης, θνησιμότητα, νοσηρότητα. Αποτελεί μια «Αγορά» προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών και προϊόντων Υγείας για την ικανοποίηση αναγκών που αναφέρονται στην Υγεία των «καταναλωτών», εν δυνάμει ασθενών.

Τόσο η διαδικασία παραγωγής όσο και η διαδικασία ζήτησης ή και η δημιουργία ζήτησης (προκλητή ζήτηση) χαρακτηρίζονται από ιδιαιτερότητες τέτοιες που καθιστούν την «Αγορά της Υγείας» ιδιόμορφη, ιδιαίτερα ως προς τον τρόπο λειτουργίας του οικονομικού της μέρους. Πιο συγκεκριμένα, η δομή και ο τρόπος λειτουργίας της «Αγοράς Υγείας» παρουσιάζει ιδιαιτερότητες ως προς την χρηματοδότηση τόσο της παραγωγής και προσφοράς (κράτος, παραγωγοί-φορείς παροχής υπηρεσιών, προμηθευτές) όσο και ως προς την χρηματοδότηση της ζήτησης (ασφαλιστικοί φορείς, ιδιωτικό κόστος). Οι ουσιαστικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της αγοράς υπηρεσιών Υγείας και λοιπών αγορών συνοψίζονται:

- στον τρόπο που εκδηλώνεται η ζήτηση, καθώς είναι ανελαστική λόγω αδυναμίας του καταναλωτή και κυριαρχίας του παραγωγού, ενώ εξαρτάται από τα δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά, ατομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού,
- στις συνθήκες διαμόρφωσης της προσφοράς από το κράτος ή τους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς ή άλλους παρόχους,
- στις εξωτερικότητες¹ του τομέα Υγείας,
- στην ανάγκη για ισοτιμία στην κατανάλωση υπηρεσιών Υγείας.

Το οργανωτικό πρότυπο που έχει υιοθετήσει η Ελλάδα για την χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών Υγείας είναι μικτό. Η χρηματοδότηση του συστήματος Υγείας στηρίζεται αποκλειστικά στους πόρους που προέρχονται από κοινωνικοασφαλιστικές εισφορές. Οι πόροι από τον κρατικό προϋπολογισμό καταλαμβάνουν κυρίαρχη θέση ως πηγή χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων. Ως συνέπεια, η χρηματοδότηση

¹ Το φαινόμενο των εσωτερικότητων (externalities) στον κλάδο της Υγείας είναι ιδιαίτερα έντονο, καθώς επιδρούν στο κοινωνικό σύνολο και συνεπώς στην οικονομία μιας χώρας (Drummond, 2005).

από τον κρατικό προϋπολογισμό ανέρχεται στο 60% περίπου των δημόσιων δαπανών Υγείας, ενώ το υπόλοιπο 40% χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση. Λαμβάνοντας υπόψη, όμως, ότι περίπου το 40% των συνολικών δαπανών Υγείας αποτελούν ιδιωτικές δαπάνες, το ποσοστό συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού περιορίζεται στο 35% και της κοινωνικής ασφάλισης στο 25%. Κατά συνέπεια, οποιαδήποτε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος Υγείας θα πρέπει να λάβει υπόψη το σύνθετο χαρακτήρα της χρηματοδότησης, και κυρίως το γεγονός ότι ο «αγοραστής» ή ο «τρίτος πληρωτής» για υπηρεσίες Υγείας είναι περισσότεροι από ένας.

1.5 Δομές και Παραγόμενο Προϊόν

Το ελληνικό σύστημα Υγείας δομείται σε νοσοκομειακή περίθαλψη και πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, αυτή δομείται σε τρία επίπεδα: σε πρωτοβάθμιο επίπεδο το νοσοκομείο παρέχει υπηρεσίες Υγείας μέσω των εξωτερικών ιατρείων, όπου παρέχεται επείγουσα ή διαγνωστική φροντίδα Υγείας (Αδαμόπουλος 1992; Λιαρόπουλος 2007; Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001), σε δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες Υγείας, οι οποίες δεν απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις και σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ενώ σε τριτοβάθμιο επίπεδο παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες Υγείας (Θεοδώρου και συν. 2001).

Αντίστοιχα, η ΠΦΥ η οποία ταυτίζεται με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα Υγείας, λαμβάνει τις κάτωθι μορφές (Λιαρόπουλος 2007; Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001): ο *οικογενειακός γιατρός*, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης στο σύνολο του πληθυσμού, ενώ ταυτόχρονα εφαρμόζει πολιτικές δημόσιας Υγείας, το *κέντρο Υγείας*, στο οποίο παρέχονται αφενός υπηρεσίες διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης νοσημάτων που δεν απαιτούν εξειδικευμένο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, αφετέρου προληπτικές υπηρεσίες όπως π.χ. εμβολιασμοί, οικογενειακός προγραμματισμός και άλλες μορφές κοινωνικής φροντίδας, οι *πολυκλινικές ή τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών*, τα οποία παρέχουν ένα σύνολο υπηρεσιών Υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων καθώς και ένα σύνολο προληπτικών υπηρεσιών, οι *κινητές μονάδες*, οι οποίες παρέχουν ένα σύνολο νοσηλευτικής κυρίως φροντίδας σε αναπτυσσόμενες χώρες ή σε χώρες με ειδικά γεωγραφικά προβλήματα, και η *κατ' οίκον νοσηλεία*, με την οποία παρέχονται υπηρεσίες Υγείας στη κατοικία του ασθενούς.

Αναφορικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, αυτή παρέχεται από τα νοσοκομεία τα οποία κατατάσσονται τις κάτωθι κατηγορίες:

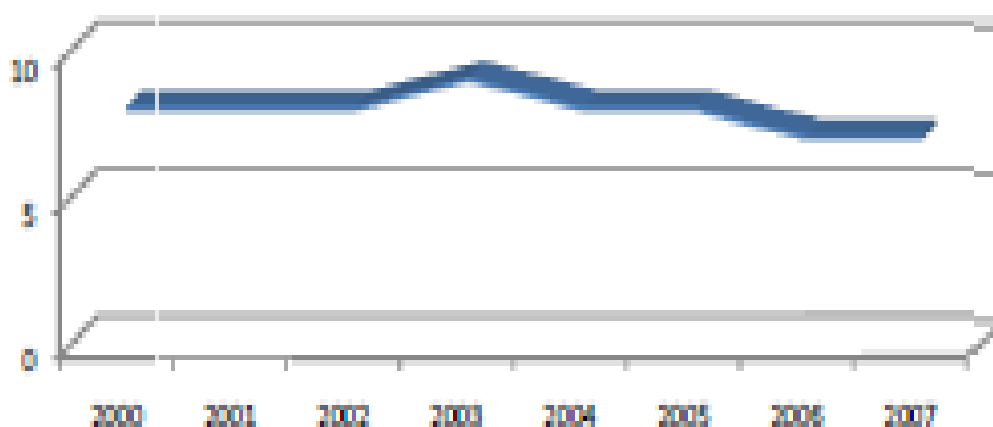
με κριτήριο το εύρος (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001) ή το σκοπό τους (Λιαρόπουλος 2007) σε:

- *Γενικά νοσοκομεία*, στα οποία υπάρχουν τμήματα των περισσότερων ιατρικών ειδικοτήτων.
- *Ειδικά νοσοκομεία*, τα οποία παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες συγκεκριμένης ειδικότητας, ενώ οι υπόλοιπες ειδικότητες διαδραματίζουν υποστηρικτικό ρόλο. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ειδικών νοσοκομείων είναι τα ψυχιατρικά και τα ορθοπαιδικά. με κριτήριο τη λειτουργία τους (Λιαρόπουλος 2007; Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001) σε:
- *Νοσοκομεία οξείας νοσηλείας*, στα οποία ο χρόνος νοσηλείας είναι μικρότερος του 1 μήνα.
- *Νοσοκομεία χρονίων παθήσεων*, στα οποία ο χρόνος νοσηλείας ξεπερνά τον 1 μήνα. με κριτήριο τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό (Λιαρόπουλος 2007) ή τη γεωγραφική περιφέρεια στην οποία αναπτύσσονται (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001) σε:
- *Τοπικά νοσοκομεία*, όπου ο αριθμός του εξυπηρετούμενου πληθυσμού δε ξεπερνά τους 50.000 κατοίκους.
- *Νομαρχιακά νοσοκομεία*, που εξυπηρετούν λιγότερους από 500.000 κατοίκους.
- *Περιφερειακά νοσοκομεία*, όπου ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός ξεπερνά τους 500.000 κατοίκους και σύμφωνα με τους Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης (2001) παρέχουν τριτοβάθμια επιπέδου υπηρεσίες Υγείας. με κριτήριο τη νομική τους μορφή (Λιαρόπουλος 2007) σε:
- *Κρατικά*, τα οποία ανήκουν στο κράτος.
- *Δημοτικά*, τα οποία ανήκουν στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ).
- *Κοινωνική*, τα οποία δεν είναι κερδοσκοπικά αλλά εξυπηρετούν το κοινωνικό συμφέρον.
- *Ιδιωτικά*, τα οποία λειτουργούν ως ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οργανισμοί και βρίσκονται υπό την ιδιοκτησία ιδιωτών. με κριτήριο τον εκπαιδευτικό τους ρόλο σε (Λιαρόπουλος 2007):
- *Αμιγώς πανεπιστημιακά νοσοκομεία*, στα οποία το σύνολο των τμημάτων παρέχουν εκπαιδευτικό έργο.
- *Νοσοκομεία που εν μέρει παρέχουν εκπαιδευτικές υπηρεσίες*. ο *Νοσοκομεία που δεν παρέχουν* καμία εκπαιδευτική υπηρεσία.

Αναφορικά με τη λειτουργία των νοσοκομείων μπορεί να αξιολογηθεί από ένα σύνολο δεικτών, που εκφράζουν το παραγόμενο προϊόν – υπηρεσίες Υγείας και παρουσιάζουν τον βαθμό αξιοποίησης των υποδομών τους. Μερικοί από τους δείκτες αυτούς είναι η πληρότητα, η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ), ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών και ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων.

Οι Εικόνες 1.2, 1.3, 1.4 και 1.5 παρουσιάζουν την εξέλιξη των δεικτών την χρονική περίοδο 2000-2007 και 2000-2010 αντίστοιχα, αναδεικνύοντας τη γενικότερη τάση στη δραστηριότητα των νοσηλευθέντων ιδρυμάτων.

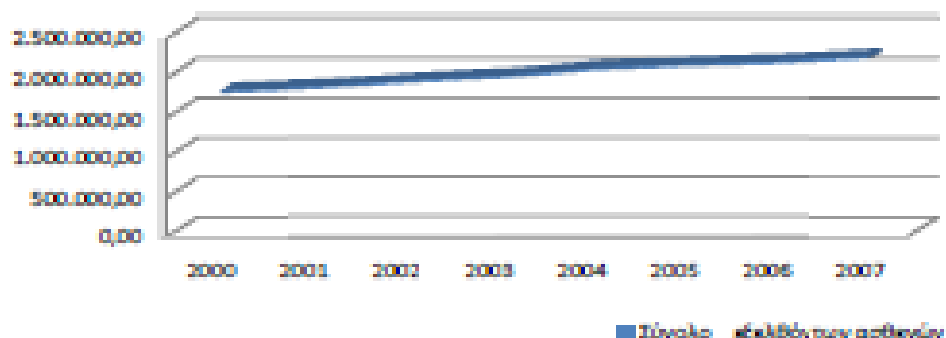
Εικόνα 1.2. Μέσος όρος ημερών νοσηλείας κατά ασθενή στην Ελλάδα 200-2007



Πηγή. ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Ειδικότερα, η μέση διάρκεια νοσηλείας στην Ελλάδα το 2007 ήταν 7 ημέρες παρουσιάζοντας μείωση σε σχέση με το 2000 (8 ημέρες). Παράλληλα, ο αριθμός εξελθόντων ασθενών αυξήθηκε διαχρονικά από 161 σε 191 ανά 1000 κατοίκους το 2007. Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας παρατηρείται σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες (OECD, 2010), ωστόσο σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται σε σχέση με την εξέλιξη του αριθμού των εξελθόντων ασθενών.

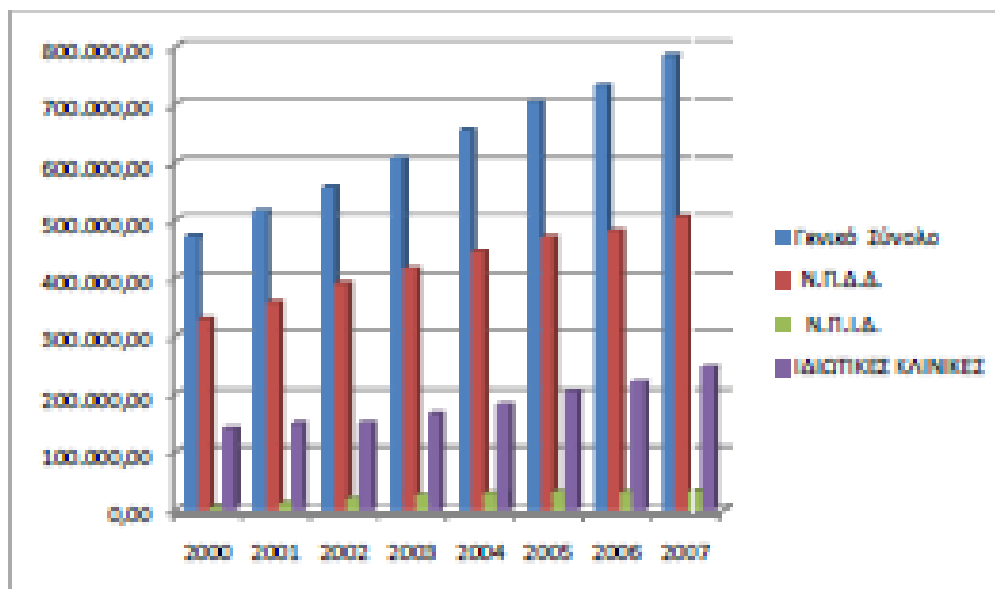
Εικόνα 1.3. Σύνολο εξελθόντων ασθενών στην Ελλάδα, 2000-2007



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Οι χειρουργικές επεμβάσεις κατά μορφή θεραπευτηρίου στην Ελλάδα μέχρι και το 2007 φανερώουν μια συνεχή αύξηση, αποκαλύπτοντας μια συνεχή αύξηση των δαπανών υγείας. Οι περισσότερες επεμβάσεις αναλογικά λαμβάνουν χώρα στα δημόσια νοσοκομεία.

Εικόνα 1.4. Χειρουργικές επεμβάσεις κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου στην Ελλάδα 2000-2007

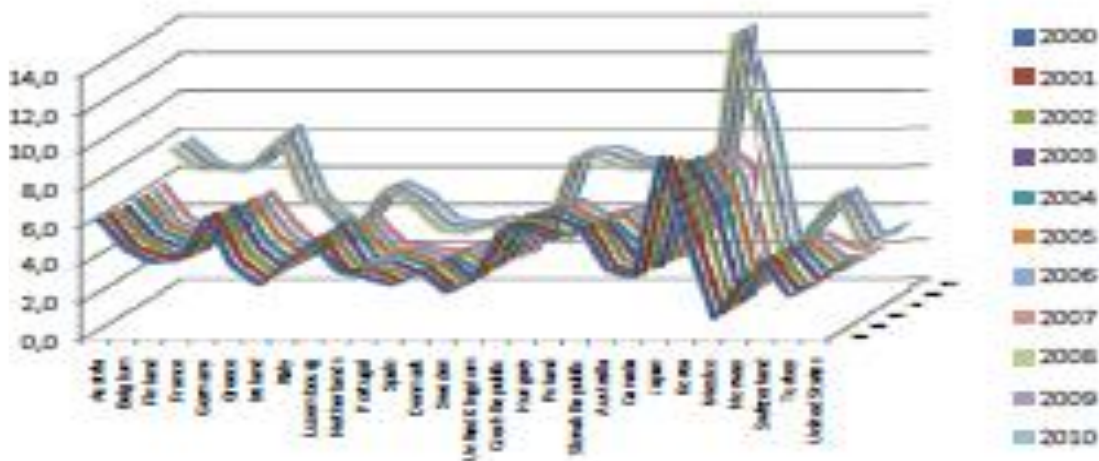


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Αναφορικά με τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών, ο οποίος αποτελεί και δείκτη των υποδομών που είναι διαθέσιμες για τη παροχή φροντίδας Υγείας σε ασθενείς που

χρήζουν νοσηλείας, σημειώνεται ότι διαχρονικά, παρατηρείται μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών σε διεθνές επίπεδο (Εικόνα 1.5.)

Εικόνα 1.5. Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους



Πηγή. OECD Health Data, 2011

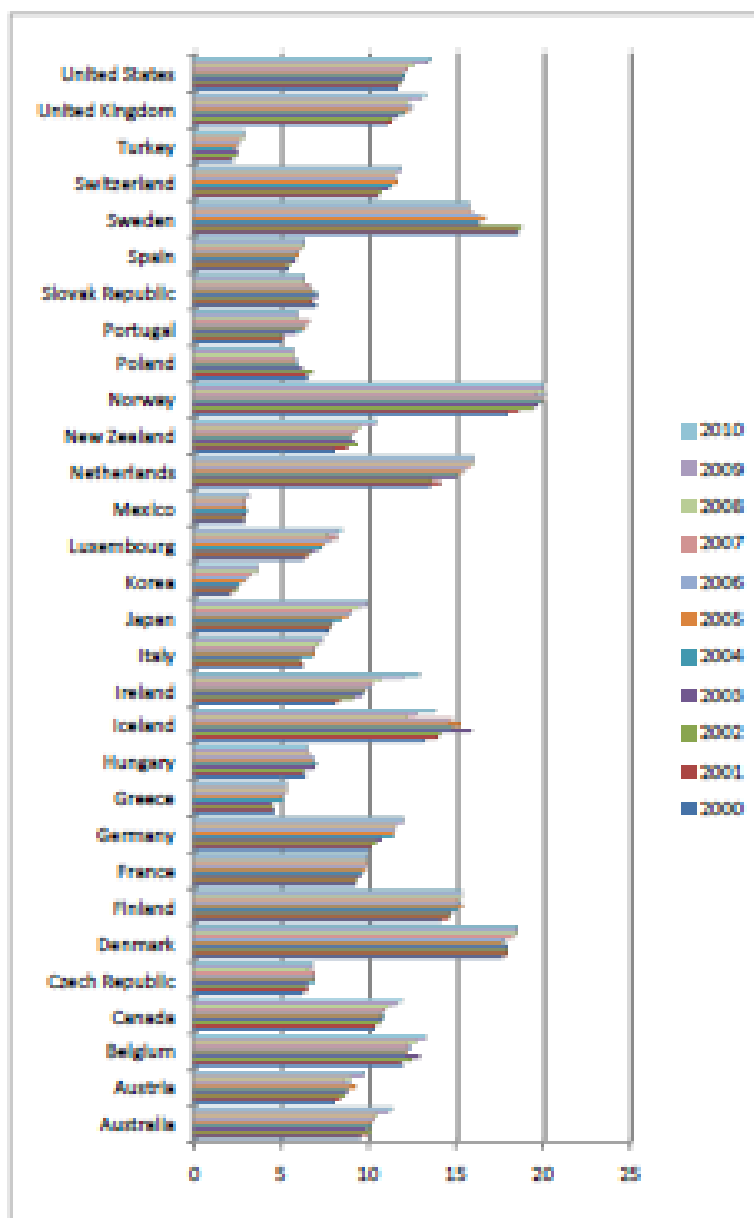
Το γεγονός αυτό οφείλεται στην πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας, καθώς η πραγματοποίηση αρκετών χειρουργικών επεμβάσεων ως χειρουργεία ημέρας και η εμφάνιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα καθιστούν λιγότερο υποχρεωτική τη νοσηλεία των ασθενών (OECD, 2011).

