



2015

CASE STUDY:

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ

ΥΓΕΙΑ: ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΩΝ ΠΟΡΩΝ - ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ

Συγγραφική ομάδα: Δρ. Βασίλης Αποστολόπουλος
Στέφανος Χρόνης

Συντονιστής Ομάδων Σκέψης: Θάναος Ζώνης



Hellenic
Alumni Association

ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζει τις περισσότερες νομικές, οργανωτικές και λειτουργικές αναδιοργανώσεις και εκσυγχρονισμούς από οποιοδήποτε άλλο σύστημα, όχι μόνο στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα αλλά και παγκοσμίως.

Ως κύρια χαρακτηριστικά αυτών των αναδιοργανώσεων μπορούν να αναφερθούν τα ακόλουθα:

- Πραγματοποιήθηκαν ανεξάρτητα από κυβερνητικές αλλαγές.
- Σχεδιάσθηκαν χωρίς να υπάρξει προηγούμενη επιστημονική αξιολόγηση του λειτουργούντος συστήματος.
- Ο βαθμός εφαρμογής των αναδιοργανωτικών και εκσυγχρονιστικών νόμων μέχρι του σημείου της διαφοροποίησής τους δεν ξεπερνούσε το 40%.
- Καταρτίσθηκαν χωρίς ανάλυση των επιδημιολογικών δεδομένων, των παραμέτρων και των προϋποθέσεων που προσδιορίζουν τις ανάγκες υγείας των πολιτών αυτής της χώρας.
- Προωθήθηκαν στο κοινοβούλιο με ελλειπίες, εσκεμμένα ή όχι, οικονομικές μελέτες.
- Εφαρμόσθηκαν χωρίς προηγούμενη εξασφάλιση της χρηματοδότησης.
- Η κατεύθυνση όλων ήταν Νοσοκομειοκεντρική που προσδιόριζε ένα κλειστό σύστημα, με την έννοια ότι οι μονάδες του λειτουργούν ανεξάρτητα από το εξωτερικό τους περιβάλλον χωρίς τον ελάχιστο αλληλοσυσχετισμό μεταξύ τους και κεντρικά εξαρτώμενο.

Έτσι καταφέραμε να έχουμε στην χώρα μας κατ' επίφαση **Εθνικό Σύστημα Υγείας** (Ε.Σ.Υ.). Στην ουσία έχουμε ένα κλειστό **Δημόσιο Νοσοκομειακό Υγείας** (Δ.Ν.Υ.), όπου η **Κοινωνική Ασφάλιση** και ο **Ιδιωτικός Τομέας Υγείας** βρίσκονται εκτός συστήματος, αν και η μεν κοινωνική ασφάλιση έχει ένα μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας και ο δε ιδιωτικός τομέας καλύπτει το 35% της συνολικής ζήτησης και όλες τις σύγχρονες ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η **δομή** του να στηρίζεται σε ένα « μίγμα» θεωριών του management και βασικότερα των:

- Γραφειοκρατικής (Bureaucratic theory),
- Ανθρώπινων πόρων (Human resource theory) και
- Εξάρτησης πόρων (Resource dependency theory)

Η **οργάνωσή** του να παρουσιάζει αδύνατα σημεία των θεωριών αυτών σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα ισχυρά και ειδικότερα:

- Αδράνεια και Ακαμψία
- Μη δυνατότητα ανάπτυξης επιχειρηματικής δραστηριότητας
- Επικέντρωση στην διαχείριση και όχι στην ανάπτυξη
- Αποκλεισμός συνεργασιών Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα

Ο **προγραμματισμός** να είναι αδύνατος λόγω έλλειψης:

- Των απαραίτητων στοιχείων και δεδομένων
- Ξεκάθαρων στόχων
- Συγκεκριμενοποίησης της αποστολής
- Περιφερειακής αποκέντρωσης
- Οργανωτικής και λειτουργικής αλληλοσυσχέτισης των μονάδων και των εμπλεκόμενων παρόχων και προμηθευτών γενικότερα.

Η **λειτουργία** του να παρουσιάζει μία τεχνητή αποδοτικότητα, η οποία είναι εμφανής μόνο κάτω από σταθερές συνθήκες και να εξαρτάται:

- Από την προσβασιμότητα στα κέντρα λήψης αποφάσεων
- Την διασφάλιση εξωτερικών πόρων

Η **ανάπτυξη** του να προσκρούει στην μη δυνατότητα όχι μόνο να καθορισθούν από τους επικεφαλής, οι ρόλοι και οι δομές αλλά και να μπορέσουν να συντηρηθούν.

Το σύστημα έχει φτάσει στο ελάχιστο οριακό σημείο της λειτουργίας του. Επειδή είναι κρατικοχρηματοδοτούμενο δεν μπορεί κάποιος να συμφωνήσει με τις απόψεις ότι διαλύεται και καταστρέφεται. Δεν μπορεί να διαφωνήσει όμως ότι το σύστημα βρίσκεται “κωματώδη” κατάσταση με ξεπερασμένο το σημείο δυνατότητας επιστροφής με τις παρούσες πολιτικές και οργανωτικές και νομικές εφαρμογές.

Ο βαθμός αποδοχής και εμπιστοσύνης των πολιτών στο σύστημα είναι πολύ χαμηλός και η ανταποδοτικότητα του αρνητική.

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ

A. ΔΟΜΕΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

A.1. Δημόσιος τομέας

- 126 Δημόσια νοσοκομεία
- 8 Πανεπιστημιακά
- 80 Γενικά
- 17 Γενικά - Κέντρα Υγείας
- 4 Ογκολογικά
- 4 Παιδιατρικά
- 2 Δερματολογικά
- 2 Ορθοπεδικά – Γενικά
- 2 Πνευμονολογικά
- 1 Αποκατάστασης
- 4 Ψυχιατρικά
- 1 Οφθαλμολογικό
- 32,774 Κλίνες
- 200 Κέντρα Υγείας σε μη Αστικές Περιοχές
- 8 Κέντρα Υγείας Αστικών Περιοχών
- 80 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία
- 38 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία
- 1.460 Περιφερειακά Ιατρεία

A.2. Ιδιωτικός Τομέας

- 135 Ιδιωτικά Νοσοκομεία
- 90 Γενικά
- 3 Παιδιατρικά
- 1 Καρδιολογική
- 41 Νευροψυχιατρικές
- 15,584 κλίνες
- Ιδιωτικά Ιατρεία
- Ιδιωτικά Εργαστήρια
- 104 Διαγνωστικά Κέντρα
- Μ.Τ.Ν – Μ.Χ.Α
- 25 Κέντρα Αποκατάστασης

A.2. SWOT ANALYSE ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ.

A.2.1 Δημόσιες μονάδες υγείας.

Ισχυρά Σημεία
Πλεονεκτήματα
(Strengths)

- Παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασθενείς.
- Νοσοκομεία που παρέχουν το πλήρες φάσμα των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Κρατική χρηματοδότηση
- Δυνατότητα δημιουργίας νομικού πλαισίου

Μειονεκτήματα
(Weaknesses)

- Ελλιπείς υποδομές – συντήρηση των χώρων.
- Αναποτελεσματική λειτουργία με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται ο κρατικός προϋπολογισμός.
- Περιορισμοί του συστήματος προσλήψεων – κενές οργανικές θέσεις
- Αδυναμίες πλήρους αξιοποίησης των παραγωγικών δυνατοτήτων.
- Λίστες αναμονής.
- Σημαντικός όγκος υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές.

Ευκαιρίες
(opportunities)

- Η δυνατότητα εφαρμογής σύγχρονων εργαλείων διασφάλισης ποιότητας νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών.
- Δυνατότητα εφαρμογής οικονομικών κλίμακας

Κίνδυνοι (Threats)

- Έλλειψη ολοκληρωμένου σχεδίου ανάπτυξης και λειτουργίας των Μονάδων Υγείας
- Μη έγκαιρη υποβολή στα ασφαλιστικά ταμεία (ΕΟΠΥΥ) των υποχρεώσεων τους.
- Εμφάνιση φαινομένων άτυπων πληρωμών (Informal payments)
- Μη δυνατότητα προσαρμογής στα επιδημιολογικά δεδομένα των πληθυσμών ευθύνης, που απαιτούν μεταβολές στον προσανατολισμό της υγειονομικής κάλυψης.

A.2.1 Ιδιωτικές μονάδες υγείας.

