



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Σύστημα Λογαριασμών Υγείας στην Ελλάδα
κατά τη διάρκεια της Οικονομικής κρίσης,
2009-2016. Ο δρόμος προς αποτελεσματικές
πολιτικές υγείας;**

Γεωργία Πιστόλλα

Υφαντοπουλος Ιωαννης, καθηγητης, Εθνικο και Καποδιστριακο
Πανεπιστημιο Αθηνων

Αθήνα
Σεπτέμβριος, 2018

«Γεωργία Πιστόλλα», «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της Οικονομικής κρίσης, 2009-2016. Ο δρόμος προς αποτελεσματικές πολιτικές υγείας;»

© Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2018

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΚΠΑ και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΚΠΑ όπου εκπονήθηκε.

Διπλωματική εργασία



«Σύστημα Λογαριασμών Υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της Οικονομικής κρίσης, 2009-2016. Ο δρόμος προς αποτελεσματικές πολιτικές υγείας;»

«Γεωργία Πιστόλλα»

Επιβλέπων Καθηγητής:

«Ιωάννης Υφαντόπουλος»

«Καθηγητής, Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών»

Αθήνα, «Σεπτέμβριος» «2018»

«Ευχαριστώ το σύζυγο μου **Κώστα** και τα παιδιά μας, **Ειρήνη-Δήμητρα-Γιάννη** και **Αναστασία**, που είναι δίπλα μου συνεχώς σε κάθε προσπάθεια που κάνω καθημερινά να σταθώ με αξιοπρέπεια και συνέπεια στη γνώση, με σεβασμό στην Επιστήμη και στην Αλήθεια. Ευχαριστώ τον καθηγητή **Ιωάννη Υφαντόπουλο**, γιατί ακούει, σέβεται και στηρίζει τη διαφορετική άποψη, σπάνιο στην πανεπιστημιακή κοινότητα. Ευχαριστώ όλους τους διδάσκοντες και τους συμφοιτητές μου σε αυτό το Μεταπτυχιακό (Ιδιαίτέρως τον **Θανάση** που με υπομονή και αποτελεσματικότητα, έδινε λύση σε ότι πρόβλημα αντιμετώπιζα).

Την αφιερώνω στον **αδελφό μου Γιάννη**, που έφυγε τόσο νωρίς από κοντά μας παλεύοντας ένα χρόνο για να ζήσει με αξιοπρέπεια και σεβασμό στον εαυτό του και σε όλους μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η συγκεκριμένη μελέτη ασχολήθηκε με τις διαχρονικές τάσεις του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας. Πραγματοποίησε μελέτη των επιμέρους δεικτών αποτίμησης των δαπανών υγείας και μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα του ΣΛΥ με επιλεγμένες εκροές (θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις).

Μεθοδολογία: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε για τα έτη 2009 έως και 2016 για την Ελλάδα και τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη προέρχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή για τα δεδομένα που αφορούν το ΣΛΥ και από την Eurostat για τα δεδομένα που αφορούν τη θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση ήταν η δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης (Health Financing-HF), η υγειονομική δαπάνη ανά προμηθευτή υγείας (Health Provider-HP) και η κατεύθυνση της δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (Health Care-HC). Εφαρμόστηκε το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης, συσχέτιση μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών και αυτοσυσχέτιση για τις περισσότερες μεταβλητές.

Αποτελέσματα: Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας παρουσίασε πτώση από το 2009 έως και το 2014 και αυξήθηκε το 2015 και 2016 ενώ η χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας παρουσίασε διαφορετικές συμπεριφορές και τάσεις. Η συνολική χρηματοδότηση των Προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα παρουσίασε αύξηση το 2016 ως προς το 2015 για τις περισσότερες από τις υγειονομικές δραστηριότητες. Ο ρυθμός μεταβολής του δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις για το μέσο όρο των 28 χωρών της Ευρώπης ήταν αρνητικός από το 2002 έως και το 2015 ενώ για τη χώρα μας ήταν θετικός το 2003 ως προς το 2002, παρουσίασε μείωση το 2014 ως προς το 2013 και στάσιμος το 2015/2014 για τη χώρα μας και την Γερμανία σε σχέση με τις 28 ευρωπαϊκές χώρες.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά η εφαρμογή του ΣΛΥ είναι σημαντική παράμετρος για την σωστή αξιοποίηση των δαπανών υγείας. Δεν αρκεί όμως η μελέτη των παραμέτρων αυτών με τη μορφή μόνο συχνοτήτων αλλά και η περαιτέρω επιστημονική σύγχρονη ανάλυση τους.

Λέξεις – Κλειδιά

σύστημα λογαριασμών υγείας, χρόνιες παθήσεις, μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης

Abstract

Aim: This study approached the long-term trends of the Health Accounts System. It assessed the individual health cost assessment indicators and the effectiveness of the HAS with selected outcomes (mortality from chronic diseases).

Methodology: The study was conducted for the years 2009 to 2016 in Greece. Data were derived from Hellenic Statistical Authority, including information on the HAS, as well as from the Eurostat as regards deaths from chronic diseases. Health Finance-HF, Health Provider-HP and Health Care-HC variables were included in the analysis. The multivariate regression model was applied, correlation between the above variables and autocorrelation models were also performed for most variables.

Results: Total funding for health expenditure declined from 2009 to 2014 and increased in 2015 and 2016, while funding for healthcare providers and services has shown different behaviors and trends. Total Health Providers' funding per health activity increased in 2016 for most of the healthcare activities. The rate of change in the mortality rate from chronic diseases for the average of the 28 countries in Europe was negative from 2002 to 2015, while for our country it was positive in 2003 to 2002. It declined in 2014 and was stable in 2013 and 2015, both for Greece and Germany in relation to the 28 European countries.

Conclusions: In conclusion, the implementation of the HAS is an important parameter for the proper utilization of health expenditures. It is not sufficient to study these parameters in the form of only frequencies but also to further proceed with their scientific analysis.

Keywords

health accounts system, chronic diseases, multivariate regression model

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
Abstract.....	6
Περιεχόμενα.....	7,8
Κατάλογος Εικόνων/Σχημάτων.....	9-11
Κατάλογος Πινάκων.....	12-14
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	15.
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16-18
2.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	19-40
2.1 Έννοιες και ορισμοί	19
2.1.1 Στατιστικές Υγείας.....	19
2.1.2 Χρηματοδότηση Υγειονομικής Δαπάνης.....	19
2.1.3 Τρέχουσες δαπάνες υγείας/συνολικές δαπάνες υγείας.....	19
2.2 Ταξινομήσεις απαραίτητες για την κατάρτιση του ΣΛΥ.....	20-21.
2.2.1 Ταξινόμηση ανά φορέα χρηματοδότησης (HF).....	20
2.2.2 Ταξινόμηση ανά προμηθευτή υγείας (HP).....	20
2.2.3 Ταξινόμηση ανά υγειονομική δραστηριότητα (HC).....	21
2.3 Σύντομη ιστορική ανασκόπηση.....	22
2.4 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	23-27
2.5 Δημογραφικά δεδομένα για την Ελλάδα.....	27-37
2.6 Χρόνιες παθήσεις.....	38-40
3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	41-116
3.1 Μεθοδολογία.....	41-43
3.1.1 Περιοχή Μελέτης-Πηγή Δεδομένων.....	41
3.1.2 Στατιστική ανάλυση.....	41-43
3.2 Αποτελέσματα.....	44-112
3.2.1 Πίνακες συχνοτήτων-Γραφήματα, Χρηματοδότηση φορέων για δαπάνες υγείας.....	44-52

3.2.2 Πίνακες συχνοτήτων-Γραφήματα, Χρηματοδότηση φορέων στους προμηθευτές Αγαθών και υπηρεσιών υγείας.....	53-80
3.2.3. Πίνακες συχνοτήτων-Γραφήματα, Χρηματοδότηση Προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική Δραστηριότητα	81-100
3.2.4. Θνησιμότητα από Χρόνιες Παθήσεις, 2009-2016.....	101-105
3.2.5 Συσχετίσεις μεταξύ εισροών εκροών.....	106-108
3.2.6.Μοντέλοπολλαπλήςπαλλινδρόμησης.....	109
3.2.7.Ποιοτικά χαρακτηριστικά μεταβλητών.....	109-112
3.3 Συζήτηση.....	113-116
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117-120

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ/ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Χάρτης 2.1. Νομοί της Ελλάδας.....	28
Χάρτης 2.2. Χρήσεις γης, Ελλάδα.....	29
Γράφημα 2.1.Πληθυσμός(σε εκατομμύρια) και Δείκτης Γήρανσης της Χώρας 1951 -2011 και 2017.....	31
Γράφημα 2.2.Εισερχόμενοι-Εξερχόμενοι μετανάστες 1991-2016.....	32
Γράφημα 2.3.Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού της χώρας για τα έτη 1951-2011 και 2017.....	33
Γράφημα 2.4.Γεννήσεις ζώντων-θάνατοι για τα έτη 1932-2016.....	34
Γράφημα 2.4.Θάνατοι κατά φύλο και ομάδες ηλικιών για το έτος 2016.....	35
Γράφημα 2.5.Θάνατοι βρεφών ηλικίας κάτω του έτους-γεννήσεις νεκρών ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων.....	36
Γράφημα 2.6. Γενική κατάσταση υγείας. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά μεγάλη γεωγραφική περιοχή της Χώρας, 2009, 2014.....	38
Γράφημα 2.7. Ποσοστό % του πληθυσμού κάθε ομάδας ηλικιών με χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, 2014.....	39
Γράφημα 3.1. Συνολική Χρηματοδότηση ανά φορέα για τα έτη 2009-2016.....	45
Γράφημα 3.2. Τάση χρηματοδότησης φορέων για την υγεία, 2009-2016.....	46
Γράφημα 3.3. Ποσοστιαία συμμετοχή φορέα για τις δαπάνες υγείας, 2009-2016.....	48
Γράφημα 3.4.Τάση Ρυθμού Μεταβολής συνολικής χρηματοδότησης ανά φορέα,2009-2016.....	50
Γράφημα 3.5.Ρυθμός μεταβολής συνολικής χρηματοδότησης ανά φορέα,2009-2016...51	
Γράφημα 3.6. Τάση της Χρηματοδότηση Γενικής Κυβέρνησης και ΟΚΑ (Δημόσια δαπάνη) στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016 (σε εκατ. Ευρώ).....	54
Γράφημα 3.7. Ρυθμός Μεταβολής της δημόσιας χρηματοδότησης στους προμηθευτές αγαθών, 2009-2016.....	56
Γράφημα 3.8. Τάση Δημόσιας χρηματοδότησης της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	58
Γράφημα 3.9. Ρυθμός Μεταβολής Δημόσιας χρηματοδότησης της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	60

Γράφημα 3.10. Τάση Δημόσιας χρηματοδότησης του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας(σε εκ. ευρώ), 2009-2016.....	62.
Γράφημα 3.11. Ρυθμός Μεταβολής της Δημόσιας χρηματοδότησης του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας(σε εκ. ευρώ), 2009-2016.....	64
Γράφημα 3.12 Τάση της Χρηματοδότησης του Ιδιωτικού τομέα στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-1016.....	66
Γράφημα 3.13. Ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης του Ιδιωτικού τομέα (σε εκ.ευρώ), στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	68
Γράφημα 3.14. Τάση χρηματοδότησης Ιδιωτικής ασφάλισης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκ.ευρώ), 2009-2016.....	70
Γράφημα 3.15. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης της Ιδιωτικής ασφάλισης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	72
Γράφημα 3.16. Τάση χρηματοδότησης από Ιδιωτικές πληρωμές (σε εκ.ευρώ) στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	74
Γράφημα 3.17. Ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης από ιδιωτικές πληρωμές σε προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	76
Γράφημα 3.18. Χρηματοδότηση από λοιπές δαπάνες (σε εκ.ευρώ) για προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας,2009-2016.....	77
Γράφημα 3.19. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης από λοιπές δαπάνες των προμηθευτών και υπηρεσιών υγείας,2009-2016.....	78
Γράφημα 3.20.Τάση Χρηματοδότησης προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκ. ευρώ),2009-2016.....	80
Γράφημα 3.21. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα,2009-2016.....	82
Γράφημα 3.22 Τάση Χρηματοδότησης Νοσοκομείων (σε εκ. ευρώ) ανά υγειονομική δραστηριότητα,2009-2016.....	84
Γράφημα 3.23. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης των Νοσοκομείων ανά υγειονομική δραστηριότητα,2009-2016.....	86
Γράφημα 3.24.Τάση της Χρηματοδότησης Δομών νοσηλευτικής φροντίδας σε υγειονομικές δραστηριότητες (σε εκ.ευρώ),2009-2016.....	87
Γράφημα 3.25 Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης Δομών νοσηλευτικής φροντίδας σε υγειονομικές δραστηριότητες ,2009-2016.....	89

Γράφημα 3.26. Τάση χρηματοδότησης από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκ.ευρώ), 2009-2016.....	91
Γράφημα 3.27. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	93
Γράφημα 3.28. Τάση Χρηματοδότησης Προμηθευτών Βοηθητικών υπηρεσιών (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	94
Γράφημα 3.29. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης Προμηθευτών Βοηθητικών υπηρεσιών για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	95
Γράφημα 3.30. Τάση χρηματοδότησης Εμπόρων Λιανικής (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	96
Γράφημα 3.31. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης Εμπόρων Λιανικής για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	97
Γράφημα 3.32. Τάση χρηματοδότησης φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιπών φορέων (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	98
Γράφημα 3.33. Ρυθμός Μεταβολής χρηματοδότησης φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιπών φορέων για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	100
Γράφημα 3.34. Τάση Προτυποποιημένου δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις (ανά 100.000 κατ.), σε επιλεγμένες χώρες, 2002-2015.....	102
Γράφημα 3.35. Τάση συνολικής Χρηματοδότηση για Δαπάνες υγείας ,ως ποσοστό ΑΕΠ, 2009-2016.....	103
Γράφημα 3.36. Ρυθμός μεταβολής για τον Προτυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις (ανά 100.000 κατ.), σε επιλεγμένες χώρες, 2002-2015.....	105
Εικόνα 3.1. Αποτελέσματα από correlation μεταξύ των εισροών.....	108
Εικόνα 3.2. Αποτελέσματα autocorrelation μεταβλητών επιλεγμένων μεταβλητών ανάλυσης.....	111
Εικόνα 3.3. Μοντέλο δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις.....	112

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1.Υπόμνημα , Χρήσεις Γης-Ελλάδα.....	30
Πίνακας 2.2 Δημογραφικοί δείκτες 2011-2016, Ελλάδα.....	37
Πίνακας 3.1. Συνολική Χρηματοδότηση ανά φορεα για τα έτη 2009-2016(σε εκατ.ευρώ).....	44
Πίνακας 3.2. Ποσοστιαία συμμετοχή φορέα για τις δαπάνες υγείας (σε εκατ. ευρώ).47	
Πίνακας 3.3. Ρυθμός Μεταβολής της συνολικής χρηματοδότησης ανά φορέα,2009-2016.	49
Πίνακας 3.4. Χρηματοδότηση Γενικής Κυβέρνησης και ΟΚΑ (Δημόσια δαπάνη),στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016 (σε εκατ. Ευρώ).....	53
Πίνακας 3.5. Ρυθμός Μεταβολής της δημόσιας χρηματοδότησης στους προμηθευτές αγαθών, 2009-2016.....	55
Πίνακας 3.6. Δημόσια χρηματοδότηση της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	57
Πίνακας 3.7. Ρυθμός Μεταβολής Δημόσιας χρηματοδότησης της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	59
Πίνακας 3.8. Δημόσια χρηματοδότηση του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας(σε εκ. ευρώ), 2009-2016.....	61
Πίνακας 3.9. Ρυθμός Μεταβολής της Δημόσιας χρηματοδότησης του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας(σε εκ. ευρώ), 2009-2016.....	63
Πίνακας 3.10.Χρηματοδότηση του Ιδιωτικού τομέα στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας(σε εκ ευρώ), 2009-1016.....	65
Πίνακας 3.11.Ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης του Ιδιωτικού τομέα (σε εκ.ευρώ), στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	67
Πίνακας 3.12. Χρηματοδότηση Ιδιωτικής ασφάλισης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκ.ευρώ), 2009-2016.....	69
Πίνακας 3.13. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης της Ιδιωτικής ασφάλισης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	71
Πίνακας 3.14. Χρηματοδότηση από Ιδιωτικές πληρωμές (σε εκ.ευρώ) στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	73

Πίνακας 3.15.Ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης από ιδιωτικές πληρωμές σε προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016.....	75
Πίνακας 3.16.Χρηματοδότηση από λοιπές δαπάνες (σε εκ.ευρώ) για προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας,2009-2016.....	77
Πίνακας 3.17.Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης από λοιπές δαπάνες των προμηθευτών και υπηρεσιών υγείας,2009-2016.....	78
Πίνακας 3.18. Χρηματοδότηση προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκ. ευρώ), 2009-2016.....	79
Πίνακας 3.19. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	81
Πίνακας 3.20.Χρηματοδότηση Νοσοκομείων (σε εκ. ευρώ) ανά υγειονομική δραστηριότητα,2009-2016.....	83
Πίνακας 3.21.Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης των Νοσοκομείων ανά υγειονομική δραστηριότητα,2009-2016.....	85
Πίνακας 3.22. Χρηματοδότηση Δομών νοσηλευτικής φροντίδας σε υγειονομικές δραστηριότητες (σε εκ.ευρώ),2009-2016.....	87
Πίνακας 3.23.Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης Δομών νοσηλευτικής φροντίδας σε υγειονομικές δραστηριότητες ,2009-2016.....	88
Πίνακας 3.24. Χρηματοδότηση από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκ.ευρώ), 2009-2016.....	90
Πίνακας 3.25.Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	92
Πίνακας 3.26. Χρηματοδότηση Προμηθευτών Βοηθητικών υπηρεσιών (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	94
Πίνακας 3.27.Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης Προμηθευτών Βοηθητικών υπηρεσιών για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	95
Πίνακας 3.28 Χρηματοδότηση Εμπόρων Λιανικής (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	96
Πίνακας 3.29.Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης Εμπόρων Λιανικής για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	97
Πίνακας 3.30. Χρηματοδότηση φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιπών φορέων (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	98

Πίνακας 3.31. Ρυθμός Μεταβολής χρηματοδότησης φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιπών φορέων για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016.....	99
Πίνακας 3.32. Προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις (ανά 100.000 κατ.), σε επιλεγμένες χώρες, 2002-2015.....	101
Πίνακας 3.33. Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες υγείας ,ως ποσοστό ΑΕΠ, 2009-2016.....	103
Πίνακας 3.34. Ρυθμός μεταβολής για τον Προτυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις (ανά 100.000 κατ.), σε επιλεγμένες χώρες, 2002-2015.....	104

Συνομογραφίες & Ακρωνύμια

ΣΛΥ	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
ΕΚ	Ευρωπαϊκό Κανονισμό
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΟΚΑ	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
ΗF	Health Financing (φορέα χρηματοδότησης)
ΗP	Health Provider (προμηθευτή υγείας)
ΗC	Health Care (υγειονομική δραστηριότητα)
ΕΟΠ	Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΦΕΤ	Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
SHA 2011	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2011
NAM	Εθνική Ιατρική Ακαδημία
NHA	Εθνικό Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ΡΗΑ	Περιφερειακό Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
ΡΜ	Ρυθμός μεταβολής

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι σημαντικό για όλες τις χώρες να καταγράψουν με ακρίβεια και διαχρονικά το συνολικό ύψος της χρηματοδότησης για την υγειονομική δαπάνη, την κατεύθυνση της στους επιμέρους υποτομείς του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας (εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, νοσοκομειακή κλπ) και την επιβάρυνση κάθε χρηματοδοτικού φορέα (π.χ Υπουργείο Υγείας, Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, Νοικοκυριά κλπ). Η παραπάνω πληροφορία αναμένεται ότι θα συμβάλλει στην άσκηση αποτελεσματικής πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Το στόχο αυτό εκπληρώνει το ΣΛΥ που η κατάρτιση του επιτρέπει την παροχή αξιόπιστων στοιχείων προς τους Διεθνείς Οργανισμούς και ιδιαίτερα προς τη Eurostat, αφού ο τομέας της υγείας απορροφά περίπου το 8-10% του ΑΕΠ της Ευρωζώνης.

Η παραγωγή των στοιχείων του ΣΛΥ βασίζεται στο νομικό πλαίσιο που απορρέει από από την εφαρμογή του ΕΚ, αριθμ.1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου και του υπό ψήφιση Εφαρμοστικού του Κανονισμού. Η ΕΛΣΤΑΤ υποχρεούται μετά την ψήφιση του παραπάνω Εφαρμοστικού Κανονισμού να αποστέλει τα στοιχεία του ΣΛΥ στη Eurostat και τους Διεθνείς Οργανισμούς (ΟΟΣΑ και ΠΟΥ). Η κατηγοριοποίηση και οι ορισμοί που χρησιμοποιούνται στο ΣΛΥ ακολουθούν το Διεθνές Σύστημα Κατηγοριοποίησης των Λογαριασμών Υγείας – Παρόχων ιατρικής φροντίδας (International Classification of Health Accounts- Providers of health care, ICHA-HP),[1].

Τα παραπάνω στοιχεία προκύπτουν από τις διοικητικές πηγές της χώρας όπως :

- Υπουργείο Υγείας για Γενική κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ
- Υπουργείο Υγείας για ΟΚΑ
- Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες
- ΜΚΟ, Εκκλησία κλπ για λοιπές δαπάνες
- Έρευνα για τα νοικοκυριά

Το ΣΛΥ είναι βασισμένο σε τρεις (3) βασικούς άξονες οι οποίοι αποτυπώνουν:

- Την δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης (Health Financing-HF)
- Την υγειονομική δαπάνη ανά προμηθευτή υγείας (Health Provider-HP)
- Την κατεύθυνση της δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (Health Care-HC)

Το θέμα της παρούσας διατριβής αναφέρεται στο ΣΛΥ στη χώρα μας κατά τα έτη 2009 έως και 2016, έτη Οικονομικής κρίσης. Είναι άραγε το ΣΛΥ ο δρόμος προς αποτελεσματικές πολιτικές υγείας; Θα πρέπει να επισημανθεί ότι πριν το 2009 δεν υπάρχει εικόνα για την Ελλάδα όσο αφορά τους βασικούς άξονες του ΣΛΥ και το 2016 είναι το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν στοιχεία.

Σκοπός της συγκεκριμένης διατριβής είναι η περιγραφή των διαχρονικών τάσεων του ΣΛΥ. Για την υλοποίηση του συγκεκριμένου στόχου τέθηκαν οι παρακάτω επιμέρους στόχοι: 1. Η μελέτη επιμέρους δεικτών αποτίμησης των δαπανών υγείας, 2. Η συζήτηση για την αποτελεσματικότητα του ΣΛΥ με επιλεγμένες εκροές (θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις), 3. Η συμβολή τους στην άσκηση πολιτικών υγείας.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που θα διερευνηθούν ώστε η μελέτη να πετύχει το στόχο της είναι :

- Ποιες είναι οι διαχρονικές τάσεις του ΣΛΥ την περίοδο 2009-2016 στην Ελλάδα;
- Τι συμπεράσματα προκύπτουν από την μελέτη των επιμέρους δεικτών για τις δαπάνες υγείας;
- Μέσω της σύγκρισης των δεικτών δαπανών υγείας με επιλεγμένες εκροές (θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις), ποια η αποτελεσματικότητα του ΣΛΥ;

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από την ΕΛΣΤΑΤ και την Eurostat για τα έτη 2009 έως και 2016. Τα δεδομένα αφορούν τους τρεις άξονες του ΣΛΥ (HF,HP,HC) , όπως αναφέρονται παραπάνω και για τη θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις.

Στη συνέχεια αφού έγινε η συλλογή των δεδομένων σύμφωνα με τους τρεις βασικούς άξονες του ΣΛΥ δημιουργήθηκαν πίνακες και γραφήματα για την απαραίτητη περιγραφική πληροφορία. Μετά έγινε ανάλυση χρονοσειρών σε δεδομένα του ΣΛΥ όπου παρατηρήθηκε η τάση τους και έλεγχος κατανομών με εντοπισμό τυχόν υπαρκτών αλληλεπιδράσεων τους. Έπειτα δημιουργήθηκε μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης για τη συσχέτιση εισροών (χρηματοδότηση) και εκροών(θάνατοι). Τέλος έγινε ανάδειξη ποιοτικών χαρακτηριστικών των υπό εξέταση μεταβλητών όπου κρίθηκε απαραίτητο.

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από το γενικό μέρος στο οποίο αναφέρονται η απαραίτητη θεωρία για την μελέτη και η απαραίτητη διεθνή βιβλιογραφία που σχετίζεται με το θέμα της διατριβής μέσα από σχετικές μελέτες. Στο ειδικό μέρος αναφέρονται οι πηγές άντλησης των δεδομένων, η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων, τα αποτελέσματα που προέκυψαν μετά την ανάλυση, τα συμπεράσματα

και η συζήτηση όπου αναφέρεται η σχέση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την μελέτη αυτή με τα αποτελέσματα άλλων μελετών. Τέλος διατυπώθηκαν κάποιες προτάσεις που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της μελέτης.

2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

2.1 Έννοιες και ορισμοί

2.1.1 Στατιστικές Υγείας

Με τον όρο στατιστικές υγείας περιγράφεται η διαδικασία με την οποία παρέχονται αλλά και χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες αλλά και τα αγαθά υγείας στην Ελλάδα καθώς και τους παρόχους και τις χρηματοδοτικές πηγές [2].

2.1.2 Χρηματοδότηση Υγειονομικής Δαπάνης

Ωρίζεται η χρηματοδότηση για κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας από τους κατοίκους της χώρας ανεξάρτητα από το που λαμβάνει χώρα η κατανάλωση –στο εσωτερικό ή στο εξωτερικό – και ανεξάρτητα από το ποιος είναι ο χρηματοδοτικός φορέας (του εσωτερικού ή του εξωτερικού). Επομένως στους υπολογισμούς θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται οι εισαγωγές και να εξαιρούνται οι εξαγωγές [1].

2.1.3 Τρέχουσες δαπάνες υγείας/συνολικές δαπάνες υγείας

Οι τρέχουσες δαπάνες μετρούν το μέγεθος των οικονομικών πόρων που δαπανώνται από τους κατοίκους της χώρας σε υπηρεσίες και αγαθά υγείας συμπεριλαμβανομένων του κόστους διοίκησης και ασφάλισης.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν τις τρέχουσες δαπάνες υγείας αυξανόμενες από τις δαπάνες του σχηματισμού παγίου κεφαλαίου και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης [2].

2.2 Ταξινομήσεις απαραίτητες για την κατάρτιση του ΣΛΥ

2.2.1 Ταξινόμηση ανά φορέα χρηματοδότησης (HF)

HF1.1 Στον κωδικό αυτό αναφέρονται οι φορείς της Κεντρικής Κυβέρνησης, δηλαδή το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Οικονομικών, το Υπουργείο Παιδείας κλπ καθώς και άλλοι φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης.

HF 1.2 Εδώ συμπεριλαμβάνονται τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, όπως ΕΟΠΠΥ, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, ΤΑΥΤΕΚΩ και ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ (σήμερα ΕΦΚΑ).

HF 2.1 Ιδιωτική ασφάλιση και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες

HF 3.1 Οι πληρωμές των νοικοκυριών . Σε αυτές περιλαμβάνονται οι άμεσες πληρωμές τους όπως προκύπτουν από την ΕΟΠ που περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος υπηρεσιών υγείας π.χ φάρμακα, τη συμμετοχή τους στις δαπάνες που καλύπτονται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση κλπ

HF 2.2 Φιλανθρωπικά ιδρύματα , Εκκλησία της Ελλάδος και ΜΚΟ

HF 2.3 Διάφορες εταιρείες παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών υγείας

HF4 Δαπάνες υγείας που χρηματοδοτούνται από άλλη πηγή χρηματοδότησης

2.2.2 Ταξινόμηση ανά προμηθευτή υγείας (HP)

HP1 Νοσοκομεία (ιδιωτικά και δημόσια)

HP2 Εδώ ανήκουν όλες οι δομές νοσηλευτικής φροντίδας και υποβοηθούμενης διαβίωσης π.χ επανένταξης, ΚΑΠΗ, οίκοι ευγηρίας κλπ

HP3 Άλλοι φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας π.χ κλινικές μιας ημέρας, ιδιωτικά ιατρεία, κέντρα υγείας, διαγνωστικά κέντρα.

HP4 Οι προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών υγείας π.χ κλινικά και διαγνωστικά εργαστήρια , ΕΚΑΒ.

HP5 Οι έμποροι λιανικής και οι άλλοι φορείς παροχής ιατρικών προϊόντων π.χ φαρμακεία, έμποροι λιανικής γυαλιών οράσεως, ακουστικών βαρηκοΐας κλπ

HP6 Παροχή και διοίκηση προϊόντων υγείας

HP7 Οι φορείς που ασχολούνται με τη διοίκηση του τομέα υγείας και την ασφάλιση υγείας π.χ ΕΟΦ, ΕΦΕΤ

HP8 Άλλες βιομηχανίες

HP9 Άλλοι προμηθευτές υγείας

HP0 Όλοι οι φορείς που δεν κατατάσσονται στα παραπάνω

2.2.3 Ταξινόμηση ανά υγειονομική δραστηριότητα (HC)

HC1.1 Εδώ καταγράφονται όλες οι δραστηριότητες ενδο-νοσοκομειακής περίθαλψης που υλοποιούνται σε δημόσια και ιδιωτικά γενικά, ψυχιατρικά και ειδικά νοσοκομεία.

HC1.2 Υπηρεσίες που παρέχονται σε ημερήσια βάση π.χ. δαπάνες αιμοκάθαρσης

HC1.3 Εξω-νοσοκομειακές θεραπευτικές υπηρεσίες που περιλαμβάνουν ιατρικές και παραϊατρικές πράξεις που παρέχονται σε εξωτερικούς ασθενείς. Επίσης υπηρεσίες από κινητές μονάδες περίθαλψης, από ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα.

HC2.1 Ενδο-νοσοκομειακή αποκατάσταση δηλ. ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες που παρέχονται ως φροντίδα αποκατάστασης σε ασθενείς που έχουν εισαχθεί σε κέντρα κλειστής αποκαταστάσης.

HC 2.2 Υπηρεσίες αποκατάστασης που παρέχονται σε ημερήσια βάση

HC3.1 Ενδο-νοσοκομειακή μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα. Εδώ περιλαμβάνονται υπηρεσίες σε εσωτερικούς ασθενείς που χρειάζονται βοήθεια σε συνεχή βάση

HC3.3 Εδώ περιλαμβάνεται η παροχή κατ'οίκον ιατρικής και παραϊατρικής φροντίδας σε ασθενείς που χρειάζονται συνεχή βοήθεια

HC4.1 Υπηρεσίες κλινικών εργαστηρίων

HC4.2 Υπηρεσίες διαγνωστικής απεικόνισης

HC4.3 Υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης

HC5.1 Φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα

HC5.2 Θεραπευτικές συσκευές και άλλα ιατρικά αγαθά διαρκείας π.χ γυαλιά οράσεως, ορθοπεδικές συσκευές, ακουστικά βαρυκοΐας, κλπ

HC6 Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας π.χ υπηρεσίες που σχετίζονται με τη πρόληψη μεταδιδόμενων νοσημάτων, την υγιεινή της εργασίας και όλες οι υπόλοιπες υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

HC7.1 Οι διοικητικές δαπάνες που σχετίζονται με τη λειτουργία του τομέα της υγείας τόσο των Υπουργείων όσο και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

2.3 Σύντομη ιστορική ανασκόπηση

Το πρώτο προσχέδιο για το ΣΛΥ 1.0 δημιουργήθηκε το Δεκέμβριο του 1997 ενώ τον Σεπτέμβριο του 1998 συζητήθηκε το δεύτερο προσχέδιο στον OECD σε Meeting of National Accounts experts. Η δημοσίευση της τελικής έκδοσης του έγινε το 2000.

Για το ΣΛΥ 2011 η έγκριση για τη διαδικασία έγινε το 2006 ενώ η έναρξη των εργασιών ξεκίνησε το 2007. Το 2009 ξεκινά η παγκόσμια διαβούλευση με επαναπροσδιορισμό και το Μάρτιο του 2011 ολοκληρώνεται το τελικό προσχέδιο ώστε τον Οκτώβριο του ίδιου έτους δημοσιεύθηκε. Τον Μάρτιο του 2017 δημοσιεύθηκε η αναθεωρημένη έκδοση του ΣΛΥ 2011.

Το ΣΛΥ 2011, είναι από κοινού έκδοση/πνευματική ιδιοκτησία του ΟΟΣΑ, της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιο Οργανισμού Υγείας. Αποτελεί ένα στατιστικό εγχειρίδιο αναφοράς με έννοιες και ορισμούς για όλα τα συστήματα υγείας. Γίνεται αναλυτικότερος διαχωρισμός μεταξύ τρέχουσας δαπάνης και σχηματισμό κεφαλαίου, η ταξινόμηση είναι με βάση τα χρηματοδοτικά συστήματα και όχι με βάση τον χρηματοδοτικό φορέα. Η ταξινόμηση γίνεται κατά υγειονομική δραστηριότητα και δεν εμφανίζεται πλέον η ταξινόμηση κατά δημόσιο ή ιδιώτη πάροχο.

Ισχύει ο εφαρμοστικός κανονισμός (ΕΚ) αριθ.1338/2008 και η αποστολή στατιστικών στοιχείων με την εφαρμογή του κανονισμού γίνεται υποχρεωτική. Δημιουργείται κοινό ερωτηματολόγιο σχετικό με τις δαπάνες υγείας και αποστέλονται στοιχεία σε ΟΟΣΑ, ΕΕ, ΠΟΥ.

Το ΣΛΥ στην Ελλάδα εφαρμόζεται σε ετήσια βάση από την ΕΛΣΤΑΤ, βάση του ΣΛΥ 2011. Τον Ιούνιο 2012 το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών ανέλαβε την εκπόνηση μελέτης δαπανών υγείας σύμφωνα με σύστημα ΟΟΣΑ, βάσει του από 29/12/2010 σχετικού Μνημονίου Συνεργασίας μεταξύ της ΕΛΣΤΑΤ, του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η ΕΛΣΤΑΤ παρέλαβε το ολοκληρωμένο έργο του Πανεπιστημίου τον Ιανουάριο του 2013. Μέχρι τον Μάρτιο του 2015 ήταν σε εθελοντική βάση η αποστολή στοιχείων στην ΕΕ, ΟΟΣΑ και στον ΠΟΥ ενώ από το 2015 και μετά η αποστολή στοιχείων έγινε υποχρεωτική (άρθρο του Ευρωπαϊκού Κανονισμού 1338/2008).

2.4 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν σημαντικό μέρος της παγκόσμιας οικονομίας. Το μερίδιο των πόρων που διατίθεται παγκοσμίως στην υγεία αυξάνεται ταχύτερα από ποτέ [3] και οι δαπάνες ανά άτομο για την υγεία αυξάνονται σχεδόν σε όλες τις χώρες. Στην Αμερική οι προσπάθειες χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας έχουν σημαντικά βελτιώσει την υγεία των Αμερικανών. Η χρηματοδότηση όμως αυτή κρίνεται εντελώς ανεπαρκής από τους ειδικούς [4] και ένας από τους βασικούς λόγους που έχει παρεμποδιστεί είναι η έλλειψη συγκρίσιμων δεδομένων σχετικά με τις δαπάνες στις διάφορες δραστηριότητες υγείας [5;6;7]. Χωρίς λεπτομερή συγκρίσιμα συστήματα χρηματοοικονομικών δεδομένων για τη δημόσια υγεία οι ηγέτες δεν διαθέτουν τις απαραίτητες πληροφορίες για την πληρη κατανόηση της αξίας των δράσεων για την δημόσια υγεία [5]. Για το λόγο αυτό η NAM εξετάζει την ανάπτυξη ενός ομοιόμορφου χάρτη για τους οργανισμούς δημόσιας υγείας σε όλα τα επίπεδα, ώστε να μπορεί να δημιουργεί οικονομικές ροές μεταξύ των κρατικών, τοπικών και ομοσπονδιακών προγραμμάτων ως ένα βασικό συστατικό για ένα υγιές σύστημα δημόσιας υγείας [6, p.20].

Η περίοδος μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο γνώρισε γρήγορη αύξηση των δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ. Υπήρχε όμως έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τα αίτια και την έκταση των δαπανών για την υγεία. Μόνο περιορισμένα στοιχεία ήταν διαθέσιμα για τη σύγκριση μεταξύ των χωρών και έτσι ήταν δύσκολο να περιοριστούν οι λόγοι για τους οποίους υπήρχαν διαφορές μεταξύ των χωρών για τις δαπάνες για την υγεία. Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 το αυξανόμενο κόστος του πετρελαίου οδήγησε σε ανησυχία για τις δημόσιες δαπάνες τις περισσότερες χώρες. Στη δεκαετία του 1980, τόσο η Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και ο ΟΟΣΑ έκαναν μια προσπάθεια να εναρμονιστούν σ' ένα κοινό λογιστικό σύστημα [8]. Η αναθεωρημένη έκδοση λαμβάνει υπόψη την δομή των υγειονομικών συστημάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες [1].

Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες ακολούθησαν την αναθεωρημένη έκδοση του SHA. Χώρες στον Αραβικό κόσμο όπως η Αίγυπτος, η Συρία, ο Λίβανος και η Ιορδανία κάνουν προσπάθειες για την θεσμοθέτηση του NHA στα συστήματα υγείας του. Οι υπουργοί υγείας των χωρών συνεργασίας του κόλπου έχουν υιοθετήσει τη Διακήρυξη του Αλ-Μανάμα (9-10th January. 2013), σχετικά με τη χρηματοδότηση των συστημάτων

υγείας ως διεθνή και περιφερειακή διακήρυξη η οποία περιείχε εμπεριστατωμένη ανασκόπηση των συστημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διαφόρων συνιστωσών τους για τον εντοπισμό ισχυρών σημείων, αδυναμιών, προκλήσεων και ευκαιριών [9].

