

## ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

## Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΒΑΣΗ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΙΩΝ (ΚΕΝ) ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ

Γεώργιος Δημογέροντας<sup>1</sup>, Δήμητρα Μπαλάσκα<sup>2</sup>, Ζωή Μπιτσώρη<sup>3</sup>

1. Νευροχειρουργός, Metropolitan Hospital, Αθήνα, Ελλάδα

2. MBA, Διοικητικός-1η ΥΠΕ

3. RN, Γραφείο Εκπαίδευσης-Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»

DOI: 10.5281/zenodo.1019279

### Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια τα DRGs (Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες) κυριαρχούν ως μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομειακών δαπανών παγκοσμίως. Σχετικά πρόσφατα (2012) αυτή η μέθοδος εισήχθη και στην Ελλάδα με τη μορφή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ). **Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της επίδρασης της εφαρμογής των ΚΕΝ στη βιωσιμότητα των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων και των Ιδιωτικών Κλινικών. **Υλικό-Μέθοδος:** Η μεθοδολογία της μελέτης βασίζεται στην έρευνα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας καθώς και στην ανασκόπηση πηγών του διαδικτύου. **Αποτελέσματα:** Κάθε μέθοδος χρηματοδότησης, δημόσια ή ιδιωτική, έχει διαμορφωθεί ταυτόχρονα με την πορεία ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας και υφίσταται μεταβολές. Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μείγμα που συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης καθώς ενσωματώνει σε σημαντικό βαθμό χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα. **Συμπεράσματα:** Η χρηματοδοτική μέθοδος ενός συστήματος υγείας δεν επαρκεί από μόνη της για να λύσει όλα τα προβλήματά του. Τα ΚΕΝ παρόλο που θεωρούνται παγκοσμίως ως μία από τις πιο αποδοτικές και αποτελεσματικές λογιστικές μεθόδους χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας θα χρειαστούν χρόνο για να αποδείξουν ότι και στην Ελλάδα είναι εξίσου αποτελεσματικά ως αναφορά τον περιορισμό των δαπανών του συστήματος υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** Diagnosis-Related Groups (DRGs), Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ), Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ιδιωτικές Κλινικές, Λογιστικές μέθοδοι χρηματοδότησης, Συστήματα χρηματοδότησης

**Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:** Ζωή Μπιτσώρη, E-mail: mzeta4481@yahoo.gr, Κιν: 6949477503, Διεύθυνση: Καραολή και Δημητρίου 15, Αθήνα, Ελλάδα

## SPECIAL ARTICLE

## THE FINANCING OF THE HELLENIC PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS BASED ON THE CLOSED CONSOLIDATED NON-HOSPITALS AND THE EFFECT ON SUSTAINABLE SUSTAINABILITY

George Dimogerontas<sup>1</sup>, Dimitra Balaska<sup>2</sup>, Zoi Bitsiori<sup>3</sup>

1. Neurosurgeon/ in Metropolitan Hospital, Athens, Greece
2. MBA--Business Administrator, First Health Region Athens, Greece
3. RN, / in ELPIS Hospital, Athens, Greece

### Abstract

**Introduction:** DRGs (Homogeneous Diagnostic Categories) have dominated over the last years as a method of compensating hospital expenditure worldwide. Relatively recent (2012) this method was also introduced in Greece in the form of Closed Consolidated Hospitals. **Aim:** The purpose of this study is to investigate the impact of the implementation of Closed Consolidated Hospitals on the sustainability of Greek Public Hospitals and Private Clinics. **Methods:** The methodology of the study is based on the research of international and Greek bibliography as well as on the review of internet sources. **Results:** Each method of financing, whether public or private, has been shaped at the same time as the country's healthcare system has developed and undergoes changes. The Greek health system is a mix that combines elements of integrated national health systems, insurance policies and insurance compensation systems, as it also incorporates features of the private sector to a significant extent. **Conclusion:** The financing method of a health system alone is not sufficient to solve all its problems. Although Closed Consolidated Hospitals are considered globally as one of the most cost-effective and effective accounting methods for funding health systems, they will take time to prove that Greece is as effective as a reference to reducing health system spending.

**Keywords:** Diagnosis-Related Groups (DRGs), Closed Consolidated hospitalization, Private Clinics, Accounting methods of financing, financing systems

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

## Εισαγωγή

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. Ο τρόπος χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητά του και την ικανοποίηση των πολιτών. 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.

Ακολουθώντας την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας που έχει προταθεί από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μείγμα που συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολαϊκών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων.<sup>1</sup> Εκτός των στοιχείων από διαφορετικά πρότυπα οργάνωσης συστημάτων υγείας δημόσιου χαρακτήρα, το ελληνικό σύστημα ενσωματώνει σε σημαντικό βαθμό χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα.

Σκοπός της εργασίας είναι να αναδειχθεί η χρησιμότητα της εφαρμογής των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) στην αποζημίωση των Δημόσιων Νοσοκομείων, από τον ΕΟΠΥΥ, από το 2012 και εντεύθεν, καθώς και να πιθανολογηθεί η

σκοπιμότητα της εφαρμογής αυτών και στην αποζημίωση των Ιδιωτικών Κλινικών από τις Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες.

## Συστήματα και μέθοδοι χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

Τα συστήματα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας διακρίνονται γενικά ανάλογα με τη μορφή της κοινωνικής προστασίας ενός κράτους.

