

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
«Διοίκηση Οικονομικών Μονάδων»  
με ειδίκευση "Οικονομικά της  
Υγείας και Διοίκηση Υπηρεσιών  
Υγείας"**

**Μεταπτυχιακή Εργασία**

**Η Εφαρμογή των ΚΕΝ στην Ελλάδα και η Οικονομική  
Διάσταση**

**Χατζηβασίλη Ελένη  
Α.Μ.:165021**

**E-mail: [xatzhbasili.eleni@yahoo.gr](mailto:xatzhbasili.eleni@yahoo.gr)**

**Επιβλέπων Καθηγητής: Υφαντόπουλος Ιωάννης**

**Ιανουάριος 2019**

## Πρόλογος

*«Ευχαριστίες ή Αφιέρωση»*

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση και Διαχείριση Οικονομικών Μονάδων & Οργανισμών (ΔΔΟΜΟ)» με κατεύθυνση τη "Διαχείριση Πόρων Οργανισμών Υγείας", σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η μελέτη των επιπτώσεων του θεσμικού πλαισίου σχετικά με την υγεία που τέθηκε σε εφαρμογή την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2007 στην Ελλάδα, επικεντρώνοντας στην επίδραση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ).

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, και ιδιαίτερα τον επιβλέποντα της εργασίας, Καθηγητή κ. Υφαντόπουλο Ιωάννη, για την εμπιστοσύνη και την ελαστικότητα στην τήρηση των χρονικών περιορισμών που μου επέτρεψαν την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, τον διοικητή κ. Τασσόπουλο Ιωάννη και τον αναπληρωτή διοικητή κ. Φανουργιάκη Ιωάννη που ανταποκρίθηκαν στο αίτημα μου και μου δόθηκε άδεια στα δεδομένα του νοσοκομείου ΠΑΓΝΗ, επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους που βοήθησαν στη συλλογή των στοιχείων από τα αρχεία του ΠΑΓΝΗ, απαραίτητων στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Τέλος, η εργασία αφιερώνεται στο γιό μου Γεώργιο για την υπομονή και την έμπνευση να συνεχίζω.

## Περίληψη

**Σκοπός:** Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η μελέτη των επιπτώσεων του θεσμικού πλαισίου σχετικά με την υγεία που τέθηκε σε εφαρμογή την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2007 στην Ελλάδα, επικεντρώνοντας στην επίδραση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ).

**Μεθοδολογία:** Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε την περίοδο 2017-2019 όπως επίσης και η αναζήτηση της βιβλιογραφίας. Για τους σκοπούς της εργασίας ζητήθηκαν και αναλύθηκαν δεδομένα σχετικά με την εφαρμογή των ΚΕΝ στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η.) Κρήτης. Επίσης, αναλύθηκαν δεδομένα σχετικά με τις δαπάνες υγείας και την μέση διάρκεια νοσηλείας στην Ελλάδα από την παγκόσμια τράπεζα και τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας για την περίοδο 1990-2016. Ως έτος βάσης των οικονομικών μετρήσεων αναφέρεται το 2011.

**Αποτελέσματα:** Το θεσμικό πλαίσιο που εφαρμόστηκε την περίοδο της οικονομικής κρίσης είχε ως αποτέλεσμα τον εξορθολογισμό των δαπανών στον τομέα της υγείας. Η ενοποίηση των ασφαλιστικών φορέων είχε ως αποτέλεσμα την μείωση του διαχειριστικού κόστους και την καλύτερη αγορά υπηρεσιών υγείας. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μείωσε σημαντικά τις ιατρικές πράξεις, ενώ η παρεμβάσεις στον χώρο του φαρμάκου οδήγησαν σε περαιτέρω μείωση των τιμών. Η εισαγωγή των ΚΕΝ στα νοσοκομεία είχε ως αποτέλεσμα την σταδιακή μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας ανά ασθενή και την αποδοτικότερη εκμετάλλευση των διαθέσιμων ιατρικών κλινών. Ωστόσο, υπάρχει ακόμα σημαντική απόκλιση σε ορισμένους κωδικούς ΚΕΝ όπου υπερβαίνονται συστηματικά οι ημέρες νοσηλείας με αποτέλεσμα να αυξάνεται το κόστος θεραπείας σε σχέση με το προβλεπόμενο. Επίσης, παρουσιάζονται ενδιαφέρουσες διαφοροποιήσεις στην εφαρμογή των ΚΕΝ μεταξύ των διαφορετικών ιατρικών τομέων.

**Συμπέρασμα:** Η εφαρμογή των ΚΕΝ μείωσε δραστικά την μέση νοσηλεία σε όλες τις κατηγορίες ασθενών. Στην μελέτη-περίπτωσης του ΠΑ.Γ.Ν.Η. η πολιτική αυτή είχε ως



αποτέλεσμα να μειωθούν ελαφρά οι ημέρες νοσηλείας και να σταθεροποιηθούν στην πορεία, μέχρι και το 2016. Ωστόσο, παρουσιάζεται σταθερά μία απόκλιση στα εξιτήρια σε σχέση με τις προβλεπόμενες μέρες των ΚΕΝ της τάξεως του 31%-43% καθ' όλη την εξεταζόμενη περίοδο 2011-2016. Το φαινόμενο αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υπέρβαση του κόστους νοσηλείας κατά 14%-27%. Μέχρι στιγμής αυτό το κόστος να το επωμίζεται ο ΕΟΠΥΥ, όμως αυτό αναμένεται να αλλάξει στο μέλλον και να εναρμονιστεί με την ισχύουσα νομοθεσία που ορίζει ότι υπόχρεος του επιπλέον ποσού που προκύπτει από την υπέρβαση των χρημάτων που προβλέπει το ΚΕΝ είναι ο ασθενής. Σε σύνολο 600 περίπου κωδικών ΚΕΝ που εξετάστηκαν, εντοπίζονται 160 κωδικοί με σημαντική απόκλιση εσόδων (>30%) ενώ 46 από αυτούς αποκλίνουν τακτικά σχεδόν κάθε χρόνο. Αυτό οφείλεται είτε σε χαμηλή απόδοση των υπηρεσιών παροχής υγείας είτε σε κακό υπολογισμό του κόστους των ΚΕΝ. Η βελτίωση και των δύο αυτών παραγόντων κρίνεται απαραίτητη για την συνέχιση της μεταρρύθμισης. Ακόμα, ο παράγοντας της εκπαίδευσης φαίνεται να επηρεάζει αρκετές παραμέτρους των ΚΕΝ και κάθε ιατρικός τομέας (π.χ. παθολογικό, χειρουργικό, κτλ.) παρουσιάζει διαφορετικά χαρακτηριστικά.

## Abstract

**Scope:** This study focuses on the analysis of the effects of the legal framework on health that was applied during the economic crisis of 2007 in Greece, focusing on the impact of the Diagnosis Related Groups (DRGs).

**Methodology:** This study was conducted in the period of 2017-2019 as well as the bibliography research. For this study data requested and analyzed for the appliance of DRGs in the University Hospital of Heraklion (PA.G.N.I.) in Crete. Moreover, datasets are analyzed regarding the health expenditures and the average length of stay in hospitals for Greece from the World Bank and the World Health Organization in the period 1990-2016. As economic basis it is referred the constant 2011.

**Results:** The legal framework that was applied during the economic crisis resulted in the rationalization of the expenditures in the health sector. The consolidation of the social insurance organizations lead to the reduction on the management cost and a better market of health services. The electronic prescribing significantly decreased the amount of medical procedures, while interventions in the medicine market further decreased the relevant prices. The introduction of DRGs in the hospitals derived the gradual reduction of the average length of stay per patient and more efficient use of the available hospital beds. However, there is still a significant deviation in some DRG codes where the hospitalization days are systematically exceeded, resulting in increased treatment costs compared with the predicted ones. Moreover, there are interesting variations in the application of DRG between the different medical sectors.

**Conclusion:** The introduction of DRGs drastically reduced the average length of stay in hospitals for all patient categories. In the case study of PA.G.N.I. this policy resulted in the small reduction of the length of stay and its stabilization thereafter, until 2016.

However, there is a steady deviation in discharges compared to the predicted DRG hospitalization days of 31%-43% throughout the period 2011-2016. This fact affects the

hospitalization costs that are increased by 14%-27%. So far this cost has been borne by the EOPYI, but this is expected to change in the future and to be in line with existing legislation that stipulates that the patient is obligated to pay the excess amount due to the variation of the money provided by DRG. In a total of about 600 examined codes, 160 codes are identified with significant revenue divergence (> 30%), while 46 of them diverge regularly almost every year. This is either due to the poor performance of the health care services or a fallible estimation of the DRGs costs. The improvement of both these factors is considered imperative for the continuation of the reform. Also, the teaching factor seems to affect several parameters of DRGs and every medical sector (i.e. pathological, surgical, etc.) exhibits different characteristics,

**Λέξεις κλειδιά :** θερμικό πλαίσιο, ΚΕΝ, μέση διάρκεια νοσηλείας, οικονομική κρίση, δαπάνες υγείας, Ελλάδα

**Keywords:** legal framework, DRG, average length of stay, economic crisis, health expenditures, Greece



## Ευρετήριο Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ Η.Π.Α, Ο.Α.Σ.Α. και Ε.Ε. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007 με την πτώχευση της τράπεζας Lehman Brothers.....	5
Διάγραμμα 2 Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε Η.Π.Α, Ο.Α.Σ.Α. και Ε.Ε. Οι δύο κάθετες γραμμές συμβολίζουν την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007 και την μεταρρύθμιση υγείας των Η.Π.Α. το 2010.....	5
Διάγραμμα 3 Ποσοστιαία δαπάνη υγείας στις Η.Π.Α. Οι δύο κάθετες γραμμές συμβολίζουν την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007 και την μεταρρύθμιση υγείας των Η.Π.Α. το 2010.....	7
Διάγραμμα 4 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ Ελλάδας. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.....	12
Διάγραμμα 5 Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας Ελλάδας. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.....	13
Διάγραμμα 6 Ποσοστιαία δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.....	13
Διάγραμμα 7 Η συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων στην δημόσια δαπάνη υγείας της Ελλάδας. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.....	14
Διάγραμμα 8 Ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.....	15
Διάγραμμα 9 Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Κύπρο και Ε.Ε. Η κάθετη γραμμή συμβολίζει την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007.....	16
Διάγραμμα 10 Η συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων στην δημόσια δαπάνη υγείας της Ελλάδας, της Πορτογαλίας, της Κύπρου και της Ιρλανδίας. Η κάθετη γραμμή συμβολίζει την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007.....	17



Διάγραμμα 11 Κατά κεφαλήν ιατρική δαπάνη στην Ελλάδα. Οι κάθετες γραμμές αναφέρονται σε θεσμικές ρυθμίσεις στον χώρο της υγείας (Πίνακας 5).....	22
Διάγραμμα 12 Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα. Οι κάθετες γραμμές αναφέρονται σε θεσμικές ρυθμίσεις στον χώρο της υγείας (Πίνακας 5). .....	22
Διάγραμμα 13 Οι διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους. Οι κάθετες γραμμές αναφέρονται σε θεσμικές ρυθμίσεις στον χώρο της υγείας (Πίνακας 5).....	33
Διάγραμμα 14 Η μέση διάρκεια νοσηλείας. Οι κάθετες γραμμές αναφέρονται σε θεσμικές ρυθμίσεις στον χώρο της υγείας (Πίνακας 5). .....	36
Διάγραμμα 15 Κόστος νοσηλείας στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. την περίοδο 2008-2016.....	38
Διάγραμμα 16 Μέση διάρκεια νοσηλείας στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης. Η κάθετη γραμμή αναφέρονται στην θεσμική ρύθμιση για την εφαρμογή των ΚΕΝ.....	39
Διάγραμμα 17 Το ποσοστό κάλυψης των νοσηλειών στον ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης. Η κάθετη γραμμή αναφέρονται στην θεσμική ρύθμιση για την εφαρμογή των ΚΕΝ.....	40
Διάγραμμα 18 Ανάλυση των εξιτηρίων.....	42
Διάγραμμα 19 Έσοδα από τα ΚΕΝ.....	43
Διάγραμμα 20 Ανάλυση των εκτιμώμενων εσόδων εκτός ΚΕΝ .....	44
Διάγραμμα 21 Το προσδόκιμο ζωής για τα 4 μοντέλα ευημερίας της ΕΕ .....	52
Διάγραμμα 22 Ο δείκτης αυτοαναφερόμενης υγείας για τα 4 μοντέλα ευημερίας της ΕΕ .....	53
Διάγραμμα 23 Δείκτης προσδόκιμου ζωής ως προς την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας .....	54
Διάγραμμα 24 Δείκτης αυτοαναφερόμενης υγείας ως προς την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας .....	54



## Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1 Ποσοστό δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ.....	17
Πίνακας 2 Η εξέλιξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα .....	28
Πίνακας 3 Επιστροφές και εκπτώσεις που πληρώθηκαν από τις φαρμακευτικές εταιρίες και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (σε εκατ. Ευρώ) την περίοδο 2012-2014.....	29
Πίνακας 4 Τακτικά ΚΕΝ με μεγάλο ποσοστό απόκλισης (ποσοστό των εκτός ΚΕΝ εσόδων ως προς τα συνολικά έσοδα).....	44
Πίνακας 5 Οι νομοθετικές ρυθμίσεις στον τομέα υγείας την περίοδο 1833-2016.....	59
Πίνακας 6 Μέση διάρκεια νοσηλείας ανά κλινική .....	61
Πίνακας 7 Ποσοστό κάλυψης κλινών ανά κλινική.....	63
Πίνακας 8 Στοιχεία σχετικά με την οικονομική δραστηριότητα των ΚΕΝ.....	65
Πίνακας 9 Προσδόκιμο ζωής, Αυτοαναφερόμενη υγεία, Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στα 4 μοντέλα ευημερίας της Ευρώπης.....	67

## Ευρετήριο Εικόνων

Εικόνα 1 Οι χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Τα ιδρυτικά μέλη απεικονίζονται με μπλε χρώμα και άλλα συνεργαζόμενα κράτη απεικονίζονται με γαλάζιο. (Πηγή: <a href="http://www.oecd.org">www.oecd.org</a> ) .....	4
Εικόνα 2 Εθνικό χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ε.Ε. το 2010. (Πηγή: <a href="http://money.cnn.com/">http://money.cnn.com/</a> ) .....	9
Εικόνα 3 Οι 7 ΥΠΕ σύμφωνα με τον Ν.3257/2007.....	21



## Περιεχόμενα

Πρόλογος .....	ii
Περίληψη .....	iii
Abstract .....	v
Ευρετήριο Διαγραμμάτων.....	vii
Ευρετήριο Πινάκων .....	ix
Ευρετήριο Εικόνων.....	x
Περιεχόμενα.....	xi
1. Εισαγωγή .....	1
1.1 Η οικονομική κρίση .....	1
1.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	1
1.3 Μεθοδολογία.....	2
1.4 Διάρθρωση Εργασίας .....	3
2. Η Παγκόσμια Οικονομική Κρίση Και Οι Επιπτώσεις Στον Τομέα Της Υγείας .....	4
2.1 Η κρίση στις Η.Π.Α.....	4
2.1.1 Η προ-κρίσης περίοδος.....	4
2.1.2 Το ξέσπασμα της κρίσης .....	6
2.1.3 Αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης στις Η.Π.Α. και ανάκαμψη.....	6
2.2 Η κρίση στην Ευρώπη.....	7
2.2.1 Η εξάπλωση της κρίσης από τις Η.Π.Α. στην Ευρώπη.....	7
2.2.2 Το πρόβλημα στην ευρωζώνη και περιορισμός της κρίσης .....	8
2.2.3 Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα υγείας .....	10
2.3 Οι ευάλωτες χώρες της ευρωζώνης.....	11
2.3.1 Η Περίπτωση της Ελλάδας.....	11
2.3.2 Η Σύγκριση της Ελλάδας με τις άλλες ευάλωτες χώρες .....	15



3. Ιστορική Αναδρομή Του Συστήματος Υγείας Της Ελλάδας Μέχρι το 2010 .....	18
3.1 Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα .....	18
3.2 Οικονομικά μεγέθη της περιόδου 1960-2010 .....	21
4. Η Οικονομική Κρίση Και Οι Μεταρρυθμίσεις Στον Χώρο Της Υγείας .....	23
4.1 Οι οικονομικοί στόχοι .....	23
4.2 Θεσμικό πλαίσιο και εφαρμογή .....	25
4.2.1 Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ .....	25
4.2.2 Αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ .....	26
4.2.3 Περιορισμός δαπανών .....	26
4.2.4 Αύξηση εσόδων .....	28
4.2.5 Αύξηση της πρόσβασης των πολιτών και βελτίωση της 7προσβασιμότητας .....	30
4.3 Συνέπειες και αποτελέσματα .....	31
5. ΚΕΝ .....	34
5.1 Ιστορική εξέλιξη των ΚΕΝ .....	34
5.2 Τα αποτελέσματα της εφαρμογής των ΚΕΝ στην Ελλάδα .....	35
5.3 Η μελέτη περίπτωσης του ΠΑ.Γ.Ν.Η. ....	36
5.3.1 Η μέση διάρκεια νοσηλείας και το ποσοστό κάλυψης των διαθέσιμων κλινών .....	38
5.3.2 Η οικονομική διάσταση .....	41
6. Επίλογος .....	49
6.1 Συμπεράσματα .....	49
6.2 Συζήτηση .....	51
6.2.1. Προσδόκιμο ζωής .....	51
6.2.2 Αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας .....	52
6.2.3 Αποδοτικότητα .....	53
Βιβλιογραφία .....	55
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	55



Ξένη Βιβλιογραφία.....	56
Διαδικτυακοί Τόποι.....	58
Παράρτημα Α' – Ιστορική Αναδρομή Των Νόμων Για Την Υγεία .....	59
Παράρτημα Β' – Πίνακες Δεδομένων .....	61
Παράρτημα Γ' – Πίνακες Δεδομένων.....	67

# 1. Εισαγωγή

## 1.1 Η οικονομική κρίση

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.) και εξακολουθεί να επηρεάζει τον κόσμο μέχρι σήμερα, επέφερε ύφεση και είχε αρνητικές επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας [1] σε παγκόσμια κλίμακα.

Σε πρώτη φάση, από την μείωση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), δημιουργούνται προβλήματα στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και επιβαρύνεται η λειτουργία των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών και των δημοσίων μονάδων παροχής υγείας.

Σε δεύτερη φάση προκαλείτε ανεργία, με αποτέλεσμα να μειώνονται περαιτέρω τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων. Έτσι, τα ταμεία πιέζονται ακόμα περισσότερο στο να καλύψουν τις υπάρχουσες δαπάνες τους.

Οι άνθρωποι που μένουν χωρίς εισόδημα στρέφονται τώρα σε παροχές που καλύπτονται από το σύστημα υγείας. Επίσης, η ανεργία έχει σημαντική επίδραση στην υγεία αυτή καθαυτή (π.χ. [2], [3], [4], [18]). Ως αποτέλεσμα εμφανίζονται η αύξηση των ψυχικών παθήσεων και των αυτοκτονιών, και τα προβλήματα εθισμού από εξαρτησιογόνες ουσίες. Όλα αυτά αυξάνουν περαιτέρω την ζήτηση σε παροχές υγείας.

## 1.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Όπως είναι αναμενόμενο, χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, όπως η Ελλάδα, επλήγησαν περισσότερο. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck βάσει του 1<sup>ου</sup> άρθρου του νόμου **N.1397/1983**:

- Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από το ενιαίο και αποκεντρωτικό εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού

Τα νοσοκομεία έχουν εφαρμόσει διάφορες νέες διαδικασίες για τον έλεγχο των δαπανών και των διοικητικών διαδικασιών, όπως τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ), τη λίστα χειρουργείων, και τις διάφορες παρεμβάσεις στον χώρο των προμηθειών και του φαρμάκου. Επίσης, έχει γίνει προσπάθεια ενοποίησης των φορέων κοινωνικής ασφάλισης στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος λειτουργεί ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Στο σύνολο του πληθυσμού προσφέρεται νοσοκομειακή και φαρμακευτική κάλυψη.

Στη μελέτη που ακολουθεί επιχειρείται αναφορά στο σύνολο των μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας την περίοδο των μνημονίων. Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης γίνεται διερεύνηση της εφαρμογής των ΚΕΝ (Diagnosis Related Groups (DRGs)) στα Ελληνικά Νοσοκομεία ([5], [6]), καθώς και ιστορική ανασκόπηση και εξέταση του ρόλου, της συνεισφοράς και της συμμετοχής του κράτους στην πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα μας από την σύσταση του νεότερου Ελληνικού Κράτους έως σήμερα.

### **1.3 Μεθοδολογία**

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε την περίοδο 2017-2018 όπως επίσης και η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Για τους σκοπούς αυτής της εργασίας μελετήθηκαν δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [29], την Παγκόσμια Τράπεζα [30] και την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (EUROSTAT) [31]. Εξετάζεται η περίοδος 1960-2015 και ως έτος βάσης αναφέρεται το οικονομικό έτος του 2015. Επίσης, ζητήθηκαν και αναλύονται δεδομένα σχετικά με την εφαρμογή των ΚΕΝ στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑ.Γ.Ν.Η. [32]) για την περίοδο 2011-2016, καθώς και για την περίοδο 2008-2010 λίγο πριν την νέα μεταρρύθμιση.

Το πρώτο παράρτημα στο τέλος της εργασίας συνοψίζει σε έναν συγκεντρωτικό πίνακα τις βασικές νομοθετικές ρυθμίσεις στον χώρο της υγείας. Ο Πίνακας 5 περιγράφει το νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία. Το δεύτερο παράρτημα περιλαμβάνει τους αντίστοιχους πίνακες που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση σχετικά με την εφαρμογή των ΚΕΝ. Ο Πίνακας 6 αναλύει την μέση διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες για διάφορες ασθένειες και ο Πίνακας 7 το αντίστοιχο ποσοστό κάλυψης των εμπλεκόμενων κλινικών, όπως καταγράφηκαν στο

ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης. Ο Πίνακας 8 εμπεριέχει τα στοιχεία σχετικά με τις οικονομικές παραμέτρους των ΚΕΝ. Το τρίτο παράρτημα αναφέρει τα δεδομένα για την σύγκριση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας στα 4 μοντέλα ευημερίας της Ευρώπης. Ο Πίνακας 9 συνοψίζει τα στοιχεία για το προσδόκιμο ζωής, τον δείκτη αυτοαναφερόμενης υγείας, και τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας κάθε χώρας.

## 1.4 Διάρθρωση Εργασίας

Η εργασία είναι δομημένη ως εξής: Το **ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ** περιγράφει την παγκόσμια οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Το **ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ** παρουσιάζει την ιστορική αναδρομή του Ελληνικού συστήματος υγείας μέχρι το 2010. Το **ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ** εξετάζει τις συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις που έγιναν στην Ελλάδα ως απόρροια της οικονομικής κρίσης. Το **ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ** επικεντρώνεται στην μελέτη των ΚΕΝ ενώ αναλύεται η εφαρμογή τους για την περίπτωση του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης. Στα τελευταία κεφάλαια αναφέρονται τα αποτελέσματα της έρευνας και τα τελικά συμπεράσματα.



## 2. Η Παγκόσμια Οικονομική Κρίση Και Οι Επιπτώσεις Στον Τομέα Της Υγείας

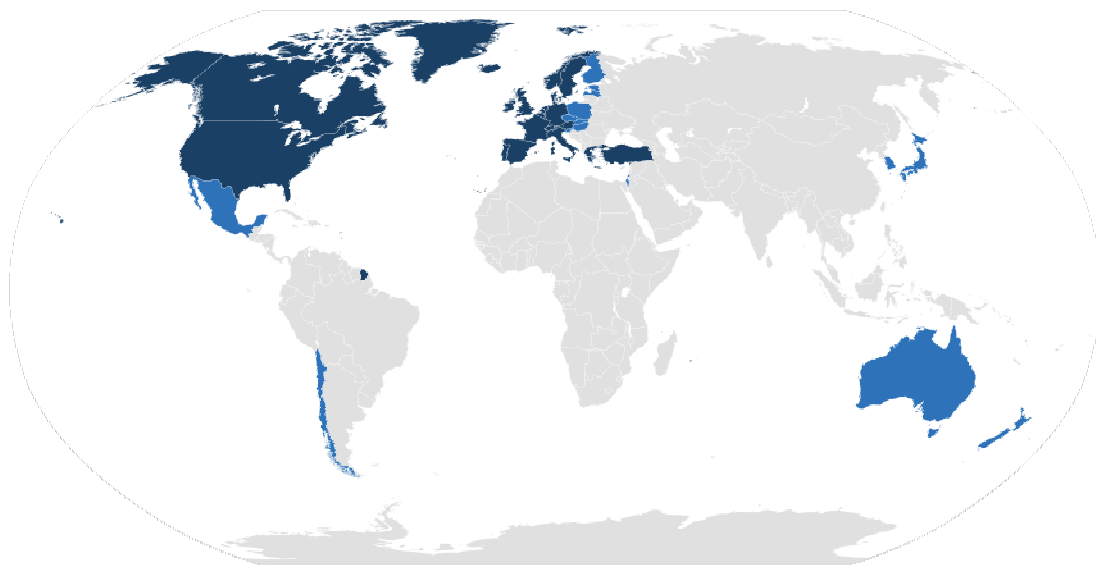
Η παγκόσμια οικονομική κρίση ξεκίνησε από τις Η.Π.Α. το 2007 και επηρέασε όλο τον κόσμο, επιφέροντας ύφεση και μείωση της ανεργίας σε παγκόσμια κλίμακα. Χώρες με χαμηλή ή μέση ανάπτυξη, όπως η Ελλάδα, επλήγησαν περισσότερο.