Η ζήτηση για την δημιουργία ΝΗΑ στην Σαουδική Αραβία όπως τονίστηκε στα διάφορα φόρουμ και ο κύριος στόχος για τη δημιουργία του είναι να παρέχει λεπτομερή εκτίμηση των εθνικών δαπανών για την υγεία στις οποίες θα περιλαμβάνονται τόσο οι δημόσιες όσο και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Το σχέδιο δράσης τους καθορίζει διάφορα καθήκοντα που πρέπει να ολοκληρωθούν, στρατηγικές και δράσεις για την επίτευξη κάθε έργου, αναθέτοντας ευθύνες στα μέλη κάθε ομάδας και το χρονοδιάγραμμα για κάθε δράση. Οι αρχικές εργασίες περιλαμβάνουν διοργάνωση εργαστηρίων υπεύθυνων για τη λήψη αποφάσεων, ενδιαφερομένων σχετικά με τη σπουδαιότητα του ΝΗΑ και τη σημασία του στη χάραξη πολιτικής, διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων, οριστικοποίηση της μεθοδολογίας, ταξινομήσεις δεδομένων, πηγές, σχεδιασμό εργαλείων έρευνας και το σχέδιο συλλογής δεδομένων. Επιπλέον η ιατρική εκπαίδευση και η αγωγή υγείας είναι μία από τις κύριες λειτουργίες του υπουργείου υγείας της χώρας. Για να ικανοποιήσει τη ζήτηση για την εκπαίδευση στην υγεία, μια σειρά ιατρικών, νοσηλευτικών και συναφών σχολείων υγείας έχουν καθιερωθεί σε ολόκληρη τη χώρα. Επί του παρόντος υπάρχουν 20 κολέγια ιατρικής, 17 οδοντιατρικής, 20 φαρμακευτικής, 20 εφαρμοσμένης επιστήμης και 13 κολέγια νοσηλευτικής. Η ετήσια ικανότητα είναι 18.728 φοιτητές ιατρικής, 5.614 στην οδοντιατρική, 9.366 στην φαρμακευτική, 21.369 φοιτητές στις εφαρμοσμένες επιστήμες και 7.614 φοιτητές στη νοσηλευτική κατά τη περίοδο 2014-2025 [10].

Το 2015 οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία (δηλ. εξαιρουμένων των επενδύσεων και υποδομών στον τομέα της υγείας) εκτιμάται ότι ανήλθαν για τις χώρες του ΟΟΣΑ στο 9% του ΑΕΠ τους με λιγότερο από 6% στην Τουρκία, την Λετονία και το Μεξικό ενώ έως 17% περίπου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η εφαρμογή του SHA 2011 έχει οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές στις αναφορές ορισμένων χωρών. Για παράδειγμα η Ιρλανδία, η Ιαπωνία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν εντοπίσει αυξήσεις των δαπανών για την υγεία κυρίως λόγω της εφαρμογής ορίων στη μακροχρόνια περίθαλψη [11;12].

Αυτές οι χώρες έχουν όλες τις δαπάνες για την υγεία πάνω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Μετά από την κατά μέσο όρο αύξηση του κατά κεφαλήν μετξύ 3-5% κατά την πρώτη δεκαετία του 2000 η πραγματική αύξηση των δαπανών για την υγεία επιβραδύνθηκε σημαντικά το 2010. Το 2011 σταθεροποιήθηκε πριν από την ανάπτυξη και το 2012 παρουσιάζει μέτρια ετήσια ανάπτυξη περίπου 1-2%.

Σε ορισμένες χώρες οι δαπάνες για την υγεία επηρεάστηκαν σημαντικά από την οικονομική και κοινωνική κρίση που ξεκίνησε στα τέλη του 2008 όταν πολλές κυβερνήσεις προσπάθησαν να μειώσουν τις δαπάνες για την υγεία σε μια προσπάθεια εξισορρόπησης των δημόσιων προϋπολογισμών. Η μέση ετήσια αύξηση για την κατά κεφαλή υγεία ήταν αρνητική μεταξύ του 2009 και 2015 στην Ελλάδα (-6,6%), στην Πορτογαλία (-2%), στην Ιταλία (-0,7%) και στην Ισπανία (-0,1%). Τα μέτρα για την μείωση των δαπανών για την υγεία περιελάμβαναν το πάγωμα των μισθών για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, αναβάλλοντας την αντικατάσταση των συνταξιούχων εργαζομένων, μειώνοντας τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων, συγχωνεύοντας του φορείς υγείας και άλλα [13;14]. Εκτός της Ευρώπης οι δαπάνες για την υγεία επηρεάστηκαν σε μικρότερο βαθμό έως καθόλου. Η Χιλή και η Κορέα συνέχισαν να παρουσιάζουν ισχυρούς ρυθμούς ανάπτυξης που υπερβαίνουν 5% ετησίως από το 2009. Σε μικρότερη κλίμακα αυτό ισχύει για την Αυστραλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες όπου η ανάπτυξη ήταν χαμηλότερη από την κρίση αλλά εξακολουθεί να είναι κατά μέσο όρο περίπου 2% ετησίως.

Το 2014 περίπου το 73% των σημερινών δαπανών υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ καλύφθηκε από υποχρεωτικά συστήματα είτε κυβερνητικά είτε από υποχρεωτικά συστήματα ασφάλισης που καλύπτονται από κοινωνικά ασφαλιστικά ταμεία είτε από ιδιωτικές ασφάλειες. Σε δώδεκα (12) χώρες αυτή η υποχρεωτική κάλυψη αντιστοιχούσε στο 80% ή και περισσότερο των δαπανών για την υγεία, φθάνοντας το 85% στη Νορβηγία, τη Γερμανία και την Ιαπωνία. Η Κορέα το Μεξικό και οι Ηνωμένες Πολιτείες καταγράφουν λιγότερο από 60% των δαπανών για την υγεία που κυρίως καλύπτονται από εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση και out-of-pocket. Στο Ισραήλ, τη Γαλλία, την Ιρλανδία, τον Καναδά και την Σλοβενία τα συστήματα εθελοντικής υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν προγράμματα εθελοντικής υγειονομικής ασφάλισης, προγράμματα εργοδότη και χρηματοδότηση από μη κερδοσκοπικά ιδρύματα είναι σημαντικά καθεστώτα χρηματοδότησης και αντιπροσωπεύουν το 13-16% των δαπανών για την υγεία [15].

Στις χώρες του ΟΟΣΑ οι δαπάνες out-of-pocket αποτελούν πάνω από το 20% των δαπανών για την υγεία. Στη Γαλλία είναι το μικρότερο ποσοστό (7%) αλλά ξεπερνά το 30% των δαπανών για την υγεία στην Χιλή (33%), στην Ελλάδα (35%), στην Κορέα (37%), στην Λετονία (39%) και στο Μεξικό (41%) θέτοντας ερωτήματα σχετικά με την πληρότητα και την προσβασιμότητα στη κάλυψη στην υγειονομική προσβασιμότητα στις χώρες αυτές. Το 2010 όταν οι ρυθμοί ανάπτυξης παρέμειναν στάσιμες, οι ετήσιοι ρυθμοί

ανόδου ήταν σταθεροί στο 2%. Εν μέρει αυτό αντικατοπτρίζει τη πολιτική που ακολούθησαν ορισμένες κυβερνήσεις να περιορίσουν τα κοινά οφέλη και να μετατοπίσουν περισσότερο την ευθύνη χρηματοδότησης στον ασθενή, όπως συνέβη στην Ισπανία[14]. Από την άλλη πλευρά μπορεί να οφείλεται σε αύξηση εισοδήματος και αγοραστικής δύναμης όπως στην Κορέα.

Το 2014 μόνο δώδεκα χώρες ήταν σε θέση να διακρίνουν τα έσοδα για όλα τα συστήματα χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος των χωρών τους.

Το SHA είναι σημαντικό εργαλείο [16] και σε περιφερειακό επίπεδο βοηθά στη χάραξη πολιτικών υγείας που ως τελικοί χρήστες του [17] αναλύουν τον τομέα της υγείας, διευκολύνεται η κατανόηση της δυναμικής και της χρηματοδότησης στους τομείς της υγείας σε επαρχιακό επίπεδο[16] ώστε να βελτιωθεί η απόδοση των συστημάτων υγείας και οι πολιτικές αποφάσεις [18;19] να οδηγούν σε περσσότερο αποτελεσματική κατανομή των πόρων [20]. Μελέτη των Mehrolihasani et al,[21] αποκάλυψε ότι το μερίδιο των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην επαρχία Kerman του Ιράν ήταν 6,92% ενώ για το Ιράν ήταν 5,83% [22], το 5,4% για τις χώρες χαμηλού εισοδήματος και το 8,5% παγκοσμίως σύμφωνα με τις εκθέσεις του 2008[23].

Τα νέα στοιχεία του ΣΛΥ για την Ιρλανδία δείχνουν ότι οι δαπάνες για την υγεία είναι υψηλότερες από πριν αν και αυτό οφείλεται κυρίως στο τι ορίζεται ως υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και όχι στην αύξηση των δαπανών. Συγκεκριμένα το Ιρλανδικό σύστημα έχει κατηγορηθεί για την απαίτηση περίπου το 60% των ατόμων να πληρώνουν για υπηρεσίες υγείας out-of pocket και για μακρές λίστες αναμονής για νοσοκομειακή περίθαλψη[24]. Το σύστημα υγείας της Ιρλανδίας δεν χρηματοδοτήθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 και 1990 [25] και οι συνέπειες αυτού του προβλήματος εξακολουθούν να γίνονται αισθητές. Για παράδειγμα ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών είναι μειωμένος κατά το 1/6 των κλινών το 1980 παρά την αύξηση του πληθυσμού περίπου κατά το 1/3 και η αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 ετών κατά τα 2/3 την ίδια χρονική περίοδο[25;26;27]. Διεθνή στοιχεία δείχνουν ότι η Ιρλανδία έχει 2,8 νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους σε σχέση με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που είναι 4,8 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους [28]. Τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι ο αριθμός των ιατρών 2,7 ανά 1.000 κατοίκους είναι κάτω του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ που κυμαίνεται σε 3,3 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους[28]. Για να ευθυγραμμιστούν τα στοιχεία αυτά με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ σε ένα πληθυσμό που μόλις ξεπέρασε τα 4,7 εκαταμμύρια κατοίκους θα χρειαζόταν επιπλέον 2.800 ιατρούς και πάνω από 9.000

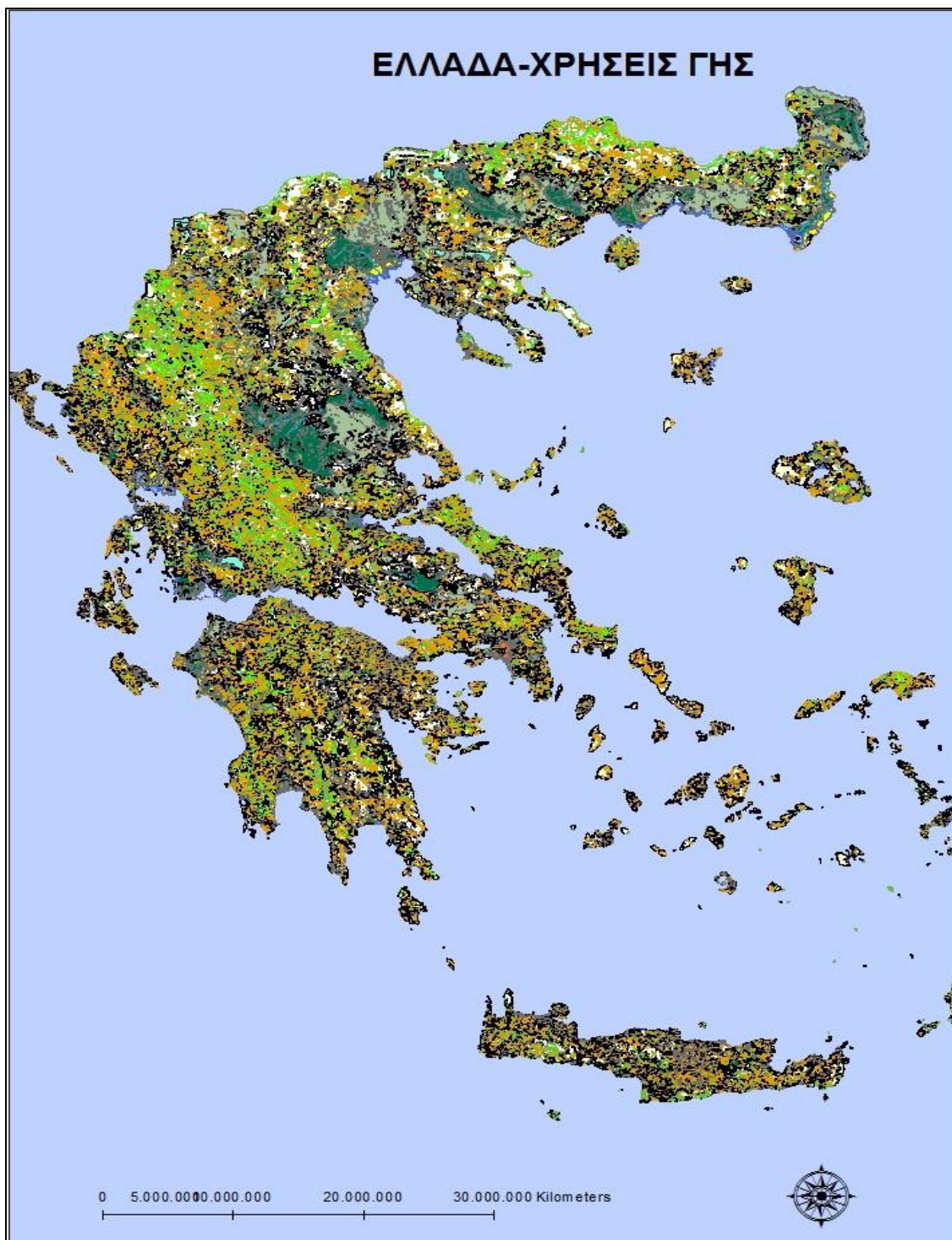
επιπλέον νοσοκομειακά κρεβάτια. Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας εκείνοι που θα εξετασθούν ως δημόσιοι ασθενείς (με ιατρικές κάρτες ή κάρτες επίσκεψης GP) είναι καλύτεροι καθώς δεν αντιμετωπίζουν άμεσο οικονομικό φραγμό πρόσβασης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα στοιχεία δείχνουν ότι πάνω από το ¼ των ατόμων χωρίς ιατρικές κάρτες αναβάλουν την επίσκεψη τους σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας λόγω οικονομικού κόστους σε σύγκριση με λιγότερο από το 5% των ατόμων με ιατρικές κάρτες[29].

Παρόλα αυτά υπάρχουν φωνές όπως η επιστολή του David J Shepherd, γενικού ιατρού που αναφέρεται στο άρθρο του Mercer [30] και τονίζουν ότι χρειάζεται ένα σύστημα κατανομής πόρων που να ανταποκρίνεται στην πολυμορφικότητα σε επίπεδο πρακτικής. Η πολυμορφικότητα ορίζεται ως η συνύπαρξη δύο ή πιο μακροπρόθεσμων συνθηκών στο ίδιο άτομο που γρήγορα εξελίσσεται σε κανόνα σε άτομα με χρόνια ασθένεια. Η πολυμορφία δεν είναι απλά ένα πρόβλημα χρονολογικής γήρανσης αλλά ούτε είναι τυχαία κατανομημένη[31]. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σκωτία σχεδόν 1,8 εκατομμύρια άνθρωποι που παρουσίαζαν πολυμορφικότητα οι περισσότεροι είχαν ηλικία κάτω των 65 ετών από ότι παραπάνω[32] και παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί και σε περιοχές εκτός Ηνωμένου Βασιλείου[33].

2.5 Δημογραφικά δεδομένα για την Ελλάδα

Η Ελλάδα βρίσκεται στη νοτιοανατολική Ευρώπη και στο νοτιότερο άκρο της Βαλκανικής χερσονήσου. Έγινε μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 1981 και το 2002 υιοθέτησε το κοινό νόμισμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το ευρώ. Πρωτεύουσα της η Αθήνα και επίσημη γλώσσα η Ελληνική. Το πολίτευμα της είναι Προεδρευόμενη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία και το Νομοθετικό σώμα είναι η Βουλή των Ελλήνων. Έχει έκταση 131.957 km² και η ακτογραμμή της είναι 14.800 km. Ο πληθυσμός της σύμφωνα με την απογραφή του 2011 ήταν 10.816.286 κάτοικοι και η πυκνότητα ήταν 81,97 κατ/km².

Η διοικητική διαίρεση της Ελλάδας από 1^η Ιανουαρίου του 2011, διαμορφώθηκε σύμφωνα με το πρόγραμμα Καλλικράτης όπως ορίζεται με το Ν.3852/2010. Έτσι η χώρα διαιρείται σε επτά (7) αποκεντρωμένες διοικήσεις, δεκατρείς (13) περιφέρειες και τρακόσιους είκοσι πέντε (325) δήμους. Η Ελλάδα διαιρείται σε 51 Νομούς και το Άγιο Όρος το οποίο είναι αυτοδιοικούμενο (χάρτης 2.1).



Χάρτης 2.2. Χρήσεις γης, Ελλάδα

Πίνακας 2.1. Υπόμνημα , Χρήσεις Γης-Ελλάδα

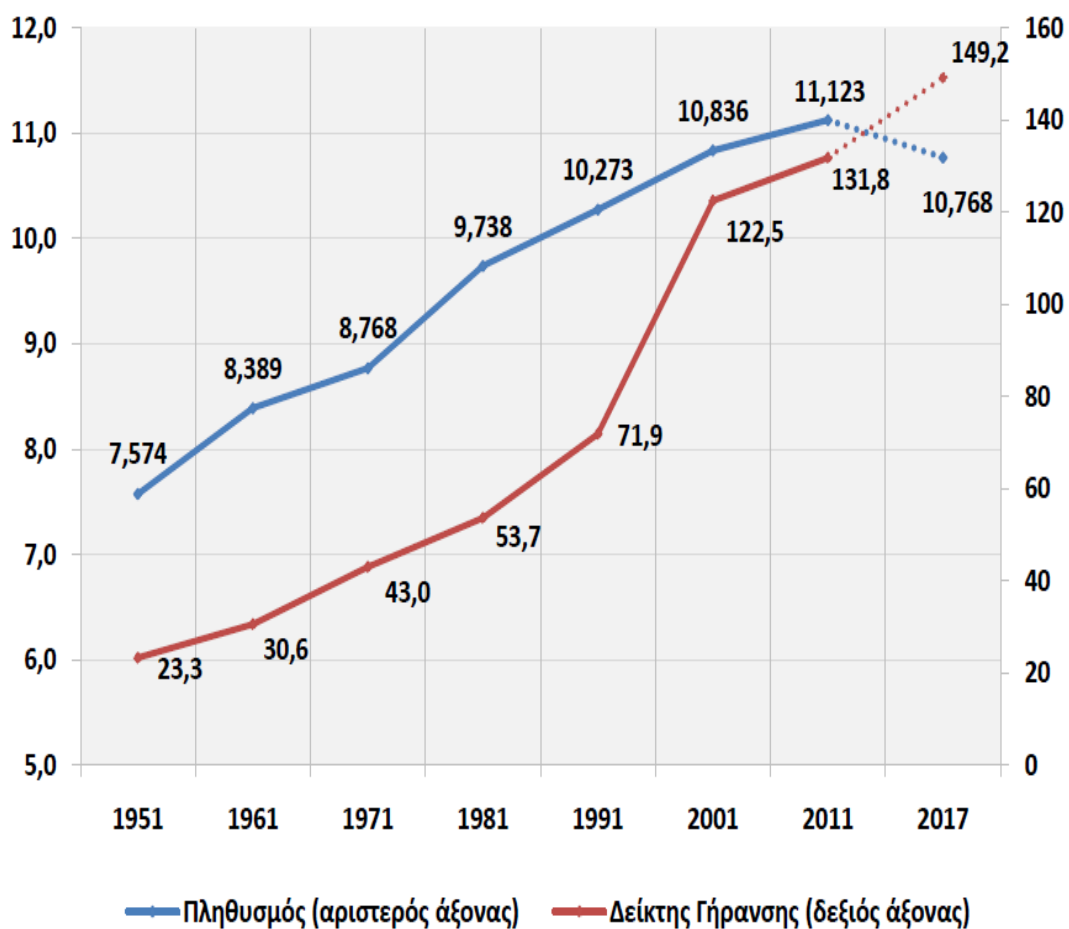
Legend		
CLC2000_POLY_GREECE	ΜΗ ΑΡΔΕΥΟΜΕΝΗ ΑΡΟΣΙΜΗ ΓΗ	ΘΑΜΝΟΙ ΚΑΙ ΧΕΡΣΟΤΟΠΟΙ
<all other values>	ΜΟΝΙΜΑ ΑΡΔΕΥΟΜΕΝΗ ΓΗ	ΣΚΛΗΡΟΦΥΛΛΙΚΗ ΒΛΑΣΤΗΣΗ
DXF_TEXT	ΟΡΥΖΩΝΕΣ	ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΑΣΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΘΑΜΝΩΔΕΙΣ ΕΚΤΑΣΕΙΣ
ΣΥΝΕΧΗΣ ΑΣΤΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ	ΑΜΠΕΛΩΝΕΣ	ΠΑΡΑΛΙΕΣ-ΑΜΜΟΛΟΦΟΙ-ΑΜΜΟΥΔΙΕΣ
ΑΣΥΝΕΧΗΣ ΑΣΤΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ	ΟΠΩΡΟΦΟΡΑ ΔΕΝΤΡΑ ΚΑΙ ΦΥΤΕΙΕΣ ΜΕ ΣΑΡΚΩΔΕΙΣ ΚΑΡΠΟΥΣ	ΑΠΟΓΥΜΝΩΜΕΝΟΙ ΒΡΑΧΟΙ
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΜΠΟΡΙΚΕΣ ΖΩΝΕΣ	ΕΛΑΙΩΝΕΣ	ΕΚΤΑΣΕΙΣ ΜΕ ΑΡΑΗ ΒΛΑΣΤΗΣΗ
ΟΔΙΚΑ ΚΑΙ ΣΙΔΗΡΟΔΡΟΜΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ	ΛΙΒΑΔΙΑ	ΑΠΟΤΕΦΡΩΜΕΝΕΣ ΕΚΤΑΣΕΙΣ
ΖΩΝΕΣ ΛΙΜΕΝΩΝ	ΕΤΗΣΙΕΣ-ΜΟΝΙΜΕΣ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ	ΒΑΛΤΟΙ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΧΩΡΑ
ΑΕΡΟΔΡΟΜΙΑ	ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ	ΠΑΡΑΘΑΛΑΣΣΙΟΙ ΒΑΛΤΟΙ
ΧΩΡΟΙ ΕΞΟΡΥΞΕΩΣ ΟΡΥΚΤΩΝ	ΓΗ ΓΙΑ ΓΕΩΡΓΙΑ ΜΕ ΦΥΣΙΚΗ ΒΛΑΣΤΗΣΗ	ΑΛΥΚΕΣ
ΧΩΡΟΙ ΑΠΟΡΡΙΨΕΩΣ ΑΠΟΡΡΙΜΑΤΩΝ	ΔΑΣΟΣ ΠΛΑΤΥΦΥΛΛΩΝ	ΥΔΑΤΟΡΡΕΥΜΑΤΑ
ΧΩΡΟΙ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣΗΣ	ΔΑΣΟΣ ΚΩΝΟΦΟΡΩΝ	ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ ΣΤΑΣΙΜΟΥ ΥΔΑΤΟΣ
ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΠΡΑΣΙΝΟΥ	ΜΙΚΤΟ ΔΑΣΟΣ	ΠΑΡΑΚΤΙΕΣ ΛΙΜΝΟΘΑΛΑΣΣΕΣ
ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΨΥΧΗΣ	ΦΥΣΙΚΟΙ ΒΟΣΚΟΤΟΠΟΙ	ΕΚΒΟΛΕΣ ΠΟΤΑΜΩΝ

Ο μόνιμος πληθυσμός της χώρας κατά τη 1^η Ιανουαρίου 2017 εκτιμήθηκε σε 10.768.193 άτομα και ήταν μειωμένος κατά 0,14% σε σχέση με τον αντίστοιχο πληθυσμό της 1^{ης} Ιανουαρίου 2016 που ήταν 10.768.748 άτομα (γράφημα 2.1).

Η εξέλιξη αυτή είναι αποτέλεσμα της φυσικής μείωσης του πληθυσμού που ανήλθε σε 25.887 άτομα (92.892 γεννήσεις έναντι 118.785 θανάτων) και της καθαρής μετανάστευσης που ανήλθε σε 10.332 άτομα (116.867 εισερχόμενοι έναντι 106.535 εξερχόμενων μεταναστών)(γράφημα 2.2).

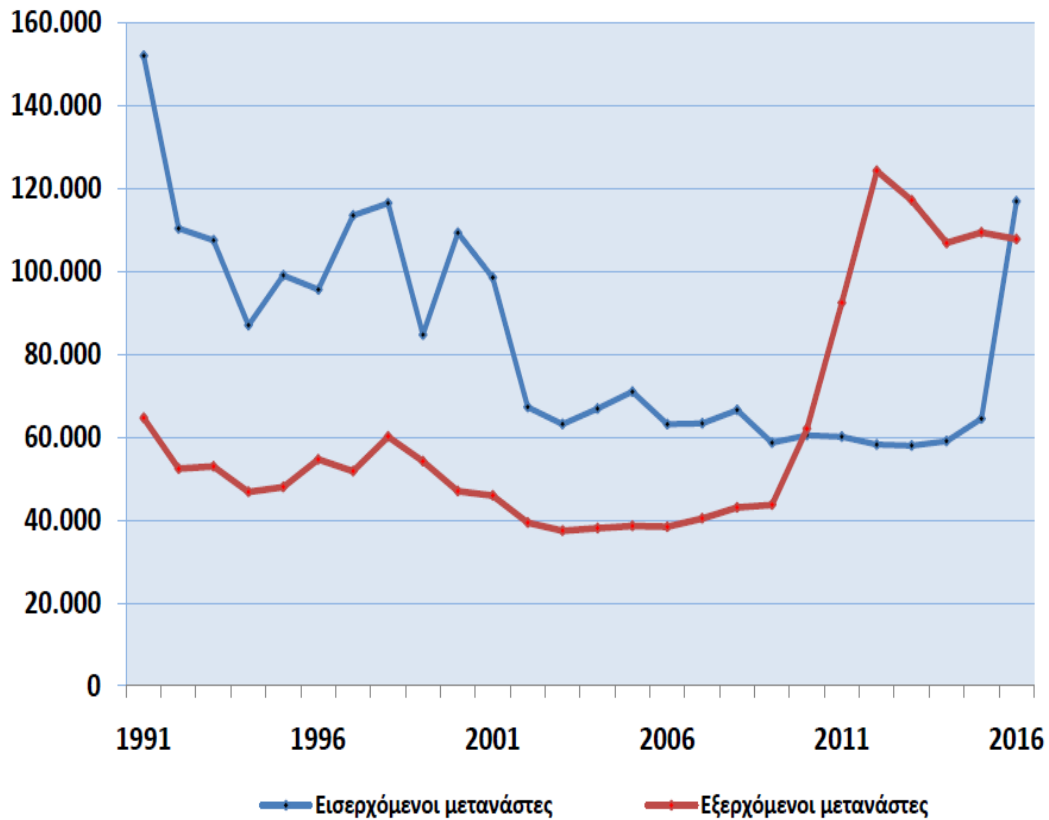
Ο πληθυσμός ηλικίας 0-14 ανήλθε στο 14,4% του συνολικού πληθυσμού ενώ στο 64% ήταν ηλικίας 15-64 ετών και το 21,6% ήταν άνω των 65 ετών(γράφημα 2.3). Ο δείκτης γήρανσης (πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω προς τον πληθυσμό ηλικίας 0-14 ετών) ανήλθε σε 149,2(γράφημα 2.1).

Γράφημα 2.1. Πληθυσμός (σε εκατομμύρια) και Δείκτης Γήρανσης της Χώρας 1951 -2011 και 2017



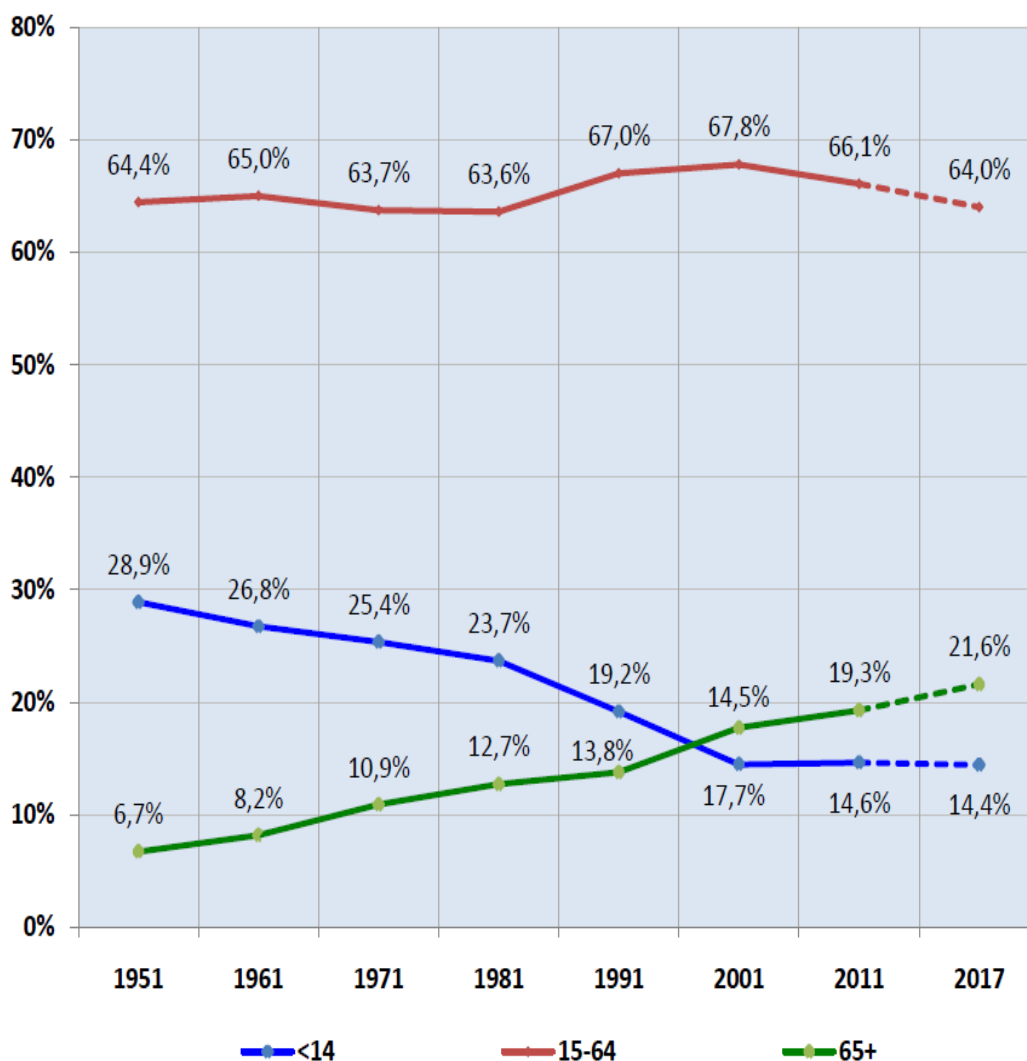
Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Γράφημα 2.2.Εισερχόμενοι-Εξερχόμενοι μετανάστες 1991-2016



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

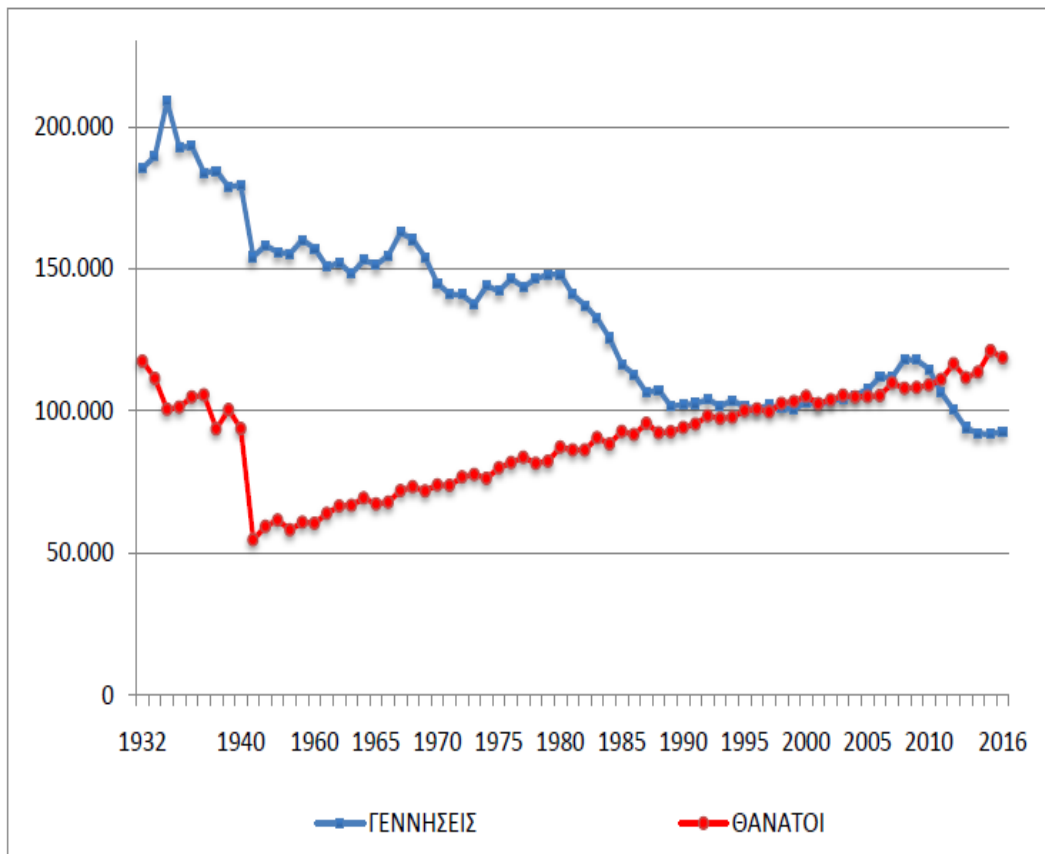
Γράφημα 2.3. Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού της χώρας για τα έτη 1951-2011 και 2017



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Οι γεννήσεις στην Ελλάδα το 2016 ανήλθαν σε 92.898 άτομα καταγράφοντας αύξηση κατά 1,1% σε σχέση με το 2015 που οι γεννήσεις ήταν 91.847 άτομα. Στις γεννήσεις δεν συμπεριλαμβάνονται οι γεννήσεις νεκρών βρεφών οι οποίες το 2016 ήταν αυξημένες κατά 8,6 % σε σχέση με το 2015(339 έναντι 312 το 2015),(γράφημα 2.4).

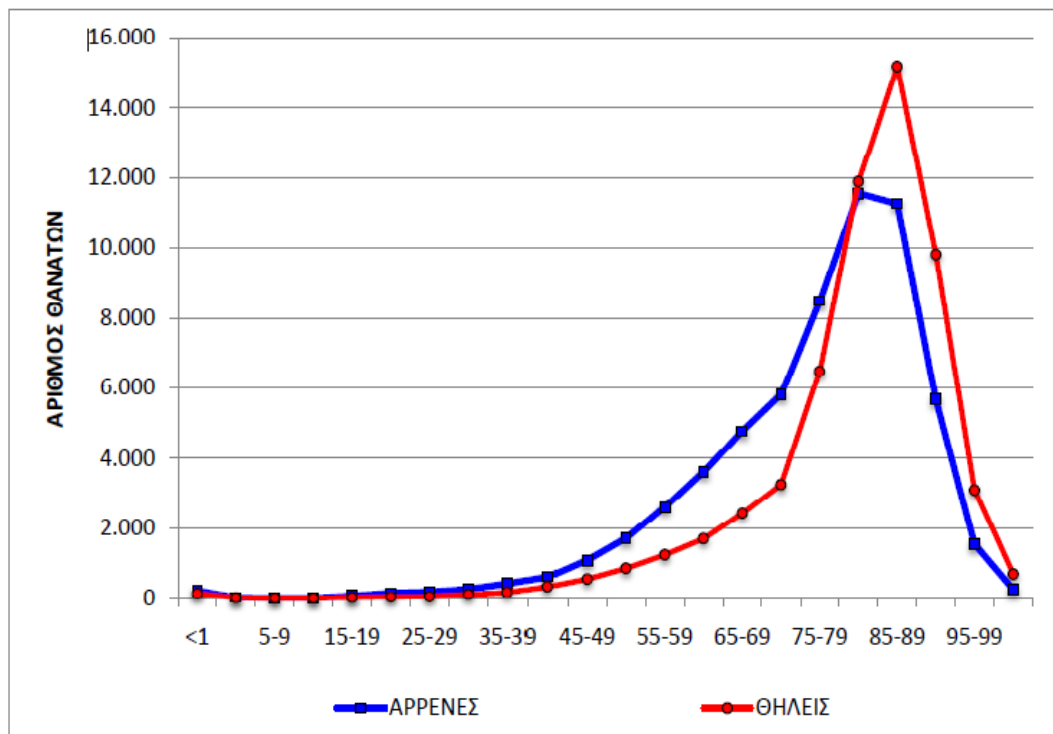
Γράφημα 2.4.Γεννήσεις ζώντων-θάνατοι για τα έτη 1932-2016



Πηγή ΕΛΣΑΤ

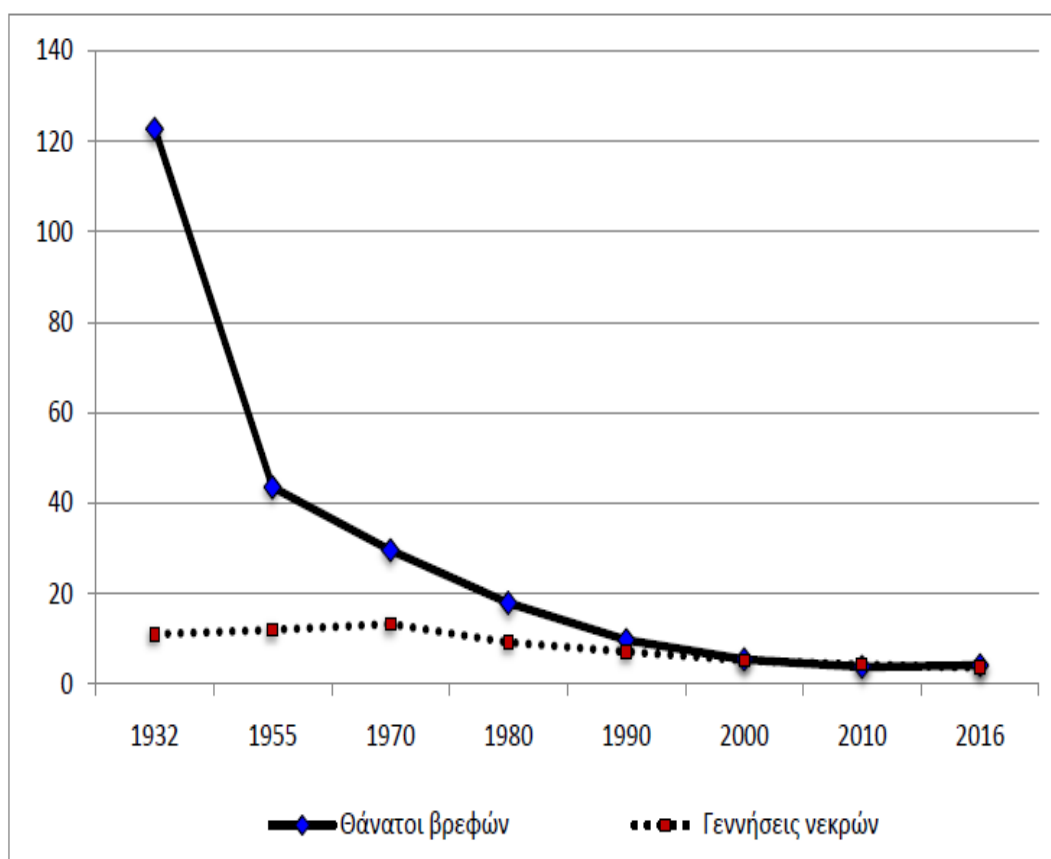
Οι θάνατοι, κατά το 2016, μειώθηκαν κατά 2,0% και ανήλθαν σε 118.792 (60.526 άνδρες και 58.266 γυναίκες) έναντι 121.212 (61.798 άντρες και 59.414 γυναίκες) το 2015(γράφημα2.4). Οι θάνατοι βρεφών ηλικίας κάτω του έτους ανήλθαν σε 387 αυξάνοντας το δείκτη βρεφικής θνησιμότητας (θάνατοι βρεφών ηλικίας κάτω του έτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων) σε 4,2 έναντι 4,0 που ήταν το 2015.

