



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Δημιουργία των κατάλληλων αντιμέτρων για την  
καταπολέμηση  
της διαφθοράς και του παράνομου χρηματισμού στον χώρο  
της υγείας**

**ΟΝΟΜ/ΜΟ: ΤΕΡΖΙΔΗΣ ΣΑΒΒΑΣ  
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΡΩΞΑΝΗ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ**

**ΙΟΥΛΙΟΣ 2021**

## Περίληψη

Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει μείζονες δημογραφικές, επιδημιολογικές και οικονομικές προκλήσεις καθώς και προβλήματα απόδοσης λόγω οργανωτικών και επιχειρησιακών αδυναμιών, όπως ο εκτεταμένος κατακερματισμός στην συγκέντρωση, την αγορά και την παροχή υπηρεσιών. Τα παραπάνω μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς μόνο εάν οι μεταρρυθμίσεις αποσκοπούν στην εξάλειψη των βασικών αιτίων του προβλήματος και όχι στην φροντίδα των συμπτωμάτων του. Η στρατηγική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων πρέπει να συνδυάζει μακροπρόθεσμες και μεγάλης κλίμακας μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας που εστιάζουν στις βελτιώσεις της αποτελεσματικότητας και ιδιαίτερα στις αποδοχές των εργαζομένων στον τομέα της υγείας καθώς και βραχυπρόθεσμα μέτρα που αντιμετωπίζουν άμεσα τα διαρθρωτικά προβλήματα του συστήματος υγείας. Οι πολιτικοί κίνδυνοι της ταχείας επιδιόρθωσης, όπως άλλωστε πολλές φορές στο παρελθόν έχει επιχειρηθεί, θα πρέπει να σταθμίζονται ενάντια στον επιζήμιο αντίκτυπο που διατηρούν τις άτυπες και παράνομες πληρωμές στον χώρο της υγείας. Τέτοιοι κίνδυνοι μπορούν να μειωθούν με την εφαρμογή καινούργιων και σύγχρονων τεχνικών και μεθόδων μετασχηματισμού των συστημάτων, μεγάλης κλίμακας, που φαίνεται να είναι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας οδηγώντας το ελληνικό σύστημα υγείας στην θετική αλλαγή και την βελτίωση της αποδοτικότητας του.

Η παρούσα εργασία εξετάζει το φαινόμενο του παράνομου χρηματισμού στο χώρο της υγείας, όπως αυτό επιβαρύνει τους ασθενείς, καθώς και πιθανά μέτρα για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου. Το ερευνητικό μέρος έχει ως στόχο να καταγράψει τα άτυπα ποσά πληρωμής που κατατέθηκαν από τους ασθενείς στους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υγείας. Επίσης στην τρέχουσα έρευνα θα γίνει προσπάθεια να αξιολογηθεί αυτό το επιπλέον κόστος και η χρηματική επιβάρυνση των παραπάνω ασθενών, καθώς και να επισημανθούν οι λόγοι αλλά και οι συνθήκες οι οποίες οδηγούν τους ασθενείς να καταλήγουν σε τέτοιου είδους χρηματισμούς. Τέλος, επιχειρείται να τονιστεί η ανάγκη αντιμετώπισης αυτού του είδους της διαφθοράς και να προταθούν καλύτεροι και αποτελεσματικότεροι τρόποι προκειμένου να περιοριστεί. Η έρευνα ανέδειξε πως η ενίσχυση των ελεγκτικών οργανισμών και μηχανισμών θα ήταν ένα καλό μέτρο κατά της αυτής της διαφθοράς ενώ παράλληλα καταδεικνύεται πως οι πολίτες επιθυμούν την δημιουργία μιας πιο

λειτουργικής και εύχρηστης ελεγκτικής υπηρεσίας όπου θα μπορούν να καταγγέλλουν συγκεκριμένα περιστατικά διαφθοράς, θα κρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται και γενικότερα θα εκφράζουν την άποψη τους για το σύστημα υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Διαφθορά, Εθνικό Σύστημα Υγείας, άτυπες πληρωμές, μαύρη οικονομία, ΕΣΥ,

## Abstract

The Greek health system faces major demographic, epidemiological and economic challenges as well as performance issues due to organizational and operational weaknesses, such as widespread fragmentation of market and service delivery. The above can only be successfully addressed if the reforms are aimed at eliminating the root causes of the problem and not only by addressing its symptoms. The problem-solving strategy must combine long-term and large-scale health system reforms focusing on efficiency improvements and in particular the remuneration of health workers, as well as short-term measures that directly address the structural problems of the health system. The political risks of quick repairs should be weighed against the detrimental impact of informal and illegal health payments. Such risks can be reduced by implementing management techniques that promote change and large-scale systems transformation skills that seem to be critical success factors which will lead the Greek health system to positive change and growth.

The present paper examines the phenomenon of informal payments in public healthcare as well as possible measures to deal with this phenomenon. The research part of the study aims to record the informal payment amounts deposited by patients to public and private health care providers. Also in the current research an attempt will be made to evaluate the cost and the additional financial burden of the above

patients. In addition, the reasons and conditions under which patients end up with such funding are highlighted. Finally, an attempt is made to emphasize the need to tackle such corruption and to suggest better and more effective ways to reduce it. The research also showed that strengthening control bodies and mechanisms would be a good measure against corruption. In addition, citizens want a more functional and easy-to-use audit service to be created where they will report specific cases of corruption, review the health services provided to them and generally express their views on the health system.

Keywords: Corruption, National Health System, informal payments, ESY, black economy

## Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	1
Εισαγωγή.....	4
1. Μελέτες και στοιχεία μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση της διαφθοράς.....	8
1.1. Παγκόσμια παραδείγματα .....	8
1.2. Μέτρα και μεταρρυθμίσεις στο εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας .....	11
1.3. Αλλαγές στον προγραμματισμό, την παράδοση και την αγορά υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα .....	15
2. Η διαφθορά στην Ελλάδα και οι παράνομες πληρωμές (άτυπες πληρωμές) .....	22
2.1. Εισαγωγή .....	22
2.2. Άτυπες πληρωμές στο σύστημα υγείας .....	25
2.3. Κίνητρα για τις άτυπες πληρωμές.....	29
2.4. Απόδοση ΕΣΥ και προσπάθειες μεταρρύθμισης του .....	30
2.5. Έλλειψη λειτουργικού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οι προσπάθειες μεταρρύθμισης του .....	33
2.6. Ασταθές πολιτικό κλίμα .....	34
2.7. Έλλειψη αναφοράς και ελέγχου .....	35
2.8. Άτυπες Πληρωμές / Παράνομοι Χρηματισμοί .....	37
2.10. Διαφθορά στην διαχείριση προμηθειών και αποθεμάτων στην Υγεία .....	40
2.11. Ενέργειες από την πλευρά των δημόσιων αρχών.....	40
3. Επίδραση του φαινομένου της διαφθοράς στην απόδοση του ΕΣΥ.....	46

4. Ερευνητικό Μέρος.....	49
4.1. Ερευνητικός Σκοπός .....	49
4.2. Μεθοδολογία .....	49
4.3. Αποτελέσματα .....	50
Συμπεράσματα .....	79
Βιβλιογραφία .....	96
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	96
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία .....	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α .....	98
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ .....	98

## Εισαγωγή

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα συναρπαστικό παράδειγμα συνδυασμού δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, τόσο όσον αφορά στην πλευρά της χρηματοδότησης του όσο και σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Από την πλευρά της χρηματοδότησης, οι ιδιωτικές πληρωμές (OOP - out-of-pocket), εξακολουθούν να αποτελούν πολύ υψηλό μερίδιο των συνολικών δαπανών για την υγεία (περίπου 36%), στην Ελλάδα ήταν 35% το 2019. Οι δημόσιες πηγές αποτελούνται από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και φόρους με μερίδιο 31% και 29% των συνολικών δαπανών για την υγεία, αντίστοιχα. Η δε εθελοντική ασφάλιση υγείας δεν αποτελεί σημαντική πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, με ποσοστό κάτω του 5% των συνολικών δαπανών υγείας το 2019, αυξημένο από περίπου 1,9% το 2009 (ΕΛΣΤΑΤ, 2021). Τα απόλυτα στοιχεία του ύψους των δαπανών έχουν σταματήσει με μικρές διακυμάνσεις σε περίπου 520 εκατομμύρια ευρώ μεταξύ 2010 και 2015 (Souliotis, 2016).

Η εθελοντική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει κυρίως συμπληρωματικό ρόλο, παρέχοντας στους ανθρώπους ταχύτερη πρόσβαση στη φροντίδα και ευρύτερες επιλογές παροχών. Τα στοιχεία κάλυψης ήταν αντικρουόμενα, κυμαινόμενα από 11% έως 36% του πληθυσμού, το 2012 (Souliotis, 2016). Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσω πρωτοβάθμιων μονάδων υγειονομικής περίθαλψης το 2008 και 126 εθνικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (ΕΣΥ - Εθνικό Σύστημα Υγείας) και

νοσοκομείων, στα οποία 17.490 ιατροί πραγματοποιούν περίπου 12 εκατομμύρια συμβουλευτικές επισκέψεις και 460.000 επεμβάσεις, ετησίως (Liaropoulos, 2008).

Ο εκτεταμένος ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει 145 κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία και έχει ιδιωτικές κλινικές που παρέχουν το 35% της παραχωμένων υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα 4,23 κλίνες ανά 1000 κάτοικους και παράλληλες δομές παροχής δημόσιας υγείας, όπως η στρατιωτική υπηρεσία υγείας που διαχειρίζεται το Υπουργείο Άμυνας (Cohen, 2012).

Παρά τις σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας προς ένα πιο ολοκληρωμένο σύστημα, ο κατακερματισμός εξακολουθεί να είναι η πιο σημαντική πηγή ανισοτήτων και αναποτελεσματικότητας στην απόδοση του ελληνικού συστήματος υγείας. Η εφαρμογή πολλών σημαντικών μέτρων της μεταρρύθμισης στην υγεία, έχει μειώσει τον κατακερματισμό τόσο από την πλευρά της χρηματοδότησης όσο και στην παροχή υπηρεσιών για την υγεία. Αυτές περιλαμβάνουν την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, την συγχώνευση 39 οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης για τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011 και πιο πρόσφατα από το 2012 και πλέον το άνοιγμα ορισμένων στρατιωτικών εγκαταστάσεων υγείας στο ευρύτερο κοινό (Giannouchos, 2021).

Ο εξαιρετικά υψηλός πολιτικός χαρακτήρας των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας και τα κατοχυρωμένα συμφέροντα των καθιερωμένων ομάδων ενδιαφερομένων εμπόδισαν την ολοκληρωμένη εφαρμογή των κατά καιρούς προγραμμάτων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ, όμως παρόλα αυτά τα βήματα που συνέβησαν, έστω και με έντονες πολιτικές αποχρώσεις, μπορούν να θεωρηθούν σημαντικά ορόσημα προς την μετάβαση σε ένα πιο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας. Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει ευρύ περιθώριο διόρθωσης της αναποτελεσματικότητας και των εξόδων που δημιουργούνται εξαιτίας α) της υψηλής συγκέντρωσης υπηρεσιών και αρμοδιοτήτων (ειδικά στους δύο κύριους οργανισμούς - στο Υπουργείο Υγείας και στο ΕΟΠΥΥ), β) των δαπανών συμπεριλαμβανομένης, ενδεικτικά, της πληρωμής των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ιατρών και γ) του συντονισμού της φροντίδας υγείας, ειδικά με την μη ανάπτυξη και εξέλιξη της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης με την παράλληλη δημιουργία ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, βάσει γεωγραφικής θέσης και ιατρικής ανάγκης των ασθενών. Αν τα παραπάνω αναπροσαρμοστούν και διορθωθούν θα

προσφέρουν τη δυνατότητα απελευθέρωσης πόρων και ανακατανομής αυτών σε τομείς της υγείας που έχουν ελλείψεις (Giannouchos, 2021).

Ένας από τους μεγαλύτερους σκοπέλους για την παροχή ισότιμης και καθολικής φροντίδας στους πολίτες της Ελλάδας είναι οι άτυπες πληρωμές για την υγειονομική περίθαλψη, οι οποίες δεν έχουν καμφθεί μέχρι στιγμής παρά τις προσπάθειες εξάλειψής τους ή τουλάχιστον τις προσπάθειες μείωσης του επιπολασμού τους. Ένα σημαντικό ποσοστό των δαπανών για την υγεία προκύπτει από τις άτυπες πληρωμές, οι οποίες επηρεάζουν δυσμενώς την οικονομική ευημερία των πολιτών, την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και την ισότιμη αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες - σε αντίθεση με τις νόμιμες πληρωμές. Για παράδειγμα, οι φτωχοί και άλλες ευάλωτες ομάδες πληθυσμού δεν μπορούν να εξαιρούνται από την ανεπίσημη πληρωμή των γιατρών που αποτελεί πολλές φορές άτυπο κανόνα για την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η ανεπίσημη κατάσταση του φαινομένου, το καθιστά πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί με αποτέλεσμα να έχει ριζωθεί βαθιά στο σύστημα υγείας εδώ και δεκαετίες πλέον (Chereche, 2013).

Ως εκ τούτου, οποιεσδήποτε απόπειρες αντιμετώπισης των άτυπων αυτών πληρωμών, πρέπει να βασίζονται στην κατανόηση των κινήτρων των συμμετεχόντων στη συναλλαγή. Εκτός από το γενικό φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού που παρατηρείται σε πολλές χώρες της Ευρώπης μια εκ των οποίων η Ελλάδα, ο ελληνικός πληθυσμός αντιμετωπίζει μια σοβαρή οικονομική κρίση η οποία όχι μόνο επηρεάζει βαθιά της μεταρρυθμίσεις σε οποιονδήποτε τομέα και αν αυτές επιχειρούνται, αλλά συμβάλλει επίσης στην ανάπτυξη περαιτέρω προβλημάτων και προκλήσεων που πρέπει να αντιμετωπιστούν υπό τέτοιες συνθήκες. Συγκεκριμένα, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 45% ,από 14,9 δισεκατομμύρια ευρώ το 2010 σε 8,2 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014. Παρά την αύξηση 6% στην υγεία για το 2015, οι περικοπές του κρατικού προϋπολογισμού συνοδεύτηκαν από αντίστοιχες μειώσεις στο επίπεδο των μισθών κατά περίπου 40% ,ενώ εμφανίστηκε και ένα σημαντικό πρόβλημα χρέους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ που ανέρχονταν στο 45% των δημόσιων δαπανών για την υγεία (Νικολέντζος, 2020).

Αν και ο συνολικός αριθμός των ιατρών ήταν επαρκής, το δυσμενές οικονομικό κλίμα προκάλεσε τη μετανάστευση ειδικών αλλά και νέων ιατρών, επιδεινώνοντας

έτσι τα προβλήματα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αφού άρχισαν να εμφανίζονται πλέον ελλείψεις διαφόρων ειδικοτήτων . Επιπλέον, η οικονομική κρίση, η πολιτική αναταραχή και οι συχνός ρυθμός μεταβολής των κυβερνήσεων είχαν βαθιά επίδραση στην ελληνική κοινωνία, διαβρώνοντας τον κοινωνικό ιστό που είναι απαραίτητος για την κατάλληλη λειτουργία της δημόσιας διοίκησης και του δημόσιου τομέα αλλά και του τομέα υγείας γενικότερα (Giannouchos, 2021). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα τέλη του 2013 προσδιόρισε την Ελλάδα μεταξύ των χωρών των οποίων οι πολίτες είχαν τη λιγότερη εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας τους - μόνο το 25% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι η συνολική ποιότητα της περίθαλψης είναι καλή ενώ πολλοί θεώρησαν πιθανό ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να ζημιωθούν οικονομικά από τη νοσοκομειακή (78%) και μη νοσοκομειακή περίθαλψη (71%) (Souliotis, 2014). Η Κύπρος ήταν το μόνο κράτος μέλος της ΕΕ με ακόμη υψηλότερα ποσοστά όσον αφορά την δυσαρέσκεια των πολιτών από το υπάρχων σύστημα υγείας . Οι παραπάνω κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην εξέλιξη και την διατήρηση των άτυπων πληρωμών για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Η παρούσα εργασία, εστιάζει στο θέμα των παράτυπων πληρωμών στο ελληνικό σύστημα υγείας, προτείνοντας ταυτόχρονα και τρόπους δράσης. Οι παράτυπες πληρωμές αναλύονται βάσει πληροφοριών που συλλέγονται από τρεις κύριες πηγές δεδομένων: (i) έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην χώρα μας σχετικά με την λήψη υπηρεσιών υγείας (ii) τις επιστημονικές δημοσιεύσεις και (iii) βιβλιογραφία που αντικατοπτρίζει τις ρίζες του φαινομένου των εν λόγω πληρωμών.



## 1. Μελέτες και στοιχεία μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση της διαφθοράς

### 1.1. Παγκόσμια παραδείγματα

Μελέτη που διενεργήθει από τον ΠΟΥ για τις μεταρρυθμίσεις χρηματοδότησης της υγείας σε πρώην κομμουνιστικές χώρες εντόπισε τέσσερις κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας των στρατηγικών μεταρρύθμισης για την αντιμετώπιση των άτυπων πληρωμών στην υγειονομική περίθαλψη. Με βάση τη συγκριτική ανάλυση των εμπειριών του Κιργιζιστάν, του Τατζικιστάν, της Ρωσικής Ομοσπονδίας και της Ουγγαρίας, η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα χαρακτηριστικά της αναδιάρθρωσης των συστημάτων υγείας μειώνουν αποτελεσματικά την ύπαρξη των άτυπων πληρωμών και τις αρνητικές επιπτώσεις αυτών στην απόδοση του συστήματος υγείας και περιλαμβάνουν: (i) ολοκληρωμένα και διαδοχικά μέσα πολιτικής (όχι μεμονωμένα μέτρα), (ii) καθορισμό σαφών και ρεαλιστικών

δικαιωμάτων (πακέτο παροχών), (iii) αναδιάρθρωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και όλα αυτά πάντα με την αναγκαία προϋπόθεση ότι οποιαδήποτε βελτίωση της αποτελεσματικότητας από τις μεταρρυθμίσεις επανεπενδύεται στο σύστημα υγείας (πιθανώς για αμοιβές των εργαζομένων στον τομέα της υγείας), (iv) επαρκή και σταθερή δημόσια χρηματοδότηση για το σύστημα υγείας στο σύνολό του (Giannouchos., 2021).

Η δε Ουγγαρία μάλιστα παρέχει στην Ελλάδα ένα ενδιαφέρον και διδακτικό παράδειγμα αποτυχίας ως προς την αντιμετώπιση της καθιερωμένης χρήση άτυπων πληρωμών, λαμβάνοντας υπόψη επίσης τις ομοιότητες ως προς το μέγεθος της χώρας και τη μακροχρόνια παράδοση των άτυπων πληρωμών στην υγειονομική περίθαλψη. Μετά την αλλαγή καθεστώτος το 1990, η Ουγγαρία εφάρμοσε έναν μεγάλης κλίμακας μετασχηματισμό στο σύστημα υγείας της, από το Semashko στο Bismarck (με ένα ενιαίο εθνικό ταμείο ασφάλισης). Παρά την τόσο ολοκληρωμένη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, οι προσπάθειες μείωσης των άτυπων πληρωμών απέτυχαν γενικά, καθώς η χώρα δεν είχε δημιουργήσει σαφή και διακριτά δικαιώματα για πακέτα κάλυψης υπηρεσιών υγείας που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο (Azariadis, 2015).

Τα οφέλη που πραγματοποιήθηκαν ως αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων και της αναδιάρθρωσης του συστήματος της υγείας επενδύθηκαν σε άλλους τομείς (για δημοσιονομική σταθεροποίηση του κρατικού προϋπολογισμού) ενώ η δημόσια χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης παρέμεινε ανεπαρκής, ασταθής και ακανόνιστη. Συγκεκριμένα, οι μεγάλες περίοδοι λιτότητας συνδυάστηκαν με μικρές περιόδους αυξημένων δαπανών στην υγεία, συνήθως σε εκλογικά έτη. Για παράδειγμα, η αύξηση των μισθών κατά 50% για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας το 2002 δημιούργησε μια μεγάλη τρύπα στον προϋπολογισμό της κεντρικής κυβέρνησης, αλλά είχε πολύ μικρό αντίκτυπο στην μείωση των άτυπων πληρωμών (Cavalieri, 2017).

Οι προσπάθειες καταπολέμησης των άτυπων πληρωμών στο ουγγρικό σύστημα υγείας απέτυχαν επειδή δεν αντιμετώπισαν τις βασικές αιτίες ύπαρξής τους. Η κυβέρνηση τις περιόδους 2006-2010 χρησιμοποίησε δύο πολιτικές παρεμβάσεις για να στοχεύσει τις άτυπες πληρωμές. Πρώτον, καθιέρωσε μια μικρή χρέωση χρήστη (300 HUF, που ισοδυναμεί με 1 ευρώ) για όλες τις συναντήσεις ασθενών-γιατρού στη

φροντίδα εξωτερικών ασθενών και ημερήσια πληρωμή για τη φροντίδα εσωτερικών ασθενών το 2007 (καταργήθηκε αργότερα το 2008 μετά το εθνικό δημοψήφισμα). Δεύτερον, εισήγαγε ένα πολύ υψηλό κόστος χρήσης για την παροχή της δυνατότητας στον ασθενή επιλογής νοσοκομείου και ιατρού: 30% του τιμολογίου επιστρεφόταν στην Εθνική Υπηρεσία Ταμείου Ασφάλισης Υγείας (NHIFA), με ανώτατο όριο 100.000 HUF (ισοδύναμο με 330 €) (Kaitelidou., 2013).

Αυτά τα μέτρα απέτυχαν αφού οι επίσημες χρεώσεις χρηστών αύξησαν τελικά το εύρος των άτυπων πληρωμών διότι οι δεύτερες στο πλαίσιο της ικανότητας πληρωμής από πλευράς ασθενών ήταν ποιο ανεκτές. Επιπλέον, η καθιέρωση χρέωσης χρήστη για όσους θέλουν να επιλέξουν γιατρό, επειδή προσπάθησε να αντιμετωπίσει την αιτία των άτυπων πληρωμών μέσω της τυποποίησης του τι ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν οι ασθενείς εφαρμόστηκε και αυτή λανθασμένα. Πρώτον, τα έσοδα από τη νέα χρέωση χρήστη κατευθύνονταν στο νοσοκομείο (αντί για τον ιατρό), οπότε ούτε ο ασθενής ούτε ο γιατρός δεν είχαν κανένα ενδιαφέρον να μεταβούν από άτυπες πληρωμές σε επίσημες πληρωμές. Δεύτερον, η χρέωση χρήστη έπρεπε να αφαιρεθεί από την αποζημίωση NHIFA, οπότε τα νοσοκομεία δεν είχαν κανένα ενδιαφέρον να την εισπράξουν, καθώς, πέρα από την μη απόκτηση πρόσθετων εσόδων, υπέστησαν επιπλέον κόστος για τη διαχείριση των χρεώσεων χρήστη τόσο για τους ασθενείς όσο και για το NHIFA (Lambropoulou, 2012).

Έχουν αναφερθεί πιο επιτυχημένες αλλά μικρής κλίμακας προσπάθειες αντιμετώπισης των άτυπων πληρωμών από την Αλβανία και την Καμπότζη. Ο διευθυντής ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου στα Τίρανα απαγόρευσε τις άτυπες πληρωμές και εισήγαγε επίσημα τέλη χρήσης τα οποία, κυρίως, χρησιμοποιήθηκαν για να τετραπλασιάσουν τους μισθούς των γιατρών και να διπλασιάσουν τους μισθούς του λοιπού προσωπικού του νοσοκομείου. Αυτά τα δύο μέτρα αποδείχθηκαν επιτυχή στη μείωση των άτυπων πληρωμών και στην αύξηση της χρήσης του νοσοκομείου. Στην Καμπότζη επίσης, όπου το 82% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 1999 ήταν άτυπες πληρωμές, η εισαγωγή επίσημων χρεώσεων χρηστών με ένα σύστημα απαλλαγής για τα πολύ φτωχά μέρη του πληθυσμού αποδείχθηκε επιτυχής σε δύο νοσοκομεία. Αυτό δείχνει ότι τα επίσημα συστήματα μπορούν να επιτρέψουν την εξαίρεση όσων έχουν ανάγκη εάν το θέλουν, σε αντίθεση οι άτυπες πληρωμές, εξ ορισμού, καθιστούν αδύνατες τις εξαιρέσεις αυτές (Economou, 2009).

Στο Κιργιστάν, η αποκαλούμενη μεταρρύθμιση ενός μόνο πληρωτή (SPR–singlepayerreform) μείωσε επίσης επιτυχώς τις άτυπες πληρωμές, θέτοντας ρεαλιστικά δικαιώματα (πακέτο δωρεάν παροχών περίθαλψης) και τυποποιημένες χρεώσεις χρήστη (πρόγραμμα συν-πληρωμής για παραπομπές σε νοσοκομεία), αν και τα επιτεύγματα δεν μπορούσαν να διατηρηθούν μακροπρόθεσμα. Τα έσοδα από τη συγχρηματοδότηση θα μπορούσαν να διατηρηθούν από το νοσοκομείο και να χρησιμοποιηθούν για τη συμπλήρωση των μισθών (20%) και για την κάλυψη φαρμάκων και τροφίμων (80%) (Economou, 2010). Δυστυχώς, προέκυψαν ορισμένα προβλήματα που σχετίζονται με την κλοπή εσόδων και κακή διαχείριση αυτών. Επιπλέον, οι άτυπες πληρωμές άρχισαν να αυξάνονται και πάλι από το 2006, κυρίως λόγω των πληρωμών στο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, παρά τη σημαντική αύξηση των μισθών που εφαρμόστηκε το 2011. Η εμπειρία του Κιργιστάν υποδηλώνει ότι τα μέτρα για την αντιμετώπιση των παράνομων χρηματισμών μέσω της αύξησης των αμοιβών μόνο για ιατρούς είναι απίθανο να είναι επιτυχημένα . (Souliotis., 2016).

## 1.2. Μέτρα και μεταρρυθμίσεις στο εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας

Αρκετές παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας που εφαρμόζεται στην Ελλάδα σχετίζονται άμεσα με την πρακτική αντιμετώπισης των άτυπων πληρωμών, αλλά μέχρι στιγμής καμία από αυτές δεν έχει επιφέρει σημαντική επιτυχία στην καταπολέμηση της καλά κρυμμένης μαύρης οικονομίας της υγείας. Αν και δεν είναι εξαντλητική, και σε μη χρονολογική σειρά, ο κατάλογος των σχετικών μέτρων (συμπεριλαμβανομένων των αυξήσεων αμοιβών για ιατρούς , της προσπάθειας επιβολής κανονισμών στους επαγγελματίες υγείας , του χειρουργικού καταλόγου και των απογευματινών ιατρείων) συζητείται στις ακόλουθες παραγράφους. Η αύξηση των αποδοχών για τους ιατρούς και η μονιμοποίηση με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 δεν αποδείχθηκε επιτυχής στην εξάλειψη των παράνομων χρηματισμών στην υγειονομική περίθαλψη. Οι χαμηλοί μισθοί των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ιδίως των ιατρών, αναφέρονται συχνά ως βασικός παράγοντας για την εμφάνιση και την επιμονή των άτυπων πληρωμών, αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι ακόμη και μια σχετικά μεγάλη αύξηση των αποδοχών δεν είναι από μόνη της αρκετή για την

αντιμετώπιση του προβλήματος . Σημαντικό παράδειγμα αναφέρει τη νέα συμφωνία με το ιατρικό επάγγελμα που συνόδεψε την ίδρυση του ΕΣΥ στην Ελλάδα τη δεκαετία του 1980 και η οποία τριπλασίασε τους μισθούς (Kaitelidou, 2013).

Στην Ουγγαρία, η αύξηση των μισθών κατά 50% (κατά μέσο όρο) υλοποιήθηκε ως μέρος των εκλογικών υποσχέσεων της νέας κυβέρνησης το 2002. Πιο πρόσφατα, παρόμοιες αστοχίες έχουν αναφερθεί από το Κιργιστάν, και μια μελέτη 33 νοσοκομείων στην Αργεντινή διαπίστωσε ότι οι αυξήσεις μισθών δεν μείωσαν τη διαφθορά εκ μέρους των επαγγελματιών της υγείας. Αν και δεν αρνείται κανείς ότι οι χαμηλοί μισθοί θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ως μέρος ενός ολοκληρωμένου σχεδίου μεταρρύθμισης κατά των άτυπων πληρωμών, οι αυξήσεις των αποδοχών από μόνες τους δεν αρκούν επειδή αγνοούν την διμερή φύση της σχέσης και κυρίως την πλευρά του ασθενούς. Προκειμένου να επιτευχθούν μόνιμα αποτελέσματα, πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη το κίνητρο των ασθενών για να προβούν σε άτυπες πληρωμές και να αντιμετωπιστούν, κυρίως ελλείψεις και έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα (Siskou, 2008).

Η ευαισθητοποίηση των ανθρώπων ότι δικαιούνται να λαμβάνουν φροντίδα χωρίς ΑΠ, ή ότι αυτό που κάνουν είναι λάθος, είναι απίθανο να τους εμποδίσει να κάνουν άτυπες πληρωμές, εκτός εάν είναι πεπεισμένοι ότι δεν χρειάζονται παράνομο χρηματισμό για να διασφαλιστεί η σωστή φροντίδα του ασθενούς. Μέχρι στιγμής, οι προσπάθειες αντιμετώπισης του φαινομένου μέσω του νομικού-κανονιστικού πλαισίου δεν φαίνεται να έχει επιφέρει απτά αποτελέσματα στην Ελλάδα (Kaitelidou, 2013). Οι άτυπες πληρωμές έχουν γίνει μέρος της καταπολέμησης της διαφθοράς του δημόσιου τομέα και η ποινική προσέγγιση τονίζεται τόσο από την κυβέρνηση όσο και από τους διεθνείς οργανισμούς, ωστόσο βάση μελετών που διεξάγονται σε ασθενείς φαίνεται ότι οι τρέχουσες ρυθμίσεις είναι αναποτελεσματικές για τη σύλληψη και τιμωρία των δραστών ακόμη και στις πιο ακραίες περιπτώσεις εκβιασμού (Gaal, 2006).

Οι βασικοί λόγοι που αναφέρονται από συμμετέχοντες σε έρευνες αναφέρουν διάφορους λόγους για αυτήν την προφανή αποτυχία, όπως: έλλειψη συνεργασίας από ασθενείς και συγγενείς, ανεπαρκείς ικανότητες αναφοράς των συμβάντων άτυπων πληρωμών, μακρά και περίπλοκη διαδικασία αντίδρασης της δικαιοσύνης, έλλειψη κατάλληλου συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ των αρχών και έλλειψη

εμπιστοσύνης, ακόμη και διαφθοράς στο νομικό σύστημα. Αλλά το πιο σημαντικό πρόβλημα είναι ότι αυτή η προσέγγιση δεν αντιμετωπίζει τις βασικές αιτίες των άτυπων πληρωμών που βρίσκονται στις αποτυχίες του συστήματος υγείας και όχι στην πρωτοφανή ανηθικότητα Ελλήνων γιατρών και ασθενών (Kaitelidou, 2013). Αν και δεν αρνείται κανείς ότι οι άτυπες πληρωμές (τύπου δωροδοκίας) είναι μέρος του φαινομένου της διαφθοράς και οι προσπάθειες για τον περιορισμό των εκβιασμών είναι σημαντικές και πρέπει να συνεχιστούν, η νομική προσέγγιση είναι απίθανο να επιφέρει σημαντικές αλλαγές χωρίς να αντιμετωπιστούν οι αστοχίες του συστήματος υγείας.

Χωρίς σαφή και ρεαλιστικά δικαιώματα στο σύστημα υγείας, η ατομική ερμηνεία των δικαιωμάτων μπορεί και να διαφέρει. Τα όρια μεταξύ του τι είναι και τι δεν είναι αποδεκτό θα παραμείνουν θολά και η νομιμότητα (απαραίτητο συστατικό ενός αποτελεσματικού λειτουργικού νομικού συστήματος) θα παραμείνει ανεπαρκής. Λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή εμπειρία, η εισαγωγή του χειρουργικού καταλόγου φαίνεται να είναι ένα σημαντικό βήμα προς την επίτευξη μεγαλύτερης διαφάνειας στη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας, παρ' όλο που έχει τα ίδια τρωτά σημεία με τη νομική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των άτυπων πληρωμών για την υγειονομική περίθαλψη (Economidou, 2014).

Για παράδειγμα, η δημοσίευση των λιστών αναμονής μαζί με αποτελεσματικούς μηχανισμούς καταγγελιών για δύο κρατικά νοσοκομεία επέφερε αισθητές βελτιώσεις στους χρόνους αναμονής. Δεδομένου του σχετικά σύντομου χρόνου από την καθιέρωσή της, δεν είναι δυνατόν να προβλεφθεί διεξοδική αξιολόγηση αυτής της πολιτικής. Οι βασικοί συμμετέχοντες αναφέρουν θετικές πρώτες εμπειρίες με την εφαρμογή της λίστας, με κάποιες δυσκολίες ίσως στις τεχνικές πτυχές της εφαρμογής, όπως της κατανομής αριθμών καταχώρησης με βάση το νοσοκομείο, τον χειρισμό παλαιών περιπτώσεων, την πρόσβαση στο Διαδίκτυο, το φόρτο εργασίας και την αμοιβή των χειρουργικών επιτροπών. Οι δυσαρεστημένοι ενδιαφερόμενοι είναι εκείνοι που έχουν χάσει τα περισσότερα από την μεγαλύτερη διαφάνεια όταν αυτή εφαρμόζεται (Simou, 2014).

Ωστόσο, ο βαθμός στον οποίο μπορεί να παραβιαστεί η εντολή αναμονής είναι ένα βασικό ζήτημα. Ορισμένοι βασικοί συμμετέχοντες αναφέρουν ότι οι λίστες αναμονής μπορούν να παρακαμφθούν εύκολα μετατρέποντας τις περιπτώσεις σε επείγουσες

ακόμα και αν εκκρεμούν και άλλες περισσότερες επείγουσες από αυτές. Η ίδια πρακτική μπορεί να παρατηρηθεί στις εισαγωγές ασθενών σε νοσοκομεία επιλογής. Ομοίως με όλες τις άλλες περιπτώσεις ρύθμισης και επιβολής, η αποτελεσματική εφαρμογή μπορεί να διασφαλιστεί μόνο εάν η πλειοψηφία των εμπλεκόμενων μερών - συμπεριλαμβανομένων των ασθενών, των γιατρών, άλλων υγειονομικών υπαλλήλων και των διαχειριστών νοσοκομείων - θεωρήσει την πολιτική αναγκαία και νόμιμη και συνεπώς συμμορφώνεται εθελοντικά (Giannouchos, 2021).

Όσον αφορά την τεχνική εφαρμογή, η πολιτική θα μπορούσε να αναπτυχθεί περαιτέρω χρησιμοποιώντας έναν προσδιορισμό ασθενών μέσω ύπαρξης μοναδικής ταυτοποίησης. Αυτό έχει πολλές άλλες δυνατότητες για τη βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας και τη διασφάλιση αποτελεσματικότερης κατανομής πόρων και αξιοποίησης των δημόσιων υπηρεσιών. Η Ουγγαρία παρέχει ένα καλό παράδειγμα αξιοποίησης της μοναδικής ταυτοποίησης ασθενών βάσει του οποίου εφαρμόστηκε ένας καινοτόμος πιλοτικός συντονισμός φροντίδας μεταξύ του 1999 και του 2008. Η απογευματινή κλινική πρωτοβουλία είναι μια ενδιαφέρουσα προσπάθεια καταπολέμησης ορισμένων άτυπων συναλλαγών αλλά οι εμπειρίες εφαρμογής είναι ανάμεικτες (Azariadis, 2015).