Ισχυρά Σημεία
Πλεονεκτήματα
(Strengths)

- Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ποιότητα υποδομών.
- Καλύτερη οργάνωση.
- Χρήση τεχνολογίας αιχμής.
- Συνεχής εκπαίδευση προσωπικού.
- Οικονομίες κλίμακος
- Ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες.
- Ευελιξία συμβάσεων

Μειονεκτήματα
(Weaknesses)

- Αυστηρό και πεπαλαιωμένο Νομικό πλαίσιο.
- Υψηλό κόστος λειτουργίας των Μονάδων λόγω νομικού πλαισίου.
- Συγκέντρωση των ιδιωτικών κλινικών στην Αθήνα.

Ευκαιρίες
(opportunities)

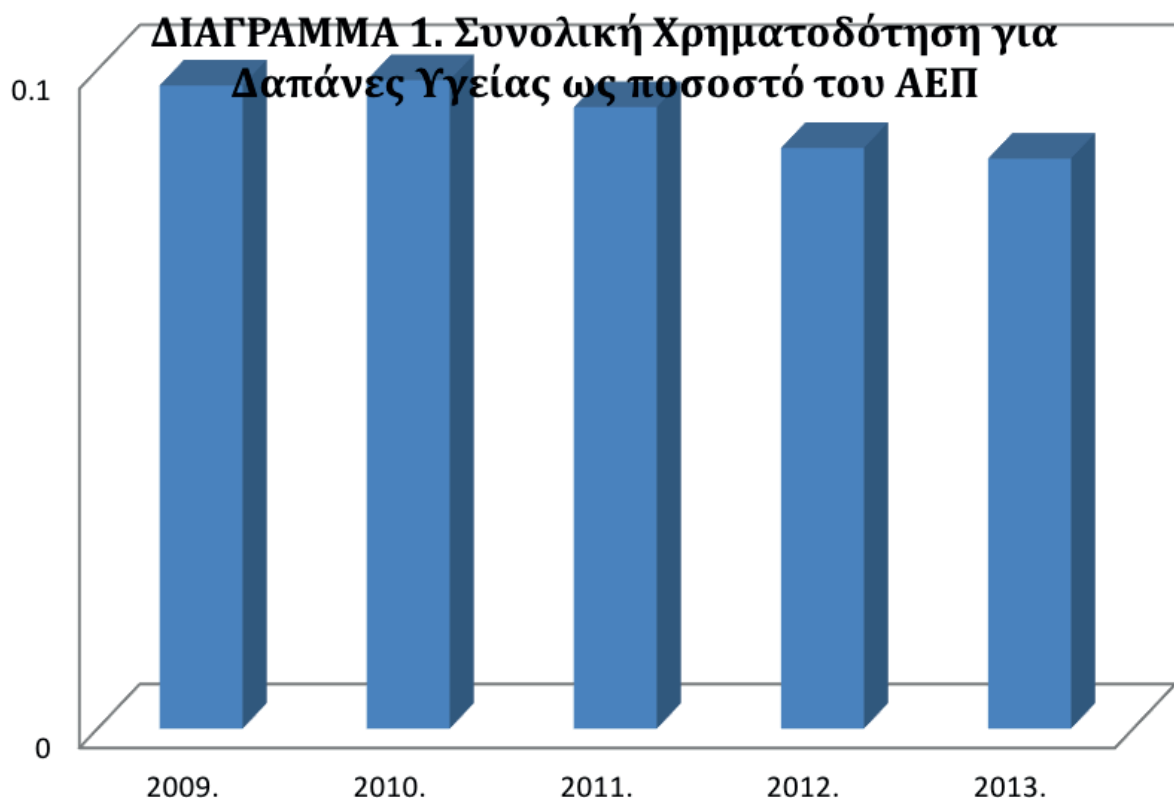
- Επιχειρηματικότητα, συμπράξεις–
- ιατρικός τουρισμός.
- Επέκταση στην ΠΦΥ.
- ΣΔΙΤ.
- Νέες ιατρικές τεχνικές και εφαρμογές
- Δυνατότητα επενδύσεων σε νέες τεχνολογίες.

Κίνδυνοι (Threats)

- Μη σταθερό νομικό πλαίσιο λειτουργίας
- Οι οικονομικές συγκυρίες.
- Τραπεζικός δανεισμός
- Χαμηλά κρατικά τιμολόγια.
- Έντονος ανταγωνισμός.
- Εμπόδια εισόδου στον κλάδο.
- Προκλητή ζήτηση

Β. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΕΠ

Η Ελλάδα βρίσκεται εν μέσω μίας μεγάλης οικονομικής κρίσης, η οποία δεν θα μπορούσε να μην επηρέαζε και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ 2005 και 2009, το ΑΕΠ παρουσίασε αύξηση κατά €38,1 δις, από τα οποία τα €7,2 δις ή το 18,9%, αφορούσε αύξηση στη συνολικής δαπάνης υγείας. Τα €6,8 δις ήταν η αύξηση στη **δημόσια** δαπάνη υγείας. Η αύξηση αυτή δεν μπορεί να αιτιολογηθεί με δείκτες που να αφορούν την βελτίωση του επιπέδου υγείας, ή της παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης τα παραπάνω αποδεικνύουν ότι η δαπάνη υγείας αυξήθηκε με ταχύτερο ρυθμό από ότι το ΑΕΠ.



ΕΛΣΤΑΤ 2009 - 2013

Στο παραπάνω διάγραμμα εμφανίζεται η μείωση της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο από τον Μ.Ο των 34 χωρών μελέτης του ΟΟΣΑ το οποίο ανέρχεται 9,4%.

Γ. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Γ.1. Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας.

Η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας πραγματοποιείται μέσω του Κρατικού Προϋπολογισμού (Γενική Κυβέρνηση) και του Προϋπολογισμού των Οργανισμών Κοινωνικής ασφάλισης (ΟΚΑ) (Πίνακας 1, & 1.α..)

Η δημόσια χρηματοδότηση των δαπανών υγείας βασικά αφορά:

- Δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού των δημόσιων μονάδων υγείας και των υποστηρικτικών υπηρεσιών
- Χρηματοδότηση του συστήματος Κοινωνικής ασφάλισης
- Επιχορήγηση επενδύσεων

- Αποζημίωση ελλειμμάτων
- Αποζημίωση παρόχων υγείας
- Χρηματοδότηση κοινωνικών πολιτικών

Γ.2. Ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας

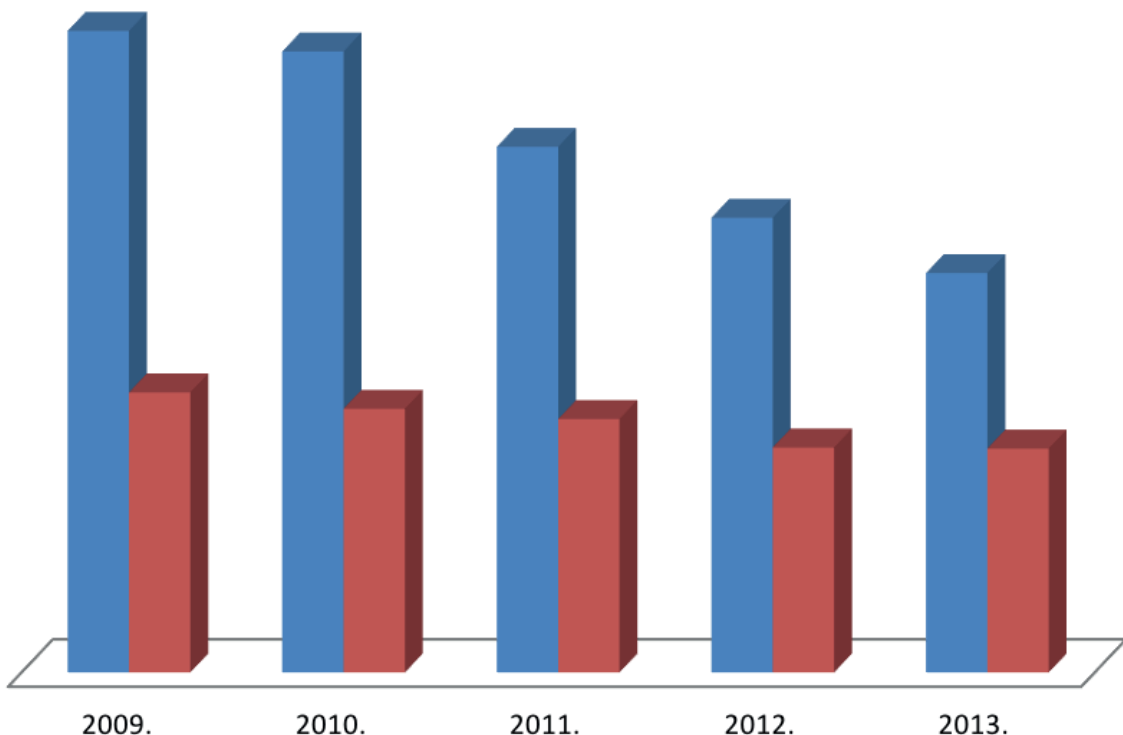
Η ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας πραγματοποιείται από ίδιες πληρωμές (οικογενειακοί προϋπολογισμοί) και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2, ΠΙΝΑΚΕΣ 1& 1.α)

Η Ιδιωτική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας βασικά αφορά:

- Προμήθεια υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (σε σύνολο ή συμμετοχικά.)
- Προμήθεια υπηρεσιών Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας (σε σύνολο ή συμμετοχικά.)
- Προμήθεια Συσκευών υγείας, Υγειονομικού υλικού, Προσθετικών μέσων κ.λπ. (σε σύνολο ή συμμετοχικά.)
- Φαρμακευτικών και λοιπών σκευασμάτων. (σε σύνολο ή συμμετοχικά.)

