

## ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

## ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥΣ

Ζωή Μπιτσώρη<sup>1</sup>, Δήμητρα Μπαλάσκα<sup>2</sup>

1. RN, Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, Γ. Ν. ΕΛΠΙΣ
2. ΠΕ Διοικητικός (1<sup>η</sup> ΥΠΕ)

DOI: 10.5281/zenodo.55971

## Περίληψη

Οι κοινωνικοοικονομικές, τεχνολογικές και δημογραφικές αλλαγές που συμβαίνουν τις τελευταίες δεκαετίες στην χώρα μας και ευρύτερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση μεταβάλλουν συνεχώς το περιβάλλον στο οποίο βιώνεται η υγεία ενός λαού. Έτσι η ζήτηση, των πολιτών για υπηρεσίες υγείας αυξάνει συνεχώς, ενώ οι δαπάνες για την υγεία δεν επαρκούν. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αναφορά των προτύπων οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους, όπως εφαρμόζονται στα διάφορα κράτη. Επίσης αναλύεται το σύστημα υγείας της Ελλάδας, και οι τρόποι χρηματοδότησής του. **Υλικό και μέθοδος:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία που αναφέρονταν στον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. **Αποτελέσματα:** Η υγεία αποτελεί παράγοντα που μετράει τη φυσική, την ψυχολογική και την πνευματική κατάσταση ενός οργανισμού. Ωστόσο οι πηγές χρηματοδότησης, το μέγεθος και η κατανομή των πόρων, η διαδικασία με την οποία φθάνουν στις υπηρεσίες υγείας, είναι θέματα μεγάλης σημασίας. Ο τρόπος χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητά του και την ικανοποίηση των πολιτών. **Συμπεράσματα:** Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα υστερεί στην πρόληψη, ενώ δίδει ιδιαίτερο βάρος στην θεραπεία επιβαρύνοντας περισσότερο τα οικονομικά της υγείας. Παρά τις σημαντικές προσπάθειες στο τομέα της υγείας στην Ελλάδα, παραμένουν αρκετά προβλήματα άλυτα που έχουν να κάνουν με την δομή, την οργάνωση και τη λειτουργία, τη χρηματοδότηση και την περιφερειακή κατανομή των πόρων, τις ανισότητες και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

**Λέξεις κλειδιά:** Σύστημα υγείας, χρηματοδότηση συστημάτων υγείας, σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Ζωή Μπιτσώρη, E-mail: mzeta4481@yahoo.gr, ΚΙΝΗΤΟ: 6986908503, Διεύθυνση: Καραολή και Δημητρίου 15, Αθήνα, Ελλάδα

## REVIEW ARTICLE

## HEALTH SERVICES AND THEIR FINANCING

Zoi Bitsiori<sup>1</sup>, Dimitra Balaska<sup>2</sup>

1. R.N, in ICU of ELPIS Hospital, Athens, Greece,
2. MBA---Business Administrator, Athens, Greece

## Abstract

**Introduction :** The socio-economic, technological and demographic changes taking place in recent decades in our country and more widely in the European Union are constantly transforming the environment in which experienced the health of a nation. So the demand of citizens for health services is increasing, while spending on health is not enough. **Aim:** The purpose of this work was the report of organization and funding models of health systems, and the advantages and disadvantages, **as applied in different countries. Also, analyzed the health system in Greece, and ways of financing. Methods:** The methodology followed included a retrospective search and research studies in Greek and international literature referring to the organization and financing of health services. **Results:** Health is one factor that measures the physical, psychological and spiritual condition of an organism. However, sources of financing, the size and allocation of resources, the process by which reach health services, is of great importance. The finance a health system is crucial for the sustainability and public satisfaction. **Conclusion:** The health system in Greece is lagging behind in prevention, while paying particular attention to treatment more aggravating its financial health. So one could conclude that, although there have been many important efforts in the health sector in Greece, but still many problems unsolved that have to do with the structure, organization and operation, finance and regional allocation of resources, inequality and development of primary care.

**Keywords:** Health system financing health systems, health system in Greece

**Corresponding author:** Zoi Bitsori, E-mail: mzeta4481@yahoo.gr, Mob: 6986908503 Address: Karaoli and Dimitriou 15, Athens, Greece.