1.6 Το ανθρώπινο δυναμικό

Προσδιοριστικός παράγοντας της οικονομικής ανάπτυξης είναι οι «ανθρώπινοι πόροι», δηλαδή, η εργασία ή άλλως το «ανθρώπινο κεφάλαιο». Οι νέες ιατρικές και χειρουργικές διαδικασίες, καθώς επίσης και η νέα τεχνολογία, που επιτρέπει τη διάδοση της έρευνας και της πληροφορίας σε όλο και περισσότερους ανθρώπους, αυξάνουν τις απαιτήσεις στελέχωσης με Ιατρικό Προσωπικό ευρέως φάσματος ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, βιολόγους, φυσικούς, ακτινολογικούς, χημικούς, βιοχημικούς και ψυχολόγους, προσωπικό οργάνωσης πληροφορικής, τεχνικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό, φαρμακοποιούς και κοινωνικούς λειτουργούς. Έτσι, ο κλάδος της Υγείας παράγει απασχόληση, ενώ χαρακτηρίζεται από «ένταση εργασίας». Η Εικόνα 1.6 παρουσιάζει συγκριτικά την απασχόληση στους τομείς Υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, η οποία κατά μέσο όρο αντιστοιχεί στο 9,8% της συνολικής απασχόλησης στις χώρες

του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Στην Ελλάδα, ο τομέας Υγείας και πρόνοιας απασχολούσε το 2007 ποσοστό 5,3% του εργατικού δυναμικού, και συγκεκριμένα 240.854 εργαζόμενους (OECD Health Data 2011).

Εικόνα 1.6. Απασχόληση στους τομείς Υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ως % της συνολικής απασχόλησης για τα έτη 2000-2010



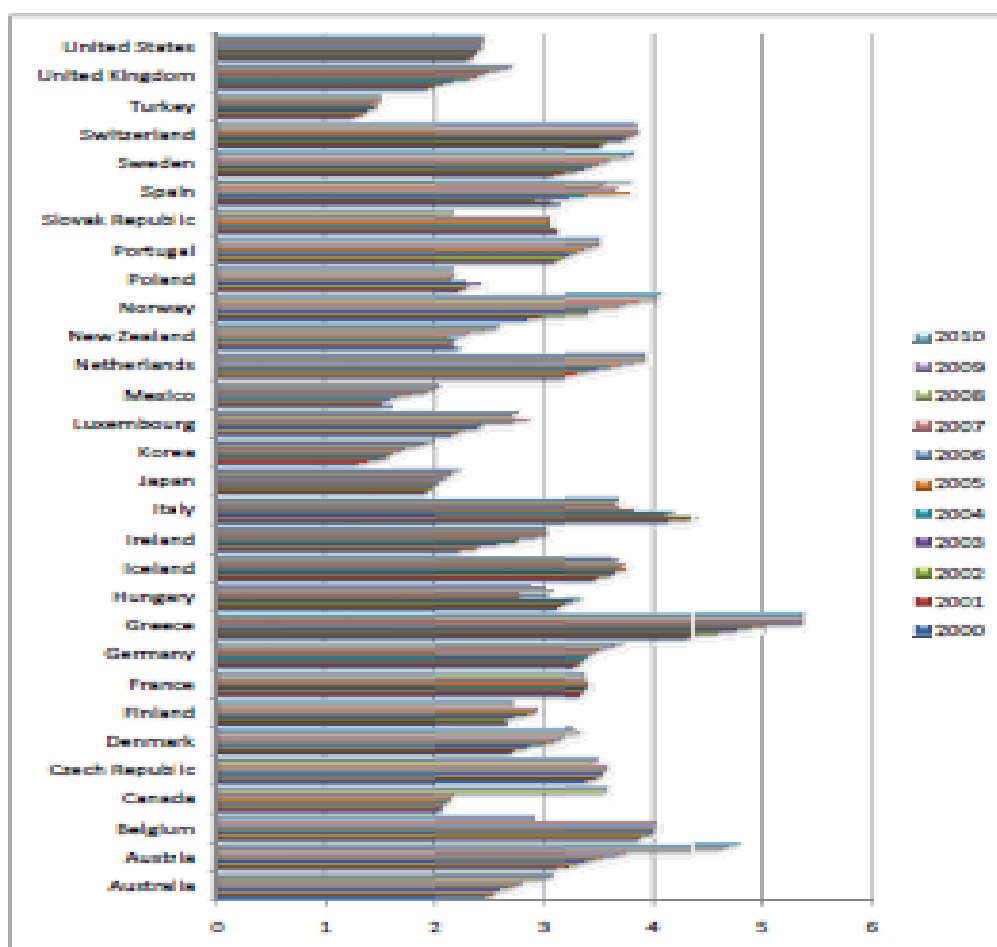
Πηγή. OECD Health Data, 2011

Ωστόσο, η πληθώρα του ιατρικού προσωπικού που αποφοιτεί από τις πανεπιστημιακές σχολές, η άνιση κατανομή του ιατρικού προσωπικού στις μονάδες Υγείας των γεωγραφικών διαμερισμάτων της Ελλάδας, η έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό και λοιπό προσωπικό χαρακτηρίζουν την υφιστάμενη κατάσταση. Η

περαιτέρω ανάλυση των διαθέσιμων στοιχείων αναδεικνύει τη συσσώρευση των παραγόντων παροχής νοσοκομειακής φροντίδας Υγείας στην ευρύτερη περιοχή της Πρωτεύουσας με αντίστοιχη ένδεια στις περιφέρειες (Καθαράκη, 2006).

Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στοιχεία του ΟΟΣΑ η Ελλάδα παρουσιάζεται τελευταία στην κατάταξη με τη μεγαλύτερη αναλογία, δηλαδή με 5,44 ιατρούς που ασκούν το επάγγελμα ανά 1000 κατοίκους το έτος 2010, όταν η Φινλανδία και η Ισπανία παρουσιάζουν αναλογία 2,9 και 3,65 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους, αντίστοιχα (Εικόνα 1.7).

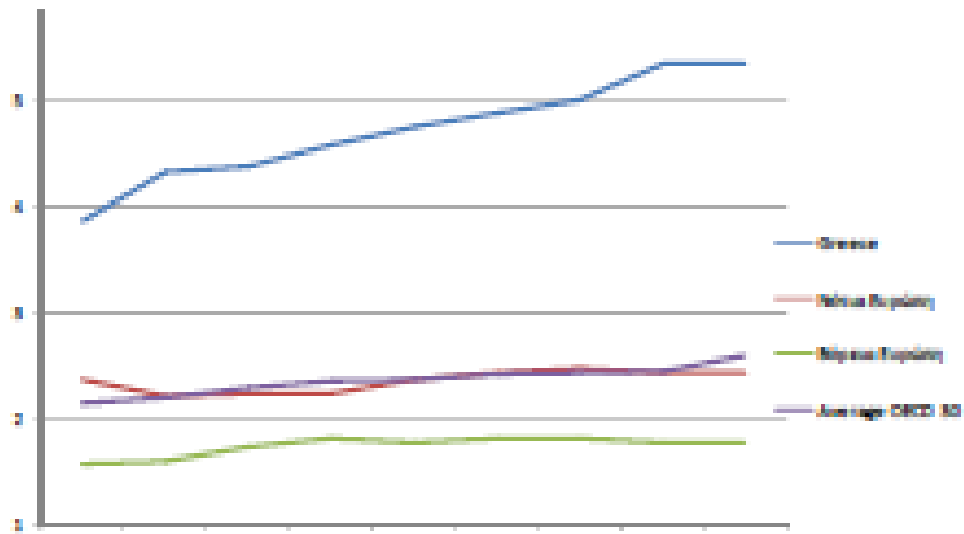
Εικόνα 1.7. Ιατροί που ασκούν το επάγγελμα ανά 1000 κατοίκους



Πηγή. OECD Health Data, 2011

Πέραν αυτών, αξίζει να σημειωθεί ότι ο ιατρικός πληθυσμός μεταβάλλεται αυξητικά στα έτη 1995-2011 σε σχέση με χώρες της Νότιας Ευρώπης, ενώ σημαντική απόκλιση εντοπίζεται από τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης (Εικόνα 1.8), ώστε στην Ελλάδα το πρόβλημα της υπερπροσφοράς είναι έντονο, μια και συνολικά οι Έλληνες γιατροί φθάνουν τους περίπου 50.000, με αναλογία περίπου ένα γιατρό προς 210 κατοίκους.

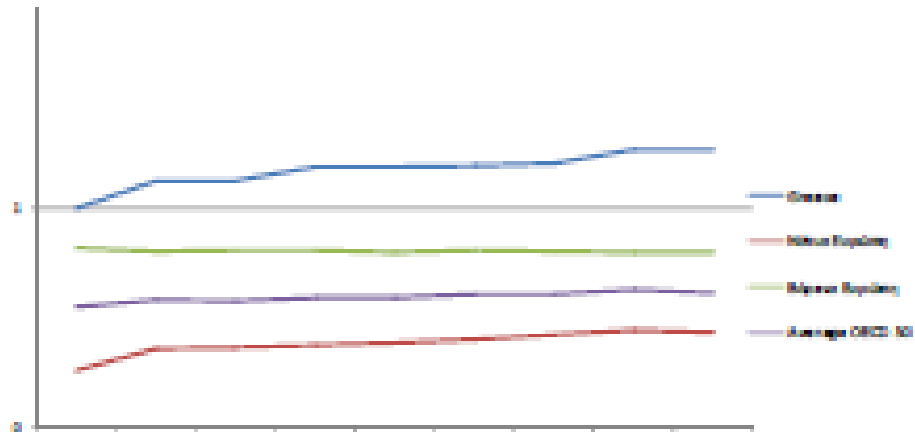
Εικόνα 1.8. Αναλογία ιατρών ανά 1000 κατοίκους Ελλάδας σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών της Νότιας και Βόρειας Ευρώπης



Πηγή. OECD Health Data, 2011

Παρά την υπερπροσφορά των ιατρών, ένας αριθμός από ειδικότητες απουσιάζουν παντελώς ή εκπροσωπούνται υποτυπωδώς στην ελληνική περιφέρεια, με αποτέλεσμα η άνιση στελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων να γίνεται ιδιαίτερως έντονη. Είναι χαρακτηριστική η εικόνα της ανεπαρκούς στελέχωσης της περιφέρειας με προσωπικό ιατρικών ειδικοτήτων, παθολόγων, χειρουργών, ογκολόγων, αναισθησιολόγων, παιδιάτρων και μαιευτήρων-γυναικολόγων (Katharaki 2008). Η υπερσυγκέντρωση του ιατρικού προσωπικού στην περιφέρεια πρωτεύουσας και στα μεγάλα αστικά κέντρα χαρακτηρίζει την υφιστάμενη κατάσταση, υποβοηθώντας έτσι τη μεγέθυνση του ιδιωτικού κλάδου Υγείας. Αντίστοιχα, η προσφορά των οδοντιάτρων ακολουθεί αύξουσα πορεία τα τελευταία χρόνια (Εικόνα 1.9), ενώ η αναλογία των οδοντιάτρων ανά 1000 κατοίκους παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών (OECD, 2011). Σε ορισμένες χώρες αναφέρεται ανεργία που οφείλεται στην ελαστικότητα ζήτησης αυτού του είδους υπηρεσιών. Σύμφωνα με Ανδριώτη (1998) ο κύριος λόγος της υπερπροσφοράς οφείλεται στις μεταβολές της νοσηρότητας στις οδοντικές ασθένειες, ώστε ο πληθυσμός που θεραπεύεται από ανάλογα προβλήματα να χρειάζεται ολοένα και λιγότερο τέτοιες υπηρεσίες.

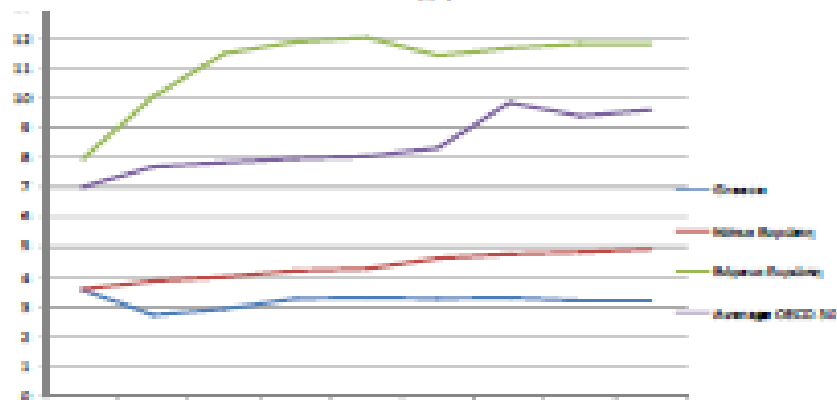
Εικόνα 1.9. Αναλογία οδοντιάτρων ανά 1000 κατοίκους Ελλάδας σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών της Νότιας και Βόρειας Ευρώπης



Πηγή. OECD Health Data, 2011

Βασικός παραγωγικός συντελεστής στον κλάδο της Υγείας είναι το νοσηλευτικό δυναμικό. Η ανεπαρκής στελέχωση νοσηλευτών όχι μόνο δυσχεραίνει κάθε προσπάθεια διαχείρισης και υλοποίησης σχεδίου αλλαγής στον χώρο της Υγείας αλλά θέτει και σε κίνδυνο τους ίδιους τους ασθενείς. Διεθνώς, άλλωστε, η διάβρωση της ποιοτικής φροντίδας Υγείας από πλευράς ασφάλειας, αποτελεσμάτων στην Υγεία του ασθενή και ικανοποίησης των προσδοκιών του, αποδίδεται άμεσα στην έλλειψη νοσηλευτών.

Εικόνα 1.10. Αναλογία ελλήνων νοσηλευτών (1000 κάτοικοι), μέσος όρος Νότιας και Βόρειας Ευρώπης

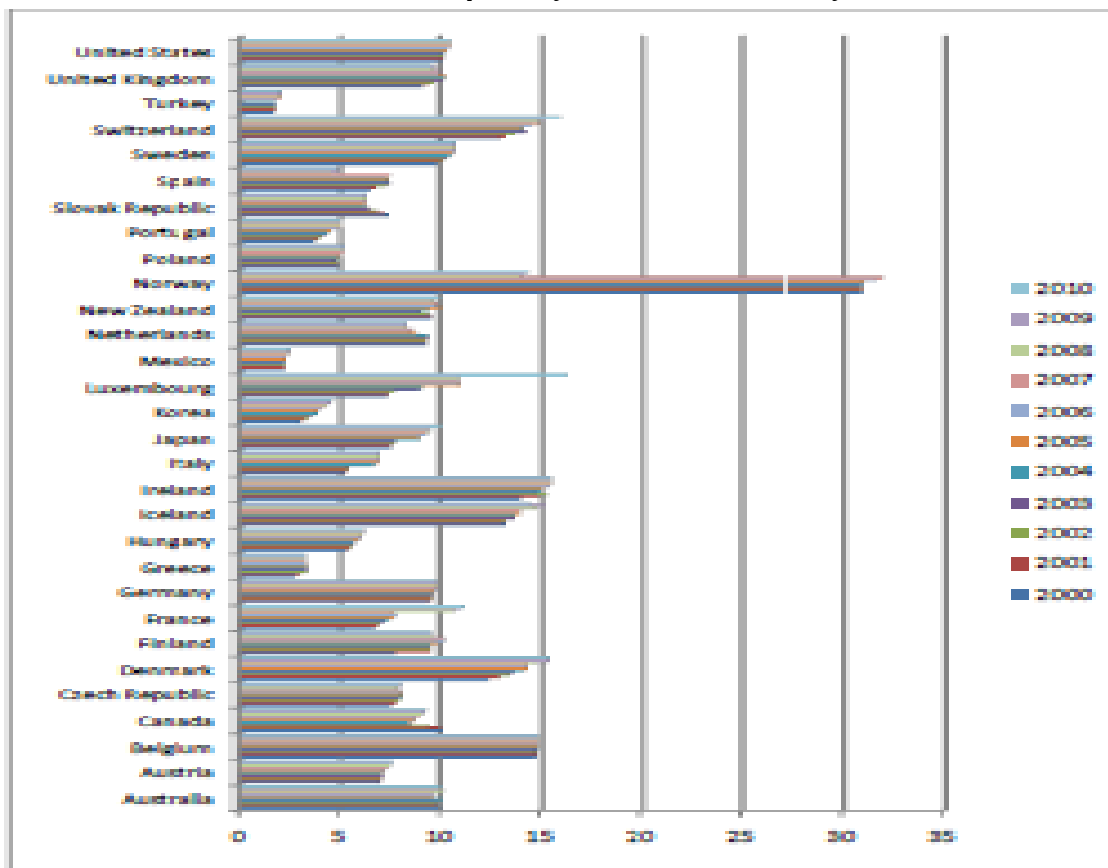


Πηγή. OECD Health Data, 2011

Σύμφωνα με την Εικόνα 1.10 και 1.11, παρουσιάζεται σημαντική απόκλιση στη διαχρονική αναλογία του νοσηλευτικού δυναμικού ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και τις χώρες της Νότιας και Βόρειας Ευρώπης. Για την Ελλάδα, η αναλογία των νοσηλευτών είναι 3,22 ανά 1000 κα οίκους

το έτος 2010 όταν ενδεικτικά στη Φινλανδία ο σχετικός δείκτης κυμαίνεται στο 10,58 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.

Εικόνα 1.11. Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους



Πηγή:OECD Health Data, 2011

Ο κλάδος της Υγείας προάγει την απασχόληση και άλλου προσωπικού, όπως φαρμακοποιούς, βιολόγους, φυσικούς/ακτινοφυσικούς, χημικούς/βιοχημικούς, ψυχολόγους, μαίες-μαιευτές, προσωπικό διοικητικής επιστήμης και προσωπικό οργάνωσης πληροφορικής. Η ύπαρξη προσωπικού οργάνωσης πληροφορικής» καθίσταται σημαντική για την ποιότητα, την οργάνωση και την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας, πολύ περισσότερο στις σύγχρονες συνθήκες εφαρμογής τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών. Η προσφορά των φαρμακοποιών ακολουθεί αύξουσα πορεία τα τελευταία χρόνια. Η αγορά εργασίας για τους φαρμακοποιούς αναφέρεται στη βιομηχανία, στους τομείς της παραγωγής και του marketing, στο δημόσιο τομέα ως υπάλληλοι του φαρμακείου του νοσοκομείου, ως ελεύθεροι επαγγελματίες.

1.7 Ανακεφαλαίωση

Συνοψίζοντας, τονίζεται ότι αφενός ο κλάδος Υγείας με την βέλτιστη παροχή υπηρεσιών Υγείας και αφετέρου οι επιχειρήσεις/οργανισμοί, υιοθετώντας πολιτικές υγιεινής και ασφάλειας στον χώρο της εργασίας, εξασφαλίζουν ποιότητα Υγείας στο ανθρώπινο δυναμικό, συμβάλλοντας έτσι στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας μέσα από την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων και την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας. Επισημαίνεται ότι οι υψηλές δαπάνες Υγείας αφ' εαυτού δεν εξασφαλίζουν την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, διότι πρέπει να συνδυάζονται και με άλλους παράγοντες όπως η εκπαίδευση του προσωπικού και οι σύγχρονες μέθοδοι διοίκησης των οργανισμών Υγείας για να επιτυγχάνεται η άριστη αξιοποίηση των διατιθέμενων παραγωγικών συντελεστών (Siskou, Kaitelidou, Parakonstantinou & Liaropoulos 2008).