Η χρήση αυτής της επιλογής θεωρείται χρονοβόρα , αλλά ο όγκος είναι υψηλός και το μέτρο μπορεί να φέρει κάποιες μικρές μειώσεις στις άτυπες πληρωμές. Ορισμένες δυσκολίες εφαρμογής προέκυψαν από το προσωπικό του νοσοκομείου που βρήκε το όριο μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα ασαφές. Δεδομένου ότι το τιμολόγιο εντός του συστήματος ρυθμίζεται, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στον καθορισμό ενός οικονομικά δίκαιου διαγράμματος αμοιβών που να επιτρέπει κέρδη συγκρίσιμα με αυτά που μπορούν να πραγματοποιηθούν από τους παράνομους χρηματισμούς, έτσι ώστε τα οικονομικά κίνητρα να μην λειτουργούν ενάντια στο επίσημο σύστημα. Ένα οικονομικά δίκαιο τιμολόγιο είναι υψηλότερο από τουλάχιστον το μεταβλητό κόστος της υπηρεσίας, έτσι ώστε ο ιατρός να μην υποστεί απώλειες (Cavalieri, 2017).

Περαιτέρω, θα πρέπει να προσεγγίζει το κόστος ευκαιρίας του χρόνου του ιατρού, όπου σε αυτήν την περίπτωση είναι τα έσοδα που χάνονται από τις άτυπες πληρωμές. Δεδομένου ότι τα επίσημα τιμολόγια δεν βασίζονται σε σωστή εκτίμηση κόστους, είναι πιθανό οι τρέχουσες ρυθμίσεις να μην είναι οικονομικά δίκαιες και δεν είναι

ρεαλιστικό να περιμένει κανείς από τα άτομα να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα ή να τηρήσουν τους κανόνες, βάσει των οποίων υφίστανται οικονομικές απώλειες ή συνεχείς προσωπικές θυσίες. Αυτό ισχύει επίσης για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, στο πλαίσιο του οποίου είναι απολύτως δυνατό για έναν μονοπωλιακό πωλητή να χρησιμοποιήσει την ισχύ του στην αγορά για να ορίσει τιμολόγια πολύ χαμηλά (κάτω από το οικονομικά λογικό), κάνοντας τους παρόχους να θεωρούν νόμιμο να παρακάμψουν το κανόνες και το παιχνίδι του συστήματος. Αυτή ήταν η εμπειρία στην περίπτωση δωρεάν επισκέψεων από ιδιωτικούς παρόχους που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, ορισμένοι από τους οποίους μπορεί να εξάντλησαν το σύστημα χρησιμοποιώντας την πλήρη ποσόστωση των 200 επισκέψεων τις πρώτες τρεις έως τέσσερις ημέρες του μήνα, επειδή θεώρησαν το τέλος επισκεψής των 10 ευρώ αδικώς χαμηλό (Lambropoulou, 2012).

Χωρίς επαρκείς πληροφορίες σχετικά με το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών, είναι πολύ δύσκολο να καθοριστούν σωστά οικονομικά κίνητρα. Επίσης, δεν είναι σοφό να προσπαθήσει κανείς να αντισταθμίσει τον αντίκτυπο των κακώς καθορισμένων οικονομικών κινήτρων μέσω κανονισμών και επιβολής, αν και αυτή είναι η προσέγγιση που ακολουθούν συχνά οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων στον δημόσιο τομέα (π.χ. περιορισμός του αριθμού των περιπτώσεων ανά ημέρα, όπως στην προαναφερθείσα υπόθεση). Οι διεθνείς εμπειρίες με προγράμματα που ανοίγουν τη δυνατότητα εξόδου εντός των ορίων του δημόσιου συστήματος (π.χ. ιδιωτικοί θάλαμοι στην Ιρλανδία) αναμιγνύονται επίσης, καθώς υπάρχουν πάντα κίνδυνοι ότι η ιδιωτική επιλογή λειτουργεί κατά της παροχής δημόσιας υγείας, για παράδειγμα με αντίστροφη διασταυρούμενη επιδότηση (Economou, 2009).

### 1.3. Αλλαγές στον προγραμματισμό, την παράδοση και την αγορά υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Έχουν εισαχθεί ορισμένα μέτρα σε μια προσπάθεια ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας μέσω διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, ενώ άλλα στοχεύουν σε βραχυπρόθεσμη μείωση του κόστους.

#### 1.3.1. Διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας



Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, ιδίως εκείνες που στοχεύουν στο κατακερματισμένο και άνισο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, είχαν αναγνωριστεί ως απαραίτητες πολύ πριν από την κρίση. Βάσει των διατάξεων του πρώτου μνημονίου συμφωνίας, ο νόμος 3863/2010 θέσπισε ένα νέο πλαίσιο για τη λειτουργία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας, το οποίο όριζε:

- τον διαχωρισμό των κλάδων υγείας των ευρύτερων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης από τη διαχείριση των συντάξεων,
- τη συγχώνευση αυτών των ταμείων υγείας προκειμένου να απλοποιηθεί το υπερβολικά κατακερματισμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας,
- την υπαγωγή όλων των σχετικών με την υγεία δραστηριοτήτων στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και
- τη σύσταση του Συμβουλίου Συντονισμού Οφέλους για την Υγεία (Economou, 2009).

Ο στόχος του Συμβουλίου, του οποίου η πραγματική ύπαρξη ήταν βραχύβια, ήταν να απλοποιήσει το υπερβολικά κατακερματισμένο σύστημα με τον καθορισμό κριτηρίων και όρων για συμβάσεις μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και όλων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να επιτευχθούν μειώσεις στις δαπάνες (Παναγιώτης, 2019). Η σημαντικότερη διαρθρωτική μεταρρύθμιση ήταν μακράν η επακόλουθη σύσταση του ΕΟΠΥΥ και η διοικητική συγχώνευση των κλάδων υγειονομικής περίθαλψης των κύριων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας σε ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ άρχισε να λειτουργεί επίσημα τον Ιούνιο του 2011 και ενήργησε ως ο μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και όλων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους ασφαλισμένους, αποκτώντας έτσι μεγαλύτερη διαπραγματευτική ισχύ με τους προμηθευτές. Ο ΕΟΠΥΥ είναι επίσης ο κύριος νέος φορέας της χώρας που είναι επιφορτισμένος με τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Kaitelidou., 2013).

Ο ρόλος του είναι να συντονίζει την πρωτοβάθμια περίθαλψη, να ρυθμίζει τη σύναψη συμβάσεων με όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να θέτει πρότυπα ποιότητας και απόδοσης, με τον ευρύτερο στόχο της μείωσης της πίεσης στην απαιτητική αλλά και έκτακτη περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία (Παναγιώτης, 2019). Μια άλλη σημαντική εξέλιξη ήταν η προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης

αποκέντρωσης των αρχών υγειονομικής περίθαλψης. Τον Ιούνιο του 2010, η νέα κυβέρνηση θέσπισε νόμο για τη δημιουργία μιας νέας αρχιτεκτονικής για τους δήμους και τις περιφέρειες (γνωστή ως Σχέδιο Καλλικράτης) (Souliotis, 2016).

Το Σχέδιο Καλλικράτης δημιούργησε 13 περιφέρειες για να αντικαταστήσει 76 νομούς και οι 1034 δήμοι μειώθηκαν σε λιγότερους από 370. Στο πλαίσιο της αναδιοργάνωσης, οι περιφερειακές, υγειονομικές αρχές αναμενόταν να διαδραματίσουν πολύ μεγαλύτερο ρόλο στη διαχείριση και οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) και στην παροχή πρωτογενούς υπηρεσιών φροντίδας (Παναγιώτης, 2019). Ωστόσο, μέχρι σήμερα, οι προσπάθειες για τη δημιουργία αυτών των πιο εξουσιοδοτημένων αποκεντρωμένων περιφερειακών αρχών είτε δεν έχουν υλοποιηθεί είτε έχουν αποδυναμωθεί ουσιαστικά. Οι υφιστάμενες περιφερειακές αρχές υγείας έχουν αδύναμες συντονιστικές λειτουργίες και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από ισχυρή συγκέντρωση. Μια πιθανή εξήγηση είναι η περιορισμένη διοικητική ικανότητα, οι περιορισμένοι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι και (επί του παρόντος) η απουσία σαφούς σχεδίου για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Giannouchou, 2020).

Πιο πρόσφατα, (τον Φεβρουάριο του 2014) το Ελληνικό Κοινοβούλιο ψήφισε νέα νομοθεσία για την πρωτοβάθμια περίθαλψη της υγείας, ιδρύοντας το Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Υγείας, σε συντονισμό από τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές. Όλες οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ, τα αγροτικά κέντρα υγείας και οι χειρουργικές επεμβάσεις τους, καθώς και τα λίγα αστικά κέντρα υγείας, βρίσκονται τώρα στη δικαιοδοσία των περιφερειακών υγειονομικών αρχών. Ο στόχος είναι αυτές οι εγκαταστάσεις να λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα. Επιπλέον, ο νόμος προβλέπει την καθιέρωση ενός συστήματος παραπομπής που βασίζεται σε γενική ιατρική (GP–Generalpractitioner). Η αποτελεσματικότητα αυτού του νέου μέτρου θα βασιστεί σε μεγάλο βαθμό στην ισχυρή εφαρμογή του.(Cohen, 2012).

#### *Αγορές και προμήθειες*

Στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ, η παροχή προμηθειών υγείας θα προγραμματιστεί σε περιφερειακό επίπεδο μέσω της ανάπτυξης περιφερειακών προγραμμάτων για αγαθά

και υπηρεσίες. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να υιοθετηθούν από την Επιτροπή Συντονισμού Προμηθειών, η οποία είναι υπεύθυνη για την δημιουργία μιας αναθέτουσας αρχής και του μηχανισμού υποβολής προσφορών για κάθε τύπο προμήθειας. Η Επιτροπή είναι σε θέση να επιλέξει είτε μια εταιρεία είτε έναν ιδιωτικό οργανισμό ως αναθέτουσα αρχή, σύμφωνα με τον στόχο της επίτευξης οικονομικών κλίμακας και συνολικής αποτελεσματικότητας (Giannouchos., 2021).

#### *Αποδοτικότητα του νοσοκομειακού τομέα*

Αρκετά μέτρα έχουν εισαχθεί ή επιχειρούνται στον τομέα των νοσοκομείων, που περιλαμβάνουν διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, αλλαγές στο σύστημα πληρωμών του νοσοκομείου και μείωση του κόστους των νοσοκομειακών προμηθειών. Σημαντική αναδιάρθρωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα στοχεύει στο πλαίσιο των προσπάθειών ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας, με τον Υπουργό Υγείας να ανακοινώνει τον Ιούλιο του 2011 ένα σχέδιο μείωσης του τρέχοντος αριθμού των δημόσιων νοσοκομειακών κλινών από 35.000 σε 33.000 και μείωση του αριθμού των κλινικών και εξειδικευμένων μονάδων από 2000 σε λιγότερες από 1700, με 330 να συγχωνεύονται και άλλες 40 να μετακινούνται (Economidou, 2015). Επιπλέον, αντί των 133 νοσοκομείων ΕΟΔΥ που έχουν τα δικά τους διοικητικά συμβούλια, θα υπάρχουν συνολικά 83 συμβούλια που είναι υπεύθυνα για τη διαχείριση όλων των δημόσιων νοσοκομείων και ο αριθμός των διευθυντών και των αναπληρωτών διευθυντών θα μειωθεί από 175 σε 145. Εκτιμάται ότι αυτές οι αλλαγές θα οδηγήσουν σε μείωση των δαπανών κατά 75 εκατομμύρια ευρώ έως το 2014 και 150 εκατομμύρια ευρώ έως το 2015 (Economidou, 2015).

Ο πραγματικός αντίκτυπος αυτών των μέτρων και η αναμενόμενη εξοικονόμηση κόστους τους πρέπει να επαληθευτούν το 2015. Επιπλέον, ως έσοδα - μέτρο αύξησης, 500 δημόσια νοσοκομειακά κρεβάτια θα διατεθούν για χρήση κατά προτεραιότητα από εταιρείες για τους πελάτες τους. Δεν θα προσληφθούν παρόλα αυτά νέοι γιατροί σε κρατικά ιδρύματα, αλλά οι ιδιωτικοί γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ μπορούν να εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία μία ημέρα την εβδομάδα.

Μέχρι στιγμής, η πρόοδος στην εφαρμογή αυτής της μείζονος αναδιάρθρωσης του τομέα ήταν περιορισμένη (Giannouchos, 2021). Από τη μία πλευρά, οι προγραμματισμένες συγχωνεύσεις μεταξύ νοσοκομείων που ανήκουν στο ΙΚΑ, το κύριο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης υγείας πριν από την εισαγωγή του ΕΟΠΥΥ, και εκείνων που ανήκουν στον ΕΟΔΥ έχουν τεθεί σε εφαρμογή, θέτοντας όλα αυτά υπό κρατική ιδιοκτησία. Από την άλλη πλευρά, μέχρι σήμερα, η εφαρμογή των άλλων σημαντικών στοιχείων που περιεγράφηκαν παραπάνω, περιορίστηκε στη διοικητική συγχώνευση γειτονικών νοσοκομείων και στην ενοποίηση παρόμοιων τμημάτων στο ίδιο νοσοκομείο (Cavalieri, 2017).

Όσον αφορά τον εξορθολογισμό του συστήματος πληρωμών στο νοσοκομείο, η προηγούμενη μέθοδος αποζημίωσης που βασίστηκε σε σταθερή ημερήσια χρέωση εγκαταλείφθηκε, καθώς δεν αντικατοπτρίζει το πραγματικό κόστος νοσηλείας, εξαιρουμένων, μεταξύ άλλων, του κόστους των μισθών προσωπικού. Το 2012 αναπτύχθηκε γρήγορα ένα νέο σύστημα πληρωμών (που ονομάστηκε KEN-DRG - Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια), βασισμένο στη γερμανική έκδοση DRG (Kaitelidou, 2013). Το νέο σύστημα τέθηκε σε εφαρμογή τον Ιανουάριο του 2013, αλλά αντιμετώπισε ορισμένα προβλήματα. Μια πρόσφατη ανάλυση δεδομένων KEN-DRG έδειξε ότι το 8-21% των συνολικών εσόδων από το νοσοκομείο, ανάλογα με την εξεταζόμενη περιοχή υγείας, προέκυψε από έξω-χρηματιστηριακές πληρωμές, καλύπτοντας κυρίως ημερήσια τέλη (δηλ. περιπτώσεις στις οποίες η νοσοκομειακή περίθαλψη υπερέβη τη μέση διάρκεια παραμονής για το ειδικό KEN-DRG). Αυτό σημαίνει ότι το ισχύον σύστημα απαιτεί διορθωτικές τροποποιήσεις και πράγματι, μέχρι στιγμής, έχουν γίνει τέσσερις αναθεωρήσεις. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι το Μνημόνιο ώθησε την Ελλάδα να εφαρμόσει ένα σύστημα DRG σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (ένα έτος) (Souliotis, 2016).

Ως αποτέλεσμα, η τιμολόγηση των KEN-DRG δεν βασίζεται στο πραγματικό κόστος και τα κλινικά πρωτόκολλα, αλλά επιτεύχθηκε μέσω ενός συνδυασμού κοστολόγησης βάσει δραστηριοτήτων με δεδομένα από επιλεγμένα δημόσια νοσοκομεία και «εισαγόμενα» βάρη κόστους. Επιπλέον, δεν συμπεριλαμβάνεται το μισθολογικό κόστος αυτών που απασχολούνται σε νοσοκομεία. Η μείωση του κόστους εισόδου, συμπεριλαμβανομένου του συνολικού κόστους των νοσοκομειακών προμηθειών (φαρμακευτικά είδη, ιατρικά είδη, ορθοπεδικά και χημικά αντιδραστήρια) υπήρξε σημαντικός στόχος. Οι προμήθειες νοσοκομείων αντιπροσωπεύουν το 68% των

συνολικών λειτουργικών δαπανών του νοσοκομείου (δηλ. δαπάνες νοσοκομείου εξαιρουμένων των μισθών) και αυτές οι δαπάνες μειώθηκαν κατά περίπου 38,2% μεταξύ του 2009 και του 2011 με απλοποιημένες διαδικασίες προμηθειών, εφαρμογή μεταρρυθμίσεων φαρμακευτικής πολιτικής και με οριζόντιες περικοπές που αποφάσισε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Giannouchos, 2020).

Οι δαπάνες για ορθοπαιδικά και προσθετικά βοηθήματα μειώθηκαν κατά περισσότερο από 67% κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ακολουθούμενα από ιατρικά εφόδια, φαρμακευτικά και χημικά αντιδραστήρια, τα οποία μειώθηκαν κατά 38,5%, 29% και 30,5%, αντίστοιχα. Αντισταθμίζοντας αυτά τα κέρδη, ωστόσο, οι λειτουργικές δαπάνες (π.χ. αναλώσιμα, γενικά έξοδα, ασφάλεια) έδειξαν σημαντική αύξηση σε πολλά νοσοκομεία και οι άμεσες αιτίες δεν είναι γνωστές (Cohen, 2012).

Για παράδειγμα, σε ένα δείγμα 40 γενικών νοσοκομείων (από τα 90) για τα οποία ήταν διαθέσιμα όλα τα στοιχεία δαπανών για την περίοδο 2009-2011, οι δαπάνες για διάφορες υπηρεσίες με σύμβαση (π.χ. νομικές υπηρεσίες, συμβουλευτικές υπηρεσίες) σημείωσαν αύξηση 40% το 2010 (σε σύγκριση με το 2009) και περαιτέρω αύξηση 27% το 2011, ενώ για τις ίδιες περιόδους τα ίδια νοσοκομεία κατάφεραν να σημειώσουν μειώσεις για τα φαρμακευτικά προϊόντα που ήταν 12% (το 2010) και 28% (το 2011) και για ιατρικές προμήθειες ίσες με 25% (το 2010) και 18% (2011) (Simou, 2014). Τα αποτελέσματα για άλλες γενικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες εξωτερικής ανάθεσης είναι παρόμοια. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την τροφοδοσία (αύξηση 22% το 2010 και 12% το 2011 για τα 19 νοσοκομεία για τα οποία υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για την τριετή περίοδο), τον καθαρισμό (αύξηση 16% το 2010 και αύξηση 24% το 2011 για 50 νοσοκομεία) και τις υπηρεσίες ασφαλείας (αύξηση 23% το 2010 και επιπλέον 27% το 2011 για 34 νοσοκομεία). Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι τα γενικά έξοδα συγκαταλέγονται μεταξύ των πρώτων δαπανών που θα μειωθούν κατά τις προσπάθειες περιορισμού του κόστους, τέτοια αποτελέσματα τονίζουν ότι πρόκειται για έναν τομέα που πρέπει να εξεταστεί διεξοδικότερα όσον αφορά τον εντοπισμό εμποδίων στην αποτελεσματική κατανομή των πόρων. Στον τομέα των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι δύσκολο να αποκτηθεί μια σαφής εικόνα, καθώς τα διαθέσιμα στοιχεία φαίνεται να είναι αμφιλεγόμενα (Economou, 2015).

Τα ανεκδοτικά στοιχεία συσσωρεύονται στο ότι η ζήτηση για ιδιωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες έχει μειωθεί. Σύμφωνα με σχετική έρευνα, τα έσοδα των

ιδιωτικών νοσοκομείων μειώθηκαν κατά 14,1% μεταξύ του 2009 και του 2010, γεγονός που μπορεί να αντανακλά, μεταξύ άλλων, τις καθυστερημένες αποζημιώσεις από το ΕΣΥ. Παρά την αρνητική αυτή τάση, ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε ελαφρά (κατά 0,3%) μεταξύ του 2009 και του 2010 και ο αριθμός των υπαλλήλων μειώθηκε κατά 5,3% (Cambanis, 2014). Ωστόσο, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ οι δαπάνες ιδιωτικών νοσοκομείων αυξήθηκαν ελαφρώς, από περίπου 1,98 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 2,53 δισεκατομμύρια ευρώ το 2011. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης ήταν τα νοικοκυριά, καθώς τα νοικοκυριά συνεισέφεραν 921,6 εκατομμύρια ευρώ σε συνολικές δαπάνες ιδιωτικών νοσοκομείων το 2011, σε σύγκριση με 771 εκατομμύρια ευρώ που προέρχονται από τη γενική κυβέρνηση και 360,6 εκατομμύρια ευρώ από το PHI. Τα αντίστοιχα στοιχεία το 2009 ήταν παρόμοια: 852,4 εκατομμύρια ευρώ (νοικοκυριά), 824,4 εκατομμύρια ευρώ (γενική κυβέρνηση) και 298,3 εκατομμύρια ευρώ από το PHI. (Azariadis, 2015).

#### *1.3.2. Μειώσεις μισθών στον τομέα της υγείας και αλλαγές στις συνθήκες εργασίας*

Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας χωρίς τα κατάλληλα επίπεδα στελέχωσης και το συνδυασμό προσωπικού είναι - στην καλύτερη περίπτωση - μια δύσκολη προσπάθεια. Ακόμη και πριν από την κρίση, τα επίπεδα στελέχωσης νοσοκόμων και άλλων εργαζομένων στον τομέα της υγείας (εκτός των ιατρών) ήταν ήδη πολύ χαμηλά στην Ελλάδα (Παναγιώτης, 2019). Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1000 άτομα, στον πληθυσμό της Ευρώπης. Η επιδείνωση αυτού του προβλήματος, μετά το MoU, πολλοί επαγγελματίες υγείας αποφάσισαν να συνταξιοδοτηθούν προκειμένου να διασφαλίσουν καλύτερες συντάξεις. Οι μισθοί του προσωπικού υγείας στην Ελλάδα ήταν από τους χαμηλότερους στην ΕΕ πριν από την κρίση (Cavalieri, 2017).

Ωστόσο, στην προσπάθεια μείωσης του κόστους του συστήματος υγείας, μειώθηκαν οι μισθοί το 2010 σε όλο το προσωπικό δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διοικητικών υπαλλήλων, των γιατρών, των νοσοκόμων, των φαρμακοποιών και του παραϊατρικού προσωπικού (12% τον Ιανουάριο του 2010 και ένα επιπλέον 8% τον Ιούνιο 2010). Επιπλέον, καταργήθηκαν σχεδόν όλες οι επιδοτήσεις στο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης. Στην πράξη, πραγματοποιήθηκαν τρεις τύποι περικοπών

μισθών: οριζόντιες περικοπές από αυξήσεις φόρων και ειδική εισφορά αλληλεγγύης, περικοπές μέσω της εισαγωγής ενός νέου ενοποιημένου συστήματος μισθών για όλους τους δημόσιους τομείς εργαζομένων και περικοπές μειώσεων στο «ειδικό σύστημα μισθών» για τους γιατρούς (Kaitelidou, 2013).

Επιπλέον, τα προγραμματισμένα επιδόματα παραγωγικότητας βάσει απόδοσης δεν εφαρμόστηκαν καθώς δεν είχαν τεθεί στόχοι, ούτε πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις προσωπικού. Άλλα μέτρα εργατικού δυναμικού που στοχεύουν στη μείωση του κόστους περιλαμβάνουν τη μη ανανέωση συμβάσεων έκτακτων υπαλλήλων που απασχολούνται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και τη μείωση των επιπέδων αντικατάστασης του συνταξιούχου προσωπικού (για κάθε πέντε άτομα που θα συνταξιοδοτηθούν μόνο ένας θα διοριστεί) (Lambropoulou, 2012).

## 2. Η διαφθορά στην Ελλάδα και οι παράνομες πληρωμές (άτυπες πληρωμές)

### 2.1. Εισαγωγή

Η διαφθορά στην Ελλάδα ειδικότερα στον τομέα της υγείας είναι εκτεταμένη και αυτό οφείλεται στην δομή του συστήματος και στον τρόπο λειτουργίας του. Δεν είναι τυχαίο ότι στην τυπολογία που κατηγοριοποιεί τα συστήματα κοινωνικής προστασίας σύμφωνα με τον Esping-Andersen η Ελλάδα και άλλες τρεις χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) της Νότιας Ευρώπης χρειάστηκαν ειδική προσθήκη (Μεσογειακό ή Νότιο-Ευρωπαϊκό μοντέλο ή μοντέλο Ferrera). Στο συγκεκριμένο μοντέλο τονίζεται

η ύπαρξη εκτεταμένης πελατειακής σχέσης κράτους – πολίτη κάτι που υπονομεύει την διαφάνεια και ενισχύει την διαφθορά (Νικολέντζος, 2020). Αξιοσημείωτη είναι και η διαπλοκή δημόσιου και ιδιωτικού τομέα καθώς ενώ το σύστημα στην Ελλάδα θεωρείται δημόσιο (ΕΣΥ), κυριαρχούν σε μεγάλο εύρος ο ιδιωτικός τομέας και οι άτυπες ιδιωτικές πληρωμές (Νικολέντζος, 2020).

Το παραπάνω φαινόμενο ενισχύεται επιπλέον μέσα από την συνεχή διαδοχή κυβερνήσεων, κυβερνητικών πολιτικών και των στρατηγικών που τις συνοδεύει. Ειδικότερα στα χρόνια της Οικονομικής κρίσης η εναλλαγή πολιτικών κομμάτων στην εξουσία ήταν συχνή και σχεδόν πάντα συνοδευόταν από αλλαγές και τροποποιήσεις στον τομέα της υγείας. Παράδειγμα αποτελεί ότι από το 1974 έως σήμερα έχουν υπηρετήσει στο Υπουργείο Υγείας 34 υπουργοί με μέσο όρο θητείας 1 χρόνο (Τσαλακοπούλου, Σαράφης, 2020). Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι όλη αυτή η εναλλαγή ενισχύει περαιτέρω το φαινόμενο της διαφθοράς και θα πρέπει να υπάρξει άμεσα μια μορφή υπερκομματικής, εθνικής πολιτικής υγείας που θα εφαρμοστεί σε κρίσιμους τομείς όπως αυτός της Υγείας (Τσαλακοπούλου, Σαράφης, 2020).

Παρόλα αυτά η αδυναμία να επέλθει αλλαγή ήταν πάντα συνέπεια των πολιτικών συνθηκών που επικρατούν στην Ελλάδα, η συνεχής σύγκρουση μεταξύ πολιτικών κομμάτων, τα μεγάλα οικονομικά συμφέροντα (οι δαπάνες για την Υγεία αποτελούν περίπου το 10% του ΑΕΠ στις αναπτυγμένες χώρες) και η έντονη αντίσταση στην αλλαγή εκ μέρους της ιατρικής κοινότητας συμβάλλουν στην συνέχιση της διαφθοράς (Economou, 2015).

Η νομική – ηθική εξήγηση των άτυπων πληρωμών μπορεί να χρησιμοποιηθεί από κάποιους για να εξηγήσει το φαινόμενο της διαφθοράς στην Υγεία, ωστόσο αυτό δεν θα ήταν πολύ χρήσιμο για την χάραξη πολιτικών σε αυτήν. Πρώτον, υποθέτει ότι οι παράνομοι χρηματισμοί είναι ένα πρόβλημα συμπεριφοράς των μερών (επαγγελματίες υγείας – ασθενείς) οι οποίοι είναι ηθικά αδύναμα άτομα υπονοώντας με αυτόν τον τρόπο ότι δεν ευθύνεται το ίδιο το σύστημα που τροφοδοτεί τέτοιου είδους συμπεριφορές (Cambanis, 2014). Επιπλέον, βασίζεται σιωπηρά σε μια κουλτούρα κατηγορίας (πρόβλημα που οφείλεται σε κακούς / άπληστους / διεφθαρμένους γιατρούς και αδαείς / διεφθαρμένους ασθενείς) παρ' όλο που η απουσία της κουλτούρας κατηγορίας φαίνεται να είναι ένας από τους κρίσιμους



παράγοντες επιτυχίας των αποτελεσματικών στρατηγικών κατά των άτυπων πληρωμών.

Δεύτερον, ακόμη και αν η παραδοχή συμπεριφοράς ήταν αληθινή, οποιοσδήποτε τύπος κανονιστικής επιβολής είναι εφικτός μόνο εάν υπάρχουν λίγοι παραβάτες και ο κίνδυνος σύλληψης είναι σχετικά υψηλός, σε λογικό επίπεδο ικανότητας επιβολής (Economou, 2015). Αντιθέτως, η επιβολή κανονιστικών ρυθμίσεων δεν μπορεί να εφαρμοστεί αποτελεσματικά όταν η πλειοψηφία της κοινωνίας εμπλέκεται στη διεφθαρμένη πρακτική - δηλαδή, υπάρχουν περισσότεροι δράστες από τους νόμιμους πολίτες.

Τρίτον, ακόμη και αν οι παραβιάσεις είναι σχετικά σπάνιες, η επιβολή λειτουργεί καλά εάν η πλειοψηφία της κοινωνίας θεωρεί τον κανονισμό δίκαιο και λογικό διαφορετικά η διαδικασία εντοπισμού και τιμωρίας θα υπονομεύεται. Δυστυχώς καμία από αυτές τις υποθέσεις δεν ισχύει για τις άτυπες πληρωμές.

Αν και δεν μπορεί κάποιος να αρνηθεί ότι η διαφθορά μπορεί να είναι μέρος του φαινομένου, προτείνεται ένα εναλλακτικό επεξηγηματικό πλαίσιο για τη στήριξη της χάραξης πολιτικής για τις άτυπες πληρωμές, το οποίο προέρχεται από τον ορισμό των άτυπων πληρωμών και από τα κίνητρα των συμμετεχόντων στη συναλλαγή (Tomini, 2011). Παρ' όλο που φαίνεται να υπάρχει συναίνεση σχετικά με το τι θεωρούνται άτυπες πληρωμές/παράνομος χρηματισμός στην πράξη, δεν υπάρχει ευρέως αποδεκτός ορισμός για το φαινόμενο, δεδομένου ότι δεν είναι όλες οι μορφές άτυπων πληρωμών που περιγράφονται στην επιστημονική βιβλιογραφία και αναφέρονται ως διεφθαρμένες, παράνομες ή ακόμη και ανεπίσημες. Σύμφωνα με τον Gaál et al. (2006), το κοινό διακριτικό χαρακτηριστικό όλων των τύπων άτυπων πληρωμών είναι ότι πρόκειται για πρόσθετες πληρωμές - οι επίσημες πληρωμές εκτός τσέπης ορίζονται στους όρους του δικαιώματος για υγειονομική περίθαλψη, αλλά οι άτυπες πληρωμές πραγματοποιούνται επιπλέον αυτών. Μια τυπική άτυπη πληρωμή, εμφανίζεται όταν ένας ασθενής πληρώνει το γιατρό για μια υπηρεσία που θα πρέπει να παρέχεται δωρεάν στο σημείο χρήσης (Gaál, 2016).

Σε αυτήν την περίπτωση, το συνολικό ποσό που καταβάλλει ο ασθενής είναι μια άτυπη πληρωμή, αλλά είναι επίσης πιθανό να επιβληθεί μια επίσημη χρέωση χρήστη στην υπηρεσία και ο ασθενής να πληρώνει περισσότερα από αυτό. Σε μια τέτοια περίπτωση η άτυπη πληρωμή είναι η διαφορά μεταξύ του συνολικού ποσού που

καταβάλλει ο ασθενής και του ποσού της επίσημης χρέωσης χρήστη. Εκτός από τους γιατρούς ωστόσο, πραγματοποιούνται άτυπες πληρωμές σε μορφή δώρων σε νοσοκόμες, βοηθούς νοσοκόμων και άλλο παρα-ιατρικό προσωπικό, συνήθως με τη μορφή Baksheesh (αρχικά Περσική λέξη, που σημαίνει εναλλακτικά «συμβουλή», «ελεημοσύνη» και "δωροδοκία") (Liaropoulos, 2008). Σύμφωνα με την έρευνα του Liaropoulos et al (2008) από το σύνολο των ερωτηθέντων που αναφέρουν τουλάχιστον ένα νοσοκομείο εισαγωγή, το 11% έδωσε μια τέτοια άτυπη αμοιβή σε μια νοσοκόμα τουλάχιστον μία φορά ενώ το 8,5% έδωσε μια τέτοια αμοιβή σε έναν βοηθό νοσοκόμων ή άλλο υπάλληλο. Οι μέσες αμοιβές τέτοιου τύπου κυμαίνονταν μεταξύ 37 και 24 ευρώ. Σε αυτές του τύπου αμοιβές, ωστόσο, παρουσιάζεται το εξής πρόβλημα, τα μικρά ποσά είναι ευκολότερο να ξεχαστούν, και αυτές οι άτυπες αμοιβές για προσωπικό εκτός ιατρών, πολλές φορές υποτιμούνται (Liaropoulos, 2008).

Οι συνεισφορές σε είδος (π.χ. για καθαρά κλινοσκεπάσματα, φάρμακα, σύριγγες, άλλα ιατρικά είδη) είναι άτυπη πληρωμή εάν θα έπρεπε να είχαν διατεθεί από την υγειονομική περίθαλψη και όχι από τον ασθενή ή τους συγγενείς τους. Επιπλέον, οι άτυπες πληρωμές αποτελούν μέρος της ευρύτερης κατηγορίας άτυπων οικονομικών δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν συναφή φαινόμενα όπως η διάθεση προμηθειών ναρκωτικών, ακατάλληλες παραπομπές, κλοπές ή προσαρμογή αναφορών απόδοσης. Ωστόσο, εάν οι άτυπες πληρωμές είναι πράγματι πρόσθετες πληρωμές, τότε προκύπτουν πολλά ερωτήματα:

Γιατί οι άνθρωποι πληρώνουν ή συνεισφέρουν περισσότερο από ό,τι απαιτείται; Είναι επειδή αγνοούν τα δικαιώματά τους για υπηρεσίες υγείας; Είναι επειδή είναι ευγνώμονες για τη φροντίδα ή τη θεραπεία τους; Ή μήπως επειδή το σύστημα υγείας δεν παρέχει αυτό που έχει υποσχεθεί και οι ασθενείς φοβούνται ότι διαφορετικά δεν θα έχουν επαρκή φροντίδα; Οι απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις είναι σημαντικές για να καταλάβει κανείς όχι μόνο τι μπορεί να γίνει για την εξάλειψη των άτυπων πληρωμών, αλλά και για να αποφασίσει εάν θα πρέπει να εξαλειφθούν (Economidou, 2015).

## 2.2. Άτυπες πληρωμές στο σύστημα υγείας

Η διαφθορά είναι ένα φαινόμενο που κάνει την εμφάνισή της σε όλους τους τομείς της οικονομίας ενός κράτους, ωστόσο σε ευαίσθητους τομείς όπως το υγειονομικό

σύστημα μπορεί να αποβεί καταστρεπτική για τον ασθενή και τους οικείους του (Souliotis, 2016). Το παραπάνω έγκειται στο γεγονός ότι ο τομέας της υγείας είναι εντάσεως εργασίας και κατ' επέκταση έχει κάποια εγγενή χαρακτηριστικά όπως η ασυμμετρία πληροφοριών που έχουν στην κατοχή τους τα δύο μέρη ιατρός/ασθενής (Souliotis, 2016). Είναι γεγονός ότι ενώ η διαφθορά υπάρχει σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό σε όλες τις χώρες σίγουρα οι συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα κάνουν το έδαφος περισσότερο πρόσφορο, καθώς βρίσκεται σε βαθιά ύφεση τα τελευταία δέκα πλέον χρόνια.

Οι μειώσεις στον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης, οι χαμηλοί μισθοί των επαγγελματιών υγείας, η απουσία μηχανισμών ελέγχου της διαφθοράς καθώς και νόμων κατά αυτής μπορεί να οδηγήσει σε διεφθαρμένες πρακτικές (Souliotis, 2016). Μια από τις πιο διαδεδομένες εξ αυτών είναι οι άτυπες πληρωμές για παροχή υπηρεσιών υγείας από ιατρό σε ασθενή (Souliotis, 2016). Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι η Ελλάδα αναφέρει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών για την υγεία στην Ευρωζώνη, καθώς κυμαίνεται μεταξύ 38,5% των συνολικών τρεχουσών δαπανών για την υγεία το 2003 σε 30,5% το 2009 και αυξάνεται ξανά στο 31,9% το 2012, εποχή όπου η Ελλάδα βρισκόταν στο βαθύτερο σημείο της οικονομικής της ύφεσης (Souliotis, 2016). Τα παραπάνω ποσοστά δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον αν κάποιος αναλογιστεί ότι είναι σχεδόν διπλάσια από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (Giannouchos, 2021).

