



Σχολή κοινωνικών επιστημών  
Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Διπλωματική Εργασία

Εμπειρικά δεδομένα και αποτελεσματικότητα των πολιτικών  
ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών στην Ελλάδα την περίοδο  
2010-2015

Βασίλειος Δαβόρας

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Αγγελική Φλώκου

Πάτρα, Ιούνιος 2021

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή/της φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων



Εμπειρικά δεδομένα και αποτελεσματικότητα των πολιτικών  
ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών στην Ελλάδα, την περίοδο  
2010-2015

Βασίλειος Δαβόρας

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Αγγελική Φλώκου  
ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Ξένος Παναγιώτης  
ΣΕΠ ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 2021

## Ευχαριστίες

Η Διπλωματική αυτή Εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Αποτελεί το επισφράγισμα της ολοκλήρωσης ενός κύκλου ενεργού συμμετοχής στο χώρο της υγείας. Από τη θέση αυτή ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Αγγελική Φλώκου για την βοήθεια και τις υποδείξεις της. Τέλος θα ήθελα να την αφιερώσω στο φίλο Χρίστο Ζηλίδη εμπνευστή της ιδέας, τόσο για την καθοδήγηση όσο και για τη βοήθεια.

## Περίληψη

Το ζήτημα του ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών αποτέλεσε σημαντικό στοιχείο της πολιτικής υγείας στη χώρα μας την περίοδο 2010-15. Μετά από μακρά περίοδο κατά την οποία εκδηλώθηκαν εκτεταμένα φαινόμενα σπατάλης των πόρων υγείας και αναποτελεσματικής οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων, η Ελλάδα αναγκάστηκε να εφαρμόσει ένα πλέγμα μέτρων και πολιτικών με στόχο την περιστολή της σπατάλης και την αποτελεσματικότερη και ορθολογικότερη διαχείριση των πόρων. Στην έρευνα αυτή εξετάστηκε η μεταβολή των στοιχείων του λειτουργικού κόστους των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε σχέση με τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν κάτω υπό την πίεση της ανάγκης τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο της «Ελληνικής κρίσης». Διαπιστώθηκε ότι μεγάλο μέρος των μέτρων που ελήφθησαν πέτυχε σημαντική μείωση του κόστους νοσηλείας τόσο ανά ασθενή όσο και ανά ημέρα νοσηλείας. Αυτό συνέβη χωρίς ενδείξεις μεγάλων μεταβολών στο παραγόμενο έργο και τη λειτουργική επίδοση των νοσοκομείων. Οι μειώσεις κόστους δεν είναι παντού ίδιες και διαφοροποιούνται τόσο ανάλογα με το μέγεθος και τον τύπο του νοσοκομείου, όσο και ανάλογα με την Υγειονομική Περιφέρεια στην οποία εφαρμόστηκαν τα μέτρα. Η σπατάλη μοιάζει να περιορίστηκε σημαντικά κυρίως σε ότι αφορά στο φάρμακο, στα αντιδραστήρια και στο υγειονομικό και ορθοπεδικό υλικό. Η αποτελεσματικότητα των μέτρων ποικίλει αλλά αποδεικνύεται στην πράξη ότι «ουδέ το κακόν αμιγές και του αγαθού». Οι μη δημοφιλείς πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν και περιόρισαν το Κράτος Πρόνοιας με τραγικές συνέπειες, ουσιαστικά ανάγκασαν και στον περιορισμό της σπατάλης και στην εν μέρει ορθολογικότερη κατανομή των πόρων. Κάποια από τα παραπάνω μέτρα φαίνεται να υλοποιήθηκαν με μεγάλη καθυστέρηση ενώ κάποια δεν είναι βέβαιο ότι έχουν αποδώσει ακόμα.

### Λέξεις – Κλειδιά

Οικονομική κρίση, πολιτικές υγείας, νοσοκομειακές δαπάνες, μείωση κόστους

## **Abstract**

The issue of hospital expenditures control was an important element of health policy in our country in the period 2010-15. After a long period of widespread waste of health resources and inefficient hospitals financial management, Greece was forced to implement a set of measures and policies aimed at reducing waste and more efficient and rational management of resources. This study examined the changes in the NHS hospitals operating costs during the specific period of the "Greek crisis", in relation to the policies implemented under the pressure of necessity. It was found that a large part of the measures taken, achieved a significant reduction in the cost of hospitalization per patient and per day of hospitalization. This happened without any indication of major changes in the work produced and the operational performance of the hospitals. The cost reductions are not the same everywhere and differ both depending on the size and type of the hospital, as well as depending on the Administrative Health District in which the measures were applied. The waste of resources seems to have been significantly reduced mainly in terms of medicine, reagents and medical and orthopedic material. The effectiveness of the measures may vary but it proves in practice that "every cloud has a silver lining". The unpopular austerity policies that were implemented and limited the Welfare State with tragic consequences, essentially forced both the reduction of waste and the partially more rational distribution of resources. Some of the above measures seem to have been implemented with a long delay while some are not sure that they have worked yet.

## **Keywords**

Financial crisis, health policies, hospital expenditures, cost reduction.

## Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	5
1. Εισαγωγή.....	14
2. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας.....	17
2.1 Οι δαπάνες υγείας .....	17
2.2 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας διεθνώς στην περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα .....	19
2.3 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2015 .....	23
2.4 Η εξέλιξη των νοσοκομειακών δαπανών στην Ελλάδα την περίοδο 2010-15 .....	28
2.5 Οι κύριες αιτίες αύξησης των δαπανών υγείας .....	32
2.6 Πολιτικές συγκράτησης των δαπανών υγείας.....	36
3. Πολιτικές ελέγχου νοσοκομειακού κόστους στην Ελλάδα (2010-20015).....	39
3.1 Το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον .....	39
3.2 Η δευτεροβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα.....	41
3.3 Τα μέτρα για τη μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης.....	42
3.4 Τα αποτελέσματα της εφαρμογής των μέτρων .....	49
3.5 Βιβλιογραφική ανασκόπηση .....	50
4. Οι δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-2015.....	53
4.1 Εισαγωγή .....	53
4.2 Μέθοδος και Υλικό .....	53
4.2.1 Κατηγοριοποίηση νοσοκομείων.....	54
4.2.2 Κατηγοριοποίηση νοσοκομειακών δαπανών.....	54
4.2.3 Λειτουργικοί δείκτες νοσοκομείων.....	55
4.2.4 Στοιχεία δαπανών για αξιολόγηση.....	55
4.2.5 Μεταβολές στον αριθμό των νοσοκομείων κατά την υπό μελέτη περίοδο .....	56
4.3 Οι δαπάνες.....	59
4.3.1 Η εξέλιξη των δαπανών και των δεικτών.....	59
4.3.2 Η εξέλιξη των δαπανών κατά κατηγορία (2010-1015) .....	70
4.3.3 Κατανομή νοσοκομειακού κόστους κατά μέγεθος νοσοκομείων .....	78
5. Αξιολόγηση και συζήτηση.....	82
5.1 Περιορισμοί της έρευνας - παραδοχές.....	82
5.2 Αξιολόγηση μετρήσεων .....	83
5.3 Αξιολόγηση εφαρμογής των μέτρων - Συσχέτιση .....	84
6. Συμπεράσματα.....	90
Αναφορές.....	93
7. Παράρτημα.....	97
7.1 Δαπάνες κατά υγειονομική περιφέρεια .....	97

<b>7.2 Δαπάνες κατά μέγεθος νοσοκομείου .....</b>	<b>102</b>
<b>7.3 Δαπάνες κατά κατηγορία (τύπο) νοσοκομείου .....</b>	<b>106</b>



## Κατάλογος διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1: Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης (δολάρια ΗΠΑ), για χώρες με διαφορετικό εισόδημα (2010-2017).....	20
Διάγραμμα 2.2: Ποσοστιαία συμμετοχή κάθε κατηγορίας δαπάνης στη συνολική δαπάνη υγείας για χώρες με διαφορετικό εισόδημα (2017) .....	21
Διάγραμμα 2.3: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις σπουδαιότερες χώρες (2010) .....	21
Διάγραμμα 2.4: Δαπάνες υγείας των 27 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2010).....	22
Διάγραμμα 2.5: Δαπάνες υγείας των 27 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2015).....	22
Διάγραμμα 2.6: Δαπάνες υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών ως ποσοστό του ΑΕΠ, (2010). Συμπεριλαμβάνονται οι επενδύσεις στον τομέα .....	23
Διάγραμμα 2.7: Δαπάνες υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών ως ποσοστό του ΑΕΠ, (2015). Συμπεριλαμβάνονται οι επενδύσεις .....	24
Διάγραμμα 2.8: Συνολική και Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (δισ. Ευρώ).....	24
Διάγραμμα 2.9: Διαχρονική μεταβολή ποσοστών συμμετοχής της Δημόσιας και Ιδιωτικής, στη συνολική χρηματοδότηση του τομέα υγείας .....	25
Διάγραμμα 2.10: Μεταβολή κατά κεφαλή δαπάνης υγείας (δημόσιας και ιδιωτικής) για την Ελλάδα, για το μέσο όρο 23 από τις χώρες της Ε.Ε και για το μέσο όρο των νοτίων χωρών της Ε.Ε.....	25
Διάγραμμα 2.11: Οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) των συνολικών δαπανών του Δημοσίου αλλά και του ΑΕΠ για το έτος 2013.....	26
Διάγραμμα 2.12: Ποσοστιαία συμμετοχή φορέων στη δαπάνη υγείας (2011-2015). Αναθεωρημένα στοιχεία το 2017 .....	28
Διάγραμμα 2.13: Νοσοκομειακές δαπάνες έτους 2016, στις χώρες της Ε.Ε (κατά κεφαλήν σε EUR PPP) και ποσοστό τους στη δαπάνη υγείας.....	30
Διάγραμμα 2.14: Ποσοστά κατηγορίας νοσοκομειακών δαπανών στο σύνολο της νοσοκομειακής δαπάνης για τις Ευρωπαϊκές χώρες (2016) .....	30
Διάγραμμα 3.1: Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Ελλάδα, 2015 .....	40
Διάγραμμα 4.1: Εξέλιξη των συνολικών λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, (2010-2015) .....	62
Διάγραμμα 4.2: Ποσοστιαία μείωση νοσοκομειακών δαπανών ανά έτος (2010-2015).....	63
Διάγραμμα 4.3: Δαπάνη σε Ευρώ ανά ασθενή κατά κατηγορία μεγέθους νοσοκομείου .....	67
Διάγραμμα 4.4: Δαπάνη σε Ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας, κατά κατηγορία μεγέθους νοσοκομείου.....	67
Διάγραμμα 4.5: Δαπάνη ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας, κατά κατηγορία νοσοκομείων, 2010-2015.....	70
Διάγραμμα 4.6: Κατανομή νοσοκομειακών δαπανών κατά κατηγορία, 2010, 2015 .....	71
Διάγραμμα 4.7: Κατανομή νοσοκομειακών δαπανών κατά κατηγορία, 2010, 2015. ....	72
Διάγραμμα 4.8: Δαπάνη ανά ασθενή κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010-2015 .....	74
Διάγραμμα 4.9: Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010-2015.....	75
Διάγραμμα 4.10: Δαπάνη ανά ασθενή κατά κατηγορία νοσοκομείου, 2010, 2015 .....	76
Διάγραμμα 4.11: Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας κατά κατηγορία νοσοκομείου, 2010, 2015. ....	77
Διάγραμμα 4.12: Μέση δαπάνη (ευρώ) ανά ασθενή κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010, 2015 .....	79
Διάγραμμα 4.13: Μέση δαπάνη (€) ανά ημέρα νοσηλείας κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010, 2015.....	81

## Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 2.1: Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας (εκατ. Ευρώ) 2010-2015.....	27
Πίνακας 3.1: Νοσοκομεία και κλινικές στην Ελλάδα το έτος 2014.....	42
Πίνακας 3.2: Μέτρα ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών την περίοδο 2010-5.....	49
Πίνακας 4.1: Νοσοκομεία και κλίνες κατά Υγειονομική Περιφέρεια (2015).....	59
Πίνακας 4.2: Νοσοκομεία και κλίνες κατά διοικητική περιφέρεια (2015).....	60
Πίνακας 4.3: Νοσοκομεία και κλίνες κατά μέγεθος νοσοκομείου (2015).....	60
Πίνακας 4.4: Νοσοκομεία και κλίνες κατά κατηγορία νοσοκομείου (2015) .....	61
Πίνακας 4.5: Εξέλιξη των νοσοκομειακών δαπανών 2010-2015 (εκατ. ευρώ).....	61
Πίνακας 4.6: Συνολική νοσοκομειακή δαπάνη κατά Υγειονομική Περιφέρεια (εκατ. ευρώ) .....	63
Πίνακας 4.7: Νοσοκομειακές δαπάνες, δείκτες παραγωγικότητας και κόστη νοσηλείας (2010-15) .....	64
Πίνακας 4.8: Δείκτες κόστους νοσηλείας και παραγωγικότητα κλινών κατά ΥΠΕ. ....	65
Πίνακας 4.9: Νοσοκομειακή δαπάνη και δείκτες κόστους κατά μέγεθος νοσοκομείου.....	66
Πίνακας 4.10: Νοσοκομειακές δαπάνες και δείκτες κόστους νοσηλείας κατά κατηγορία νοσοκομείου.....	68
Πίνακας 4.11: Νοσοκομειακές δαπάνες (εκατ. ευρώ) κατά κατηγορία δαπάνης και ποσοστό συμμετοχής της κάθε μίας στο σύνολο της δαπάνης.....	71
Πίνακας 4.12: Ελάχιστες, μέγιστες τιμές (2010) και μεγαλύτερες μειώσεις ανά Υ.Πε (2015) .....	73
Πίνακας 4.13: Μέση δαπάνη ανά ασθενή, κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010, 2015. ....	78
Πίνακας 4.14: Μέση δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας, κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010, 2015. ....	80
Πίνακας 5.1: Επήρεια μέτρων στις κατηγορίες δαπανών .....	88
Πίνακας 7.1: Δαπάνη για φάρμακα ανά Υγειονομική Περιφέρεια.....	97
Πίνακας 7.2: Δαπάνη για υγειονομικό υλικό ανά Υγειονομική Περιφέρεια .....	98
Πίνακας 7.3: Δαπάνη για αντιδραστήρια ανά Υγειονομική Περιφέρεια .....	99
Πίνακας 7.4: Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα ανά Υγειονομική Περιφέρεια .....	100
Πίνακας 7.5: Δαπάνη για υπηρεσίες ανά Υγειονομική Περιφέρεια .....	101
Πίνακας 7.6: Δαπάνη για φάρμακα κατά μέγεθος νοσοκομείου .....	102
Πίνακας 7.7: Δαπάνη για υγειονομικό υλικό κατά μέγεθος νοσοκομείου. ....	103
Πίνακας 7.8: Δαπάνη για ορθοπεδικό υλικό κατά μέγεθος νοσοκομείου. ....	103
Πίνακας 7.9: Δαπάνη για αντιδραστήρια κατά μέγεθος νοσοκομείου .....	104
Πίνακας 7.10: Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα κατά μέγεθος νοσοκομείου.....	105
Πίνακας 7.11: Δαπάνη για υπηρεσίες κατά μέγεθος νοσοκομείου. ....	105
Πίνακας 7.12: Δαπάνη για φάρμακα κατά κατηγορία νοσοκομείου. ....	106
Πίνακας 7.13: Δαπάνη για υγειονομικό υλικό κατά κατηγορία νοσοκομείου.....	107
Πίνακας 7.14: Δαπάνη για ορθοπεδικό υλικό κατά κατηγορία νοσοκομείου.....	108
Πίνακας 7.15: Δαπάνη για αντιδραστήρια κατά κατηγορία νοσοκομείου. ....	109
Πίνακας 7.16: Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα κατά κατηγορία νοσοκομείου. ....	110
Πίνακας 7.17: Δαπάνη για υπηρεσίες κατά κατηγορία νοσοκομείου.....	111

## Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Δ.Υ.	Δαπάνες Υγείας
ΔΛΤΤΒ	Διπλογραφική Λογιστική Τροποποιημένης Ταμειακής Βάσης
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΥ	Επιτροπή Προμηθειών Υγείας
ΕΣΑΝ	Εταιρία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων
ΕΣΠΑ	Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΣΥnet	Δίκτυο Συλλογής Δεδομένων του ΕΣΥ
Ε.Τ.Χ.Σ	Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Εθνικό Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
ΙΟΒΕ	Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
ΚΑΕ	Κωδικοί Αριθμοί Εξόδων
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια
Κ.Υ.	Κέντρα Υγείας
ΜΔΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΝΠΔΔ	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΚΑ	Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΕΥΥΠ	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας
ΣΛΥ 2011	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2011
Συγκινεί	Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών
ΤΥΔΚΥ	Ταμείο Υπηρετούντων Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων
Υ.Πε	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
CT	Computer Tomography scan
DM	Disease management
DRGs	Diagnostic Related Groups
EBM	Evidence Based Medicine
EFSF	European Financial Stability Facility
ESM	European Stability Mechanism
EU	European Union
GPD	Gross Domestic Product
ICHA	International Classification of Health Accounts
ICP	International Comparison Program
ICD-10	International Classification of Diseases-10
MRI	Magnetic Resonance Imaging
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PET	Positron Emission Tomography
PPP	Purchasing Power Parity
SHA 2011	System of Health Accounts 2011
WHO	World Health Organization

**ΜΕΡΟΣ Α**  
**ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

## 1. Εισαγωγή

Η μελέτη των οικονομικών της υγείας απέκτησε πολύ μεγάλη βαρύτητα τα τελευταία χρόνια κυρίως λόγω της διεθνώς παρατηρούμενης αύξησης των δαπανών που αφορούν στην υγεία των πολιτών (health expenditure). Η μελέτη αυτή έχει ως κύρια κατεύθυνση την ορθολογικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων οικονομικών πόρων για την αποτελεσματικότερη παραγωγή φροντίδων υγείας. Το κυρίαρχο δηλαδή πρόβλημα που καλείται να επιλύσει, είναι η γεφύρωση της ανισορροπίας μεταξύ των διαθέσιμων πόρων για την υγεία και των αποτελεσμάτων που παράγονται από αυτά. Γι' αυτό το λόγο και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εκάστοτε εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας (health policy) (Γείτονα και συν, 2003· Σούλης, 1999).

Ειδικά γι' αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις, η μελέτη των οικονομικών δεδομένων της υγείας στα πλαίσια της ασκούμενης οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής κάθε Κράτους Πρόνοιας, αποτελεί βασικό εργαλείο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων (Υφαντόπουλος, 2003).

Σύμφωνα με ένα κλασικό ορισμό του Robbins (1945), τα οικονομικά μελετούν τη σχέση μεταξύ των απεριόριστων αναγκών και των περιορισμένων πόρων οι οποίοι έχουν εναλλακτικές χρήσεις. Αυτός ο γενικός ορισμός έχει αναδιατυπωθεί από τον Κυριόπουλο (2007) κατά ένα τρόπο που καθιστά περισσότερο σαφή την πρακτική σημασία των οικονομικών της υγείας στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Σύμφωνα με αυτόν, ο κλάδος των οικονομικών της υγείας «ασχολείται με τη μελέτη των μηχανισμών παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας και την αναζήτηση της άριστης κατανομής των σπάνιων πόρων για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας προς όφελος του κοινωνικού συνόλου». Ιδίως δε σε περιόδους υψηλής σπανιότητας των πόρων όπως η μακρά περίοδος οικονομικής ύφεσης και λιτότητας την οποία βίωσε η χώρα μας κατά την οικονομική κρίση μετά το 2009, η αναζήτηση της άριστης κατανομής των πόρων αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Πάνω σε αυτή ακριβώς την προσέγγιση επιχειρεί να βασισθεί η παρούσα.

Εξάλλου σύμφωνα με τους Flokou et al., (2017), η αναποτελεσματικότητα των επενδύσεων στον υγειονομικό τομέα και οι αυξημένες δαπάνες υγείας (που αντιπροσωπεύουν σημαντικό ποσοστό των συνολικών δημοσίων δαπανών), ασκούν

τεράστια πίεση για τη μείωση του κόστους. Ο περιορισμός όμως του κόστους δεν θα πρέπει να οδηγεί σε ανεπαρκή ποσότητα και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη η μελετημένη και ορθολογική εξοικονόμηση πόρων θα μπορούσε να βοηθήσει στην κάλυψη άλλων τομέων του συστήματος. Συνεπώς ο καθορισμός ορθολογικών κριτηρίων για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας είναι εξαιρετικά σημαντικός, ιδίως δε των δαπανών για δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Το ζήτημα ακριβώς του ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών αποτέλεσε σημαντικό στοιχείο της πολιτικής υγείας στη χώρα μας την περίοδο 2010-15. Μετά από μακρά περίοδο κατά την οποία εκδηλώθηκαν εκτεταμένα φαινόμενα σπατάλης των πόρων υγείας και αναποτελεσματικής οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων, η Ελλάδα αναγκάστηκε να εφαρμόσει ένα πλέγμα μέτρων και πολιτικών, με στόχο την περιστολή της σπατάλης, και την αποτελεσματικότερη και ορθολογικότερη διαχείριση των πόρων. Μέρος των εφαρμοζόμενων μέτρων επιβλήθηκαν από την υποχρέωση της χώρας να εφαρμόσει τα μνημόνια που υπέγραψε. Εντούτοις, όλο και περισσότεροι αναγνωρίζουν ότι πολλά από τα μέτρα για την αντιμετώπιση της σπατάλης στην αγορά φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, αντιδραστηρίων, αναλώσιμων κλπ. θα έπρεπε να έχουν εφαρμοστεί πολύ νωρίτερα. Οι πολιτικές ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών της περιόδου αυτής αποτέλεσαν το μεγαλύτερο πλέγμα περιοριστικών πολιτικών που εφαρμόστηκαν ποτέ στην υγεία στη χώρα μας, και οδήγησαν σε μια κατακόρυφη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας κατά 40%, μέσα σε λίγα μόλις χρόνια. Για το λόγο αυτό, οι πολιτικές ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών της περιόδου 2010-15 αποτελούν ένα μοναδικό φαινόμενο, οι συνέπειες του οποίου αξίζει να μελετηθούν από κάθε άποψη. Βέβαια υπάρχει πλήθος ερευνών που μελετούν την αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία των Ελλήνων. (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso, & Sissouras, 2015). Όμως μέσα στη δίνη της κρίσης δόθηκε πραγματική «ευκαιρία» του ανατρεπτικού εξ ορθολογισμού της λειτουργίας του ΕΣΥ, της εξυγίανσης και της αποκατάστασης της βιωσιμότητας του.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη των πολιτικών ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών της περιόδου 2010-15, με βάση τα εμπειρικά δεδομένα των νοσοκομείων της χώρας. Ειδικότερα, οι στόχοι της έρευνας είναι:

(α) Η μελέτη της διάρθρωσης των νοσοκομειακών δαπανών και η ανάλυση των πεδίων και των τομέων στους οποίους εκδηλώθηκαν τα μεγαλύτερα φαινόμενα σπατάλης νοσοκομειακών πόρων πριν την οικονομική κρίση στην Ελλάδα στα νοσοκομεία.

(β) Ο προσδιορισμός και η ανάλυση των πολιτικών ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα την περίοδο 2010-15.

(γ) Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών και των επιπτώσεων που είχαν αυτές στη διάρθρωση των νοσοκομειακών δαπανών.

(δ) Η αξιολόγηση των επιπτώσεων που είχαν οι περιοριστικές πολιτικές ελέγχου των δαπανών στη λειτουργία των νοσοκομείων.

Η μελέτη βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα σχετικά με τη διάρθρωση των νοσοκομειακών δαπανών στα νοσοκομεία της χώρας κατά τη διάρκεια της υπό μελέτη περιόδου και στα λειτουργικά στοιχεία των νοσοκομείων κατά την ίδια περίοδο. Το πρωτογενές υλικό της έρευνας προέρχεται από τη μελέτη επίσημων στοιχείων του Υπουργείου Υγείας και της ΕΛΣΤΑΤ.

Το πρώτο μέρος της εργασίας αυτής διερευνά το θεωρητικό πλαίσιο που σχετίζεται με τις δαπάνες υγείας, τις αιτίες αύξησης τους, το ρόλο των νοσοκομειακών δαπανών και τις ασκούμενες πολιτικές διαχείρισης του ζητήματος. Εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση επί του θέματος παρουσιάζεται στο κεφάλαιο 3.5.

Το δεύτερο μέρος μετρά οικονομικούς και λειτουργικούς δείκτες όλων των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε βάθος εξαετίας και τους συσχετίζει με τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν στη χώρα την περίοδο της μεγάλης οικονομικής κρίσης όπου η Ελλάδα ουσιαστικά χρεοκόπησε και αναγκάστηκε να εφαρμόσει απότομα αυστηρά περιοριστικές πολιτικές λιτότητας.



## 2. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας

### 2.1 Οι δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες για θέματα υγείας που απορροφούν όλο και μεγαλύτερο μέρος του εθνικού εισοδήματος αποτελούν τις δεύτερες κατά σειρά υψηλότερες δαπάνες (δημόσιες και ιδιωτικές) μετά τις δαπάνες για συντάξεις (Χλέτσος, 2003). Επίσης παρατηρείται ότι η αύξηση των δαπανών μεγαλώνει με μεγαλύτερο ρυθμό από αυτόν του ΑΕΠ. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν μέσα σε μερικές δεκαετίες από το 3% στη δεκαετία 1960 στο 10% του ΑΕΠ πολλών ανεπτυγμένων χωρών (Μανιαδάκης, 2021).

Σαν δαπάνες υγείας (Current Expenditure on Health Care), ο Ο.Ο.Σ.Α που διατηρεί βάση δεδομένων και δημοσιεύει στοιχεία όλων των χωρών, θεωρεί το σύνολο των δαπανών (δημοσίων και ιδιωτικών συμπεριλαμβανομένων των νοικοκυριών), τόσο για υπηρεσίες και αγαθά όσο και για επενδύσεις κεφαλαίου. Παρουσιάζεται τόσο ως συνολική δαπάνη υγείας όσο και χωριστά σαν δημόσια, ιδιωτική ακόμα και ως άτυπη - ίδια πληρωμή (out of pocket payment). Μπορεί δε να καταμετράται τόσο ως ποσοστό του ΑΕΠ όσο και ως κατά κεφαλή δαπάνη υγείας (OECDiLibrary, 2014).

Δημόσιες δαπάνες υγείας θεωρούνται οι δαπάνες που κάνει κάθε κράτος είτε απ' ευθείας είτε μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτικές δαπάνες θεωρούνται αυτές που πραγματοποιούνται από ιδιωτικές ασφαλιστικές και ιδιώτες ασφαλισμένους ή ανασφάλιστους (καταναλωτές-νοικοκυριά) (Χλέτσος, 2011).

Την κωδικοποίηση του Ο.Ο.Σ.Α για την καταγραφή των δαπανών υγείας (System of Health Accounts - SHA 2011) εφαρμόζει και η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) με την ονομασία Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ 2011). Η κωδικοποίηση είναι βασισμένη στο Διεθνές Πρότυπο Ταξινόμησης των Δαπανών Υγείας (International Classification of Health Accounts - ICHA) και ακολουθείται ύστερα από συνεργασία των Διεθνών Οργανισμών ΟΟΣΑ και ΠΟΥ καθώς και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Eurostat).

Το ΣΛΥ 2011 καταγράφει τις δαπάνες υγείας με τρεις διαφορετικούς τρόπους για πρακτικούς λόγους. Ο πρώτος εστιάζει στους αρμόδιους χρηματοδοτικούς φορείς τόσο για τις δημόσιες μονάδες υγείας όσο και για τις ιδιωτικές. Ο δεύτερος εστιάζει σε

συγκεκριμένους παρόχους υγείας και τέλος ο τρίτος σχετίζεται με την κατεύθυνση της υγειονομικής δραστηριότητας. Έτσι δίνονται απαντήσεις στα ερωτήματα ποιος χρηματοδοτεί την αγορά αγαθών και υπηρεσιών, ποιοι παρέχουν αυτά τα αγαθά και τις υπηρεσίες υγείας και τέλος ποιες κατηγορίες υγειονομικής δραστηριότητας χρηματοδοτούνται (OECD, A System of Health Accounts 2011, Revised Edition, 2017).

Σε κάθε περίπτωση οι συνολικές δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν:

- Όλες τις ιατρικές δαπάνες όπως τις αμοιβές του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού καθώς και τα έξοδα για θεραπείες, εργαστηριακές εξετάσεις κλπ.
- Όλες τις νοσοκομειακές δαπάνες, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών για νοσηλεία, επεμβάσεις, παρακλινικές εξετάσεις, και φάρμακα στα πλαίσια νοσηλείας και θεραπείας εντός νοσοκομείου.
- Όλες τις δαπάνες για φάρμακα, για οπτικά, για ορθοπεδικά και λοιπά προϊόντα.
- Όλες τις δαπάνες εκπαίδευσης, πρόληψης και υγειονομικές υπηρεσίες στρατού.