Στο διάγραμμα 2. Απεικονίζεται η κατανομή για τα έτη 2009 – 2013 της Δημόσιας και Ιδιωτικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας



ΕΛΣΤΑΤ 2009 - 2013

Η δημόσια χρηματοδότηση μειώθηκε κατά 6,077 δισ € , ποσοστό 37,75%, ενώ αντίστοιχα η Ιδιωτική χρηματοδότηση μειώθηκε κατά 1,410 δισ € ποσοστό 20,07%.

Παρατηρείται επίσης:

- Διαφοροποίηση των ποσοστών συμμετοχής στην συνολική δαπάνη, των κατηγοριών χρηματοδότησης με την ιδιωτική να αυξάνεται ισόποσα του ποσοστού μείωσης της δημόσιας (69% / 63% και 31% /37%)
- Διαφοροποίηση στην ποσόστωση της ιδιωτικής χρηματοδότησης για δαπάνες επί της δημόσιας αντίστοιχης και συγκεκριμένα από ποσοστό 43,65% σε 56,05%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (δισ €)					
ΕΤΟΣ	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες	16,098	15,581	13,188	11,407	10,020
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες	7,026	6,614	6,358	5,644	5,616
ΣΥΝΟΛΟ	23,124.	22,196	19,546	17,052	15,637
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες	69.62%	70.20%	67.47%	66.90%	64.08%
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες	30.38%	29.80%	32.53%	33.10%	35.92%

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.α. Ανάλυση Συνολικής Χρηματοδότησης για δαπάνες ανά φορέα υγείας					
ΕΤΟΣ	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας	23,176	22,269	19,598	17,105	15,776
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)	6,115	6,475	4,202	5,046	4,603
ΟΚΑ	9,982	9,106	8,986	6,361	5,417
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες	16,098	15,581	13,188	11,407	10,020
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες	7,026	6,614	6,358	5,644	5,616
Ιδιωτική Ασφάλιση	433	536	534	525	495
Ιδιωτικές Πληρωμές	6,592	6,078	5,823	5,118	5,121
Λοιπές Δαπάνες	52.6	73.2	52	53	139
ΕΛΣΤΑΤ. (δισ €)					

Δ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ

Δ.1. Ανάλυση ανά κάτοικο.

- Η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά κάτοικο παρουσιάζει μείωση της τάξης 31.93% το 2013 σε σχέση με το 2009, αποτέλεσμα των εφαρμογών των μνημονίων. (2009: 2.114 € - 2013: 1.439 €)
- Η μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζεται στην δημόσια χρηματοδότηση από 1.468 € το 2009 σε 914 € το 2013.
- Η Ιδιωτική δαπάνη παρουσιάζει την μικρότερη μείωση κατά 20.07% από 641€ το 2009 σε 512 € το 2013.

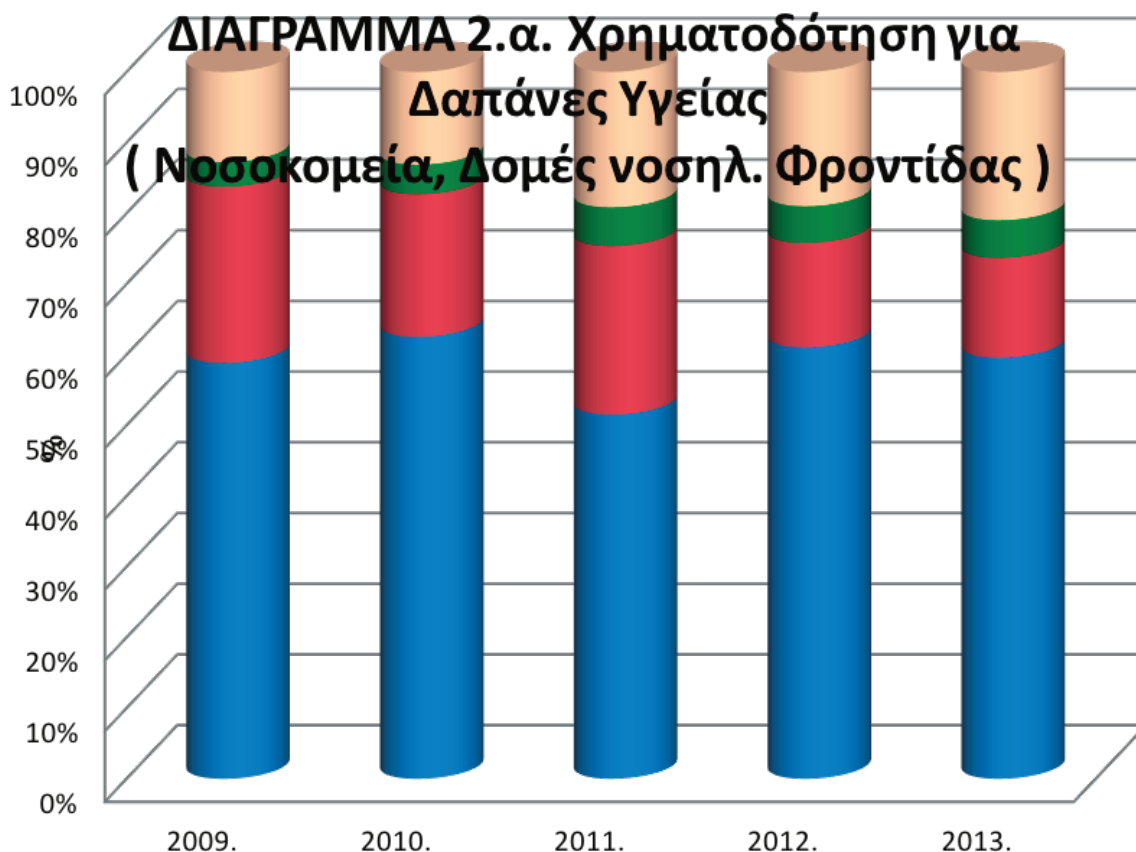
Δ.2. Δαπάνες ανά χρηματοδοτικό φορέα.

Οι δαπάνες των φορέων για υπηρεσίες υγείας ανά κατηγορία παρόχου παρουσιάζουν διαφοροποίηση των ποσοστώςσεων επί του συνόλου με τις πληρωμές ιδιωτών (προϋπολογισμοί νοικοκυριών) να επιβαρύνονται ανά έτος με μεγαλύτερη συμμετοχή. (ΠΙΝΑΚΑΣ 2.)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Συνολική Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας					
ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013
1. Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας	23,177	22,269	19,599	17,106	15,777
2. Χρηματοδότηση για δημόσια δαπάνη	16,098	15,582	13,188	11,408	10,021
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	7,623	7,543	5,235	5,532	4,987
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	1,590	1,540	1,357	1,089	1,105
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	6,886	6,499	6,596	4,787	3,929
2Α. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)	6,115	6,475	4,202	5,046	4,603
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	5,355	5,705	3,580	4,454	4,032
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	548	572	388	446	408
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	212	199	234	146	163
2Β. ΟΚΑ	9,983	9,106	8,986	6,361	5,418
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	2,268	1,838	1,655	1,077	954
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	1,041	968	969	643	698
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	6,674	6,300	6,362	4,641	3,766
3. Ιδιωτικός τομέας	7,062	6,615	6,358	5,645	5,616
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	1,476	1,579	1,711	1,765	1,780
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	3,535	3,009	2,663	1,903	1,618
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	2,015	2,027	1,983	1,977	2,218
3Α. Ιδιωτική ασφάλιση	434	537	534	526	495
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	311	380	380	377	358
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	43	55	53	51	48
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	80	101	101	98	89
3Β. Πληρωμές ιδιωτών	6,592	6,078	5,824	5,119	5,121
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	1,165	1,199	1,332	1,388	1,422
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	3,492	2,953	2,610	1,852	1,571
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	1,935	1,926	1,882	1,879	2,129
4. Λοιπές δαπάνες	53	73	53	54	139
ΕΛΣΤΑΤ, (σε εκατ. Ευρώ)					