Η μείωση των δαπανών είχε σημαντικά αρνητικό αντίκτυπο στον τομέα της υγείας. Η μία κύρια παράμετρος είναι οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όλοι οι οργανισμοί που εμπλέκονται με την υγείας [1], ενώ η δεύτερη συνιστώσα είναι η αύξηση των ανθρώπων που ζητούν υγειονομική περίθαλψη (π.χ. αύξηση ψυχικών παθήσεων, περισσότεροι άνεργοι που στρέφονται πλέον στις παροχές που καλύπτει το σύστημα υγείας, κλπ.) [4], [18].

### 2.1 Η κρίση στις Η.Π.Α.

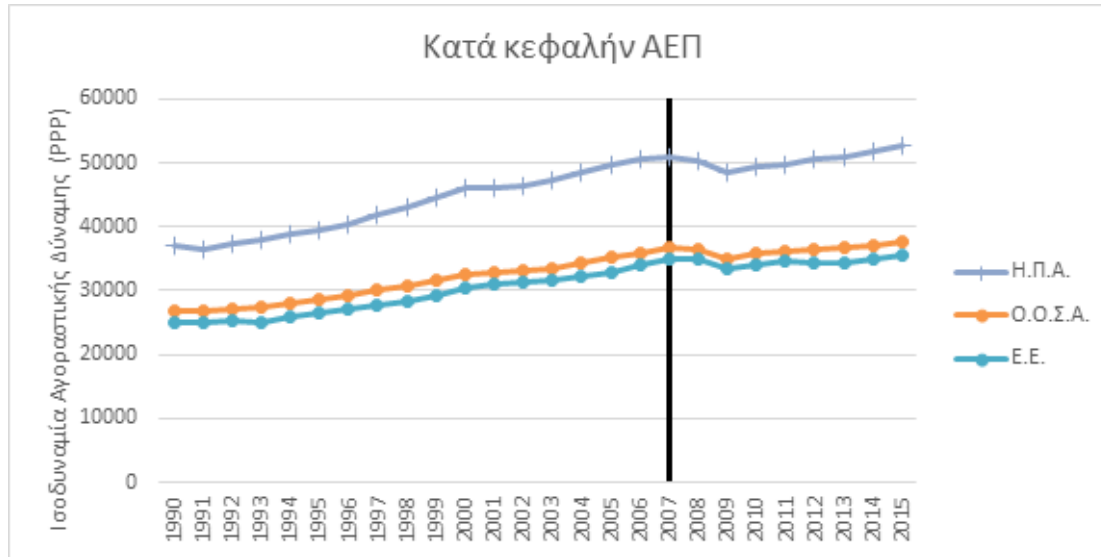
#### 2.1.1 Η προ-κρίσης περίοδος

Την περίοδο πριν την οικονομική κρίση του 2007 είχε προηγηθεί μία μακρά περίοδος ανάπτυξης και ευημερίας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Η Εικόνα 1 απεικονίζει τα 35 μέλη που απαρτίζουν τον οργανισμό, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα.



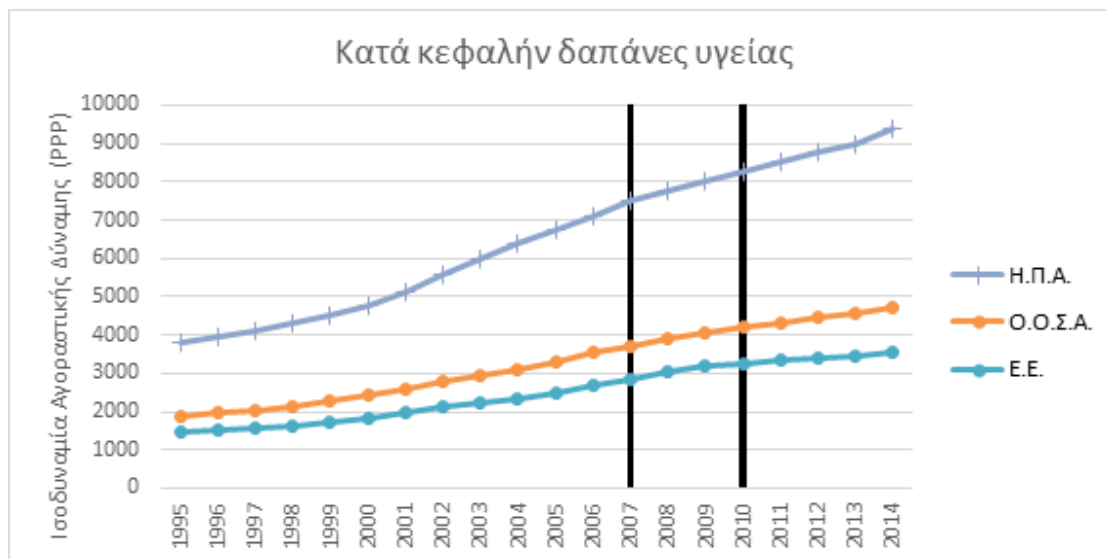
Εικόνα 1 Οι χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Τα ιδρυτικά μέλη απεικονίζονται με μπλε χρώμα και άλλα συνεργαζόμενα κράτη απεικονίζονται με γαλάζιο. (Πηγή: [www.oecd.org](http://www.oecd.org))

Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ των Η.Π.Α., της Ε.Ε. και των υπόλοιπων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν συνεχώς ανοδικό. Το Διάγραμμα 1 παρουσιάζει το κατά κεφαλήν ΑΕΠ των Η.Π.Α., Ο.Α.Σ.Α. και Ε.Ε., βάση της Ισοδυναμίας Αγοραστικής Δύναμης – ΙΑΔ (Purchasing Power Parity – PPP) [33].



**Διάγραμμα 1** Κατά κεφαλήν ΑΕΠ Η.Π.Α, Ο.Α.Σ.Α. και Ε.Ε. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007 με την πτώχευση της τράπεζας Lehman Brothers.

Όμοια συμπεριφορά εμφανίζουν και οι δαπάνες στον τομέα της υγείας. Την περίοδο 2005-2007, αυξάνονται ετησίως με ρυθμό 5% στις Η.Π.Α. και 5.5% σε Ε.Ε. και Ο.Α.Σ.Α. Το Διάγραμμα 2 παρουσιάζει την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε Η.Π.Α., Ο.Α.Σ.Α. και Ε.Ε., βάση της ΙΑΔ.



**Διάγραμμα 2** Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε Η.Π.Α, Ο.Α.Σ.Α. και Ε.Ε. Οι δύο κάθετες γραμμές συμβολίζουν την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007 και την μεταρρύθμιση υγείας των Η.Π.Α. το 2010.

## 2.1.2 Το ξέσπασμα της κρίσης

Η συνεχής διόγκωση του χρηματοπιστωτικού τομέα οδήγησε σε διεθνή χρηματοπιστωτική κρίση το 2007. Ξεκινώντας από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.) ο ευρύτερος χρηματοπιστωτικός και τραπεζικός τομέας βρέθηκε σε παγκόσμια κατάσταση απειλούμενης οικονομικής ύφεσης. Η κρίση πυροδοτήθηκε από την κατάρρευση της τράπεζας Lehman Brothers. Η κυβέρνηση άφησε την τράπεζα να πτωχεύσει. Η αβεβαιότητα που δημιουργείται στο οικονομικό πεδίο οδηγεί σε έλλειψη ρευστότητας και σε άνοδο του κόστους δανεισμού. Το πρόβλημα εντός των Η.Π.Α αντιμετωπίζεται μέσω νομισματικών και δημοσιοοικονομικών πολιτικών. Το ΑΕΠ μειώνεται αρχικά 5%, την περίοδο 2007-2009, ως αποτέλεσμα της οικονομικής συρρίκνωσης (Διάγραμμα 1). Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας, ακολουθούν την πτώση του ΑΕΠ (Διάγραμμα 2).

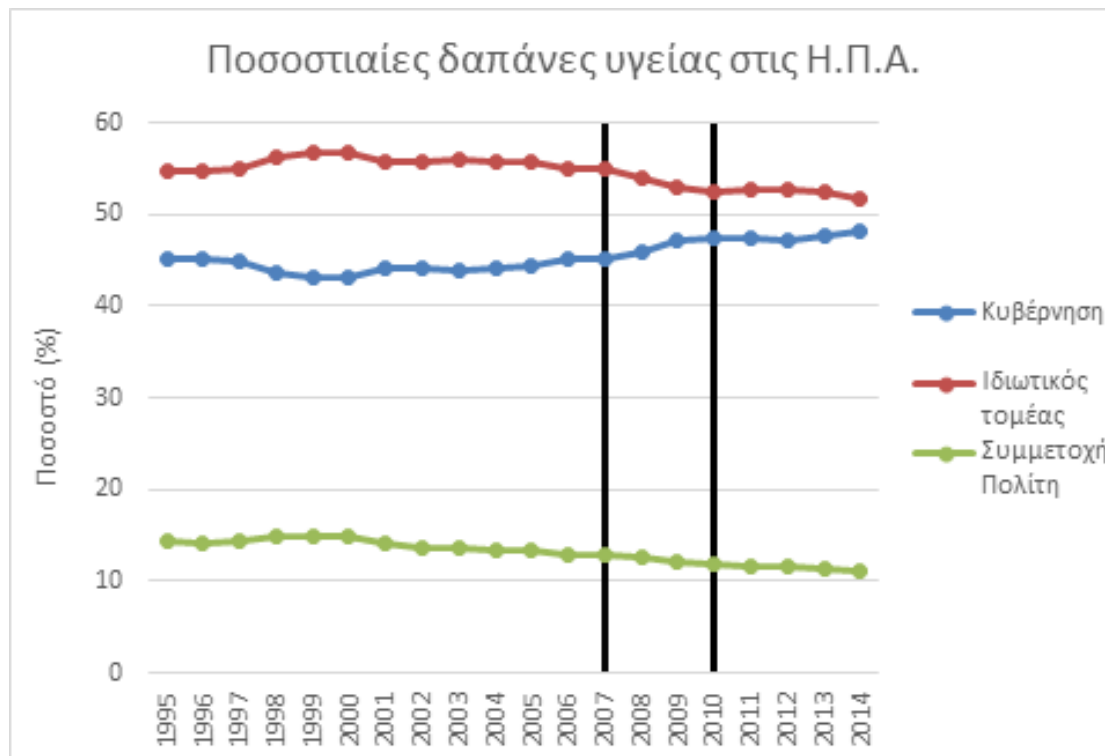
## 2.1.3 Αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης στις Η.Π.Α. και ανάκαμψη

Η οικονομική κρίση προκαλεί αύξηση της ανεργίας και μεγάλος αριθμός πολιτών βρίσκονται εκτός του ασφαλιστικού συστήματος. Το 2010, εφαρμόζεται η μεταρρύθμιση για την υγεία “Patient Protection and Affordable Care Act”, γνωστή ως Obamacare, η οποία καλύπτει υγειονομικά μεγάλο αριθμό ανασφάλιστων πολιτών. Το επιπλέον κόστος υπολογίζεται σε περίπου 110 δισεκατομμύρια το χρόνο. Η μεταρρύθμιση στηρίζεται οικονομικά σε έναν συνδυασμό αύξησης φόρων για την υγεία και μέτρων για τον έλεγχο κόστους. Το πρόγραμμα είναι αυτό-χρηματοδοτούμενο με την έννοια ότι τα χρήματα που εξοικονομούνται χρησιμοποιούνται στην συνέχεια για την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Η συνολική δαπάνη υγείας αυξάνεται (Διάγραμμα 2) χωρίς την συμμετοχή της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, κάτι που θα επιβάρυνε άμεσα το ΑΕΠ της χώρας. Όμως η εφαρμογή είναι περιορισμένη αφού απορρίπτετε σε 24 από τις 50 πολιτείες.

Το Διάγραμμα 3 αναλύει το ποσοστό συμμετοχής στις δαπάνες υγείας μεταξύ της κυβέρνησης, του ιδιωτικού τομέα και του πολίτη. Οι δαπάνες του ιδιωτικού τομέα μειώνονται από αρχή της κρίσης μέχρι το 2010 και η κυβέρνηση αυξάνει αντίστοιχα την συμμετοχή της για να καλύψει το κενό. Οι δαπάνες των δύο φορέων συγκλίνουν και σταθεροποιούνται με ελαφρές διακυμάνσεις στην συνέχεια της κρίσης. Η συνολική

συνεισφορά του πολίτη μειώνεται στην αρχή της κρίσης ενώ παραμένει σταθερή ή ελαφρώς μειωμένη στην συνέχεια.

Το 2015, ενεργοποιείται η επόμενη μεταρρύθμιση (Medicare Access and CHIP Reauthorization Act – MACRA) η οποία βελτιώνει τον τρόπο πληρωμής των ιδιωτικών γιατρών, καλύπτει κάποια χρηματοδοτικά κενά και επεκτείνει το πρόγραμμα ασφάλισης των παιδιών.



Διάγραμμα 3 Ποσοστιαία δαπάνη υγείας στις Η.Π.Α. Οι δύο κάθετες γραμμές συμβολίζουν την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007 και την μεταρρύθμιση υγείας των Η.Π.Α. το 2010.

## 2.2 Η κρίση στην Ευρώπη

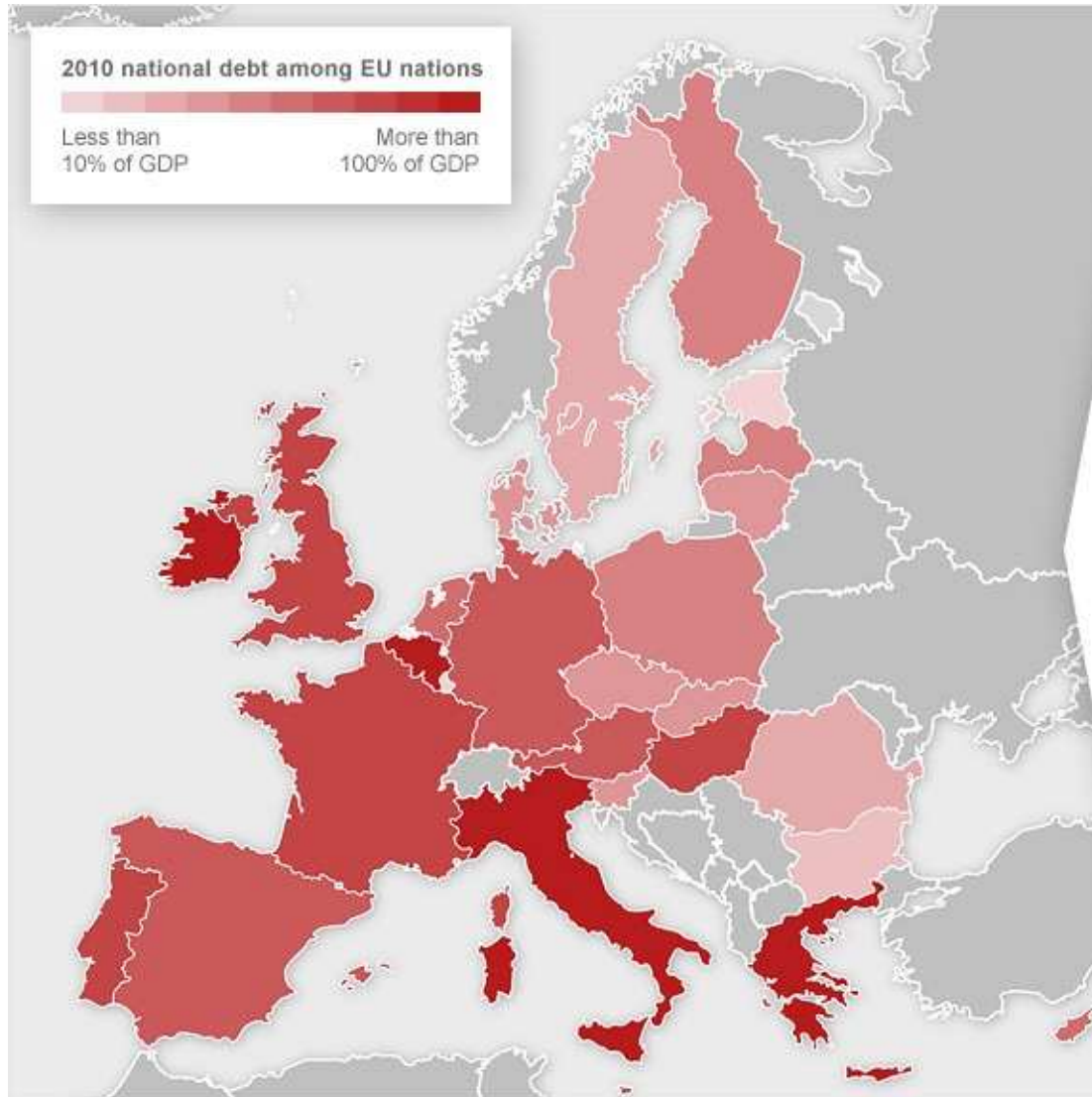
### 2.2.1 Η εξάπλωση της κρίσης από τις Η.Π.Α. στην Ευρώπη

Λόγω μεγάλης έκθεσης σε τοξικά ομόλογα, η κρίση χτυπάει πολλές τράπεζες σε χώρες της Ευρώπης. Οι πρώτες ευρωπαϊκές χώρες που έρχονται αντιμέτωπες με την κρίση είναι η Ισλανδία και η Βρετανία. Ακολουθεί η Γαλλία ενώ ανακατατάξεις παρατηρούνται και σε Βέλγιο, Ιταλία, Λουξεμβούργο και Ολλανδία. Οι ελληνικές τράπεζες είναι λιγότερο εκτεθειμένες.

Το αρνητικό προηγούμενο της πτώχευσης της Lehman Brothers οδηγεί τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις στην στήριξη του τραπεζικού τομέα από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ισλανδία και Βρετανία συμμετέχουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά έχουν δικά τους νομίσματα. Όπως και στις Η.Π.Α., η κρίση αντιμετωπίζεται με συνδυασμό νομισματικής πολιτικής και δημοσιονομικής προσαρμογής. Όμως οι υπόλοιπες χώρες που ανήκουν στην ζώνη του ευρώ δεν μπορούν να εφαρμόσουν αντίστοιχες νομισματικές πολιτικές καθώς αυτό απαιτεί ομοφωνία. Έτσι οι συνέπειες της κρίσης αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο με μεγαλύτερη δημοσιονομική προσαρμογή.

### **2.2.2 Το πρόβλημα στην ευρωζώνη και περιορισμός της κρίσης**

Οι κυβερνήσεις δανείζονται μεγάλα ποσά προκειμένου να υλοποιήσουν τα διάφορα πακέτα στήριξης. Καθώς χώρες, κυρίως του ευρωπαϊκού νότου, παρουσιάζουν υψηλά δημόσια ελλείμματα, τίθεται το θέμα εξυπηρέτησης των κρατικών δανείων και αρχίζουν να κρίνονται επενδυτικά επικίνδυνες. Οι πιο ευάλωτες χώρες είναι η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία και η Κύπρος ακολουθούμενες από τις μεγάλες οικονομίες της Ισπανίας, της Ιταλίας και της Γαλλίας. Το πρόβλημα για την Ελλάδα εντείνεται την περίοδο 2009-2010 που παρουσιάζει πολύ μεγάλα ελλείμματα. Τα επιτόκια δανεισμού αυξάνονται και μπρος το ενδεχόμενο αποκλεισμού ευρωπαϊκών κρατών από τις διεθνείς αγορές, κάτι που θα έπληττε όλες τις χώρες της ευρωζώνης, δημιουργούνται μηχανισμοί στήριξης σε επίπεδο Ε.Ε. Η Εικόνα 2 απεικονίζει τον χάρτη του εθνικού χρέους των χωρών της Ε.Ε. ως ποσοστό του ΑΕΠ για το 2010.



Εικόνα 2 Εθνικό χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ε.Ε. το 2010. (Πηγή: <http://money.cnn.com/>)

Οι ευρωπαϊκή θεσμοί συνεργάζονται με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) και προσφέρουν χαμηλότοκο δανεισμό έναντι σημαντικών δημοσιονομικών μεταρρυθμίσεων. Αυτό, γενικά, θα προκαλέσει μείωση του ΑΕΠ και σημαντικές περικοπές στις δαπάνες υγείας [19]. Το 2010, η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα που υπογράφει μνημόνιο συνεργασίας. Ακολουθούν η Ιρλανδία τον ίδιο χρόνο, η Πορτογαλία το 2011 και η Κύπρος το 2012. Το 2012, η Ελλάδα υπογράφει το δεύτερο μνημόνιο συνεργασίας.

Η ευρωζώνη προσπαθεί να ανακάμψει και ως αντίμετρο στην αύξηση των επιτοκίων δανεισμού και αποφυγή ένταξης των μεγαλύτερων οικονομιών της Ευρώπης σε μνημόνιο συνεργασίας, δημιουργεί τη γραμμή ποσοτικής χαλάρωσης το 2014. Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) εντάσσει σε αυτήν την γραμμή τα ομόλογα όλων των χωρών της ευρωζώνης που δεν βρίσκονται σε μνημόνιο. Η Πορτογαλία, η Ιρλανδία και η Κύπρος, αφού

ολοκληρώσαν τα συμφωνηθέντα προγράμματα προσαρμογής, εντάσσονται και αυτές. Το 2015, η Ελλάδα υπογράφει το τρίτο μνημόνιο συνεργασίας. Το 2017, η Ελλάδα αναμένεται να ενταχθεί και αυτή στο πρόγραμμα ποσοτικής χαλάρωσης της ΕΚΤ.

### 2.2.3 Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα υγείας

Η Ε.Ε. παρουσίαζε ανέκαθεν μεγάλες διαφορές στον τομέα υγείας μεταξύ των κρατών μελών της ([7], [8]). Ήδη από το 2005 λαμβάνονταν δράσεις για την μείωση αυτών των ανισοτήτων, όπως το συντονισμένο έργο του Eurohealthnet [34]. Η πολιτική συνοχής παρέχει οικονομική στήριξη στα κράτη μέλη.

Οι κοινοτικοί στρατηγικοί προσανατολισμοί για την συνοχή 2007-2013 [20] κατέταξαν τους τομείς της υγείας που θα λάμβαναν στήριξη από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ). Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται:

- **Το πρόγραμμα της Ε.Ε. για την υγεία** – χρηματοδότηση σε δίκτυα δράσεων, επισκοπήσεις εμπειρογνομώνων, τοπικές πρωτοβουλίες και πολιτικές καινοτομίες στον τομέα της δημόσιας υγείας
- **Το πλαίσιο PROGRESS** – χρηματοδότηση απασχόλησης και κοινωνικής αλληλεγγύης
- **Το προγράμματα-πλαίσια της Ε.Ε. για την έρευνα** – Ανάπτυξη μεθόδων έρευνας και επιστημονικής βάσης για την υποστήριξη πολιτικών αποφάσεων και πιο αποτελεσματικών τεκμηριωμένων στρατηγικών σε διάφορους τομείς της υγείας
- **Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Ένταξης Υπηκόων Τρίτων Χωρών** – διευκόλυνση ένταξης μεταναστών στις ευρωπαϊκές κοινωνίες με το 7% του προϋπολογισμού (825 εκατ. ευρώ) να προορίζεται για την υγειονομική περίθαλψη
- **Κοινή γεωργική πολιτική (ΚΓΠ)** – έμμεση χρηματοδότηση στην υγεία μέσω βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου των αγροτών και προγραμμάτων προώθησης υγιεινής διατροφής, διανομής γάλακτος σε σχολεία και αγροτικών προϊόντων σε απόρους, και στήριξης επενδύσεων κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης σε αγροτικές περιοχές

Η κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας σε επίπεδο Ε.Ε. (Διάγραμμα 2) παρέμεινε συνεχώς ανοδική την περίοδο της κρίσης, με μέσω ετήσιο ρυθμό περίπου στο 3%. Όμως, ανισότητα μεταξύ

των χωρών παραμένει μεγάλη. Στο επόμενο κεφάλαιο εξετάζονται οι σημαντικές επιπτώσεις στις πιο ευάλωτες χώρες.

## 2.3 Οι ευάλωτες χώρες της ευρωζώνης

Η Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) εφαρμόζει κοινές στρατηγικές σε συνδυασμό με την προώθηση μακροπρόθεσμων στόχων [7]. Βασικές μέθοδοι αποτελούν η εισαγωγή ρευστότητας στην οικονομία και η προώθηση μακροπρόθεσμων επενδύσεων για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας. Όλα αυτά πάντα υπό τους αυστηρούς περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας, το οποίο δίνει έμφαση στη νομισματική σταθερότητα και την δημοσιονομική πειθαρχία. Τα κράτη μέλη της Ε.Ε., όμως, παρουσιάζουν μεγάλη οικονομική ανομοιομορφία. Έτσι οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν είχαν σημαντικές διαφορές στο εσωτερικό κάθε χώρας.