Γράφημα 2.4.Θάνατοι κατά φύλο και ομάδες ηλικιών για το έτος 2016



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Γράφημα 2.5. Θάνατοι βρεφών ηλικίας κάτω του έτους-γεννήσεις νεκρών ανά 1.000 Γεννήσεις ζώντων



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από χαμηλή γεννητικότητα και αύξηση του προσδόκιμου ζωής που οδηγούν στη μείωση των νέων και στη γήρανση του πληθυσμού. Σύμφωνα με τις προβλέψεις των ειδικών η πτωτική τάση των δεικτών αυτών δεν πρόκειται να αλλάξει τουλάχιστον άμεσα[34]. Το σημαντικό είναι ότι θα υπάρξει κατακόρυφη αύξηση του αριθμού των ατόμων άνω των 80 ετών[35].

Η δημογραφική γήρανση έρχεται όταν αυξάνεται η αναλογία των ηλικιωμένων(60 ή 65 ετών και άνω) στον πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των νέων (0-14 ή 0-19 ετών) και ενδεχομένως των ατόμων παραγωγικής διαδικασίας (15-64 ή 20-60

ετών)[36]. Επομένως η δημογραφική γήρανση δεν είναι μόνο η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων αλλά και η αύξηση της αναλογίας τους στον γενικό πληθυσμό[37].

Η μείωση της γεννητικότητας από το 1965 και μετά οδηγεί σε μια ηλικιακή πυραμίδα όλο και στενότερη βάση. Σε όλες τις χώρες ο μέσος όρος παιδιών ανά γυναίκα που εκφράζει τα γονιμότητα κυμαίνεται κάτω του 2,1 που είναι το όριο ασφαλείας για την ανανέωση των γενεών[38]. Στο πίνακα 2.2 αναφέρονται οι δημογραφικοί δείκτες για τη χώρα μας κατά τα έτη 2011-2016.

Πίνακας 2.2 Δημογραφικοί δείκτες 2011-2016, Ελλάδα

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Δείκτης Εξάρτησης	51,8	52,8	53,7	54,5	55,2	55,9
Δείκτης Γήρανσης	132,9	135,4	138,3	141,8	145,5	148,3
Μέση ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση	30,5	30,7	30,9	31,0	31,3	31,3
Δείκτης ολικής γονιμότητας	1,5	1,4	1,3	1,3	1,3	1,4
Ακαθάριστος δείκτης θνησιμότητας	10	10,6	10,2	10,4	11,2	11,0
Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας	3,4	2,9	3,7	3,7	4,0	4,2

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

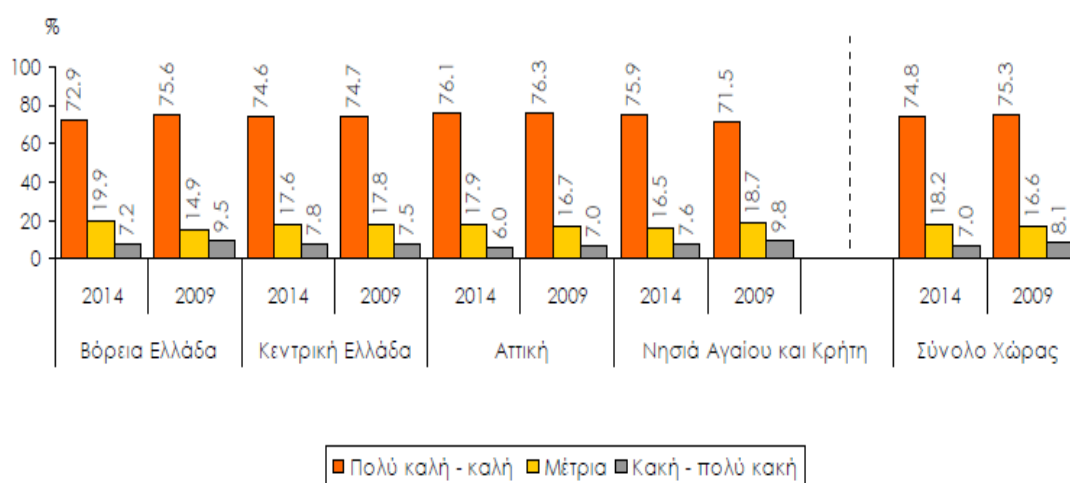
Σύμφωνα με τον πίνακα 2.2 παρατηρείται αύξηση του ακαθάριστου δείκτη θνησιμότητας δηλ. του αριθμού των θανάτων κατά τη διάρκεια του έτους αναφοράς, ανά πληθυσμό 1.000 κατοίκων. Ανησυχητικό είναι η αύξηση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας δηλ. η αναλογία των θανάτων των βρεφών ηλικίας κάτω του 1 έτους, κατά τη διάρκεια του έτους αναφοράς, προς τον αριθμό των γεννήσεων ζώντων, στο ίδιο έτος. Η αναλογία εκφράζεται ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων (πίνακας 2.2).

2.6 Χρόνιες παθήσεις

Σύμφωνα με την δειγματοληπτική έρευνα που διενεργεί η ΕΛΣΑΤ κάθε πέντε (5) έτη για την υγεία του πληθυσμού συγκεντρώνονται αναλυτικές πληροφορίες για την ηλικία του πληθυσμού 15 ετών και άνω.

Η γενική κατάσταση υγείας δηλώνεται αυθόρμητα από τον ίδιο τον ερευνώμενο. Το 74,8% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει πολύ καλή ή καλή υγεία, το 18,2% μέτρια υγεία και το 7,0% κακή ή πολύ κακή υγεία. Τα αποτελέσματα για τα έτη 2009 και 2014 στο σύνολο Χώρας και στις τέσσερις μεγάλες γεωγραφικές περιοχές, παρουσιάζονται στο γράφημα που ακολουθεί (γράφημα 2.6).

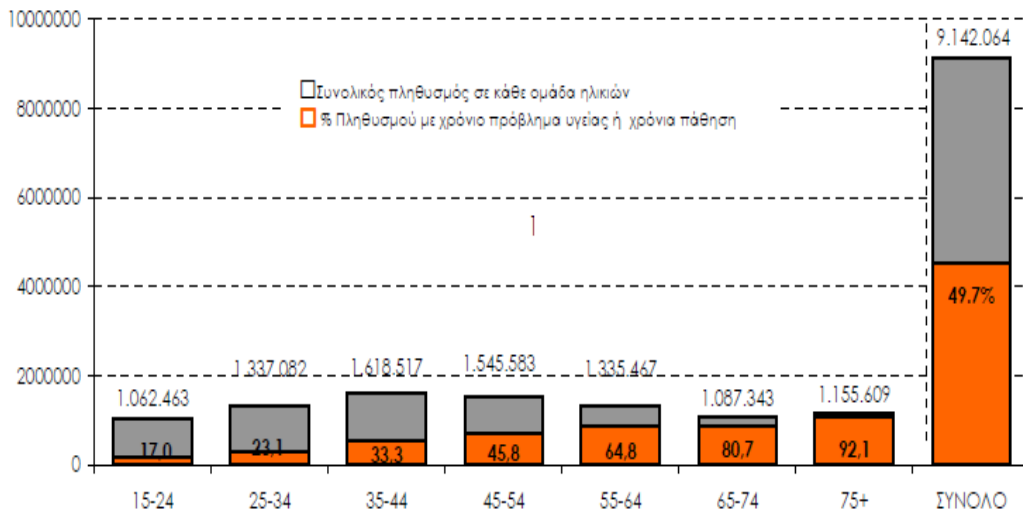
Γράφημα 2.6. Γενική κατάσταση υγείας. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά μεγάλη γεωγραφική περιοχή της Χώρας, 2009, 2014



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού που δηλώνει ότι πάσχει από χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση κατά ομάδες ηλικιών στο σύνολο του πληθυσμού (γράφημα 2.7).

Γράφημα 2.7. Ποσοστό % του πληθυσμού κάθε ομάδας ηλικιών με χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, 2014



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Οι χρόνιες παθήσεις μπορούν να προκύψουν μετά από την εκδήλωση κάποιας ασθένειας [39] και το κοινό τους γνώρισμα είναι η μεγάλη χρονική διάρκεια και συνήθως η μη ολοκληρωτική ίαση του ασθενή. Ως χρόνια ασθένεια ορίζεται μια ιατρικά μη θεραπεύσιμη κατάσταση η οποία όμως δεν οδηγεί απαραίτητα στον θάνατο. Για να οριστεί μια ασθένεια ως χρόνια αρκεί να έχει ένα ή και περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Έχει μεγάλη χρονική διάρκεια (>12 μηνών)
- Είναι μόνιμη
- Υποτροπιάζει ή είναι δυνατόν να υποτροπιάζει
- Δεν υπάρχει αναγνωρισμένη θεραπεία
- Ο ασθενής χρειάζεται ειδική εκπαίδευση ή επανένταξη για να μπορέσει να την αντιμετωπίσει
- Απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση, ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις [39].

Χαρακτηριστικά παραδείγματα χρόνιων παθήσεων είναι η επιληψία, η μεσογειακή αναιμία, το άσθμα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, νευροεκφυλιστικές ασθένειες, ψυχικές

διαταραχές, ασθένειες μεταβολισμού, καρκίνος, διαταραχές όρασης, ακοής, ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση και την εργασία[40].

Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον το 80% των Αμερικανών άνω των 65 ετών πάσχει τουλάχιστον από μία χρόνια ασθένεια και περισσότεροι από το 50% πάσχουν από δύο τουλάχιστον χρόνιες ασθένειες [41].

Επιπλέον έχει υπολογιστεί ότι οι χρόνιες παθήσεις ευθύνονται για το 80% των θανάτων παγκοσμίως και η περίθαλψη των ατόμων με χρόμιες παθήσεις κοστίζει 3,5 φορές περισσότερο από ότι κοστίζει η περίθαλψη ενός άλλου ασθενή και καλύπτουν το 80% των ημερών νοσηλείας στα νοσοκομεία και το 96% των κατ'οίκον νοσηλείας[42].

Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, επηρεάζει τη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή γιατί μπορεί να τον οδηγήσει στη διακοπή αγαπητών του δραστηριοτήτων, να απαιτήσει προσαρμογή σε ιδιαίτερες ανάγκες, στην αγορά ακριβών ιατρικών μηχανημάτων, ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων. Ακόμη και η καθημερινή διαβίωση μπορεί να δυσκολέψει. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε με ασθενείς χρόνιων δυνατών πονοκεφάλων, παρατηρήθηκε μειωμένη απόδοση στην εργασία, ενώ τα άτομα αυτά τρεις έως δεκαπέντε φορές πιθανότερο να διαγνωστούν με κάποια διαταραχή άγχους ή διάθεσης [43].

3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Μεθοδολογία

Σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία όπως αυτή διερευνάται και διατυπώνεται στο γενικό μέρος , η ερευνητική υπόθεση είναι: « Οι διαχρονικές τάσεις του ΣΛΥ στην Ελλάδα, οδηγούν σε αποτελεσματικότερες πολιτικές υγείας»

3.1.1 Περιοχή Μελέτης-Πηγή Δεδομένων

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε για τα έτη 2009 έως και 2016 για την Ελλάδα και τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη προέρχονται από την ΕΛΣΤΑΤ[2] για τα δεδομένα που αφορούν το ΣΛΥ και από την Eurostat [44] για τα δεδομένα που αφορούν τη θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις.

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση ήταν η δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης (Health Financing-HF), η υγειονομική δαπάνη ανά προμηθευτή υγείας (Health Provider-HP) και η κατεύθυνση της δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (Health Care-HC). Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε ως εκροή η θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις για τα αντίστοιχα έτη. Η ερμηνεία των μεταβλητών αυτών έχει αναφερθεί στο γενικό μέρος της μελέτης.

3.1.2 Στατιστική ανάλυση

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα και μέσω αυτών η ερευνητική υπόθεση της μελέτης όπως αυτά διατυπώνονται στην εισαγωγή, η στατιστική ανάλυση αποτελείται από τέσσερα (4) στάδια.

Στο πρώτο στάδιο διαμορφώθηκε σε υπολογιστικό φύλλο excel η βάση δεδομένων ώστε να είναι εφικτή η παραπέρα επεξεργασία των δεδομένων και παρουσιάστηκαν ανά έτος ώστε σε επόμενο στάδιο να επεξεργαστούν τα δεδομένα ως χρονοσειρά.

Στη συνέχεια έγινε η εισαγωγή των δεδομένων από το υπολογιστικό φύλλο excell στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 20 για να πραγματοποιηθεί περιγραφική ανάλυση για κάθε μία μεταβλητή, να γίνει η συσχέτιση μεταξύ τους . Στο τρίτο στάδιο έγινε για κάθε μία μεταβλητή πολλαπλή παλινδρόμηση με την μεταβλητή θνησιμότητα ως εκροή και στο τελευταίο στάδιο αναδεικνύονται τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της υπό μελέτη χρονοσειράς.

Για την συσχέτιση (correlation) χρησιμοποιήθηκε η στατιστική τεχνική **Bootstrap**.

Η Bootstrap τεχνική ανήκει στην κατηγορία των τεχνικών αναδειγματοληψίας. Σύμφωνα με αυτή τη τεχνική επειδή δεν είναι δυνατόν καθημερινά να έχουμε τιμές για τις μεταβλητές που χρειαζόμαστε και που καθημερινά έχουν εισέλθει πολλοί άλλοι παράγοντες, χρησιμοποιείται τυχαίο δείγμα από το υπάρχον και δημιουργείται ένα δείγμα εκκίνησης. Το δείγμα εκκίνησης δεν είναι το ίδιο με τα δεδομένα μας και τέτοια δείγματα εκκίνησης με τη βοήθεια του υπολογιστή δημιουργούνται χιλιάδες. Οι τεχνικές αυτές είναι σχεδόν καινούργιες και πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκαν από τον Bradley Efron το 1979. Το όνομα Bootstrap, προέρχεται από τη φράση “ **To lift himself up by his bootstraps.**” που θεωρείται αδύνατον να σηκωθεί κάποιος στον αέρα τραβώντας κομμάτια από δέρμα στις μπότες του[45].

Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης (multiply linear regression) με μία εξαρτημένη μεταβλητή και πολλές ανεξάρτητες είναι ένα προβλεπτικό μοντέλο. Επομένως πρέπει να αναζητηθεί μία συνάρτηση πρόβλεψης ή αλλιώς μια εξίσωση πρόβλεψης η οποία να μπορεί να προβλέψει τις τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής με βάση τις τιμές των ανεξάρτητων μεταβλητών. Αναζητούμε τη λεγόμενη γραμμή παλινδρόμησης (regression line) ή αλλιώς γραμμή πρόβλεψης (prediction line) η οποία δεν είναι απαραίτητα η οποία κατορθώνει να συσπειρώσει γύρω της το μεγαλύτερο μέρος των σημείων σ’ ένα διάγραμμα διασποράς. Όμως η γραμμή που ταιριάζει καλύτερα στα δεδομένα μας (best-fitting line) μπορεί και πρέπει να έχει μαθηματικά χαρακτηριστικά. Ελαχιστοποιεί το άθροισμα των τετραγώνων των τετραγώνων των αποκλίσεων των σημείων από αυτήν. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των παραμέτρων αυτής της παλινδρομικής εξίσωσης ονομάζεται μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων. Με την μέθοδο αυτή το άθροισμα των τετραγώνων d των παρατηρούμενων σημείων (x, y) από την ευθεία γίνεται ελάχιστο[46].

Για την θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις χρησιμοποιήθηκε ο προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας χρόνιων παθήσεων ο οποίος δημιουργήθηκε, διαιρώντας τον αριθμό των ατόμων κάτω των 65 που πεθαίνουν λόγω χρόνιας ασθένειας προς τον συνολικό πληθυσμό κάτω των 65 ετών. Στη συνέχεια η τιμή αυτή σταθμίστηκε ως προς ένα Ευρωπαϊκό πρότυπο πληθυσμό, ώστε να είναι συγκρίσιμα τόσο μεταξύ των χωρών όσο και ανεξάρτητα από διαφορετικές ηλικιακές δομές των πληθυσμών. Ο θάνατος από χρόνιες παθήσεις θεωρείται πρόωρος αν εμφανιστεί πριν από την ηλικία των 65 ετών. Οι χρόνιες ασθένειες που περιλαμβάνονται στον δείκτη είναι κακοήγη νεοπλασμάτα, σακχαρώδης διαβήτης, ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις,

«Γεωργία Πιστόλλα», «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της Οικονομικής κρίσης, 2009-2016. Ο δρόμος προς αποτελεσματικές πολιτικές υγείας;»

χρόνιες παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού και χρόνιες ηπατικές παθήσεις. Ο δείκτης αυτός αναφέρεται σε 100.000 άτομα κάτω των 65 ετών.

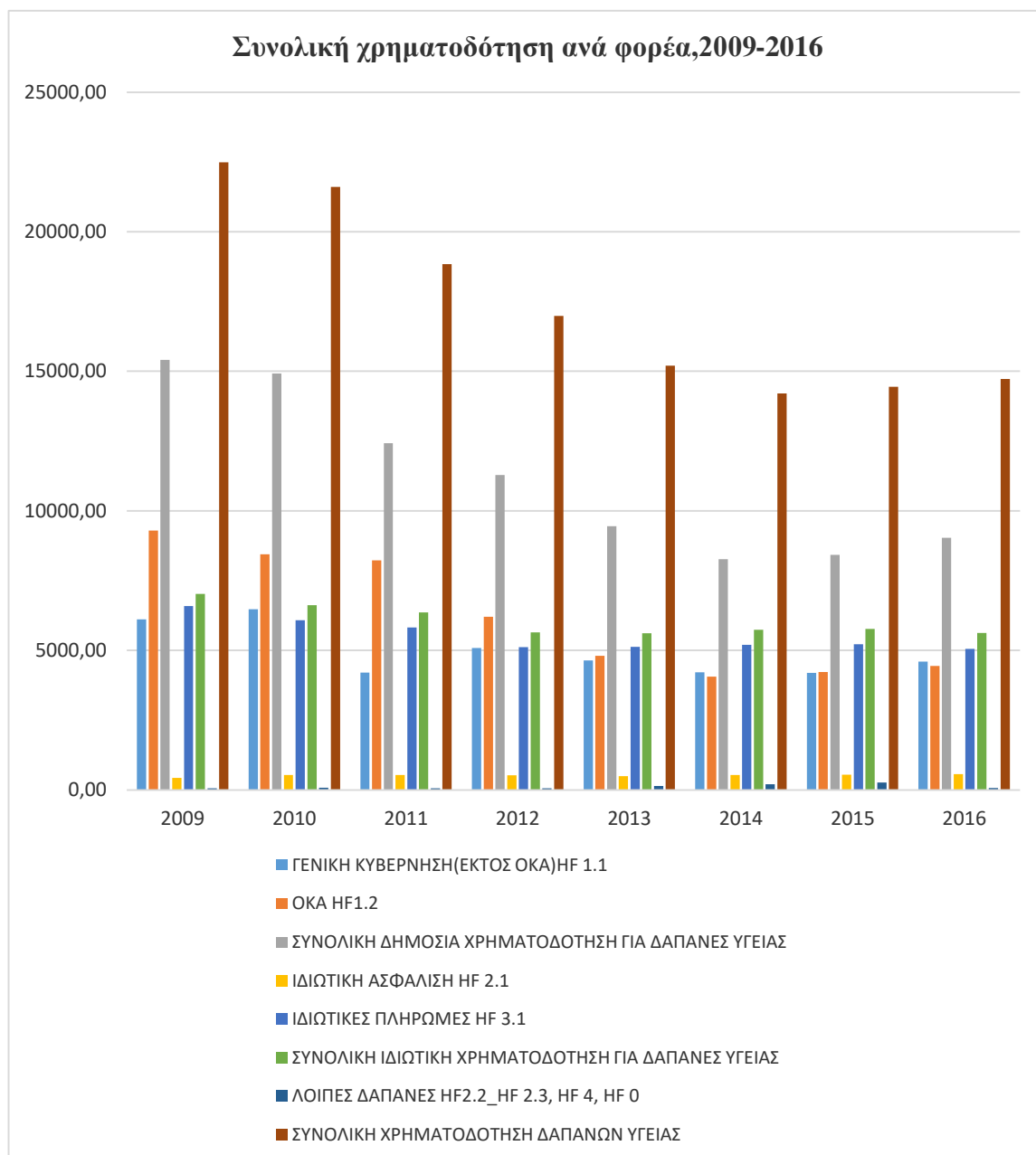
3.2 Αποτελέσματα

3.2.1 Πίνακες συχνοτήτων-Γραφήματα, Χρηματοδότηση φορέων για δαπάνες υγείας

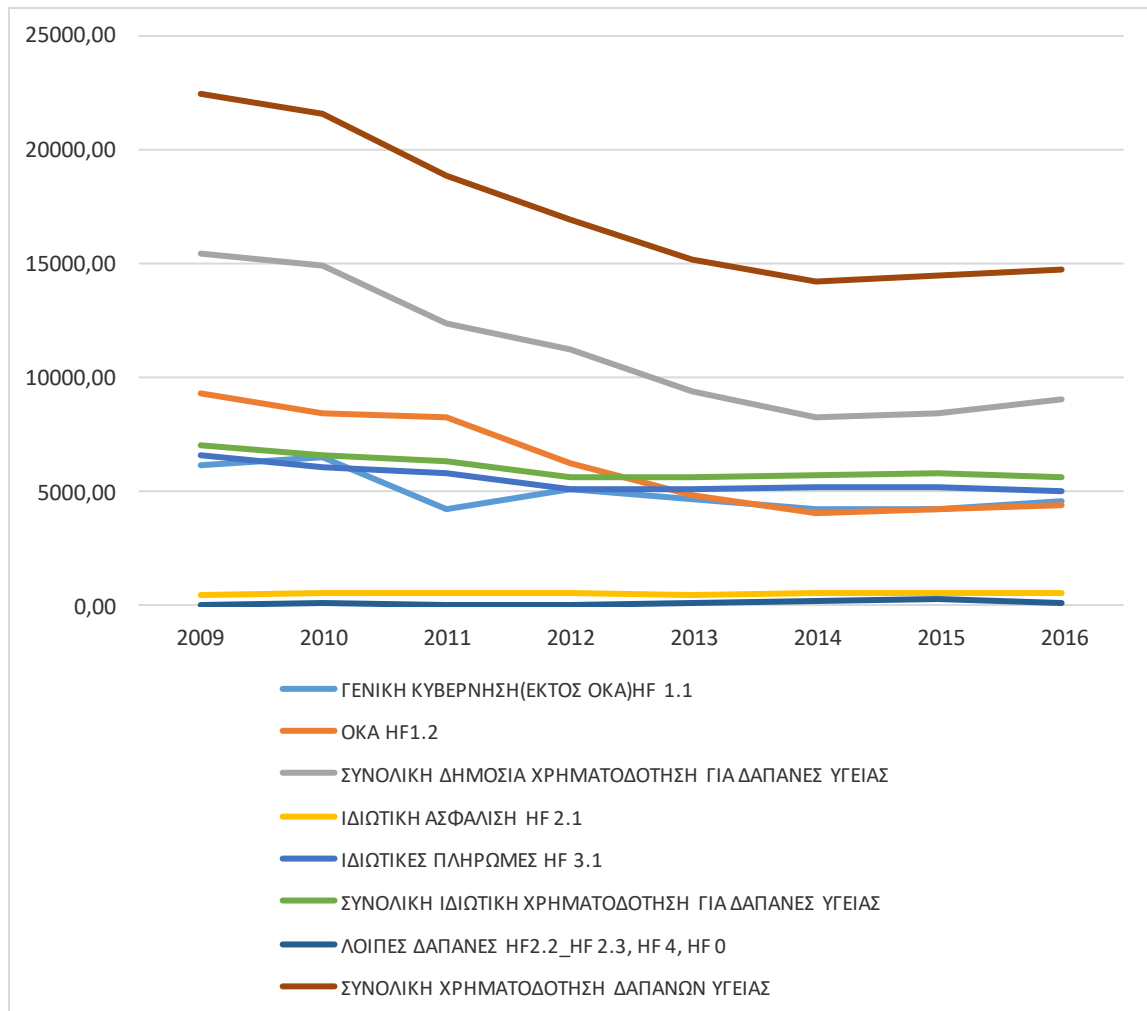
Πίνακας 3.1. Συνολική Χρηματοδότηση ανά φορέα για τα έτη 2009-2016(σε εκατ.ευρώ)

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΓΕΝΙΚΗ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ(ΕΚΤΟΣ ΟΚΑ)HF 1.1	6115,40	6475,43	4202,25	5082,10	4638,60	4210,50	4195,50	4595,90
ΟΚΑ HF1.2	9296,78	8445,43	8223,08	6204,00	4806,90	4056,50	4224,60	4438,80
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	15412,18	14920,86	12425,33	11286,10	9445,50	8267,00	8420,10	9034,70
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ HF 2.1	433,81	536,65	534,18	525,70	495,10	534,90	541,30	567,50
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ HF 3.1	6592,32	6078,01	5823,75	5118,90	5121,20	5202,90	5224,10	5057,90
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	7026,13	6614,66	6357,93	5644,60	5616,30	5737,80	5765,40	5625,40
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ HF2.2_HF 2.3, HF 4, HF 0	52,62	73,18	52,43	53,60	139,30	198,80	262,10	67,20
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	22490,93	21608,70	18835,69	16984,30	15201,10	14203,20	14447,60	14727,30

Γράφημα 3.1. Συνολική Χρηματοδότηση ανά φορέα για τα έτη 2009-2016



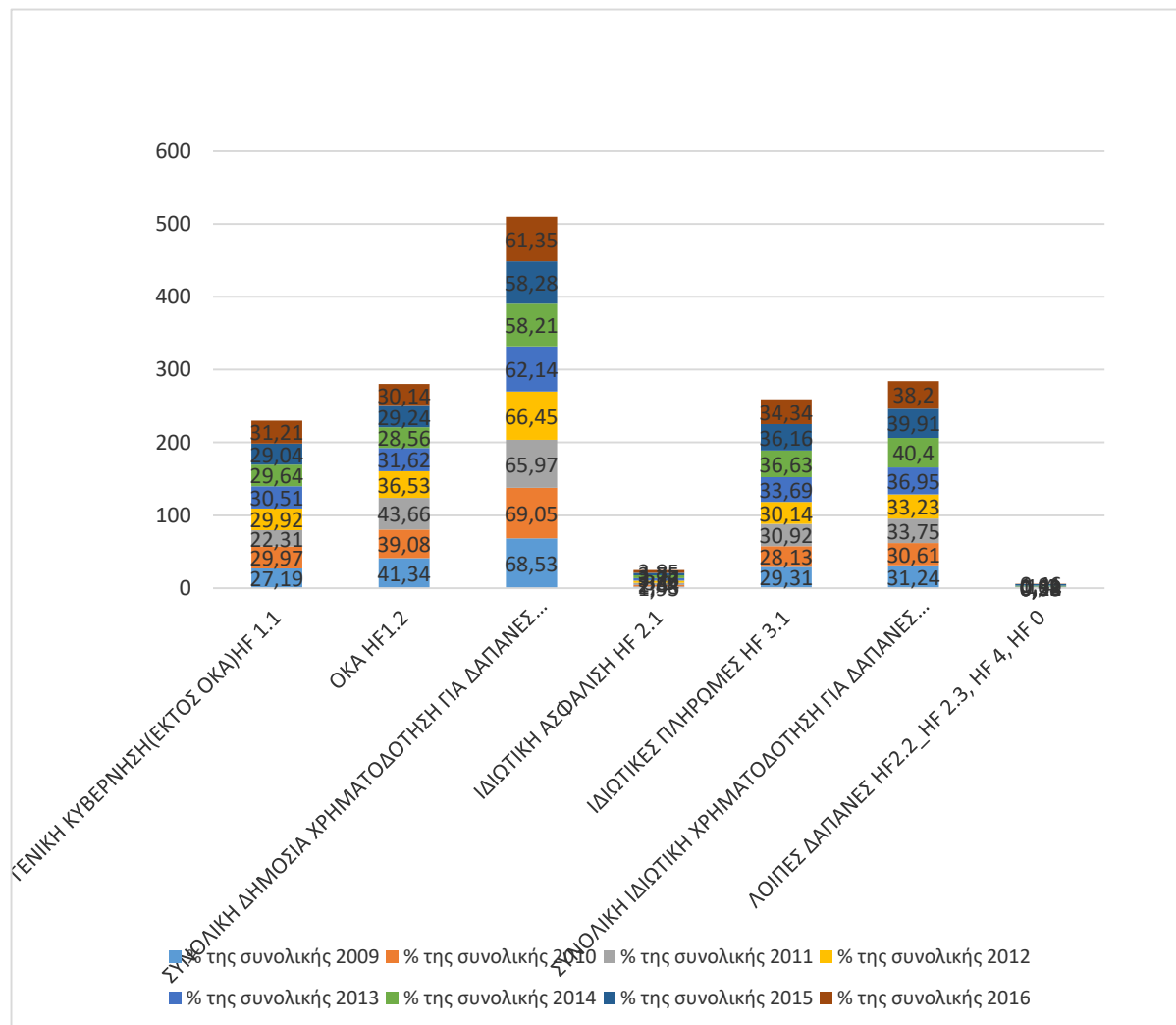
Γράφημα 3.2. Τάση χρηματοδότησης φορέων για την υγεία, 2009-2016



Πίνακας 3.2. Ποσοστιαία συμμετοχή φορέα για τις δαπάνες υγείας (σε εκατ. ευρώ)

ΕΤΟΣ	% της συνολικής 2009	% της συνολικής 2010	% της συνολικής 2011	% της συνολικής 2012	% της συνολικής 2013	% της συνολικής 2014	% της συνολικής 2015	% της συνολικής 2016
ΓΕΝΙΚΗ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ(ΕΚΤΟΣ ΟΚΑ)ΗΦ 1.1	27,19	29,97	22,31	29,92	30,51	29,64	29,04	31,21
ΟΚΑ ΗΦ1.2	41,34	39,08	43,66	36,53	31,62	28,56	29,24	30,14
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	68,53	69,05	65,97	66,45	62,14	58,21	58,28	61,35
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΗΦ 2.1	1,93	2,48	2,84	3,1	3,26	3,77	3,75	3,85
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΗΦ 3.1	29,31	28,13	30,92	30,14	33,69	36,63	36,16	34,34
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	31,24	30,61	33,75	33,23	36,95	40,4	39,91	38,2
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΗΦ2.2_ΗΦ 2.3, ΗΦ 4, ΗΦ 0	0,23	0,34	0,28	0,32	0,92	1,4	1,81	0,46

Γράφημα 3.3. Ποσοστιαία συμμετοχή φορέα για τις δαπάνες υγείας, 2009-2016



Ο πίνακας 3.1 απεικονίζει τη συνολική χρηματοδότηση κάθε φορέα για τις δαπάνες υγείας και ο πίνακας 3.2 τη ποσοστιαία συμμετοχή κάθε φορέα για τις δαπάνες υγείας στο σύνολο της χρηματοδότησης για τα έτη 2009 έως και 2016, αντίστοιχα.

Το ποσοστό συμμετοχής της Γενικής κυβέρνησης ξεκινά με το 27,19% το 2009 επί της συνολικής χρηματοδότησης για την υγεία, και το 2016 φθάνει το 31,24% της συνολικής χρηματοδότησης. Ο ΟΚΑ στη διάρκεια αυτών των ετών παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης του στις δαπάνες υγείας το 2011 με 43,66% ενώ το 2009 ήταν 41,34% και το 2016 φθάνει το 30,14%. Η συνολική δημόσια δαπάνη δηλ. το ποσοστό της γενικής κυβέρνησης μαζί με του ΟΚΑ παρουσιάζει τη μικρότερη συμμετοχή τα έτη 2014

και 2015 με ποσοστό συμμετοχής 58,21% και 58,28% αντίστοιχα. Το 2016 καλύπτει το 61,35% των συνολικών δαπανών για την υγεία και το 2009 έτος της οικονομικής κρίσης ήταν το 68,53%.

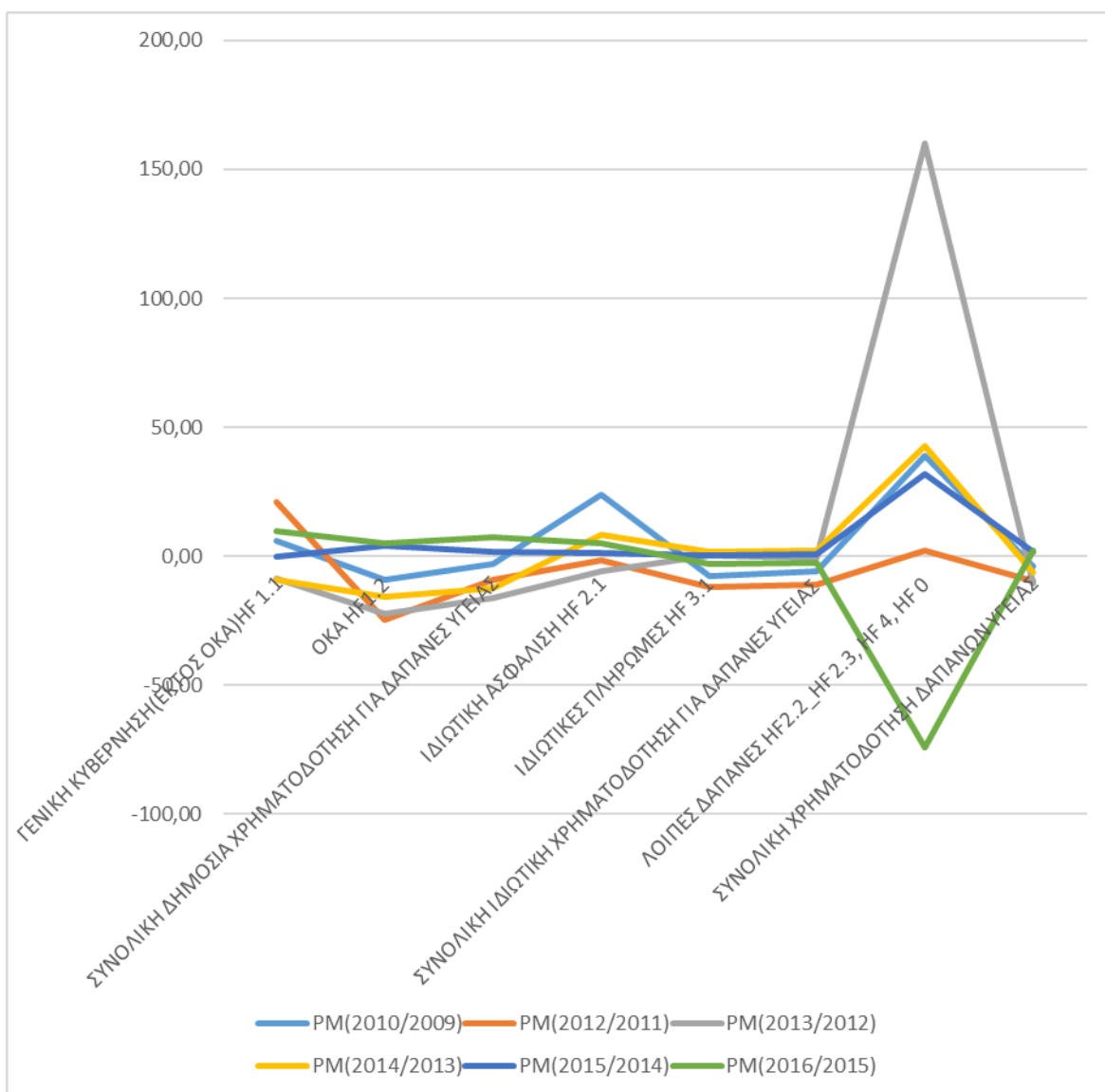
Η ιδιωτική ασφάλιση συνεχώς παρουσιάζει ανοδική πορεία στο ποσοστό συμμετοχής της αυτά τα έτη στις συνολική χρηματοδότηση για την υγεία ξεκινώντας το 2009 με 1,93% και φθάνοντας το 2016 στο 3,85%. Η γενική εικόνα που παρουσιάζουν οι ιδιωτικές πληρωμές είναι επίσης ανοδική με 29,31% το 2009 και 34,35% το 2016. Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής της είναι το 2014 με 36,63%. Συνολικά η ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας παρουσίασε αύξηση από 31,24% το 2009 σε 38,2% το 2016.