Σε ό,τι αφορά τις δαπάνες για τα Νοσοκομεία και τις Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΠΙΝΑΛΑΣ 2, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.α)

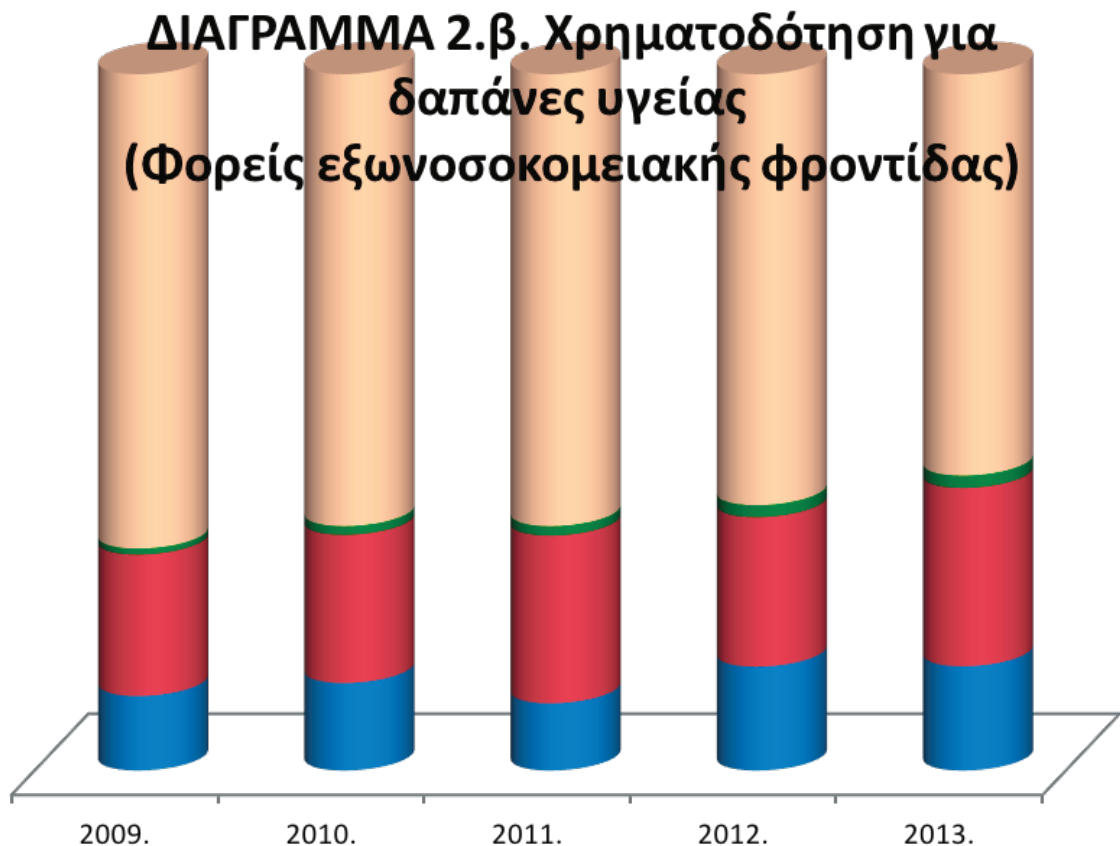
- Οι δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού είναι μειωμένες σε ποσοστό 24.70%, (€5,355 δις / €4,032δις),ενώ την μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζουν οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης με ποσοστό 57,92% (€2,268 δις / €954 εκ) . Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι ιδιωτικές πληρωμές στην συγκεκριμένη κατηγορία είναι μεγαλύτερες από το άθροισμα των δαπανών των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης και της Ιδιωτικής Ασφάλισης. (€1,421 δις / €1,312 δις)
- Οι πληρωμές ιδιωτών, από το 12.81% που αποτελούσαν του 2009 επί του συνόλου των δαπανών της συγκεκριμένης κατηγορίας ανήλθαν στο 21.01%. Παρουσιάζοντας αύξηση σε ποσοστό 21.98% από το 2009. (€1,165 δις / €1,421 δις)
- Οι πληρωμές από την ιδιωτικής ασφάλιση παρά την αύξηση σε ποσοστό 15.29% (€310.7 εκ / €358.2 εκ), παραμένουν σε πολύ χαμηλό συμμετοχικό ποσοστό.



Αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών για Νοσοκομεία και Δομές Νοσηλευτικής Φροντίδας, οφείλεται κύρια στη μη δυνατότητα των δημόσιων νοσοκομείων να καλύψουν την ζήτηση νοσοκομειακών υπηρεσιών και στην δυνατότητα που παρέχεται από τον ΕΟΠΥΥ για εξυπηρέτηση της ζήτησης από τις Ιδιωτικές μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, μέσω συμβάσεων. Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών για τις Δημόσιες μονάδες πραγματοποιείται αποκλειστικά από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και τους ΟΚΑ σε ποσοστά 81% / 19% - €4,032 δις / €954 εκ).

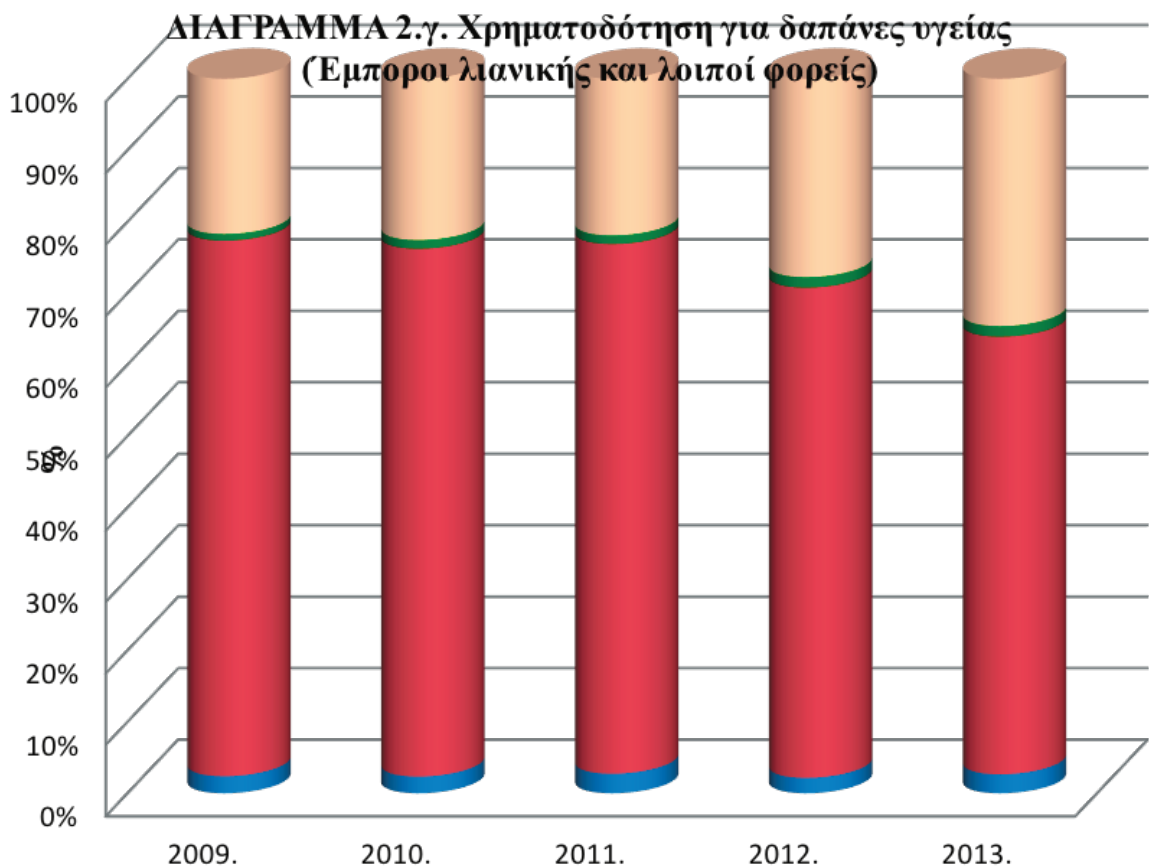
Για τις δαπάνες σε φορείς εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.β)

- Οι ιδιωτικές πληρωμές καλύπτουν το 57.67% του συνόλου των δαπανών (€1,570.7δισ / €2,723.8 δισ) το 2013.
- Οι πληρωμές από τον κρατικό προϋπολογισμό έχουν μειωθεί το 2013 σε ποσοστό 25.62% σε σχέση με το 2009. (€548.3 εκ / €407.8 εκ) ενώ την αντίστοιχη περίοδο οι πληρωμές των ΟΚΑ μειώθηκαν σε ποσοστό 33.01% (€1,041.4 δισ / €697.6 εκ).
- Σημαντική μείωση παρουσιάζουν οι ιδιωτικές πληρωμές με ποσοστό 55.02% (€3,491.7 δισ / 1,570.7 δισ), διατηρώντας όμως την υψηλότερη συμμετοχή επί του συνόλου των δαπανών αυτής της κατηγορίας.
- Η συμμετοχή των πληρωμών τις ιδιωτικές ασφάλισης παρά την αύξηση σε ποσοστό 10.93% (€43 εκ. / 47.7 εκ.) παραμένουν και σε αυτή την κατηγορία σε πολύ χαμηλή ποσοστιαία συμμετοχή.