2 Κεφάλαιο 2.

Διαχρονική Ανάλυση των Δαπανών Υγείας

2.1 Εισαγωγή

Οι δαπάνες Υγείας αποτελούν σημαντικό ποσοστό του ΑΕΠ (5-10%) για κάθε χώρα. Λόγω δημογραφικών, τεχνολογικών και άλλων παραγόντων ο περιορισμός του ιατρικού κόστους είναι υψηλά στην απξέντα των ασκούντων την πολιτική στον συγκεκριμένο τομέα.

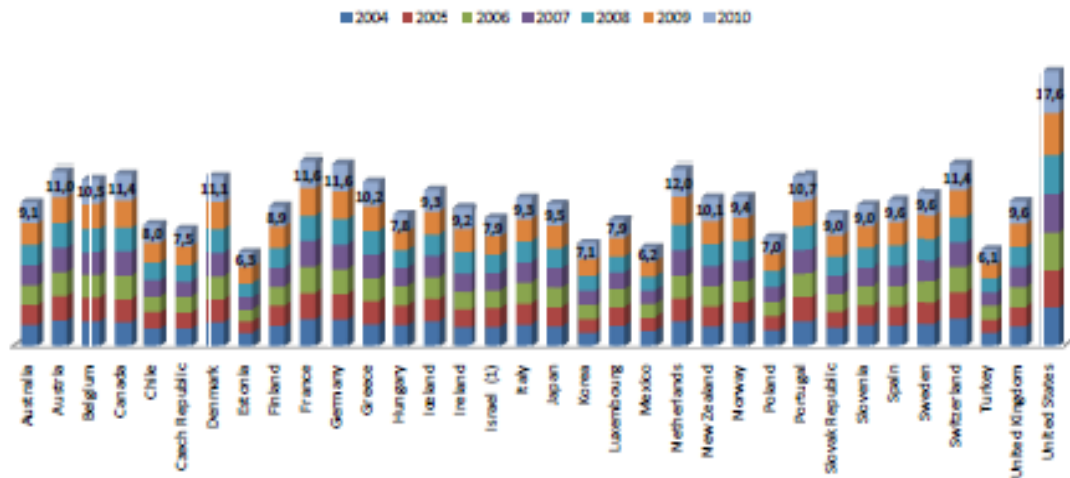
Στο παρόν κεφάλαιο πραγματοποιείται μια διαχρονική ανάλυση των δαπανών Υγείας χωρισμένη σε τρεις περιόδους, 2004-2010, 2010-2012, και 2013 μέχρι σήμερα. Ο λόγος που υιοθετείται αυτή η ταξινόμηση είναι η διαφορά στη μεθοδολογία μέτρησης των δαπανών από την ΕΛΣΤΑΤ, η οποία εξηγείται παρακάτω.

Συγκρίσεις γίνονται ανά έτος, ανά κατηγορία καθώς και με τις αντίστοιχες τιμές των Ευρωπαϊκών κρατών και των χωρών του ΟΟΣΑ.

2.2 Δαπάνη Υγείας 2004-2010

Ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης Υγείας είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ, μεταξύ του 2004 και του 2010, σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ (Εικόνα 2.1). Το 2010 οι υψηλότερες δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ (17,6%) και ακολουθούσε η Ολλανδία με ποσοστό 12% του ΑΕΠ. Για την Ελλάδα, το σύνολο των δαπανών για την Υγεία ανέρχεται σε 10,2% το 2010, μέγεθος μεγαλύτερο του αντίστοιχου διατιθέμενου από άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (π.χ. Ισπανία, Αγγλία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία, Φινλανδία). Η Εικόνα 2.2 παρουσιάζει τη διαχρονική μεταβολή των συνολικών δαπανών Υγείας ως ποσοστό ΑΕΠ μεταξύ Ελλάδας και χωρών της Νότιας (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) και Βόρειας Ευρώπης (Δανία, Σουηδία, Φινλανδία), όπου διαφαίνεται η μεγέθυνση του κλάδου. Η άνοδος των δαπανών στην Ελλάδα μετά το 1995 ακολούθησε την οικονομική ανάπτυξη που παρατηρήθηκε κατά τη δεκαετία 1995-2005. Άλλωστε, σύμφωνα με Smith (2000) ο ρυθμός ανάπτυξης μιας οικονομίας επηρεάζει επίσης τον ρυθμό με τον οποίο αυξάνονται οι δαπάνες Υγείας.

Εικόνα 2.1. Μεταβολή δαπάνης Υγείας (ως % του ΑΕΠ) στις χώρες του ΟΟΣΑ ως 2010



Πηγή: OECD Health Data, 2011

Οι δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ενώ παρουσιάζουν μια σχετική άνοδο σε σχέση με τους μέσους όρους της Βόρειας και Νότιας Ευρώπης, κάποιες χρόνιες φαίνεται να μειώνονται απότομα. Η απότομη εναλλαγή μπορεί να σχετίζεται με τις εκάστοτε πολιτικές που εφαρμόζουν οι διαφορετικές κυβερνήσεις.

Εικόνα 2.2. Συγκριτική παρουσίαση συνολικής δαπάνης Υγείας ως % του ΑΕΠ Ελλάδας σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών Νότιας και Βόρειας Ευρώπης



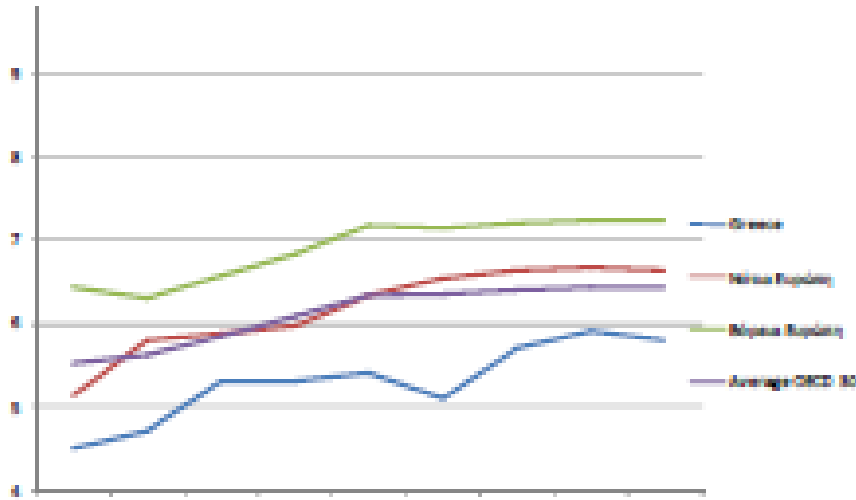
Πηγή: OECD Health Data, 2011

Σε ό,τι αφορά τις αποκλίσεις μεταξύ των χωρών, σημειώνεται ότι αντανακλούν εν μέρει τις διαφορετικές αποφάσεις πολιτικής σχετικά με το υιοθετηθέν ύψος δαπανών, τις ποικίλες δομές χρηματοδότησης και οργάνωσης των συστημάτων Υγείας, καθώς και την αξία που προσδίδεται στις επιπρόσθετες δαπάνες Υγείας έναντι άλλων αγαθών και υπηρεσιών (Καθαράκη, 2006). Επιπρόσθετα, η διαχρονική αύξηση των δαπανών Υγείας οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η πρόοδος στον τομέα της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας αλλά και η γήρανση του πληθυσμού (Sturm 2002).

Επίσης, η ανάπτυξη και διάδοση των νέων ιατρικών τεχνολογιών και των νέων φαρμάκων συνάδουν με τον επαναπροσδιορισμό της λήψης αποφάσεων αναφορικά με τους τρόπους χρηματοδότησης του νέου εξοπλισμού και της παρεχόμενης θεραπείας. Επιπρόσθετα, ο βαθμός αναγνώρισης της Υγείας ως κοινωνικού αγαθού σε κάθε κράτος καθορίζει τις επιλογές των κυβερνήσεων για την κατανομή των δαπανών Υγείας και την κοινωνική πολιτική που θα ασκηθεί. Έτσι, το ποια σημασία δίνει το κάθε κράτος στη δημόσια Υγεία, εκφράζεται από τη σχέση μεταξύ «δημοσίων δαπανών» προς τη «συνολική δαπάνη» για την Υγεία.

Συγκριτικά, μελετώντας τα μεγέθη αυτά, συνάγεται το συμπέρασμα της αυξητικής τάσης των δημοσίων δαπανών για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Στις ΗΠΑ, αυξήθηκε από 40% σε 45% από το 1990 έως το 2004 και παρότι οι ιδιωτικοί φορείς διαδραματίζουν τον κύριο ρόλο στην χρηματοδότηση του συστήματος, η δημόσια κατά κεφαλή δαπάνη εξακολουθεί να είναι υψηλότερη συγκριτικά με τις περισσότερες από τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (OECD, 2011). Ελλάδα, διαχρονικά, παρουσιάζει αυξητική τάση δημοσίων δαπανών Υγείας, ωστόσο, ως % ΑΕΠ, είναι πολύ μικρότερο του αντιστοίχου των χωρών της Νότιας, Βόρειας Ευρώπης και του μέσου όρου των χωρών ΟΟΣΑ (Εικόνα 2.3).

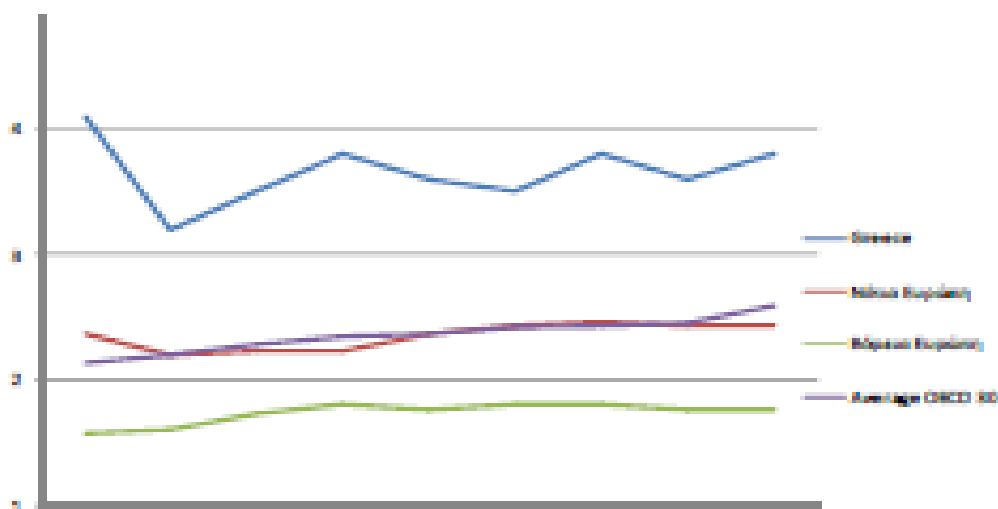
Εικόνα 2.3 Συγκριτική παρουσίαση δημόσιας δαπάνης Υγείας ως % ΑΕΠ Ελλάδας σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών Νότιας και Βόρειας Ευρώπης



Πηγή: OECD Health Data, 2011

Παρατηρούμενη μεγέθυνση του ελληνικού κλάδου Υγείας πραγματοποιήθηκε στην κατεύθυνση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών Υγείας. Το ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ήταν το 2005 το υψηλότερο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ: 57,1% έναντι 54,9% στις ΗΠΑ. Σημειώνεται ότι η ιδιωτική δαπάνη Υγείας περιλαμβάνει τις αποζημιώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης και τις άμεσες πληρωμές των χρηστών, οι οποίες επιβαρύνουν τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και αποτελούν βασική πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων Υγείας σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ. Ειδικά για την Ελλάδα, οι ιδιωτικές δαπάνες Υγείας κατέχουν σημαντική θέση στο συνολικό προϋπολογισμό (περίπου 4% του ΑΕΠ). Αναλυτικότερα, ο κλάδος των υπηρεσιών ιδιωτικής Υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, η οποία αντανακλάται στη συνεχή και δυναμική αύξηση των συνολικών δαπανών Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (9,6% το 2007), ξεπερνώντας το αντίστοιχο μερίδιο για τις χώρες του ΟΟΣΑ κατά μισή ποσοστιαία μονάδα (Εικόνα 2.4).

Εικόνα 2.4, Μεταβολή ιδιωτικής δαπάνης Υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδας σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών της Νότιας και Βόρειας Ευρώπης

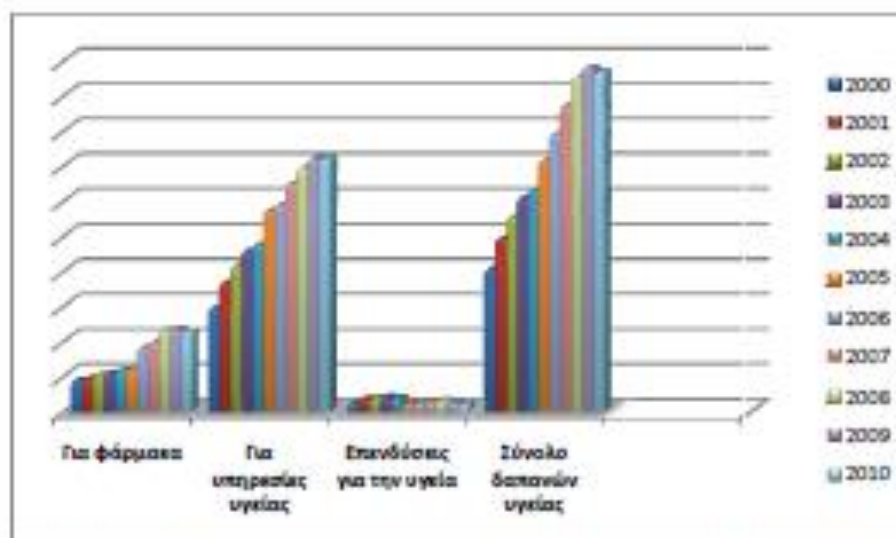


Πηγή: OECD Health Data, 2011

Παράλληλα, λόγω της ανελαστικής ζήτησης, ο ιδιωτικός κλάδος Υγείας είναι κερδοφόρος σε σχέση με άλλους κλάδους δραστηριότητας στην Ελλάδα με περιθώριο κέρδους σε επίπεδο παρόμοιο με το διεθνή μέσο όρο του κλάδου. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών μπορεί να αποδοθεί στην αλλαγή του τρόπου παρεχόμενης φροντίδας, λόγω ανάπτυξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και γενικότερα της ταχύτερης, συγκριτικά με το δημόσιο τομέα, εισαγωγής νέων τεχνολογιών στον ιδιωτικό τομέα. Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια «εκμεταλλεζόμενα» τις σημαντικές υστερήσεις του δημοσίου τομέα στην χρήση νέων τεχνολογιών, ισχυροποιούν το επιχείρημα περί υψηλής ποιότητας προσελκύνοντας πελάτες – ασθενείς (Καθαράκη, 2006).

Σε ότι αφορά τον ελληνικό κλάδο Υγείας, η Εικόνα 2.5 παρουσιάζει την εξέλιξη των δαπανών την χρονική περίοδο 2000-2010. Από τα στοιχεία αναδεικνύεται η αύξουσα τάση των δαπανών του φαρμάκου, καθώς και η μελέτη στις επενδύσεις Υγείας.

Εικόνα 2.5. Δαπάνες για την Υγεία την χρονική περίοδο 2000-2010



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

2.3 Δαπάνη Υγείας 2009-2012

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) δημοσιοποιεί με τη συνεργασία του Πανεπιστημίου Αθηνών στατιστικά στοιχεία για τις Δαπάνες Υγείας σε εθνικό επίπεδο, με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Στόχος του ΣΛΥ είναι ο προσδιορισμός του συνόλου της υγειονομικής δαπάνης, η οποία είναι απαραίτητη πληροφορία για την άσκηση αποτελεσματικής δημόσιας πολιτικής στον τομέα της Υγείας. Η κατάρτιση του ΣΛΥ επιτρέπει την παροχή αξιόπιστων στοιχείων προς τους Διεθνείς Οργανισμούς και ιδιαίτερα προς τη Eurostat, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο τομέας της Υγείας απορροφά περίπου το 10% του ΑΕΠ στην Ευρωζώνη.

Η ΕΛΣΤΑΤ δημοσιεύει τα στοιχεία ΣΛΥ σε ετήσια βάση, εντός του πρώτου τριμήνου του μεθεπόμενου έτους από το έτος αναφοράς των στοιχείων, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα δημοσιεύσεων του ΟΟΣΑ και της Eurostat.¹ Το ΣΛΥ βασίζεται σε μεθοδολογία που αναπτύχθηκε από κοινού από τον ΟΟΣΑ, τη Eurostat και τον

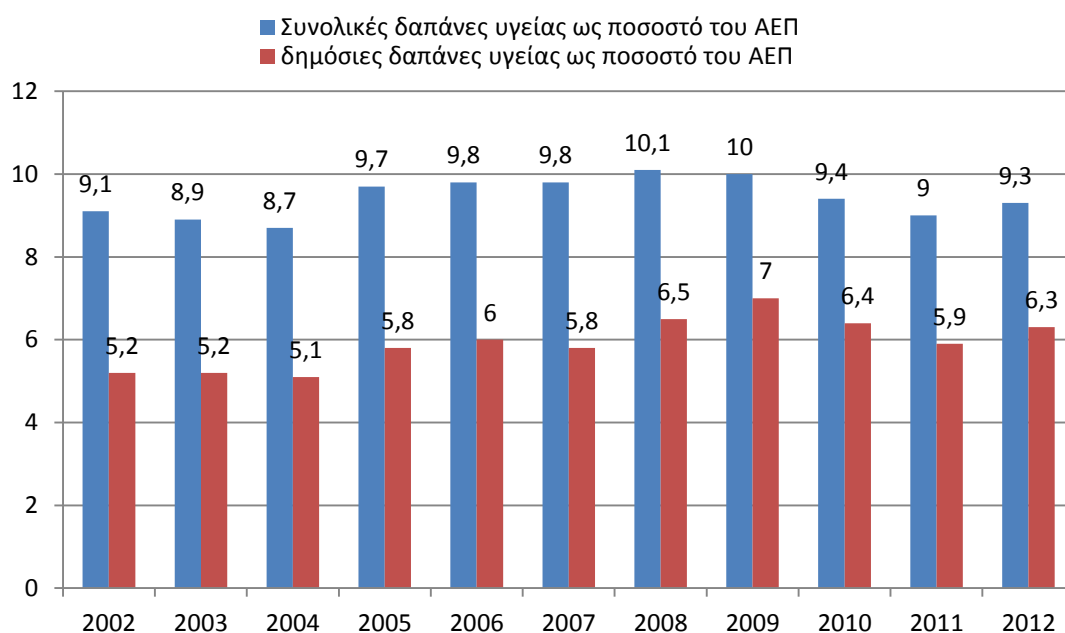
Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), στοχεύοντας στη διεθνή συγκρισιμότητα μεταξύ ομοειδών μεγεθών που αφορούν τις δαπάνες Υγείας. Το ΣΛΥ είναι το σύστημα που προσδιορίζει την οικονομική επιβάρυνση του κάθε χρηματοδοτικού φορέα και την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή Υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα.