Οι λοιπές δαπάνες παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής τους τα έτη 2014 και 2015 με ποσοστά 1,4% και 1,81% αντίστοιχα ενώ το 2009 ήταν 0,23 και το 2016 σε 0,46%. Αντίστοιχα στα διαγράμματα 3.1,3.2 και 3.3 απεικονίζονται η συνολική χρηματοδότηση ανά φορέα για τα έτη 2009-2016, η τάση χρηματοδότησης φορέων για την υγεία, 2009-2016 και η ποσοστιαία συμμετοχή φορέα για τις δαπάνες υγείας, 2009-2016 αντιστοίχως.

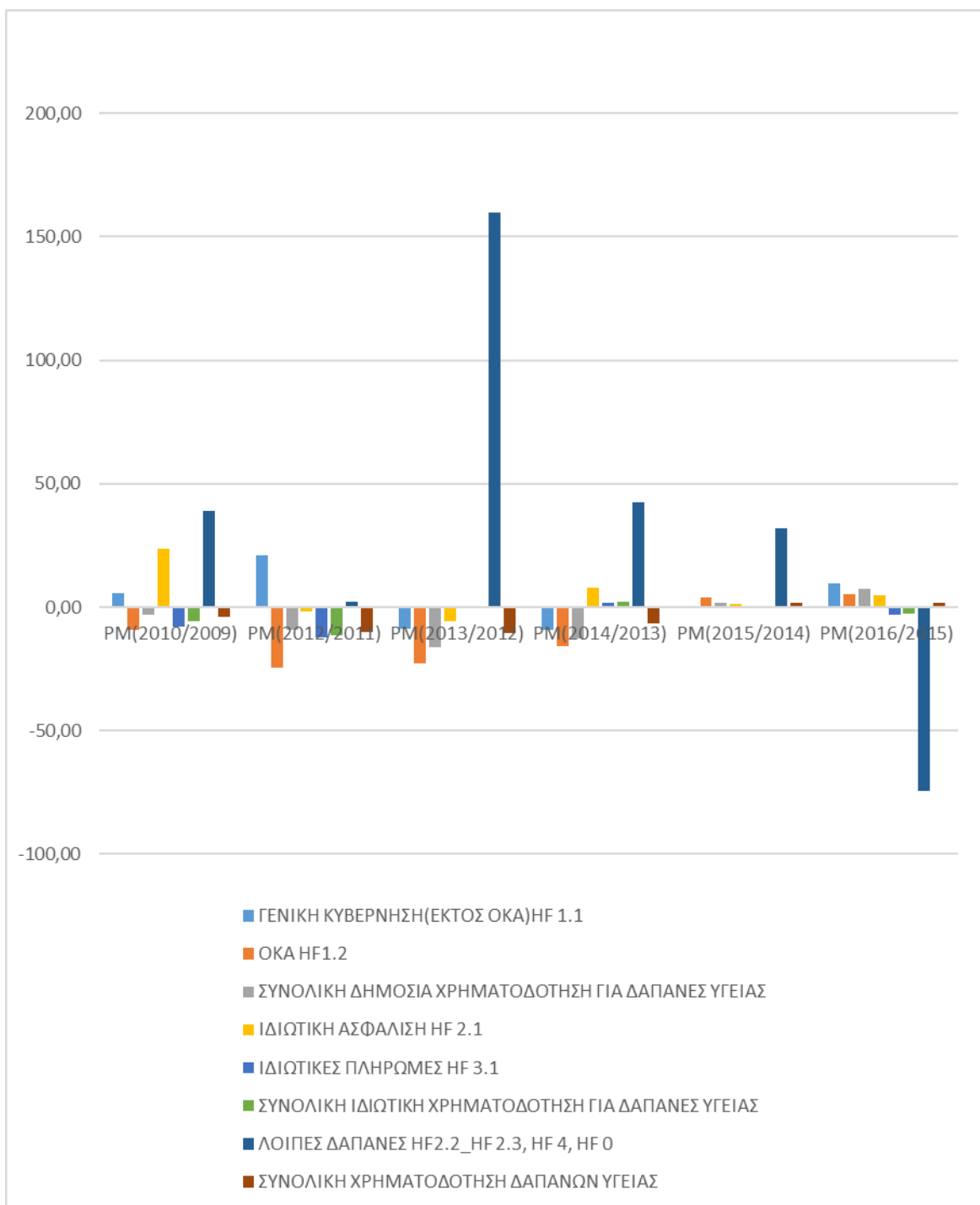
Πίνακας 3.3. Ρυθμός Μεταβολής της συνολικής χρηματοδότησης ανά φορέα,2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΓΕΝΙΚΗ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ(ΕΚΤΟΣ ΟΚΑ)HF 1.1	5,89	20,94	-8,73	-9,23	-0,36	9,54
ΟΚΑ HF1.2	-9,16	-24,55	-22,52	-15,61	4,14	5,07
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	-3,19	-9,17	-16,31	-12,48	1,85	7,30
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ HF 2.1	23,71	-1,59	-5,82	8,04	1,20	4,84
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ HF 3.1	-7,80	-12,10	0,04	1,60	0,41	-3,18
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	-5,86	-11,22	-0,50	2,16	0,48	-2,43
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ HF2.2_ HF 2.3, HF 4, HF 0	39,07	2,23	159,89	42,71	31,84	-74,36
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	-3,92	-9,83	-10,50	-6,56	1,72	1,94

Γράφημα 3.4 Τάση Ρυθμού Μεταβολής συνολικής χρηματοδότησης ανά φορέα, 2009-2016



Γράφημα 3.5. Ρυθμός μεταβολής συνολικής χρηματοδότησης ανά φορέα, 2009-2016



Στον πίνακα 3.3 παρουσιάζεται ανά φορέα ο ρυθμός μεταβολής της συνολικής χρηματοδότησης του από το ένα έτος στο άλλο. Η χρηματοδότηση της γενικής

κυβέρνησης παρουσίασε το μεγαλύτερο θετικό ρυθμό μεταβολής το 2012 σε σχέση με το 2011 σε 20,94 ενώ τη μεγαλύτερη μείωση παρουσίασε το 2014 σε σχέση με το 2013 σε 9,23. Τέλος το 2016 σε σχέση με το 2015 παρουσιάζει αύξηση 9,54.

Ο ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης του ΟΚΑ παρουσιάζει συνεχή μείωση και μόνο ο $PM_{(2015/2014)}$ και $PM_{(2016/2015)}$ παρουσιάζει αύξηση κατά 4,14 και 5,07 αντίστοιχα.

Σημαντικό είναι ότι ο συνολικός ρυθμός μεταβολής της συνολικής δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία είναι αρνητικός(πίνακας 3.3) και μόνο ο $PM_{(2015/2014)}$ και $PM_{(2016/2015)}$ παρουσιάζει άνοδο 1,85 και 7,30 αντίστοιχα.

Οι συνολικές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία παρουσιάζουν μείωση με το $PM_{(2016/2015)}$ να φθάνει το -2,43. Στις λοιπές δαπάνες παρατηρείται αισθητή μείωση του ρυθμού μεταβολής τους να φθάνει στο -74,36. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι ο ρυθμός μεταβολής της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία παρουσιάζει μείωση και μόνο ο $PM_{(2015/2014)}$ και $PM_{(2016/2015)}$ παρουσιάζει άνοδο 1,79 και 1,94 αντίστοιχα ενώ ο $PM_{(2013/2012)}$ παρουσιάζει τη μεγαλύτερη μείωση που ανέρχεται σε 10,50.

3.2.2 Πίνακες συχνοτήτων-Γραφήματα, Χρηματοδότηση φορέων στους προμηθευτές Αγαθών και υπηρεσιών υγείας

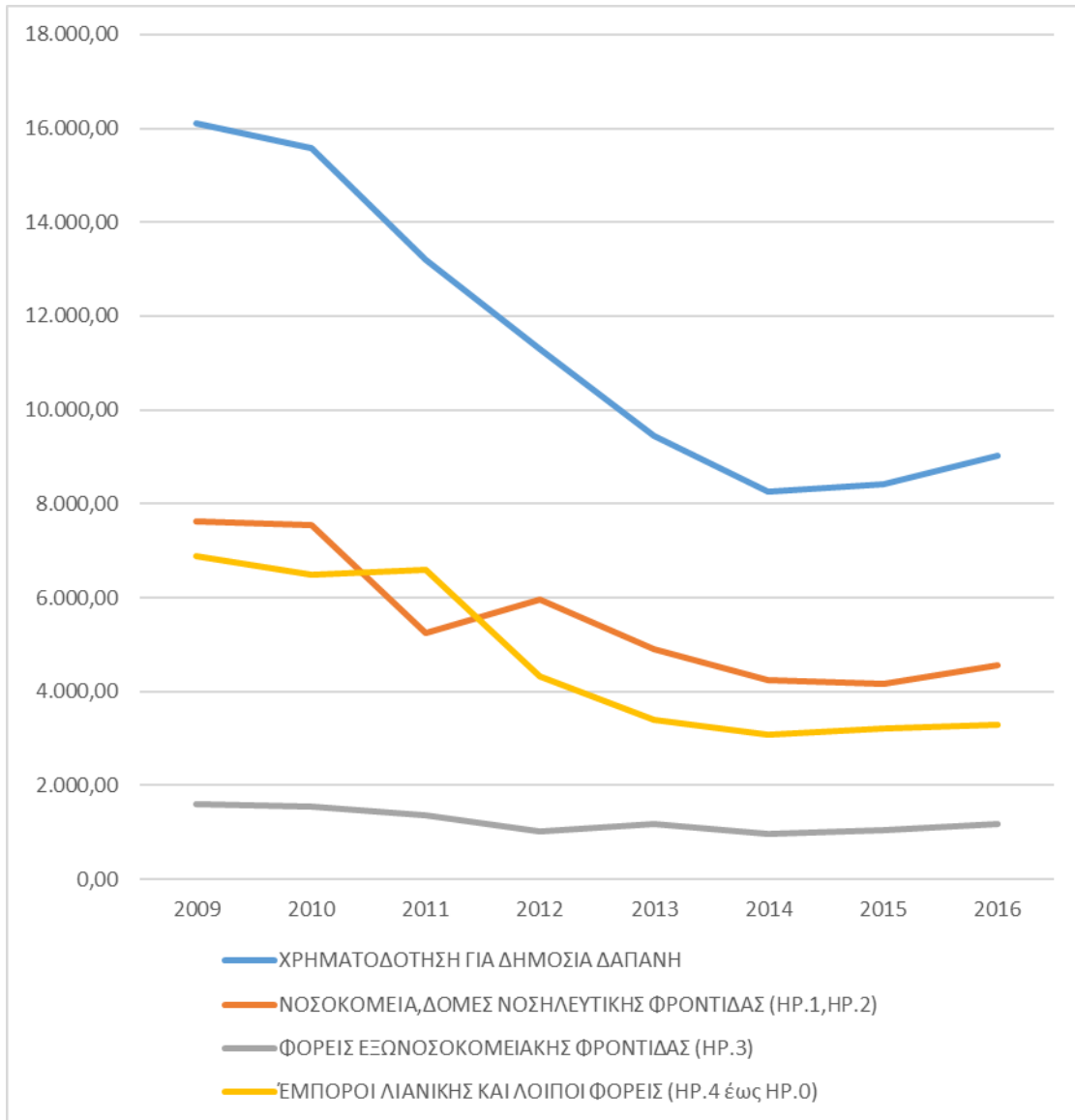
Πίνακας 3.4. Χρηματοδότηση Γενικής Κυβέρνησης και ΟΚΑ (Δημόσια δαπάνη), στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016 (σε εκατ. Ευρώ)

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ	16.098,80	15.581,50	13.188,20	11.286,10	9.445,50	8.267,00	8.420,10	9.034,70
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1,ΗΡ.2)	7.622,90	7.542,80	5.235,10	5.954,60	4.889,80	4.242,20	4.166,60	4.551,80
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)	1.589,70	1.540,10	1.356,70	1.020,20	1.171,70	954,7	1.055,40	1.180,30
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	6.885,60	6.498,60	6.596,40	4.311,30	3.384,10	3.070,10	3.198,10	3.302,60

Η δημόσια χρηματοδότηση όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως υπέστη σημαντική μείωση ξεκινώντας το 2009 με 16.098,80 (εκ. ευρώ) και φθάνοντας το 2016 σε 9.034,70 (εκ. ευρώ). Από αυτή τη δημόσια χρηματοδότηση για τα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας δόθηκε το μεγαλύτερο μέρος της δημόσιας δαπάνης με 7.622,90 εκ.ευρώ το 2009 και φθάνοντας το 2016 σε 4.551,80 εκ. ευρώ. Στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας η μεγαλύτερη μείωση ήταν το 2014 φθάνοντας τα 954,7 εκ. ευρώ ενώ το 2016 έφθασε τα 1.180,30 εκ.ευρώ. Μεγάλη μείωση της χρηματοδότησης υπήρξε στους εμπόρους λιανικής, αφού το 2009 ήταν 6.885,60 εκ. ευρώ και το 2016 έφθασε τα 3.302,60 εκ. ευρώ(πίνακας 3.4). Παρόλη τη μείωση παρατηρείται ανοδική τάση

από το 2015 για τη δημόσια χρηματοδότηση και τη κατανομή της στους προμηθευτές αγαθών υγείας (γράφημα 3.6).

Γράφημα 3.6. Τάση της Χρηματοδότηση Γενικής Κυβέρνησης και ΟΚΑ (Δημόσια δαπάνη) στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016 (σε εκατ. Ευρώ)

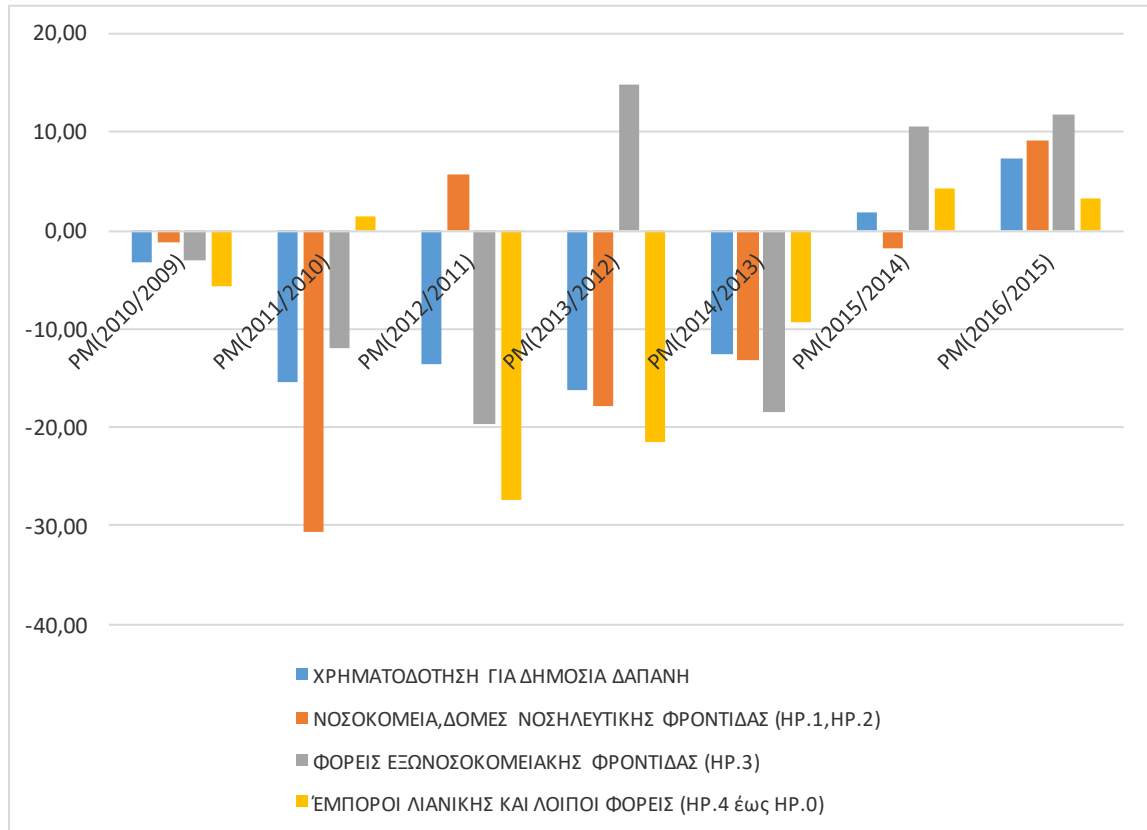


Πίνακας 3.5. Ρυθμός Μεταβολής της δημόσιας χρηματοδότησης στους προμηθευτές αγαθών, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ	-3,20	-15,40	-13,50	-16,30	-12,50	1,90	7,30
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (HR.1,HR.2)	-1,10	-30,60	5,70	-17,90	-13,20	-1,80	9,20
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (HR.3)	-3,1	-11,9	-19,7	14,9	-18,5	10,6	11,8
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (HR.4 έως HR.0)	-5,60	1,50	-27,40	-21,50	-9,30	4,20	3,30

Ο ρυθμός μεταβολής παρουσίασε θετική μεταβολή το 2016 σε σχέση με το 2015 με αισθητή άνοδο της δημόσιας χρηματοδότησης στα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας σε 9,20, τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας σε 11,8 και εμπόρους λιανικής σε 3,30(πίνακας 3.5). Ο ρυθμός μεταβολής παρουσιάζει αρνητική μεταβολή το 2010 σε σχέση με το 2009 προς όλους τους προμηθευτές αγαθών της δημόσιας χρηματοδότησης και το 2014 σε σχέση με το 2013(γράφημα 3.7). Όπως παρουσιάζεται στο γράφημα 3.7 η αρνητική μεταβολή είναι μεγαλύτερη το 2014 σε σχέση με το 2013 τόσο σε όλους τους προμηθευτές αγαθών όσο και ως προς τους υπόλοιπους ρυθμούς μεταβολής.

Γράφημα 3.7. Ρυθμός Μεταβολής της δημόσιας χρηματοδότησης στους προμηθευτές αγαθών, 2009-2016

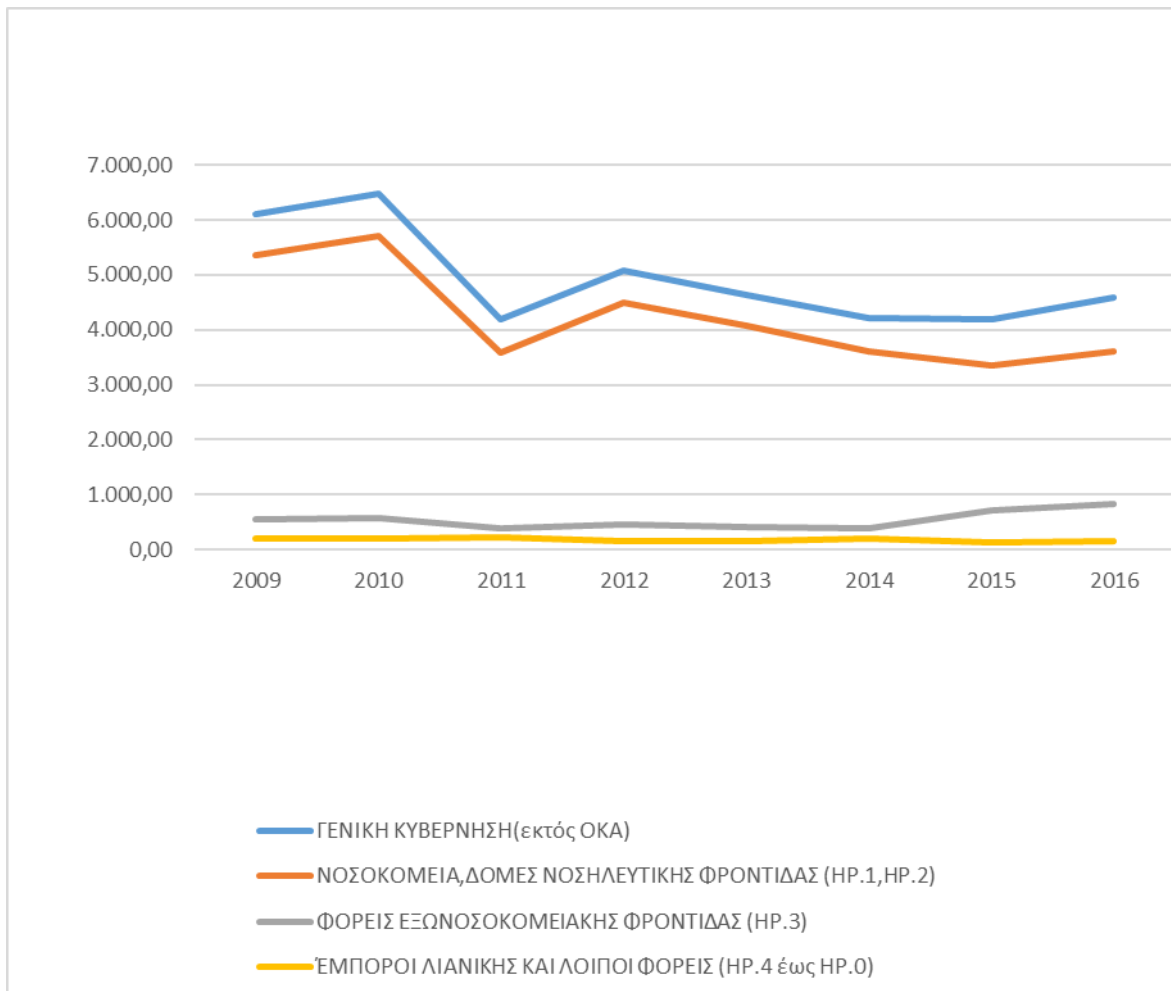


Πίνακας 3.6. Δημόσια χρηματοδότηση της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΓΕΝΙΚΗ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ(εκτός ΟΚΑ)	6.115,40	6.475,40	4.202,20	5.082,10	4.638,60	4.210,50	4.195,50	4.595,90
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1,ΗΡ.2)	5.355,00	5.705,00	3.580,10	4.487,60	4.064,80	3.606,70	3.341,30	3.611,10
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)	548,3	571,7	387,7	449,2	410,8	393,2	709,7	834,6
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	212,1	198,7	234,4	145,3	163,1	210,6	144,5	150,2

Η δημόσια χρηματοδότηση της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών το 2016 ήταν 4.959,90 εκ.ευρώ σε σχέση με το 2009 που ήταν 6.115,40 εκ. ευρώ. Για τα νοσοκομεία το 2009 ήταν 5.355 εκ. ευρώ έναντι 3.611,10 εκ. ευρώ το 2016. Για τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ήταν 548,3 εκ.ευρώ το 2009 ενώ το 2015 ήταν 709,7 εκ. ευρώ και το 2016 834,6 εκ. ευρώ δηλ. υψηλότερες σε σχέση με εκείνη του 2009. Στους εμπόρους λιανικής η δημόσια χρηματοδότηση από τη Γενική Κυβέρνηση ήταν το 2009 212,1 εκ. ευρώ έναντι 150,2 εκ. ευρώ το 2016(πίνακας 3.6).

Γράφημα 3.8. Τάση Δημόσιας χρηματοδότησης της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016



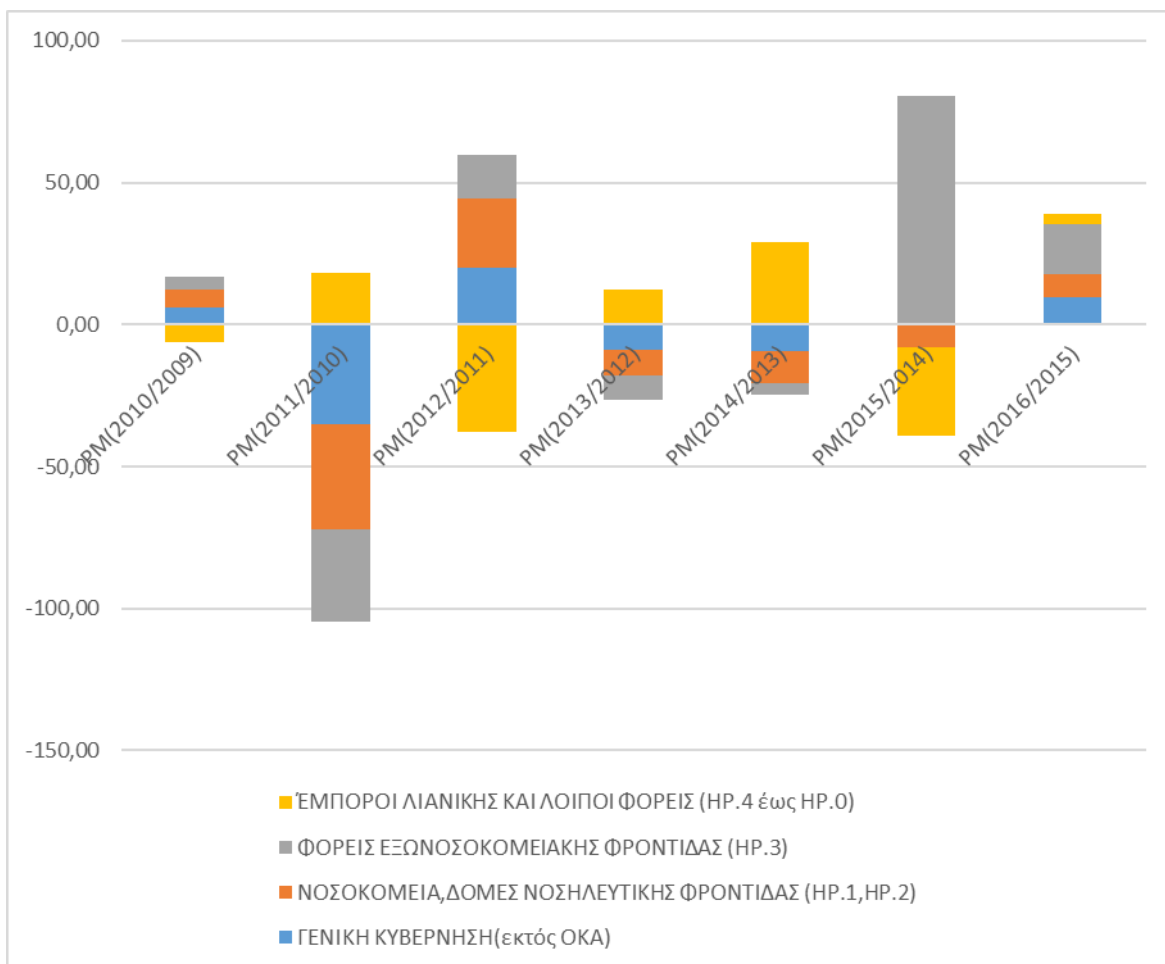
Στο γράφημα 3.8 η τάση χρηματοδότησης της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, με τη μεγαλύτερη αύξηση το 2010, ακολούθησε σημαντική πτώση με χαμηλότερες τιμές το 2011, αρχίζει η αύξηση το 2012 και ακολουθεί μια σταθερή πτώση έως και το 2014. Χαρακτηριστικό ότι τα έτη 2015 και 2016 ακολουθεί σταθερή άνοδο της χρηματοδότησης σε όλους τους προμηθευτές αγαθών από τη Γενική Κυβέρνηση.

Πίνακας 3.7. Ρυθμός Μεταβολής Δημόσιας χρηματοδότησης της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΓΕΝΙΚΗ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ(εκτός ΟΚΑ)	5,90	-35,10	20,1	-8,7	-9,2	-0,4	9,5
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1,ΗΡ.2)	6,50	-37,20	24,4	-9,4	-11,3	-7,4	8,1
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)	4,30	-32,20	15,1	-8,5	-4,3	80,5	17,6
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	-6,30	18,00	-37,8	12,2	29,1	-31,4	3,9

Ο ρυθμός μεταβολής της δημόσιας χρηματοδότησης της Γενικής Κυβέρνησης στα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζει τη μεγαλύτερη μείωση 37,20 το 2011 σε σχέση με το 2010 ενώ το 2016 σε σχέση με το 2015 παρουσιάζει αύξηση 8,1. Τη μεγαλύτερη αύξηση χρηματοδότησης στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας παρουσιάζεται το 2015 σε σχέση με το 2014 κατά 80,5 ενώ συνεχίζει η άνοδος κατά 17,6 το 2016 σε σχέση με το 2015. Στους εμπόρους λιανικής παρουσιάζεται η μεγαλύτερη μείωση το 2012 σε σχέση με το 2011 κατά 37,8 και το 2015 σε σχέση με το 2014 κατά 31,4 (πίνακας 3.7).

Γράφημα 3.9. Ρυθμός Μεταβολής Δημόσιας χρηματοδότησης της Γενικής Κυβέρνησης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016



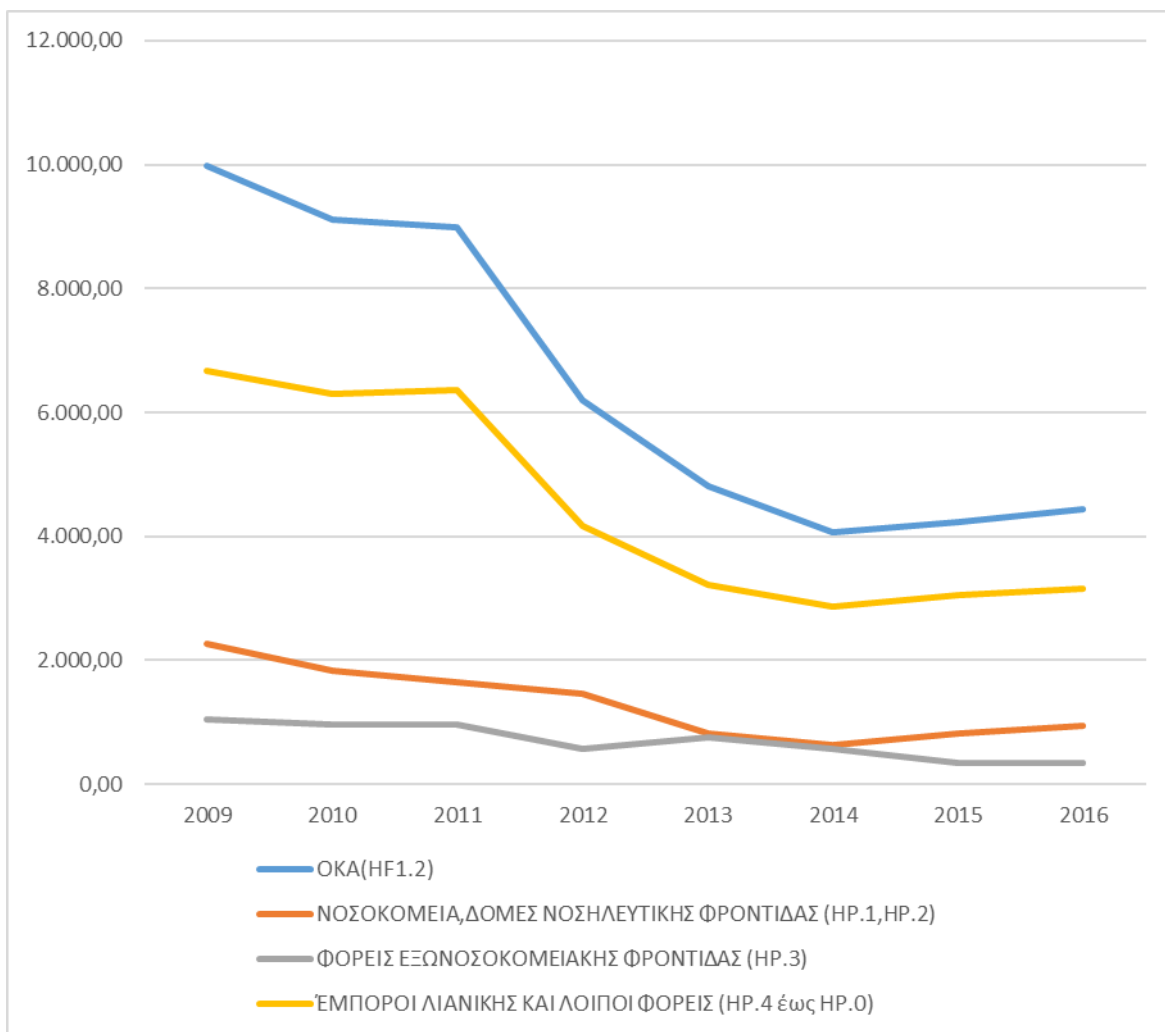
Ο ρυθμός μεταβολής της δημόσιας χρηματοδότησης της Γενικής Κυβέρνησης προς τους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με το γράφημα 3.9 παρουσιάζει άνοδο για όλους τους προμηθευτές το 2016 σε σχέση με το 2015. Το 2011 σε σχέση με το 2010 υπήρξε άνοδος του ρυθμού μόνο στη χρηματοδότηση των εμπόρων λιανικής ενώ σε όλους τους άλλους προμηθευτές υπήρξε μείωση. Σε αντίθεση με το 2012 σε σχέση με το 2011 που παρατηρείται μείωση του ρυθμού χρηματοδότησης στους εμπόρους λιανικής και αύξηση στους υπόλοιπους προμηθευτές.

Πίνακας 3.8. Δημόσια χρηματοδότηση του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας(σε εκ. ευρώ), 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΟΚΑ(ΗΦ1.2)	9.982,80	9106,1	8.986,00	6.204,00	4.806,90	4.056,50	4.224,60	4.438,80
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1,ΗΡ.2)	2268,00	1837,80	1655,00	1467,00	825,00	635,50	825,30	940,70
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)	1041,40	968,40	969,00	571,00	760,90	561,50	345,70	345,70
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	6673,50	6299,90	6362,00	4166,00	3221,10	2859,50	3053,60	3152,40

Το 2009 η δημόσια χρηματοδότηση του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας ήταν 9.982,8 εκ.ευρώ και το 2016 έφθασε τα 4.438,8 εκ. ευρώ σχεδόν τη μισή χρηματοδότηση, Σημαντική πτώση παρουσίασε η χρηματοδότηση του στα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας αφού το 2009 ήταν 2.268 εκ.ευρώ και το 2016 940,70 εκ.ευρώ. Αντίστοιχη πτώση παρουσίασε και η χρηματοδότηση του στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας με 1041,4 εκ.ευρώ το 2009 και 345,70 εκ. ευρώ το 2016 και στους εμπόρους λιανικής με χρηματοδότηση 6.673,50 εκ.ευρώ το 2009 και μόλις 3.152,40 εκ.ευρώ το 2016.

Γράφημα 3.10. Τάση Δημόσιας χρηματοδότησης του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκ. ευρώ), 2009-2016



Σύμφωνα με το γράφημα 3.10 η τάση της δημόσιας χρηματοδότησης από τον ΟΚΑ προς τους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας είναι πτωτική από 2011 έως το 2014 και παρατηρείται άνοδος για τα έτη 2015 και 2016. Η χρηματοδότηση του προς τα νοσοκομεία και τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι χαμηλότερη σε σχέση με τη χρηματοδότηση του προς τους εμπόρους λιανικής.

Πίνακας 3.9. Ρυθμός Μεταβολής της Δημόσιας χρηματοδότησης του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας(σε εκ. ευρώ), 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΟΚΑ(ΗΦ.1.2)	-8,80	-1,30	-29,20	-22,50	-15,60	4,10	5,10
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1,ΗΡ.2)	-19,00	-9,90	-34,90	-43,80	-23,00	29,90	14,00
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)	-7,00	0,10	-33,70	33,30	-26,20	-38,40	0,00
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	-5,60	1,00	-27,10	-22,70	-11,20	6,80	3,20

Το 2010 σε σχέση με το 2009 ο ρυθμός χρηματοδότησης του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μείωση κατά 19 για τα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας, -7 για τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας και -5,60 για τους εμπόρους λιανικής. Η μείωση αυτή συνεχίζεται από έτος σε έτος με τη μεγαλύτερη για τη χρηματοδότηση στα νοσοκομεία από το 2013 σε σχέση με το 2012 να ανέρχεται σε -43,80. Το 2015 σε σχέση με το 2014 και το 2016 σε σχέση με το 2015 ο ρυθμός χρηματοδότησης παρουσιάζει σταθερή άνοδο προς όλους τους προμηθευτές

αγαθών εκτός προς τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας που παρουσιάζει μείωση του ρυθμού χρηματοδότησης κατά 38,40 και 0,0 αντίστοιχα (πίνακας 3.9).

Γράφημα 3.11. Ρυθμός Μεταβολής της Δημόσιας χρηματοδότησης του ΟΚΑ στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας(σε εκ. ευρώ), 2009-2016



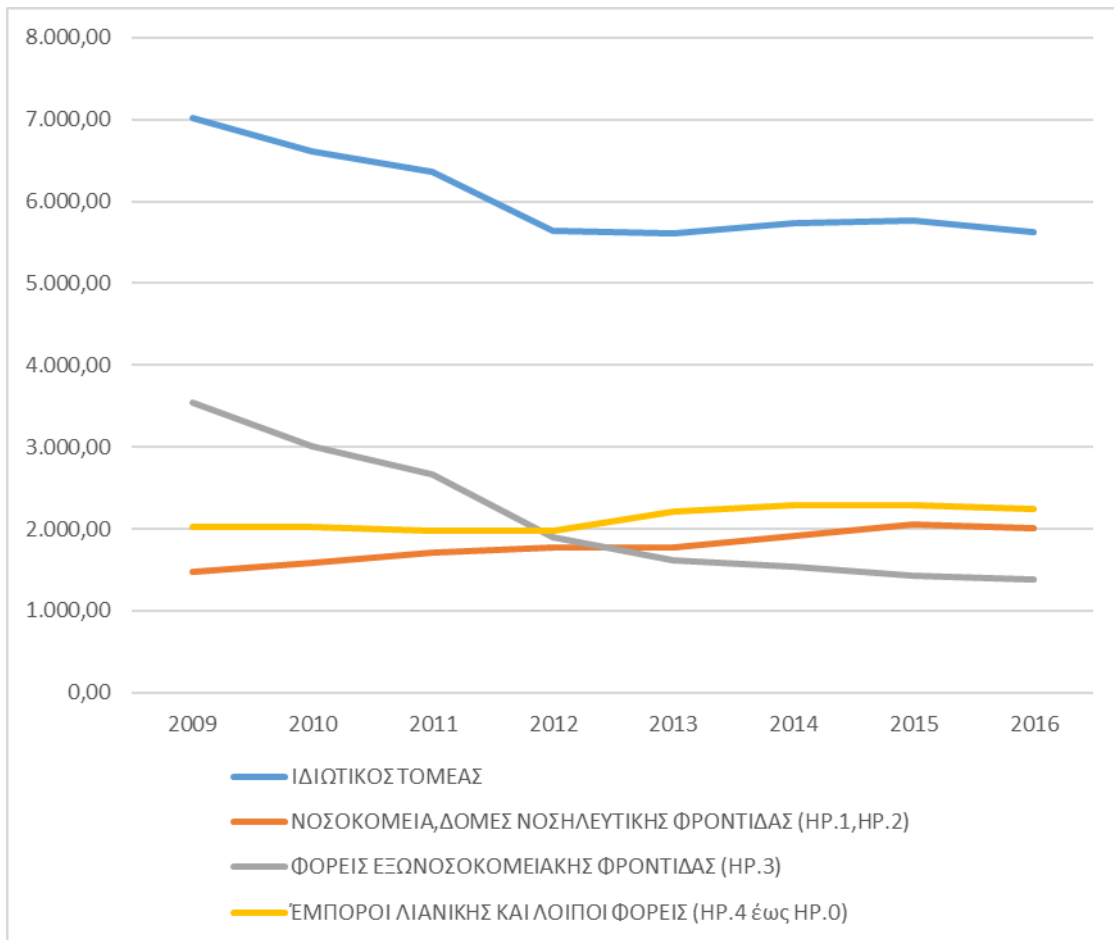
Από το γράφημα 3.11 παρατηρείται ότι ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης του ΟΚΑ προς τους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας είναι αρνητικός το 2009 σε σχέση με το 2010, το 2011 σε σχέση με το 2010, το 2012 σε σχέση με το 2011 και μάλιστα παρουσιάζει τη μεγαλύτερη πτώση το 2013 σε σχέση με το 2012 παρουσιάστηκε άνοδος του ρυθμού χρηματοδότησης μόνο για τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας, το 2014 σε σχέση με το 2013 υπήρξε πτώση για όλους τους προμηθευτές αγαθών και το 2016 σε σχέση με το 2015 ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης του ΟΚΑ ήταν θετικός προς όλους τους προμηθευτές αγαθών.

