

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Λογιστική και  
Χρηματοοικονομική**



**Master of Science (M.Sc)  
in Accounting and Finance**

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**" Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και οι επιρροές του COVID-19"**

**Όνομα φοιτήτριας: Τσακαλάκη Αντωνία**

**Επιβλέπων Καθηγητής: Μπαμπαλός Βασίλειος**

Διατριβή υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η παρούσα διατριβή αποτελεί μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος στη Λογιστική και Χρηματοοικονομική

Καλαμάτα, Οκτώβριος 2022

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Λογιστική και  
Χρηματοοικονομική**



**Master of Science (M.Sc)  
in Accounting and Finance**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

**Μπαμπαλός Βασίλειος**

**Επικ. Καθηγητής, Τμήματος Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής,**

**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

**Γιαννόπουλος Βασίλειος**

**Επικ. Καθηγητής, Τμήματος Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής,**

**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

**Σπηλιόπουλος Οδυσσέας**

**Αναπλ. Καθηγητής, Τμήματος Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής,**

**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

Η Τσακαλάκη Αντωνία

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- 1)** Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.
  
- 2)** Αποδέχομαι ότι το Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη του Ιδρύματος, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

**Στους γονείς μου**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Λογιστική και Χρηματοοικονομική του τμήματος Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την υποστήριξη και τη βοήθειά τους όλη αυτή τη περίοδο καθώς και για την υπομονή τους καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Μπαμπαλό Βασίλειο, για την πολύτιμη βοήθεια του στη διαμόρφωση της εργασίας μου αλλά και για τις γνώσεις που μου παρείχε τόσο στο μεταπτυχιακό όσο και στο προπτυχιακό.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους του καθηγητές καθώς και τη γραμματεία του ΠΜΣ του τμήματος Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για τις γνώσεις που μας μεταλαμπαδεύσατε.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	5
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	8
ABSTRACT .....	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	11
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ .....	12
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Υγεία.....	16
1.1. Η έννοια της υγείας.....	16
1.2. Υγεία: Ιδιωτικό ή Κοινωνικό Αγαθό .....	17
1.3. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα (Ε.Σ.Υ.) .....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Πρότυπα μοντέλα συστημάτων υγείας.....	23
2.1. Εθνικό Σύστημα Υγείας – μοντέλο Beveridge.....	23
2.2. Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – μοντέλο Bismarck .....	25
2.3 Συγκριτική ανάλυση των δύο μοντέλων .....	26
2.4 Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας – μοντέλο υγείας Η.Π.Α. ....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα.....	31
3.1. Το πλαίσιο ανάπτυξης και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα.....	31
Πίνακας 1: Ανάλυση Swot για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών. ....	34
3.2. Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα.....	34
3.3. Το σύστημα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.....	37
3.4. Οι επιπτώσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα .....	42
3.5 Συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης .....	50
4.1. Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης .....	50
4.2. Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.....	54
4.3. Βασικά στοιχεία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα.....	60
4.4. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης .....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Οικονομική κρίση στον τομέα της υγείας – Κορονοϊός (COVID-19) .....	67
5.1. Η εξέλιξη της χρηματοδότησης δαπανών υγείας. ....	67
5.2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).....	70
5.3. Παροχές ασφαλισμένων και ανασφάλιστων πολιτών στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας .....	74

5.4. Πανδημία - Κορονοϊός (COVID-19) .....	79
5.5. Περιοριστικά μέτρα για τη μείωση της εξάπλωσης του COVID-19 .....	84
5.6. Αναστολή απασχόλησης για περιορισμό της εξάπλωσης της COVID-19 .....	85
5.7. Κλάδοι της Ελληνικής Οικονομίας σε αναστολή λειτουργίας.....	87
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	92

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας είναι να αναλύσει το σύστημα της υγείας της χώρας μας καθώς και το πως ο COVID-19 έχει επηρεάσει τη ζωή μας αναφορικά με το σύστημα υγείας. Αρχικά οι αναλύσεις της εργασίας εστιάζονται αποκλειστικά στην υγεία, αποδίδονται οι απαιτούμενοι ορισμοί και περιγράφεται η έννοια του συστήματος υγείας. Επιπλέον μέσα από τη παρουσίαση των συστημάτων υγείας τριών μεγάλων χωρών, τα οποία αποτελούν και πρότυπα συστήματα θα μπορέσουμε να αναλύσουμε εκτενώς το ελληνικό σύστημα υγείας. Στη συνέχεια βλέπουμε την εισχώρηση του ιδιωτικού τομέα υγείας και την σύμπραξη μαζί με το δημόσιο. Γίνεται αναφορά στον θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και στον τρόπο λειτουργίας στην Ελλάδα αλλά και τις επιπτώσεις που έχει φέρει η οικονομική κρίση. Τέλος η έρευνα εστιάζει στον τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας από την ελληνική πολιτεία αλλά και στην αντίδραση που υπήρξε από τους επιχειρηματίες σχετικά με τις αποφάσεις που πάρθηκαν. Θα δοθεί ιδιαίτερη βάση στους τομείς της οικονομίας που επλήγησαν περισσότερο από τη πανδημία του COVID-19.

Μέσα από την εργασία αυτή θα προσπαθήσουμε να εντοπίσουμε τα υπέρ και τα κατά του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και τις αιτίες ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα έχει να αναλύσουμε τόσο τα πλεονεκτήματα όσο και τα μειονεκτήματα που μπορεί να προκύψουν από τη σύμπραξη των δύο συστημάτων υγείας. Περαιτέρω η μελέτη της εργασίας εστιάζεται στο ζήτημα της ασφάλισης και στον COVID-19, όπως για παράδειγμα τι παροχές έχει ένας ασφαλισμένος και ένας ανασφάλιστος στο σύστημα υγείας? Πως η οικονομική κρίση επηρέασε τις δαπάνες της υγείας? Πως ανταπεξήλθε η χώρα συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στη πανδημία αυτή? Τα μέτρα που ακολουθήσαμε είχαν τελικά το επιθυμητό αποτέλεσμα? Τι επιπτώσεις είχαν στην οικονομία τα μέτρα αυτά?

Συγκεντρώνοντας τα απαραίτητα δεδομένα θα οδηγηθούμε και στις απαντήσεις των ερωτημάτων και θα αξιολογήσουμε και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν με όφελος ένα ευνοϊκό σύστημα υγείας για όλους και την οικονομική ανάκαμψη της χώρας μας.

**Λέξεις κλειδιά:** [Υγεία, ιδιωτικός – δημόσιος τομέας υγείας, ασφάλιση, οικονομική κρίση, Κορονοϊός (COVID-19)]



## ABSTRACT

The purpose of this paper is to analyze the health care system of our country and how COVID-19 has affected our lives in terms of the health care system. Initially, the analyses of the paper focus exclusively on health, assigning the required definitions and describing the concept of the health system. Furthermore, through the presentation of the health systems of three major countries, which are also model systems, we will be able to analyze the Greek health system in detail. Then we see the entry of the private health sector and its partnership with the public sector. Reference is made to the institution of social security and how it operates in Greece and the effects that the economic crisis has brought. Finally, the research focuses on the way the Greek state dealt with the pandemic and the reaction of the business community to the decisions taken. Particular attention will be given to the sectors of the economy that were most affected by the COVID-19 pandemic.

Through this paper we will try to identify the pros and cons of the public and private sector of service provision and the reasons for the development of the private sector. Of particular interest will be to analyze both the advantages and disadvantages that may arise from the partnership of the two health care systems. Further the study of the paper focuses on the issue of insurance and COVID-19, such as what benefits does an insured and an uninsured person have in the health care system? How has the financial crisis affected health care expenditure? How did the country cope with this pandemic compared to other EU countries? Did the measures we took finally have the desired effect? What impact did these measures have on the economy?

By gathering the necessary data, we will be led to the answers to these questions and we will also evaluate the results that will be obtained with the benefit of a favorable health system for all and the economic recovery of our country.

**Keywords:** [Health, private – public health sector, insurance, financial crisis, coronavirus (COVID-19)]

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1 Ισορροπία στην αγορά .....	σελ.18
Γράφημα 2 Κατανομή Παραγωγής Ασφαλίσεων .....	σελ.42
Γράφημα 3 Ασφαλιστικές Αποζημιώσεις .....	σελ.43
Γράφημα 4 Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας για τα έτη 2016 – 2020 (εκατ. ευρώ).....	σελ.71
Γράφημα 5 Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2016 – 2010 (εκατ. ευρώ) .....	σελ.72
Γράφημα 6 Ποσοστιαία συμμετοχή (%) των φορέων στη χρηματοδότηση δαπανών υγείας για τα έτη 2016 – 2020 .....	σελ.73
Γράφημα 7 Κατανομή δαπανών υγείας στην Ελλάδα .....	σελ.76
Γράφημα 8 Κρούσματα και θάνατοι λόγω COVID-19 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	σελ.83
Γράφημα 9 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ανά 100.000 κατοίκους (πριν τη COVID-19) .....	σελ.85
Γράφημα 10 Σύνολο διαθέσιμων κλινών και κλινών ΜΕΘ για COVID-19 (2020), Ελλάδα..	σελ.86
Γράφημα 11 Αριθμός Ιατρών και Νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους, 2018 .....	σελ.86
Γράφημα 12 Εξέλιξη ΑΕΠ (€) και ετήσια μεταβολή (%) – Ελλάδα.....	σελ.87
Γράφημα 13 Μείωση (%) των ωρών εργασίας στην Ευρωζώνη .....	σελ.89
Γράφημα 14 Ανεργία ανά κλάδο της Ελληνικής Οικονομίας .....	σελ.90

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Ανάλυση Swot για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών .....	σελ.34
Πίνακας 2 Ποσοστό συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν.....	σελ.70
Πίνακας 3 Δικαιούχοι Δωρεάν Φαρμακευτικής Περίθαλψης.....	σελ.81
Πίνακας 4 Βασικά Στοιχεία .....	σελ.84

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

- Εικόνα 1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....σελ.75
- Εικόνα 2 Ποσοστό επιχειρήσεων σε αναστολή λειτουργίας επί του συνόλου των επιχειρήσεων, ανά περιφέρεια της χώρας και ποσοστό επιχειρήσεων σε αναστολή λειτουργίας με δυνατότητα διενέργειας ηλεκτρονικών συναλλαγών, ανά περιφέρεια .....σελ.92

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ε.Σ.Υ.	Ελληνικό Σύστημα Υγείας
ΚΕ.Σ.Υ.	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Σ.Δ.Ι.Τ.	Σύμπραξη Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα
Ε.Φ.Κ.Α.	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΔΙΚΑ ΑΕ.	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης Ανώνυμη Εταιρεία
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΜΕΘ	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια διανύει μία από τις δυσκολότερες περιόδους. Η πρόσφατη οικονομική κρίση αποτέλεσε το ξεκίνημα μιας νέας περιόδου για τη χώρα μας. Τα μέτρα που κλήθηκε να λάβει η κυβέρνηση είχαν άμεσο αντίκτυπο στον τομέα της υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός του όρου της Υγείας καθώς και το κατά πόσο αποτελεί κοινωνικό ή ιδιωτικό «αγαθό». Επίσης γίνεται αναφορά στο πως λειτουργεί το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, ξεκινώντας με μια ιστορική αναδρομή φτάνοντας μέχρι το σήμερα. Επιπλέον παρατηρούμε ποια είναι τα βασικά πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα του συστήματος υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα πρότυπα μοντέλα συστημάτων υγείας. Παρατηρούμε το πως λειτουργεί το κάθε μοντέλο, που απευθύνεται και τέλος γίνεται και μια σύγκριση των μοντέλων ως προς τα χαρακτηριστικά τους.

Συνεχίζοντας στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα. Αναλύοντας τις υπηρεσίες που προσφέρει, τα πλεονεκτήματα της ύπαρξης στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, καθώς και το πλεονέκτημα του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα. Παρατηρούμε τον λόγο ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα και μέσα από μια ανάλυση swot βλέπουμε τις δυνάμεις, τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες αλλά και τις απειλές που σημειώνει ο κάθε τομέας ξεχωριστά. Τέλος γίνεται αναφορά στη σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας καθώς και των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων που συγκεντρώνουν.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται ιστορική αναδρομή του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης. Παρουσιάζονται τα βασικά στοιχεία του συστήματος μέσα από τους τρεις πυλώνες καθώς και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης με ιδιαίτερη έμφαση στο συνταξιοδοτικό και την υγεία.

Κλείνοντας την εργασία αυτή, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εξέλιξη της χρηματοδότησης δαπανών υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης, γίνεται αναφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθώς και στη δυσπιστία των πολιτών στο νέο αυτό σύστημα. Επίσης αναφέρεται ποιες είναι οι παροχές που έχει ένας ασφαλισμένος και ένας ανασφάλιστος στις μέρες μας. Τέλος η εργασία ολοκληρώνει με τον ερχομό του κορωνοϊού στη χώρα μας. Μέσα από διαγράμματα συγκρίνουμε πως αντιμετώπισε η Ελλάδα τη πανδημία

αυτή συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και τις επιπτώσεις είχε στον πρωτογενή και δευτερογενή τομέα και στη καθημερινότητά μας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Υγεία

Η υγεία τόσο για τον άνθρωπο όσο και για τη κοινωνία καθορίζει όλη της πορεία της ζωής για το λόγο αυτό και έχει την έννοια της απόλυτης συνθήκης. Η σωστή και συχνή παροχή υπηρεσιών υγείας στο άτομο, αποτελεί το βασικό άξονα της κοινωνικής προσφοράς στο άτομο (Οικονομοπούλου Χρ., 2006). Η ανάλυση σχετικά με την σωστή οργάνωση και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, προϋποθέτει τον εννοιολογικό προσδιορισμό του συστήματος υγείας, ο οποίος με τη σειρά του καθορίζεται από τον ορισμό της ίδιας της έννοιας της υγείας.

### 1.1. Η έννοια της υγείας

Ο ισχύων ορισμός της Υγείας περιλαμβάνεται στον πρόλογο του καταστατικού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία (Νέα Υόρκη, 19-22 Ιουνίου 1946), τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου του 1948 και παραμένει αναλλοίωτος μέχρι και σήμερα. Σύμφωνα με αυτόν «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Από τον θετικό αυτόν ορισμό προκύπτει πως το ίδιο το άτομο είναι αυτό που κρίνει και (καθ)ορίζει το καλύτερο δυνατό επίπεδο της υγείας του. Το ίδιο δηλαδή αποτέλεσμα μπορεί να διαμορφώσει διαφορετικές αντιλήψεις κατά περίπτωση. Ένα άτομο για παράδειγμα με μικρή σωματική διάπλαση αισθάνεται απόλυτα υγιής λόγω αυτής της «απόκλισης» η οποία συμβάλλει στην ευεξία του εφόσον είναι αθλητής της ενόργανης γυμναστικής. (Υφαντόπουλος Γ., 2006)

Η έννοια της υγείας λοιπόν βγαίνει από το στενό πλαίσιο της σωματικής υγείας και μέσω της ανάδειξης της σημασίας ψυχοκοινωνικών παραγόντων επεκτείνεται σε «υγεία υψηλού επιπέδου».

Ο Jeremy Bentham έδωσε έναν αρνητικό ορισμό του όρου υγείας αναφέροντας: « Υγεία είναι η απουσία νόσου». Ο ορισμός αυτός υστερεί καθώς σημαντικές φθορές που μπορεί να παρουσιάσει ένας ανθρώπινος οργανισμός, οι οποίες δεν είναι γίνονται πάντοτε αντιληπτές, δεν τις λαμβάνει υπόψη. Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007), ένας πιο βελτιωμένος αρνητικός ορισμός της υγείας είναι: «Η ανυπαρξία οποιουδήποτε υποκειμενικού συναισθήματος ενόχλησης ή ανικανότητας και η έλλειψη οποιασδήποτε αντικειμενικής λειτουργικής διαταραχής». (Λιαρόπουλος, 2007)



Σύμφωνα με τον λειτουργικό ορισμό του Parsons, όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Λιαρόπουλου «η υγεία ορίζεται αναφορικά με την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς τους ρόλους π.χ. στην εργασία του, στις σχέσεις με τους δικούς του ανθρώπους και στο σπίτι». Αν τότε το άτομο αυτό δεν μπορεί να αντεπεξέλθει σε όλα αυτά σημαίνει πως δεν είναι υγιής.

Σε αντιδιαστολή με τον λειτουργικό ορισμό, ο βιωματικός ορισμός της υγείας εστιάζεται κυρίως στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του. (Λιαρόπουλος, 2007)

## **1.2.Υγεία: Ιδιωτικό ή Κοινωνικό Αγαθό**

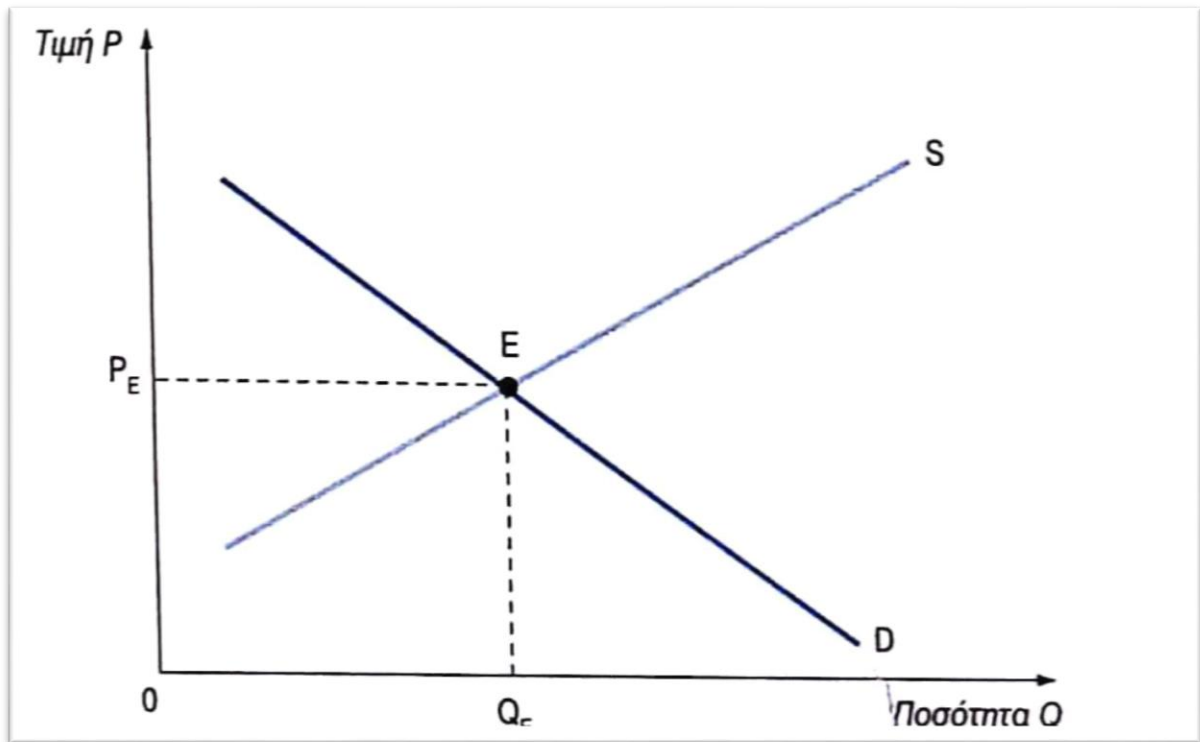
Η υγεία είναι ιδιωτικό ή κοινωνικό «αγαθό» ; Από τις αρχές τις δεκαετίας του 1960 το Ινστιτούτο Οικονομικών Υποθέσεων (Institute of Economic Affairs) στην Αγγλία, καθώς και εκπρόσωποι της Σχολής του Σικάγου στις Η.Π.Α. , ισχυριζόταν ότι: «το αγαθό υγεία είναι όπως όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και θα πρέπει να αφεθεί στις δυνάμεις της αγοράς (δηλαδή της προσφοράς και της ζήτησης)».

Μια άλλη ομάδα οικονομολόγων από το Πανεπιστήμιο York της Αγγλίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι: «η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό».

Επειδή το σύστημα της αγοράς καθορίζεται από τη πρόσφορα και τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, και αυτό δεν είναι πάντα παραγωγικό και αντικειμενικό, καλείται το κράτος να επιφέρει μια πιο δίκαιη κατανομή των πόρων υγείας.

**Α Σχολή: Η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό.** Αυτοί που ενστερνίζονται ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό, διατύπωσαν και την άποψη ότι οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να επιφέρουν μια «άριστη» και αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγείας, όπως ακριβώς συμβαίνει με όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά.

Αναλύοντας το γράφημα που ακολουθεί βλέπουμε ότι ο καταναλωτής σύμφωνα με τις προτιμήσεις του, εκδηλώνει την ατομική του ζήτηση  $D$  για τις υπηρεσίες υγείας που επιθυμεί καταβάλλοντας την αντίστοιχη τιμή  $P_E$ . Οι γιατροί, στη συγκεκριμένη τιμή είναι διατεθειμένοι να προσφέρουν  $Q_E$  ποσότητα υπηρεσιών με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται η ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης. (Γράφημα 1)



Γράφημα 1: Ισορροπία στην αγορά

Πηγή: Γιάννης Υφαντόπουλος. Τα οικονομικά της Υγείας, 2006.

**Β Σχολή: Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό.** Το 1963 ο καθηγητής Arrow έδειξε ότι το αγαθό υγείας δεν είναι όπως όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και πως οι δυνάμεις της αγοράς αποτυγχάνουν και δεν προσφέρουν αποτελεσματική και κοινωνική δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Η Σχολή αυτή θεωρούσε σημαντική τη κρατική παρέμβαση λόγω ηθικών και κοινωνικών αξιών που υπήρχαν. Η κύρια αρχή της σχολής αυτής είναι ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να κατανέμονται βάσει των υγειονομικών αναγκών και όχι βάσει του εισοδήματος ή της αγοραστικής δύναμης. Δεν θα πρέπει κανένας να στερείται τις παροχές των υγειονομικών υπηρεσιών επειδή δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθει στην καταβολή της απαιτούμενης τιμής που θέτει το νοσοκομείο ή ο ιατρός.

Τα δημόσια αγαθά χρηματοδοτούνται από το κρατικό προϋπολογισμό, ο οποίος για την άντληση των εσόδων χρησιμοποιεί τη μέθοδο του οφέλους, είτε συχνότερα, τη μέθοδο της φοροδοτικής ικανότητας. (Υφαντόπουλος Γ. ,2006)

### 1.3. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα (Ε.Σ.Υ.)

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό, διότι κατά κύριο λόγο βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση αλλά ωστόσο είναι αυξημένη και η συμμετοχή του

ιδιωτικού τομέα τόσο στη παροχή υπηρεσιών υγείας όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών. Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος προέρχεται από τρεις πηγές:

1. Τη κοινωνική ασφάλιση (εισφορές ασφαλισμένων),
2. Το κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) και
3. Τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών – καταναλωτών. (Χλέτσος Μ., 2013)

Συγκεκριμένα, στο σύστημα υγείας της Ελλάδας συμπεριλαμβάνονται:

- i. Το ΕΣΥ (κυρίως νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ)
- ii. Το ΙΚΑ και τα λοιπά Ασφαλιστικά Ταμεία, τα οποία προσφέρουν διαφορετική κάλυψη σε αυτούς που δικαιούνται τις υπηρεσίες τους
- iii. Ο ιδιωτικός τομέας που περιλαμβάνει πολυάριθμα διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, μαιευτήρια, εργαστήρια, ιατρεία και οδοντιατρεία. (Σχοινιάς Γ., 2005)

Στο σημείο αυτό θα αναφερθούμε λεπτομερώς μόνο στο πρώτο σύστημα υγείας της Ελλάδας, που είναι τα Ε.Σ.Υ.. Για τα υπόλοιπα συστήματα θα γίνει αναφορά στα επόμενα κεφάλαια.

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη και η οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών επηρεάζεται άμεσα από τις κοινωνικές, οικονομικές αλλά και πολιτικές εξελίξεις που κυριαρχούν την ανάλογη στιγμή, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, όπου τα συστήματα υγείας γνώρισαν ταχεία ανάπτυξη και ωρίμανση. Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος και άλλα σημαντικά ιστορικά γεγονότα δημιούργησαν ένα ασταθές περιβάλλον για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Όλο αυτό είχε σαν αποτέλεσμα λοιπόν την "υπανάπτυξη" του τομέα υγείας και τη παγίωση ενός "μη συστήματος", σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. (Κουρής κ.ά., 2007).

Με τη πρώτη ψήφιση του Ελληνικού Συντάγματος, το 1872 δημιουργείται το νεοσύστατο Ελληνικό Κράτος, το οποίο αδυνατεί να εξασφαλίσει επαρκείς πόρους για τη διαμόρφωση κρατικής πολιτικής στην υγεία. Η «γέννηση» του σημερινού Υπουργείου Υγείας μπορεί να αποδοθεί στο Διάταγμα 81/4 – Οκτ.1916, σύμφωνα με το οποίο συστήνεται η Ανώτατη Διεύθυνση Περιθάλψεως Οικογενειών Επιστράτων και Προσφύγων. Από τότε έλαβε διαφορετικές ονομασίες, διήλθε πολλαπλών διοικητικών μεταρρυθμίσεων μεταβιβάζοντας μέρος των δράσεων αυτών σε άλλα Υπουργεία.

Η Ελλάδα έως το 1974, δεν παρουσιάζει κανένα ενδιαφέρον στο να αλλάξει τη πολιτική που ακολουθούσε στο σύστημα υγείας ώστε να είχε κοινά στοιχεία με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μετά το 1974 άλλαξε η κατάσταση και άρχισαν να γίνονται ριζικές αλλαγές στο χώρο της υγείας, στη χρηματοδότηση και στη διανομή υπηρεσιών υγείας.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 δημιουργήθηκε η ανάγκη δημιουργίας ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Η συγκρότηση του θεσμού αυτού είχε αρκετά κοινά με το βρετανικό σύστημα υγείας, με αρκετές προσμίξεις συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, δημιουργώντας έτσι τη πρώτη οργανωμένη προσπάθεια εφαρμογής ενός συστήματος υγείας με κύριο στόχο της ισότητα του πληθυσμού αλλά και την υψηλή προσφορά ποιότητας φροντίδας. Το 1982 συστήνεται το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ).

Στις 7 Οκτωβρίου του 1983, με Υπουργό Υγείας τον Π. Αυγερινό ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983, με τον οποίο ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Με το συγκεκριμένο Νόμο απαγορεύεται πλέον η δημιουργία νέων ιδιωτικών κλινικών και θεσπίζονται οι ακόλουθες βασικές αρχές του Ε.Σ.Υ. (Κακαλέτσης κ.ά., 2013):

- Η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες ανήκει στο Κράτος.
- Η παροχή αυτών των υπηρεσιών υγείας αφορά στο σύνολο των πολιτών.
- Η παροχή τους γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική και την επαγγελματική του κατάσταση.
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας.

Με τη δημοσίευση του προαναφερθέντος νόμου, λόγω του χαμηλού νοσηλίου πολλές ιδιωτικές κλινικές έκλεισαν, με αποτέλεσμα το ίδιο του Ε.Σ.Υ. να δημιουργήσει μεγάλα ιδιωτικά μονοπώλια στην Υγεία. Οι ιδιωτικές κλινικές που παρέμειναν υιοθέτησαν πολιτικές νοσηλίου πολύ υψηλότερες από αυτές που δημιούργησε το Υπουργείο. Το αποτέλεσμα ήταν, λόγω των μονοπωλιακών τιμολογήσεων, ο ιδιωτικός τομέας να διέλθει μια «χρυσή εποχή».

Με το νόμο 2071/1992 επιδιώκεται η αλλαγή φιλοσοφίας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η έννοια της αποκλειστικής ευθύνης του κράτους στη παροχή και χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας - που αναπτύχθηκε στο Ε.Σ.Υ. – αντικαθίσταται από την ελευθερία στην επιλογή και στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Ο πολίτης έχει τη δυνατότητα να προσφύγει στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα.

Σε αντίθεση με το Ε.Σ.Υ., ο Νόμος 2071/1992 επιτρέπει τη σύσταση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ.

Η πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη καθώς και η προνοσοκομειακή φροντίδα παρέχονται τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από τον δημόσιο τομέα. Οι ιδιωτικοί φορείς μπορούν να συνάπτουν ειδικές συμβάσεις με ασφαλιστικούς φορείς για τη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

Το ΚΕΣΥ διατηρείται ως συμβουλευτικό, συλλογικό όργανο του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Με το Νόμο 2194/1994 επαναπροσδιορίζονται οι στόχοι του Ε.Σ.Υ.

Όμως ενώ η φιλοσοφία του Ε.Σ.Υ. υποστήριζε ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και βασίζεται στο «δημόσιο χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ.», η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης διέθετε στα μέσα της δεκαετίας του 1990 το χαμηλότερο ποσοστό Α.Ε.Π. για της δημόσιες δαπάνες υγείας.

Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί ότι με το Π.Δ. 235/2000 καθορίστηκαν ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών, όπως μεταξύ άλλων η αναθεώρηση άδειας λειτουργίας των Ιδιωτικών Κλινικών και η επέκταση και μετατροπή του αντικειμένου των Ιδιωτικών Κλινικών.

Ολοκληρώνοντας την ιστορική αναδρομή αξίζει να αναφέρουμε ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας όπως υπάρχει σήμερα οφείλεται στη δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας), σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας.