Τέλος η συγκρισιμότητα των Εθνικών οικονομικών στοιχείων επιτυγχάνεται με:

- την έκφρασή τους σε κοινό νόμισμα.
- τον αποπληθωρισμό τους, συμπεριλαμβανομένου του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος κάθε χώρας (ΑΕΠ-GPD).
- την διόρθωση-προσαρμογή τους ως προς την διαφορετική αγοραστική δύναμη των πολιτών σε κάθε χώρα.

Στη σύγχρονη μακροοικονομία, το ΑΕΠ αναφέρεται στη συνολική νομισματική αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που παράγονται σε μια χώρα. Το ονομαστικό ΑΕΠ υπολογίζει τη νομισματική αξία σε τρέχοντες, απόλυτους όρους. Το πραγματικό ΑΕΠ προσαρμόζει το ονομαστικό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν για τον πληθωρισμό. Όμως η αξία των αγαθών και υπηρεσιών διαφέρει από χώρα σε χώρα και οι απόλυτες συγκρίσεις ΑΕΠ μπορεί να είναι ανακριβείς, δεδομένης της σχετικότητας των τιμών των αγαθών, των ισοτιμιών και της χειραγώγησης των νομισμάτων. Με άλλα λόγια η αγοραστική δύναμη είναι διαφορετική σε κάθε χώρα. Για να καταστούν τα μεγέθη συγκρίσιμα, εφευρέθηκε και υιοθετήθηκε από τους οικονομολόγους η Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης (ΙΑΔ), το Purchasing Power Parity (PPPs). Πρόκειται για οικονομική θεώρηση - εργαλείο σύγκρισης (προσαρμογής) των νομισμάτων διαφορετικών χωρών μέσω ενός κοινού «καλαθιού αγαθών». Έτσι για να είναι

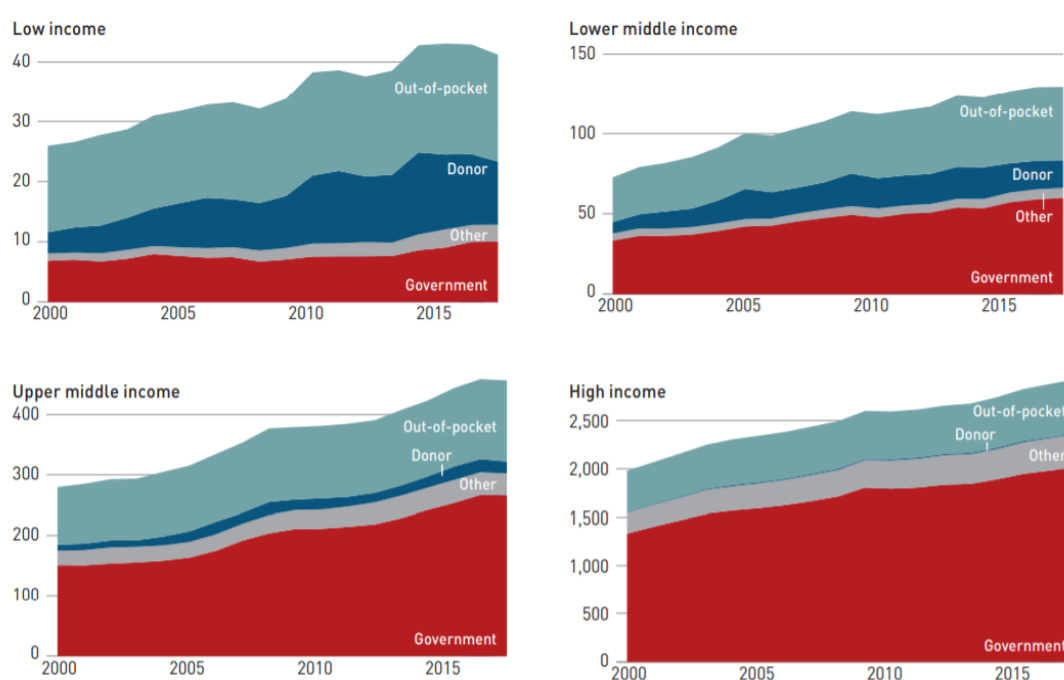
πραγματικά συγκρίσιμες οι δαπάνες υγείας διαφορετικών χωρών ως προς το ΑΕΠ τους, αυτά προσαρμόζονται με τη χρήση του εργαλείου PPPs (PPPs-based GDP data ή GDP<sub>PPP</sub> ratio). Η Παγκόσμια Τράπεζα κάνει σήμερα αυτούς τους υπολογισμούς για όλες τις χώρες του κόσμου και η διαδικασία ακολουθείται τόσο από τον Ο.Ο.Σ.Α, όσο και από την Eurostat δίνοντας πιο αξιόπιστα συγκριτικά στοιχεία δαπανών υγείας (OECD, 2006 ; OECDpublishing, 2007).

## **2.2 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας διεθνώς στην περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα**

Διαχρονικά οι δαπάνες υγείας αυξάνουν με μικρές περιόδους στασιμότητας στις μεγάλες οικονομικές κρίσεις. Μεταξύ του 2000 και του 2017 σύμφωνα με έκθεση του ΠΟΥ (WHO, 2019), οι παγκόσμιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σε πραγματικούς όρους κατά 3,9% ανά έτος, όταν η οικονομία αναπτύχθηκε κατά 3% ανά έτος, φθάνοντας στα 7,8 τρισεκατομμύρια δολάρια. Ποσό που αγγίζει το 10% του Παγκόσμιου ΑΕΠ ή αντιστοιχεί σε 1080 δολάρια κατά κεφαλή ανά έτος. Υπάρχουν όμως μεγάλες διαφορές από χώρα σε χώρα. Οι χώρες με μεσαία εισοδήματα αύξησαν τις δαπάνες υγείας σ' αυτό το χρονικό διάστημα κατά 6,3% ανά έτος όταν οι οικονομίες τους αυξήθηκαν κατά 5,9% ετησίως. Φτωχότερες χώρες παρουσίασαν μεγαλύτερη αύξηση κατά 7,8% ετησίως. Όμως ενώ σε πολύ φτωχές χώρες οι μέσες δαπάνες υγείας έφταναν μόνο τα 41 δολάρια ανά άτομο ετησίως το 2017, στις ΗΠΑ το αντίστοιχο ποσό ήταν 2.937 δολάρια (πάνω από 70 φορές περισσότερα). Μάλιστα αναφέρεται ότι οι χώρες με υψηλά εισοδήματα αντιπροσωπεύουν μεν το 80% των παγκοσμίων δαπανών, αλλά οι χώρες με μεσαία εισοδήματα αύξησαν το ποσοστό τους στις παγκόσμιες δαπάνες υγείας από 13% σε 19% στο διάστημα μεταξύ του 2010 και του 2017. Οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσωπεύουν περίπου το 60% των παγκόσμιων δαπανών υγείας και αυξήθηκαν κατά μέσο όρο 4,3% ανά έτος στο ίδιο χρονικό διάστημα 2010-2017. Όμως σε χώρες χαμηλών και μεσαίων εισοδημάτων οι άτυπες πληρωμές διπλασιάστηκαν, ενώ σε πλούσιες χώρες αυξήθηκαν κατά 46%. Οι δωρεές αντιπροσωπεύουν το 0,2% των παγκοσμίων δαπανών για την υγεία, αλλά στις χώρες με μεσαία εισοδήματα το ποσοστό αυτό φθάνει στο 3% και στις πολύ φτωχές χώρες στο 27% των δαπανών υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες πάλι κινούνται περίπου στο 40% των συνολικών δαπανών παγκόσμια. Πάντως ακόμα και ανάμεσα στις πλουσιότερες χώρες υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις στις δαπάνες υγείας όπως και ανάμεσα σε χώρες με ίδιο ΑΕΠ. Για

παράδειγμα η Βραζιλία που έχει περίπου ίδιο ΑΕΠ με την Τουρκία ξοδεύει πάνω από διπλάσια ποσά στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας.

Στο Διάγραμμα 2.1 (W.H.O, 2019), παρουσιάζεται η κατά κεφαλή αύξηση της δαπάνης υγείας σε δολάρια κατά την περίοδο 2010-2017. Η μεταβολή αφορά σε τέσσερεις κατηγορίες δαπανών: δημόσια, ιδιωτική και άτυπη δαπάνη καθώς και δωρεές, για τέσσερεις διαφορετικές κατηγορίες χωρών ανάλογα με το εισόδημά τους. Είναι εντυπωσιακή η διαφορά στην αύξηση τόσο της δημόσιας δαπάνης όσο και των δωρεών αλλά και των άτυπων πληρωμών ανάμεσα σε χώρες διαφορετικού επιπέδου.



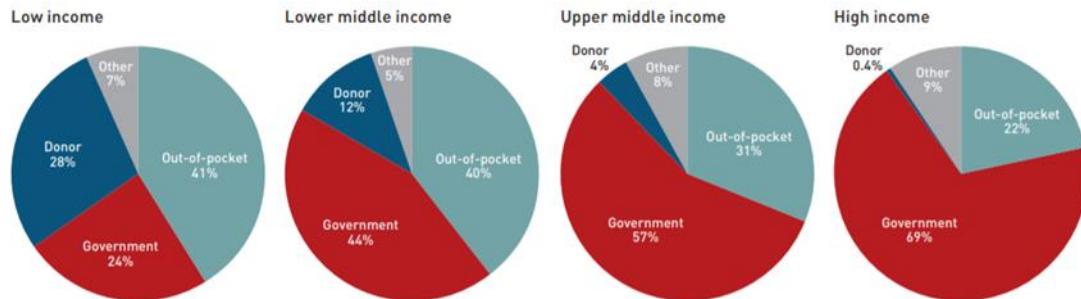
Πηγή: WHO, 2019

**Διάγραμμα 2.1: Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης (δολάρια ΗΠΑ), για χώρες με διαφορετικό εισόδημα (2010-2017)**

Στο Διάγραμμα 2.2 (W.H.O, 2019), παρουσιάζεται αντίστοιχα η ποσοστιαία συμμετοχή κάθε κατηγορίας δαπάνης στη συνολική δαπάνη υγείας για χώρες με διαφορετική οικονομική κατάσταση (2017). Είναι εμφανείς οι τεράστιες διαφορές ανάμεσα σε χώρες με διαφορετική οικονομική κατάσταση.

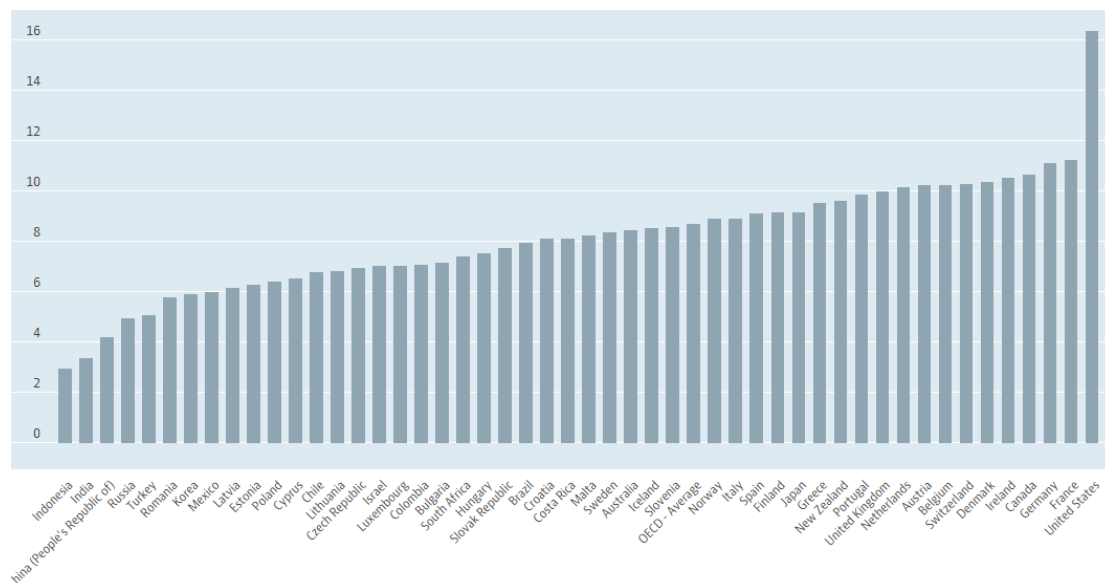
Στις πλούσιες χώρες το 2017, η δημόσια χρηματοδότηση αγγίζει το 69% της συνολικής δαπάνης, ενώ στις λιγότερο φτωχές το 24%. Αντίθετα οι άτυπες πληρωμές που στις

πλούσιες χώρες κατέχουν το 22%, στις λιγότερο φτωχές χώρες αγγίζουν το 41% των συνολικών δαπανών.



Πηγή: WHO, 2019

**Διάγραμμα 2.2: Ποσοστιαία συμμετοχή κάθε κατηγορίας δαπάνης στη συνολική δαπάνη υγείας για χώρες με διαφορετικό εισόδημα (2017)**



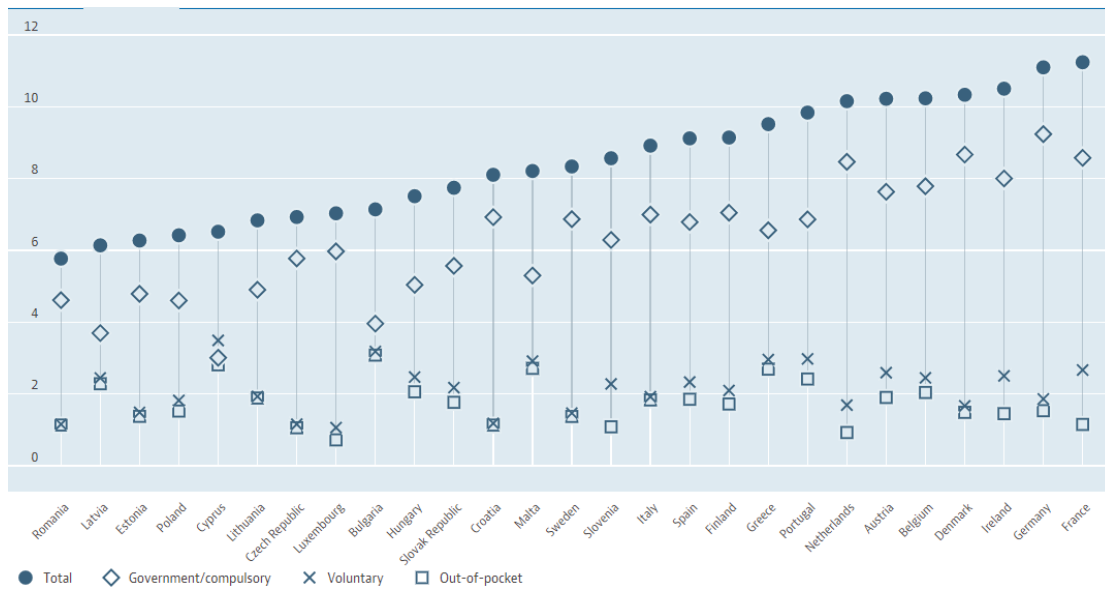
Πηγή: OECD Statistics

**Διάγραμμα 2.3: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις σπουδαιότερες χώρες (2010)**

Στο Διάγραμμα 2.3 (πηγή OECD Statistics), παρουσιάζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ των κυριότερων χωρών για το έτος 2010. Το ποσοστό της Ελλάδας ανέρχεται στο 9,5% και είναι υψηλότερο τόσο από το ποσοστό χωρών

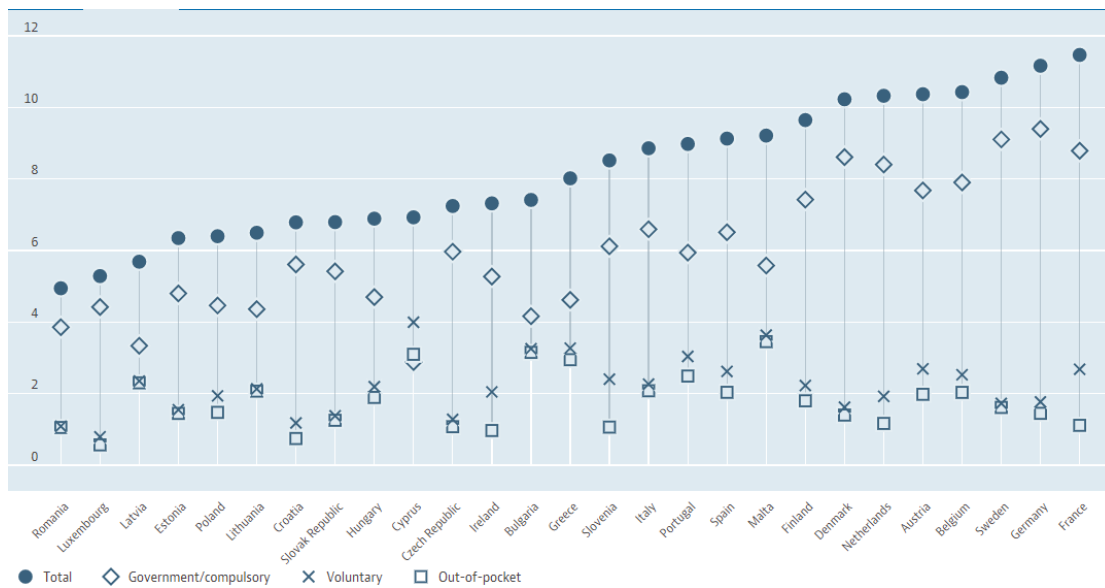
όπως η Ιαπωνία, η Φινλανδία, η Ιταλία και η Ισπανία όσο και από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Στα Διαγράμματα 2.4 και 2.5 (Πηγή: OECD Statistics), παρουσιάζονται τα σύνολα αλλά και οι παραπάνω αναφερθείσες κατηγορίες δαπανών υγείας για τις 27 χώρες της Ε.Ε. ως ποσοστό του ΑΕΠ για τα έτη 2010 και 2015 αντίστοιχα. Δεν συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες για επενδύσεις στον τομέα της υγείας. Η Ελλάδα έχει περάσει από την 9<sup>η</sup> στη 14<sup>η</sup> θέση.



Πηγή: OECD Statistics

**Διάγραμμα 2.4: Δαπάνες υγείας των 27 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2010)**



Πηγή: OECD Statistics

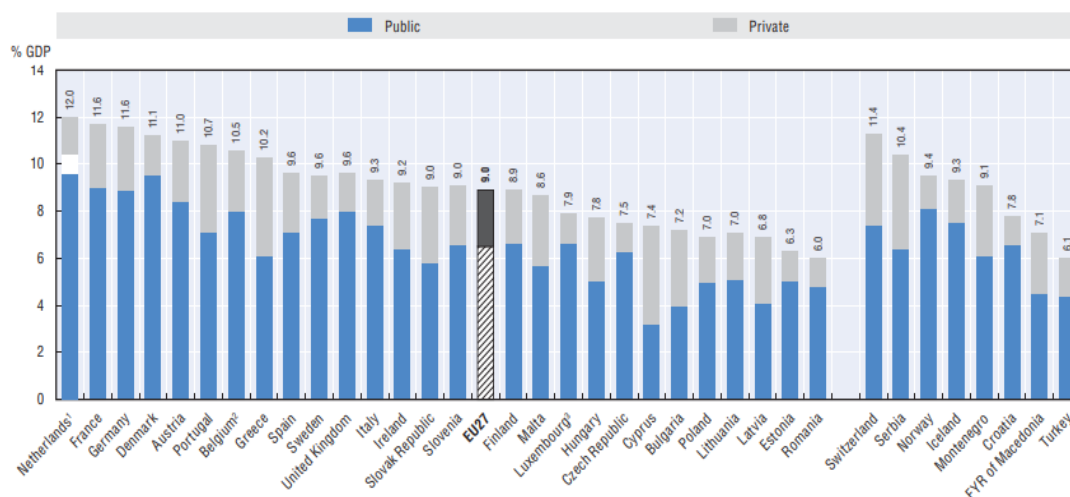
**Διάγραμμα 2.5: Δαπάνες υγείας των 27 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2015)**

Πάντως σύμφωνα με τους Σουλιώτη και συν. (2018), από το 2007 και μετά, λόγω της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης 18 από τις 28 χώρες της Ε.Ε παρουσιάζουν μείωση των δαπανών υγείας.

### 2.3 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2015

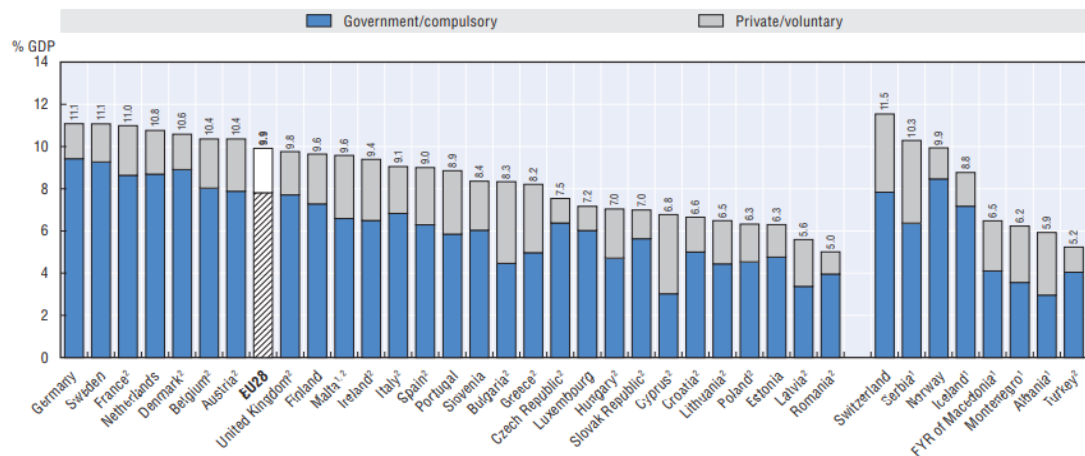
Στην Ελλάδα όπως φαίνεται και στα παραπάνω Διαγράμματα 2.4 και 2.5, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν από 9,5% σε 8% του ΑΕΠ (δεν περιλαμβάνεται το κόστος επενδύσεων στον τομέα). Η συμμετοχή της δημόσιας δαπάνης επίσης μειώθηκε την ίδια περίοδο από 6,6% του ΑΕΠ σε 4,6%. Οι άτυπες πληρωμές αντίθετα αυξήθηκαν από 2,7 σε 2,9%.

Από τα Διαγράμματα 2.6 και 2.7 παρακάτω, (πηγή: OECD, Health at a Glance: Europe 2016), προκύπτει ότι η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα έπεσε από το 10,2%, στο 8,2% του ΑΕΠ την περίοδο 2010-2015 (συμπεριλαμβανομένων των επενδύσεων στον τομέα).



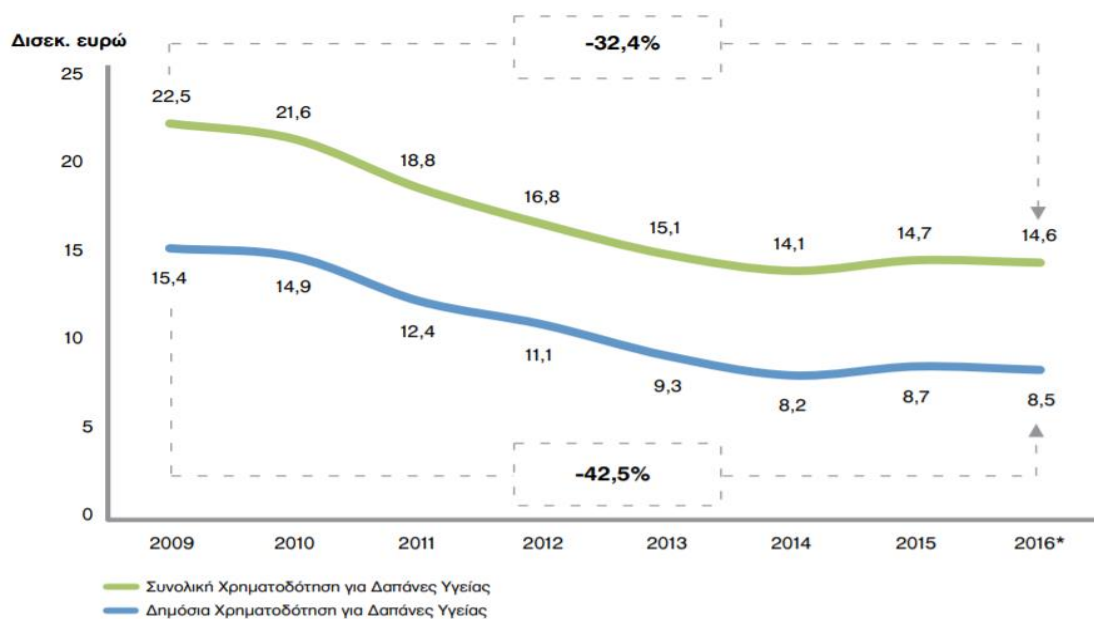
Πηγή: OECD, Health at a Glance: Europe 2016

**Διάγραμμα 2.6: Δαπάνες υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών ως ποσοστό του ΑΕΠ, (2010). Συμπεριλαμβάνονται οι επενδύσεις στον τομέα**



Πηγή: OECD Health at a Glance: Europe 2016

**Διάγραμμα 2.7: Δαπάνες υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών ως ποσοστό του ΑΕΠ, (2015). Συμπεριλαμβάνονται οι επενδύσεις**



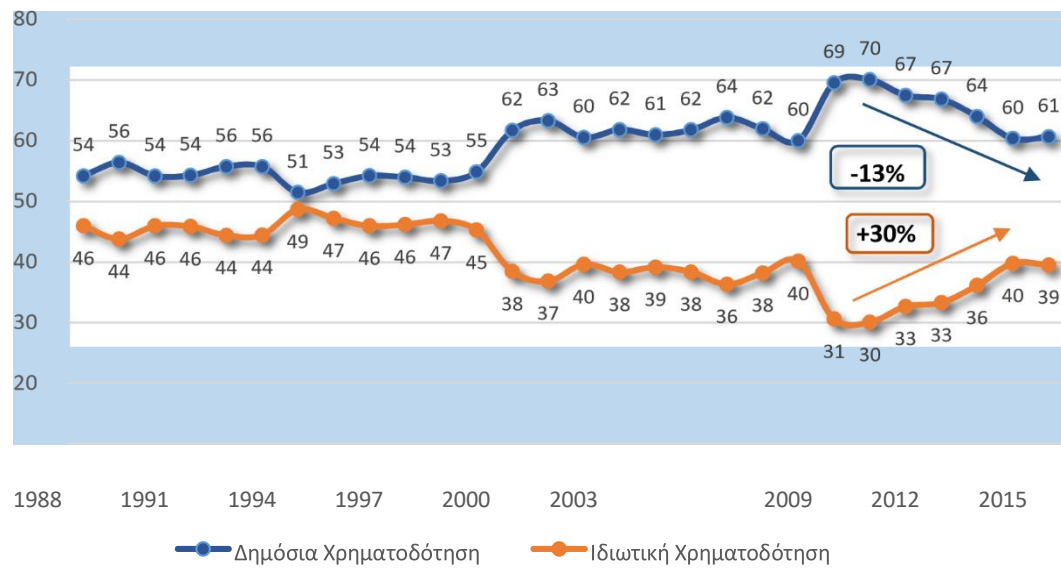
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), ΕΛΣΤΑΤ, 2017, OECD Health Statistics 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE . \* Για το 2016 είναι εκτίμηση . \*\* Οι ποσοστιαίες μεταβολές μεταξύ 2009 και 2016 έχουν υπολογιστεί στα στοιχεία χρηματοδότησης σε σταθερές τιμές (\$ 2010 PPS, OECD)

**Διάγραμμα 2.8: Συνολική και Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (δισ. Ευρώ)**

Για την ακρίβεια όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.8 (πηγή IOBE), η δαπάνη συνολικά του τομέα της υγείας έπεσε από τα 21,6 δισ. περίπου το 2010, στα 14,7 δισ. ευρώ το 2015. Αυτή είναι μείωση της τάξης των επτά δισ. Ευρώ (ποσοστό μείωσης 32%). Η

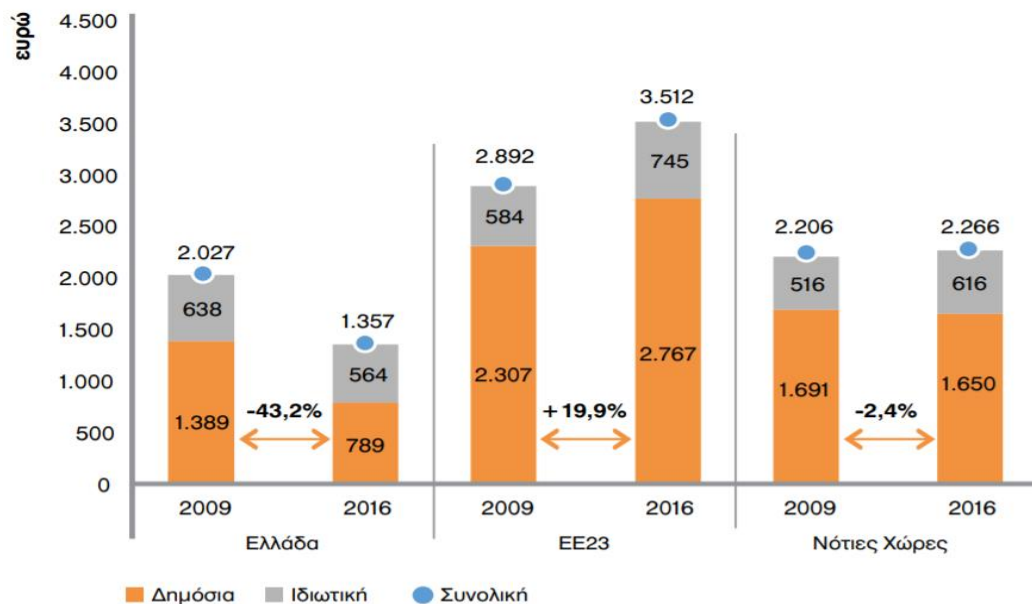


δημόσια δαπάνη μειώθηκε από 14,9 δισ. το 2010, σε 8,7 δισ. Ευρώ το 2015. Πρόκειται για μείωση κατά 6,2 δισ. (ποσοστό μείωσης 42%).