Οι απότομες περικοπές του προϋπολογισμού κατά τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης τόνισαν περαιτέρω ανησυχίες που αφορούν την πρόσβαση, την ποιότητα και την αναποτελεσματικότητα σε ένα σύστημα που ήδη μαστιζόταν από ανεπαρκή υποδομή, μεγάλες γραμμές αναμονής και υπερβολική προσφορά ιατρών (Giannouchos, 2021). Επιπλέον οι υψηλές ιδιωτικές πληρωμές οι οποίες μάλιστα εμφανίζονται σε μια περίοδο που η πλειοψηφία των νοικοκυριών έχαναν τα εισοδήματά τους αντικατοπτρίζει την χαμηλή ικανοποίηση από το σύστημα υγείας. Το παραπάνω μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε άτυπες πληρωμές είτε για να αποκτήσει ο ασθενής πρόσβαση στο σύστημα υγείας είτε για να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Souliotis, 2016).

Ένα μεγάλο ποσοστό των εκτός τσέπης δαπανών μπορεί να αποδοθεί σε κάποιου είδους άτυπης ή μη τεκμηριωμένης πληρωμής καθώς για πολλά άτομα είναι ένα μέσο

βελτιωμένης πρόσβασης, υψηλότερου επιπέδου φροντίδας, μείωσης της αναμονής και δημιουργίας καλύτερης σχέσης με τον εκάστοτε επαγγελματία υγείας (Giannouchos, 2021). Πρόσφατες εκτιμήσεις δείχνουν ότι το 35% με 75% του συνόλου των αλληλεπιδράσεων ασθενών-επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα αφορούσαν άτυπες πληρωμές (Giannouchos, 2021). Μέχρι το 2015, περισσότερο από το 40% των ασθενών που χρειάστηκαν κάποια ιατρική συνταγή κατέφυγαν σε άτυπες πληρωμές σε παρόχους δημόσιας υγείας (Giannouchos, 2021).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Souliotisetal (2016) φαίνεται ότι ενώ η συγχρηματοδότηση για την λήψη υπηρεσιών υγείας είναι υψηλή καθώς κυμαίνεται στο 77,3% για όσους επιλέγουν κάποια ιδιωτική κλινική και ενώ αυτές οι πληρωμές εξ ορισμού δεν θεωρούνται άτυπες μετατρέπονται καθώς σε πολλές περιπτώσεις δεν συνοδεύονται από την λήψη απόδειξης. Οι άτυπες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας κυμαινόταν μεταξύ 13,5% (σε ιδιωτικές κλινικές) και 36% (σε ιδιώτες επαγγελματίες και οδοντιάτρους). Σύμφωνα με την έρευνα οι ιδιώτες γιατροί και οδοντίατροι δεν εκδίδουν απόδειξη για το 28,1% του συνόλου των περιπτώσεων ενώ τα ποσοστά είναι ελαφρώς χαμηλότερα για τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές (13,3% και 7,8% αντίστοιχα).

Η ίδια έρευνα κατέληξε ότι το 58% των συνολικών ερωτηθέντων της έρευνα που έλαβαν κάποια υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 12 μήνες προέβησαν σε κάποια άτυπη πληρωμή. Από αυτούς, η μεγάλη πλειοψηφία (46,6%) θεωρεί ότι η επίπτωση αυτών των πληρωμών στο εισόδημα και τη διαβίωσή τους ήταν σημαντική, το 22,8% των ερωτηθέντων χαρακτήρισε τον αντίκτυπο ως μέσο, το 23,3% μικρό και μόλις το 7,4% αυτών αναφέρει ότι οι πληρωμές ήταν ουδέτερες ως προς το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσής τους.

Μία ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Giannouchosetal(2021) με 2.841 συμμετέχοντες μεταξύ Νοεμβρίου 2016 και Φεβρουάριου 2017 κατέληξε σε παρόμοια αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα δείχνει ότι οι άτυπες πληρωμές είναι ιδιαίτερος κοινός στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με περισσότερο από το 60% των συμμετεχόντων να αναφέρουν τουλάχιστον μία άτυπη συναλλαγή τους τελευταίους τέσσερις μήνες. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι σχεδόν το 89% των

άτυπων πληρωμών αποτελούν ποσά που δίδονται επιπλέον των επίσημων πληρωμών από δημόσια ή ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας.

Επιπροσθέτως η παραπάνω έρευνα εστίασε στην προθυμία των ερωτηθέντων να πληρώσουν ώστε να έχουν καλύτερη φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα το 80% των ερωτηθέντων ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν ένα σταθερό μηνιαίο ποσό για να εξασφαλίσουν πλήρη υγειονομική κάλυψη (υπηρεσίες υγείας και φάρμακα). Το παραπάνω αντικατοπτρίζει ότι τα άτομα αναγνωρίζουν το τρέχον έλλειμμα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και είναι διατεθειμένα να πληρώσουν για βελτιωμένη και ποιοτικότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα το μέσο ποσό στο οποίο συμφωνούν είναι 95 ευρώ, ποσό κατά 1,3 φορές μεγαλύτερο από την μηνιαία κατά κεφαλήν δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα το 2017 (Giannouchos, 2021). Τα παραπάνω ευρήματα συμβαδίζουν με προηγούμενη έρευνα του Bajietal, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι άτυπες πληρωμές είχαν ως αποτέλεσμα υψηλότερη προθυμία για πληρωμή για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Ουγγαρία (Giannouchos, 2021).

Μια ακόμα έρευνα του Liaropoulouetal (2008) η οποία πραγματοποιήθηκε έχοντας ως αντικείμενο τις άτυπες πληρωμές στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Από το συνολικό αριθμό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι κατά την διάρκεια θεραπείας τους σε δημόσιο νοσοκομείο, το 36% ανέφερε τουλάχιστον μια μορφή άτυπης πληρωμής σε γιατρό. Από αυτό το 36%, το 42% ανέφερε ότι η άτυπη πληρωμή δόθηκε λόγω του φόβου ότι σε αντίθετη περίπτωση δεν θα λάμβανε την απαραίτητη ποιότητα περίθαλψης ενώ ένα άλλο 20% ισχυρίστηκε ότι η πληρωμή ζητήθηκε από τον γιατρό. Επιπροσθέτως η έρευνα καταλήγει ότι η πιθανότητα να προσφύγει ένας ασθενής σε κάποιου είδους άτυπη πληρωμή είναι 72% υψηλότερη όταν έχει ως στόχο να αποφύγει την ουρά αναμονής, σε σύγκριση με εκείνους που γίνονται δεκτοί μέσω κανονικών διαδικασιών. Επίσης, οι χειρουργικές περιπτώσεις είχαν 137% μεγαλύτερη πιθανότητα για επιπλέον πληρωμές σε σύγκριση με μη χειρουργικές περιπτώσεις.

Σε έρευνα της Kaitelidouetal, (2013) που επικεντρώθηκε σε δημόσια νοσοκομεία και συγκεκριμένα στο τμήμα μητρότητας κατέληξε ότι το 74,4% του δείγματος κατέβαλε άτυπη πληρωμή στον ιατρό του ενώ υπήρχαν διαφορές στα ποσοστά όσον αφορά το είδος του τοκετού. Συγκεκριμένα στις καισαρικές τομές το 78% των ερωτηθέντων

κατέβαλλε άτυπη πληρωμή ενώ στον φυσιολογικό τοκετό το ποσοστό ήταν 69,6%, σχεδόν 10 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα. Σημαντικό ρόλο στις άτυπες αυτές πληρωμές διαδραματίζει το γεγονός ότι το 85% του δείγματος επέλεξε τον γιατρό που θα αναλάβει την γέννα και αυτό ίσως έπαιξε κάποιο ρόλο για την άτυπη αμοιβή καθώς υπάρχει σημαντική πιθανότητα να είχε προ συμφωνηθεί. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι ενώ το 74,4% του δείγματος κατέβαλε άτυπη πληρωμή, ένα συντριπτικό ποσοστό του (89,4%) ανέφερε χαμηλό οικογενειακό εισόδημα (μικρότερο των 3.000).

### 2.3. Κίνητρα για τις άτυπες πληρωμές

Υπάρχουν ελάχιστα ποσοτικά στοιχεία σχετικά με τον αντίκτυπο των άτυπων πληρωμών για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Ωστόσο, υπάρχουν εκτενείς και συνεπείς αποδείξεις σχετικά με τα κίνητρα για τις άτυπες πληρωμές, καθώς το μεγαλύτερο μέρος αυτών των πληρωμών μπορεί να θεωρηθεί ως αμοιβή για υπηρεσίες, με όλες τις δυσμενείς επιπτώσεις τους στην οικονομική προστασία, στην ισότητα στην πρόσβαση και στην αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών. Μεταξύ των χρηστών δημόσιων νοσοκομείων σύμφωνα με έρευνα του 2008, από τους 336 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε δημόσια νοσοκομεία, το 36% ανέφερε τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή σε γιατρό. Από το παραπάνω ποσοστό, το 19% το θεώρησε ως ενός είδους άτυπης πληρωμής, ενώ μόνο το 17% το θεώρησε ως αμοιβή έκφρασης ευγνωμοσύνης (Liaropoulos, 2008).

Σε έρευνα της Kaitelidouetal, (2013) που επικεντρώθηκε σε δημόσια νοσοκομεία και συγκεκριμένα στο τμήμα μητρότητας, οι άτυπες πληρωμές οι οποίες δόθηκαν ως μορφή ευγνωμοσύνης μετά την παροχή της υπηρεσίας άγγιζαν το 40,3%. Στην ίδια έρευνα φάνηκε ότι σε πολύ μικρότερο βαθμό λειτούργησε ως κίνητρο η εικασία ότι ο γιατρός θα δείξει παραπάνω ενδιαφέρον για την ασθενή εάν προβεί σε άτυπη πληρωμή (3,4%). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και ο Souliotisetal (2016), όπου σύμφωνα με τα ευρήματα του οι άτυπες πληρωμές που πραγματοποιούνται χωρίς προηγούμενο αίτημα από τον ιατρό γίνονται κατά βάση ως έκφραση ευγνωμοσύνης προς το πρόσωπο του και τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 4% για ιδιωτικές κλινικές και 13,6% για δημόσια νοσοκομεία.

Επιπροσθέτως στην ίδια έρευνα του Souliotisetal (2016), όταν εστίασε μόνο στο μέρος του δείγματος που είχε προβεί σε κάποια εκτός τσέπης πληρωμή η οποία δεν

συνοδεύτηκε από την λήψη απόδειξης (γεγονός που την καθιστά αυτομάτως άτυπη) είχε μεγάλη μεταβολή στα ποσοστά. Συγκεκριμένα σε ποσοστά από 70,6% έως 86,6% τα βασικά κίνητρα για την μη λήψη απόδειξης ήταν να αποκτήσουν ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να παρακάμψουν τις ουρές αναμονής ενώ σε ποσοστά από 13,4% έως 29,4% το βασικό κίνητρο ήταν η λήψη ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας.

Εστιάζοντας κάποιος αυστηρά στην Ελλάδα, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι άτυπες πληρωμές συσχετίζονται άμεσα με χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς προσφέρουν πρόσφορο έδαφος για συναλλαγές μεταξύ ασθενών, ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, εκτιμάται ότι οι άτυπες πληρωμές σε τέτοιες περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα υψηλές δεδομένου ότι προκύπτουν υπό συνθήκες συναισθηματικού στρες και αυξημένου φόβου εκ μέρους των ασθενών και των οικείων τους, οι οποίοι είναι ιδιαιτέρως ευάλωτοι. Αυτές οι πληρωμές συχνά προσφέρονται όχι μόνο σε γιατρούς αλλά και σε νοσοκόμες, μαίες και φυσιοθεραπευτές (Souliotis, 2016).

Επιπλέον, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι έρευνες είναι ένα μάλλον αναξιόπιστο εργαλείο για την κατανόηση των κινήτρων για τις άτυπες πληρωμές, καθώς η προσεκτική εξέταση των κινήτρων πίσω από τις άτυπες πληρωμές λόγω ευγνωμοσύνης αποκαλύπτει διάφορους παράγοντες σχετικά με τις εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις που δέχονται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της παροχής. Αυτό υποδηλώνει ότι το πραγματικό ποσοστό των άτυπων πληρωμών που βασίζονται αποκλειστικά σε ευγνωμοσύνη είναι πιθανώς πολύ χαμηλότερο από αυτό που μπορεί να καταγραφεί από έρευνες που βασίζονται σε ερωτηματολόγια.

Τα στοιχεία που προκύπτουν από συνεντεύξεις δείχνουν ότι οι άτυπες πληρωμές λόγω άγνοιας εκ μέρους των ασθενών είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες, ιδίως μεταξύ των φτωχότερων, αγροτικών πληθυσμών. Το παραπάνω σχετίζεται κυρίως με την ανεπαρκή γνώση σχετικά με τις χρεώσεις που ισχύουν για τις υπηρεσίες υγείας που χρηματοδοτούνται από το κοινό, αλλά και για τις υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στο πακέτο παροχών της ασφάλισης τους. Παράδειγμα αποτελεί, όταν ένας γιατρός παραπέμπει ασθενείς σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ακόμη και αν η σχετική διαγνωστική υπηρεσία περιλαμβάνεται στο πακέτο παροχών τους (Simou, 2014).

#### 2.4. Απόδοση ΕΣΥ και προσπάθειες μεταρρύθμισης του

Η ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 αποτέλεσε ένα αρκετά αισιόδοξο σχέδιο της τότε κυβέρνησης το οποίο όπως έγινε φανερό άμεσα δεν κατάφερε να εφαρμοστεί. Ανά τα χρόνια έγιναν προσπάθειες μεταρρύθμισης του η οποίες όπως περιγράφεται παρακάτω δεν ήταν ιδιαίτερα επιτυχημένες καθώς οι περισσότερες προβλέψεις τους δεν κατάφεραν να εφαρμοστούν με τον τρόπο που αρχικά προβλεπόταν. Με τον όρο μεταρρύθμιση εννοούμε «όλες εκείνες της ευρείας κλίμακας διαρθρωτικές αλλαγές και μεγάλες ανατροπές στην δομή και την οργάνωση ενός συστήματος και είναι έννοια άρρηκτα συνδεδεμένη με την πολιτική. Η τελευταία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς επηρεάζει την προέλευση, τον σχηματισμό και την εφαρμογή μιας δημόσιας πολιτικής, κυρίως όταν προκύπτουν σημαντικές αλλαγές» (Σουλιώτης, σελ.352, 2020).

Η πρώτη προσπάθεια έγινε με τον Ν.1397/1983 που εφαρμόστηκε κατά την σύσταση του ΕΣΥ και ο οποίος στο μεγαλύτερο μέρος τους έμεινε ανεκπλήρωτος. Ενδεικτικά, προέβλεπε καθολική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού η οποία κάλυψε το 95% αυτού αλλά μόνο θεωρητικά. Προέβλεπε ισότητα στην παροχή και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας η οποία ωστόσο αποδείχτηκε αρνητικά προοδευτική σε συνδυασμό με άνιση κατανομή της ποιότητας και ποσότητας των υπηρεσιών υγείας (Νικολέντζος, 2020). Επιπροσθέτως βασικό σημείο της οργάνωσης του ΕΣΥ ήταν η σύσταση και οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας η οποία ενώ εφαρμόστηκε εν μέρει στην ύπαιθρο (180 κέντρα), δεν εφαρμόστηκε στα αστικά κέντρα όπου αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται κυρίως στις υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων (Νικολέντζος, 2020).

Επιπλέον αξιοσημείωτη ήταν η αδυναμία του ΕΣΥ να δημιουργήσει ένα ενοποιημένο ταμείο ώστε να γίνεται συλλογή και αναδιανομή των εσόδων περισσότερο αποτελεσματικά. Αντ' αυτού συνέχισε η διάκριση όσον αφορά τα ταμεία ασφάλισης μεταξύ «ευγενών» και «άλλων» ασφαλιστικών ταμείων (Νικολέντζος, 2020). Η αποκλειστική και πλήρης απασχόληση των νοσοκομειακών ιατρών ενώ ήταν στα αρχικά πλάνα του ΕΣΥ δεν εφαρμόστηκε όπως συνέβη και με τους πανεπιστημιακούς ιατρούς οι οποίοι εξαιρέθηκαν από την σχετική απόφαση με την πρόφαση ότι ανήκαν στο Υπουργείο Παιδείας και όχι στο Υπουργείο Υγείας (Νικολέντζος, 2020). Επιπλέον η απαγόρευση της ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών εφαρμόστηκε εν μέρει καθώς η διάταξη είχε ως αποτέλεσμα να κλείσουν πολλές μικρές κλινικές ενώ οι μεγαλύτερες και ισχυρότερες όχι μόνο συνέχισαν την λειτουργία τους αλλά



επεκτάθηκαν περαιτέρω. Τέλος η αρχική πρόθεση για αποκέντρωση μέσω δημιουργίας περιφερειακών συστημάτων δεν εφαρμόστηκε (Νικολέντζος, 2020).

Η δεύτερη προσπάθεια μεταρρύθμισης του ΕΣΥ έγινε το 1992 με τον Ν.2071/1992 από τον Υπουργό Υγείας Γεώργιο Σούρλα όπου δόθηκε ιδιαίτερο βάρος στην ατομική ευθύνη των ασθενών και έγινε η εισαγωγή της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και των συν-πληρωμών για φάρμακα και επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (τα οποία δεν ήταν ιδιαίτερος επιτυχημένα) (Νικολέντζος, 2020). Ωστόσο κατά την εφαρμογή του υπήρξαν και πάλι αρκετά προβλήματα που οδήγησαν ουσιαστικά στην μη εφαρμογή του. Αρχικά προέβλεπε ότι το κράτος δρα ως εγγυητής ώστε οι ασθενείς να επιλέξουν ελεύθερα περίθαλψη κάτι το οποίο παρέμεινε στην θεωρία. Επιπλέον δόθηκε η επιλογή στους νοσοκομειακούς ιατρούς να επιλέξουν μεταξύ πλήρους και μερικής απασχόλησης όπου ενδεικτικά μόνο 492 από το σύνολο των 8.300 ιατρών έκαναν την μετάβαση σε μερικής απασχόλησης (Νικολέντζος, 2020).

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το ότι δόθηκε στους πανεπιστημιακούς ιατρούς για άλλη μια φορά η επιλογή να επιλέξουν μεταξύ της άσκησης της ιατρικής ιδιωτικά ή της συνέχισης της απασχόλησης τους στο ΕΣΥ κάτι που για ακόμα μια φορά δεν εφαρμόστηκε. Τέλος ο νόμος απέσυρε τους προηγούμενους περιορισμούς αναφορικά με τις ιδιωτικές κλινικές κάτι που οδήγησε σε ίδρυση πλήθους ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, η πλειοψηφία των οποίων (67%) βρίσκονταν στην Αθήνα κατά το έτος 1996 (Νικολέντζος, 2020). Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι ιδιαίτερη δυσχέρεια στην εφαρμογή του παραπάνω νόμου προκάλεσε η πτώση της τότε κυβέρνησης το 1993 ένα έτος μετά την προσπάθεια εφαρμογής του, επίσης στην μη εφαρμογή του συνετέλεσε επίσης η απροθυμία των ιατρών να συνεργαστούν με τους νέους όρους εργασίας τους (Νικολέντζος, 2020).

Η τελευταία μεγάλη μεταρρύθμιση του ΕΣΥ πραγματοποιήθηκε το 2001 με την παρουσίαση του σχεδίου «Υγεία για τον πολίτη» η οποία όπως και οι προηγούμενες επέπεσε σε σκοπέλους. Συγκεκριμένα περιλάμβανε την προσπάθεια αποκέντρωσης του συστήματος υγείας μέσω της δημιουργίας 17 ΠεΣΥ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας), προσπάθεια η οποία εφαρμόστηκε με πολλές διαχειριστικές και διοικητικές ασυνέπειες. Επιπλέον έγινε εισαγωγή μάνατζερ στα νοσοκομεία ο οποίος ωστόσο είχε

περιορισμένες ευθύνες και ουσιαστικά η διοίκηση παρέμεινε στα χέρια των ιατρών (Νικολέντζος, 2020).

Τέλος για μια ακόμη φορά τέθηκαν τα ζητήματα της εφαρμογής αποκλειστικής απασχόλησης των πανεπιστημιακών ιατρών, ο θεσμός του «κλινικού καθηγητή», η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η δημιουργία ενός ενοποιημένου ασφαλιστικού ταμείου και η αξιολόγηση των ιατρών ανά πενταετία. Άξιο αναφοράς είναι ότι τίποτα από τα παραπάνω δεν εφαρμόστηκε εκτός από την αξιολόγηση των ιατρών η οποία ναι μεν εφαρμόστηκε αλλά όχι πραγματικά (Νικολέντζος, 2020). Εννοώντας ότι η αξιολόγηση γινόταν πρόχειρα χωρίς ουσιαστικές συνέπειες για τον δέκτη αυτής.

#### 2.5. Έλλειψη λειτουργικού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οι προσπάθειες μεταρρύθμισης του

Όπως περιγράφεται και στην ενότητα 2.4 το ΕΣΥ από την ίδρυση του και καθ' όλη την λειτουργία προσπάθησε να εισαγάγει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, συγκεκριμένα στην παραπάνω ενότητα γίνεται αναφορά στις προσπάθειες μεταρρύθμισης μέχρι το 2001. Έπειτα ανά τα χρόνια συνέχισαν να γίνονται προσπάθειες για την εισαγωγή στο ελληνικό σύστημα υγείας ενός σωστού συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας. Άξιος αναφοράς είναι ο Ν.3235/2004 ο οποίος είχε αρκετά αισιόδοξες βλέψεις, μεταξύ των οποίων ήταν η σύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τα επόμενα επίπεδα του συστήματος υγείας, η διάκριση μεταξύ οικογενειακού και προσωπικού ιατρού, η χρήση νέων τεχνολογιών μεταξύ άλλων (Σουλιώτης, 2020).

Ο παραπάνω νόμος ενώ ψηφίστηκε δεν εφαρμόστηκε καθώς μεσολάβησε κυβερνητική αλλαγή, ωστόσο αυτός δεν ήταν ο μόνος παράγοντας που συνετέλεσε σε αυτό καθώς υπήρχαν δείγματα μη υποστήριξης μιας τόσο δομικής μεταρρύθμισης (Σουλιώτης, 2020). Χρειάστηκε το πέρας μιας δεκαετίας και μιας σφοδρής οικονομικής κρίσης ώστε να ξαναγίνει προσέγγιση επί του θέματος, η οποία έγινε με τον Ν.4238/2014. Τα κυριότερα σημεία του παραπάνω νόμου ήταν ότι οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι οποίοι λειτουργούσαν και ιδιωτικό ιατρείο κλήθηκαν να επιλέξουν μεταξύ των δύο (Σουλιώτης, 2020). Ωστόσο το παραπάνω σε συνδυασμό με την μη πρόσληψη νέων ιατρών η οποία δεν πραγματοποιήθηκε ενώ προβλεπόταν συνετέλεσε στην υπονόμευση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου

Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) (Σουλιώτης, 2020). Η τελευταία παρέμβαση έγινε το 2017 με τον νόμο 4486 και επικεντρώθηκε στην ίδρυση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.) (Σουλιώτης, 2020).

Οι ελλείψεις ωστόσο ακόμα και στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας που εν τέλει κατάφερε να λειτουργήσει είναι μεγάλες και έχουν τις ρίζες του σε πολλούς τομείς, πέραν του πολιτικού σκηνικού και των προβλημάτων που προκαλεί. Αρχικά οι υπηρεσίες που προσφέρονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων, στις λοιμώδους νόσους, στην παραγγελία εργαστηριακών εξετάσεων, στις διαγνωστικές εξετάσεις ρουτίνας καθώς και στην συνταγογράφηση (Δομάγερ, 2020). Ένας από τους κύριους ρόλους της πρωτοβάθμιας φροντίδας που είναι η πρόληψη και η προαγωγή υγείας απουσιάζουν πλήρως τόσο στην πράξη όσο και κατά την προπτυχιακή εκπαίδευση των μελλοντικών ιατρών (Δομάγερ, 2020). Το παραπάνω προκαλεί πολλά προβλήματα στην εκτέλεση των καθηκόντων των ιατρών καθώς δεν εκπαιδεύονται στην απόκτηση διαπροσωπικών δεξιοτήτων ώστε να μπορέσουν να αλλάξουν την συμπεριφορά των ασθενών τους.

Σύμφωνα με μελέτη του Ινστιτούτου NIVEL, που ασχολήθηκε με την μελέτη της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις χώρες της Ευρώπης, η Ελλάδα βρίσκεται στα χαμηλότερα επίπεδα σε όλες τις διαστάσεις που εξετάστηκαν (πρόσβαση, ολοκληρωμένη φροντίδα, συνέχεια στην φροντίδα και συντονισμός) (Δομάγερ, 2020). Όσον αφορά την συνέχεια στην φροντίδα, αυτή απουσιάζει από όλα τα στάδια φροντίδας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, μετά-νοσοκομειακή) δημιουργώντας κόστος σε μεταξύ άλλων χρόνο αναμονής, έναν από τους κύριους λόγους ύπαρξης άτυπων πληρωμών.

## 2.6. Ασταθές πολιτικό κλίμα

Είναι σημαντικό να έχει κανείς κατά νου ότι οι πολιτικοί κύκλοι είναι πολύ σημαντικοί στη διαμόρφωση (μακροπρόθεσμων) πολιτικών για την καταπολέμηση της διαφθοράς. Καθώς αρκετοί από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για διαφθορά στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα είναι ουσιώδη ζητήματα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, τα μακροπρόθεσμα σχέδια και οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα είναι ουσιαστικής σημασίας για την καταπολέμηση αυτού του προβλήματος. Αυτό, ωστόσο, τα τελευταία χρόνια περιπλέχθηκε από την

πολιτική αστάθεια και τις συχνές μεταβολές στην εξουσία. Μόνο όταν το πολιτικό κλίμα είναι σταθερό, μπορούν να γίνουν αλλαγές στο σύστημα (Kaitelidou, 2013).

Ωστόσο η σταθερότητα του πολιτικού κλίματος δεν είναι κάτι που χαρακτηρίζει την Ελλάδα, ειδικότερα μετά την αρχή της οικονομικής κρίσης υπήρξαν και συνεχίζουν να υπάρχουν συνεχής διαρθρωτικές αλλαγές στο πολιτικό σκηνικό. Πιο συγκεκριμένα από τις 23 Απριλίου του 2010 όπου και ανακοινώθηκε η προσφυγή της Ελλάδας σε μηχανισμό στήριξης με τον όρο λήψης μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης έως και σήμερα επιτέλεσαν υπουργοί υγείας 10 διαφορετικά άτομα (Τσαλακοπούλου, 2020). Ο μέσος όρος χρόνου παραμονής των παραπάνω υπουργών εν ενεργεία ήταν αρκετά μικρός κάνοντας το έργο τους δύσκολο αν όχι ακατόρθωτο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι κανείς τους με εξαίρεση τον κ. Α. Ξάνθο δεν υπηρέτησε το ελάχιστο των 2-3 ετών που απαιτείται βάση των αρχών της διοικητικής επιστήμης ώστε να παραχθεί παραγωγικό έργο σε συνδυασμό με επιπλέον 2-3 χρόνια που χρειάζεται η αποτίμηση του εν λόγω έργου (Τσαλακοπούλου, 2020).

Αξιοσημείωτος είναι επίσης ο όγκος των νόμων και των υπουργικών αποφάσεων που αφορούν την Υγεία, την αναδιάρθρωση, την αναβάθμιση και την ανασυγκρότηση των δομών της μεταξύ άλλων τα τελευταία 10 χρόνια της κρίσης (155). Αριθμός ασυνήθιστα μεγάλος ο οποίος συνέβη λόγω της προσπάθειας εύρεσης της χρυσής τομής μεταξύ μιας οικονομικότερης αλλά και ποιοτικότερης προσφοράς υπηρεσιών υγείας (Τσαλακοπούλου, 2020). Επίσης οι παραπάνω αλλαγές εξουσίας μπορούν να εξηγηθούν υπό το φάσμα ότι οι πολιτικές εστιάζονται κυρίως στο βραχυπρόθεσμο προγραμματισμό, χωρίς να αναπτύσσουν μακροπρόθεσμα σχέδια, καθώς δεν είναι πολιτικά εφικτά (Lambropoulou, 2012). Το παραπάνω φαίνεται και στην ενότητα 2.4 σχετικά με τις προσπάθειες μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

## 2.7. Έλλειψη αναφοράς και ελέγχου

Είναι δύσκολο να εντοπιστεί η διαφθορά στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι ασθενείς είναι φυσικά απρόθυμοι να αναφέρουν δωροδοκίες ή άλλες μορφές διαφθοράς. Οι άνθρωποι τείνουν να μην μιλούν για αυτό το πρόβλημα, καθώς συνήθως βρίσκονται σε κατάσταση εξάρτησης. Εάν οι άνθρωποι επιθυμούν να μιλήσουν, μπορούν να υποβάλουν καταγγελία / αναφορά (είτε αυτοπροσώπως είτε ανώνυμα) μέσω διαφόρων τηλεφωνικών γραμμών που έχουν καθοριστεί για το σκοπό

αυτό. Υπάρχουν ορισμένα συστήματα καταγγελίας στην Ελλάδα, αλλά τα διαθέσιμα συστήματα είναι μάλλον ασαφή και περίπλοκα (Economou, 2009).

Η ανάπτυξη, οργάνωση και η λειτουργία ενός συστήματος καταγγελιών είναι αρκετά περίπλοκη υπόθεση και μπορεί μέσα από την λειτουργία του να δημιουργηθούν πολλά προβλήματα. Αυτό οφείλεται εν μέρει στην δαιδαλώδη ελληνική νομοθεσία όπου το κομμάτι που αφορά τις καταγγελίες δεν αποτελεί εξαίρεση. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί εύκολα να αποθαρρυνθεί από την καταγγελία κάποιου συμβάντος καθώς υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να βρεθεί ο ίδιος εκτεθειμένος, να λειτουργήσει δηλαδή ως «δίκικοπο μαχαίρι». Επιπλέον, οι εταιρείες που βρίσκονται πίσω από τις τηλεφωνικές γραμμές που χρησιμοποιούνται για ανώνυμες καταγγελίες δεν λαμβάνουν επαρκή μέτρα ώστε να προστατεύονται τα προσωπικά δεδομένα των πολιτών. Επίσημως, ιδρύθηκε γραφείο καταπολέμησης της διαφθοράς το οποίο έχει επίσης την ευθύνη για την καταπολέμηση της ανηθικότητας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Cambanis, 2014), ωστόσο, έχει αναφερθεί μικρή πρόοδος από την λειτουργία του και έπειτα. Επιπλέον, το ελληνικό νομικό σύστημα είναι πολύ περίπλοκο, ειδικά όσον αφορά τον Ποινικό Κώδικα, για παράδειγμα βάση αυτού, οι γιατροί θα μπορούσαν να διωχθούν για δωροδοκία από την λήψη άτυπων πληρωμών, ωστόσο αυτό συμβαίνει σπάνια. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι απαιτείται πολύς χρόνος για την έκδοση οριστικής απόφασης σε ποινική υπόθεση. Μπορεί εύκολα να διαρκέσει 10 - 15 χρόνια πριν από την ολοκλήρωση της υπόθεσης (Cambanis, 2014).

Αυτή η κωλυσιεργία εκ μέρους του δικαστικού συστήματος προκαλεί σοβαρά λειτουργικά προβλήματα καθώς δημιουργεί την αίσθηση ότι η διεφθαρμένη συμπεριφορά θα συνεχίσει να παραμένει ατιμώρητη. Ωστόσο είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το παραπάνω δεν είναι πρόβλημα ικανότητας, καθώς το δικαστικό σύστημα στην Ελλάδα θεωρείται μία από τις λιγότερο διεφθαρμένες εξουσίες καθώς καταφέρνει να διατηρήσει έναν ικανοποιητικό βαθμό ανεξαρτησίας από τις υπόλοιπες μορφές εξουσίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η υπόθεση που αναφέρεται σε κείμενο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με την διαφθορά στον υγειονομικό τομέα (2017) όπου πάροχος ιατρικών υπηρεσιών κατηγορήθηκε για δωροδοκία σε προσωπικό ελληνικού νοσοκομείου. Στην συγκεκριμένη υπόθεση, εταιρεία που ειδικεύεται στον ιατρικό εξοπλισμό δωροδοκούσε υπαλλήλους του νοσοκομείου, οι οποίοι ανήκαν στο τμήμα προμηθειών, ώστε να ευνοήσει τις διαδικασίες υποβολής προσφορών και την αγορά ιατρικού εξοπλισμού της. Η έρευνα αποκάλυψε ότι η

εταιρεία πλήρωσε ένα ευρύ φάσμα ιατρικού προσωπικού, από νοσοκόμες και μαίες, χειρουργούς, έως ιατρούς, καθηγητές και διευθυντές νοσοκομείων, οι δωροδοκίες περιλάμβαναν (συμπόσια, εκπαιδευτικές εκδηλώσεις και υπερ-τιμολογημένες διαβουλεύσεις με επαγγελματίες υγείας μεταξύ άλλων).

Αξιοσημείωτο είναι ότι σε χώρες όπως η Πολωνία και οι Η.Π.Α. οι εμπλεκόμενοι έχουν ήδη προσαχθεί ενώπιον δικαστηρίου. Παρ'όλα αυτά η έρευνα στην Ελλάδα εκκρεμεί ακόμη, παρόλο που οι ανακριτικές αρχές βρήκαν στοιχεία που δείχνουν ότι συμμετείχαν 225 Έλληνες γιατροί. Όλοι εμφανίστηκαν στην μισθολογική κατάσταση της εταιρείας ωστόσο κανένας από αυτούς δεν έχει τιμωρηθεί μέχρι σήμερα. Στις αρχές του 2016, ανακοινώθηκε ότι η δικαστική υπόθεση βρισκόταν υπό προετοιμασία, αλλά μόνο οκτώ γιατροί φαίνεται να έχουν παραπεμφθεί στο δικαστήριο. Λίγο μετά από αυτήν την ανακοίνωση, η δικαστική υπόθεση αναβλήθηκε επ' αόριστον. Οι εργασίες συνεχίστηκαν στις 8 Μαΐου 2016, ωστόσο, μόνο τρεις γιατροί (όλοι ορθοπεδικοί χειρουργοί) καταδικάστηκαν για δωροδοκία και υπεξαίρεση 2 εκατομμυρίων ευρώ. Από τους τρεις, δύο έλαβαν ποινές 11 ετών ο καθένας και ο τρίτος γιατρός έλαβε ποινή 14 ετών. Ωστόσο, είναι όλοι ελεύθεροι καθώς οι ποινές τους είναι υπό αναστολή, και οι τρεις δηλώνουν αθώοι.

## 2.8. Άτυπες Πληρωμές / Παράνομοι Χρηματισμοί

Οι άτυπες πληρωμές συνεχίζουν έως σήμερα να παραμένουν ένα σημαντικό μέρος του εισοδήματος των ιατρών και αυτός είναι ο λόγος που αντιστέκονται σθεναρά σε οποιαδήποτε προσπάθεια αναστολής τους. Για το παραπάνω προτάσσουν δύο βασικά επιχειρήματα, πρώτων οι άτυπες πληρωμές προσφέρει ενός είδους ανεξαρτησία από την εκάστοτε κυβέρνηση όσον αφορά τα εισοδήματά τους και δεύτερον ισχυρίζονται ότι η διατήρηση των άτυπων πληρωμών ενισχύει την επαγγελματική συμφωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών εξασφαλίζοντας υψηλής ποιότητας περίθαλψη (Νικολέντζος, 2020). Οι άτυπες πληρωμές των ιατρών όχι μόνο δεν εξαφανίστηκαν κατά την ίδρυση του ΕΣΥ το οποίο σε αντάλλαγμα προσέφερε σημαντική αύξηση στους μισθούς τους αλλά αντίθετα αυξήθηκαν ειδικότερα κατά την δεκαετία του 1990 (Νικολέντζος, 2020).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της έκτασης που είχε λάβει το φαινόμενο καθώς και της ανοχής που έχαιρε από τους πολίτες και το κράτος γενικότερα είναι η προσπάθεια ρύθμισης των άτυπων πληρωμών την δεκαετία του 1990 (Νικολέντζος, 2020).