Το υπο-κεφάλαιο αυτό εξετάζει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις δαπάνες υγείας και το πώς αυτές επηρεάστηκαν από σημαντικές πολιτικές αποφάσεις ([8], [9]). Η ανάλυση επικεντρώνεται στις χώρες της Ε.Ε. που ήταν πιο ευάλωτες στην κρίση, όπως η Ελλάδα, η Ισλανδία, η Πορτογαλία, και η Κύπρος, που υπέγραψαν μνημόνιο συνεργασίας για χρηματοδότηση έναντι μεταρρυθμίσεων.

### 2.3.1 Η Περίπτωση της Ελλάδας

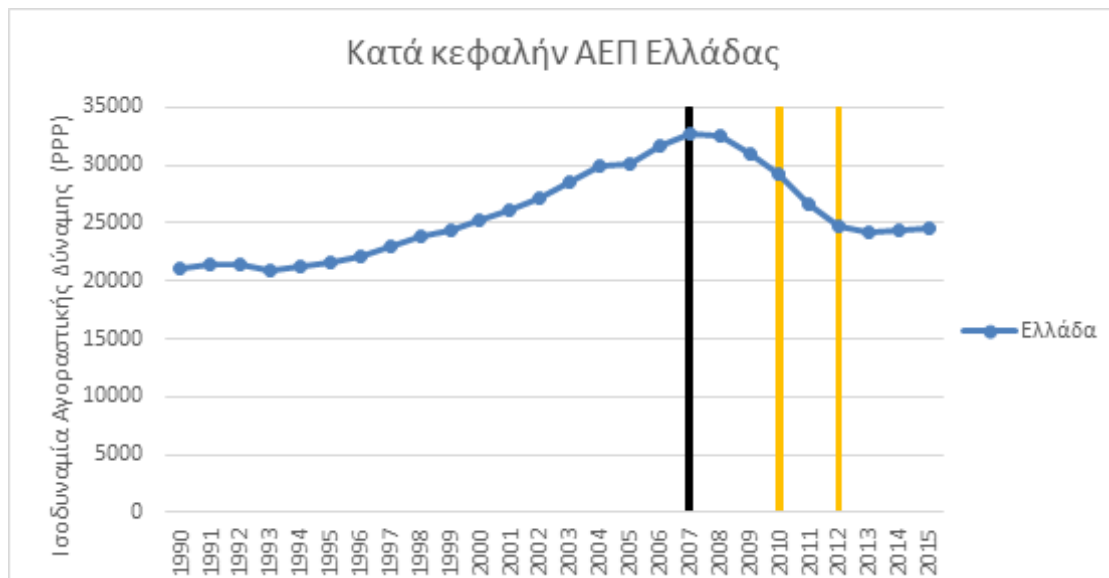
Όπως προαναφέρθηκε, οι ελληνικές τράπεζες ήταν λιγότερο εκτεθειμένες στην οικονομική κρίση του 2007 σε σχέση με άλλες χώρες. Από το 2008 όμως, αρχίζουν να παρουσιάζονται μεγάλα δημόσια ελλείμματα και σημαντική υποχώρηση του ΑΕΠ. Η κατάσταση αυτή συνεχίζεται μέχρι το 2010, όπου και η χώρα υπογράφει το πρώτο μνημόνιο συνεργασίας με τους δανειστές της. Οι σημαντικές περικοπές των δημοσίων δαπανών και αυξήσεις φόρων που εφαρμόζονται προκαλούν περαιτέρω μείωση στο ΑΕΠ, μέχρι το 2012 όπου υπογράφεται το δεύτερο μνημόνιο. Τότε εφαρμόζεται και η αναδιάρθρωση του ελληνικών κρατικών ομολόγων, γνωστό με τον όρο Private Sector Involvement (PSI) [35]. Από το 2013 το κατά κεφαλήν ΑΕΠ σταθεροποιείται στα επίπεδα του 1999, με μικρές αυξήσεις. Το Διάγραμμα 4 απεικονίζει το κατά κεφαλήν ΑΕΠ.



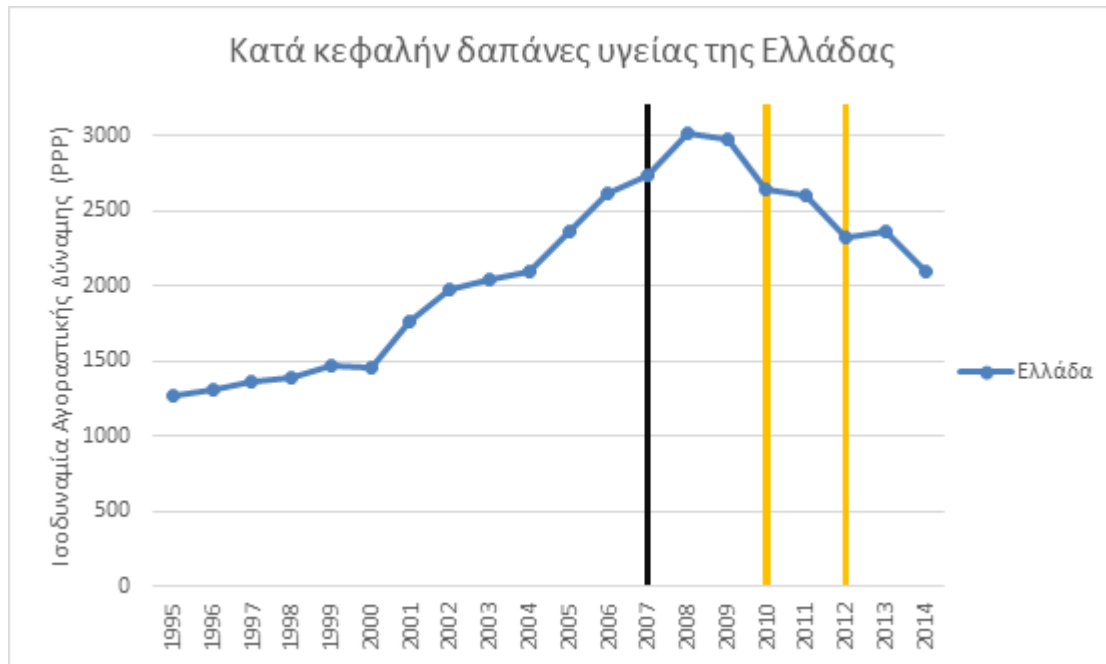
Οι δαπάνες υγείας είναι συνεχώς αυξητικές μέχρι και το 2008. Μειώνονται ελαφρά το 2008-2009 ακολουθώντας μία μεγάλη πτώση την περίοδο 2009-2010. Την διετία 2010-2012 του πρώτου προγράμματος προσαρμογής οι δαπάνες μειώνονται κατά 14%. Ακολουθεί περαιτέρω 10% μείωση μέχρι το 2014 και σταθεροποίηση σε επίπεδα το 2004 (2500 ΙΑΔ). Το Διάγραμμα 5 παρουσιάζει την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας.

Το Διάγραμμα 6 αναλύει το ποσοστό συμμετοχής στις δαπάνες υγείας μεταξύ της κυβέρνησης, του ιδιωτικού τομέα και του πολίτη. Από το 2000 και μετά, η υγεία στην Ελλάδα χρηματοδοτείται κυρίως από το κράτος. Το 2008 η συνεισφορά του ιδιωτικού τομέα και του πολίτη μειώνονται ραγδαία κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες. Η κυβέρνηση καλύπτει το κενό, κάτι που συμβάλει σημαντικά στο έλλειμμα.

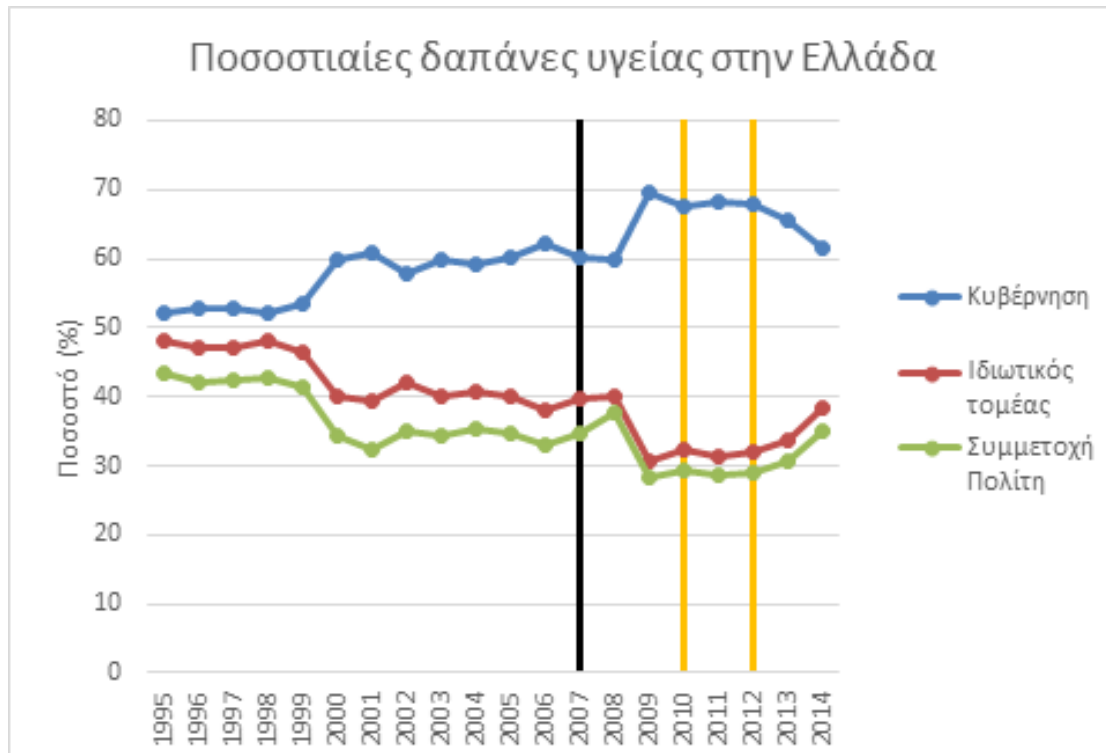
Ιδιωτικός τομέας ανακάμπτει ελαφρά το 2009 έως την υπογραφή του πρώτου μνημονίου το 2010, όπου και σταθεροποιείται με μικρές διακυμάνσεις μέχρι το 2012. Έπειτα συνεχίζει η ανάκαμψη και εντός του δεύτερου μνημονίου φτάνει σε επίπεδα συμμετοχής που είχε στην αρχή της κρίσης, πριν την μεγάλη πτώση του 2008. Η συμμετοχή του πολίτη ακολουθεί αυτή του ιδιωτικού τομέα με μικρότερη ένταση. Το κράτος συμπληρώνει τη δαπάνη και ακολουθεί αντίστροφη πορεία, μειώνοντας την συμμετοχή του σε επίπεδα του λίγο υψηλότερα του 2008.



**Διάγραμμα 4 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ Ελλάδας.** Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.



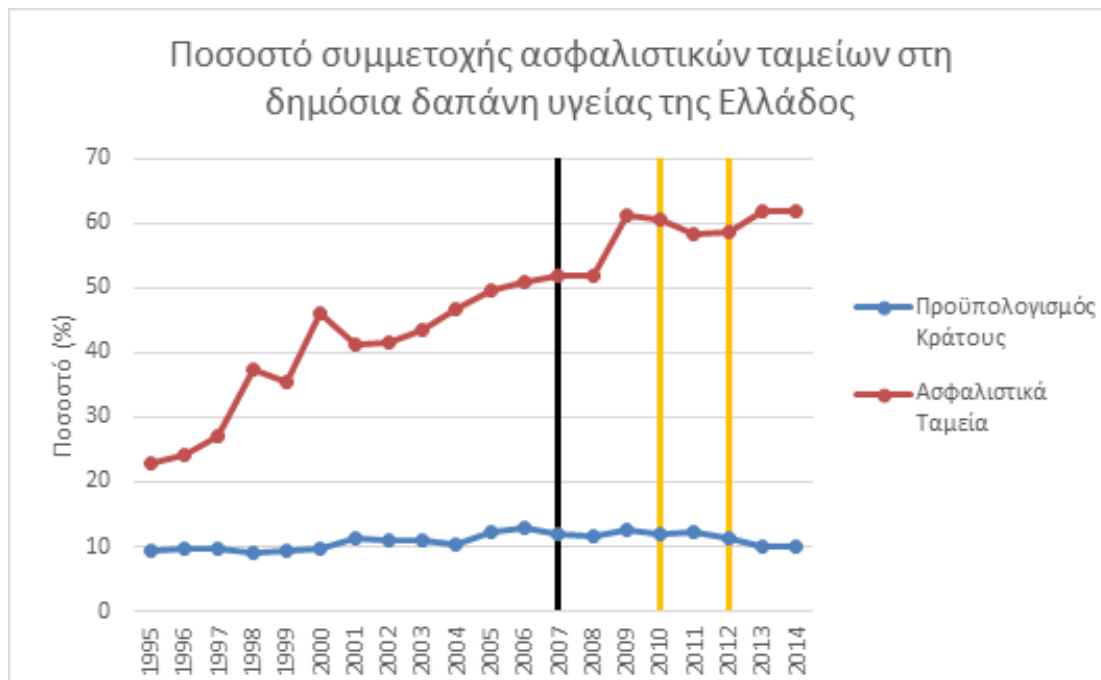
Διάγραμμα 5 Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας Ελλάδας. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.



Διάγραμμα 6 Ποσοστιαία δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.

Η κρατική δαπάνη καλύπτεται κατά κύριο λόγο από τα ασφαλιστικά ταμεία [10], των οποίων η συμμετοχή αυξήθηκε κατά 16% από το 2007-2010, μειώθηκε ελαφρά στο πρώτο μνημόνιο 3%, ενώ αυξήθηκε στο δεύτερο μνημόνιο κατά 5%. Να σημειωθεί ότι η διαδικασία του PSI έπληξε και ομόλογα που είχαν στην κατοχή τους τα ταμεία, επιβαρύνοντας περαιτέρω τα αποθεματικά τους [10]. Ο κρατικός προϋπολογισμός με μικρές διακυμάνσεις συνεισφέρει κατά 10-13% κάθε έτος. Το Διάγραμμα 7 αναλύει το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλιστικών ταμείων στην δημόσια δαπάνη υγείας.

Ως προς τον ιδιωτικό τομέα, αυτή αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε νέες δαπάνες ενώ τα προπληρωμένα σχέδια αποτελούν το 5-9% της δαπάνης. Το Διάγραμμα 8 αναλύει την ιδιωτική δαπάνη υγείας της Ελλάδας.



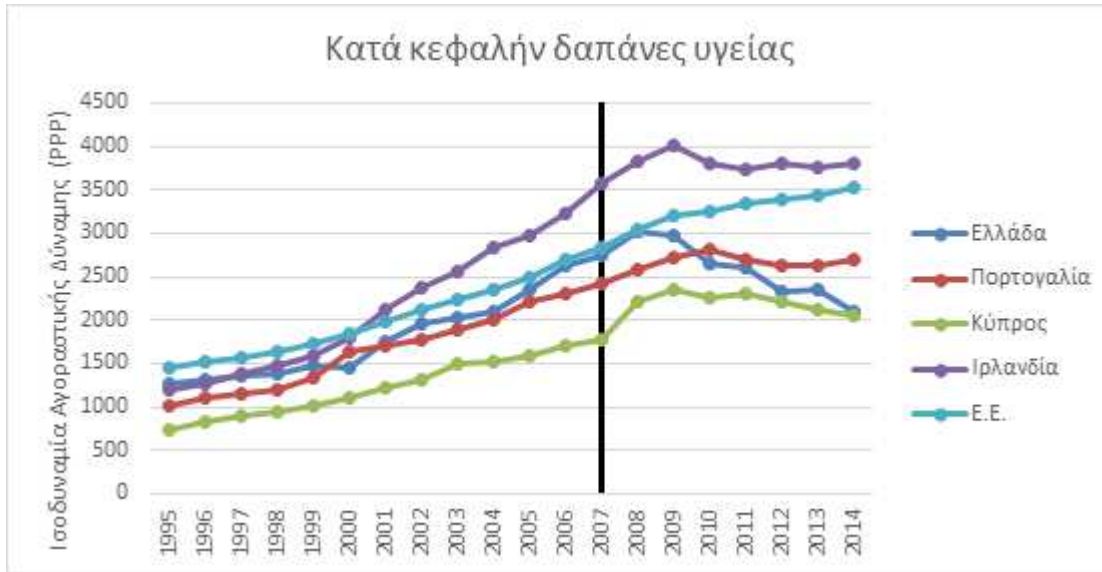
**Διάγραμμα 7 Η συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων στην δημόσια δαπάνη υγείας της Ελλάδας. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.**



Διάγραμμα 8 Ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Η κάθετη μαύρη γραμμή σηματοδοτεί την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007, ενώ οι δύο κίτρινες γραμμές την υπογραφή των μνημονίων του 2010 και 2012.

### 2.3.2 Η Σύγκριση της Ελλάδας με τις άλλες ευάλωτες χώρες

Η κάθε χώρα της Ε.Ε. είναι διαφορετική με διαφορετικά οικονομικά μεγέθη και συστήματα υγείας ([7], [8], [21]). Η όποια σύγκριση είναι πάντα σχετική και δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτη. Το Διάγραμμα 9 συνοψίζει τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας των τεσσάρων χωρών που μπήκαν σε μνημόνιο (Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, και Κύπρος) και του μέσου όρου της ευρωζώνης.

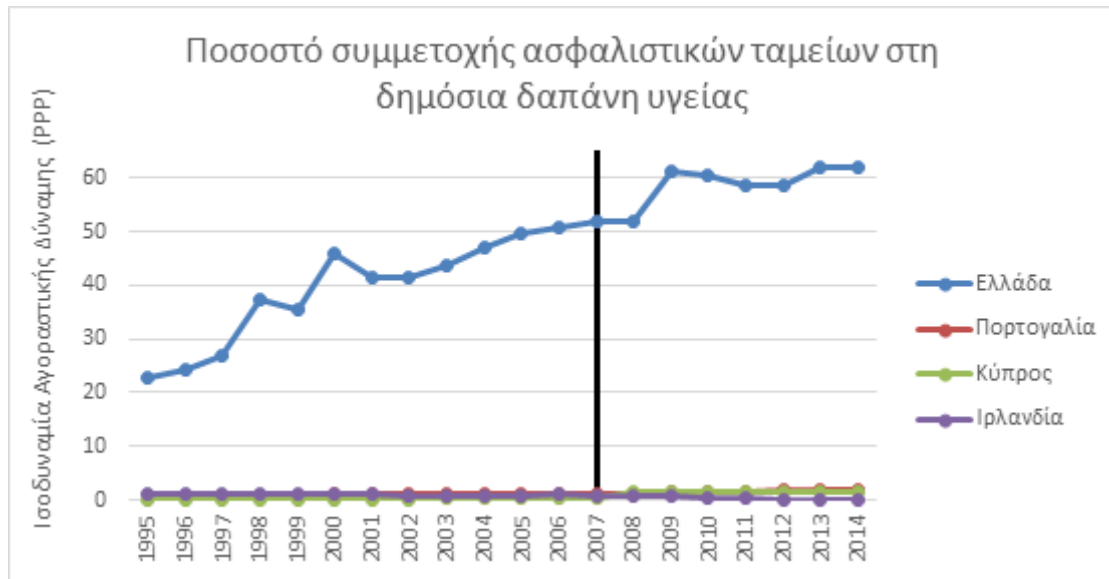


**Διάγραμμα 9** Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Κύπρο και Ε.Ε. Η κάθετη γραμμή συμβολίζει την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007.

Η Ιρλανδία από το 2000 και μετά παρουσιάζει μεγαλύτερη δαπάνη από τον μέσο όρο της Ε.Ε. Μετά την ένταξή της σε μνημόνιο, οι δαπάνες μειώθηκαν, με τάση να συγκλίνουν στον μέσο όρο της Ε.Ε. Οι δαπάνες στις άλλες τρεις χώρες ήταν πάντα μικρότερες του μέσου όρου της Ε.Ε. Η πορεία των δαπανών σε Πορτογαλία και Κύπρο επίσης ανακόπτεται και παραμένει στάσιμη σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτά που υπήρχαν όταν εμφανίστηκε η κρίση σε κάθε χώρα. Η Ελλάδα άρχισε να συγκλίνει στον μέσο όρο της Ε.Ε. το 2002. Από το 2008 όμως αρχίζει να αποκλίνει σε πολύ μεγάλο βαθμό ως απόρροια της κρίσης, παρουσιάζοντας λιγότερες δαπάνες από την Πορτογαλία το 2010 και φτάνοντας την κατά κεφαλήν δαπάνη της Κύπρου το 2014. Η απώλεια των περίπου 1000 ΙΑΔ μονάδων μέσα σε έξι χρόνια είναι η μεγαλύτερη στην Ε.Ε.

Η πτώση αυτή προέρχεται κυρίως από την περικοπή των δαπανών της κυβέρνησης, αφήνοντας τα ασφαλιστικά ταμεία να επωμιστούν πολύ μεγάλο μέρος της δημόσιας δαπάνης σε σχέση με τις άλλες τρεις χώρες. Το Διάγραμμα 10 συνοψίζει την συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων στην δημόσια δαπάνη υγείας [10].

Επίσης, αντίστοιχες τάσεις στις δαπάνες υγείας παρατηρούνται κατά την μνημονιακή περίοδο σε κάθε χώρα. Σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει μείωση της κατά κεφαλήν δαπάνης τον πρώτο χρόνο ενός προγράμματος της τάξεως 2%-4%. Ακολουθεί μία σταθεροποίηση με μικρές αυξομειώσεις και μικρή ανάκαμψη της τάξεως του 1%-3% τα δύο πρώτα χρόνια μετά την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος. Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει το ποσοστό δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ των υπό εξέταση χωρών τα έτη 2010-2015.



**Διάγραμμα 10** Η συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων στην δημόσια δαπάνη υγείας της Ελλάδας, της Πορτογαλίας, της Κύπρου και της Ιρλανδίας. Η κάθετη γραμμή συμβολίζει την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007.

**Πίνακας 1** Ποσοστό δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ

Χώρα	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ελλάδα	9.9	9.5	8.9	8.7	8.3	8.2
Ιρλανδία	10.6	9.9	10.1	10.5	10.1	9.4
Πορτογαλία	9.8	9.5	9.3	9.1	9.0	8.9
Κύπρος	6.6	6.9	6.9	7.0	6.8	-
Ε.Ε.	9.5	9.6	9.8	10.0	10.0	-
Η.Π.Α.	16.4	16.4	16.4	16.4	16.6	16.9
Ο.Ο.Σ.Α.	11.7	11.9	12.1	12.3	12.6	-

### 3. Ιστορική Αναδρομή Του Συστήματος Υγείας Της Ελλάδας

#### Μέχρι το 2010

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση του θεσμικού πλαισίου στον χώρο της υγείας από το 1833 έως το 2010 ([9], [11], [12], [13]). Οι βασικοί παράγοντες που καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας και του κοινωνικού κράτους είναι: Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες, και πολλοί άλλοι παράγοντες.

#### 3.1 Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησε το 19<sup>ο</sup> αιώνα μετά την σύσταση του ελληνικού κράτους χωρίς σαφή υγειονομική πολιτική, περιστασιακά και ασυντόνιστα. Από το κράτος και από διάφορους φιλανθρωπικούς φορείς γίνεται προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, αντιμετώπιση επιδημιών, ρυθμίσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων. Με κυρίαρχη την ιδέα της φιλανθρωπίας, ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με πρωτοβουλία ευεργετών και ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ασθένεια και ατυχήματα, όμως υπάρχει αδυναμία υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων λόγω απουσίας εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού.

Το 1833 καταγράφεται η πρώτη κρατική ενέργεια για οργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα από την Γραμματεία Εσωτερικών η οποία επιφορτίζεται εκτός των άλλων και με τα καθήκοντα της Υγειονομικής Αστυνομίας και αναλαμβάνει να ιδρύσει την πρώτη υγειονομική υπηρεσία της χώρας. Επίσης θεσπίζεται ο θεσμός του νομίατρου ο οποίος ορίζεται ως υπεύθυνος για τα υγειονομικά θέματα κάθε νομού. Το 1836 με διάταγμα θεσπίζεται μια σειρά μέτρων για την καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων. Στον εκπαιδευτικό χώρο ιδρύεται το 1837 η Ιατρική Σχολή Αθηνών και ένα χρόνο αργότερα λειτουργεί η Μαιευτική Σχολή. Το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός.

Το 1914 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι για την δημόσια υγεία και προστασία στους χώρους εργασίας. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης όπου με τον νόμο **N.2868/1922** προβλέπονται για πρώτη

φορά ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζόμενου. Το 1934 με τον **N.6298/1934** ιδρύεται το ΙΚΑ, με σκοπό την ασφάλιση υγείας των μισθωτών και την παροχή συντάξεων. Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία. Από την στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες έφθασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117.