Πηγή: OECD

**Διάγραμμα 2.9:** Διαχρονική μεταβολή ποσοστών συμμετοχής της Δημόσιας και Ιδιωτικής, στη συνολική χρηματοδότηση του τομέα υγείας



ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), Η ΕΕ αναφέρεται στο μέσο όρο 23 χωρών της ΕΕ, λόγω μη διαθεσιμότητας στοιχείων για τις υπόλοιπες.

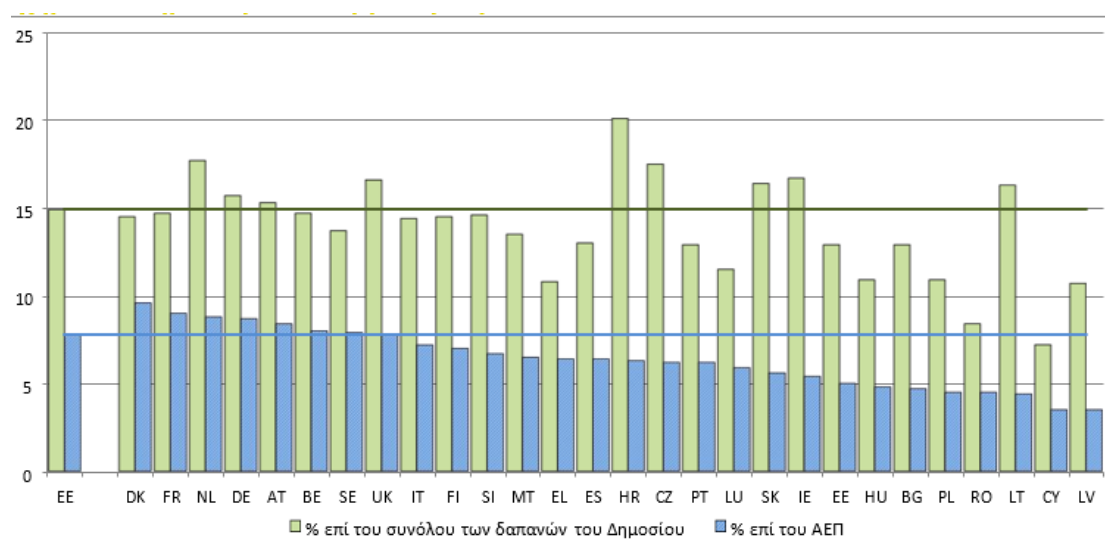
Πηγή: OECD Health statistics, 2017. Επεξεργασία στοιχείων IOBE

**Διάγραμμα 2.10:** Μεταβολή κατά κεφαλή δαπάνης υγείας (δημόσιας και ιδιωτικής) για την Ελλάδα, για το μέσο όρο 23 από τις χώρες της Ε.Ε και για το μέσο όρο των νοτίων χωρών της Ε.Ε.

Στο Διάγραμμα 2.9 (πηγή OECD), φαίνεται η διαχρονική μεταβολή των ποσοστών συμμετοχής της δημόσιας και ιδιωτικής στη συνολική χρηματοδότηση του τομέα υγείας στη χώρα.

Στο Διάγραμμα 2.10 (πηγή IOBE), μπορεί να δει κανείς ότι μεταξύ των ετών 2009 και 2016 η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα έπεσε από τα 2.027 στα 1.357 Ευρώ (Μείωση 43,2%). Η μείωση για τις χώρες της Νότιας Ευρώπης είναι της τάξης του 2,4%.

Στο Διάγραμμα 2.11 παρουσιάζονται οι Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) των συνολικών δαπανών του Δημοσίου αλλά και του ΑΕΠ για το έτος 2013. Πηγή Eurostat (E.U., 2018). Οι συνολικές δαπάνες υγείας της Ελλάδας βρίσκονται περίπου στο 11% των συνολικών δημοσίων δαπανών, ενώ ως ποσοστό του ΑΕΠ οδεύουν προς στο 6%.



Πηγή: Eurostat (E.U., 2018)

**Διάγραμμα 2.11: Οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) των συνολικών δαπανών του Δημοσίου αλλά και του ΑΕΠ για το έτος 2013.**

Στον πίνακα 2.1 της ΕΛΣΤΑΤ (2017), αναλύεται η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας σε απόλυτους αριθμούς ανά έτος (σε εκατομμύρια ευρώ) για την περίοδο 2010-2015, όπως προέκυψε από τις πρώτες αναθεωρήσεις των πινάκων της ΕΛΣΤΑΤ το 2017 με βάση πάντα το ΣΛΥ (ΕΛΣΤΑΤ statistics.gr, 2017). Από την ίδια πηγή στον πίνακα 2.2 φαίνεται και η ποσοστιαία συμμετοχή κάθε φορέα για τα έτη 2011-15, ενώ στο Διάγραμμα 2.12 (ΕΛΣΤΑΤ), αυτό απεικονίζεται κατηγοριοποιημένα

και σε γράφημα. Η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στο διάστημα 2010-15 μειώθηκε από 21,6 σε 14,7 δισ. και η δημόσια από 14,9 σε 8,7 δισ. ευρώ. Το ποσοστό δημόσιας δαπάνης έπεσε από 69% σε 59,1%. Από αυτό το 30,3% είναι δαπάνη της Γενικής Κυβέρνησης και το 28,8% των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ).

**Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (σε εκατ. ευρώ)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	6.475,4	4.202,2	5.046,4	4.603,1	4.176,5	4.459,5
2. ΟΚΑ (HF.1.2)*	8.445,4	8.223,1	6.036,3	4.699,8	4.018,2	4.245,0
<b>Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+(2)</b>	<b>14.920,8</b>	<b>12.425,3</b>	<b>11.082,7</b>	<b>9.302,9</b>	<b>8.194,7</b>	<b>8.704,5</b>
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1
<b>Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)</b>	<b>6.614,6</b>	<b>6.358,0</b>	<b>5.644,6</b>	<b>5.616,3</b>	<b>5.737,8</b>	<b>5.765,4</b>
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	73,3	52,4	53,6	139,3	198,4	262,0
<b>Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (HF) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)</b>	<b>21.608,7</b>	<b>18.835,7</b>	<b>16.780,9</b>	<b>15.058,5</b>	<b>14.130,9</b>	<b>14.731,9</b>

\*Τα στοιχεία των ΟΚΑ έχουν αναθεωρηθεί λόγω μεθοδολογικής προσαρμογής που αφορά στην καταγραφή των στοιχείων σε δεδουλευμένη βάση.

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

**Πίνακας 2.1: Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας (εκατ. Ευρώ) 2010-2015**

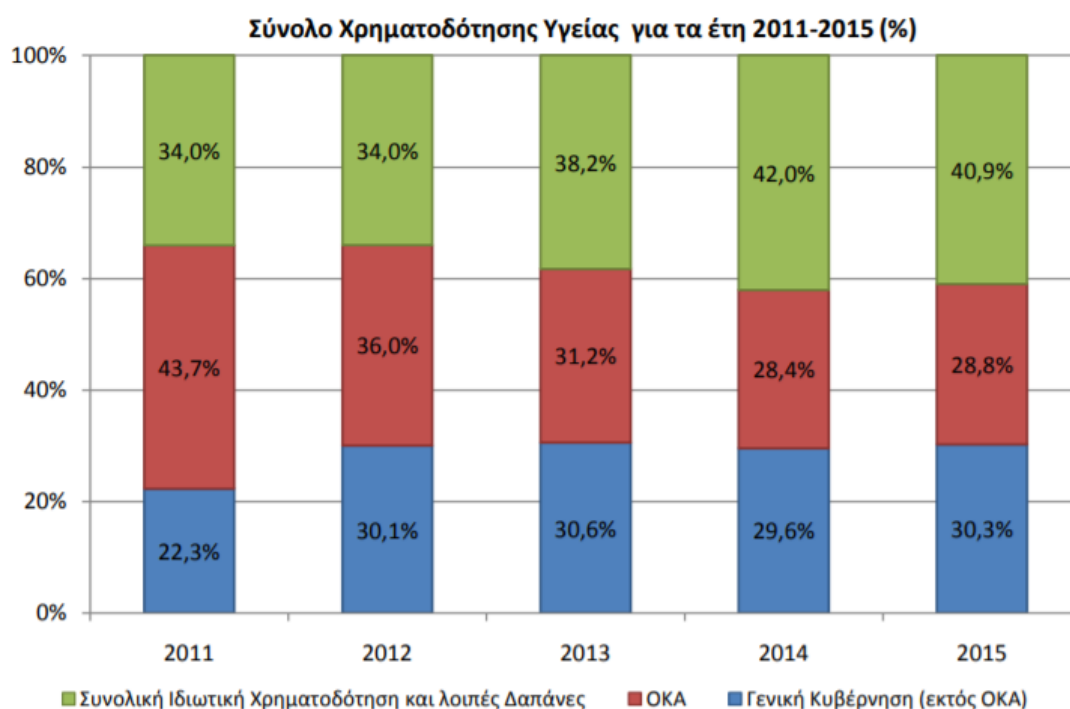
**Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα (σε εκατ. ευρώ)**

	2011	2012	2013	2014	2015
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	4.202,2	5.046,4	4.603,1	4.176,5	4.459,5
(% της συνολικής)	22,3%	30,1%	30,6%	29,6%	30,3%
2. ΟΚΑ (HF.1.2)*	8.223,1	6.036,3	4.699,8	4.018,2	4.245,0
(% της συνολικής)	43,7%	36,0%	31,2%	28,4%	28,8%
<b>Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπάνης (1)+(2)</b>	<b>12.425,3</b>	<b>11.082,7</b>	<b>9.302,9</b>	<b>8.194,7</b>	<b>8.704,5</b>
(% της συνολικής)	<b>66,0%</b>	<b>66,0%</b>	<b>61,8%</b>	<b>58,0%</b>	<b>59,1%</b>
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3
(% της συνολικής)	2,8%	3,1%	3,3%	3,8%	3,7%
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1
(% της συνολικής)	30,9%	30,5%	34,0%	36,8%	35,5%
<b>Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπάνης (3)+(4)</b>	<b>6.358,0</b>	<b>5.644,6</b>	<b>5.616,3</b>	<b>5.737,8</b>	<b>5.765,4</b>
(% της συνολικής)	<b>33,8%</b>	<b>33,6%</b>	<b>37,3%</b>	<b>40,6%</b>	<b>39,1%</b>
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	52,4	53,6	139,3	198,4	262,0
(% της συνολικής)	0,3%	0,3%	0,9%	1,4%	1,8%
<b>Συνολική Χρηματοδότηση Δαπάνης Υγείας (HF) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)</b>	<b>18.835,7</b>	<b>16.780,9</b>	<b>15.058,5</b>	<b>14.130,9</b>	<b>14.731,9</b>

\*Τα στοιχεία των ΟΚΑ έχουν αναθεωρηθεί λόγω μεθοδολογικής προσαρμογής που αφορά στην καταγραφή των στοιχείων σε δεδουλευμένη βάση.

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

**Πίνακας 2.2: Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας & ποσοστιαία συμμετοχή φορέων (2011-15)**



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

**Διάγραμμα 2.12: Ποσοστιαία συμμετοχή φορέων στη δαπάνη υγείας (2011-2015). Αναθεωρημένα στοιχεία το 2017**

Σε άρθρο των Μαραγκάκη και συν. (2019), παρουσιάζονται οι δαπάνες υγείας στις χώρες που επίσης υπέγραψαν μνημόνια λόγω οικονομικών προβλημάτων την ίδια περίπου περίοδο με την Ελλάδα. Φαίνεται ότι για το διάστημα 2007–2017, η Ιρλανδία αύξησε τις δαπάνες υγείας από 15,38 το 2007 σε 20,33 δισ. ευρώ το 2016. Η Κύπρος από 1,02 σε 1,21 δισ. ευρώ το 2015 και η Πορτογαλία από 15,91 σε 16,84 δισ. ευρώ το 2016. Η Ελλάδα παρ' όλο που εμφανίζει σχετικά μικρή μείωση δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ (που κι αυτό μειώθηκε δραματικά), σε πραγματικές τιμές, οι δαπάνες είναι σημαντικά μειωμένες κατά 6,35 δισ. ευρώ (Από 21,083 σε 14,727 δισ. ευρώ).

## 2.4 Η εξέλιξη των νοσοκομειακών δαπανών στην Ελλάδα την περίοδο 2010-15

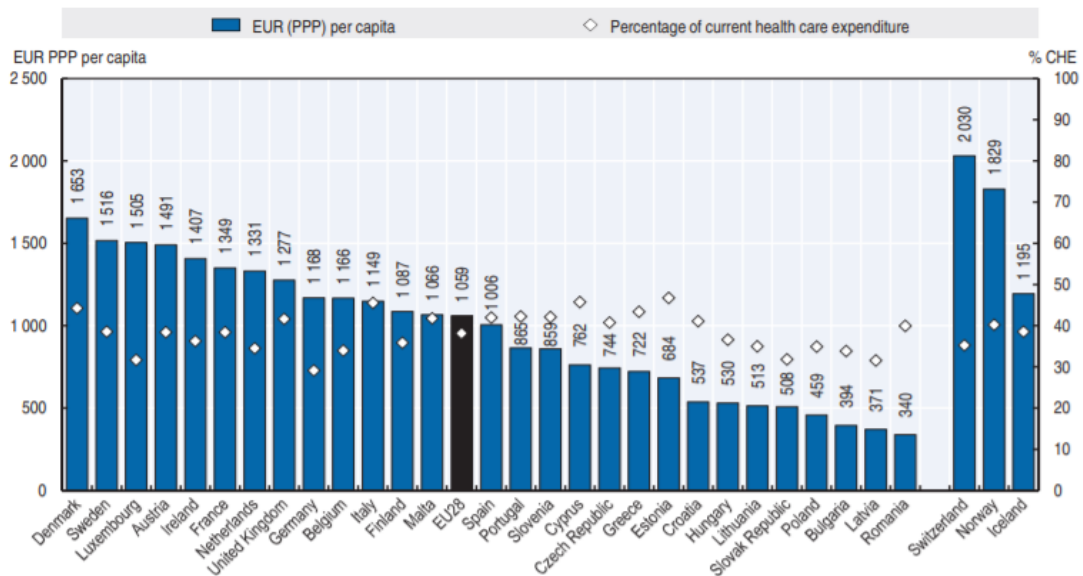
Η συγκριτική αξιολόγηση των δαπανών των νοσοκομείων μεταξύ διαφορετικών χωρών δεν είναι εύκολη. Αυτό οφείλεται σε πολλούς λόγους με κυριότερο το γεγονός ότι οι τύποι φροντίδας που παρέχονται δεν είναι παντού ίδιοι. Κάποιες χώρες χορηγούν

πολλά φάρμακα από τα φαρμακεία των νοσοκομείων τους και σε εξωτερικούς ασθενείς. Σε άλλες χώρες υπάρχουν περισσότερες εξωτερικές δομές περίθαλψης, ενώ οι υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας διαφέρουν. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ το 45% των νοσοκομειακών δαπανών στην Πορτογαλία και περισσότερο από το 40% στη Σουηδία, την Εσθονία, τη Φινλανδία και τη Δανία κατευθύνονται σε εξωτερικούς ασθενείς. Αντίθετα το ποσοστό αυτό είναι λιγότερο από 10% στην Πολωνία, τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, το Βέλγιο, τη Γερμανία και την Ελλάδα (WHO, 2018). Τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτούνται μεν με επιχορηγήσεις των κρατικών προϋπολογισμών, αποζημιώνονται όμως για τις υπηρεσίες που προσφέρουν και από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Οι τελευταίοι επίσης επιχορηγούνται από τους Κρατικούς προϋπολογισμούς. Το ΣΛΥ καταγράφει τις δαπάνες των νοσοκομείων όταν τις αποτυπώνει ως προς την κατεύθυνση της δαπάνης (κωδικοί HP1 και HP2), αλλά καταγράφονται ενιαία δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Επίσης οι δαπάνες που κατευθύνονται σε έναν προμηθευτή υγείας (π.χ. νοσοκομεία) περιέχουν και δαπάνες με περισσότερες υγειονομικές δραστηριότητες (π.χ. εξωνοσοκομειακές). Το ΣΛΥ δεν ξεχωρίζει τις δαπάνες των νοσοκομείων κατά λειτουργική δραστηριότητα ώστε να καταγράφονται ξεχωριστά αυτές που σχετίζονται με τα Κ.Υ. τους και αφορούν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι επιχορηγήσεις των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των Κ.Υ. τους καταγράφονται σε βάρος διαφορετικών ΚΑΕ από αυτούς όπου καταγράφονται οι δαπάνες μισθοδοσίας των εργαζομένων τους. Ένα άλλο ζήτημα είναι η ενιαία καταγραφή δαπανών για διαφορετικούς τύπους νοσοκομείων (γενικά, ειδικά, ψυχιατρικά, και κέντρα αποκατάστασης) (ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2015).

Στο Διάγραμμα 2.13 παρουσιάζεται μια προσπάθεια καταγραφής των νοσοκομειακών δαπανών των Ευρωπαϊκών χωρών από τον ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες παρατίθενται τόσο ως κατά κεφαλή σε ευρώ προσαρμοσμένες με την μέθοδο του PPP, όσο και ως ποσοστό τους στη δημόσια δαπάνη υγείας (έτος αναφορά 2016) (WHO, 2018). Για την Ελλάδα η νοσοκομειακή δαπάνη καταγράφεται ως 772 ευρώ κατά κεφαλή. Το ποσό αυτό αναλογεί στο 28% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας.

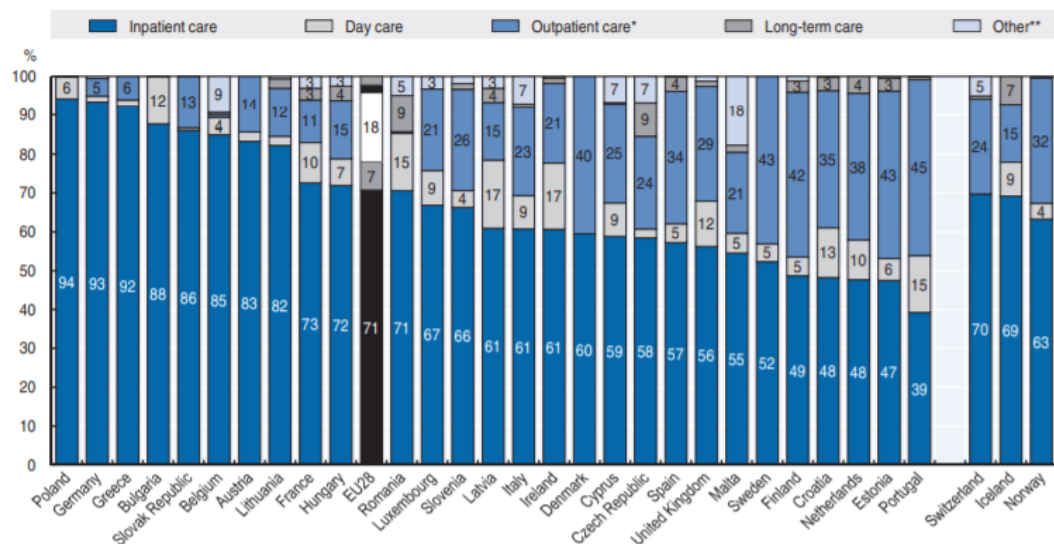
Στο Διάγραμμα 2.14 (WHO, 2018), καταγράφονται τα ποσοστά των κατηγοριών δαπάνης στο σύνολο των νοσοκομειακών δαπανών για τις Ευρωπαϊκές χώρες. Για την Ελλάδα καταγράφεται ως ποσοστό δαπάνης το 92% για φροντίδα εσωτερικών ασθενών και 6% για εξωτερικούς ασθενείς. Γεγονός πάντως είναι ότι σε όλες τις χώρες του

κόσμου οι νοσοκομειακές δαπάνες όχι μόνον απορροφούν σημαντικότερο κομμάτι των δαπανών υγείας αλλά αυξήθηκαν και με γρήγορους ρυθμούς με μικρές διακυμάνσεις στην υπό μελέτη περίοδο όπου δραματικές ήταν οι αλλαγές στην Ελλάδα. Στις ΗΠΑ για παράδειγμα το 2018 η νοσοκομειακή δαπάνη ανήρθε σε 1,192 δισ. δολάρια, ποσοστό 32,7% των συνολικών δαπανών υγείας (3,649 δισ. δολάρια) (CMS, 2019).



Πηγή: ΟΟΣΑ (2018)

**Διάγραμμα.2.13: Νοσοκομειακές δαπάνες έτους 2016, στις χώρες της Ε.Ε (κατά κεφαλήν σε EUR PPP) και ποσοστό τους στη δαπάνη υγείας.**



\* Refers to curative-rehabilitative care in outpatient and home-based settings and ancillary services.  
 \*\* Includes medical goods and collective health services.  
 Note: Countries are ranked by inpatient care as a share of hospital expenditure.  
 Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database.

Πηγή: ΟΟΣΑ

**Διάγραμμα 2.14: Ποσοστά κατηγορίας νοσοκομειακών δαπανών στο σύνολο της νοσοκομειακής δαπάνης για τις Ευρωπαϊκές χώρες (2016)**

Από τις δημοσιευμένες πάντως οικονομικές καταστάσεις του Υπουργείου Οικονομικών της Ελληνικής Δημοκρατίας αλλά και από τους τροποποιημένους εκ νέου το 2018 πίνακες της ΕΛΣΤΑΤ, προέκυψε μετά από επεξεργασία ο πίνακας 2.3 (ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2018, 2020). Να σημειωθεί ότι οι μικρές αποκλίσεις που παρουσιάζονται σε σχέση με δημοσιευμένα στοιχεία του ΟΟΣΑ και της Eurostat οφείλονται στο γεγονός ότι η ΕΛΣΤΑΤ στην προσπάθεια προσαρμογής των στατιστικών στοιχείων από το παλιό σύστημα λογαριασμών τροποποίησε δύο φορές τα στοιχεία δαπανών υγείας, αναθεωρώντας τα για τα έτη από το 2010 έως και το 2017 για δεύτερη φορά το 2018. Επίσης με το Ν. 3871/2010 καθιερώθηκε από 1/1/2011 η Διπλογραφική Λογιστική Τροποποιημένης Ταμειακής Βάσης (ΔΛΤΤΒ) ως το νέο Λογιστικό Σύστημα της Κεντρικής Διοίκησης. Έτσι με το Π.Δ. 15/2011 καθορίστηκαν οι βασικές λογιστικές αρχές του συστήματος καταγραφής των οικονομικών στοιχείων του Κράτους που ξεκίνησαν να εφαρμόζονται από 1/1/2011. Το νέο λογιστικό σύστημα τέθηκε σε πλήρη εφαρμογή από 1/1/2011 κι έτσι τίθεται θέμα συγκρισιμότητας με τα στοιχεία του 2010 αλλά και προηγούμενων ετών. (Υπουργείο Οικονομικών, 2021).

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ (ΕΚΑΤ. ΕΥΡΩ)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ΑΕΠ	224.124	203.308	188.389	179.616	177.349	176.110
Δαπάνες Υγείας	21.508	18.691	16.811	15.028	14.024	<b>14.210</b>
Δαπάνες % του ΑΕΠ	9,60	9,19	8,92	8,37	7,91	<b>8,07</b>
Δαπάνες ΥΥ	6.072	5.950	5.403	7.796	5.143	4.340
Επενδύσεις ΥΥ	17,35	34,21	45,14	98,52	61,41	98,63
Σύνολο δαπανών ΥΥ	6.090	5.984	5.448	7.894	5.204	4.439
Επιχορηγήσεις στα νοσοκόμα.	<b>3.793</b>	2.008	1.708	3.163	1.794	<b>1.831</b>
Ποσοστό επιχορηγήσεων	62,29	33,55	31,34	40,07	34,46	41,24
Συν. Δαπάνες νοσοκόμ.	<b>7.706</b>	5.694	5.955	4.890	4.242	<b>4.167</b>
% νοσοκομείων στις Δ.Υ.	35,83	30,46	35,42	32,54	30,25	29,32
Λειτουργ. Δαπάνες νοσοκομ <sup>*</sup>	<b>2.614</b>	2.450	2.201	1.952	1.802	<b>1.709</b>

Πίνακας 2.3: Στοιχεία δαπανών από τους ισολογισμούς των κρατικών ισολογισμών και αποτελεσμάτων χρήσης (Υπουργείο οικονομικών) και της ΕΛΣΤΑΤ (ΣΛΥ), (2010-2015)



**\*Τα στοιχεία προέκυψαν από την επεξεργασία των οικονομικών δεικτών των νοσοκομείων του ΕΣΥ από τους πίνακες του ΥΥ (δεύτερο μέρος έρευνας)**

Η εικόνα του πίνακα 2.3 δείχνει τις παρακάτω μεταβολές για την περίοδο από το 2010 έως και το 2015:

- Το ΑΕΠ της χώρας μειώθηκε κατά 21,4%. Από 224 σε 176 δισ. ευρώ.
- Οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν από 21,508 δισ. σε 14,024 δισ. ευρώ. Ποσοστό μείωσης 34,7%. Πολύ υψηλότερο από το ποσοστό μείωσης του ΑΕΠ. Σε απόλυτη τιμή πρόκειται για 7,484 δισ. ευρώ (περισσότερα από αυτά που εμφανίζονται στους αρχικούς πίνακες της ΕΛΣΤΑΤ και του OECD).
- Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκαν από 9,6 σε 8,07%. Μείωση κατά 15,9% με ταυτόχρονη μείωση του ΑΕΠ κατά 48 δισ. ευρώ.
- Οι συνολικές δαπάνες του ΥΥ όπως εμφανίζονται στους Κρατικούς Ισολογισμούς και Απολογισμούς οικονομικών μεγεθών, έπεσαν από 6,090 σε 4,439 δισ. Ποσοστιαία μειώθηκαν κατά 27,1%, που σε απόλυτο νούμερο αντιστοιχεί σε 1,651 δισ. ευρώ.
- Οι επιχορηγήσεις στα νοσοκομεία μειώθηκαν από 3,793 σε 1,831 δισ. ευρώ. Ποσοστό μείωσης 51,7% που σε απόλυτη τιμή αντιστοιχεί σε 1,962 δισ. ευρώ.
- Οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων έπεσαν από 7,706 σε 4,167 δισ. Ποσοστό μείωσης 46%, που αντιστοιχεί σε 3,539 δισ.
- Το ποσοστό των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας κυμάνθηκε από 35,8% έως 29,32% στην υπό μελέτη περίοδο.
- Οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων έπεσαν από 2,614 σε 1,709 δισ. ευρώ. Ποσοστό μείωσης 34,6% που αντιστοιχεί σε 905 εκατ. ευρώ.
- Οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων κυμαίνονται στο 40% των συνολικών τους δαπανών.