Εάν η κοινωνική προστασία έχει δημόσιο χαρακτήρα, όπως στην Αγγλία, τις Σκανδιναβικές χώρες και την Ελλάδα τότε η χρηματοδότηση γίνεται με βάση το μοντέλο Beveridge. Στην περίπτωση αυτή οι πολίτες καταβάλλουν φόρους στο κράτος το οποίο χρηματοδοτεί άμεσα το σύστημα υγείας<sup>2</sup>

Εάν η κοινωνική προστασία βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση υγείας, όπως στη Γερμανία, στη Γαλλία και στις Κάτω Χώρες τότε η χρηματοδότηση γίνεται με βάση το μοντέλο Bismarck. Σ' αυτή την περίπτωση η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας προέρχεται από τις εισφορές προς τα ασφαλιστικά ταμεία είτε μόνο των εργαζομένων, είτε των εργαζομένων και των εργοδοτών, είτε των εργαζομένων, των εργοδοτών και του κράτους.<sup>2</sup>

Τέλος, όταν η κοινωνική προστασία στηρίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας τότε η χρηματοδότηση γίνεται με βάση το μοντέλο της αγοράς. Στην περίπτωση αυτή οι πολίτες είτε καταβάλουν ασφάλιστρα σε ιδιωτικούς μηχανισμούς συλλογικής υγειονομικής κάλυψης που λειτουργούν βάση της αρχής της ανταποδοτικότητας είτε πληρώνουν οι ίδιοι το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών στους παρόχους υγείας. Πάντως και στις τρεις περιπτώσεις ο πρωτογενής φορέας χρηματοδότησης είναι ο ίδιος δηλαδή ο πολίτης.<sup>2</sup>

Στη διεθνή βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας προτείνονται διάφορες μέθοδοι χρηματοδότησης των

νοσοκομείων.<sup>3</sup> Ο βασικός διαχωρισμός των λογιστικών μεθόδων χρηματοδότησης αφορά το χρόνο πληρωμής. Γενικά τρεις είναι οι βασικοί τρόποι υπολογισμού του ύψους των αποζημιώσεων. Η αναδρομική ή απολογιστική μέθοδος επιστροφής κόστους (retrospective), η προοπτική ή προϋπολογιστική (prospective) μέθοδος και η μικτή (mixed) μέθοδος.<sup>2</sup>

Με την πρώτη μέθοδο το ύψος της αμοιβής καθορίζεται βάσει του πραγματικού κόστους του φορέα το οποίο προσδιορίζεται στο τέλος κάθε περιόδου, δηλαδή η αποζημίωση καθορίζεται αναδρομικά με βάση τα κοστολογικά πεπραγμένα του νοσοκομείου.<sup>3</sup>

Η δεύτερη μέθοδος προσδιορίζει το ύψος του κόστους κάθε νοσοκομείου στην αρχή κάθε περιόδου, βάση κάποιων δεδομένων και κριτηρίων, χωρίς αυτό να συνδέεται άμεσα με το πραγματικό κόστος. Ο προσδιορισμός των προοπτικών αυτών τιμών είναι προϊόν διαπραγμάτευσης μεταξύ των μελών της διοίκησης των νοσοκομείων και των μελών της διοίκησης των Ασφαλιστικών Οργανισμών. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι υπάρχει πάντοτε το ενδεχόμενο τελικά να προκύψει είτε πλεονασματικός είτε ελλειμματικός νοσοκομειακός προϋπολογισμός ανάλογα με τις ικανότητες του διαχειριστικού μάντζμεντ του νοσοκομείου. Η μέθοδος αυτή φαίνεται πως είναι αρκετά επικοδομητική όσον αφορά την οικονομική συμπεριφορά του νοσοκομείου αλλά και την ανάπτυξη διοικητικών ικανοτήτων με σκοπό την επίτευξη των οικονομικών στόχων.<sup>3</sup>

Το παραγόμενο έργο μιας νοσοκομειακής μονάδας μπορεί να υπολογιστεί λογιστικά με τις εξής μεθόδους :

**Α) Πληρωμή κατά πράξη :** κάθε ιατρικο-νοσηλευτική πράξη κοστολογείται ξεχωριστά.<sup>2</sup> Αν και η αρχαιότερη μέθοδος, θεωρείται δαπανηρή και πληθωριστική

διαδικασία από τους ασφαλιστικούς φορείς αφού προάγει την τεχνητή ζήτηση υπηρεσιών.<sup>4</sup> Ως αποτέλεσμα παρατηρείται μείωση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο η συγκεκριμένη μέθοδος συνδυάζεται με σφαιρικούς προϋπολογισμούς.<sup>5</sup>