Πίνακας 3.10.Χρηματοδότηση του Ιδιωτικού τομέα στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας(σε εκ ευρώ), 2009-1016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	7.026,20	6.614,60	6.357,90	5.644,60	5.616,20	5.737,80	5.765,40	5.625,40
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1,ΗΡ.2)	1.476,10	1.579	1.711,40	1.764,80	1.779,80	1.919,00	2.047,90	2.002,90
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)	3.534,70	3.008,60	2.663,10	1.903,20	1.618,40	1.533,90	1.430,40	1.373,20
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	2.015,40	2.027,00	1.983,40	1.976,50	2.218,10	2.284,90	2.287,10	2.249,30

Η χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας το 2009 ήταν 7.026,20 εκ ευρώ και το 2016 5.625,40 εκ. ευρώ. Η χρηματοδότηση του στα νοσοκομεία και δομές νοσηλευτικής φροντίδας παρουσίασε αύξηση αφού το 2009 ήταν 1.476,10 εκ.ευρώ και το 2016 ανήλθε στα 2.002,90 εκ.ευρώ.Εκεί που σταδιακά παρουσίασε μείωση ήταν η χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας με τη χρηματοδότηση να ανέρχεται σε 3.534,70 το 2009 και σε 1.373,20 εκ.ευρώ το 2016.Στους εμπόρους λιανικής η χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα παρουσίασε σταθερότητα με το 2009 να ανέρχεται στα 2.015 εκ. ευρώ και το 2016 στα 2.249,30 εκ.ευρώ(πίνακας 3.10).

Γράφημα 3.12 Τάση της Χρηματοδότησης του Ιδιωτικού τομέα στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016



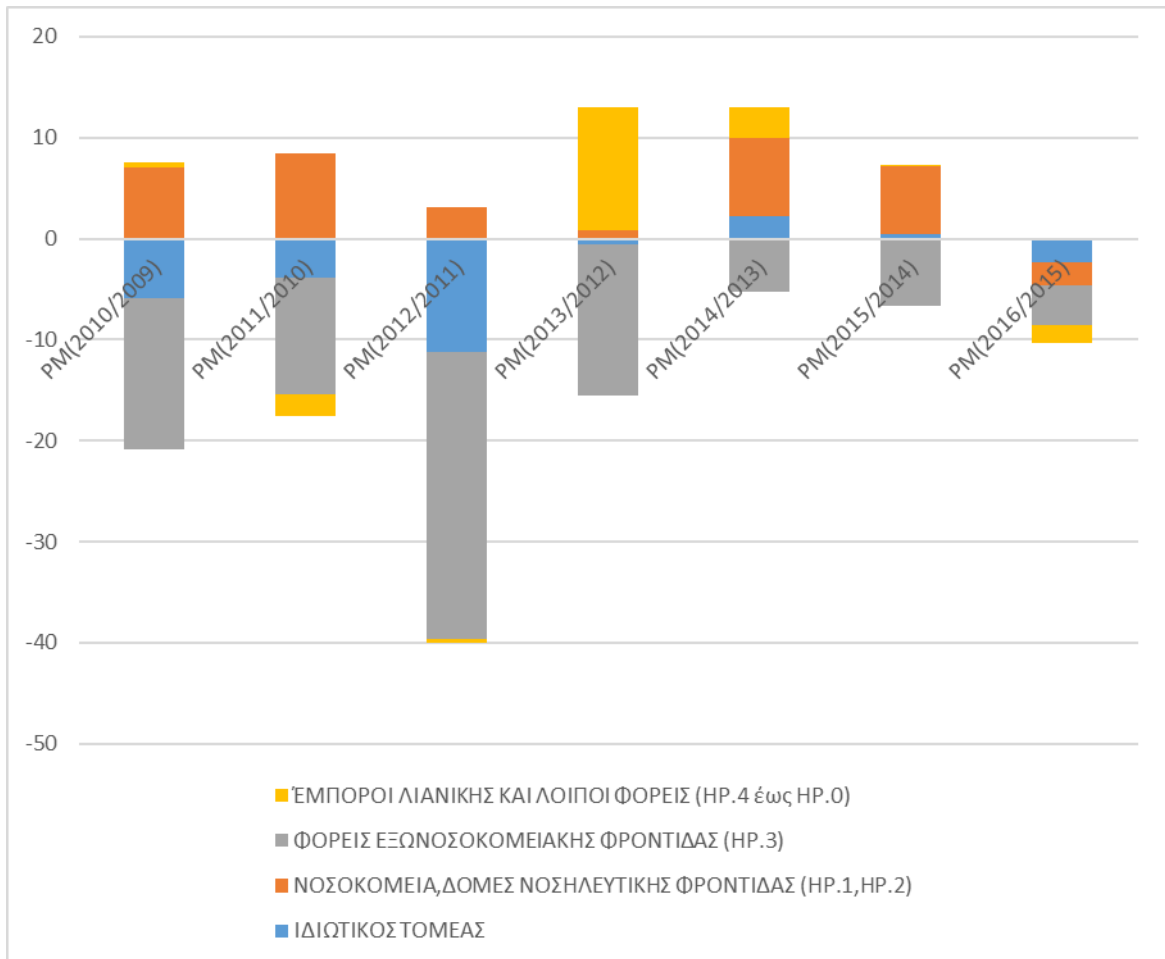
Η τάση της χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα προς τους προμηθευτές υγείας ήταν σύμφωνα με το γράφημα 3.12 άνοδική και πτωτική ανά ηπιότερη από εκείνη της χρηματοδότησης του δημόσιου τομέα. Η χρηματοδότηση στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας παρουσίασε πτωτική τάση από το 2011 και μετά ενώ η χρηματοδότηση προς τα νοσοκομεία, δομές νοσηλευτικής φροντίδας και εμπόρους λιανικής παρουσίασε από το 2012 άνοδική τάση.

Πίνακας 3.11. Ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης του Ιδιωτικού τομέα (σε εκ.ευρώ), στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	-5,9	-3,9	-11,2	-0,5	2,2	0,5	-2,4
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (HR.1, HR.2)	7	8,4	3,1	0,8	7,8	6,7	-2,2
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (HR.3)	-14,9	-11,5	-28,5	-15	-5,2	-6,7	-4
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (HR.4 έως HR.0)	0,6	-2,2	-0,3	12,2	3	0,1	-1,7

Παρόλο που σαν ποσό χρηματοδότησης έχει με βάση τον πίνακα 3.10 ανοδική πορεία ή σταθερότητα ο ρυθμός μεταβολής παρουσιάζει αρνητική τιμή με εξαίρεση το 2014 σε σχέση με το 2013 και το 2015 σε σχέση με το 2014. Τη μεγαλύτερη πτώση παρουσιάζει το 2012 σε σχέση με το 2011 να φθάνει σε -11,2. Ο ρυθμός χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα προς τα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζει αύξηση με πτώση το 2016 σε σχέση με το 2015 κατά 2,2. Για τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας παρουσιάζεται μείωση του ρυθμού χρηματοδότησης τους με μεγαλύτερη του 2012 σε σχέση με το 2011 κατά 28,5. Ο ρυθμός χρηματοδότησης στους εμπόρους λιανικής παρουσιάζει άνοδο το 2013 σε σχέση με το 2012 στο 12,2 ενώ στα υπόλοιπα έτη μικρή άνοδο έως μικρή πτώση (πίνακας 3.11).

Γράφημα 3.13. Ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης του Ιδιωτικού τομέα (σε εκ.ευρώ), στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016



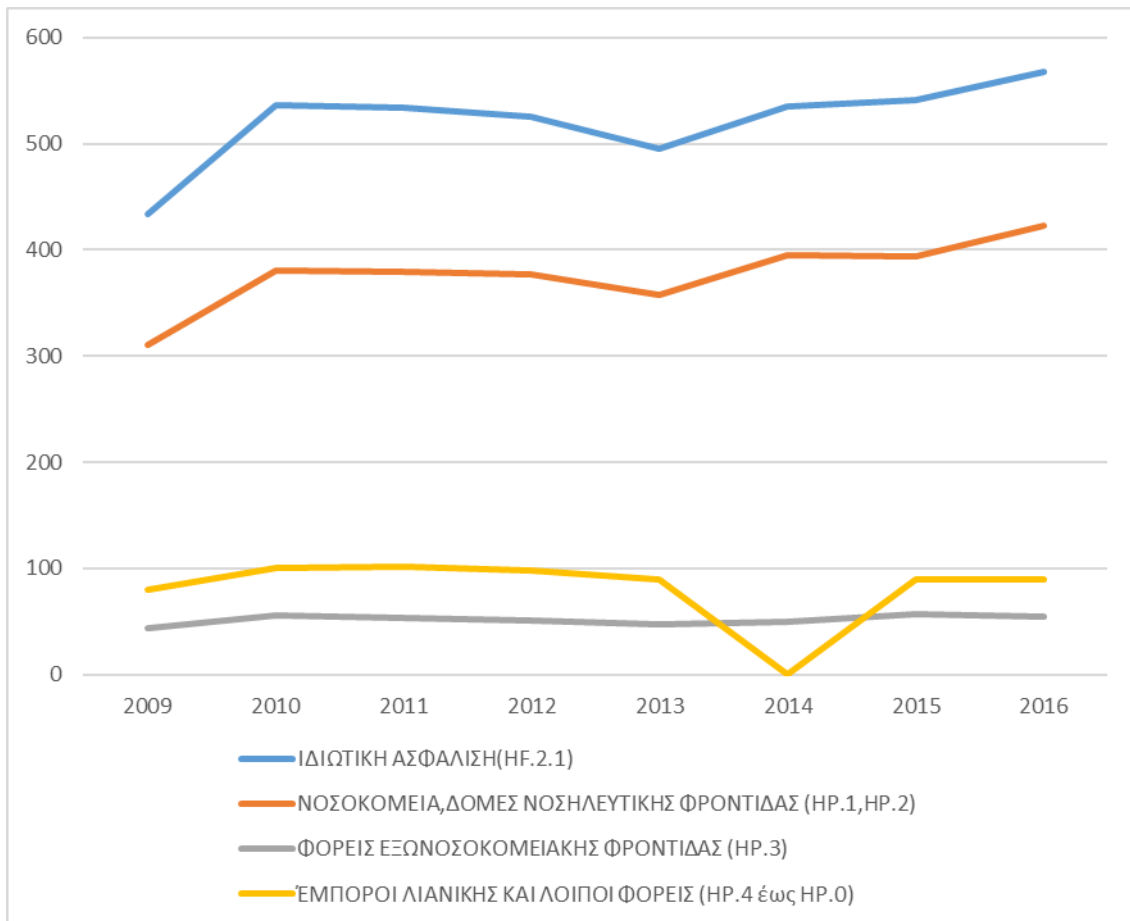
Στο γράφημα 3.13 απεικονίζεται η μείωση του ρυθμού μεταβολής της χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα σε όλους τους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας το 2016 σε σχέση με το 2015. Στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας παρουσιάζει μείωση ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης για όλα τα έτη και τη μεγαλύτερη άνοδο της χρηματοδότησης στα νοσοκομεία παρουσιάζεται το 2014 σε σχέση με το 2013. Στους εμπόρους λιανικής παρουσιάζεται μεγαλύτερη αύξηση του ρυθμού χρηματοδότησης από τον ιδιωτικό τομέα το 2013 σε σχέση με το 2012 και σχεδόν ίση μείωση στο ρυθμό χρηματοδότησης στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας για το 2013 σε σχέση με το 2012.

Πίνακας 3.12. Χρηματοδότηση Ιδιωτικής ασφάλισης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκ.ευρώ), 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ(ΗΦ.2.1)	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3	567,5
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1,ΗΡ.2)	310,7	380,3	379,6	377,2	358,2	395,1	394,1	423
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)	43	55,4	53,3	50,8	47,7	50	57,2	54,4
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	80,1	100,9	101,3	97,7	89,2	89,8	90	90,1

Η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης παρουσιάζει ανοδική πορεία αφού το 2009 ήταν 310,6 εκ. ευρώ, το 2011, 379,6 εκ.ευρώ, 394,1 εκ.ευρώ το 2015 και σε 423 εκ.ευρώ το 2016. Ανοδική ήταν και η χρηματοδότηση προς φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας με 43 εκ.ευρώ το 2009 σε 54,4 εκ.ευρώ το 2016. Ίδια εικόνα παρουσιάζεται και στη χρηματοδότηση των ιδιωτικών ασφαλίσεων προς τους εμπόρους λιανικής με αυξημένα τα ποσά όλων των ετών σε σχέση με το 2009(πίνακας 3.12).

Γράφημα 3.14. Τάση χρηματοδότησης Ιδιωτικής ασφάλισης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκ.ευρώ), 2009-2016



Σύμφωνα με το γράφημα 3.14, η χρηματοδότηση προς τα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας ακολουθεί τη τάση της συνολικής χρηματοδότησης από την Ιδιωτική ασφάλιση. Η χρηματοδότηση προς τους εμπόρους λιανικής μείνεται το 2014 και στη συνέχεια ακολουθεί σταθερή αυξητική τάση. Σχεδόν σταθερή είναι η τάση της χρηματοδότησης στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας από την Ιδιωτική ασφάλιση.

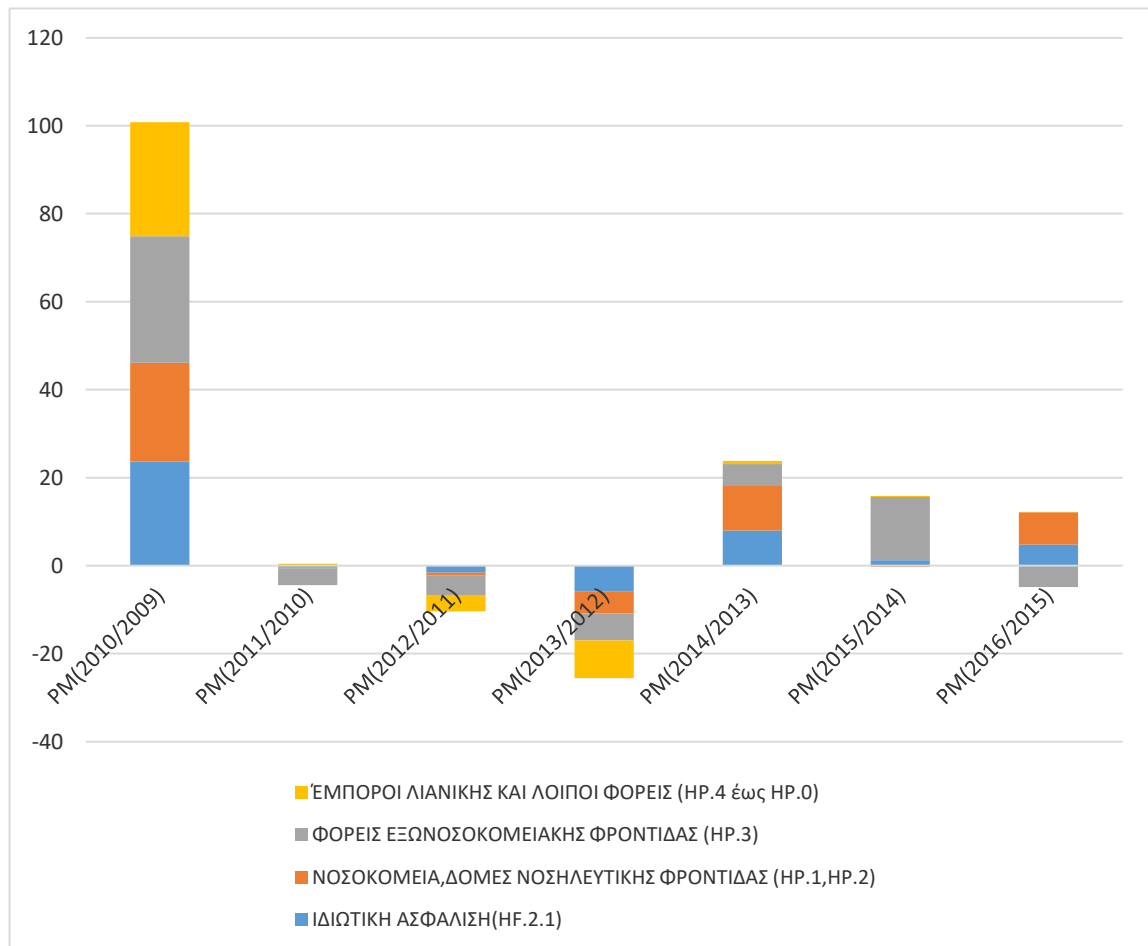
Πίνακας 3.13. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης της Ιδιωτικής ασφάλισης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (ΗΦ.2.1)	23,7	-0,4	-1,6	-5,8	8	1,2	4,8
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1,ΗΡ.2)	22,4	-0,2	-0,6	-5	10,3	-0,3	7,3
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)	28,8	-3,8	-4,6	-6,2	4,8	14,4	-4,9
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	25,9	0,4	-3,6	-8,6	0,7	0,2	0,1

Ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης της ιδιωτικής ασφάλισης στα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας παρουσίασε αύξηση το 2014 σε σχέση με το 2013 κατά 10,3 ενώ το 2016 σε σχέση με το 2015 αύξηση κατά 7,3 και το 2010 σε σχέση με το 2009 άνοδο κατά 22,4. Το 2010 σε σχέση με το 2009 παρουσιάζεται σημαντική άνοδο του ρυθμού χρηματοδότησης και προς τους εμπόρους λιανικής και προς τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας κατά 25,9 και 28,8 αντίστοιχα(πίνακας 3.13).

Όπως απεικονίζεται στι διάγραμμα 3.15 για το έτος 2010 σε σχέση με το έτος 2010 εμφανίζεται άνοδο της χρηματοδότησης της Ιδιωτικής ασφάλισης σε όλους τους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας ενώ το 2011 σε σχέση με το 2010, το 2012 σε σχέση με το 2011 και το 2013 σε σχέση με το 2012 παρουσιάζει μείωση του ρυθμού χρηματοδότησης σε όλους τους προμηθευτές αγαθών υγείας. Το 2014 σε σχέση με το 2013 υπήρξε άνοδος του ρυθμού μεταβολής και το 2016 σε σχέση με το 2015 παρουσίασε μείωση μόνο ο ρυθμός χρηματοδότησης σε φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας από την Ιδιωτική ασφάλιση.

Γράφημα 3.15. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης της Ιδιωτικής ασφάλισης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016

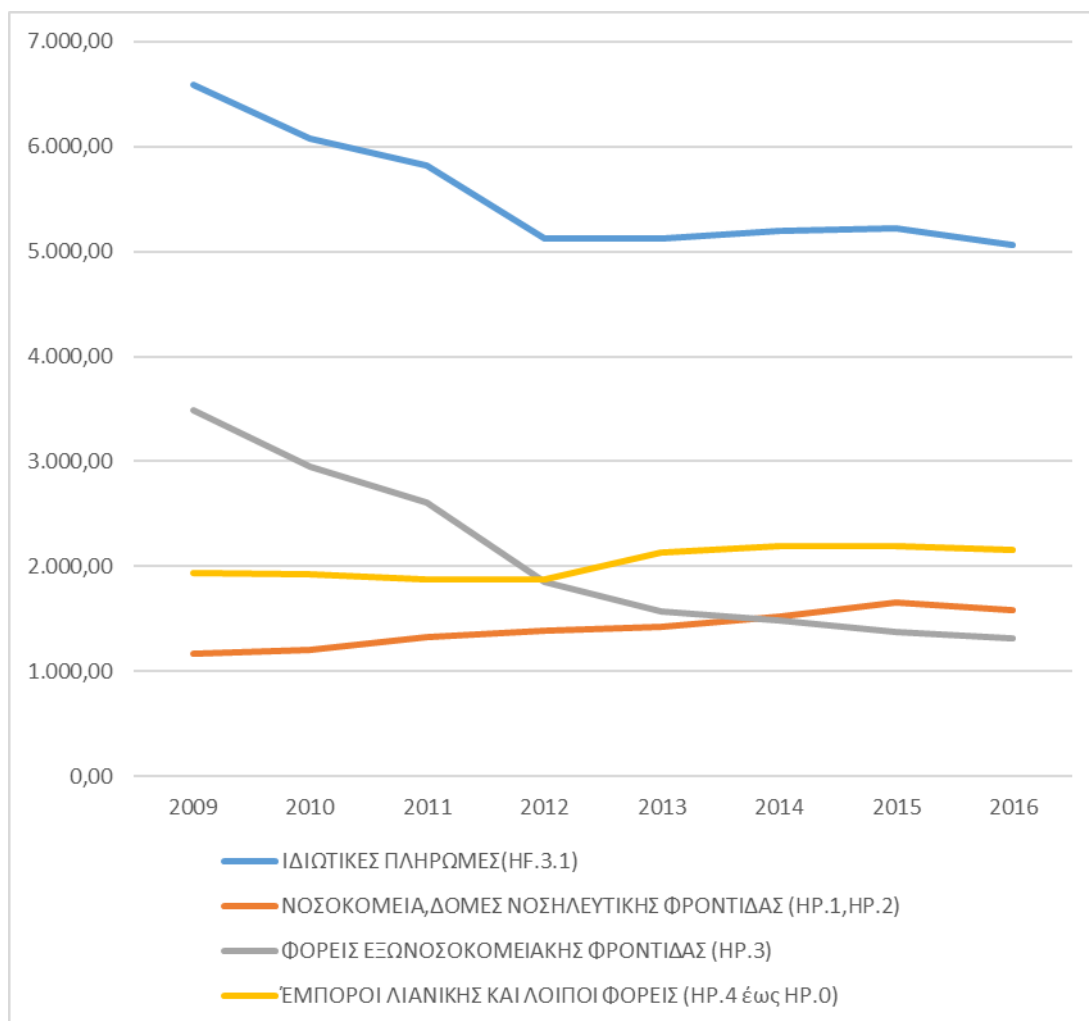


Πίνακας 3.14. Χρηματοδότηση από Ιδιωτικές πληρωμές (σε εκ.ευρώ) στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ(ΗΦ.3.1)	6.592,30	6.078,00	5.823,70	5.118,90	5.121,20	5.202,90	5.224,10	5.057,90
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1,ΗΡ.2)	1.165,40	1.198,70	1.331,80	1.387,60	1.421,60	1.523,90	1.653,80	1.579,90
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)	3.491,70	2.953,20	2.609,80	1.852,40	1.570,70	1.483,90	1.373,20	1.318,80
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	1.935,20	1.926,10	1.882,10	1.878,90	2.128,90	2.195,10	2.197,10	2.159,20

Οι ιδιωτικές πληρωμές παρουσιάζουν πτώση μέχρι το 2012 και στην συνέχεια αρχίζουν να ανέρχονται. Το 2009 ήταν 6.592,30 εκ.ευρώ και το 2016 ανήλθαν στα 5.057,90 εκ. ευρώ που ήταν και το μικρότερο ποσό από το 2009 και μετά. Σταθερή άνοδο παρουσίασε για όλα τα έτη παρουσίασε η χρηματοδότηση ιδιωτών για τα νοσοκομεία και δομές νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και στους εμπόρους λιανικής ενώ αισθητή μείωση παρουσίασε η χρηματοδότηση σε φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας, φθάνοντας ο 2016 τα 1.318,80 εκ.ευρώ το 2016 από 3.491,70 εκ.ευρώ το 2009(πίνακας 3.14). Επιβεβαιώνεται η παραπάνω εκτίμηση από τη τάση της απεικόνισης των ιδιωτικών πληρωμών όπως αυτή παρουσιάζεται στο διάγραμμα 3.16.

Γράφημα 3.16. Τάση χρηματοδότησης από Ιδιωτικές πληρωμές (σε εκ.ευρώ) στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016

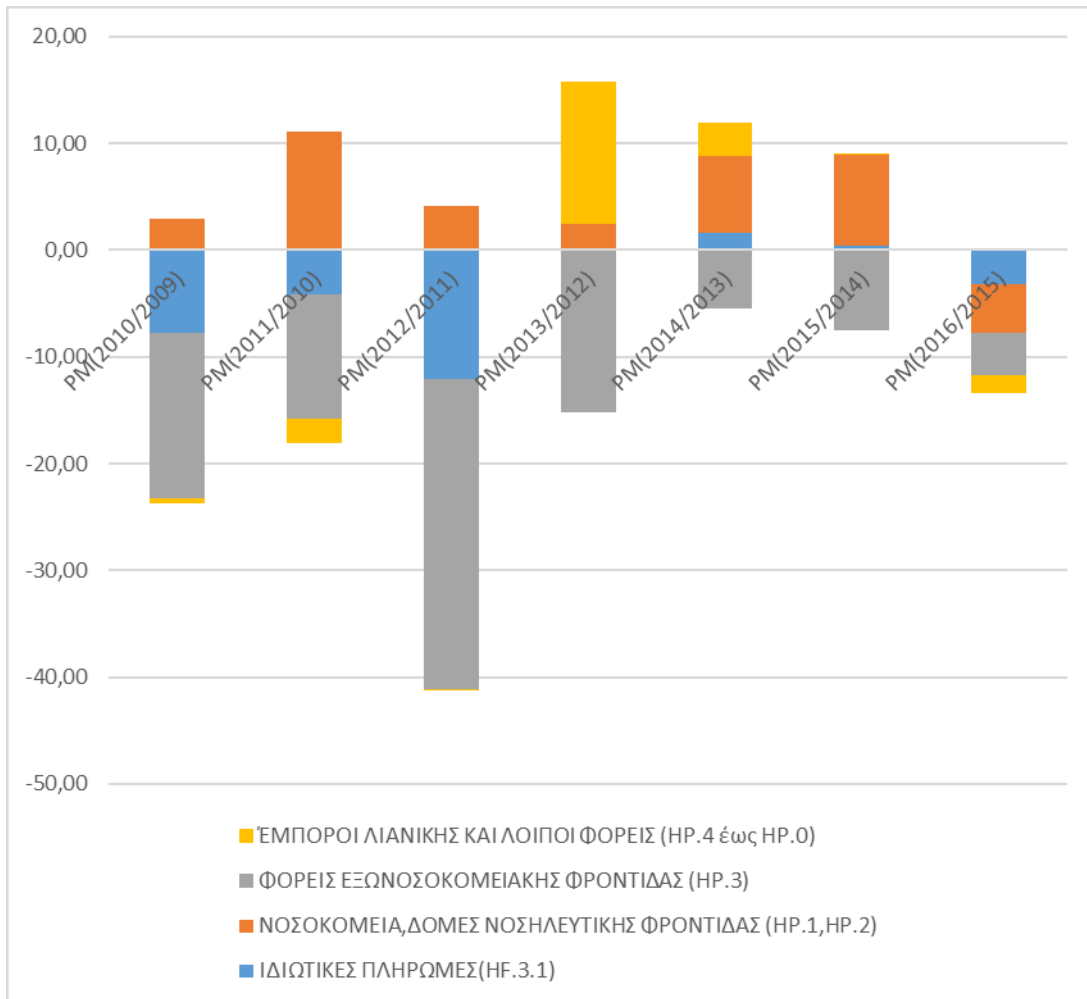


Πίνακας 3.15.Ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης από ιδιωτικές πληρωμές σε προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ(HF.3.1)	-7,80	-4,20	-12,10	0,00	1,60	0,40	-3,20
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (HP.1,HP.2)	2,90	11,10	4,20	2,50	7,20	8,50	-4,50
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (HP.3)	-15,40	-11,60	-29,00	-15,20	-5,50	-7,50	-4,00
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (HP.4 έως HP.0)	-0,50	-2,30	-0,20	13,30	3,10	0,10	-1,70

Ο ρυθμός μεταβολής των ιδιωτικών πληρωμών(πίνακας 3.15, γράφημα 3.17) παρουσιάζει μείωση το 2010 σε σχέση με το 2009 στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας και σε εμπόρους λιανικής ενώ παρουσιάζει αύξηση σε πληρωμές στα νοσοκομεία και σε δομές νοσηλευτικής φροντίδας. Το 2011 σε σχέση με το 2010 φαίνεται η ίδια εικόνα αλλά οι ιδιωτικές πληρωμές για νοσοκομειακή φροντίδα είναι ανοδική κατά 11,10. Το 2016 σε σχέση με το 2015 παρουσιάζεται μείωση του ρυθμού χρηματοδότησης σε όλους τους προμηθευτές αγαθών με -4,50 σε πληρωμές για νοσοκομειακή φροντίδα. Η μεγαλύτερη μείωση ιδιωτικών πληρωμών παρουσιάζεται το 2012 σε σχέση με το 2011 για πληρωμές εξωνοσοκομειακής φροντίδας σε -29,0. Το 2013 σε σχέση με το 2012 παρουσιάζει τη μεγαλύτερη άνοδο στο ρυθμό χρηματοδότησης ιδιωτικών πληρωμών σε εμπόρους λιανικής σε 13,30.

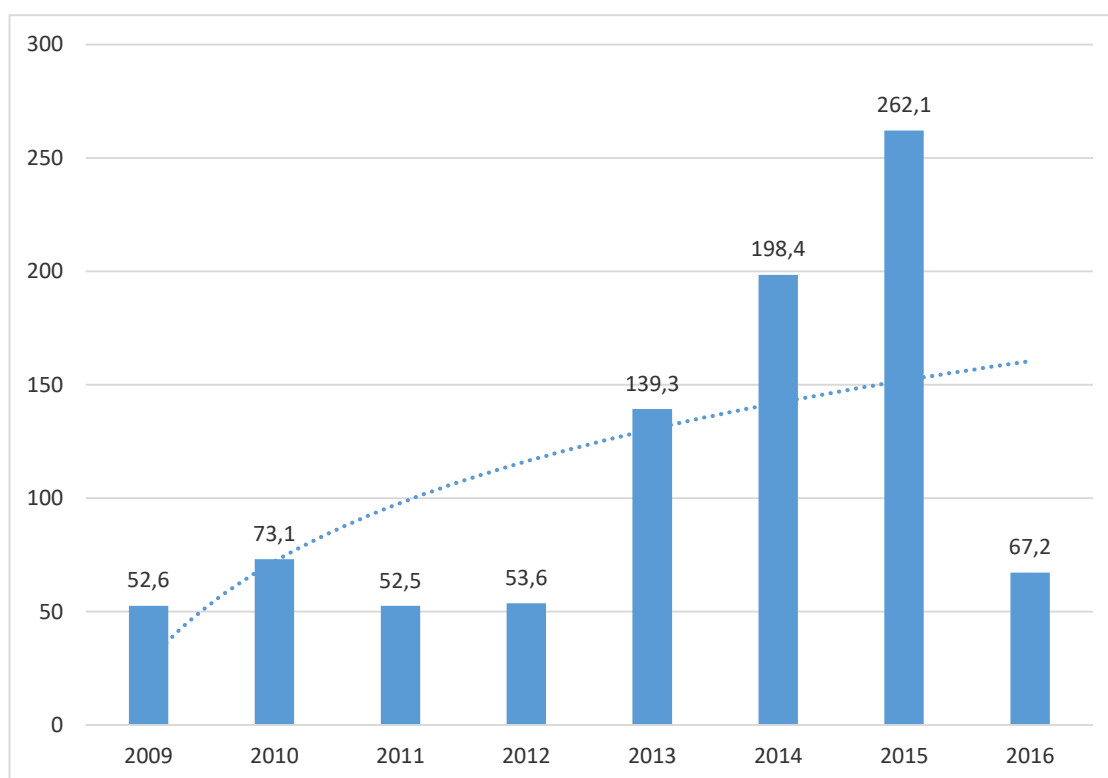
Γράφημα 3.17. Ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης από ιδιωτικές πληρωμές σε προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016



Πίνακας 3.16.Χρηματοδότηση από λοιπές δαπάνες (σε εκ.ευρώ) για προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας,2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ(HF.2.2,HF.2.3,HF.4,HF.0)	52,6	73,1	52,5	53,6	139,3	198,4	262,1	67,2

Γράφημα 3.18. Χρηματοδότηση από λοιπές δαπάνες (σε εκ.ευρώ) για προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας,2009-2016

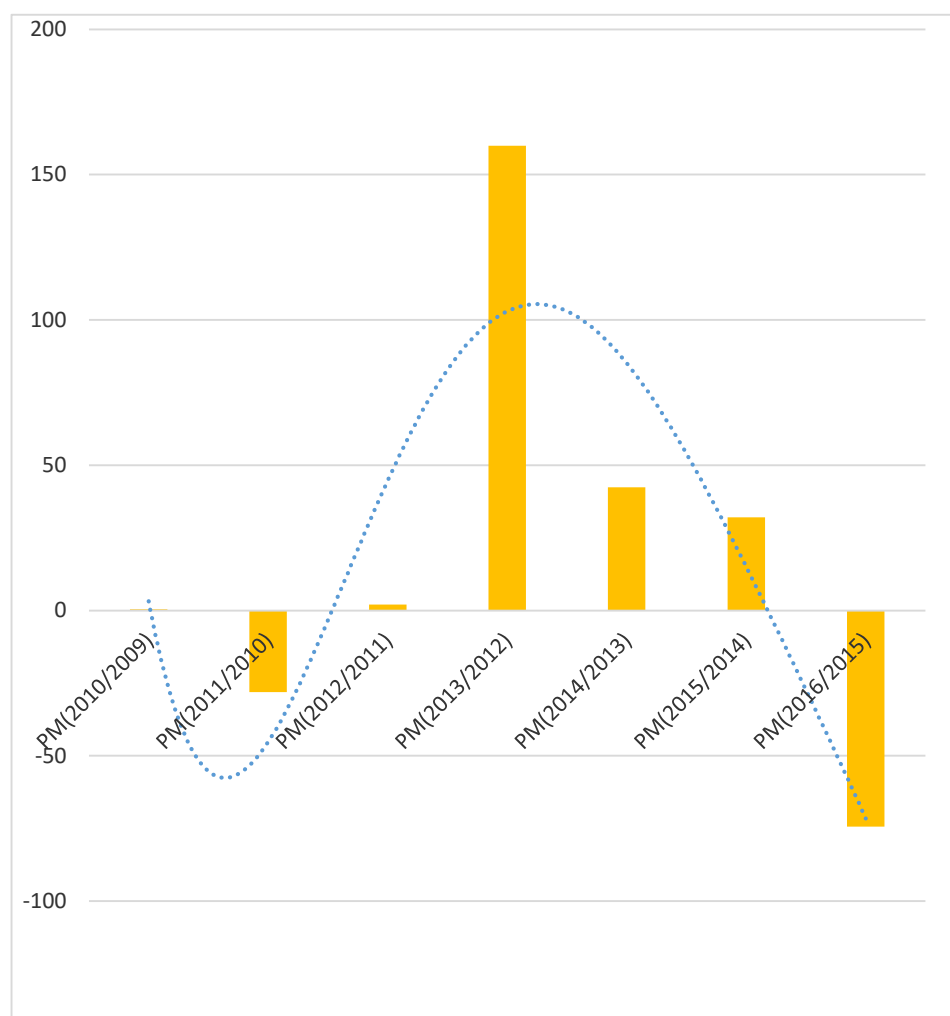


Η χρηματοδότηση από τις λοιπές δαπάνες όπως αποτυπώνονται στο πίνακα 3.14 και στο γράφημα 3.18 το 2015 παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη άνοδο τους σε 262,1 εκ.ευρώ σε σχέση με το 2009 που ήταν 52,6 εκ.ευρώ. Το 2016 το ποσό ανέρχεται σε 67,2 εκ.ευρώ.