## Εισαγωγή

Η προστασία της υγείας και η καταπολέμηση της αρρώστιας ήταν πάντοτε στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας. Οι υπηρεσίες υγείας στη σύγχρονη εποχή καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, που δεν αποσκοπούν μόνο στη θεραπεία της αρρώστιας, αλλά και στη πρόληψη, καθώς και στην ιατροκοινωνική φροντίδα.<sup>1</sup>

Στο σημερινό κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες εκείνες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας.<sup>1</sup>

Με το πέρασμα του χρόνου, τα συστήματα υγείας εξελίσσονται και αλλάζουν, άλλοτε με μοχλό τις επιλογές του κράτους και της πολιτικής εξουσίας και άλλοτε κάτω από την επίδραση κοινωνικών διεργασιών και επιστημονικών-τεχνολογικών επιτευγμάτων. Γι' αυτό, άλλωστε σε κάθε εποχή υπάρχουν διαφορετικά συστήματα

υγείας, που αντιστοιχούν στις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας.<sup>1</sup>

Κάθε μέθοδος χρηματοδότησης, δημόσια ή ιδιωτική, έχει διαμορφωθεί ταυτόχρονα με την πορεία ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας. Υφίσταται μεταβολές ανάλογες με το πολιτιστικό, κοινωνικό, οικονομικό περιβάλλον, τα ήθη και τις συμπεριφορές του πληθυσμού. Το σύστημα χρηματοδότησης του ελληνικού δημόσιου τομέα υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση, οι ίδιες πληρωμές, το ημερήσιο νοσήλιο, η αμοιβή με μισθό και κατά πράξη. Καθεμιά έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται με τον όγκο, την ποιότητα, την τιμή και το συνολικό κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών.<sup>1</sup>

Συμπερασματικά τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπειά τους.<sup>2</sup>

## Πρότυπα οργάνωσης των συστημάτων υγείας

Η στήριξη των αγορών οφείλεται στην κρατική παρέμβαση, στη χρηματοδότηση και στη διάθεση των προϊόντων και υπηρεσιών υγείας. Θα πρέπει οι αγορές και το κράτος να λειτουργούν συμπληρωματικά. Οι αγορές να διασφαλίζουν την ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών και τη μη κατασπατάληση των πόρων. Από την άλλη, το κράτος θα πρέπει να παρεμβαίνει και να εγγυάται την δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Πάντως κάθε χώρα διαμορφώνει το δικό της τρόπο ανάμιξης του κράτους στη χρηματοδότηση και τη διάθεση των υπηρεσιών υγείας. Κάτι τέτοιο βέβαια δεν είναι σταθερό και αμετάβλητο. Το κράτος θα πρέπει να είναι υπεύθυνο να ελέγχει τις υπηρεσίες υγείας και να χαράσσει πολιτική ενώ οι αγορές θα πρέπει να ασχολούνται με την παραγωγή ιατρικών εφοδίων. Είναι επιλογή της κάθε χώρας, με το πώς θα πρέπει το κράτος να εμπλακεί στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση, τη διάθεση και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχουν τέσσερα πρότυπα οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Το πρώτο

αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, όπου οι βασικές αρχές του συστήματος αυτού είναι η ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου.<sup>3</sup>

Το δεύτερο σύστημα οργάνωσης ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η κύρια ιδέα του Bismark ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος όπου το κράτος δεν παρέχει απευθείας τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας. Επιβλέπει όμως την παροχή της υγειονομικής φροντίδας από ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Η χρηματοδότηση του συστήματος αυτού βασίζεται στις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Η Γαλλία και η Ολλανδία υιοθέτησαν το σύστημα αυτό.<sup>3</sup>

Το τρίτο πρότυπο οργάνωσης και διοίκησης αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, που πήρε το όνομά του από τον Βρετανό ακαδημαϊκό William Beveridge, όπου το κράτος είναι ο φορέας παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς έχει και την οικονομική διαχείριση και

αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας, και η χρηματοδότηση του συστήματος βασίζεται στα φορολογικά έσοδα. Η Σουηδία με τη Δανία έχουν υιοθετήσει τη φιλοσοφία αυτού του μοντέλου.<sup>3</sup>

Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Sir William Beveridge όσο και του Bismark.. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και 1980, είχαν ως κύριο στόχο την καθιέρωση ενός εθνικού συστήματος υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης στηρίχθηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων.<sup>3</sup>

### **Χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας**

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια παίρνει ένα σύνθετο περιεχόμενο

για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης, τους τρόπους διαχείρισης, και τέλος, τα κριτήρια κατανομής τους. Τα συστήματα υγείας και ο έντονος ρυθμός εξέλιξής τους, ώθησε τους οικονομολόγους υγείας να ασχοληθούν συστηματικότερα με την εύρεση πόρων για την καλύτερη λειτουργία των συστημάτων υγείας.<sup>4</sup>

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας γίνεται από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Οι δημόσιες πηγές είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, δηλαδή η άμεση και η έμμεση φορολογία και η Κοινωνική Ασφάλιση δηλαδή τα έσοδα από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων. Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές και οι φιλανθρωπίες.<sup>5</sup>

Εκτός από τις πηγές χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, εξαιρετική σημασία έχουν οι επιμέρους χρηματοδοτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης.<sup>6</sup>

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι το ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο περιλαμβάνει το κόστος των υπηρεσιών

υγείας που προσφέρει το νοσοκομείο σε κάθε ασθενή- καταναλωτή, η πληρωμή κατά πράξη, που εφαρμόζεται κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία, ο σφαιρικός προϋπολογισμός, όπου με αυτό το μηχανισμό, το κάθε νοσοκομείο καταρτίζει έναν ετήσιο προϋπολογισμό παίρνοντας υπ' όψιν τον προϋπολογισμό της προηγούμενης χρονιάς, την αύξηση των τιμών των αγαθών και των εισοδημάτων και τις ιδιαίτερες ανάγκες του νοσοκομείου. Επίσης άλλη μέθοδος χρηματοδότησης είναι οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, οι οποίες εφαρμόζονται στις ΗΠΑ και το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η εκ των προτέρων κοστολόγηση των ιατρικών-νοσηλευτικών-εργαστηριακών πράξεων ανάλογα με τη διαγνωστική κατηγορία στην οποία ανήκει ο ασθενής.<sup>7</sup>

Εξίσου σημαντικές είναι και οι μέθοδοι αμοιβής των προμηθευτών, οι οποίες επηρεάζουν βασικά και ποιοτικά την παροχή των υπηρεσιών υγείας.<sup>8</sup> Συγκεκριμένα, οι μέθοδοι αμοιβής των ιατρών-προμηθευτών είναι η πληρωμή με μισθό, η πληρωμή κατά πράξη, η πληρωμή κατ' άτομο, η αμοιβή μέσω των οργανισμών προστασίας της υγείας και η αμοιβή μέσω των δικτύων συντονισμένων φροντίδων. Καθένας από τους τρόπους αμοιβής των παραγωγών-ιατρών έχει

πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται με τις συμπεριφορές των παραγωγών σχετικά με την ποιότητα, την ποσότητα του παραγόμενου προϊόντος, το χαρακτήρα της φροντίδας και φαινόμενα, όπως η προκλητή ζήτηση και ο ηθικός κίνδυνος.<sup>9</sup>

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης, σε συστήματα υγείας τύπου Beveridge είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Πλεονεκτήματα αυτού του τρόπου χρηματοδότησης είναι ότι οι ιατρικο-νοσηλευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν λαμβάνουν υπόψη τους το κόστος των ιατρικών πράξεων, παρά μόνο το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και επίσης δεν αποκλείεται κανείς από τις παροχές υγείας, αφού πρόκειται για την λειτουργία ενός συστήματος που εξυπηρετεί την παραγωγή ενός δημόσιου αγαθού. Βέβαια μειονεκτήματα αυτού του συστήματος είναι η έλλειψη οικονομικής υπευθυνότητας, τόσο από την πλευρά του παραγωγού υπηρεσιών υγείας, όσο και από την πλευρά του ασθενή για τη ζήτηση υπηρεσιών και αγαθών υγείας.<sup>10</sup>