Το ΣΛΥ δομείται στους εξής τρεις άξονες:

- Τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (πλευρά της ζήτησης)

- Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή Υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (πλευρά της προσφοράς)
- Τη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας (πλευρά της κατανάλωσης)

Συγκεκριμένα, η ΕΛΣΤΑΤ δημοσιοποιεί στατιστικά στοιχεία του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) για τα έτη 2009 έως 2012. Στο διάγραμμα 2.1 παρουσιάζεται η διαχρονική πορεία τόσο των συνολικών όσο και των δημόσιων δαπανών Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά τα έτη 2002-2012. Ισχυρές αυξητικές τάσεις παρατηρούνται κατά τη πενταετία 2005-2008. Από το έτος 2009 και μετά που σηματοδοτείται η αρχή της οικονομικής κρίσης στη χώρα παρατηρείται σχετική μείωση έως και 1 ποσοστιαία μονάδα του ΑΕΠ.



Πηγή. OECD, 2013

Διάγραμμα 2-1. Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (πλευρά της ζήτησης), η κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή Υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (πλευρά προσφοράς) και η χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας (πλευρά κατανάλωσης) καταγράφεται από το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) της ΕΛΣΤΑΤ (2014). Το σύστημα αυτό βασίζεται σε μεθοδολογία η οποία αναπτύχθηκε από κοινού με τον

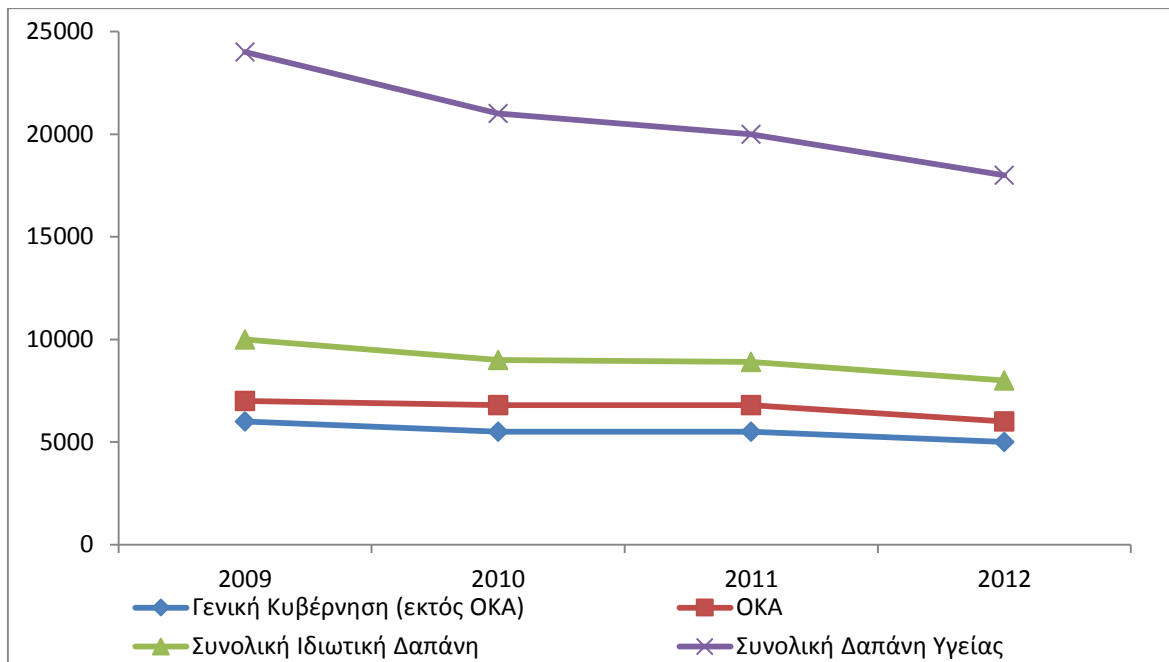
ΟΟΣΑ, τη Eurostat, και το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), και δίνει τη δυνατότητα συγκρισιμότητας μεταξύ ομοειδών μεγεθών που αφορούν τις δαπάνες Υγείας.

Η συνολική δαπάνη Υγείας ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) διαμορφώθηκε σε 10.03%, 9.34%, 9.67% και 9.16% του ΑΕΠ για τα έτη 2009, 2010, 2011 και 2012 αντίστοιχα. Στον πίνακα 2.1 και στα διαγράμματα 2.1 και 2.2, παρουσιάζεται η συνολική υγειονομική δαπάνη ανά χρηματοδοτικό φορέα (Γενική Κυβέρνηση εκτός Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ)), Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, και λοιπές δαπάνες (από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), Εκκλησία, κλπ). Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες Υγείας σημείωσαν μείωση κατά 2.0% το έτος 2011 έναντι του 2010 και κατά 12.6% το 2012 σε σχέση με τις δαπάνες του έτους 2011. Η συνολική ιδιωτική δαπάνη το 2011 παρουσίασε μείωση κατά 4.4% έναντι του έτους 2010 και μείωση κατά 11.4% το έτος 2012 ως προς το έτος 2011.

Πίνακας 2-1. Συνολική τρέχουσα δαπάνη Υγείας, (εκ. ευρώ)

	2009	2010	2011	2012
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.270,9	5.548,1	5.672,7	5.076,6
(% της συνολικής)	27,0%	26,7%	28,1%	28,7%
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.835,5	8.498,9	8.088,7	6.956,8
(% της συνολικής)	42,4%	41,0%	40,1%	39,3%
Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+ (2)	16.106,4	14.047,0	13.761,4	12.033,4
(% της συνολικής)	69,5%	67,7%	68,3%	68,0%
Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+ (4)	7.027,1	6.632,7	6.342,9	5.621,6
(% της συνολικής)	30,3%	32,0%	31,5%	31,7%
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7
(% της συνολικής)	1,9%	2,6%	2,7%	3,0%
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6.593,3	6.096,1	5.808,7	5.095,9
(% της συνολικής)	28,4%	29,4%	28,8%	28,8%
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)	52,6	73,2	52,4	53,5
(% της συνολικής)	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%
Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)	23.186,1	20.752,9	20.156,7	17.708,5

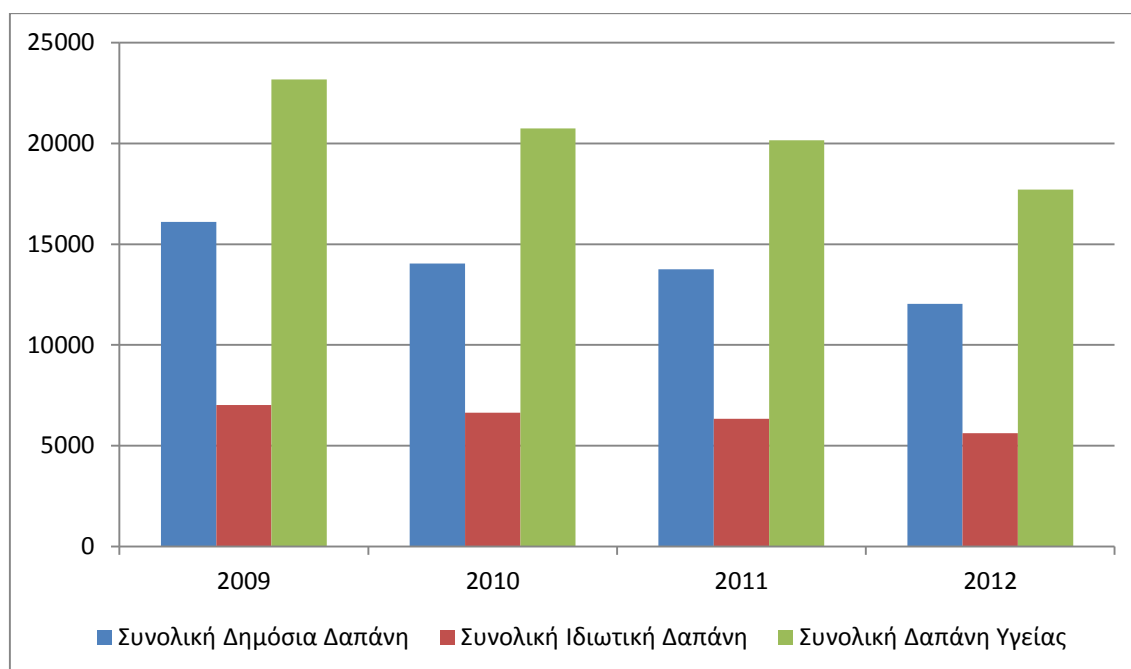
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

Διάγραμμα2-2. Σύνολο Δαπάνης Υγείας (%)

Στον πίνακα 2-1 και στο διάγραμμα 2-2 παρουσιάζεται το ποσοστό συμμετοχής κάθε φορέα στη συνολική δαπάνη Υγείας. Ως προς τη συμβολή του δημόσιου τομέα στη συνολική δαπάνη, παρατηρείται μείωση από 69,5% το έτος 2009 σε 68,0% το έτος 2012. Τα στοιχεία δαπανών Υγείας παρουσιάζονται σύμφωνα με τη δομή των πινάκων του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

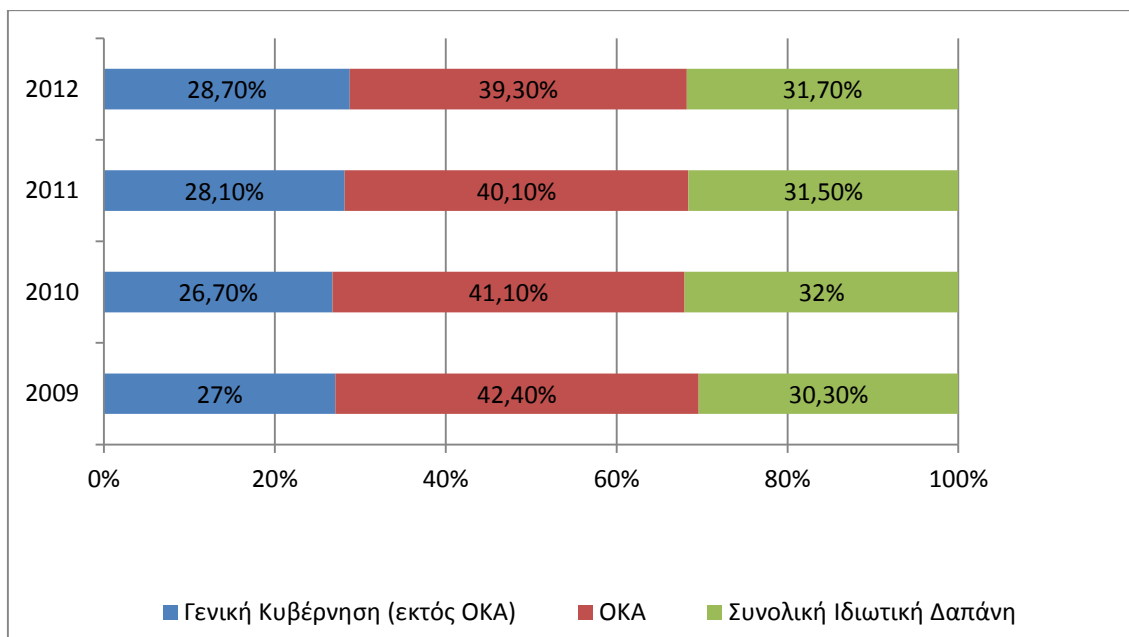
Διάγραμμα 2-3. Συνολική Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης

Η χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας παρουσιάζεται στον Πίνακα 2-2 και στα Διαγράμματα 2.4 και 2.5. Εμφανίζεται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, λοιπές δαπάνες (ΜΚΟ, Εκκλησία, κλπ)) προς τους προμηθευτές υπηρεσιών Υγείας (νοσοκομεία, ιατρούς, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα, κλπ).

Πίνακας 2-2. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα.

	2009	2010	2011	2012
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.270,9	5.548,1	5.672,7	5.076,6
(% της συνολικής)	27,0%	26,7%	28,1%	28,7%
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.835,5	8.498,9	8.088,7	6.956,8
(% της συνολικής)	42,4%	41,0%	40,1%	39,3%
Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+ (2)	16.106,4	14.047,0	13.761,4	12.033,4
(% της συνολικής)	69,5%	67,7%	68,3%	68,0%
Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+ (4)	7.027,1	6.632,7	6.342,9	5.621,6
(% της συνολικής)	30,3%	32,0%	31,5%	31,7%
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7
(% της συνολικής)	1,9%	2,6%	2,7%	3,0%
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6.593,3	6.096,1	5.808,7	5.095,9
(% της συνολικής)	28,4%	29,4%	28,8%	28,8%
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)	52,6	73,2	52,4	53,5
(% της συνολικής)	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%
Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)	23.186,1	20.752,9	20.156,7	17.708,5

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

Διάγραμμα 2-4. Σύνολο Δαπάνης Υγείας (%)

Ο Πίνακας 2-3 παρουσιάζει τη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας. Όλοι οι φορείς παρουσιάζουν μείωση διαχρονικά των δαπανών για την Υγεία.

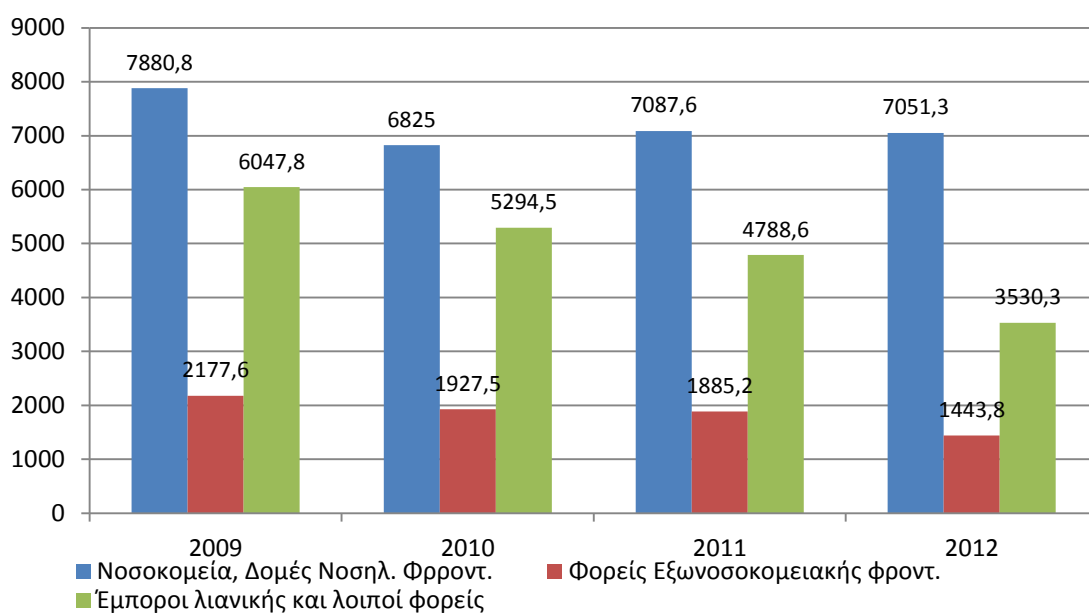
Πίνακας 2-3. Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας (εκ. ευρώ)

	2009	10/09 %	2010	11/10 %	2011	12/11%	2012
1. Τρέχουσα δαπάνη Υγείας	23.186,0	-10,5%	20.752,9	-2,9%	20.156,7	-12,1%	17.708,5
2. Τρέχουσα δημόσια δαπάνη	16.106,3	-12,8%	14.047,0	-2,0%	13.761,4	-12,6%	12.033,3
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντ.	7.880,8	-13,4%	6.825,0	3,8%	7.087,6	-0,5%	7.051,3
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντ.	2.177,6	-11,5%	1.927,5	-2,2%	1.885,2	-23,4%	1.443,8
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	6.047,8	-12,5%	5.294,5	-9,6%	4.788,6	-26,1%	3.538,3
2Α. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)	6.270,9	-11,5%	5.548,1	2,2%	5.672,7	-10,5%	5.076,6
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντ.	5.502,4	-12,4%	4.820,4	4,2%	5.021,0	-10,3%	4.504,9
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντ.	594,3	-2,4%	580,4	-12,8%	506,3	-3,7%	487,8
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	174,2	-15,4%	147,3	-1,3%	145,4	-42,3%	83,9
2Β. ΟΚΑ	9.835,5	-13,6%	8.498,9	-4,8%	8.088,7	-14,0%	6.956,8
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντ.	2.378,5	-15,7%	2.004,6	3,1%	2.066,6	23,2%	2.546,4
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντ.	1.583,3	-14,9%	1.347,1	2,4%	1.378,9	-30,7%	956,0
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	5.873,7	-12,4%	5.147,2	-9,8%	4.643,2	-25,6%	3.454,4
3. Ιδιωτικός τομέας	7.027,2	-5,6%	6.632,7	-4,4%	6.342,9	-11,4%	5.621,5
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντ.	1.477,1	8,1%	1.597,1	6,2%	1.696,4	4,0%	1.764,8
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντ.	3.968,6	-14,5%	3.392,3	-11,5%	3.001,8	-28,8%	2.138,2
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	1.581,4	3,9%	1.643,3	0,1%	1.644,7	4,5%	1.718,5
3Α. Ιδιωτική ασφάλιση	433,8	23,7%	536,6	-0,4%	534,2	-1,6%	525,7
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντ.	310,7	22,4%	380,3	-0,2%	379,6	-0,6%	377,2
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντ.	43,0	28,8%	55,4	-3,8%	53,3	-4,6%	50,8
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	80,1	25,9%	100,9	0,4%	101,3	-3,7%	97,6

3B.Πληρωμές ιδιωτών	6.593,3	-7,5%	6.096,1	-4,7%	5.808,7	-12,3%	5.095,9
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλ. φροντ.	1.166,4	4,3%	1.216,8	8,2%	1.316,8	5,4%	1.387,6
Φορείς εξωνοσοκομειακήςφροντ.	3.925,6	-15,0%	3.336,9	-11,6%	2.948,5	-29,2%	2.087,4
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	1.501,3	2,7%	1.542,4	0,1%	1.543,4	5,0%	1.620,9
4.Λοιπές δαπάνες	52,6	0,4	73,2	-28,4%	52,4	2,4%	53,7

Πηγή. ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

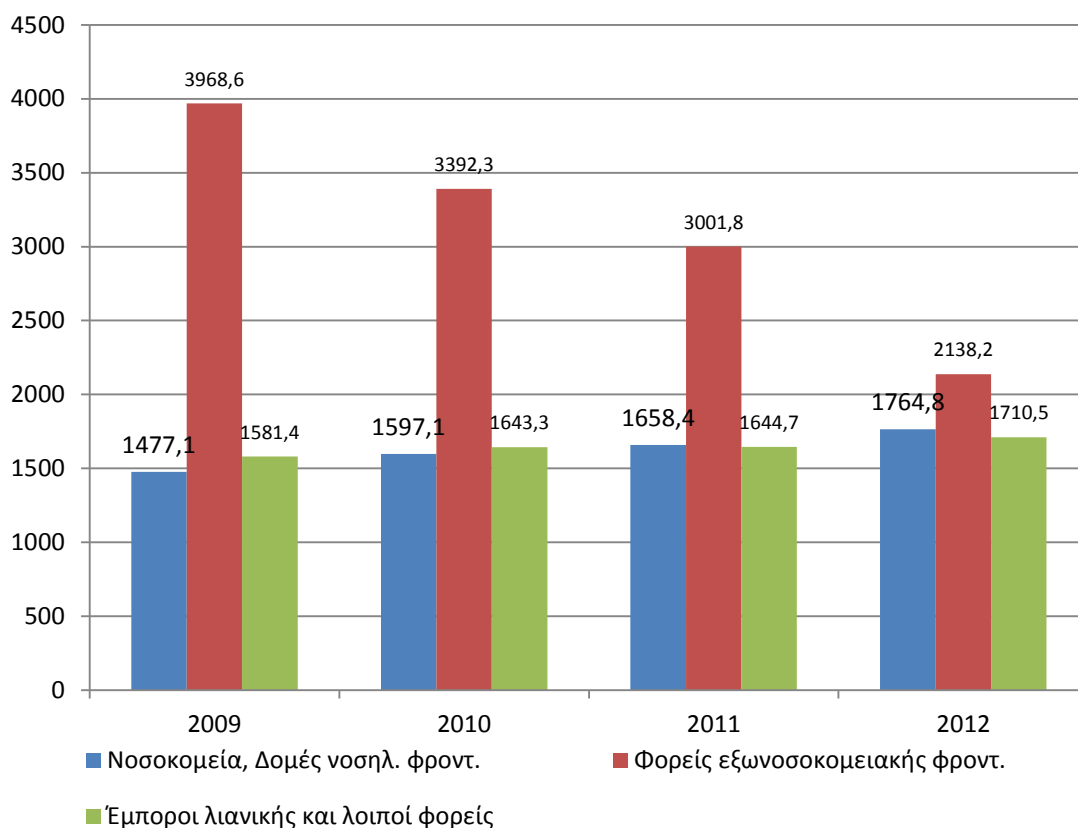
Το Διάγραμμα 2-5 παρουσιάζει την κατανομή των δημοσίων δαπανών ανά έτος. Τις υψηλότερες δαπάνες τις έχουν τα νοσοκομεία, ενώ τις χαμηλότερες οι φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας.