Με τον **N.2769/1941** δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να ιδρύσουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου. Στα χρόνια που ακολούθησαν για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού ιδρύονται αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς συνεχίζουν ασυντόνιστα και απρογραμματίιστα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας. Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος **N.4169/1961** με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ αποτελούν τους δυο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα.

Ακολουθεί η δικτατορική διακυβέρνηση της χώρας το 1968 η οποία οδήγησε σε μία σχετική αποδιοργάνωση του συστήματος υγείας. Την περίοδο της επταετίας αξιοσημείωτη είναι η προσπάθεια του τότε Υπουργού Υγείας, Λουκά Πάτρα να θέσει τις βάσεις για μια μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Το «Σχέδιο Πάτρα» το 1970 επιχειρεί την καθιέρωση της υγείας ως δημόσιου αγαθού [9]. Η φιλοσοφία της μεταρρύθμισης προσανατολιζόταν στη δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας. Ωστόσο, η στρατοκρατούμενη πολιτική εξουσία δεν επιτρέπει τη μεταρρύθμιση. Υπήρξαν βέβαια και άλλοι οικονομικοί, κοινωνικοί και κυρίως γραφειοκρατικοί παράγοντες που συνέβαλαν στην αναστολή της υιοθέτησης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού. Το κύριο χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής ήταν οι έντονες ανισότητες στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσα από την ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η Ελλάδα να εισέλθει στη μεταρρυθμιστική αναπτυξιακή της φάση μόλις μετά το 1974.

Αμέσως μετά την μεταπολίτευση καλλιεργείται μια συνειδητή πορεία για μια βαθιά μεταρρύθμιση στην υγεία. Οι σημαντικές προσπάθειες αυτής της περιόδου και τα προταθέντα σχέδια παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά στην πρωτοποριακή έκθεση του





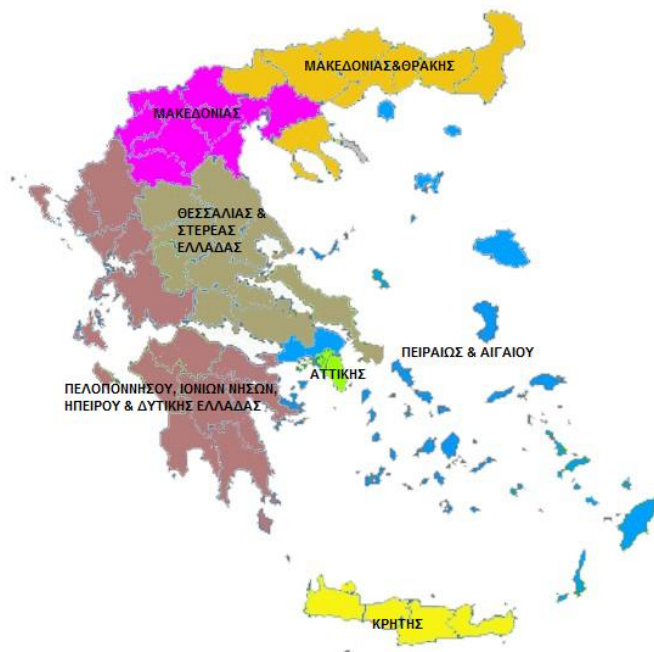
Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) για την υγεία το 1976. Το νομοσχέδιο Δοξιάδη το 1980 προτείνει την δημιουργία ενός Εθνικού φορέα υγείας, έχοντας ως υπόδειγμα το βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), που έγινε στη συνέχεια το κέντρο αναφοράς για την οργάνωση ενός αποτελεσματικού συστήματος καθολικής κάλυψης και παροχής υγειονομικής φροντίδας. Η ιατρική και πολιτική αντίθεση στη μεταρρύθμιση εκείνη την περίοδο ήταν μεγάλη τόσο στη βουλή όσο και στο κυβερνών κόμμα και έτσι η πρόταση αυτή δεν έγινε ποτέ νόμος.

Με τον **Ν.1278/1982** αποφασίζετε η σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ). Το 1983 ψηφίζεται ο **Ν.1397/1983** ίδρυσης του ΕΣΥ, που αποτελεί το θεμελιώδη νόμο, τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα και τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Αυτό το Εθνικό Σύστημα Υγείας, απέβλεπε στην ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού με ισότιμη πρόσβαση των πολιτών, μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών, νέων Περιφερειακών και Νομαρχιακών Νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας, και την δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Με το **Ν. 1316/1983** ιδρύετε ο εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου (ΕΟΦ), η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία και η Εθνική Φαρμακαποθήκη.

Οι παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας συνεχίστηκαν, ουσιαστικά, με την υιοθέτηση του **Ν.2519/1997** θεσπίζονται κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές. Όσον αφορά τη νομική μορφή των νοσοκομείων, αυτά συστήνονταν, όπως προέβλεπε ο νόμος, ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και υπάγονταν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Με το νόμο **Ν.2889/2001** επιχειρείται βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις με σημαντικότερες αλλαγές: ιδρύθηκαν τα Περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π), αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια που εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ. Με το **Ν.2955/2001** περί προμηθειών, γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της σπατάλης και δημιουργία ενός οργανωμένου συστήματος ελέγχου των προμηθειών των νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας. Αξίζει να επισημανθεί και ο **Ν.2920/2001** «Σώμα Επιθεωρητών Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), με τον οποίο θεσπίστηκε ο θεσμός των Επιθεωρητών για διενέργεια ερευνών σε όλους τους φορείς του υπουργείου υγείας.

Ο Ν.3235/2004 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία παρέχεται στο εξής από τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, προωθείται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, η ηλεκτρονική κάρτα υγείας και η χρήση ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς.

Ο νόμος Ν.3329/2005 θεσπίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. Με αυτό νόμο οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίζονται με τις διοικητικές και τα ΠΕΣΥΠ μετατρέπονται σε ΔΥΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας), με το Ν.3257/2007 συμπύσσει τα ΔΥΠΕ από 17 σε 7 ΥΠΕ (Υγειονομικές Περιφέρειες). Η Εικόνα 3 απεικονίζει τις 7 ΥΠΕ. Τον ίδιο χρόνο ψηφίζεται ο Ν.3580/2007 που προβλέπει σύσταση επιτροπής προμηθειών υγείας η οποία θα έχει την ευθύνη του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού του συστήματος προμηθειών στον τομέα της υγείας.

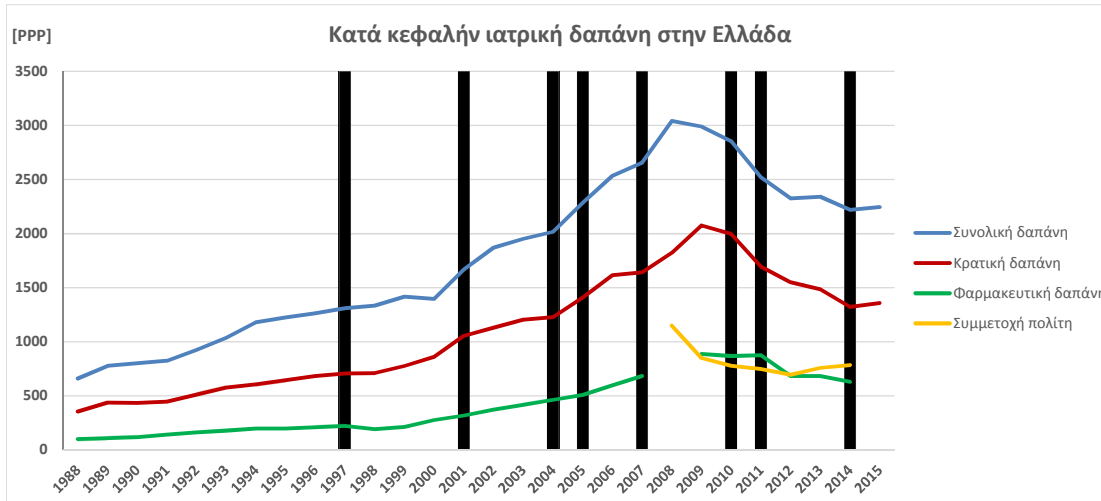


Εικόνα 3 Οι 7 ΥΠΕ σύμφωνα με τον Ν.3257/2007

Το ΕΣΥ, από ένα άκρως λειτουργικό σύστημα δια χειρός Γεννηματά, κατάντησε ένα συνονθύλευμα ασυντόνιστων υπηρεσιών. Την ίδια στιγμή, σήμερα, «ασθενεί» από δεκάδες προβλήματα.

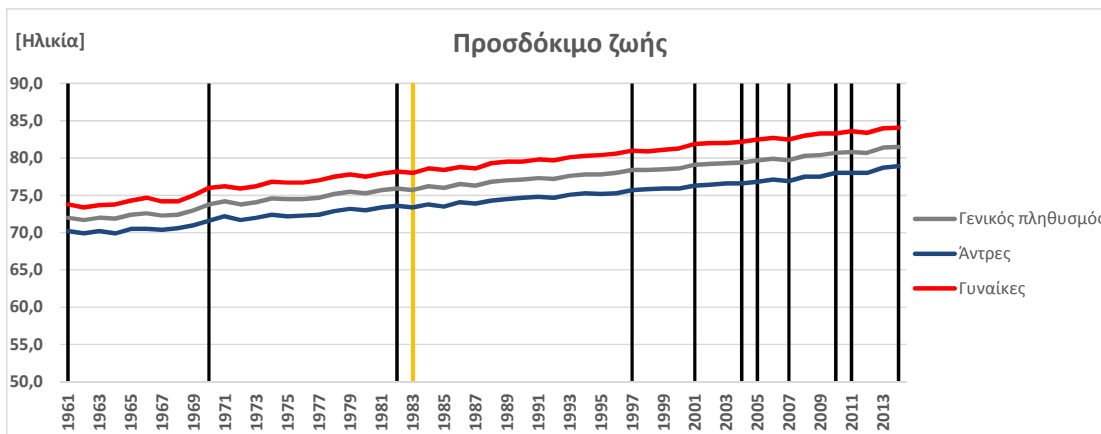
### 3.2 Οικονομικά μεγέθη της περιόδου 1960-2010

Η ενίσχυση του συστήματος υγείας χρειάζεται σημαντικές δαπάνες. Το Διάγραμμα 11 παρουσιάζει την κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία ως προς την ΙΑΔ. Οι συνολικές δαπάνες αυξάνονται σημαντικά για 20 χρόνια την περίοδο 1988-2008, όπου και αρχίζει η μείωσή τους την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό της δαπάνης το επωμίζεται το κράτος. Η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται με αντίστοιχους ρυθμούς και αποτελεί σημαντικό κομμάτι της συνολικής δαπάνης. Η συμμετοχή του πολίτη, από το 2008 και μετά όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, παρουσιάζει πτωτικές τάσεις την περίοδο της κρίσης.



**Διάγραμμα 11 Κατά κεφαλήν ιατρική δαπάνη στην Ελλάδα. Οι κάθετες γραμμές αναφέρονται σε θεσμικές ρυθμίσεις στον χώρο της υγείας (Πίνακας 5).**

Το Διάγραμμα 12 παρουσιάζει το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα. Με την δημιουργία του εθνικού συστήματος υγείας βελτιώνεται το βιοτικό επίπεδο στην χώρα και το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται συνεχώς από 72 έτη στον γενικό πληθυσμό το 1961 σε 81.5 έτη το 2014.



**Διάγραμμα 12 Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα. Οι κάθετες γραμμές αναφέρονται σε θεσμικές ρυθμίσεις στον χώρο της υγείας (Πίνακας 5).**

## 4. Η Οικονομική Κρίση Και Οι Μεταρρυθμίσεις Στον Χώρο Της Υγείας

Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται οι οικονομικοί στόχοι που τέθηκαν για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης και αντίστοιχο θεσμικό πλαίσιο που θεσπίστηκε για την εφαρμογή των νέων μεταρρυθμίσεων από το 2010 μέχρι σήμερα ([14], [15], [18], [22], [23]).

### 4.1 Οι οικονομικοί στόχοι

Το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το 2010 και η υπογραφή του πρώτου Μνημονίου συνοδεύτηκαν από την εφαρμογή σκληρών, ακραία φιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών. Στο πλαίσιο αυτό, συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που απέρρεαν από της δεσμεύσεις που ανέλαβε η Ελλάδα έναντι των πιστωτών της. Σημαντικό μερίδιο των μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν, αλλά και συνεχώς προωθούνται, κατέχει ο τομέας της υγείας. Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν εντάσσονται σε ένα ευρύ φάσμα επιλογών που θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες:

1. μέτρα για τον έλεγχο των δαπανών και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας
2. μέτρα που σχετίζονται με την ένταση και την ποιότητα των δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών υγείας
3. και μέτρα για τον έλεγχο του κόστους

Στα μέτρα για τον έλεγχο των δαπανών και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας εντάσσονται οι προσπάθειες μείωσης των δημόσιων δαπανών υγείας, η αύξηση των εσόδων μέσω της φορολογικής πολιτικής, η εξέλιξη των ασφαλιστικών εισφορών και η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών. Επίσης, προκύπτουν δευτερογενείς επιδράσεις και από την εφαρμοζόμενη πολιτική απασχόλησης και εργασιακών σχέσεων.

Πρώτιστο μέλημα των επιχειρούμενων παρεμβάσεων είναι ο περιορισμός των δημόσιων ελλειμμάτων. Συνεπώς, τους κατευθυντήριους άξονες της όλης δραστηριότητας αποτελούν οι

στόχοι που έχουν τεθεί στα Μνημόνια Συνεννόησης σχετικά με τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών υγείας. Σύμφωνα, λοιπόν, με τα Μνημόνια Συνεννόησης, μέχρι το 2012, η δημόσια δαπάνη για την υγεία δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 6% του ΑΕΠ και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 1% του ΑΕΠ. Κατά τη διετία 2011-2012 θα πρέπει να επιτευχθεί μείωση των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών κατά 2 δισ. ευρώ σε σχέση με τα επίπεδα του 2010, εκ των οποίων, το 1 δισ. θα πρέπει να έχει εξοικονομηθεί μέχρι το τέλος του 2011, ενώ η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη δεν θα πρέπει να υπερβεί τα 2.88 δισ. ευρώ το 2012. Από την αγορά ιατρικών υπηρεσιών και υλικών προβλέπεται η μείωση των δαπανών κατά τουλάχιστον 25% στο τέλος του 2011 σε σύγκριση με το 2010. Ένας ακόμα στόχος είναι να μειωθεί το κόστος των νοσοκομείων τουλάχιστον κατά 10% το 2011 και κατά 5% το 2012 πλέον του προηγούμενου έτους. Στα επιπρόσθετα μέτρα για το 2011 και τη μεσοπρόθεσμη δημοσιονομική στρατηγική μέχρι το 2015, περιλαμβάνονται και περικοπές στις φαρμακευτικές δαπάνες και τις δαπάνες υγείας κατά τουλάχιστον 310 εκατ. ευρώ το 2011 και επιπλέον 697 εκατ. ευρώ το 2012, 349 εκατ. ευρώ το 2013, 303 εκατ. ευρώ το 2014 και 463 εκατ. ευρώ το 2015.

Μια νέα δέσμη επιβαρύνσεων προβλέπεται στο Τρίτο Μνημόνιο όπου προσδιορίζονται υψηλότερες συμμετοχές για τις ενδονοσοκομειακές νοσηλείες (25 ευρώ) και για κάθε συνταγή (1 ευρώ) ώστε να εξοικονομηθούν 115 εκατομμύρια ευρώ το 2014, για ιατρικές υπηρεσίες παρεχόμενες από ιδιώτες συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιατρούς κατά τουλάχιστο 30% και επιπλέον αναθεώρηση της δομής συμμετοχής των ασθενών για φάρμακα προκειμένου να εξαιρεθεί συμμετοχής μόνο ένας περιορισμένος αριθμός φαρμάκων που σχετίζονται με συγκεκριμένες θεραπευτικές αγωγές.

Τέλος, δεν θα πρέπει να παραβλεφθούν οι παράπλευρες συνέπειες που προκύπτουν για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας από την πολιτική που εφαρμόζεται στους τομείς της απασχόλησης και των εργασιακών σχέσεων. Η εκτίναξη της ανεργίας στο 27% του παραγωγικού δυναμικού, η απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων και η ευελιξία, καθώς και η μείωση των μισθών, περιορίζουν τα έσοδα από τις ασφαλιστικές εισφορές. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη μείωση της κρατικής επιχορήγησης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) στο 0,4% του ΑΕΠ, έναντι του αρχικού προβλεπόμενου ποσοστού (0,6%), δυσχεραίνει την οικονομική βιωσιμότητα του ενιαίου ταμείου υγείας και καθιστά αναγκαίο τον επανασχεδιασμό της ακολουθούμενης πολιτικής.

Μια δεύτερη δέσμη μέτρων που υιοθετήθηκαν και αναιρούν επίσης έναν βασικό στόχο των εθνικών συστημάτων υγείας, είναι αυτά που περιορίζουν την έκταση της ασφαλιστικής

κάλυψης του πληθυσμού. Η θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ συνοδεύτηκε με τέτοιου είδους παρεμβάσεις, καθώς ο αρχικός Κανονισμός Παροχών του οργανισμού (**ΦΕΚ 2456/Β'/3-11-2011**) τροποποιήθηκε δύο φορές (**ΦΕΚ 1233/Β'/11-4-2012** και **ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012**) και οδήγησε πρώτον, στην εισαγωγή εισοδηματικών κριτηρίων για τη δωρεάν χορήγηση υγειονομικού υλικού σε τετραπληγικούς, παραπληγικούς, νεφροπαθείς, μεταμοσχευμένους, οροθετικούς, δεύτερον, σε περιορισμό των δικαιολογούμενων φυσικοθεραπειών, λογοθεραπειών, εργοθεραπειών, αεροθεραπειών, λουτροθεραπειών και τρίτον, στη μη κάλυψη ορισμένων ακριβών εξετάσεων όπως για παράδειγμα PCR και για θρομβοφιλία. Σε αυτά θα πρέπει να προστεθεί η πρόβλεψη του Γ' Μνημονίου ότι προκειμένου να βελτιωθεί η τρέχουσα οικονομική κατάσταση του ΕΟΠΥΥ, θα υιοθετηθεί νομοθεσία με άμεση εφαρμογή για να περιοριστεί το πακέτο παροχών με αφαίρεση επιλεγμένων υπηρεσιών, καθιέρωση ανωτάτων ορίων χρήσης και μείωση των ποσοστών κάλυψης, προκειμένου να εξοικονομηθούν 180 εκατομμύρια ευρώ το 2013.

## 4.2 Θεσμικό πλαίσιο και εφαρμογή

Έτσι, από το 2010 και μετά γίνεται μια τεράστια προσπάθεια εξυγίανσης, μιμούμενοι και αποσπασματικά διάφορα συστήματα υγείας, χρησιμοποιώντας εργαλεία που έχουν από την εφαρμογή τους αποδειχτεί πετυχημένα. Στο εν λόγω διάστημα, υπό τη πίεση της Τρόικα, γίνονται πέντε μεγάλες νομοθετικές παρεμβάσεις.

### 4.2.1 Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ

Το 2011, δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ [15] (**Ν.3918/2011**) που προκύπτει από τη συνένωση, καταρχήν, επτά μεγάλων ασφαλιστικών Ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, Οίκος Ναύτου) για να προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας σε περισσότερους από εννέα εκατομμύρια πολίτες. Ο ΕΟΠΥΥ προσφέρει παροχές σε είδος και παροχές σε χρήμα. Την ίδια περίοδο απορροφά τις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ, και έτσι, λειτουργεί ταυτόχρονα και ως πάροχος και ως αγοραστής Υπηρεσιών Υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ έχει και δικούς τους ιατρούς (που εργάζονταν στις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ), αλλά δικτυώνεται και με ιατρούς που αμείβονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη. Ο ΕΟΠΥΥ αν και αποτελεί ένα φιλόδοξο τόλμημα που αποσκοπεί στην ενιαία παροχή υπηρεσιών υγείας,

εντούτοις συστάθηκε πρόχειρα χωρίς καμία σοβαρή αναλογιστική μελέτη για τη βιωσιμότητά του. Χωρίς να έχει προβλεφθεί η ανάλογη χρηματοδότηση, καλείται να καλύψει τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών Ταμείων στο χώρο της Υγείας, καθιστώντας τον προϋπολογισμό του ανεπαρκή για τις υποχρεώσεις που έχει. Το δεύτερο επιβαρυντικό στοιχείο της βιωσιμότητάς του είναι ότι δεν έχει καμία εικόνα για τα έσοδά του (δηλαδή τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών) καθώς αυτές πιστοποιούνται και εισπράττονται από τα ασφαλιστικά Ταμεία, τα οποία εν συνεχεία του μεταφέρουν σε μεταγενέστερο χρόνο το ποσό που αναλογεί στις εισφορές στον κλάδο της υγείας.

## 4.2.2 Αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ

Ύστερα και από απαίτηση της Τρόικα, με τον **N.4238/2014** αλλάζει η φυσιογνωμία και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ο οποίος παραμένει μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η αλλαγή αυτή σηματοδοτεί και αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας αναβαθμίζεται, διεκδικώντας να υποκαταστήσει σε αρκετές περιπτώσεις το δημόσιο τομέα. Κατά ορισμένους ερευνητές η αλλαγή της φυσιογνωμίας του ΕΟΠΥΥ σηματοδοτεί μία προσπάθεια ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η αλλαγή της φυσιογνωμίας του μόνο σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί στο:

1. να υπάρχει η συγκέντρωση των πόρων σε ένα μόνο φορέα
2. να γίνει καλύτερη και ορθολογικότερη διαχείριση των χρημάτων/δαπανών
3. και να επιτευχθεί αύξηση των χρηματοδοτικών πόρων

Γενικά ο στόχος του ΕΟΠΥΥ είναι ο έλεγχος των δαπανών υγείας και η ορθολογικότερη κατανομή τους.

## 4.2.3 Περιορισμός δαπανών

Μέτρα που συμβάλλουν στον περιορισμό των δαπανών του συστήματος υγείας είναι η θεσμοθέτηση των ΚΕΝ (**ΦΕΚ 1702/Β/2011**) που αποτελεί ένα νέο τρόπο αποζημίωσης των νοσηλίων των δημόσιων νοσοκομείων, η ανάπτυξη ενός συστήματος προμηθειών υγείας

(**N.3918/2011**), και η ανάπτυξη του πληροφοριακού συστήματος του ΕΟΠΥΥ συνδέοντάς τον με τους παρόχους υγείας μέσω των εφαρμογών e-ΔΑΠΥ και e-prescription, και παρέχοντας ηλεκτρονικές υπηρεσίες στους πολίτες.

Ένα σημαντικό στοιχείο στον έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών είναι η **ηλεκτρονική συνταγογράφηση**. Η έλλειψη ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών στην πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα οδήγησε σε ανακολουθίες και στην ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών για την υγεία και τα φάρμακα. Δεν υπήρξε κανένας τυχαίος, έστω και χειροκίνητος, έλεγχος των συνταγών, ούτε ηλεκτρονικός έλεγχος, ούτε ηλεκτρονική συνταγογράφηση στο πλαίσιο της ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) ήταν το πρώτο ασφαλιστικό ταμείο που ξεκίνησε ένα μηχανισμό παρακολούθησης. Τα αποτελέσματα ήταν πολύ εντυπωσιακά καθώς ο ΟΑΕΕ κατόρθωσε να μειώσει τις δαπάνες για φάρμακα κατά 50% ως αποτέλεσμα της εισαγωγής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης [24]. Συγκεκριμένα, η συνολική μηνιαία δαπάνη για φάρμακα μειώθηκε από 25 εκατομμύρια ευρώ πριν από την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε 13 εκατομμύρια ευρώ μετά την εφαρμογή της. Επιπλέον, όσον αφορά τον αριθμό των μηνιαίων συνταγών, σημειώθηκε απότομη πτώση, από 300.000 σε 200.000 ευρώ, ενώ το κόστος της μέσης συνταγής μειώθηκε από €80 σε €48.

Το ελληνικό σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με δραστική ουσία (International Nonproprietary Name – INN), εισήχθη το 2010 ως υποχρεωτική μνημονιακή απαίτηση και ενισχύθηκε νομικά με την ψήφιση του νόμου **N.3892/2010**. Δημιουργήθηκε ψηφιακή πλατφόρμα στο Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων με σκοπό τη σύνδεση και την αλληλεπίδραση όλων των Ελληνικών Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης. Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καλύπτει ένα δίκτυο 11.900 φαρμακείων και 43.000 γιατρών που προσφέρουν υπηρεσίες σε 10 εκατομμύρια Έλληνες και υποστηρίζει τη διαχείριση και παρακολούθηση συνταγογράφησης φαρμάκων, επισκέψεις σε γιατρούς, παραπομπές σε εργαστηριακές εξετάσεις και ηλεκτρονικές ιατρικές πράξεις. Έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τον σχεδιασμό, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, και την ουσιαστική περιστολή των φαρμακευτικών δαπανών και την υπερβολική χρήση των υπηρεσιών. Η απλότητα του συστήματος προσφέρει μεγάλα οφέλη τόσο στη ζήτηση (ασθενείς) όσο και στην πλευρά της προσφοράς (γιατροί, φαρμακοποιοί, φαρμακευτικές εταιρείες). Βελτιώνει σημαντικά τη διαφάνεια και καταπολεμά τη διαφθορά και τη γραφειοκρατία. Αξίζει να σημειωθεί ότι πριν από την καθιέρωση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπήρχαν πολλές περιπτώσεις απάτης και πολυφαρμακίας.