**Β) Ημερήσιο νοσήλιο :** είναι η ημερήσια αποζημίωση που καταβάλλεται στο νοσοκομείο για κάθε ημέρα νοσηλείας. Στην τιμή περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες καθώς και οι διοικητικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Στην πράξη υπάρχουν τρεις διαφορετικές μορφές νοσηλίων. Το κλειστό νοσήλιο, το ευέλικτο ή σπαστό νοσήλιο και το ανοικτό νοσήλιο. Το κλειστό νοσήλιο ορίζει ένα πάγιο ποσό αμοιβής που καταβάλλεται ανά ημέρα νοσηλείας κάθε ασθενή, ανεξάρτητα από την ποσότητα ή το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το ανοικτό νοσήλιο διαμορφώνεται καθημερινά ως μία πάγια ημερήσια αμοιβή που προσδιορίζεται ανάλογα με την κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Για την αποδοτική του λειτουργία όμως απαιτείται ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα κοστολόγησης και η άρτια λογιστική παρακολούθησή του. Τέλος, το ευέλικτο ή σπαστό νοσήλιο αποτελείται από ένα σταθερό ή κλειστό μέρος και από ένα δεύτερο μέρος που προσδιορίζεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των περιπτώσεων, την ιατρική ειδικότητα και τη διαγνωστική ομάδα.<sup>5</sup>

**Γ) Σφαιρικός –Κλειστός και κατά τμήμα Προϋπολογισμός :**

Με τη μέθοδο αυτή καλύπτεται σφαιρικά και χωρίς καμία μεταβολή κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους, το σύνολο των προβλεπόμενων δραστηριοτήτων του οργανισμού. Στην αρχή κάθε οικονομικού έτους κάθε ανεξάρτητο τμήμα του

νοσοκομείου έχει ορισμένο προϋπολογισμό ο οποίος αποτελεί μέρος του κεντρικού-συνολικού προϋπολογισμού του νοσοκομείου. Με τον τρόπο αυτό το νοσοκομείο χρηματοδοτείται προοπτικά, στην αρχή κάθε οικονομικού έτους. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής απαιτεί ηγετικά στελέχη με αναπτυγμένες δεξιότητες και ικανότητα προτροπής των υπαλλήλων για ενεργό συμμετοχή στην εκτέλεση των αποφάσεων και την επίτευξη των στόχων.<sup>5</sup>

#### Δ) Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs):

Εμφανίστηκαν στην Αμερική το 1983. Δημιουργήθηκαν λόγω έλλειψης ενός κοινά αποδεκτού θεωρητικού υποδείγματος για την οικονομική συμπεριφορά των νοσοκομείων. Η δημιουργία τους βασίστηκε σε 2 μηχανισμούς: α) τον ορισμό ομάδων προϊόντων του νοσοκομείου και β) τον καθορισμό βαρύτητας ή τιμής για κάθε μια ομάδα προϊόντων. Η μέθοδος αυτή σήμερα εξαπλώνεται παγκοσμίως καθώς αναγνωρίζεται ως η πιο προηγμένη πρακτική κοστολόγησης και αποζημίωσης των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών. Τα DRGs στηρίζονται στη διεθνή ταξινόμηση των νόσων και χρησιμοποιούν, εκτός από την αρχική διάγνωση, τις πιθανές επιπλοκές, τις δευτερεύουσες ασθένειες του νοσηλευόμενου, το φύλο, την ηλικία, τη βαρύτητα της νόσου καθώς και τη μέση διάρκεια νοσηλείας.<sup>6</sup>

Οι κυριότεροι λόγοι της μεγάλης απήχησης των DRGs είναι η περιγραφή της διάρθρωσης των περιστατικών νοσηλείας ενός νοσοκομείου, η διευκόλυνση της παρακολούθησης της διαχρονικής και γεωγραφικής εξέλιξης των χαρακτηριστικών των νοσοκομείων, η βάσει αποτελεσμάτων διαμόρφωση πολιτικής υγείας με παράλληλη εξέταση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και της ποιότητας των διαθέσιμων πόρων με αποτέλεσμα την ορθή κατανομή τους. Τέλος,

η τυποποίηση αυτή εξυπηρετεί τόσο το κράτος όσο και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι επιθυμούν φυσικά να γνωρίζουν εκ των προτέρων το κόστος του προϊόντος που καλούνται να αγοράσουν εξ ονόματος των ασθενών-πελατών τους.<sup>7</sup>

Με τη βοήθεια των DRGs η διοίκηση των νοσοκομείων έχει βελτιωθεί αφού έχει γίνει ευκολότερη η διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος και ορθολογικότερη η χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Με τη χρήση τους τα νοσοκομεία άρχισαν να λαμβάνουν υπόψη τους τη διάρθρωση της παραγωγής του νοσοκομειακού προϊόντος, την κοστολόγηση, την τιμολόγηση, την ανά τμήμα οικονομική διοίκηση, την ασθένεια, την ορθολογική υποκατάσταση των εισροών και γενικότερα τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της κερδοφορίας τους. Το σημαντικότερο όμως από όλα είναι η συσχέτιση της ιατρικής διοίκησης με τον οικονομικό σχεδιασμό.<sup>7</sup>

#### Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα

Το ΕΣΥ γενικά χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας και παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, με αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία που μέχρι πρόσφατα αποζημιώνονταν με κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων συμπληρώνεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία. Οι ασφαλισμένοι των φορέων κοινωνικής ασφάλισης λαμβάνουν παροχή υπηρεσιών υγείας από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους και από το νεοσύστατο Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Η μέθοδος χρηματοδότησης που εφαρμόζεται είναι η αναδρομική αφού η αποζημίωση γίνεται εκ των υστέρων.<sup>8</sup>