Πηγή. ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

Διάγραμμα 2-5. Κατανομή Δημοσίων Δαπανών Υγείας κατά έτος

Αντίθετα, η κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας, φαίνεται να προσανατολίζεται τα από το 2009 έως το 2012 στους φορείς εξωσυννοκομειακής φροντίδας. Προκύπτει ωστόσο από το Διάγραμμα 2-6 ότι αυτές οι δαπάνες μειώνονται από το 2009 και ύστερα υποδηλώνοντας τις μειώσεις που έχουν προέλθει από την κρίση.



πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

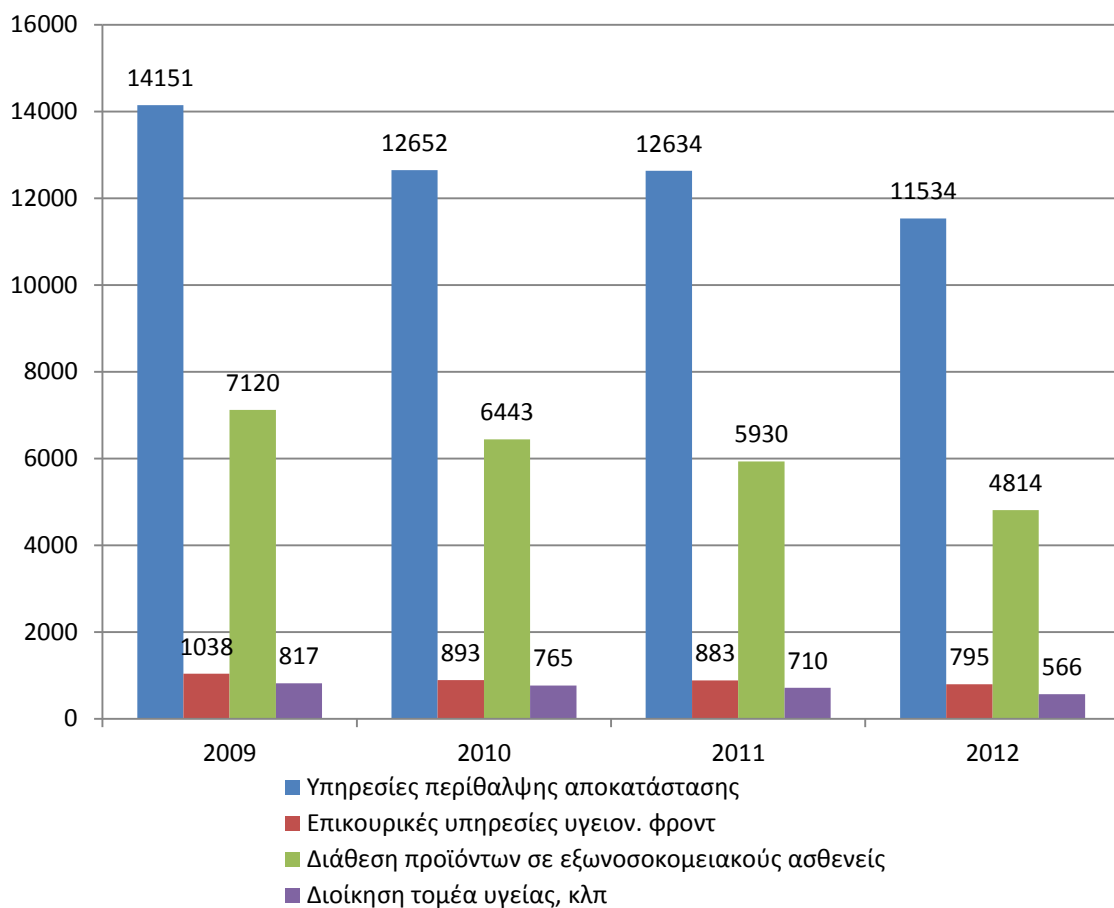
Διάγραμμα 2-6. Κατανομή Δαπανών Υγείας Ιδιωτικού Τομέα κατά έτος

Τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (Πίνακας 2-4 και Διάγραμμα 2.7). Εμφανίζεται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ, ΟΚΑ, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και λοιπές δαπάνες (ΜΚΟ, Εκκλησία, κλπ)) ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα, φαρμακευτικά και υγειονομικά προϊόντα, κλπ.).

Πίνακας 2-4 Χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα

	2009	10/09 %	2010	11/10 %	2011	12/11 %	2012
1. Τρέχουσα δαπάνη Υγείας σε:	23.186,	-10,5%	20.752,9	-2,9%	20.156,7	-12,1%	17.708,5
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	14.150,6	-10,6%	12.652,3	-0,1%	12.634,0	-8,8%	11.517,0
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	1.098,1	-18,7%	893,1	-1,1%	882,9	-7,8%	814,0
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	7.120,5	-9,5%	6.442,7	-8,0%	5.930,0	-18,8%	4.815,3
Διοίκηση τομέα Υγείας, κλπ	817,0	-6,4%	764,8	-7,2%	709,8	-20,8%	562,3
2. Τρέχουσα δημόσια δαπάνη	16.106,4	16.106,4,8%	16.106,4,8%	16.006,9,8%	16.006,9,8%	16.006,9,8%	14.906,9,8%
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	9.123,6	-12,0%	8.024,8	2,4%	8.217,3	-4,3%	7.864,0
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	664,1	-23,2%	510,4	6,6%	544,2	-7,6%	502,8
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	5.619,2	-12,8%	4.900,3	-10,5%	4.386,6	-27,2%	3.194,4
Διοίκηση τομέα Υγείας, κλπ	699,5	-12,6%	611,4	0,3%	613,4	-23,0%	472,3
2Α. Χρηματοδότηση από την							
Κεντρική Διοίκηση	6.270,9	-11,5%	5.548,1	2,2%	5.672,7	-10,5%	5.076,6
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	5.842,7	-11,8%	5.153,4	2,9%	5.300,9	-9,5%	4.796,3
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	49,6	-6,9%	46,2	-1,2%	45,6	-17,9%	37,5
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	22,1	-7,6%	20,4	-11,6%	18,1	-43,1%	10,3
Διοίκηση τομέα Υγείας, κλπ	356,5	-8,0%	328,1	-6,1%	308,1	-24,5%	232,6
2Β. Χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ	9.835,5	-13,6%	8.498,9	-4,8%	8.088,7	-14,0%	6.956,8
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	3.280,9	-12,5%	2.871,5	1,6%	2.916,4	5,2%	3.067,7
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	614,5	-24,5%	464,2	7,4%	498,5	-6,7%	465,3
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	5.597,1	-12,8%	4.879,9	-10,5%	4.368,5	-27,1%	3.184,1
Διοίκηση τομέα Υγείας, κλπ	343,0	-17,4%	283,3	7,7%	305,3	-21,5%	239,7
3. Ιδιωτικός τομέας	7.027,1	-5,6%	6.632,6	-4,4%	6.342,9	-11,4%	5.621,5
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	5.016,5	-8,0%	4.614,5	-5,3%	4.368,0	-17,6%	3.599,4
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	434,0	-11,8%	382,7	-11,5%	338,7	-8,1%	311,2
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	1.501,3	2,7%	1.542,4	0,1%	1.543,5	5,0%	1.620,9
Διοίκηση τομέα Υγείας, κλπ	75,3	23,6%	93,0	-0,4%	92,7	-2,9%	90,0
3Α. Χρηματοδότηση από την Ιδιωτική Ασφάλιση	433,8	23,7%	536,6	-0,4%	534,2	-1,6%	525,7
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	358,5	23,7%	443,5	-0,5%	441,5	-1,3%	435,7
Διοίκηση τομέα Υγείας, κλπ	75,3	23,6%	93,0	-0,4%	92,7	-2,9%	90,0
3Β. Χρηματοδότηση μέσω πληρωμών νοικοκυριών	6.593,3	-7,5%	6.096,1	-4,7%	5.808,7	-12,3%	5.095,9
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	4.658,0	-10,5%	4.171,0	-5,9%	3.926,5	-19,4%	3.163,8
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	434,0	-11,8%	382,7	-11,5%	338,7	-8,1%	311,2
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	1.501,3	2,7%	1.542,4	0,1%	1.543,5	5,0%	1.620,9
4. Χρηματοδότηση από λοιπούς φορείς	52,6	39,3%	73,3	-28,4%	52,4	2,2%	53,6
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	10,4	24,5%	13,0	275,7%	48,7	10,0%	53,6
Διοίκηση τομέα Υγείας, κλπ	42,2	43,0%	60,3	-93,9%	3,7	-100,0%	0,0

πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

Διάγραμμα 2-7. Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας

Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή Υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (Πίνακας 2.5). Εμφανίζεται η κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή Υγείας (νοσοκομεία, ιατροί, διαγνωστικά κέντρα κλπ) και ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα κλπ).

Πίνακας 2-0-5. Κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή Υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα(σε εκατ.ευρώ)

	2009	10/09 %	2010	11/10 %	2011	12/11%	2012
Σύνολο προμηθευτών υγείας	23.186,1	-0,10	20.752,9	-0,03	20.156,7	-0,12	17.708,5
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	14.150,7	-0,11	12.652,2	0,00	12.634,0	-0,09	11.533,8
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	1.098,1	-0,19	893,1	-0,01	882,9	-0,10	794,8
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	7.120,5	-0,10	6.442,8	-0,08	5.930,0	-0,19	4.814,1
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ	816,8	-0,06	764,8	-0,07	709,8	-0,20	565,8
Νοσοκομεία	9.247,0	-0,10	8.288,4	0,05	8.662,7	0,01	8.748,5
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/ση	9.157,2	-0,10	8.253,4	0,04	8.611,0	0,02	8.743,5
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	14,7	-0,22	11,5	0,13	12,9	-0,61	5,0
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	75,0	-0,69	23,4	0,66	38,8	-1,00	0,0
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ	0,1	1,00	0,2	-0,75	0,1	-0,16	0,0
Δομές νοσηλευτικής φροντίδας	118,6	0,21	143,6	-0,08	131,9	-0,38	82,0
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	118,6	0,21	143,6	-0,08	131,9	-0,38	82,0
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντίδας	6.152,9	-0,13	5.326,5	-0,07	4.928,7	-0,27	3.621,4
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	4.870,2	-0,13	4.247,4	-0,09	3.882,6	-0,30	2.700,7
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	1.055,7	-0,19	855,3	-0,01	846,4	-0,11	753,0
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ	227,0	-0,01	223,8	-0,11	199,8	-0,16	167,8
Έμποροι λιανικής	7.043,2	-0,09	6.416,9	-0,08	5.888,8	-0,18	4.814,1
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	7.043,2	-0,09	6.416,9	-0,08	5.888,8	-0,18	4.814,1
Διοίκηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας	71,1	0,03	73,5	-0,05	70,0	-0,46	37,7
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ	71,1	0,03	73,5	-0,05	70,0	-0,46	37,7
Φορείς διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιποί φορείς	553,4	-0,09	504,0	-0,06	474,5	-0,15	404,8
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης	4,7	0,64	7,8	0,10	8,5	-0,10	7,7
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	27,7	-0,05	26,3	-0,11	23,5	0,56	36,8
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς	2,3	0,11	2,6	-0,04	2,5	-1,00	0,0
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ	518,6	-0,10	467,3	-0,06	440,0	-0,18	360,3

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

2.4 Δαπάνη Υγείας 2013-2015

Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας αυξήθηκε από 29,7% στην αρχή της κρίσης σε 39% το 2014. Το κράτος αποσύρεται σταδιακά (και) από τη χρηματοδότηση του τομέα της Υγείας. Την περίοδο 2010 – 2014, καταγράφηκε μείωση της δημόσιας δαπάνης για την περίθαλψη κατά 43,6% ή κατά 6,8 δισ. ευρώ.

Μεγάλο μέρος της μείωσης αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη, την οποία επωμίζονται όλο και περισσότερο τα νοικοκυριά. Τα παραπάνω προκύπτουν, μεταξύ άλλων, σύμφωνα με την έκθεση της Τράπεζας της Ελλάδος για τη Νομισματική Πολιτική 2015 – 2016.

Από την έκθεση προκύπτει ότι η δημόσια και ιδιωτική δαπάνη Υγείας διαμορφώθηκε σε 8,3% του ΑΕΠ το 2014, έναντι 9,8% του ΑΕΠ το 2010. Η δημόσια δαπάνη αποτελούσε το 59,7% της συνολικής δαπάνης Υγείας το 2014, έναντι 70% το 2010. Οι δημόσιες δαπάνες στον τομέα της Υγείας διαμορφώθηκαν σε 15,6 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014, δηλαδή περιορίστηκαν κατά 43,6% ή περίπου κατά 6,8 δισ. ευρώ σε σχέση με το 2010.

Σημαντικό μέρος της εξοικονόμησης πόρων αφορά τη δημόσια δαπάνη για φαρμακευτική περίθαλψη, η οποία περιορίστηκε κατά 54,2% (και διαμορφώθηκε σε περίπου 2,6 δισ. ευρώ το 2014), καθώς και τη δημόσια δαπάνη για υπηρεσίες περίθαλψης (νοσοκομεία, ιατρούς και αποκατάσταση), η οποία περιορίστηκε κατά 40,9% (σε περίπου 5,2 δισ. ευρώ το 2014) την εν λόγω περίοδο.

Η συνολική ιδιωτική δαπάνη Υγείας περιορίστηκε σε ονομαστικούς ορούς κατά 13,3% την περίοδο 2010 - 2014, αντανακλώντας μεταξύ άλλων τα μειωμένα εισοδήματα των νοικοκυριών, και διαμορφώθηκε σε 5,7 δισ. ευρώ το 2014. Αύξηση, όμως, κατά περίπου 22,9% παρουσίασε η ιδιωτική δαπάνη για φαρμακευτική περίθαλψη, προσεγγίζοντας το 1,9 δισ. ευρώ το 2014, εξέλιξη που αντανακλά την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη του φαρμάκου.

Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας αυξήθηκε από 29,7% στην αρχή της κρίσης σε 39% το 2014. Επίσης, οι δαπάνες Υγείας, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών, αυξήθηκαν σε 7,2% το 2014 από 6,5% το 2009. Αύξηση παρουσίασε και το ποσοστό των μηνιαίων δαπανών Υγείας των νοικοκυριών για φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη σε σχέση με τις οδοντιατρικές και ιατρικές υπηρεσίες.

2.5 Η Παραοικονομία της Υγείας στην Ελλάδα

Η παραοικονομία διεθνώς, και ειδικά στην Ελλάδα, αναδεικνύει τομείς της δημόσιας ζωής για τους οποίους οι πολίτες εκφράζουν απλά και μόνο απογοήτευση. Σύμφωνα με έρευνα της Διεθνούς Διαφάνειας Ελλάς (2013) μετά τα πολιτικά κόμματα, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) και, το κοινοβούλιο/νομοθετικό σώμα, οι υπηρεσίες φαρμακευτικής και ιατρικής περίθαλψης είναι τέταρτες στη σειρά κατάταξης σε επίπεδο διαφθοράς. Ο στρατός είναι τελευταίος στη σειρά. Χαρακτηριστικά, το 23% όσων ήρθαν σε επαφή με κάποια υπηρεσία ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης ανέφεραν ότι έδωσαν φακελάκι τους τελευταίους 12 μήνες.

Εδώ και αρκετά χρόνια το φαινόμενο της παραοικονομίας στο χώρο της Υγείας τείνει να εδραιωθεί, γεγονός που οφείλεται στη γρήγορη μεγέθυνση του συστήματος με ιδιαίτερα ανορθολογικό τρόπο. Τέτοια φαινόμενα αυξάνονται με γεωμετρική πρόοδο καθώς η Υγεία είναι το πρώτο αγαθό στις προτιμήσεις των καταναλωτών και γιατί στην αγορά υπηρεσιών Υγείας ελαχιστοποιείται η κυριαρχία του καταναλωτή λόγω ασύμμετρης πληροφόρησης. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ότι η επιλογή των αγαθών και υπηρεσιών Υγείας δεν πραγματοποιείται στην ουσία από τον καταναλωτή-χρήστη αλλά από τον προμηθευτή-γιατρό, προκαλεί ένα ευνοϊκό κλίμα για οικονομικές συναλλαγές οι οποίες δεν καταγράφονται και δεν είναι εύκολο να μετρηθούν.

Πρόκειται για τις λεγόμενες άτυπες πληρωμές οι οποίες αποτελούν μέρος της ιδιωτικής δαπάνης Υγείας. Το ύψος των πληρωμών αυτών ανέρχεται στο 95% των ιδιωτικών δαπανών Υγείας. Επιπλέον, σύμφωνα με μελέτες φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και κατανάλωσης υπηρεσιών Υγείας. Όπως διαπιστώνουν οι Souliotis & Kygiouroulos (2003) οι αυξανόμενες δαπάνες Υγείας, ως ποσοστό του Α.Ε.Π. αποτυπώνονται σε υψηλότερη επιβάρυνση των νοικοκυριών. Οι δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του Α.Ε.Π. το 2007 ήταν 8,9% κατά μέσο όρο στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και 9,6% με βάση τα δεδομένα της ελληνικής οικονομίας, οπότε και η χώρα καταλάμβανε την 11η θέση με βάση το συγκεκριμένο κριτήριο κατάταξης των χωρών- μελών του Ο.Ο.Σ.Α.