Η χρηματοδότηση και οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προέρχονται, μεταξύ των άλλων και από τις προβλεπόμενες εισφορές ασφαλισμένου – εργοδότη – συνταξιούχων – ασφαλιστικού ταμείου καθώς επίσης και από την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό ως συμμετοχή του δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων, σύμφωνα με το άρθρο 35 του Ν.2084/1992 (Α' , 65). (Σπόντη Α. , 2018)

Τα βασικά πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι:

- ✓ Καθολική και ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- ✓ Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- ✓ Περιορισμένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος
- ✓ Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

- ✓ Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Αντίθετα τα βασικά μειονεκτήματά του είναι:

- ✓ Προβλήματα οικονομικών και γεωγραφικών ανισοτήτων καθώς και έλλειψη συντονισμού
- ✓ Μεγάλο κόστος υγείας και κατ' επέκταση μεγάλες δαπάνες
- ✓ Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρών από τους πολίτες
- ✓ Χαμηλή πρόοδος και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ✓ Προβλήματα στην άσκηση του λειτουργήματος της ιατρικής βάσει ήθους και άτυπες πληρωμές
- ✓ Δυσαναλογία ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με τους πρώτους να βρίσκονται σε πληθώρα και τους δεύτερους σε έλλειψη. (Χλέτσος 2013)

Κλείνοντας, σήμερα, το Ε.Σ.Υ. αποτελείται από 201 αγροτικά και 3 αστικά κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, 1.478 θέσεις αγροτικής ιατρικής και πολλά τμήματα εξωτερικών ασθενών σε 140 δημόσια νοσοκομεία. Ενώ η στελέχωση της Π.Φ.Υ. (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) αποτελείται από 1.787 μισθωτούς γιατρούς πλήρους απασχόλησης (κυρίως γενικούς ιατρούς, ειδικούς στην εσωτερική ιατρική, παιδίατρους και οδοντιάτρους) και από περίπου 2.414 άλλους επαγγελματίες υγείας, οι περισσότεροι από αυτούς έχουν μόνιμη θητεία (Κωνσταντόπουλος & Μπουζιούρης, 2020).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Πρότυπα μοντέλα συστημάτων υγείας

Με την πάροδο των χρόνων έχουν αναπτυχθεί στον τομέα της υγείας τρία συστήματα τα οποία έχουν δεχτεί σημαντικές παραλλαγές. Τα πρότυπα συστήματα των μοντέλων αυτών που υπάρχουν είναι:

- Εθνικό Σύστημα Υγείας – μοντέλο Beveridge
- Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης - μοντέλο Bismarck
- Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας – μοντέλο υγείας Η.Π.Α.

Τα τρία αυτά συστήματα υγείας που προαναφέρθηκαν παρά τις διαφορές που έχουν παρατηρείται να τους συνδέει και κάποιου είδους ταύτιση. Μέσα από την ανάλυση που ακολουθεί θα οδηγηθούμε και στα ανάλογα συμπεράσματα.

### 2.1. Εθνικό Σύστημα Υγείας – μοντέλο Beveridge

Στο σημείο αυτό θα αναλύσουμε το Βρετανικό Υγειονομικό Σύστημα Περίθαλψης, το οποίο είναι και το βασικότερο εργαλείο του αγγλοσαξονικού υγειονομικού μοντέλου. Για τη κατανόηση τους συστήματος αυτού θα παρουσιάσουμε τη δομή και την οργάνωση του βρετανικού συστήματος υγείας, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί μέσα από τις βασικότερες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις. Αξίζει να αναφερθεί πως το βρετανικό υγειονομικό σύστημα ανήκει σε εκείνα τα μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία είναι γνωστά ως μοντέλα τύπου Beveridge. Το χαρακτηριστικό που διέπει τα μοντέλα αυτά είναι: ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η κοινωνική αλληλεγγύη, η καθολική και πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότητα στη πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού, μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας. Το βρετανικό σύστημα υγείας αποτελεί το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα, το οποίο παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη του πληθυσμού, όπως μπορούμε να διακρίνουμε και από τα βασικά χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν.

Πιο αναλυτικά η ορθή λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Systems NHS) βασίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας (σύστημα τύπου Beveridge). Αρχικά στη Μ. Βρετανία μέχρι το 1900 η προστασία του πληθυσμού γινόταν μέσω της Εκκλησίας, δεν υπήρχε δηλαδή κάποιο είδος κοινωνικής ασφάλισης.

Λίγο χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα το 1911, ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος χρηματοδοτήθηκε από εισφορές εργαζομένων, προκειμένου να διασφαλίσουν την ασφάλισή τους στο σύστημα υγείας. Την ίδια χρονιά η National Insurance Act καθιέρωσε τα επιδόματα ασθένειας (sickness benefit) καθώς και την περιορισμένη ιατρική φροντίδα (limited medical care), η οποία παρεχόταν από τους γενικούς γιατρούς σε πάνω από 13 εκατομμύρια εργαζομένους.

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου πολέμου ξεκινάει η δημιουργία ενός συστήματος το οποίο θα έχει στόχο τη προστασία των πολιτών απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους της ασθένειας, της ανεργίας και του γήρατος. Το 1942 γίνεται η πρώτη απόπειρα για την ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου πακέτου παροχής φροντίδας υγείας με αποδέκτες όλο τον πληθυσμό της χώρας. Μέσα από όλο αυτό το 1948 δημιουργείται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Systems).

Τον πρωτεύων ρόλο στο σύστημα αυτό το είχε ο Υπουργός Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Οικονομικών είναι υπεύθυνο για τη δημόσια υγεία, την πολιτική υγείας που ακολουθείται καθώς και για το ύψος της χρηματοδότησης που απαιτείται. Το Υπουργείο αποτελείται από τρεις κλάδους. Πρώτος είναι ο Γενικός Γραμματέας (Permanent Secretary) ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη συνολική διαχείριση του υγειονομικού τομέα. Δεύτερος είναι ο επικεφαλής ιατρός (Chief Medical Officer) ο οποίος έχει την ευθύνη της παροχής ειδικών ιατρικών συμβουλών και τρίτος είναι ο Γενικός Διευθυντής (Chief Executive), ο οποίος ασχολείται με τη σωστή λειτουργία και απόδοση του NHS (Boyle, 2011, σ. 30-35).

Το Υπουργείο Υγείας λειτουργεί μέσω 10 στρατηγικών υγειονομικών αρχών (SHAs), οι οποίες είναι υπεύθυνες για την εξασφάλιση της ποιότητας και της απόδοσης των τοπικών υπηρεσιών υγείας εντός της γεωγραφικής περιοχής τους. Έχουν επίσης την ευθύνη για την παρακολούθηση της επίδοσης των τραστ πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Trust - PCT) και των νοσοκομειακών τραστ (NHS trusts). (Boyle, 2011, σ. 21-25).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας αποτελεί το κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Το 2000, οι δαπάνες υγείας αντιστοιχούσαν στο 7,3% του ΑΕΠ (5,9% δημόσιες, 1,4% ιδιωτικές). Η χρηματοδότηση του συστήματος αυτού προέρχεται κατά 79% από τη γενική φορολογία, κατά 16% από την κοινωνική ασφάλιση ενώ το υπόλοιπο 5% συμπληρώνεται από ιδιωτικές πληρωμές.



Οι πόροι από τη φορολογία κατανέμονται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (District Health Authorities, DHA) και έμμεσα στα fundholders των γενικών γιατρών (GP's fundholders) και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, LHA). Οι LHA και τα fundholders «αγοράζουν» υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες. Στη δεκαετία του 1990, πραγματοποιήθηκε διαχωρισμός ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές, προκειμένου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις ελεγχόμενου ανταγωνισμού, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας.

Το 1995, τα νοσοκομεία εντάχθηκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς δημιουργώντας έτσι 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα, με περίπου 1.600 νοσοκομεία, τα οποία παρουσιάζουν διοικητική αυτονομία. Εκτός από τα δημόσια, λειτουργούν και λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία, που καλύπτουν το 6% του συνόλου των κλινών.

Το 2011, η κύρια πηγή χρηματοδότησης του NHS αντλούνταν κατά μεγάλο ποσοστό από τον προϋπολογισμό και πιο αναλυτικά το 83% προερχόταν από τη γενική φορολογία, ακολουθεί το 10% από διάφορες ιδιωτικές πληρωμές, το 4% από την ιδιωτική ασφάλιση και τέλος το 3% από τη κοινωνική ασφάλιση. Το 2006 σημειώνεται αύξηση των εισαγωγών και μείωση των κλινών, με παράλληλη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας με αποτέλεσμα να αντιστοιχούν 4,1 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους (2 για οξέα περιστατικά), όταν το 1996 η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά ήταν πέντε ημέρες και οι κρεβατο-ημέρες ανά κάτοικο 1,7.

## **2.2. Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – μοντέλο Bismarck**

Σειρά στην ανάλυση των συστημάτων υγείας έχει το μοντέλο του «Bismarck». Στη Γερμανία υπήρχαν κοινωνικές συγκρούσεις, διεκδικήσεις μισθών και το αίτημα κάλυψης κατά αυτών των κινδύνων. Ο καγκελάριος Bismarck τη περίοδο 1883 – 1889 μέσα από μια σειρά νόμων θέσπισε το πρώτο Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (SHI). Με Νόμο διαμορφώνει το ποσοστό της εργοδοτικής και της εργατικής συνεισφοράς. Η κάλυψη γίνεται με επιλεκτικότητα, δηλαδή ανά επαγγελματικές οργανώσεις. Η υποχρεωτική ασφάλεια υγείας αρχικά αφορούσε την κάλυψη των εργατών από τους κοινωνικούς κινδύνους όπως τα εργατικά ατυχήματα, την ασθένεια και το γήρας, με το πέρασμα των χρόνων η κάλυψη αυτή επεκτάθηκε στο τομέα της ανεργίας και αργότερα (1994) στη μακροχρόνια φροντίδα. Τα συστήματα υγείας που στηρίζονται στη κοινωνική ασφάλιση την ευθύνη για τη χρηματοδότησή τους την αναλαμβάνουν ειδικοί φορείς με σχετική διοικητική και οικονομική

αυτοτέλεια τα οποία είναι πρόσωπα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου). Τα συστήματα της κοινωνικής ασφάλισης έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, ενώ η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού είναι υποχρεωτική και εν δυνάμει καθολική. Στο μοντέλο Bismark η κάλυψη γίνεται ανά επαγγελματική οργάνωση, η χρηματοδότηση είναι διμερής (εργαζόμενοι και εργοδότες) και η οργάνωση γίνεται ανά επαγγελματική κατηγορία, ενώ τα ταμεία υγείας έχουν την ευθύνη για την είσπραξη αυτών. (Buss and Blumel, 2014, σελ. 21 – 22)

Το εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία καλύπτει περίπου το 86% του πληθυσμού μέσω των 132 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης που υπάρχουν. Τις τελευταίες δεκαετίες όμως ο αριθμός των ταμείων ασθενείας μειώθηκε αρκετά, η λεγόμενη τάση "συρρίκνωσης" η οποία επιταχύνθηκε ακόμα πιο έντονα από το 1993 και αργότερα.

Ένα κύριο χαρακτηριστικό για το οποίο ξεχώριζε το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι η κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των διαφόρων βαθμίδων διακυβέρνησης και στους μη κρατικούς οργανισμούς. Πιο συγκεκριμένα το σύστημα της υγειονομικής ασφάλισης λειτουργούσε μέσα από τους ιατρικούς συλλόγους και τα ταμεία ασθενείας, οι οποίοι έπαιρναν εκείνοι τις αποφάσεις για λογαριασμό τους κράτους. Με τη πάροδο του χρόνου και συγκεκριμένα από το 2009 και μετά όλα τα ταμεία ασθενείας εκπροσωπούνται από την Ομοσπονδιακή Ένωση Ταμείων Ασθενείας. Το Γερμανικό σύστημα υγείας παρουσιάζει δείγματα σταθερότητας λόγω της ύπαρξη πολλών παραγόντων και το δικαίωμα του βέτο που έχουν οι διάφορες ομάδες συμφερόντων στο πλαίσιο του συστήματος. (Buss and Blumel, 2014, σελ. 45)

### **2.3 Συγκριτική ανάλυση των δύο μοντέλων**

Έχοντας αναλύσει παραπάνω το μοντέλο Beveridge και το μοντέλο Bismarck μπορούμε να κάνουμε μια σύγκριση σε κάποια βασικά τους χαρακτηριστικά.

#### **Μοντέλο Beveridge:**

- Κατευθυντήρια γραμμή: Η προτεραιότητα στην εξασφάλιση της εργασίας και του δικαιώματος σε αυτή.
- Ειδικός στόχος: Η εγγύηση ενός εθνικού ελάχιστου κοινωνικού επιπέδου διαβίωσης.
- Διοίκηση και υλοποίηση: Από το Κράτος ή τους εργαζόμενους.
- Κάλυψη παροχών: Σε όλους τους πολίτες.

- Χρηματοδότηση: Μέσω προοδευτικής φορολογίας και εισφορών.
- Μοντέλο διαχείρισης: Αναδιανεμητικό σε ότι αφορά τη βασική εθνικά σύνταξη.

#### **Μοντέλο Bismarck:**

- Κατευθυντήρια γραμμή: Η κοινωνική ασφάλιση ως αυτόνομη αρχή.
- Ειδικός στόχος: Η διατήρηση της κοινωνικής θέσης και του επιπέδου εισοδήματος.
- Διοίκηση και υλοποίηση: Από τους κοινωνικούς συνομιλητές (εργαζόμενους και εργοδότες).
- Κάλυψη παροχών: Μόνο στους εργαζομένους.
- Επίπεδο παροχών: Σχετιζόμενο με το ύψος του εισοδήματος.
- Χρηματοδότηση: Μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών.
- Μοντέλο διαχείρισης: Κυρίως κεφαλαιοποιητικά με αναδιανεμητικά όμως στοιχεία.

#### **2.4 Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας – μοντέλο υγείας Η.Π.Α.**

Το αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι το αντιπροσωπευτικότερο του «φιλελεύθερου μοντέλου – ιδιωτικής ασφάλισης», καθώς είναι πολύπλοκο, μη συγκεκριμένης δομής και είναι οργανωμένο σε τοπικό κυρίως επίπεδο. Είναι το μοναδικό πλούσιο βιομηχανικό κράτος που δεν έχει καθολικό εθνικό σύστημα υγείας στον κόσμο, αφού η υποτυπώδης δημόσια ασφάλιση παρέχεται από ξεχωριστά νομικά πρόσωπα και από οργανισμούς δημόσιας χρηματοδότησης που απευθύνονται σε ένα μικρό ποσοστό πληθυσμού (ηλικιωμένους, ανάπηρους, παιδιά, άπορους). Αν εξαιρέσουμε τις ιδιαιτερότητες συστήματος αυτού, εξακολουθεί να είναι το κράτος με τις μεγαλύτερες δαπάνες στην υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε σχέση με το μέσο όρο όλων των χωρών του ΟΟΣΑ. Πιο αναλυτικά το 2011, το ποσοστό του ΑΕΠ για την υγειονομική περίθαλψη στις Η.Π.Α ανήλθε στο ποσοστό του 17,7%, το οποίο σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 2,5 φορές μεγαλύτερο και κατά 50% υψηλότερο από τα κράτη που την ακολουθούν στη σχετική κατάταξη και κυριαρχούν στην Ευρώπη, δηλαδή τη Νορβηγία και την Ελβετία (OECDa, 2013, σ. 154-155, 157). Στις Η.Π.Α. κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση με το 84% των πολιτών να έχουν κάποια μορφή ασφάλισης, από τους οποίους το 60% ασφαλιζονται από τον εργοδότη, το 9% έχουν ατομική ασφάλιση ενώ το 27% ασφαλιζονται από κυβερνητικά προγράμματα. Το υπόλοιπο 16% των πολιτών δεν έχει κανένα είδους ασφάλισης δημιουργώντας έτσι οξύ κοινωνικό πρόβλημα.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 60, ο Αμερικανός πρόεδρος Λίντον Τζόνσον για να μπορέσει να διαχειριστεί τις αναταράξεις που υπήρχαν για τα δικαιώματα του πολίτη και τη

κοινωνική δικαιοσύνη δημιούργησε τους δύο πυλώνες του αμερικανικού συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης: το Medicare και το Medicaid. Λίγο αργότερα ιδρύθηκαν και δύο νέα προγράμματα που αναφέρονται ως Tricare και SCHIP.

Συγκεκριμένα η Medicare είναι ένα δημόσιο ασφαλιστικό πρόγραμμα που έχει 40 εκατομμύρια ασφαλισμένους και απευθύνεται σε ηλικιωμένους άνω των 65 και σε άτομα που πληρούν ειδικά κριτήρια όπως αναπηρίες. Αποτελείται από τα ακόλουθα μέρη:

- Μέρος Α: που προσφέρει νοσοκομειακή ασφάλιση
- Μέρος Β: που προσφέρει πρόσθετη ιατρική ασφάλιση
- Μέρος Γ: που αποτελεί ένα εξελιγμένο πρόγραμμα συνδυασμού υπηρεσιών της Medicare επεκτείνοντας τις επιλογές των δικαιούχων για συμμετοχή σε ιδιωτικά προγράμματα υπηρεσιών υγείας.
- Μέρος Δ: που έχει προνόμια για τη συνταγογράφηση και παροχή φαρμάκων.

Σκοπός της είναι να παρέχει ιατρική υποστήριξη και βασικές υπηρεσίες υγείας σε διάφορες κατηγορίες πολιτών που πληρούν ειδικά κριτήρια, και πιο συγκεκριμένα παρέχει ενδοσκομειακές - εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, προγεννητική φροντίδα, εμβολιασμό σε παιδιά, ιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.

Το Medicaid είναι ένα κυβερνητικό πρόγραμμα ατομικό ή οικογενειακό και απευθύνεται στα χαμηλά εισοδήματα και χρηματοδοτείται από τις πολιτείες και την ομοσπονδιακή κυβέρνηση συλλογικά, ενώ διοικείται από τις πολιτείες. Ανάμεσα στους ασφαλιζόμενους είναι γονείς με χαμηλό εισόδημα, παιδιά, ηλικιωμένοι και άτομα με αναπηρίες. Είναι από τις μεγαλύτερες πηγές χρηματοδότησης ιατρικών και υπηρεσιών υγείας για άτομα των ασθενέστερων οικονομικών τάξεων, γι' αυτό και αποτελεί και δημόσιο πρόγραμμα πρόνοιας και προστασίας καλύπτοντας μεγαλύτερο εύρος περιθαλπόμενων από το Medicare.

Η Tricare είναι ο στρατιωτικός ασφαλιστικός οργανισμός των Η.Π.Α. και απευθύνεται στο στρατιωτικό προσωπικό, τους συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη τους. Παρόμοια λειτουργεί και το Veterans Association (V.A.) μέσω του οποίου η κυβέρνηση των Η.Π.Α. παρέχει ασφαλιστικά προνόμια σε βετεράνους και της οικογένειές τους όπως: αποζημιώσεις αναπηρίας, συντάξεις, εκπαιδεύσεις στα παιδιά τους, στεγαστικά δάνεια κτλ. (Social Security Online – Veterans Association).

Μια άλλη επίσης ομάδα πληθυσμού, που έχει προνόμια δημόσιας ιατρικής περίθαλψης είναι τα άτομα που ανήκουν στις φυλές των Ινδιάνων και των Ιθαγενών της Αλάσκας μέσω του προγράμματος Indian Health Services (HIS).

Παράλληλα παρέχονται προνόμια στους μόνιμους πλήρους απασχόλησης υπαλλήλους της κυβέρνησης από το Federal Employees Health Benefits Program (FEHBP), το οποίο επιτρέπει σε ασφαλιστικές εταιρείες και σε υπαλληλικές ενώσεις, όπως τα εργατικά σωματεία, να αναπτύσσουν προγράμματα υγείας και οδοντιατρικά που θα περιλαμβάνουν τους κυβερνητικούς υπαλλήλους.

Ολοκληρώνοντας τους δημόσιους οργανισμούς, το State Children Health Insurance Program (SCHIP), είναι ένα κυβερνητικό πρόγραμμα, το οποίο χορηγεί πόρους στις πολιτείες για να παρέχουν υγειονομική περίθαλψη σε οικογένειες με παιδιά. Ιδιαίτερα καλύπτουν ανασφάλιστα παιδιά οικογενειών που το εισόδημα είναι πολύ υψηλό για να πληροί τα κριτήρια του Medicaid αλλά και ταυτόχρονα πολύ χαμηλό για να επιδιώξουν ιδιωτική ασφάλιση.

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα που υπήρχαν στο συγκεκριμένο μοντέλο υγείας, ήταν πως ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού παρέμενε ανασφάλιστο είτε γιατί δεν είχαν δουλειά είτε γιατί οι φορείς στους οποίους απασχολούνταν δεν του παρείχαν κάλυψη. (Rice, 2006, σ. 386). Αυτό προκύπτει και από τα στατιστικά στοιχεία του 2010 όπου ο αριθμός των ανασφάλιστων ξεπερνούσε τα 50 εκατ. (Beland κ.ά., 2014). Όλο αυτό οδηγούσε στην ύπαρξη μιας λύσης, έτσι στις 23 Μαρτίου του 2010 υπογράφηκε ένας νέος νόμος γνωστός και ως «Obamacare» ο οποίος προέβλεπε τη προστασία των ασθενών και το προσιτό κόστος της περίθαλψης. Ο νόμος αυτός επικυρώθηκε με απόφαση του ανωτάτου δικαστηρίου στις 28 Ιουνίου 2012 (ObamaCare Facts).

Ο νόμος αυτός για τη καθολική ασφάλιση, παρά τις αντιπαραθέσεις που δημιούργησε μεταξύ Δημοκρατικών και Ρεπουμπλικάνων, αποτελεί τη πιο σημαντική μεταρρύθμιση στο αμερικάνικο σύστημα υγείας από το 1965 καθώς βάζει για πρώτη φορά στο επίκεντρο τις ασθενέστερες οικονομικά ομάδες πολιτών.

Πιο συγκεκριμένα η ύπαρξη του νέου νόμου δεν άλλαξε τον τρόπο ασφάλισης. Οι πολίτες συνέχισαν να έχουν το προνόμιο της επιλογής αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης που επιθυμούσαν ή τη δυνατότητα της ασφάλισης που τους παρείχε ο εργοδότης τους αλλά ακόμα μπορούσαν και να επιλέξουν κάποιο από τα κρατικά ασφαλιστικά προγράμματα που υπήρχαν όπως ήταν

το Medicaid ή το Medicare. Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό ο κάθε ενδιαφερόμενος πολίτης έχει τη δυνατότητα εκτεταμένης πληροφόρησης για το κόστος των ασφαλιστικών προγραμμάτων καθώς και δυνατότητα σύγκρισης των προγραμμάτων που υπάρχουν. Τέλος ένα ακόμα χαρακτηριστικό του συστήματος αυτού είναι ότι η ένταξη σε οποιοδήποτε πρόγραμμα επιθυμεί ο πολίτης, γίνεται σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο του έτους, πράγμα το οποίο δηλώνει ότι η ασφάλιση μπορεί να αποκτηθεί μόνο κατά τη διάρκεια πολύ συγκεκριμένων χρονικών διαστημάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα

### 3.1. Το πλαίσιο ανάπτυξης και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα

Η χώρα μας στη δεκαετία του 1970 γνώρισε σημαντικές αλλαγές στον ιδιωτικό τομέα υγείας με τη δημιουργία μεγάλων ιδιωτικών νοσοκομείων όπως είναι η μαιευτική κλινική Μητέρα, το γενικό νοσοκομείο Υγεία, το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, το Ιασώ, τα εργαστήρια της Βιοϊατρικής και η Euromedica (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009).

Παράλληλα, μικρές ομάδες ιατρών ξεκινούσαν μεταξύ τους συνεργασίες για τη δημιουργία πολύ-ιατρείων, με στόχο την προσέλκυση και ανταλλαγή πελατείας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, την προσφορά υπηρεσιών τύπου one - stop - shop αλλά και την εξοικονόμηση πόρων μέσω του επιμερισμού των γενικών εξόδων (στέγαση, αναλώσιμα, γραμματειακή υποστήριξη).

Με αφορμή τη δημιουργία των νέων μεγάλων ιδιωτικών νοσοκομείων και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού αμιγώς μέσα από αυτά πάγωσαν οι άδειες για τη δημιουργία νέων ιδιωτικών κλινικών ή την επέκταση των ήδη υφιστάμενων. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να ξεχωρίσουν τα διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούσαν με τη μορφή μικροβιολογιών και ακτινολογικών εργαστηρίων. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη χώρα μας δραστηριοποιούνται περίπου 400 ιατρικά διαγνωστικά κέντρα. Λίγα χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα το 1991 με προεδρικό διάταγμα παύει να υφίσταται η απαγόρευση για τη δημιουργία νέων κλινικών, θέτοντας όμως πιο αυστηρούς κανόνες όσον αφορά τον τρόπο δημιουργίας τους καθώς και για τον εξοπλισμό που θα ήταν απαραίτητος. Τέλος με βάση το νόμο Ν.3370/2205 ξεκινάει η συνεργασία των δημόσιων νοσοκομείων με τις ιδιωτικές κλινικές σε ότι αφορούσε όμως μόνο τα κρεβάτια στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) λόγω του ότι το προσωπικό του δημοσίου νοσοκομείου δεν ήταν επαρκές για τη σωστή λειτουργία των ΜΕΘ (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009).

Κατά τη διάρκεια του 1980 ο τρόπος με τον οποίο με τον οποίο ανταπεξήλθε ο ιδιωτικός τομέας στις τεχνολογικές εξελίξεις σε συνδυασμό με την αύξηση ζήτησης για υπηρεσίες είχε ως αποτέλεσμα την αναμονή υψηλών κερδών (Μπέσης Ν.,1993). Μέσα από την ανάπτυξη των διαγνωστικών ιατρικών κέντρων αυξήθηκαν και οι επενδύσεις κατά τη δεκαετία 1985 – 1995. Εντύπωση κάνει πως το 1992 από τους 119 αξονικούς τομογράφους που υπήρχαν οι 97 ανήκαν σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Το χαρακτηριστικό των κέντρων αυτών που τα κάνει

να ξεχωρίζουν είναι ο σύγχρονος εξοπλισμός που χρησιμοποιούν σε συνδυασμό με το ειδικά εκπαιδευόμενο προσωπικό. Βέβαια υπάρχουν και οι εξαιρέσεις καθώς αρκετά από τα διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούσαν χρησιμοποιούσαν παλαιάς τεχνολογίας εξοπλισμό γεγονός που τους ανάγκαζε να συνεργαστούν με άλλα κέντρα ώστε να ικανοποιηθεί ο πελάτης μειώνοντας έτσι τη ποιότητα των υπηρεσιών. (Σουλιώτης Κ.,2000)

Στην Ελλάδα οι ιδιωτικές κλινικές σε γενικές γραμμές είναι μικρές κλινικές οι οποίες βασίζονται στη λειτουργία των δημόσιων ταμείων και εκεί είναι και το σημείο όπου υστερούν καθώς δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στη ζήτηση για ποιοτικές υπηρεσίες καθώς η τιμολόγηση που γίνεται είναι πολύ χαμηλότερη του κόστους (Μάνιου & Ιακωβίδου. 2009). Επιπλέον δεν είναι δυνατή η ένταξη των κλινικών στους κοινοτικούς κανονισμούς εξαιτίας οικονομικών παραγόντων. Με αποτέλεσμα οι πόροι να μην είναι αρκετοί για την αναβάθμιση του ιατρικού μηχανολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού (Ανδριώτη Δ., 1998).

Στον αντίποδα, στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα υπάρχουν κλινικές όπου προσφέρουν ένα ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών τόσο στη πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα με σύγχρονο εξοπλισμό και εκπαιδευμένο προσωπικό (Μάνιου και Ιακωβίδου, 2009).

Ενδεικτικά παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα τόσο στη πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη για ιδιωτική πρωτοβουλία στο τομέα της υγείας.

#### Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

- Ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα
- 24ωρη λειτουργία
- Ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική
- Ποιότητα υπηρεσιών

#### Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη

- Προσφορά του συνόλου των υπηρεσιών υγείας
- Ποιοτικές υπηρεσίες υγείας
- Δίκτυο νοσοκομείων υψηλών προδιαγραφών
- Έμπειρο Management
- Τεχνολογία υψηλών προδιαγραφών.



Συγκριτικό πλεονέκτημα του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με το δημόσιο είναι ότι ο πρώτος είναι κυρίως πελατειακός δίνει περισσότερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και τις ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, σημεία όπου υστερεί ο δημόσιος τομέας (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009).

Η δημιουργία των ιδιωτικών μονάδων υγείας βασίστηκε στους ακόλουθους άξονες:

### **Πρώτος Άξονας**

Γεωγραφική Κάλυψη: Είτε πρόκειται για ιδιωτικές κλινικές είτε για διαγνωστικά κέντρα, η οργανική ανάπτυξη εξασφαλίστηκε με την επέκταση του δικτύου εντός και εκτός Αττικής, κεφαλαιοποιώντας αποτελεσματικά το brand name που είχε δημιουργηθεί.

### **Δεύτερος Άξονας**

Διεύρυνση Χαρτοφυλακίου Υπηρεσιών: Επέκταση των δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών διάγνωσης & θεραπείας (π.χ. στον τομέα της παιδιατρικής, μαιευτικής και οφθαλμολογίας)

### **Τρίτος Άξονας**

Τεχνολογική & Επιστημονική Εξέλιξη: Η απόκτηση υπερσύγχρονου εξοπλισμού, η συνεργασία με ερευνητικούς φορείς του εξωτερικού, η εφαρμογή πρωτοποριακών μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας δημιουργούν συγκριτικό πλεονέκτημα στα επιχειρηματικά σχήματα.

Εκτός από τα οφέλη που προέκυψαν από τη δημιουργία του ιδιωτικού τομέα δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι υπηρεσίες που προσφέρει το δημόσιο έχουν ως κύριο στόχο τη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών σε σχέση με τον ιδιωτικό που αποβλέπει και στο κέρδος που έχει μέσα από τη παροχή των υπηρεσιών που προσφέρει (Σούλης Σ., 1999).

Πίνακας 1: Ανάλυση Swot για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών.