Για δαπάνες σε Εμπόρους λιανικής και λοιποί φορείς (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.γ.)

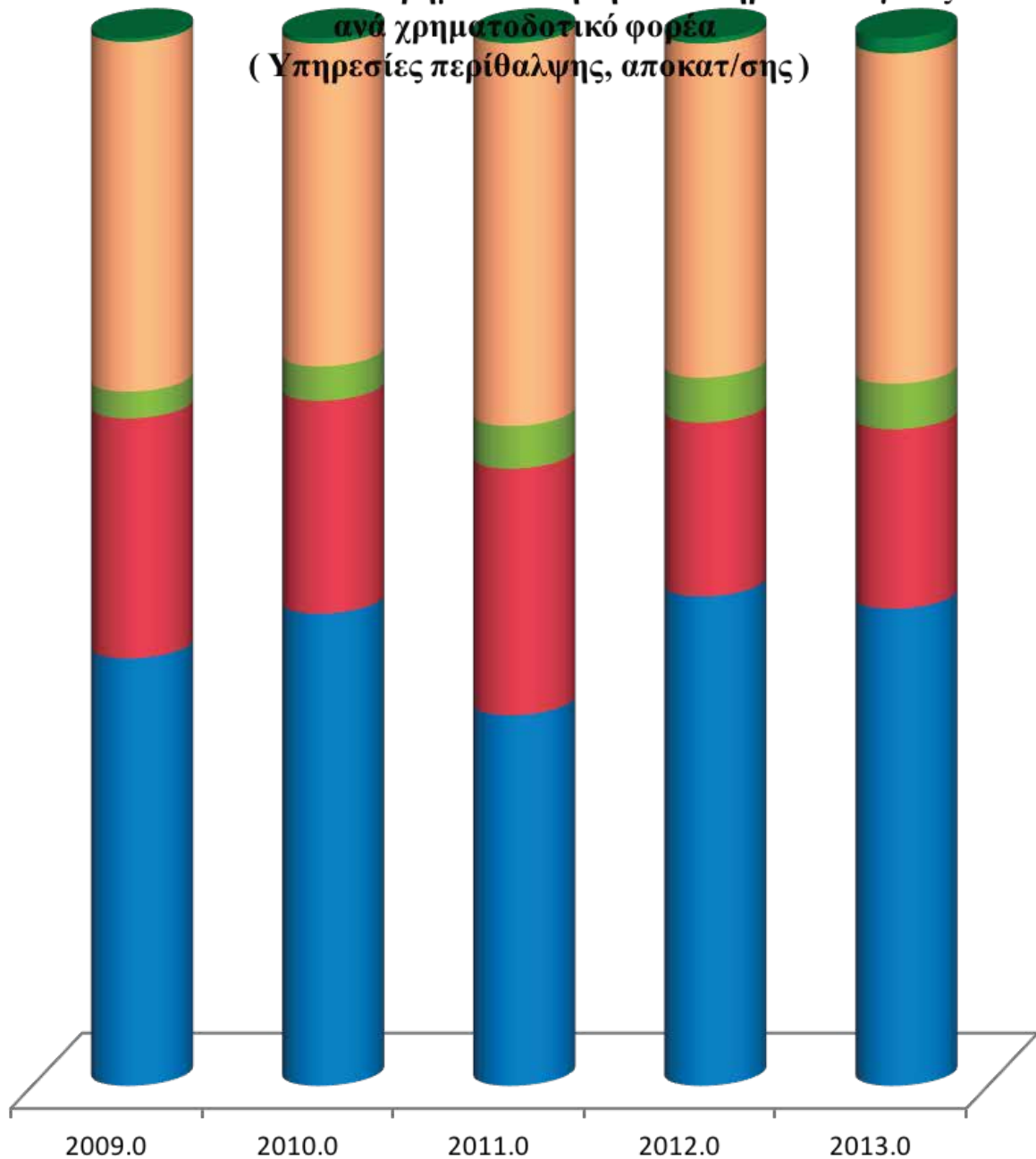
- Οι ΟΚΑ και ιδιωτικές πληρωμές καλύπτουν το 96% του συνόλου των πληρωμών (€5,894.8 δις / €6,146.9 δις) για το 2013.
- Το σύνολο των πληρωμών αυτής της κατηγορίας είναι μειωμένες το 2013 σε ποσοστό 30.94% σε σχέση με το 2009.
- Η μείωση αυτή αφορά μόνο την δημόσια χρηματοδότηση και συγκεκριμένα:
23.20% (€212.1 εκ / €162.9 εκ) μείωση των πληρωμών από τον Κρατικό προϋπολογισμό
43.57% (6,673.5 δις / €3,765.9 δις) μείωση των πληρωμών από τους ΟΚΑ
10.01 % (€1,935.2 δις / 2,128.9 δις) αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών
11.36% (€80.1εκ / €89.2 εκ) αύξηση των πληρωμών Ιδιωτικής ασφάλισης



Στα Διαγράμματα 3.α, β, γ, δ. παρουσιάζεται η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα.