Η διεθνής οικονομική κρίση που έχει ξεσπάσει από το 2008 είχε μεγάλο αντίκτυπο στην οικονομική πορεία της Ελλάδας, σε όλους τους τομείς και ιδιαιτέρως στον τομέα της υγείας. Είναι γνωστό ότι από την αρχή της ίδρυσής του το ΕΣΥ παρουσίαζε πολλά προβλήματα, τα οποία προέκυπταν τις περισσότερες φορές από τη νοοτροπία των εμπλεκόμενων μερών καθώς και από το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του. Πριν πραγματοποιηθούν μεταβολές στο χώρο της υγείας με το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής ορισμένα από τα πιο βασικά προβλήματα του Ε.Σ.Υ. ήταν η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού διαρκείας, το χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι σπατάλες στην οικονομική διαχείριση και η έλλειψη κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης, αφού η ποιότητα και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν ήταν δυνατό να μετρηθούν. Το Μάιο του 2010 η Ελλάδα, υπό την απειλή χρεοκοπίας, τέθηκε υπό την επίβλεψη της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου λόγω των τεράστιων δημοσιονομικών ελλειμμάτων της.<sup>8</sup>

Από τις πιο βασικές διαρθρωτικές αλλαγές που άσκησαν σημαντική επιρροή όχι μόνο στο δημόσιο, αλλά και στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, ήταν η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα μέχρι το έτος 2011 αριθμούσε περίπου 30 ασφαλιστικούς φορείς που παρείχαν κάλυψη για τις υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους τους. Τα μεγαλύτερα και πιο γνωστά ασφαλιστικά ταμεία που κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού ήταν το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α. και ο Ο.Α.Ε.Ε.. Η σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με το Ν. 3918/2011, το Μάρτιο του 2011, συνέβαλε στην ενοποίηση των παραπάνω ταμείων που αφορούσαν περίπου το 85% των ασφαλισμένων της χώρας.<sup>9</sup> Ο ενιαίος φορέας δημιουργήθηκε με σκοπό το συντονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

προκείμενου όλοι οι ασφαλισμένοι να έχουν τη δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προέρχονταν από ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων, την ετήσια επιχορήγηση του ακαθάριστου Εγχωρίου Προϊόντος (Α.Ε.Π.) από τον κρατικό προϋπολογισμό, τα ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή των φαρμακευτικών εταιριών και φαρμακείων προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τα λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εντάχθηκαν κατά μέσο όρο 9,5 εκατομμύρια πολίτες από τα κυριότερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ο νέος φορέας αποτελεί σήμερα το μοναδικό σημαντικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας γεγονός που του δίνει το πλεονέκτημα της διαπραγμάτευσης των τιμών.<sup>10</sup>

Στη χώρα μας εισήχθησαν προσφάτως ως μέθοδος κοστολόγησης, τα D.R.G.s, με τη μορφή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) και βάση αυτών γίνεται η αποζημίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ο οποίος λαμβάνει υπόψιν κάποιους οδηγούς κοστολόγησης, οι οποίοι προκύπτουν από τα ομαδοποιημένα προϊόντα. Κύριος στόχος της εισαγωγής των D.R.G.s αποτέλεσε ο έλεγχος του κόστους, δηλαδή με την εφαρμογή των Κ.Ε.Ν. φορείς όπως το υπουργείο υγείας, η δημόσια διοίκηση και οι αρμόδιοι φορείς χάραξης πολιτικής καταβάλλουν προσπάθειες να εντοπίσουν ακριβώς την ανάλωση πόρων ώστε να επανασχεδιάσουν πιο αποτελεσματικές διαδικασίες. Βασικό μειονέκτημα στην εφαρμογή των Κ.Ε.Ν. για τη μείωση των δαπανών υγείας είναι ότι πολύ συχνά επηρεάζεται η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αφού εξαιτίας της αβεβαιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και της ιδιαιτερότητας κάθε ασθενούς δεν είναι δυνατό να γίνει χρήση των πόρων με απόλυτα προκαθορισμένα πρότυπα.<sup>11</sup>

## Χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα

Ο ιδιωτικός τομέας παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, παρότι δεν έχει ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει ξεκάθαρα τη σχέση του με το δημόσιο τομέα. Το 2008 δεν κάλυπτε πάνω από το 15% του πληθυσμού.<sup>12</sup> Χρηματοδοτείται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους.<sup>13</sup>

Με τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. (Ν.1397/1983), απαγορεύτηκε η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών έτσι ώστε να ενισχυθούν οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας. Η απαγόρευση αυτή ήρθε με το προεδρικό διάταγμα 247/1991 με το οποίο δόθηκε ξανά η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών, για την υλοποίηση των οποίων απαιτούνται πλέον άδειες ίδρυσης και λειτουργίας. Με το προεδρικό διάταγμα 2235/2000 καθορίστηκαν ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό, την επέκταση των κλινών, την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας καθώς και τη διακοπή λειτουργίας.<sup>13</sup>

Σήμερα η ιδιωτική αγορά υπηρεσιών υγείας αποτελείται από 3 βασικούς τομείς: τις γενικές ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες αποτελούν το μεγαλύτερο κομμάτι της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, τις μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα, τα οποία αποτελούν τη δεύτερη σε μέγεθος κατηγορία του κλάδου. Εκτός των προαναφερομένων στον ιδιωτικό τομέα συμπεριλαμβάνονται και οι ιδιώτες ιατροί.<sup>13</sup>