Πίνακας 3.17. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης από λοιπές δαπάνες των προμηθευτών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	0,4	-28,1	2	159,9	42,4	32,1	-74,4

Γράφημα 3.19. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης από λοιπές δαπάνες των προμηθευτών και υπηρεσιών υγείας, 2009-2016



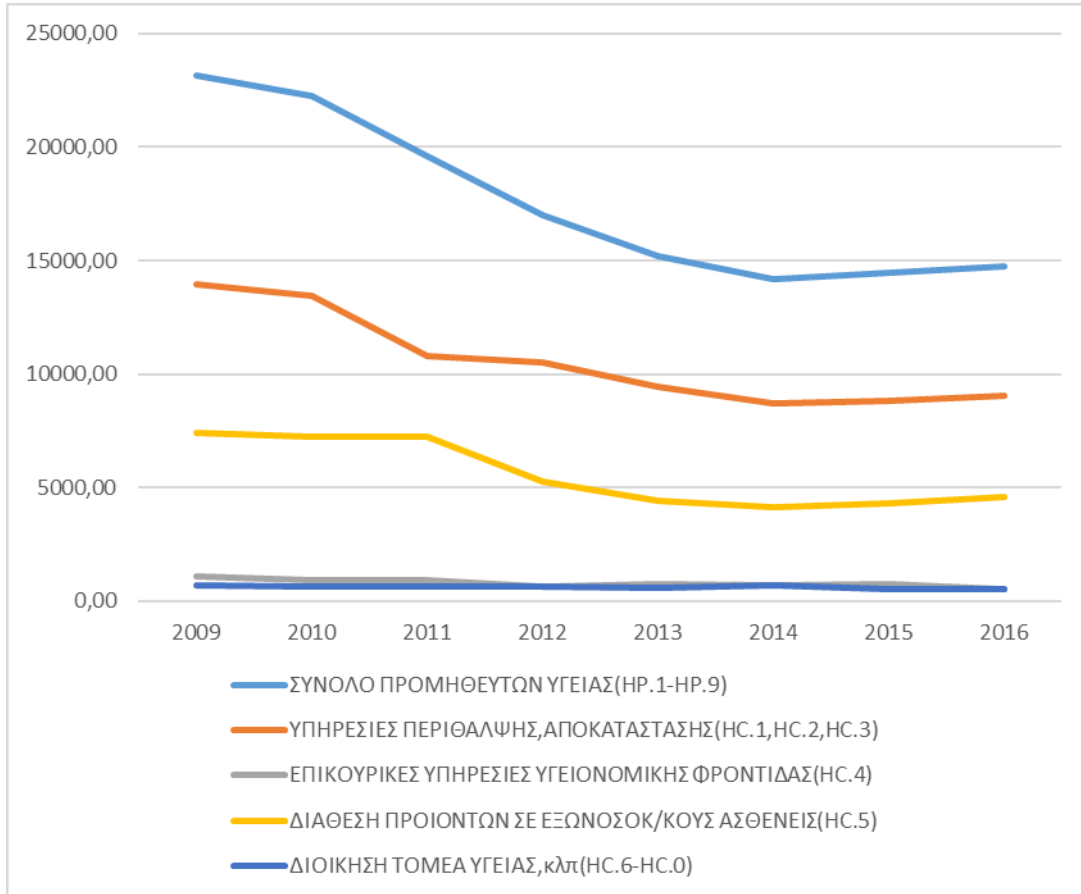
Ο ρυθμός μεταβολής των λοιπών δαπανών χρηματοδότησης όπως παρουσιάζεται στο πίνακα 3.17 και στο γράφημα 3.19 παρουσιάζει μείωση το 2011 σε σχέση με το 2010 και το 2016 σε σχέση με το 2015 κατά -28,1 και -74,4 αντίστοιχα. Στα υπόλοιπα έτη παρουσιάζει άνοδο.

Πίνακας 3.18. Χρηματοδότηση προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκ. ευρώ), 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ(ΗΡ.1-ΗΡ.9)	23176,9 0	22269,3 0	19598,7 0	16984,3 0	15201,1 0	14203,2 0	14447,6 0	14727,3 0
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΗC.1,ΗC.2,ΗC.3)	13950,1 0	13468,0 0	10783,3 0	10510,9 0	9453,90	8703,10	8.840,9	9068,50
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗC.4)	1083,80	906,10	921,60	626,60	766,30	712,40	745,00	537,30
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ(ΗC.5)	7427,40	7238,00	7257,80	5241,30	4397,40	4108,60	4323,80	4584,70
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,κλπ(ΗC.6-ΗC.0)	715,60	657,20	635,90	605,50	583,50	679,10	537,90	536,80

Η χρηματοδότηση από τους προμηθευτές υγείας για υγειονομικές δραστηριότητες παρουσίασαν μείωση μέχρι το 2014 που έφθασαν τα 14.203,2 εκ.ευρώ έναντι 23.176,9 εκ.ευρώ το 2009. Το 2016 ανήλθε η χρηματοδότηση για υγειονομικές δραστηριότητες σε 14.727,30 εκ.ευρώ. Πιο συγκεκριμένα η χρηματοδότηση για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης το 2009 ήταν 13.950,10 εκ. ευρώ, σταδιακά μειωνόταν και το 2014 έφθασε στη χαμηλότερη τιμή τους 8.703,10 εκ.ευρώ όπου το 2016 ανήλθαν στα 9.068,50 εκ.ευρώ.Για τις επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας η χρηματοδότηση παρουσίασε σημαντική μείωση αφού από 1.083,80 εκ.ευρώ το 2009 έφθασε το 2016 σε 537,30 εκ.ευρώ.Η χρηματοδότηση για διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και για τη διοίκηση του τομέα υγείας, υπέστη μείωση κατά τη διάρκεια των χρόνων αυτών αφού το 2009 η χρηματοδότηση ήταν 7.427,40 εκ.ευρώ για τη διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς ενώ το 2016 έφθασαν τα 4.584,70 εκ.ευρώ. Ομοίως η χρηματοδότηση από τους προμηθευτές υγείας για τη διοίκηση του τομέα υγείας ήταν 715,60 εκ.ευρώ ενώ το 2016 έφθασαν τα 536,80 εκ.ευρώ(πίνακας 3.18).

Γράφημα 3.20. Τάση Χρηματοδότησης προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκ. ευρώ), 2009-2016



Από το γράφημα 3.20 παρατηρείται ότι η τάση που ακολουθεί η συνολική χρηματοδότηση των προμηθευτών υγείας είναι περίπου ίδιας τάσης με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών περίθαλψης και διάθεσης προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Παρόμοια είναι η τάση που ακολουθούν η χρηματοδότηση για επικουρικές υπηρεσίες και για διοίκηση του τομέα υγείας.

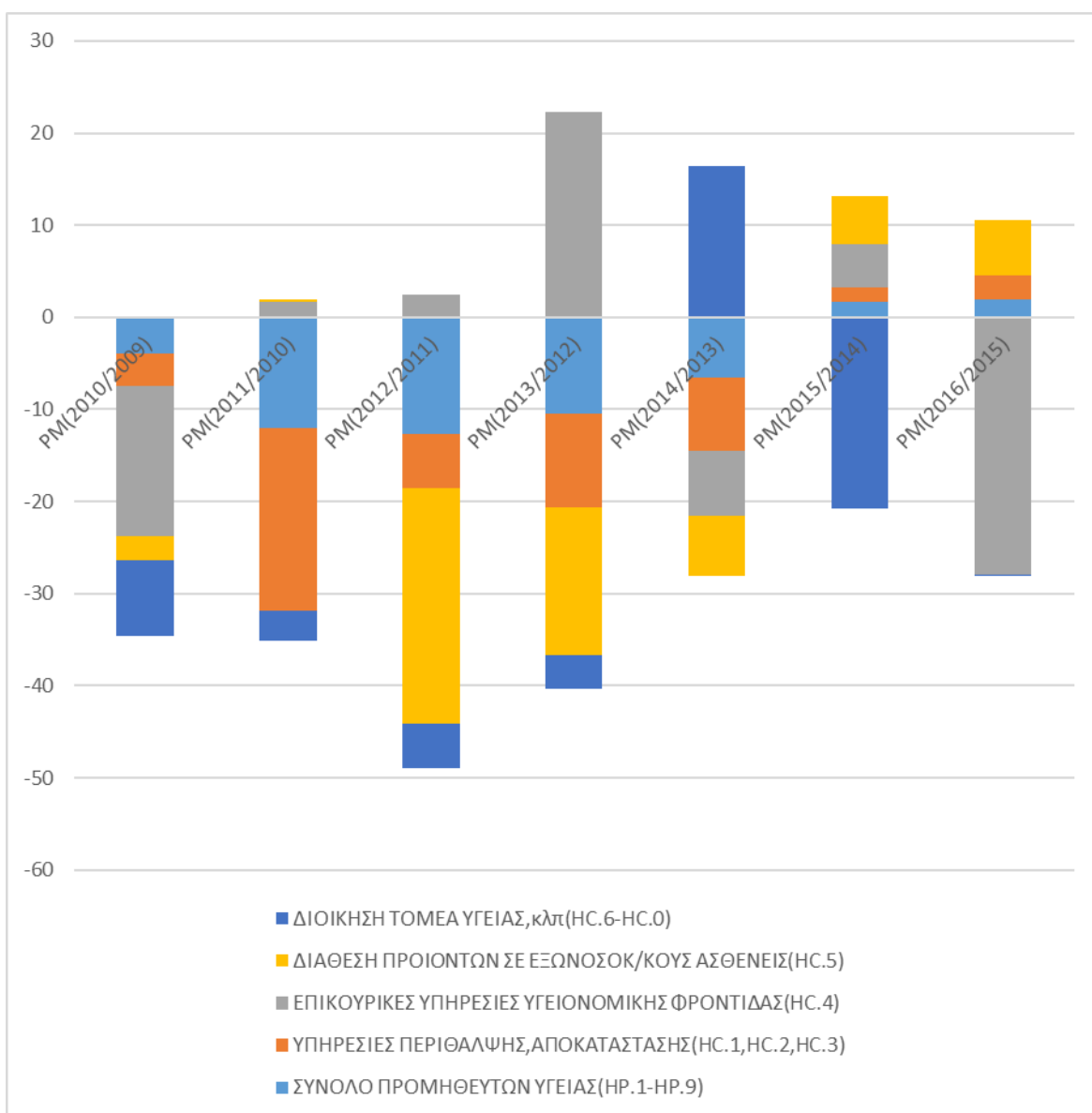
3.2.3. Πίνακες συχνοτήτων-Γραφήματα, Χρηματοδότηση Προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική Δραστηριότητα

Πίνακας 3.19. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/20 09)	PM (2011/20 10)	PM (2012/20 11)	PM (2013/20 12)	PM (2014/20 13)	PM (2015/20 14)	PM (2016/20 15)
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ(ΗΡ.1-ΗΡ.9)	-3,9	-12	-12,7	-10,5	-6,6	1,7	1,9
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣ ΗΣ (ΗΣ.1,ΗΣ.2,ΗΣ.3)	-3,5	-19,9	-5,8	-10,1	-7,9	1,6	2,6
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗΣ.4)	-16,4	1,7	2,4	22,3	-7	4,6	-27,9
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ(ΗΣ.5)	-2,6	0,3	-25,6	-16,1	-6,6	5,2	6
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,κλπ (ΗΣ.6-ΗΣ.0)	-8,2	-3,2	-4,8	-3,6	16,4	-20,8	-0,2

Σύμφωνα με τον πίνακα 3.19 και το γράφημα 3.21 ο ρυθμός μεταβολής είναι αρνητικός για το 2010 σε σχέση με το 2009 για τη χρηματοδότηση όλων των υγειονομικών δραστηριοτήτων ενώ το 2011 σε σχέση με το 2010 ο ρυθμός χρηματοδότησης για επικουρικές υπηρεσίες και για τη διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς είναι θετικός 1,7 και 0,3 αντίστοιχα. Το 2014 σε σχέση με το 2013 ο ρυθμός χρηματοδότησης για τη διοίκηση στον τομέα υγείας φθάνει τη μέγιστη τιμή 16,4 ενώ το 2015 σε σχέση με το 2014 φθάνει την ελάχιστη στα -20,8. Τέλος το 2016 σε σχέση με το 2015 υπήρξε σημαντική μείωση του ρυθμού μεταβολής για τη χρηματοδότηση των προμηθευτών υγείας σε επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας σε -27,9.

Γράφημα 3.21. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

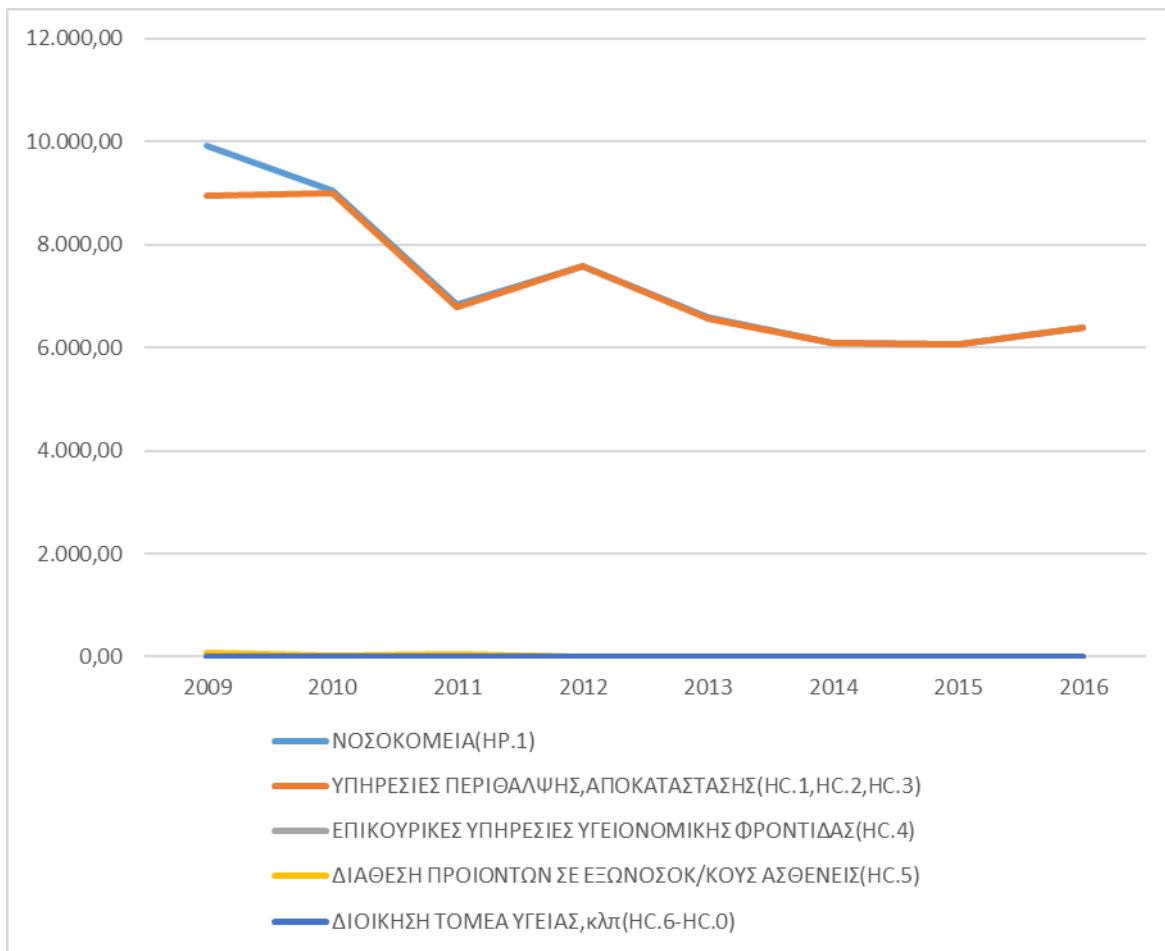


Πίνακας 3.20.Χρηματοδότηση Νοσοκομείων (σε εκ. ευρώ) ανά υγειονομική δραστηριότητα,2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ(ΗΡ.1)	9.928,70	9.046,30	6.831,20	7.586,60	6.578,10	6.089,60	6.065,40	6.386,50
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ(ΗC.1 ,ΗC.2,ΗC.3)	8.944,60	9.013,60	6.782,40	7.581,60	6.570,00	6.089,20	6.065,40	6.386,50
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗC.4)	13,7	10,7	12,1	5	8,1	0,4	0	0
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ(ΗC.5)	70,3	21,8	36,7	0	0	0	0	0
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,κλπ(ΗC.6-ΗC.0)	0,1	0,2	0,02	0	0	0	0	0

Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης των νοσοκομείων διατίθεται για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης όπου από το 2013 μέχρι και το 2016 διατίθεται το σύνολο των χρημάτων που διαθέτουν για υπηρεσίες περίθαλψης. Από το 2009 έως και 2011 δόθηκε μέρος της χρηματοδότησης των νοσοκομείων και για επικουρικές υπηρεσίες φρομτίδας , σε διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και ελάχιστα στη διοίκηση του τομέα υγείας (πίνακας 3.20, γράφημα 3.22)

Γράφημα 3.22 Τάση Χρηματοδότησης Νοσοκομείων (σε εκ. ευρώ) ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

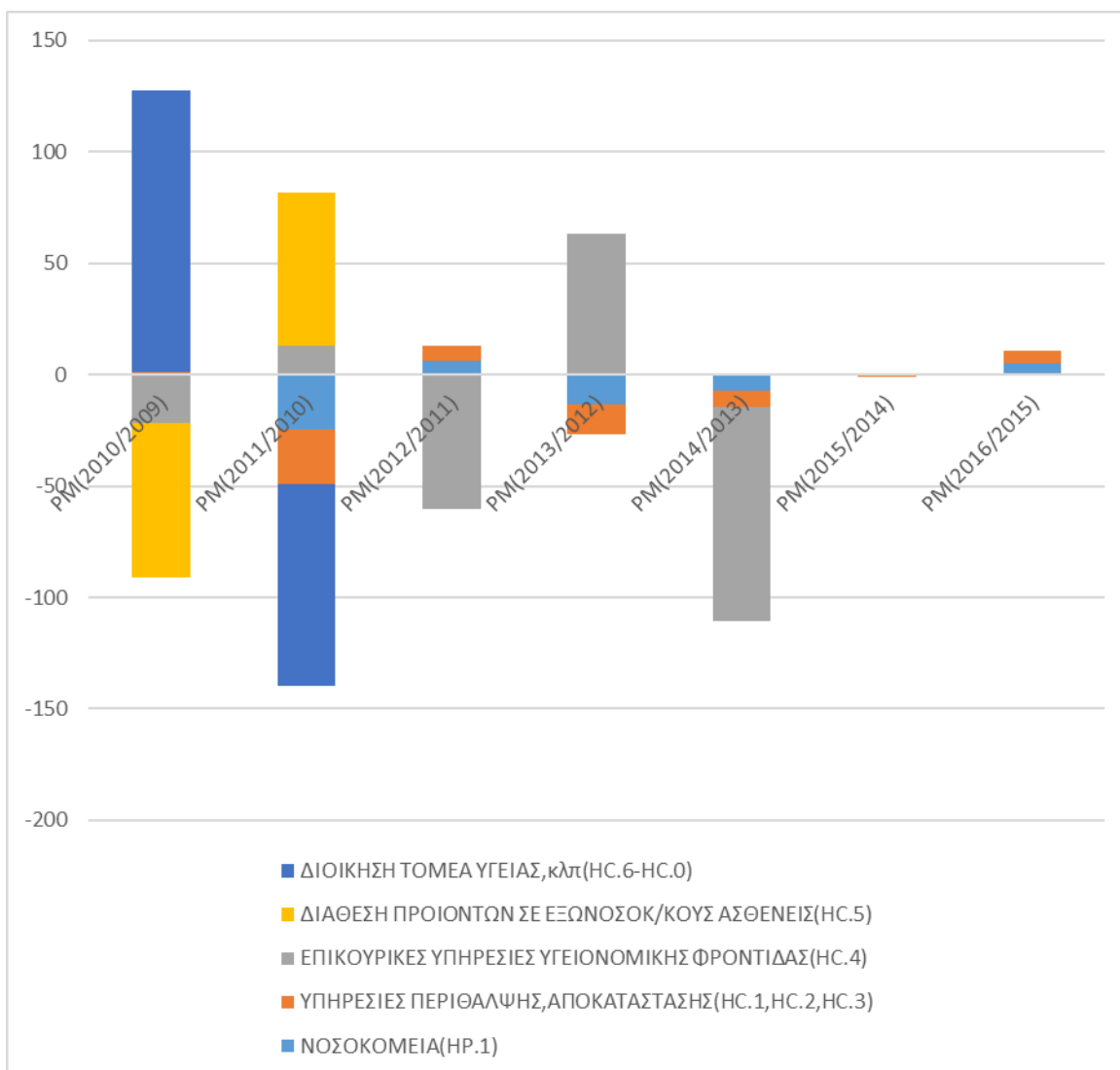


Πίνακας 3.21.Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης των Νοσοκομείων ανά υγειονομική δραστηριότητα,2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ(ΗΡ.1)	0,2	-24,5	6	-13,3	-7,4	-0,4	5,3
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΗC.1,ΗC.2,ΗC.3)	0,8	-24,8	6,7	-13,3	-7,3	-0,4	5,3
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗC.4)	-21,9	13	-60,3	63,4	-95,7		
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΗC.5)	-69	68,5					
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,κλπ (ΗC.6-ΗC.0)	126,6	-90,2					

Ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης των νοσοκομείων για τη διοίκηση του τομέα υγείας αυξάνει αρκετά το 2010 σε σχέση με το 2009 σε 126,6 ενώ το 2011 σε σχέση με το 2010 φθάνει το -90,2 και δεν διατίθεται χρηματοδότηση τα μετέπειτα έτη.Το 2013 σε σχέση με το 2012 ο ρυθμός χρηματοδότησης από τα νοσοκομεία τις επικουρικές υπηρεσίες αυξάνεται σε 63,4 ενώ το 2014 σε σχέση με το 2013 φθάνει το -95,7. Ο ρυθμός χρηματοδότησης των νοσοκομείων για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης παρουσίασε σημαντική μείωση το 2013 σε σχέση με το 2012 σε -13,3 ενώ το 2016 σε σχέση με το 2015 ανήλθε σε 5,3 όπου ήταν και η μόνη χρηματοδότηση των νοσοκομείων σε υγειονομικές δραστηριότητες(πίνακας 3.21, γράφημα 3.23).

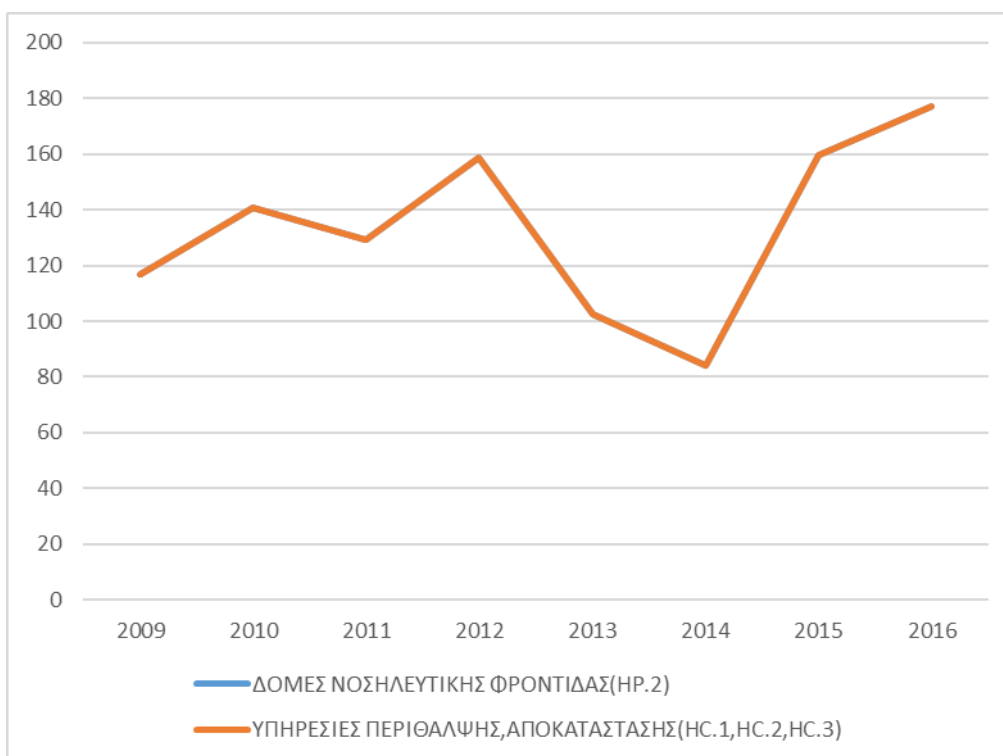
Γράφημα 3.23. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης των Νοσοκομείων ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016



Πίνακας 3.22. Χρηματοδότηση Δομών νοσηλευτικής φροντίδας σε υγειονομικές δραστηριότητες (σε εκ.ευρώ),2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗΡ.2)	117	140,8	129,1	158,6	102,6	84	159,5	177,3
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ(ΗC.1,ΗC.2,ΗC.3)	117	140,8	129,1	158,6	102,6	84	159,5	177,3

Γράφημα 3.24.Τάση της Χρηματοδότησης Δομών νοσηλευτικής φροντίδας σε υγειονομικές δραστηριότητες (σε εκ.ευρώ),2009-2016



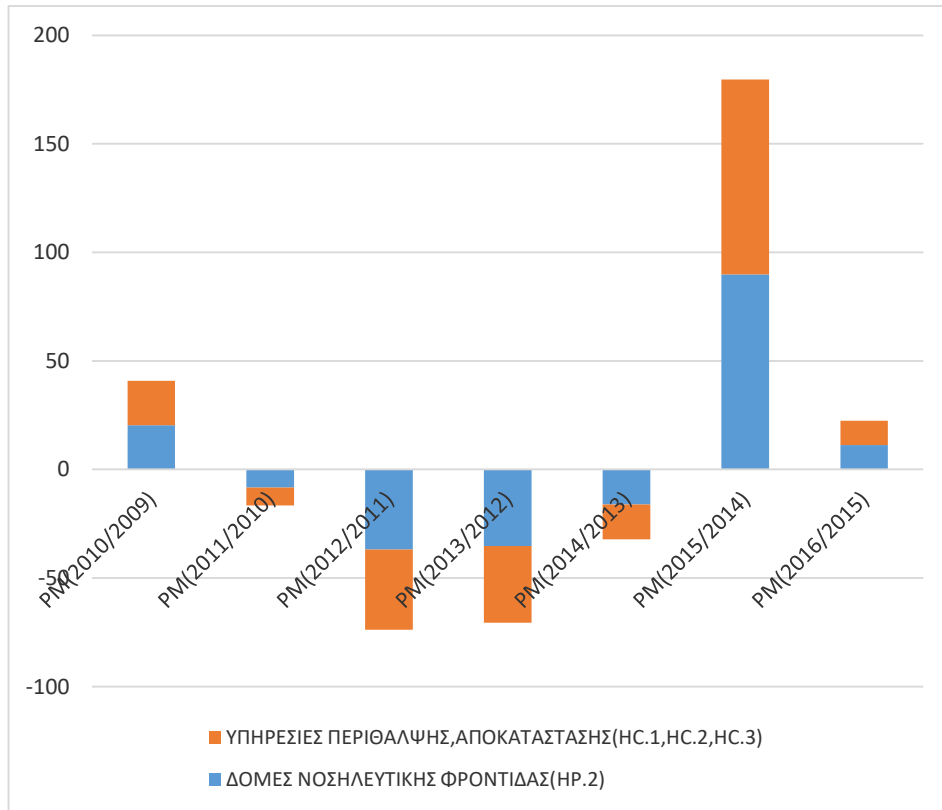
Σύμφωνα με τον πίνακα 3.22 και το γράφημα 3.24 το σύνολο της χρηματοδότησης των δομών νοσηλευτικής φροντίδας δίδεται για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης με ανοδική τάση από το 2015 και μετά. Τη μεγαλύτερη μείωση παρουσίασε το 2014.

Πίνακας 3.23. Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης Δομών νοσηλευτικής φροντίδας σε υγειονομικές δραστηριότητες ,2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗΡ.2)	20,4	-8,3	-36,9	-35,3	-16,1	89,8	11,2
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣ ΗΣ (ΗC.1,ΗC.2,ΗC.3)	20,4	-8,3	-36,9	-35,3	-16,1	89,8	11,2

Ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης των δομών της νοσηλευτικής φροντίδας σε υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης είναι θετικός το 2015 σε σχέση με το 2014 κατά 89,8 και το 2016 σε σχέση με το 2015 σε 11,2. Τη μεγαλύτερη μείωση παρουσίασε το 2012 σε σχέση με το 2011 σε -36,9 και το 2013 σε σχέση με το 2012 σε -16,1(πίνακας 3.23, γράφημα 3.25).

Γράφημα 3.25 Ρυθμός μεταβολής της Χρηματοδότησης Δομών νοσηλευτικής φροντίδας σε υγειονομικές δραστηριότητες ,2009-2016

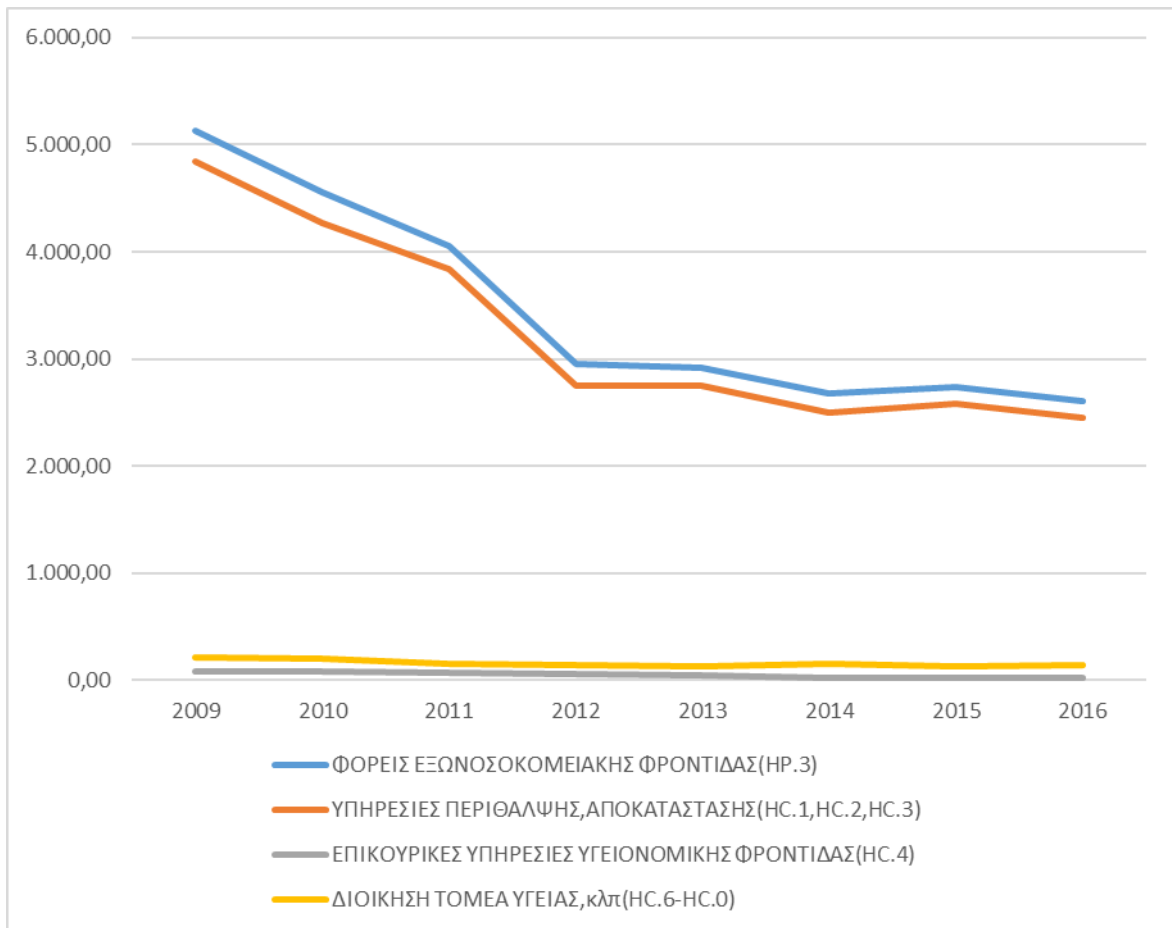


Πίνακας 3.24. Χρηματοδότηση από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκ.ευρώ), 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗΡ.3)	5.128,10	4.552,40	4.058,40	2.951,30	2.918,10	2.674,30	2.737,50	2.611,00
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΗC.1,ΗC.2,ΗC.3)	4.839,20	4.271,40	3.838,30	2.752,40	2.744,80	2.501,50	2.588,60	2.449,40
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗC.4)	80,8	76,9	67,9	56,7	47,8	20,3	17,6	18,5
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,κλπ (ΗC.6-ΗC.0)	208,1	204,1	152,2	142,2	125,5	152,6	131,3	143,1

Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας για υγειονομικές δραστηριότητες δίνεται για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης, εν συνεχεία για τη διοίκηση στον τομέα της υγείας και τέλος για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Η χρηματοδότηση για υπηρεσίες περίθαλψης είχε μειωθεί από 4.839,20 το 2009 σε 2.449,40 το 2016. Η τάση για χρηματοδότηση των υπηρεσιών για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης ακολουθεί ακριβώς την ίδια τάση με τη χρηματοδότηση των φορέων εξωνοσοκομειακής φροντίδας(πίνακας 3.24, διάγραμμα 3.26).

Γράφημα 3.26. Τάση χρηματοδότησης από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκ.ευρώ), 2009-2016

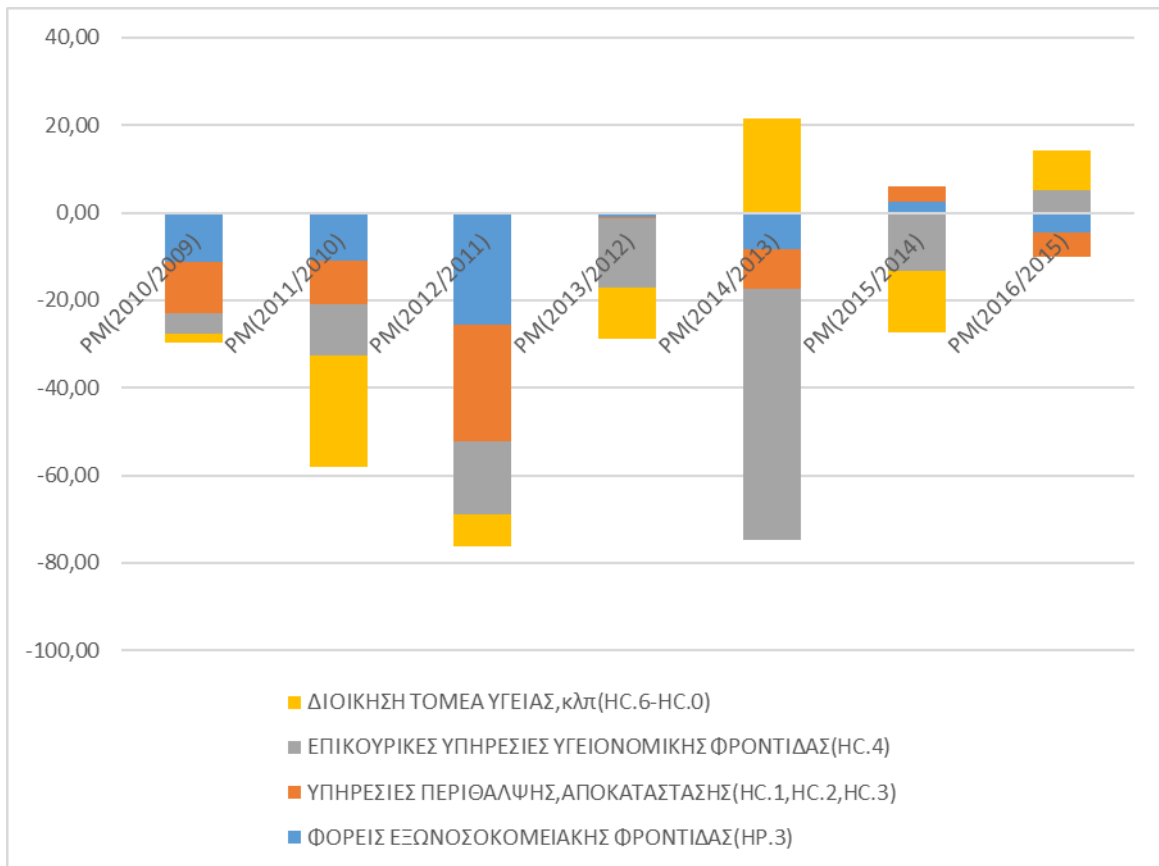


Πίνακας 3.25.Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/20 09)	PM (2011/20 10)	PM (2012/20 11)	PM (2013/20 12)	PM (2014/20 13)	PM (2015/20 14)	PM (2016/20 15)
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗΡ.3)	-11,20	-10,90	-25,60	-1,1	-8,4	2,4	-4,6
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ(Η C.1,ΗC.2,ΗC.3)	-11,70	-10,10	-26,50	-0,3	-8,9	3,5	-5,4
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗC.4)	-4,8	-11,7	-16,9	-15,7	-57,5	-13,3	5,1
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,κλπ(ΗC.6- ΗC.0)	-1,9	-25,4	-7,2	-11,7	21,6	-14	9

Ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας για υγειονομική δραστηριότητα είναι θετικός μόνο για το έτος 2015 σε σχέση με το έτος 2016 σε 2,4 ενώ η μέγιστη αρνητική τιμή του είναι το 2012 σε σχέση με το 2011 σε 25,60. Η χρηματοδότηση των εξωνοσοκομειακών φορέων παραμένει ανά υγειονομική δραστηριότητα αρνητικός. Για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης είναι θετικός (3,5) για το έτος 2015 σε σχέση με το 2014 με μέγιστη αρνητική τιμή 26,50 το 2012 σε σχέση με το 2011. Για χρηματοδότηση για επικουρικές υπηρεσίες είναι θετικός μόνο το 2016 σε σχέση με το 2015 με μέγιστη αρνητική τιμή (57,5) το 2014 σε σχέση με το 2013.Ο ρυθμός μεταβολής για τη χρηματοδότηση της διοίκησης παρουσίασε μέγιστη θετική τιμή το 2014 σε σχέση με το 2013 και μέγιστη αρνητική(25,4) το 2011 σε σχέση με το 2010 (πίνακας 3.25,γράφημα 3.27).