	<b>ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>
<b>ΔΥΝΑΜΕΙΣ</b>	Δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, νοσοκομεία με κύρος και φήμη.	Ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, εστίαση στον ασθενή, εξειδικευμένες θεραπευτικές και διαγνωστικές πρακτικές, επένδυση στην έρευνα, εφαρμογή σύγχρονου management και πληροφοριακών συστημάτων, εφαρμογή συστημάτων ποιότητας, ύπαρξη δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλη την Ελλάδα, εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό.
<b>ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ</b>	Ελλιπής πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, άτυπες πληρωμές, υποχρηματοδότηση, πλεονάζων αριθμός σε ιατρούς και ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και άλλα επαγγέλματα υγείας	Υψηλό κόστος λειτουργίας, εστίαση στην οικονομική αποδοτικότητα.
<b>ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ</b>	Εφαρμογή σύγχρονου management και συστημάτων ποιότητας και πληροφοριακών συστημάτων	Επέκταση των εγκαταστάσεων, εφαρμογή νέων ιατρικών πρακτικών, συμβάσεις με ιδιωτικές κλινικές.
<b>ΑΠΕΙΛΕΣ</b>	Ιδιωτικός τομέας, γραφειοκρατία, δημογραφικό, αύξηση ανέργων και ανασφάλιστων, αύξηση της ζήτησης για δωρεάν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.	Οικονομική κρίση, μεγάλο κόστος για αναβάθμιση ιατρικού, μηχανολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού.

### 3.2. Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα

Η χώρα μας τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει μεγάλη πρόοδο στον κλάδο της ιδιωτικής υγείας. Χάρη στην ανάπτυξη της επιστήμης, στο τομέα της τεχνολογικής εξέλιξης και των υποδομών, σε συνδυασμό με τις ελλείψεις του δημοσίου τομέα, οι πολίτες προτίμησαν να στραφούν στο ιδιωτικό σύστημα υγείας για τη κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών. Αυτή

η κατάσταση επέφερε στη χώρα μας και δημοσιονομικά ελλείμματα λόγω των πιέσεων που δέχτηκε από τη κοινωνία για τη σωστή παροχή υπηρεσιών, λόγω της μη σωστής χρήσης της νέας ιατρικής τεχνολογίας (Towse & Sussex 2000), με αποτέλεσμα οι δαπάνες του δημοσίου να βαρύνουν τους ιδιωτικούς φορείς χρηματοδότης (Glennester H. , 1997). Η παραπάνω κατάσταση έρχεται να επιβεβαιωθεί και από το γεγονός ότι συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., όσο αφορά τον ιδιωτικό τομέα, η χώρα μας συμμετέχει στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας με σχεδόν διπλάσιο ποσοστό (OECD, 2003a).

Με την πάροδο του χρόνου, και με τη συνεχή έρευνα των πολιτών για καλύτερες και ποιοτικές παροχές στον τομέα της υγείας, ο ιδιωτικός τομέας έπαιρνε μεγάλη αξία. Η ανάγκη των πολιτών για γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η σπουδαιότητα της προληπτικής ιατρικής σε συνδυασμό με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου έθεσαν τα θεμέλια στη δημιουργία πολυτελών κλινικών με ξενοδοχειακές προδιαγραφές και πλήρως εξοπλισμένες με μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας. Έτσι ο κλάδος της ιδιωτικής αγοράς άρχισε να μεγαλώνει με έντονους ρυθμούς τις τάξης του 16,8% από τη δημιουργία νέων μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων (Kumaranayake L., 1998).

Από την άλλη πλευρά, όπως ήταν αναμενόμενο άλλωστε, η άνοδος του ιδιωτικού τομέα δημιούργησε και ένα κλίμα ανταγωνισμού με τις ιδιωτικές μονάδες υγείας σε σχέση με τον τεχνολογικό εξοπλισμό, την ποιότητα των υπηρεσιών, το επίπεδο κόστους και της συνεργασίας με τους ασφαλιστικούς φορείς. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης ήταν να βελτιωθεί στο μέγιστο η παροχή των υπηρεσιών αλλά και την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών με αποτέλεσμα αυτός πολλές φορές να φέρνει σε δύσκολη θέση τους καταναλωτές στο να ανταποκριθούν στη νέα πραγματικότητα.

Έρευνα που έλαβε μέρος το 2008 σε 1.616 νοικοκυριά με θέμα τις δαπάνες υγείας από τα αποτελέσματα αυτά προέκυψε ότι το 68% απορροφούν οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, όπου από το ποσοστό αυτό το 31% να αφορά πληρωμές για οδοντιατρικές παροχές. Ο νοσοκομειακός τομέας απορροφά λιγότερο από το 15% ενώ το υπόλοιπο 20% περιλαμβάνει τις άτυπες πληρωμές εντός των δημόσιων νοσοκομείων. Αποτέλεσμα της έρευνας αυτής είναι το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης προς τους πολίτες από της υπηρεσίες του δημοσίου και η ανάδειξη του ιδιωτικού τομέα ως κάτι απαραίτητο στο τομέα της υγείας (Σίσκου και συν. 2008).

Αξίζει να επισημανθεί πως με βάση τα αρχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας για το 2005 οι δαπάνες για την υγεία απορροφούσαν το 7% από τις συνολικές δαπάνες των

νοικοκυριών, από το ποσοστό αυτό το 95% αφορά άμεσες πληρωμές που πραγματοποιεί ο πολίτης για τις καθημερινές του βιοτικές ανάγκες παρά για την ιδιωτική του ασφάλιση. Άλλη μελέτη που έγινε έδειξε ότι το 2,44% των νοικοκυριών σπαταλάει περισσότερο από το 40% του οικογενειακού εισοδήματος του για τη κάλυψη αναγκών υγείας, από τις πληρωμές αυτές που πραγματοποιεί οι περισσότερες δεν καλύπτονται καν από κανένα ασφαλιστικό φορέα (Κυριόπουλος Γ. κ συν., 2003).

Ένα φαινόμενο αρκετά έντονο στις μέρες μας είναι οι άτυπες πληρωμές που πραγματοποιούνται εντός των νοσοκομείων. Δυστυχώς αρκετοί είναι αυτοί που καταφεύγουν σε αυτή τη κίνηση με σκοπό να απαλλαχτούν από τις μεγάλες λίστες αναμονής που υπάρχουν καθώς και να λάβουν τη μέγιστη προσοχή τόσο από τον θεράπων ιατρό όσο και από το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου (Οικονόμου Χ., 2012).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών έδειξε από τα 4.378 άτομα που έλαβαν μέρος το 36% από αυτούς είχαν προβεί σε τουλάχιστον μια άτυπη πληρωμή. Από το ποσοστό αυτό, λίγοι ήταν αυτοί που το έκαναν κατόπιν υποδείξεως που έλαβαν από τον ιατρό, οι περισσότεροι το έκαναν από φόβο μήπως δεν λάβουν τις απαραίτητες υπηρεσίες που χρειάζονται. Το φαινόμενο αυτό είναι πιο έντονα στη περίπτωση των χειρουργικών περιστατικών σε σχέση με τα καρδιολογικά και τα παθολογικά περιστατικά όπου και δεν είναι έντονο το φαινόμενο αυτό. Τέλος μεγάλο είναι και το ποσοστό, ήτοι 72%, από άτομα που δηλώνουν ότι πιθανών να καταφύγουν σε αυτή τη λύση προκειμένου να γλιτώσουν από τη λίστα αναμονών που θα πρέπει να δηλωθούν. (Liaropoulos at al., 2008).

Εξαιτίας του κακού προγραμματισμού στην οργάνωση και στη διαχείριση της ΠΦΥ στη χώρα μας είναι αισθητό το φαινόμενο της κερδοσκοπίας (Οικονόμου Χ., 2012). Λόγω μη επαρκούς στελέχωσης των δομών της ΠΦΥ οι ασθενείς, κατόπιν υπόδειξης από τους γιατρούς του δημοσίου αναγκάζονται να απευθύνουν στα ιδιωτικά ιατρεία των ιατρών αυτών και στα ανάλογα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για να λάβουν τις ανάλογες παροχές (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2005).

Δυστυχώς παρατηρείται πως ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα επιβαρύνει το γενικό σύνολο περισσότερο από κάθε άλλο τομέα. Οι πολίτες επιβαρύνονται οικονομικά ολοένα και περισσότερο ώστε να έχουν την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και κάλυψη των αναγκών τους γεγονός που προκαλεί δυσαρέσκεια, όταν όλα αυτά θα έπρεπε να καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. (Λιαρόπουλος κ συν. 2006).

Από την άλλη πλευρά μελετώντας τον ιδιωτικό τομέα αξίζει να σημειωθεί ότι σε συνδυασμό με την οικονομική συρρίκνωση η ποιότητα της υγείας πέρασε σε δεύτερο πλάνο. Οι πολίτες στράφηκαν στο δημόσιο τομέα για την κάλυψη της ιατροφαρμακευτικής τους περίθαλψης, έχοντας γνώση ότι δεν είναι το ίδιο αξιόπιστη με του ιδιωτικού τομέα, διότι δεν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν οικονομικά στις προδιαγραφές του ιδιωτικού τομέα.

Με βάση το άρθρο της Ημερησίας η Διευθύντρια Οικονομικών – Κλαδικών Μελετών της ICAP Group, κ. Σταματίνα Παντελαίου είχε τονίσει: «Η συνολική αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, παρουσίασε μείωση κατά 19% το 2013 σε σχέση με το 2012. Ειδικότερα κατά κατηγορία, τη μεγαλύτερη μείωση εμφανίζουν τα έσοδα των γενικών κλινικών με ποσοστό 23%, και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών με ποσοστό μείωσης 15%. Σχετικά με τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, η μείωση των εσόδων τους διαμορφώθηκε στο 9,5% το 2012».

### **3.3. Το σύστημα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας**

Η έννοια της ασφάλισης είναι πολύ σημαντική, καθώς συμβάλλει στη διατήρηση της σταθερότητας και της κοινωνικής συνοχής και παρέχει ένα δίκτυο προστασίας απέναντι σε κινδύνους, οι οποίοι γίνονται ολοένα και περισσότεροι τα τελευταία χρόνια. Η συμβολή της ιδιωτικής ασφάλισης έχει να κάνει με την οικονομική ανάπτυξη αλλά και τη κοινωνική ευμάρεια. Συγκεκριμένα, η ύπαρξη της ιδιωτικής ασφάλισης ενισχύει την απασχόληση και τα κρατικά έσοδα. Από την άλλη πλευρά η κοινωνική διάσταση της ιδιωτικής ασφάλισης αφορά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε κάποιες χώρες μπορεί να υποκαθιστά εξ' ολοκλήρου την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ σε άλλες όπως στην Ελλάδα, μπορεί να έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό χαρακτήρα. Η ιδιωτική ασφάλιση έχει διάφορες μορφές κάλυψης ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών ανάλογα με τον τρόπο υπολογισμού των ασφαλιστρών, τις παρεχόμενες καλύψεις, τον τύπο των συμβολαίων (ατομικά ή ομαδικά), καθώς και με τον σκοπό των εταιριών, δηλαδή, αν πρόκειται για κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα εταιρίες. Συγκεκριμένα, διακρίνονται τέσσερις τύποι ιδιωτικής ασφάλισης: (i) κύρια ασφάλιση (primary Insurance), (ii) αλληλο-συμπληρωματική (complementary insurance) (iii) συμπληρωματική (supplementary insurance) και (iv) πανομοιότυπη (duplicate insurance). Η βασική (κύρια) κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης, είτε παρέχεται από δημόσια είτε από ιδιωτική ασφάλιση,

και αφορά ένα συγκεκριμένο πακέτο παροχών που σε πολλές περιπτώσεις το κόστος καλύπτεται και από τις δύο μεριές (ασθενείς και φορέας ασφάλισης). (Economou C., 2010)

Η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Καθοριστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα αποτελούν η πολιτική, κυρίως σε θέματα τιμολόγησης και αποζημιώσεων, που ακολουθούν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, καθώς και η διαθεσιμότητα προϊόντων και υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα, ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης και του δημοσίου συστήματος υγείας, καθώς και ο κίνδυνος των υπέρογκων δαπανών υγείας με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι πολίτες σε περίπτωση ασθένειας, μπορούν να αποτελέσουν εφελθία για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι πολίτες επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση και τους ιδιώτες προμηθευτές υγείας είναι η υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες (το εξαιρετικό επίπεδο υποδομών, η διεθνής διαπίστευση και πιστοποίηση για τις υπηρεσίες που παρέχουν), η έγκαιρη διάγνωση, η άμεση και χωρίς αναμονή παροχή υπηρεσιών, η καλύτερη και γρηγορότερη εξυπηρέτηση σε περίπτωση νοσηλείας και οι εξειδικευμένες ιατρικές εξετάσεις.

Οι ιδιώτες προμηθευτές υγείας επενδύουν συνεχώς σε νέες ιατρικές τεχνολογίες αλλά και στην υιοθέτηση νέων τεχνικών και μεθόδων, βασισμένες σε διεθνείς αναγνωρισμένες πρακτικές με σκοπό την όσο το δυνατόν πληρέστερη και καλύτερη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Στόχος τους είναι ο διαρκής εμπλουτισμός και η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η ιδιωτική ασφάλιση Υγείας μέσω των ιδιωτικών προμηθευτών (ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών) παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και κάλυψη απρόβλεπτων και υψηλών δαπανών υγείας και νοσηλείας μέσα από προγράμματα προσαρμοσμένα στις εξειδικευμένες ανάγκες και τις οικονομικές δυνατότητες κάθε πελάτη-ασφαλισμένου. Λόγω του σημαντικού αριθμού των ασφαλιστικών εταιριών που υπάρχουν η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί μία ανταγωνιστική αγορά αλλά και λόγω των πολλών των προγραμμάτων υγείας που οι εταιρείες προσφέρουν. Αναφορικά με το είδος των παρεχόμενων καλύψεων από τις ασφαλιστικές εταιρίες αυτές επικεντρώνονται κυρίως στη νοσοκομειακή περίθαλψη και δευτερευόντως σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με τα ασφαλιστήρια συμβόλαια παρέχεται στον

ασφαλισμένο η δυνατότητα επιλογής διαγνωστικού ή νοσηλευτικού κέντρου μέσα από λίστα συμβεβλημένων σύγχρονων ιδιωτικών θεραπευτηρίων με εξειδικευμένους γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων όλο το 24ωρο.

Στη συνέχεια παρατίθενται ενδεικτικά κάποια από τα παρεχόμενα προϊόντα και υπηρεσίες των ασφαλιστηρίων συμβολαίων.

Τα περισσότερα Προγράμματα Υγείας που παρέχουν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες στην Ελλάδα περιλαμβάνουν ενδεικτικά τα παρακάτω:

### **Νοσοκομειακά Προγράμματα**

- Ανώτατο ετήσιο όριο κάλυψης εξόδων νοσηλείας σε Ελλάδα και εξωτερικό
- Ανώτατο όριο νοσηλείας μέχρι 365 ημέρες
- Κάλυψη των εξόδων νοσηλείας στην Ελλάδα
- Κάλυψη των εξόδων νοσηλείας στο εξωτερικό
- Ετήσια συμμετοχή του ασφαλισμένου (απαλλασσόμενο ποσό) στα έξοδα νοσηλείας (δωμάτιο, τροφή, εξετάσεις, φάρμακα κτλ.)
- Επιλογή νοσοκομείου
- Συμμετοχή του κοινωνικού ασφαλιστικού φορέα στα έξοδα νοσηλείας
- Επιλογή θέσης νοσηλείας LUX, A ή B
- Ημερήσιο επίδομα νοσηλείας ή Χειρουργικό Επίδομα σε κρατικό νοσοκομείο, σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης εφόσον δεν ζητηθεί αποζημίωση
- Καλύψεις μητρότητας
- Επίδομα Τοκετού
- Κάλυψη εντατικής
- Αμοιβή χειρουργού και αναισθησιολόγου
- Αποκλειστική νοσοκόμα
- Χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς νοσηλεία
- Χημειοθεραπείες και ακτινοθεραπείες χωρίς νοσηλεία
- Μικροεπεμβάσεις χωρίς νοσηλεία
- Ιατροφαρμακευτικά έξοδα ατυχήματος χωρίς νοσηλεία

### **Προγράμματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας**

- Απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις (σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων)

- Απεριόριστες ιατρικές πράξεις χωρίς επιπλέον επιβάρυνση
- Απεριόριστες διαγνωστικές εξετάσεις με 100% κάλυψη
- Ιατρικές συμβουλές και οδηγίες 24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο

### **Προγράμματα με Επίδομα**

- Έκτακτη οικονομική βοήθεια με τη μορφή επιδόματος σε περίπτωση νοσηλείας ή χειρουργικής επέμβασης
- Ανακούφιση από τα ιατρικά έξοδα μιας πιθανής χρόνιας και σοβαρής ασθένειας
- Οικονομική βοήθεια ακόμα και στη περίπτωση ιδιωτικής ασφάλισης με νοσοκομειακή κάλυψη ή ομαδικής ασφάλισης από την εργασία. (Eurobarometer, 2013)

Ο κλάδος των ασφαλίσεων ζωής περιλαμβάνει καλύψεις που αφορούν αναπλήρωση εισοδήματος, ανικανότητα/αναπηρία, ασθένεια και σύνταξη. Αναλόγως τη κάλυψη διακρίνουμε τις κατηγορίες: α) αποταμίευση μέσω της οποίας τα καταβληθέντα ασφάλιστρα των ασφαλισμένων κεφαλαιοποιούνται και διανέμονται είτε με τη μορφή της σύνταξης είτε με τη μορφή εφάπαξ και β) τη κατηγορία της προστασίας έναντι θανάτου, ασθένειας ή και ατυχήματος ή των συνεπειών της ασθένειας και του ατυχήματος καλύπτοντας νοσοκομειακά έξοδα, αναπληρώνοντας το εισόδημα σε περίπτωση ανικανότητας και αποπληρώνοντας υποχρεώσεις των ασφαλισμένων (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος).

Σύμφωνα με τη Γενική Διευθύντρια Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας κα. Μαργαρίτα Αντωνάκη το 2019 ήταν μια ιδιαίτερα σημαντική χρονιά καθώς η ελληνική ασφαλιστική αγορά εισήλθε σε μια εποχή ανάπτυξης των εργασιών της, έχοντας αποδείξει την ανθεκτικότητάς της σε σύγκριση με άλλους τομείς του χρηματοπιστωτικού συστήματος. (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος).

Με βάση την έκθεση της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών, στην Ελλάδα για το 2019 δραστηριοποιούνταν 54 ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες κατέγραψαν 4,44 δις. € παραγωγή ασφαλίσεων, αυξημένα κατά 9,7% σε σχέση με το 2018. Από αυτά τα 2,2δις. € αφορούσαν ασφαλίσεις Ζωής (49,5% του συνόλου) ενώ τα 2,4δις. € στις ασφαλίσεις κατά Ζημιών (50,5% του συνόλου). Στις ασφαλίσεις Ζωής, ο μεγαλύτερος κλάδος (με συμμετοχή 67,3% στο σύνολο) είναι ο Ι) Ζωής που αυξήθηκε κατά 14,8% σε σχέση με το 2018, ενώ ο κλάδος ΙΙ) Ασφαλίσεων Ζωής συνδεδεμένων με επενδύσεις που έχει μερίδιο 16,9% αυξήθηκε κατά 15,1%. Τέλος, ο



κλάδος ΙΙΙ) Διαχείρισης ομαδικών συνταξιοδοτικών κεφαλαίων που συμμετέχει με μερίδιο 15,9% αυξήθηκε κατά 31,7%. (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος).



Γράφημα 2: Κατανομή Παραγωγής Ασφαλίσεων

Το 2019 η αναπτυξιακή δύναμη της ελληνικής οικονομίας διατηρήθηκε, παρά την επιβράδυνση της ευρωπαϊκής οικονομίας. Ο ρυθμός αύξησης του Α.Ε.Π. σε σταθερές τιμές διαμορφώθηκε σε 1,9%, όπως και το 2018, ενώ ο αντίστοιχος ρυθμός της οικονομίας της ζώνης του ευρώ επιβραδύνθηκε σε 1,2% από 1,9% το 2018. Το 2020 η ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις επιπτώσεις της εξάπλωσης του κορωνοϊού στην παγκόσμια και την ευρωπαϊκή οικονομία. (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος).

Το 2018, τα συνολικά ασφάλιστρα στην Ευρώπη αυξήθηκαν κατά 6,2%, φθάνοντας στα 1.311 δις. €, με σχετικά ισχυρή ανάπτυξη σε όλους τους τομείς: ασφάλισεις ζωής + 6,7%, ασφάλισεις υγείας + 4,8% και ασφάλισεις κατά ζημιών + 5,7%. Τα συνολικά ασφάλιστρα στην Ευρώπη αυξήθηκαν τα τελευταία έξι έτη με μέσο ποσοστό 3,8% κάθε χρόνο. (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος).

Κατά το 2019, η ίδια κράτηση (δηλαδή η συμμετοχή των ασφαλιστικών επιχειρήσεων) επί των ασφαλιστικών αποζημιώσεων που καταβλήθηκαν σε στις ασφάλισεις Ζωής ήταν 1.337 εκατ. € ενώ επιπροσθέτως αυξήθηκε η ίδια κράτηση των μαθηματικών αποθεμάτων και λοιπών προβλέψεων κατά 806 εκατ. €. Επομένως το άθροισμα της ίδιας κράτησης των πληρωθεισών αποζημιώσεων και της αντίστοιχης μεταβολής των προβλέψεων έφθασε τα 2.143 εκατ. €. (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος).

Στις ασφαλίσεις κατά Ζημιών, η ίδια κράτηση επί των ασφαλιστικών αποζημιώσεων που καταβλήθηκαν ήταν 651 εκατ. € ενώ η μεταβολή των προβλέψεων ήταν 26 εκατ. €. Επομένως για τις ασφαλίσεις κατά Ζημιών, το αντίστοιχο άθροισμα της ίδιας κράτησης των πληρωθεισών αποζημιώσεων και της μεταβολής των προβλέψεων έφθασε τα 677 εκατ. €. (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος).

Συνολικά λοιπόν, σε ότι αφορά την ίδια κράτηση, οι πληρωθείσες αποζημιώσεις εντός του έτους και η μεταβολή των προβλέψεων έφθασε αθροιστικά τα 2.820 εκατ. € για το σύνολο των κλάδων ασφάλισης. Σε αυτό το ποσό δεν περιλαμβάνεται η συμμετοχή των αντασφαλιστικών επιχειρήσεων (συνήθως του εξωτερικού) για αποζημιώσεις που καταβλήθηκαν επί ασφαλισμένων κινδύνων στη χώρα μας. (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος).



Γράφημα 3: Ασφαλιστικές αποζημιώσεις

### 3.4. Οι επιπτώσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα

Οι δαπάνες που καταβάλλονται από τους πολίτες για τις υπηρεσίες υγείας αφορούν άμεσες πληρωμές, άτυπες πληρωμές και συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών. Ανάλογα με τη πηγή που αντλούνται οι πόροι για υπηρεσίες υγείας έχουν συνέπειες τόσο στην ισοτιμία της κάλυψης και της πρόσβασης του πληθυσμού όσο και στα διαθέσιμα εισοδήματα των πολιτών.

Από τη μια πλευρά υποστηρίζεται πως μέσα από τη πληρωμή που καταβάλουν οι πολίτες για τις υπηρεσίες έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ζήτησής τους και την αύξηση των

εσόδων. Γεγονός που συμβάλει στην αντιμετώπιση της ανισότητας των πολιτών καθώς μέρος των εσόδων αυτών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες των ασθενέστερων ομάδων.

Από την άλλη πλευρά τώρα υποστηρίζεται πως η οικονομική συμμετοχή των πολιτών φέρεται να έχει επιπτώσεις στην ισότιμη διαχείριση των πολιτών στο σύστημα υγείας, καθώς μεταφέρεται το οικονομικό βάρος από τη φορολογία και τα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης στα νοικοκυριά. Η ανισότητα αυτή που προκύπτει είναι εύκολο να υπολογιστεί αν από τη συνολική ετήσια καταναλωτική δαπάνη αφαιρέσουμε τη δαπάνη για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Στην χώρα μας αποδέκτες της κατάστασης αυτής είναι η χαμηλή τάξη των πολιτών καθώς για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις υπηρεσίες υγείας στερούνται αναγκαία αγαθά που χρειάζεται ένα νοικοκυριό (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα ήταν, από το 2007 και μετά, από τις υψηλότερες μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών του κόσμου, μετατρέποντας τις υπηρεσίες υγείας από ένα δημόσιο-καθολικό αγαθό σε ένα εμπορεύσιμο αγαθό. Η ιδιωτικοποίηση αποτελεί προϊόν μακροχρόνιας εξέλιξης. Από το 1995, η αύξηση των εισοδημάτων των εύπορων και των μεσαίων στρωμάτων οδήγησε σε μια περαιτέρω αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Αυτή η θεαματική αύξηση της ζήτησης (και άρα της δαπάνης υγείας) δημιούργησε ένα ευνοϊκό έδαφος για τη συγκρότηση ενός κεφαλαιοκρατικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και στην απελευθέρωση γενικά της αγοράς υπηρεσιών υγείας.

Δεδομένης της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, η Ελλάδα για το έτος 2015 κατέγραψε δαπάνες ιδίων πληρωμών περί το 35,5% επί των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό πολύ υψηλότερο του μέσου όρου του Ο.Ο.Σ.Α, που είναι 20,58%. Για αυτό και σήμερα γίνεται λόγος για το «Ελληνικό παράδοξο» ως προς το σύστημα υγείας που διαθέτει η χώρα.

Η έντονη εμπλοκή του ιδιωτικού επιχειρηματικού τομέα στον χώρο της υγείας τα τελευταία χρόνια, οφείλεται στην ανεπάρκεια του δημόσιου συστήματος να ανταπεξέλθει στη ζήτηση για υπηρεσίες. Επομένως, η ζήτηση που δεν καλύπτεται από τον δημόσιο τομέα καλύπτεται, όλο και περισσότερο, από τον ιδιωτικό.

Για τη διερεύνηση της κατανομής των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και τις επιδράσεις που αυτές ασκούν στα διαφορετικά εισοδηματικά κλιμάκια του πληθυσμού, χωρίζουμε τον πληθυσμό σε δεκατημόρια με βάση το ύψος της συνολικής ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων. Κάθε δεκατημόριο περιλαμβάνει το 10% του συνόλου των ατόμων, με

το 1ο δεκατημόριο να περιλαμβάνει το 10% του φτωχότερου πληθυσμού (δηλαδή των ατόμων με την πιο χαμηλή καταναλωτική δαπάνη) και το 10ο δεκατημόριο το 10% του πλουσιότερου.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, είναι σαφές πως η μέση κατανάλωση υπηρεσιών και προϊόντων υγείας αυξάνεται ανάλογα με το εισόδημα των ατόμων. Επομένως, σε απόλυτες τιμές τα νοικοκυριά με υψηλότερα εισοδήματα δαπανούν μεγαλύτερα ποσά από τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση της χρηματοδότησης της υγείας από τα νοικοκυριά σε μια σειρά χωρών (όπως είναι η Ελλάδα, η Ιταλία και η Ισπανία), στις οποίες η δημόσια χρηματοδότηση συρρικνώθηκε ως αποτέλεσμα της δημοσιονομικής προσαρμογής.

Η τάση ορισμένων νοικοκυριών να καταβάλλουν υψηλές ιδιωτικές δαπάνες και να στρέφονται στις μαζικές αγορές υπηρεσιών υγείας από ιδιώτες επαγγελματίες ή από ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας, οφείλεται κυρίως στην επιθυμία τους να έχουν πρόσβαση σε καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας, που αυτονόητα δικαιούνται όλοι οι πολίτες από το δημόσιο σύστημα περίθαλψης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η χρήση αποκλειστικών νοσοκόμων. Οι σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό οδηγούν στη χρήση εξωτερικών επαγγελματιών από όλους τους νοσηλευόμενους. Με άλλα λόγια, το δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας έχει οδηγηθεί, λόγω της ελλιπούς χρηματοδότησης, σε ανεπάρκειες, τις οποίες επιχειρεί να καλύψει ο ιδιωτικός τομέας.

Αποτελεί κοινό τόπο πως η μέση ιδιωτική δαπάνη για υγεία σχετίζεται θετικά με το ύψος του εισοδήματος των ατόμων. Έτσι, αν και η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι ανελαστική, τα πλουσιότερα άτομα δαπανούν σε απόλυτες τιμές μεγαλύτερα ποσά για την υγεία, ενώ τα φτωχότερα είτε καταφεύγουν στις απολύτως απαραίτητες δαπάνες για την επιβίωσή τους, είτε στηρίζονται στην προσφορά των κοινωνικών φορέων (π.χ. κοινωνικά ιατρεία). Σε κάθε περίπτωση, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία επιφέρουν αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική κοινωνική ευημερία και ειδικότερα στα ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα.

Την περίοδο κατά την οποία παρατηρείται σημαντική συρρίκνωση των πραγματικών εισοδημάτων των ατόμων λόγω της οικονομικής ύφεσης, τα πιο φτωχά και ευάλωτα στρώματα του πληθυσμού ωθούνται στη μείωση των δαπανών υγείας, σε σχέση με τα οικονομικά πιο εύρωστα τμήματα του πληθυσμού. Η πείρα έχει δείξει πως οι ασθενείς είτε αναβάλλουν τη φροντίδα της υγείας τους εντελώς ή στρέφονται από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα, εφόσον εκεί η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος. Το χαμηλό εισόδημα

συνεπάγεται μικρότερη πρόσβαση σε προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας. Επομένως, τα άτομα ασθενέστερων -οικονομικά και κοινωνικά- στρωμάτων αναβάλλουν ή και περιορίζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας, για την παροχή των οποίων οι ίδιοι χρειάζεται να καταβάλουν ένα σημαντικό πόσο, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην περίπτωση της οδοντιατρικής περίθαλψης.

Καθώς οι υπηρεσίες υγείας μετατρέπονται σε εμπορεύματα, οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία στερούν πόρους από τα νοικοκυριά που θα μπορούσαν να διοχετευτούν στην κατανάλωση άλλων αγαθών και υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την πρόκληση αρνητικών επιπτώσεων στην ίδια την ευημερία των ατόμων. Εντούτοις, ακόμα και στην περίπτωση που οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αντιπροσωπεύουν ένα σταθερό ποσοστό της συνολικής κατανάλωσης των ατόμων σε όλα τα κλιμάκια, είναι προφανές ότι επιβαρύνουν δυσανάλογα την ευημερία των φτωχότερων τμημάτων του πληθυσμού, εφόσον τα φτωχά νοικοκυριά καταναλώνουν όλο σχεδόν το εισόδημά τους (Μπριόλα Κωνσταντίνα, 2019).