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας χρηματοδοτείται πρωτίτως από άμεσες πληρωμές των ασθενών και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η τελευταία, εκτός της αποζημίωσης για επίσκεψη επαγγελματιών υγείας, μπορεί να

λάβει και τη μορφή ασφαλιστικής κάλυψης της πρόσβασης είτε σε Δίκτυα Επιλεγμένων Προμηθευτών είτε σε Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας. Μεγάλο τμήμα του ιδιωτικού τομέα, όπως προαναφέρθηκε, συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή κυρίως πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και χρηματοδοτείται κατά πράξη και περίπτωση με προσυμφωνημένες τιμές. Έχει όμως διαπιστωθεί ότι η ασφαλιστική συνείδηση των Ελλήνων είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.<sup>13</sup>

Το κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει συνεχή άνοδο σε διεθνές επίπεδο. Στην Ελλάδα όσον αφορά τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες, οι χρεώσεις είναι πολύ υψηλές σε σύγκριση με αυτές που παρέχονται στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες. Σχετικά με τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα στην Αττική μπορεί κανείς να πει ότι επικρατεί ένα ολιγοπώλιο που έχει ως αποτέλεσμα το υψηλό κόστος των υπηρεσιών. Οι άμεσες από τον πολίτη πληρωμές, οι συμπληρωμένες και οι παράτυπες πληρωμές αποτελούν το 37,6% του συνόλου των δαπανών υγείας και οι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση το 2,1%, με αποτέλεσμα το 39,7% των δαπανών υγείας να είναι ιδιωτικές.<sup>13</sup>

Θεωρητικά, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Υπουργείο Οικονομικών καθορίζουν συγκεκριμένες κοινές τιμές για υπηρεσίες που παρέχονται είτε σε δημόσια είτε σε ιδιωτικά συμβεβλημένα νοσοκομεία. Παρ' όλα αυτά, στην πράξη, οι χρεώσεις των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι κατά πολύ υψηλότερες και η διαφορά καλύπτεται με απευθείας πληρωμές από τους ασθενείς. Η ιδιωτική ασφάλιση αποζημιώνει τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας βάση σταθερών πληρωμών ανά διαγνωστική κατηγορία και κατά πράξη και περίπτωση, τόσο για δευτεροβάθμια όσο και για πρωτοβάθμια φροντίδα.<sup>13</sup>

### **Επίδραση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλείων στη βιωσιμότητα των δημοσίων νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών**

Στα σύγχρονα συστήματα υγείας, η μεγαλύτερη πρόκληση πλέον είναι η αναζήτηση της υψηλότερης ποιότητας στις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες. Κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η χρήση κινήτρων με βάση την κλινική και την οικονομική αποδοτικότητα.<sup>5</sup>

Οι μελέτες οι οποίες έχουν εκπονηθεί για την εύρεση του βαθμού επιρροής της αποδοτικότητας των νοσοκομείων από την υιοθέτηση της μεθόδου αποζημίωσης DRGs εστιάζουν στη μέτρηση της τεχνικής αποδοτικότητας (technical efficiency) και της παραγωγικότητας (productivity), η οποία περιλαμβάνει και την αποδοτικότητα κλίμακας (scale efficiency). Δεδομένων των επί μέρους διαφορών των συστημάτων υγείας της κάθε χώρας, βρέθηκαν μελέτες που υπολογίζουν τη διαφορά αποδοτικότητας των νοσοκομείων πριν και μετά από την εισαγωγή των DRGs. Ενδεικτικά, η Πορτογαλία, η Σουηδία και η Αυστρία κατόρθωσαν να αυξήσουν την αποδοτικότητα και επομένως να περιορίσουν το νοσοκομειακό κόστος.<sup>5</sup>

Η θεσμοθέτηση χρηματικών κινήτρων ανάλογα με την παραγωγικότητα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών αποτελεί μοντέρνα διεθνή εξέλιξη στις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών. Ο όρος «ποιότητα» στη νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να έχει διαφορετικές ερμηνείες. Συνήθως υποδηλώνει ένα επιτυχές αποτέλεσμα ή την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Από τις μεθόδους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας τύπου DRGs απορρέουν άρρητα (explicit) οικονομικά κίνητρα που επηρεάζουν την αποδοτικότητα των παραγωγών. Αντίθετα, με τη μέθοδο πρόσθετων αμοιβών (ή οικονομικών κρατήσεων σε περίπτωση μη

επίτευξης του ελάχιστου προκαθορισμένου επιπέδου απόδοσης) παρέχονται ρητά (implicit) οικονομικά κίνητρα που συνδέονται με το είδος, την ποσότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης, την ορθή κατανάλωση ιατροφαρμακευτικών πόρων και την ποιότητα των ιατρικών αποτελεσμάτων.<sup>5</sup>