Υπήρξαν υποθέσεις όπου οι γιατροί συνταγογραφούσαν 10 συνταγές μηνιαίως για τον ίδιο ασθενή με 20 διαφορετικά φάρμακα. Υπήρχαν επίσης ασθενείς με χρόνιες ασθένειες που κατανάλωναν περισσότερα από 15 διαφορετικά φάρμακα ανά μήνα. Σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, περίπου το 50% του συνολικού κόστους των ηλεκτρονικά συνταγογραφούμενων φαρμάκων χορηγήθηκε σε 87 εμπορικά φάρμακα (150 ενώσεις) και μέχρι και 80% του συνολικού προϋπολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης αφορούσε 319 εμπορικά φάρμακα (555 ενώσεις) [24]. Επί του παρόντος, το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καλύπτει το 99% του ελληνικού πληθυσμού (Πίνακας 2) και έχει επιτύχει, μαζί με τα υπόλοιπα εφαρμοζόμενα μέτρα, σημαντική μείωση των φαρμακευτικών δαπανών από 4,5 δισεκατομμύρια ευρώ το 2010 σε 2,0 δισεκατομμύρια ευρώ το 2016.

Πίνακας 2 Η εξέλιξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα

	Σεπτέμβριος 2015		Σεπτέμβριος 2016		Ιούλιος 2016		Αύγουστος 2016	
	Αριθμός συνταγογραφήσεων	%	Αριθμός συνταγογραφήσεων	%	Αριθμός συνταγογραφήσεων	%	Αριθμός συνταγογραφήσεων	%
Χειρόγραφες	53747	0.95	34039	0.55	37078	0.61	40470	0.70
Ηλεκτρονικές	5632142	99.05	6158999	99.45	6087991	99.39	5722090	99.30
Σύνολο	5685889	100	6193038	100	6125069	100	5762560	100

Την περίοδο 2013-2014, τα πιο ενδεικτικά αποτελέσματα περιορισμού του κόστους, λόγω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, παρατηρούνται στην Αττική (μείωση κατά -13,9%), όπου βρίσκεται η πλειοψηφία του ελληνικού πληθυσμού [24]. Η Ήπειρος φαίνεται να βρίσκεται στο χαμηλότερο μέρος της διανομής με αντίστοιχη μείωση του μέσου κατά κεφαλήν φαρμακευτικών δαπανών κατά -9,3% [24].

#### 4.2.4 Αύξηση εσόδων

Μέτρα που συμβάλλουν στην αύξηση των εσόδων αποτελούν η θεσμοθέτηση της Επανάκτησης – clawback (ΦΕΚ 1789/β/2013) και η θεσμοθέτηση της Έκπτωσης – rebate (ΦΕΚ 2511/β/2013). Το **Clawback** είναι μια μέθοδος που εισήγαγε το μνημόνιο συνεργασίας μεταξύ της ελληνικής κυβέρνησης και των ευρωπαϊκών θεσμικών οργάνων για τον έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών. Σύμφωνα με τη φιλοσοφία Clawback, ο προϋπολογισμός για τα φαρμακευτικά έξοδα για όλους τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης δεν μπορεί να υπερβεί ένα ορισμένο ποσό φαρμακευτικών δαπανών. Η



θεσμοθέτηση της Έκπτωσης – **rebate** καθορίζει την υποχρεωτική έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών, καθώς επίσης και την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Στα πλαίσια του υπό έγκριση τρίτου μνημονίου δρομολογείται η αύξηση της ασφαλιστικής εισφοράς στον κλάδο υγείας.

Στην περίπτωση του έτους 2012, όταν εισήχθησαν αυτές οι πολιτικές επιστροφής κεφαλαίων, τα ανώτατα έξοδα σε ευρώ, συμπεριλαμβανομένου του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ) για το 2012, ανήλθαν σε 2.880 εκατομμύρια ευρώ (Πίνακας 3). Το ποσό αυτό κατανέμεται αναλογικά σε κάθε υπηρεσία κοινωνικής ασφάλισης, σύμφωνα με τον εγκεκριμένο προϋπολογισμό του. Η μηνιαία δαπάνη κάθε οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης δεν μπορεί να υπερβαίνει το 1/12 του ποσού που εγγράφεται στον ετήσιο προϋπολογισμό. Οποιοδήποτε υπερβάλλον ποσό υπολογίζεται σε εξαμηνιαία βάση. Σε περίπτωση που στο τέλος κάθε εξάμηνης περιόδου οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες έχουν υπερβεί το προκαθορισμένο ποσό, το υπόλοιπο καταβάλλεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στην κυβέρνηση βάσει του ειδικού λογαριασμού που προτείνεται από κάθε Οργανισμό. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΠΥΥ, ο μέσος ρυθμός ανάρτησης των επιστροφών ανέρχεται στο 18,22% [24]. Συγκεκριμένα, το χαμηλότερο ποσοστό επιστροφής 10%-15% καταβάλλεται από 18 εταιρείες, το μέσο ποσοστό 16%-20% καταβάλλεται από 147 εταιρείες και το υπόλοιπο 21%-28% καταβάλλεται από 45 εταιρείες. Με βάση τα στοιχεία ΕΟΠΥΥ, οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν καταβάλει το 97% του συνολικού ποσού επιστροφής για τα έτη 2012 και 2013, περίπου 92% για το έτος 2014, και 85% για το έτος 2015. Σχεδόν όλες οι φαρμακευτικές εταιρείες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα συνεπείς στην αποπληρωμή τους προς τον ΕΟΠΥΥ. Όπως προτάθηκε πρόσφατα από την ΕΟΠΥΥ, τα διαφορετικά ποσοστά επιστροφής θα ενσωματωθούν σε έναν ενιαίο τύπο υπολογισμού και ορισμένες πιθανές μειώσεις αναμένεται να εισαχθούν το έτος 2017 και θα ανέλθουν σε 130 εκατ. Ευρώ για τα φάρμακα των εξωτερικών ασθενών. Το επίκεντρο της πολιτικής θα είναι ο έλεγχος του όγκου των συνταγών και η ενίσχυση του ρόλου των διαπραγματευτικών επιτροπών.

**Πίνακας 3 Επιστροφές και εκπτώσεις που πληρώθηκαν από τις φαρμακευτικές εταιρείες και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (σε εκατ. Ευρώ) την περίοδο 2012-2014**

Έτος	Επιστροφή (Clawback) [Εκατ. €]	Έκπτωση (Rebate) [Εκατ. €]	Σύνολο [Εκατ. €]	Φαρμακευτική δαπάνη [Εκατ. €]	Ποσοστό συμμετοχής της βιομηχανίας στην φαρμακευτική δαπάνη [%]
------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------------	----------------------------------	--



2012	78	193	271	2880	9,4
2013	153	177	330	2371	13,9
2014	204	226	430	2000	21,5

#### 4.2.5 Αύξηση της πρόσβασης των πολιτών και βελτίωση της 7προσβασιμότητας

Μέτρα για την αύξηση της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν η θεσμοθέτηση του HealthVoucher (το οποίο χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ και παρέχει δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρώην ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ με ετήσιο εισόδημα μικρότερο των 15000 ευρώ) και της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής κάλυψης των ανασφάλιστων (**ΦΕΚ 1465/2014** και **ΦΕΚ 1753/2014**). Το 2016, θεσπίζεται η λίστα χειρουργείων (**ΦΕΚ 4316/β/2016**) με στόχο την διαφάνεια στην σειρά προτεραιότητας στα χειρουργεία, την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών, και την καταπολέμηση της διαφθοράς.

Τα τελευταία χρόνια πριν από την κορύφωση της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε μια κατακόρυφη αύξηση στη ζήτηση ακριβών φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα. Το 2012 η χώρα έφτασε στην τρίτη υψηλότερη θέση κατανάλωσης σε χρηματική αξία συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων στην Ευρώπη μετά από την Ελβετία και τη Γαλλία [25].

Παρ' όλο που η χρήση των γενοσήμων φαρμάκων είναι αρκετά διαδεδομένη σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η διείσδυσή τους στην Ελληνική αγορά παρέμενε ιδιαίτερα χαμηλή μέχρι και πρόσφατα [25]. Το 2010, η διείσδυση σε όγκο στην τοπική αγορά ήταν 26%, το οποίο όμως είναι πολύ χαμηλό σε σχέση με άλλες χώρες τις Ευρωζώνης όπως η Ολλανδία (56%), το Ηνωμένο Βασίλειο (60%), και η Γερμανία (65%).

Προκειμένου να επιτευχθούν σημαντική χρηματοοικονομικοί στόχοι εξοικονόμησης στον τομέα της υγείας το δημοσιονομικό πρόγραμμα προσαρμογής έθεσε μια σειρά από στόχους που αφορούσαν στην αύξηση της κατανάλωσης των γενοσήμων φαρμάκων [26]. Οι δύο πιο ενδεικτικοί στόχοι για αυτή την μελέτη είναι οι εξής:

- Τουλάχιστον το 50% του όγκου των φαρμακευτικών προϊόντων που χρησιμοποιούνταν στα δημόσια νοσοκομεία θα πρέπει να αποτελούνται από γενόσημα φάρμακα.

- Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση των φθηνότερων γενοσήμων είναι πλέον υποχρεωτική, εφόσον αυτά είναι διαθέσιμα στο εμπόριο.

Οι μελέτες στην σχετική βιβλιογραφία δείχνουν ότι η συνταγογράφηση των επώνυμων φαρμάκων και των φαρμάκων που δεν προστατεύονται από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας κυριαρχεί στη φαρμακευτική αγορά της Ελλάδας [27]. Την περίοδο 2013-2014 η συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων φαίνεται να αυξάνεται για τις καρδιαγγειακές παθήσεις κατά 2,2% και για την κατάθλιψη κατά 5,35%. Ο αριθμός των συνταγών καθώς και το αντίστοιχο ποσοστό κατανάλωσης φαρμάκων κατά τη διάρκεια αυτών των ετών δεν έχει αλλάξει, ενώ υπήρξε μείωση δαπανών.

Γενικά, οι Έλληνες καταναλωτές έχουν πολλές επιφυλάξεις σχετικά με την χρήση των γενόσημων. Ο σημαντικότερος λόγος διεΐσδυσή τους είναι το χαμηλότερο οικονομικό κόστος [28]. Οι φαρμακευτικές δαπάνες μειώνονται κυρίως λόγω της αύξησης της συμμετοχής σε φάρμακα επώνυμων φαρμάκων και μη λήψης φαρμάκων από οικονομικά αδύναμους ασθενείς, αν και η χρήση γενόσημων φαρμάκων μειώνει αποτελεσματικά τις δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες [27]. Η οικονομική κρίση επηρέασε τις φαρμακευτικές δαπάνες κυρίως με τη μείωση των τιμών και λιγότερο με τη μείωση της κατανάλωσης.

### 4.3 Συνέπειες και αποτελέσματα

Όλες αυτές οι νομοθετικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας την περίοδο των μνημονίων, αποσκοπούν στην βελτίωση των δημοσιονομικών του συστήματος υγείας. Τα μέτρα στοχεύουν τόσο στον εξορθολογισμό και περιορισμό των δαπανών και στην αύξηση των εσόδων, όσο και στη βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας και ειδικά των πλέον ευαίσθητων ομάδων. Η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ, από πάροχο και αγοραστή μόνο σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας, εντάσσεται μέσα σε αυτό το πλαίσιο έχοντας και μία ιδεολογική απόχρωση περί δημιουργίας συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων (δημοσίου και ιδιωτικού τομέα). Ενώ η μείωση των δαπανών είναι εφικτή σε μεγάλο βαθμό αφού υπόκειται στην πολιτική βούληση να γίνει, η αύξηση των εσόδων εξαρτάται από πολλούς μη ελέγξιμους παράγοντες όπως είναι ο αριθμός των ανασφάλιστων, η μείωση του ακαθάριστου εθνικού εισοδήματος, κ.α.

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η βιωσιμότητα ενός οργανισμού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το αν έχει έσοδα τα οποία μπορεί και ελέγχει. Εδώ όμως δεν έχει θεσμοθετηθεί η

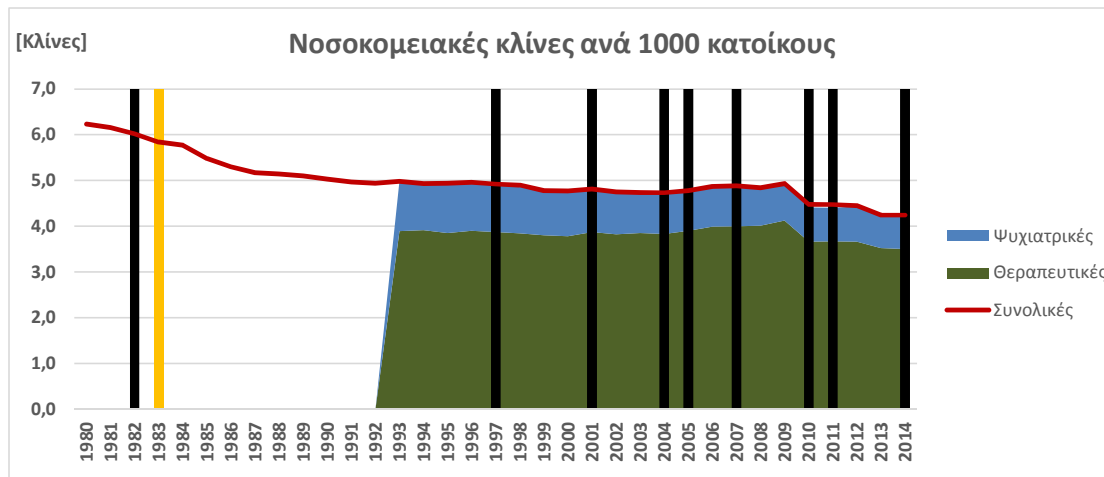
άμεση καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών για την υγεία στον ΕΟΠΥΥ, και όχι στα ασφαλιστικά Ταμεία όπως γίνεται μέχρι σήμερα. Έτσι ότι δεν μπορεί να υπάρχει σχέδιο βιωσιμότητας του ΕΟΠΥΥ χωρίς να γνωρίζει:

- ποια είναι τα έσοδά του
- και πότε θα τα εισπράττει

Η άρνηση της πολιτικής εξουσίας να μεταφέρει τις ασφαλιστικές εισφορές στον ΕΟΠΥΥ δείχνει ότι εξυπηρετούνται άλλα συμφέροντα σε βάρος του χώρου της υγείας [16].

Όπως διαφαίνεται από το Διάγραμμα 11, οι παραπάνω πολιτικές είχαν ως αποτέλεσμα την μείωση των δαπανών υγείας την περίοδο 2009-2015. Ο μεγαλύτερος ρυθμός μείωσης των κρατικών δαπανών σημειώνεται την τριετία 2010-2012. Δραστική περικοπή δαπανών παρατηρείται με τις νομοθετικές πρωτοβουλίες του 2010 (ηλεκτρονική καταχώρηση ιατρικών συνταγών και εξετάσεων, συνταξιοδοτικό, ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων) και του 2011 (δημιουργία ΕΟΠΥΥ, ρυθμίσεις στον χώρο του φαρμάκου), οι οποίες προκαλούν 13% και 8% μείωση αντίστοιχα. Η φαρμακευτική δαπάνη μένει σταθερή στο ξεκίνημα της κρίσης, για να αρχίσει να μειώνεται σταδιακά, μετά τις νομοθετικές παρεμβάσεις του 2011-2013 (ΕΟΠΥΥ, ΚΕΝ, clawback, rebate) για να φτάσει σε 630 ΙΑΔ κατά κεφαλήν το 2014. Η συμμετοχή του πολίτη μειώθηκε αρχικά την περίοδο 2008-2012. Εν συνεχεία αυξάνεται προοδευτικά μέχρι το 2014 σε 785 ΙΑΔ κατά κεφαλήν, ως μέτρο περιορισμού της υπερσυνταγογράφησης και της προκλητής ζήτησης.

Σημαντική είναι επίσης η μείωση των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών. Το Διάγραμμα 13 παρουσιάζει τις διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες (θεραπευτικές, ψυχιατρικές, γενικό σύνολο) ανά 1000 κατοίκους. Ενώ παρέμεναν σε σταθερά επίπεδα με μικρές διακυμάνσεις από την δεκαετία του '90 μέχρι και το 2009, με την εφαρμογή των μνημονίων επέρχεται σταδιακή μείωση μέχρι 16% το 2014 (όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία). Καθοριστικές θεωρούνται οι νομοθετικές παρεμβάσεις για συγχώνευση κλινικών, καθώς και η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων το 2010. Επιβαρυντικός παράγοντας αποτελεί επίσης και η νοσοκομειακή κάλυψη των ανασφάλιστων που ακολούθησε μετέπειτα το 2014, λόγω των πολύ υψηλών ποσοστών ανεργίας.



**Διάγραμμα 13** Οι διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους. Οι κάθετες γραμμές αναφέρονται σε θεσμικές ρυθμίσεις στον χώρο της υγείας (Πίνακας 5).

Παρόλη την μεγάλη αυτή μείωση των συνολικών δαπανών στον τομέα της υγείας και των διαθέσιμων κλινών δεν φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά η θνησιμότητα του πληθυσμού. Το προσδόκιμο ζωής εξακολουθεί να αυξάνεται, με μία μικρή κάμψη το 2012 (Διάγραμμα 12).

## 5. ΚΕΝ

Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται οι επιδράσεις από την εφαρμογή των ΚΕΝ στα νοσοκομεία ([6], [17]), όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας και η απόδοση ανά διαθέσιμη κλίνη. Αναλυτικότερη μελέτη εξετάζει την εφαρμογή των ΚΕΝ για επιμέρους κλινικές και κατηγορίες ασθενειών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης.

### 5.1 Ιστορική εξέλιξη των ΚΕΝ

Το σύστημα των διαγνωστικών ομοιογενών κατηγοριών (Diagnostic Related Groups – GRGs), η αλλιώς ΚΕΝ, αναπτύχθηκε από τον Καθηγητή Robert Fetter και τους συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο Yale ΗΠΑ κατά τη δεκαετία του 1970, ως ένα καινοτόμο διαχειριστικό εργαλείο που θα μπορούσε να βελτιώσει τον έλεγχο του κόστους στα νοσοκομεία.

Τα ΚΕΝ, αποτελούν μια διεθνώς αναγνωρισμένη μέθοδο χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας. Για πρώτη φορά εφαρμόστηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1983. Την ίδια χρονολογία, το Κογκρέσο τροποποίησε το νόμο περί κοινωνικής ασφάλισης για να συμπεριλάβει ένα νέο σύστημα πληρωμής των νοσοκομείων (Prospective Payment System), βασιζόμενο στην κατάταξη των ασθενών σύμφωνα με τα ΚΕΝ και έκτοτε η εφαρμογή τους έχει επεκταθεί στα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών.

Η Αυστραλία ήταν μία από τις πρώτες χώρες που ακολούθησε το παράδειγμα των ΗΠΑ και υιοθέτησε στο δικό της σύστημα υγείας συγκεκριμένες κατηγορίες ΚΕΝ. Ακολούθησαν οι Σκανδιναβικές χώρες (Νορβηγία, Σουηδία, Φινλανδία κ.ά.), η Γερμανία, η Ιταλία και πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Τα ΚΕΝ έχουν χρησιμοποιηθεί από το 1983 για να καθορίσουν πόσες ιατρικές πράξεις (medicare) πληρώνει το νοσοκομείο, δεδομένου ότι οι ασθενείς μέσα σε κάθε κατηγορία είναι παρόμοιοι κλινικά και αναμένεται να χρησιμοποιήσουν το ίδιο επίπεδο νοσοκομειακών πόρων. Τα ΚΕΝ είναι μια νέα μεθοδολογία για την ταξινόμηση του πλήθους των υπηρεσιών που προσφέρονται στα σύγχρονα νοσοκομεία με βάση τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, τη διάγνωση, τις επιπλοκές, τις συνυπάρχουσες παθήσεις, την ηλικία και το φύλο, οι νοσηλευόμενοι κατατάσσονται τελικά σε λίγες εκατοντάδες Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες.

Η λογική της εφαρμογής τους στον χώρο της Υγείας, συνιστά μια οργανωμένη διαδικασία ομογενοποιημένης κοστολόγησης, τιμολόγησης και διαχείρισης νοσηλείων. Θα πρέπει ένας ασθενής με συγκεκριμένη πάθηση, είτε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο της Αθήνας, είτε σε Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, είτε της Καβάλας, είτε του Ηρακλείου, να έχει για το σύστημα, το ίδιο κόστος νοσηλείας από την στιγμή που το κόστος εργασίας και προμηθευομένων υλικών και σκευασμάτων είναι το ίδιο. Απαραίτητη προϋπόθεση λοιπόν της ορθής εφαρμογής των KEN, είναι ότι έχει προηγηθεί αναδιοργάνωση όλων των υποδομών έτσι ώστε να ικανοποιείται η συνθήκη του ομογενοποιημένου κόστους. Όπως επίσης και η αντίστοιχη μελέτη, ώστε να προσδιοριστεί ορθά η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) ανά κατηγορία ασθένειας. Τα KEN επιχειρούν την συγκρότηση μιας ελληνικής εκδοχής των DRGs (GR-DRGs), δηλαδή την δημιουργία Ελληνικού καταλόγου μέσω της κατάλληλης μετάφρασης της τελευταίας έκδοσης των DRGs από χώρα μέλους του ΟΟΣΑ, ώστε να εισάγουν ένα σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας που ταιριάζει στα Ελληνικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Το προτεινόμενο εγχείρημα βασίζεται στην αυστραλιανή εκδοχή των DRGs τα οποία στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν ευρύτερη αποδοχή και εφαρμόζονται σε δεκάδες χώρες μετά από τις κατάλληλες προσαρμογές.

Στην Ελλάδα εισήχθηκε για πρώτη φορά στα τέλη του 2011, ως κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN), ως επιβεβλημένη ανάγκη και εφαρμόζεται μέχρι σήμερα με κύριο σκοπό τον περιορισμό του νοσοκομειακού κόστους.

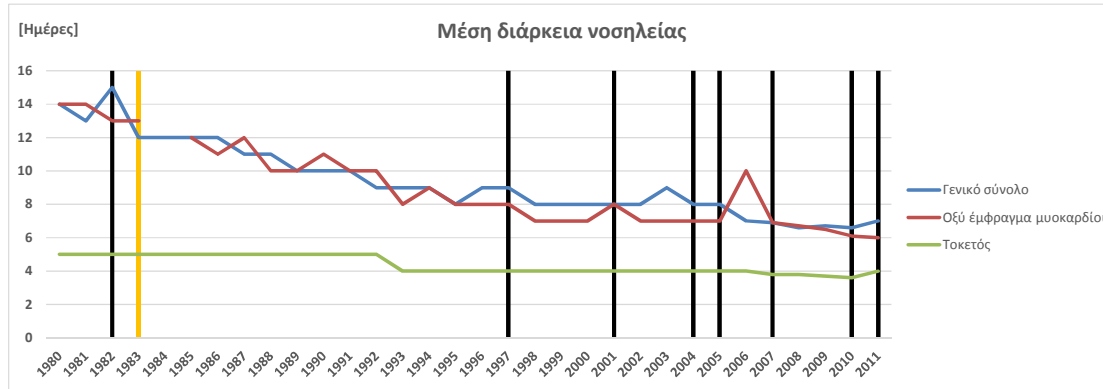
## **5.2 Τα αποτελέσματα της εφαρμογής των KEN στην Ελλάδα**

Το Διάγραμμα 14 παρουσιάζει την μέση διάρκεια νοσηλείας την περίοδο 1980-2011 για το γενικό σύνολο των ασθενειών, καθώς και δύο ενδεικτικές περιπτώσεις: το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και τον τοκετό. Η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώνεται από την δεκαετία του '80 με σημαντικές αυξομειώσεις, για να σταθεροποιηθεί σε ιστορικά χαμηλά επίπεδα από το 2006 και έπειτα, σε περίπου 6.8 ημέρες νοσηλείας κατά μέσο όρο στο γενικό σύνολο.