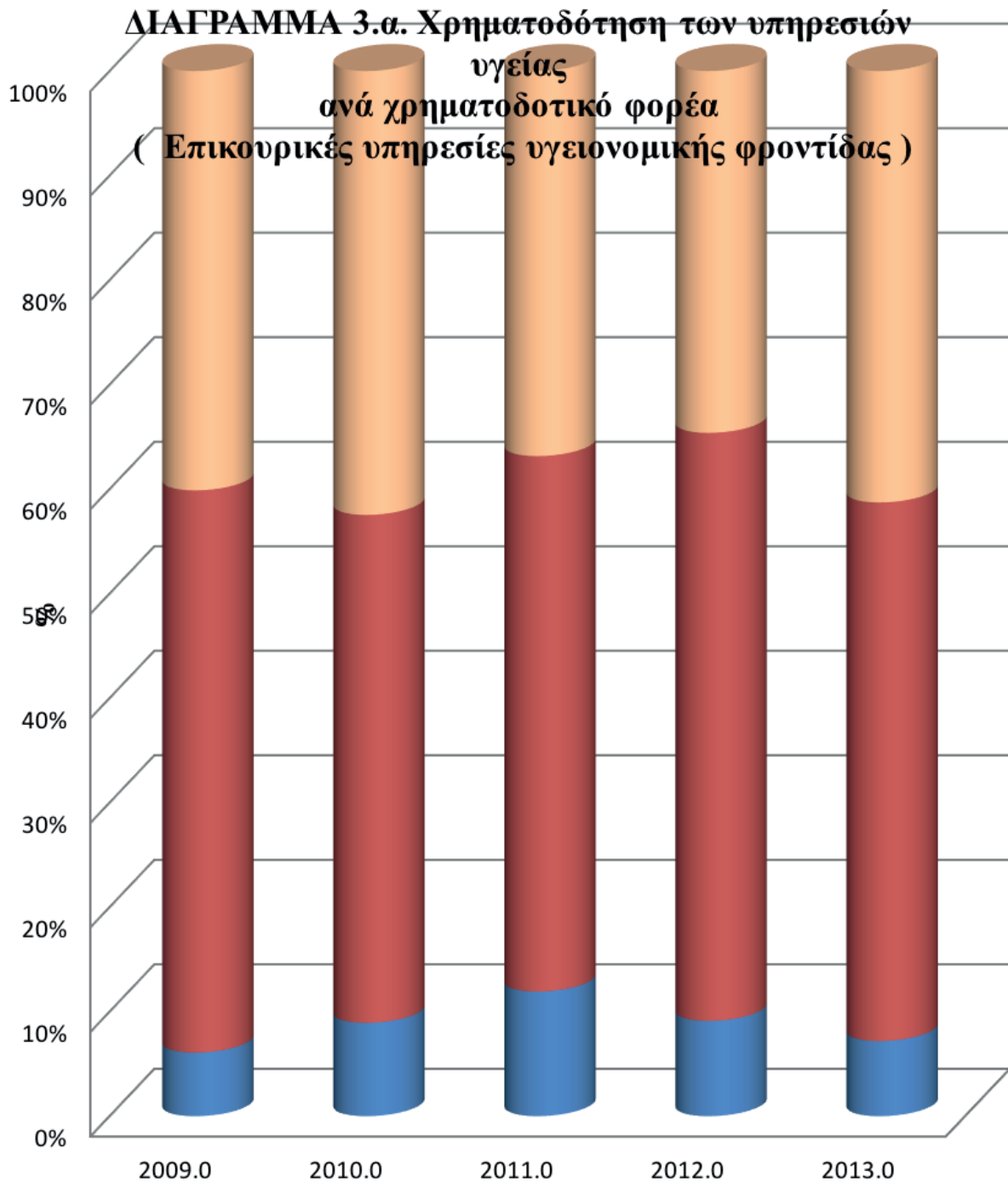
Υπηρεσίες περίθαλψης αποκατάστασης

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.α. Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας
ανά χρηματοδοτικό φορέα
(Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης)**



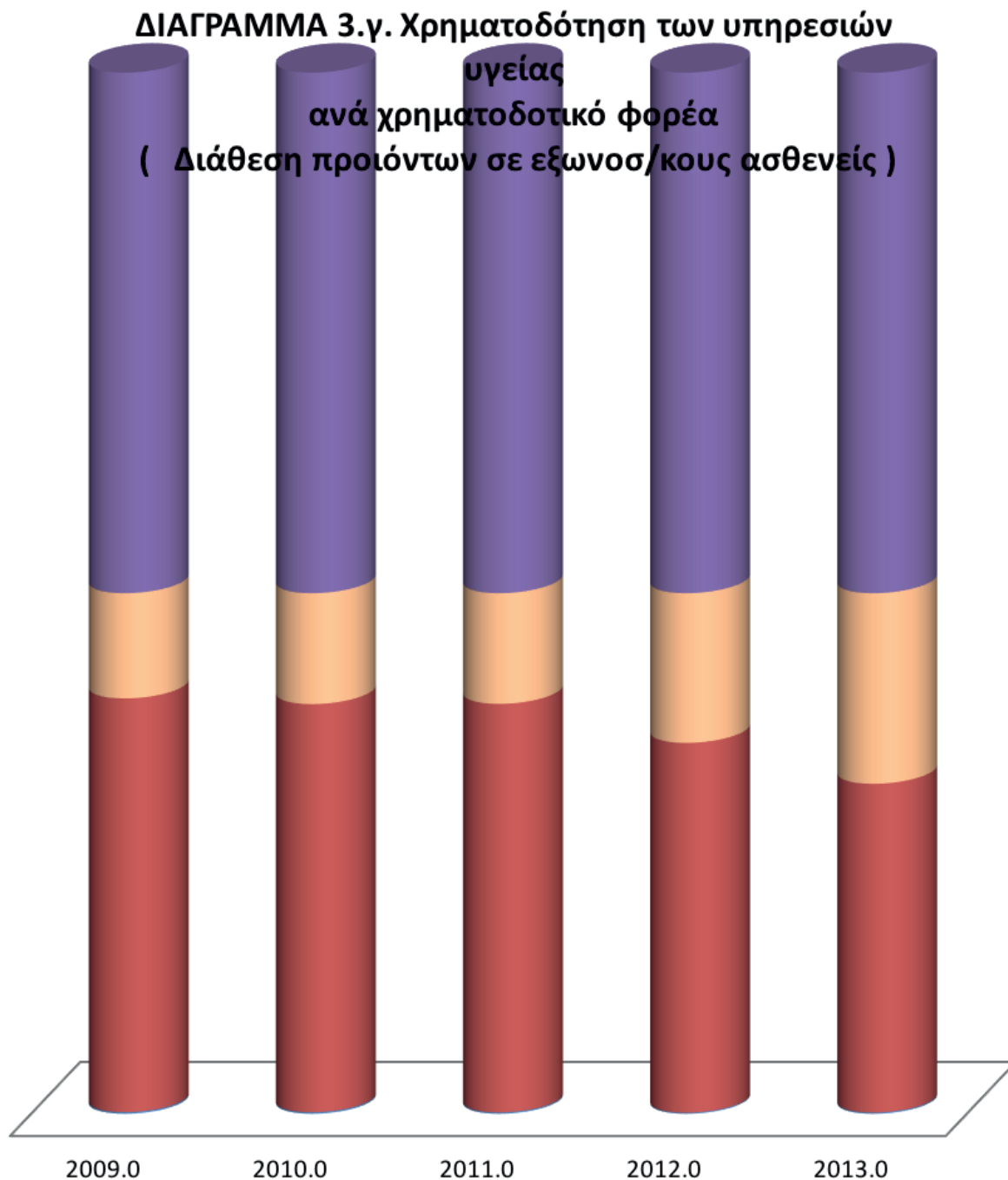
- Η κάλυψη της δαπάνης για υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης παρουσιάζει μείωση σε ποσοστό 32% το 2013 σε σχέση με το 2009. (€13,950 δις / €9,485 δις)
- Οι πληρωμές από την κεντρική διοίκηση είναι μειωμένες σε ποσοστό 24.13% και από τους ΟΚΑ σε ποσοστό 49.12%
- Αν και μειώθηκαν οι πληρωμές των νοικοκυριών σε ποσοστό 35.75%, η ποσοστιαία συμμετοχή στο σύνολο των δαπανών παρουσιάζει μείωση μόνο 1.8 ποσοστιαίες μονάδες.

Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας



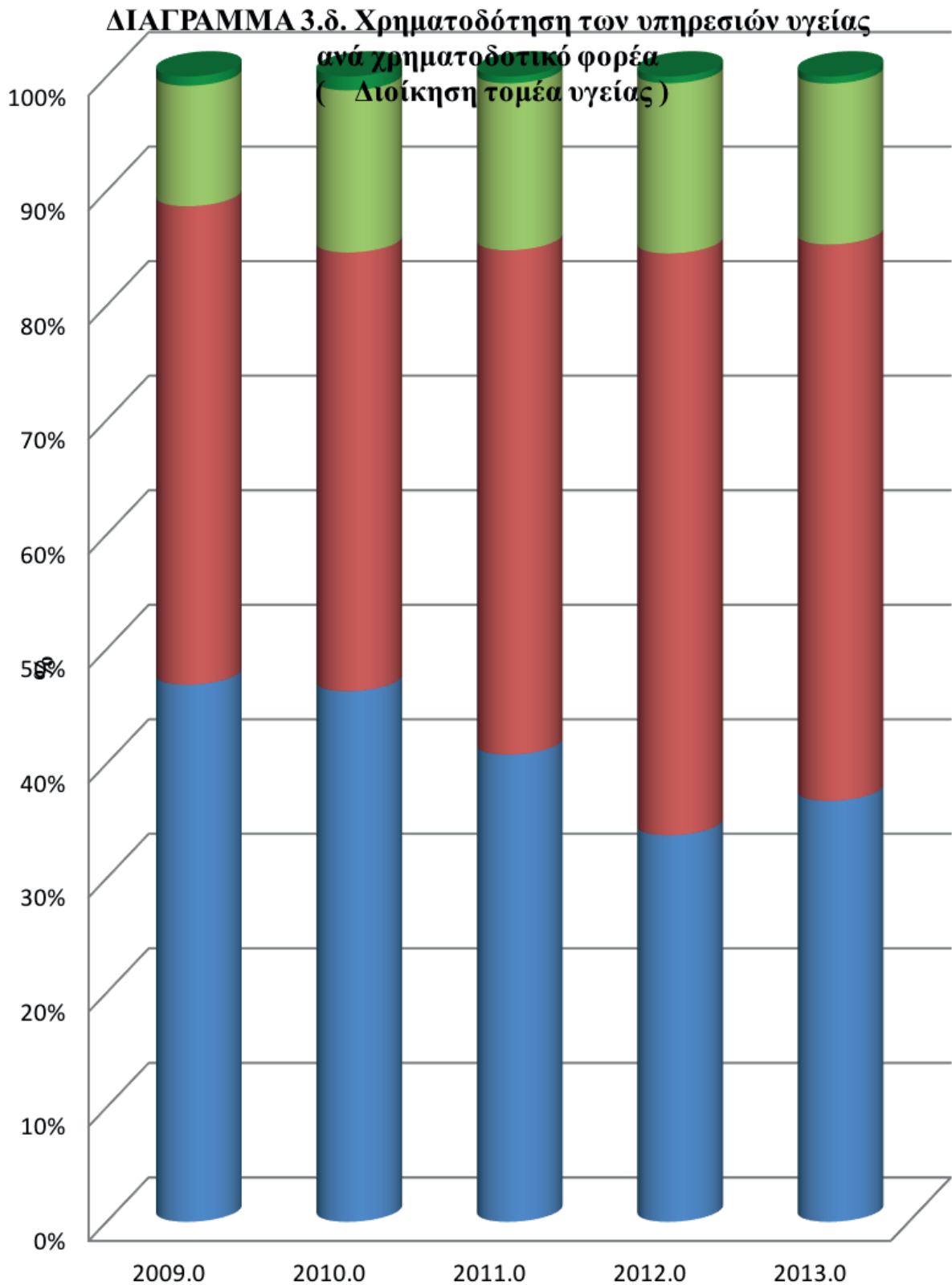
- Κύριοι χρηματοδότες στην συγκεκριμένη κατηγορία είναι οι ΟΚΑ και οι Πληρωμές των νοικοκυριών.

Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς



- Οι συνολικές πληρωμές το 2013 σε σχέση με 2009 είναι μειωμένες σε ποσοστό 34.4%, η οποία οφείλεται κύρια στην μείωση των πληρωμών από τους ΟΚΑ σε ποσοστό 47.9%.
- Οι πληρωμές των νοικοκυριών είναι αυξημένες σε ποσοστό 18.9%.
- Σημαντική είναι η απουσία πληρωμών από την ιδιωτικής ασφάλιση.

Διοίκηση τομέα υγείας

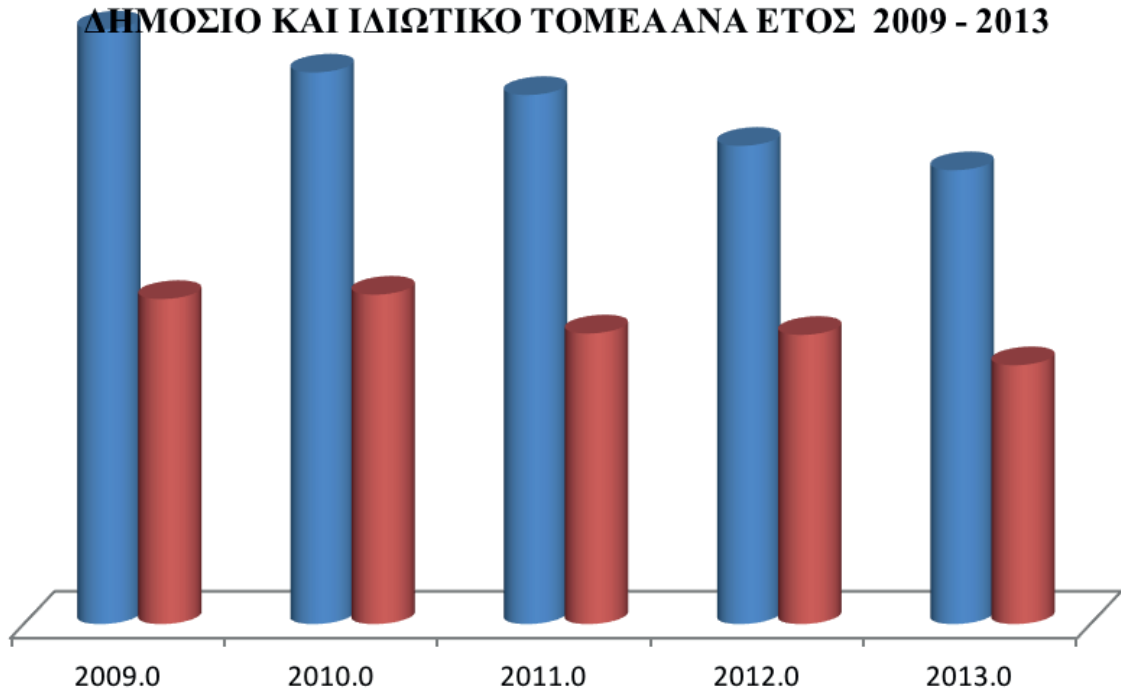


- Οι δαπάνες για την Διοίκηση του τομέα υγείας παρουσιάζουν την μικρότερη ποσοστιαία μείωση σε ποσοστό 18.9% (€132.9 εκ) το 2013 σε σχέση με το 2009. (€715.5 εκ / €582.6 εκ)
- Το κύριο βάρος αφορά την Κεντρική διοίκηση και τους ΟΚΑ.

Ε. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΚΟΣΤΟΣ

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από νοσοκομειακές μονάδες του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα. Η ανάλυση του κόστους, η αξιολόγηση και η σύγκριση των αποτελεσμάτων σε ενιαία βάση, δεν είναι δυνατή λόγω έλλειψης δεδομένων και διαφορετικότητας των καταγραφών. Δυνατότητα δίδεται για συγκεκριμένους Δείκτες ή σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους που έχουν δημοσιευθεί στοιχεία που αφορούν και τους δύο τομείς με κοινή επεξεργασία.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.α. ΜΕΣΗ ΔΑΠΑΝΗ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ 2009 - 2013

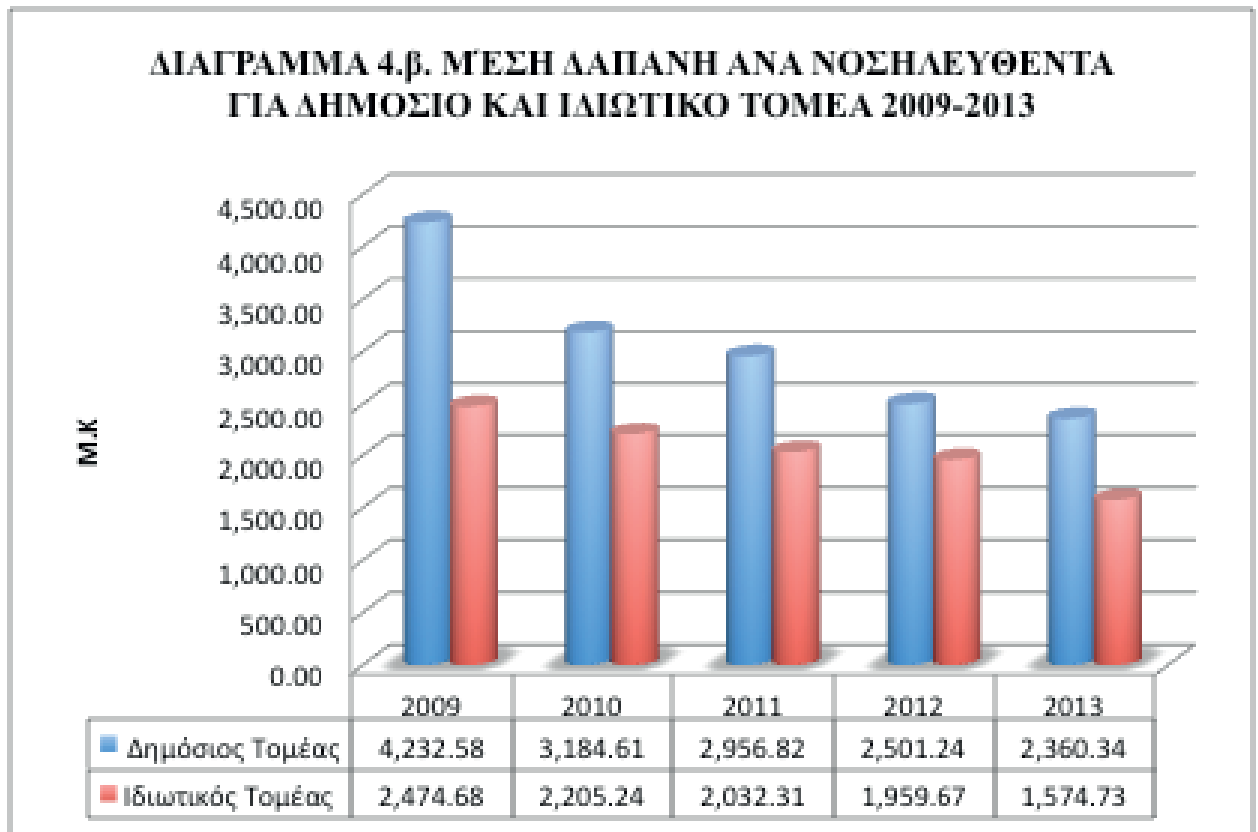


Με βάση τις δαπάνες, όπως έχουν αναλυθεί παραπάνω και τα δημοσιευμένα στοιχεία μέσω ESYnet του Υπουργείου Υγείας και ΕΟΠΥΥ, δίδεται η δυνατότητα αποτύπωσης του κόστους ανά κλίνη/έτος για τα έτη 2009 – 2013. (Διάγραμμα 4.α)

Η κλίνη στο Ιδιωτικό τομέα παρουσιάζεται φθηνότερη το 2013 σε ποσοστό 42.97% από την αντίστοιχη του Δημοσίου, μειωμένη σε ποσοστό 20.38% από το 2009 και έναντι μείωσης 23.66% της αντίστοιχης του Δημοσίου.