Είναι γνωστό ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έως τώρα ήταν ανοικτό ως προς τη χρηματοδότησή του, με συνέπεια το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία να πληρώνουν αναδρομικά οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Οι πληρωμές προς τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας είναι αναδρομικές και περιλαμβάνουν τους μισθούς του προσωπικού του ΕΣΥ, την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση όσον αφορά τους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία παρόχους και τα ημερήσια νοσήλια για τα δημόσια νοσοκομεία. Οι παραπάνω μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας δεν σχετίζονται με την επίδοσή τους, με αποτέλεσμα η χρησιμοποίηση των πόρων υγείας να είναι λιγότερο αποδοτική απ' ό,τι θα ήταν εάν είχαν εφαρμοστεί προοπτικές μέθοδοι αποζημίωσης.<sup>5</sup> Τα προοπτικά συστήματα πληρωμής των προμηθευτών που συνδέονται με τις εκροές, όπως οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι Ομοιογενείς Διαγνωστικής Κατηγορίες (DRGs) επιτυγχάνουν ελαχιστοποίηση του κόστους, αντίθετα με τις αναδρομικές μεθόδους οι οποίες είναι υπεύθυνες για την εισαγωγή προκλητής ζήτησης και την ελαχιστοποίηση των κινήτρων προς τους προμηθευτές για ορθολογικότερη συμπεριφορά.<sup>14</sup>

Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ φαίνεται πως είναι ρυθμιστικός αφού από τη μια πλευρά συλλέγει έσοδα από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υγείας και τις κρατικές επιχορηγήσεις κι από την άλλη πλευρά συνάπτει συμβάσεις με δημόσιους ή ιδιωτικούς προμηθευτές νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Κύριος

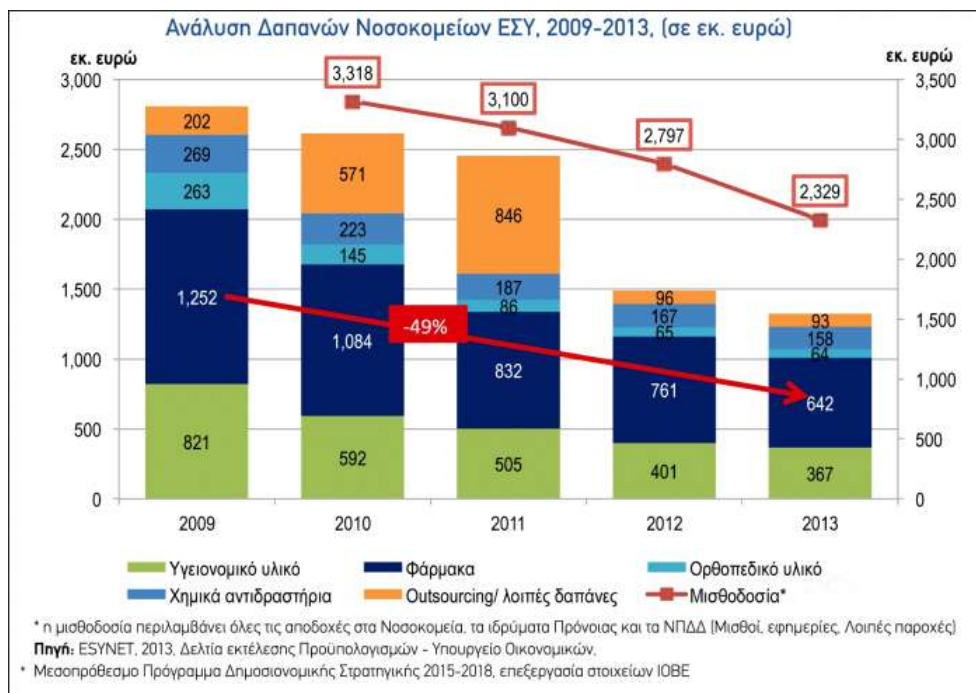
σκοπός του είναι η δημιουργία μηχανισμού αγοράς και ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας, καθώς και της οικονομικής αποδοτικότητας, των υπηρεσιών υγείας.<sup>5</sup>

Όσον αφορά στην οικονομική λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, από τις αρχές του 2012 οι πληρωμές από τους αγοραστές υπηρεσιών υγείας γίνονται με βάση το σύστημα DRGs (καθιέρωση «πακέτου νοσηλείας» ανά διαγνωστική κατηγορία) και καταργήθηκαν, αντίστοιχα, τα κρατικά τιμολόγια για τα ημερήσια νοσήλια και οι πρόσθετες ιατρικές πράξεις.<sup>15</sup>

Για τη δόμηση του ελληνικού μηχανισμού αποζημίωσης των DRGs-KEN αξιοποιήθηκε η εμπειρία από άλλες χώρες κατά τη διάρκεια των αντίστοιχων προσπαθειών υιοθέτησης του εν λόγω μηχανισμού. Έμφαση δόθηκε σε χώρες με συστήματα υγείας παρόμοια με το ελληνικό όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών και στους μηχανισμούς χρηματοδότησης. Η ταξινόμηση με βάση το γερμανικό μοντέλο, το οποίο βασίστηκε στο αυστραλιανό, επιλέχθηκε γιατί η Ελλάδα αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα πλεονάζουσας δυναμικής παραγωγικότητας και έλλειψης ορθής κατανομής πόρων βάσει κριτηρίων ζήτησης.<sup>16</sup> Η ταξινόμηση, σε περίπου 700 ομοειδείς ομάδες, επιλέχθηκε με βάση την αρχική διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία. Μετά από την πρώτη χρήση του νέου συστήματος αποζημίωσης και τη συστηματική και αναλυτική λογιστική καταγραφή του κόστους στα μεγάλα νοσοκομεία, έγινε μια προσαρμογή των τιμών