Συγκεκριμένα οι κύριοι αντιπρόσωποι συνδικαλιστικών οργανώσεων και ιατρικών συλλόγων ανέλαβαν την διενέργεια έρευνας με θέμα τα «φακελάκια» και κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: α. Η παραοικονομία είναι συνηθισμένη στην ελληνική κοινωνία β. ο κύριος λόγος είσπραξης άτυπων πληρωμών είναι οι χαμηλοί μισθοί των ιατρών γ. λόγω της ιδιότυπης σχέσης ιατρού/ασθενούς οι πρώτοι εισπράττουν δώρα στα πλαίσια της ευγνωμοσύνης που νιώθουν οι δεύτεροι (Νικολέντζος, 2020). Μετά από την δημοσιοποίηση των παραπάνω συμπερασμάτων δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα Το Βήμα ρητά πλέον ότι οι νοσοκομειακοί ιατροί εισπράττουν «φακελάκια» (Νικολέντζος, 2020).

Ενδιαφέρον ωστόσο παρουσιάζει το γεγονός ότι το αφήγημα πολύ γρήγορα άλλαξε και μετατέθηκε η ευθύνη στους ασθενείς, υποστηρίζοντας ότι αυτοί είναι τα άτομα που βάζουν σε πειρασμό τους ιατρούς προσφέροντας τους φακελάκια όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο κα. Γ. Λακόπουλος δημοσιογράφος της εφημερίδας Το Βήμα (1992). Επιπροσθέτως αξίζει επίσης να αναφέρουμε ότι οποιαδήποτε απόφαση ή συμπέρασμα της εν λόγω επιτροπής θα μπορούσε εύκολα να θεωρηθεί αβάσιμο και υποκειμενικό καθώς αποτελούνταν αμιγώς από ιατρούς οι οποίοι ομόφωνα υποστήριζαν το επάγγελμα τους. Επιπλέον η παραπάνω επίρριψη ευθυνών στους ασθενείς ήταν ένας πρωτοφανής τρόπος από πλευράς ιατρών να προστατέψουν το επάγγελμα τους από μελλοντικές καταγγελίες, ποιος θα κατηγορούσε κάποιον ιατρό για παράνομο χρηματισμό όταν κινδύνευε να κατηγορηθεί και ο ίδιος (Νικολέντζος, 2020). Παρ' όλα αυτά σύμφωνα με εκτίμηση της ανεξάρτητης αρχής Συνήγορος του Πολίτη (2004), στις περισσότερες περιπτώσεις που εν τέλει διατυπώνονται κατηγορίες σε βάρος ιατρών από πολίτες αυτές απορρίπτονται από τα αρμόδια όργανα των ιατρικών τους συλλόγων, χωρίς να αναλαμβάνεται περαιτέρω πειθαρχική δράση.

Η αδυναμία του κράτους να εφαρμόσει την νομοθεσία που αφορά στις εργασιακές σχέσεις των ιατρών, τα δικαιώματα και τις ευθύνες τους συνδέεται στενά με τις διασυνδέσεις που κατέχει το επάγγελμα με τον κρατικό μηχανισμό. Ενδεικτικά το 1992 από τα 300 μέλη του κοινοβουλίου τα 48 ήταν ιατροί και επίσης μέλη της παραπάνω επιτροπής που διενέργησε την έρευνα σχετικά με τις άτυπες πληρωμές. Σήμερα σχεδόν τρεις δεκαετίες αργότερα τα επιχειρήματα για την ύπαρξη των άτυπων πληρωμών δεν έχουν αλλάξει και το ιατρικό επάγγελμα συνεχίζει να υποτιμά το μέγεθος των άτυπων πληρωμών και να κατηγορεί για αυτές το χαμηλό εισόδημα

που λαμβάνει (Νικολέντζος, 2020). Ωστόσο σύμφωνα με έρευνα της Σίσκου (2006) μόνο το 4% των ιατρών του ΕΣΥ δηλώνει ότι δεν λαμβάνει άτυπες πληρωμές, ενώ βάση του Νόμου 3745/2009 το ιατρικό επάγγελμα βρίσκεται στην κορυφή της κλίμακας των αμοιβών των δημόσιων υπαλλήλων (Νικολέντζος, 2020).

## 2.9. Διπλή άσκηση επαγγέλματος ή παράνομη εργασία στον κλάδο της υγείας

Το υψηλό κοινωνικό και οικονομικό στάτους που φαίνεται να απολαμβάνει το ιατρικό επάγγελμα στην Ελλάδα είναι αδιαμφισβήτητο, ενδεικτικό αυτού είναι το πλήθος των Ελλήνων φοιτητών που καταφεύγουν σε χώρες του πρώην Ανατολικού μπλοκ προκειμένου να εξασφαλίσουν μια θέση σε κάποια ιατρική σχολή (Νικολέντζος, 2020). Κύριος παράγοντας αυτού εκτός από το στάτους είναι και η επιθυμία εξασφάλισης μιας θέσης στο ΕΣΥ και όλων των προνομίων που την συνοδεύουν.

Βασικότερο αυτών των προνομίων είναι φυσικά η διπλή άσκηση επαγγέλματος όπου εκτός της μόνιμης θέσης και των άτυπων πληρωμών που την συνοδεύουν μπορούν να εξασκούν και ιδιωτικά την ιατρική (Νικολέντζος, 2020). Με αυτό τον τρόπο όχι μόνο δεν εξαρτώνται από τις λιγοστές αυξήσεις που δίδονται από το κράτος αλλά γλυτώνουν και από την υπερ - φορολογία που τις συνοδεύει (Νικολέντζος, 2020). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι πολλοί ιατροί ασκούν το ιδιωτικό επάγγελμα μέσα στο ίδιο το ΕΣΥ ή χειρουργούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια εκμεταλλευόμενοι τις δημόσιες υποδομές ενώ ταυτοχρόνως προβαίνουν σε ασύστολη φοροδιαφυγή (Νικολέντζος, 2020).

Όλα τα παραπάνω θα έπρεπε να είχαν οδηγήσει σε σημαντική μείωση του στάτους των ιατρών καθώς και της κοινωνικής θέσης που κατέχουν ωστόσο όλος περιέργως κάτι τέτοιο δεν υφίσταται. Αντίθετα στην πραγματικότητα υπάρχει η αίσθηση ότι όσο μεγαλύτερο το «φακελάκι» τόσο μεγαλύτερη η φήμη και το στάτους που απολαμβάνει ο ιατρός (Νικολέντζος, 2020). Επομένως παρατηρείται μια γενικότερη κοινωνική συναίνεση η οποία επιτρέπει την συνέχιση και την αναπαραγωγή των παραπάνω πρακτικών σε βάρος των ήδη καταπιεσμένων διαρθρωτικών συμφερόντων του ευρύτερου πληθυσμού (Νικολέντζος, 2020). Τυπικά παραδείγματα της αδυναμίας εφαρμογής μεταρρυθμίσεων και αναδιάρθρωσης είναι οι μεταρρυθμίσεις του 1983 και του 2001 που περιγράφονται παραπάνω.



## 2.10. Διαφθορά στην διαχείριση προμηθειών και αποθεμάτων στην Υγεία

Προκειμένου να περιοριστεί η διαφθορά και το σύστημα προμηθειών εντός των νοσοκομείων να γίνει ελαστικότερο θα πρέπει να υπάρξουν αρκετές δομικές αλλαγές. Μεγάλο πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι οι διαδικασίες σύναψης δημοσίων συμβάσεων είναι τόσο περίπλοκες που καταλήγουν να καθίστανται σχεδόν αδύνατες: η ίδια η περιπλοκότητα τους επομένως τις κάνει ευάλωτες στη διαφθορά (Υπουργείο Υγείας, 2017). Επιπροσθέτως η αποκεντρωμένη διαδικασία για την σύναψη μιας προμήθειας, όπου για κάθε νοσοκομείο οι προμήθειες πραγματοποιούνται ξεχωριστά, οδηγεί αναπόφευκτα σε αναποτελεσματικότητα και διαφθορά (Υπουργείο Υγείας, 2017). Συμπληρωματικό των παραπάνω είναι η ανεπαρκής διαχείριση των αποθεμάτων κάθε νοσοκομείου. Οι κεντρικοί έλεγχοι είναι ανεπαρκείς και η τακτική αναθεώρηση της καταλληλότητας της χρήσης φαρμάκων και προμηθειών πρακτικά ανύπαρκτη (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Επιπλέον σημαντικό σκόπελο δημιουργούν οι αδικαιολόγητα υψηλές τιμές φαρμάκων. Οι εταιρείες τείνουν να χειραγωγούν το σύστημα ώστε να κρατούν τις τιμές των φαρμάκων όσο πιο ψηλά γίνεται (Υπουργείο Υγείας, 2017). Το παραπάνω είναι ενδεικτικό του παραδείγματος που περιγράφεται στην ενότητα 2.7 σχετικά με την εκτεταμένη δωροδοκία μεγάλου μέρους εργαζομένων ελληνικού νοσοκομείου η οποία ωστόσο οδήγησε ουσιαστικά σε ατιμωρησία. Επιπροσθέτως πρόβλημα δημιουργούν οι ταυτόχρονα υψηλές τιμές προϊόντων υγείας. Οι δαπάνες για προϊόντα υγείας είναι σχεδόν ίσες με τις δαπάνες για φάρμακα, δεν λαμβάνουν όμως σχεδόν καμία προσοχή σε σύγκριση με τον έλεγχο των τιμών των φαρμάκων (Υπουργείο Υγείας, 2017). Ωστόσο τα προϊόντα υγείας ενέχουν εξίσου μεγάλο, αν όχι μεγαλύτερο, κίνδυνο διαφθοράς από τα φάρμακα (Υπουργείο Υγείας, 2017).

## 2.11. Ενέργειες από την πλευρά των δημόσιων αρχών

### 2.11.1. Η στρατηγική κατά της διαφθοράς

Τον Μάρτιο του 2013, η Ελλάδα ξεκίνησε την προσαρμογή της σε μια εθνική στρατηγική κατά της διαφθοράς με τίτλο «Διαφάνεια – Εθνικό Σχέδιο κατά της Διαφθοράς», η οποία εκπονήθηκε από το Υπουργείο Δικαιοσύνης. Η στρατηγική περιλάμβανε δράσεις που επικεντρώνονταν στην παροχή τεχνικής βοήθειας στον τομέα της καταπολέμησης της διαφθοράς (ΟΟΣΑ, 2017). Το παραπάνω σχέδιο

αποτελούνταν από πέντε βασικές στρατηγικές επιδιώξεις: α. Αποτελεσματική πολιτική ηγεσία στη μάχη κατά της διαφθοράς, β. Αυξημένη δημόσια απαίτηση για λογοδοσία και απόρριψη της διαφθοράς, γ. Αποτελεσματική επιβολή μέτρων κατά της διαφθοράς δ. Αυξημένη συμμόρφωση σε κανόνες χρηστής διοίκησης και ενισχυμένη λογοδοσία από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και ε. Αυξημένη εφαρμογή του σχεδίου «ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ» κατά της διαφθοράς (ΟΟΣΑ, 2017).

Η πρώτη στρατηγική επιδίωξη που επικεντρωνόταν στην πολιτική ηγεσία επικεντρωνόταν στην τήρηση των κωδικών δεοντολογίας, την σταθερότητα ως προς τις δηλώσεις της καθώς και στην ψήφιση νομοθεσίας ως προς την χρηματοδότηση των πολιτικών κομμάτων. Η δεύτερη στρατηγική επικεντρώνεται στην εγρήγορση της κοινωνίας και στην ύπαρξη κοινής γραμμής από κυβερνητικούς και μη οργανισμούς σχετικά με την διαφθορά. Η Τρίτη στρατηγική αφορά την ουσιαστική και πραγματική εφαρμογή των μέτρων κατά της διαφθοράς μέσα από την ψήφιση νομοθεσίας, του εσωτερικού ελέγχου, την πλήρη συμμόρφωση με το πρόγραμμα «Διαφάνεια» μεταξύ άλλων.

Η τέταρτη στρατηγική αφορά την ενίσχυση της λογοδοσίας τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς μέσα από την αναφορά περιστατικών διαφθοράς, τον εντοπισμό περιοχών υψηλής επικινδυνότητας για ύπαρξη διαφθοράς, υλοποίηση της μεταρρύθμισης του δημόσιου τομέα κ.α. Τέλος η Πέμπτη στρατηγική περιλαμβάνει περαιτέρω ενισχυμένη εφαρμογή του σχεδίου «Διαφάνεια» και περιλαμβάνει εγκατεστημένα συστήματα συλλογής πληροφοριών, συντονισμένη λήψη στρατηγικών αποφάσεων κατά της διαφθοράς, δημιουργία ερευνητικού προγράμματος κατά της διαφθοράς, ύπαρξη ετήσιας αναθεώρησης καθώς και υπαρκτού μηχανισμού διάθεσης πόρων (ΟΟΣΑ, 2017).

#### *2.11.2. Συνταγογράφηση δραστικών ουσιών / γενόσημων φαρμάκων*

Η δυνατότητα πρόσβασης των ασθενών σε φάρμακα απαραίτητα για την διατήρηση της ποιότητας της υγείας τους είναι απαραίτητη καθώς τα φάρμακα δεν είναι απλώς προϊόντα αλλά κοινωνικά αγαθά. Η διαδικασία όμως κατά την οποία ο γιατρός θα διαγνώσει και θα συνταγογραφήσει ένα φάρμακο είναι μονομερείς καθώς ο ασθενείς δεν μπορεί να παρέμβει και οφείλει να ακολουθήσει την πολιτική του ιατρού (Τσαλακοπούλου, 2020). Το παραπάνω προκαλεί το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης όπου δημιουργείται ουσιαστικά τεχνητή ζήτηση η οποία δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες αλλά προκαλείται από άλλους παράγοντες (Τσαλακοπούλου,

2020).Επιπλέον τόσο ένας φαρμακοποιός όσο και ένας ιατρός βρίσκονται σε θέση να μπορούν να προωθούν τα προϊόντα που οι ίδιοι επιθυμούν, από την πλεονεκτική θέση που η υπεροχή της γνώσης τους προσφέρει σε συνδυασμό με την ελλιπή πληροφόρηση για την πορεία της θεραπευτικής αγωγής (Τσαλακοπούλου, 2020).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης και η προσπάθεια περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης ειδικότερα κατά την τελευταία δεκαετία. Οι προσπάθειες αυτές ήταν πετυχημένες όσον αφορά την χώρα μας, συγκεκριμένα η δημόσια δαπάνη μειώθηκε κατά περίπου 61% ενώ αντίστοιχα η ιδιωτική δαπάνη αυξήθηκε κατά 263% (Τσαλακοπούλου, 2020). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι η επιβολή κλειστού προϋπολογισμού στα νοσοκομεία το 2015 επέφερε μείωση κατά 31% στη δημόσια νοσοκομειακή δαπάνη το 2018 σε σχέση με το 2015 (Τσαλακοπούλου, 2020). Ωστόσο πρέπει να επισημανθεί ότι η παραπάνω μείωση δεν οφείλεται στην στροφή προς τα γενόσημα φάρμακα η οποία παραμένει χαμηλή ειδικότερα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, συγκεκριμένα το ποσοστό κατανάλωσης γενόσημων στην Ελλάδα είναι 33,7% ενώ ο ΜΟ της Ευρώπης βρίσκεται στο 61% (Τσαλακοπούλου, 2020). Η μικρή αυτή διαφορά οφείλεται ωστόσο στην χαμηλή διαφορά μεταξύ της τιμής των onpatent και offpatent η οποία δεν παρέχει κίνητρο για την επιλογή τους (Τσαλακοπούλου, 2020).

#### *2.11.3. Παρατηρητήριο Τιμών για ιατροτεχνολογικά προϊόντα από την κυβέρνηση*

Η κυβέρνηση εισήγαγε το Παρατηρητήριο Τιμών - που καταγράφει τις μέγιστες τιμές για διαφορετικούς τύπους εξοπλισμού / συσκευών. Αυτές οι μέγιστες τιμές βασίζονται στη χαμηλότερη τιμή που πληρώθηκε για μια τέτοια συσκευή / κομμάτι εξοπλισμού στην Ελλάδα τα προηγούμενα χρόνια. Αυτό το παρατηρητήριο καταγράφει επίσης τις τιμές από άλλα κράτη μέλη της ΕΕ και οι συσκευές δεν μπορούν να πωληθούν στην Ελλάδα σε τιμές υψηλότερες των πληρωμών που έχουν πραγματοποιηθεί για τις ίδιες συσκευές σε άλλες χώρες της ΕΕ (Economidou, 2015).

Το κατά πόσον αυτός ο κατάλογος είναι επιτυχής συζητείται μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών που ερωτήθηκαν. Ορισμένοι βλέπουν μια σαφή προστιθέμενη αξία από τη λίστα καθώς βοηθά στην καταπολέμηση της διαφθοράς, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι ο κατάλογος, στην τρέχουσα μορφή του, αφαιρεί όλες τις δυνατότητες για ανταγωνισμό και αναγκάζει τις εταιρείες σε αδιέξοδο. Επίσης, ο κατάλογος δεν επιτρέπει διαφορές τιμών βάσει γεωγραφικών διαφορών. Για παράδειγμα, η

παράδοση εξοπλισμού στην Αθήνα είναι φθηνότερη από ότι σε ένα από τα μικρότερα νησιά (ως αποτέλεσμα του υψηλότερου κόστους μεταφοράς) (Chereches, 2013).

#### *2.11.4. Σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

Με τον όρο Ηλεκτρονική συνταγογράφηση νοείται η «παραγωγή, διακίνηση και έλεγχος των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις, με την χρήση τεχνολογίας Η/Υ και Τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που να διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών» (Ν.3892/2010-ΦΕΚ189/Α/4-11-2010).

Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείται καλή πρακτική από πολλούς ενδιαφερόμενους. Μια πρώτη προσπάθεια εισαγωγής ενός τέτοιου συστήματος ξεκίνησε το 2003. Εκείνη την εποχή, το σύστημα ήταν γεμάτο με σαρωμένες συνταγές, οι οποίες συμπεριλήφθηκαν σε μια συνολική βάση δεδομένων. Μεταξύ 2003 και 2010, δεν συνέβησαν πολλά και το σύστημα δεν ήταν πολύ ενεργό. Το 2010, ξεκίνησε μια νέα μορφή ηλεκτρονικών συνταγών η οποία θεσμοθετήθηκε με τον Ν. 3892/2010 στο πλαίσιο της προσπάθειας εξορθολογισμού των δαπανών στον χώρο της υγείας, το παραπάνω θα μπορούσε να επιτευχτεί μέσα από τον έλεγχο των ιατρικών συνταγών και των παραπεμπτικών για ιατρικές εξετάσεις (Αποστολάκης, 2020).

Το παραπάνω σύστημα κυκλοφόρησε ενεργά από το 2012 και η εισαγωγή του ήταν σταδιακή, ξεκινώντας από φάρμακα (τα οποία τώρα καλύπτονται στο 100%) και ακολουθήθηκε σταδιακά από άλλες υπηρεσίες υγείας. Από το 2014 και έπειτα καλύπτει όλα τα είδη των υπηρεσιών υγείας (π.χ. ακουστικά βαρηκοΐας, γυαλιά, εργαστηριακές εξετάσεις και νοσηλεία). Επί του παρόντος περιλαμβάνονται περισσότεροι από 26.000 πάροχοι ιατρικών υπηρεσιών (Economou, 2014).

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει αρκετά επιτυχημένα παραδείγματα ως προς την πάταξη της διαφθοράς και τον εξορθολογισμό των δαπανών. Για παράδειγμα στην Δανία η οποία είναι μια από τις πρωτοπόρες χώρες στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση μέσω του φορέα MedCom, ο παραπάνω σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποίησε ανέφερε ότι με κάθε μια μέρα χωρίς ηλεκτρονική συνταγογράφηση το κράτος χάνει 225.000 και για κάθε χειρόγραφη συνταγή κόστιζε στο σύστημα περίπου 2.3 ευρώ για μεταφορικά έξοδα (Αποστολάκης, 2020).

#### 2.11.5. Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας ασθενών

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας σύμφωνα με τον οργανισμό HIMSS (<https://www.himss.org/>) είναι «μια διαχρονική ηλεκτρονική καταγραφή πληροφοριών για την υγεία του ασθενή που παράγονται από τις επαφές που έχει με περιβάλλοντα παροχής φροντίδας. Σε αυτές περιλαμβάνονται δημογραφικά στοιχεία, προβλήματα, ζωτικά στοιχεία, εμβολιασμοί κ.α.. Ο φάκελος αυτός αυτοματοποιεί την ροή εργασίας του κλινικού ιατρού και δημιουργεί ένα πλήρες αρχείο της κλινικής επαφής του ασθενή καθώς έτσι υποστηρίζει άλλες δραστηριότητες σχετιζόμενες με την παροχή φροντίδας υγείας όπως την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, διαχείριση ποιότητας και αναφορά αποτελεσμάτων».

Η εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας δεν αποτέλεσε προτεραιότητα ως προς την εφαρμογή του από το Υπουργείο Υγείας. Ωστόσο παρατηρήθηκαν κάποιες αποσπασματικές προσπάθειες εφαρμογής του σε Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, για παράδειγμα κατά την περίοδο 2000-2006 έγινε προσπάθεια να αναπτυχθεί ηλεκτρονικός φάκελος υγείας σε Νοσοκομεία μέσω συντονισμού από υγειονομικές περιφέρειες η οποία ωστόσο δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα και παρουσίασε απόκλιση από τον αρχικό σχεδιασμό (Αποστολάκης, 2020).

Σήμερα λειτουργεί ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας και περιλαμβάνει αναλυτικό ιστορικό (φαρμακευτική αγωγή, ιατρικές εξετάσεις, αποτελέσματα των παραπάνω, εμβόλια καθώς και διάφορα δημογραφικά στοιχεία), πρόσβαση έχει τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής και η εφαρμογή λειτουργεί στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Αποστολάκης, 2020). Βάση του Ν. 4600/2019 ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας προβλέπεται να ανοίξει σε όλους τους εξουσιοδοτημένους χρήστες οι οποίοι και θα μπορούν να τον ενημερώνουν (Αποστολάκης, 2020).

Ο ασθενής μπορεί να ελέγξει την κατάσταση του φακέλου του και επομένως θα μπορεί να εντοπίζει τυχόν παρατυπίες, τις οποίες και θα μπορεί να αναφέρει στο ΥΠΕΔΥΦΚΑ, ο οποίος μπορεί στη συνέχεια να ξεκινήσει έρευνα. Με αυτόν τον τρόπο, οι φάκελοι υγείας των ασθενών βοηθούν στη μείωση των ψεύτικων συνταγών, καθώς ο ασθενής μπορεί να ελέγξει εάν τα αρχεία είναι πραγματικά ή όχι. Δεν είναι σαφές αυτήν τη στιγμή σε ποιο βαθμό το σύστημα χρησιμοποιείται από τους ασθενείς. Υπάρχει, ωστόσο, η προσδοκία ότι οι ασθενείς έχουν το κίνητρο να χρησιμοποιήσουν το σύστημα καθώς γίνονται όλο και πιο ύποπτοι, κυρίως ως αποτέλεσμα της κρίσης (Economou, 2015).

#### *2.11.6. Μητρώο ασθενειών*

Ο ΕΟΠΥΥ εισήγαγε πρόσφατα μητρώα για ορισμένες ασθένειες. Σε κάθε μητρώο, καθορίζεται ποιος πάσχει από μια συγκεκριμένη ασθένεια, ποιο φάρμακο συνταγογραφείται σε αυτόν και πόσο προχωρημένη είναι η ασθένεια. Ένα παράδειγμα τέτοιου μητρώου είναι το μητρώο για την ηπατίτιδα. Το μητρώο μπορεί να βοηθήσει να ελέγχεται πώς δαπανώνται τα χρήματα και πόσα χρήματα δαπανώνται. Θα επιτρέψει στις αρχές να εκτιμήσουν εάν τα χρήματα δαπανώνται σωστά και να προβούν σε προβλέψεις για μελλοντικές δαπάνες, κάτι που είναι πολύ χρήσιμο για τις διαπραγματεύσεις. Πρόθεση του ΕΟΠΥΥ είναι να επεκτείνει αυτό το σύστημα και να συμπεριλάβει περισσότερες ασθένειες σε αυτό (Economou, 2015).

### 3. Επίδραση του φαινομένου της διαφθοράς στην απόδοση του ΕΣΥ

Η επιζήμια επίδραση των άτυπων πληρωμών στην απόδοση του συστήματος υγείας, επιβεβαιώνεται συνεχώς. Η τρέχουσα οργανωτική δομή του συστήματος υγείας και των οδών που πρέπει να ακολουθήσουν οι ασθενείς “συμπληρώνεται” από ένα ανεπίσημο δίκτυο εξυπηρέτησης των ασθενών, το οποίο καθοδηγείται κυρίως από τις άτυπες πληρωμές. Δεδομένου ότι η απόκτηση του χρήματος με οποιοδήποτε τρόπο είναι η ορθή λογική, οδηγεί σε αναποτελεσματικές ενέργειες όπως η παροχή περιττών υπηρεσιών (προκλητή ζήτηση) ή η κάκιστη χρήση των υπαρχόντων δυνατοτήτων που προσφέρει το υφιστάμενο σύστημα υγείας. Επιπλέον, υπάρχουν μερικές φορές ακόμη και θανατηφόρες συνέπειες από τις παραπάνω πρακτικές, καθώς η πρόσβαση στη φροντίδα παρεμποδίζεται για εκείνους που δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά το σύστημα των άτυπων πληρωμών ή απλώς δεν θέλουν να συμμετέχουν σε αυτό και επομένως παραμένουν χαμηλά στις λίστες αναμονής παρατηρώντας άλλους ασθενείς να ευνοούνται (Azariadis, 2015).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξεταζόμενων περιπτώσεων επιβεβαιώνει το παραπάνω ως σοβαρό εμπόδιο για πρόσβαση στην περίθαλψη όπως αναφέρετε σε έρευνες στις οποίες φαίνεται να έχουν ζητηθεί άτυπες πληρωμές πριν από την παροχή κάποιας υπηρεσίας. Μεταξύ των χρηστών των δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα το 2004, το 20% απάντησε ότι έδωσαν κάποιο παράνομο χρηματισμό επειδή ο γιατρός το είχε ζητήσει ως προϋπόθεση για ιατρική επέμβαση (Liaporoulos, 2008). Τα αντίστοιχα στοιχεία σε άλλες μελέτες ήταν 56,3% μεταξύ των μητέρων που γέννησαν σε νοσοκομεία μητρότητας το 2010 (Kaitelidou, 2013) και κυμάνθηκαν από 11,5% έως 40,5% μεταξύ των ερωτηθέντων σε μια εθνική αντιπροσωπευτική έρευνα το 2011, ανάλογα με τον τύπο της υπηρεσίας που χρησιμοποιήθηκε (από ιδιωτικούς ιατρούς και οδοντιάτρους σε δημόσια νοσοκομεία, αντίστοιχα) (Cavalieri, 2017).

Υπάρχουν λίγα στοιχεία σχετικά , αλλά αυτά που διατίθενται υποδηλώνουν ότι οι άτυπες πληρωμές αποτελούν πολύ υψηλό μερίδιο των δαπανών των νοικοκυριών και επιβαρύνουν δυσανάλογα σε μεγάλο ποσοστό τα φτωχότερα νοικοκυριά (Kaitelidou, 2013). Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό καθώς δεν είναι δυνατόν να

εξαιρεθούν οι λιγότερο εύποροι από μια άτυπη πρακτική. Τα στοιχεία από μια δευτερεύουσα ανάλυση μιας ειδικής μελέτης για τη διαφθορά σε νοσοκομειακές κλινικές μητρότητας που πραγματοποιήθηκε στις αρχές του 2013, δείχνουν ότι ένα ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό εκείνων που ανέφεραν δυσκολίες στην πληρωμή λογαριασμών τις περισσότερες φορές έδωσαν κάποια άτυπη πληρωμή κατά τη χρήση υπηρεσιών υγείας έναντι κάποιων που δεν ανέφεραν δυσκολία στην πληρωμή λογαριασμών (12% και 11% αντίστοιχα), αν και η διαφορά δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (Kaitelidou, 2013).

Η παραπάνω έρευνα της Kaitelidou et al, (2013) δεν διαπίστωσε συσχέτιση μεταξύ των αναλυθέντων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού, γεγονός που υποδηλώνει ότι η συχνότητα είναι παρόμοια σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Επιπλέον, η μελέτη για τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα διαπίστωσε ότι κανένα από τα χαρακτηριστικά κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των νοικοκυριών που ερωτήθηκαν (συμπεριλαμβανομένων μεταβλητών όπως το μηνιαίο καθαρό εισόδημα του νοικοκυριού) δεν συσχετίστηκε με το μέγεθος των άτυπων πληρωμών (Kaitelidou, 2013). Αυτό όχι μόνο ενισχύει την προηγούμενη διαπίστωση ότι οι ΑΠ συμπεριφέρονται σαν αμοιβές για υπηρεσίες, αλλά επίσης υπονοεί ότι τα φτωχότερα νοικοκυριά επωμίζονται δυσανάλογο οικονομικό βάρος από τις άτυπες πληρωμές. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνεται περαιτέρω από το γεγονός ότι τα νοικοκυριά είναι διατεθειμένα να δανειστούν κάποιο ποσό (δάνεια) για την κάλυψη των άτυπων πληρωμών (Giannouchos, 2021).

Οι Souliotisetal. (2016) παρέχουν μια πιο ακριβή ποσοτικοποίηση αυτού του προβλήματος, διαπιστώνοντας ότι, κατά μέσο όρο, οι κρυφές πληρωμές (συμπεριλαμβανομένων των μη εγγεγραμμένων και ανεπίσημων) ήταν ισοδύναμες με το 27% του εισοδήματος των νοικοκυριών που χρησιμοποιούσαν υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με έρευνα του Chantzarasetal, 2018 όπου εξετάστηκε η οικονομική προστασία των ασφαλισμένων έναντι νοσοκομειακών δαπανών στον ΕΟΠΥΥ με ιδιωτικά νοσοκομεία σε τρεις κύριες πόλεις το 2013 διαπιστώθηκαν σημαντικά προβλήματα. Συγκεκριμένα κατέληξε ότι το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης κάλυπτε μόνο το 47,3% του συνολικού κόστους νοσηλείας, με μέση ιδιωτική πληρωμή 1.655€, ότι το 43,3% των χειρουργικών περιπτώσεων πληρώθηκαν άτυπα και ότι οι ιδιωτικές πληρωμές υπερέβησαν το 25% του ετήσιου μισθού ή του συνταξιοδοτικού εισοδήματος του 10% των ερωτηθέντων (Chantzaras, 2018).



Περαιτέρω, Souliotis et al (2016) , οι ερωτηθέντες στην μελέτη τους ανέφεραν ότι οι κρυφές πληρωμές έχουν μεγάλο αντίκτυπο στο εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσής τους, με το 55,8% εκείνων που αξιολόγησαν την οικονομική τους κατάσταση ως κακή ή πολύ κακή και το 32,3% εκείνων που θεώρησαν την οικονομική τους κατάσταση καλή ή πολύ καλή να προβαίνουν σε άτυπες πληρωμές . Παρ' όλο που βασίζεται στην αυτό-αξιολόγηση - ένα υποκειμενικό μέτρο - τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι άτυπες πληρωμές επηρεάζουν αρνητικά την οικονομική κατάσταση, ειδικά μεταξύ των λιγότερο ευημερούντων. Το παραπάνω προκαλεί ανησυχία και παρέχει ισχυρή αιτιολόγηση για ανάληψη δράσεων πολιτικής παρέμβασης και διαρθρωτικών μετασχηματισμών (Souliotis, 2016).

## 4. Ερευνητικό Μέρος

### 4.1. Ερευνητικός Σκοπός

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι η καταγραφή των άτυπων ποσών πληρωμής που κατατέθηκαν από τους ασθενείς στους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υγείας. Θα γίνει προσπάθεια να αξιολογηθεί το κόστος και η επιπλέον χρηματική επιβάρυνση των παραπάνω ασθενών, ενώ ταυτόχρονα θα επισημαίνονται οι λόγοι και οι συνθήκες κατά τις οποίες οι ασθενείς καταλήγουν σε τέτοιου είδους άτυπες πληρωμές. Τέλος, επιχειρείται να τονιστεί η ανάγκη αντιμετώπισης τέτοιου είδους διαφθοράς και να προταθούν καλύτεροι και αποτελεσματικότεροι τρόποι περιορισμού του φαινομένου. Αφού ληφθούν υπ' όψιν τα παραπάνω προκύπτει ότι ο βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας επιμερίζεται στους εξής ερευνητικούς στόχους:

- Ποιο είναι το μέσο ύψος άτυπων πληρωμών;
- Ποιες είναι οι συχνότερες αιτίες και λόγοι καταβολής άτυπης πληρωμής;
- Ποιον τρόπο θεωρούν οι ασθενείς βέλτιστο για την καταπολέμηση της διαφθοράς και της άτυπης πληρωμής;

### 4.2. Μεθοδολογία

#### 4.2.1. Διαδικασία εκτέλεσης έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη κατά τους μήνες Απρίλιο και Μάιο του 2021. Η χορήγηση του ερωτηματολογίου έγινε σε χρήστες του συστήματος υγείας για τουλάχιστον μία φορά το τελευταίο έτος. Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις, αφού προηγουμένως έλαβαν γνώση για θέματα δεοντολογίας. Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν στο Excel και κωδικοποιήθηκαν στο SPSS\*24, όπου έγινε ολόκληρη η ανάλυση. Πιο αναλυτικά στην περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συχνοτήτων και ποσοστών με κατάλληλα ραβδογράμματα ή μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για τις διαβαθμιστικές κλίμακες Likert με τα αντίστοιχα γραφήματα συμφωνίας για κάθε δήλωση.

#### 4.2.2. Πληθυσμός, Δείγμα

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 60 ερωτώμενοι. Το δείγμα είναι σχετικά μικρό για τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων ωστόσο επαρκές ώστε να υπάρξει συζήτηση γύρω από το θέμα των άτυπων πληρωμών. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε απλή τυχαία δειγματοληψία, από πολίτες όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης ηλικιών και οικονομικών εισοδημάτων καθώς και από τα δύο φύλλα και οι οποίοι είχαν εμπειρία από τον χώρο της υγείας.

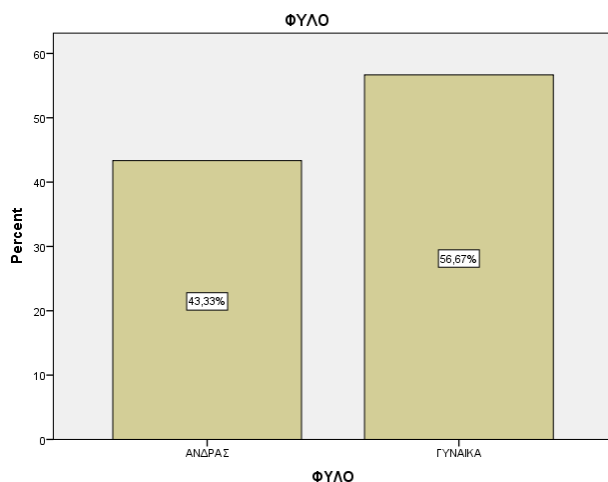
Η συλλογή των απαντήσεων έγινε με διαμοιρασμό ερωτηματολογίου μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Για το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε ως πρότυπο το ερωτηματολόγιο του Βασίλη Καραπανάγου (2017) από το Πανεπιστήμιο Πειραιά και στην συνέχεια επεξεργάστηκε περαιτέρω από τον συγγραφέα της παρούσας ΔΕ ώστε να καλύπτει τις προαναφερθέντες ερευνητικές υποθέσεις που θέτονται. Έτσι το ερωτηματολόγιο είναι επεξεργασμένο σύμφωνα με τις ανάγκες της παρούσας έρευνας.

Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήματα, δημογραφικού περιεχομένου του ατόμου που το συμπληρώνει. Στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήματα σχετικά με το αν ο ερωτώμενος είναι χρήστης ιδιωτικής ασφάλειας, αν έχει προβεί σε κάποια άτυπη πληρωμή, υπό ποιες συνθήκες έγινε αυτή η πληρωμή και για ποιον λόγο. Στο τρίτο μέρος θέτονται ερωτήματα σχετικά την συμφωνία τους σε προτεινόμενα μέτρα για την καταπολέμηση αυτού του τύπου της διαφθοράς. Πολλές από τις ερωτήσεις είναι δομημένες με κλίμακα Likert όπου μας παρουσιάζονται η «ένταση» συμφωνίας για κάθε δήλωση.