Επιπλέον σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στην περιφέρεια Αττικής σχετικά με το ποιοι μπορούν να ανταπεξέλθουν στο κόστος την ιδιωτικής ασφάλισης, από τα 350 άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα αυτή, 94 άτομα απάντησαν πως δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στο υψηλό κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης, τα υπόλοιπα 105 άτομα στο ερώτημα αυτό απάντησαν ότι δεν προθυμοποιούνται να έχουν ιδιωτική ασφάλιση με τόσο υψηλό κόστος. Ένα συμπέρασμα που προκύπτει από αυτή την έρευνα είναι ο διαχωρισμός της κοινωνίας στη μεσαία τάξη και στην ανώτατη τάξη. Πιο συγκεκριμένα όσοι ανήκουν στη πρώτη τάξη, επιθυμούν η εξόφληση της υπηρεσίας που τους προσφέρθηκε να γίνεται μετά την υλοποίησης της, σε αντίθεση με την ανώτατη τάξη όπου εκεί οι πολίτες επιθυμούν την αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών καθώς και την αύξηση της συμμετοχής για την ιδιωτική ασφάλιση. Αυτός ο διαχωρισμός που προκύπτει έχει ως αποτέλεσμα να μην αναδεικνύεται το αίσθημα της κοινωνικής αλληλεγγύης καθώς τόσο η κοινωνική όσο και η ιδιωτική ασφάλιση πορεύονται με γνώμονα τις αρχές της ανταποδοτικότητας (Σίσκου Ο., 2006).

Εν κατακλείδι αυτό που θέλει να πετύχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη χώρα μας είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί διότι η προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση έχει ως αποδέκτες την ανώτατη τάξη, δηλαδή άτομα με υψηλό εισόδημα.

### **3.5 Συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.**

Τη περίοδο της οικονομικής κρίσης, οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού αυξάνονταν ολοένα και περισσότερο, σε αντίθεση με τα κοινοτικά κονδύλια που ολοένα και μειώνονταν, με αποτελέσματα την υποβάθμιση στην ποιότητα της υγείας. Έτσι η ανάγκη για την εύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης αποτελεί μονόδρομο στις μέρες μας καθώς οι ποιότητες που προσφέρονται στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι απολύτως επαρκείς με άριστες προδιαγραφές.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, η Σύμπραξη Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την εξασφάλιση της επιδιωκόμενης ανάπτυξης στο σύστημα της υγείας. Σύμπραξη είναι ένα σύνολο ενεργειών μέσα από το οποίο οι ιδιωτικοί φορείς παρέχουν υπηρεσίες και έργα που κατ'εξοχήν παρέχονταν από το δημόσιο. Με τη σύμπραξη αυτή, μέρος του κινδύνου μετατοπίζεται από το δημόσιο φορέα στον ιδιώτη. Στην Ελλάδα η σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα επιτεύχθηκε με τη ψήφιση του Νόμου (Ν.3389/2005) το 2005, έτσι το Υπουργείο Υγείας βασιζόμενο στο Βρετανικό μοντέλο ΣΔΙΤ είχε στόχο της δημιουργία νοσοκομείων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Κομοτηνή, Πρέβεζα και Κω.

Το Ηνωμένο Βασίλειο αποτελεί τη πρώτη χώρα όπου πραγματοποιήθηκε η συνεργασία των ΣΔΙΤ προκειμένου να εξασφαλίσει επενδύσεις για τα νοσοκομεία. Ο τρόπος με τον οποίον λειτουργεί το ΣΔΙΤ είναι πως ο ιδιωτικός τομέας είναι πιο αποδοτικός από το δημόσιο, εξασφαλίζοντας ποιοτικές υπηρεσίες με μικρότερο κόστος.

Τα τελευταία χρόνια στο χώρο της υγείας, παρατηρείται αύξηση των ΣΔΙΤ. Οι ΣΔΙΤ στοχεύουν στη βελτίωση του δημόσιου τομέα μέσα από τη τεχνογνωσία και τον τρόπο που λειτουργεί ο ιδιωτικός τομέας με αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες αλλά και στις υποδομές.

Σημαντικό κλειδί στη λειτουργία των ΣΔΙΤ, αποτελούν οι ιδιαιτερότητες που έχει ο τομέας της υγείας συγκριτικά με άλλους τομείς. Κάποιες από τις πιο σημαντικές ιδιαιτερότητες αυτές είναι η μοναδικότητα του κάθε ασθενούς σε σχέση με την αδυναμία του να λάβει ο ίδιος αποφάσεις όταν απαιτείται, η ανάγκη τήρησης κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, η κρισιμότητα των περιστάσεων και η ανάγκη αντιμετώπισης κρίσιμων καταστάσεων καθημερινά.

Για την ορθή λειτουργία όλων των παραπάνω απαιτείται και η ανάλογη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Η Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων (European Investment Bank – EIB)

αποτελεί το πιο σημαντικό ίδρυμα σε Ευρωπαϊκό επίπεδο που στηρίζει τη λειτουργία των ΣΔΙΤ μέσα στο σύστημα υγείας. Κύριο μέλημα της ΕΙΒ είναι να δημιουργήσει οικονομική αποδοτικότητα (value for money), με τη βελτίωση ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο Νόμος 3389/2005 που αφορά τη σύμπραξη των ΣΔΙΤ προέβλεπε εφαρμογές για συγκεκριμένες υπηρεσίες όπως ασφάλεια νοσοκομείων, υπηρεσίες καθαριότητας, προμήθειας φαγητού κλπ. Η νοσοκομειακή φροντίδα θεωρείται ακριβή και οι ΣΔΙΤ αναγκαίες για τον έλεγχο της οικονομίας και των αποζημιώσεων. (Κονδύλης Η., Αντωνοπούλου Λ., Μπένος Α., 2008)

Στη χώρας μας, οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας το οποίο υπερβαίνει το 50%. Η επακόλουθη διόγκωση των δαπανών, αλλά και των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, επιτείνεται από τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών που παρατηρούνται από τη πλευρά των ασφαλιστικών ταμείων.

Στη δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας η λειτουργία των ξεκίνησε με τη συνεργασία του "Κοργιαλένιου – Μπενάκειου" Νοσοκομείου με το Νοσηλευτικό Ίδρυμα "Ερρίκος Ντυνάν" και αφορούσε τη νοσηλεία ασθενών του πρώτου σε κρεβάτια της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του δεύτερου. Συγκεκριμένα το "Ερρίκος Ντυνάν" ενοικιάζει 30 κλίνες ΜΕΘ, 40 χειρουργικές κλίνες, 3 καρδιολογικές και 3 χειρουργικά τραπέζια, σε άλλα νοσοκομεία του ΕΣΥ κυρίως στον Ερυθρό Σταυρό. Επίσης, μια σειρά από ιατρικές και διαγνωστικές πράξεις (μαγνητική τομογραφία, αιμοκάθαρση κ.α.) αναγκάζοντας τα ασφαλιστικά ταμεία να τις πληρώνουν.

Μέχρι σήμερα, η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα είναι περιορισμένη είτε άμεσα για τη φύλαξη, καθαριότητα, σίτιση, κ.ά. των δημόσιων νοσοκομείων, είτε για την αγορά υπηρεσιών από τον συμβεβλημένο ιδιωτικό τομέα (γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές). Ωστόσο, σημαντικά είναι και τα έσοδα δημόσιων νοσοκομείων για κλινικές μελέτες που επιχορηγούνται από τη φαρμακοβιομηχανία.

Περίπου το 65% των κλινών είναι στον δημόσιο τομέα και το 35% στον ιδιωτικό τομέα. Η πλειονότητα των ιδιωτικών κλινών είναι μικρές ή μεσαίες γενικές, μαιευτικές ή γυναικολογικές ή ψυχιατρικές κλινικές με λιγότερες από 100 κλίνες, μικρό αριθμό ασθενών και χαμηλά

ποσοστά στελέχωσης ανά τύπο προσωπικού. Τα νοσοκομεία συμβάλλονται κυρίως με τον ΕΟΠΥΥ, προσφέροντας υπηρεσίες μέτριας ποιότητας στους ασφαλισμένους.

Το σύστημα υγείας στη χώρα είναι έντονα συγκεντρωμένο γύρω από τα νοσοκομεία που έχουν τη χαμηλότερη μέση διάρκεια παραμονής (5,2 ημέρες) στην Ε.Ε. και η πληρότητα κλινών (74%) είναι παρόμοια με τον μέσο όρο της Ε.Ε. Ωστόσο, τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα διαχείρισης, μεταξύ των οποίων η έλλειψη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, η υποκειμενική λήψη ιατρικών αποφάσεων από τους γιατρούς και η αυξημένη χρήση υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας, κάτι που οδηγεί μερικές φορές σε υπερκατανάλωση υπηρεσιών, αυξημένο κόστος και αναποτελεσματικότητα. (Παπαδοπούλου Δ., 2019)

### **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΔΙ**

- ✓ Επιτρέπουν στο δημόσιο τομέα να επικεντρωθεί στις δικές του αρμοδιότητες,
- ✓ Δημιουργούν οικονομική ανάπτυξη, εργασία και ευκαιρίες επενδύσεων,
- ✓ Επιτυγχάνουν καλύτερη εκμετάλλευση των δημοσίων κεφαλαίων,
- ✓ Μειώνουν τα κόστη ζωής ενός έργου,
- ✓ Παρέχουν ευκαιρίες για νέες πηγές εσόδων,
- ✓ Αντικατάσταση των περιορισμένων δημοσίων πόρων από ιδιωτικούς,
- ✓ Βελτιωμένη ποιότητα προϊόντων και υπηρεσιών από τη χρησιμοποίηση καινοτόμων υλικών και τεχνικών διοίκησης,
- ✓ Λιγότεροι κίνδυνοι όσον αφορά τα υπερβαίνοντα κόστη και τις καθυστερήσεις έργων,
- ✓ Καλύτερη κατανομή κινδύνων,
- ✓ Εμπορική πειθαρχία στη παροχή δημοσίων υπηρεσιών
- ✓ Επαυξάνουν το βάρος των ευθυνών για τις παραδιδόμενες υπηρεσίες. (Ντέντε Α., 2007)

### **ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΔΙ**

- ✓ Απώλεια του δημόσιου ελέγχου,
- ✓ Ανεπαρκής λογοδοσία του ιδιωτικού στη δημόσιο τομέα,
- ✓ Αναξιόπιστα επίπεδα παρεχόμενων υπηρεσιών,
- ✓ Διάσπαση των υπηρεσιών,
- ✓ Κόστη που προκαλούνται στο δημόσιο τομέα όταν παρεμποδίζονται τα δικαιώματα που ασκεί,



- ✓ Υψηλότερα κόστη λόγω περιορισμένου ανταγωνισμού σε περίπτωση που οι διάδοχοι των έργων ΣΔΙΤ δεν είναι διαθέσιμοι,
- ✓ Μεγαλύτερη μυστικότητα και έλλειψη διαφάνειας που έχει σαν αποτέλεσμα τα οφέλη να μην μοιράζονται με το δημόσιο τομέα,
- ✓ Μεγαλύτερη δυσκολία και υψηλότερο κόστος για την απομάκρυνση ενός ακατάλληλου αναδόχου. (Ντέντε Α., 2007)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

### 4.1. Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης

Η έννοια της ασφάλισης είναι διατυπωμένη σε πολλά αρχαία κείμενα, ήδη από τη 2<sup>η</sup> π.Χ χιλιετία. Εμφανίσθηκε αρχικά με τη μορφή "αλληλοβοήθειας" μεταξύ ατόμων με παρεμφερές είδος εργασίας. Το πρώτο γνωστό Ταμείο αλληλοβοήθειας αναφέρεται σε πάπυρο, που εκτίθεται στο μουσείο του Καΐρου, σύμφωνα με το οποίο οι εργαζόμενοι, που πληρώνονταν σε είδος, κατέβαλαν μια ποσότητα τροφίμων ώστε να εξασφαλίζονται τα άτομα που δεν μπορούσαν να εργασθούν, σε περίπτωση δε θανάτου προβλεπόταν αποζημίωση.

Επίσης από τον Κώδικα του Χαμουραμπί προκύπτει ότι στην αρχαία Βαβυλώνα, ήδη από το 1750 π.Χ., είχε συσταθεί Ταμείο αλληλοβοήθειας εμπόρων, σύμφωνα με το οποίο τα μέλη των караβανιών χρεώνονταν από κοινού τις ζημιές που προέκυπταν, ακόμα και λόγω των φυσικών καταστροφών. Επίσης υπήρχαν διατάξεις σχετικές με θαλάσσια αστική ευθύνη και ασφάλιση.

Στην αρχαία Ελλάδα, τον 6<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα, με νόμο του Σόλωνα θεσπίστηκε ο όρος των ομοτάφων, σύμφωνα με τον οποίο καθορίζονταν οι όροι λειτουργίας εταιρειών με αντικείμενο τη παροχή εξόδων κηδείας, ο οποίος στη συνέχεια εξελίχθηκε και περιελάμβανε την αλληλοβοήθεια και σε άλλους κινδύνους. Επίσης σε λόγους του Δημοσθένη τον 4<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα γίνεται αναφορά στα θαλασσοδάνεια, με τα οποία ήταν δυνατή η απόσβεση της ζημιάς των πλοίων, που για λόγους πειρατείας ή ναυτικού οχήματος δεν επέστρεφαν, από τα κέρδη των πλοίων που επέστρεφαν. Στη συνέχεια, στο δίκαιο της Ρόδου, γίνεται αναφορά στην έννοια της κοινής αβαρίας, σύμφωνα με την οποία κάθε ηθελημένη θυσία εμπορευμάτων που γίνεται με χάριν του υπόλοιπου φορτίου του πλοίου επιβαρύνει αναλογικά όλα τα διασωθέντα συμφέροντα.

Η επίδραση των αρχαίων Ελλήνων ήταν εμφανής και στους Ρωμαίους, από τους οποίους θεσπίστηκε το πρώτο συνταξιοδοτικό σύστημα της ανθρωπότητας, σύμφωνα με το οποίο, οι λεγεωνάριοι που αποχωρούσαν από την Υπηρεσία τους, έπαιρναν χρηματική αποζημίωση, σε περίπτωση δε θανάτου η αποζημίωση καταβαλλόταν στην οικογένειά τους.

Επίσης και κατά την εποχή του Βυζαντίου γίνεται λόγος για ασφάλιση και ειδικότερα στον Πανδέκτη του αυτοκράτορα του Ιουστινιανού, που αναφέρεται, στο 14<sup>ο</sup> βιβλίο εκ των 50, στη κοινή αβαρία των Ροδίων και στα θαλασσοδάνεια των Αθηναίων, και στο 15<sup>ο</sup> βιβλίο, στη δωρεά αιτία θανάτου, που είχε ως σκοπό την οικονομική εξασφάλιση της χήρας.

Στη συνέχεια, κατά τη μεσαιωνική εποχή, αναπτύχθηκε ιδιαίτερα η ναυτική ασφάλιση και κοινή αβάρια και σε όλες τις παραθαλάσσιες πόλεις, εκτός από τις συνήθεις εμπορικές πράξεις, πραγματοποιούνταν θαλάσσιες ασφαλίσεις.

Κατά τη χρονική περίοδο από το 14<sup>ο</sup> έως το 18<sup>ο</sup> αιώνα υπήρξε ραγδαία εξέλιξη στο θεσμό της ασφάλισης. Άρχισαν να δημιουργούνται οι πρώτοι Συνεταιρισμοί των ασφαλιστών, όπως οι τοντίνες στη Φλωρεντία, οι οποίες ήταν σωματεία, όπου μέσω των εισφορών των μελών τους, δε δημιουργούνταν κεφάλαιο και μοιράζονταν τα κέρδη στα μέλη που επιζούσαν, με αποτέλεσμα να παίρνει τα κέρδη ο τελευταίος επιζών.

Στη συνέχεια με βάση το νόμο των πιθανοτήτων του Pascal, σε συνδυασμό με τους πίνακες θνησιμότητας των Halley and Doston, δημιουργήθηκε η Αναλογιστική επιστήμη, που είναι προπομπός της σύγχρονης ασφάλισης.

Κατά τη περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης θεσπίστηκαν οι πρώτοι ασφαλιστικοί νόμοι, βάσει των οποίων αναγκάστηκαν να λειτουργούν όλες οι μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες στις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, ήτοι με χρονολογική σειρά: Βέλγιο, Ιταλία, Αγγλία, Γερμανία και Ελβετία. Στην Ελλάδα, κατά την ανωτέρω χρονική περίοδο, λόγω της Τουρκοκρατίας και της πειρατείας, η ελληνική ναυτιλία ήταν περιορισμένη, αλλά στη συνέχεια με τα κεφάλαια που συγκεντρώθηκαν, σε συνδυασμό με τη πτώση της Οθωμανικής αυτοκρατορίας, οι Έλληνες επέκτειναν τις δραστηριότητές τους πέρα από τα Βαλκάνια και έθεσαν τις οικονομικές βάσεις για την εμφάνιση των ελληνικών ιδιωτικών ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

Κατά τους νεότερους χρόνους κατοχυρώθηκε η προστασία της ασφάλισης στα εθνικά Συντάγματα κάθε χώρας, ενώ σταδιακά μέσα από διάφορες διεργασίες, άρχισαν να γίνονται ορατά τα είδη της που αφορούν στη κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση. Ειδικότερα, μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη αύξηση στις κοινωνικές δαπάνες των ευρωπαϊκών χωρών και το μεγαλύτερο μέρος της αύξησης αυτής προήλθε από τις δαπάνες για την ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους. Τα επόμενα χρόνια επήλθαν τεράστιες αλλαγές στο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, όπως η δημογραφική γήρανση, η αύξηση του μέσου όρου ζωής, η είσοδος των γυναικών στην αγορά εργασίας, με αποτέλεσμα να ενισχυθεί ο ρόλος της κοινωνικής προστασίας και να αποκτήσει δεσπόζουσα θέση στη συνολική οικονομική πολιτική όλων των ανεπτυγμένων κρατών. Με τη πάροδο του χρόνου και τις εκάστοτε προκύπτουσες ανάγκες, άρχισαν να διαμορφώνονται συγκεκριμένα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης.

Η κοινωνική ασφάλιση επομένως μπορεί να οριστεί ως οποιοδήποτε πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που θεσπίζεται από τη νομοθεσία ή οποιαδήποτε άλλη υποχρεωτική ρύθμιση, που παρέχει στα άτομα ένα βαθμό εισοδηματικής ασφάλειας όταν αντιμετωπίζουν τα ενδεχόμενα γήρατα, επιβίωση, ανικανότητα, αναπηρία, ανεργία ή ανατροφή παιδιών. Μπορεί επίσης να προσφέρει πρόσβαση σε θεραπευτική ή προληπτική ιατρική περίθαλψη.

Όπως ορίζεται από τη Διεθνή Ένωση Κοινωνικής Ασφάλισης, η κοινωνική ασφάλιση μπορεί να περιλαμβάνει προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, καθολικά προγράμματα, συστήματα αμοιβαίων παροχών, εθνικά ταμεία πρόνοιας και άλλες ρυθμίσεις, συμπεριλαμβανομένων προσεγγίσεων προσανατολισμένων στην αγορά, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία ή πρακτική, αποτελούν μέρος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης μια χώρας (<https://ww1.issa.int/el/about/socialsecurity>).

Οι επιμέρους κατηγορίες που περιλαμβάνονται στη κοινωνική ασφάλεια, δηλαδή η υγεία, η πρόνοια και η κοινωνική ασφάλιση, έγιναν προϋπόθεση ενός υγιούς κρατικού μηχανισμού, ώστε με τη πάροδο των ετών να διαμορφώνονται τα κατάλληλα, για τις εκάστοτε κοινωνικές ανάγκες, μοντέλα προστασίας (Γραμματεία Πολιτικού Σχεδιασμού και Προγράμματος, 2008).

Ο στόχος της κοινωνικής ασφάλειας είναι ουσιαστικά να βρει τον τρόπο, ώστε να βελτιώνει τις συνθήκες διαβίωσης των πολιτών της. Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τον χαρακτήρα και τη δομή του συστήματος, που αφορούν τη σύνθεση του πληθυσμού, την οικονομική ανάπτυξη της κοινωνίας και τη διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ του ιδιωτικού και του δημοσίου τομέα. Η κάθε πολιτεία είναι λογικό να λαμβάνει τα μέτρα της, ώστε να επιτευχθούν οι γενικότεροι στόχοι του κοινωνικού συστήματος και η κοινωνική ασφάλεια των πολιτών (Δούκας, 2008)

Η κοινωνική ασφάλεια ως έννοια διαχωρίζεται σε 3 επιμέρους εννοιολογικές προτάσεις κοινωνικής προστασίας:

- ✓ Την υγεία
- ✓ Τη κοινωνική προστασία
- ✓ Τη κοινωνική ασφάλεια

Η τελευταία πρόταση, που αφορά τη κοινωνική ασφάλεια, αφορά στα κατασταλτικά ή αλλιώς προληπτικά μέτρα κοινωνικής προστασίας που ενεργοποιεί μία κοινωνία ώστε να μειώσει ή να άρει τις δυσμενείς συνέπειες από συγκεκριμένους κινδύνους (Μηνακάκης, 2008).

Ο κίνδυνος στην οικονομία, μεταφράζεται ως το αβέβαιο μελλοντικό γεγονός που δημιουργεί έντονες ανάγκες ή ζημιές στη κοινωνία, ενώ έρχεται ανεξάρτητα από τη θέληση των πολιτών. Υπάρχουν βέβαια και άλλες καταστάσεις που χαρακτηρίζονται ως εν δυνάμει κίνδυνοι, όπως είναι τα οικογενειακά βάρη.

Οι κίνδυνοι έχουν ταξινομηθεί, ενώ χαρακτηρίζονται από την πολυμορφία τους και το πλήθος τους. Ακολουθούν οι κατηγορίες κινδύνων:

- ✓ Η κατηγορία των φυσιολογικών κινδύνων, που αφορούν καθαρά την ανθρώπινη φύση.
- ✓ Η κατηγορία των φυσικών κινδύνων, που αφορούν την εκδήλωση διαφόρων φυσικών φαινομένων.
- ✓ Η κατηγορία των επαγγελματικών κινδύνων
- ✓ Η κατηγορία των οικογενειακών κινδύνων.

Όταν οι κίνδυνοι αυτοί αρχίσουν να αποτελούν ευθύνη του κοινωνικού συνόλου, λόγω της επανόρθωσης και της πρόληψης, μετατρέπονται σε κοινωνικούς κινδύνους. Από την άλλη πλευρά, τα όπλα που διαθέτει ένας πολίτης απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους είναι η ιδιωτική ασφάλιση, η φιλανθρωπία και η αποταμίευση (Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2016).

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, σε όλα τα σύγχρονα κράτη έχει καθιερωθεί ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης, προκειμένου να εξασφαλισθούν οι πολίτες από την επέλευση διαφόρων ειδών ασφαλιστικών κινδύνων, άλλων περιπτώσεων. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός πρέπει σε κάθε ισχύον ασφαλιστικό στοίχημα να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες να διασφαλίζουν τη σωστή οργάνωσή του. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι εξής:

α) Ανταποκρισιμότητα: Το σύστημα πρέπει να έχει την ικανότητα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασφαλισμένων, τόσο στις τρέχουσες όσο και στις μελλοντικές.

β) Προσπελασιμότητα: Το σύστημα οφείλει να προστατεύει όλες τις κατηγορίες των ατόμων και για το λόγο αυτό ο σχεδιασμός του χρειάζεται να γίνει σε μακροχρόνια βάση, ώστε να καλύπτονται ομοίως και οι ανασφάλιστοι και όσοι από τους ασφαλισμένους καλύπτονται μερικώς.

γ)Βιωσιμότητα: Οι πόροι της εισπρακτικής περιόδου χρειάζεται να αξιοποιούνται ορθολογικά, ώστε να είναι εφικτό να καλύπτουν και τις υποχρεώσεις που θα προκύψουν στο μέλλον.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν καθιερωθεί, ανάλογα με τον τρόπο της χρηματοοικονομικής τους λειτουργίας, τρία ασφαλιστικά συστήματα: α) το διανεμητικό σύστημα (pay as you go to system), β) το κεφαλαιοποιητικό σύστημα (funded system) και γ) το σύστημα της ιδιωτικής ασφάλισης (private insurance system) (European Comission , Social protection in Europe, 1999).

## **4.2. Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης**

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, το οποίο έχει κατοχυρωθεί συνταγματικά τόσο στην Ελλάδα, όσο και στην πλειονότητα των υπόλοιπων κρατών. Ο κύριος σκοπός που επιδιώκεται είναι η κάλυψη των ασφαλισμένων από προκαθορισμένους ασφαλιστικούς κινδύνους, μέσω παροχών που χρηματοδοτούνται κυρίως με καταβολή εισφορών από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και τους εργοδότες τους και δευτερευόντως με την αναδιανομή του εισοδήματος, από τις ενεργείς οικονομικά γενεές προς τις παλαιότερες, οι οποίες έχουν αποσυρθεί από τον εργασιακό βίο, ώστε να εξασφαλίσουν ή και να διατηρήσουν ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Επομένως η κοινωνική ασφάλιση έχει οικονομική λειτουργία και κοινωνικό σκοπό και συνδυάζει τόσο την ατομική όσο και τη συλλογική ευθύνη. Θεμέλιος λίθος του θεσμού είναι η κοινωνική αλληλεγγύη, ενώ συγχρόνως επιδιώκεται και η ανταποδοτικότητα εισφορών και παροχών (Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδα Π.)

Η κοινωνική ασφάλιση δεν θα είχε κοινωνικό χαρακτήρα αν δεν στηριζόταν στην αλληλεγγύη. Η αλληλεγγύη ενυπάρχει και μεταξύ των εργαζομένων, καθότι οι αναγκαίοι πόροι αντλούνται από τις εισφορές, και μεταξύ των πολιτών, μέσω της φορολογίας που επιβάλλει το Κράτος. Είναι επίσης δικαίωμα, αλλά και υποχρέωση. Αφενός μεν μέσω της κοινωνικής αλληλεγγύης και της αναδιανομής του εισοδήματος αμβλύνονται οι κοινωνικές αντιθέσεις και ανισότητες (ΣΤΕ Ολομ. 2290/2015), αφετέρου δε με τις μειώσεις των παροχών και την ίση συμμετοχή στα δημόσια βάρη αξιώνεται από το σύνολο των πολιτών η τήρηση της υποχρέωσης για κοινωνική αλληλεγγύη (ΣΤΕ Ολομ. 734/2016).

Για να καταστεί δυνατή η αλληλεγγύη χρειάζεται να καμφθεί η αρχή της ανταποδοτικότητας μεταξύ εισφορών και παροχών. Σύμφωνα με τη Νομολογία, δεν επιβάλλεται ούτε από το

Σύνταγμα, ούτε από τις γενικές αρχές του ασφαλιστικού δικαίου να τηρείται αναλογία μεταξύ εισφορών και παροχών, οπότε ο νομοθέτης δεν δεσμεύεται από την εφαρμογή της αρχής της ανταποδοτικότητας (ΣΤΕ Ολομ. 528/2009).

Έχει κριθεί συνταγματικό ότι μπορεί να επιβαρύνονται υπέρμετρα αυτοί που έχουν περισσότερο χρόνο ασφάλισης, ώστε να βρεθούν οι αναγκαίοι πόροι των ασφαλιστικών ταμείων, όπως επίσης και όσοι έχουν καταβάλλει αυξημένες ασφαλιστικές εισφορές. Σύμφωνα με Νομολογία, με την επέλευση του ασφαλιστικού κινδύνου, ο ασφαλισμένος έχει μεν αξίωση από τον ασφαλιστικό του φορέα να του χορηγήσει την παροχή, πλην όμως δεν απαιτείται αυτή να είναι ανάλογη με τις καταβληθείσες ασφαλιστικές εισφορές, αλλά να του εξασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης, που να μην απέχει σε μεγάλο βαθμό από αυτό που είχε κατά τη διάρκεια του εργασιακού του βίου (ΣΤΕ Ολομ. 3125/1992, 2263/1982 και 2290/2015).

Τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη κοινωνική ασφάλιση είναι η υποχρεωτικότητα και η καθολικότητα, καθώς επίσης ο δημόσιος χαρακτήρας της.

Τόσο στη Θεωρία, όσο και στη Νομολογία γίνεται δεκτό ότι με την υποχρεωτικότητα πραγματώνεται η ουσία του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης, που είναι η κοινωνική αλληλεγγύη. Ο υποχρεωτικός χαρακτήρας προσδίδει στο θεσμό κοινωνικό χαρακτήρα και αναγκάζει τους οικονομικά εύρωστους να εκπληρώνουν το χρέος τους ως προς την επίτευξη της κοινωνικής και εθνικής αλληλεγγύης, μέσω της αναδιανομής του εισοδήματος.

Επίσης ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της κοινωνικής ασφάλισης είναι άμεσα συνδεδεμένος με τη δημόσια φύση του θεσμού. Για το λόγο αυτό έχει γίνει δεκτό ότι φορέας της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης είναι μόνο το Κράτος ή τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), που είναι καθ' ύλην αποκεντρωμένες δημόσιες υπηρεσίες (ΣΤΕ Όλομ. 5024/1987).

Σημαντικός επίσης είναι και ο καθολικός χαρακτήρας του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης, καθότι στα πλαίσια της καθολικότητας όλοι οι εργαζόμενοι έχουν δικαίωμα ασφαλιστικής κάλυψης, χωρίς να αποκλείεται καμιά μορφή απασχόλησης.