στο πραγματικό νοσοκομειακό κόστος. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια μέση μείωση 10% στις αρχικές τιμές ανά κατηγορία. Επιπλέον, ένας αριθμός κατηγοριών DRGs-KEN, ο οποίος δεν είχε τιμολογηθεί ορθά, διασπάστηκε σε περισσότερες κατηγορίες, αυξάνοντας το συνολικό αριθμό των κατηγοριών σε 760.<sup>15</sup>

Δυστυχώς η εκτίμηση της επίδρασης των KEN στη βιωσιμότητα των Δημόσιων νοσοκομείων και των Ιδιωτικών Κλινικών είναι πολύ δύσκολη έως αδύνατη καθώς κατά την περίοδο εφαρμογής τους στην Ελλάδα συνέβησαν πολλές και «βίαιες» μεταβολές στο χώρο της υγείας οι οποίες έδρασαν ως συγχυτικοί παράγοντες. Πράγματι κατά την περίοδο 2009 - 2013 οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ (δαπάνες για υγειονομικό υλικό, φάρμακα, ορθοπαιδικό υλικό, χημικά αντιδραστήρια και υπηρεσίες από ιδιωτικές εταιρείες που αφορούν την ασφάλεια, την καθαριότητα, τη σίτιση, την εστίαση, τη συντήρηση κ.λπ.) μειώθηκαν κατά 52,8% όμως παράλληλα μειώθηκαν δραστικά και οι εργαζόμενοι σ' αυτά (κατά 18.344 την τελευταία δεκαετία λόγω συνταξιοδοτήσεων και παγώματος των προσλήψεων).<sup>17,18</sup> (Βλέπε Πίνακα 1) Η θεαματική αυτή μείωση των δαπανών είναι ουσιαστικά πλαστή αφού οφείλεται κατά κύριο λόγο στην υποχρηματοδότηση των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων και στη δημιουργία χρεών προς τρίτους (στις 31.3.2014 οι ανεξόφλητες υποχρεώσεις ήταν 1,3 δισ. ευρώ και οι ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις ήταν 950 εκατ. Ευρώ).<sup>17</sup>



**Πίνακας 1:** Από την έκθεση του Ινστιτούτου Οικονομικών και Βιομηχανικών Μελετών (ΙΟΒΕ) που εκπονήθηκε για λογαριασμό του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ) και δόθηκε στη δημοσιότητα τον Ιούλιο του 2014 με τον τίτλο: «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Στοιχεία και Γεγονότα 2013».

Έτσι ενώ η δαπάνη για υγειονομικό υλικό μειώθηκε κατά 55,3% και η αντίστοιχη για τα φάρμακα κατά 49%, οι ίδιοι οι ασθενείς και οι συγγενείς τους ανέλαβαν το κόστος να αγοράζουν απ' την τσέπη τους τα απαραίτητα υλικά και φάρμακα. Δηλαδή ενώ φαινομενικά μειώνονται οι δαπάνες του συστήματος υγείας δεν μειώνονται παράλληλα και οι ανάγκες του. Εξάλλου η εφαρμογή των ΚΕΝ έγινε από το 2012 και μετά οπότε πολύ μικρό ποσοστό της μείωσης των δαπανών μπορεί να αποδοθεί στην εφαρμογή τους. Η πορεία των δαπανών κατά τα επόμενα έτη ίσως βοηθήσει στο ξεκαθάρισμα του τοπίου.<sup>17</sup> Όσον αφορά τις Ιδιωτικές Κλινικές ενώ χρηματοδοτούνται εν μέρει βάση των ΚΕΝ, εν τούτοις δεν χρησιμοποιούν τη μέθοδο αυτή για την αποζημίωσή τους από τις Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες αφού με τον τρόπο αυτό θα υποχρηματοδοτούνταν σε σχέση με την εφαρμοζόμενη μέθοδο.<sup>18</sup>

Τα τελευταία μάλιστα χρόνια παρατηρείται στο χώρο αυτό η εμφάνιση αποκλειστικών συμφωνιών μεταξύ μεγάλων Ιδιωτικών Κλινικών και Ασφαλιστικών

Εταιρειών οι οποίες προτιμούν να αποζημιώνουν βασιζόμενες σε μια προοπτική μέθοδο κλειστού προϋπολογισμού. Η μέθοδος όμως αυτή παρ' όλο που αυξάνει την πελατεία των συγκεκριμένων Κλινικών ενέχει τον κίνδυνο μείωσης της βιωσιμότητάς τους αφού μπορεί να τις οδηγήσει σε υποχρηματοδότηση και σε αύξηση της ανάγκης για ιδιαίτερα «πιεστικό προς τους γιατρούς» μάνατζμεντ με σκοπό την εξασφάλιση της επάρκειας των κονδυλίων σε βάρος όμως της ποιότητας και της ποσότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Την περίοδο όμως αυτή της βαθείας οικονομικής κρίσεως κάποιες Ιδιωτικές Κλινικές προτιμούν τη μέθοδο αυτή γιατί τους προσφέρει άμεση αύξηση της ρευστότητάς τους παρόλο που αυξάνει παράλληλα τον ήδη αυξημένο κίνδυνο της οικονομικής τους κατάρρευσης.<sup>17</sup>

Πάντως ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης θεωρείται πάρα πολύ σημαντικός και είναι δυνατό να αναβαθμίσει την υγεία στην Ελλάδα. Όμως, απαραίτητο είναι να υπάρξουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις, το κατάλληλο νομικό πλαίσιο, τα κίνητρα, ο