## **2.5 Οι κύριες αιτίες αύξησης των δαπανών υγείας**

Υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της αύξησης των δαπανών υγείας γενικά. Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση του Giang Phi (2017), διαπιστώνεται ότι οι περισσότερες σχετικές μελέτες που έγιναν καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο σπουδαιότερος προσδιοριστικός παράγοντας της αύξησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης είναι το εισόδημα των πολιτών. Μάλιστα οι



περισσότεροι ερευνητές χρησιμοποιούν ως συντελεστή εκτίμησης το κατά κεφαλή ΑΕΠ. (Kleiman 1974; Newhouse, 1977; Leu, 1986; Getzen, 2000). Επιπρόσθετα άλλες έρευνες (Erbil & Yetkiner, 2009), έχουν αποδείξει σημαντική αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στις δαπάνες υγείας και το ΑΕΠ. Οι αυξήσεις στις δαπάνες για την υγεία που οδηγούν σε καλύτερη υγεία των πολιτών αυξάνουν την προσφορά εργασίας και την παραγωγικότητα, οδηγώντας και σε υψηλότερο ΑΕΠ. Η βελτίωση της οικονομικής κατάστασης των ανθρώπων σχετίζεται με τη βελτίωση του επιπέδου ζωής τους, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, των γνώσεων και των προσδοκιών τους. Έτσι υιοθετώντας υγιεινά πρότυπα και συμπεριφορές έχουν αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες (κοινωνικές προσδοκίες) από τα συστήματα υγείας απαιτώντας την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση (ποιοτική παροχή υπηρεσιών). Αυτό δεν σταματά μόνον σε αναγκαίες ή και πανάκριβες εξετάσεις και επεμβάσεις αλλά πολλές φορές ξεπερνά τα όρια της βελτίωσης της ποιότητας ζωής αγγίζοντας τα όρια της αισθητικής (πλαστικές επεμβάσεις). Ακόμη η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής, έχει οδηγήσει σε ασθένειες της εποχής όπως αυτές του κυκλοφορικού, ο καρκίνος κ.λπ. Πολλές από αυτές τις ασθένειες απαιτούν πανάκριβες εξετάσεις, φάρμακα και θεραπείες.

Μετά το εισόδημα, σπουδαίος προσδιοριστικός παράγοντας της αύξησης των δαπανών υγείας βρέθηκε από πολλές μελέτες ότι είναι η ηλικιακή δομή του πληθυσμού (Leu, 1986; Culyer, 1988). Οι ηλικιωμένοι έχουν θετική συσχέτιση με μελλοντική αύξηση δαπανών που αυξάνουν ακόμη περισσότερο στη φάση της εγγύτητας προς το θάνατο (κόστος του θανάτου). Η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης από την άλλη αύξησε τα «νοσήματα φθοράς» (χρόνιες παθήσεις) λόγω ηλικίας και σε συνδυασμό με το δημογραφικό πρόβλημα (έλλειψη γεννήσεων) οδήγησε στον «πολιτισμένο κόσμο» σε υψηλό ποσοστό υπερήλικων ανθρώπων που χρήζουν και ακριβών θεραπειών (αιμοκάθαρση κ.λπ.).

Η επιστημονική και τεχνολογική εξέλιξη είναι η επόμενη αιτία αύξησης των υγειονομικών δαπανών. Η εξέλιξη της ιατρικής και της φαρμακευτικής επιστήμης, καθώς και της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Νέα είδη επεμβάσεων (ενδοσκοπικές επεμβάσεις κ.λπ.), νέα φάρμακα (αντικαρκινικά κ.λπ.), νέα διαγνωστικά τεστ και νέα πανάκριβα μηχανήματα (CT, MRI, PET κ.λπ.) μπήκαν στη μάχη, ενώ δαπανηρές θεραπείες κυριάρχησαν.

Ακολουθεί η ασφάλιση υγείας. Η αύξηση των ασφαλισμένων έναντι των ανασφάλιστων πολιτών (κοινωνική ασφάλιση). Έτσι τα ασφαλιστικά συστήματα δέχονται όλο και μεγαλύτερη πίεση, ενώ η συμμετοχή των πολιτών ουσιαστικά δεν καλύπτει τη δαπάνη υγείας με συνέπεια την επιβάρυνση του Κρατικού προϋπολογισμού.

Έπονται η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, η δομή του συστήματος υγείας, η χρηματοδότηση του και οι εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας.

Ένας πολύ σοβαρός λόγος αύξησης των δαπανών υγείας που σχετίζεται με την παρούσα μελέτη σύμφωνα με τους ερευνητές είναι ο αριθμός των γιατρών και ο τρόπος αμοιβής τους. Σύμφωνα με τον Sen (2005), η αύξηση των μισθωτών γιατρών μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. Επίσης ο μεγάλος αριθμός γιατρών οδηγεί σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης που σε συνδυασμό με το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου (έναντι του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης) δημιουργεί τεράστια σπατάλη. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (μη αναγκαίας ζήτησης) οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως η ασύμμετρη πληροφόρηση των ασθενών από τους αποκλειστικά κατέχοντες την γνώση γιατρούς και τον ηθικό κίνδυνο να λειτουργεί ο γιατρός για ίδιο όφελος εις βάρος του ασφαλιστικού φορέα ή του ασθενούς. Οι γιατροί κατανέμουν τους πόρους του συστήματος σε μεγάλο βαθμό και επομένως η συμπεριφορά τους επηρεάζει το αποτέλεσμα. Σε συστήματα πλήρως ιατροκεντρικά ή με υπερπληθώρα γιατρών, ο κίνδυνος αυτός αυξάνει.

Σαν τελευταίος αλλά εξίσου σημαντικός λόγος αύξησης των δαπανών υγείας στην ίδια ανασκόπηση καταγράφεται ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 κατοίκους που σε συνδυασμό με την πυκνότητα του πληθυσμού, την αστικοποίηση και τη χαμηλή συμμετοχή στο κόστος αυξάνουν τη δαπάνη (Giang, 2017).

Άλλες μελέτες αναγνωρίζουν την επίδραση των λαθών, της αμυντικής ιατρικής και του διοικητικού κόστους στην αύξηση της δαπάνης (Schreck, 2019).

Για τους Mehrotra et al, (2003) η σημασία που δίνεται από τις πολιτικές υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη επηρεάζει τις δαπάνες υγείας. Οι υπηρεσίες άμεσης πρόληψης, όπως εμβολιασμοί ή μαστογραφίες, βοηθούν στη μείωση τους. Εκτιμάται επίσης ότι εάν δαπανηθούν περισσότερα χρήματα για τη δημόσια υγεία τα οφέλη θα είναι ακόμη μεγαλύτερα. Σαν παραδείγματα αναφέρονται η προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος, η στροφή στην υγιεινή διατροφή, η προσπάθεια καταπολέμησης της

παχυσαρκίας, κ.λπ. Ιδιαίτερα επιβαρυντικό επίσης για τις δαπάνες υγείας εκτιμάται ότι είναι το αυξανόμενο κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και ιδίως νέων. Τίθεται θέμα εάν τα κλινικά οφέλη δικαιολογούν το κόστος και κατά πόσον τα κέρδη των φαρμακευτικών εταιριών είναι υπερβολικά. Για τους ίδιους, η αποδοτικότητα του συστήματος επηρεάζει το αποτέλεσμα αφού η κακή κατανομή των πόρων, η κακή αξιοποίηση τους, η σπατάλη και η διαφθορά στερούν το σύστημα από πόρους που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν. Το ίδιο και η παραοικονομία και η πολυφαρμακία προς όφελος της βιοϊατρικής και της φαρμακευτικής βιομηχανίας.

Η διερεύνηση των αιτίων αύξησης των δαπανών δεν οδηγεί εύκολα σε επαρκή τεκμηρίωση για την ανάγκη αλλαγών. Συχνά υπάρχουν διαφωνίες και σπάνια υπάρχει ομόφωνη πολιτική υποστήριξη στις αλλαγές εκτός από περιπτώσεις «εξάλειψης της απάτης και της κατάχρησης». Στην πραγματικότητα η συζήτηση για την αύξηση των δαπανών υγείας δεν αφορά τα δεδομένα ή τα οικονομικά αλλά τις πολιτικές και τις αξίες. *«Οι τάσεις στις δαπάνες υγείας και αυτό που συμβάλλει σε αυτές τις τάσεις είναι σημαντικά κοινωνικά ζητήματα»* (Mehrotra, Dudley, & Luft, 2003).

Για τους Ke Xu et al, (2011) σε μελέτη του WHO, η ύπαρξη φυλάκων (gatekeepers) για την είσοδο στο σύστημα μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας φαίνεται να οδηγεί σε χαμηλότερες δαπάνες υγείας. Το ίδιο και η παροχή υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο τομέα (Gerdtham et al, 1998). Άλλη μελέτη του ΟΟΣΑ (A. Wagstaff & Bank 2009; A. Wagstaff & R. Moreno-Serra 2009), διαπίστωσε ότι σε χώρες με μηχανισμούς κοινωνικής ασφάλισης υγείας οι δαπάνες ήταν χαμηλότερες (Xu, Saksena, & Holly, 2011).

Για τους Yong et al (2010), το υπερβολικό κόστος υγείας που σχετίζεται άμεσα και με τα νοσοκομεία έχει σχέση με έξι (6) τομείς δραστηριότητας:

- Περιττές υπηρεσίες.
- Αναποτελεσματικές υπηρεσίες.
- Υψηλές τιμές αγορών.
- Υπερβολικό διοικητικό κόστος.
- Μειωμένες πολιτικές πρόληψης.
- Ιατρικές απάτες.

Τα παραπάνω επιτείνονται από παράγοντες όπως: επιστημονική αβεβαιότητα, έλλειψη κινήτρων, κατακερματισμό των συστημάτων, αδιαφάνεια, μη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων.

Ιδιαίτερα για τον νοσοκομειακό τομέα, με εστίαση στην Ελληνική περίπτωση, σπουδαίες αιτίες αύξησης του κόστους και υπερχρέωσης των νοσοκομείων θεωρούνται:

Ο τρόπος αποζημίωσης των νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία (προ ΕΟΠΥΥ) με βάση τιμές νοσηλίων, ημέρες νοσηλείας, τιμές επεμβάσεων και εξετάσεων. Αυτός ο τρόπος πληρωμής των νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία αύξησε την κατανάλωση και τελικά το κόστος. Τα νοσοκομεία μπορούσαν να χρεώνουν φάρμακα και εξετάσεις από τα οποία εισέπρατταν περισσότερα χρήματα (ειδικά για περιπτώσεις άνω του κόστους τους).

Ο τρόπος αγοράς και ελέγχου των τιμών κάποιων υλικών (για πολλά χρόνια με βάση έκπτωση επί ανώτατης καθορισμένης τιμής) και η χρήση τους με βάση την ιατρική αναγκαιότητα (ιατρική αυθεντία). Έχει διαπιστωθεί ότι πριν την οικονομική κρίση αυξήθηκαν κατακόρυφα οι εταιρείες εμπορίας ιατρικών υλικών και αναλωσίμων. Η υποκατάσταση πολλών φαρμάκων και υλικών από άλλα ακριβότερα και η επιρροή της ιατρικής βιομηχανίας στους διαχειριστές του συστήματος μέσα στα νοσοκομεία (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1994· Σούλης, 1998· Λοπατζίδης, 2010· Χλέτσος, 2011).

## **2.6 Πολιτικές συγκράτησης των δαπανών υγείας**

Στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται εκτενώς τόσο οι προσπάθειες μείωσης των δαπανών υγείας όσο και οι προσπάθειες μείωσης συγκεκριμένα των νοσοκομειακών δαπανών. Έτσι υπάρχει κατηγοριοποιημένη σειρά μέτρων και εργαλείων που στοχεύουν στη μείωση ή εξάλειψη των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν στην αύξηση των δαπανών. Σαν τέτοιες κατηγορίες μέτρων που άλλες στοχεύουν στον περιορισμό της προσφοράς κι άλλες της ζήτησης, περιγράφονται σε έκθεση του Moreno sierra (OECD, 2015):

Περιορισμός και έλεγχος του ιατρικού σώματος:

- 1) Καλύτερη πληροφόρηση των πολιτών για περιορισμό της ασυμμετρίας της πληροφόρησης που επιτρέπει στο γιατρό να λειτουργεί για λογαριασμό μεν του ασθενούς αλλά συχνά για ίδιο όφελος.
- 2) Έλεγχος του κυρίαρχου ρόλου των γιατρών για μείωση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης. Στην προσπάθεια αυτή σημαντικό ρόλο παίζει ο τρόπος αμοιβής των γιατρών (με μισθό, κατά πράξη, κατά ασθενή κ.λπ.).
- 3) Έλεγχος του αριθμού των γιατρών μέσα από το εκπαιδευτικό σύστημα. Ο πολύ μεγάλος αριθμός των γιατρών επιτείνει την προκλητή ζήτηση.

Έλεγχος της χρηματοδότησης:

- 1) Συντονισμός των πηγών χρηματοδότησης.
- 2) Ορθολογικότερη κατανομή των πόρων.
- 3) Αξιολόγηση στη διάθεση των πόρων.
- 4) Έμφαση στη διαφάνεια και έλεγχο.
- 5) Προοπτική χρηματοδότηση (κλειστοί προϋπολογισμοί).
- 6) Τρόπος πληρωμής παρόχων (πληρωμή βασισμένη σε ομάδες που σχετίζονται με τη διάγνωση).

Έλεγχος των εξόδων για μείωση του κόστους:

- 1) Η ενθάρρυνση του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων υπό τον όρο ότι ο ανταγωνισμός αφορά όχι μόνο την τιμή αλλά και την ποιότητα.
- 2) Επιβολή προϋπολογισμών εκ των προτέρων, που εξαναγκάζει στην προσπάθεια περιορισμού της σπατάλης, στην ορθολογικότερη διαχείριση των πόρων και στην εσωτερική κατανομή τους βάση τμηματικών προϋπολογισμών.
- 3) Προσπάθεια ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης με εργαλεία τη θέσπιση κριτηρίων και πρωτοκόλλων στη συνταγογράφηση και τον έλεγχο των τιμών. Ειδικά για τον περιορισμό της δαπάνης για φάρμακα υπάρχει πλήθος εργαλείων όπως οι λίστες φαρμάκων, η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η θέσπιση ανώτατων τιμών κ.λπ.
- 4) Έλεγχος για υπερκατανάλωση υλικών και εξετάσεων.
- 5) Θεσμοθετημένη αξιολόγηση της σύγχρονης, πανάκριβης ιατρικής τεχνολογίας με σκοπό την κοστολόγηση και ένταξη στο σύστημα νέων φαρμάκων, ειδικών υλικών, ιατρικών θεραπειών και επεμβάσεων.

Βελτίωση αποδοτικότητας:

- 1) Περιορισμός των κλινών με κατάργηση ή συγχώνευση νοσοκομείων.
- 2) Λειτουργία του ανταγωνισμού και επιδίωξη «οικονομίων κλίμακας» για την αγορά υπηρεσιών και υλικών.
- 3) Ενιαία οργανωτική, λειτουργική και αποτελεσματική δομή του συστήματος για καλύτερα αποτελέσματα.
- 4) Οργανωμένη ΠΦΥ και επένδυση στην πρόληψη.
- 5) Καλύτερη αξιοποίηση της τεχνολογίας. Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς για την εύκολη παρακολούθηση της πορείας του μέσα στο σύστημα.
- 6) Ενίσχυση μηχανισμών ελέγχου της εισόδου των πολιτών στο σύστημα (οικογενειακός-προσωπικός-γενικός γιατρός ή gatekeeping).
- 7) Χρήση σύγχρονων μεθόδων στην κλινική διαχείριση του ασθενούς, όπως η χρήση ιατρικών πρωτοκόλλων, η λήψη απόφασης στην φροντίδα του ασθενούς βάση αποδεικτικών στοιχείων (Evidence Based Medicine-EBM) ή η εφαρμογή της μεθόδου της διαχείρισης της ασθένειας (Disease management DM).
- 8) Βελτίωση της νομοθεσίας που αφορά σε αθέμιτες πρακτικές, ιατρικά λάθη και αμυντική ιατρική συμπεριφορά (Moreno-Serra, 2015).

Ειδικά για τα νοσοκομεία οι ερευνητές συγκλίνουν στις παρακάτω δράσεις:

- Παρακολούθηση, ταξινόμηση και μείωση λειτουργικών εξόδων-κόστους.
- Μείωση λειτουργικών εξόδων που δεν συμβάλλουν στην καλύτερη φροντίδα.
- Βελτίωση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας και εφαρμογή πρακτικών αποτελεσματικότητας από άλλα νοσοκομεία.
- Μείωση της γραφειοκρατίας.
- Ρύθμιση μεγέθους (αριθμός κλινών) για οικονομίες κλίμακας-σωστή πληρότητα και μέση διάρκεια νοσηλείας.
- Καλύτερη χρήση της πληροφορικής και νέων τεχνολογιών.
- Μείωση μη αναγκαίων διαγνωστικών δοκιμασιών.
- Συμμετοχή όλων των μελών του προσωπικού στην προσπάθεια.

Ιδιαίτερη αναφορά υπάρχει στη βιβλιογραφία για τις γρήγορες και αναγκαίες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στις χώρες της ΕΕ λόγω της οικονομικής κρίσης. Η απότομη περικοπή προϋπολογισμών, η μείωση αποδοχών των εργαζομένων κ.λπ. προκάλεσαν σοβαρές αντιδράσεις και αποδείχθηκαν υψηλού κινδύνου για κάποιες κυβερνήσεις (Clemens, et al., 2014).

Πολλά από τα παραπάνω μέτρα εφαρμόστηκαν στη χώρα μας στη χρονική περίοδο που μελετά αυτή η εργασία. Πάνω στο θέμα της αποτελεσματικότητας τους προσπαθεί να δώσει απαντήσεις και η παρούσα. Στο κεφάλαιο 3 περιγράφονται τα μέτρα που ελήφθησαν, στο κεφάλαιο 4 η εξέλιξη των δαπανών των νοσοκομείων και στο κεφάλαιο 5 γίνεται η συσχέτιση και η αξιολόγηση τους

### **3. Πολιτικές ελέγχου νοσοκομειακού κόστους στην Ελλάδα (2010-20015)**

#### **3.1 Το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον**

Η οικονομική ύφεση που ξεκίνησε το 2008 στις ΗΠΑ και έγινε παγκόσμια το 2009, ανέδειξε τις παθογένειες της Ελληνικής οικονομίας. Οι δυσκολίες επιβάρυναν τα ήδη προβληματικά δημόσια οικονομικά, με αποκορύφωμα την κρίση χρέους που ακολούθησε. Στις 23 Απριλίου 2010 η Ελλάδα αναγκάστηκε μη μπορώντας να χρηματοδοτήσει την υπερχρεωμένη οικονομία της να υπογράψει συμφωνία (μνημόνιο) με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Η συμφωνία προέβλεπε την χρηματοδότηση της Ελληνικής οικονομίας από τους παραπάνω φορείς μέσω ενός μηχανισμού που δημιουργήθηκε (Μηχανισμός Στήριξης (ESM/EFSF), με την προϋπόθεση της λήψης μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης από τη χώρα. Επειδή η πρώτη δανειακή σύμβαση δεν απέδωσε τα αναμενόμενα και αποδείχθηκε ανεπαρκής, την 1<sup>η</sup> Μαρτίου 2012 υπεγράφη και δεύτερη, με νέες υποχρεώσεις και αυστηρή επιτήρηση. Ελήφθησαν σοβαρές δεσμεύσεις που περιόρισαν το Κράτος Πρόνοιας αλλά μείωσαν και τη δημόσια σπατάλη σε πολλούς τομείς μεταξύ των οποίων και η υγεία. Τα πρωτοφανή μέτρα που ελήφθησαν βίαια, προκάλεσαν τεράστια κοινωνικά προβλήματα και οδήγησαν στην φτωχοποίηση της χώρας, η οποία χτυπήθηκε από την κρίση όσο καμία άλλη Ευρωπαϊκή χώρα. Η ανεργία και η ανασφάλεια εκτοξεύθηκε στα ύψη, τα εισοδήματα έπεσαν κατακόρυφα, αυξήθηκαν τα ποσοστά αυτοκτονιών και ψυχικών διαταραχών και επηρεάστηκε κάθε τομέας της κοινωνικοοικονομικής ζωής (Διάγραμμα 3.1).

	Ελλάδα	ΕΕ
Μέγεθος πληθυσμού (σε χιλιάδες)	10.821	509.394
Δείκτης πληθυσμού άνω των 65 ετών (%)	20,9	18,9
Δείκτης γονιμότητας	1,3	1,6

Κατά κεφαλή ΑΕΠ (EUR ΙΑΔ)	19.700	28.900
Δείκτης σχετικής φτώχειας (%)	15,0	10,8
Δείκτης ανεργίας(%)	24,9	9,4

Πηγή: Eurostat

### Διάγραμμα 3.1: Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Ελλάδα, 2015

Οι περικοπές στη χρηματοδότηση επηρέασαν όλους τους τομείς του κοινωνικού κράτους αφήνοντας τα νοσοκομεία χωρίς φάρμακα, υλικά και αναλώσιμα και με σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό. (Economou et al., 2012 ; Ifanti et al., 2013 ; Νιάκας, 2014).

Παρά ταύτα ακολούθησε υπογραφή και 3<sup>η</sup> δανειακής σύμβασης στις 22 Αυγούστου 2015. Στο χρονικό αυτό διάστημα μεταξύ του 2010 και του 2015 έγιναν πάρα πολλές παρεμβάσεις νομοθετικές και διοικητικές και στον τομέα της υγείας. Οι αλλαγές είχαν στόχο τη βελτίωση των δημοσιοοικονομικών του συστήματος υγείας και τον εξορθολογισμό των δαπανών. Κάποιες από αυτές κρίθηκαν ως οριζόντιες ή και άστοχες γιατί δεν διασφάλισαν τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ίσης δυνατότητας πρόσβασης. Οι περισσότερες παρεμβάσεις όμως κρίθηκαν ως αναγκαίες, που θα έπρεπε μάλιστα να είχαν γίνει προ πολλού και χωρίς καν την υπογραφή μνημονίων (Νιάκας, 2014).

Σύμφωνα με όσα καταγράφονται στην έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ & των μονάδων του ΕΣΥ (2010), οι ετήσιες λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων της χώρας πλησίασαν το 2009 τα 3 δισ. ευρώ και τα συσσωρευμένα χρέη τα 6 δισ. ευρώ. Υπό την πίεση της ανάγκης χρηματοδότησης (και της τρόικας), υπεγράφη τον Οκτώβριο 2010 ειδικό μνημόνιο συνεργασίας και μεταξύ των Διοικήσεων των νοσοκομείων, των Διοικήσεων των Υ.Πε. και του Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α., με καταγραφή δεσμεύσεων για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων έως 31/3/2011. Το μνημόνιο συνεργασίας κατέγραφε ουσιαστικά αυτά που ήδη είχαν συμφωνηθεί με τους δανειστές, αφορούσαν το ΥΥΚΑ και έπρεπε να γίνουν κοινός στόχος. Η δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα έπρεπε να πέσει στο 6% και η δημόσια δαπάνη φαρμάκου στο 1% του ΑΕΠ έως το 2012 (Πολύζος, 2012).

Αυτό προκάλεσε σοβαρές αντιδράσεις, διότι η διεθνής εμπειρία καταδείκνυε ότι η σοβαρή μείωση δαπανών για την υγεία επιδρά αρνητικά στο προσδόκιμο επιβίωσης και στην ποιότητα ζωής των πολιτών και τους αναγκάζει να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα (καταστροφικές δαπάνες κ.λπ.). Ταυτόχρονα δε, μειώνει την προσβασιμότητα



σε υπηρεσίες υγείας (OECD, Η κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, Ελλάδα, Προφίλ υγείας 2019, 2019). Με δεδομένα όμως τα μεγάλα ελλείμματα και χρέη που εν μέρει οφείλονταν τόσο στις τεχνητά αυξημένες δαπάνες (ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση, υπερκοστολόγηση υλικών και υπηρεσιών κ.λπ.), όσο και στην αδυναμία συλλογής εσόδων, ακολούθησε κατατρεγισμός παρεμβάσεων (νομοθετικές και διοικητικές) (Χλέτσος, Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης, 2015). Σύμφωνα πάντως με αποτίμηση του IOBE, το μεγαλύτερο ποσοστό της εξοικονόμησης πόρων προήλθε από τη μείωση των αποδοχών των εργαζομένων στο ΕΣΥ (IOBE, Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου, 2011).

Αυτό καθόλου δεν υποβαθμίζει την υπόλοιπη προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής και των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων με όσα πέτυχαν. Το κύριο πρόβλημα που επισημαίνεται από κάποιους ήταν ότι ενώ πολλά από τα μέτρα που τελικά ελήφθησαν ήταν αναγκαία για να αντιμετωπισθούν συμφέροντα και στρεβλώσεις, η ταχύτητα υλοποίησης, ο πλημμελής ή επιπόλαιος σχεδιασμός και κυρίως η απουσία καθολικής αποδοχής και υιοθέτησης των μεταρρυθμίσεων, υπονόμευσαν την πλήρη επιτυχία τους (Economou, et al., 2015 · Economou, et al., 2017 · Σουλιώτης και συν., 2018).

### **3.2 Η δευτεροβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με τους Economou, et al (2017), η Ελλάδα το 2015 διέθετε 283 νοσοκομεία και κλινικές του Δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. Περισσότερα από τα μισά σε αριθμό, με συνολική δυναμικότητα 35% του συνόλου των κλινών ήταν ιδιωτικά νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα ενώ τα ΝΠΔΔ ήταν 124 δυναμικότητας 30.157 κλινών. Ακόμη υπήρχαν 4 νοσοκομεία ΝΠΔ και 3.500 ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, συγκεντρωμένα άνισα στις αστικές περιοχές.

Οι ιδιωτικές κλινικές στη συντριπτική τους πλειοψηφία είχαν και έχουν μικρό αριθμό κλινών και λειτουργούσαν και λειτουργούν χάρη στους ασφαλιστικούς οργανισμούς (τώρα ΕΟΠΥΥ). Πολλά πάλι μικρά περιφερειακά νοσοκομεία αδυνατούσαν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πολιτών λόγω έλλειψης εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού ή λόγω έλλειψης εξοπλισμού. Έτσι υπήρχαν νοσοκομεία με χαμηλή

πληρότητα κλινών ενώ μεγάλος αριθμός διακομιδών συσσωρεύε ασθενείς στα κεντρικά νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης που εμφάνιζαν μακρές λίστες αναμονής. Τα νοσοκομεία ήταν επιφορτισμένα σε μεγάλο βαθμό και με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (επείγοντα περιστατικά και εξωτερικά ιατρεία). Λόγω έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού παρουσίαζαν τεράστιες αδυναμίες. Αδυναμίες στην οικονομική διαχείριση και μηχανοργάνωση, στη συντήρηση και τεχνολογική υποστήριξη εξειδικευμένου εξοπλισμού, ακόμα και στη διαχείριση των μολυσματικών αποβλήτων τους. Αναφέρεται ακόμη και εμπορευματοποίηση της υγείας τόσο από κάποιους γιατρούς όσο και από διοικητικό και λοιπό προσωπικό (φακελάκια από ασθενείς, συναλλαγές με προμηθευτές κλπ.) (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009 · OECD, 2017). Στον πίνακα 3.1 καταγράφεται η συνολική εικόνα των μονάδων παροχής υγειονομικής περίθαλψης το 2014 στη χώρα λίγο μετά την εφαρμογή πολλών από τα μέτρα που ελήφθησαν:

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΣΥΝΟΛΑ		ΝΠΙΔ		ΝΠΙΔ		ΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕ	
	ΝΟΣ. & ΚΛ	ΚΛΙΝΕΣ	ΝΟΣΟΚ.	ΚΛΙΝΕΣ	ΝΟΣΟΙ	ΚΛΙΝΕΣ	ΚΛΙΝΙΚΕ	ΚΛΙΝΕΣ
ΣΥΝΟΛΑ	283	46.160	124	30.157	4	884	155	15.119
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚ.&Θ	17	2.466	6	1.591	0	0	11	875
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝ	42	8.198	17	4.800	1	654	24	2.744
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	11	1.173	5	696	0	0	6	477
ΗΠΕΙΡΟΣ	7	1.420	5	1.390	0	0	2	30
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	33	3.812	5	1.598	0	0	28	2.214
ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ	5	558	5	558	0	0	0	0
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	16	2.012	11	1.623	0	0	5	389
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	11	953	8	869	0	0	3	84
ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ	11	1.403	8	1.338	0	0	3	65
ΑΤΤΙΚΗ	101	19.991	35	12.058	3	230	63	7.703
ΝΗΣΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑ	7	623	5	574	0	0	2	49
ΝΗΣΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙ	7	1.075	6	976	0	0	1	99
ΚΡΗΤΗ	15	2.476	8	2.086	0	0	7	390

Πηγή: Economou et al, (2017) / ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας 3.1: Νοσοκομεία και κλινικές στην Ελλάδα το έτος 2014

### 3.3 Τα μέτρα για τη μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης

Τα μέτρα που ελήφθησαν στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής αφορούσαν αλλαγές τόσο στη νοσοκομειακή όσο και στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στις αλλαγές στη φαρμακευτική πολιτική

(Μπακόλα, και συν., 2018). Ειδικά για τα νοσοκομεία θα μπορούσαν να καταταγούν σε μέτρα ελέγχου της προσφοράς και της ζήτησης, σε μέτρα προϋπολογισμού, μέτρα βελτίωσης της αποδοτικότητας του συστήματος και μέτρα ελέγχου των δαπανών. Οι σπουδαιότερες από τις παρεμβάσεις που έγιναν, είναι:

1) Η μείωση των αποδοχών των ιατρών και όλων των εργαζομένων στα νοσοκομεία και η απαγόρευση των προσλήψεων στα πλαίσια όσων προβλέπονταν στις συμφωνίες (μνημόνια) που υπογράφηκαν για την μείωση του μισθολογικού κόστους στο δημόσιο τομέα. Αυτό στέρησε από πολλά νοσοκομεία το αναγκαίο επιστημονικό και λοιπό προσωπικό και οδήγησε σταδιακά στην προώθηση του θεσμού του επικουρικού προσωπικού (IOBE, 2011 ; Economou, et al., 2017).