Στην Ελλάδα η κοινωνική ασφάλιση εξελίχθηκε σταδιακά:

- 1836: ασφάλιση εργαζομένων στη ναυτιλία,
- 1851: αξιωματικοί του στρατού και του ναυτικού,

- 1855: δάσκαλοι,
- 1861: Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (NAT),
- 1861: δημόσιοι υπάλληλοι,
- 1867: εργαζόμενοι στην Εθνική Τράπεζα,
- 1882: μεταλλωρύχοι,
- 1907-08: σιδηροδρομικοί,
- 1922: υποχρεωτική ασφάλιση ιδιωτικών υπαλλήλων,
- 1923-25: αρτεργατών, καπνεργατών, λιμενεργατών, τυπογράφων,
- 1928: Ταμείο Σύνταξης και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ), Ταμείο Νομικών, Ταμείο Συντάξεως Αυτοκινητιστών (ΤΣΑ),
- 1934: Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΙΚΑ) και τροποποίησή του το 1937, Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας (ΤΕΒΕ), Ταμείο Συντάξεως Μηχανικών & Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ), Εργατών Τύπου
- 1961: Οργανισμός Γεωργικής Ασφάλισης (ΟΓΑ)

Έτσι στην Ελλάδα ήδη από τα πρώτα χρόνια μετά το τέλος της οθωμανικής κυριαρχίας και την ίδρυση του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους έχουμε τη δημιουργία των πρώτων ασφαλιστικών ταμείων, με αποσπασματικό και μη ολοκληρωμένο τρόπο. Αυτό οδήγησε σε ένα Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης χωρίς συνοχή και χωρίς αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών. Κομβικό σημείο για την εξέλιξη της Κοινωνικής Ασφάλισης αποτέλεσε η ίδρυση του ΙΚΑ τον Οκτώβριο του 1932 με το Νόμο 5733 για την ίδρυση του ΙΚΑ. Ο νόμος προέβλεπε την ίδρυση ενός ασφαλιστικού ταμείου υποχρεωτικής ασφάλισης για όλους τους μισθωτούς και τους εργαζομένους στον ιδιωτικό τομέα, τους οποίους θα κάλυπτε για τους κινδύνους της ασθένειας, του εργατικού ατυχήματος, του γήρατος και του θανάτου, ενώ θα παρείχε και επιδόματα μητρότητας. Δυστυχώς ο παραπάνω νόμος τροποποιήθηκε προς το χειρότερο και πριν ακόμα εφαρμοστεί αντικαταστάθηκε από το Νόμο 6298 του 1934, ο οποίος τροποποιήθηκε και πάλι και εφαρμόστηκε τελικά το 1937 σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πειραιά και σταδιακά σε όλη την Ελλάδα.

Η πρώτη περίοδος (1990 – 1992) χαρακτηρίζεται από την υιοθέτηση πολιτικών που επιδίωκαν πρωταρχικά τη κάλυψη των χρηματοδοτικών ελλειμμάτων του ασφαλιστικού συστήματος, μέσω της αύξησης των πόρων και της μείωσης των ασφαλιστικών παροχών. Στη περίοδο αυτή, σημειώθηκαν έντονες αντιδράσεις ιδίως των συνδικαλιστικών οργανώσεων για



τις προτεραιότητες της μεταρρύθμισης, ολοκληρώθηκε με τη ψήφιση του Νόμου 2084 το 1992. Ο νόμος αυτός εισήγαγε τη διάκριση ανάμεσα σε δύο κατηγορίες ασφαλισμένων, όπου η κάθε κατηγορία διέπεται από διαφορετικό καθεστώς ασφάλισης, με κύριο γνώρισμα τους νέους ασφαλισμένους, δηλαδή αυτούς που ασφαλίστηκαν για πρώτη φορά μετά την 01/01/1993. Αυτοί νοούνται ως ασφαλισμένοι και υπάγονται εφεξής σε ένα νέο καθεστώς όπου έχουν αυστηρότερες προϋποθέσεις χορήγησης παροχών και υπολογισμού του ύψους τους. Οι υπαχθέντες μέχρι 31/12/1992 σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα ή στο Δημόσιο, νοούνται ως παλαιοί ασφαλισμένοι και εξακολουθούν να υπάγονται στις μέχρι τότε ισχύουσες διατάξεις.

Οι παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου εξασφάλισαν σε σημαντικό βαθμό τη βιωσιμότητα του συστήματος, βάσει συμπερασμάτων που προέκυψαν από μεταγενέστερες μελέτες. Από την άλλη όμως πλευρά οδήγησαν σε μείωση ή και απώλεια ασφαλιστικών παροχών, ενώ εισήγαγαν μια ιδιαίτερα δυσμενή μεταχείριση για όσους ασφαλιζόνταν για πρώτη φορά μετά την 01/01/1993. Δόθηκε δηλαδή προτεραιότητα στην οικονομική βιωσιμότητα απέναντι στη κοινωνική αποτελεσματικότητα.

Η δεύτερη περίοδος (1993 – 1999) χαρακτηρίζεται από την προώθηση της οργανωτικής αναδιάρθρωσης των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και την έναρξη των διαδικασιών κοινωνικού διαλόγου για τη συνολική μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος. Οι σημαντικότερες ρυθμίσεις που προωθήθηκαν κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής εντοπίζονται στη δημιουργία ενός νέου ασφαλιστικού καθεστώτος για τους αγρότες, στην ενοποίηση των ταμείων κύριας ασφάλισης των ελεύθερων επαγγελματιών και των ταμείων επικουρικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, στην ενίσχυση των ελεγκτικών μηχανισμών του ασφαλιστικού συστήματος και στη θεσμοθέτηση συμπληρωματικών παροχών για τους συνταξιούχους χαμηλού εισοδήματος μέσω της εισαγωγής του Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ). Παράλληλα, εγκαινιάστηκε ο επίσημος κοινωνικός διάλογος μεταξύ της κυβέρνησης και των κοινωνικών εταίρων για τις βασικές αρχές και τις προτεραιότητες της μεταρρύθμισης του ασφαλιστικού συστήματος. Τη περίοδο αυτή είχαμε και μια σειρά από εκθέσεις διάφορων επιτροπών στα πλαίσια του κοινωνικού διαλόγου και της κοινωνικής διαβούλευσης. Η συζήτηση για τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος ξεκίνησε το Μάιο του 1997 και προωθήθηκε μέσω μιας ανεξάρτητης Επιστημονικής Επιτροπής Κοινωνικού Διαλόγου για τη κοινωνική ασφάλιση, η οποία

συγκροτήθηκε από εκπροσώπους της κυβέρνησης και εμπειρογνώμονες των κοινωνικών εταίρων.

Η τρίτη περίοδος (2000 – 2004) χαρακτηρίζεται από τη τυποποίηση των αρχών της μεταρρύθμισης, όπως συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια δύο φάσεων. Η πρώτη φάση (Μάιος 2000 – Μάιος 2001) επικεντρώθηκε στην εξέταση της οικονομικής βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος. Οι προτεινόμενοι άξονες της μεταρρύθμισης καταγράφηκαν στο σχέδιο συζήτησης του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με τίτλο «Η προτεινόμενη μεταρρύθμιση του Ελληνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης», που κατατέθηκε τον Απρίλιο του 2001, επισημαίνοντας τόσο τις διαστάσεις της κρίσης των υφιστάμενων πολιτικών στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης, όσο και τις προοπτικές μετασχηματισμού τους. Σύμφωνα με το σχέδιο, η ισορροπία του ασφαλιστικού συστήματος αποτελεί βασικό παράγοντα για την ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας, ενισχύοντας παράλληλα τις διαδικασίες κατοχύρωσης της κοινωνικής συνοχής και της καταπολέμησης των κινδύνων της φτώχειας και του αποκλεισμού. Όμως τελικά το Σχέδιο δεν έγινε αποδεκτό λόγω των σχετικά δυσμενών συνεπειών που συνεπαγόταν για την επάρκεια των ασφαλιστικών παροχών και της σημαντικότητας αντίδρασης των συνδικάτων και των εργαζομένων.

Η δεύτερη φάση (Οκτώβριος 2001 – Οκτώβριος 2002) προσανατολίστηκε στην κατοχύρωση των κοινωνικών διαστάσεων της μεταρρύθμισης. Ύστερα από εξαντλητική διαδικασία διαβουλεύσεων με τους κοινωνικούς εταίρους κατά τη διάρκεια του Α' εξαμήνου του 2002, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας επεξεργάστηκαν και κατέθεσαν στις αρχές Ιουνίου 2002 σχέδιο νόμου για την αναδιοργάνωση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, το οποίο τελικά ψηφίστηκε στα μέσα του Ιουνίου ως Νόμος 3092/2002 και φέρει τίτλο «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης». Ο νόμος αυτός περιόρισε σημαντικά το ζήτημα της πολυδιάσπασης του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και περιείχε πολλές από τις θέσεις των συνδικαλιστικών οργανώσεων.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από τον πολυκερματισμό και την πολυπλοκότητα των υπηρεσιών. Έχει παρατηρηθεί πως στην Ελλάδα έχει υιοθετηθεί ένα υβριδικό σύστημα προστασίας που έχει χαρακτηριστικά και από τα δύο συστήματα (Bismarck και Beveridge).

Ένα από τα αρνητικά χαρακτηριστικά του δικού μας συστήματος, έχει να κάνει με τη δημιουργία πολλών ελλειμμάτων, λόγω του ότι δεν παρουσιάζει αντοχή απέναντι στις

διακυμάνσεις. Παρόλο που γίνονται συνεχώς προσπάθειες ώστε να αντιμετωπιστεί το έντονο πρόβλημα των ελλειμμάτων, δεν έχει βρεθεί ακόμα μια βιώσιμη λύση (Αναγνώστου – Δεδούλη, 2008).

Θα μπορούσαμε να πούμε πως το σύστημα της Ελλάδος είχε αρκετά κοινά με το Γερμανικό σύστημα Bismarck. Ο πρώτος ασφαλιστικός φορέας που δημιουργήθηκε στη χώρα μας, με βάση το Γερμανικό μοντέλο, ήταν το ΝΑΤ. Ακολούθησαν δύο ακόμα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία, το ΙΚΑ το 1934 και ο ΟΓΑ το 1961 (Μηνακάκης, 2008).

Το 1973 που ξέσπασε η μεγάλη οικονομική κρίση, δημιουργήθηκε σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και στην Ελλάδα έντονο οικονομικό πρόβλημα, κάτι που οδήγησε στην ανάγκη εξεύρεσης μίας άρτιας κοινωνικής δομής. Το 1980 υπήρχαν πάνω από 1.530 ασφαλιστικοί οργανισμοί, με τους μεγαλύτερους να είναι το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ, το ΤΕΒΕ, το ταμείο εργαζομένων του ΟΤΕ, το ΤΑΕ, το ταμείο τραπεζοϋπαλλήλων κ.α. (Μηνακάκης 2008).

Στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συμμετέχουν Υπουργεία όπως:

- Εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης
- Οικονομικών
- Γεωργίας
- Εθνικής Αμύνης
- Εμπορικής Ναυτιλίας
- Ταμείο Αλληλοβοήθειας
- Υπηρεσιών Ασφάλισης
- Βουλή των Ελλήνων (Μηνακάκης 2008)

Σύμφωνα με την Ελληνική Βιβλιογραφία, τους αναλυτές και τους οικονομικούς μελετητές, το Ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζει βασικότερες αδυναμίες:

- Δημιουργεί ελλείμματα, χάρη στην κακοδιαχείριση των Ελληνικών κυβερνήσεων
- Παρουσιάζει έντονη ελαστικότητα στην απόκτηση σύνταξης (κάτι που αλλάζει τα τελευταία χρόνια)
- Παρουσιάζει πολυκερματισμό, αφού υπάρχουν πολυεπίπεδες παροχές και μεγάλο εύρος συντάξεων
- Αδυνατεί να ελέγξει τον ακριβή αριθμό των συνταξιούχων (Κουτρομάνης, 2008).

### 4.3. Βασικά στοιχεία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα

Το Ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα είναι δομημένο σε τρεις πυλώνες, ενώ έχει εισαχθεί και ο θεσμός της επικουρικής ασφάλισης αφού υπάρχει η δυνατότητα ίδρυσης ΤΕΑ, δηλαδή Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης.

Συγκεκριμένα, στον 1<sup>ο</sup> πυλώνα έχουμε ένα σύστημα δημοσίου δικαίου, συνταγματικά κατοχυρωμένο (αρ.22 παρ.5 Σ), με δημόσιο, καθολικό, υποχρεωτικό και διανεμητικό. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι στον 1<sup>ο</sup> πυλώνα μετέχουν όλοι οι εργαζόμενοι υποχρεωτικά ανεξαρτήτως επαγγέλματος (διεπαγγελματικός πυλώνας), καθώς ο 1<sup>ος</sup> πυλώνας είναι πολύ βασικός και εγγυάται ότι κάθε συνταξιούχος θα λαμβάνει μια σύνταξη για αξιοπρεπή διαβίωση από το κράτος και στη συνέχεια θα μπορεί αυτήν να τη συμπληρώσει μέσα από τους επόμενους πυλώνες. Ωστόσο, το σύστημα του πρώτου πυλώνα καλύπτει δύο επίπεδα ασφάλισης: την κύρια ασφάλιση και την επικουρική ασφάλιση. Κάθε ασφαλισμένος λαμβάνει τόσο κύρια σύνταξη (δηλαδή την παροχή που αντιστοιχεί στην κύρια ασφάλιση από τον e-ΕΦΚΑ), όσο και επικουρική σύνταξη (δηλαδή την παροχή που αντιστοιχεί στην επικουρική ασφάλιση από το ΕΤΕΑΕΠ). Στις μέρες μας, χάρη στην πλήρη ενοποίηση που έχει επιτευχθεί και με βάση το νέο νόμο 4670/2020 και το ΕΤΕΑΕΠ εντάσσεται στον e-ΕΦΚΑ.

Στον 2<sup>ο</sup> πυλώνα εντάσσονται τα Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης, τα αλληλοβοηθητικά ταμεία και η ομαδική ασφάλιση προσωπικού. Ο 2<sup>ος</sup> πυλώνας στοχεύει στην παροχή στους ασφαλισμένους συμπληρωματικής επαγγελματικής προστασίας πέραν, δηλαδή της παρεχόμενης από την υποχρεωτική ασφάλιση του 1<sup>ου</sup> πυλώνα. Σε αυτό το σημείο, λοιπόν, αξίζει να υπογραμμιστεί ότι η ένταξη στην ασφάλιση των ΤΕΑ είναι προαιρετική, σε αντίθεση με τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης. Κατά συνέπεια, ο κάθε ασφαλισμένος έχει τη διακριτική ευχέρεια να υπαχθεί στο εκάστοτε ΤΕΑ, με βάση το αντίστοιχο επάγγελμά του. Επίσης, επισημαίνεται ότι τα ΤΕΑ που χορηγούν συνταξιοδοτικές παροχές, λειτουργούν με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα-καθορισμένων εισφορών σε αντίθεση με το διανεμητικό σύστημα που υιοθετείται στον 1<sup>ο</sup> πυλώνα, ενώ η λειτουργία τους εποπτεύεται από το κράτος.

Ο 3<sup>ος</sup> πυλώνας αφορά την ατομική προαιρετική συνταξιοδοτική ασφάλιση, μέσω αποταμιεύσεων και ιδιωτικών ασφαλιστηρίων ζωής. Γίνεται σαφές, λοιπόν, ότι ο 3<sup>ο</sup> πυλώνας βασίζεται στην αποταμιευτική πρωτοβουλία του ίδιου του ατόμου, ενώ η υπαγωγή στον 3<sup>ο</sup> πυλώνα γίνεται ανεξαρτήτως επαγγέλματος. Επίσης, υπογραμμίζεται ότι ο 3<sup>ος</sup> πυλώνας χαρακτηρίζεται από την υιοθέτηση του κεφαλαιοποιητικού συστήματος και ενός απολύτως

ανταποδοτικού μοντέλου. Σε αυτόν τον πυλώνα, απουσιάζει κάθε στοιχείο αλληλεγγύης, καθώς ο 3<sup>ος</sup> πυλώνας προσεγγίζει περισσότερο την ιδιωτική ασφάλιση. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι το κράτος δεν συμμετέχει άμεσα με κάποιο τρόπο στον 3<sup>ο</sup> πυλώνα, αλλά τον υποστηρίζει έμμεσα μέσα από φοροαπαλλαγές. Το προνόμιο του πυλώνα αυτού είναι ότι αποτελεί το πιο ευέλικτο πυλώνα ασφάλισης και αυτό διότι ο ασφαλισμένος είναι ελεύθερος να επιλέξει τόσο το πρόγραμμα που επιθυμεί, όσο και την ασφαλιστική εταιρία, ενώ μπορεί να προσαρμόσει το πρόγραμμά του όπως ακριβώς επιθυμεί (Αναστάσιος – Φώτιος Τσοχατζίδης, Δεκέμβριος 2020).

Όσον αφορά τον ΕΦΚΑ (Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης), αποτελεί το κύριο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης και συνταξιοδότησης στη χώρα μας σήμερα και λειτουργεί με την ενιαία βάση εισφορών και αποδοχών από το 2017. Ο ΕΦΚΑ συγκέντρωσε όλα τα ταμεία που λειτουργούσαν μεμονωμένα μέχρι και τα τέλη του 2016 με στόχο τη βελτίωση των συνταξιοδοτικών διατάξεων. Εκτός από τον ΕΦΚΑ καθοριστικό ρόλο στο νέο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα είχε και ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) ο οποίος είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δημιουργήθηκε με τη ψήφιση του νόμου 3918/2011 ενώ ξεκίνησε να λειτουργεί την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012. Τον κύριο έλεγχο το πρώτο καιρό τον είχε το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης αργότερα η εποπτεία του ανατέθηκε αποκλειστικά στο Υπουργείο Υγείας.

Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ είναι ο καθηγητής του Τμήματος Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Βασίλειος Πλαγιανάκος, στη θέση του αντιπροέδρου βρίσκεται η Θεανώ Καρποδίνη. Ιστορικά, πρώτος πρόεδρος υπήρξε ο παθολόγος Γεράσιμος Βουδούρης που αντικαταστάθηκε τον Νοέμβριο του 2012 από τον – πρώην Διοικητή του ΟΓΑ – Ελευθέριο Παπαγεωργόπουλο. Στις 26/06/2013 ο κ. Παπαγεωργόπουλος υπέβαλε τη παραίτηση του και τη θέση του ανέλαβε ο Δημήτρης Κοντός, έως τότε Διοικητής του ΟΓΑ.

Ο ΕΟΠΠΥ δημιουργήθηκε μέσα από τη συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων:

- ΙΚΑ, από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012
- ΟΓΑ, από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012
- ΟΑΕΕ, από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012,

- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012
- ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012
- Οίκος Ναύτου ή NAT, από 1<sup>η</sup> Απριλίου 2012
- ΤΑΥΤΕΚΩ (Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας), από 1<sup>η</sup> Μαΐου 2012
- ΕΤΑΑ (Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων), από 1<sup>η</sup> Νοεμβρίου 2012
- ΕΤΑΠ – ΜΜΕ (Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης), από 1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2012
- Λιμενικό, από Μάιο του 2013 με ένταξη στον ΟΠΑΔ.

Η αγορά ιατρικών Υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ από δημοσίους και ιδιωτικούς παρόχους υγείας άρχισαν από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012 και παρέχονται δωρεάν στην Ελλάδα από 4 τομείς:

α) Κρατικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ

β) Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ

γ) Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (τέως Ιατρεία ΙΚΑ)

δ) Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ.

Ήδη από τη πρώτη δανειακή σύμβαση της Ελλάδας (Μνημόνιο Ι) ήταν αναπόφευκτη η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η οποία ξεκίνησε μέσα στο 2011. Παρά τις ενστάσεις του Ιατρικού σώματος και του Διοικητικού του ΕΟΠΥΥ κ. Γεράσιμου Βουδούρη, υπεγράφη Κοινή Υπουργική Απόφαση με την οποία όλοι οι ιατροί της Ελλάδας, ανεξαρτήτως συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ ή όχι, μπορούν να συνταγογραφούν ηλεκτρονικά τα φάρμακα στους ασθενείς. Την τεχνική υποδομή και την υποστήριξη του Ιατρικού λογισμικού για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει η κρατική εταιρεία ΗΔΙΚΑ Α.Ε. (Κλωντζας Ε. & Καβουσάνος Ι., 2018)

#### **4.4. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης**

Η Ελλάδα είναι μια χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης με σχεδόν 11 εκατομμύρια κατοίκους και με βασικά δημογραφικά προβλήματα τη γήρανση και την επιβραδυνόμενη αύξηση του πληθυσμού της. Με την οικονομική κρίση η χώρα απώλεσε πάνω από το ένα τέταρτο του ΑΕΠ από το 2010 και έπειτα και οδηγήθηκε στη σύναψη τριών δανειακών

συμβάσεων για τη διάσωση της εθνικής οικονομίας με την υποχρέωση εφαρμογής αντίστοιχων Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής, τα οποία και ολοκλήρωσε τον Αύγουστο του 2018. Υπό αυτό το πρίσμα, όλες οι επιμέρους εκφάνσεις της κοινωνικής και οικονομικής ζωής της χώρας επηρεάστηκαν και πληθώρα χρηματοοικονομικών δεικτών και δεικτών υγείας επηρεάστηκαν δυσμενώς (Beletsioti C., Niakas D.).

Η εφαρμογή των πολιτικών λιτότητας ευθύνεται για την παρατεταμένη υφεσιακή κατάσταση και την ενισχυμένη πίεση στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, όπως συνέβη και σε άλλες χώρες που ακολούθησαν ανάλογο μοντέλο περιοριστικών πολιτικών ως απόκριση στην οικονομική κρίση. Η δραστική περικοπή των δημοσίων δαπανών για βασικά αγαθά και υπηρεσίες επιδείνωσε ήδη υφιστάμενα προβλήματα των δημόσιων μονάδων υγείας, όπως τα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς, η υποστελέχωση, η ανεπάρκεια στις προμήθειες, κυρίως φαρμακευτικού και αναλώσιμου υλικού, και επηρέασε σημαντικά τη δομή και τη λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών υγείας (Amalia A. Ifanti, Andreas A. Argyriou, Foteini Kalofanou et al).

Οι επιρροές που δέχεται το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης όπως παραδείγματος χάρη η δημογραφική εξέλιξη, η εργασιακή σταθερότητα, η οικονομική ανάπτυξη κτλ. Είναι εύκολο να επηρεάσουν και τη λειτουργία του συστήματος αυτός. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς στο άμεσο μέλλον μπορεί να προκαλέσει ανησυχία ως προς τη κάλυψη βασικών κοινωνικών αγαθών. Όπως προαναφέρθηκε το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης επηρεάζεται έντονα και από την οικονομία αλλά και το αντίστροφο. Στις αρχές είχε θεσπιστεί πως οι κοινωνικές δαπάνες έχουν αρνητικό αντίκτυπο στον τομέα της οικονομίας, αργότερα όμως η άποψη αυτή άλλαξε καθώς μέσα από τις κοινωνικές δαπάνες άρχισαν να αυξάνονται οι θέσεις εργασίας, αυξήθηκε η κατανάλωση και επικράτησε κοινωνική ευημερία.

Πέρα από τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις που επέφερε η οικονομική κρίσης, και ο τομέας της υγείας είχε να διαχειριστεί τις συνέπειες της κατάστασης αυτής καθώς και της επιπτώσεις που δημιουργήθηκαν. Στο σημείο αυτό αξίζει να δώσουμε ιδιαίτερη έμφαση στις συνέπειες που είχε όλο αυτό στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα:

1) Μειώθηκε η χρηματοδότηση για την υγεία. Με βάση τη Γενική Κυβέρνηση και τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης για τις δαπάνες υγείας από 15,3 περίπου δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 έφτασε το 2014 σε 8,1 δισεκατομμύρια ευρώ. Δηλαδή, η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία σχεδόν υποδιπλασιάστηκε στα χρόνια της κρίσης, έφτασε στο ναδίρ το 2014 και μέχρι το 2018 δεν υπερέβη τα 9 δισεκατομμύρια ευρώ,

με βάση τα στατιστικά στοιχεία και τις χρονοσειρές που δημοσίευσε η ΕΛΣΤΑΤ για τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας, σε εθνικό επίπεδο (Ελληνική Στατιστική Αρχή, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2018).

2) Η μείωση της χρηματοδότησης είχε σημαντικό αντίκτυπο στη δομή και τη λειτουργία της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής φροντίδας, λόγω ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς, που έπρεπε να καλυφθούν, αλλά κυρίως λόγω ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό, σε φάρμακα, χειρουργικά υλικά και γενικότερα αναλώσιμα είδη, εξοπλισμό, υποδομές κλπ. Επιπλέον, εκτός από την έλλειψη προσωπικού λόγω συνταξιοδοτήσεων, περιορισμού των προσλήψεων και μαζικής φυγής επιστημόνων στο εξωτερικό, όσοι παρέμειναν ως εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ήρθαν αντιμέτωποι με σημαντική υποβάθμιση του βιοτικού τους επιπέδου, λόγω μείωσης μισθού, στο δημόσιο κυρίως τομέα, αλλά και λόγω των φορολογικών μέτρων που μείωσαν το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών (Amalia A. Ifanti, Andreas A. Argyriou, Foteini Kalofanou et al, Nikolaos P. Karidis, Dimitrios Dimitroulis, Gregory Kouraklis).

3) Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω των ιδιαίτερα αυστηρών μέτρων, που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο άσκησης της φαρμακευτικής πολιτικής. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα κυριότερα από αυτά τα μέτρα αφορούσαν τη τιμολόγηση και συγκεκριμένα τη μείωση στις τιμές των φαρμάκων, προκειμένου να καταστεί εφικτή η πρόσβαση των ασθενών σε αυτά και να μειωθεί το κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία, την αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική δαπάνη και τον έλεγχο της συνταγογράφησης ( Yfantopoulos N., Yfantopoulos P., Ygantopoulos J. Et Yfantopoulos J. Chantzaras A.)

4) Υπάρχουν αναφορές που υποστηρίζουν ότι, παρόλες τις περικοπές στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, οι εισαγωγές και η χρήση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας αυξήθηκαν κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, ενώ η χρήση των υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα μειώθηκε κατά 20% περίπου (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής).

Έχοντας υπόψη τα όσα προαναφέρθηκαν, η οικονομική κρίση στον τομέα της υγείας αποτέλεσε εργαλείο στο να μειωθεί το κόστος στο νοσοκομειακό και φαρμακευτικό τομέα. Αυτό είναι ένα φαινόμενο που δεν παρατηρείται μόνο στην Ελλάδα αλλά το συναντάμε και σε άλλες χώρες. Για παράδειγμα, οι κυβερνήσεις της Αυστρίας, της Λεττονίας, της Πολωνίας και της Σλοβενίας ενίσχυσαν τη θέση τους στις διαπραγματεύσεις τιμών με φαρμακευτικές εταιρείες, ενώ η Δανία, η Ελλάδα, η Λετονία, η Πορτογαλία και η Σλοβενία επιτάχυναν την



αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών τους τομέων. Κάποιες χώρες μείωσαν (π.χ. Κύπρος, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λιθουανία, Πορτογαλία και Ρουμανία) ή αψήφησαν (π.χ. Αγγλία και Σλοβενία) τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας ή μείωσαν το ποσοστό αύξησης των μισθών.

Το φαινόμενο της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης επηρέασε και τα συνταξιοδοτικά συστήματα στην Ευρώπη με τρεις βασικούς τρόπους . Πρώτον, τα συστήματα αυτά λειτουργούσαν ως «αυτόματοι σταθεροποιητές» δηλαδή ρύθμισε τις συνέπειες που θα επέφερε η κρίση στον τομέα της κοινωνίας. Δεύτερον, η έξαρση αυτής της κατάστασης δημιούργησε αναστάτωση για το πως θα ανταπεξέλθει η κοινωνία στις νέες οικονομικές προκλήσεις. Τρίτον η χρηματοπιστωτική κρίση είχε αντίκτυπο τόσο στα ιδιωτικά χρηματοδοτούμενα συστήματα όσο και στα δημόσια αποθεματικά κεφάλαια. Βεβαία οι επιπτώσεις της κρίσης αυτής στα συνταξιοδοτικά συστήματα έχει να κάνει και με βάση πάνω σε ποιους από τους τρεις πυλώνες του συστήματος μελετώνται. (Τούντας Γ. 2004)

Από την άλλη πλευρά και τα δημόσια συστήματα επηρεάστηκαν από τη κρίση αυτή. Αρχικά, η χρηματοδότηση έχει αναλάβει σημαντικό ρόλο στα συνταξιοδοτικά συστήματα που διαχειρίζονται δημόσια. Αρκετές είναι οι χώρες που έχουν καθιερώσει δημόσιους συνταξιοδοτικούς αποθεματικούς πόρους για την παροχή χρηματοοικονομικής υποστήριξης σε συστήματα τα οποία λειτουργούν με βάση τη διανεμητική βάση (pay as you go). Το συγκεκριμένο σύστημα ακολουθεί και η Σουηδία και λίγο αργότερα την ακολούθησαν η Ιρλανδία, η Πολωνία και η Γαλλία. Τα δημόσια αποθεματικά έχουν επηρεαστεί λιγότερο σε σχέση με τα ιδιωτικά συνταξιοδοτικά συστήματα και αυτό λόγω των αρνητικών επενδυτικών αποδόσεων.

Αποτέλεσμα της κρίσης αυτής ήταν αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης να αναγκαστούν να αυξήσουν τις δημόσιες κοινωνικές δαπάνες ώστε να ελαττώσουν τις συνέπειες της χρηματοπιστωτικής κρίσης στο κοινωνικό σύνολο.

Εν κατακλείδι, τα δημόσια συνταξιοδοτικά επιδόματα (πρώτος πυλώνας) φαίνεται να λειτουργούν ως «αυτόματοι σταθεροποιητές» καθώς δεν επηρεάζονται άμεσα από τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της κρίσης. Από την άλλη όμως οι μακροπρόθεσμες προοπτικές δεν είναι τόσο εύκολο να προβλεφθούν. Οι χαμηλές επενδυτικές αποδόσεις στα δημόσια αποθεματικά κεφάλαια σε συνδυασμό με το ασταθές οικονομικά και κοινωνικά περιβάλλον οδηγούν σε αρνητικές προοπτικές. Από την άλλη πλευρά τώρα ο κλάδος των ιδιωτικών συντάξεων (δεύτερος και τρίτος πυλώνας) είναι αυτός που έχουν πληγεί περισσότερο. Παρ'

όλες τις προσπάθειες που έγιναν για ανάκαμψη τα αποτελέσματα δεν ήταν ελπιδοφόρα καθώς η μείωση των ποσοστών απόδοσης των επενδύσεων και τα χαμηλά επιτόκια έθεσαν τον κλάδο αυτό σε κίνδυνο με τεράστιες απώλειες (Νούσκας, Δ. 2015).