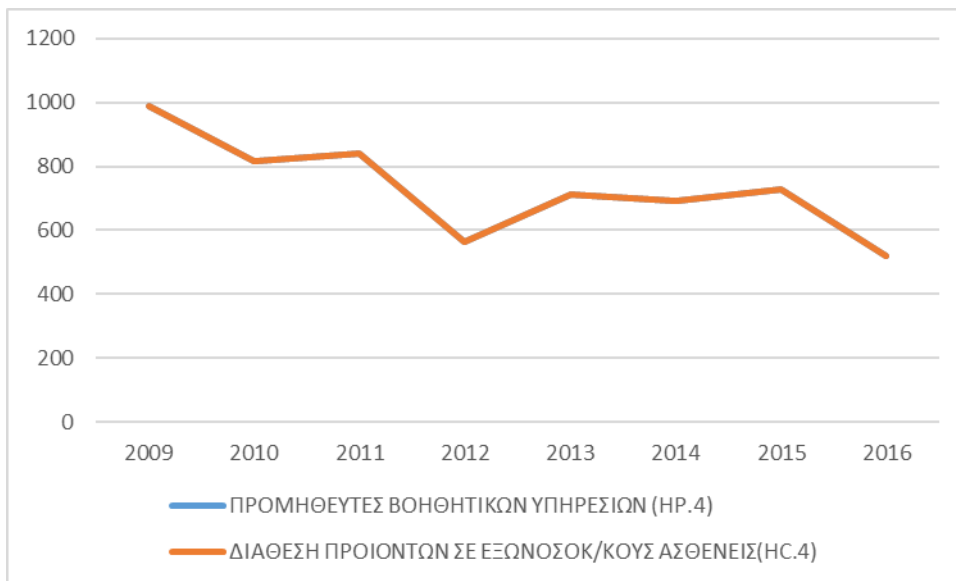
Γράφημα 3.27. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης από τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016



Πίνακας 3.26. Χρηματοδότηση Προμηθευτών Βοηθητικών υπηρεσιών (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΣ ΒΟΗΘΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΗΡ.4)	987,1	815,9	839,3	563,9	710,4	691,7	727,4	518,8
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ(ΗC.4)	987,1	815,9	839,3	563,9	710,4	691,7	727,4	518,8

Γράφημα 3.28. Τάση Χρηματοδότησης Προμηθευτών Βοηθητικών υπηρεσιών (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

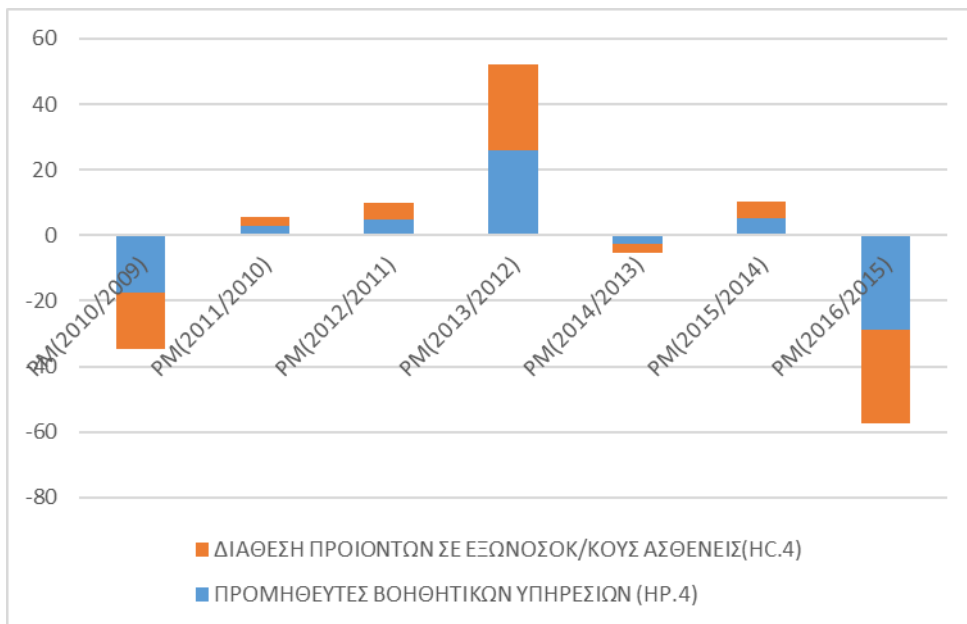


Η χρηματοδότηση από τους προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών υλοποιείται μόνο σε διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Από τον πίνακα 3.26 και το γράφημα 3.27 η τάση είναι πτωτική σε σχέση με το 2009 με τη μεγαλύτερη το 2016 που ανέρχεται σε 518,8 εκ.ευρώ ενώ το 2009 ήταν 987,1 εκ.ευρώ.

Πίνακας 3.27. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης Προμηθευτών Βοηθητικών υπηρεσιών για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΣ ΒΟΗΘΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (HP.4)	-17,3	2,9	5	26	-2,6	5,2	-28,7
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ(HC.4)	-17,3	2,9	5	26	-2,6	5,2	-28,7

Γράφημα 3.29. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης Προμηθευτών Βοηθητικών υπηρεσιών για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

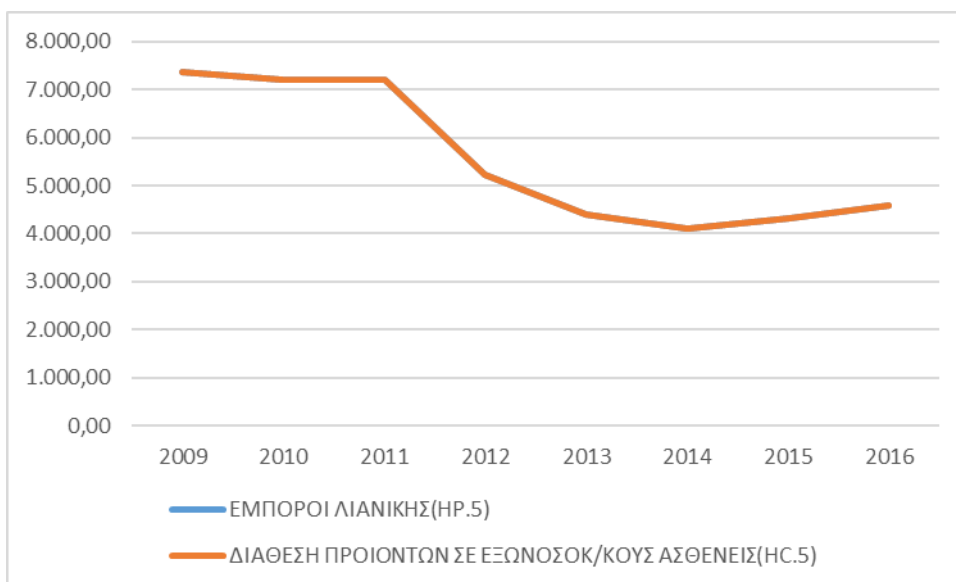


Ο ρυθμός μεταβολής διάθεσης προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς από τους προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών ήταν το 2010 αρνητικός (17,3) σε σχέση με το 2009 και το 2016 σε σχέση με το 2015 ήταν -28,7. Η μέγιστη θετική τιμή του ήταν 26 το 2013 σε σχέση με το 2012(πίνακας 3.27, γράφημα 3.29).

Πίνακας 3.28 Χρηματοδότηση Εμπόρων Λιανικής (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ(ΗΡ.5)	7.357,10	7.216,20	7.221,10	5.241,30	4.397,40	4.108,60	4.323,80	4.584,70
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ(ΗΚ.5)	7.357,10	7.216,20	7.221,10	5.241,30	4.397,40	4.108,60	4.323,80	4.584,70

Γράφημα 3.30. Τάση χρηματοδότησης Εμπόρων Λιανικής (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

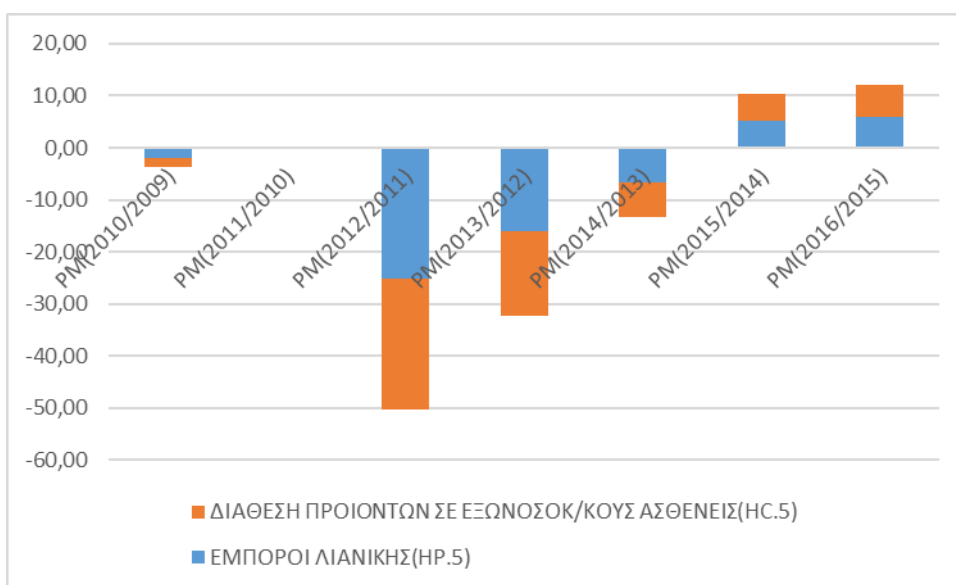


Η τάση ήταν πτωτική για τη χρηματοδότηση των εμπόρων λιανικής σε διάθεση προϊόντων εξωνοσοκ/κους ασθενείς κυρίως από το 2011 έως και το 2014. Το 2015 και 2016 παρουσιάζεται άνοδος, φθάνοντας το 2016 τα 4.584,70 εκ.ευρώ σε σχέση με το 2014 που ήταν 4.108,60 εκ.ευρώ και με το 2009 που η χρηματοδότηση έφθασε τα 7.357,10 εκ.ευρώ (πίνακας 3.28, γράφημα 3.30).

Πίνακας 3.29. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης Εμπόρων Λιανικής για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ(ΗΡ.5)	-1,90	0,10	-25,20	-16,1	-6,6	5,2	6
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ(ΗC.5)	-1,90	0,10	-25,20	-16,1	-6,6	5,2	6

Γράφημα 3.31. Ρυθμός μεταβολής χρηματοδότησης Εμπόρων Λιανικής για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

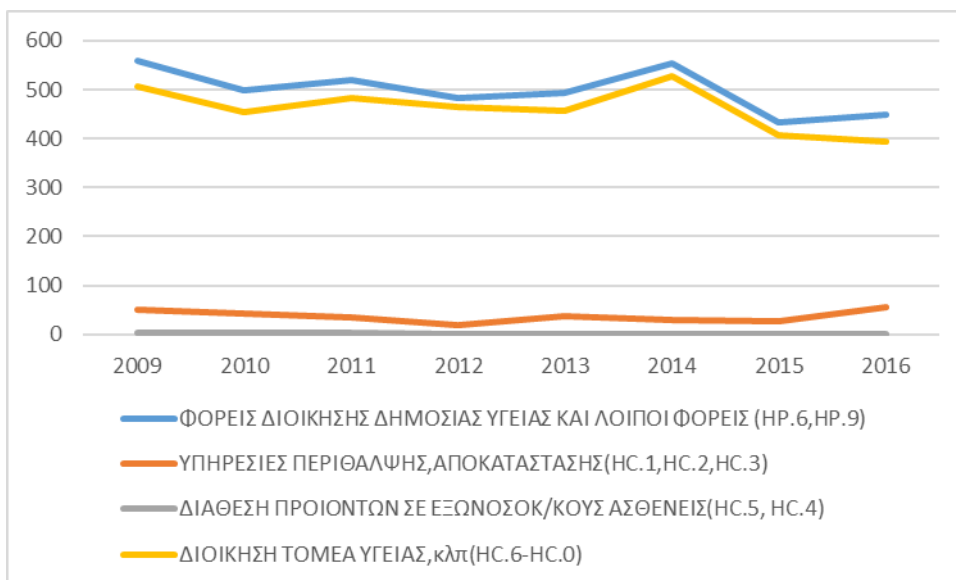


Ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης των εμπόρων λιανικής για τη διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς υπήρξε θετικός το 2015 σε σχέση με το 2014 (5,2) και το 2016 σε σχέση με το 2015 (6) ενώ τη μεγαλύτερη αρνητική τιμή του παρουσίασε το 2012 σε σχέση με το 2011 σε 25,20 (πίνακας 3.29, γράφημα 3.31).

Πίνακας 3.30. Χρηματοδότηση φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιπών φορέων (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΦΟΡΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.6,ΗΡ.9)	558,9	497,7	519,5	482,7	494,5	555	434,1	449
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ(ΗC.1,ΗC.2,ΗC.3)	49,3	42,2	33,5	18,2	36,5	28,4	27,4	55,3
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ(ΗC.5, ΗC.4)	2,2	2,6	2,3	1,1	0	0	0	0
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,κλπ(ΗC.6-ΗC.0)	507,4	452,9	483,7	463,4	458	526,6	406,7	393,7

Γράφημα 3.32.Τάση χρηματοδότησης φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιπών φορέων (σε εκ.ευρώ) για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016



Σύμφωνα με τον πίνακα 3.30 και το γράφημα 3.31 παρατηρείται μέχρι και το 2014 μείωση της χρηματοδότησης των φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης ενώ από το 2015 και 2016 παρουσιάζει ανοδική πορεία με το ποσό της χρηματοδότησης να ανέρχεται σε 55,3 εκ.ευρώ το 2016 έναντι 49,3 εκ.

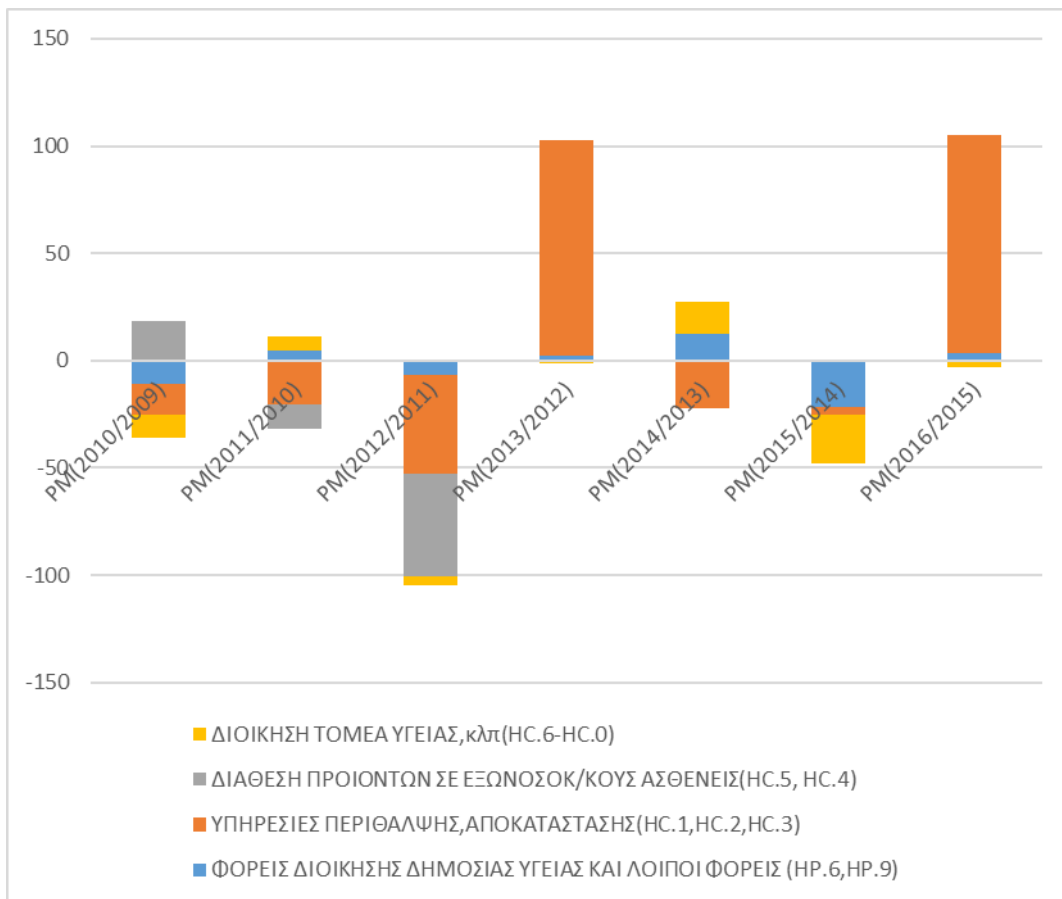
ευρώ το 2009. Επίσης το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης των φορέων της δημόσιας διοίκησης διατίθεται για τη διοίκηση του τομέα υγείας η οποία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη χρηματοδότηση το 2014 σε ποσό που ανερχόταν στα 526,6 εκ.ευρώ έναντι το 2009 σε ποσό των 507,4 εκ.ευρώ και το 2016 σε ποσό των 393,7 εκ.ευρώ (πίνακας 3.30, γράφημα 3.31).

Πίνακας 3.31.Ρυθμός Μεταβολής χρηματοδότησης φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιπών φορέων για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016

ΕΤΟΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)	PM (2016/2015)
ΦΟΡΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.6,ΗΡ.9)	-11	4,4	-6,9	2,5	12,2	-21,8	3,4
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ,ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣ ΗΣ (ΗC.1,ΗC.2,ΗC.3)	-14,4	-20,6	-45,7	100,5	-22,2	-3,5	101,8
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚ/ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΗC.5, ΗC.4)	18,2	-11,5	-47,8				
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,κλπ (ΗC.6-ΗC.0)	-10,7	6,8	-4,1	-1,2	15	-22,8	-3,2

Ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης των φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης ήταν θετικός το 2013 σε σχέση με το 2012 (100,5) και το 2016 σε σχέση με το 2015(101,8) ενώ ο ρυθμός μεταβολής για χρηματοδότηση διοίκησης τομέα υγείας παραμένει αρνητικός με 3,2 το 2016 σε σχέση με το 2015 και με μέγιστη αρνητική τιμή (-22,8) το 2015 σε σχέση με το 2014. Θετικός ήταν το 2014 σε σχέση με το 2013 (15) και το 2011 σε σχέση με το 2010 (6,8) (πίνακας 3.31, γράφημα 3.33).

Γράφημα 3.33. Ρυθμός Μεταβολής χρηματοδότησης φορέων διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιπών φορέων για υγειονομική δραστηριότητα, 2009-2016



3.2.4. Θνησιμότητα από Χρόνιες Παθήσεις, 2009-2016

Πίνακας 3.32. Προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις (ανά 100.000 κατ.), σε επιλεγμένες χώρες, 2002-2015

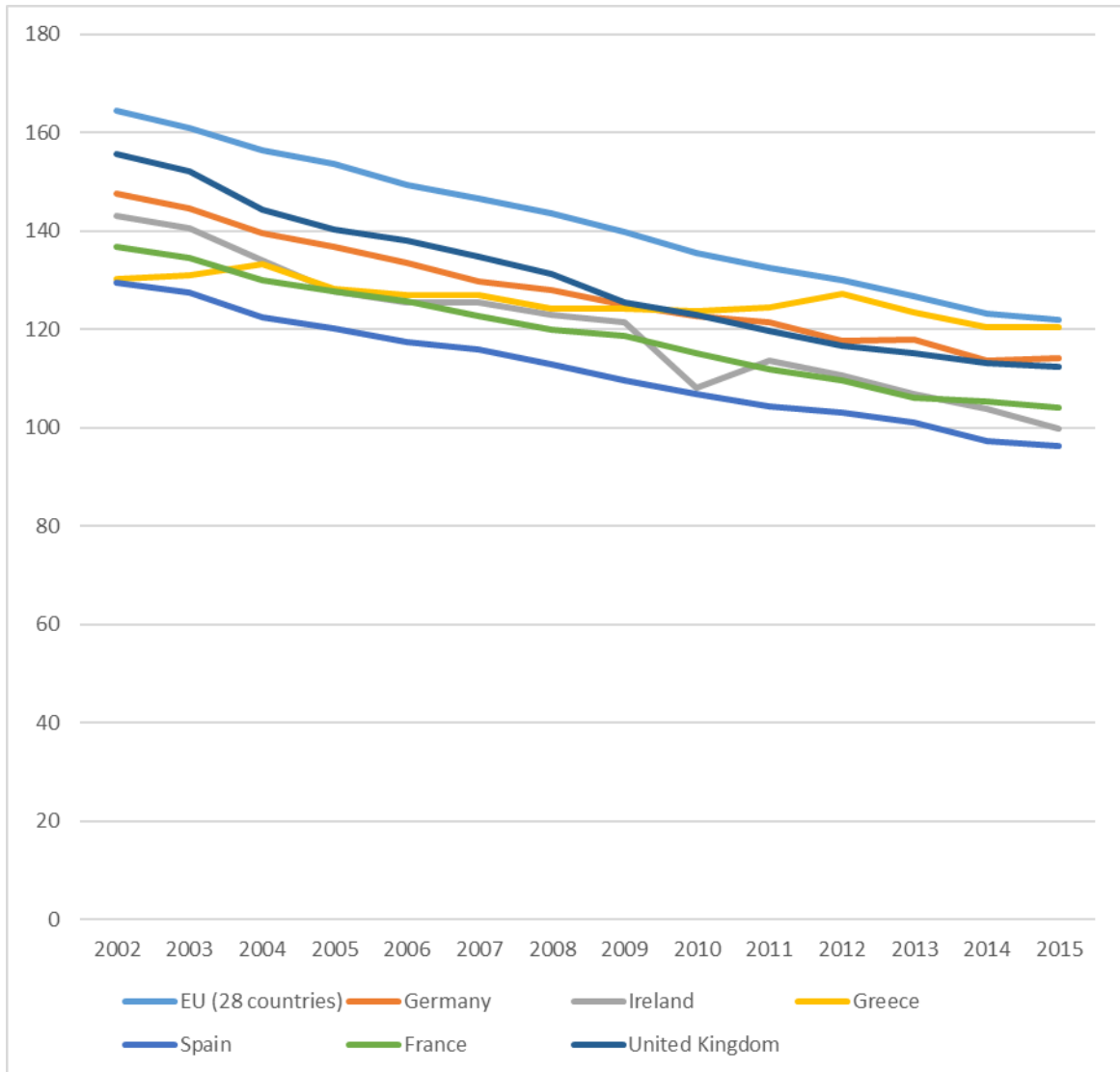
ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
EU (28 countries)	164,4	161,1	156,5	153,6	149,4	146,7	143,7
Germany	147,7	144,6	139,5	136,9	133,6	129,9	128
Ireland	143	140,6	134	127,8	125,5	125,5	123
Greece	130,4	131,1	133,4	128,2	127	127,1	124,3
Spain	129,5	127,5	122,6	120,1	117,5	116	113
France	136,8	134,5	130	127,7	125,7	122,8	120
United Kingdom	155,7	152,1	144,4	140,3	138	134,7	131,4

ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EU (28 countries)	143,7	139,9	135,6	132,5	130	126,7	123,3	122,1
Germany	128	124,9	122,8	121,4	117,7	117,9	113,7	114,2
Ireland	123	121,5	108,1	113,7	110,6	106,9	103,8	99,9
Greece	124,3	124,2	123,8	124,6	127,3	123,6	120,5	120,5
Spain	113	109,6	107	104,4	103,2	101	97,4	96,4
France	120	118,7	115,1	111,8	109,7	106,2	105,3	104,2
United Kingdom	131,4	125,4	123,1	119,8	116,7	115,3	113,3	112,5

Οι χώρες αυτές επιλέγησαν επειδή υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη αυτά ώστε η χρονοσειρά να μη περιοριστεί σημαντικά. Παρουσιάζουν απλώς μια εικόνα των προτυποποιημένων δεικτών θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις και τη θέση της Ελλάδας ως προς αυτές. Σημαντική είναι η τάση που ακολουθεί η θνησιμότητα στη χώρα μας ως προς το μέσο όρο των είκοσι οκτώ (28) Ευρωπαϊκών χωρών. Σύμφωνα με τον πίνακα 3.32 και το γράφημα 3.33 για όλες τις χώρες που αναφέρονται στον συγκεκριμένο πίνακα ο δείκτης θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις βρίσκεται κάτω από τον μέσο Ευρωπαϊκό δείκτη δχεδόν για όλες η τάση είναι πτωτική. Η Ελλάδα έχει τη τάση να πλησιάζει τον

μέσο Ευρωπαϊκό δείκτη με την Ισπανία να έχει τον μικρότερο και να ακολουθεί η Ιρλανδία.

Γράφημα 3.34. Τάση Προτυποποιημένου δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις (ανά 100.000 κατ.), σε επιλεγμένες χώρες, 2002-2015

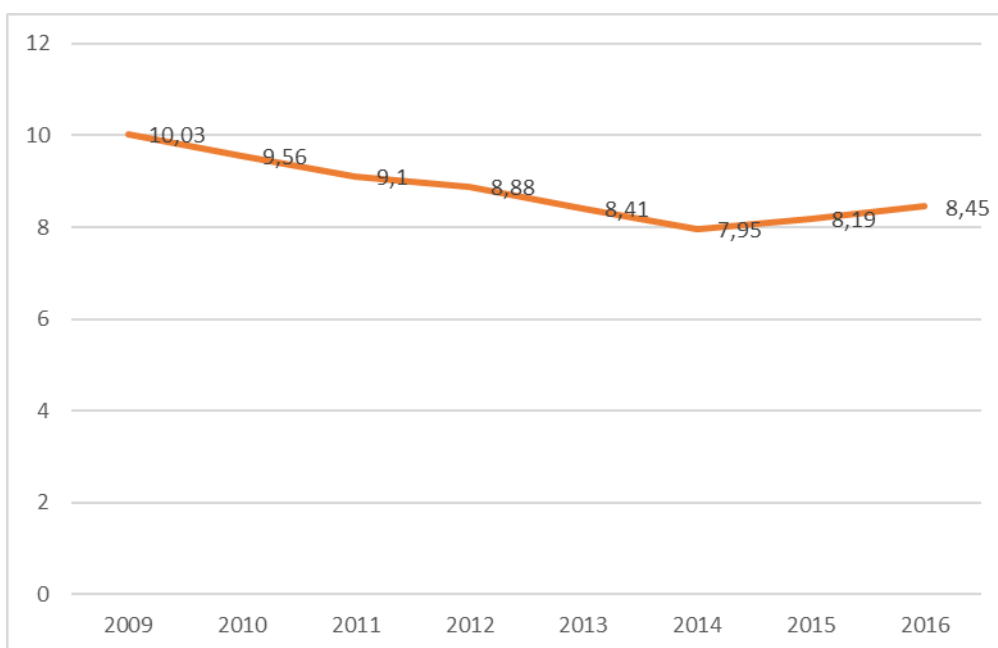


Ενδεικτικά αναφέρεται στον πίνακα 3.34 η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Πίνακας 3.33. Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες υγείας ,ως ποσοστό ΑΕΠ, 2009-2016

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ (%)
2009	10,03
2010	9,56
2011	9,10
2012	8,88
2013	8,41
2014	7,95
2015	8,19
2016	8,45

Γράφημα 3.35. Τάση συνολικής Χρηματοδότηση για Δαπάνες υγείας ,ως ποσοστό ΑΕΠ, 2009-2016



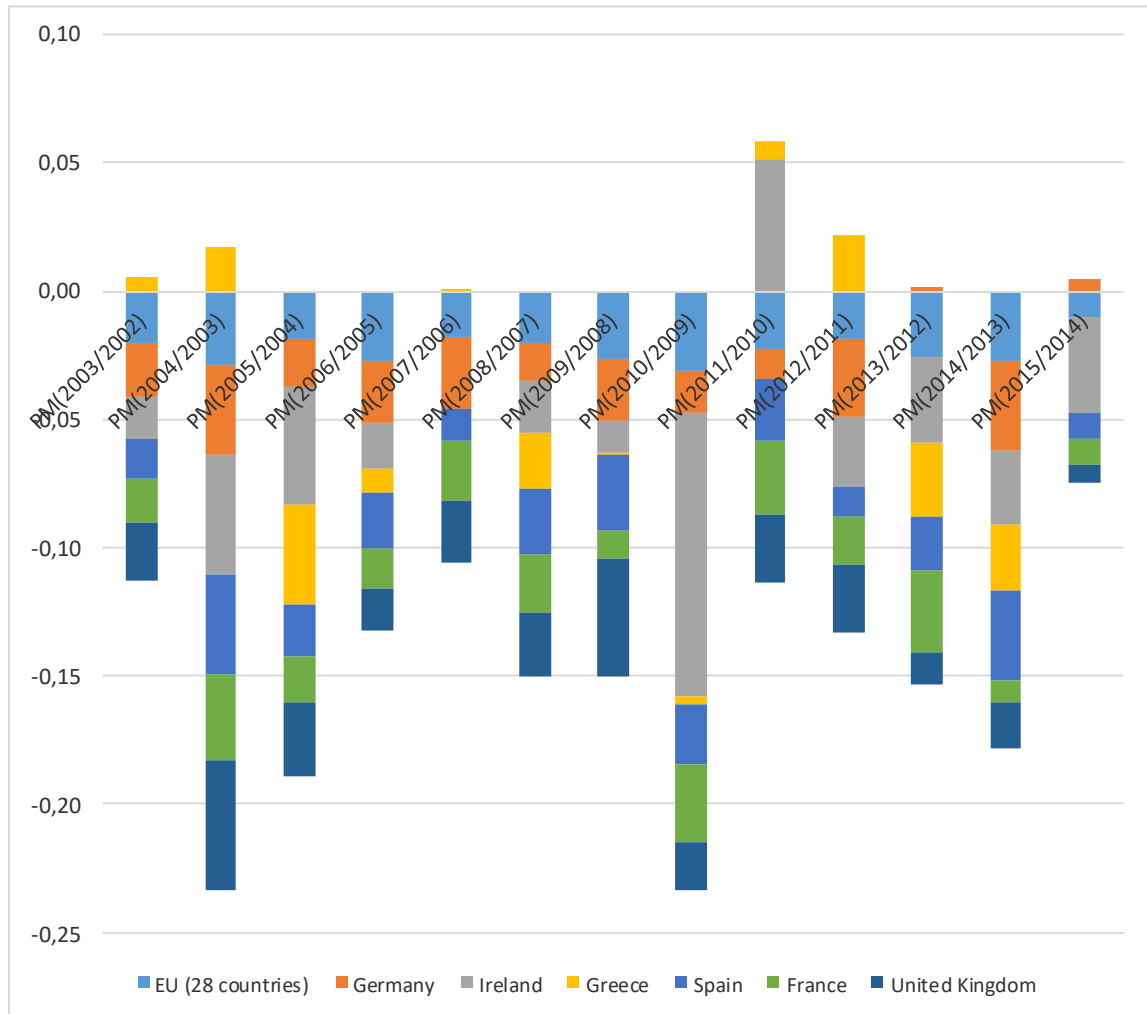
Πίνακας 3.34. Ρυθμός μεταβολής για τον Προτυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις (ανά 100.000 κατ.), σε επιλεγμένες χώρες, 2002-2015

ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	PM (2003/2002)	PM (2004/2003)	PM (2005/2004)	PM (2006/2005)	PM (2007/2006)	PM (2008/2007)	PM (2009/2008)
EU (28 countries)	-0,02	-0,03	-0,02	-0,03	-0,02	-0,02	-0,03
Germany	-0,02	-0,04	-0,02	-0,02	-0,03	-0,01	-0,02
Ireland	-0,02	-0,05	-0,05	-0,02	0,00	-0,02	-0,01
Greece	0,01	0,02	-0,04	-0,01	0,00	-0,02	0,00
Spain	-0,02	-0,04	-0,02	-0,02	-0,01	-0,03	-0,03
France	-0,02	-0,03	-0,02	-0,02	-0,02	-0,02	-0,01
United Kingdom	-0,02	-0,05	-0,03	-0,02	-0,02	-0,02	-0,05

ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	PM (2010/2009)	PM (2011/2010)	PM (2012/2011)	PM (2013/2012)	PM (2014/2013)	PM (2015/2014)
EU (28 countries)	-0,03	-0,02	-0,02	-0,03	-0,03	-0,01
Germany	-0,02	-0,01	-0,03	0,00	-0,04	0,00
Ireland	-0,11	0,05	-0,03	-0,03	-0,03	-0,04
Greece	0,00	0,01	0,02	-0,03	-0,03	0,00
Spain	-0,02	-0,02	-0,01	-0,02	-0,04	-0,01
France	-0,03	-0,03	-0,02	-0,03	-0,01	-0,01
United Kingdom	-0,02	-0,03	-0,03	-0,01	-0,02	-0,01

Σύμφωνα με το πίνακα 3.34 και το γράφημα 3.36 ο ρυθμός μεταβολής των προτυποποιημένων δεικτών θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις είναι αρνητικός για το μέσο όρο των ευρωπαϊκών χωρών. Η Ελλάδα είναι η μόνη από τις επιλεγμένες χώρες που παρουσιάζει θετική τιμή κατά τα έτη 2003 σε σχέση με το 2002, 2004 σε σχέση με το 2003, 2011 σε σχέση με το 2010 και το 2012 σε σχέση με το 2011. Η Ιρλανδία παρουσιάζει θετικό δείκτη το 2011 σε σχέση με το 2010. Το 2014 σε σχέση με το 2013 και το 2015 σε σχέση με το 2014 παρουσιάζει ανητικό ρυθμό μεταβολής, 0,03 και 0,00 αντίστοιχα, ακολουθώντας το ρυθμό μεταβολής του μέσου όρου των Ευρωπαϊκών χωρών.

Γράφημα 3.36. Ρυθμός μεταβολής για τον Προτυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις (ανά 100.000 κατ.), σε επιλεγμένες χώρες, 2002-2015



3.2.5 Συσχετίσεις μεταξύ εισροών-εκροών

Από την εικόνα 3.1 που περιλαμβάνει τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της μελέτης παρατηρείται ότι: **1.** Η χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας που προέρχεται από τη γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές, χρηματοδότηση από Ιδιωτική ασφάλιση, Λοιπές δαπάνες, χρηματοδότηση από έμπορους λιανικής δημόσιων δαπάνων, χρηματοδότηση από έμπορους λιανικής ιδιωτικών δαπάνων, χρηματοδότηση από Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και χρηματοδότηση για διάθεση προϊόντων για εξωτερικούς ασθενείς. **2.** Η χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας που προέρχεται από τη γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση είτε σε στατιστικό επίπεδο 0,05 είτε 0,01 με τις μεταβλητές, ΟΚΑ, Συνολική δημόσια χρηματοδότηση, Ιδιωτικές πληρωμές, Συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας, Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας, Χρηματοδότηση δημοσίων δαπανών για νοσοκομεία και δομές νοσηλευτικής φροντίδας, Δημόσιες δαπάνες σε φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας, Χρηματοδότηση ιδιωτικών δαπάνων για νοσοκομεία και δομές νοσηλευτικής φροντίδας, Ιδιωτικές δαπάνες σε φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας, Χρηματοδότηση για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης. **3.** Η χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας που προέρχεται από τον ΟΚΑ δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές, χρηματοδότηση από Ιδιωτική ασφάλιση, Λοιπές δαπάνες, ενώ με όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση, είτε σε επίπεδο 0,05 είτε 0,01. **4.** Η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές χρηματοδότηση από Ιδιωτική ασφάλιση και λοιπές δαπάνες ενώ με όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση, είτε σε επίπεδο 0,05 είτε 0,01. **5.** Η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας Ιδιωτικής ασφάλισης παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο 0,05 μόνο με τις μεταβλητές Χρηματοδότηση για νοσοκομεία και δομές νοσηλευτικής φροντίδας από ιδιωτικές δαπάνες και χρηματοδότηση από Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Με όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά. **6.** Η μεταβλητή χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές ιδιωτική ασφάλιση, λοιπές δαπάνες και

χρηματοδότηση από εμπόρους λιανικής και λοιπούς φορείς. Με όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση είτε σε επίπεδο 0,05 είτε 0,01. **7.** Η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές ιδιωτική ασφάλιση, λοιπές δαπάνες και χρηματοδότηση από εμπόρους λιανικής και λοιπούς φορείς. Με όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση είτε σε επίπεδο 0,05 είτε 0,01, ακριβώς το ίδιο με τη μεταβλητή χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές. **8.** Η μεταβλητή χρηματοδότησης από λοιπές δαπάνες παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη μεταβλητή χρηματοδότηση από εμπόρους λιανικής και λοιπούς φορείς. **9.** Η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές ιδιωτική ασφάλιση, λοιπές δαπάνες ενώ με όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση είτε σε επίπεδο 0,05 είτε 0,01. **10.** Η Χρηματοδότηση για νοσοκομεία και δομές νοσηλευτικής φροντίδας δημόσιας δαπάνης δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές ιδιωτική ασφάλιση, λοιπές δαπάνες , επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, ενώ με όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση είτε σε επίπεδο 0,05 είτε 0,01. Παρόμοιες συσχετίσεις παρατηρούνται και για τις υπόλοιπες μεταβλητές που συμμετέχουν στην έρευνα (εικόνα 3.1).