#### 4.3. Αποτελέσματα

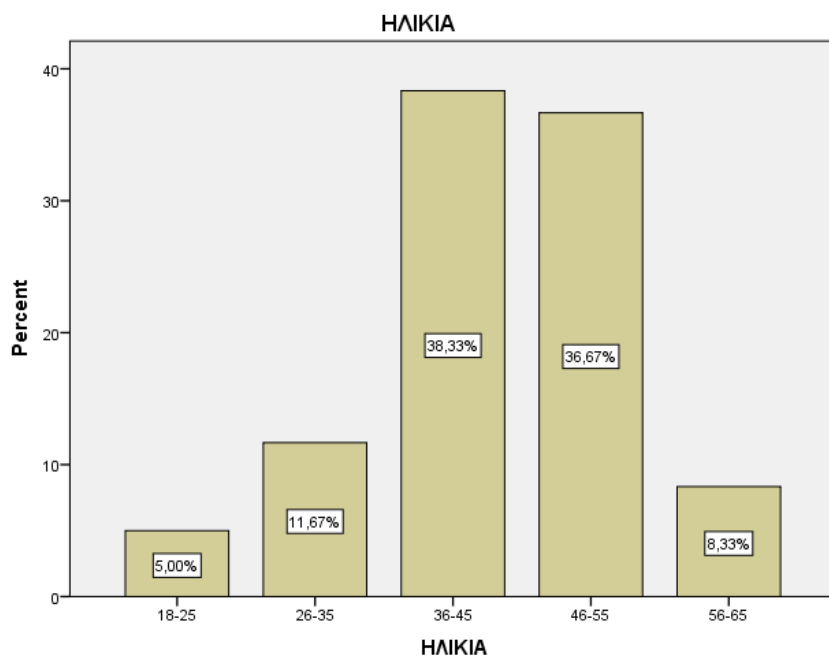
##### 4.3.1. Περιγραφική στατιστική

Από το γράφημα 1 φαίνεται ότι το 56,67% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, ενώ το υπόλοιπο 43,33% ήταν άνδρες.



*Γράφημα 1 Ποσοστό γυναικών και αντρών συμμετεχόντων στην έρευνα*

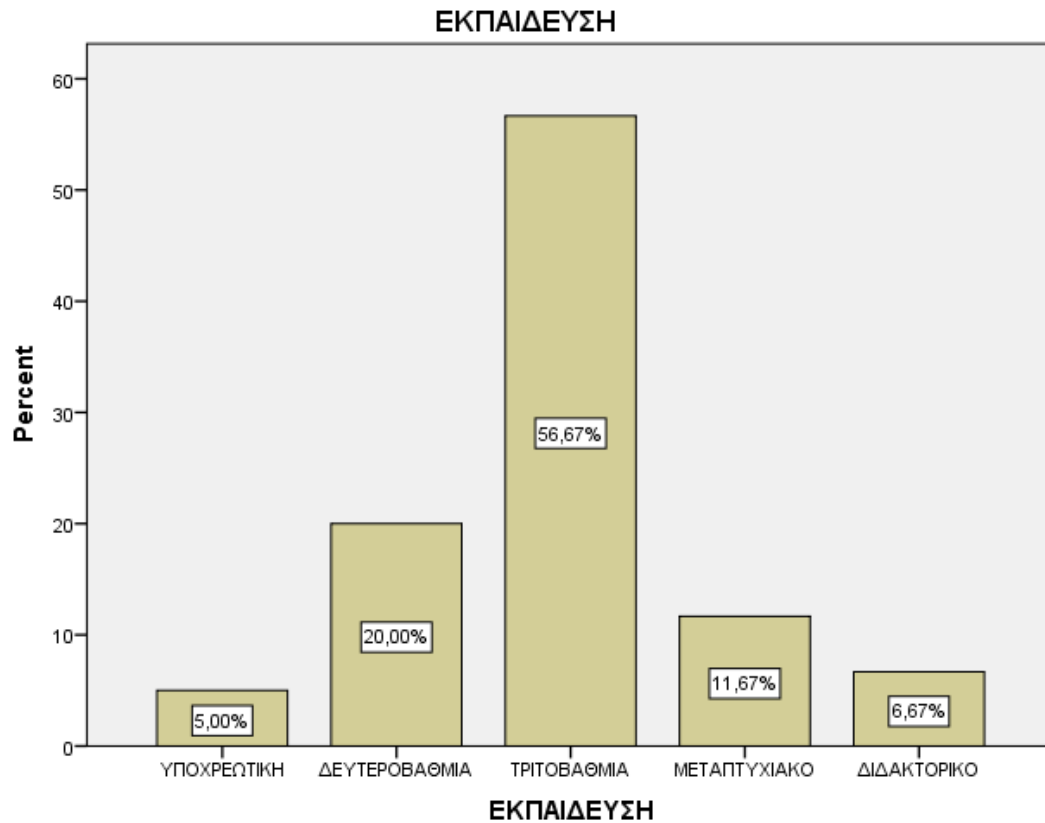
Το γράφημα 2 δίνει πληροφορίες σχετικά την ηλικία των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, το 38,33% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των 36-45, το 36,67% ήταν 46-55 ετών, το 11,67% ήταν μεταξύ 26-35 χρονών, το 8,33% ήταν 56-65 και τέλος μόλις το 5% ήταν 18-25 ετών.



*Γράφημα 2 Ηλικιακό φάσμα συμμετεχόντων*

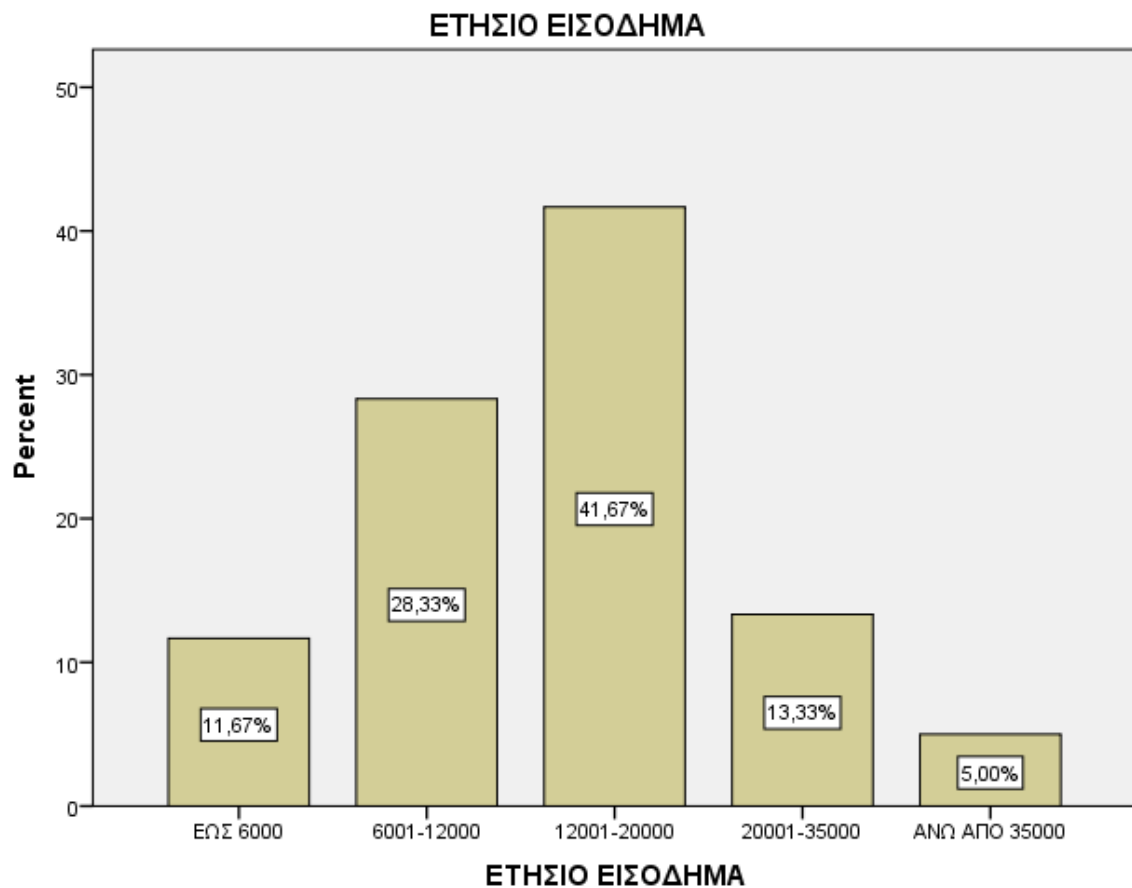
Στο γράφημα 3 απεικονίζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία, με ποσοστό 56,67% είχε τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 20% τη δευτεροβάθμια, το 11,67% ήταν κάτοχος μεταπτυχιακού

διπλώματος, το 6,67% είχε διδακτορικό και τέλος, μόλις το 5% είχε ολοκληρώσει την βασική υποχρεωτική εκπαίδευση.



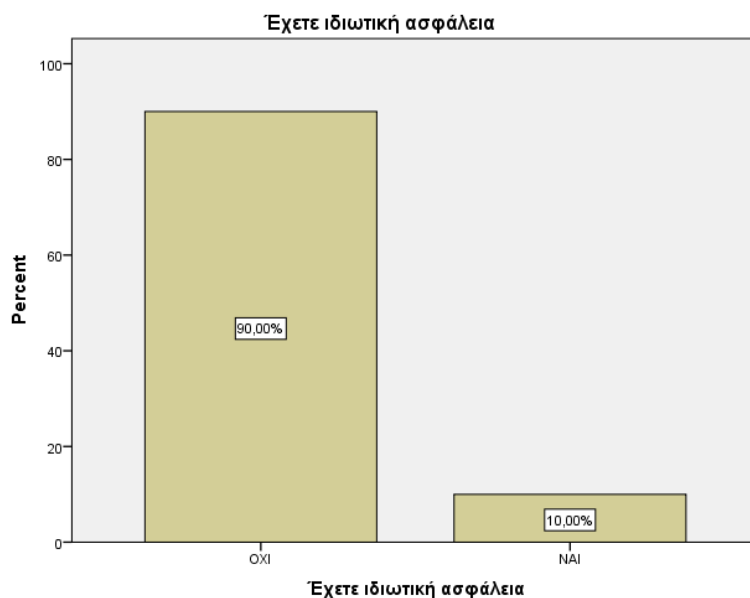
*Γράφημα 3 Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων*

Το γράφημα 4 αναπαριστά το ετήσιο εισόδημα των συμμετεχόντων. Ειδικότερα , το 41,67% δήλωσε ότι το εισόδημά του είναι μεταξύ 12.001 έως 20.000 ευρώ τον χρόνο, το 28,33% είπε ότι κυμαινόταν μεταξύ 6.001-12.000 ευρώ ετησίως, το 13,33% απάντησε 20.001-35.000 ευρώ, το 11,67% δήλωσε ότι έχει ως ετήσιο εισόδημα έως 6.000 ευρώ και μόλις το 5% απάντησε πάνω από 35.000 ευρώ.



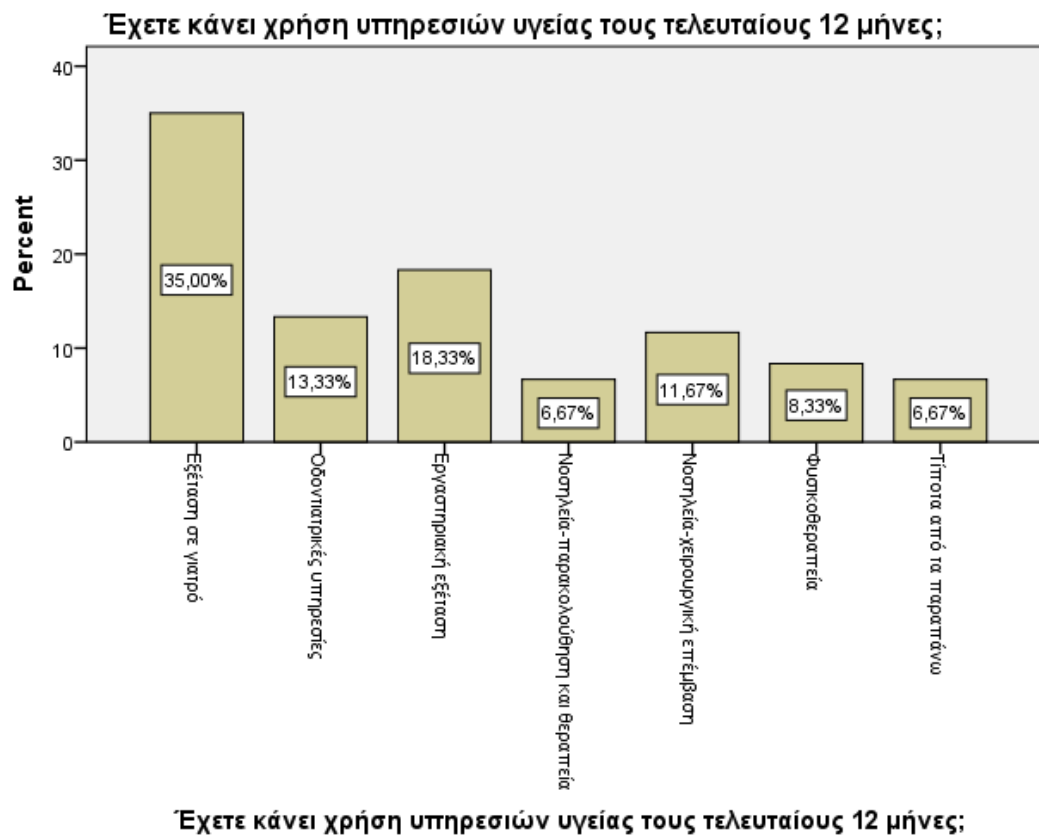
*Γράφημα 4 Ετήσιο εισόδημα συμμετεχόντων*

Στην ερώτηση σχετικά με το αν οι συμμετέχοντες έχουν ιδιωτική ασφάλεια, η πλειοψηφία με ποσοστό 90% απάντησε αρνητικά, ενώ το υπόλοιπο 10% θετικά όπως φαίνεται στην εικόνα 5.



*Γράφημα 5 Είδος ασφάλειας συμμετεχόντων*

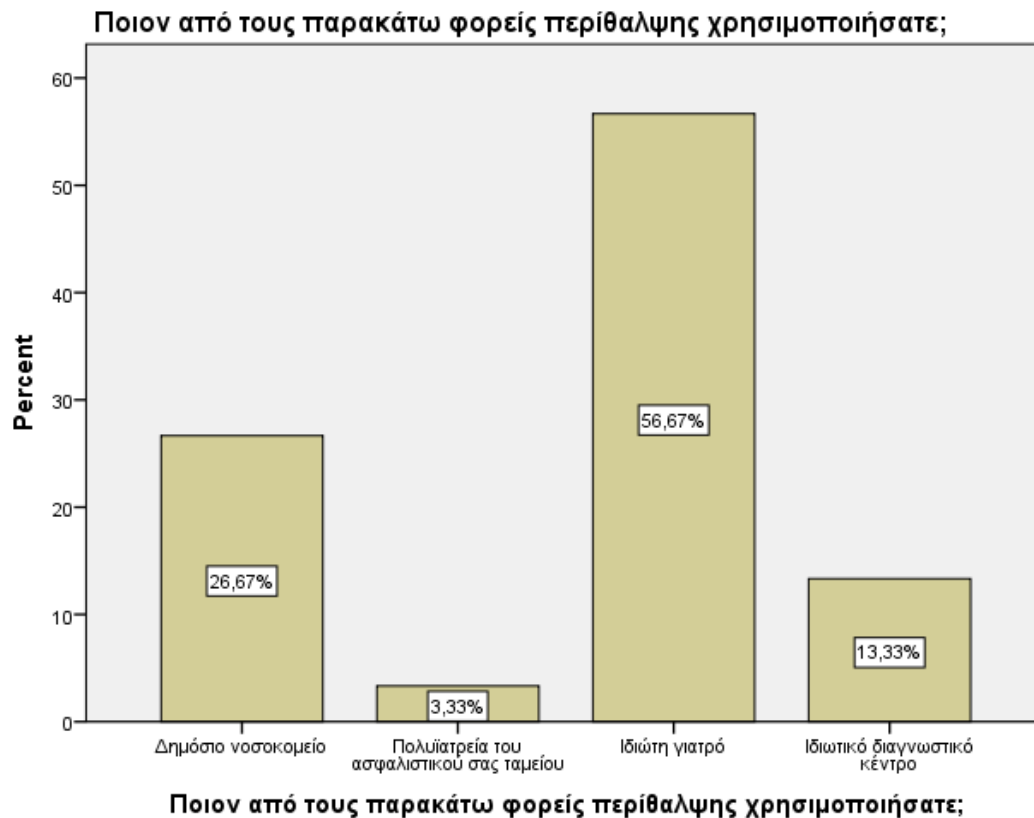
Στο γράφημα 6 δίνει πληροφορίες σχετικά με το αν οι συμμετέχοντες έχουν χρησιμοποιήσει δομές υγείας τους τελευταίους 12 μήνες. Αναλυτικότερα, το 35% είπε ότι είχε πάει για εξέταση σε γιατρό, το 18,33% είχε κάνει εργαστηριακή εξέταση, το 13,33% είχε κάνει χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών, το 11,67% είχε νοσηλευτεί ή χειρουργηθεί, το 8,33% είχε κάνει φυσικοθεραπεία, το 6,67% είχε νοσηλευτεί με παρακολούθηση και θεραπεία και τέλος, το υπόλοιπο 6,67% δεν είχε χρησιμοποιήσει τίποτα από τα παραπάνω. Το τελευταίο ποσοστό (6,67%) εφόσον δεν είχε κάνει χρήση κάποιας υπηρεσίας υγείας αποκλείστηκε από την συμμετοχή στην διεξαγωγή περαιτέρω συμπερασμάτων καθώς δεν μπορούσε να αποτελέσει μέρος της παραπάνω μελέτης.



*Γράφημα 6 Χρήση υπηρεσιών υγείας κατά είδος από τους συμμετέχοντες*

Το γράφημα 7 απεικονίζει τους φορείς περίθαλψης τους οποίους χρησιμοποίησαν οι συμμετέχοντες. Ειδικότερα, το 56,67% επέλεξε ιδιώτη γιατρό, το 26,67% χρησιμοποίησε δημόσιο νοσοκομείο, το 13,33% ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο και μόλις το 3,33% έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας σε πολύ-ιατρεία του ασφαλιστικού του ταμείου.

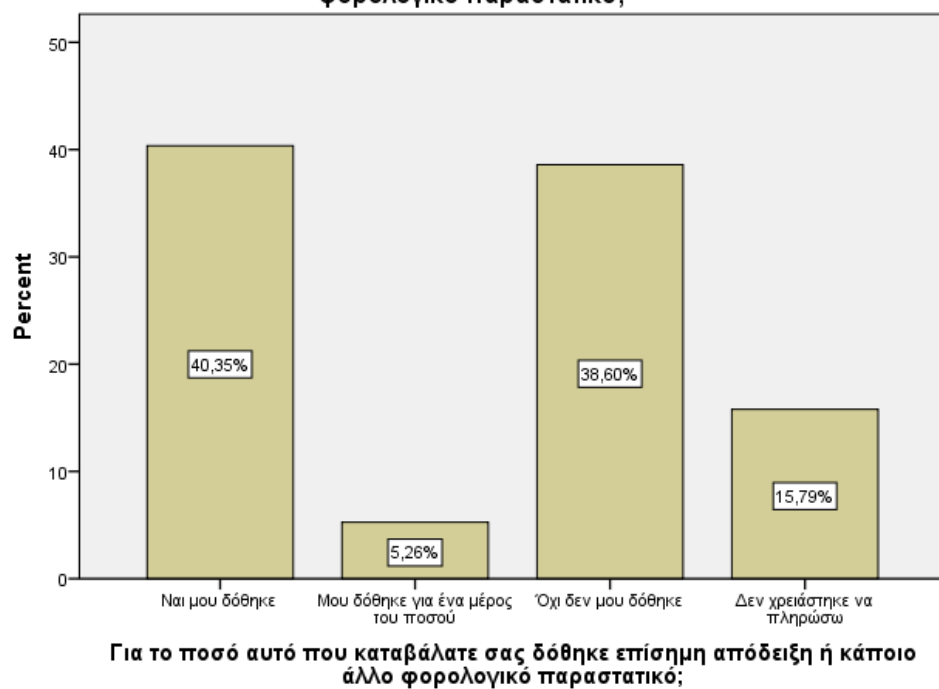




*Γράφημα 7 Είδος φορέα περίθαλψης που επιλέχθηκε*

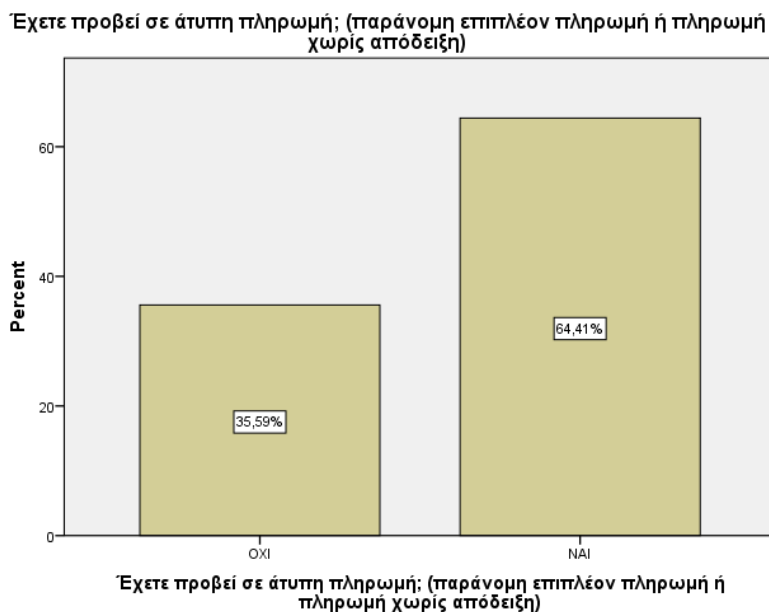
Το γράφημα 8 δείχνει αν δόθηκε στους συμμετέχοντες κάποια επίσημη απόδειξη ή κάποιο άλλο φορολογικό παραστατικό για το ποσό που καταβάλανε. Ειδικότερα, το 40,35% απάντησε θετικά, το 38,60% αρνητικά, το 15,79% δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να πληρώσει και το υπόλοιπο 5,26% δήλωσε ότι απόδειξη του δόθηκε μόνο για ένα μέρος του ποσού γεγονός που αποτελεί ένα είδος άτυπης πληρωμής. Επομένως από τα στοιχεία φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος συμμετείχε σε άτυπη πληρωμή.

Για το ποσό αυτό που καταβάλατε σας δόθηκε επίσημη απόδειξη ή κάποιο άλλο φορολογικό παραστατικό;



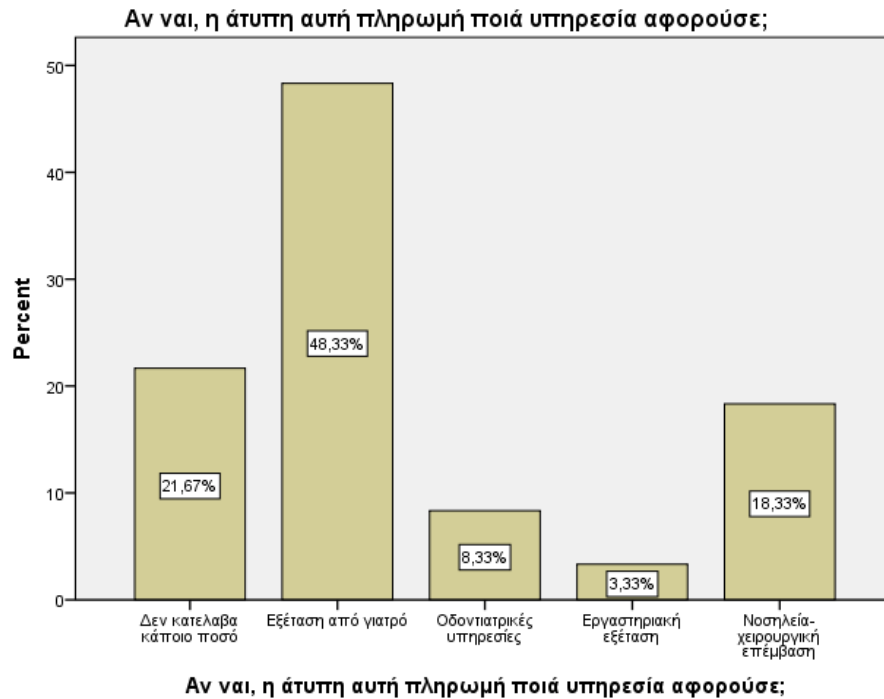
Γράφημα 8 Λήψη φορολογικής απόδειξης για την χρήση υπηρεσιών υγείας

Στο γράφημα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν έχουν προβεί σε άτυπη πληρωμή. Πιο συγκεκριμένα, το 64,41% απάντησε θετικά, ενώ το υπόλοιπο 35,59% δήλωσε ότι δεν έχει προβεί σε παράνομες πληρωμές. Στο συγκεκριμένο γράφημα όπως και σε αυτό της εικόνας 8 γίνονται εμφανή και πάλι τα υψηλά ποσοστά των άτυπων πληρωμών.



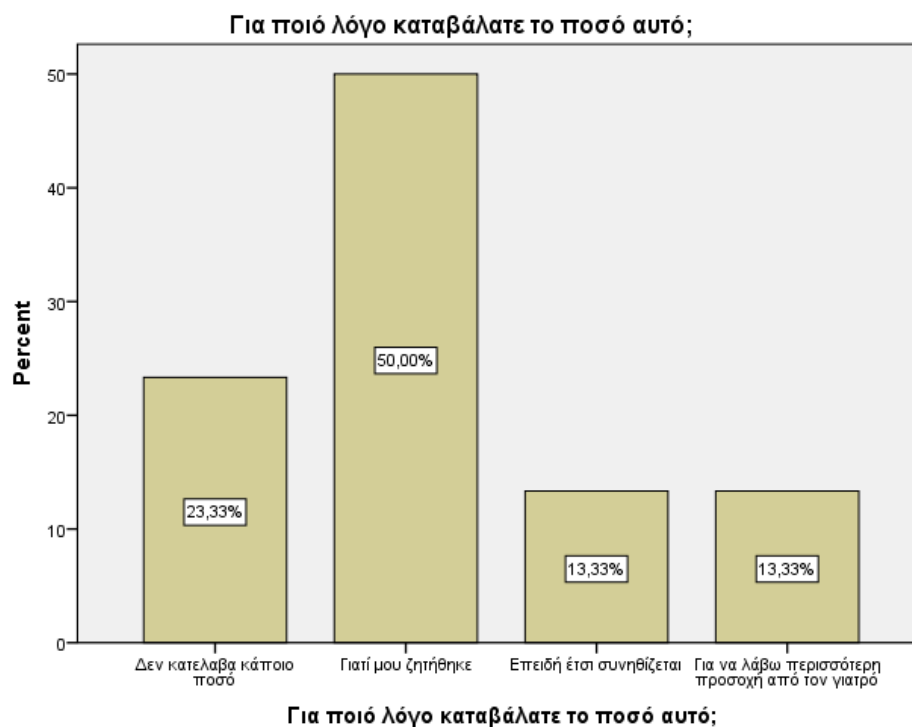
Γράφημα 9 Συμμετοχή σε κάποιας μορφής άτυπης πληρωμής

Σε συνέχεια του προηγούμενου ερωτήματος σχετικά με την άτυπη πληρωμή, όσοι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά δήλωσαν ότι η πληρωμή αυτή αφορούσε εξέταση σε γιατρό με ποσοστό 48,33%, σε νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση με ποσοστό 18,33%, σε οδοντιατρικές υπηρεσίες με ποσοστό 8,33% και τέλος σε εργαστηριακές εξετάσεις με ποσοστό 3,3%. Μόλις το 21,67% δήλωσε ότι δεν είχε καταβάλει κάποιο ποσό σε άτυπες πληρωμές, ποσοστό και πάλι αρκετά μικρό όπως φαίνεται στην εικόνα 10.



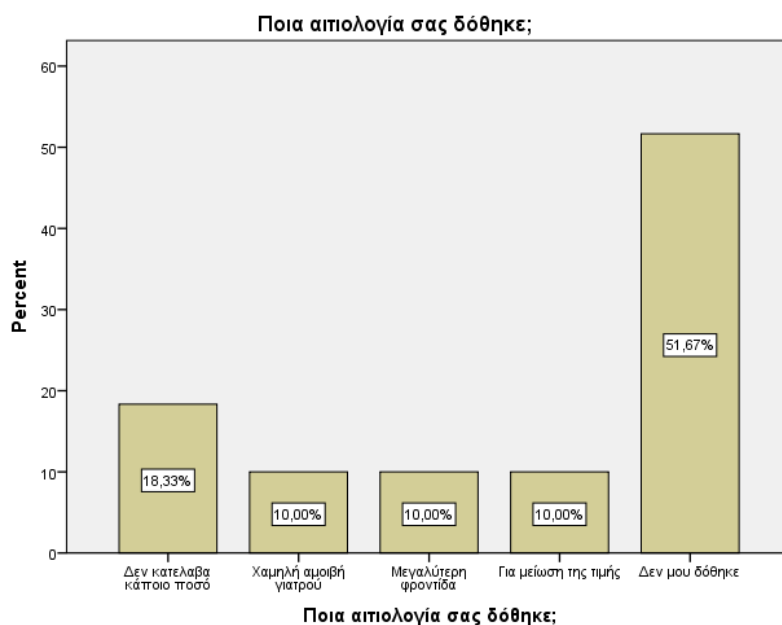
*Γράφημα 10 Υπηρεσίες που αφορούν οι άτυπες πληρωμές*

Στο γράφημα 11 φαίνονται οι λόγοι για τους οποίους χρειάστηκε οι συμμετέχοντες να καταβάλλουν το ποσό αυτό. Ειδικότερα, το 50% είπε ότι του ζητήθηκε από τον επαγγελματία υγείας, το 13,33% δήλωσε ότι έτσι συνηθίζεται, το 13,33% δήλωσε ότι θεώρησε ότι προκειμένου να λάβει περισσότερη προσοχή από τον γιατρό έπρεπε να προβεί σε άτυπη πληρωμή, και μόλις το 23,33% δεν είχε καταβάλλει κάποιο ποσό.



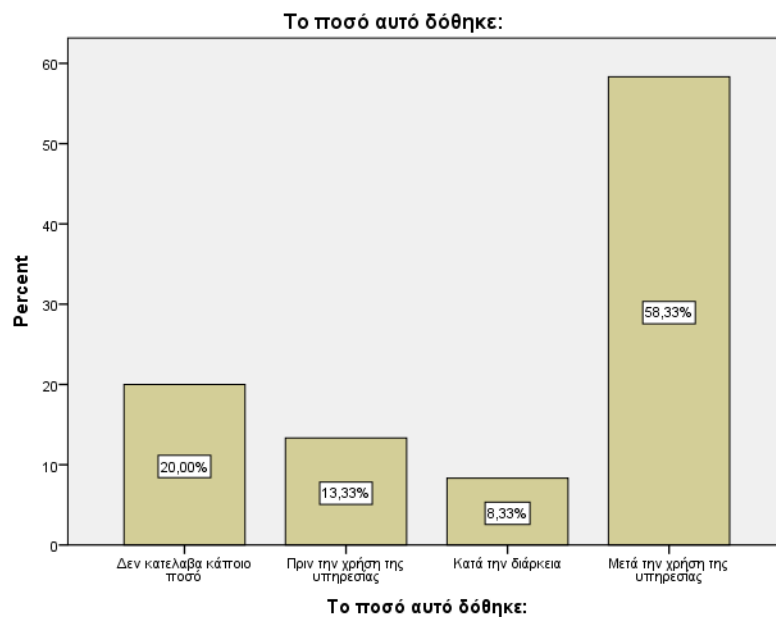
*Γράφημα 11 Λόγοι καταβολής άτυπων πληρωμών*

Στο γράφημα 12 αναπαρίστανται οι αιτιολογίες που δόθηκαν στους συμμετέχοντες από τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να προβούν οι πρώτοι σε κάποιας μορφής άτυπης πληρωμής. Ειδικότερα, η συντριπτική πλειοψηφία (51,67%) δήλωσε ότι δεν τους δόθηκε καμία αιτιολογία γεγονός που μπορεί να δικαιολογηθεί μόνο όταν μια συμπεριφορά αποτελεί νόρμα και κατεστημένο, το 18,33% δεν χρειάστηκε να καταβάλει κάποιο ποσό, ενώ τελευταίες βρίσκονταν οι υπόλοιπες επιλογές με ποσοστό 10% για κάθε μία από τις κατηγορίες αντίστοιχα, η αιτιολογία της γενικότερα χαμηλής αμοιβής του γιατρού, η πιθανή λήψη μεγαλύτερης φροντίδας και η πιθανή μείωση της τιμής.



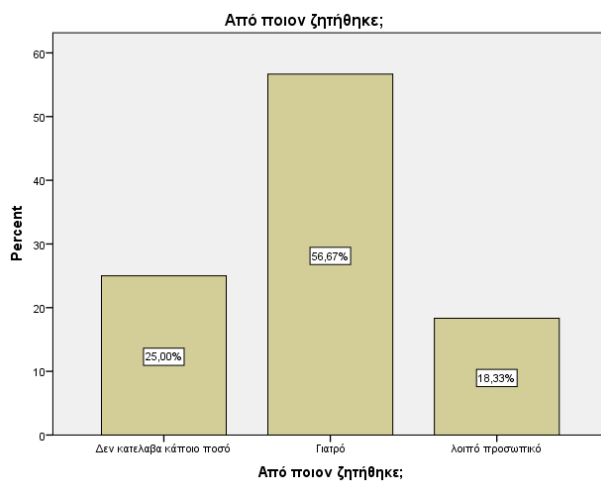
*Γράφημα 12 Αιτιολογική προσέγγιση επαγγελματιών υγείας προκειμένου να προβεί ο ασθενής σε άτυπη πληρωμή*

Το γράφημα 13 απεικονίζει το χρονικό περιθώριο κατά το οποίο δόθηκαν τα προαναφερθέντα ποσά. Ειδικότερα, η πλειοψηφία, με ποσοστό 58,33%, απάντησε ότι δόθηκε μετά την χρήση της υπηρεσίας, το 13,33% πριν την χρήση και το 8,33% κατά τη διάρκεια. Ενώ μόλις το 20% δεν είχε καταβάλλει κάποιο ποσό.



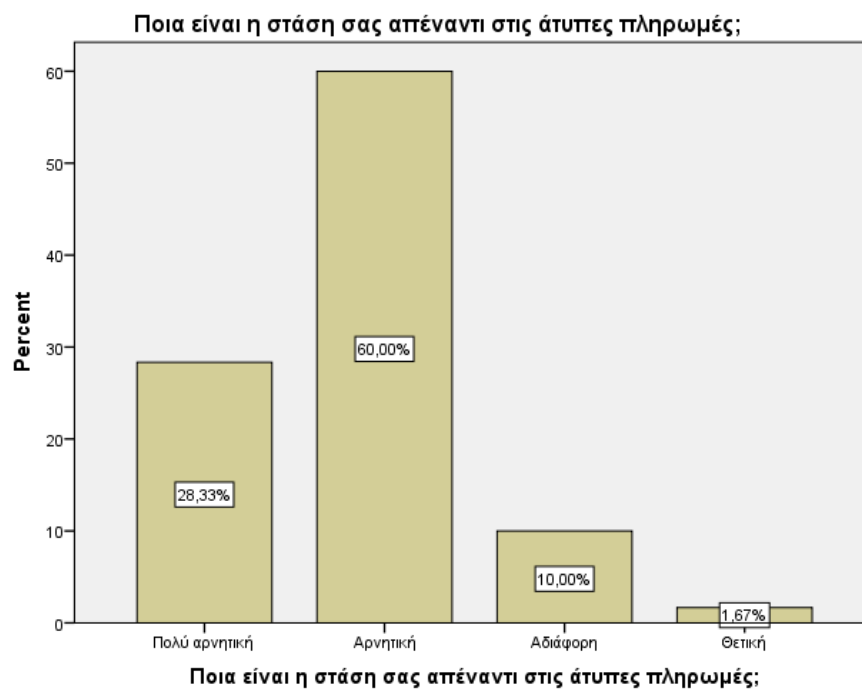
*Γράφημα 13 Χρονική καταβολή άτυπης πληρωμής*

Το γράφημα 14 δείχνει από ποιον ζητήθηκε το συγκεκριμένο ποσό. Ειδικότερα, το 56,67% δήλωσε ότι ζητήθηκε από κάποιον γιατρό, το 25% δεν κατέβαλε κάποιο ποσό και το υπόλοιπο 18,33% δήλωσε ότι ζητήθηκε από άλλος επαγγελματίες υγείας εκτός ιατρών.