## 5: Οικονομική κρίση στον τομέα της υγείας – Κορονοϊός (COVID-19)

### 5.1. Η εξέλιξη της χρηματοδότησης δαπανών υγείας.

Η έναρξη της κρίσης βρήκε το ΕΣΥ αντιμέτωπο με μεγάλα δημοσιονομικά προβλήματα και έντονη αναποτελεσματικότητα. Παρόλο τις προσπάθειες που έγιναν για αλλαγές στο ρόλο και στη λειτουργία του ΕΣΥ, τα αποτελέσματα στο τέλος δεν ήταν τα επιθυμητά καθώς δεν προχώρησε η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, δεν έγινε ουσιαστική αλλαγή στην αποκέντρωση του συστήματος (Χλέτσος, 2015).

Σταδιακά το ΕΣΥ απέκτησε ένα «νοσοκομειοκεντρικό» χαρακτήρα και τα προβλήματα που κλίθηκε να αντιμετωπίσει θα μπορούσαμε να κατατάξουμε σε έξι κατηγορίες. (Οικονόμου, 2012, σελ. 95):

- Προβληματική λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με αδυναμία κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού.

- Σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, με απουσία ενός φορέα διαχείρισης των οικονομικών πόρων. Η δημόσια χρηματοδότηση ήταν ελλιπής και ανεξάρτητη του πραγματικού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών στις δαπάνες υγείας ήταν υψηλό.

- Απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών, που κατέπνιγαν κάθε κίνητρο αποδοτικότερης λειτουργίας.

- Σπατάλη πόρων λόγω ξεπερασμένων τεχνικών διαχείρισης και διοίκησης των μονάδων υγείας. Ειδικά, η υπερκοστολόγηση υπηρεσιών και η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση, σε συνδυασμό με την αδυναμία συλλογής εσόδων, οδήγησαν σε δημοσιονομικά ελλείμματα και χρέη.

- Έλλειψη μηχανισμών αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας.

- Απουσία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων μεταξύ των υπηρεσιών και των περιφερειών, βάσει των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού.

Οι ανωτέρω παθογένειες του συστήματος υγείας προκαλούσαν στους έλληνες πολίτες αυξημένη δυσαρέσκεια και αμφιβολία για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ανεξάρτητα από τη δομή που τελικά έλαβε το ΕΣΥ, το κράτος μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων παρέμενε ο κύριος άμεσος παραγωγός υπηρεσιών υγείας, ενώ οι ασφαλιστικοί φορείς λειτουργούσαν ταυτόχρονα και ως αγοραστές υπηρεσιών, κυρίως

πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το κράτος καθόριζε, επίσης, την κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών, με τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας να μη σχετιζόταν άμεσα με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, το σύστημα υγείας δημιουργούσε συνεχώς ελλείμματα, υπήρχε άνιση πρόσβαση και κατανομή των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, ενώ ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, ως παρόχου υπηρεσιών υγείας, ήταν σαφώς υποδεέστερος του δημοσίου (Χλέτσος, 2015).

Με βάση την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) και τα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν τον Μάρτιο του 2022, η συνολική χρηματοδότηση για τις δαπάνες Υγείας ως προς τον Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) στην Ελλάδα για το έτος 2020 ανήλθε στο 9,51% του ΑΕΠ έναντι 8,20% του έτους 2019.

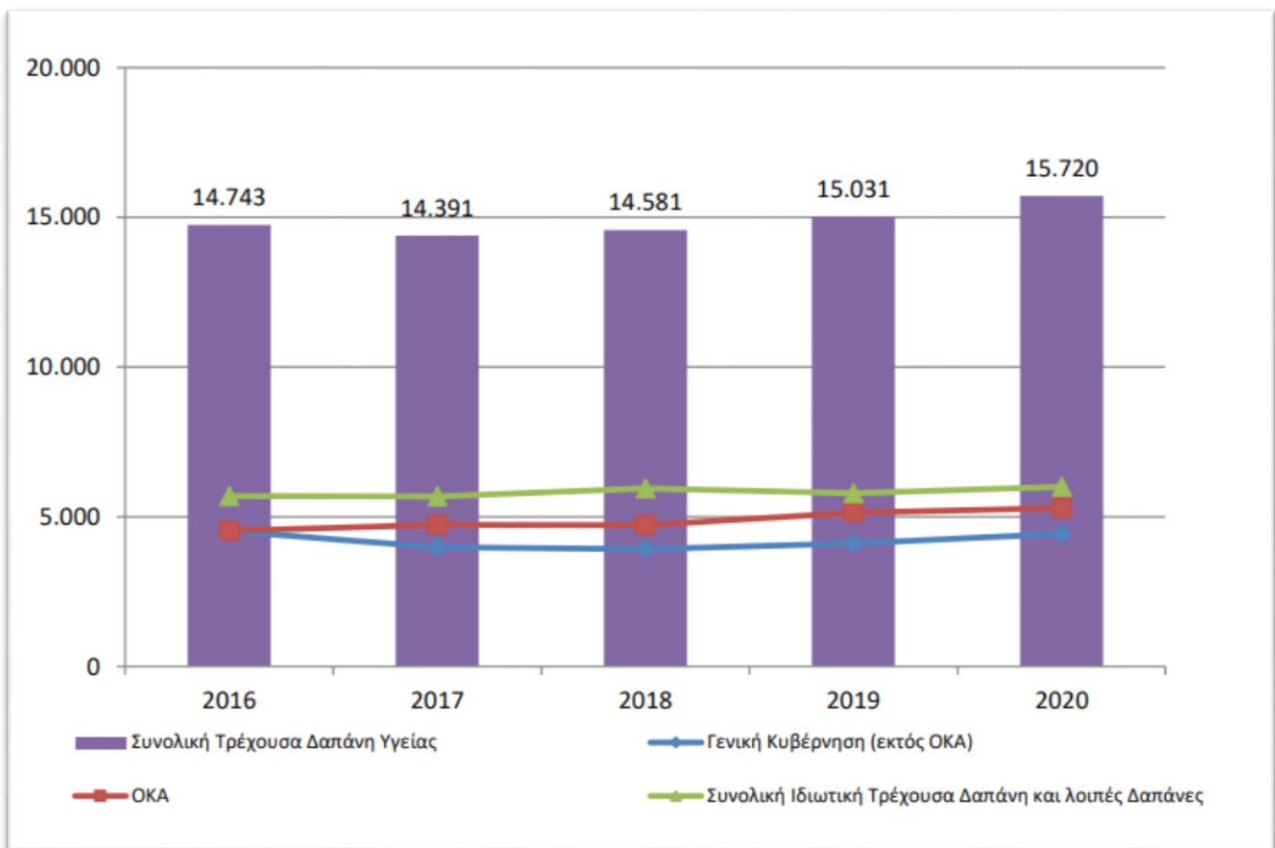
Πίνακας 2: Ποσοστό συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ.

Έτος	Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2016*	8,45%
2017*	8,14%
2018*	8,12%
2019*	8,20%
2020	9,51%

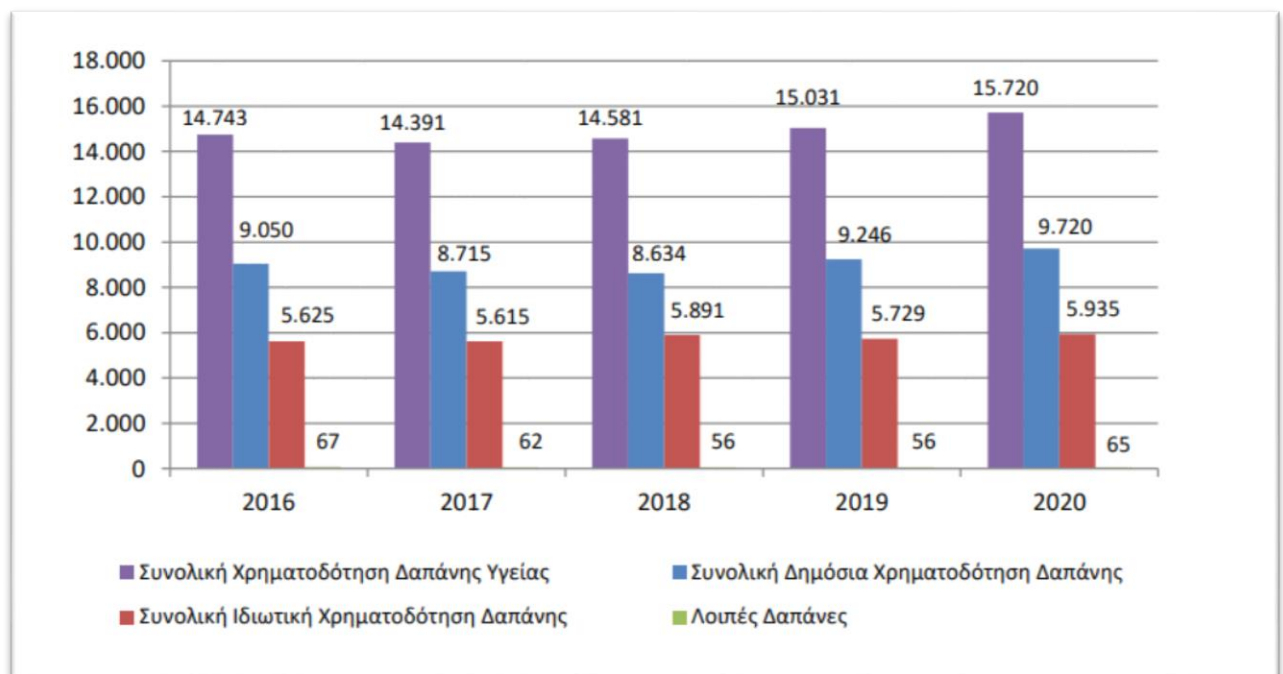
\*Αναθεωρημένα στοιχεία.

Τα στοιχεία δαπανών υγείας παρουσιάζονται σύμφωνα με τη δομή των πινάκων της μεθοδολογίας ΣΛΥ 2011 και αφορούν:

- τη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (πλευρά της κατανάλωσης - HF x HP)
- τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα και ανά υγειονομική δραστηριότητα (πλευρά της ζήτησης – HF x HC)
- τη κατεύθυνση της χρηματοδότησης για υγειονομική δαπάνη ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (πλευρά της προσφοράς – HP x HC) (Ελληνική Στατιστική Αρχή, Μάρτιος 2022)

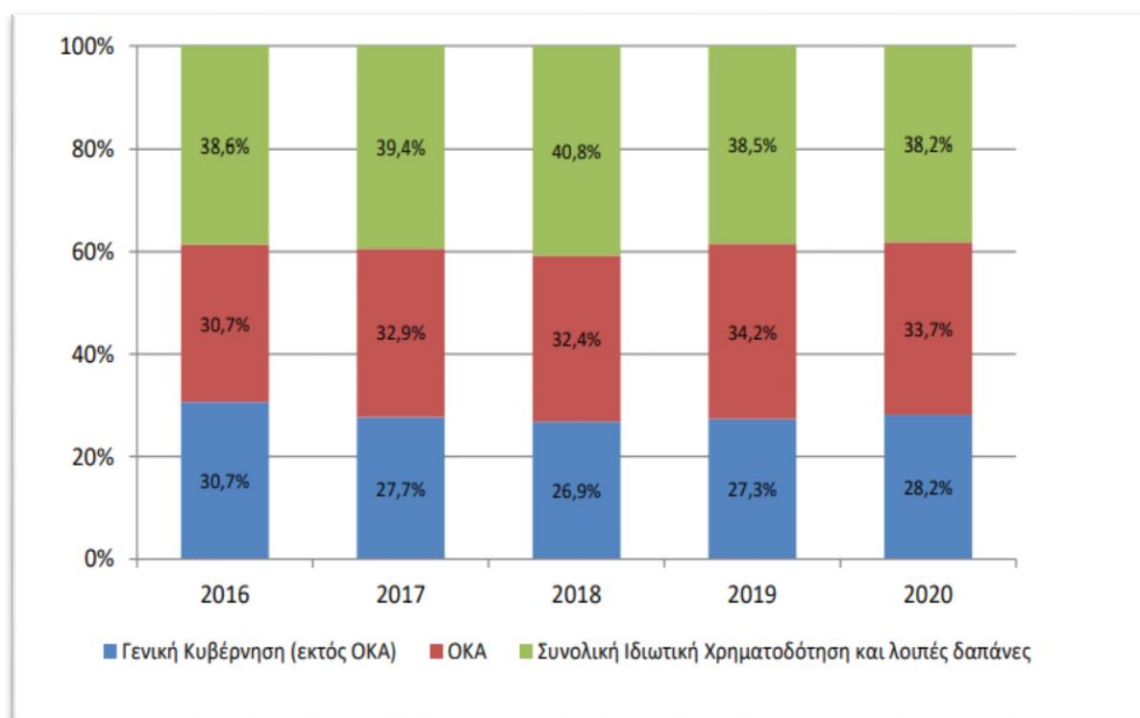


Γράφημα 4: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας για τα έτη 2016 – 2020 (εκατ. ευρώ)



Γράφημα 5: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2016 – 2020 (εκατ. ευρώ)

Με βάση τα παραπάνω δύο γραφήματα (γραφήματα 4 και 5) για το 2020 παρατηρήθηκε αύξηση στη συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας (HF) κατά 4,6% σε σχέση με την χρηματοδότηση των δαπανών υγείας του έτους 2019. Συγκεκριμένα στον τομέα της δημόσιας χρηματοδότησης σημειώθηκε αύξηση κατά 5,1% το 2020 σε σχέση με το 2019, ενώ στην ιδιωτική χρηματοδότηση παρουσιάστηκε αύξηση κατά 3,6% το έτος 2020 σε σχέση με το 2019. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, Μάρτιος 2022)



Γράφημα 6: Ποσοστιαία συμμετοχή (%) των φορέων στη χρηματοδότηση δαπανών υγείας για τα έτη 2016 - 2020

Όσον αφορά το γράφημα 6 παρατηρούμε πως η συμβολή του δημοσίου τομέα στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας από το 2019 έως το 2020 αυξήθηκε κατά 61,90% από 61,50% που ήταν το 2019. Από την άλλη πλευρά στον ιδιωτικό τομέα η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας μειώθηκε το 2019 από 38,10% σε 37,80% το 2020. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, Μάρτιος 2022)

## 5.2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Η άμεση και σωστή αντιμετώπιση των αναγκών που έχει ο κάθε πολίτης θα πρέπει να αποτελεί ύψιστη σημασία ανεξαρτήτως πολιτικής κατάστασης, κοινωνικοοικονομικής φιλοσοφίας και οργάνωσης των υγειονομικών συστημάτων. Για την υλοποίηση του σκοπού αυτού θα πρέπει να υπάρχουν ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά όπως: δυνατότητα 24ώρης

διαθεσιμότητας παροχών, εύκολα προσβάσιμες από όλους, αυτονομία των ιατρών σε ιατρικά θέματα και μακροοικονομική και μικροοικονομική αποδοτικότητα του συστήματος, δυνατότητα πρόληψης και αποκατάστασης προβλημάτων υγείας εξασφαλίζοντας στον ασθενή προστασία του εισοδήματός του. (Σιγάλας Ι., 1999)

Για να καταστεί δυνατό όλο αυτό θα πρέπει να συνεργαστούν οι φορείς που αποτελούν που αποτελούν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας καθώς τα κονδύλια που απαιτούνται θα προκύψουν από την κρατική επιχορήγηση μέσω του εθνικού προϋπολογισμού , τη συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων, τη συνεισφορά των ίδιων των χρηστών καθώς και τη συνύπαρξη του ιδιωτικού τομέα της υγείας. (Σιγάλας Ι., 1999)

Λόγω της κατάστασης που βιώνει η χώρα μας τα τελευταία χρόνια είχε ως φυσικό ακόλουθο την επαναφορά των κρατικών παρεμβάσεων στον τομέα της οικονομίας για ορθολογική κατανομή των πόρων και στην ανεύρεση μεθόδων μείωσης του κόστους, χωρίς υποβάθμιση του επιπέδου της υγείας. (Βραχάτης Δ. , Παπαδόπουλος Α. 2012)

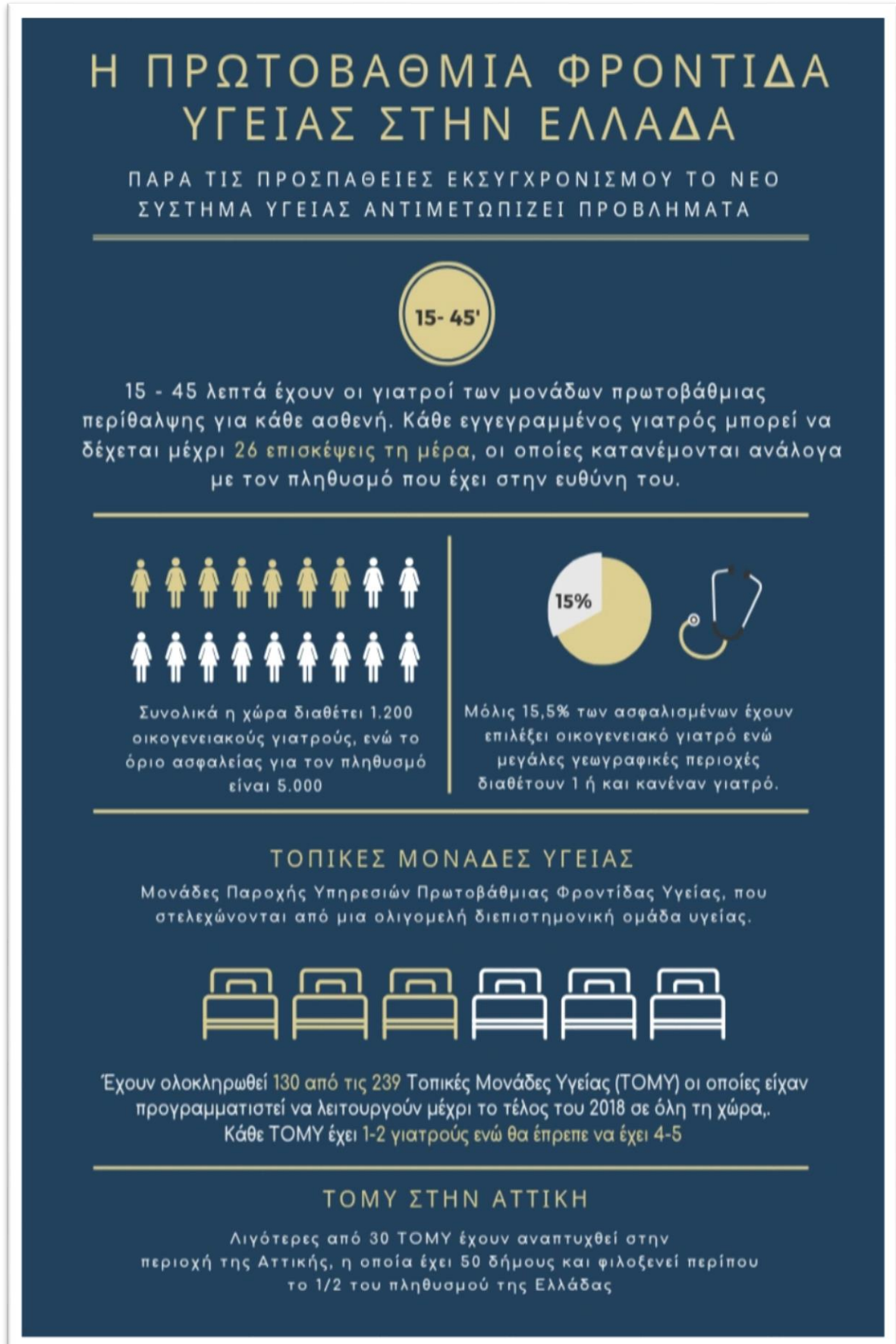
Αξίζει να σημειωθεί πως την ώρα που η ΠΦΥ στην υπόλοιπη Ευρώπη λαμβάνει όλο και πιο κεντρική θέση στο σύστημα υγείας, χάρης και των δημογραφικών προβλημάτων, στην Ελλάδα συνεχίζει και παραμένει «ο μεγάλος ασθενής του συστήματος» σημειώνοντας τεράστια υστέρηση παρά τις ελπίδες που δημιουργήθηκαν από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ 1397/1983. Βέβαια τα τελευταία τέσσερα χρόνια, έχει αρχίσει να προωθείται μια σειρά νομοθετημάτων που με κύριο στόχο την αντιμετώπιση της ιδιαιτερότητας που παρουσιάζεται στο Ελληνικό σύστημα υγείας. (Σωτηριάδου Κ., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π. 2011)

Σε έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) διαπιστώθηκε ότι οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται παγκοσμίως με ρυθμό μεγαλύτερο από κάθε άλλο τομέα της οικονομίας και φτάνουν στο 10% του παγκόσμιου ΑΕΠ. (eurolife.gr)

Τη στιγμή που η δημόσια υγεία καλύπτει ένας μέρος των δαπανών, παρατηρείται ότι ο κάθε πολίτης πληρώνει από τη τσέπη του ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, με αποτέλεσμα 100 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο οδηγούνται σε ακραία φτώχεια επειδή πρέπει να πληρώσουν οι ίδιοι για την περίθαλψή τους. (eurolife.gr)

Στη εικόνα που ακολουθεί φαίνονται οι λόγοι για τους οποίους οι Έλληνες συνεχίζουν να είναι διστακτικοί με τη ΠΦΥ σε σχέση με το δημόσιο σύστημα υγείας.

Εικόνα 1: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

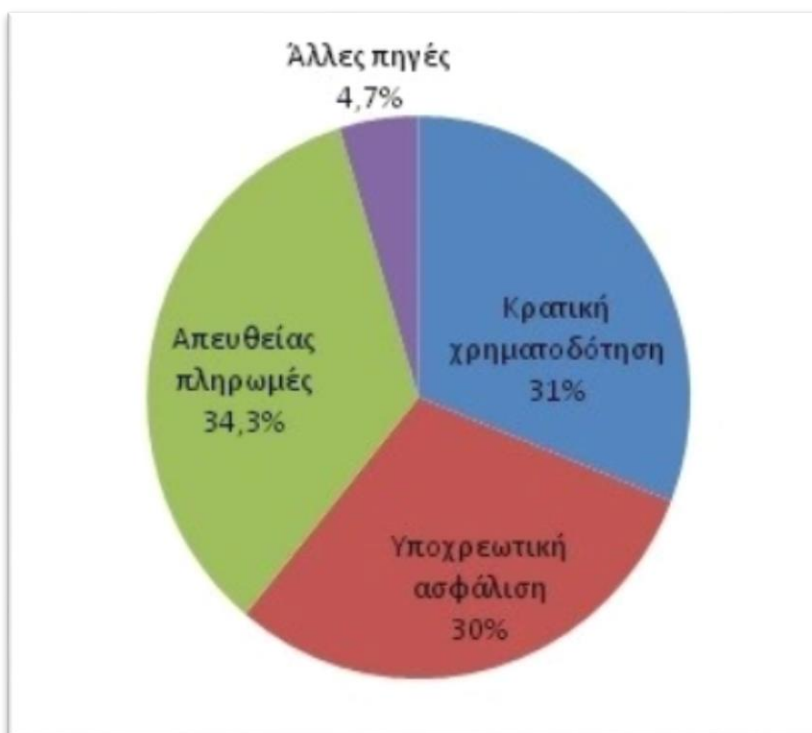




Με βάση έρευνα που διεξάχθηκε από τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών έδειξε πως:

- 1 στους 2 πολίτες δηλώνει άγνοια για το νέο σύστημα ΠΦΥ.
- το 41% δηλώνει ότι δεν έμειναν ευχαριστημένοι από τη Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που επισκέφθηκαν
- το 20% έχει πληρώσει πάνω από 70€
- το 50% των πολιτών δυσπιστούν σε σχέση με το δημόσιο σύστημα υγείας, πιστεύοντας ότι θα πρέπει να καλύψουν μόνοι τους τις δαπάνες για την υγεία. (eurolife.gr)

Τέλος, σύμφωνα με έρευνα του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), παρατηρήθηκε ότι η κατά κεφαλή δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα είναι 1.678 ευρώ από τα οποία το 34% το καλύπτουν οι ίδιοι οι πολίτες μόνη τους ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνονται και με τις ασφαλιστικές τους εισφορές. (OnMed.gr, 2019)



Γράφημα 7: Κατανομή δαπανών υγείας στην Ελλάδα.

Πηγή: OnMed.gr

## **5.3. Παροχές ασφαλισμένων και ανασφάλιστων πολιτών στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας**

### **A. Παροχή για Ασφαλισμένους**

#### 1) Παροχές σε είδος:

Οι παροχές σε είδος παρέχονται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με βάση τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ).

#### Προϋποθέσεις χορήγησης:

Οι άμεσα ασφαλισμένοι του e-ΕΦΚΑ δικαιούνται παροχές σε είδος εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις χορήγησης ασφαλιστικής ικανότητας σε είδος και συγκεκριμένα:

Οι μισθωτοί απαιτείται να έχουν πραγματοποιήσει πενήντα (50) ημέρες ασφάλισης είτε κατά το προηγούμενο της ασθένειας έτος, είτε κατά το προηγούμενο 15μηνο χωρίς στην τελευταία περίπτωση να λαμβάνεται υπόψη το τελευταίο ημερολογιακό τρίμηνο.

Οι μη-μισθωτοί απαιτείται να έχουν πραγματοποιήσει δύο (2) μήνες ασφάλισης κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος.

#### 2) Παροχές σε χρήμα:

Οι παροχές σε χρήμα είναι οι εξής:

- α) επίδομα ασθένειας
- β) επίδομα μητρότητας
- γ) παροχές αναπηρίας ή ανικανότητας εργασίας
- δ) έξοδα κηδείας
- δ) λοιπές παροχές

Οι μισθωτοί ασφαλισμένοι του e- ΕΦΚΑ υπάγονται για παροχές σε χρήμα από το πρώην ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εφόσον: έχουν πραγματοποιήσει εκατόν είκοσι ημέρες (120) ημέρες εργασίας κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος της αναγγελίας της ασθένειας ή της πιθανής/πραγματικής ημερομηνίας τοκετού ή κατά το προηγούμενο 15μηνο, μη συνυπολογιζόμενων στη περίπτωση αυτή των ημερών εργασίας που

πραγματοποιήθηκαν κατά το τελευταίο ημερολογιακό τρίμηνο του 15μήνου σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 148 του ν. 3655/2008 (Α'58).

Οι άμεσα ασφαλισμένοι του e-ΕΦΚΑ, οι οποίοι εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και υπάγονται στην ασφάλιση του πρώην ΙΚΑ –ΕΤΑΜ, δικαιούνται το επίδομα ασθένειας σύμφωνα με το άρθρο 35 του Α.Ν.1856/1951 και χορηγείται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Λόγω ασθένειας σωματικής ή πνευματικής κρίνονται ανίκανοι να συνεχίσουν την εργασία τους σύμφωνα με την γνωμάτευση του θεράποντα γιατρού και έγκριση από την πρωτοβάθμια ή την δευτεροβάθμια υγειονομική επιτροπή του ΠΕΔΥ όταν η γνωμάτευση είναι από ιδιώτη γιατρό και όταν είναι ασθενείς πέραν των 15 ημερών.

- Απέχουν από την εργασία τους κατόπιν βεβαίωσης που προσκομίζουν από τον εργοδότη.

- Η αποχή διαρκεί πλέον των 3 ημερών από την αναγγελία (χρόνος αναμονής).

- Κατά το χρονικό διάστημα (1-3ημέρες) από την αναγγελία της ανικανότητας προς εργασία μέχρι την έναρξη της επιδότησης από το ΙΚΑ ο εργοδότης υποχρεούται στην καταβολή μόνο του μισού ημερομισθίου ή του αναλογούντος μισθού, και δεν συμπληρώνεται από το ΙΚΑ( άρθρο 5 του ν.178/1967). Για το διάστημα αυτό ο εργοδότης υποχρεούται στην καταβολή ενσήμων.

- Αν η ασθένεια διαρκέσει πάνω από 3 ημέρες ο εργαζόμενος δικαιούται να λάβει από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ επίδομα ασθένειας από την τέταρτη (4η) ημέρα και για όσο χρονικό διάστημα διαρκέσει η επιδότηση ασθένειας. Εφόσον ο εργαζόμενος παρείχε εργασία πέραν των 10 ημερών ο εργοδότης υποχρεούται να καταβάλλει τη διαφορά μεταξύ του ημερομισθίου και του επιδόματος ασθένειας μέχρι 13 ημέρες, όταν ή εργασιακή σχέση είναι μέχρι ένα (1) έτος, ή 26 ημέρες ή ένα μήνα όταν ή εργασιακή σχέση είναι πέραν του (1) έτους. Ο εργοδότης υποχρεούται να καταβάλλει και τις αναλογούσες ασφαλιστικές εισφορές (Α.Κ. άρθρα 657 και 658). ([ypergasias.gov.gr](http://ypergasias.gov.gr))

## **Β. Παροχή για Ανασφάλιστους**

Το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες υγείες για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες

κοινωνικές ομάδες θεσπίστηκε με τον ν.4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 Η πλέον θεμελιώδης αλλαγή που εισάγει το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο είναι η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστου ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η υγειονομική κάλυψη που εγγυάται το νέο πλαίσιο είναι πλήρης και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψή τους. Με τις ερωτήσεις - απαντήσεις που ακολουθούν θα μπορέσουμε να κατανοήσουμε καλύτερα τις παροχές που προσφέρονται στους ανασφάλιστους. (moh.gov.gr)

**Ερώτηση 1:** Τι δικαιούται ένας ανασφάλιστος?

**Απάντηση:** Ότι ακριβώς δικαιούνται και οι ασφαλισμένοι από τις δημόσιες δομές παροχής υγείας.

✓ Ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δημόσιες δομές υγείας, μονάδες ψυχικής υγείας, δομές απεξάρτησης και πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

✓ Το σύνολο των νοσηλευτικών και διαγνωστικών πράξεων χωρίς καμία χρέωση

✓ Προγραμματισμένα χειρουργεία χωρίς καμία χρέωση

✓ Πρόληψη και προαγωγή υγείας (π.χ. εμβολιασμοί) χωρίς καμία χρέωση

✓ Δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη

✓ Δωρεάν παροχές μαιευτικής περίθαλψης και προγραμματισμού τοκετών από τα Δημόσια

Νοσοκομεία

✓ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από τα ιδιωτικά και τα δημόσια φαρμακεία. Σημαντικό τμήμα του ανασφάλιστου πληθυσμού δικαιούται μηδενική συμμετοχή στη φαρμακευτική αγωγή.