«Γεωργία Πιστόλλα», «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της Οικονομικής κρίσης, 2009-2016. Ο δρόμος προς αποτελεσματικές πολιτικές υγείας;»

Correlations

	ΓΕΝΙΚΗ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ (ΕΚΤΟΣ ΟΚΑ) ΗΦ 1.1	ΟΚΑ ΗΦ 1.2	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΗΦ 2.1	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΑΝΡΩΜΕΣ ΗΦ 3.1	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΗΦ 2.2, ΗΦ 4, ΗΦ 0	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ 1, ΗΡ.2) ΔΔ	ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)ΔΔ	ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)ΔΔ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1, ΗΡ.2)ΔΔ	ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)ΔΔ	ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)ΔΔ	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΦΑΛΗΞΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ(ΗΡ.1, ΗΡ.2, ΗΡ.3)	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.4)	ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ(ΗΡ.5)
ΓΕΝΙΚΗ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ (ΕΚΤΟΣ ΟΚΑ) ΗΦ 1.1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .718 .045 8	.853 .007 8	-.477 .232 8	-.719 .044 8	-.717 .045 8	-.522 .184 8	-.841 .009 8	-.953 .000 8	-.820 .013 8	-.525 .181 8	-.797 .018 8	-.764 .027 8	-.570 .140 8	-.910 .002 8	-.534 .173 8	-.419 .301 8
ΟΚΑ ΗΦ 1.2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.718 .045 8	1 .976 .000 8	-.532 .175 8	-.913 .002 8	-.916 .001 8	-.693 .057 8	-.977 .004 8	-.883 .004 8	-.885 .004 8	-.661 .074 8	-.918 .001 8	-.977 .000 8	-.876 .004 8	-.935 .001 8	-.821 .012 8	-.614 .106 8
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.853 .007 8	.976 .000 8	1 .159 8	-.549 .002 8	-.911 .002 8	-.912 .002 8	-.684 .061 8	-.997 .000 8	-.961 .002 8	-.904 .074 8	-.939 .001 8	-.973 .000 8	-.837 .010 8	-.987 .000 8	-.784 .021 8	-.592 .122 8
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΗΦ 2.1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.477 .232 8	-.532 .175 8	-.549 .159 8	1 .084 8	-.645 .084 8	-.600 .115 8	-.219 .602 8	-.568 .142 8	-.576 .204 8	-.619 .102 8	-.710 .049 8	-.630 .094 8	-.358 .384 8	-.596 .094 8	-.722 .043 8	-.386 .345 8
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΑΝΡΩΜΕΣ ΗΦ 3.1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.719 .044 8	.913 .002 8	.911 .002 8	1 .084 8	-.645 .084 8	-.600 .115 8	-.219 .602 8	-.568 .142 8	-.576 .204 8	-.619 .102 8	-.710 .049 8	-.630 .094 8	-.358 .384 8	-.596 .094 8	-.722 .043 8	-.386 .345 8
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.717 .045 8	-.916 .001 8	-.912 .002 8	-.600 .115 8	1 .000 8	-.450 .264 8	-.941 .000 8	-.828 .011 8	-.916 .001 8	-.732 .039 8	-.841 .009 8	-.970 .000 8	-.622 .100 8	-.917 .001 8	-.916 .001 8	-.285 .494 8
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΗΦ 2.2, ΗΦ 4, ΗΦ 0	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.522 .184 8	-.693 .061 8	-.684 .061 8	-.219 .602 8	-.445 .087 8	1 .087 8	-.450 .087 8	-.641 .087 8	-.641 .087 8	-.586 .127 8	-.321 .438 8	-.591 .078 8	-.591 .078 8	-.792 .107 8	-.612 .127 8	-.665 .072 8
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.841 .009 8	.977 .000 8	.997 .000 8	-.568 .142 8	-.940 .001 8	-.941 .000 8	1 .087 8	-.641 .087 8	-.641 .087 8	-.586 .127 8	-.321 .438 8	-.591 .078 8	-.591 .078 8	-.792 .107 8	-.612 .127 8	-.665 .072 8
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1, ΗΡ.2) ΔΔ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.953 .000 8	.883 .004 8	.961 .000 8	-.576 .135 8	-.832 .011 8	-.828 .011 8	1 .087 8	-.641 .087 8	-.641 .087 8	-.586 .127 8	-.321 .438 8	-.591 .078 8	-.591 .078 8	-.792 .107 8	-.612 .127 8	-.665 .072 8
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)ΔΔ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.820 .013 8	.885 .004 8	.904 .002 8	-.503 .204 8	-.911 .002 8	-.916 .001 8	-.586 .127 8	1 .011 8	.830 .011 8	.511 .195 8	-.822 .012 8	-.906 .002 8	-.906 .002 8	-.579 .002 8	-.804 .016 8	-.291 .484 8
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)ΔΔ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.181 .074 8	.661 .074 8	.661 .074 8	-.619 .102 8	-.744 .034 8	-.732 .039 8	-.321 .683 8	-.683 .062 8	.511 .195 8	1 .026 8	-.769 .026 8	.755 .030 8	-.496 .212 8	.675 .066 8	.725 .042 8	.316 .445 8
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.1, ΗΡ.2) ΔΔ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.797 .018 8	-.918 .001 8	-.939 .001 8	-.710 .049 8	-.854 .009 8	-.841 .009 8	1 .087 8	-.641 .087 8	-.641 .087 8	-.586 .127 8	-.321 .438 8	-.591 .078 8	-.591 .078 8	-.792 .107 8	-.612 .127 8	-.665 .072 8
ΦΟΡΕΙΣ ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΗΡ.3)ΔΔ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.764 .027 8	.977 .000 8	.973 .000 8	-.630 .094 8	-.972 .000 8	-.970 .000 8	-.591 .123 8	-.985 .000 8	-.901 .002 8	.906 .030 8	1 .001 8	-.935 .001 8	1 .024 8	-.776 .000 8	-.776 .000 8	-.206 .206 8
ΕΜΠΟΡΟΙ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)ΔΔ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.570 .140 8	-.876 .004 8	-.837 .010 8	-.358 .384 8	-.620 .101 8	-.622 .100 8	-.792 .016 8	-.806 .026 8	-.767 .026 8	-.597 .118 8	-.496 .026 8	.803 .017 8	1 .024 8	-.758 .029 8	-.525 .182 8	-.883 .004 8
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΦΑΛΗΞΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ(ΗΡ.1, ΗΡ.2, ΗΡ.3)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.910 .002 8	.935 .001 8	.987 .000 8	-.596 .119 8	-.919 .001 8	-.917 .001 8	-.612 .107 8	-.988 .000 8	.982 .000 8	.675 .066 8	-.931 .001 8	.961 .000 8	1 .029 8	-.786 .000 8	-.522 .021 8	.184 .184 8
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΗΡ.4)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.534 .173 8	.821 .012 8	.784 .021 8	-.722 .043 8	-.926 .001 8	-.916 .001 8	-.234 .577 8	-.822 .012 8	.679 .042 8	.804 .016 8	-.808 .015 8	.890 .003 8	1 .025 8	-.786 .021 8	1 .021 8	.292 .483 8
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ(ΗΡ.5)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.419 .301 8	.614 .106 8	.592 .122 8	-.386 .345 8	-.300 .470 8	-.285 .494 8	-.665 .072 8	-.542 .165 8	-.592 .122 8	.291 .484 8	-.316 .445 8	-.666 .071 8	1 .206 8	-.883 .004 8	-.522 .184 8	1 .483 8

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Εικόνα 3.1. Αποτελέσματα από correlation μεταξύ των εισροών

3.2.6. Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης

Εφαρμόζοντας το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης με τη μέθοδο backward, για τον προτυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις ως εξαρτημένη μεταβλητή και τις μεταβλητές συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας, συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας και λοιπές δαπάνες για την υγεία ως ανεξάρτητες μεταβλητές, παρατηρείται ότι η μεταβλητή λοιπές δαπάνες δεν εισέρχεται στο μοντέλο. Το R^2 είναι 73,7% αρκετά υψηλή τιμή δηλ. το μοντέλο αυτό ερμηνεύει αρκετά το δαινόμενο μας. Αν και η τιμή αυτή είναι αρκετά υψηλή συντελεστής για τη μεταβλητή συνολική δημόσια χρηματοδότηση είναι 0,002 (θετική), για την μεταβλητή συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση είναι -0,007(αρνητική) και για τη σταθερά 145,54 δηλ.

Θνησιμότητα από ΧΠ=0,002*συνολικής δημ. χρημ/σης -0,007*συνολικής ιδ.χρημ/σης

3.2.7. Ποιοτικά χαρακτηριστικά μεταβλητών

Για την κάθε μεταβλητή έγινε autocorrelation και με ειδικό φίλτρο έγινε αφαίρεση του θορύβου ώστε η κάθε χρονοσειρά να είναι απαλλαγμένη από τον θόρυβο. Από τον συντελεστή αυτοσυσχέτισης παρατηρείται ότι οι μεταβλητές δεν παρουσιάζουν τυχαία συμπεριφορά και ανάλογα είναι θετική ή αρνητική η συσχέτιση της ως προς τον χρόνο.

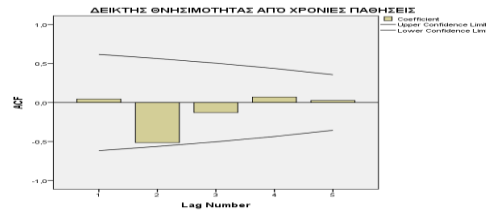
Η μεταβλητή δείκτης θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις, η χρηματοδότηση δαπανών υγείας από την Γενική Κυβέρνηση(εκτός ΟΚΑ), η χρηματοδότηση στα νοσοκομεία και δομές νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζουν θετική συσχέτιση ως προς τον χρόνο, επομένως η μελέτη τους στην πάροδο του χρόνου είναι αρκετή για την ερμηνεία τους. Σε αντίθεση με αυτές τις μεταβλητές, η χρηματοδότηση δαπανών υγείας από τον ΟΚΑ, η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας, η Ιδιωτική ασφάλιση, η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση, οι λοιπές δαπάνες και η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας, παρουσιάζουν κυρίως αρνητική συσχέτιση ως προς τον χρόνο, επομένως για την ερμηνεία του προτύπου τους δεν αρκεί μόνο η συμπεριφορά τους στο χρόνο αλλά πιθανόν η σχέση τους με επιπλέον παράγοντες(εικόνα 3.2).

Autocorrelations

Series: ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΗΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	,044	,309	,020	1	,887
2	-,514	,282	3,362	2	,187
3	-,129	,252	3,614	3	,206
4	,071	,218	3,719	4	,445
5	,026	,178	3,740	5	,587

- a. The underlying process assumed is independence (white noise).
b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

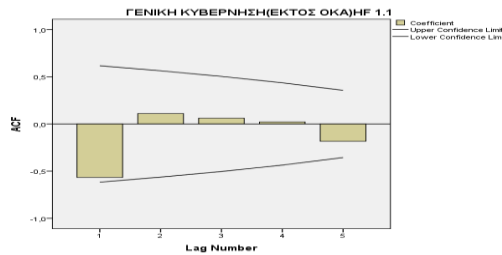


Autocorrelations

Series: ΓΕΝΙΚΗ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ(ΕΚΤΟΣ ΟΚΑ)HF 1.1

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-,567	,309	3,373	1	,066
2	,110	,282	3,526	2	,172
3	,061	,252	3,585	3	,310
4	,022	,218	3,595	4	,464
5	-,184	,178	4,656	5	,459

- a. The underlying process assumed is independence (white noise).
b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

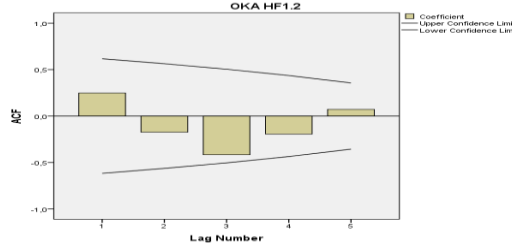


Autocorrelations

Series: ΟΚΑ HF1.2

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	,247	,309	,643	1	,423
2	-,173	,282	1,022	2	,600
3	-,417	,252	3,761	3	,288
4	-,194	,218	4,549	4	,337
5	,072	,178	4,712	5	,452

- a. The underlying process assumed is independence (white noise).
b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

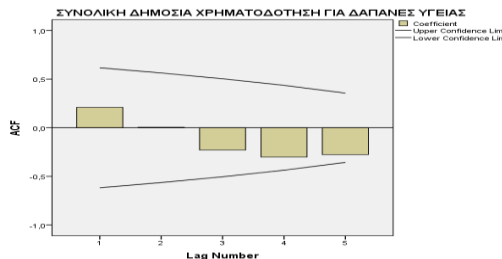


Autocorrelations

Series: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	,210	,309	,462	1	,497
2	,006	,282	,462	2	,794
3	-,228	,252	1,282	3	,733
4	-,301	,218	3,183	4	,528
5	-,276	,178	5,586	5	,349

- a. The underlying process assumed is independence (white noise).
b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

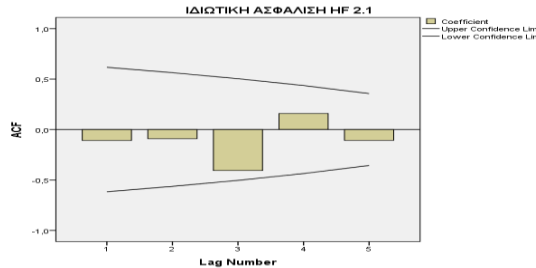


Autocorrelations

Series: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ HF 2.1

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-,108	,309	,122	1	,727
2	-,091	,282	,226	2	,893
3	-,406	,252	2,826	3	,419
4	,160	,218	3,361	4	,499
5	-,107	,178	3,723	5	,590

- a. The underlying process assumed is independence (white noise).
b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

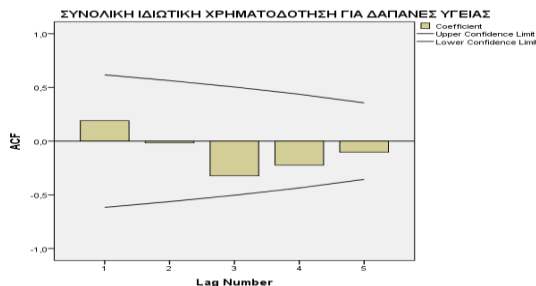


Autocorrelations

Series: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	,190	,309	,380	1	,538
2	-,016	,282	,383	2	,826
3	-,322	,252	2,019	3	,568
4	-,224	,218	3,069	4	,546
5	-,103	,178	3,404	5	,638

- a. The underlying process assumed is independence (white noise).
b. Based on the asymptotic chi-square approximation.



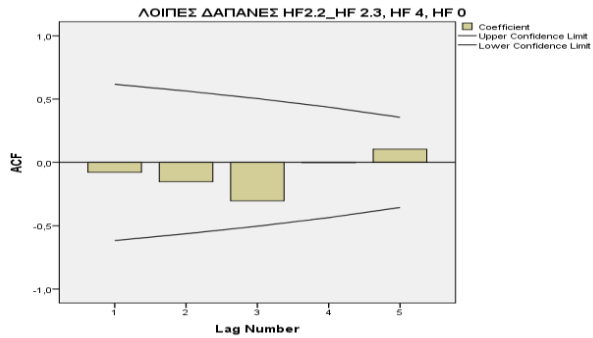
Autocorrelations

Series: ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ HF2.2_HF 2.3, HF 4, HF 0

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-.079	,309	,065	1	,799
2	-.152	,282	,356	2	,837
3	-.303	,252	1,806	3	,614
4	-.003	,218	1,806	4	,771
5	,105	,178	2,153	5	,828

a. The underlying process assumed is independence (white noise).

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.



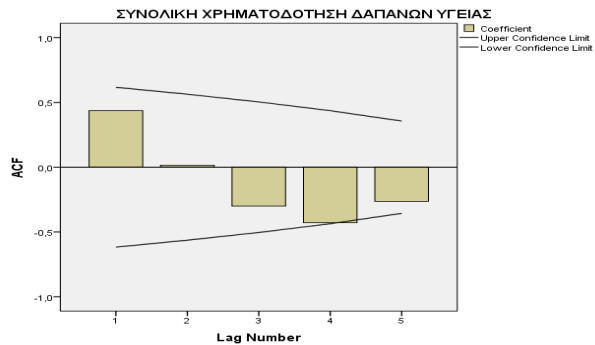
Autocorrelations

Series: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	,436	,309	1,996	1	,158
2	,015	,282	1,999	2	,368
3	-.300	,252	3,416	3	,332
4	-.429	,218	7,276	4	,122
5	-.264	,178	9,466	5	,092

a. The underlying process assumed is independence (white noise).

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.



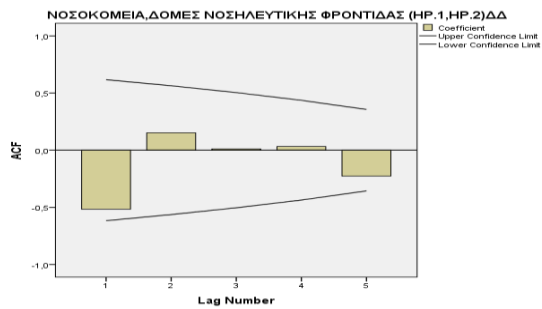
Autocorrelations

Series: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ,ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (HF.1, HF.2) ΔΔ

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-.516	,309	2,799	1	,094
2	,152	,282	3,090	2	,213
3	,011	,252	3,092	3	,378
4	-.032	,218	3,114	4	,539
5	-.227	,178	4,738	5	,449

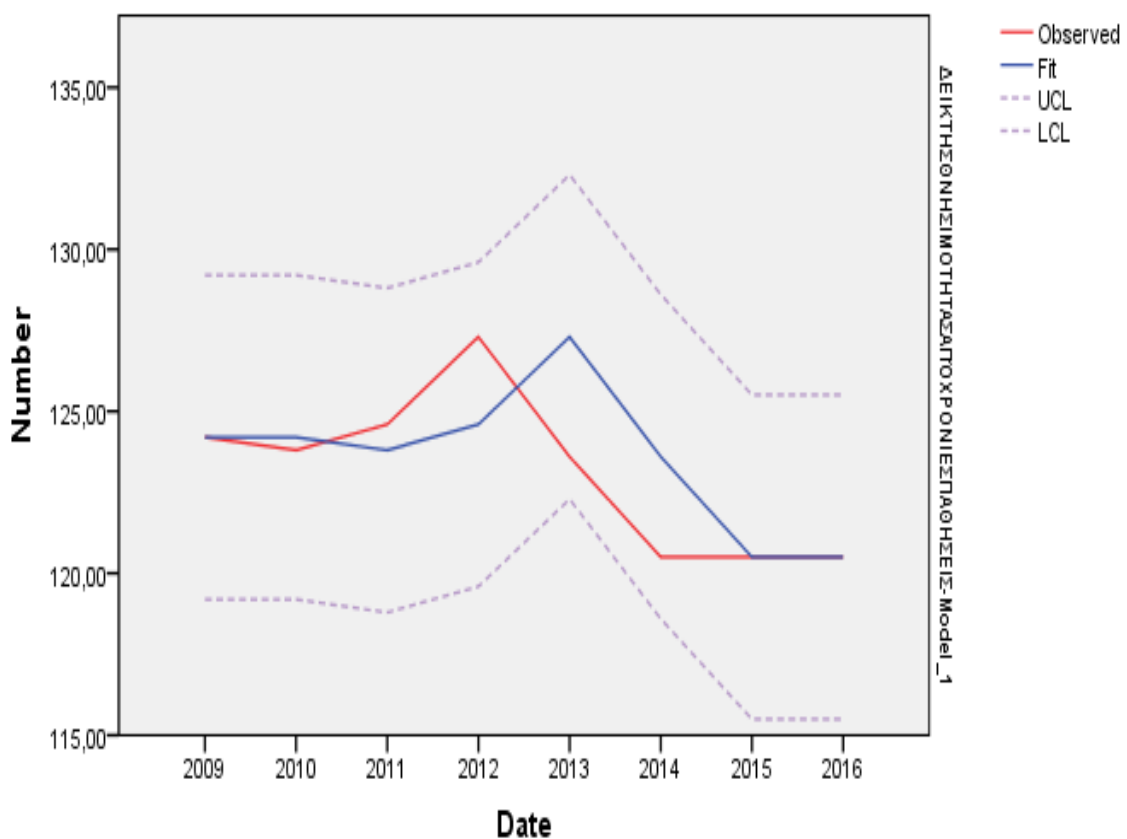
a. The underlying process assumed is independence (white noise).

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.



Εικόνα 3.2. Αποτελέσματα autocorrelation μεταβλητών επιλεγμένων μεταβλητών ανάλυσης

Στην εικόνα 3.3 παρουσιάζεται το μοντέλο της μεταβλητής θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις ως προς τον χρόνο. Η μπλέ γραμμή απεικονίζει το μοντέλο ως προς το χρόνο σε σχέση με τις παρατηρούμενες τιμές (κόκκινη γραμμή) και διαφαίνεται φθίνουσα μετατοπισμένη πορεία. Με τις διακεκομμένες γραμμές απεικονίζεται το ανώτερο (UCL) και κατώτερο (LCL) διάστημα εμπιστοσύνης. Το $R=-0,066 < 0$ ισχυροποιεί την άποψη για φθίνουσα πορεία του δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις.



Εικόνα 3.3. Μοντέλο δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις

3.3 Συζήτηση

Η Ελλάδα χώρα μεσογειακή, βαλκανική και χώρα που βίωσε και βιώνει την οικονομική κρίση από το 2009 έως και σήμερα παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού της. Είναι χώρα που αποτελείται από ηπειρωτικές και νησιωτικές περιοχές με αποτέλεσμα οι περιβαλλοντικές συνθήκες να είναι διαφορετικές από περιοχή σε περιοχή, διαφορετικές τοπικές συνήθειες και συμπεριφορές και επομένως έχει ανάγκη από χάραξη πολιτικών υγείας που θα λαμβάνουν υπόψη τους τις ιδιαιτερότητες αυτές. Παρουσιάζει έντονη εναλλαγή τοπίου, χαμηλή γεννητικότητα, αύξηση προσδόκιμου ζωής, μείωση του αριθμού των νέων και γήρανση του πληθυσμού της και υψηλό ποσοστό (49,7%) του πληθυσμού της δήλωσε το 2014 ότι πάσχει από χρόνιες παθήσεις. Η υγεία έτσι όπως ορίστηκε το 1946 από τον ΠΟΥ [47] δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία, από παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας, κ.α. Συνεπώς η σωστή κατανομή των οικονομικών πόρων για την υγεία συμβάλλει στην υγεία του πληθυσμού κάθε χώρας.

Η παρούσα μελέτη κατάφερε να εκπληρώσει το σκοπό και τους στόχους που τέθηκαν στην εισαγωγή. Κύρια ευρήματα της είναι: **α.** Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας παρουσίασε πτώση από το 2009 έως και το 2014 ενώ αυξήθηκε το 2015 και 2016. Η τάση της χρηματοδότησης από την Γενική Κυβέρνηση και τον ΟΚΑ παρουσίασε αύξηση ενώ υπήρξε πτώση στις ιδιωτικές πληρωμές. Παρουσιάστηκε αύξηση του ποσοστού συμμετοχής χρηματοδότησης για τις δαπάνες υγείας της Γενικής Κυβέρνησης καθώς και αύξηση από το 2009 στο 2016 του ποσοστού συμμετοχής στη συνολική χρηματοδότηση από την ιδιωτική χρηματοδότηση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο ρυθμός μεταβολής της συνολικής δημόσιας χρηματοδότησης που είναι θετικός μόνο από το 2015 στο 2014 και από το 2016 στο 2015. **β.** Η χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας παρουσίασε διαφορετικές συμπεριφορές και τάσεις. Ο ρυθμός μεταβολής της δημόσιας δαπάνης για τα νοσοκομεία, τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας, τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας και τους εμπόρους λιανικής παρουσίασε για πρώτη φορά αύξηση σε όλους τους προμηθευτές αγαθών υγείας το 2016 σε σχέση με το 2015 ενώ το 2010 σε σχέση με το 2009 ήταν αρνητικός για όλους τους προμηθευτές αγαθών υγείας. Σε αντίθεση με το ρυθμό μεταβολής της δημόσιας

δαπάνης ο ρυθμός μεταβολής της χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας παρουσίασε μείωση προς όλους το 2016 σε σχέση με το 2015.γ. Η συνολική χρηματοδότηση των Προμηθευτών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα παρουσίασε αύξηση το 2016 ως προς το 2015 για τη Διοίκηση τομέων υγείας, τη διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, τις υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης ενώ παρουσίασαν μείωση για τις επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Τα νοσοκομεία και οι δομές νοσηλευτικής φροντίδας παρουσίασαν αύξηση της χρηματοδότησης τους για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης το 2016 ως προς το 2015. Οι έμποροι λιανικής παρουσίασαν αύξηση της διάθεσης προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και οι φορείς διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιπών φορέων υγειονομικής δραστηριότητας παρουσίασαν το 2016 ως προς το 2015 αύξηση του ρυθμού χρηματοδότησης για τις υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης.δ. Η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσίασε μείωση από το 2009 έως το 2014 και αύξηση το 2015 και 2016.ε. Ο ρυθμός μεταβολής του δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις για το μέσο όρο των 28 χωρών της Ευρώπης ήταν αρνητικός από το 2002 έως και το 2015 ενώ για τη χώρα μας ήταν θετικός το 2003 ως προς το 2002 παρουσίασε μείωση το 2014 ως προς το 2013 και στάσιμος το 2015/2014 για τη χώρα μας και την Γερμανία από τις 28 ευρωπαϊκές χώρες. Για τις υπό μελέτη χώρες ήταν αρνητικός το 2015 ως προς το 2014.ζ. Από τη συσχέτιση (correlation) που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών υπήρξε με τις περισσότερες ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους. Από το μοντέλο της πολλαπλής παλινδρόμησης που υλοποιήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή τον προτυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική χρηματοδότηση από δημόσιες δαπάνες, τη συνολική χρηματοδότηση από ιδιωτικές δαπάνες και από λοιπές δαπάνες, δεν εισέρχεται στο τελικό μοντέλο η χρηματοδότηση από λοιπές δαπάνες και εντύπωση προκαλεί η ελάχιστη θετική επίδραση της συνολικής χρηματοδότησης από δημόσιες δαπάνες και η ελάχιστη αρνητική επίδραση στο μοντέλο της μεταβλητής χρηματοδότησης από ιδιωτικές δαπάνες. Πρέπει να επισημανθεί ότι υπάρχει υψηλή ερμηνεία του συγκεκριμένου μοντέλου, σύμφωνα με το R^2 .η. Από την autocorrelation μελέτη που πραγματοποιήθηκε αφού προηγήθηκε αφαίρεση του θορύβου για κάθε μεταβλητή το σήμα που απέμεινε δεν παρουσίαζε τυχαία συμπεριφορά για κάποιες από τις μεταβλητές θετική αυτοσυσχέτιση όπως στη μεταβλητή δείκτης θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις ώστε η μελέτη της χρονοσειράς τους να είναι ικανή

για ισχυρά αποτελέσματα. Για αυτές που παρουσίαζαν αρνητική αυτοσυσχέτιση ως προς το χρόνο θα πρέπει να μελετηθούν και ως προς άλλους παράγοντες. Εφαρμόζοντας το μοντέλο του δείκτη θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις με βάση τα δεδομένα μας παρατηρείται μετατόπιση προς τα άνω και σταθερότητα μελλοντική.

Επειδή η συμπεριφορά των οικονομικών μεγεθών κάθε χώρας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και μάλιστα πολύπλοκους, καλό είναι να μελετώνται σε τακτά διαστήματα και να παίρνονται υπ όψιν οι ιδιομορφίες κάθε περιοχής και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων να συνάδει με τις ιδιομορφίες και την κουλτούρα των λαών τους. Η συνόψη που έγινε παραπάνω των αποτελεσμάτων της μελέτης ενισχύει την χρησιμότητα της εφαρμογής του ΣΛΥ ως ενός νέου διεθνούς λογιστικού πλαισίου που μπορεί να συμβάλλει στη καλύτερη κατανόηση της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Από ότι προκύπτει και από άλλες μελέτες ο ρόλος της χρηματοδότησης από τη Γενική Κυβέρνηση φαίνεται να είναι πολύ πιο σημαντικός για τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας [48]. Το 2016 λιγότερες από τις χώρες του ΟΟΣΑ υπέβαλαν στοιχεία για τις δαπάνες υγείας. Αυτός ο αριθμός πρέπει να βελτιωθεί, αφού είναι σαφές ότι οι πληροφορίες που αποκτήθηκαν είναι ζωτικής σημασίας για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση των συστημάτων υγείας μιας χώρας και της μελλοντικής δημοσιονομικής βιωσιμότητάς της [48]. Ως εκ τούτου το ΣΛΥ είναι δυνητικά ένα ισχυρό εργαλείο για την ανάλυση των δαπανών για την υγεία και για τη χρηματοδότηση του συστήματος. Μπορεί όμως να λειτουργήσει μόνο εάν οι χώρες παρέχουν αξιόπιστα και λεπτομερή στοιχεία. Οι κυβερνήσεις μπορούν πραγματικά να κάνουν τη διαφορά. Μπορεί να συμβάλλει η αξιοποίηση του ΣΛΥ στη πρόβλεψη για μελλοντική χρηματοδότηση για τις απαιτήσεις και τη σύγκριση μεταξύ χωρών. Προκειμένου να αποδειχθεί η υπευθυνότητα της δημόσιας υγείας χρειάζεται να γνωρίζουν οι πολίτες από πού προέρχονται τα χρήματα, που πηγαίνουν και ποια η πραγματική ανάγκη για τη δημόσια υγεία [49]. Οι λογαριασμοί υγείας περιέχουν διάσπαρτες πληροφορίες από διαφορετικές πηγές, στόχους, μορφές και περιεχόμενο ώστε να παρέχουν συναφείς με τη πολιτική απαντήσεις [50].

Συμπερασματικά η εφαρμογή του ΣΛΥ είναι σημαντική παράμετρος για την σωστή αξιοποίηση των δαπανών υγείας. Δεν αρκεί όμως η μελέτη των παραμέτρων αυτών με τη μορφή μόνο συχνότητων αλλά και η περαιτέρω επιστημονική σύγχρονη ανάλυση με σκοπό να αναδειχθεί ποιες παράμετροι συμμετέχουν ενεργά στη χρηματοδότηση και η εύρεση των ποιοτικών τους χαρακτηριστικών τα οποία αποτελούν και τα αναλώσιμα στοιχεία τους. Από τη συγκεκριμένη μελέτη κρίνεται αναγκαίο η μελέτη να συνεχιστεί και

για τα επόμενα έτη ώστε να γίνει φανερή η τάση των χρονοσειρών και να διευκρινιστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους αφού τα δεδομένα για την ανάλυση θα είναι περισσότερων ετών. Σημαντικό ρόλο στη συνέχεια θα έχουν οι υπόλοιποι παράγοντες για την υγεία ώστε η κατανομή των δαπανών να γίνεται με κριτήριο τις πραγματικές ανάγκες που υπάρχουν στη χώρα μας.

Όπως αναφέρει και ο δάσκαλος των Οικονομικών της Υγείας, καθηγητής κ.Υφαντόπουλος στο βιβλίο του –Τα Οικονομικά της Υγείας- απαραίτητη προϋπόθεση για τη σύγκριση των διεθνών στατιστικών και την αξιοπιστία των υπολογιζόμενων δεικτών είναι η αξιοπιστία των δεδομένων[51]. Το ΣΛΥ αποτελεί εργαλείο διασφάλισης της αξιοπιστίας και της συγκρισιμότητας των δεδομένων τόσο διαχρονικά στην ίδια τη χώρα όσο και μεταξύ των χωρών.

Ενδεικτικά θα μπορούσαν να αναφερθούν οι παρακάτω προτάσεις:

- Καλή γνώση του χωροχρόνου στον οποίο καλούνται οι κυβερνήσεις να κατανέμουν τις δαπάνες υγείας.Γνώση των περιβαλλοντικών ιδιομορφιών της χώρας, καταγραφή των δημογραφικών μεταβολών, της νοσηρότητας, της θνησιμότητας κ.α
- Σωστός προγραμματισμός από τις κυβερνήσεις ώστε η κατανομή των πόρων να γίνεται με κριτήριο τις πραγματικές ανάγκες σύμφωνα με τη γνώση των συνθηκών που επικρατούν όπως αναφέρθηκαν προηγουμένως.
- Σωστή ανάλυση των δεδομένων με σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους.
- Πιθανή χρησιμοποίηση του ΣΛΥ και σε τοπικό επίπεδο π.χ από τις Διοικητικές Περιφέρειες, Δήμους κλπ.
- Συζήτηση με την επιστημονική κοινότητα για ότι νεότερο βιβλιογραφικά και ερευνητικά υπάρχει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] OECD, WHO, Eurostat (2011), *A System of Health Accounts: 2011 Edition*, OECD Publishing, Paris
- [2] ΕΛΣΤΑΤ(2018), accessed 01/08/2018 via <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/->
- [3] World Health Organization (WHO). *Guid to producing regional health accounts within the national health accounts framework*. Geneva: WHO; 2008
- [4] Himmelstein DU, Woolhandler S. Public health's falling share of US health spending. *Am J Public Health*. 2016;106(1):56-57.
- [5] Sensenig AL, Resnick BA, Leider JP, Bishai DM. The who, what, how, and why of estimating public health activity spending. *J Public Health Manag Pract*. 2017;23(6):556-559.
- [6] Institute of Medicine. For the public's health: investing in a healthier future. <http://www.iom.edu/Reports/2012/For-the-Publics-Health-Investing-in-a-Healthier-Future.aspx>. Published 2012. Accessed February 27, 2017
- [7] Leider JP. The problem with estimating public health spending. *J Public Health Manag Pract*. 2016;22(2):E1-E11
- [8] OECD. *Measuring Health Care 1960-1983: Expenditure, Costs and Performance*. OECD Social Policy Studies No. 2. Paris: OECD Publishing; 1985.
- [9] Ministry of Health, Saudi Arabia, GCC Health Ministries adopt Al-Manama Declaration on Financing Health Systems. Available from: <http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/MediaCenter/News/Pages/NEWS-2013-01-22-001.aspx>. [Last cited on 2016 Dec 22].
- [10] Ministry of Health. General Directorate of Statistics & Information, Health statistic book. Riyadh (KSA): Ministry of Health; 2016. Available from: <http://www.moh.gov.sa/en/ministry/statistics/book/pages/default.aspx>. [Last cited on 2017 Apr 12]
- [11] Office of National Statistics of the UK (2016), *Statistical bulletin: UK Health Accounts 2014*, accessed 19/12/2016 via <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcare/system/bulletins/ukhealthaccounts/2014>
- [12] Central Statistics Office of Ireland (2015) *CSO statistical release- Ireland's System of*

Health Accounts, Annual Results 2013 (Preliminary), 03 December 2015, accessed 19/12/2016 via

<http://www.cso.ie/en/releasesandpublications/er/sha/systemofhealthaccounts2013>

[13] Morgan, D. and R. Astolfi (2014), “Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 68, OECD Publishing, Paris.

<http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnwf5-en>

[14] Mladovsky P. et al. (2012), “Health policy responses to the financial crisis in Europe”, *Policy summary 5*. WHO, Copenhagen

[15] OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris

[16] Rannan-Eliya RP, Berman PA, Somanathan A. *Health Accounting: A Comparison of the System of National Accounts and National Health Accounts Approaches*. Maryland: Partnerships for Health Reform; 1997.

[17] Partners For Health Reformplus. National Health Accounts: Trainer Manual [internet]. 2004. Available from:

http://www.healthsystems2020.org/files/1781_file_Tool002_fin.pdf

[18] Lie GSS, Ravishankar N, Benezet M, Offosse Mj, Asbu EZ, Lwanga D. *Developing a resource tracking system for measuring spending on nutrition in low - and middle - income countries*. Geneva: WHO; 2011.

[19] Glengard AH, Hjalta F, Hjortsberg C. *National Health Accounts: Demand and Use of Health Expenditure Data*. Lund: The Swedish Institute for Health Economics; 2007

[20] Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C, Arán D, Piola S, Perdomo R, Hernandez P, et al. Country response to HIV/AIDS: national health accounts on HIV/AIDS in Brazil, Guatemala, Honduras, Mexico and Uruguay. *AIDS* 2002; 16: S66–75.

[21] Mehroolhassani MH, Jafari M, Zeinali J, Ansari M. Provincial health accounts in Kerman, Iran: an evidence of a “mixed” healthcare financing system. *Int J Health Policy Manag* 2014; 2: 69–74. doi: 10.15171/ijhpm.2014.17

[22] Statistical Center of Iran. [*National Health Accounts: years 2002- 2008*]. Tehran: Statistical Center of Iran; 2011

[23] Oliyayi AR, Abolhalaj M, Zanganeh M, Zakeri MR, Rasidian A, Kazemian M, et al. [*National Health Accounts Islamic Republic of Iran*]. 1th ed. Tehran: fate makers; 2008.

[24] Burke SA, Normand C, Barry S, Thomas S (2015) From universal health insurance to universal healthcare? The shifting health policy landscape in Ireland since the economic crisis. *Health Policy* 120(3):235–240

- [25] Wren M-A (2003) *Unhealthy state: anatomy of a sick society*. New Island, Dublin
- [26] HSE (2007) *Acute hospital bed capacity review: a preferred health system in Ireland to 2020*. Report prepared by PA Consulting Group. Health Service Executive, Naas
- [27] CSO (2016) *StatBank service*. Central Statistics Office, Dublin. www.cso.ie. Accessed 7 Jan 2016
- [28] OECD (2015) *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris
- [29] O'Reilly D, O'Dowd T, Galway K et al (2007) Consultation charges in Ireland deter a large proportion of patients from seeing the GP: results of a cross-sectional survey. *Eur J Gen Pract* 13(4):231–236
- [30] Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GCM, Hart JT. Multimorbidity and the inverse care law in primary care. *BMJ* 2012;344:e4152. (19 June.)
- [31] Starfield B. Equity and health: a perspective on non-random distribution of health in the population. *Rev Panam Salud Publica* 2002;12:384-7.
- [32] Barnett B, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. The epidemiology of multimorbidity in a large cross-sectional dataset: implications for health care, research and medical education. *Lancet* 2012; published online 10 May
- [33] Taylor A, Price K, Gill T, Adams R, Pilkington R, Carrangis N, et al. Multimorbidity—not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health* 2010;10:718
- [34] Σουλιώτης Κυριάκος, Πολιτική και Οικονομία της Υγείας ,Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2006
- [35] Υφαντόπουλος Ι., Δημογραφικές Τάσεις και Κοινωνικο-οικονομικές Επιπτώσεις, ΣΥΝΕΔΡΟΝ Αθήνα 2000
- [36] Ανακοίνωση της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Συντονισμένη Στρατηγική για τον εκσυγχρονισμό της κοινωνικής προστασίας, COM (1999) 347 τελικό, Βρυξέλλες 14-7-1999.
- [37] Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Ανακοίνωση), Κοινοτικές πολιτικές για την υποστήριξη της απασχόλησης, COM (1999) 167 τελικό Βρυξέλλες, 21-04-1999
- [38] Ματσαγγάνης Μ. (επιμέλεια), Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στη νότια Ευρώπη, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999

- [39] Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής, Διπλωματική εργασία Κουτσολιάκου Μαρία, « Οι δομές Τηλεϊατρικής στην Ελλάδα και η επάρκεια τους απέναντι στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις», Ιούνιος 2011
- [40] https://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/index_el.htm, Ιούνιος 2011
- [41] James J. Palmer, Jeffrey A. Spaeder, Outpatient Management of chronic diseases, Using the TeleWach Patient Monitoring System, <http://www.jhuapl.edu/techdigest/TD/td2503/Palmer.pdf>, Μάιος 2011
- [42] Center of Technology and Aging, Technologies for Remote Patient Monitoring for older Adults, Position Paper April 2010, <http://www.techandaging.org/RPMPositionPaper.pdf>, Μάιος 2011
- [43] <http://www.healthview.gr/node/21271>, Ιούνιος 2011
- [44] Eurostat (2018), accessed 01/08/2018 via: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=sdg_03_40
- [45] <https://www.thoughtco.com/what-is-bootstrapping-in-statistics-3126172>, Μάιος 2017
- [46] Β. Δαφέρμος, 'Κοινωνική Στατιστική με το SPSS, Εκδόσεις Ζήτη, Θεσσαλονίκη, 2005
- [47] WHO (1946) International Health Conference, New York
- [48] Mueller Michael, Morgan David. New insights into health financing: First results of the international data collection under the System of Health Accounts 2011 framework. *Health Policy*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.008>
- [49] Levi J, Segal LM, Gougelet R, St. Laurent R. *Investing in America's Health: A State-by-State Look at Public Health Funding and Key Health Facts*. Washington, DC: Trust for America's Health; 2015:1-20. <http://healthyamericans.org/assets/files/TFAH-2015-InvestInAmericaRpt-FINAL.pdf>. Accessed November 26, 2017.
- [50] van Mosseveld C, et al. How to ensure Quality of Health Accounts. *Health Policy* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.009>
- [51] Ι. Υφαντόπουλος, 'Τα Οικονομικά της Υγείας', τυπωθήτω-Γιώργος Δαρβάνος, Αθήνα, 2006.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.