*Γράφημα 14 Επαγγελματίες υγείας στον οποίο απευθύνονται οι άτυπες πληρωμές*

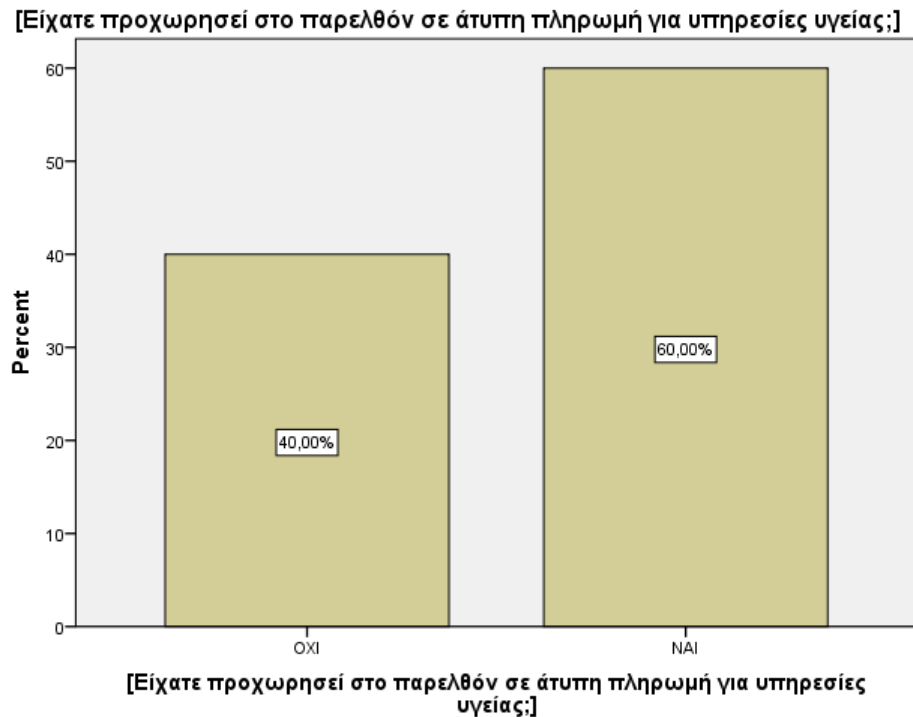
Το γράφημα 15 δείχνει την στάση των συμμετεχόντων απέναντι στις άτυπες πληρωμές. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία, με ποσοστό 60% στέκεται αρνητικό απέναντι σε αυτές, το 28,33% πολύ αρνητικό, το 10% ήταν αδιάφορο και μόλις το 1,67% κρατούσε θετική στάση.



Γράφημα 15 Στάση απέναντι στις άτυπες πληρωμές

Στο γράφημα 16 φαίνεται αν οι συμμετέχοντες είχαν προχωρήσει στο παρελθόν σε κάποια άτυπη πληρωμή για υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, το 60% απάντησε ναι ενώ το υπόλοιπο 40% απάντησε όχι.





*Γράφημα 16 Συμμετοχή σε κάποια άτυπη πληρωμή στο παρελθόν*

Στον ακόλουθο πίνακα 1 φαίνονται οι βαθμοί συμφωνίας των ερωτωμένων όσον αφορά τις στάσεις τους απέναντι στις άτυπες πληρωμές. Οι αριθμοί-μέσοι όροι δηλώνουν το κατά πόσο κατά μέσο όρο συμφωνούν οι ερωτώμενοι στην κάθε δήλωση. Η κωδικοποίηση είναι 1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ, 4 =Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα. Έτσι αν ο μέσος όρος είναι κοντά ή πάνω από το 3 τότε οι ερωτώμενοι συμφωνούν , ενώ αν είναι κάτω από το 3 διαφωνούν. Σαφώς στον παρακάτω πίνακα εντοπίζεται μια αισθητή διαφωνία. Οι ερωτώμενοι διαφωνούν πως η άτυπη πληρωμή βοήθησε την αντιμετώπιση του προβλήματος τους με βαθμό διαφωνίας 2,4. Εντούτοις όμως οι ερωτώμενοι κατά μέσο όρο είναι ικανοποιημένοι από την περίθαλψη που τους παρασχέθηκε σε βαθμό συμφωνίας 3,8. Τέλος οι ερωτώμενοι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν αυτό δείχνει ότι δεν είναι σίγουροι για την έκβαση του αποτελέσματος στην περίπτωση που δεν θα είχαν δώσει φακελάκι. Εδώ φαίνεται πως η τυπική απόκλιση είναι μεγάλη γεγονός το οποίο φανερώνει την αβεβαιότητα. Άλλοι

συμφωνούν με αυτή την δήλωση και άλλοι διαφωνούν . Αποτέλεσμα είναι το δείγμα να είναι αδιάφορο , ούτε να συμφωνεί ούτε να διαφωνεί ως προς αυτή την δήλωση.

[Θεωρείτε ότι η άτυπη [Είστε ικανοποιημένος/πληρωμή βοήθησε στην [Θεωρείτε ότι θα είχατε το από την περίθαλψη που αντιμετωπίσατε] του ίδιου αποτελέσματος χωρίς την σας παρασχέθηκε] προβλήματός σας] άτυπη πληρωμή]			
Μέσος όρος	3,8667	2,4167	3,3000
Τυπική απόκλιση	0,98233	1,42961	1,47637

*Πίνακας 17 Στάση απέναντι στις άτυπες πληρωμές*

Στον παρακάτω πίνακα 2 φαίνονται τα ποσά που έχουν ξοδέψει οι ερωτώμενοι σε άτυπες πληρωμές. Φαίνεται πως το 76,5% έχει ξοδέψει μέχρι τώρα σε δημόσιο νοσοκομείο μέχρι 600 ευρώ . Επίσης η επικρατούσα άτυπη πληρωμή είναι της τάξεως των 500 ευρώ με συχνότητα 23,5%. Το παραπάνω αναδεικνύει ότι οι περισσότεροι πολίτες ίσως έχουν πληρώσει μέχρι τώρα περίπου 500 ευρώ σε άτυπες πληρωμές. Επόμενο πιο συχνό ποσό είναι τα 150 ευρώ , 300 ευρώ, τα 1000 ευρώ και τα 600 ευρώ. Ωστόσο το συγκεκριμένο δείγμα είναι αρκετά μικρό επομένως δεν μπορεί να καταλήξει σε ασφαλή συμπεράσματα.

Ποιο είναι το συνολικό ποσό άτυπης πληρωμής που έχετε δώσει μέχρι τώρα σε δημόσιο νοσοκομείο;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ποσοστό	100,00	1	1,7	5,9	5,9
	150,00	2	3,3	11,8	17,6
	200,00	1	1,7	5,9	23,5
	300,00	2	3,3	11,8	35,3
	380,00	1	1,7	5,9	41,2
	500,00	4	6,7	23,5	64,7
	600,00	2	3,3	11,8	76,5
	1000,00	2	3,3	11,8	88,2
	2000,00	1	1,7	5,9	94,1
	4500,00	1	1,7	5,9	100,0
	Σύνολο	17	28,3	100,0	
		43	71,7		
Σύνολο		60	100,0		

Πίνακας 2 Ύψος ποσών που απευθύνονται σε άτυπες πληρωμές

Εν συνεχεία ,στον πίνακα 3 φαίνονται τα ποσά που έχουν ξοδέψει οι ερωτώμενοι σε άτυπες πληρωμές σε ιδιωτική κλινική . Φαίνεται πως το 73,9% έχει ξοδέψει μέχρι τώρα σε ιδιωτική κλινική μέχρι 500 ευρώ . Επίσης η επικρατούσα άτυπη πληρωμή

είναι της τάξεως των 500 ευρώ με συχνότητα 17,4% και τα 150% ευρώ με συχνότητα 17,4%. Αυτό αναδεικνύει ότι οι περισσότεροι πολίτες ίσως έχουν πληρώσει μέχρι τώρα περίπου 500 ευρώ και 150 ευρώ σε άτυπες πληρωμές σε ότι αφορά το ιδιωτικό νοσοκομείο, ωστόσο το δείγμα των 17 ερωτηθέντων είναι πολύ μικρό για την διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

*Ποιο είναι το συνολικό ποσό άτυπης πληρωμής που έχετε δώσει μέχρι τώρα σε ιδιωτικό νοσοκομείο;*

					Αθροιστικό
					ποσοστό
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	
Ποσοστό					
10,00	1	1,7	4,3	4,3	
30,00	1	1,7	4,3	8,7	
50,00	1	1,7	4,3	13,0	
100,00	1	1,7	4,3	17,4	
150,00	4	6,7	17,4	34,8	
200,00	1	1,7	4,3	39,1	
250,00	1	1,7	4,3	43,5	
300,00	2	3,3	8,7	52,2	
400,00	1	1,7	4,3	56,5	
500,00	4	6,7	17,4	73,9	
600,00	1	1,7	4,3	78,3	
1000,00	1	1,7	4,3	82,6	
1500,00	1	1,7	4,3	87,0	

2000,00	1	1,7	4,3	91,3
2500,00	1	1,7	4,3	95,7
10000,00	1	1,7	4,3	100,0
Σύνολο	23	38,3	100,0	
	37	61,7		
Σύνολο	60	100,0		

*Πίνακας 3 Ύψος ποσών που απευθύνονται σε άτυπες πληρωμές σε ιδιωτική κλινική*

Στην συνέχεια ακολουθεί πίνακας 4 με τον μέσο όρο συμφωνιών των ερωτωμένων όσο αφορά προτεινόμενα μέτρα κατά της άτυπης πληρωμής. Οι ερωτήσεις είναι δομημένες με κλίμακες Likert με την εξής κωδικοποίηση, 1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ, 4 =Συμφωνώ,5=Συμφωνώ Απόλυτα. Σε εκείνο το μέτρο το οποίο συμφωνούν κατά πλειοψηφία και με μεγάλο βαθμό συμφωνίας ( 4,60) είναι, η βελτιστοποίηση ελέγχου πόθεν έσχες ιατρικού προσωπικού καθώς και η υποχρεωτική δημιουργία πιστοποίησης ποιότητας όλων των δημοσίων καθώς και ιδιωτικών νοσοκομείων. Ακολουθούν με βαθμό συμφωνίας 4,55 η θέσπιση ειδικής διαδικασίας ελέγχου των χρηματοδοτήσεων και χορηγιών των φαρμακευτικών εταιρειών και η ενίσχυση των ελεγκτικών οργανισμών και μηχανισμών. Εκείνο όμως το οποίο πρέπει να τονιστεί είναι πως οι ερωτώμενοι είναι σύμφωνοι στο μέτρο της επιμήκυνσης της παραγραφής σε όλες τις περιπτώσεις πειθαρχικών παραπτωμάτων ή ποινικών αδικημάτων που συνδέονται με διαφθορά. Ο μέσος όρος είναι 3,77 πράγμα το οποίο σηματοδοτεί πως υπήρξαν λίγα άτομα και συγκεκριμένα το 18% που διαφώνησαν με την δήλωση αυτή.

Προτάσεις για την καταπολέμηση της διαφθοράς

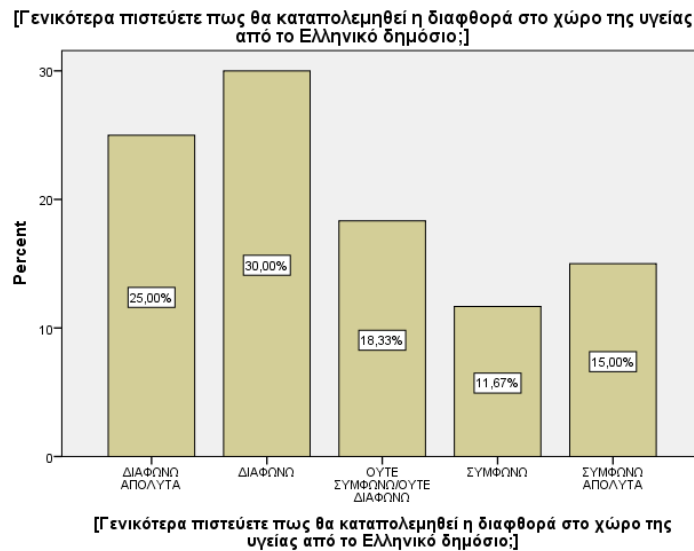
1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ, 4 =Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα

<i>Μέσοι όροι συμφωνίας για κάθε δήλωση</i>	<i>M.O.</i>
[Επιμήκυνση της παραγραφής σε όλες τις περιπτώσεις πειθαρχικών παραπτωμάτων ή ποινικών αδικημάτων που συνδέονται με διαφθορά]	3,77
[Θέσπιση αυστηρότερων ποινικών και πειθαρχικών ποινών]	4,43
[Αναβάθμιση ποινικών αδικημάτων που συνδέονται με διαφθορά σε κακουργήματα.]	4,35
[Θέσπιση ταχύτερων διαδικασιών για την πειθαρχική δίωξη και τη λειτουργία των πειθαρχικών συμβουλίων σε περιπτώσεις πειθαρχικών παραπτωμάτων που συνδέονται με διαφθορά.]	4,42
[Ανταλλαγή πληροφοριών των διαφόρων ελεγκτικών μηχανισμών και άμεση ενημέρωση της υπηρεσίας στην οποία υπηρετεί ο υπάλληλος ή ο λειτουργός ο οποίος έχει επιδείξει συμπεριφορά που εντάσσεται στην έννοια της διαφθοράς.]	4,43
[Θέσπιση ειδικής διαδικασίας ελέγχου των χρηματοδοτήσεων και χορηγιών των φαρμακευτικών εταιρειών.]	4,55
[Η φοροαποφυγή ή φοροδιαφυγή ανεξαρτήτως της τυχόν συμπληρωματικής δηλώσεως του υπόχρεου να συνιστά βαρύτατο πειθαρχικό παράπτωμα (στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα).]	4,39
[Ενίσχυση των ελεγκτικών οργανισμών και μηχανισμών.]	4,55
[Βελτιστοποίηση ελέγχου πόθεν έσχες ιατρικού προσωπικού]	4,60
[Βελτίωση αμοιβών ιατρικού προσωπικού]	4,34
[Τη δημιουργία πιστοποίησης ποιότητας όλων των δημοσίων καθώς και ιδιωτικών νοσοκομείων, υποχρεωτικά]	4,60
[Η δημιουργία ιστοσελίδας στο Υπουργείο Υγείας ή στις ελεγκτικές Υπηρεσίες όπου οι πολίτες θα καταγγέλλουν συγκεκριμένα περιστατικά διαφθοράς]	4,47

*Πίνακας 4 Προτεινόμενα μέτρα κατά των άτυπων πληρωμών*

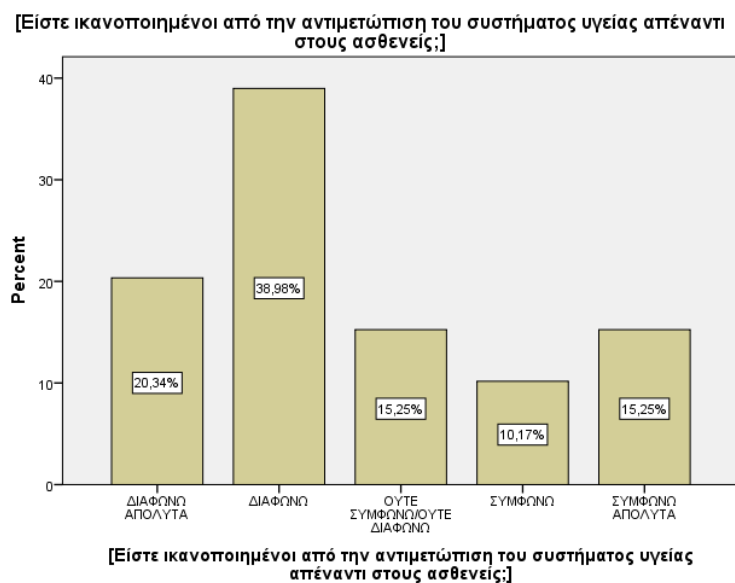
Παρακάτω στο γράφημα 17 φαίνονται οι απόψεις των ερωτωμένων ως προς τα προβλήματα διαφθοράς στο χώρο της υγείας. Το 55% δήλωσε πως η διαφθορά δεν θα

καταπολεμηθεί από το ελληνικό δημόσιο ενώ το 26% θεωρεί το αντίθετο. Από την άλλη πλευρά το 18,33% δεν έχει σαφή άποψη επί του θέματος.



#### Γράφημα 17 Τρόποι καταπολέμηση της διαφθοράς

Στο τελευταίο γράφημα 18 φαίνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτωμένων από την αντιμετώπιση του συστήματος υγείας στους ασθενείς. Περίπου το 60% είναι απογοητευμένοι από το σύστημα υγείας της χώρας ενώ μόλις περίπου το 35% είναι ικανοποιημένο. Οι υπόλοιποι 15,25% είναι αδιάφοροι επί του θέματος



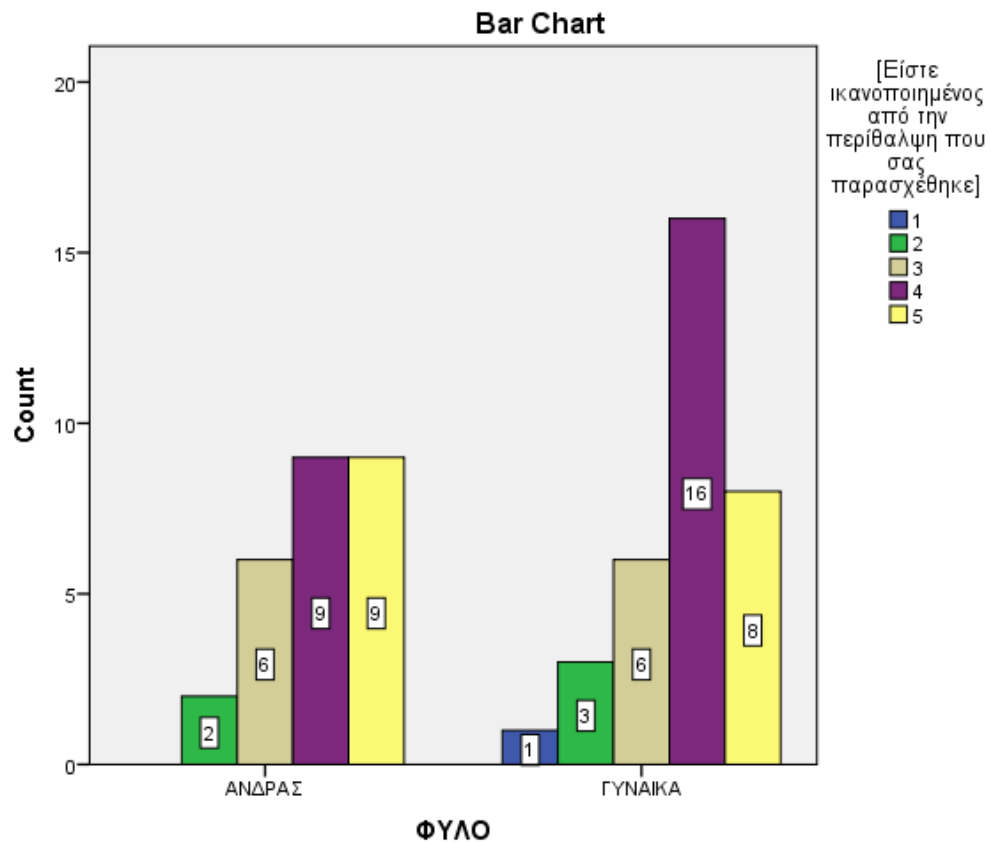
Γράφημα 18 Βαθμός ικανοποίησης από το σύστημα υγείας

Στην συνέχεια θα γίνουν κάποιες συσχετίσεις σε σχέση με ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και των περιγραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Αρχικά ως προς το φύλο, στην συνέχεια ως προς το εισόδημα και τέλος ως προς την εκπαίδευση.

#### *Συσχετίσεις ως προς το φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα*

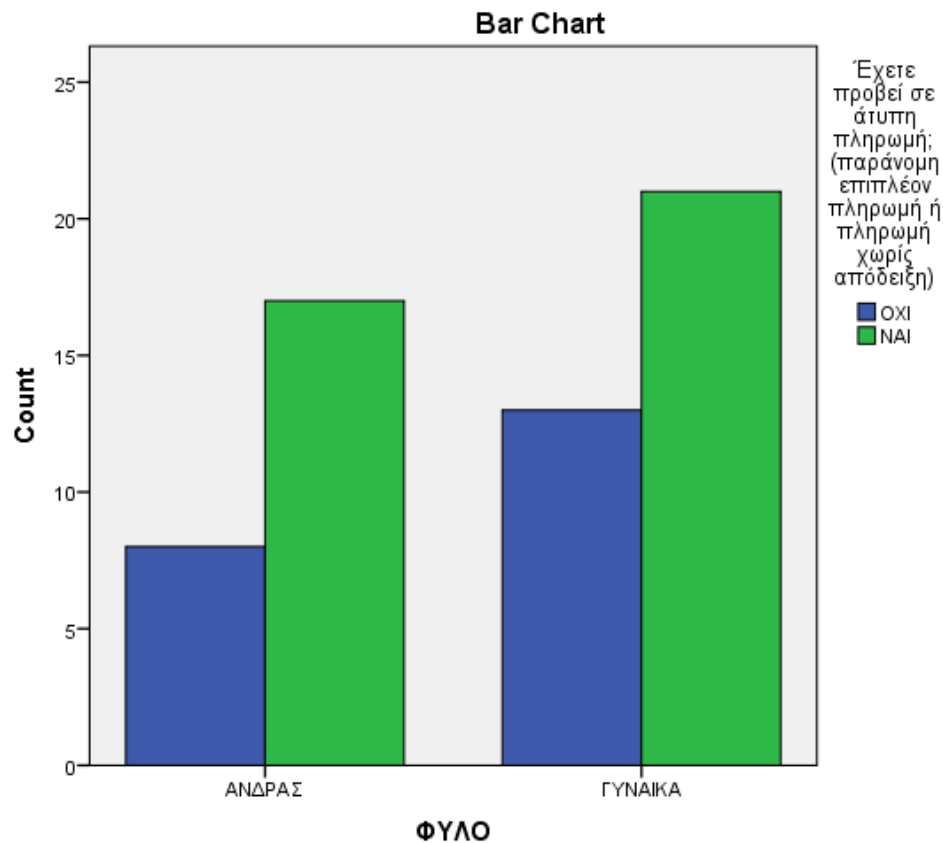
Στο γράφημα 19 γίνεται συσχέτιση μεταξύ φύλου και της ερώτησης που αφορά την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Συγκεκριμένα όσον αφορά τους άντρες δείχνουν ικανοποιημένοι από την φροντίδα που τους παρασχέθηκε καθώς η πλειοψηφία αυτών απάντησε ότι συμφωνεί ή ότι συμφωνεί απόλυτα. Οι γυναίκες έδειξαν επίσης ικανοποιημένες καθώς και σε αυτές η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα.





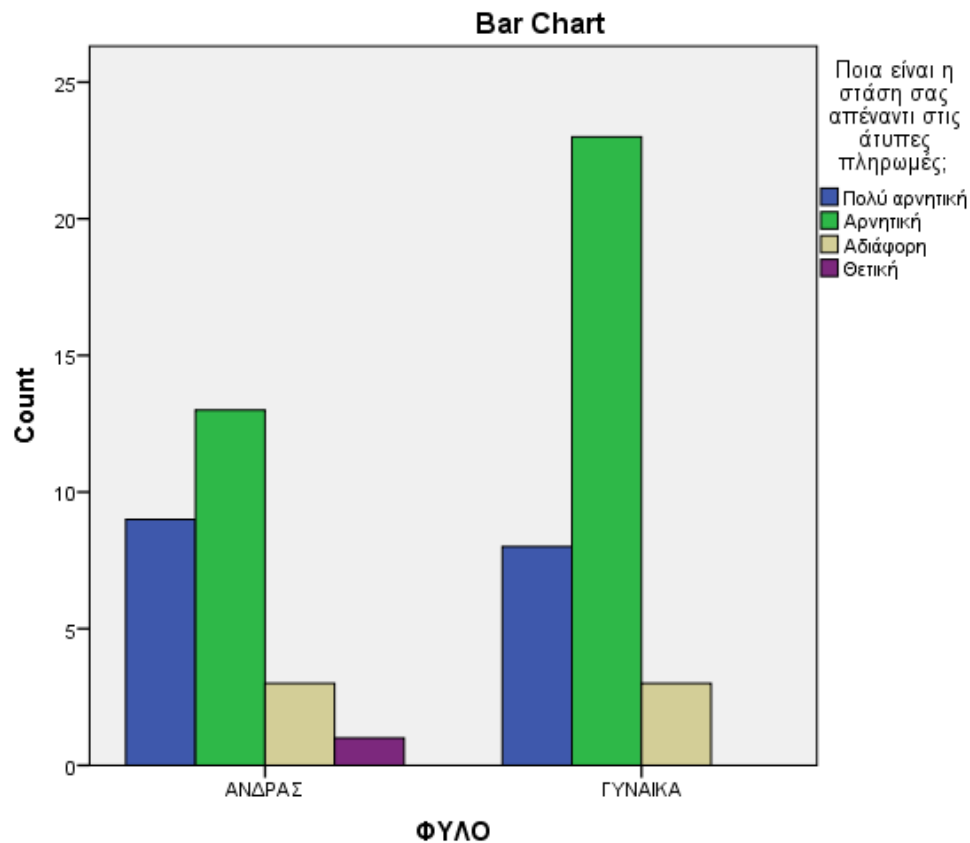
Γράφημα 19 Συσχέτιση ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα και φύλου

Στο γράφημα 20 γίνεται συσχέτιση της ερώτησης αν έχει προβεί ο ερωτώμενος σε κάποια άτυπη πληρωμή και του φύλου. Και στα δυο φύλλα υπερσχύει το ποσοστό που έχει προβεί σε άτυπη πληρωμή ωστόσο στην περίπτωση των γυναικών οι θετικές απαντήσεις υπερσχύουν.



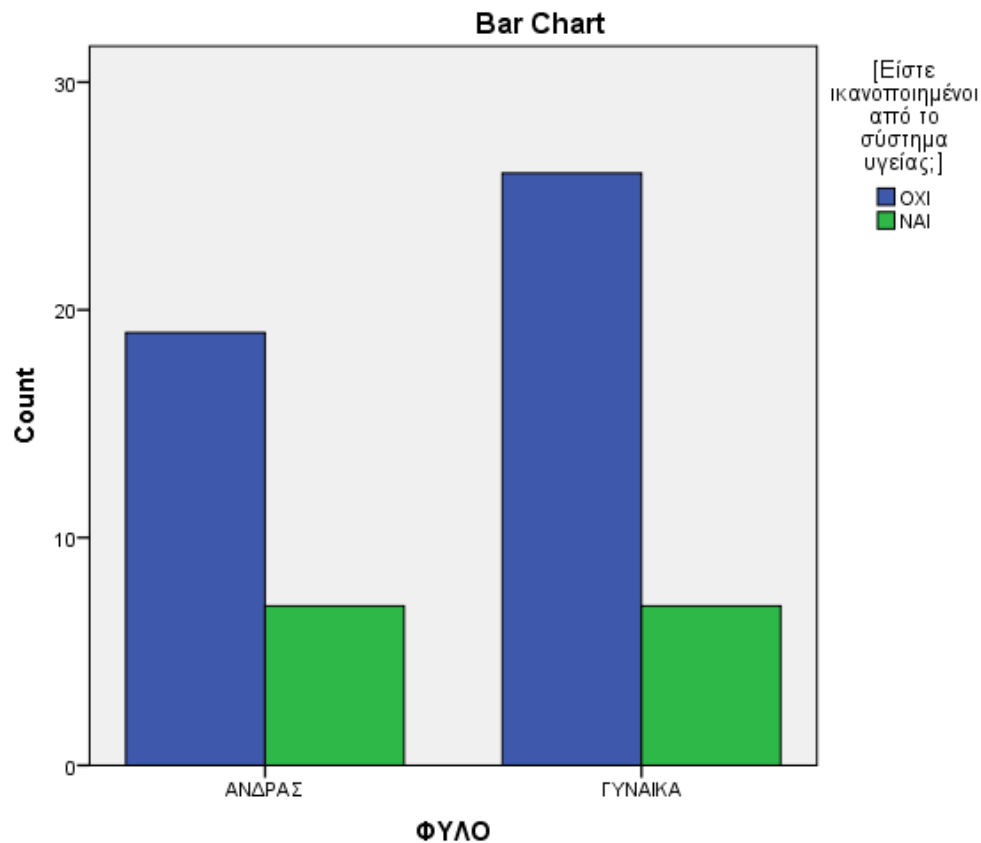
Γράφημα 20 Συσχέτιση ερώτησης αν έχει προβεί σε άτυπη πληρωμή και φύλου

Στο γράφημα 21 απεικονίζεται η ερώτηση που αφορά την στάση των ερωτώμενων απέναντι στις άτυπες πληρωμές σε συσχέτιση με το φύλο. Και στα δυο φύλα υπερσχύει η αρνητική στάση ωστόσο στις γυναίκες υπερσχύει κατά πολύ σε σχέση με τις υπόλοιπες απαντήσεις. Επίσης στο διάγραμμα φαίνεται ότι στην περίπτωση των ανδρών υπάρχουν και κάποιες απαντήσεις που δείχνουν θετική στάση απέναντι στις άτυπες πληρωμές.



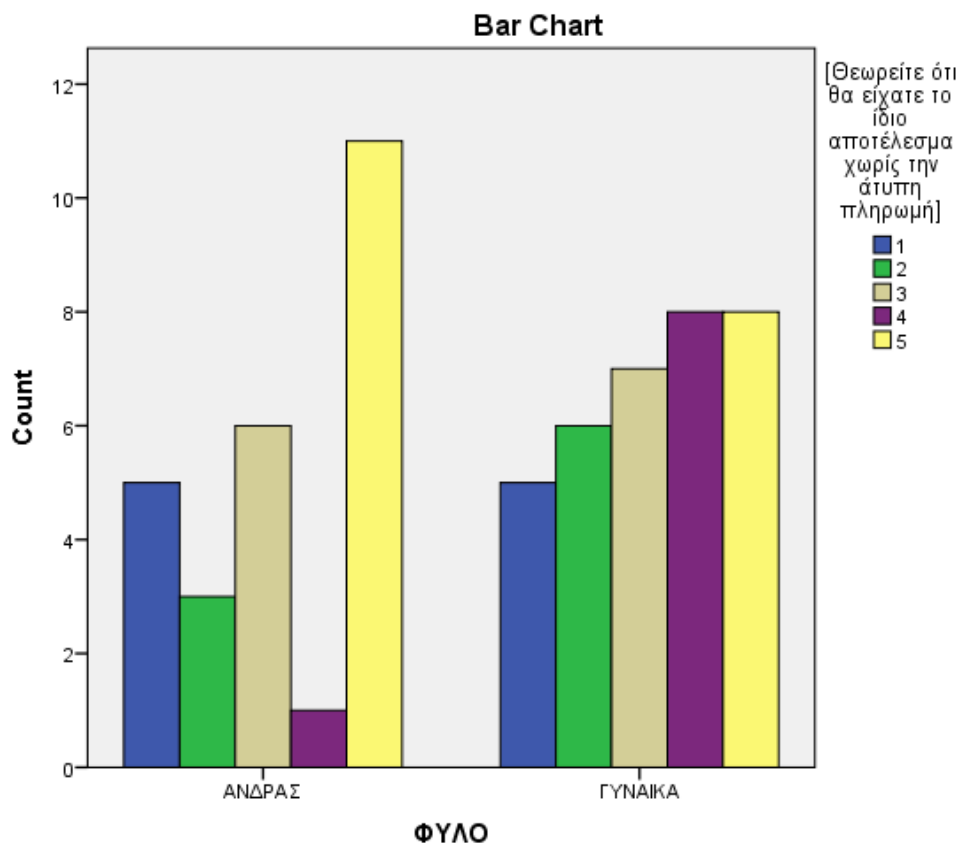
Γράφημα 18 Συσχέτιση φύλου και στάσης απέναντι στις άτυπες πληρωμές

Στο γράφημα 22 γίνεται συσχέτιση του φύλου και της ερώτησης που αφορά την ικανοποίηση από το σύστημα υγείας όπου γίνεται εμφανές ότι κανένα από τα δυο φύλλα δεν είναι ικανοποιημένο από το σύστημα υγείας γενικότερα με εμφανέστατη διαφορά.



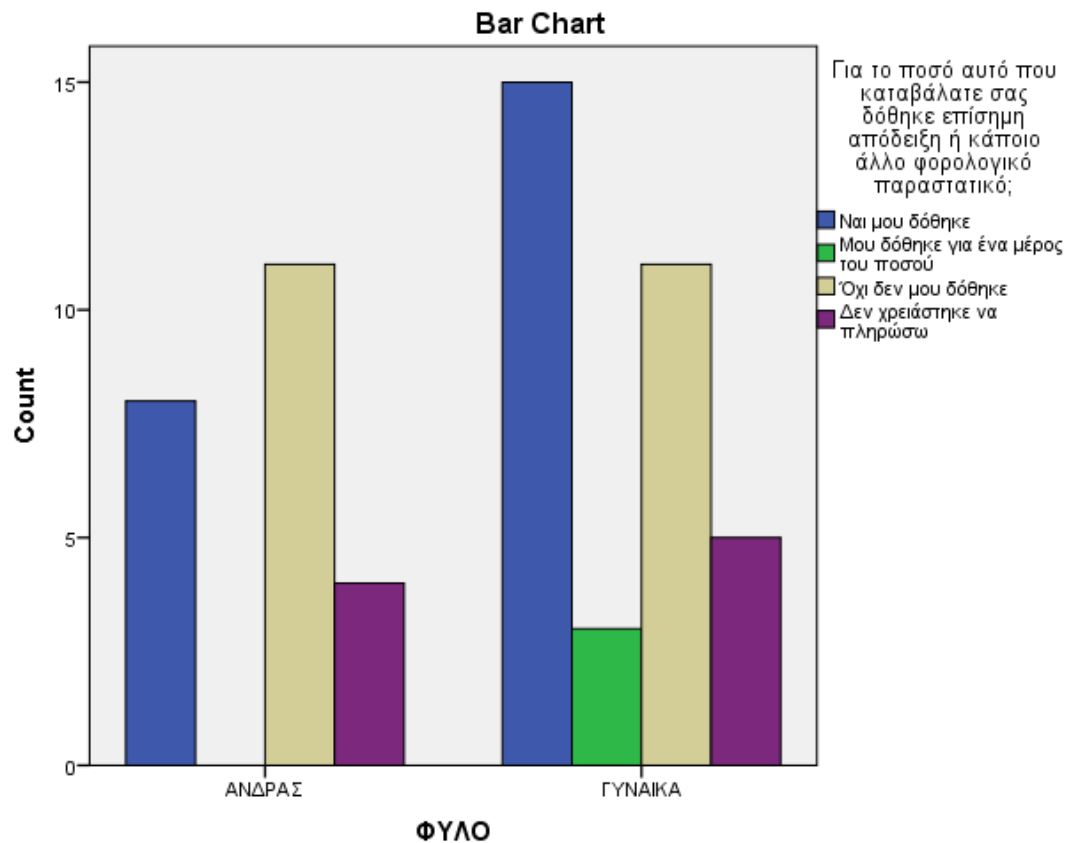
Γράφημα 22 Συσχέτιση φύλου και ικανοποίησης από το σύστημα υγείας

Στο γράφημα 23 γίνεται συσχέτιση μεταξύ φύλου και του βαθμού συμφωνίας με την ερώτηση αν θα υπήρχε το ίδιο αποτέλεσμα στην λήψη της υπηρεσίας υγείας χωρίς την άτυπη πληρωμή. Στους άντρες υπερισχύει η συμφωνία με την παραπάνω πρόταση ενώ ακολουθεί η απάντηση ότι έχουν ουδέτερη άποψη. Στις γυναίκες υπερισχύουν με ισοβαθμία οι απαντήσεις συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα.