Η διαφοροποίηση αυτή για Ιδιωτικό τομέα αιτιολογείται από:

- Την ανάπτυξη και εφαρμογή οικονομιών κλίμακος
- Την ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων ελέγχου του κόστους
- Την εφαρμογή συστημάτων ποιότητας
- Την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων
- Τον ανταγωνισμό



Στο διάγραμμα 4.β. απεικονίζεται η Μέση δαπάνη ανά νοσηλευθέντα για την ίδια χρονική περίοδο.

Η Μέση Δαπάνη ανά νοσηλευθέντα στον Ιδιωτικό τομέα είναι μικρότερη σε ποσοστό 33.28% της αντίστοιχης του Δημόσιου τομέα το 2013, αν και μειωμένη σε ποσοστό 36.37% έναντι 44.23% του Δημόσιου τομέα, από το 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (JANUARY-APRIL 2013)*Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals***Overview of HPH's Financial Indicators**

Indicator	Total Cost	Per Patient	Per Patient Day	Per Bed Day
Average Total Cost	569,075,425 €	759.79 €	193.16 €	143.50 €
Average Pharmaceutical Cost	221,444,778 €	292.93 €	75.16 €	55.84 €
Average Material Cost	234,535,681 €	310.25 €	79.61 €	59.14 €
Average Cost of Services	113,094,966 €	149.61 €	38.39 €	28.52 €
Liabilities	1,890,308,506 €	2,500.56 €	641.62 €	476.67 €
TOTAL PUBLIC HOSPITALS	2,459,383,931€	3,260.35€	834.78€	620.17€
TOTAL PRIVATE HOSPITALS	54,000,000€	466,32€	142.23€	105.62€
ΥΥΚΑ & ΣΕΚ,ΕΟΠΥΥ				

Ο Πίνακας 4. Αφορά την χρονική περίοδο ΙΑΝ ΑΠΡ 2013 με στοιχεία που προωθήθηκαν προς τους τότε θεσμούς, περιέχοντας δεδομένα του λειτουργικού κόστους των Δημόσιων νοσοκομείων. Παράλληλα, είχαν συγκεντρωθεί και αξιολογηθεί τα αντίστοιχα στοιχεία για τις Ιδιωτικές μονάδες δευτεροβάθμιας νοσηλείας.

Διαπιστώνεται ότι το μέσο κόστος που αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ ανά ασθενή, Ημέρα Νοσηλείας και κρεβατοημέρα, είναι μικρότερο στον Ιδιωτικό τομέα σε σχέση με τον Δημόσιο και ελάχιστο αν στην Δημόσια νοσοκομειακή αποζημίωση προστεθούν και οι liabilities που δημιουργούνται από την υπάρχουσα οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων μονάδων.

ΣΤ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η αξιολόγηση των παραπάνω δεδομένων, αποδεικνύει ότι ο Δημόσιος τομέας παρουσιάζει πολύ υψηλότερο κόστος, που δεν μπορεί να αιτιολογηθεί από τους δείκτες αποτελεσματικότητας και ικανοποίησης των πολιτών στην χρήση των δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων.

Η συνολική δαπάνη για τον Δημόσιο τομέα θα έπρεπε να αναφέρεται σε μεγαλύτερη ποσότητα παρεχόμενων υπηρεσιών (Νοσηλείες, χειρουργεία κ.λ.π), ενώ παρουσιάζεται αύξηση των ροών προς τις Ιδιωτικές μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης εν μέσω οικονομικής κρίσης και ιδίων πληρωμών. Με βάση τα παραπάνω αναγραφόμενα δημιουργούνται εύλογα αμφιβολίες για την ορθότητα του εγκεκριμένου πρόσφατα κυβερνητικού προγραμματισμού για την Υγεία και συγκεκριμένα για την ανάπτυξη ενός μονοδιάστατου “Δημόσιου Συστήματος Υγείας” εφόσον:

1. Θα πρέπει μόνο για τις δύο αυτές κατηγορίες να μεταφερθούν σε πληρωμές του Κρατικού Προϋπολογισμού τουλάχιστον € 4,000 δις.
2. Η μεταφορά αυτού του ποσού θα δημιουργήσει μείωση σε φορολογικά έσοδα στον κρατικό προϋπολογισμό καθώς επίσης και των ασφαλιστικών εισφορών
3. Θα καθούν κατ'ελάχιστο 15-20.000 θέσεις εργασίας.
4. Θα απαιτηθεί επιπλέον κατ'ελάχιστο €1.000 δις για προσλήψεις και εξοπλισμό ώστε να αντιμετωπισθεί η αύξηση της ζήτησης και η απαίτηση για νέες τεχνολογίες.

Η σημερινή δομή των δημόσιων μονάδων υγείας δεν μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά όχι μόνο για τις ίδιες “αγκυλώσεις” της, αλλά και λόγω της πλήρους εξάρτησης στην Δημόσια Διοίκηση η οποία λειτουργεί με νόμο του 1958. Δεν είναι τυχαίο ότι σημερινή λειτουργία δεν βελτιώθηκε με 35 νόμους και Προεδρικά Διατάγματα το χρονικό διάστημα 1983-2015 (κάθε 14 μήνες ένας νόμος ή ΠΔ), 502 Υπουργικές Αποφάσεις (κάθε μήνα 1,3 ΥΑ) και μερικές χιλιάδες εγκυκλίου.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΤΟΥ LSE

Ο Ελληνικός Σύλλογος Αποφοίτων του London School of Economics and Political Science ιδρύθηκε το 1992 με σκοπό να αποτελέσει το σημείο συγκέντρωσης και τη φωνή των αποφοίτων του ιστορικού Πανεπιστημίου στην Ελλάδα.

Σήμερα, αποτελεί ένας από τους πιο ενεργούς Συλλόγους αποφοίτων ξένων πανεπιστημίων, έχοντας υψηλό αριθμό εγγεγραμμένων και ενεργών μελών, καθώς και έντονη δραστηριότητα στη διοργάνωση συνεδρίων και κοινωνικών εκδηλώσεων με τη συμμετοχή σημαντικών προσωπικοτήτων του πολιτικού, επιχειρηματικού και ακαδημαϊκού χώρου στην Ελλάδα και διεθνώς.

Το Δ.Σ. του Συλλόγου για τη διετία 2014-2016 απαρτίζεται από τους κ.κ.:

Μαρία Ξυτάκη	Πρόεδρο
Αθηνά Μαρκομιχελάκη	Αντιπρόεδρο
Γιάννη Τζώρτζη	Γενικό Γραμματέα
Αλέξανδρο Καρανδρέα-Καρύδη	Ταμία
Αθανάσιο Ζώνη	Μέλος
Ναταλία Πετρίδη	Μέλος
Γιάννη Φελούκα	Μέλος

info@lsealumni.gr
www.lsealumni.gr

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Η Πνευματική Ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς την τήρηση διατυπώσεων και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Επισημαίνεται πάντως ότι σύμφωνα με το ν. 2121/1993 (όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει) και τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που έχει κυρωθεί με το ν. 100/1975) απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος συλλογικού έργου, η αποθήκευσή του σε βάση δεδομένων, η αναμετάδοσή του σε ηλεκτρονική, μηχανική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, η φωτοανατύπωσή του με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση, καθώς και κάθε άλλη διασκευή ή μετατροπή, που θα προορίζεται να εξυπηρετήσει αμιγώς εμπορικούς σκοπούς, χωρίς την έγγραφη άδεια των δημιουργών του, των οποίων οι απόψεις είναι αυστηρά προσωπικές και δεν απηχούν απαραίτητα τις θέσεις του Ελληνικού Συλλόγου Αποφοίτων του London School of Economics and Political Science.

www.lsealumni.gr