Η εφαρμογή των KEN στην Ελλάδα το 2011 έχει ως αποτέλεσμα μία μικρή αύξηση των ημερών νοσηλείας με την αρχική είσοδο του νέου συστήματος στα νοσοκομεία, μέχρις ότου να εξοικειωθούν οι εμπλεκόμενες υπηρεσίες με τον νέο τρόπο λειτουργίας. Όπως



περιγράφεται στο επόμενο υπό-κεφάλαιο για την εφαρμογή των ΚΕΝ στο ΠΑ.Γ.Ν.Η., οι ημέρες νοσηλείας μειώνονται ελαφρά και σταθεροποιούνται στην πορεία, μέχρι και το 2016.



Διάγραμμα 14 Η μέση διάρκεια νοσηλείας. Οι κάθετες γραμμές αναφέρονται σε θεσμικές ρυθμίσεις στον χώρο της υγείας (Πίνακας 5).

### 5.3 Η μελέτη περίπτωσης του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Προκειμένου να ερευνηθεί η επίδραση που είχε η νομοθετική πρωτοβουλία των ΚΕΝ, εξετάζεται η εφαρμογή τους στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης. Η μελέτη περιλαμβάνει την περίοδο 2011-2016. Τα ΚΕΝ εφαρμόστηκαν σε συνολικά 6 τομείς, με τους μεγάλους τομείς να περιλαμβάνουν αρκετές κλινικές/μονάδες:

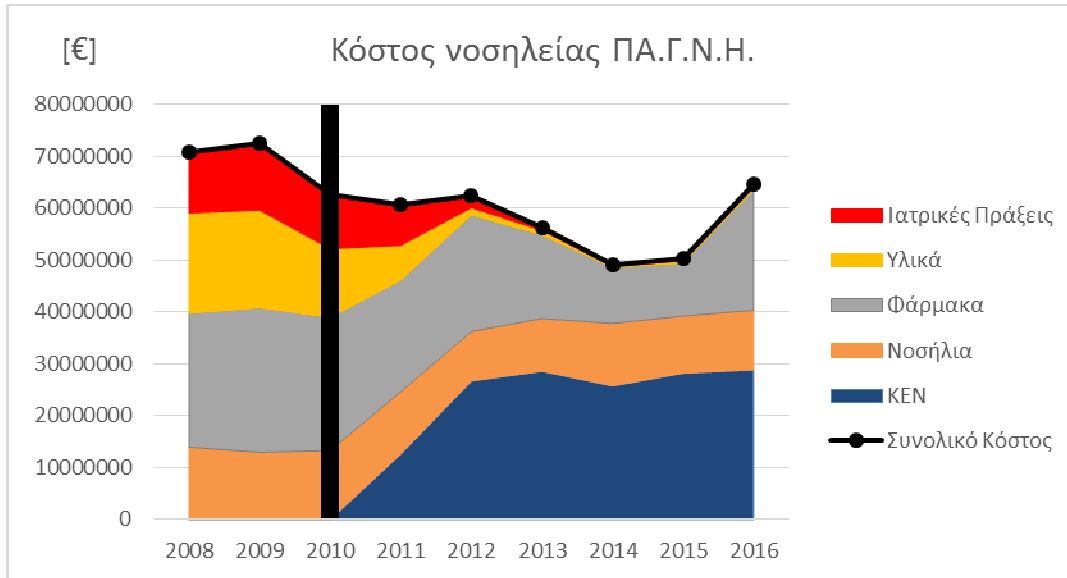
- 1. Παθολογικός τομέας:** αιματολογίας, γαστρεντερολογικής, γενικής παθολογίας, παιδιατρικής, δερματολογίας, ενδοκρινολογίας, καρδιολογίας, νευρολογίας, κλινικής ογκολογίας, παιδοαιματολογίας/ογκολογίας, πνευμονολογίας, και ρευματολογίας.
- 2. Χειρουργικός τομέας:** αγγειοχειρουργικής/καρδιοχειρουργικής, γενικής χειρουργικής, γναθοχειρουργικής, γυναικολογίας, μαιευτικής, νευροχειρουργικής, οδοντιατρικής, ορθοπαιδικής/τραυματολογίας, ουρολογίας, οφθαλμολογίας, χειρουργικής ογκολογίας, παιδοχειρουργικής, και ωτορινολαρυγγολογίας.
- 3. Ψυχιατρική κλινική:** ψυχιατρικής/μονάδας οξέων, και ξενώνας βραχείας παραμονής
- 4. Ειδικές νομάδες νοσηλείας:** μονάδα ημερήσιας νοσηλείας (χημειοθεραπείας), ΜΕΘ, ΜΕΘ παιδιών, Μονάδα νεογνών, ΜΕΠΚ, Ενδοκοιλιακή βραχυθεραπεία, πυρηνική μονάδα ιωδίου, και μονάδα περιτοναϊκής κάθαρσης.

5. Μονάδα βραχείας νοσηλείας
6. Μονάδα τεχνητού νεφρού

Το Διάγραμμα 15 απεικονίζει τα κόστη νοσηλείας στο νοσοκομείο από το 2008 μέχρι τα τέλη του 2010, όπου ξεκίνησε πιλοτικά η εφαρμογή των ΚΕΝ, και συνεχίζει με την υπό εξέταση περίοδο 2011-2016 όπου γίνεται εκτενής χρήση της νέας πολιτικής. Αρχικά, το μεγαλύτερο μέρος του κόστους δαπανάτε στα φάρμακα και τα υλικά, ακολουθούμενα από τα νοσήλια και τις ιατρικές πράξεις. Έπειτα, τα ΚΕΝ απορροφούν τον κύριο όγκο των ιατρικών πράξεων και των υλικών, καθώς και ένα ποσοστό από τα νοσήλια και τα φάρμακα. Ωστόσο, παρά την πλήρη εφαρμογή και υποστήριξή τους, τα ΚΕΝ αποτελούν μόλις το 50% κατά μέσο όρο της συνολικής δαπάνης, ενώ παραμένει υψηλό το κόστος των εκτός ΚΕΝ φαρμάκων και νοσηλίων.

Αυτό το γεγονός οφείλεται κυρίως σε 3 παράγοντες: i) λανθασμένο υπολογισμό του κόστους ορισμένων ΚΕΝ, ii) λανθασμένη εφαρμογή τους από το προσωπικό, και iii) χαμηλής ποιότητας/αποτελεσματικότητας παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτή η εργασία ασχολείται με τον εντοπισμό των αστοχιών της μεταρρύθμισης και των βελτίωση της λειτουργίας του νοσοκομείου, επικεντρώνοντας στους 2 τελευταίους παράγοντες. Η λανθασμένη εφαρμογή επηρεάζεται από τον παράγοντα της εκπαίδευσης του επιμέρους προσωπικού, ενώ η χαμηλή αποτελεσματικότητα από την αναλογία του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τους ασθενείς.

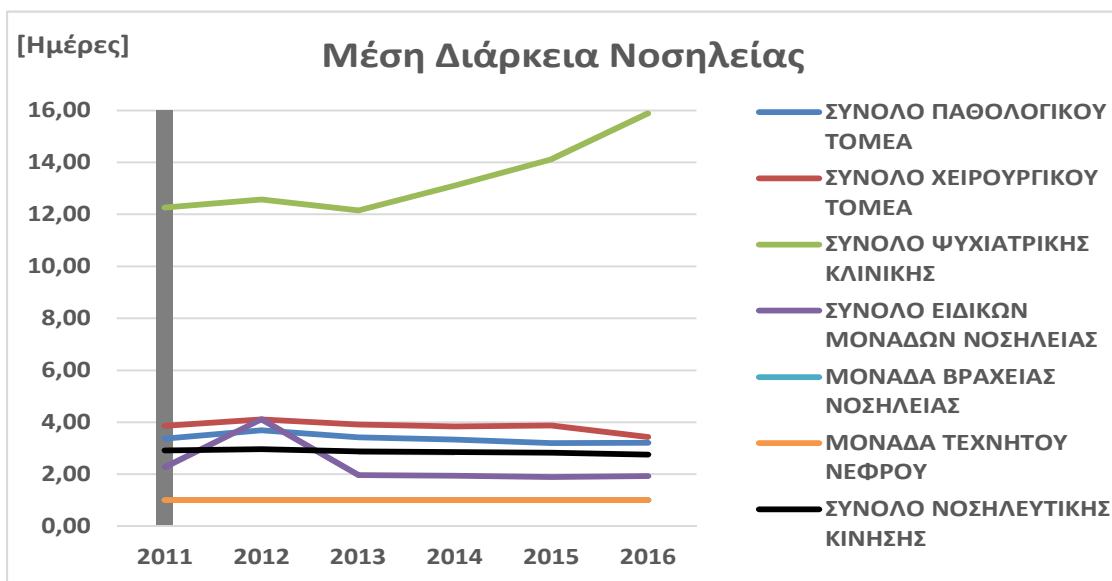
Στα υπό-κεφάλαια που ακολουθούν αναλύονται οι διάφοροι παράμετροι που επηρεάζουν τα ΚΕΝ, την παροχή υπηρεσιών υγείας, και την οικονομική διάσταση.



Διάγραμμα 15 Κόστος νοσηλείας στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. την περίοδο 2008-2016

### 5.3.1 Η μέση διάρκεια νοσηλείας και το ποσοστό κάλυψης των διαθέσιμων κλινών

Το Διάγραμμα 16 απεικονίζει την μέση διάρκεια νοσηλείας σε μέρες στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης για τους έξι τομείς υγείας που εφαρμόστηκαν τα ΚΕΝ (Πίνακας 6) την περίοδο 2011-2016. Στο γενικό σύνολο της νοσηλευτικής κίνησης οι ημέρες νοσηλείας παραμένουν σχεδόν σταθερές με πολύ μικρές διακυμάνσεις στο ύψος των 2.86 ημερών.



**Διάγραμμα 16 Μέση διάρκεια νοσηλείας στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης. Η κάθετη γραμμή αναφέρονται στην θεσμική ρύθμιση για την εφαρμογή των ΚΕΝ.**

Στον παθολογικό τομέα παρουσιάζεται αρχικά μία πολύ μικρή αύξηση, ακολουθώντας ελαφριές αυξομειώσεις μέχρι και το 2016, σε 3.22 ημέρες νοσηλείας κατά μέσο όρο. Να σημειωθεί πως εκτός από τις κλινικές της παιδιατρικής και της ρευματολογίας, όλες οι υπόλοιπες κλινικές του τομέα παρουσιάζουν αύξηση των ημερών νοσηλείας το 2011-2012. Από το 2011 έως και το 2016, την καλύτερη απόδοση την παρουσιάζουν οι κλινικές της καρδιολογίας (-0.85) και της αιματολογίας (-0.78), ενώ την χειρότερη η κλινική ογκολογία (+1.20) και η δερματολογία (+0.95).

Στον χειρουργικό τομέα, η μέση νοσηλεία αυξάνεται επίσης ελαφρά το 2012, για να μειωθεί συνεχώς μέχρι το 2016. Η καλύτερες επιδόσεις καταγράφονται στην χειρουργική ογκολογία (-0.92) και στην οφθαλμολογία (-0.87). Οι χειρότερες επιδόσεις εμφανίζονται στην νευροχειρουργική (+2.40) και στην μαιευτική (+1.18).

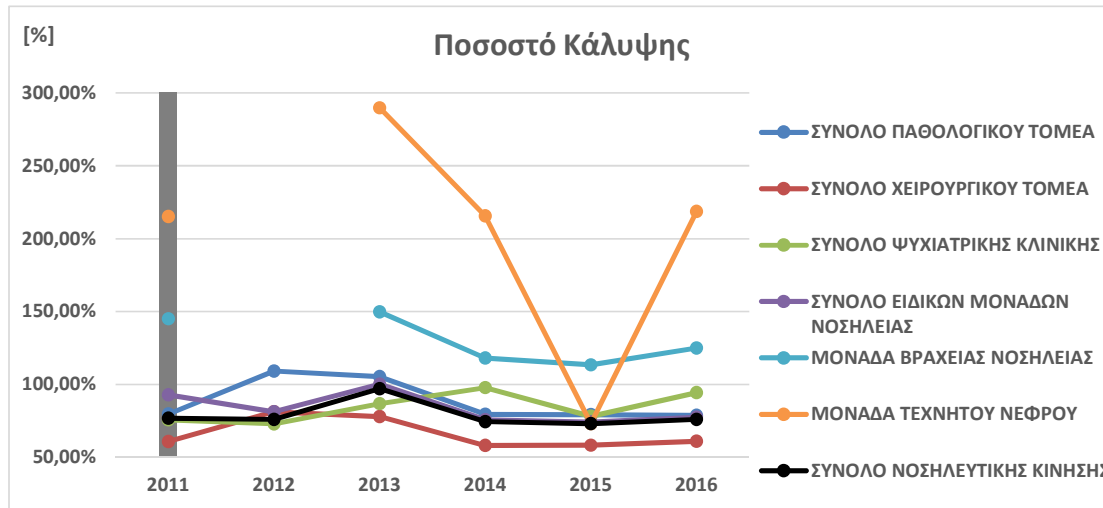
Ο ψυχιατρικός τομέας είναι ο μόνος που παρουσιάζει αύξηση της μέσης νοσηλείας. Από το 2011 έως το 2016 οι ημέρες νοσηλείας εκτινάσσονται από 12.16 σε 15.89 αντίστοιχα, αύξηση που αναλογεί σε 30%. Αυτό οφείλεται στην φύση της ψυχιατρικής θεραπείας, όπου δεν είναι εύκολο να προκαθοριστούν οι ημέρες νοσηλείας για κάθε πάθηση, καθώς και το γεγονός της αύξησης των ψυχιατρικών ασθενειών την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Το 2012, οι ειδικές μονάδες νοσηλείας παρουσιάζουν μία σημαντική αύξηση της τάξεως του 80%, λόγω αντίστοιχα μεγάλης αύξησης στην ΜΕΘ και στην ΜΕΘ παιδών. Εν συνεχεία πέφτουν και ισορροπούν σε ποσοστά χαμηλότερα του 2011, περίπου 1.93 ημέρες κατά μέσο όρο. Την περίοδο 2011-2016, μόνο η ΜΕΘ παρουσιάζει αρνητική επίδοση, με τις ημέρες νοσηλείας να αυξάνονται κατά 2.41. Την μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζουν οι ΜΕΘ παιδών (-1.82) και η μονάδα νεογνών (-1.47). Οι υπόλοιπες κλινικές του τομέα παραμένουν σταθερές ή εμφανίζουν μικρή μείωση.

Οι μονάδες βραχείας νοσηλείας και τεχνητού νεφρού μένουν καθ' όλη την περίοδο 2011-2016 αμετάβλητες σε πολύ χαμηλά επίπεδα, με την μέση νοσηλεία να διαρκεί 1 ημέρα.

Το Διάγραμμα 17 απεικονίζει το ποσοστό κάλυψης των νοσηλειών στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης για τους έξι τομείς υγείας που εφαρμόστηκαν τα ΚΕΝ την περίοδο 2011-2016. Το ποσοστό κάλυψης είναι ο μέσος όρος του λόγου των νοσηλευόμενων σε σχέση με τις διαθέσιμες κλίνες του κάθε έτους. Οι κλίνες σε κάθε τομέα παραμένουν γενικά σταθερές την περίοδο

2011-2016, με πολύ μικρές μεταβολές σε μερικές περιπτώσεις. Για το 2012, τα στοιχεία για τις μονάδες βραχείας νοσηλείας και τεχνητού νεφρού είναι ελλιπή. Στο γενικό σύνολο της νοσηλευτικής κίνησης, το ποσοστό κάλυψης μειώνεται πολύ λίγο με την αρχική εφαρμογή των ΚΕΝ, για να ακολουθήσει μία σημαντική αύξηση της τάξεως του 27% τον δεύτερο χρόνο εφαρμογής. Έπειτα μειώνεται ξανά στα επίπεδα του 2011, όπου και παραμένει σχεδόν σταθερή με πολύ μικρή αύξηση, με μέσο ποσοστό κάλυψης στο 74.59%.



**Διάγραμμα 17 Το ποσοστό κάλυψης των νοσηλείων στον ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης. Η κάθετη γραμμή αναφέρονται στην θεσμική ρύθμιση για την εφαρμογή των ΚΕΝ.**

Στον παθολογικό τομέα αυξάνεται ραγδαία το ποσοστό της κάλυψης ήδη από το πρώτο έτος εφαρμογής και φτάνει από το 79.72% το 2011 στο 109.24% το 2012. Τον επόμενο χρόνο παραμένει σε πολύ υψηλό ποσοστό (105.35%), για να αποκλιμακωθεί τα επόμενα χρόνια και να σταθεροποιηθεί σε ελαφρώς μειωμένα επίπεδα από αυτά του 2011, αγγίζοντας το 78.73% το 2016. Συγκρίνοντας τα εναρκτήριο έτος 2011 με την τελευταία καταμέτρηση του 2016, οι χειρότερες επιδόσεις καταγράφονται στις κλινικές της γενικής παθολογίας (+12.73%), της νευρολογίας (+12.72%), και της αιματολογίας (+10.06%). Η μεγαλύτερες μειώσεις εμφανίζονται στις κλινικές της δερματολογίας (-52.03%), της κλινικής ογκολογίας (-13.99%), και της ενδοκρινολογίας (-10.17%).

Η συνολική εικόνα του χειρουργικού τομέα την περίοδο 2011-2016 ακολουθεί την πορεία του συνολικού παθολογικού τομέα, αλλά σε μικρότερα επίπεδα. Αυξάνεται το ποσοστό της κάλυψης κατά 33% το πρώτο έτος εφαρμογής αγγίζοντας το 81.12% κάλυψης, για να μειωθεί τον επόμενο χρόνο στο επίσης υψηλό 78.09%. Έπειτα μειώνεται σε επίπεδα λίγο μικρότερα από το 2011, για να φτάσει το ελαφρώς υψηλότερο 61.02% το 2016. Από το 2011 έως το

2016, η μεγαλύτερες αυξήσεις σημειώνονται στις κλινικές της ουρολογία (+31.46%), της οδοντιατρικής (+26.58%), και της οφθαλμολογίας (+19.89%). Οι καλύτερες επιδόσεις καταγράφονται στις κλινικές της γυναικολογίας (-23.62%), και της μαιευτικής (-12.92%).

Η κάλυψη στον ψυχιατρικό τομέα παρουσιάζει μία μικρή κάμψη μεταξύ 2011-2012. Εν συνεχεία αυξάνεται ραγδαία τα δύο επόμενα χρόνια και φτάνει το 97.89% το 2014. Το 2015 μειώνεται κοντά στα αρχικά επίπεδα (78.17%), ενώ το 2016 αυξάνεται με ρυθμό 20% και αγγίζει το 94.35%.

Το σύνολο των ειδικών μονάδων νοσηλείας ακολουθεί την πορεία του γενικού συνόλου της νοσηλευτικής κίνησης. Αφού μειωθεί ελαφρά το πρώτο έτος εφαρμογής, αυξάνεται τον δεύτερο χρόνο έως το 100.15%. Έπειτα ακολουθεί πτωτική πορεία, συνεχώς χαμηλότερη από το ποσοστό κάλυψης του 2011, πετυχαίνοντας μία μείωση της τάξεως του 21% σε σχέση με την αρχική καταμέτρηση. Σε σύγκριση των ετών 2011 και 2016, η χειρότερη επίδοση καταγράφεται από την πυρηνική μονάδα ιωδίου, όπου η κάλυψη σχεδόν τριπλασιάζεται το τελευταίο έτος. Αντίθετα τις καλύτερες επιδόσεις εμφανίζουν η μονάδα νεογνών (-56%), η ΜΕΘ παιδών (-47%), η ΜΕΠΚ (-37%), και η μονάδα περιτοναϊκής κάθαρσης (-37%).

Η μονάδα βραχείας νοσηλείας μετά από μία μικρή αύξηση μειώνεται σταδιακά σε επίπεδα μικρότερα του 2011, παραμένοντας πάντα πάνω από το 100%. Το 2016 φτάνει σε ποσοστό 125.03%, μειωμένο κατά 16% σε σχέση με την πρώτη χρονιά.

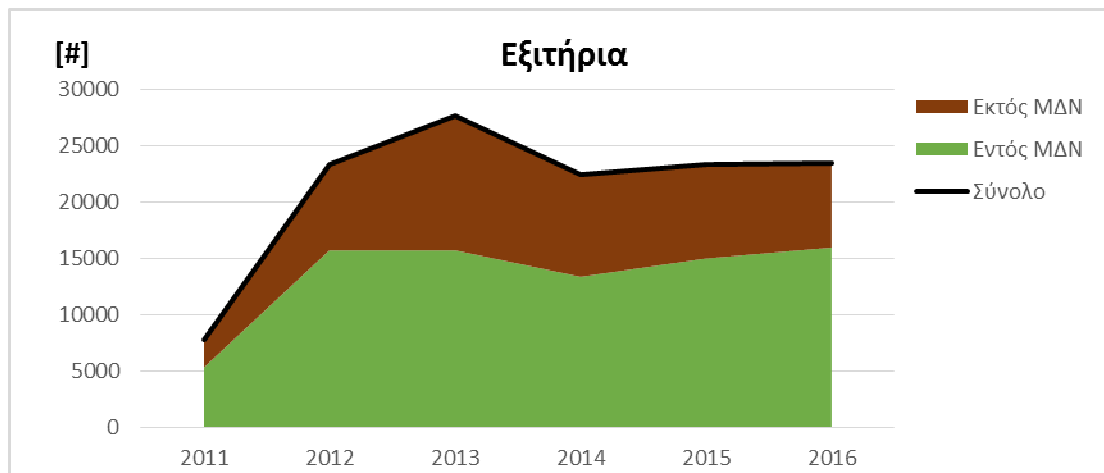
Η μονάδα τεχνητού νεφρού αυξάνεται και αυτή τα πρώτα χρόνια, για να αρχίσει να αποκλιμακώνεται από το 2014, φτάνοντας το 2015 στο χαμηλότερο ποσοστό κάλυψης του 73.22%. Έπειτα αυξάνεται ξανά και φτάνει τα επίπεδα του 2011, τα οποία όμως είναι πολύ υψηλά (218.68%).

### 5.3.2 Η οικονομική διάσταση

Η μείωση των ημερών νοσηλείας και της κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών είναι σημαντικές παράμετροι των ΚΕΝ που αφορούν άμεσα την εξυπηρέτηση του πολίτη. Ωστόσο, η οικονομική διάσταση είναι αυτή που επέβαλε την εφαρμογή των ΚΕΝ στην Ελλάδα. Ο κύριος σκοπός είναι ο εξορθολογισμός και η μείωση των δαπανών.

Έτσι, για την περαιτέρω ανάλυση των οικονομικών επιπτώσεων των ΚΕΝ στην περίπτωση-μελέτης του ΠΑ.Γ.Ν.Η. εξετάστηκαν τα αναλυτικά στοιχεία περίπου 600 κωδικών ΚΕΝ για την περίοδο 2011-2016. Παρακάτω αναφέρονται τα αθροιστικά στοιχεία για το νοσοκομείο.

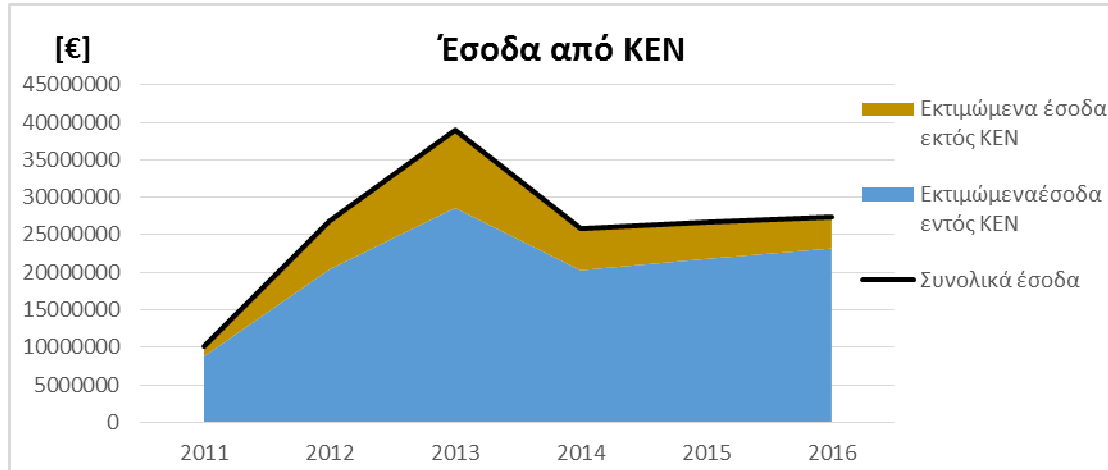
Το Διάγραμμα 18 απεικονίζει τον αριθμό των εξιτηρίων. Τα **εξιτήρια εντός ΜΔΝ** αντιπροσωπεύουν τις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς ολοκλήρωσαν την θεραπεία τους εντός των προβλεπόμενων ημερών νοσηλείας, βάση του αντίστοιχου ΚΕΝ. Οι περιπτώσεις όπου υπάρχει υπέρβαση των ημερών νοσηλείας αναφέρονται ως **εξιτήρια εκτός ΜΔΝ**. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό υπάρχει σταθερά μία απόκλιση σε σχέση με τις προβλεπόμενες μέρες της τάξεως του 31%-43%. Το φαινόμενο αυτό έχει σοβαρό αντίκτυπο στα οικονομικά στοιχεία των εμπλεκόμενων οργανισμών.