Γράφημα 19 Συσχέτιση φύλου και βαθμού συμφωνίας με την ερώτηση: Θεωρείτε ότι θα είχατε το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή

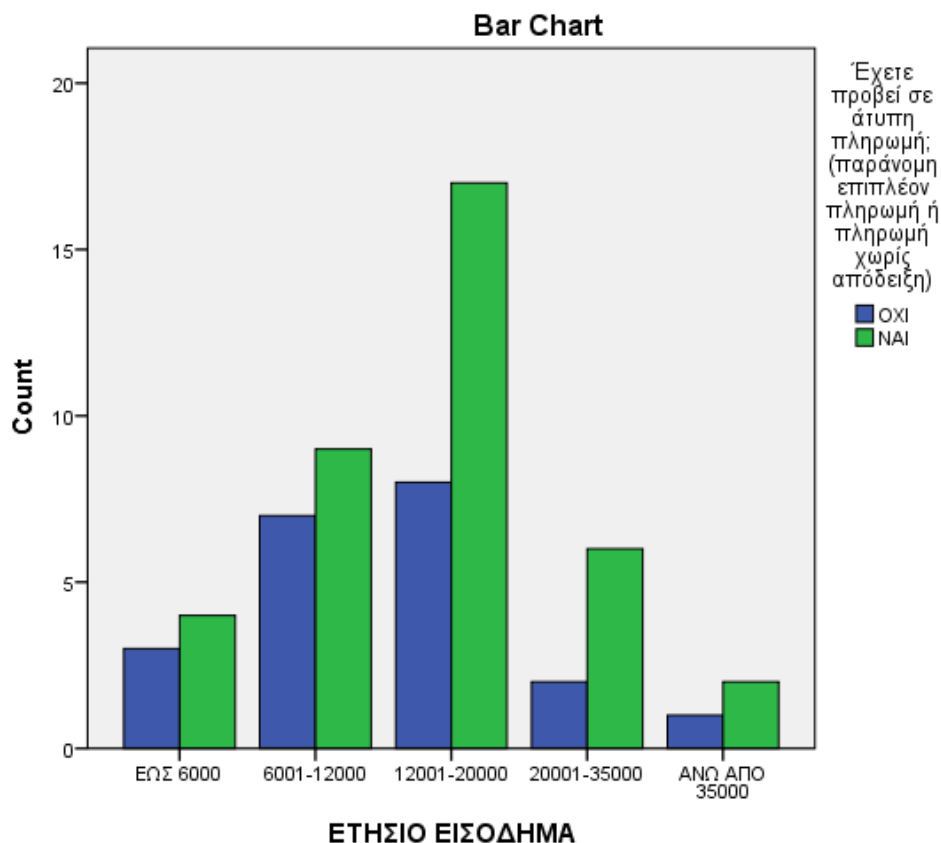
Στο γράφημα 24 γίνεται συσχέτιση μεταξύ φύλου και λήψης φορολογικού παραστατικού. Στους άντρες υπερισχύει η απάντηση ότι δεν δόθηκε φορολογικό παραστατικό ενώ στις γυναίκες υπερισχύει η απάντηση ότι τους δόθηκε φορολογικό παραστατικό, ωστόσο η επόμενη δημοφιλέστερη απάντηση είναι ότι δεν τους δόθηκε φορολογικό παραστατικό. Λιγότερες απαντήσεις συγκέντρωσε η απάντηση ότι δεν χρειάστηκε να πληρώσουν, ενώ η απάντηση ότι τους δόθηκε φορολογικό παραστατικό μόνο για μέρος του ποσού εμφανίζεται μόνο στην κατηγορία των γυναικών.



Γράφημα 20 Συσχέτιση φύλου και λήψης ή όχι φορολογικού παραστατικού

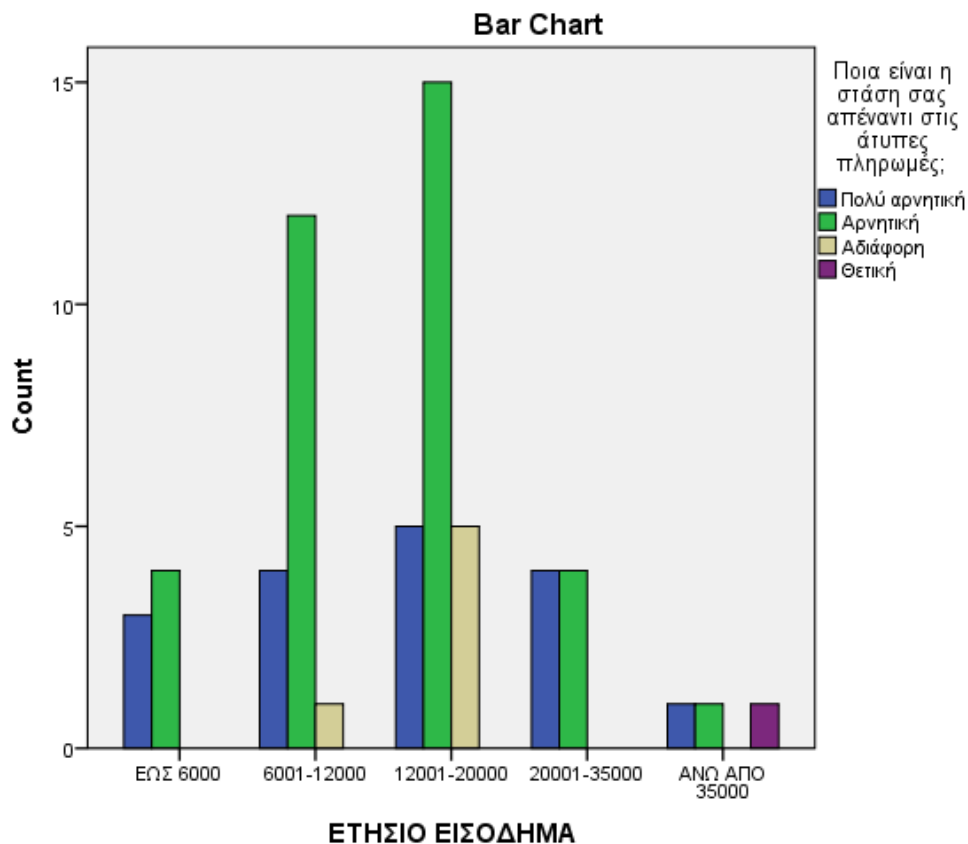
#### Συσχετίσεις ως προς το εισόδημα των συμμετεχόντων

Στο γράφημα 25 γίνεται συσχέτιση εισοδήματος και της ερώτησης που εξετάζει κατά πόσο οι ερωτώμενοι έχουν προβεί σε κάποια άτυπη πληρωμή. Από το διάγραμμα γίνεται εμφανές ότι όλες οι εισοδηματικές κατηγορίες έχουν προβεί σε κάποια άτυπη πληρωμή καθώς υπερσχύουν οι θετικές απαντήσεις. Ειδικότερα στις ομάδες 12.001-20.000 και 20.000-35.000 οι θετικές απαντήσεις υπερσχύουν κατά πολύ τις αρνητικές



Γράφημα 21 Συσχέτιση εισοδήματος και κατά πόσο έχει προβεί κάποιος σε άτυπη πληρωμή

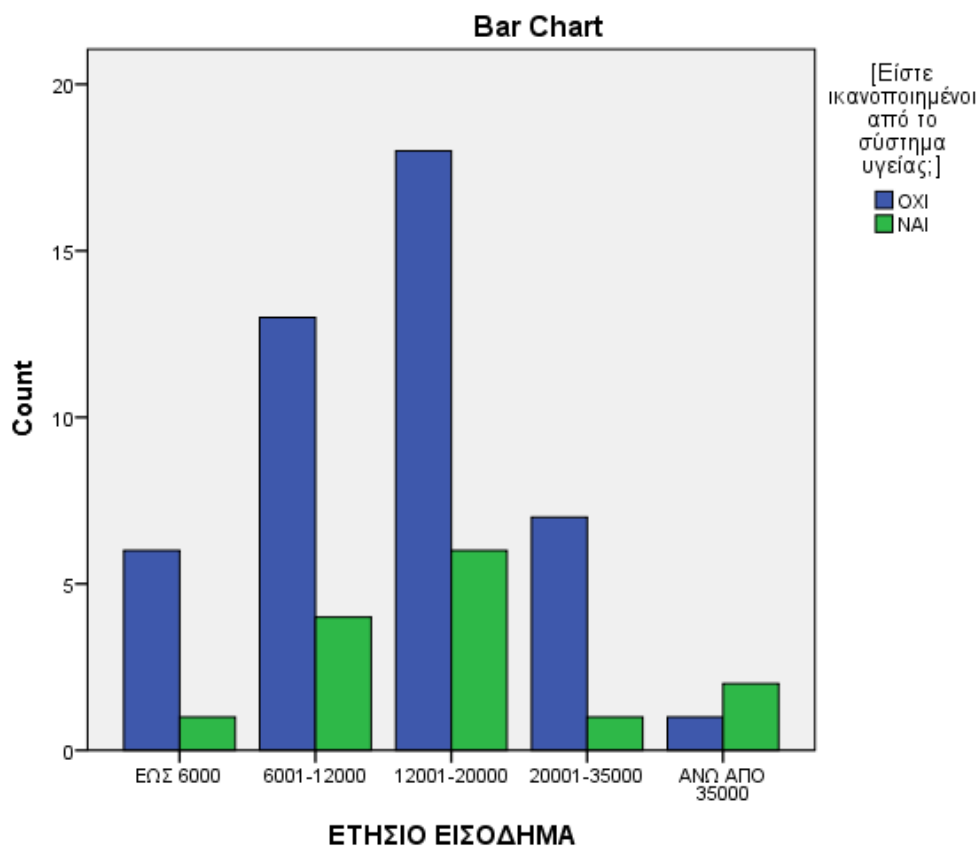
Στο γράφημα 26 γίνεται συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και στάσης απέναντι στις άτυπες πληρωμές. Όπως διακρίνεται η αρνητική και η πολύ αρνητική στάση απέναντι στις άτυπες πληρωμές υπερисχύουν στις απαντήσεις. Συγκεκριμένα στις εισοδηματικές ομάδες 6.001-12.000 και 12.001-20.000 η αρνητική απάντηση υπερисχύει κατά πολύ σε σχέση με τις υπόλοιπες ενώ και στις δύο περιπτώσεις ακολουθεί σαν επόμενη δημοφιλέστερη απάντηση η πολύ αρνητική στάση.



Γράφημα 26 Συσχέτιση εισοδήματος και στάσης απέναντι στις άτυπες πληρωμές

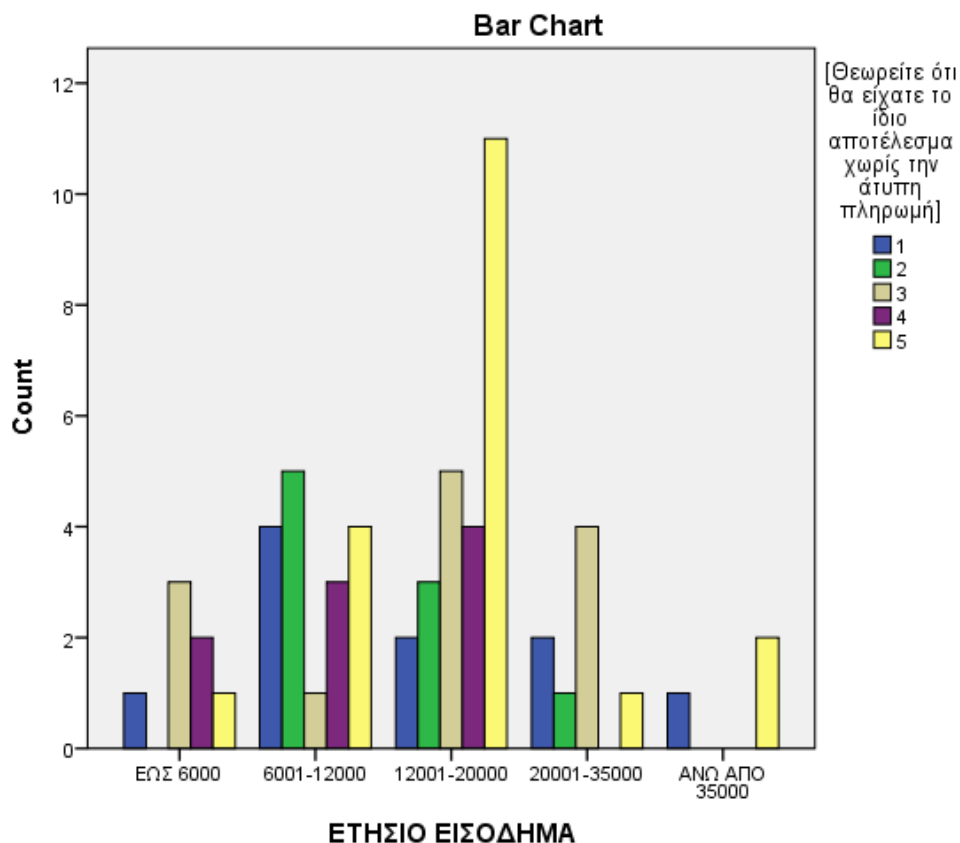
Στο γράφημα 27 γίνεται συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και ικανοποίησης από το σύστημα υγείας. Σε όλες τις εισοδηματικές κατηγορίες υπερισχύει η αρνητική στάση απέναντι στο σύστημα υγείας με εξαίρεση την εισοδηματική κατηγορία 35.001- άνω όπου υπερισχύει η θετική στάση απέναντι στο σύστημα υγείας. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι σε όλες της κατηγορίες όπου επικρατεί η αρνητική στάση υπερισχύει με μεγάλη διαφορά από την θετική απάντηση.





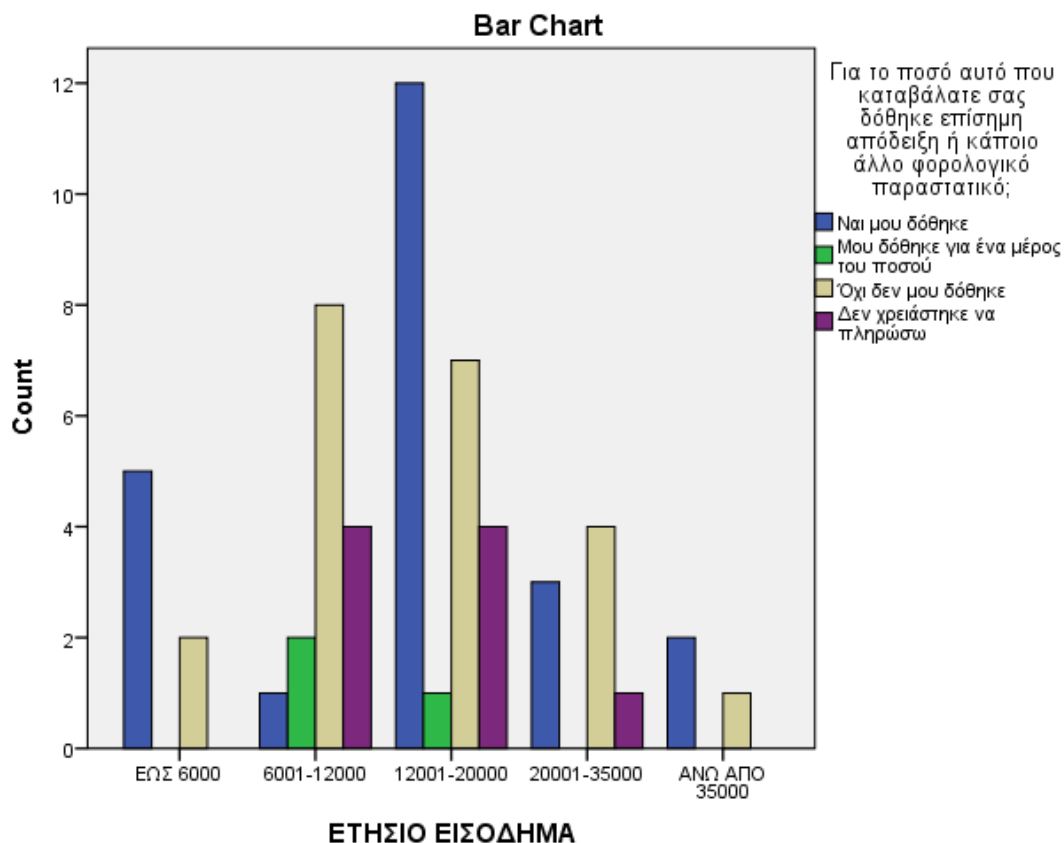
Γράφημα 27 Συσχέτιση εισοδήματος και ικανοποίησης από το σύστημα υγείας

Στο γράφημα 28 γίνεται συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος και της ερώτησης που εξετάζει αν θα υπήρχε το ίδιο αποτέλεσμα στην λήψη υπηρεσιών υγείας χωρίς την άτυπη πληρωμή. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η εισοδηματική ομάδα 12.001-20.000 καθώς υπερσχύει εμφανώς η απόλυτη συμφωνία με την παραπάνω πρόταση. Αντίθετα στις υπόλοιπες εισοδηματικές ομάδες παρουσιάζεται μια ποικιλία απαντήσεων, για παράδειγμα στην εισοδηματική ομάδα 35.001- άνω υπάρχουν μόνο οι απαντήσεις συμφωνώ απόλυτα και διαφωνώ απόλυτα. Στις υπόλοιπες εισοδηματικές ομάδες οι απαντήσεις μοιράζονται σε όλη την κλίμακα.



Γράφημα 28 Συσχέτιση εισοδήματος και ερώτησης: Πιστεύετε ότι θα είχατε το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή

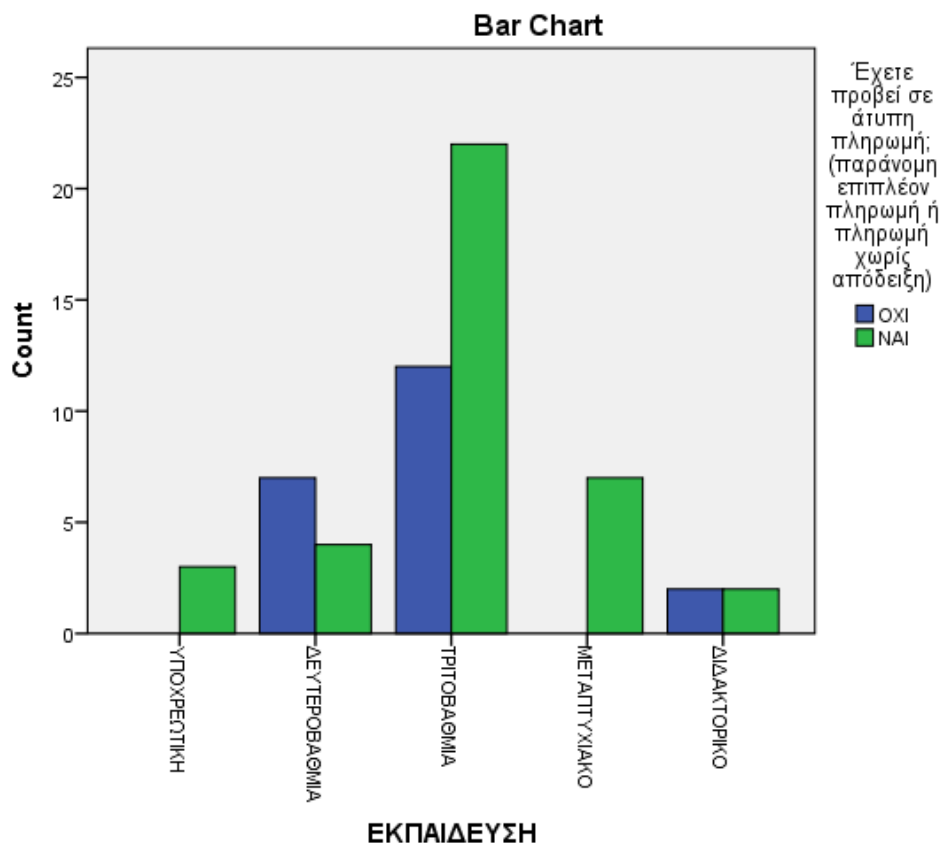
Στο γράφημα 29 γίνεται συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος και της ερώτησης που εξετάζει κατά πόσο δόθηκε φορολογικό παραστατικό κατά την λήψη της υπηρεσίας υγείας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στις εισοδηματικές ομάδες έως 6.000 και άνω των 35.000 παρουσιάζουν μόνο δυο απαντήσεις και συγκεκριμένα ότι τους δόθηκε ή ότι δεν τους δόθηκε φορολογικό παραστατικό με την απάντηση ότι τους δόθηκε να υπερισχύει και στις δυο περιπτώσεις. Οι υπόλοιπες ομάδες παρουσιάζουν έναν συνδυασμό των απαντήσεων με τις απαντήσεις ότι είτε δόθηκε είτε δεν δόθηκε παραστατικό να υπερισχύουν.



Γράφημα 29 Συσχέτιση εισοδήματος και λήψης φορολογικού παραστατικού

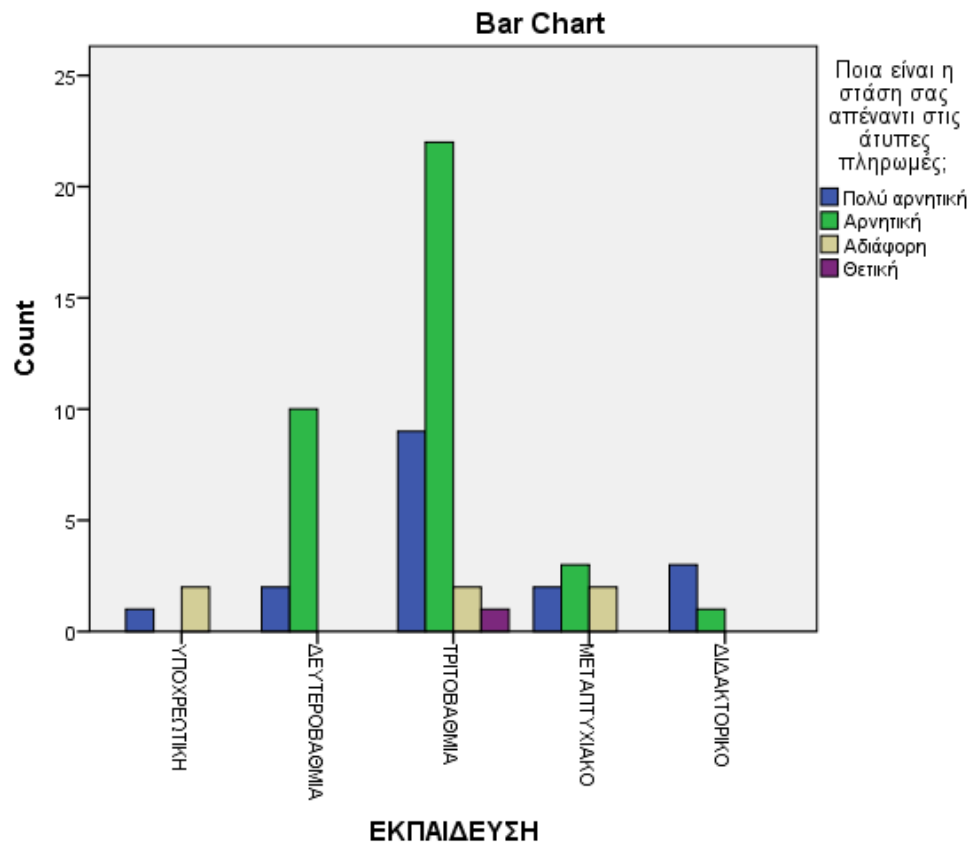
#### Συσχετίσεις ως προς την εκπαίδευση των συμμετεχόντων

Στο γράφημα 30 γίνεται συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και της ερώτησης που εξετάζει αν έχει προβεί κάποιος σε άτυπη πληρωμή. Σε όλες τις κατηγορίες υπερισχύει η θετική απάντηση εκτός από την ομάδα που αφορά την δευτεροβάθμια εκπαίδευση όπου υπερισχύει η αρνητική απάντηση καθώς και στην κατηγορία που αφορά τους διδακτορικούς όπου υπάρχει ισοβαθμία μεταξύ θετικών και αρνητικών απαντήσεων.



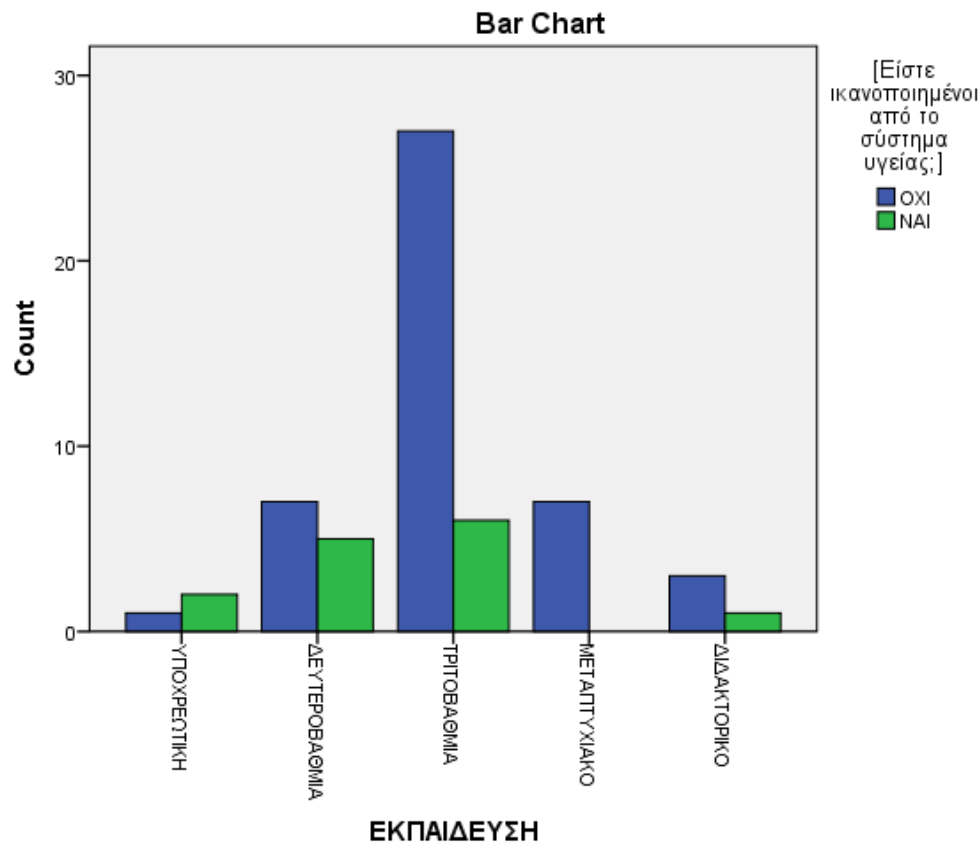
Εικόνα 30 Συσχέτιση εκπαίδευσης και ερώτησης αν έχει προβεί κάποιος σε άτυπη πληρωμή

Στο γράφημα 31 γίνεται συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και της ερώτησης που εξετάζει την στάση απέναντι στις άτυπες πληρωμές. Στις κατηγορίες της δευτεροβάθμιας, της τριτοβάθμιας και της εκπαίδευσης του μεταπτυχιακού υπερσχύει η αρνητική απάντηση, ειδικότερα στην δευτεροβάθμια και στην τριτοβάθμια εκπαίδευση όπου υπερσχύει με διαφορά. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι στην τριτοβάθμια εκπαίδευση εμφανίζεται και ένα μικρό ποσοστό όπου παρουσιάζει θετική στάση απέναντι στις άτυπες πληρωμές.



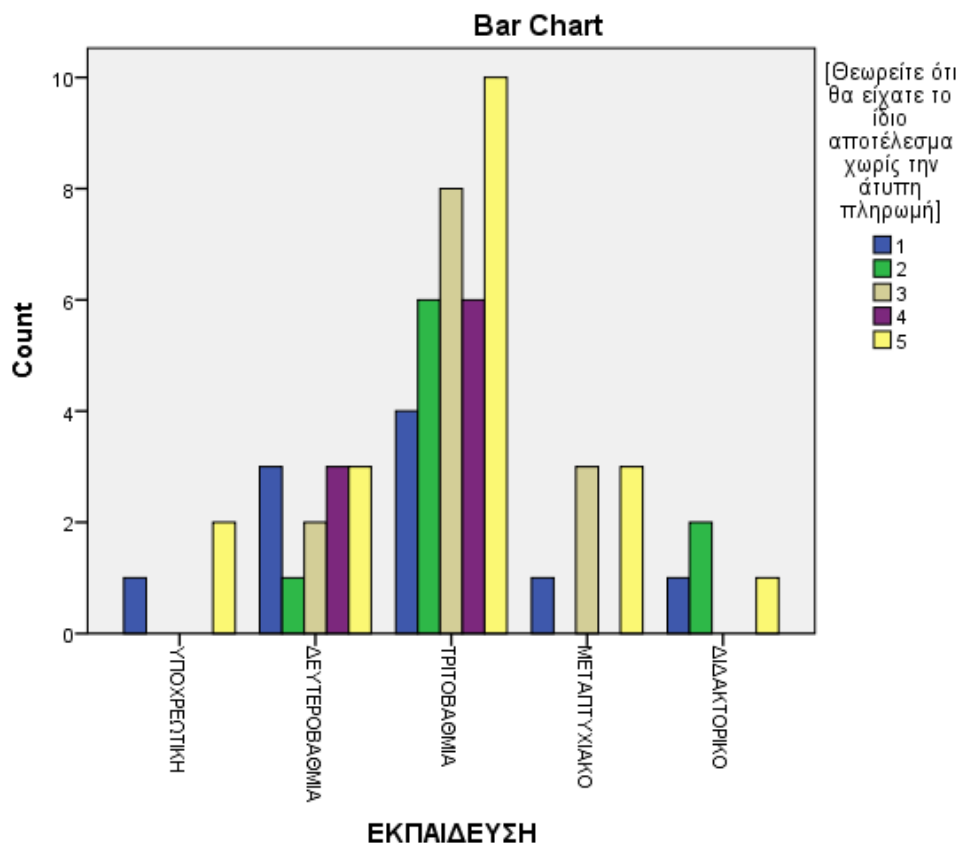
Γράφημα 31 Συσχέτιση εκπαίδευσης και στάσης απέναντι στις άτυπες πληρωμές

Στο γράφημα 32 γίνεται συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και της ερώτησης που εξετάζει την ικανοποίηση από το σύστημα υγείας. Σε όλες τις κατηγορίες υπερिशύει η αρνητική στάση απέναντι στο σύστημα υγείας με εξαίρεση τους συμμετέχοντες που ανήκουν στην υποχρεωτική εκπαίδευση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι στις ομάδες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και του μεταπτυχιακού η αρνητική απάντηση υπερिशύει πολύ σε σχέση με την θετική ενώ στις άλλες κατηγορίες η διαφορά μεταξύ των απαντήσεων είναι λιγότερο εμφανής.



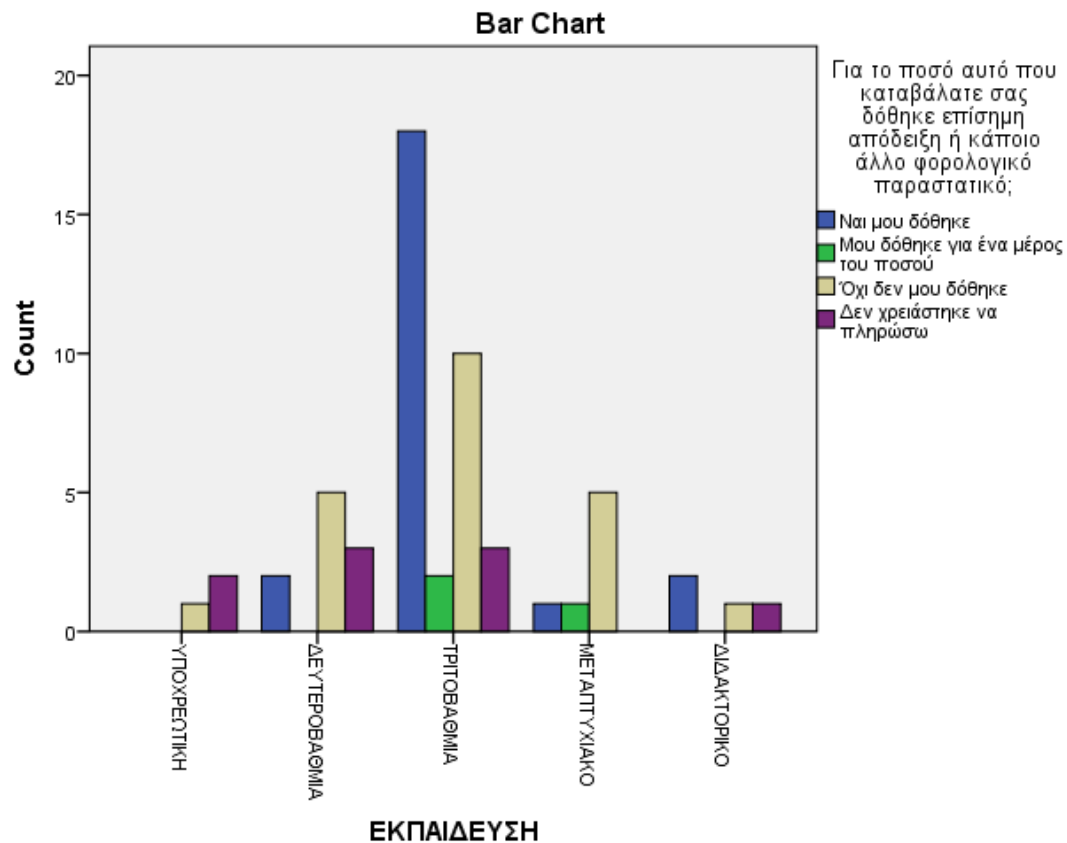
Γράφημα 32 Συσχέτιση εκπαίδευσης και ικανοποίησης από το σύστημα υγείας

Στο γράφημα 33 γίνεται συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και της ερώτησης που εξετάζει αν θα υπήρχε το ίδιο αποτέλεσμα στην λήψη υπηρεσιών υγείας χωρίς την άτυπη πληρωμή. Η πλειοψηφία των ομάδων ως προς την εκπαίδευση έχει επιδείξει συμφωνία με την παραπάνω πρόταση καθώς η απάντηση συμφωνώ απόλυτα υπερισχύει. Εξαίρεση αποτελούν δύο από τις ομάδες, αυτές της υποχρεωτικής εκπαίδευσης και του διδακτορικού όπου δείχνουν να διαφωνούν και να διαφωνούν απόλυτα αντίστοιχα.



Γράφημα 33 Συσχέτιση εκπαίδευσης και ερώτησης: Πιστεύετε ότι θα είχατε το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή

Στο γράφημα 34 γίνεται συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και της λήψης η μη φορολογικού παραστατικού. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται ότι ξεχωρίζει η απάντηση ότι δεν δόθηκε φορολογικό παραστατικό σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες καθώς συγκεντρώνει πολλές απαντήσεις. Επίσης ενδιαφέρον είναι και το γεγονός ότι στην κατηγορία τριτοβάθμια εκπαίδευση ξεχωρίζει με μεγάλη διαφορά η απάντηση ότι δόθηκε φορολογικό παραστατικό.