Οι κατά κεφαλή δαπάνες Υγείας το 2009 ήταν \$2.984 στις χώρες μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. και \$2.727 στην Ελλάδα (18η θέση). Στην περίπτωση της Ελλάδας, οι υψηλές δαπάνες Υγείας οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην εκτίναξή τους κατά την εικοσαετία 1990 - 2010. Κατά το διάστημα 1980 - 2007, ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών Υγείας ήταν περίπου διπλάσιος από αυτόν αύξησης του Α.Ε.Π. χωρίς να οδηγηθούμε σε ανάλογη βελτίωση της κατάστασης της Υγείας του πληθυσμού.²

² Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των συνολικών δαπανών Υγείας σε σταθερές τιμές για την περίοδο 2000 - 2007 ήταν υψηλότερος από αυτόν για τις περιόδους 1980-1989 και 1990-1999, φτάνοντας το 7,2% (ΙΝ.Ε./Γ.Σ.Ε.Ε.-ΑΔΕΔΥ, 2012).

Πίνακας 2-6. Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης (%) δαπανών Υγείας & Α.Ε.Π., 1980 – 2007

	1980 – 1989	1990 - 1999	2000 - 2007
Συνολικές δαπάνες Υγείας	1,9	5,2	7,2
Δημόσιες δαπάνες Υγείας	2	5,1	7,3
Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας	1,9	5,2	7,1
Α.Ε.Π.	0,9	2,1	4,2
Συνολικές δαπάνες Υγείας, % ΑΕΠ	1,2	3	2,9
Δημόσιες δαπάνες Υγείας, % ΑΕΠ	1,2	2,9	2,9
Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας, %ΑΕΠ	1,1	3,1	2,7

Πηγή: ΙΝ.Ε.Γ.Σ.Ε.Ε. - ΑΔΕΔΥ (2012)

Η ελληνική οικονομία την επταετία 2003 – 2009, είχε σχεδόν καταρρεύσει με το αθροιστικό πρωτογενές έλλειμμα να έχει φτάσει στα €50 δις. Ειδικότερα, η συνολική αύξηση της δημόσιας δαπάνης Υγείας αντιστοιχούσε στο 14,5% του συνολικού ελλείμματος (δηλ. €7,3 δις). Το Α.Ε.Π. έφτασε τα €58 δις και το 10% αυτού δούλεψε καλά για λίγους και η άνοδος της δημόσιας δαπάνης Υγείας ήταν το 12,5% του Α.Ε.Π.

Την τριετία που ακολούθησε 2009 – 2011 στα πλαίσια της συνολικής δημοσιονομικής προσαρμογής το έλλειμμα ήταν €24 δις με το 2013 να εκτιμάται ότι θα κλείσει με πλεόνασμα €1 δις. Το 20% αφορούσε τη προσαρμογή μόνο από τον

υγειονομικό τομέα. Οι δαπάνες Υγείας στο σύνολο τους μειώθηκαν κατά 18,97% από

€23,2 δις το 2009 σε €18,8 δις το 2011. Ειδικότερα, οι δημόσιες δαπάνες Υγείας μειώθηκαν από €16,1 δις σε €12,4 δις. το 2011, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες Υγείας ήταν το 34% του συνόλου, όπως και το 2008, παρά την εκτεταμένη οικονομική ύφεση. Η

προώθηση της νοσοκομειακής φροντίδας γινόταν σε βάρος της πρόληψης, αυξάνοντας κατά πολύ το κόστος των υπηρεσιών Υγείας. Επομένως, η ποιότητα των υπηρεσιών υποβαθμίστηκε έχοντας σημαντικά κενά με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας πολύ μεγάλης κατηγορίας ατόμων εκτιθέμενων σε ακραίο κίνδυνο, τους άπορους και τους ανασφάλιστους (Λιαρόπουλος, 2013).

Το ελληνικό σύστημα Υγείας από το ιδιαίτερα αυξημένο υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών. Οι άμεσες πληρωμές αντιστοιχούν στο 37,6% του συνόλου των δαπανών Υγείας και οι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση στο 2,1%, με αποτέλεσμα οι ιδιωτικές δαπάνες να ανέρχονται στο 37,9%. Ακόμη, η χρηματοδοτική του ενίσχυση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού φθάνει μόλις το 29,1% του συνόλου των δαπανών Υγείας και από την κοινωνική ασφάλιση μόλις το 31,2%. Ως εκ τούτου, ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος Υγείας αμφισβητείται πλήρως.

Το πρόβλημα της υψηλής ιδιωτικής δαπάνης ενισχύεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι η επίπτωση του φορολογικού συστήματος στην Ελλάδα είναι αντίστροφα προοδευτική λόγω της εκτεταμένης φοροδιαφυγής αλλά και από τον μεγάλο όγκο παραοικονομίας. Έτσι, η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του συστήματος Υγείας δεν επιτυγχάνεται και οι δαπάνες Υγείας επιβαρύνουν υπέρμετρα τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (ΙΝ.Ε./Γ.Σ.Ε.Ε-ΑΔΕΔΥ, 2012). Κατά συνέπεια, ο προϋπολογισμός για την Υγεία για το 2011 μειώθηκε κατά € 1,4 δισ. ευρώ. Το ποσό των €568 εκ. διαφυλάχθηκε μέσω των μειώσεων μισθών και επιπρόσθετων πόρων που προέκυψαν περικόπτοντας λειτουργικές δαπάνες νοσοκομείων ύψους €840 εκ. Όλα αυτά οδηγούν μοιραία σε παραοικονομικές συναλλαγές στον χώρο της Υγείας οι οποίες τείνουν να γίνουν και καθεστώς. Κατά κύριο λόγο οφείλονται (Γαϊτανάρη, 2007), σε δημογραφικούς, επιδημιολογικούς, κοινωνικοοικονομικούς, υγειονομικούς και παράγοντες που έχουν να κάνουν με την προσφορά των υπηρεσιών Υγείας.

Η μέτρηση της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα, αποτελεί ένα δυσχερές μεθοδολογικό φαινόμενο. Οι περισσότερες μάλιστα απόπειρες ποσοτικής εκτίμησης στην Ελλάδα στηρίζονται στην έμμεση μέθοδο (Κονδύλης, 2009) την απόκλιση δηλαδή δηλωθέντος εισοδήματος επαγγελματιών Υγείας και δηλωθείσας, πλην φαρμακευτικής, ιδιωτικής δαπάνης Υγείας των νοικοκυριών (indirect approach expenditure – income deviation), μέθοδος η οποία κατά κοινή ομολογία προσεγγίζει τα κατώτερα όρια της παραοικονομίας.

Βάσει των δεδομένων, η παραοικονομική δραστηριότητα στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα (βλ. Πίνακας 2.7), κυμαίνεται ανάλογα με το έτος εξέτασης και την μελέτη, από 27 – 65%, επί της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης Υγείας στην χώρα αντιστοιχώντας στο 0,34 – 1,9 του Α.Ε.Π.

Πίνακας 2-7. Μελέτες ποσοτικής εκτίμησης της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα, Ελλάδα 1974 – 2013

ΜΕΛΕΤΗ	ΕΤΟΣ	ΜΕΘΟΔΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ		
Παυλόπουλος Π., 1987	1984	Άμεση μέθοδος	39,9 δις δρχ.	-	-
Νιάκας , Σκουτέλης Γ.,Κυριόπουλος Ι., 1990	1982	Έμμεση μέθοδος	22 δις δρχ.	13,00%	27,00%
	1987	Έμμεση μέθοδος	105 δις δρχ.	23,00%	38,00%
Κυριόπουλος Γ., 1992	1974	Έμμεση μέθοδος	1,9	7,50%	26,70%
	1982	Έμμεση μέθοδος	27,3	17,50%	51,60%
	1988	Έμμεση μέθοδος	143,5	25,10%	65,00%
Κυριόπουλος Ι., Καραλής Γ., 1997	1994	Έμμεση μέθοδος	269 δις δρχ.	16,90%	49,20%
Siskou O., Kaitelidou D.,Papakonstantinou V et al. 2008	2005	Άμεση μέθοδος	176 εκ. ευρώ (2,9%) μόνο οι υπόγειες πληρωμές σε δημόσια νοσοκομεία		
Liagoroulos L. et. al. 2008	2008	Άμεση μέθοδος	Το 36% των ερωτηθέντων έχει καταβάλλει πρόσθετη πληρωμή τουλάχιστον 1 φορά σε γιατρό, εκ των οποίων το 42% υπό τον φόβο μήπως δεν εξυπηρετηθεί και το 20% επειδή το απαίτησε ο γιατρός.		
Τσιρώνα Χρ. (2010)	2010	Άμεση μέθοδος	Μόλις το 74,4% (44,4% για καισαρική και 30% για τοκετό) των γυναικών έδωσε φακελάκι στον γιατρό, το 37,5% στους 33,7% στους τραυματιοφορείς. Τα αντίστοιχονοσοκόμους, το 45,6% στις μαιές και ποσοστά για τον τοκετό είναι 14,4%, 24,4% και 14,4%		
Αντώνογλου, 2013	2013	Άμεση μέθοδος	Το 39% (117 άτομα) των νοσηλευθέντων σε δημόσια νοσοκομεία δήλωσαν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή προς γιατρούς, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις χαρακτηρίστηκε ως «φακελάκι» και σε άλλες ως φιλοδώρημα. Αξιοσημείωτος είναι ο χαμηλός βαθμός αντίστασης τόσο των γιατρών όσο και των ιδίων των ασθενών προς αυτές τις συναλλαγές. Συγκεκριμένα, μόλις το 3% (9 άτομα) των γιατρών αρνήθηκε να λάβει προσφερόμενη άτυπη αμοιβή από τους ασθενείς και επίσης μόνο το 13% (39 άτομα) των ασθενών αρνήθηκε να δώσει κάποια πρόσθετη αμοιβή σε γιατρούς όταν αυτοί άμεσα τη ζήτησαν.		

Προκύπτει λοιπόν, ότι παρά το γεγονός ότι το Ε.Σ.Υ. έχει κοινωνικό χαρακτήρα και θα έπρεπε να προσφέρει δωρεάν περίθαλψη κατά τη στιγμή της χρήσης, αυτό στην πράξη δεν ισχύει, με τους ασθενείς να ξοδεύουν σημαντικό μέρος του εισοδήματός τους για τις υπηρεσίες αυτές. Η οικονομική κρίση την οποία βιώνει η χώρα ενδέχεται να οδηγήσει στη δημιουργία δύο αντίθετων πιέσεων στο φαινόμενο των άτυπων πληρωμών: οι μεν ασθενείς να είναι λιγότερο πρόθυμοι να καταβάλουν τις πρόσθετες, άτυπες πληρωμές, οι δε ιατροί να είναι περισσότερο επίμονοι στην απαίτηση των αμοιβών αυτών. Συνεπώς, δεδομένης της σημαντικής επιβάρυνσης των οικογενειακών προϋπολογισμών για υπηρεσίες Υγείας θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα ισχυρό ρυθμιστικό πλαίσιο με ικανούς μηχανισμούς ελέγχου και διασταύρωσης των συναλλαγών Υγείας, προκειμένου να μειωθούν οι άτυπες πληρωμές που επιβαρύνουν

τον οικογενειακό αλλά και τον κρατικό προϋπολογισμό (Κυριόπουλος κ.α., Σεπτέμβριος 2011). Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχουν δημοσιοποιηθεί αρκετές περιπτώσεις απάτης σε βάρος των φορέων Υγείας.

2.6 Ανακεφαλαίωση

Το εύρος επίδρασης της παραοικονομίας είναι εκτενέστατο. Επιδρά στην αξιοπιστία των επίσημων στατιστικών στοιχείων, στα οποία βασίζεται ο σχεδιασμός της οικονομικής πολιτικής μιας χώρας, καθώς και σε όλους τους επιμέρους τομείς της οικονομικής πολιτικής, π.χ. σπατάλες στην Υγεία, διαφθορά.

Άμεση συνέπεια της παραοικονομίας είναι η αναποτελεσματική κατανομή των παραγωγικών πόρων καθώς δίνεται η δυνατότητα στις επιχειρήσεις να παραοικονομούν μειώνοντας τους μισθούς των εργαζομένων τους, διαμορφώνοντας αναλόγως την ανταγωνιστικότητα και την βιωσιμότητα τους. Ωστόσο, οι επιχειρήσεις που παραοικονομούν εξαιτίας της αδυναμίας τους να εισαχθούν στις κεφαλαιαγορές για να αυξήσουν τα κεφάλαιά τους, δεν δημιουργούν επενδύσεις εντάσεως κεφαλαίου, αλλά λειτουργούν με τεχνικές εντάσεως εργασίας με δυσμενείς συνέπειες για τη μακροπρόθεσμη εφαρμογή τεχνικών παραγωγής. Τέλος η παραοικονομία έχει και κοινωνικές συνέπειες αφού λειτουργεί αποσυνθετικά για τα κοινωνικά πρότυπα και δείχνει την έλλειψη σεβασμού στους θεσμούς.

Ωστόσο, γεγονός είναι ότι, η παραοικονομία συμβάλλει εν μέρει και στην ανάπτυξη της επίσημης οικονομίας. Οι υποστηρικτές της άποψης αυτής εστιάζουν στο γεγονός ότι η παραοικονομία εξυπηρετεί βραχυχρόνιους στόχους της κυβερνητικής πολιτικής, που υπονομεύουν μακροπρόθεσμα την οικονομική ανάπτυξη.

3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

Η Φαρμακευτική Δαπάνη

3.1 Εισαγωγή

Η Υγεία αποτελεί θεμελιώδης κοινωνικό αγαθό για κάθε άνθρωπο, εντούτοις έντονος προβληματισμός παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια πριν την κρίση για την αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών σχεδόν στο διπλάσιο (από 2.2 δις σε 4 δις μεταξύ 2002 και 2009).

Η οικονομική κρίση έφερε τη φαρμακευτική δαπάνη στην αρχική της τιμή με απότομο τρόπο με αποτέλεσμα η φαρμακευτική βιομηχανία να αντιμετωπίζει ασφυκτικές πιέσεις τόσο για τις εγχώριες όσο και για τα παραρτήματα ξένων φαρμακευτικών εταιριών.

Το παρόν κεφάλαιο δίδει μια ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης προ και μετά της οικονομικής κρίσης.

3.2 Η Φαρμακευτική Δαπάνη κατά τα έτη 2000-2009

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, πρωτότυπα και ουσιοδώς όμοια φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς και εμβόλια, βιταμίνες, μέταλλα και από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμους, ελαστικές κάλτσες, προφυλακτικά κ.ά. Αναλύεται, δε, περαιτέρω σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης και του εθνικού συστήματος Υγείας για φάρμακα (αποζημίωση φαρμακευτικής δαπάνης προς τους ασφαλισμένους ή κάλυψη δαπάνης από το ΕΣΥ), η δε ιδιωτική περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη (out-of-pocket payment), τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων (co-payments), καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Σε αυτό το σημείο, θεωρείται σκόπιμο να προσδιοριστούν οι έννοιες της φαρμακευτικής δαπάνης και των φαρμακευτικών πωλήσεων, ώστε να γίνουν πιο σαφείς οι διαφορές τους και να αποφευχθεί τυχόν σύγχυση των δύο εννοιών. Οι πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες/φαρμακεία καταγράφονται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων

(ΕΟΦ) και είναι ένα μέγεθος που αφορά της πλευρά της προσφοράς. Η φαρμακευτική δαπάνη είναι ένα μέγεθος που πρέπει να είναι εναρμονισμένο με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ. Όπως περιγράφηκε προηγουμένως, ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων και αποτελεί μέγεθος που προσεγγίζει τη ζήτηση. Η κατανάλωση φαρμάκων εντός νοσοκομείων αποτελεί ενδιάμεση ανάλωση και αποτελεί μέρος της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη (Σουλιώτης & Βίτσου, 2010).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ παρατηρείται αυξητική τάση στην φαρμακευτική δαπάνη η οποία στη διάρκεια της περιόδου 2000-2007 υπερδιπλασιάστηκε (Πίνακας 3.1).

Πίνακας 3-1. Εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης 2000-2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ευνοϊκή Φαρμακευτική Δαπάνη	1884	1941	2073	2528	2718	3114	3761	4542
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,4%	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	1278	1502	1805	2165	2425	2869	3512	4039
Δημόσια Φαρμακευτική ως % της Ευνοϊκής Φαρμακευτικής Δαπάνης	67,8%	77,4%	87,1%	85,6%	89,2%	92,1%	93,4%	88,9%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

3.3 Μέτρα Ελέγχου της Φαρμακευτικής Δαπάνης

Το 2010 η πολιτική ηγεσία στην Ελλάδα νομοθέτησε μια σειρά μέτρων με στόχο τον ορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης στο χώρο της Υγείας (Polyzos, 2013):

- Αλλαγές συστήματος τιμολόγησης φαρμάκων
- Εισαγωγή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
- Εξαίρεση συνταγογραφούμενων (OTC) και life-style φαρμάκων από αποζημίωση
- Διεύρυνση χρήσης γενόσημων από τα νοσοκομεία

- Επαναφορά θετικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων

3.4 Ανακεφαλαίωση

Είναι σχεδόν βέβαιο ότι η πρόοδος της δαπανηρής βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι αναπόφευκτη και σχεδόν καθολικά αποδεκτή. Καθώς το κόστος παροχής ιατρικής φροντίδας αυξάνεται, είναι απαραίτητο να διαμορφωθούν πιο συνειδητές πολιτικές Υγείας για τον εξορθολογισμό των δαπανών, με γνώμονα τα συμφέροντα τόσο του πολίτη όσο και της κοινωνίας εν γένει.

4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

Η Οικονομική Κρίση και Υγεία: Πολιτικές Μεταρρυθμίσεις και Συγκράτηση του Δαπανών

4.1 Εισαγωγή

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές των τελευταίων ετών επηρεάζουν τον κλάδο Υγείας. Η συνεχής αύξηση των δημοσίων δαπανών Υγείας καθώς και των φαρμακευτικών δαπανών σε συνδυασμό με τη σπανιότητα των πόρων οδηγούν στην αναζήτηση μέτρων συγκράτησής τους. Δεδομένου αυτό, οι προτεινόμενες και εφαρμοζόμενες στρατηγικές για τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών περιλαμβάνουν μέτρα που απευθύνονται στην προσφορά, στη ζήτηση και μέτρα που αφορούν στην αγορά ως σύνολο.