Διάγραμμα 18 Ανάλυση των εξιτηρίων

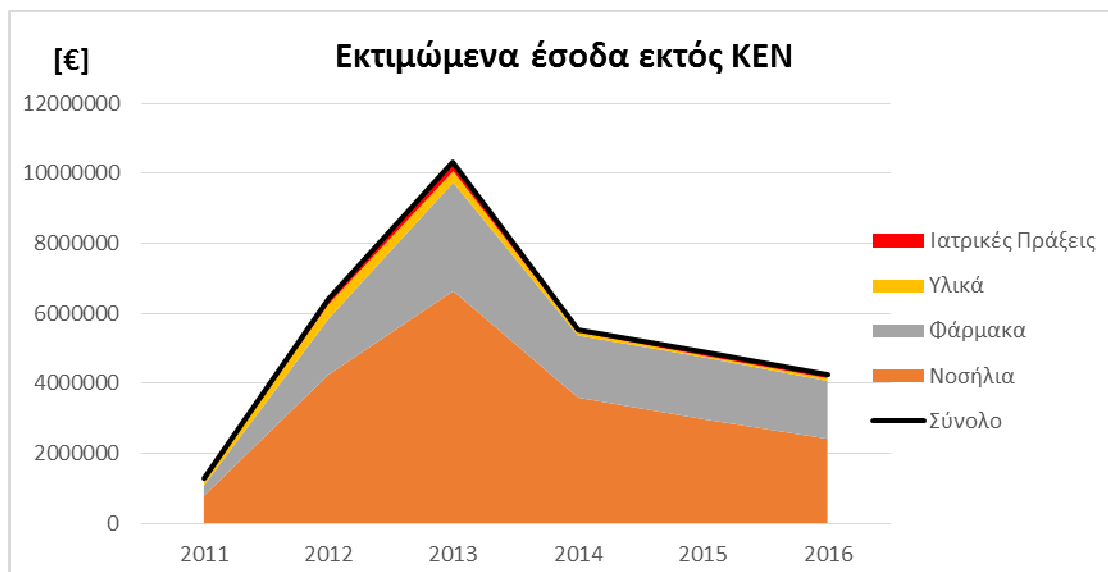
Το Διάγραμμα 19 παρουσιάζει τα έσοδα που προκύπτουν για το νοσοκομείο από την εκτέλεση των ΚΕΝ. Τα **εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ** είναι τα χρήματα που προβλέπεται να πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ προς το νοσοκομείο. Ωστόσο, λόγω της προαναφερθείσας υπέρβασης των προβλεπόμενων ημερών νοσηλείας δημιουργείται μία επιπλέον χρέωση, η οποία κωδικοποιείται ως **εκτιμώμενα έσοδα εκτός ΚΕΝ**. Βάση του νόμου, υπόχρεος για αυτό το ποσό είναι ο πολίτης. Όμως μέχρι στιγμής, έπειτα από εσωτερική συμφωνία μεταξύ των διαφόρων φορέων υγείας έχει αποφασιστεί το κόστος αυτό να το επωμίζεται ο ΕΟΠΥΥ. Η επιλογή αυτή αφορά μόνο τα δημόσια νοσοκομεία και έγινε προκειμένου να διευκολυνθεί η μετάβαση στο νέο σύστημα. Εν τούτοις, το τρέχων καθεστώς μπορεί να αλλάξει στο μέλλον και να επιβληθεί η πλήρης εφαρμογή του νόμου. Το παρακάτω διάγραμμα

παρουσιάζει τα έσοδα του νοσοκομείου (έξοδα για τον ΕΟΠΥΥ) τα οποία είναι κατά 14%-27% περισσότερα από το προβλεπόμενο. Χαρακτηριστικά στοιχείο αποτελούν τα έσοδα του 2013 τα οποία είναι κατά 36% υψηλότερα από τα προσδοκώμενα.



Διάγραμμα 19 Έσοδα από τα ΚΕΝ

Το Διάγραμμα 20 αναλύει αυτό το κόστος των εσόδων εκτός ΚΕΝ. Η συνολική επιβάρυνση προέρχεται από τα νοσήλια, τα φάρμακα, τα υλικά, και τις ιατρικές πράξεις που χρεώνονται σε έναν ασθενή για τις επιπλέον μέρες νοσηλείας που παραμένει στο νοσοκομείο μετά το όριο που προβλέπει το εκάστοτε ΚΕΝ. Το μεγαλύτερο ποσοστό επιβαρύνεται από τα νοσήλια και τα φάρμακα. Τα λοιπά υλικά και οι ιατρικές πράξεις έχουν πολύ μικρή συμμετοχή.





**Διάγραμμα 20 Ανάλυση των εκτιμώμενων εσόδων εκτός ΚΕΝ**

Εν συνεχεία το συγκεντρωτικά στοιχεία φιλτράρονται, επικεντρώνοντας στην ατομική ανάλυση 374 ταχτικών κωδικών οι οποίοι έχουν χρησιμοποιηθεί καθόλα τα έτη. Από την ανάλυση αυτή προκύπτουν περιπτώσεις κακής εφαρμογής και χρήσης των ΚΕΝ που χρήζουν άμεσης παρέμβασης και διόρθωσης. Πιο συγκεκριμένα, πάνω από 160 κωδικοί παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση (>30% το ποσοστό των εσόδων εκτός ΚΕΝ επί των συνολικών) για κάποιες χρονιές χρήσης τους, ενώ 19 από αυτούς αποκλίνουν συστηματικά σε όλα τα έτη καταγραφής. Συνολικά, 46 ΚΕΝ αποκλίνουν τακτικά από τα προγραμματισμένα έσοδα. Στον αντίποδα, μόλις το 5%-6% των κωδικών κάθε έτους παρουσιάζουν μηδενική απόκλιση στα έσοδα και τις μέρες νοσηλείας.

**Πίνακας 4 Τακτικά ΚΕΝ με μεγάλο ποσοστό απόκλισης (ποσοστό των εκτός ΚΕΝ εσόδων ως προς τα συνολικά έσοδα)**

ΚΕΝ	Μ.Ο. απόκλισης (2011-2016)
ΚΕΝ με απόκλιση για όλα τα έτη	
<b>Λ26Α</b> Προγεννητική και άλλη μαιευτική εισαγωγή	131.79%
<b>N26M</b> Νεόπλασμα νευρικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές	131.31%
<b>N41M</b> Άλλες διαταραχές του νευρικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	128.51%
<b>Λ01M</b> Τοκετός με καισαρική τομή με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	117.24%
<b>M76M</b> Άλλες παθήσεις του μυοσκελετικού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	104.42%
<b>N33A</b> Ιογενής μηνιγγίτιδα	101.68%



<b>N02Ma</b> Επεμβάσεις κρανίου με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	91.11%
<b>P44M</b> Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	83.75%
<b>Ξ20Xβ</b> Διαταραχές του δικτυοενδοθηλιακού και ανοσοποιητικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές χωρίς κακοήθεια	82.10%
<b>Λ05A</b> Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση	78.12%
<b>Ω32A</b> Επίσταξη ( Με απολίνωση αρτηριών)	76.20%
<b>Δ24M</b> Κυτταρίτιδα με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	71.11%
<b>O23A</b> Άλλες διαταραχές οφθαλμού	69.18%
<b>P46A</b> Κοιλιακός πόνος ή μεσεντέριος αδενίτιδα	65.03%
<b>P27A</b> Άλλες ενδοσκοπήσεις ανώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία	64.19%
<b>B20X</b> Κακοήθεια του αντρικού αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	62.86%
<b>Φ61A</b> Αλλεργικές αντιδράσεις	55.29%
<b>Ω37A</b> Στοματικές και οδοντικές διαταραχές εκτός από εξαγωγές και αποκαταστάσεις	51.46%
<b>Γ22A</b> Διαταραχές εμμήνου ρύσεως και άλλες διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος	48.05%
ΚΕΝ με διαχρονικά μεγάλη απόκλιση	
<b>P28A</b> Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία	344.20%
<b>Λ24A</b> Ψευδείς ωδίνες τοκετού	281.11%
<b>N31X</b> Διαταραχές εγκεφαλικών συζυγιών και περιφερικών νεύρων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	253.34%



<b>Ξ22Α</b> Διαταραχές πήξης του αίματος	187.37%
<b>Π41Μ</b> Αιμορραγία γαστρεντερικού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	140.07
<b>Ν38Μ</b> Ενδοκρανιακή (κρανιοεγκεφαλική) κάκωση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	132.37%
<b>Κ43Μ</b> Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	131.31%
<b>Ρ20Μ</b> Σηψαιμία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	123.24%
<b>Ν31Μ</b> Διαταραχές εγκεφαλικών συζυγιών και περιφερικών νευρών με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	115.00%
<b>Ν27Μα</b> Εκφυλιστικά νοσήματα-διαταραχές νευρικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	108.96%
<b>Π40Μ</b> Κακοήθεια του πεπτικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	81.69%
<b>Λ23Α</b> Άμβλωση χωρίς χειρουργική επέμβαση	81.12%
<b>Φ63Μ</b> Δευτερογενείς επιπλοκές θεραπείας με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	79.47%
<b>Κ45Μβ</b> Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	79.20%
<b>Π26Α</b> Συνδυασμένη γαστροσκόπηση, την ίδια ημέρα	79.01%
<b>Μ76Χ</b> Άλλες παθήσεις του μυοσκελετικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	72.56%
<b>Ξ21Χ</b> Διαταραχές ερυθροκυττάρων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	71.55%
<b>Σ01Μ</b> Λέμφωμα και λευχαιμία με μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές	70.89%



συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	
<b>Σ22X</b> Άλλες νεοπλασματικές διαταραχές χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	65.25%
<b>M64M</b> Οστεομυελίτιδα με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	61.58%
<b>Π28M</b> Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού σε καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	61.27%
<b>Λ03X</b> Έκτοπη κύηση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	55.87%
<b>M78X</b> Κατάγματα αυχένος του μηριαίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ή επιπλοκές	52.03%
<b>Π44X</b> Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	47.96%
<b>Υ24A</b> Λιθίαση ουροποιητικού και απόφραξη	45.20%
<b>Π11A</b> Επεμβάσεις πρωκτικής χώρας και κολοστομίες	43.30%
<b>K43X</b> Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	34.47%

Οι παρατηρούμενες αποκλίσεις οφείλονται κυρίως σε δύο παράγοντες: i) στην χαμηλή απόδοση ορισμένων δομών παροχής υγείας και ii) στον λανθασμένο υπολογισμό των παραμέτρων κάποιων κωδικών. Παραδείγματα χαμηλής επίδοσης μπορούν να θεωρηθούν και τα ΚΕΝ ημερήσιας νοσηλείας όπου εν τέλει ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για παραπάνω από μία ημέρες (π.χ. Π26Α). Επίσης, στην πρώτη περίπτωση υπάγεται και η πολιτική ορισμένων κλινικών με χαμηλή προσέλευση ασθενών, όπου δέχονται ασθενείς από άλλους κλάδους υγείας προκειμένου να παρουσιάζεται νοσηλευτικό έργο και να καλύπτεται η διαθεσιμότητα των κλινών τους. Έτσι, κλινικές όπως η δερματολογική ή η γναθοχειρουργική μπορούν να εισαγάγουν ασθενείς με άλλες παρεμφερείς παθήσεις (όχι επικίνδυνα ή κρίσιμα περιστατικά) ώστε να μην παραμένουν οι κλίνες τους άδειες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι συγκεκριμένοι ασθενείς να χρεώνονται σε κάποια αναντίστοιχα ΚΕΝ και να εμφανίζεται η ανάλογη απόκλιση στο τέλος της θεραπείας.

Στην δεύτερη κατηγορία υπάγονται τα ΚΕΝ που αφορούν κρίσιμα και έκτακτα περιστατικά, όπου συνήθως οι ημέρες νοσηλείας αλλά και από μόνο του το κόστος υπερβαίνουν τις προβλεπόμενες τιμές. Ενδεικτικά παραδείγματα είναι τα ΚΕΝ που σχετίζονται με επιλοκές τοκετού, καρκινικές παθήσεις, αντιμετώπιση ιώσεων, και χειρουργεία που γίνονται σε τραυματίες τροχαίων (π.χ. κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις). Αυτοί οι κωδικοί χρήζουν αναπροσαρμογής και αύξησης το προβλεπόμενου κόστους. Στον Πίνακα 4, αναφέρονται 16 τέτοιες περιπτώσεις όπου η συνολική απόκλιση στα προβλεπόμενα έσοδα (κόστος για το δημόσιο σύστημα υγείας) υπερβαίνει το 100% και κυμαίνεται 101.68%-344.20%.

## 6. Επίλογος

### 6.1 Συμπεράσματα

Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα είχαν καθοριστική επίδραση στον τομέα της υγείας. Ο έλεγχος και ο εξορθολογισμός των δαπανών σε συνδυασμό με την βελτίωση της διοίκησης οδήγησαν σε μεγάλη μείωση του κόστους υγείας χωρίς να επηρεαστεί αρνητικά το προσδόκιμο ζωής.

Η εφαρμογή των ΚΕΝ στα νοσοκομεία το 2011 βοήθησε στην μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας πανελλαδικά. Έτσι μειώνεται το σχετικό κόστος καταβολής ημερήσιων νοσηλίων για τον ΕΟΠΥΥ ενώ αυξάνεται η αποδοτικότητα της κάθε διαθέσιμης νοσοκομειακής κλίνης. Έτσι, παρόλο που οι διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους μειώνονται, τα νοσοκομεία κατάφεραν να υποδεχτούν τις αυξημένες ροές των ασθενών μετά την θεσμοθέτηση της πλήρους νοσοκομειακής κάλυψης του συνόλου του πληθυσμού το 2014.

Από την μελέτη στην περίπτωση του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης, την περίοδο 2011-2016, εξάγονται ενδιαφέροντα συμπεράσματα σχετικά με την επιτυχία ή όχι των διαφόρων πολιτικών επιλογών σε επιμέρους τομείς υγείας. Γενικά, οι παθολογικές κλινικές δεν φαίνεται να πετυχαίνουν τον στόχο της μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Αυτό το γεγονός δεν οφείλεται τόσο στην κακή εφαρμογή των ΚΕΝ, αλλά στον πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και την περαιτέρω παραμονή στον νοσοκομείο. Ο ψυχιατρικός τομέας παρουσιάζει μεγάλες ιδιαιτερότητες όσον αφορά την διάρκεια μία θεραπείας, και στην πραγματικότητα δεν μοντελοποιείτε από τα ΚΕΝ. Στον αντίποδα, οι μαιευτικές κλινικές και οι μονάδες νεογνών παρουσιάζουν πολύ καλές επιδόσεις, κυρίως λόγω της μείωσης των γεννήσεων. Επίσης, ο χειρουργικός τομέας και το σύνολο των ειδικών μονάδων νοσηλείας παρουσιάζουν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Παρόλο όμως τις επιδόσεις όσον αφορά τις ημέρες νοσηλείας, προκύπτει ένα σοβαρό θέμα σχετικά με την κοστολόγηση των ΚΕΝ και την περίπτωση όπου υπάρχει υπέρβαση των προγραμματισμένων ημερών νοσηλείας. Έτσι, παρουσιάζεται και μία διαφορά στο κόστος θεραπείας, το οποίο είναι αυξημένο κατά 14%-27%. Από τα συνολικά 600 ΚΕΝ που εξετάστηκαν μόνο το 5%-6% επιτυγχάνει των προσδοκώμενο κόστος ενώ 160 κωδικοί

παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις. Σήμερα, το επιπλέον κόστος το πληρώνει ο ΕΟΠΠΥ έως ότου η μεταρρύθμιση δοκιμαστεί επαρκώς στην πράξη και ωριμάσουν οι συνθήκες εφαρμογής. Στο εγγύς μέλλον όμως, το επιπλέον ποσό θα το χρεώνεται ο ασθενής, όπως προβλέπεται από την ισχύουσα νομοθεσία.

Έτσι, κρίνεται απαραίτητο να επανεξεταστεί ο τρόπος χρήσης και κοστολόγησης των ΚΕΝ. Οι δύο προτεινόμενες παρεμβάσεις που προτείνονται σε αυτή την εργασία αφορούν την βελτίωση των υπηρεσιών παροχής υγείας από την πλευρά των νοσοκομείων και την αύξηση της κάλυψης στα ΚΕΝ που σχετίζονται με έκτακτα και κρίσιμα περιστατικά.

## 6.2 Συζήτηση

Η έρευνα των επιπτώσεων που είχε η εφαρμογή των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία δεν είναι εύκολη. Στην πραγματικότητα η μείωση ή όχι των σχετικών δεικτών θα πρέπει να μελετηθεί σε σχέση με την αύξηση της νοσηλευτικής κίνησης που υπήρξε λόγω της θεσμοθέτησης της νοσοκομειακής κάλυψης του συνόλου του πληθυσμού.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή του νέου συστήματος είναι η αποδοχή από το προσωπικό. Σχετικές μελέτες [17] έχουν καταδείξει την συμβολή που έχει η αποδοχή ή όχι του νέου τρόπου λειτουργίας από το ιατρικό, νοσηλευτικό, και διοικητικό προσωπικό και η προσήλωσή τους στην επίτευξη των νέων στόχων που τίθενται (π.χ. μείωση μέσης διάρκειας νοσηλείας).

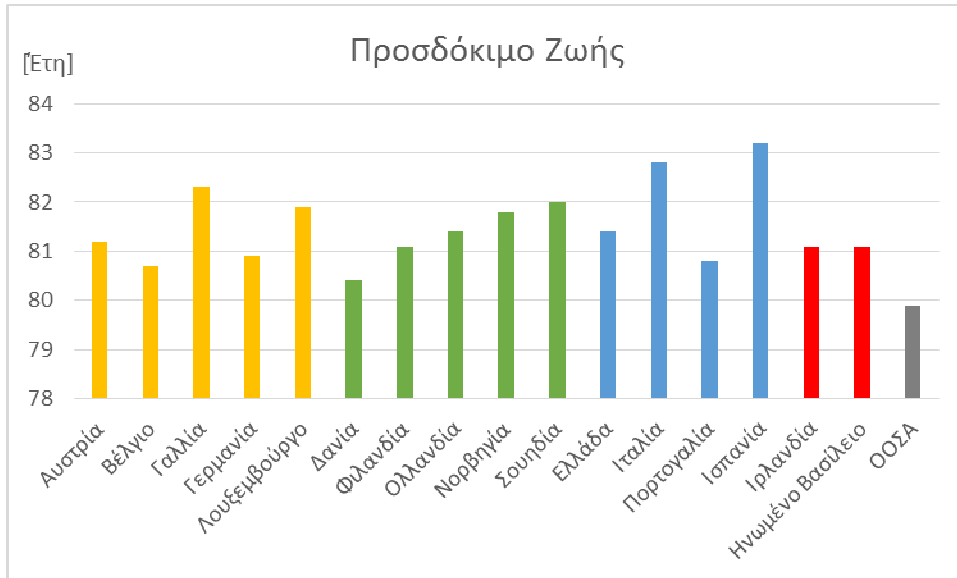
Εν συνεχεία, εξετάζεται η απόδοση του τομέα υγείας στα 4 βασικά μοντέλα ευημερίας της Ευρώπης. Αναλύονται οι δείκτες του προσδόκιμου της ζωής και του αυτοαναφερόμενου επιπέδου υγείας. Η αποδοτικότητα των μοντέλων εξάγεται με την μέθοδο της καμπύλης Preston για τους δύο δείκτες, συναρτήσει της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας για κάθε χώρα.

### 6.2.1. Προσδόκιμο ζωής

Το προσδόκιμο ζωής μετράει πόσο κατά μέσο όρο θα μπορούσαν να αναμένουν να ζήσουν οι άνθρωποι βάσει των ειδικών για την ηλικία επιπέδων θανάτου που επικρατούν σήμερα. Το μέτρο αυτό αναφέρεται στους ανθρώπους που γεννιούνται σήμερα και υπολογίζεται ως σταθμισμένος μέσος όρος προσδόκιμου επιβίωσης για άνδρες και γυναίκες.

Το Διάγραμμα 21 περιγράφει το προσδόκιμο ζωής για τα τέσσερα μοντέλα ευημερίας της ΕΕ. Τα χρόνια ζωής διακυμαίνονται σε όλα τα μοντέλα από 80,4 έτη στην Δανία έως 83,2 έτη στην Ισπανία, ενώ όλες οι χώρες είναι υψηλότερα από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (79,9 έτη). Η Ελλάδα παρουσιάζει την έβδομη καλύτερη επίδοση.



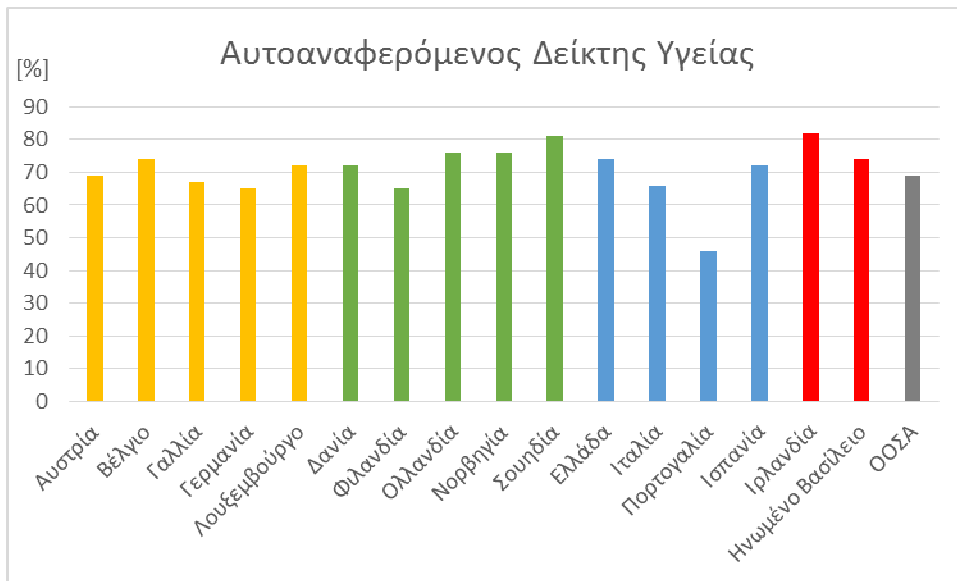


Διάγραμμα 21 Το προσδόκιο ζωής για τα 4 μοντέλα ευημερίας της ΕΕ

## 6.2.2 Αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας

Ο δείκτης αυτός αναφέρεται στο ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που αναφέρει «καλή» ή καλύτερη υγεία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) συνιστά τη χρήση μίας τυποποιημένης έρευνας συνέντευξης για την υγεία, η οποία εκφράζει την ερώτηση "Πώς είναι γενικά η υγεία σου" με κλίμακα απόκρισης "Είναι πολύ καλό / καλό / δίκαιο / κακό / πολύ κακό".