Τα συστήματα που χρησιμοποιούν την κοινωνική ασφάλιση συνήθως χρησιμοποιούν και τον κρατικό προϋπολογισμό ιδιαίτερα όταν υπάρχει οικονομική κρίση και όταν οι εργοδότες

και εργαζόμενοι αδυνατούν να αυξήσουν τις εισφορές λόγω αύξησης του κόστους των προϊόντων που παράγουν. Συμπερασματικά τα συστήματα στα οποία η χρηματοδότηση βασίζεται στη φορολογία προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη και προκαλεί λιγότερες στρεβλώσεις στην οικονομία σε αντίθεση με αυτά των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης.<sup>10</sup>

Τέλος η ιδιωτική ασφάλιση είναι μία άλλη πηγή χρηματοδότησης, όπου το αγαθό της υγείας θεωρείται ως ένα καταναλωτικό αγαθό, όπου διέπεται από τους νόμους της αγοράς και η θεωρία της ανταγωνιστικότητας θέτει και το κόστος του αγαθού.<sup>4</sup>

Η φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση αποτρέπουν περιπτώσεις ιδιαίτερα επιβαρυντικών και καταστροφικών, για τα νοικοκυριά, δαπανών υγείας. Ωστόσο είναι δυνατό να εμφανίζουν ορισμένα κενά σε σχέση με την προστασία ομάδων όπως οι πολύ φτωχοί, οι μετανάστες ή οι εργαζόμενοι στον τομέα παραγωγής. Επιπροσθέτως παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών σε σχέση με ζητήματα όπως η δομή του φορολογικού συστήματος και η αγορά εργασίας, παράγοντες οι οποίοι

επηρεάζουν το βαθμό προοδευτικότητας και αλληλεγγύης που χαρακτηρίζει κάθε χώρα. Οι δύο άλλες πηγές χρηματοδότησης, η ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές συνδέουν την κάλυψη και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος και συνεπώς, ευνοούν τους έχοντες και αγνοούν τους μη κατέχοντες.<sup>11,12,13,14</sup>

### **Σύστημα υγείας στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η πολιτική υγείας, είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις πολιτικές δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες.<sup>15</sup>

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας,

χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους.<sup>16</sup>

Η Ελλάδα δεν ακολουθεί πιστά ένα συγκεκριμένο πρότυπο οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών μέσα από τα ασφαλιστικά ταμεία.<sup>17</sup>

Το σύστημα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι ένα μικτό σύστημα δηλαδή κράτους και κοινωνικής ασφάλισης ταυτόχρονα, τύπου Beveridge και Bismark, και ο Έλληνας πολίτης έχει δωρεάν δημόσια περίθαλψη με μικρή συμμετοχή.<sup>18,19</sup>

Το σύστημα περίθαλψης στην Ελλάδα είναι παρόμοιο με των ΗΠΑ καθώς οι Έλληνες καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα για να έχουν μία αξιοπρεπή περίθαλψη και όσοι δεν έχουν να πληρώσουν καταφεύγουν στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η πρόληψη είναι ανύπαρκτη καθώς τα κέντρα υγείας, έγιναν κέντρα συνταγογράφησης φαρμάκων για ηλικιωμένους. Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία είναι «γερασμένα» και

χρεοκοπημένα λόγω έλλειψης τεχνολογικού εξοπλισμού, υποδομής, κακής διαχείρισης και διοίκησης και κυρίως λόγω έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε αντίξοες συνθήκες. Όσο αναφορά για τριτοβάθμια περίθαλψη τα εξειδικευμένα και ερευνητικά κέντρα είναι λιγοστά έως και ανύπαρκτα.<sup>20</sup>

Συμπερασματικά, η χώρα μας, αποτελεί κλασικό παράδειγμα “ιδιωτικοποιημένου” εθνικού συστήματος υγείας, αφού χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη του ΕΣΥ και ενός εξαιρετικά ανεπτυγμένου ιδιωτικού τομέα, ο οποίος δραστηριοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια περίθαλψη.<sup>21</sup>