2) Η μείωση του προϋπολογισμού των νοσοκομείων κατά 40%, με συνέπεια να παρουσιαστούν φαινόμενα έλλειψης υλικών, φαρμάκων κ.λπ. (Ifanti, Argyriou, Kalofonou, & Kalofonos, 2013).

3) Η μετακύλιση μέρους του κόστους στους πολίτες μέσω της αύξησης της συμμετοχής στα φάρμακα κατά 10%, της επιβολής εισιτηρίου εισόδου στα νοσοκομεία και συνεισφοράς 1 ευρώ ανά συνταγή φαρμάκων. Το μέτρο της επιβολής εισιτηρίου τελικά δεν εφαρμόστηκε λόγω σφοδρών αντιδράσεων (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso, & Sissouras, 2015).

4) Η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ ΕΤΑΜ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ με τον ίδιο Νόμο 3918/2011, άρθρο 32, («Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»). Όλη η περιουσία των νοσοκομείων αυτών και το προσωπικό τους με την ενσωμάτωση του ΙΚΑ στον ΕΟΠΥΥ, πέρασε και ενσωματώθηκε στο τότε ΥΥΚΑ (σήμερα ΥΥ) (Νιάκας, 2014· Πολύζος, 2012· Χλέτσος, 2015).

5) Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ με τον νόμο 3918/2011, άρθρο 17, (ΦΕΚ Α΄31/2-3-2011) και η συνένωση των επτά μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, Οίκος Ναύτου), που έδωσε τέλος στον κατακερματισμό. Στόχος ήταν η ενιαία ασφαλιστική κάλυψη όλων των Ελλήνων από ένα φορέα. Έτσι τα νοσοκομεία που διεκδικούσαν νοσήλια από όλους τους παραπάνω ασφαλιστικούς οργανισμούς (που σε πολλές περιπτώσεις εφαρμόζαν διαφορετικές πολιτικές), απλούστευσαν τις σχετικές διαδικασίες. Σημειωτέον ότι η οικονομική κατάσταση των ασφαλιστικών οργανισμών ήταν διαφορετική και είχαν και διαφορετικούς χρόνους αποπληρωμής νοσηλείων. Ο τρόπος σύστασης και λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ ως μοναδικού παρόχου αλλά και

αγοραστή χωρίς να προηγηθεί σοβαρή αναλογιστική μελέτη δέχθηκε πολλές κριτικές. Η ανεπαρκής χρηματοδότηση, η έλλειψη άμεσης εικόνας για τα έσοδα του και η καθυστέρηση ενσωμάτωσης των ασφαλιστικών οργανισμών που συνένωσε, υπέσκαπτε τη βιωσιμότητά του. Τελικά με το Νόμο 4238 του 2014 (ΦΕΚ 38/Α/17.2.2014), ο ΕΟΠΥΥ εξελίχθηκε σε μόνο αγοραστή Υπηρεσιών Υγείας με κύριο στόχο τον έλεγχο των δαπανών και την ορθολογικότερη κατανομή των πόρων. Ταυτόχρονα ιδρύθηκε το ΠΕΔΥ όπου και μεταφέρθηκε η ΠΦΥ (Νιάκας, 2014· Νόμος 4238, 2014· Χλέτσος, 2015).

6) Η συνένωση (ενοποιημένη λειτουργία) πολλών αυτόνομων νοσοκομείων του ΕΣΥ με τον Νόμο 4052/2012, άρθρο 2, (ΦΕΚ Α' 41/1-3-2012). Ο νόμος αυτός προέβλεπε την από 1/1/2013 πλήρη ενοποίηση πολλών νοσοκομείων σε ενιαία ΝΠΔΔ με κοινό οργανισμό, με στόχο την μείωση κλινών, την αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας μέσω οικονομιών κλίμακας και τελικά την εξοικονόμηση πόρων. Αυτό οδήγησε θεωρητικά στη συγχώνευση-αναδιάρθρωση 131 δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ σε 82 κύρια και 49 διασυνδεδεμένα (Πολύζος, 2012). Οι άμεσες, βιαστικές και συνοπτικές διαδικασίες συνάντησαν ισχυρές αντιστάσεις σε μεγάλη μερίδα εργαζομένων αλλά κυρίως σε πολλές μικρές τοπικές κοινωνίες όπου οι πολίτες φοβήθηκαν κυρίως την αύξηση του χρόνου πρόσβασης και την υποβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η εφαρμογή του μέτρου δεν επεδίωξε και δεν πέτυχε ούτε την πλήρη κοινωνική αποδοχή, ούτε την συναίνεση μεγάλης μερίδας στελεχών του συστήματος που φοβήθηκε πιθανή κατάργηση της οργανικής του θέσης, την απαξίωση ή την μείωση των απολαβών του. Έτσι η αναδιάρθρωση δεν πέτυχε απόλυτα και σίγουρα απέδωσε πολύ λιγότερα των αναμενομένων. Όμως ακόμα και η απλή διασύνδεση νοσοκομείων όπου λειτούργησε, είχε αποτελέσματα στην αποδοτικότητα του παραγόμενου έργου (Νόμος 4052, 2012, άρθρο 2 · Νιάκας, 2014).

7) Η αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης των νοσοκομείων όχι με βάση τις κλίνες ή το προσωπικό ή ιστορικά δεδομένα, αλλά στη βάση προοπτικής χρηματοδότησης μέσω κλειστών προϋπολογισμών (global budgeting) και αυστηρή παρακολούθηση της εκτέλεσής τους (Πολύζος, 2012).

8) Η αλλαγή του τρόπου τιμολόγησης και αποζημίωσης των νοσοκομείων του ΕΣΥ για τα νοσήλια των ασθενών βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων. Αποφασίστηκε η εφαρμογή του συστήματος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν. ή DRGs)

και του Ημερήσιου Νοσηλίου για τους νοσηλευόμενους ασθενείς (ΦΕΚ 1702/β/2011). Στόχος η μείωση του ηθικού κινδύνου σε βάρος της κοινωνικής ασφάλισης. Η ενιαία κωδικοποίηση ως διαδικασία μόνο θετικά μπορεί να αξιολογηθεί με την ενσωμάτωση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας ICD-10. Οι κριτικές επικεντρώθηκαν στην μη διασφάλιση επίσημης άδειας χρήσης της μεθόδου που οδήγησε στην μετονομασία τους σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (KEN) και στον καθορισμό των τιμών αποζημίωσης. Αναθεωρήθηκαν βέβαια σε δεύτερο χρόνο αλλά επιβάρυναν το σύστημα κυρίως προς τον ιδιωτικό τομέα. Ταυτόχρονα δημιουργήθηκε η ανώνυμη εταιρεία Ελληνική Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ) (Μπακόλα, και συν., 2018). Θεωρείται πάντως σημαντικό να καλύπτεται μεν το κόστος νοσηλίων των νοσοκομείων χωρίς όμως επιβάρυνση του ασφαλιστικού φορέα (ΕΦΚΑ) (Νιάκας, 2014). Το 2017 η ΕΣΑΝ μετεξελίχθηκε σε Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕΤΕΚΝΥ Α.Ε.-Ελληνικό Ινστιτούτο DRGs) (ΚΕΤΕΚΝΥ Α.Ε, 2021).

9) Η ανάπτυξη και εφαρμογή πλήρους πληροφοριακού συστήματος των υπηρεσιών υγείας με αιχμή του δόρατος την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-ΔΑΠΥ και e-prescription). Παρά τις αρχικές αντιδράσεις και τα προβλήματα σύνδεσης απομακρυσμένων Κ.Υ συνέβαλε αποφασιστικά μαζί με μια σειρά μέτρων που σκόπευαν στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης στην επιτυχία του εγχειρήματος. Στη θεσμοθέτηση της σειράς αυτών των μέτρων καταγράφονται:

- Η επιβολή φαρμακευτικών πρωτοκόλλων στη συνταγογράφηση από τους γιατρούς και η «αυστηροποίηση» της λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων (μείωση καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων).
- Η χρήση θετικών και αρνητικών λιστών φαρμάκων, η υποχρεωτική διατίμηση και ο καθορισμός ανωτάτων τιμών όλων των φαρμάκων (τιμολόγηση με βάση τις 3 χαμηλότερες τιμές της Ε.Ε.).
- Η μείωση του ποσοστού κέρδους στη διακίνησή τους.
- Η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία κι όχι την εμπορική του σκευάσματος.
- Η εισαγωγή των logistics στη διαχείριση των φαρμάκων στα νοσοκομεία και η υποχρεωτική προμήθεια τους με κριτήριο τη δραστική ουσία.
- Η αυστηρή εφαρμογή της ατομικής συνταγής και της ημερήσιας δόσης στην κλινική διαχείριση.

- Η υποχρεωτική εισαγωγή των γενοσήμων φαρμάκων έναντι των «πατενταρισμένων» (ως ποσοστού επί του συνόλου).
- Η θεσμοθέτηση της επιστροφής (rebate), ποσοστού της αξίας των φαρμάκων από τις φαρμακοβιομηχανίες ή τους διακινητές τους στον ΕΟΠΥΥ (4%) και στα νοσοκομεία (5%) με στόχο την αύξηση των εσόδων.
- Η θεσμοθέτηση clawback, ως μια μορφή ασφαλιστικής δικλίδας (κόφτης) αυτόματης επανείσπραξης ποσοστού της δαπάνης όταν αυτή ξεπερνά τα όρια του προϋπολογισμού.
- Η Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος (εφαρμόστηκε για πολύ μικρό χρονικό διάστημα λόγω αντιδράσεων).
- Η αύξηση των εσωτερικών (Υ.Πε-Διοικήσεις) και εξωτερικών (ΣΕΥΥΠ) ελέγχων στην διακίνηση των φαρμάκων μέσα στα νοσοκομεία (Πολύζος, 2012).

10) Η επιβολή κόφτη στα όρια εξετάσεων και παραπομπών για ακτινοδιαγνωστικές και λοιπές εξετάσεις. Στόχος ήταν ο περιορισμός της προκλητής ζήτησης, και της ανάρμοστης- παράνομης επιρροής των εταιριών της ιατρικής βιομηχανίας (Ρεκλείτη & συν., 2012).

11) Η ρύθμιση και η αποπληρωμή των συσσωρευμένων χρεών των νοσοκομείων ύψους 6,2 δισ.. ευρώ υποχρεωτικά με κρατικά ομόλογα (η τέταρτη μέσα σε 13 χρόνια: 1η ρύθμιση 1997: 578 εκ., 2η ρύθμιση 2001: 1,05 δισ., 3η ρύθμιση 2004: 2,7 δισ., 4η ρύθμιση 2010: 6,2 δισ.) (Πολύζος, 2012).

12) Η ανάπτυξη και εφαρμογή νέου συστήματος προμηθειών υγείας (Ν. 3918/2011). Στόχος η μείωση της προμήθειας εξωσυμβατικών υλικών, η μεγαλύτερη διαφάνεια, και η αγορά σε χαμηλότερες τιμές λόγω συγκέντρωσης ποσοτήτων (οικονομίες κλίμακας).

Η όλη προσπάθεια περιελάμβανε:

- Την σύσταση κεντρικής Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ).
- Την σύσταση επιτροπής προδιαγραφών και την κατάρτιση μητρώου προμηθευτών.
- Την υποχρεωτική υποβολή προγράμματος προμηθειών από τα νοσοκομεία.
- Την σύσταση παρατηρητηρίου τιμών για τον έλεγχο των τιμών αγοράς υλικών.
- Την διενέργεια κεντρικών διαγωνισμών από την ΕΠΥ αλλά και από τις Υ.Πε για την προμήθεια ομοειδών υλικών.

- Τον αυστηρό έλεγχο στην τήρηση των διαγωνιστικών διαδικασιών από τα τμήματα προμηθειών των νοσοκομείων και στην μείωση των εξωσυμβατικών.
- Την δημιουργία και εφαρμογή ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης όλων των υλικών και φαρμάκων όλων των αποθηκών όλων των νοσοκομείων για την εκτίμηση των αποθεμάτων τους σε πραγματικό χρόνο (Πολύζος, 2012).

13) Η εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και της αναλυτικής λογιστικής από τα τμήματα οικονομικού (λογιστήρια) των νοσοκομείων και η υποχρεωτική δημοσίευση ισολογισμών με ταυτόχρονη ολοκλήρωση της πλήρους μηχανογράφησης όλων των τμημάτων από όλα τα νοσοκομεία (Πολύζος, 2012).

14) Η εφαρμογή του συστήματος παρακολούθησης των οικονομικών των νοσοκομείων ΕΣΥnet με σκοπό την παρακολούθηση της λειτουργίας τους σχεδόν σε πραγματικό χρόνο και την σύγκριση της απόδοσής τους (benchmarking) (Πολύζος, 2012).

15) Η αυστηροποίηση των διοικητικών ελέγχων (εσωτερικοί έλεγχοι Διοικητών νοσοκομείων και Υ.Πε) και των εξωτερικών ελέγχων (ΣΕΥΥΠ - Γενικός Επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης). Έλεγχος παραγγελιών και κατανάλωσης και επικαιροποίηση του υγειονομικού χάρτη (Πολύζος, 2012).

16) Η προσπάθεια επιβολής κατευθυντηρίων οδηγιών στην κλινική διαχείριση και τον έλεγχο της υπερκατανάλωσης ιατρικών υλικών, αναλωσίμων και υπηρεσιών (έλεγχος ορθής χρήσης-υπερκατανάλωσης ορθοπεδικού υλικού με βάση τις ενδείξεις χρήσης του, χρήση βηματοδοτών, stent, αντιβιοτικών, εφαρμογή καισαρικών τομών κ.λπ.) (Πολύζος, 2012).

17) Η θεσμοθέτηση μέσω ΕΣΠΑ του Health Voucher (ελεύθερη πρόσβαση) (ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014), για την βελτίωση της προσβασιμότητας των πολιτών (Νιάκας, 2014).

Τα παραπάνω μέτρα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν όπως φαίνεται στον πίνακα 3.2:

### 1. ΜΕΤΡΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

- Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ
- Συγχωνεύσεις Νοσοκομείων και κλινικών
- Διασύνδεση νοσοκομείων και Υ.Πε
- Μηχανοργάνωση-μηχανογράφηση των υπηρεσιών των νοσοκομείων
- Εισαγωγή των logistics στη διαχείριση φαρμάκων και αποθηκών στα νοσοκομεία

### 2. ΜΕΤΡΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ

- Επιβολή προϋπολογισμών (προοπτική χρηματοδότηση) και έλεγχος τήρησης τους
- Επιβολή μητρώου δεσμεύσεων
- Αποζημίωση νοσοκομείων με βάση την αποδοτικότητα (KEN)
- Διοικητικός έλεγχος δαπανών (έλεγχος από τη διοίκηση του νοσοκομείου)
- Διοικητική και οικονομική εποπτεία των νοσοκομείων από τις ΥΠΕ και το Υπουργείο
- Δημοσίευση ισολογισμών και απολογισμών
- Μείωση αποδοχών των εργαζομένων

### 3. ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ

- Ίδρυση της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας
- Πρόγραμμα προμηθειών
- Επιτροπή προδιαγραφών
- Παρατηρητήριο τιμών
- Ανάπτυξη ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης υλικών και φαρμάκων
- Εθνικοί διαγωνισμοί προμηθειών
- Περιφερειακοί διαγωνισμοί προμηθειών από τις Υ.Πε
- Περιορισμός εξωσυμβατικών προμηθειών
- Διαπραγματεύσεις για την προμήθεια υλικών
- Έλεγχος διαγωνιστικών διαδικασιών

### 4. ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ

- Αύξηση συμμετοχής ασθενών στη δαπάνη
- Καθιέρωση πληρωμής στα εξωτερικά ιατρεία

### 5. ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ



- Μείωση κλινών – συγχωνεύσεις νοσοκομείων
- Περιορισμός προσλήψεων προσωπικού

#### 6. ΕΙΔΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

- Έλεγχος παραγγελιών (από διοικήσεις, ΥΠΕ και Υπουργείο)
- Έλεγχος κατανάλωσης (περιορισμοί σε υλικά κλπ.)
- Επαναδιαπραγμάτευση τιμών υλικών
- Επαναδιαπραγμάτευση τιμών και συμβάσεων υπηρεσιών
- Πλαφόν τιμών

#### 7. ΜΕΤΡΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

- Πολιτική τιμολόγησης φαρμάκων
- Αναπροσαρμογή περιθωρίων κέρδους χονδρεμπόρων φαρμάκων
- Συνταγογράφηση με φαρμακευτική ουσία και γενόσημα
- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση
- Συνεισφορά των βιομηχανιών σε υπέρβαση προϋπολογισμού φαρμάκων (rebate)
- Αύξηση συμμετοχής πολιτών / Μετακύλιση κόστους στον πολίτη
- Θετικές ή/και αρνητικές λίστες φαρμάκων
- Κατευθυντήριες οδηγίες στην κλινική πράξη

**Πίνακας 3.2: Μέτρα ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών την περίοδο 2010-5.**

### 3.4 Τα αποτελέσματα της εφαρμογής των μέτρων

Με βάση τα οικονομικά στοιχεία που απορρέουν από τα στατιστικά της ΕΛΣΤΑΤ, του Υπουργείου Οικονομικών και του Υπουργείου Υγείας, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2015 μειώθηκαν τελικά κατά 34,7%. Οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων επίσης μειώθηκαν κατά 46% κυρίως λόγω μείωσης του μισθολογικού κόστους. Οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων επίσης μειώθηκαν σημαντικά όπως προκύπτει και από την ανάλυση αυτής της εργασίας στο ειδικό μέρος κατά 34,6%.

Τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι ποια από τα μέτρα που ελήφθησαν ήταν τα πιο αποτελεσματικά στη μείωση των λειτουργικών δαπανών και ποια από αυτά επηρέασαν την ποιότητα και την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας. Με δεδομένο το γεγονός ότι οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν μεν αλλά αυξήθηκαν πολύ οι ιδιωτικές δαπάνες θα πρέπει να γίνει αξιολόγηση του ποιες μη μισθολογικές δαπάνες καλώς μειώθηκαν και ποιων οι μειώσεις επηρέασε αρνητικά τη Δημόσια υγεία. (Νιάκας, 2014).

Υπάρχουν αρκετές μελέτες που συσχετίζουν τα μέτρα της περιόδου αυτής τόσο με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και με την προσβασιμότητα και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των πολιτών. (Economou, et al., 2015 ; Πετρέλης & Δομάγερ, 2016 ; E.U., 2018).

Η παρούσα μελετά στο δεύτερο μέρος την μεταβολή των λειτουργικών και οικονομικών δεικτών των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά την διάρκεια της επίμαχης περιόδου και συσχετίζει τα αποτελέσματα με τα μέτρα που ελήφθησαν. Εκτιμάται ότι η αποτίμηση των αποτελεσμάτων μπορεί να φανεί χρήσιμη ακόμη και σήμερα διότι η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας εξακολουθεί να παραμένει κρίσιμη.

### **3.5 Βιβλιογραφική ανασκόπηση**

Εκτενής βιβλιογραφία για τα οικονομικά της υγείας παρουσιάζεται στο τεύχος 39 (Απρίλιος- Ιούνιος 2016) του Κέντρου πολιτισμού έρευνας και τεκμηρίωσης της βιβλιοθήκης της Τράπεζας της Ελλάδος (Σμερτάκη, Γαβρίλη, Λάκκα, Μονόπωλη, & Ναδάλη, 2016). Πολλά οικονομικά στοιχεία του γενικού μέρους της έρευνας αντλήθηκαν από τις μηχανές αναζήτησης στατιστικών στοιχείων της ΕΛΣΤΑΤ, του WHO, του OECD και της Eurostat. Ακριβείς είναι και πολλές σχετικές μελέτες του IOBE με εκτενή στοιχεία τόσο για το σύστημα όσο και για τις δαπάνες υγείας και κυρίως αυτές που αφορούν στο φάρμακο (IOBE, 2011 · IOBE, 2018 · Αθανασιάδης & Σταυράκη, 2017).

Η πιο σχετική εργασία με το θέμα εξ όσων βρέθηκαν βιβλιογραφικά, αφορά στην μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY.net των Καστανιώτη και Πολύζου, που δημοσιεύτηκε στα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής το 2016, 33:198-206 (Καστανιώτη & Πολύζος, 2016).

Ιδιαίτερα αναλυτικές για την κατάσταση των νοσοκομείων την περίοδο 2010-2011 είναι και οι «εκθέσεις αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ» που

δημοσιεύτηκαν από το ΥΥ τον Μάρτιο του 2011 και του 2012 αντίστοιχα, με την επιμέλεια του τότε Γενικού Γραμματέα Ν. Πολύζου.

Σχετικά με τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν τη συγκεκριμένη περίοδο ιδιαίτερα χρήσιμο είναι το άρθρο του Δημήτρη Νιάκα « Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο Ελληνικό σύστημα υγείας» που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας – Διατροφής» το 2014.

Ως προς τις συνέπειες εφαρμογής των μέτρων αρκετές εργασίες παρέχουν επαρκή τεκμηρίωση, όπως:

Η μελέτη των Οικονόμου και συν. με τίτλο: *The impact of the crisis on the health system and health in Greece (European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series, No. 41)* που δημοσιεύτηκε το 2015, όπως και μελέτη του ίδιου με άλλους συνεργάτες με τίτλο: *Health Systems in Transition, (Greece Health system review, Vol.19 No. 5 2017: WHO)*. Στο ίδιο πνεύμα κινούνται και αρκετές μελέτες που δημοσιεύτηκαν στα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής όπως αυτές των Σουλιώτη και συν., (2018), των Μπακόλα και συν., (2018) και των Μαραγκάκη και συν., (2019).

Το θεματικό ευρωπαϊκό ενημερωτικό δελτίο: *Συστήματα υγείας (2017)*, περιγράφει με λεπτομέρειες τις επιπτώσεις των μέτρων στην προσβασιμότητα, την βιωσιμότητα, αποδοτικότητα και τις μη ικανοποιούμενες ανάγκες των πολιτών. Αρκετές εκθέσεις των OECD-European Observatory on Health Systems and Policies περιγράφουν την εξέλιξη των δεικτών υγείας στην Ελλάδα σε σχέση και με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες την επίμαχη περίοδο (OECD, 2017 · OECD, 2019 · OECD, 2016 · OECD, 2018).

Υπάρχουν επίσης αρκετές μελέτες μέτρησης ροών και εκροών των νοσοκομείων απο τις οποίες προκύπτουν παρόμοια συμπεράσματα για την βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας της λειτουργίας τους. Μελέτες των Flokou et al, 2017, Mitropoulos, et al., 2018 και Καλογεροπούλου, 2011, μετρούν την μεταβολή τόσο στην αποδοτικότητα κλίμακας (scale efficiency) όσο και στην τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency) των νοσοκομείων την περίοδο εφαρμογής της υγειονομικής μεταρύθμισης.

**ΜΕΡΟΣ Β**  
**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

## **4. Οι δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-2015**

### **4.1 Εισαγωγή**

Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η διερεύνηση της διαχρονικής μεταβολής-εξέλιξης των συντελεστών του λειτουργικού κόστους των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-2015 και η συσχέτιση τους με τις πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν. Αναζητήθηκε ταυτόχρονα η μεταβολή του κόστους νοσηλείας ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας για όλα τα νοσοκομεία. Διερευνήθηκαν και αξιολογήθηκαν χωριστά οι επιπτώσεις της εφαρμογής των μέτρων στα βασικά στοιχεία του λειτουργικού κόστους. Δεν συμπεριελήφθη το μισθολογικό κόστος που αποτελεί διαφορετική παράμετρο του συνολικού κόστους λειτουργίας. Η μακροοικονομική αυτή προσέγγιση απαιτεί προσεκτική ανάλυση και διέπτετε από αρκετούς περιορισμούς λόγω της ετερογένειας του μίγματος των νοσοκομείων. Βαθύτερη ανάλυση θα είχε νόημα μόνο για ομοειδή νοσοκομεία. Δεν διερευνήθηκε η σχέση κόστους και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών παρά μόνον οι εισροές και εκροές. Επίσης δεν έγινε ουσιαστική αξιολόγηση της μεταβολής αποδοτικότητας αλλά μακροοικονομική θεώρηση λόγω της διαφορετικότητας των νοσοκομείων. Είναι γνωστό ότι κάποια νοσοκομεία μπορούν να λειτουργούν με υψηλότερο κόστος όχι γιατί έχουν ελλείμματα αποδοτικότητας αλλά λόγω του ότι παρέχουν καλύτερη περίθαλψη. Οι περιορισμοί και οι παραδοχές της έρευνας περιγράφονται στο κεφάλαιο 5.1.

### **4.2 Μέθοδος και Υλικό**

Από την επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας της Ελληνικής Δημοκρατίας και το Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας ΕΣΥ, συγκεντρώθηκαν οι οικονομικοί και λειτουργικοί δείκτες όλων των νοσοκομείων του ΕΣΥ για τα έτη από το 2010 έως και το 2015. Στοιχεία για τα έτη 2010 και 2011 αντλήθηκαν επίσης και από την έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ, που εκδόθηκε τον Μάρτιο του 2012 από τη Γενική Γραμματεία του ΥΥΚΑ (Πολύζος, 2012).

Τα στοιχεία των πινάκων επεξεργάσθηκαν, τροποποιήθηκαν και προσαρμόσθηκαν έτσι ώστε να είναι περισσότερο αντικειμενική η αξιολόγησή τους. Για παράδειγμα δεν ελήφθησαν υπόψη κλίνες νοσοκομείων που υπήρχαν καταχωρημένες στους πίνακες

του ΥΥ, αλλά τα νοσοκομεία είχαν κλείσει και δεν υπήρχαν καταχωρημένες δαπάνες γι' αυτά.

#### **4.2.1 Κατηγοριοποίηση νοσοκομείων**

Όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ για τα οποία υπήρχαν καταγραφές οικονομικών και λειτουργικών δεικτών στο ΥΥ κατηγοριοποιήθηκαν (Καστανιώτη & Πολύζος, 2016):

- Σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (1η έως και 7<sup>η</sup>).
- Σε οκτώ τύπους Νοσοκομείων (Γενικό, Πανεπιστημιακό-Ακαδημαϊκό, Ογκολογικό, Παίδων, Ψυχιατρικό, Μαιευτικό, Καρδιολογικό και Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας).
- Σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το μέγεθός τους ως προς τις ανεπτυγμένες κλίνες νοσηλείας (Από 0-100, 101-250, 251-400 και άνω των 400).

Στη μελέτη δεν ελήφθησαν υπόψη τα έξι (6) στρατιωτικά νοσοκομεία της χώρας που ανήκουν στο Υπουργείο Εθνικής Άμυνας:

- 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας.
- 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών.
- 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θώρακος Πεντέλης.
- Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού (NIMΤΣ).
- Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών.

Επίσης δεν συμπεριελήφθησαν τα τρία νοσοκομεία του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών που χρηματοδοτούνται μέσω του Υπουργείου Παιδείας:

- Αρεταίειο Νοσοκομείο.
- Αιγινήτειο Νοσοκομείο και
- Ευγενίδειο Θεραπευτήριο.

#### **4.2.2 Κατηγοριοποίηση νοσοκομειακών δαπανών**

Οι προς μελέτη δαπάνες διαχείρισης των Νοσοκομείων που καταχωρήθηκαν διακρίθηκαν σε έξι (6) μεγάλες κατηγορίες:

- Φάρμακα.
- Υγειονομικό Υλικό.

- Αντιδραστήρια.
- Ορθοπεδικό Υλικό.
- Λοιπό Αναλώσιμο Υλικό και Υπηρεσίες και
- Σύνολα.

Στις κατηγορίες αυτών των δαπανών δεν περιλαμβάνεται η μισθοδοσία του προσωπικού των νοσοκομείων. Αυτή δεν καταγράφεται στους πίνακες του Υ.Υ αφού διεκπεραιώνεται μέσω άλλων κωδικών του συστήματος πληρωμών. Περιλαμβάνονται όμως το κόστος των επικουρικών γιατρών και οι υπερωρίες των εργαζομένων (Στην κατηγορία Λοιπό Αναλώσιμο Υλικό και Υπηρεσίες).

Στην κατηγορία δαπανών Λοιπό Αναλώσιμο Υλικό και Υπηρεσίες συμπεριλαμβάνονται επίσης τα κόστη για αέρια, καύσιμα και λοιπά αναλώσιμα υλικά καθώς και οι δαπάνες για υποχρεώσεις υπηρεσιών (ΔΕΚΟ, Ασφάλεια, καθαριότητα, εστίαση κ.λπ.).