Το Διάγραμμα 22 περιγράφει τον δείκτη αυτοαναφερόμενης υγείας για τα τέσσερα μοντέλα ευημερίας της ΕΕ. Η Ελλάδα παρουσιάζει την πέμπτη καλύτερη επίδοση μαζί με το Βέλγιο και το Ηνωμένο Βασίλειο (74%). Εκτός από την Πορτογαλία όπου οι πολίτες της αξιολογούν χαμηλά το επίπεδο υγείας τους, οι υπόλοιπες χώρες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά κοντά στον μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

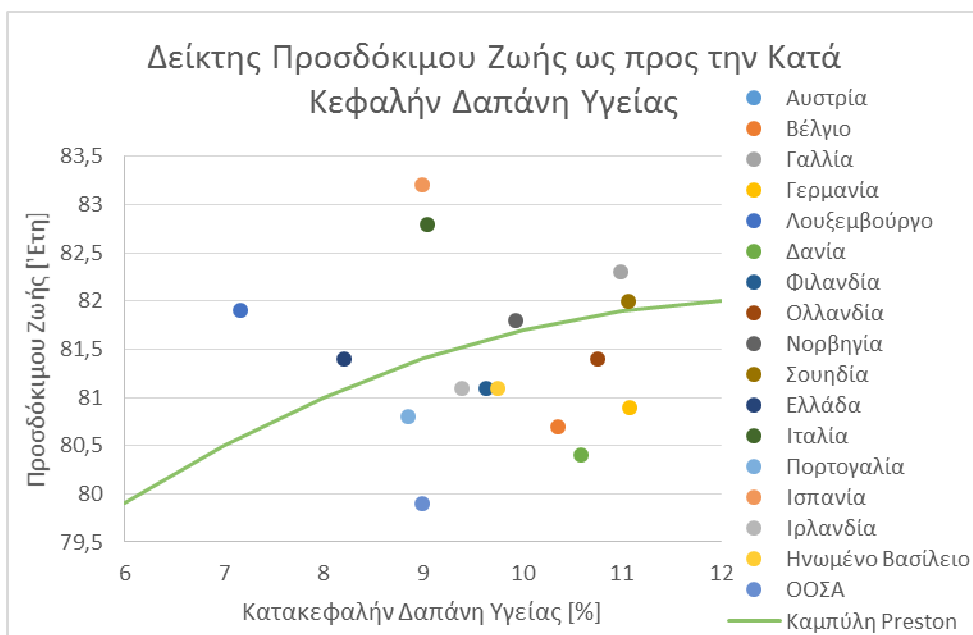


Διάγραμμα 22 Ο δείκτης αυτοαναφερόμενης υγείας για τα 4 μοντέλα ευημερίας της ΕΕ

### 6.2.3 Αποδοτικότητα

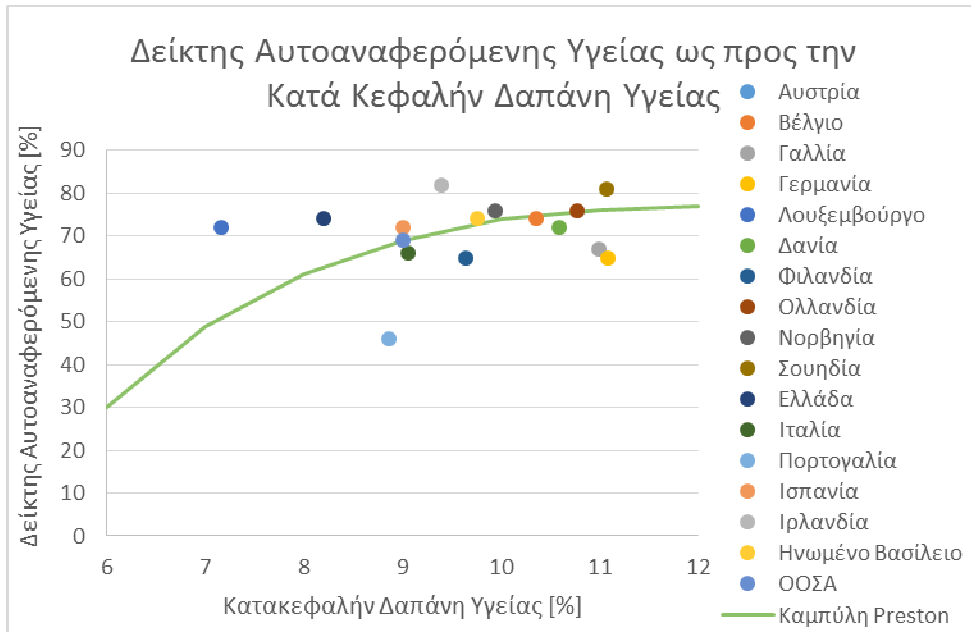
Η αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας των εξεταζόμενων χωρών διερευνάται με βάση τους δείκτες προσδόκιμου ζωής και αυτοαναφερόμενης υγείας συναρτήσει της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας ως προς το ποσοστό του ΑΕΠ της κάθε χώρας.

Το Διάγραμμα 23 απεικονίζει το προσδόκιμο ζωής ως προς την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας και την αντίστοιχη κατά προσέγγιση καμπύλη Preston.



Διάγραμμα 23 Δείκτης προσδόκιμου ζωής ως προς την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας

Το Διάγραμμα 24 απεικονίζει την αυτοαναφερόμενη υγεία ως προς την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας και την αντίστοιχη κατά προσέγγιση καμπύλη Preston.



Διάγραμμα 24 Δείκτης αυτοαναφερόμενης υγείας ως προς την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας

Με βάση τους δύο δείκτες και το ποσοστό των δαπανών τα πιο αποδοτικά συστήματα υγείας που βελτιώνουν περισσότερο την υγεία των πολιτών είναι αυτά του Λουξεμβούργου, της Ελλάδας, της Ισπανίας, της Ιρλανδίας, της Ιταλίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Νορβηγίας, της Γαλλίας, της Ολλανδίας, και της Σουηδίας. Αντίθετα, χαμηλή επίδοση παρουσιάζουν η Πορτογαλία, η Φιλανδία, η Δανία, η Γερμανία, και το Βέλγιο.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- [1] Α. Καραϊσκού, Μ. Μαλλιάρου, Π. Σαράφης, “Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας,” Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2012, 4 (2), 49-54.
- [2] Γ. Κυριόπουλος, Β. Τσιάντου, “Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη,” Οικονομικά της Υγείας – HealthEconomics, 2010, 27 (5): 8340840.
- [3] Α. Ευκαρπίδης, “Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο,” Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2012, 4 (3), 48-52.
- [4] Μ. Μαλλιάρου, Π. Σαράφης, “Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας,” Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α’, ΤΕΙ Αθηνών, 2012, 11 (1), 202-212.
- [5] Χ. Γούναρης, “Απόδοση και DRG: Σύστημα Αμοιβών Νοσοκομείων – Σ.Α.Ν. Ελληνικό Σύστημα Gr-DRG,” 12<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές της Υγείας, Αθήνα, 13-15 Δεκεμβρίου, 2016.
- [6] Ν. Μανιαδάκης, Δ. Μπαρτσώκας, Δ. Γούναρης, Κ. Καρράς, Μ. Βουδούρη, Α. Κουφάκης, Α. Λαναράς, Χ. Καρανίκας, Γ. Πετρίκκος, Σ. Φούσας, Χ. Δερβένης, Μ. Τσακαλία, “Διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα – Πόρισμα επιτροπής,” Επιτροπή ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Αθήνα, Μάρτιος, 2011.
- [7] Γ. Ν. Υφαντόπουλος, “Η ευρωπαϊκή κοινωνική έρευνα: Οργανωτική δομή και μεθοδολογικό πλαίσιο,” Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 2006, 1 (2), 75-91.
- [8] Λ. Λυκούργος, “Παγκοσμιοποίηση και κοινωνικό κράτος: Ευρώπη και Αμερική,” Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006, σελ. 227.
- [9] Γ. Ν. Υφαντόπουλος, “Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική,” Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2006, β’ έκδοση, σελ. 661.

- [10] Α. Ντάνος, “Ο ασφαλιστικός κλάδος στην Ελλάδα σε περίοδο οικονομικής κρίσης,” Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Πειραιά, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Μάιος 2014, σελ. 59.
- [11] Μ. Μανιού, Ε. Ιακωβίδου, “Η σημερινή εικόνα των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα,” Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8<sup>ος</sup>, Τεύχος 4<sup>ο</sup>, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 2009.
- [12] Χ. Οικονόμου, “Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα,” Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (ΙΝΕ), Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports): 7, Αθήνα, Μάρτιος, 2012.
- [13] Λ. Αντωνοπούλου, “Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία”, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 2008, 3(2): 109-120.
- [14] Κ. Αθανασάκης, Ν. Βεντούρης, Β. Καπάκη, Ε. Καραμπλή, Κ. Μυλωνά, Χ. Μυλωνάς, Μ. Ολλανδέζος, Ε. Πάλακα, Ε. Παπαγεωργίου, Ν. Παρατσιώκας, Γ. Ρελάκης, Α. Σκρουμπέλος, Β. Βασιλική Τσιάντου, “Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου,” Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα, Σεπτέμβριος, 2011.
- [15] Α. Σκρουμπέλος, Β. Καπάκη, Κ. Αθανασάκης, Κ. Σουλιώτης, Γ. Κυριόπουλος, “Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας – Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ),” Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, Αύγουστος, 2012.
- [16] Κ. Γεωργιάδης, “Οι αντιστάσεις στις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ,” The Scanner, Τεύχος 53, Ιούλιος-Αύγουστος, 2013.
- [17] Α. Μανδάλου, “Η εισαγωγή του συστήματος ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών (ΚΕΝ-DRG) στα ελληνικά νοσοκομεία: η διεθνής εφαρμογή και η ελληνική πραγματικότητα,” Διπλωματική Εργασία, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Διοίκηση Επιχειρήσεων, Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 2013.

## Ξένη Βιβλιογραφία

- [18] A. Karaiskou, M. Malliarou, P. Sarafis, “Economic crisis: impact on the health of citizens and consequences on health systems,” *Interscientific Health Care*, 2012, 4 (2), 49-54.
- [19] M. Karanikolos, P. Mladovsky, J. Cylus, S. Thomson, S. Basu, D. Stuckler, J. P. Mackenbach, M. McKee, “Financial crisis, austerity, and health in Europe,” *The Lancet*, 2013, 381 (9874), 1323-1331.
- [20] European Council, “Council decision of 6 October 2006 on Community strategic guidelines on cohesion,” *Official Journal of the European Union*, 2006/702/EC, I. 291/11. II, 2006, Available on-line at: [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docoffic/2007/osc/I\\_2912006\\_1021en00110032.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/I_2912006_1021en00110032.pdf)
- [21] S. Thomas, C. Keegan, S. Barry, R. Layte, M. Jowett, C. Normand, “A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case,” *BMC Health Services Research*, 2013, 13 (450).
- [22] D. Niakas, “Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription,” *International Journal of Health Services*, 2013, 43 (4), pp. 597-602.
- [23] J. A. Tapias Granados, J.M. Rodriguez, “Health, economic crisis and austerity: a comparison of Greece, Finland and Iceland,” *Health Policy*, 2015, No 119, pp. 241-953.
- [24] Yfantopoulos, N., Yfantopoulos, P., Yfantopoulos, J., “Pharmaceutical policies under economic crisis: the Greek case”, *Journal of Health Policy & Outcomes Research*, JHPOR.2016.2.1, pp. 5-16.
- [25] European Parliament, “Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU”, Directorate General for Internal Policies, Policy Department A: Economic and Scientific Policy, IP/A/ENVI/ST/2010-12, PE 451.481, 2010.
- [26] Kontodimopoulos, N., Kastanioti, C., Thireos, E., Karanikas, H., Polyzos, N., “The contribution of generic substitution to rationalizing pharmaceutical expenditure in Greek public hospitals under recent economic crisis”, *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 2013, vol. 3, issue 4, pp. 211-216.

- [27] Giannakou, A, Kani, C., Peppou, L., Economou, M., Souliotis, K., “The Impact of Economic Crisis on Drug Consumption and Pharmaceutical Expenditure in Greece”, Value in Health, International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2016, vol.19, issue 7, page A662.
- [28] Ferreira, V. L., Veiga, C. R. P., Kudlawicz-Franco, C., Scalercio, P., Ramires, Y., Pontarolo, R., Carvalho, D. M. W., Veiga, C. P., “Generic drugs in times of economic crisis: Are there changes in consumer purchase intention?”, Journal of Retailing and Consumer Services, Elsevier, 2017, vol. 37, pp. 1-7.

## Διαδικτυακοί Τόποι

- [29] Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: <http://www.who.int/en/>
- [30] Παγκόσμια Τράπεζα: <http://www.worldbank.org/>
- [31] EUROSTAT: <http://ec.europa.eu/eurostat>
- [32] ΠΑ.Γ.Ν.Η.: <http://www.pagni.gr>
- [33] **Ισοδυναμία** **Αγοραστικής** **Δύναμης:**  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Purchasing\\_power\\_parity](https://en.wikipedia.org/wiki/Purchasing_power_parity)
- [34] Eurohealthnet: [www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu)
- [35] PSI: [https://el.wikipedia.org/wiki/Private\\_Sector\\_Involvement](https://el.wikipedia.org/wiki/Private_Sector_Involvement)

## Παράρτημα Α' – Ιστορική Αναδρομή Των Νόμων Για Την Υγεία

Σε αυτό το παράρτημα συνοψίζονται οι νομοθετικές παρεμβάσεις στον χώρο της υγείας με αύξουσα σειρά.

Πίνακας 5 Οι νομοθετικές ρυθμίσεις στον τομέα υγείας την περίοδο 1833-2016

Έτος	Νομοθετική ρύθμιση	Σύντομη περιγραφή
1833	Διάταγμα	Θεσπίζεται ο θεσμός του νομιάτρου
1836	-  -	Μέτρα για την καταπολέμηση λοιμωδών νοσημάτων
1837	-	Ίδρυση της Ιατρικής Σχολής Αθηνών
1838	-	Ίδρυση Μαιευτικής Σχολής
1875	-	Ίδρυση του σώματος νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού
1911	-	Ίδρυση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού
1914	-	Ίδρυση του Υπουργείου Περίθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι
1922	N. 2868	Ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης
<b>1934</b>	<b>N. 6298</b>	<b>Ίδρυση του Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)</b>
1935	Διάφορα διατάγματα	Οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και ίδρυση κρατικών νοσοκομείων με κρατική χρηματοδότηση
1941	N. 2769	Δίνεται η δυνατότητα στους εκάστοτε υπουργούς υγείας και οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου.
-	-	Ίδρυση ιατρείων και υγειονομικών σταθμών για την κάλυψη των αναγκών του αγροτικού πληθυσμού.
-	-	Απρογραμμάτιστη ίδρυση νέων μονάδων υγείας από το ΙΚΑ και άλλους φορείς
<b>1961</b>	<b>4169</b>	<b>Ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)</b>
1970	Σχέδιο Πάτρα	Επιχειρεί την καθιέρωση της υγείας ως δημόσιο αγαθό
1982	N. 1278	Ίδρυση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)
<b>1983</b>	<b>N. 1397</b>	<b>Ίδρυση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)</b>
-  -	N. 1316	Ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας, και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης
1997	N. 2519	Θέσπιση κανόνων για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές. Θεσπίζεται η νομική μορφή των νοσοκομείων ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.
2001	N. 2889	Εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ. Ίδρυση των Περιφερειακών συστημάτων υγείας και πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.)
-  -	N. 2920	Ίδρυση του Σώματος Επιθεωρητών Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ)
-  -	N. 2955	Δημιουργία ενός οργανωμένου συστήματος ελέγχου των προμηθειών των νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας
2004	N. 3235	Θεσπίζεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η οποία παρέχεται



		από τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Πρώθηση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και της χρήσης ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς.
2005	N. 3329	Ταύτιση των υγειονομικών περιφερειών με τις διοικητικές. Μετατροπή του ΠΕΣΥΠ σε Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ).
2007	N. 3257	Σύμπτυξη των ΔΥΠΕ από 17 σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ)
-  -	N. 3580	Σύσταση επιτροπής προμηθειών υγείας με ευθύνη του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού του συστήματος προμηθειών στον τομέα υγείας
2010	N. 3863	Συνταξιοδοτικές διατάξεις και διαχωρισμός εργασίας και ασφάλισης
-  -	N. 3865	Μεταρρύθμιση του συνταξιοδοτικού
-  -	N. 3868	Καθιέρωση της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων
-  -	N. 3892	Θεσμοθετείται η ηλεκτρονική καταχώρηση των ιατρικών συνταγών και των εξετάσεων
<b>2011</b>	<b>N. 3918</b>	<b>Ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ)</b>
-  -	ΦΕΚ 1702/β	Θεσμοθέτηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ)
2013	ΦΕΚ 1789/β ΦΕΚ 2511/β	Ρυθμίσεις στον χώρο του φαρμάκου: - Θέσπιση της Επανάκτηση (Clawback) – ειδικής συμβατικής ρήτρας που συνήθως περιλαμβάνεται στις συμβάσεις απασχόλησης των χρηματοπιστωτικών εταιριών - Θέσπιση της Επιστροφής (Rebate) – έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
2014	N. 4238	Αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΠΥ, ο οποίος παραμένει μόνο αγοραστής Υπηρεσιών Υγείας από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας
-  -	ΦΕΚ 1465, ΦΕΚ 1753	Θέσπιση της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής κάλυψης των ανασφάλιστων
2016	N. 4368	Θέσπιση της πλήρους ιατροφαρμακευτικής κάλυψης των ανασφάλιστων
-  -	ΦΕΚ 4316/β	Λίστα χειρουργείων

## Παράρτημα Β' – Πίνακες Δεδομένων

Σε αυτό το παράστημα συνοψίζονται οι πίνακες με τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την εργασία για την εφαρμογή των ΚΕΝ στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης.

Πίνακας 6 Μέση διάρκεια νοσηλείας ανά κλινική

ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΗΜΕΡΕΣ)						
ΚΛΙΝΙΚΕΣ	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	3.76	4.03	3.33	2.99	2.83	2.98
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	4.05	4.37	4.44	4.07	4.17	4.37
ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	5.35	6.36	6.32	6.01	5.75	6.09
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	2.47	2.67	2.83	2.62	2.63	2.42
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	5.09	6.25	4.73	5.19	5.50	6.04
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	2.49	2.55	2.67	2.78	2.86	2.43
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	3.66	3.63	3.19	3.02	2.91	2.81
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	3.65	4.32	4.02	4.30	4.20	3.85
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	4.67	5.39	5.18	4.84	4.16	4.61
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	3.60	4.32	4.67	4.74	4.30	4.80
ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ_ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	2.76	3.60	2.50	2.21	2.25	2.32
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ	4.45	5.29	4.88	4.72	4.13	4.01
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	1.20	1.16	1.19	1.16	1.21	1.18
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	3.37	3.70	3.42	3.34	3.20	3.22
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	/	5.38	5.33	4.57	5.14	5.53
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ						
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4.24	5.22	5.02	4.46	4.00	4.04
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2.11	2.18	2.03	1.98	1.86	1.74

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	2.95	3.03	3.38	2.92	3.25	2.90
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4.57	6.03	5.07	4.89	5.01	4.46
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	4.04	4.81	4.63	5.54	5.06	5.22
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	9.92	16.73	13.87	17.25	16.20	12.32
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	1.39	1.26	1.16	1.18	1.21	1.19
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ_ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	5.18	5.80	5.57	5.50	5.46	5.68
ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	3.05	3.33	3.13	2.73	2.90	2.38
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ	2.43	1.89	1.87	1.83	2.09	1.56
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	4.50	4.61	4.39	4.51	4.19	3.58
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3.14	3.64	3.77	3.38	3.42	3.48
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ	3.33	3.77	3.41	3.15	3.14	3.11
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ</b>	<b>3.87</b>	<b>4.11</b>	<b>3.92</b>	<b>3.84</b>	<b>3.87</b>	<b>3.43</b>
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ / ΜΟΝΑΔΑ ΟΞΕΩΝ	9.17	12.57	12.15	13.11	13.84	15.78
ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	125.04	-	-	-	-	-
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	-	-	-	-	19.66	17.03
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	<b>12.26</b>	<b>12.57</b>	<b>12.15</b>	<b>13.11</b>	<b>14.12</b>	<b>15.89</b>
ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
ΜΕΘ	6.78	8.61	9.42	8.03	10.34	9.19
ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ	9.40	17.31	9.67	8.78	8.29	7.58
ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ	11.18	9.39	9.66	9.53	9.50	9.71
ΜΕΠΚ	3.87	3.53	3.48	3.33	3.21	3.13
ΕΝΔΟΚΟΙΛΟΤΙΚΗ ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΙΩΔΙΟΥ	1.35	1.22	1.17	1.10	1.13	1.09
ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	2.28	4.11	1.97	1.94	1.90	1.93
ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	1.00		1.00	1.00	1.00	1.00
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	2.91	2.97	2.88	2.86	2.83	2.76

Πίνακας 7 Ποσοστό κάλυψης κλινών ανά κλινική

ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ (%)						
ΚΛΙΝΙΚΕΣ	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	113,4 1	122,2 6	160,8 9	113,2 7	125,4 0	123,4 7
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	65,92	64,37	87,67	62,64	69,28	67,85
ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	82,42	87,85	109,6 1	89,49	90,95	95,15
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	58,92	50,70	68,85	49,84	54,92	60,50
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	97,56	84,13	76,52	59,70	53,67	45,53
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	47,21	40,66	46,92	33,78	35,73	37,04
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	86,90	85,90	110,5 5	85,41	88,48	88,67
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	68,73	75,60	98,96	75,10	83,18	81,45
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	94,33	116,2 8	141,5 0	102,1 1	74,03	94,55
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	84,00	87,04	114,3 6	86,01	80,19	70,01
ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ_ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	68,38	59,52	79,85	68,13	75,25	68,15
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ	62,61	70,29	86,84	71,33	54,35	56,77

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	137,4 0	143,8 3	220,2 6	145,1 5	142,8 5	134,9 0
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	79,72	109,2 4	105,3 5	79,57	79,26	78,73
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	67,39	56,01	65,30	53,15	61,25	56,70
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	73,01	72,54	97,61	71,95	63,24	63,88
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	56,09	55,32	69,40	57,66	55,82	62,32
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	54,77	47,16	56,47	38,82	47,22	31,15
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	71,18	86,39	97,66	70,47	74,19	76,49
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	102,6 0	101,7 3	126,8 1	86,77	72,26	89,68
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	80,47	87,51	106,4 3	90,05	93,88	76,79
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	40,00	46,79	81,87	62,05	57,26	66,58
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ_ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Σ	58,82	57,27	78,42	57,00	54,24	58,92
ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	56,60	64,75	98,04	69,29	78,10	88,06
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ	39,19	42,89	47,04	36,82	31,19	59,08
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	66,58	58,30	78,75	66,15	64,38	55,95
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	49,49	49,46	56,78	41,26	43,91	49,28
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ	43,81	46,47	63,44	41,12	46,09	45,02
ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	60,93	81,12	78,09	58,23	58,27	61,02
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ / ΜΟΝΑΔΑ ΟΞΕΩΝ	70,80	72,91	111,6 6	97,89	93,73	111,6 4
ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	92,49	-	0,00	-	-	-
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	-	-	-	-	23,70	37,32



ΣΥΝΟΛΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	75,62	72,91	86,85	97,89	78,17	94,35
ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ)	81,88	85,98	109,9 3	84,51	85,81	85,06
ΜΕΘ	98,86	95,08	127,9 6	95,66	93,26	91,89
ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ	103,7 0	106,4 2	100,0 9	78,22	67,53	70,07
ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ	113,1 8	74,21	91,68	67,58	63,32	72,18
ΜΕΠΚ	91,14	68,64	85,02	67,64	67,46	66,18
ΕΝΔΟΚΟΙΛΟΤΙΚΗ ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ	9,04	11,75	13,92	11,23	2,74	58,90
ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΙΩΔΙΟΥ	32,47	29,51	42,67	32,33	40,41	108,4 9
ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	78,22	90,89	88,89	65,07	64,25	56,89
ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	92,83	81,21	100,1 5	75,87	74,28	79,23
ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	145,1 4	189,2 6	149,9 1	118,1 2	113,4 2	125,0 3
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	215,1 1		289,6 9	215,6 2	73,22	218,6 8
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	76,88	76,00	97,03	74,57	73,22	75,99

Πίνακας 8 Στοιχεία σχετικά με την οικονομική δραστηριότητα των ΚΕΝ

Κατηγορία	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Εξιτήρια						



Εντός ΜΔΝ	7785	23404	27650	22471	23332	23433
Εκτός ΜΔΝ	5340	15754	15744	13387	15020	15996
Σύνολο	7785	23404	27650	22471	23332	23433
Έσοδα από ΚΕΝ						
Εκτιμώμενα έσοδα εκτός ΚΕΝ	1275267,88	6419491,95	10315125,6	5546967,2	4896795,32	4245335,92
Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ	8803389,3	20404065,27	28587291,52	20281504,36	21805161,71	23202239,28
Συνολικά έσοδα	10078657,18	26823557,22	38902417,12	25828471,56	26701957,03	27447575,2
Εκτιμώμενα έσοδα εκτός ΚΕΝ						
Νοσήλια	788180,63	4251589,93	6640213,24	3596513,29	2981170,56	2418746,99
Φάρμακα	292462,53	1598286,26	3103617,43	1776340,88	1773375,42	1653408,56
Υλικά	162779,5	409869,64	321542,97	94753,78	45469,76	76153,22
Ιατρικές Πράξεις	31845,22	159746,12	249751,96	79359,25	96779,58	97027,15
Σύνολο	1275267,88	6419491,95	10315125,6	5546967,2	4896795,32	4245335,92

## Παράρτημα Γ' – Πίνακες Δεδομένων

Σε αυτό το παράστημα συνοψίζονται οι πίνακες με τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για την σύγκριση των 4 μοντέλων ευημερίας της Ευρώπης.

**Πίνακας 9 Προσδόκιμο ζωής, Αυτοαναφερόμενη υγεία, Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στα 4 μοντέλα ευημερίας της Ευρώπης**

Χώρα	Προσδόκιμο ζωής	Αυτοαναφερόμενη υγεία	Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ
Αγγλοσαξονικό μοντέλο			
Ιρλανδία	81,1	82	9,4
Ηνωμένο Βασίλειο	81,1	74	9,8
Μ.Ο.	81,1	78	9,6
Σκανδιναβικό μοντέλο			
Δανία	80,4	72	10,6
Φιλανδία	81,1	65	9,6
Ολλανδία	81,4	76	10,8
Νορβηγία	81,8	76	9,9
Σουηδία	82	81	11,1
Μ.Ο.	81,34	74	10,4
Ηπειρωτικό μοντέλο			
Αυστρία	81,2	69	10,4
Βέλγιο	80,7	74	10,4
Γαλλία	82,3	67	11,0
Γερμανία	80,9	65	11,1
Λουξεμβούργο	81,9	72	7,2





Μ.Ο.	81,4	69,4	9,9
Μεσογειακό μοντέλο			
Ελλάδα	81,4	74	8,2
Ιταλία	82,8	66	9,1
Πορτογαλία	80,8	46	8,9
Ισπανία	83,2	72	9,0
Μ.Ο.	82,05	64,5	8,7
Ο.Ο.Σ.Α.			
Μ.Ο.	79,9	69	9,0