Η ανάπτυξη της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 10 χρόνια είναι εμφανής. Ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομείων και των νοσοκομειακών κλινών έχει μειωθεί, κυρίως λόγω της μείωσης του αριθμού των μικρών ιδιωτικών νοσοκομείων. Από την άλλη πλευρά, ιδιώτες γιατροί και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, έχουν αυξηθεί σημαντικά. Η κατάσταση αυτή πιστεύεται ότι οφείλεται κατά κύριο λόγο στην παροχή χαμηλής ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες έχουν προκαλέσει μεγάλη δυσαρέσκεια



στο ευρύ κοινό, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, και την ταχεία ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης.<sup>22</sup>

Ωστόσο, παρά τα μέτρα που λήφθηκαν την τελευταία 15ετία, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Η χρηματοδότηση είναι οπισθοδρομική, με εμπιστοσύνη στις άτυπες πληρωμές, και υπάρχουν ανισότητες ως προς την πρόσβαση, την παροχή και την ποιότητα των υπηρεσιών.<sup>23</sup>

Το σύστημα χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας συνιστά μία σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά για την υγεία. Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας που εντοπίζονται, είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές πληρωμές.<sup>24</sup>

Θα πρέπει, όμως, να αναφερθεί, ότι η καταβολή πρόσθετων «άτυπων» πληρωμών στο κόστος της φροντίδας είναι εξαιρετικά υψηλή έτσι ώστε το σύνολο των ιδίων πληρωμών και παραπληρωμών να προσεγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών υγείας.<sup>25</sup>

Οι έννοιες ποιότητα, σχεδιασμός, αξιολόγηση, αξιοκρατία είναι άγνωστες στον τομέα υγείας. Με λίγα λόγια το εθνικό σύστημα υγείας νοσεί και η εμπιστοσύνη του Έλληνα στο σύστημα υγείας έχει χαθεί. Οι προοπτικές υπάρχουν. Επιβάλλεται άμεση παρέμβαση με στόχο τον επανασχεδιασμό και την ανασυγκρότηση του συστήματος υγείας με γενναίες πολιτικές αποφάσεις για να παρέχεται στον Έλληνα πολίτη δωρεάν αλλά και ποιοτική υγεία.<sup>26</sup>

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να διακρίνονται από διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, συνέχεια στη φροντίδα που παρέχουν και αποδοχή από τους χρήστες ως προς την ποιότητα, την επιστημονική και την επαγγελματική επάρκεια και την αρτιότητά τους.<sup>27</sup> Η μεταρρύθμιση για τη βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και να διατηρεί τα παραπάνω χαρακτηριστικά καθώς επίσης θα πρέπει να στοχεύει στην αποκατάσταση της ισονομίας και τον περιορισμό των ανισοτήτων.<sup>28</sup>

## Συμπεράσματα

Στις περισσότερες χώρες τα συστήματα υγείας είναι υπό την κρατική πίεση με αποτέλεσμα να κρίνεται αναγκαίος ο καθορισμός προτεραιοτήτων για πιο εύκολη κατανομή των πόρων. Δεν υπάρχει ένας μόνο τρόπος ή μία μόνο σωστή μέθοδος για να οριστούν προτεραιότητες στα συστήματα υγείας. Κάθε χώρα πρέπει να βρει τον δικό της τρόπο.

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα το οποίο κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού, χωρίς συγκεκριμένους κανόνες δράσης. Αποτέλεσμα αυτού του τρόπου δράσης είναι η εμφάνιση μιας σειράς προβλημάτων, που αναφέρονται στα ελλείμματα του δημόσιου τομέα, στην απουσία μηχανισμών χρηματοδότησης των υπηρεσιών, στην μη σωστή κατανομή των πόρων, στην εμφάνιση υψηλής παραοικονομικής δραστηριότητας, στη δημιουργία συνθηκών αυξημένης ζήτησης και στα υψηλά ποσοστά των ιδιωτικών δαπανών.