#### **4.2.3 Λειτουργικοί δείκτες νοσοκομείων**

Βασικοί λειτουργικοί δείκτες που υπολογίσθηκαν και αναλύθηκαν για κάθε νοσοκομείο είναι

- Ημέρες νοσηλείας.
- Μέση Διάρκεια Νοσηλείας.
- Κόστος ανά ασθενή.
- Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας.
- Κατά κεφαλή νοσοκομειακή δαπάνη ανά περιφέρεια.

#### **4.2.4 Στοιχεία δαπανών για αξιολόγηση**

Από την επεξεργασία των πινάκων προέκυψαν συγκριτικά στοιχεία δαπανών για τα έτη από το 2010 έως και το 2015, σχετικά με τα εξής:

- 1) Σύνολο των Νοσοκομειακών δαπανών.
- 2) Δείκτες κόστους συνολικών Νοσοκομειακών δαπανών (μέσο κόστος ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας) και Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ).

- 3) Συνολική Νοσοκομειακή δαπάνη και δείκτες κόστους ανά Υγειονομική Περιφέρεια.
- 4) Νοσοκομειακή δαπάνη και δείκτες κόστους ανά μέγεθος Νοσοκομείου.
- 5) Νοσοκομειακή δαπάνη και δείκτες κόστους ανά κατηγορία Νοσοκομείου..
- 6) Νοσοκομειακή δαπάνη ανά κατηγορία.
- 7) Νοσοκομειακές δαπάνες ανά Υγειονομική Περιφέρεια.
- 8) Νοσοκομειακές δαπάνες ανά μέγεθος Νοσοκομείου.
- 9) Νοσοκομειακές δαπάνες ανά κατηγορία Νοσοκομείου.

#### **4.2.5 Μεταβολές στον αριθμό των νοσοκομείων κατά την υπό μελέτη περίοδο**

Ο αριθμός των νοσοκομείων κατά την διάρκεια της υπό μελέτη περιόδου παρουσίασε μικρή διαφοροποίηση κυρίως λόγω του κλεισίματος και της διακοπής λειτουργίας ή της αλλαγής χρήσης κάποιων από αυτά. Για παράδειγμα τα νοσοκομεία του Ασφαλιστικού Οργανισμού του ΙΚΑ εντάχθηκαν στο ΕΣΥ. Αλλαγές υπήρξαν για το Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων, το Γ.Ν. Μελισσίων Αμαλία Φλέμινγκ, το Γ.Ν. Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη», το Γ.Ν. Δυτικής Αττικής, το Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης, το Νοσοκομείου Αφροδισίων και Δερματικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης, το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, το Παιδοψυχιατρικού νοσοκομείο Αττικής και τεσσάρων (4) Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Να σημειωθεί ότι ο συνολικός αριθμός των νοσοκομείων ανέρχονταν το 2010 σε 133 εξαιρουμένων των πέντε (5) του ΙΚΑ. Συνυπολογίζονται τα δύο νοσοκομεία ειδικής φύσεως (Γ.Ν. Παπαγεωργίου και Ωνάσειο Κ.Κ). Με βάση το σχεδιασμό για την ενοποίηση των νοσοκομείων τελικά διαμορφώθηκε την περίοδο αυτή ένας χάρτης 83 κύριων και 48 διασυνδεδεμένων νοσοκομείων χωρίς ποτέ να επέλθει πλήρης ενσωμάτωση των δεύτερων στα πρώτα.

Συγκεκριμένα το 2010 λόγω των αλλαγών (ένταξη νοσοκομείων ΙΚΑ στο ΕΣΥ), είχαν μόλις κλείσει:

- Το 1<sup>ο</sup> Νοσοκομείο του ΙΚΑ στην Πεντέλη (1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια), που εντάχθηκε στο «Σισμανόγλειο» Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αττικής.



- Το 2<sup>ο</sup> Νοσοκομείο του ΙΚΑ στη Θεσσαλονίκη (2<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια) που εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Αγ. Παύλος».
- Το 3<sup>ο</sup> Νοσοκομείο του ΙΚΑ στην Κάνιγγος (1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια) που εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Πολυκλινική».
- Το 6<sup>ο</sup> Νοσοκομείο του ΙΚΑ στην Αλεξάνδρας (1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια) που εντάχθηκε στο Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας».
- Το 7<sup>ο</sup> Νοσοκομείο του ΙΚΑ στην Πατησίων (1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια) που εντάχθηκε στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Αγία Όλγα – Κωνσταντοπούλειο».

Τα Νοσοκομεία αυτά δεν δημιούργησαν παρά ελάχιστες δαπάνες στην υπό μελέτη περίοδο. Κάποια από αυτά έκλεισαν νωρίτερα από την υπό εξέταση περίοδο ενώ οι δαπάνες άλλων μεταφέρθηκαν στα Νοσοκομεία όπου εντάχθηκαν.

Το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων (Ε.Ι.Α.Α.) μετονομάστηκε σε Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης και το 2010 ενοποιήθηκε με το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΚΑΤ. Η δραστηριότητα του όμως εξακολούθησε να καταγράφεται αυτόνομα στις καταστάσεις του ΥΥ.

Ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας διαδικασίας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και της αποασυλοποίησης έκλεισαν σταδιακά αλλά οριστικά:

- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας.
- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης.
- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων.
- Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου.

Τα θέματα ψυχικής υγείας στις αντίστοιχες περιοχές μεταφέρθηκαν σε εξωτερικές δομές και στα αντίστοιχα νοσοκομεία Κέρκυρας, Τρίπολης, Χανίων και Κατερίνης. Τα ψυχιατρικά αυτά Νοσοκομεία εμφανίζουν τις τελευταίες εγγραφές δαπανών (οι οποίες και συμπεριλαμβάνονται στο σύνολο δαπανών) τα έτη 2010 και 2011, ως εξής:

- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας: 5.946.151 €.
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης: 5.635.628 €.
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων: 3.861.853 €.
- ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου: 4.183.668 €.

Δηλαδή τα ψυχιατρικά αυτά Νοσοκομεία επιβαρύνουν τις δαπάνες του 2010 κατά 9.714.571 € (ποσοστό 0,37% του συνόλου) και του 2011 κατά 9.912.729 € (ποσοστό 0,4% του συνόλου). Εκτιμάται ότι μέρος αυτών των δαπανών μεταφέρθηκε στα Γενικά Νοσοκομεία και στις εξωτερικές δομές φιλοξενίας.

Το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής μετατράπηκε το 2010 σε Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου και εμφανίζει εγγραφές δαπανών μόνο για το 2010 και το 2011, συνολικής αξίας: 3.077.968 €.

Το Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα» ενοποιήθηκε το 2011 με το Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων». Το 2013 σταμάτησε να λειτουργεί σαν δευτεροβάθμιο νοσοκομείο, ενώ πραγματοποιήθηκε μεταφορά των περισσότερων κλινικών του καθώς και μετακίνηση της πλειοψηφίας του προσωπικού του σε άλλα νοσοκομεία. Αργότερα (2016) άρχισε να επαναλειτουργεί υπό ενιαία διοίκηση με το Γ.Ν. Νίκαιας. Οι δραστηριότητές του καταγράφονται στους πίνακες του ΥΥ και ελήφθησαν υπόψη στις μετρήσεις των δεικτών.

Το Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ» ενοποιήθηκε με το Γ.Ν. Αττικής Σισμανόγλειο, παρουσιάζει όμως κανονικά εγγραφές νοσηλευτικής δραστηριότητας και συμπεριλαμβάνεται στη μελέτη. Το Γ.Ν. Πατησίων, έκλεισε και μετατράπηκε αργότερα σε κέντρο υγείας. Ο εξοπλισμός και το προσωπικό του νοσοκομείου διατέθηκαν σε άλλα νοσοκομεία. Στη μελέτη ελήφθη υπόψη κατά τα έτη από το 2010 έως και το 2013 αφού συμπεριλαμβάνεται στους πίνακες του ΥΥ.

Το Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης (Λοιμωδών) της 3<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας έκλεισε επίσης το 2013 και μετατράπηκε σε Κέντρο Υγείας αστικού τύπου, αλλά παρουσιάζει εγγραφές δαπανών μέχρι και το 2015. Αντίστοιχη εξέλιξη είχε και το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Παθήσεων της 4<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας στη Θεσσαλονίκη που εμφανίζει εγγραφές δαπανών μέχρι και το 2014.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό κέντρο αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση λόγω του ιδιόμορφου νομικού καθεστώτος του ενταγμένο στη 2<sup>η</sup> Υ.Πε, ενώ το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου παρότι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, είναι πλήρως ενσωματωμένο στο Ε.Σ.Υ., τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενταγμένο στην 3<sup>η</sup> Υγειονομική περιφέρεια και διοικείται από 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο. Και τα δύο συμμετέχουν στους πίνακες αξιολόγησης της μελέτης.

## 4.3 Οι δαπάνες

### 4.3.1 Η εξέλιξη των δαπανών και των δεικτών

Στον πίνακα 4.1 παρουσιάζονται τα 125 νοσοκομεία του ΕΣΥ (2015), ενταγμένα στις επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες. Οι συνολικά ανεπτυγμένες κλίνες ανέρχονται σε 33.001 (από 34.999 το 2010). Σαφώς μεγαλύτερη από κάθε άποψη είναι η 1<sup>η</sup> ΥΠε Αττικής με 24 νοσοκομεία το 2015, συνολικής δυναμικότητας 8.559 ανεπτυγμένων κλινών (26% του συνόλου). Μικρότερη είναι η 7<sup>η</sup> ΥΠε Κρήτης με 8 νοσοκομεία συνολικής δυναμικότητας 2.193 ανεπτυγμένων κλινών (6,6% του συνόλου).

ΥΠΕ	Νοσοκομεία	Κλίνες	Κλίνες (%)
1	24	8.559	26
2	22	6.101	18,5
3	15	3.972	12
4	14	4.358	13,2
5	13	2.543	7,7
6	29	5.275	16
7	8	2.193	6,6
<b>Σύνολο</b>	<b>125</b>	<b>33.001</b>	<b>100</b>

Πίνακας 4.1: Νοσοκομεία και κλίνες κατά Υγειονομική Περιφέρεια (2015)

Στον πίνακα 4.2 τα ίδια νοσοκομεία συνολικής δυναμικότητας 33.001 κλινών (2015), κατανέμονται στις 13 Διοικητικές Περιφέρειες της χώρας. Τα 35 από αυτά δυναμικότητας 13.121 κλινών βρίσκονται στην Αττική (ποσοστό 39,7%) και τα 19, δυναμικότητας 6.067 κλινών στην Κεντρική Μακεδονία (ποσοστό 18,4%). Με την απογραφή του 2011, η Αττική είχε πληθυσμό 3.828.434 κατοίκους (ποσοστό 35,4%) και η Κεντρική Μακεδονία 1.882.108 κατοίκους, ποσοστό 17,4% επί του συνολικού πληθυσμού των 10.816.286 κατοίκων (Πηγή ΕΛΣΤΑΤ).

Περιφέρεια	Νοσοκομεία	Κλίνες	Κλίνες (%)
Αν. Μακ./Θράκης	6	1.609	4,9
Αττικής	34	13.121	39,8
Β. Αιγαίου	5	580	1,8
Δ. Μακεδονίας	5	654	2,0
Δυτ. Ελλάδας	11	1.797	5,4

Ηπείρου	5	1.488	4,5
Θεσσαλίας	5	1.740	5,3
Ιονίων Νήσων	5	562	1,7
Κ. Μακεδονίας	19	6.067	18,4
Κρήτης	8	2.193	6,6
Ν. Αιγαίου	6	959	2,9
Πελοποννήσου	8	1.428	4,3
Στερεάς	8	803	2,4
<b>Σύνολο</b>	<b>125</b>	<b>33.001</b>	<b>100,0</b>

**Πίνακας 4.2: Νοσοκομεία και κλίνες κατά διοικητική περιφέρεια (2015)**

Τα ίδια νοσοκομεία παρουσιάζονται στον πίνακα 4.3 κατηγοριοποιημένα ως προς το μέγεθός τους. Τα 30 από αυτά είναι δυναμικότητας άνω των 400 κλινών (ποσοστό δυναμικότητας 54,3%), ενώ τα 33 είναι πολύ μικρά, δυναμικότητας κάτω των 100 κλινών (ποσοστό δυναμικότητας 5,5%).

<b>Μέγεθος (κλίνες)</b>	<b>Νοσοκομεία</b>	<b>Κλίνες</b>	<b>Κλίνες (%)</b>
>400	30	17.917	54,3
251-400	21	6.455	19,6
101-250	41	6.813	20,6
0-100	33	1.816	5,5
<b>Σύνολο</b>	<b>125</b>	<b>33.001</b>	<b>100,0</b>

**Πίνακας 4.3: Νοσοκομεία και κλίνες κατά μέγεθος νοσοκομείου (2015)**

Στον πίνακα 4.4 τα νοσοκομεία παρουσιάζονται κατηγοριοποιημένα ανάλογα με το σκοπό τους. Στη μεγάλη τους πλειοψηφία είναι Γενικά Νοσοκομεία (ποσοστό κλινών 57,9%) και αν συνεκτιμηθούν και τα Γενικά Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας (18 συνολικά), το ποσοστό κλινών της κατηγορίας αθροιστικά φθάνει στο 61,3%. Τα Πανεπιστημιακά-Ακαδημαϊκά κατέχουν το 22,1% της συνολικής δυναμικότητας κλινών και τα Ογκολογικά το 4,1%.

Τα Πανεπιστημιακά- Ακαδημαϊκά βρίσκονται: τρία (3) στην Αττική (Αττικό, Λαϊκό, Ιπποκράτειο), τέσσερα (4) στη Θεσσαλονίκη (ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο, Γεννηματάς και Παπαγεωργίου), ένα (1) στο Ηράκλειο, ένα (1) στη Λάρισα, ένα (1) στην Πάτρα, ένα (1) στα Ιωάννινα και ένα (1) στην Αλεξανδρούπολη. Πανεπιστημιακό είναι και το ειδικού καθεστώτος Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Τα Λαϊκό, Ιπποκράτειο Αθηνών, Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης, Γεννηματάς και Παπαγεωργίου επισήμως

χαρακτηρίζονται από τον νόμο 2889/2001 ως Ακαδημαϊκά επειδή έχουν εγκατεστημένες πανεπιστημιακές κλινικές που αναπτύσσουν ακαδημαϊκές δραστηριότητες.

Κατηγορία	Νοσοκομεία	Κλίνες	Κλίνες (%)
Πανεπιστημιακά	12	7.287	22,1
Γενικά Νοσοκομεία ΕΣΥ	81	19.112	57,9
Γεν. Νοσοκ. - Κ.Υ.	18	1.135	3,4
Παιδιατρικά	4	1.276	3,9
Οφθαλμολογικά	1	26	0,1
Μαιευτικά	1	412	1,2
Ογκολογικά	4	1.365	4,1
Καρδιοχειρουργικά	1	128	0,4
Ψυχιατρικά	3	2.260	6,9
<b>Σύνολο</b>	<b>125</b>	<b>33.001</b>	<b>100,0</b>

**Πίνακας 4.4: Νοσοκομεία και κλίνες κατά κατηγορία νοσοκομείου (2015)**

Στον πίνακα 4.5 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων του ΕΣΥ από έτος σε έτος καθ' όλη τη διάρκεια της υπό μελέτη περιόδου. Διαπιστώνεται μείωση κατά 34,6% από το έτος 2010 στο 2015. Συγκεκριμένα από 2.614.908.343,2 € το 2010, οι λειτουργικές δαπάνες μειώθηκαν στο ποσό των 1.709.209.871 €. Αυτό σε απόλυτη τιμή αντιστοιχεί σε μείωση σε 905.698.472,2 €.

Έτος	Δαπάνη (εκατ. ευρώ)	Μεταβολή (%)
2010	2.614,9	
2011	2.450,1	-6,3%
2012	2.201,6	-10,1%
2013	1.952,8	-11,3%
2014	1.802,5	-7,7%
2015	1.709,2	-5,2%
<b>Μεταβολή 2010-15</b>		<b>-34,6%</b>

**Πίνακας 4.5: Εξέλιξη των νοσοκομειακών δαπανών 2010-2015 (εκατ. ευρώ)**

Η μείωση των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά 34,6% στην υπό μελέτη περίοδο είναι σαφώς μεγαλύτερη από την μείωση του ΑΕΠ της χώρας κατά 21,42%, παρόμοια με την μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά 34,7% και μικρότερη από την μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία κατά 42%. Από

τα 7,484 δισ. της μείωσης των συνολικών δαπανών υγείας στην εξαετία, τα 0,9 δισ. αφορούν στις λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων, ποσοστό της τάξης του 12%, όσο περίπου είναι και το ποσοστό συμμετοχής τους στη συνολική δαπάνη υγείας.

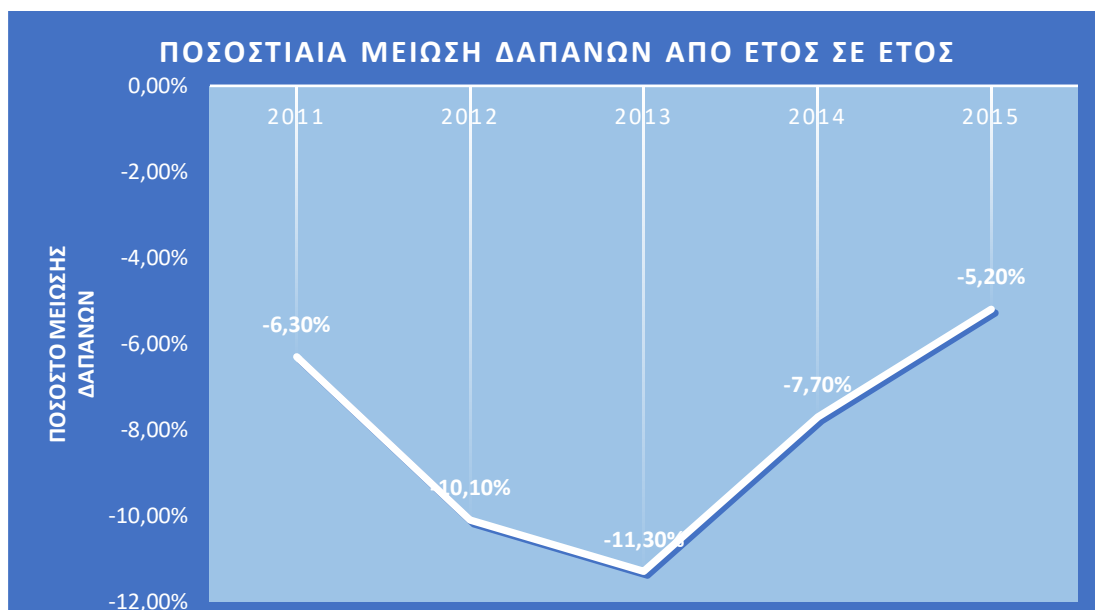
Σε απόλυτα νούμερα οι δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ μειώθηκαν το 2011 κατά 164.764.880,2 €, το 2012 κατά 248.511.729,24 €, το 2013 κατά 248.863.719,45 €, το 2014 κατά 150.311.090,31 € και το 2015 κατά 93.247.133€. Το ελάχιστο της καμπύλης μείωσης δαπανών κατά 11,3% παρατηρείται το έτος 2013 (Διάγραμμα 4.2).

Στο διάγραμμα 4.1 παρουσιάζεται σχηματικά η εξέλιξη των συνολικών λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-15 σε εκατομμύρια ευρώ. Διαπιστώνεται ότι οι μεγαλύτερες μειώσεις έγιναν τα έτη 2012 και 2013.



**Διάγραμμα 4.1: Εξέλιξη των συνολικών λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, (2010-2015)**

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουμε και από το Διάγραμμα 4.2. Τα μέτρα που ελήφθησαν κατά την διάρκεια των ετών 2010, 2011 και 2012 απέδωσαν τις μεγαλύτερες μειώσεις στις λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά τα έτη 2012 και 2013.



**Διάγραμμα 4.2: Ποσοστιαία μείωση νοσοκομειακών δαπανών ανά έτος (2010-2015)**

Στον πίνακα 4.6 φαίνονται οι ίδιες δαπάνες για τα έτη 1010-2015 ανά Υ.Πε. Διαπιστώνεται ότι τις μεγαλύτερες μειώσεις έχουν πετύχει συνολικά η 4<sup>η</sup> και η 5<sup>η</sup> Περιφέρεια, ενώ τις μικρότερες η 2<sup>η</sup> και η 3<sup>η</sup>.

ΥΠΕ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
1	802.351	761.432	696.981	619.065	579.178	530.710	-33,9%
2	415.565	418.124	382.419	347.484	314.817	319.442	-23,1%
3	257.527	267.559	231.395	218.962	208.832	196.994	-23,5%
4	379.263	319.898	276.948	232.163	208.504	211.309	-44,3%
5	202.463	176.593	159.097	133.984	126.452	112.159	-44,6%
6	379.338	343.688	307.877	276.844	246.795	228.662	-39,7%
7	178.400	162.850	146.915	124.266	117.879	109.933	-38,4%
<b>Σύνολο</b>	<b>2.614.908</b>	<b>2.450.144</b>	<b>2.201.632</b>	<b>1.952.768</b>	<b>1.802.457</b>	<b>1.709.210</b>	<b>-34,6%</b>

**Πίνακας 4.6: Συνολική νοσοκομειακή δαπάνη κατά Υγειονομική Περιφέρεια (εκατ. ευρώ)**

Στον πίνακα 4.7 παρουσιάζονται συνολικά (μετά από επεξεργασία), η δυναμικότητα (κλίνες νοσηλείας), οι νοσηλευθέντες, οι ημέρες νοσηλείας, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση πληρότητα κλινών, οι νοσηλευθέντες ανά 100 κατοίκους και το μέσο κόστος ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας και για τα έξι έτη (2010 έως και 2015), για όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Κλίνες	34.999	34.999	35.020	34.097	32.922	33.001
Νοσηλευθέντες	2.088.199	2.218.465	2.285.066	2.273.751	2.238.511	2.211.343
Ημέρες νοσηλείας	8.866.694	9.166.881	9.102.826	8.780.701	8.529.078	8.397.485
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	4,246	4,132	3,984	3,862	3,810	3,797
Μέση πληρότητα κλινών	69,40%	71,80%	71,20%	70,60%	71,00%	69,70%
Νοσηλευθέντες ανά 100 κλίνες	5.966	6.339	6.525	6.668	6.799	6.701
Μέσο κόστος ανά ασθενή	1.252	1.104	963	859	805	773
Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλ.	295	267	242	222	211	204

**Πίνακας 4.7: Νοσοκομειακές δαπάνες, δείκτες παραγωγικότητας και κόστη νοσηλείας (2010-15)**

Διαπιστώνεται ότι κατά την διάρκεια της περιόδου αυτής:

- Οι κλίνες μειωθήκαν κατά 1.998 από 34.999 σε 33.001 (ποσοστιαία κατά 5,7%, ποσοστό πολύ μικρότερου του στόχου 20%).
- Οι νοσηλευθέντες αυξήθηκαν κατά 123.144 (αύξηση 5,9%).
- Οι ημέρες νοσηλείας μειώθηκαν κατά 469.209 (μείωση 5,3%).
- Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.) μειώθηκε κατά 10,57%, από 4,246 σε 3,797 ημέρες.
- Η μέση πληρότητα αυξήθηκε ελαφρώς από 69,4% σε 69,7%.
- Η παραγωγικότητα των κλινών αυξήθηκε από 5.966 σε 6.701 ασθενείς ανά 100 κλίνες (αύξηση 12,3%).
- Το μέσο κόστος ανά ασθενή μειώθηκε κατά 38,3% από 1.252 σε 773 ευρώ.
- Το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας μειώθηκε κατά 30,8% από 295 σε 204 ευρώ.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν άμεσα είναι:

- Η μείωση κλινών δεν είναι μεγάλη (τουλάχιστον όχι όσο σχεδιάστηκε) και δεν επίδρασε ιδιαίτερα στη βελτίωση της πληρότητας κλινών.
- Το παραγόμενο έργο (εκροές) όπως εκφράζεται μέσω νοσηλευθέντων δεν μεταβλήθηκε σημαντικά ενώ είναι αξιόλογη η μείωση στη ΜΔΝ.
- Η συνολική μείωση κόστους ανά ημέρα νοσηλείας είναι μικρότερη από την μείωση κόστους ανά ασθενή. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το μεγαλύτερο



μέρος του κόστους θεραπείας πραγματοποιείται τις πρώτες ημέρες νοσηλείας κι έτσι το κόστος ανά ημέρα αυξάνει.

Στον πίνακα 4.8 καταγράφονται οι μεταβολές για το μέσο κόστος ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας καθώς και για τους νοσηλευθέντες ανά 100 κλίνες για όλες τις Υ.Πε.:

ΥΠΕ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Μέσο κόστος ανά ασθενή</b>							
1	<b>1.483,4</b>	1.280,9	1.135,4	981,3	908,7	<b>835,1</b>	<b>-43,7%</b>
2	<b>1.540,3</b>	1.494,0	1.228,9	1.129,1	1.077,5	1.094,4	-29,0%
3	1.036,6	985,8	874,8	817,9	795,3	793,9	-23,4%
4	1.228,8	1.008,6	798,7	683,7	635,7	658,5	<b>-46,4%</b>
5	<b>952,3</b>	767,9	702,2	648,9	636,0	564,5	-40,7%
6	1.046,2	913,3	838,3	746,8	673,5	629,9	-39,8%
7	1.228,2	1.090,9	948,5	825,0	769,8	717,4	-41,6%
Σύνολο	1.252,2	1.104,4	963,5	858,8	805,2	772,9	-38,3%
<b>Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
1	327,4	300,0	270,6	254,0	240,7	222,3	-32,1%
2	225,5	224,8	212,8	197,8	195,7	201,7	-10,5%
3	261,5	252,7	220,9	209,3	203,4	196,7	-24,8%
4	<b>353,8</b>	299,3	260,8	221,3	209,3	220,8	-37,6%
5	311,7	257,8	239,5	216,8	207,3	189,9	-39,1%
6	285,5	248,1	221,8	208,4	183,8	170,8	<b>-40,2%</b>
7	<b>331,3</b>	285,2	258,3	228,1	219,1	204,0	-38,4%
Σύνολο	294,9	267,3	241,9	222,4	211,3	203,5	-31,0%
<b>Νοσηλευθέντες ανά 100 κλίνες</b>							
1	5.987	6.579	6.737	7.024	7.549	7.425	24,0%
2	4.124	4.278	4.947	4.945	4.864	4.784	16,0%
3	5.778	6.312	5.956	6.437	6.599	6.247	8,1%
4	6.622	6.805	7.191	7.381	7.602	7.363	11,2%
5	<b>8.260</b>	8.935	9.063	8.222	7.827	7.813	<b>-5,4%</b>
6	6.516	6.763	6.613	6.936	6.749	6.882	5,6%
7	6.253	6.426	6.731	6.621	6.935	6.988	11,8%
Σύνολο	5.966	6.339	6.525	6.668	6.799	6.701	12,3%

**Πίνακας 4.8: Δείκτες κόστους νοσηλείας και παραγωγικότητα κλινών κατά ΥΠΕ.**

Διαπιστώνεται ότι:

Τα μεγαλύτερα μέσα κόστη ανά νοσηλευθέντα ασθενή είχαν το 2010 η 2<sup>η</sup> (1540 €) και η 1<sup>η</sup> Υ.Πε (1483 €), πράγμα απόλυτα φυσιολογικό αφού σ' αυτές βρίσκονται τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας που αντιμετωπίζουν και την μεγαλύτερη βαρύτητα περιστατικών. Το μικρότερο μέσο κόστος ανά ασθενή είχε η 5<sup>η</sup> Υ.Πε. (952 €). Την

μεγαλύτερη μείωση μέσου κόστους ανά ασθενή πέτυχε η 4<sup>η</sup> Υ.Πε (46,4%), ενώ αξιοπρόσεκτη είναι η μείωση μέσου κόστους ανά ασθενή της 1<sup>ης</sup> Υ.Πε (43,7%). Την μεγαλύτερη παραγωγικότητα κλινών είχε η 5<sup>η</sup> Υ.Πε, η οποία ταυτόχρονα εμφανίζει και την μικρότερη μείωση παραγωγικότητας. Την μεγαλύτερη αύξηση παραγωγικότητας πέτυχε η 1<sup>η</sup> Υ.Πε.