επαγγελματισμός και η εποπτεία του κράτους που θα καθιστούν βιώσιμη την ελληνική ασφαλιστική βιομηχανία και στο χώρο της υγείας. Ο ιδιωτικός και ο δημόσιος τομέας υγείας θα πρέπει να βρουν τρόπους να συνεργαστούν στοχεύοντας στη μέγιστη αξιοποίηση των ήδη υπάρχοντων πόρων και στην παροχή των καλύτερων δυνατών υπηρεσιών.<sup>19</sup>

### Συμπεράσματα

Αν και έχουν γίνει πολλές σημαντικές προσπάθειες στο τομέα της υγείας στην Ελλάδα, παραμένουν όμως αρκετά προβλήματα άλυτα που έχουν να κάνουν με την δομή, την οργάνωση και την λειτουργία, τη χρηματοδότηση και την περιφερειακή κατανομή των πόρων, τις ανισότητες και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Πάντως 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. Ο σκοπός είναι η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ωφελιμότητας και η άρση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Παρόλο που η χρονική στιγμή της εισαγωγής των ΚΕΝ στη χρηματοδότηση των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων συμπίπτει με τη μείωση των δαπανών τους εντούτοις δύσκολα μπορεί να πει κανείς ότι αυτά ευθύνονται για την παρατηρούμενη μείωση καθώς η «βίαιη» επιβολή της περιστολής των δαπανών από τα εφαρμοζόμενα Μνημόνια

με τους δανειστές της Ελληνικής Οικονομίας, οδήγησε στη δημιουργία χρηματοδοτικού κενού, το οποίο δυστυχώς ανέλαβαν να καλύψουν οι ίδιοι οι ασθενείς καθώς και οι προμηθευτές των νοσοκομείων. Με τον τρόπο αυτό η Συνταγματικά προσφερόμενη δωρεάν υγεία μετατρέπεται σε Μνημονιακά και Νομοθετικά επιβαλλόμενη υγεία της ελεύθερης αγοράς.

Η σημερινή δύσκολη οικονομική συγκυρία στην Ελλάδα αποτελεί ευκαιρία για τη μεταρρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης των προμηθευτών υγείας, έτσι ώστε να επιτευχθεί μεγαλύτερη οικονομική αποδοτικότητα και παραγωγικότητα των προμηθευτών, με παράλληλη αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών και βελτίωση της βιωσιμότητας των νοσοκομείων. Στα σημαντικά βήματα της τελευταίας τριετίας θα πρέπει να προστεθούν η ανάπτυξη, η αξιολόγηση και τα κίνητρα στις μονάδες του ΕΣΥ, καθώς και ο εξορθολογισμός των εσόδων και των εξόδων του ΕΟΠΥΥ.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι κανένα σύστημα χρηματοδότησης δεν είναι ικανό από μόνο του να καλύψει τις απαιτήσεις του ιδανικού συστήματος υγείας μέσα στο οποίο οι προμηθευτές προσφέρουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας για την πλήρη κάλυψη των αναγκών των ασθενών, οπότε συχνά εφαρμόζονται περισσότερα του ενός συστήματα για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

## Βιβλιογραφία

1. OECD. The Reform of Health Care Systems: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris: OECD Publishing, 2010.
2. Μπουρσανίδης Χ, Συγκριτική Πολιτική Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα, 2010.
3. Γιάνναρης Χ. Οικονομικά της υγείας και πολιτικές της υγείας, διδακτικές σημειώσεις ΕΣΔΑ, Αθήνα, 2005.
4. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα, 1995.
5. Xenos P, Nektarios M, Polyzos N, Yfantopoulos J. Modern methods of hospital funding, competition and financial incentives. Archives of Hellenic Medicine, 2014; 31(2):172–185.
6. Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ. Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2002.
7. Πολύζος Μ. Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2008.
8. Δικτυακή σελίδα: <http://el.wikipedia.org> Εθνικό Σύστημα Υγείας, Πρόσβαση: 1/2/2017
9. Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.
10. Δικτυακή σελίδα: <http://www.eopyy.gov.gr>, Πρόσβαση: 13/11/2016
11. Δικτυακή σελίδα: <http://www.moh.gov.gr>, Πρόσβαση: 21/2/2017
12. Economou Ch. Country report: Private Health Insurance in Greece". Unpublished, 2008.
13. Οικονόμου Χ. Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα, 2012.
14. Docteur E, Oxlay H. Health care systems: Lessons from the reform experience, Economics Department Working Paper 374, OECD, 2003.
15. Polyzos N, Karanikas H, Thireos E, Kastanioti C, Kontodimopoulos N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. Health Policy, 2013;109:14–22.
16. Schmid A, Gotze R. Cross-national policy learning in health system reform: The case of diagnosis related groups. Int Soc Secur Rev, 2009;62(4): 21–40.
17. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Στοιχεία και Γεγονότα 2013, IOBE, Αθήνα 2015.
18. Δικτυακή σελίδα: <http://www.rizospastis.gr/page.do?publDate=15/8/2014&id=15369&pageNo=12> Πρόσβαση: 15/4/2017
19. Δικτυακή σελίδα: <http://www.insuranceworld.gr>, Πρόσβαση: 08/12/2016.