Κοινός στόχος σε διεθνές επίπεδο για την ανάπτυξη σύγχρονης πολιτικής υγείας είναι η ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα μέσα από την προσπάθεια σύζευξης της αποδοτικής και αποτελεσματικής αξιοποίησης των πόρων με την ισότιμη κατανομή αυτών. Συμπερασματικά, σκοπός είναι η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ωφελιμότητας και η άρση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. Η δίκαιη κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασικό στόχο ο οποίος προσδιορίζει το πλαίσιο αξιολόγησης της απόδοσης του υγειονομικού συστήματος. Ο στόχος αυτός, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες των πολιτών, δημιουργούν τον πυρήνα του μεθοδολογικού εργαλείου το οποίο έχει αναπτύξει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με σκοπό να βοηθήσει τα μέλη του να προβούν στην αξιολόγηση των συστημάτων υγείας τους.

## Βιβλιογραφία

- 1) Σισσούρας Α., Καρόκης Α., Πολύζος Ν., Θεοδώρου Μ. Ενιαίος Φορέας Υγείας: Η Οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα, 1995.
- 2) Borrás J. M. Utilization of health services. *Gac. Sanit*, 1994;40(8):30-49.

- 3) Στεργίου Γ. Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη. Αρχ. Ελληνικ. Ιατρ., 2005;22(1):8-12.
- 4) Σούλης Σ. Οικονομική της υγείας. Εκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 1999.
- 5) Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ. Υπηρεσίες υγείας-Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Τόμος Β, ΕΑΠ Πάτρα, 1999.
- 6) Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Εκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 2001.
- 7) Νιάκας Δ. Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας. Εκδ., Γνώση, Αθήνα, 1995.
- 8) Σίσκου Ό. Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Εκδ., Βήτα, Αθήνα, 2007.
- 9) Ματσαγγάνης Μ. Οικονομία και πολιτική υγείας στις χώρες της Ε.Ε.. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών σπουδών. Διδακτικές Σημειώσεις, Αθήνα, 2007.
- 10) Rice T. Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση. Επιμέλεια : Ματσαγγάνης Μ. 1<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδ. Κριτική, Αθήνα, 2006.
- 11) Donaldson C., Gerard K.. Economics of health care financing. The visible Hand. MacMillan, London, 1993.
- 12) Clinitz D., Preker A., Wasem J. Balancing competition and solidarity in health care financing. Open University Press, Buckingham, 1998.
- 13) Doorslaer van E., Wagstaff A., Burg van der H., Christiansen T., Citoni G., Biase di, R., et al. The redistributive effect of health care financing in twelve OECD countries. Journal of Health Economics. 1999;18(3): 291-313.
- 14) Wagstaff A., Doorslaer E., Burg van der H., Calogne S., Christiansen T., Citoni G., et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. Journal of Health Economics, 1999;18(3); 263-290.
- 15) Ιωαννίδης Ε., Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Τόμος Α, ΕΑΠ Πάτρα, 1999.
- 16) Mossialos E., Allin S., Davaki K. Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. Health Economics. 2005;14(1): 151-168.
- 17) Σουλιώτης Κ. Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος: Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2002.
- 18) Διαδικτυακή σελίδα:<http://www.archive.gr/news.php?readmore=90>, Πρόσβαση : 24-2-2010.
- 19) Αντωνοπούλου Λ. Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Εκδ., Ζυγός, Θεσσαλονίκη, 2002.
- 20) Ματσαγγάνης Μ. Δημόσια παρέμβαση στον τομέα υγείας. Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Τόμος Α, ΕΑΠ Πάτρα, 2002.
- 21) Σουλιώτης Κ. Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Εκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 2000.
- 22) Tountas Y., Karnaki P., Pavi E., Souliotis K. The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. Health Policy. 2005;74(1): 167-180.
- 23) Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας. Εκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 2002.
- 24) Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν. Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου

- Συστήματος Ιατρικής Φροντίδας. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1995.
- 25) Kyriopoulos J., Gitona M., Karalis G. Hidden Economy Private Spending and Informal Co-payment in Health Care: the Role of Medical Manpower in Greece», Human Resources and Cost Containment in the Health System, FICOSER & Exandas and Athens, 1998.
- 26) Liaropoulos L. Health care policy in Greece: a new and promising reform. Euro Observer. 2001;3(2):7-12 .
- 27) Σιγάλας Ι. Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας. ΕΑΠ Πάτρα, 1999.
- 28) Κυριόπουλος Γ. Ισότητα ή Ελευθερία στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας: Το Πραγματικό Πολιτικό Δίλλημα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας. Εκδ., Θεμέλιο, Αθήνα, 1997.