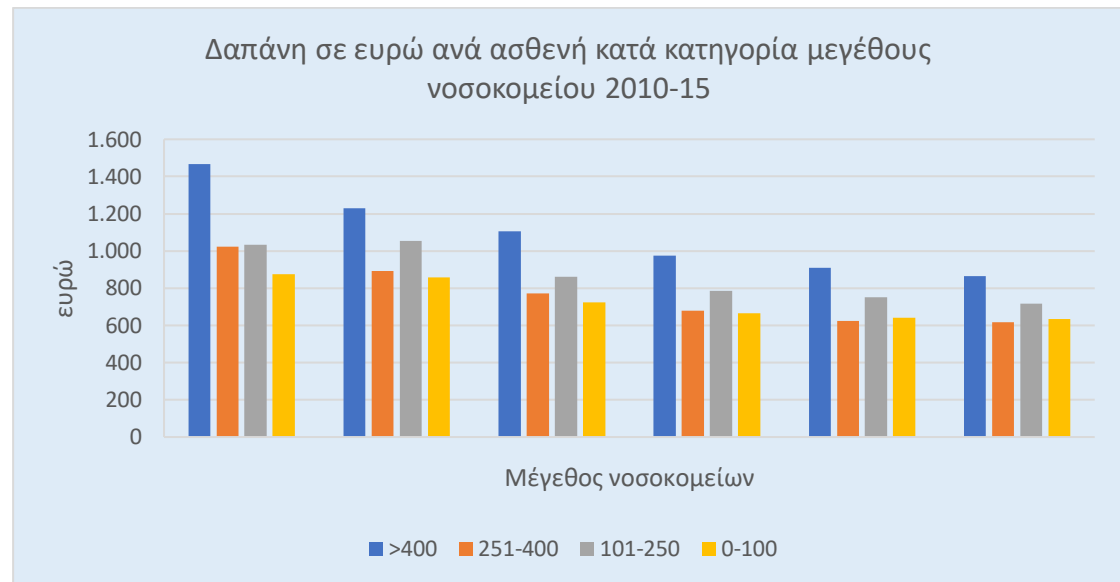
Ως προς το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας το 2010 η 4<sup>η</sup> είχε το υψηλότερο (354 €) και ακολουθούσε η 7<sup>η</sup> Υ.Πε (331 €). Την μεγαλύτερη μείωση πέτυχε η 6<sup>η</sup> Υ.Πε (40,2%).

Μέγεθος νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Σύνολο δαπάνης (εκατ. ευρώ)</b>							
>400	1.613,2	1.478,1	1.323,4	1.184,9	1.109,5	1.049,8	-34,9%
251-400	472,1	419,5	384,7	338,6	307,7	298,1	-36,9%
101-250	438,6	459,6	412,3	362,2	324,4	304,2	-30,7%
0-100	91,0	93,0	81,1	67,0	60,9	57,2	-37,2%
<b>Σύνολο</b>	<b>2.614,9</b>	<b>2.450,1</b>	<b>2.201,6</b>	<b>1.952,8</b>	<b>1.802,5</b>	<b>1.709,2</b>	<b>-34,6%</b>
<b>Δαπάνης ανά ασθενή</b>							
>400	1.468,2	1.228,4	1.107,3	975,6	909,7	864,7	-41,1%
251-400	1.023,6	890,7	770,5	680,3	625,5	617,2	-39,7%
101-250	1.034,3	1.054,9	861,6	786,7	750,4	717,0	-30,7%
0-100	873,8	856,6	724,6	663,7	642,1	634,9	-27,3%
<b>Σύνολο</b>	<b>1.252,2</b>	<b>1.104,4</b>	<b>963,5</b>	<b>858,8</b>	<b>805,2</b>	<b>772,9</b>	<b>-38,3%</b>
<b>Δαπάνης ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
>400	305,0	269,5	245,9	224,4	214,0	203,7	-33,2%
251-400	299,8	258,3	246,3	221,9	204,4	207,4	-30,8%
101-250	274,2	276,0	232,3	220,1	213,3	202,1	-26,3%
0-100	225,8	236,9	211,9	204,2	191,2	189,9	-15,9%
<b>Σύνολο</b>	<b>294,9</b>	<b>267,3</b>	<b>241,9</b>	<b>222,4</b>	<b>211,3</b>	<b>203,5</b>	<b>-31,0%</b>

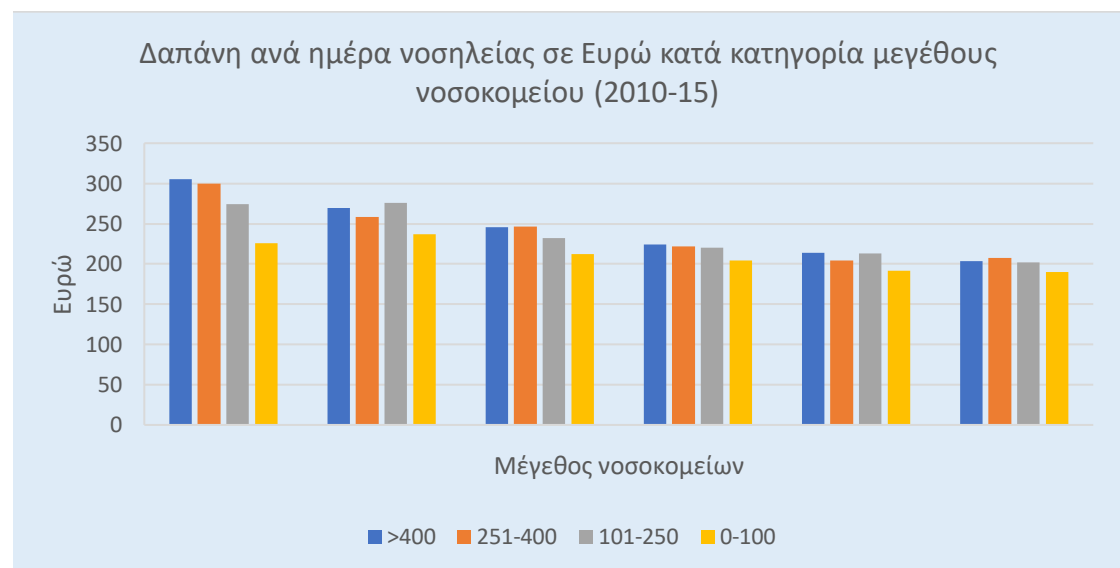
**Πίνακας 4.9: Νοσοκομειακή δαπάνη και δείκτες κόστους κατά μέγεθος νοσοκομείου**

Στον πίνακα 4.9 εμφανίζονται το σύνολο της δαπάνης, η δαπάνη ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας, κατά μέγεθος νοσοκομείου. Τα μεγάλα σε μέγεθος νοσοκομεία (άνω των 400 κλινών), εμφανίζουν υψηλότερη δαπάνη ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας και πέτυχαν σοβαρότερες μειώσεις κόστους σε σχέση με τα μεσαίου και μικρού μεγέθους νοσοκομεία, μάλλον διότι είχαν μεγαλύτερα περιθώρια μειώσεων.

Στα Διαγράμματα 4.4 και 4.5 απεικονίζονται η δαπάνη ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία μεγέθους νοσοκομείου.



**Διάγραμμα 4.3: Δαπάνη σε Ευρώ ανά ασθενή κατά κατηγορία μεγέθους νοσοκομείου**



**Διάγραμμα 4.4: Δαπάνη σε Ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας, κατά κατηγορία μεγέθους νοσοκομείου**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
Πανεπιστημιακά	765,0	659,3	595,4	521,1	467,8	436,3	-43,0%
Γενικά	1.403,8	1.290,9	1.169,0	1.021,4	947,8	892,6	-36,4%

Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	38,4	36,1	29,8	25,2	24,3	24,9	-35,0%
Παιδιατρικά	64,5	70,7	69,3	60,2	59,4	54,7	-15,2%
Μαιευτικά	15,5	15,3	13,6	11,1	9,8	9,5	-38,9%
Ογκολογικά	165,2	147,4	132,1	119,2	106,3	111,7	-32,4%
Ψυχιατρικά	44,2	45,5	28,8	27,9	24,3	26,8	-39,4%
Σύνολο*	<b>2.614,9</b>	<b>2.450,1</b>	<b>2.201,6</b>	<b>1.952,8</b>	<b>1.802,5</b>	<b>1.709,2</b>	-34,6%
<b>Δαπάνη ανά ασθενή</b>							
Πανεπιστημιακά	1.507,0	1.210,1	1.114,2	974,8	880,7	<b>819,5</b>	-45,6%
Γενικά	1.095,8	961,0	863,4	772,5	730,8	699,6	-36,2%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	864,7	765,9	730,0	640,9	661,8	702,3	-18,8%
Παιδιατρικά	679,0	730,1	748,1	646,8	642,6	625,4	-7,9%
Μαιευτικά	542,5	557,9	671,7	518,4	448,0	478,4	-11,8%
Ογκολογικά	3.491,5	3.025,1	1.055,6	816,0	717,9	<b>752,4</b>	<b>-78,4%</b>
Ψυχιατρικά	1.165,1	1.025,0	719,1	737,5	689,0	770,5	-33,9%
Σύνολο	1.252,2	1.104,4	963,5	858,8	805,2	772,9	-38,3%
<b>Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
Πανεπιστημιακά	381,5	335,3	306,0	280,2	250,7	<b>241,3</b>	-36,7%
Γενικά	297,0	264,4	230,6	206,7	197,6	188,9	-36,4%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	129,2	107,9	153,0	143,2	148,7	151,6	17,3%
Παιδιατρικά	206,4	240,9	276,5	245,8	241,4	226,7	9,9%
Μαιευτικά	161,4	143,8	129,8	134,3	133,8	136,0	-15,7%
Ογκολογικά	473,0	418,5	347,0	301,1	281,2	<b>304,6</b>	<b>-35,6%</b>
Ψυχιατρικά	49,4	44,6	31,6	33,2	31,5	34,4	-30,3%
Σύνολο	294,9	267,3	241,9	222,4	211,3	203,5	-31,0%

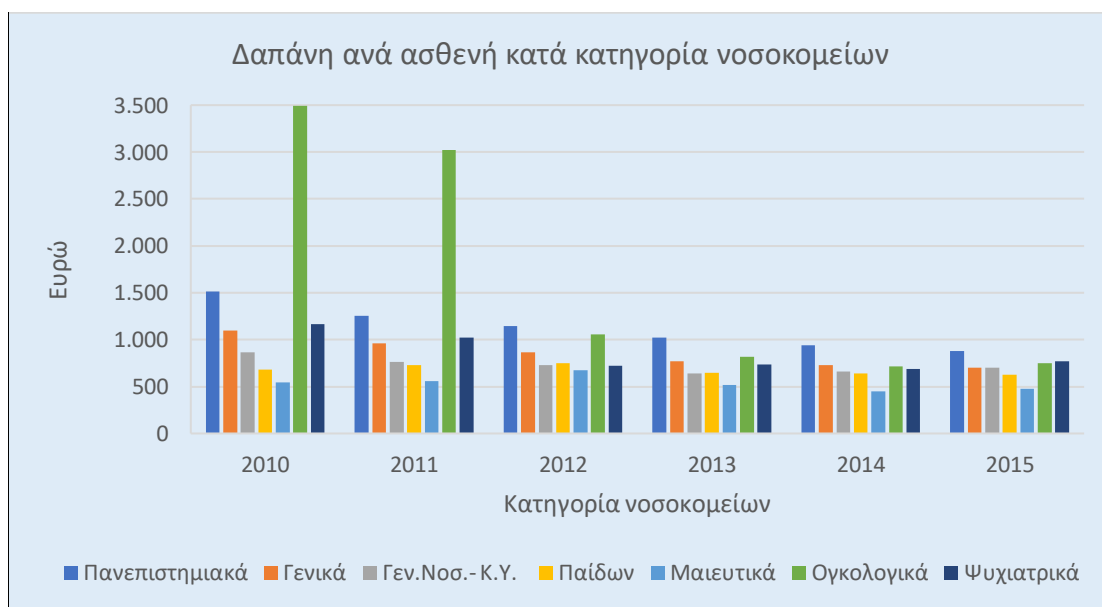
**Πίνακας 4.10: Νοσοκομειακές δαπάνες και δείκτες κόστους νοσηλείας κατά κατηγορία νοσοκομείου.**

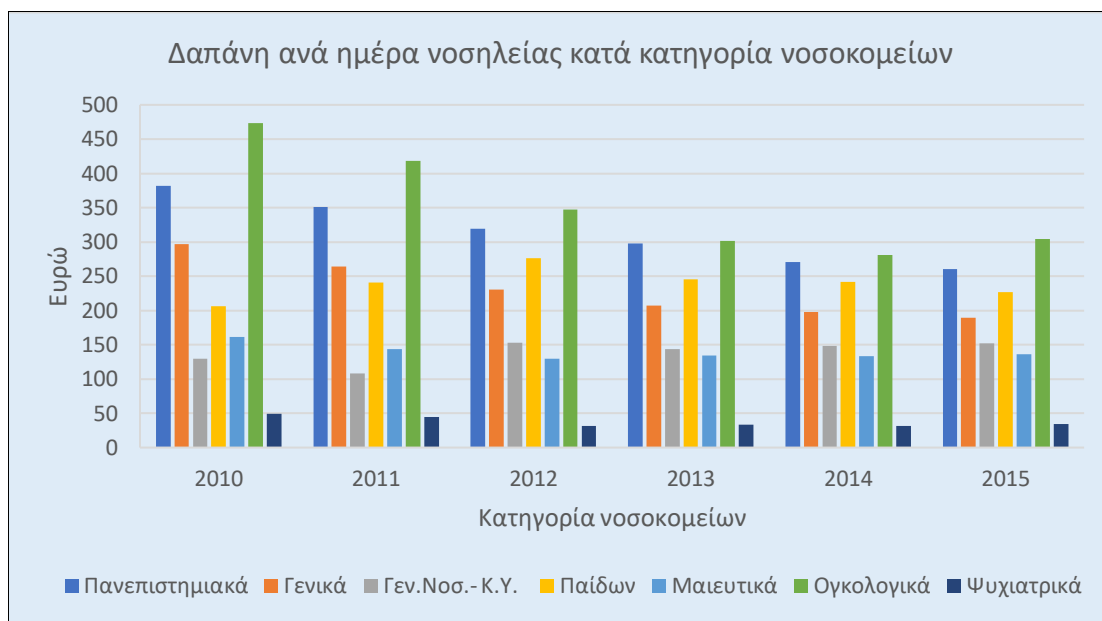
\* Περιλαμβάνονται και οι δαπάνες των νοσοκομείων ΝΠΙΔ Παπαγεωργίου και Ωνασείου

Στον πίνακα 4.10 εμφανίζονται η συνολική δαπάνη σε εκατομμύρια ευρώ, η δαπάνη ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία (τύπο) νοσοκομείου. Διαπιστώνεται ότι:

- Τα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία παρουσιάζουν το υψηλότερο κόστος ανά ασθενή (2015) κάτι απόλυτα φυσιολογικό δεδομένου ότι παρέχουν τριτοβάθμια περίθαλψη.
- Τα ογκολογικά παρουσιάζουν το υψηλότερο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, μάλλον διότι παρέχουν ακριβότερες θεραπείες.

- Η μεγαλύτερη μείωση της δαπάνης ανά ασθενή παρατηρείται στα ογκολογικά και πιθανά οφείλεται στην αλλαγή του τρόπου προμήθειας των ακριβών αντικαρκινικών φαρμάκων.
- Τα πανεπιστημιακά πέτυχαν μεγαλύτερη μείωση δαπάνης ανά ασθενή από ότι τα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στη μείωση του αριθμού μεγάλων και δαπανηρών χειρουργείων, π.χ. σπονδυλοδεσίες. Πάντως η δαπάνη ανά ασθενή παρέμεινε υψηλότερη από τα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ.
- Τα πανεπιστημιακά και γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ είχαν το ίδιο ποσοστό μείωσης της δαπάνης ανά ημέρα νοσηλείας. Πάντως η δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας παρέμεινε στα πανεπιστημιακά υψηλότερη από τα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ.
- Στα μικρά νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας η δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας αυξήθηκε.
- Ομοίως και στα Παιδιατρικά.





**Διάγραμμα 4.5: Δαπάνη ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας, κατά κατηγορία νοσοκομείων, 2010-2015.**

Στο Διάγραμμα 4.6 εντύπωση προκαλεί η μείωση της δαπάνης ανά ασθενή για τα ογκολογικά νοσοκομεία (78,4%), ενώ η μείωση ανά ημέρα νοσηλείας είναι 35,6%.

#### **4.3.2 Η εξέλιξη των δαπανών κατά κατηγορία (2010-2015)**

Στους πίνακες που ακολουθούν καταγράφονται οι νοσοκομειακές δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατηγοριοποιημένες σε επτά (7) κατηγορίες: Φάρμακα, Υγειονομικό υλικό, Ορθοπαιδικό υλικό, Αντιδραστήρια, λοιπά αναλώσιμα, Υπηρεσίες και Σύνολα. Οι δαπάνες αυτές επιμερίζονται σε όλες τις Υ.Πε και σε όλες τις κατηγορίες νοσοκομείων.

Στον πίνακα 4.11 φαίνεται το σύνολο της κάθε επιμέρους κατηγορία δαπάνης σε εκατ. ευρώ ανά έτος καθώς και το ποσοστό συμμετοχής της κάθε κατηγορίας. Το τελευταίο φαίνεται και στο Διάγραμμα 4.7.

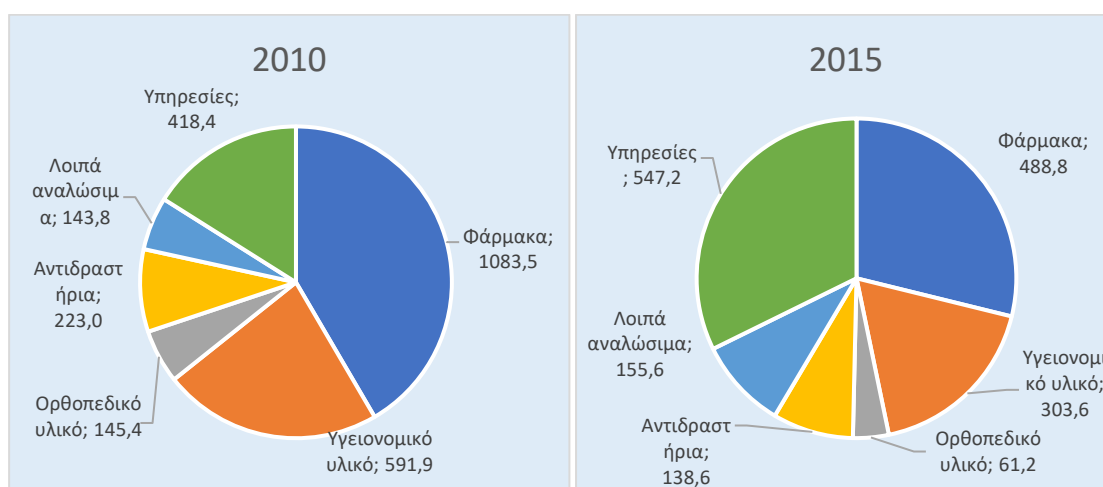
Διαπιστώνεται ότι την συγκεκριμένη χρονική περίοδο:

- Η δαπάνη για φάρμακα μειώθηκε κατά 55% (από 1.083 σε 489 εκατ. ευρώ). Το ποσοστό συμμετοχής της στη συνολική δαπάνη μειώθηκε από 41% σε 29%.
- Η δαπάνη για υγειονομικό υλικό μειώθηκε κατά 49% (από 592 σε 307 εκατ. ευρώ). Το ποσοστό συμμετοχής της στη δαπάνη μειώθηκε από 23% σε 18%.

- Η δαπάνη για ορθοπεδικό υλικό μειώθηκε κατά 58% (από 124 σε 61 εκατ. ευρώ). Το ποσοστό συμμετοχής της στη δαπάνη μειώθηκε από 5,6% σε 3,6%.
- Η δαπάνη για αντιδραστήρια μειώθηκε κατά 38% (από 223 σε 137 εκατ. ευρώ). Το ποσοστό συμμετοχής της στη δαπάνη μειώθηκε από 8,5% σε 8,1%.
- Η δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα αυξήθηκε κατά 8% (από 144 σε 156 εκατ. ευρώ). Το ποσοστό συμμετοχής της στη δαπάνη αυξήθηκε από 5,5% σε 9,1%.
- Η δαπάνη για υπηρεσίες αυξήθηκε κατά 31% (από 418 σε 561 εκατ. ευρώ). Το ποσοστό συμμετοχής της στη δαπάνη αυξήθηκε από 16% σε 32%.

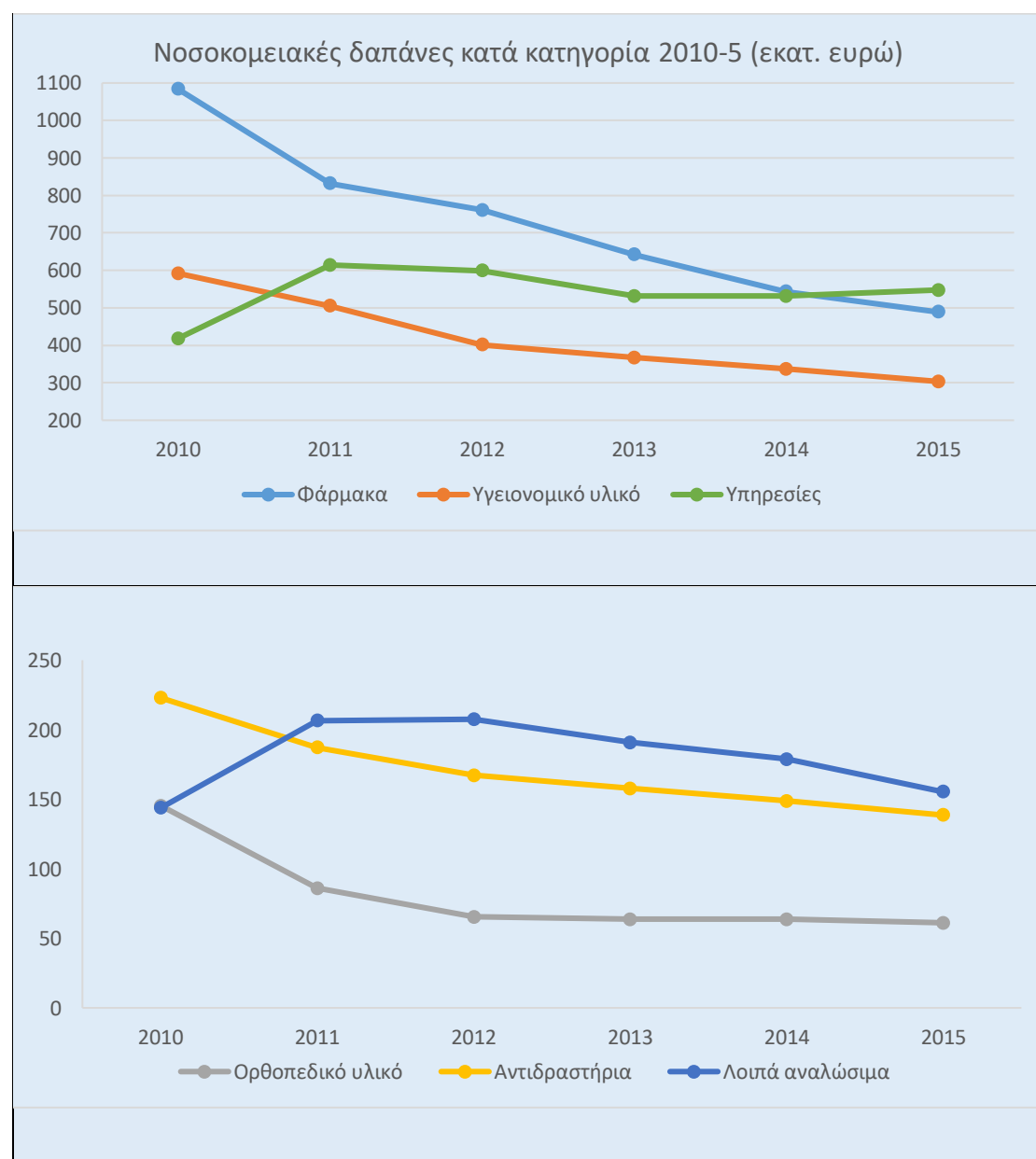
	Φάρμακα	Υγειονομικό υλικό	Ορθοπεδικό υλικό	Αντιδραστήρια	Λοιπά αναλώσιμα	Υπηρεσίες	ΣΥΝΟΛΟ
2010	1.083,5	591,9	145,4	223,0	143,8	418,4	2.606,0
2011	831,9	504,9	86,1	187,2	206,7	614,3	2.431,1
2012	760,9	401,5	65,3	167,3	207,5	599,0	2.201,6
2013	641,9	367,1	63,7	157,9	190,9	531,3	1.952,8
2014	543,3	336,5	63,6	148,9	178,8	531,3	1.802,4
2015	488,8	303,6	61,2	138,6	155,6	561,4	1.709,2
(%)							
2010	41,4	22,6	5,6	8,5	5,5	16,0	100,0
2011	34,0	20,6	3,5	7,6	8,4	25,1	100,0
2012	34,6	18,2	3,0	7,6	9,4	27,2	100,0
2013	32,9	18,8	3,3	8,1	9,8	27,2	100,0
2014	30,1	18,7	3,5	8,3	9,9	29,5	100,0
2015	28,6	17,8	3,6	8,1	9,1	32,0	100,0
Μεταβολή 2010-5 (%)	-54,9%	-48,7%	-57,9%	-37,8%	8,2%	30,8%	-35,0%

**Πίνακας 4.11: Νοσοκομειακές δαπάνες (εκατ. ευρώ) κατά κατηγορία δαπάνης και ποσοστό συμμετοχής της κάθε μίας στο σύνολο της δαπάνης**



**Διάγραμμα 4.6: Κατανομή νοσοκομειακών δαπανών κατά κατηγορία, 2010, 2015**

Τα άμεσα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι ότι τα μέτρα φαίνεται να απέδωσαν στη σημαντική μείωση της δαπάνης για φάρμακα, υγειονομικό και ορθοπεδικό υλικό και αντιδραστήρια. Αντίθετα οι δαπάνες για λοιπά αναλώσιμα και υπηρεσίες αυξήθηκαν. Μάλιστα οι δαπάνες για υπηρεσίες αυξήθηκαν σημαντικά. Ένας από τους λόγους μπορεί να είναι η αύξηση των δαπανών μισθοδοσίας λόγω αύξησης του αριθμού των επικουρικών γιατρών καθώς και η περαιτέρω ανάθεση υπηρεσιών εστίασης, φύλαξης, κ.λπ. σε εξωτερικές εταιρίες. Το τελευταίο κατέστη αναγκαίο λόγω απαγόρευσης προσλήψεων και αδυναμίας αντικατάστασης φυλάκων, καθαριστριών, τραπεζοκόμων κ.λπ.



Διάγραμμα 4.7: Κατανομή νοσοκομειακών δαπανών κατά κατηγορία, 2010, 2015.