✓ Κατάργηση του 1€ ανά συνταγή για τους ανασφάλιστους που δικαιούνται μηδενική συμμετοχή στη φαρμακευτική αγωγή.

✓ Φυσικοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες και πράξεις ειδικής αγωγής.

✓ Χορήγηση ιατρικών βοηθημάτων και αναλωσίμων υλικών (moh.gov.gr)

**Ερώτηση 2:** Ποιοι είναι οι δικαιούχοι των παροχών και με ποιόν τρόπο?

**Απάντηση:** Αν είσαι Έλληνας πολίτης ή διαμένεις νόμιμα στην Ελλάδα, απευθύνεσαι σε όλες τις δημόσιες δομές με το ΑΜΚΑ σου. Αν δεν μένεις νόμιμα στην Ελλάδα αλλά ανήκεις σε κάποια ευάλωτη ομάδα που χρήζει άμεσης υγειονομικής κάλυψης (έγκυες, παιδιά, χρόνιοι, ανάπηροι, ψυχικά ασθενείς, κτλ) δικαιούσαι την Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Κ.Υ.Π.Α.) με την οποία θα έχεις πρόσβαση στις Δημόσιες Δομές Υγείας. Μέχρι να ξεκινήσει να εκδίδεται η ΚΥΠΑ δικαιούσαι όλων των νοσηλευτικών και διαγνωστικών παροχών από τα δημόσια νοσοκομεία. Όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως νομικού καθεστώτος, εξακολουθούν να δικαιούνται πρόσβασης στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Κανένας άνθρωπος δεν εξετάζεται από καμία επιτροπή νοσοκομείου προκειμένου να εγκριθεί η πρόσβασή του στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. (moh.gov.gr)

**Ερώτηση 3:** Τι χρειάζεται να πληρώσω?

**Απάντηση:** Δεν χρειάζεται να πληρώσεις απολύτως τίποτα για το σύνολο των νοσηλευτικών και διαγνωστικών πράξεων που προβλέπονται στη ρύθμιση και πραγματοποιούνται σε δημόσιες δομές. Δεν χρειάζεται να πληρώσεις τίποτα αν εξαιρείσαι των συμμετοχών λόγω ειδικότερων διατάξεων. Δεν χρειάζεται να πληρώσεις τίποτα για εξωνοσοκομειακές θεραπείες, εμβολιασμούς και πρόληψη. Υποχρεούσαι στις ίδιες συμμετοχές που έχουν και οι ασφαλισμένοι στη φαρμακευτική δαπάνη, εκτός αν εμπίπτεις στις εισοδηματικές, κλινικές και κοινωνικές εξαιρέσεις της ΚΥΑ, οπότε και πάλι έχεις μηδενική συμμετοχή.

Πίνακας 3: Δικαιούχοι Δωρεάν Φαρμακευτικές Περιθάλψης

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΟΡΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	ΟΡΙΟ ΑΞΙΑΣ ΑΚΙΝΗΤΗΣ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ	ΟΡΙΟ ΚΑΤΑΘΕΣΕΩΝ
Μεμονωμένο άτομο	2.400 €	150.000 €	7.200 €
Οικογένεια χωρίς εξαρτώμενα μέλη ή μονογονεϊκή οικογένεια με ένα εξαρτώμενο μέλος	3.600 €	165.000 €	10.800 €
Οικογένεια με ένα εξαρτώμενο μέλος ή μονογονεϊκή οικογένεια με δύο εξαρτώμενα μέλη	4.200 €	180.000 €	12.600 €
Οικογένεια με δύο εξαρτώμενα μέλη ή μονογονεϊκή οικογένεια με τρία εξαρτώμενα μέλη	4.800 €	195.000 €	14.400 €
Οικογένεια με τρία εξαρτώμενα μέλη ή μονογονεϊκή οικογένεια με τέσσερα εξαρτώμενα μέλη	5.400 €	210.000 €	16.200 €
Οικογένεια με τέσσερα εξαρτώμενα μέλη ή μονογονεϊκή οικογένεια με πέντε εξαρτώμενα μέλη	6.000 €	225.000 €	18.000 €
Οικογένεια με πέντε εξαρτώμενα μέλη ή μονογονεϊκή οικογένεια με έξι εξαρτώμενα μέλη	6.600 €	240.000 €	19.800 €

Β) Άτομα, τα οποία κατά τη δημοσίευση της ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 κατείχαν νόμιμα Ατομικό Βιβλιάριο Οικονομικά Αδύναμου ή Ανασφάλιστου, μετά τη λήξη της ισχύος του Βιβλιαρίου και χωρίς οποιαδήποτε διατύπωση, εφόσον το πραγματικό εισόδημά τους δεν υπερβαίνει ετησίως το ποσό των 6.000€ για μεμονωμένο άτομο, προσαυξανόμενο κατά 1.200€ για τον/την σύζυγο και για κάθε εξαρτώμενο μέλος της οικογένειας (ανήλικο ή προστατευόμενο τέκνο)

Γ) Δικαιούχοι δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης της παρ.8 του Α.6 της ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016

- Ανήλικοι έως 18 ετών
- Άτομα που φιλοξενούνται σε όλες τις θεραπευτικές δομές των εγκεκριμένων οργανισμών θεραπείας του Ν. 4139/2013
- Οι κρατούμενοι σε φυλακές και οι φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων των εταιρειών ανηλίκων

- Οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας (αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και δικαιούχοι επικουρικής προστασίας) και οι ανιθαγενείς και τα μέλη των οικογενειών τους.
- Όσοι διαμένουν στην Ελλάδα με καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους και τα μέλη των οικογενειών τους
- Θύματα εγκλημάτων trafficking
- Άτομα με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω. (moh.gov.gr)

#### **5.4. Πανδημία - Κορονοϊός (COVID-19)**

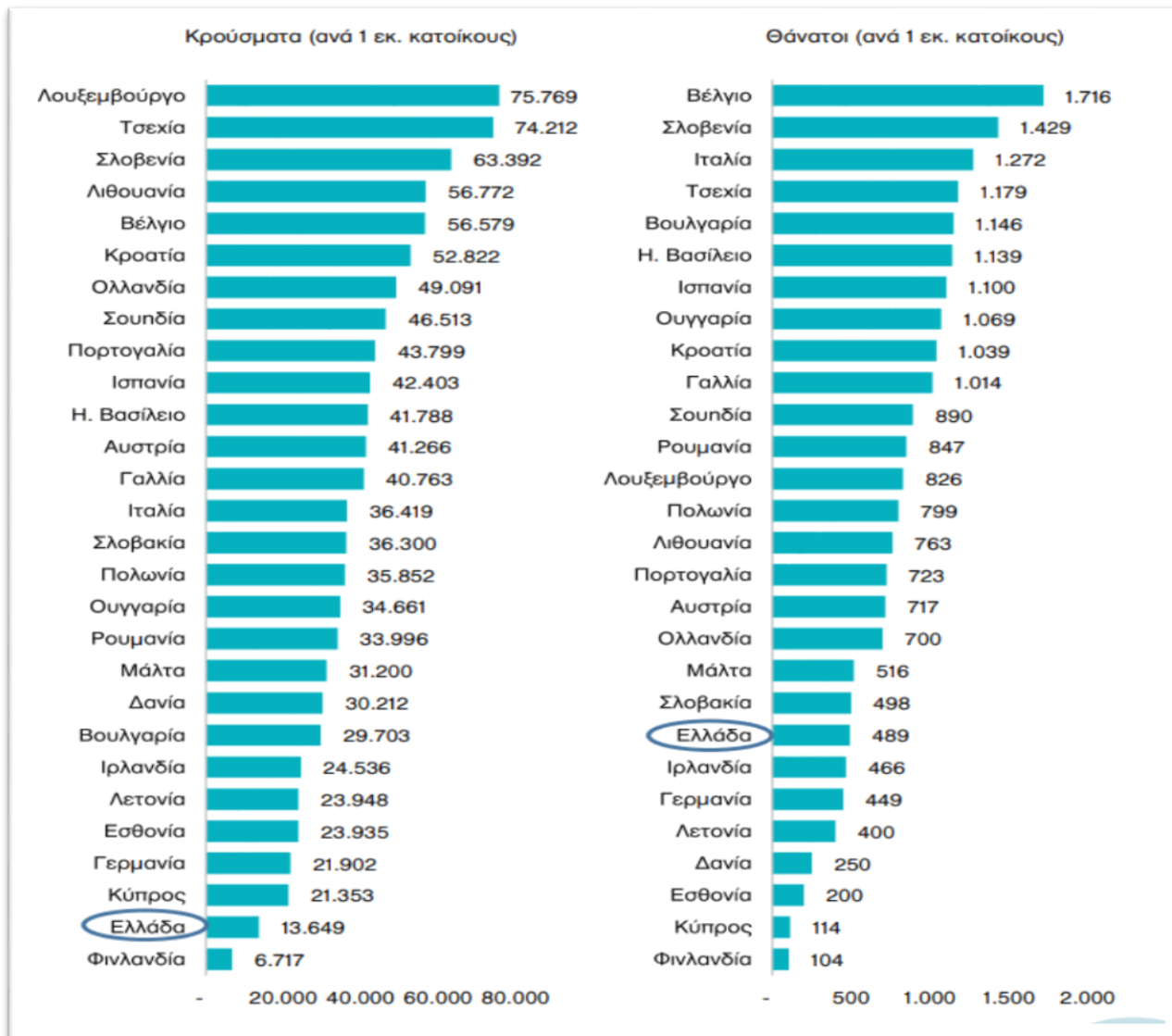
Η ασθένεια κορωνοϊού 2019 (coronavirus disease 2019, COVID – 19), επίσης γνωστή ως οξεία αναπνευστική νόσος 2019-nCoV, είναι μια μολυσματική ασθένεια που προκαλείται από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2. Ο ιός και η ασθένεια καταγράφηκαν για πρώτη φορά στη πόλη Γουχάν της Κίνας στα τέλη του 2019 και έγιναν γνωστοί στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στις 31 Δεκεμβρίου 2019. Από τότε έχει διασπαρθεί σε όλον τον πλανήτη και έχει εξελιχθεί σε πανδημία, η οποία βρίσκεται εν εξελίξει μέχρι και σήμερα. (who.int)

Η πανδημία του COVID-19 έχει αφήσει και συνεχίζει να αφήνει πίσω της σημαντικές απώλειες ζωών. Την ώρα που οι κυβερνήσεις προσπαθούσαν να επιβραδύνουν την εξάπλωση του ιού, κλείνοντας οικονομικούς τομείς και επιβάλλοντας περιορισμούς στην προσωπική κινητικότητα, μια κρίση δημόσιας υγείας συνοδεύτηκε από μια μεγάλη κοινωνικοοικονομική κρίση, με αυξανόμενη ανεργία και αυξανόμενη ανισότητα. Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προσπαθούν να επιβραδύνουν την εξάπλωση του ιού, να ενισχύσουν - προστατέψουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, να μετριάσουν τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας, να στηρίξουν τους εργαζόμενους, τις επιχειρήσεις και τα άλλα κράτη μέλη και να θεσπίσουν μέτρα για την τόνωση της οικονομικής ανάκαμψης.

Κατά τα αρχικά στάδια της πανδημίας COVID-19, μερικά από τα υψηλότερα ποσοστά θανάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση καταγράφηκαν σε ιταλικές και ισπανικές περιοχές. Μέχρι το τέλος του 2020, τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας καταγράφηκαν στις βουλγαρικές περιοχές. ((Eurostat - ec.europa.eu)

Στο τέλος του 2020, τα κρούσματα από COVID-19 ανήλθαν σε 20 εκ.1, ενώ οι θάνατοι τους 465 χιλ. στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά κρουσμάτων σημειώνονται στο Λουξεμβούργο και στην Τσεχία. Η Ελλάδα βρισκόταν, 2η από το τέλος στη κατάταξη με 13,6 χιλ. κρούσματα ανά 1 εκ. κατοίκους. Οι θάνατοι από τον κορωνοϊό είναι

περίπου 1.716 ανά 1 εκ. κατοίκους στο Βέλγιο που βρίσκεται στην πρώτη θέση και ακολουθούν η Σλοβενία και η Ιταλία την ίδια στιγμή στην Ελλάδα αναλογούν 489 θανάτους ανά 1 εκ. κατοίκους. (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2020)



Γράφημα 8: Κρούσματα και θάνατοι λόγω COVID-19 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (WHO)

Όπως παρατηρούμε και στο γράφημα που ακολουθεί, σε σύγκριση με τις χώρες του νότου της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και με τη Γαλλία και τη Γερμανία, η Ελλάδα έχει σχετικά χαμηλό αριθμό κρουσμάτων ανά 1 εκ. κατοίκους και συγκεκριμένα 13.321 όταν στη Γαλλία φτάνουν τους 41.022. Την ίδια στιγμή όμως έχουμε και το χαμηλότερο αριθμό τεστ ανά 1.000 κατοίκους μόνο 268,90 όταν στην Κύπρο καταγράφονται 1.184,60. Οι θάνατοι από κορωνοϊό



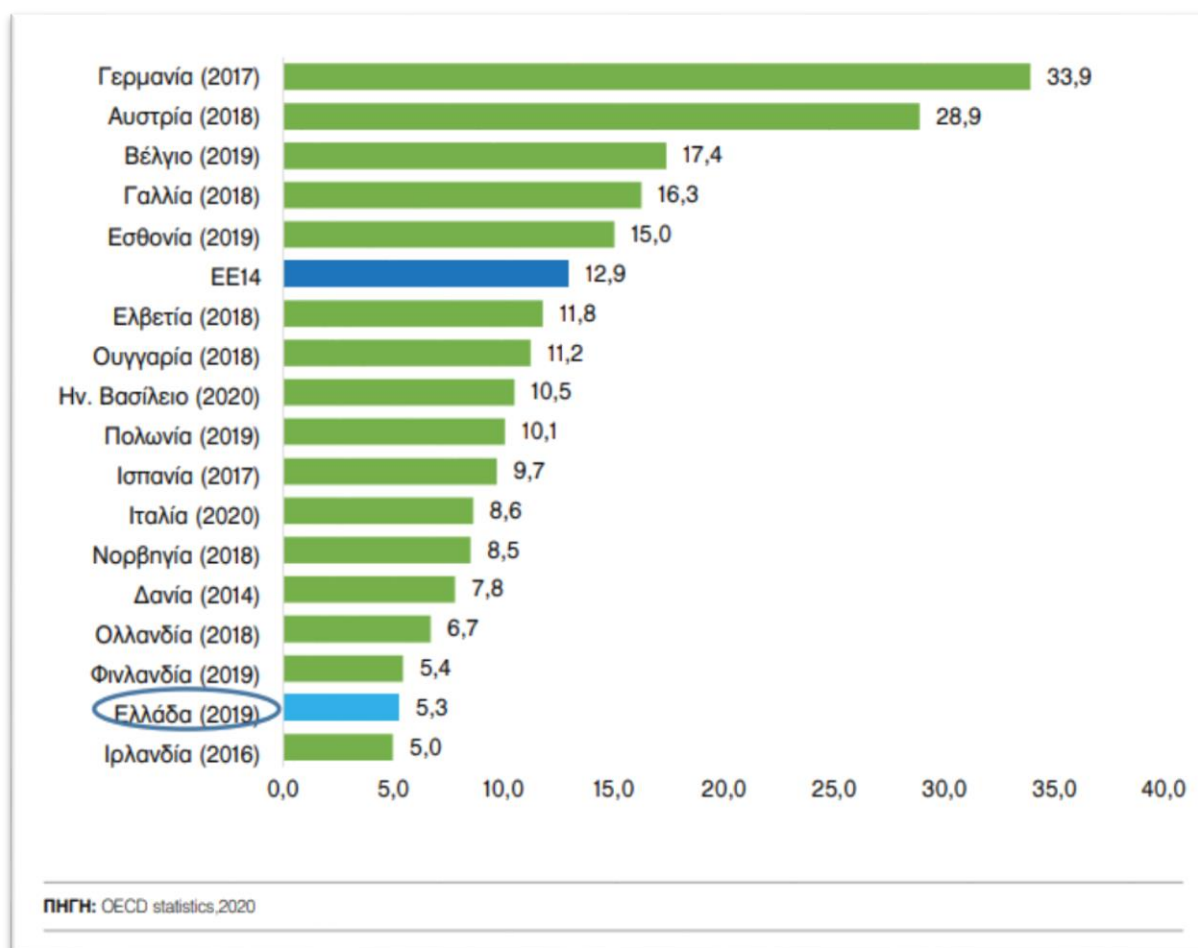
φτάνουν τους 464,2 αρκετά πιο υψηλό επίπεδο από την Κύπρο και την Γερμανία που σημειώνουν 135,90 και 403,30 αντίστοιχα. Τη πρώτη θέση θανάτων από κορωνοϊό κατέχει η Ιταλία με 1.226,50 και ακολουθεί η Ισπανία, αλλά και η Γαλλία. Σε όλες τις χώρες παρατηρείται περίπου το ίδιο ποσοστό ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, ενώ ως προς τον δείκτη αυστηρότητας των μέτρων η Ελλάδα κατέχει τη δεύτερη θέση με 84,30 ενώ στη πρώτη θέση με μικρή διαφορά βρίσκεται η Ιταλία με 88.

Πίνακας 4: Βασικά Στοιχεία

Χώρα	Ελλάδα	Κύπρος	Γαλλία	Γερμανία	Ιταλία	Πορτογαλία	Ισπανία
<b>Κρούσματα</b> (ανά 1 εκ. κατοίκους)	<b>13.321</b>	25.139	41.022	21.013	34.851	40.570	41.242
<b>Θάνατοι από Κορωνοϊό</b> (ανά 1 εκ. κατοίκους)	<b>464,2</b>	135,9	992,1	403,3	1.226,5	677,3	1.087,3
<b>Ασθενείς σε ΜΕΘ</b> (ανά 1 εκ. κατοίκους)	<b>42,0</b>	30,8	40,2	67,1	42,3	47,3	43,2
<b>Συνολικά τεστ</b> (ανά 1.000 κατοίκους)	<b>268,9</b>	1.184,6	-	-	439,9	557,2	484,7
<b>Δείκτης αυστηρότητας μέτρων</b> (100=αυστηρά)	<b>84,3</b>	74,1	63,9	82,4	88,0	-	78,7
<b>Πυκνότητα πληθυσμού</b> (πληθυσμός ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο)	<b>83,5</b>	127,7	122,6	237,0	205,9	112,4	93,1
<b>Ποσοστό πληθυσμού άνω των 70 ετών</b> (% συνόλου)	<b>14,5</b>	8,6	13,1	16,0	16,2	14,9	13,8
<b>Κατά Κεφαλήν εισόδημα</b> (\$, τιμές 2011)	<b>24.574</b>	32.415	38.606	45.229	35.220	27.937	34.272
<b>Θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα</b> (ανά 1 εκ. κατοίκους)	<b>17,6</b>	14,1	8,6	15,6	11,3	12,8	9,9
<b>Καπνίζοντες (Γυναίκες) - ποσοστό</b>	<b>35,3</b>	19,6	30,1	28,2	19,8	16,3	27,4
<b>Καπνίζοντες (Αντρες) - ποσοστό</b>	<b>52,0</b>	52,7	35,6	33,1	27,8	30,0	31,4
<b>Νοσοκομειακά κρεβάτια</b> (ανά 1.000 κατοίκους)	<b>4,2</b>	3,4	6,0	8,0	3,2	3,4	3,0
<b>Προσδόκιμο ζωής</b>	<b>82,2</b>	81,0	82,7	81,3	83,5	82,1	83,6

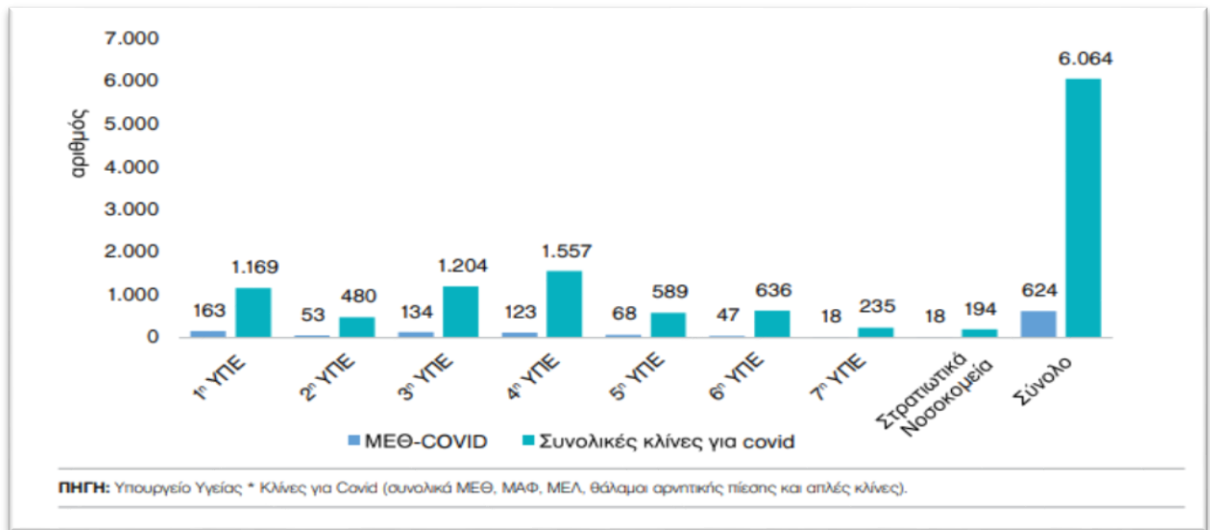
ΠΗΓΗ: Our World in Data, (στοιχεία μέχρι 31/12/2020)

Αξίζει να σημειωθεί πως στην έναρξη της πανδημίας η Ελλάδα διέθετε 5,3 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ανά 100 χιλ. κατοίκους, με αποτέλεσμα να βρίσκεται στις χαμηλότερες θέσεις μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών, και κάτω από το ήμισυ του ευρωπαϊκού μέσου όρου (12,9). Από την άλλη πλευρά η Γερμανία καταλάμβανε τη πρώτη θέση με 33,9 Κλίνες ΜΕΘ και ακολουθούσε η Αυστρία με 28,9.



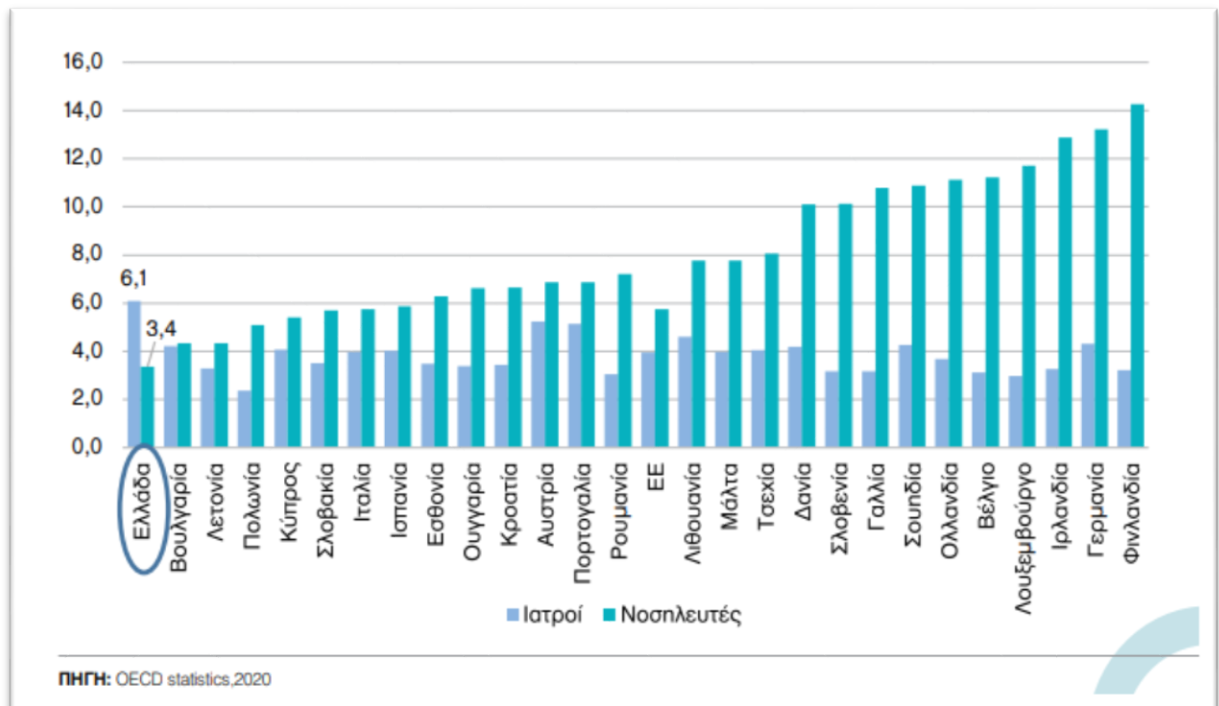
Γράφημα 9: Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (κλίνες ΜΕΘ) ανά 100.000 κατοίκους (πριν τη COVID-19)

Συγκεντρωτικά για το 2020 λειτουργούσαν συνολικά 6.064 κλίνες για τη νοσηλεία επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID-19. Επιπλέον από τις 1.203 κλίνες ΜΕΘ, οι 579 είναι ΜΕΘ-non COVID, και οι υπόλοιπες 624 είναι ΜΕΘ-COVID όπως προκύπτει και από το παρακάτω διάγραμμα.



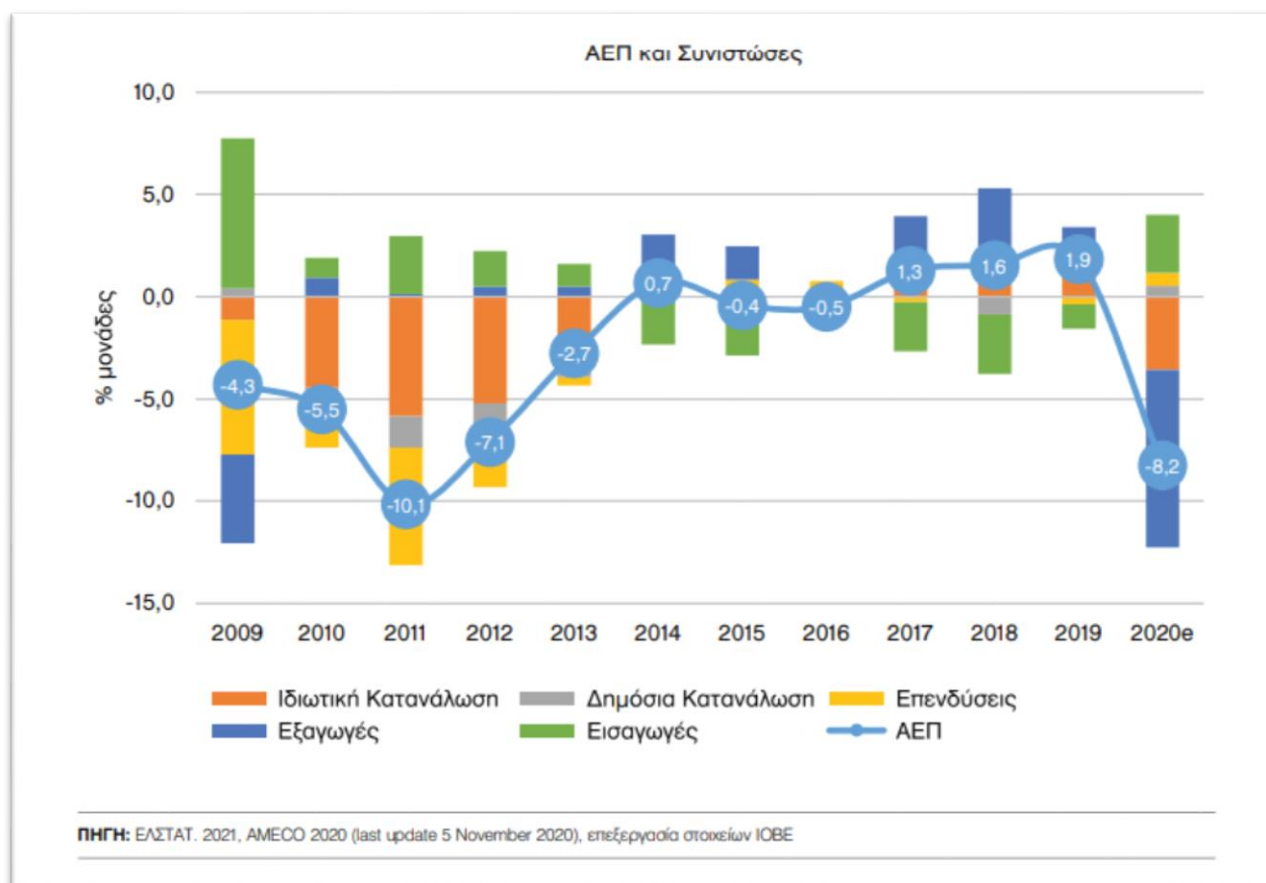
Γράφημα 10: Σύνολο διαθέσιμων κλινών και κλινών ΜΕΘ για COVID-19 (2020), Ελλάδα.

Όσον αφορά τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, συγκριτικά με τη υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα σημειώνει υψηλό ποσοστό στην ειδικότητα των ιατρών με 6,1 ανά 1.000 κατοίκους ενώ στον τομέα των νοσηλευτών σημειώνει μόνο 3,4 ανά 1.000 κατοίκους.