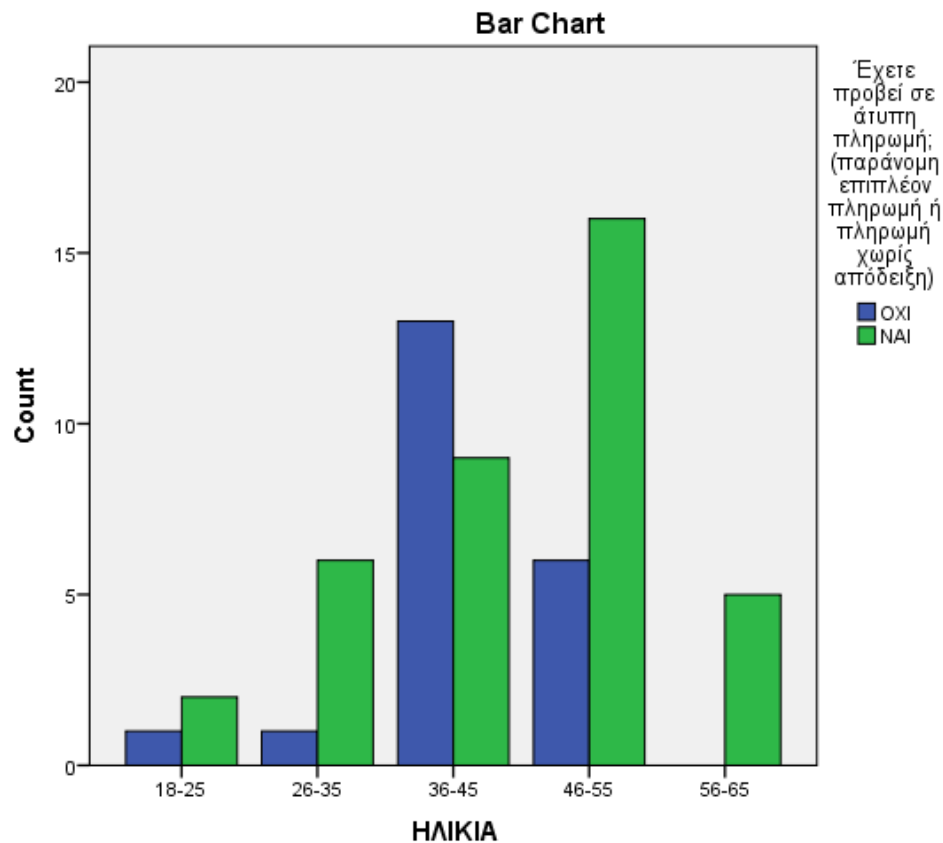


Γράφημα 34 Συσχέτιση εκπαίδευσης και λήψης φορολογικού παραστατικού

#### Συσχετίσεις ως προς την ηλικία

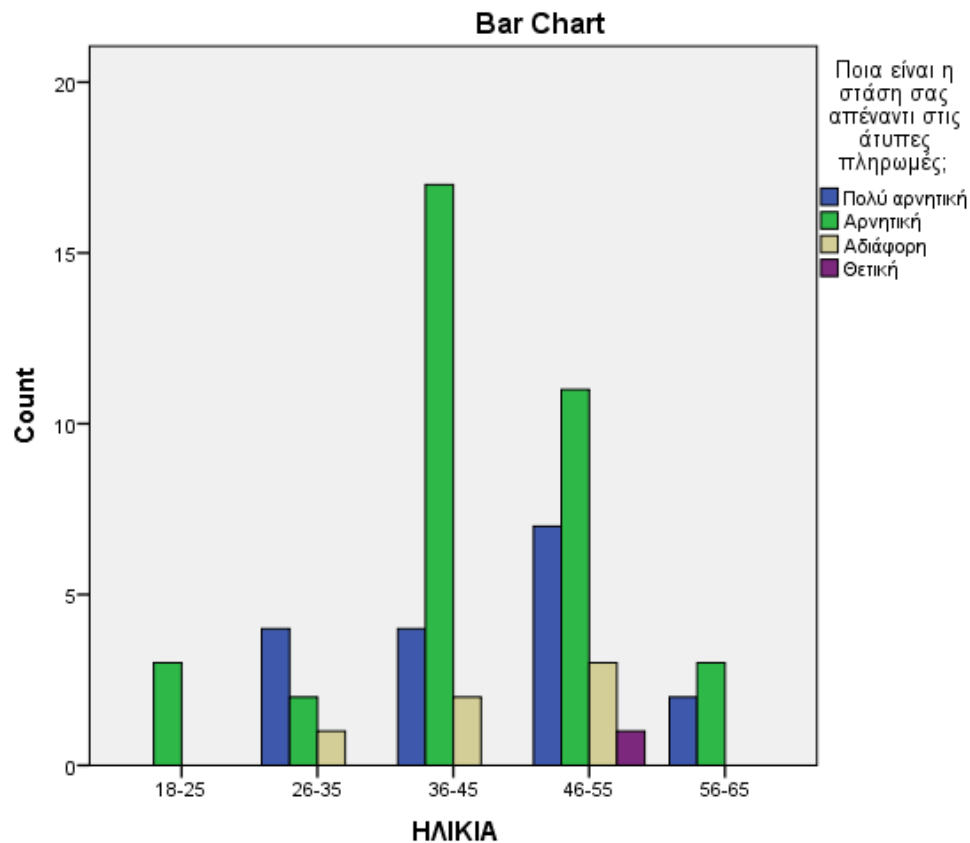
Στο γράφημα 35 γίνεται συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης αν έχουν προβεί οι ερωτώμενοι σε άτυπη πληρωμή. Η θετική απάντηση υπερισχύει σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με εξαίρεση την ομάδα 36-45 όπου υπερισχύει η αρνητική απάντηση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η ηλικιακή ομάδα 56-65 παρουσιάζει μόνο θετικές απαντήσεις στην ερώτηση.





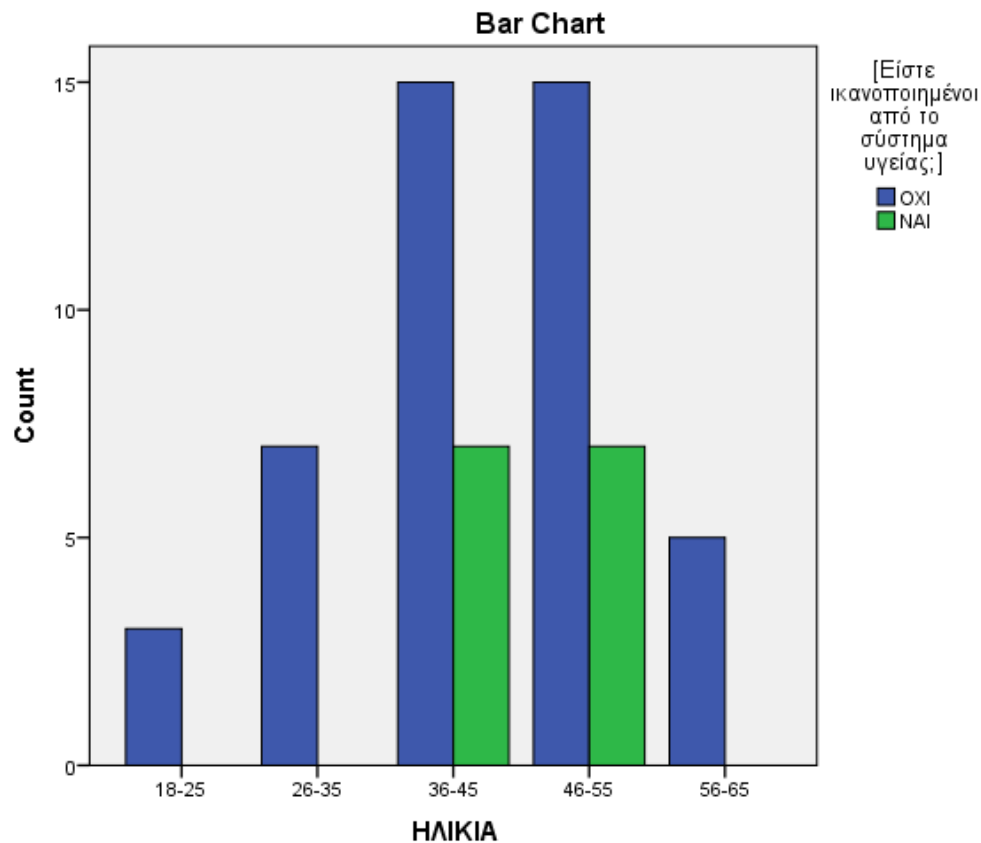
Γράφημα 35 Συσχέτιση ηλικίας και της ερώτησης αν έχει προβεί ο ερωτώμενος σε άτυπη πληρωμή

Στο γράφημα 36 γίνεται συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και της γενικότερης στάσης απέναντι στις άτυπες πληρωμές. Από το διάγραμμα γίνεται εμφανές ότι υπερисχύουν η αρνητική και η πολύ αρνητική στάση, ενώ στην ηλικιακή ομάδα 18-25 υπάρχει μόνο η αρνητική στάση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι μόνο η ηλικιακή ομάδα 46-55 παρουσιάζει και τις τέσσερις απαντήσεις, ενώ στις ηλικιακές ομάδες 36-45 και 46-55 υπερισχύει η αρνητική στάση.



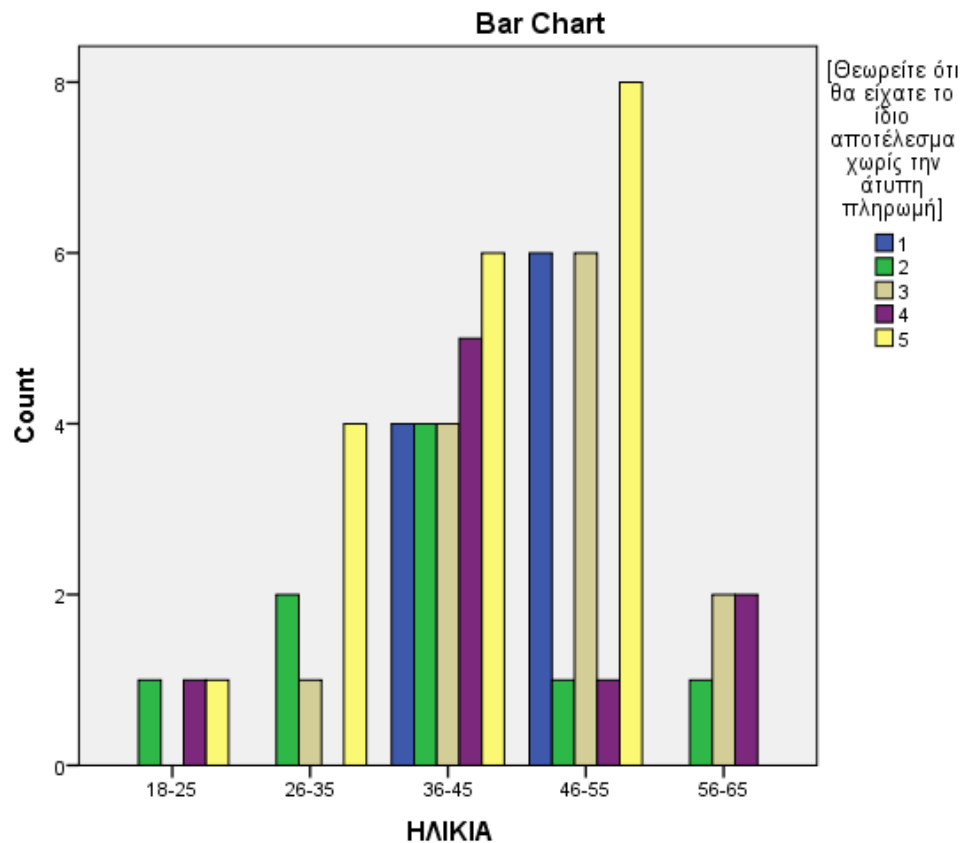
Γράφημα 36 Συσχέτιση ηλικίας και στάσης απέναντι στις άτυπες πληρωμές

Στο γράφημα 37 γίνεται συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης από το σύστημα υγείας. Από το γράφημα γίνεται εμφανές ότι η ικανοποίηση από το σύστημα υγείας είναι χαμηλή σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με τις ηλικιακές ομάδες 18-25, 26-35 και 50-65 να παρουσιάζουν ως απάντηση μόνο την αρνητική ενώ η αρνητική υπερσχύει και στις άλλες δυο ηλικιακές ομάδες με μεγάλη διαφορά.



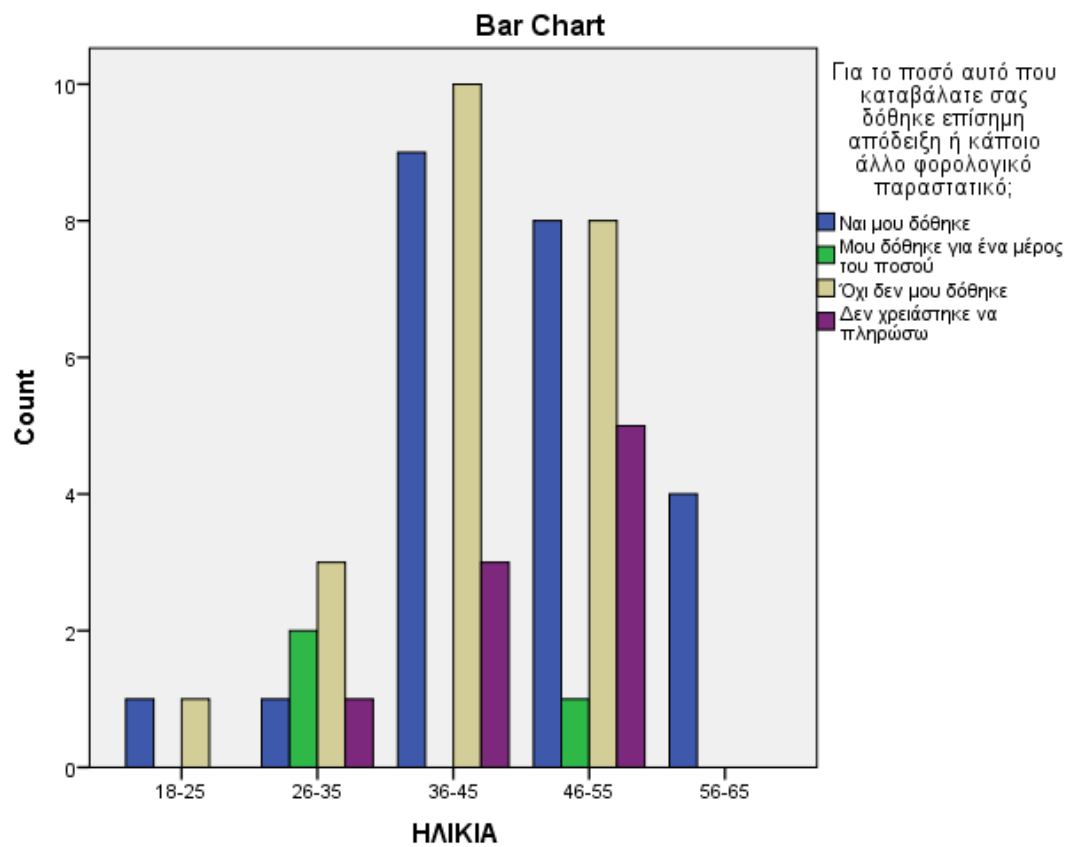
Γράφημα 37 Συσχέτιση ηλικίας και ικανοποίησης από το σύστημα υγείας

Στο γράφημα 38 γίνεται συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης αν θεωρούν οι ερωτώμενοι ότι θα είχαν το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή. Όλες οι ηλικιακές ομάδες δείχνουν συμφωνία με την παραπάνω πρόταση με εξαίρεση τις ομάδες 18-25 και 56-65 όπου στην πρώτη υπάρχει μια ισότητα στις απαντήσεις ενώ στην δεύτερη υπερισχύουν η αρνητική και η ουδέτερη στάση.



Γράφημα 38 Συσχέτιση ηλικίας και ερώτησης: Θεωρείτε ότι θα είχατε το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή

Στο γράφημα 39 γίνεται συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και της λήψης φορολογικού παραστατικού. Οι απαντήσεις που υπερισχύουν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες είναι ότι δόθηκε παραστατικό και ότι δεν δόθηκε με εξαίρεση την ηλικιακή ομάδα 56-65 όπου υπάρχει μόνο η απάντηση ότι δόθηκε φορολογικό παραστατικό. Επίσης ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η απάντηση ότι παραστατικό δόθηκε μόνο για μέρος του ποσού υπάρχει μόνο στις ηλικιακές ομάδες 26-35 και 46-55.



Γράφημα 39 Συσχέτιση ηλικίας και λήψης φορολογικού παραστατικού

## Συμπεράσματα

Στην Ελλάδα, η εκτεταμένη διαφθορά παραμένει μεγάλη πρόκληση την οποία κάποια στιγμή θα κληθούμε να αντιμετωπίσουμε. Όπως φαίνεται από το θεωρητικό μέρος και τις μελέτες που εξετάστηκαν το πρόβλημα παρότι έχει περιοριστεί τα τελευταία χρόνια, τουλάχιστον όσον αφορά στις άτυπες πληρωμές, συνεχίζει να υφίσταται. Το παραπάνω είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού της υψηλότερης ζήτησης για δημόσια υγεία και της μείωσης των μισθών στους γιατρούς του ΕΣΥ, οι οποίοι παρόλα αυτά παραμένουν στα υψηλότερα κλιμάκια των μισθών των δημόσιων υπαλλήλων. Αν και οι άτυπες πληρωμές αποτελούν μεγάλη πρόκληση προς αντιμετώπιση για το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και την κοινωνία γενικότερα, δεν φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα στα σχέδια καταπολέμησης της διαφθοράς που λαμβάνονται από το Υπουργείο Υγείας. Το παραπάνω εξηγείται από το γεγονός ότι παρόλο που γίνονται προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας μέσω αισιόδοξων προγραμμάτων, στην πλειοψηφία τους αυτά καταλήγουν να μην εφαρμόζονται στο μεγαλύτερο μέρος τους.

Ένα από τα κύρια προβλήματα στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ότι δεν υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση και εξορθολογισμός των δαπανών με ορισμένες πολιτικές να κάνουν την εμφάνισή τους μόνο μετά την αρχή της σφοδρής οικονομικής κρίσης της Ελλάδος και της ύφεσης που αυτή επέφερε. Δεδομένου του τρέχοντος οικονομικού κλίματος και των απαιτούμενων περικοπών του προϋπολογισμού, η αύξηση του προϋπολογισμού για την υγεία θα πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω. Ωστόσο, η αποτελεσματική κατανομή των διαθέσιμων πόρων θα ήταν ήδη ένα σημαντικό βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση. Η πρόκληση για την Ελλάδα είναι λοιπόν να καταφέρει να κατανείμει αποτελεσματικότερα τους περιορισμένους πόρους της. Η κοινή έκθεση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας περίθαλψης και τη δημοσιονομική αειφόρα ανάπτυξη, το αναγνωρίζει επίσης ως σημαντική πρόκληση για την Ελλάδα. Οι ομάδες συμφερόντων όσον αφορά την υγεία συμφωνούν ότι η εφαρμογή ενός λειτουργικού συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχει σημαντικό ρόλο από αυτή την άποψη. Με την καθιέρωση ενός τέτοιου συστήματος και την παροχή μιας λειτουργίας διασύνδεσης πρωτοβάθμιας-δευτεροβάθμιας φροντίδας, οι αυτό-

παραπομπές στα νοσοκομεία και η είσοδος μέσω άτυπων τρόπων μπορούν να μειωθούν.

Στο ερευνητικό μέρος διερευνήθηκαν οι απόψεις των πολιτών ως προς την στάση τους προς τις άτυπες πληρωμές. Πιο συγκεκριμένα, συμμετείχαν συνολικά 60 ερωτηθέντες, 57% γυναίκες και 43% άνδρες.

Συνεχίζοντας η πλειοψηφία των ερωτωμένων δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση, ενώ έχουν κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες κυρίως για εξέταση σε ιατρείο και εργαστηριακές εξετάσεις. Εντούτοις στο 44% του πληθυσμού που κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν δίνεται απόδειξη ή κάποιο άλλο φορολογικό παραστατικό. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικό καθώς χάνονται σημαντικοί πόροι για το κράτος οι οποίοι θα μπορούσαν να επενδυθούν στην υγεία. Μόνο στο 20% του δείγματος δίδεται κάποιο φορολογικό παραστατικό. Το ποσοστό είναι αρκετά μεγάλο και για αυτό ευθύνεται η διαφθορά που επικρατεί. Επίσης η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε πως έχει προβεί σε κάποια άτυπη πληρωμή για χρήση υπηρεσιών υγείας κυρίως για εξέταση από ιατρό ή νοσηλεία και χειρουργική επέμβαση. Η έρευνα όμως ανέδειξε την έκταση και τις βαθιές ρίζες της διαφθοράς στην υγεία καθώς το 50% των ερωτηθέντων δήλωσε πως δεν κατάλαβαν τον λόγο που πρέπει να καταβάλουν την άτυπη πληρωμή και απλά ζητήθηκε σε αυτούς, ενώ το 13% δήλωσε πως οι ιατροί απαιτούν να καταβληθεί το ποσό καθώς αποτελεί «παράδοση» για εκείνους να δέχονται άτυπες πληρωμές. Φυσικά η έρευνα ανέδειξε πως το ιατρικό προσωπικό συνηθίζει να απαιτεί το παράτυπο ποσό ύστερα από το πέρας της χειρουργικής επέμβασης ή της νοσηλείας. Τα συμπεράσματα αυτά θα πρέπει να διατυπώνονται με μεγάλη επιφύλαξη, διότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έδωσε άτυπη πληρωμή σε ιδιωτικές κλινικές.

Επιπρόσθετα οι πολίτες του δείγματος ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση τους από το σύστημα υγείας. Η πλειοψηφία θεωρεί πως εν τέλει η άτυπη πληρωμή δεν είχε κάποια επιρροή στο αποτέλεσμα η στην έκβαση της νοσηλείας. Διαφωνούν κάθετα πως η άτυπη πληρωμή βοήθησε στην αντιμετώπιση του προβλήματος, καθώς θεωρούν πως δεν επηρεάζει την όλη διαδικασία. Η έρευνα έδειξε πως οι πολίτες του δείγματος συνολικά καταβάλουν περίπου 500 ευρώ άτυπης πληρωμής σε δημόσιες αλλά και ιδιωτικές κλινικές. Η άτυπη αυτή πληρωμή μπορεί

να είναι είτε αμοιβή ιατρού είτε χρηματισμός ιατρού η ιατρικού προσωπικού, ή και πληρωμή χωρίς κατάθεση απόδειξης ή φορολογικού παραστατικού.

Στο τελευταίο μέρος της έρευνας παρουσιάζονται τρόποι οι οποίοι θα μπορούσαν να καταπολεμήσουν το φαινόμενο της διαφθοράς στην υγεία. Προτείνονται τρόποι στους ερωτώμενους και μέσω κλίμακας η έρευνα ανέδειξε τους πιο σημαντικούς. Κατά κόρον οι ερωτώμενοι θεωρούν πως ίσως η βελτιστοποίηση ελέγχου πόθεν έσχες ιατρικού προσωπικού , να έριχνε αρκετό φως στις συναλλαγές των ιατρών και όχι μόνο. Θα υπήρχε ενδελεχής έλεγχος ο οποίος δεν θα άφηνε μεγάλα περιθώρια ανάπτυξης του φαινομένου. Επίσης η υποχρεωτική πιστοποίηση ποιότητας όλων των δημοσίων καθώς και ιδιωτικών νοσοκομείων θα εντόπιζε πιθανόν σφάλματα και διαφθορές εντός του συστήματος υγείας. Πλέον ένα πιστοποιημένο για παράδειγμα νοσοκομείο, ακολουθεί συγκεκριμένα πρωτόκολλα και ελέγχους ως προς τις νόμιμες διαδικασίες καθώς δημιουργεί ένα κλίμα νομιμότητας και την αίσθηση της ύπαρξης ελέγχου.

Επίσης η έρευνα ανέδειξε πως η ενίσχυση των ελεγκτικών οργανισμών και μηχανισμών θα ήταν ένα καλό μέτρο κατά της διαφθοράς. Έτσι πλέον θα γίνεται έλεγχος και των χρηματοδοτήσεων και χορηγιών των φαρμακευτικών εταιρειών. Επιπρόσθετα οι πολίτες επιθυμούν την δημιουργία ιστοσελίδας στο Υπουργείο Υγείας ή γενικότερα ελεγκτικών υπηρεσιών όπου θα καταγγέλλουν συγκεκριμένα περιστατικά διαφθοράς , θα κρίνουν τις υπηρεσίες υγείας και γενικότερα θα εκφράζουν την άποψη τους για το σύστημα υγείας. Επίσης οι πολίτες δεν είναι αρνητικοί στην βελτίωση των μισθών των ιατρών καθώς θεωρούν πως κάτι τέτοιο θα περιόριζε τα αιτήματα τους για χρηματισμό.

Στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα, παρατηρούμε πως το μέσο ύψος άτυπης πληρωμής από αυτούς που καταβάλουν κάποιου είδους άτυπη πληρωμή , είναι περίπου 500 ευρώ. Μέσω του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, αναδείχθηκε πως δεν υπάρχει συγκεκριμένος λόγος και αιτία για την καταβολή άτυπης πληρωμής. Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα επικεντρώνεται στην αξιολόγηση του κόστους και την επιπλέον χρηματική επιβάρυνση. Το σύστημα ωστόσο συνηθίζεται και παραμένει ως έχει , στις άτυπες πληρωμές ενώ το ιατρικό προσωπικό ζητά και αιτείται δίχως αιτία, τον παράτυπο χρηματισμό του. Μέσω του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος , οι πολίτες



θεωρούν πως ο βέλτιστος τρόπος καταπολέμησης της διαφθοράς είναι βελτιστοποίηση ελέγχου πόθεν έσχες ιατρικού προσωπικού.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική Βιβλιογραφία

Καραπανάγος, Βασίλειος. *Οι άτυπες πληρωμές στο χώρο τη υγείας*. MS thesis. Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2017

Μητσέας, Παναγιώτης. "Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ." (2019)

Νικολέντζος, Α., Τσαλακοπούλου, Β., Σαράφης, Π., Σουλιώτης, Κ., Δομάγερ, Φ.-Ρ., Λιόνης, Χ., Αποστολάκης, Ι., Υπηρεσίες υγείας, συστήματα και πολιτικές, ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14, ΣΕΛ. 225-242, ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17 ΣΕΛ. 273-292, ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18 ΣΕΛ. 293-324 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20 ΣΕΛ. 351-362 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22 381-408, ΚΕΦΑΛΑΙΟ 781-798 *Broken Hill Publishers LTD*, 2020

ΟΟΣΑ ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΘΟΡΑΣ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ, 2017

Σίσκου, Ο., (2006). Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα. (Διδακτορική Διατριβή) Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας Σχέδιο δράσης για την αύξηση της ακεραιότητας και τη μείωση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας, Σχέδιο δράσης κατά της διαφθοράς του Υπουργείου Υγείας - ΠΡΟΣΧΕΔΙΟ 09/05/17

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Azariadis, C., & Ioannides, Y. M. (2015). Thinking about corruption in Greece. *Tufts University*.

Cambanis, T., & PO, G. L. B. C. R. (2014). Why can't Greece shake its corruption problem?. *Boston Globe*, 22.

Cavalieri, M., Guccio, C., & Rizzo, I. (2017). On the role of environmental corruption in healthcare infrastructures: An empirical assessment for Italy using DEA with truncated regression approach. *Health Policy*, 121(5), 515-524.

Chantzaras, Athanasios E., and John N. Yfantopoulos. "Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis." *Social Science & Medicine* 211 (2018): 338-351.

Chereches, R. M., Ungureanu, M. I., Sandu, P., & Rus, I. A. (2013). Defining informal payments in healthcare: a systematic review. *Health Policy*, 110(2-3), 105-114.

Cohen, N. (2012). Informal payments for health care-the phenomenon and its context. *Health Econ. Pol'y & L.*, 7, 285.

- Economou, C., & World Health Organization. (2010). Greece: Health system review.
- Economou, C., Giorno, C. (2009). Improving the performance of the public health care system in Greece.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*, 9(2), 99-115.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience [Internet]*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M., Szocska, M. (2006). Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(2), 251-293.
- Giannouchos, T. V., Ukert, B., Vozikis, A., Steletou, E., & Souliotis, K. (2021). Informal out-of-pocket payments experience and individuals' willingness-to-pay for healthcare services in Greece. *Health Policy*, 125(6), 693-700.
- Giannouchos, T. V., Vozikis, A., Koufopoulou, P., Fawkes, L., & Souliotis, K. (2020). Informal out-of-pocket payments for healthcare services in Greece. *Health Policy*, 124(7), 758-764.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*, 113(1-2), 8-12.
- Kaitelidou, D. C., Tsirona, C. S., Galanis, P. A., Siskou, O. C., Mladovsky, P., Kouli, E. G., ... & Liaropoulos, L. L. (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health policy*, 109(1), 23-30.
- Lambropoulou, E. (2012). Myths and Realities About Corruption in Public Administration and its Discourse in Greece. *Amsterdam LF*, 4, 77.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., & Katostaras, T. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1), 72-81.
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2-3), 111-119.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., & Liaropoulos, L. (2008). Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins. *Health Policy*, 88(2-3), 282-293.
- Slot, B., Swart, L., Weistra, K., Oortwijn, W., Wanrooij, N., Raets, T., Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector, European Commission, 09-2017  
[https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/default/files/20170928\\_study\\_on\\_healthcare\\_corruption\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/default/files/20170928_study_on_healthcare_corruption_en.pdf)

Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y. *et al.* Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last.... *Eur J Health Econ* **17**, 159–170 (2016).

<https://doi.org/10.1007/s10198-015-0666-0>

Tomini, S., &Maarse, H. (2011). How do patient characteristics influence informal payments for inpatient and outpatient health care in Albania: results of logit and OLS models using Albanian LSMS 2005.*BMC public health*, 11(1), 1-9.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

**Ερωτηματολόγιο Ερευνητικού Μέρους ΔΕ**

### **-ΦΥΛΟ**

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

### **-ΗΛΙΚΙΑ**

18-25

26-35

36-45

46-55

56-65

ΠΑΝΩ ΑΠΟ 65

### **-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

**-ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ**

ΕΩΣ 6.000

6001-12000

12001-20000

20001-35000

ΑΝΩ ΑΠΟ 35000

**-Έχετε ιδιωτική ασφάλεια**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**-Έχετε κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες;**

Εξέταση σε γιατρό

Οδοντιατρικές υπηρεσίες

Εργαστηριακή εξέταση

Νοσηλεία-παρακολούθηση και θεραπεία

Νοσηλεία-χειρουργική επέμβαση

Φυσικοθεραπεία

Τίποτα από τα παραπάνω

**-Ποιον από τους παρακάτω φορείς περίθαλψης χρησιμοποιήσατε;**

Δημόσιο νοσοκομείο

Πολυϊατρεία του ασφαλιστικού σας ταμείου

**-Για το ποσό αυτό που καταβάλατε σας δόθηκε επίσημη απόδειξη ή κάποιο άλλο φορολογικό παραστατικό;**

Ναι μου δόθηκε

Μου δόθηκε για ένα μέρος του ποσού

Όχι δεν μου δόθηκε

Δεν χρειάστηκε να πληρώσω

**-Έγχετε προβεί σε άτυπη πληρωμή; (παράνομη επιπλέον πληρωμή ή πληρωμή χωρίς απόδειξη)**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**-Αν ναι, η άτυπη αυτή πληρωμή ποιά υπηρεσία αφορούσε;**

Εξέταση από γιατρό

Οδοντιατρικές υπηρεσίες

Εργαστηριακή εξέταση

Νοσηλεία-χειρουργική επέμβαση

Δεν κατέβαλα κάποιο ποσό

**-Για ποιό λόγο καταβάλατε το ποσό αυτό;**

Γιατί μου ζητήθηκε

Επειδή έτσι συνηθίζεται

Για να λάβω περισσότερη προσοχή από τον γιατρό

Για να παρακάμψω την λίστα αναμονής

Για να αναπτυχτεί μια καλύτερη σχέση με τον γιατρό για μελλοντική θεραπεία

**-Ποια αιτιολογία σας δόθηκε;**

Χαμηλή αμοιβή γιατρού

Χρήση εξειδικευμένων φαρμάκων / υπηρεσιών

Μεγαλύτερη φροντίδα

Παράκαμψη της λίστας αναμονής

Για μείωση της τιμής

Δεν μου δόθηκε

**-Το ποσό αυτό δόθηκε;**

Πριν την χρήση της υπηρεσίας

Κατά την διάρκεια

Μετά την χρήση της υπηρεσίας

**-Από ποιον ζητήθηκε;**

Γιατρό

λοιπό προσωπικό

**-Ποια είναι η στάση σας απέναντι στις άτυπες πληρωμές; \***

Πολύ αρνητική

Αρνητική

Αδιάφορη

Θετική

Πολύ θετική

**-Είχατε προχωρήσει στο παρελθόν (σε προηγούμενο διάστημα των 12 μηνών)**

ΝΑΙ/ΟΧΙ

**-Είστε ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας;**

ΝΑΙ/ΟΧΙ

**-Πόσες φορές έχετε πληρώσει κάποια άτυπη πληρωμή ;(δώστε ΜΟΝΟ αριθμό)**

**-Ποιο είναι το συνολικό ποσό άτυπης πληρωμής που έχετε δώσει μέχρι τώρα σε δημόσιο νοσοκομείο;(δώστε ΜΟΝΟ αριθμό).....**

**-Ποιο είναι το συνολικό ποσό άτυπης πληρωμής που έχετε δώσει μέχρι τώρα σε ιδιωτικό νοσοκομείο;(δώστε ΜΟΝΟ αριθμό).....**

**-Για κάθε μια από τις προτάσεις που ακολουθούν, παρακαλώ σημειώστε το βαθμό που διαφωνείτε ή συμφωνείτε, κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό:**  
**1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ, 4**  
**=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα**

Είστε ικανοποιημένος από την περίθαλψη που σας παρασχέθηκε					
Θεωρείτε ότι η άτυπη πληρωμή βοήθησε στην αντιμετώπιση του προβλήματός σας					
Θεωρείτε ότι θα είχατε το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς την άτυπη πληρωμή					

**-Προτάσεις για την καταπολέμηση της διαφθοράς**

**1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ, 4**  
**=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα**

	1	2	3	4	5
Επιμήκυνση της παραγραφής σε όλες τις περιπτώσεις πειθαρχικών παραπτωμάτων ή ποινικών αδικημάτων που συνδέονται με διαφθορά					
Θέσπιση αυστηρότερων ποινικών και πειθαρχικών ποινών					

Αναβάθμιση ποινικών αδικημάτων που συνδέονται με διαφθορά σε κακουργήματα.					
Θέσπιση ταχύτερων διαδικασιών για την πειθαρχική δίωξη και τη λειτουργία των πειθαρχικών συμβουλίων σε περιπτώσεις πειθαρχικών παραπτωμάτων που συνδέονται με διαφθορά.					
Ανταλλαγή πληροφοριών των διαφόρων ελεγκτικών μηχανισμών και άμεση ενημέρωση της υπηρεσίας στην οποία υπηρετεί ο υπάλληλος ή ο λειτουργός ο οποίος έχει επιδείξει συμπεριφορά που εντάσσεται στην έννοια της διαφθοράς.					
Θέσπιση ειδικής διαδικασίας ελέγχου των χρηματοδοτήσεων και χορηγιών των φαρμακευτικών εταιρειών.					
Η φοροαποφυγή ή φοροδιαφυγή ανεξαρτήτως της τυχόν συμπληρωματικής δηλώσεως του υπόχρεου να συνιστά βαρύτατο πειθαρχικό παράπτωμα (στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα).					
Ενίσχυση των ελεγκτικών οργανισμών και μηχανισμών.					
Βελτιστοποίηση ελέγχου πόθεν έσχες ιατρικού προσωπικού					
Βελτίωση αμοιβών ιατρικού προσωπικού					
Τη δημιουργία πιστοποίησης ποιότητας όλων των δημοσίων καθώς και ιδιωτικών νοσοκομείων, υποχρεωτικά					



Η δημιουργία ιστοσελίδας στο Υπουργείο Υγείας ή στις ελεγκτικές Υπηρεσίες όπου οι πολίτες θα καταγγέλλουν συγκεκριμένα περιστατικά διαφθοράς					
Γενικότερα πιστεύετε πως θα καταπολεμηθεί η διαφθορά στο χώρο της υγείας από το Ελληνικό δημόσιο;					
Είστε ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του συστήματος υγείας απέναντι στους ασθενείς;					