Στο πλαίσιο του μηχανισμού της Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Στήριξης της χώρας μας προβλέπεται η λήψη μέτρων περιστολής της δαπάνης στον υγειονομικό τομέα, με τη λήψη αποφάσεων για τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών Υγείας και των δομών αυτών. Οι συνολικές δράσεις του Μνημονίου Οικονομικής και χρηματοπιστωτικής πολιτικής (Μνημόνιο) που αναφέρονται στο τομέα της Υγείας αφορούν κυρίως στους τομείς δημοσιονομικών, διαρθρωτικών και χρηματοπιστωτικών μέτρων. Πιο συγκεκριμένα στο Μνημόνιο καταγράφεται ότι «...θα υιοθετήσει νομοθεσία για το θεσμικό πλαίσιο προμηθειών Υγείας (Νόμος 3580/2007, όπως τροποποιήθηκε το Μάιο του 2010 από το Νόμο 3846/2010), θα δημιουργήσει σύστημα για τη διαχείριση των φαρμάκων, το οποίο θα ευνοεί την χρήση γενόσημων φαρμάκων – αντίγραφα, συμπεριλαμβανομένου και ενός συστήματος ηλεκτρονικής παρακολούθησης των συνταγών των γιατρών. Ο στόχος είναι η σύγκλιση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο διείσδυσης γενόσημων φαρμάκων, μεταξύ των άλλων και με την προμήθεια φαρμακευτικών προϊόντων από τα νοσοκομεία και τη συνταγογράφηση από τους γιατρούς στη βάση των δραστικών ουσιών. Η Κυβέρνηση θα εφαρμόσει το σύστημα πληρωμής 3 ευρώ από τους εξωτερικούς ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία και θα παρατείνει την ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων (απογευματινή βάρδια) ώστε να αναπτυχθούν και να βελτιωθούν οι υπηρεσίες Υγείας και να αυξηθούν τα έσοδα, εκτός των άλλων και με την αύξηση της συν-πληρωμής των εξωτερικών ασθενών και των διαγνωστικών υπηρεσιών. Η Κυβέρνηση θα ολοκληρώσει το πρόγραμμα μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων, αναβαθμίζοντας τα συστήματα κατάρτισης των προϋπολογισμών τους και

τη μεταρρύθμιση των συστημάτων διοίκησης, λογιστικής διαχείρισης (συμπεριλαμβανομένου και διπλογραφικού λογιστικού συστήματος) και χρηματοοικονομικής διαχείρισης. Η Κυβέρνηση θα διασφαλίσει περισσότερη δημοσιονομική και λειτουργική επίβλεψη των δαπανών Υγείας από τον Υπουργό Οικονομικών, τη δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών και τη βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης. Η Κυβέρνηση θα αναζητήσει τεχνική βοήθεια από διεθνείς ανεξάρτητους ειδικούς πάνω σε όλα τα ζητήματα της αποτελεσματικότητας και επάρκειας του συστήματος προμηθειών της Υγείας και διοίκησης των νοσοκομείων, στοχεύοντας στο να αυξήσει την αποτελεσματικότητα και να μειώσει τις απώλειες» (σελ 24-25).

Ως εκ τούτου, στο πλαίσιο της εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής, το σύστημα Υγείας και ασφάλισης έχει αποτελέσει βασικό πεδίο παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση της δαπάνης. Τα μέτρα που έχουν ληφθεί ή επιδιώκεται να ληφθούν ομαδοποιούνται στις ακόλουθες κατηγορίες (IOBE 2011):

Μέτρα μείωσης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης με νέο σύστημα τιμών πρωτοτύπων και γενοσήμων, νοσοκομειακό rebate, λίστα φαρμάκων σοβαρών παθήσεων, νοσοκομειακή συσκευασία, προώθηση χρήσης γενοσήμων, έλεγχο της κατανάλωσης, διαγωνισμούς φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, πρωτόκολλα

διαχείρισης ασθενών. Μέτρα ελέγχου δαπανών υγειονομικού και λοιπού υλικού με μέτρα όπως διαγωνισμοί νοσοκομείων, εθνικοί διαγωνισμοί, Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, παρατηρητήριο τιμών Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ), έλεγχος κατανάλωσης και προϋπολογισμών, κωδικοποίηση των υλικών. Μέτρα αύξησης της αποτελεσματικότητας και απόδοσης των Νοσοκομείων του ΕΣΥ με εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και βελτίωση της μηχανογράφησης, δημοσίευση ισολογισμών, εσωτερικούς ελεγκτές, συγχωνεύσεις νοσοκομείων και αναδιάταξη των κλινικών του ΕΣΥ, νέο σύστημα χρηματοδότησης νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και μέτρα αύξησης εσόδων με αύξηση προβλεπόμενης συμμετοχής εξωτερικών ασθενών ολόημερη λειτουργία νοσοκομείων. Μέτρα εκσυγχρονισμού των Ασφαλιστικών Ταμείων που περιλαμβάνουν τις λίστες φαρμάκων (σοβαρών παθήσεων, αρνητική, θετική, μη συνταγογραφούμενων), την προώθηση χρήσης γενοσήμων, τους διαγωνισμούς φαρμάκων, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, την αναδιάταξη μονάδων και την μετάταξη μονάδων στο ΕΣΥ και τέλος τη δημιουργία ενιαίου ασφαλιστικού φορέα Υγείας.

Σε κάθε περίπτωση πρόκληση αποτελεί η αξιολόγηση των επιλογών για τη μεταρρύθμιση συνολικά του συστήματος Υγείας (τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού) με σκοπό την εξασφάλιση μιας πιο αποτελεσματικής χρήσης των δημοσίων πόρων και την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών Υγείας.

4.2 Σύγχρονα Πρότυπα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

Τα συστήματα Υγείας παρουσιάζουν μια ιδιομορφία σε σχέση με τα άλλα κοινωνικο-οικονομικά συστήματα, εξαιτίας των ειδικών χαρακτηριστικών της οργάνωσής τους, αλλά και της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της Υγείας. Σκοπός κάθε συστήματος Υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου Υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του, ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Δικαίος και συν 1999).

Στη σημερινή εποχή πραγματοποιούνται αλλαγές στις δομές της κοινωνίας, τόσο σε παγκόσμιο, όσο και σε εθνικό επίπεδο, με αποτέλεσμα ο εκσυγχρονισμός των θεσμών να κρίνεται πλέον απαραίτητος. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο των μεγάλων αλλαγών και των ανακατατάξεων εντάσσεται και η ανάγκη εκσυγχρονισμού του διοικητικού συστήματος των μονάδων παροχής υπηρεσιών Υγείας. Όμως είναι επιβεβλημένο, ο εκσυγχρονισμός να μη συνδέεται με τη φιλοσοφία της εκάστοτε κυβερνητικής πολιτικής. Στόχος του εκσυγχρονισμού είναι η εφαρμογή ενός σύγχρονου μοντέλου διοίκησης στα νοσοκομεία, απαλλαγμένου από τις προκαταλήψεις και τις αδυναμίες του παρελθόντος (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999).

Για την επίτευξη όλων αυτών των στόχων είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός. Ο προγραμματισμός αποτελεί την πιο απαραίτητη και ιδιαίτερη λειτουργία της διοίκησης, αφού συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα, την ανταγωνιστικότητα και την επιτυχία του οργανισμού (Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη 2002). Σήμερα είναι πολύ δύσκολο να εντοπίσει κανείς το θεωρητικό πλαίσιο διοίκησης ενός νοσοκομείου. Η δομή ενός νοσοκομείου είναι πολυεπίπεδη, αλλά και αλληλοεξαρτώμενη, γεγονός που καθιστά ακόμη πιο δύσκολη τη διοίκησή του. Το νοσοκομείο αλληλεπιδρά συνεχώς με το εξωτερικό περιβάλλον, δέχεται εισροές και αποτελείται από υποσυστήματα (διευθύνσεις, τμήματα), με προσδιορισμένους επιχειρησιακούς πόρους (ανθρώπινοι πόροι, εξοπλισμός, υπηρεσίες και προμηθευτές.), που συνεργάζονται για την επίτευξη ενός κοινού οράματος, σκοπού και επιχειρησιακών

στόχων (Λιαρόπουλος 2007). Η εφαρμογή προγραμμάτων που έχουν ως κύριο στόχο τη μέγιστη δυνατή βελτίωση του βαθμού ικανοποίησης των πελατών-ασθενών, αλλά και την οικονομική-κοινωνική βελτίωση της θέσης του οργανισμού, όπως η διοίκηση ολικής ποιότητας (ΔΟΠ), θα βοηθούσε αποτελεσματικά στη λειτουργία του νοσοκομείου.

Πρέπει να γίνει καθορισμός πρότυπων απόδοσης, που με σαφείς και μετρήσιμους όρους απόδοσης να μετριέται ο βαθμός επίτευξης των στόχων του νοσοκομείου, ώστε να προσδιορίζεται ο βαθμός επιτυχίας-αποτυχίας, να συγκρίνεται η απόδοσή του σε σχέση με τα προηγούμενα έτη αλλά, και με τα άλλα νοσοκομεία. Ποιότητα είναι κυρίως η ποιότητα του ανθρώπου είτε αυτός είναι υπάλληλος είτε στέλεχος. Μπορεί να υλοποιηθεί μόνο με την αλλαγή νοοτροπίας, από την οποία θα ενθαρρύνεται η συλλογική εργασία (James, 1998).

4.3 Μεταρρυθμίσεις και Προτάσεις Πολιτικής

Δυστυχώς το σύστημα Υγείας απέτυχε να παρέχει το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που απαιτείται, παράλληλη την ικανοποιητική χρηματοδότηση του, (που βέβαια μειώθηκε λόγω της κρίσης) και το ικανό (τουλάχιστον σε αριθμό) ανθρώπινο δυναμικό. Από τις βασικές διαφορές με τα άλλα κράτη που έχουν όμως τον σημαντικότερο ρόλο στην εξέλιξη του συστήματος και που διαμόρφωσαν τη σημερινή κακή κατάσταση των υπηρεσιών ήταν και είναι η έντονη κομματικοποίηση του συστήματος και η έλλειψη αποφασιστικής και εμπνευσμένης ηγεσίας να προχωρήσει έγκαιρα στις απαραίτητες αλλαγές που είχε ανάγκη το σύστημα. Το έλλειμμα ηγεσίας επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα (στο πολιτικό, στο επιστημονικό, στο συνδικαλιστικό, και ιδιαίτερα στη διοίκηση του συστήματος και των ασφαλιστικών ταμείων). Η κομματικοποίηση οδήγησε στην αναξιοκρατία και στην αποφυγή εφαρμογής συστήματος αξιολόγησης.

Οι νησίδες/κλινικές αριστείας πέτυχαν όχι με την βοήθεια του συστήματος, αλλά ενάντια στο σύστημα. Επίσης, η έλλειψη αποφασιστικής ηγεσίας οδήγησε στην επικράτηση μιας τοξικής κουλτούρας στο σύστημα- εκτός των πρώτων λίγων χρόνων εφαρμογής του. Η πρώτη συνέπεια της προβληματικής ηγεσίας δεν είναι η δημιουργία ελλειμμάτων και η κατασπατάληση των πόρων (που συμβαίνει), αλλά η έλλειψη διορατικότητας της ηγεσίας να προωθήσει τις αναγκαίες αλλαγές και ταυτόχρονα επωφεληθεί από τις εξελίξεις και τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται για την περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωση του συστήματος.

Οι απαραίτητες προϋποθέσεις για μεταρρυθμίσεις στον τομέα της χρηματοδότησης και της παροχής των υπηρεσιών είναι οι παρακάτω (Λιαρόπουλος, 2012, Ξένος et al. 2014):

1. Η πρώτη προϋπόθεση είναι η μείωση του πολιτικού/κομματικού ελέγχου του συστήματος.
2. Η πλήρης οικονομική και διοικητική ανεξαρτησία του ΕΟΠΥΥ.
3. Η εφαρμογή ενός σύγχρονου εκπαιδευτικού συστήματος και η προσαρμογή του στα διεθνή δεδομένα.
4. Η ανάληψη ηγετικού ρόλου από τους γιατρούς του ΕΣΥ εντός του συστήματος.
5. Η αντιμετώπιση της αυξανόμενης πολυπλοκότητας του συστήματος.
6. Η εφαρμογή ενός καθολικού συστήματος αξιολόγησης των μονάδων παροχής υπηρεσιών (δημόσιων και ιδιωτικών) καθώς και του προσωπικού του ΕΣΥ.

Σύμφωνα με μελέτες Οικονομολόγων Υγείας στην Ελλάδα (Βοζίκης, 2016, Λιαρόπουλος, 2013, Υφαντόπουλος, 2016, Κυριόπουλος, 2011) το νέο μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης θα περιλαμβάνει:

- Το νέο μοντέλο οργάνωσης των υπηρεσιών με έμφαση στην πρόληψη, (υπεύθυνος ο οικογενειακός γιατρός) στην αντιμετώπιση της επιδημίας των χρόνιων παθήσεων (ίδρυση ειδικών μονάδων) και του νέου ρόλου των νοσοκομείων που οδηγεί στη σύζευξη και ενοποίηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών με τις δευτεροβάθμιες.
- Το νέο διοικητικό μοντέλο του ΕΣΥ, με ανεξάρτητη διοίκηση εκτός Υπουργείου Υγείας, τον νέο ρόλο των ΥΠΕ, και την ενίσχυση του ρόλου της διοίκησης των νοσοκομείων. Την ενοποίηση των προϋπολογισμών των διαφορετικών οργανισμών και δομών καθώς και του ανθρώπινου δυναμικού σε ένα φορέα- το ΕΣΥ.
- Την εδραίωση της άποψης ότι οι μονάδες Υγείας (νοσοκομεία) αποτελούν επιχειρησιακές μονάδες που ενώ είναι δημόσιες διοικούνται με επιχειρησιακά κριτήρια αυτονομίας στη διαχείριση των παραγωγικών τους συντελεστών (εργασία – υποδομές κλπ) και οι υπηρεσίες αποζημιώνονται με βάση την ποιότητα τους.
- Τον ηγετικό ρόλο των γιατρών που ξεκινά με την υιοθέτηση του κλινικού προϋπολογισμού και τη διαχείριση του από τους ίδιους. Το νέο σύστημα προσλήψεων όπου οι διευθυντές έχουν λόγο στην πρόσληψη του προσωπικού των μονάδων ευθύνης τους. Το νέο μισθολόγιο όπου οι αμοιβές καθορίζονται

από τη θέση ευθύνης, και την απόδοση των μονάδων τους. Τα συστήματα υψηλής απόδοσης απαιτούν και υψηλές αμοιβές.

- Το νέο μοντέλο διοίκησης του ΕΟΠΥΥ. Διοικείται –εκτός υπουργείων- από τους κοινωνικούς εταίρους που συνεισφέρουν στον προϋπολογισμό του (μη εκτελεστικά μέλη του ΔΣ) και από την ηγετική ομάδα (εκτελεστικά μέλη του ΔΣ) που είναι εργαζόμενοι/επικεφαλής των κρίσιμων διευθύνσεων του οργανισμού. (όχι μόνο διορισμένα μέλη).
- Το νέο μοντέλο αποζημίωσης των υπηρεσιών με στόχο η αποζημίωση των υπηρεσιών να συνδέεται με την έκβαση τους (αξία τους). Τα κίνητρα θα ευθυγραμμίζονται με την αξία των υπηρεσιών, διότι τα επιθυμητά αποτελέσματα παράγονται μόνο από τη δημιουργία αξίας.

4.4 Καινοτόμες μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων – Big Data

Τα τελευταία χρόνια η μεγάλη επιστημονική πρόοδος των πληροφοριακών συστημάτων έκανε εφικτή τη συλλογή μεγάλου όγκου δεδομένων σε διάφορους κλάδους της οικονομίας. Παράλληλα αναπτύσσονται καινούργιες μεθοδολογικές προσεγγίσεις στην ανάλυση αυτών των μεγάλων δεδομένων. Τα big data είναι δεδομένα μεγέθους άνω του 1 exabyte (= 1.000 petabytes = 1.000.000 terabytes = 10^{18} bytes).

Η Ιατρική επιστήμη ειδικότερα δημιουργεί διάφορες πηγές παραγωγής δεδομένων (Ιατρικός Φάκελος, βιομετρικά και απεικονιστικά δεδομένα, δεδομένα από βασική & κλινική έρευνα και επιδημιολογία, από διοικητικές υπηρεσίες Υγείας και ασφαλιστικούς οργανισμούς, από υπηρεσίες δημόσιας Υγείας αλλά και από μη συμβατικές πηγές δεδομένων όπως τα social media, apps κτλ.). Ο κλινικός ιατρός έχει πολλαπλά οφέλη από την αξιοποίηση των Big Data, καθώς χρησιμεύουν ως νέα εργαλεία υποβοήθησης στη λήψη αποφάσεων, στη βελτίωση μεθοδολογιών κλινικής έρευνας και της αποτελεσματικότητας των θεραπειών, αλλά και στην εξατομικευμένη ιατρική. Τέλος, υπάρχει μεγάλο όφελος στην εξοικονόμηση πόρων και ανθρώπινου δυναμικού και στην ανακατανομή τους για την αύξηση της παραγωγικότητας και τον εξορθολογισμό των δαπανών.

Επιπλέον, υπάρχουν διάφορα ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν σε σχέση με τα μεγάλα δεδομένα, όπως το καθεστώς ιδιοκτησίας τους, η συγκατάθεση για τη χρήση τους, η διασφάλιση της ιδιωτικότητας, η ανοικτή πρόσβαση (open access), η διαφάνεια κατά την χρήση, κ.α.

Στον τομέα της Υγείας στην Ευρώπη έχει δημιουργηθεί η πρωτοβουλία PARENT, που αφορά την αξιοποίηση δεδομένων των μητρώων ασθενών. Το έργο αυτό έχει θέσει τις βάσεις για διάλογο και συνεργασία μεταξύ της ευρωπαϊκής κοινότητας Αξιολόγησης Τεχνολογίας της Υγείας (HTA) ώστε να βελτιώσει τις παρούσες συνθήκες και τη βιωσιμότητα των συστημάτων Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, μέσω του μητρώου PARENT μπορούν να διασυνδεθούν οι ανάγκες HTA με τους κατόχους των μητρώων, βελτιώνοντας την ποιότητα των δεδομένων και περιορίζοντας τα διαδικαστικά εμπόδια. Τα δεδομένα των μητρώων, εξάλλου, είναι σημαντικά για τη χάραξη πολιτικών που στηρίζονται σε τεκμήρια.

Στην Ελλάδα υπάρχουν δύο παραδείγματα αξιοποίησης των μεγάλων δεδομένων από μελέτες που πραγματοποίησαν το ΕΚΠΑ σε συνεργασία με τον ΕΟΠΥΥ, και του Υπουργείου Υγείας. Η πρώτη μελέτη αφορούσε τον επιπολασμό του διαβήτη με βάση στοιχεία της ηλ. συνταγογράφησης, και η δεύτερη, τα δημογραφικά δεδομένα ασθενών με διάφορες παθήσεις υπό βιολογική θεραπεία στην Ελλάδα βάσει στοιχείων από τον ΕΟΠΥΥ. Από τις παραπάνω μελέτες φάνηκε ότι τα στοιχεία που εξάγονται είναι πολύτιμα για τις εκβάσεις των ασθενών αλλά και για τις δαπάνες του συστήματος Υγείας.

Το σύστημα του ΕΟΠΥΥ επιτρέπει την ανάλυση σε πραγματικό χρόνο της εξέλιξη βασικών μεγεθών και δίδει τη δυνατότητα να λαμβάνονται αποφάσεις στρατηγικού χαρακτήρα. Σχεδιάζεται, να δημιουργήσει Profiles Ασφαλισμένων – Ιατρών – Παρόχων ώστε να επεξεργάζεται τα αναλυτικά στοιχεία των συναλλαγών των ασφαλισμένων / δικαιούχων υπηρεσιών στον ΕΟΠΥΥ. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης μπορούν να αξιοποιηθούν από τις υπηρεσίες παροχών και εκκαθάρισης δαπανών του οργανισμού και ενσωματώνονται στο λογισμικό εφαρμογών που υποστηρίζει τις σχετικές διαδικασίες. Τέλος, σχεδιάζεται σύστημα διαχείρισης έκτακτων περιστατικών μέσω ευέλικτων (flexible & adaptive processes) διαδικασιών με χρήση τεχνολογίας BPM (Business Process Management).

Επιπρόσθετα, η ανταλλαγή ηλεκτρονικών στοιχείων & τη συνεργασία μεταξύ κρατικών φορέων και φαρμακευτικών επιχειρήσεων στην Ευρώπη, κρίνεται πλέον απαραίτητη και ωφέλιμη. Η ανταλλαγή των ηλεκτρονικών στοιχείων είναι προς όφελος των εκβάσεων των ασθενών, αλλά και συμβάλλει στον έλεγχο των δαπανών και την εξοικονόμηση πόρων για το κράτος και τη βιομηχανία.