Γράφημα 11: Αριθμός Ιατρών και Νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους, 2018

Σχετικά με την οικονομία, τα βήματα προόδου που είχαν σημειωθεί στην ελληνική οικονομία το 2017 ήρθε δυστυχώς η πανδημία για να τα ανατρέψει καταγράφοντας ύφεση της τάξης του 8,2% για το 2020. Όλο αυτό είχε έντονη επιρροή στον τομέα των εξαγωγών καθώς και της ιδιωτικής κατανάλωσης. Όσον αφορά το 2021 προβλέπεται η υπάρχουσα ανάκαμψη να αντισταθμίσει τις απώλειες που σημειώθηκαν. Σχετικά τώρα με τη χρονιά που ήδη διανύουμε εκτιμάται πως το ΑΕΠ θα υπολείπεται ελαφρώς από τα επίπεδα του 2019.



Γράφημα 12: Εξέλιξη ΑΕΠ (€) και ετήσια μεταβολή (%) – Ελλάδα

## 5.5. Περιοριστικά μέτρα για τη μείωση της εξάπλωσης του COVID-19

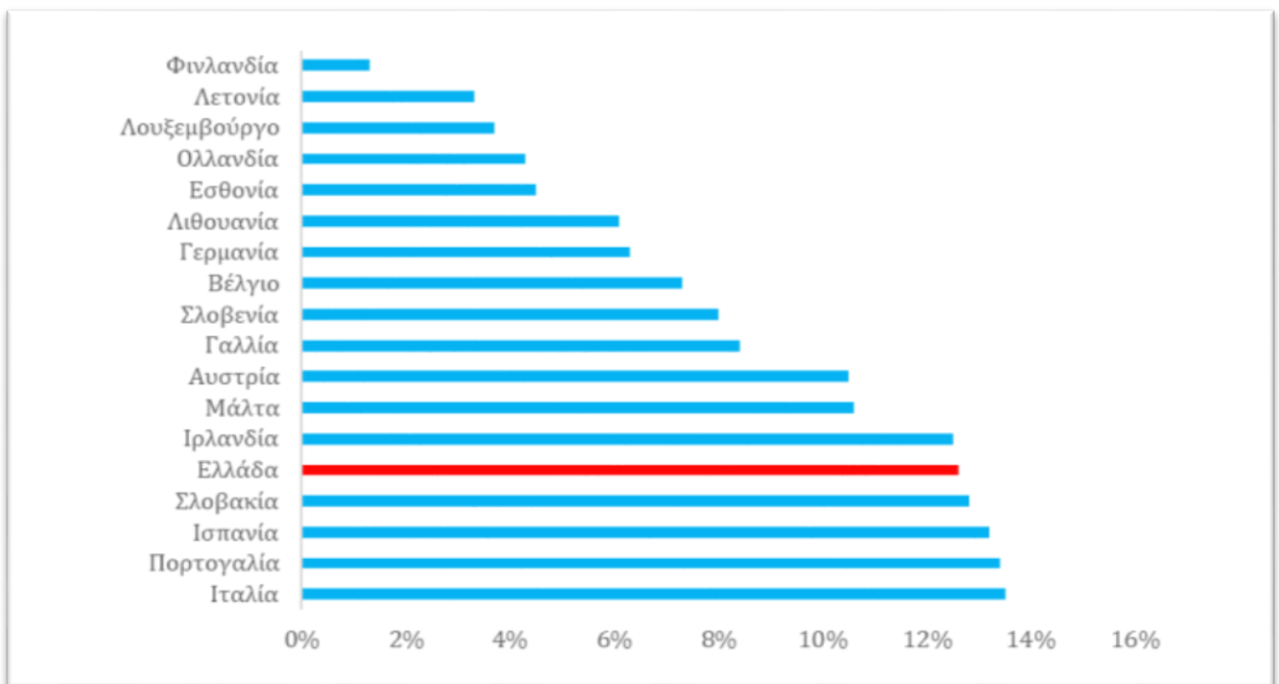
Ύστερα από την εμφάνιση του πρώτου κρούσματος στη χώρας μας στις 27 Φεβρουαρίου του 2020 πάρθηκαν αυστηρά μέτρα ώστε να αποφευχθεί η αύξηση των κρουσμάτων. Πιο αναλυτικά στις 10 Μαρτίου, λόγω της εμφάνισης κρουσμάτων του ιού σε διάφορες περιοχές της χώρας αποφασίστηκε το κλείσιμο όλων των εκπαιδευτικών δομών, όλων των βαθμίδων, της χώρας. Στις 13 Μαρτίου ακολούθησε η αναστολή λειτουργίας των καφετεριών, μπαρ,

μουσείων, εμπορικών κέντρων, αθλητικών εγκαταστάσεων και εστιατορίων. Στις 16 Μαρτίου έκλεισαν και όλα τα εμπορικά καταστήματα καθώς επίσης και όλα τα ξενοδοχεία και τα τουριστικά καταλύματα της χώρας. Τον Μάιο του 2020 έγινε μια προσπάθεια άρσης των μέτρων ενόψει και της τουριστικής περιόδου, όπου σημειώθηκε μια μικρή κίνηση. Η άρση αυτή όμως δεν κράτησε πολύ με αποτέλεσμα στις αρχές του Νοεμβρίου η χώρα να καθίσταται για ακόμα μια φορά σε καθεστώς lockdown. Ύστερα από αρκετούς μήνες με απαγορεύσεις και μέτρα ξεκίνησε να υπάρχει μια χαλάρωση με εξαίρεση κάποιες περιοχές που σημείωναν αρκετά κρούσματα ημερησίως. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως η χώρα μας πήρε τα αυστηρότερα μέτρα συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Gov.gr, 2021).

### **5.6. Αναστολή απασχόλησης για περιορισμό της εξάπλωσης της COVID-19**

Τα κράτη μέλη της Ευρωζώνης το 2020 κλίθηκαν να λάβουν κάποια μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Τα μέτρα αυτά είχαν σοβαρές επιπτώσεις στην αγορά εργασίας και στη ζωή των εργαζομένων. Στο διάγραμμα που ακολουθεί είναι εμφανές ότι η Ελλάδα έλαβε αυστηρά μέτρα στον τομέα της απασχόλησης. Πιο συγκεκριμένα οι ώρες εργασίας μειώθηκαν κατά 12,6%, την ίδια στιγμή στη Φιλανδία σημειώνεται η μικρότερη ποσοστιαία μείωση της τάξης 1,3% ενώ η Ιταλία καταλαμβάνει τη πρώτη θέση με 13,5%

Με βάση τον International Labour Organization (ILO) η αναλογία της απώλειας ωρών εργασίας σε σχέση με τις χαμένες θέσεις πλήρους απασχόλησης εκτιμάται ότι στην Ελλάδα το κόστος αυτό για το 2020 είναι ίσο με 492,90 χιλ. θέσεις πλήρους απασχόλησης. Η απώλεια αυτή μεταφράζεται σε ποσοστό 10,7% του εργατικού δυναμικού το οποίο καλύφθηκε με μειώσεις ωραρίων, αναστολές συμβάσεων εργασίας αλλά ακόμα και απολύσεις. (tanea.gr)



Γράφημα 13: Μείωση (%) των ωρών εργασίας στην Ευρωζώνη.

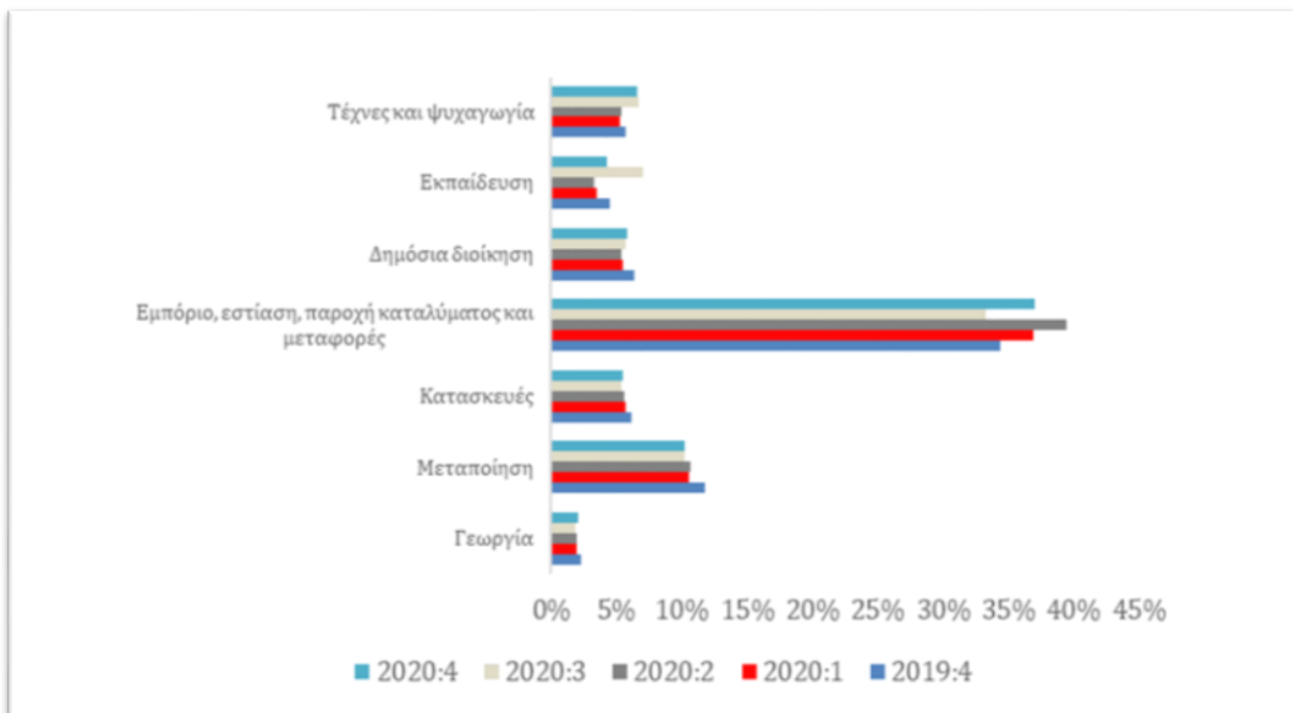
Πηγή: INE ΓΣΕΕ 2021

Για την αντιμετώπιση της πανδημίας, ένα από τα κοινά μέτρα που ακολούθησαν όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν η αναστολή λειτουργίας των επιχειρήσεων. Δεν εφάρμοσαν όμως όλες οι χώρες την ίδια πολιτική, με αποτέλεσμα να έχουμε αρκετές διαφοροποιήσεις. Για παράδειγμα οι περισσότερες χώρες πραγματοποίησαν αναστολές στις συμβάσεις εργασίας, με εξαίρεση την Ισπανία και την Ιρλανδία που σημείωσαν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό απολύσεων. Από την άλλη πλευρά, η Ελλάδα προτίμησε να επενδύσει στο καθεστώς της αναστολής εργασίας.

Η εφαρμογή του μέτρου αυτού είχε ως αποτέλεσμα να αυξηθούν τα γενικά έξοδα της Κυβέρνησης καθώς και το δημόσιο χρέος. Όλο αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των εισοδημάτων με φυσικό επακόλουθο την αύξηση του κινδύνου της εργασιακής φτώχειας, με την Ελλάδα να καταλαμβάνει να καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση.

Στο γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνεται η ανεργία ανά κλάδο απασχόλησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας και μεταβλητότητας σημειώνεται στον κλάδο του εμπορίου, της εστίασης, της παροχής καταλύματος και μεταφορών. Ειδικότερα το τρίμηνο του 2020, όπου ήταν η περίοδος που η χώρα τέθηκε ξανά σε lockdown, το ποσοστό της ανεργίας από 39,40% που ήταν στο δεύτερο τρίμηνο ανέβηκε στο 37%. Αντίθετα στον κλάδο της

μεταποίησης οι μεταβολές είναι πολύ μικρές, σημειώνοντας μείωση κατά 1,5% το τέταρτο τρίμηνο του 2020 σε σχέση με το αντίστοιχο το 2019.



Γράφημα 14: Ανεργία ανά κλάδο της Ελληνικής Οικονομίας

Πηγή: INE ΓΣΕΕ & ΕΛΣΤΑΤ

### 5.7. Κλάδοι της Ελληνικής Οικονομίας σε αναστολή λειτουργίας

Στον πρωτογενή και δευτερογενή τομέα η επέλαση της πανδημίας δεν έκανε ιδιαίτερη αισθητή την παρουσία της καθώς λειτουργούσε κανονικά. Οι τομείς που δέχτηκαν το μεγαλύτερο πλήγμα ήταν αυτοί του λιανικού εμπορίου, της εστίασης και της ψυχαγωγίας. Με την εφαρμογή του μέτρου ανέπαφης συναλλαγής (click away) το ενδιαφέρον των πολιτών για αγορές ειδών δεύτερης ανάγκης μειώθηκε δραματικά. Σε αυτό βέβαια έρχεται να συμβάλει και οι μειώσεις των εισοδημάτων που υπήρχαν λόγω των αναστολών εργασίας αλλά και η δυσκολία στον τρόπο μετακίνησης. Το ίδιο παρατηρήθηκε και στον κλάδο της εστίασης – ψυχαγωγίας.

Στον τομέα που η χώρας μας ζημιώθηκε αρκετά ήταν αυτός του τουρισμού. Η απαγόρευση των μετακινήσεων είχε αποτέλεσμα να μην μπορούν να μετακινηθούν οι διεθνείς τουρίστες ή ακόμα και να φοβούνται να ξεκινήσουν ένα ταξίδι γνωρίζοντας από πριν τα μέτρα που ίσχυαν

για τις μετακινήσεις από μια χώρα σε μια άλλη. Όλο αυτό λοιπόν επέφερε την αδράνεια λειτουργίας των τουριστικών καταλυμάτων για μεγάλο χρονικό διάστημα και όταν ήρθε η στιγμή της επαναλειτουργίας τους αρκετές ήταν οι επιχειρήσεις που διάλεξαν να μην ανοίξουν καθόλου, καθώς τα μέτρα πρόληψης που απαιτούνταν σε συνδυασμό με τη χαμηλή πληρότητα λόγω ήταν δαπανηρό έξοδο για τις επιχειρήσεις.

Στυλοβάτες της χώρας φάνηκαν πως ήταν ο κλάδος της βιομηχανίας, των μεταποιήσεων και της γεωργίας. Η λειτουργία τους γινόταν κανονικά και ήταν και οι μόνοι που κινούσαν τις εξαγωγές.

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που δημοσίευσε η Ελληνική Στατιστική Αρχή, λόγω της πανδημίας του COVID-19 συνολικά 205.984 επιχειρήσεις τέθηκαν σε αναστολή λειτουργίας με κρατική εντολή. Οι συγκεκριμένες επιχειρήσεις διέθεταν προσωπικό 1.063.098 ατόμων νούμερο που αποτελεί το 25,4% εργαζομένων στον σύνολο των επιχειρήσεων.

Ερμηνεύοντας και την εικόνα που ακολουθεί το Νότιο Αιγαίο σημειώνει το μεγαλύτερο ποσοστό αναστολής λειτουργίας επιχειρήσεων με ποσοστό 34,4%. Από την άλλη πλευρά η Περιφέρεια της Πελοποννήσου σημειώνει το μικρότερο ποσοστό της τάξης 10,7%. Σε σχέση με το προσωπικό που απασχολείτε στις επιχειρήσεις σε καθεστώς αναστολής λειτουργίας του είναι πρώτη η Περιφέρεια του Νότιου Αιγαίου με 56,7% ενώ η Περιφέρεια της Αττικής σημειώνει το μικρότερο ποσοστό αναστολής δηλαδή 20,7%.



Εικόνα 2: Ποσοστό επιχειρήσεων σε αναστολή λειτουργίας επί του συνόλου των επιχειρήσεων, ανά περιφέρεια της χώρας και ποσοστό επιχειρήσεων σε αναστολή λειτουργίας με δυνατότητα διενέργειας ηλεκτρονικών συναλλαγών, ανά περιφέρεια.

## Επιχειρήσεις (%)

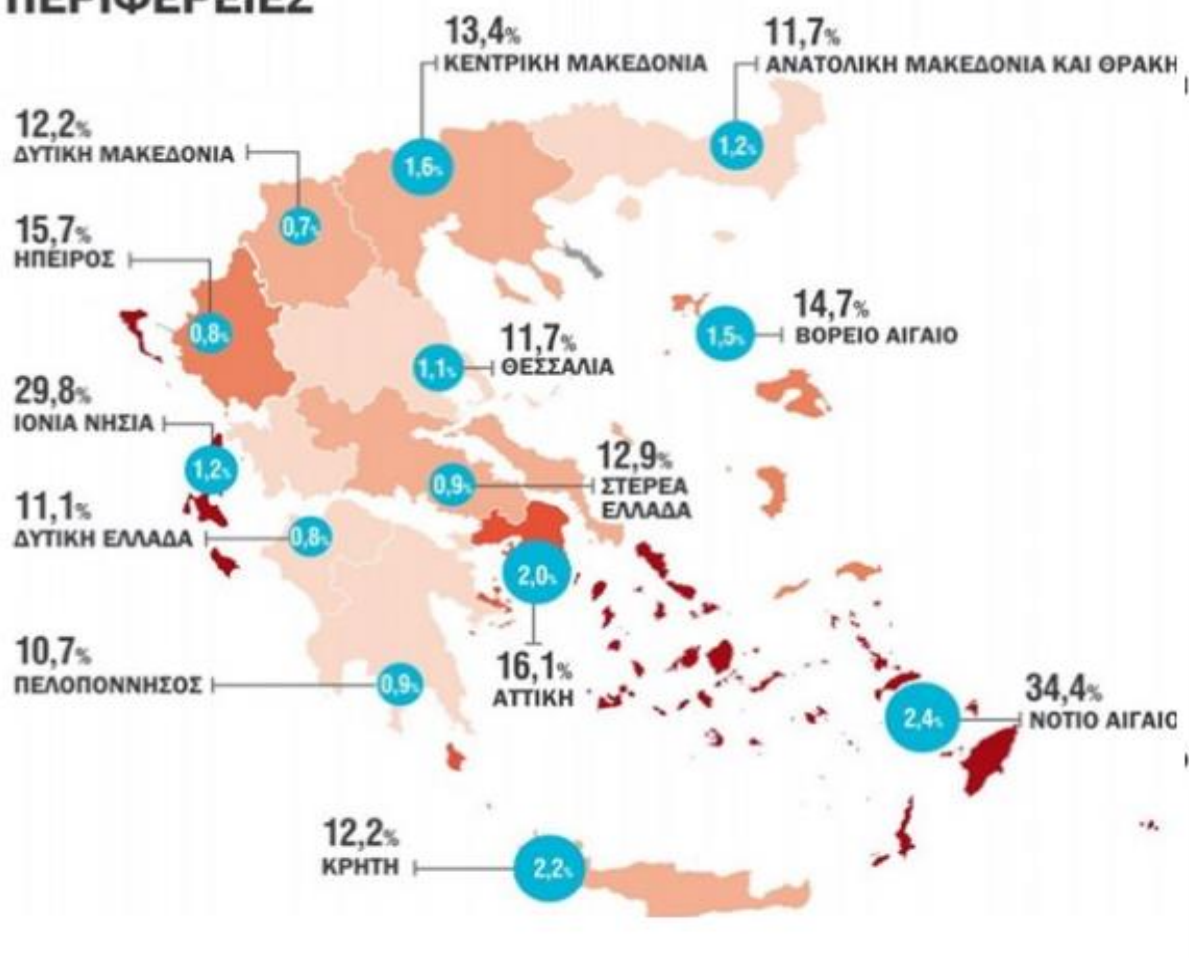


**ΣΕ ΑΝΑΣΤΟΛΗ  
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**



**ΜΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΣΥΝΑΛΛΑΓΩΝ**

### ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από όλη την εργασία το πιο εμφανές συμπέρασμα είναι το πόσο αρνητικά έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση που βιώνει η χώρα μας το κλάδο των υπηρεσιών υγείας. Με δεδομένο ότι η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου, εύκολα καταλαβαίνουμε ότι πρέπει να τη διαφυλάξουμε. Δυστυχώς όμως η οικονομική δυσπραγία των περισσότερων Ελλήνων, η μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία, η αύξηση των φόρων, επέφεραν εξελίξεις και στον τομέα των ιδιωτικών μονάδων υγείας.

Ουσιαστικά η ελληνική οικονομία, μετέφερε από χρόνο σε χρόνο τα προβλήματα που αντιμετωπίζει χωρίς να ασχολείται για την επίλυσή τους. Αν η Ελλάδα, δεν δημιουργήσει ισχυρά και υγιή θεμέλια, δεν θα μπορεί να διορθώσει όσα σχετίζονται με δομικές αδυναμίες με αποτέλεσμα να μην βρει λύσεις στο πρόβλημα της. Είναι ολοφάνερο πως το οικονομικό μοντέλο της χώρας παρουσιάζει σημαντικές αδυναμίες και εξ αιτίας αυτού δημιουργούνται αρνητικές προσδοκίες για τις επιπτώσεις που θα έχει τελικά η υγειονομική κρίση στο σύνολο της οικονομίας και της επιχειρηματικότητας. Από την δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ήταν σαφή τα προβλήματα τα οποία είχε να αντιμετωπίσει και να επιλύσει η εκάστοτε κυβέρνηση. Το πλήθος των μεταρρυθμίσεων που επιχειρήθηκαν σε αυτά τα τριάντα χρόνια λειτουργίας του ΕΣΥ δεν κατάφερε να απαλλάξει το σύστημα από την παθογένεια από την οποία διέπεται.

Στις μέρες μας όμως όπου το σύστημα υγείας νοσεί θανάσιμα οι λύσεις και οι προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος είναι σαφείς και γνωστές σε όλους τους αρμόδιους φορείς. Τα συμφέροντα των διαφόρων ομάδων που εμπλέκονται στον τομέα της υγείας πρέπει να παραγκωνιστούν από τις κυβερνήσεις και μοναδικός σκοπός της πρέπει να είναι η ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών των πολιτών.

Στο κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ο υφιστάμενος ανταγωνισμός είναι ιδιαίτερα έντονος. Μετά από μια περίοδο σημαντικών επιχειρηματικών εξελίξεων και ανακατατάξεων, οι μεγάλοι και καλά οργανωμένοι επιχειρηματικοί όμιλοι έχοντας κατοχυρώσει την παρουσία του στο χώρο της αγοράς και έχοντας εξασφαλίσει την απαραίτητη πελατεία, απολαμβάνουν συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι των μικρότερων επιχειρήσεων του κλάδου. Η σωστή οργάνωση και στελέχωση των μονάδων υγείας και πρόνοιας από έμπειρο και καταρτισμένο προσωπικό καθώς και η εφαρμογή συστημάτων αξιολόγησης αποτελεί το πρώτο βήμα για την βελτίωση

του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών και η ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας πρέπει να είναι έννοιες συνυφασμένες με το σύστημα υγείας.

Συμπερασματικά η εμπειρία που αποκομίστηκε από την μέχρι τώρα εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι ικανή να σημάνει την επανεκκίνηση και την αναδιάρθρωση του συστήματος. Αν η ελληνική οικονομία διορθώσει τα μεγάλα προβλήματα που αντιμετωπίζει με το εξωτερικό της χρέος και με σοβαρότητα δημιουργήσει ένα πραγματικά φιλικό περιβάλλον για τις επιχειρήσεις, πιθανότατα να αναστρέψει το αρνητικό κλίμα και να επιτύχει πραγματική ανάπτυξη μέσα στα επόμενα έτη. Όπως άλλωστε έγινε σαφές, κανείς δεν αποκλείει ότι στο μέλλον και νέες παγκόσμιες κρίσεις, δεν θα επηρεάσουν αρνητικά την ελληνική οικονομία. Γι' αυτό στο επόμενο διάστημα πρέπει να υπάρχει μία πραγματική προετοιμασία, ώστε να μπορέσει η ελληνική πολιτεία να αντιμετωπίσει τα σημερινά της προβλήματα, αλλά και κάθε νέα πρόκληση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Boyle, S., (2011). Health Systems in Transition United Kingdom (England). European Observatory on Health care Systems and Policies
- Busse, R. & Blümel, M., (2014). Health Systems in Transition: Germany health system review. European Observatory on Health care Systems and Policies
- Economou C., (2010) Greece: health system review. Health Systems in Transition, Vol.12, No7, pages. 1 – 180,
- Eurobarometer (2013), «Patient Safety and Quality of Care», Eurobarometer
- European Commission, Social protection in Europe, 1999
- Health at a Glance 2013 OECD INDICATORS
- <https://covid19.gov.gr>
- <https://ec.europa.eu>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31463726>
- <https://ww1.issa.int/el/about/socialsecurity>
- <https://www.capital.gr/oikonomia/3446710/sunolika-205-984-epixeiriseis-se-anastoli-leitourgias-logo-tou-koronoiou>
- [https://www.ecoi.net/en/file/local/1022780/1930\\_1421249930\\_e94660.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1022780/1930_1421249930_e94660.pdf)
- <https://www.eurolife.gr/el-GR>
- <https://www.moh.gov.gr>
- <https://www.onmed.gr>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851013001541?via%3Dihub>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851014000232?via%3Dihub>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080113700219>
- <https://www.tanea.gr>
- <https://www.who.int>
- <https://ypergasias.gov.gr>
- Αναγνώστου-Δεδούλη, Α. (2008) Η προσαρμογή του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος στις δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές.
- Αναστάσιος – Φώτιος Τσοχατζίδης, Δεκέμβριος 2020, <https://www.offlinepost.gr>
- Ανδριώτη Δ. (1988), «Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα», Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα
- Βραχάτης, Δ. Παπαδόπουλος, Α. (2012) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές Νοσηλευτική 51 (1) : 10-17
- Δούκας, Γ. (2008). Σχέδιο νόμου. Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) <https://www.statistics.gr/documents>

- Ελληνική Στατιστική Αρχή, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2018, Χρονοσειρά 06, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2018>
- Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος, <https://www.aagora.gr/h-idiotiki-asfalisi-stin-ellada-mesa-apo-tin-etisia-statistiki-ekthesi-tis-eaee>
- Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε., Απρίλιος 2021, <https://www.naftemporiki.gr>
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, « Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας.», Εκδόσεις ΔιαΝΕΟσις, Αθήνα 2016
- Κλωντζας Ε. & Καβουσάνος Ι. (2018), Η εξέλιξη της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, Πτυχιακή Εργασία, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής, ΤΕΙ Κρήτης
- Κονδύλης Η., Αντωνοπούλου Λ., Μπένος Α., (2008). Συμπράξεις δημόσιου – ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή της κρατικής υγείας ; Αρχεία Ελληνικής ιατρικής τομ.25 (No 4) σελ. 496 – 508.
- Κουρής, Γ. & Σουλιώτης, Κ. & Φιλαλήθης, Α., 2007. Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού συστήματος υγείας: μια ιστορική επισκόπηση. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία. 5 (1), σ. 35-67
- Κουτρουμάνης, Γ. (2008). Τα προβλήματα και οι αιτίες του ασφαλιστικού. Οι εναλλακτικές προτάσεις για τις λύσεις.
- Κωνσταντόπουλος, Ν., & Μπουζιούρης, Μ. (2020). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα
- Λιαρόπουλος Λ. (2007), «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», Α΄ Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Μάνιου Μ., Ιακωβίδου Ε. (2009) «Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το βήμα του Ασκληπιού» Τόμος 8,(No 4): Οκτώβριος Δεκέμβριος.
- Μηνακάκης, Β. Κοινωνική ασφάλιση, Εκδ. ΚΨΜ, 2008
- Μπέσης Ν.(1993), «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», Εκδόσεις ΙΟΒΕ, Αθήνα
- Μπριόλα Κωνσταντίνα, (2019), Οι επιπτώσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, <https://www.offlinepost.gr/2019/10/24/%CE%BF%CE%B9>
- Ν. Κακαλέτσης, Α. Ιωαννίδης, Ι. Σιγάλας, Α. Χατζητόλιος ,2013. Η περιφερειακή οργάνωση του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα: Σύνομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα παρεμβάσεις. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 30 (2), σ. 233-240, Διαθέσιμο και στο link: <https://www.mednet.gr/archives/2013-2/pdf/233.pdf>
- Νούσκας Δ. (2015), Συνταξιοδοτικό σύστημα σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.
- Ντέντε Α., (2007), Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), Εφαρμογές και Διεθνείς Εμπειρίες στη Δημόσια Υγεία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
- Οικονομοπούλου Χρ. (2006) «Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας, Στέλεχος Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, σελ. 206, <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream>

- Οικονόμου, Χ. (2012). Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. 7 η Έκθεση. Εκδόσεις Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.
- Παπποδοπούλου Δ., (2019), Επιστημονικά Χρονικά τομ.24 τεύχος 3 [http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika\\_xronika/p19-3-7.pdf](http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p19-3-7.pdf)
- Σιγάλας, Ι. (1999) Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας στο Δικαίος, Κ., Κουτούζης,Μ., Πολύζος,Ν., Σιγάλας,Ι., Χλέτσος,Μ., Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ 59-105. Πάτρα
- Σουλιώτης Κ. (2000), «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Σπόντη Α. (2018), «Χρηματοοικονομική Ανάλυση Ιδιωτικών Μονάδων Υγείας, Διπλωματική Εργασία, Σχολή Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Πληροφορικής και Οικονομικών Επιστημών, Θεσσαλονίκη
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος <http://iobe.gr>
- Σχοινάς Γ., (2005), «Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και η ανάπτυξη των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών», Πτυχιακή εργασία, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
- Σωτηριάδου, Κ. Μαλλιάρου, Μ. Σαράφης, Π. (2011) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 3(4): 140-148
- Τούντας Γ.(2004), Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας, Νέα Υγεία, Αθήνα
- Υφαντόπουλος Γ. (2006), «Τα οικονομικά της Υγείας», Εκδόσεις Τυπωθήτω Δάρδανος Γ., Αθήνα
- Χλέτσος Μ., (2013), «Κύκλος διαλέξεων: Οικονομία και Κοινωνία», Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
- Χλέτσος, Μ. (2015). “Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης”. Quality in Health