4.5 Ανακεφαλαίωση

Ο προγραμματισμός στο χώρο ενός δημόσιου νοσοκομείου έχει ιδιαίτερη και μεγάλη βαρύτητα. Η φύση της Υγείας αποτελεί δημόσιο και κοινωνικό αγαθό και δεν πρέπει να επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση και κοινωνική θέση των πολιτών. Οι αρνητικές επιπτώσεις της απειλής της αρρώστιας στον ασθενή, στην οικογένειά του και το κοινωνικό σύνολο είναι σημαντικές, σε συνδυασμό με τις ραγδαίες μεταβολές στο σύστημα Υγείας. Η συνεχής εξέλιξη των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την Υγεία, η στενότητα των πόρων σε συνδυασμό με τη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών Υγείας, επηρεάζουν σημαντικά τον σχεδιασμό του προγραμματισμού ενός δημόσιου νοσοκομείου. Ο προγραμματισμός ενός Δημόσιου Νοσοκομείου εντάσσεται στο πλαίσιο του κεντρικού υγειονομικού προγραμματισμού και οι αντικειμενικοί του σκοποί και στόχοι πρέπει να είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με τους σκοπούς και στόχους της κεντρικής εξουσίας (Δικαίος και συν 1999).

5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Ο κλάδος της Υγείας διεθνώς αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως είναι:

- i. Η απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας (κοινωνία, οργανισμοί) για ισότιμη παροχή φροντίδας Υγείας σε όλους τους πολίτες.
- ii. Η αύξηση της ζήτησης των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας.
- iii. Η ανάγκη αποτελεσματικής αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων – υλικών και ανθρώπινων.
- iv. Η διαχείριση των δημογραφικών μεταβολών που η οικονομική κρίση επιτείνει και οι οποίες αφορούν στη γήρανση του πληθυσμού, στην αύξηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού και ως εκ τούτου την αύξηση των ανισοτήτων.

Σε διεθνή κλίμακα και στα πλαίσια των προκλήσεων αυτών εισάγονται μεταρρυθμίσεις και λαμβάνονται αποφάσεις με στόχο τον εκσυγχρονισμό του υφιστάμενου συστήματος Υγείας και την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας και απώτερο σκοπό τη μεγιστοποίηση του επιπέδου Υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Ωστόσο, ο κλάδος της Υγείας δεν είναι μονοδιάστατος, αντίθετα μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολυδιάστατος, επιδρώντας και υποστηρίζοντας την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας μέσα από τη συμβολή στην αύξηση της παραγωγικότητας και της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας. Σε αυτό το πλαίσιο η εκάστοτε πολιτική Υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τη συνέργεια του κλάδου αυτού με άλλους, ενώ στο σχεδιασμό, στην υλοποίηση και στην εφαρμογή των στρατηγικών για την Υγεία θα πρέπει να διατίθενται οικονομικοί πόροι για την ενίσχυση και υποστήριξη τόσο των υφιστάμενων δομών όσο και νέων. Άλλωστε οι υφιστάμενες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές όσο και οι μελλοντικές προκλήσεις επιδρούν καταλυτικά στην τελική δυναμική μορφή των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας.

Στην Ελλάδα, στους τομείς Υγείας και κοινωνικής πρόνοιας απασχολείται ποσοστό 5,3% του εργατικού δυναμικού. Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα εμφανίζει πολύ υψηλή πυκνότητα ιατρών και οδοντιάτρων και χαμηλή πυκνότητα νοσηλευτών. Αναφορικά με τις νοσοκομειακές υποδομές, στη χώρα μας ο αριθμός των κλινών βρίσκεται κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, παρουσιάζοντας ελαφρώς πτωτική τάση διαχρονικά, τάση που παρατηρείται και σε διεθνές επίπεδο.

Καθώς το επίπεδο της δραστηριότητας του νοσοκομειακού τομέα επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων, η αξιολόγηση των τάσεων αυτών θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, η οργάνωση του συστήματος Υγείας, οι εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας, καθώς και οι ιδιαιτερότητες του υγειονομικού τομέα σε κάθε περίπτωση. Η οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση έχει επιπτώσεις τόσο στην Υγεία του πληθυσμού όσο και στη λειτουργία των συστημάτων Υγείας.

Ειδικότερα, σε περιόδους οικονομικής κρίσης δύο τομείς διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην βιωσιμότητα των συστημάτων Υγείας και κατ' επέκταση στην Υγεία του πληθυσμού. Οι τομείς αυτοί είναι τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας με την παράλληλη ανάδειξη των κοινωνικών προσδιοριστών της Υγείας ως παράγοντες μείζονος σημασίας. Τα δημόσια ελλείμματα και η αυξανόμενη ανεργία ασκούν πιέσεις στους προϋπολογισμούς Υγείας και κυρίως στην κοινωνική ασφάλιση και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών Υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης (Appleby 2008). Το γεγονός αυτό οφείλεται στην τάση που υπάρχει σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς να αναζητούν υπηρεσίες Υγείας με ασφαλιστική κάλυψη (WHO 2009).

Αν και κανείς θα ανέμενε τη μείωση των δαπανών Υγείας τα στοιχεία δείχνουν ότι η οικονομική κρίση και τα επακόλουθα της έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών Υγείας σε μια επιβεβλημένη προσπάθεια θωράκισης της Υγείας του πληθυσμού (WHO 2009). Μάλιστα σύμφωνα με ανακοίνωση του ΟΟΣΑ η αύξηση των δαπανών Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για την περίοδο 2007-2009 ήταν μεγαλύτερη στις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση (OECD 2011).

Απαίτηση και πρόκληση είναι η αξιολόγηση των δομών, του ανθρώπινου δυναμικού, και η μέτρηση της αποτελεσματικότητας των μονάδων Υγείας. Μέσω της αξιολόγησης της οργάνωσης, η αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού εκτιμάται στην βάση της λειτουργίας, των προβλημάτων και των επιτευγμάτων τόσο από τις κοινωνικές και συμπεριφορική διάσταση του συστήματος (Lawler, Nadler & Cammann, 1980). Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση οργανισμού ή άλλως οργανωτική αξιολόγηση σύμφωνα με τους Nadler, Mackman & Lawdler (1979) εμπεριέχει «τη μέτρηση των μεταβλητών που σχετίζονται με τα πρότυπα της οργανωτικής συμπεριφοράς και της αποτελεσματικότητας». Μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην παροχή πληροφόρησης στους υπεύθυνους για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας των

δραστηριοτήτων του εκάστοτε οργανισμού και συνεπώς αποτελεί μέσο υποστήριξης των προγραμμάτων έρευνας και λοιπών δραστηριοτήτων.

Η απότομη οικονομική ύφεση, έχει ως συνεπακόλουθο την ραγδαία αύξηση της ανεργίας, την υπερχρέωση των νοικοκυριών τα οποία αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στις οικονομικές ανάγκες τους, καθώς και τη διάλυση του κοινωνικού συστήματος προστασίας των πολιτών. Τα παραπάνω έχουν ως συνεπακόλουθο την αύξηση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας ιδίως σε άτομα μεσαίου και κατώτερου οικονομικού εισοδήματος, σε άτομα με χαμηλό βαθμό προσβασιμότητας στο σύστημα Υγείας και πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις.

Η αύξηση της ανεργίας συνοδεύεται από την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη, άγχος και ανησυχία, την εξάρτηση από αυξανόμενη κατανάλωση αλκοόλ, καπνού καθώς και τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας, από εθισμό σε ναρκωτικές ουσίες. Οι πολίτες που ανήκουν στην κατώτερη διαστρωμάτωση έχουν διπλάσια πιθανότητα να ασθενήσουν ή να πεθάνουν πρόωρα, εξαιτίας παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την εκπαίδευση, το εισόδημα, τη στέγαση, τη διατροφή, κα.

Στην Ελλάδα, αυτά τα φαινόμενα παρουσιάζονται σε ανάλογο αυξημένο ρυθμό, πλήττοντας το επίπεδο Υγείας των πολιτών. Παράλληλα η μείωση της αγοραστικής δύναμης, οδηγεί στη μείωση της ζήτησης για υπηρεσίες Υγείας στο ιδιωτικό τομέα (ΕΣΔΥ, 2012) και υποκαθίσταται από το δημόσιο σύστημα παροχής Υγείας (κυρίως νοσοκομειακής περίθαλψης), στο οποίο η προσφορά εμφανίζει ισχυρές ενδείξεις υποχώρησης ιδιαίτερα σε υπηρεσίες υψηλής ειδίκευσης και τεχνολογίας, εξ αιτίας των προβλημάτων χρηματοδότησης του δημοσίου συστήματος Υγείας, γεγονός το οποίο θέτει υπό αμφισβήτηση την λειτουργία και την ανταποκρισιμότητα του υγειονομικού συστήματος στην προσπάθεια διατήρησης και βελτίωσης του επιπέδου Υγείας των πολιτών.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι προφανές ότι η αντιμετώπιση αυτής της ευρείας έκτασης μεταβολής απαιτεί αλλαγή του τρόπου λειτουργίας (δηλαδή διαρθρωτικές ριζοσπαστικές μεταρρυθμιστικές αλλαγές) ώστε να διατηρηθεί σε εύλογο επίπεδο η επάρκεια υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και κυρίως η ισότιμη διανομή στον πληθυσμό.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση σήμερα αποτελεί τη μεγαλύτερη ηλεκτρονική εφαρμογή και κατ' επέκταση βάση δεδομένων στην Ελλάδα. Για το μέλλον, ήδη ετοιμάζονται νέες εφαρμογές & υπηρεσίες όπως ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος Πρωτοβάθμιας Υγείας, το Συνοπτικό Ιστορικό Ασθενή, η ενσωμάτωση νέων

θεραπευτικών πρωτοκόλλων, ο έλεγχος χρόνου διάρκειας αγωγής & ποσότητας και το Ενιαίο Πληροφοριακό Σύστημα μονάδων ΕΣΥ. Έτσι υπάρχει η δυνατότητα η ηλ. συνταγογράφηση να κατέχει στο μέλλον δεδομένα φαρμακευτικής αγωγής, ιατρικών πράξεων – εξετάσεων, χρήσης αγαθών & υπηρεσιών Υγείας, επιδημιολογικά στοιχεία κλπ. Επίσης, για τη φαρμακευτική βιομηχανία, η δυνατότητα πρόσβασης στα στοιχεία αυτά έχει ιδιαίτερη σημασία.

Τα στοιχεία πραγματικής κλινικής πρακτικής μπορούν να συμβάλουν στην αναγνώριση και την προτεραιοποίησή των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, στον υπολογισμό της επίπτωσης της νοσηρότητας και στο κόστος του συστήματος Υγείας, στην αξιολόγηση & τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών Υγείας, στην αξιολόγηση της τεχνολογίας της Υγείας και τέλος, στη συγκράτηση των δαπανών και στην αποδοτική χρήση των περιορισμένων πόρων.

Η χρήση των δεδομένων της ηλεκτρονική συνταγογράφησης και των άλλων εφαρμογών που σταδιακά διατίθενται στους επαγγελματίες Υγείας, μπορεί να συνδεθεί με τη διαδικασία αποζημίωσης των φαρμακευτικών προϊόντων και να υποστηρίξει την εφαρμογή συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου. Σε τελική ανάλυση, μπορεί να προσελκύσει επενδύσεις μέσα από την ανάπτυξη κλινικών και άλλων ερευνών από το διεθνή χώρο, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να δημιουργήσει και νέες θέσεις εργασίας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αδαμόπουλος, Π, Ν, 1992, Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας. Μια σφαιρική προσέγγιση, Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός».
- Αλεξιάδης, & Σιγάλας, Ι 1999, Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις τόμος Δ' Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Ανδριώτη, 1998, Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, Εξάντας/Πολιτικές Υγείας, Αθήνα.
- Γαϊτανάρη Π. (2007): Κόστος νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: Συγκριτική προσέγγιση σε δημόσιο & ιδιωτικό τομέα, Διδακτορική Διατριβή, Εργαστήριο Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Βοζίκης Α. (2016). Παρουσίαση στο συνέδριο The Future of Health Care in Greece. Session: Financial Crisis and Sustainability of Healthcare Systems. Athens
- Διεθνής Διαφάνεια Ελλάς (9/7/2013): Παγκόσμιο Βαρόμετρο της Διαφθοράς 2013.
- Καθημερινότητα & Διαφθορά. Έρευνα Κοινής Γνώμης: Έκθεση για την Ελλάδα, Διεθνής Διαφάνεια Ελλάς, Αθήνα.
- Δικαίος, Κ, Κουτουζής, Μ, Πολύζος, Ν, Σιγάλας, Ι & Χλέτσος, Μ 1999, Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- ΕΣΔΥ (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας) (2012). Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις στην Υγεία και την Υγειονομική Περιθαλψη. Αθήνα.
- ΕΛΣΤΑΤ (2014). Δελτίο Τύπου Δαπάνες Υγείας- Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012.
- Θεοδώρου, Μ, Σαρρής, Μ & Σούλης, Σ 2001, Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- ΙΝ.Ε./Γ.Σ.Ε.Ε. - ΑΔΕΔΥ (2012): Η ελληνική οικονομία & η απασχόληση. ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ 2012, ΙΝ.Ε./Γ.Σ.Ε.Ε. - ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.
- Κονδύλης Η. (2009): Ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας στην Ελλάδα. Χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις & προοπτικές, Διδακτορική Διατριβή, Εργαστήριο Υγιεινής, Τομέας Βιολογικών Επιστημών & Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη
- Κυριόπουλος Γ., Μανιαδάκης Ν., Στουρνάρας Γ., Αθανασάκης Κ., Βεντούρης Ν., Καπάκη Β., Καραμπλή Ε., Μυλωνά Κ., Μυλωνάς Χ., Ολλανδέζος Μ., Πάλακα Ε., Παπαγεωργίου Μ., Παρατσιώκας Ν., Ρελάκης Γ., Σκρουμπέλος Α., Τσιάντου Β. (Σεπτέμβριος 2011): Δαπάνες Υγείας & Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου, Ι.Ο.Β.Ε., Αθήνα.
- Λιαρόπουλος, Λ 2007, Οργάνωση Υπηρεσιών & συστημάτων Υγείας. Βήτα medical arts, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Α. (19/9/2013): Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: Φορέας Διαχείρισης ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Φροντίδας Υγείας (σ. 1 - 25), Ενότητα Ι “Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) ως προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα του ιατρο - ασφαλιστικού συστήματος”, 12^ο Συνέδριο Healthworld ‘Από το Μνημόνιο στην Ανασυγκρότηση του Υγειονομικού Τομέα’, 19 – 20/9/2013, Ελληνοαμερικάνικο Επιμελητήριο, Ξενοδοχείο Ledra Marriott, Αθήνα.

Ξένος Π., Τζωρτζάκης, Κ & Τζαρτζάκη, Α 2002, Οργάνωση και Διοίκηση, Εκδόσεις Rosili, Αθήνα.

Τράπεζας της Ελλάδος (2016). Έκθεση για τη Νομισματική Πολιτική 2015 – 2016. Αθήνα

Υφαντόπουλος Ι (2016). Παρουσίαση στο συνέδριο The Future of Health Care in Greece. Session: Health Care System Challenges – A map to Survive

Ξενόγλωσση

Alsan, M, Bloom, D & Canning, D 2006, ‘The Effect of Population Health on Foreign Direct Investment Inflows to Low- and Middle-Income Countries’, World Development, vol. 34, no.4, pp. 613-630.

Appleby, J 2008, ‘The credit crisis and health care’, British Medical Journal, vol. 337, pp.1022-1024.

Bloom, D.E. & Canning, D 2003, ‘Health as Human Capital and its Impact on

Bloom, D.E, Canning, D & Jamison, T 2004, ‘Health, Wealth and Welfare’, Finance and Development, vol. 31, pp. 10-15.

Bloom, D.E. & Canning, D 2004, ‘Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance’, Proceedings, Federal Reserve Bank of Kansas

CMH, 2001, Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic

Economic Performance’, Geneva Papers on Risk and Insurance, vol. 28, pp. 304-315.

Grossman, M 1972, ‘On the Concept of Health Capital and the Demand for Health’, Journal of Political Economy, vol. 80, no. 2, pp. 223-255.

James, P 1998, Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

K, Katharaki, M & Katharakis, G 2012, ‘Harmony in the light of the Economic Crisis. A Mathematical explanation of moral values based on Aristotle’s theory’, Submitted at Economics & Philosophy

Keng, S, & Li, Y 2009, ‘Decomposition of total factor productivity in world health production: a stochastic frontier approach’, Applied Economics, pp. 1– 11.Kioulafas,

Koopmanschap, M, Rutten, F, Van Ineveld, B & Van Roijen, L 1995, ‘The friction cost method for measuring indirect costs of disease’, Journal of Health Economics, vol. 14, pp. 171–189.

- Lawler, E, Nadler, D & Cammann, C (eds) 1980, 'Organizational Assessment', NY: John Wiley, New York.
- Marmot, M 2005, 'Social determinants of health inequalities', *Lancet*, vol.365, pp. 1099–104.
- Nadler, D, Mackman, J & Lawler, E 1979, 'Managing Organizational Behaviour', MA: Little, Brown, Boston.
- OECD, 2010a, *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing
- OECD, 2011, *Health spending continues to outpace economic growth in most*
- Paparoidami, K & Katharaki, M 2009, 'Investigating Health Tourism: Current situation, key factors and future perspectives', *Proceedings of the 7th International Conference in Information & Communication Technologies in Healthcare (ICICTH '09)*, Samos, Greece, pp. 299-305.
- Polyzos N, Karanikas H, Thireos E, Kastanioti C, Kontodimopoulos N. (2013). Reforming Reimbursement of Public Hospitals in Greece During the Economic Crisis: Implementation of a DRG System. *Health Policy*.;109:14-22.
- Siskou, O, Kaitelidou, D, Papakonstantinou, V & Liaropoulos L 2008, 'Private health expenditure in the Greek Health Care System: where truth ends and the myth begins', *Health Policy*, vol. 88, no. 2-3, pp. 282-293.
- Schultz, T 2005, 'Productive Benefits of Health: Evidence from Low-Income Countries', Center Discussion Paper No. 903, Economic Growth Center, YaleUniversity.
- Smith, S, Heffler, D & Freeland, M 2000, 'The Impact of Technological
- Souliotis K., Kyriopoulos J. (2003): The hidden economy & health expenditures in Greece: Measurement Problems & Policy Issues (p. 129 – 134), *Applied Health Economics & Health Policy*, 2 (3).
- Sturm, R 2002, 'The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking on Medical Problems and Costs', *Health Affairs*, vol. 21, no. 2, pp. 245–53.
- Strauss, J & Thomas, D 1998, 'Health, Nutrition, and Economic Development', *Journal of Economic Literature*, vol. 36, pp. 766–817.
- Suhreke, M, Mckee, M, Arce, R, Tsoлова, S & Mortensen, J 2005, 'The Contribution of Health to the Economy in the European Union', *Health & Consumer Protection Directorate-General*, European Commission, Belgium.
- WHO, 2002, 'Health, Economic Growth, and Poverty Reduction', *The Report of Working Group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health*. World Health Organization, Geneva.
- WHO, 2009, 'The financial crisis and global health', Geneva