Στο Διάγραμμα 4.8 παρουσιάζονται σχηματικά οι μεταβολές όλων των κατηγοριών των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-15. Διαπιστώνεται ότι:

- Υπήρξε μείωση της δαπάνης για ορθοπεδικό υλικό από το 2010 στο 2012 και μετά μια σχετική σταθεροποίηση
- Υπήρξε συνεχής πτώση της φαρμακευτικής δαπάνης σε όλη τη διάρκεια της περιόδου
- Το ίδιο συνέβη αλλά πιο ήπια για υγειονομικό υλικό και αντιδραστήρια

Στους πίνακες από 7.1 έως και 7.5 στο παράρτημα της εργασίας καταγράφονται όλες οι κατηγορίες δαπάνης συνολικά σε εκατομμύρια ευρώ, τα ποσοστά κάθε κατηγορίας επί του συνόλου και η δαπάνη ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας σε ευρώ κατά Υ.Πε. Από την επεξεργασία αυτών των πινάκων προέκυψε ο συνοπτικός πίνακας 4.12:

		max		min		Μεγαλύτερη μείωση	
		Υ.Πε	Τιμή	Υ.Πε	Τιμή	Υ.Πε	Τιμή %
Φάρμακα	Κόστος ανά ασθενή	1	660	3	383	5	62
	Κόστος ανά ημέρα ν.	4	165	2	76	5	61
Υγειονομικό Υλ	Κόστος ανά ασθενή	1	344	5	190	4	63
	Κόστος ανά ημέρα ν.	4	83	2	43	6	59
Αντιδραστήρια	Κόστος ανά ασθενή	1	126	3	77	5	50
	Κόστος ανά ημέρα ν.	5	36	2	18	3	48
Αναλώσιμα	Κόστος ανά ασθενή	7	107	5	48	3	53
	Κόστος ανά ημέρα ν.	7	29	1	13	3	50
Υπηρεσίες	Κόστος ανά ασθενή	2	427	5	123	3	105
	Κόστος ανά ημέρα ν.	2	63	3	39	3	102

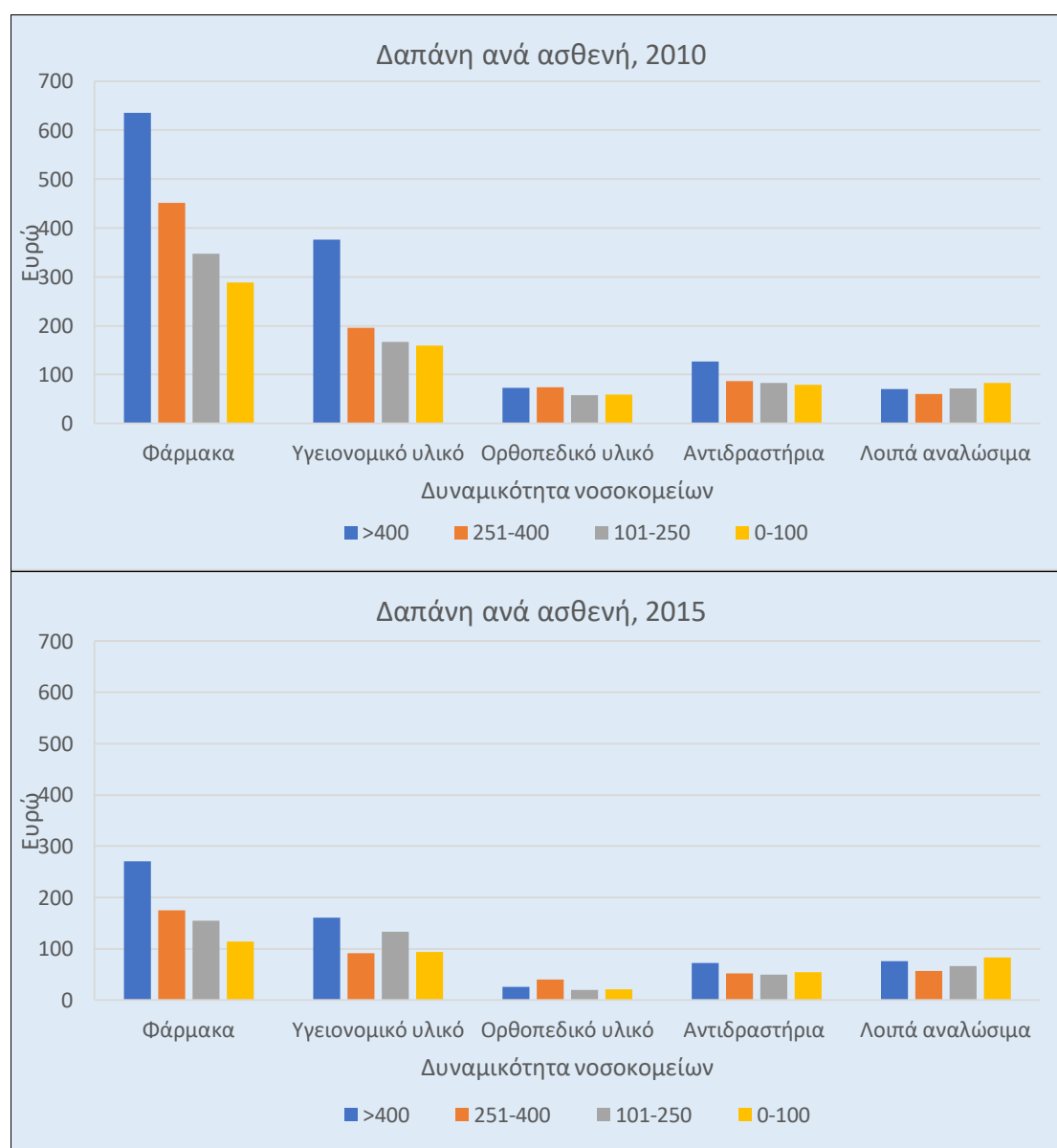
**Πίνακας 4.12: Ελάχιστες, μέγιστες τιμές (2010) και μεγαλύτερες μειώσεις ανά Υ.Πε (2015)**

Από τα στοιχεία του πίνακα 4.12 διαπιστώνεται ότι:

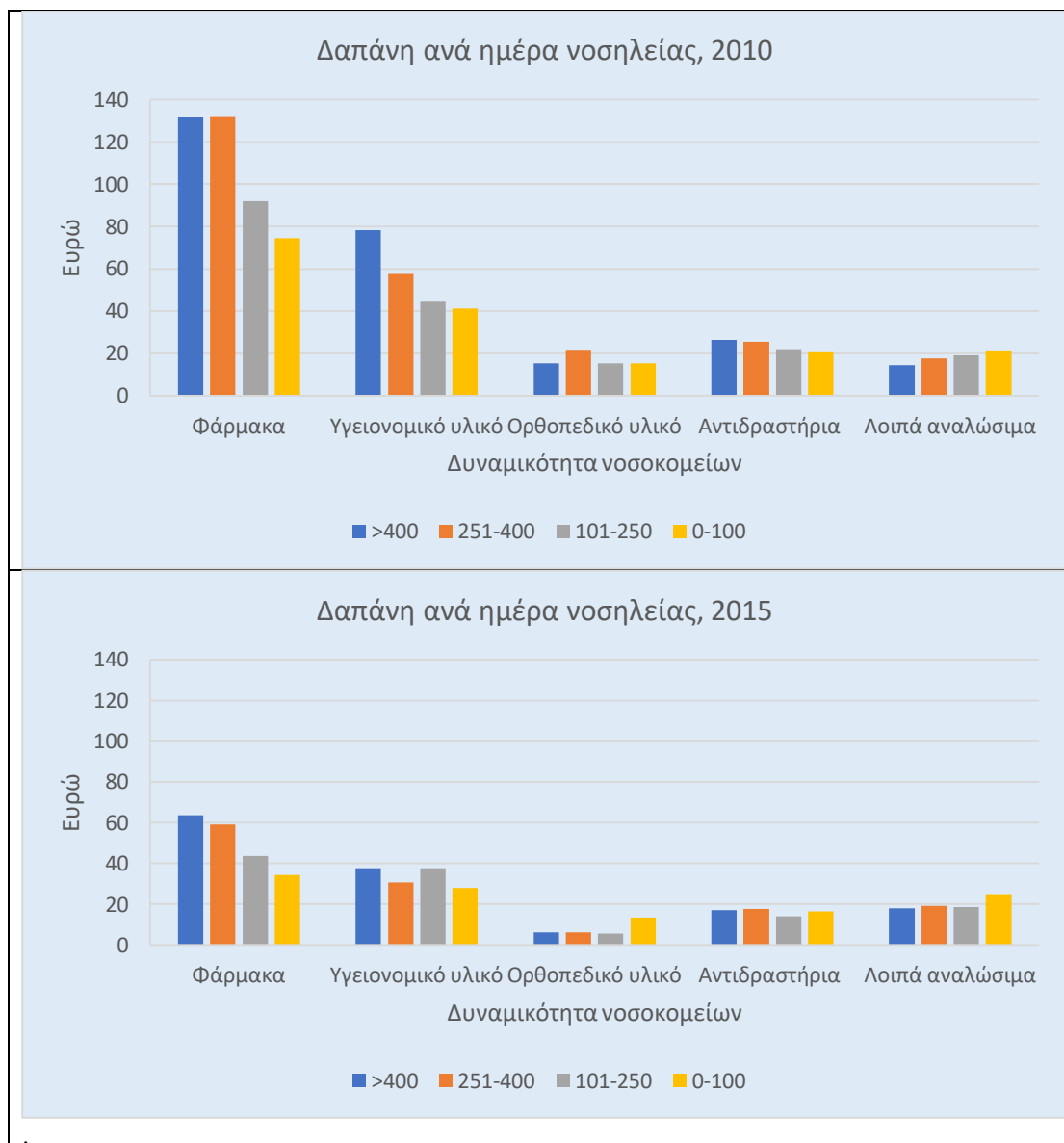
- Τις μεγαλύτερες μειώσεις έχει πετύχει η 3<sup>η</sup> Υ.Πε.
- Το μεγαλύτερο κόστος φαρμάκου, υγειονομικού υλικού και αντιδραστηρίων ανά ασθενή είχε η 1<sup>η</sup> Υ.Πε αλλά όχι και ανά ημέρα νοσηλείας.
- Ιδιαίτερα αυξημένο κόστος για αναλώσιμα παρουσιάζει η 7<sup>η</sup> Υ.Πε.

Στους πίνακες από 7.6 έως και 7.11 επίσης στο παράρτημα καταγράφονται όλες οι κατηγορίες δαπάνης κατά μέγεθος νοσοκομείου, ενώ στους πίνακες 7.12 έως και 7.19 που τους ακολουθούν καταγράφονται οι δαπάνες κατά κατηγορία νοσοκομείου.

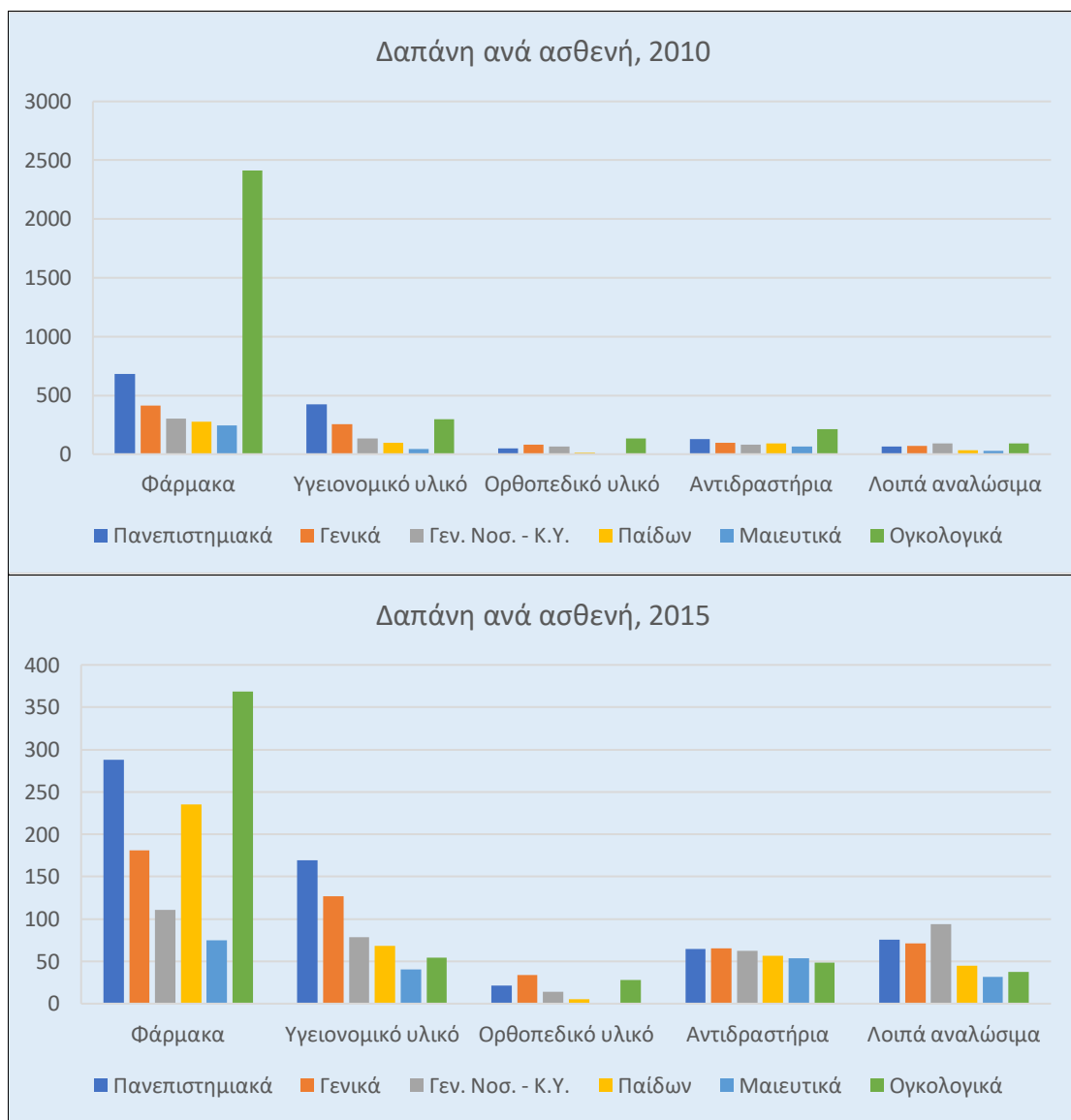
Στα διαγράμματα 4.9 και 4.10 απεικονίζονται σχηματικά η δαπάνη ανά ασθενή (2010, 2015) και ανά ημέρα νοσηλείας (2010, 2015) κατά μέγεθος νοσοκομείου, ενώ στα διαγράμματα 4.11 και 4.12 απεικονίζονται η δαπάνη ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας αντίστοιχα κατά κατηγορία νοσοκομείου. Ξεχωρίζουν οι μεγάλες μειώσεις που πέτυχαν τα μεγάλα νοσοκομεία και η δαπάνη για φάρμακα ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας των ογκολογικών νοσοκομείων.



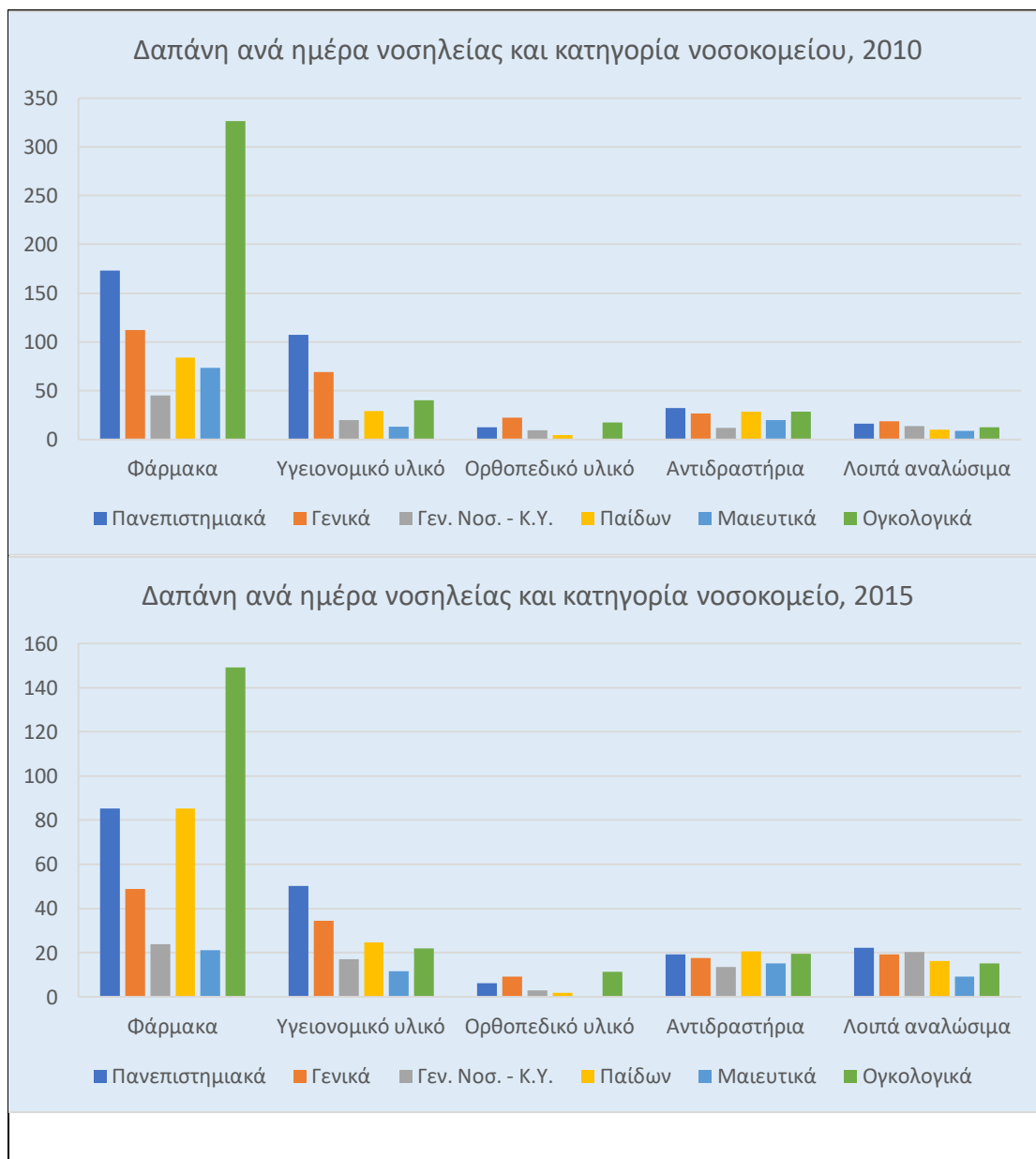
**Διάγραμμα 4.8: Δαπάνη ανά ασθενή κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010-2015**



**Διάγραμμα 4.9: Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010-2015**



**Διάγραμμα 4.10: Δαπάνη ανά ασθενή κατά κατηγορία νοσοκομείου, 2010, 2015**



**Διάγραμμα 4.11: Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας κατά κατηγορία νοσοκομείου, 2010, 2015.**

#### 4.3.3 Κατανομή νοσοκομειακού κόστους κατά μέγεθος νοσοκομείων

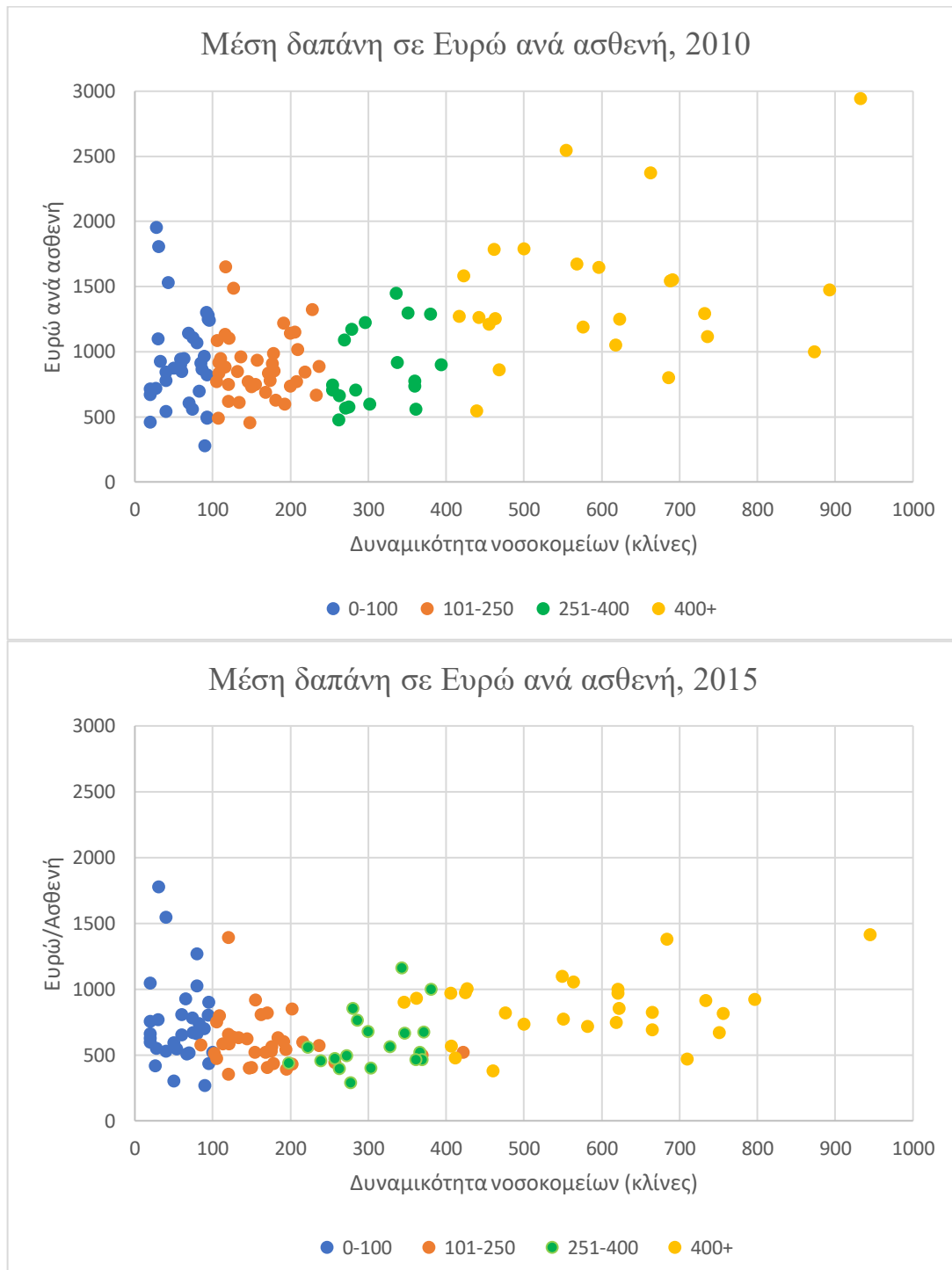
Στον πίνακα 4.13 παρουσιάζεται το εύρος τιμών (min-max), η μέση και η διάμεση τιμή, καθώς και η σταθερή απόκλιση (SD) της κατανομής της μέσης δαπάνης ανά ασθενή κατά μέγεθος νοσοκομείου για τα έτη 2010 και 2015. Για την εξασφάλιση προϋποθέσεων συγκρισιμότητας, η κατανομή αφορά τα γενικά νοσοκομεία της χώρας. Δηλαδή έχουν αφαιρεθεί (α) τα ογκολογικά νοσοκομεία, τα οποία παρουσιάζουν πολύ υψηλότερη μέση δαπάνη από τα γενικά νοσοκομεία, και (β) τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα οποία αντίστροφα παρουσιάζουν πολύ χαμηλή μέση δαπάνη ανά ασθενή, λόγω του γεγονότος ότι οι περισσότεροι ασθενείς τους φιλοξενούνται σε εξωνοσοκομειακές δομές φιλοξενίας.

	0-100	101-250	251-400	400+	Σύνολο
<b>2010</b>					
N	34	39	19	25	117
Min	276,1	453,7	472,8	542,5	276,1
Max	1954,0	1649,0	1444,7	2939,8	2939,8
Μέση τιμή	928,0	889,0	<b>863,0</b>	<b>1464,7</b>	1019,1
Διάμεση τιμή	883,1	846,2	<b>740,2</b>	<b>1289,1</b>	914,9
SD	362,4	250,4	290,5	530,3	432,8
<b>2015</b>					
N	31	35	19	27	112
Min	267,7	356,0	290,2	382,9	267,7
Max	1778,8	1392,4	1164,3	1415,9	1778,8
Μέση τιμή	740,5	600,7	<b>597,5</b>	<b>855,8</b>	700,4
Διάμεση τιμή	664,1	575,4	<b>523,1</b>	<b>855,8</b>	645,4
SD	321,9	193,7	215,5	235,7	269,9

**Πίνακας 4.13: Μέση δαπάνη ανά ασθενή, κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010, 2015.**

Διαπιστώνεται ότι, και κατά τις δύο περιόδους, τόσο η μέση όσο και η διάμεση τιμή είναι υψηλότερες στα νοσοκομεία άνω των 400 κλινών (γεγονός αναμενόμενο διότι παρέχουν νοσηλεία σε βαρύτερα περιστατικά, κάνουν χρήση ακριβότερης τεχνολογίας και ακριβότερων υλικών κλπ.). Αξίζει όμως να σημειωθεί, ότι η απόκλιση από τις τρεις

άλλες κατηγορίες νοσοκομείων έχει περιορισθεί σημαντικά μέχρι το 2015. Οι αποκλίσεις μεταξύ των τριών άλλων μεγεθών νοσοκομείων δεν είναι πολύ μεγάλες. Είναι εντούτοις ενδιαφέρον ότι στην κατηγορία των νοσοκομείων 251-400 κλινών, η μέση και διάμεση τιμή είναι χαμηλότερη των δύο άλλων. Αυτό πιθανότατα να οφείλεται σε οικονομίες κλίμακας που εξασφαλίζονται στο συγκεκριμένο μέγεθος.



**Διάγραμμα 4.12: Μέση δαπάνη (ευρώ) ανά ασθενή κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010, 2015**

Στο Διάγραμμα 4.12 φαίνεται η πλήρης κατανομή της μέσης δαπάνης ανά ασθενή, κατά μέγεθος νοσοκομείων. Από το Διάγραμμα γίνεται φανερό ότι η στις τρεις μικρότερες κατηγορίες νοσοκομείων, η μέση δαπάνη ανά ασθενή κατανέμεται κατά τον ίδιο τρόπο, ενώ στην κατηγορία των μεγαλύτερων νοσοκομείων η κατανομή παρουσιάζει σε αρκετές περιπτώσεις υψηλότερες τιμές.

Στον πίνακα 4.14 παρουσιάζεται το εύρος τιμών (min-max) η μέση και η διάμεση τιμή, καθώς και η σταθερή απόκλιση (SD) της κατανομής της μέσης δαπάνης ανά ημέρα νοσηλείας κατά μέγεθος νοσοκομείου, για τα έτη 2010 και 2015. Από την κατανομή, έχουν ομοίως αφαιρεθεί τα ογκολογικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία.

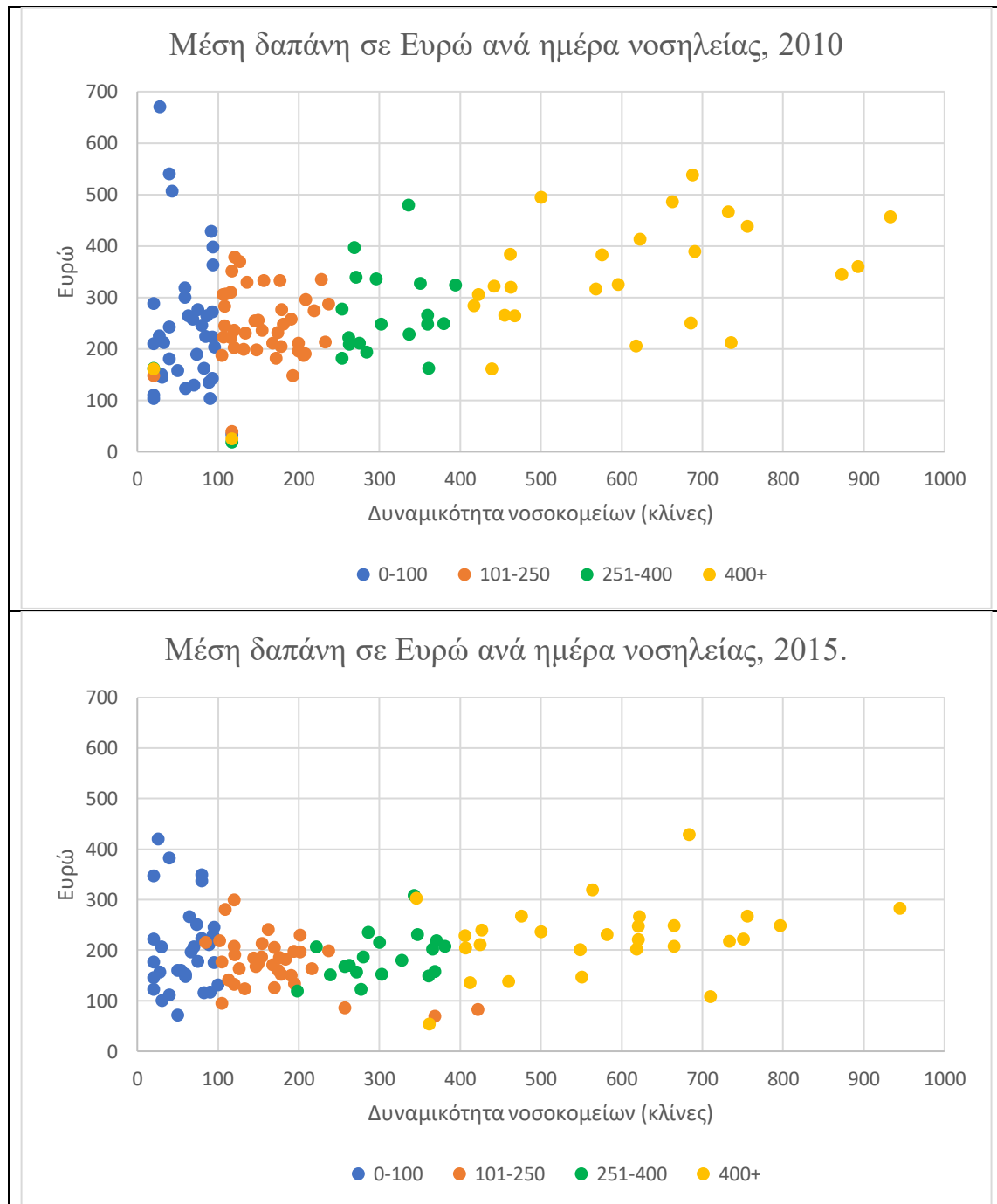
	0-100	101-250	251-400	400+	Σύνολο
<b>2010</b>					
N	34	39	19	25	117
Min	103,4	148,5	162,5	161,4	103,4
Max	670,7	378,5	479,4	537,9	670,7
<b>Μέση τιμή</b>	254,9	254,8	<b>271,0</b>	<b>350,3</b>	277,9
Διάμεση τιμή	224,4	244,6	249,5	<b>344,4</b>	257,4
SD	127,5	57,6	77,3	95,0	100,9
<b>2015</b>					
N	31	35	19	27	112
Min	71,4	69,7	119,0	53,8	53,8
Max	419,7	300,1	308,5	428,6	428,6
<b>Μέση τιμή</b>	203,9	174,5	<b>186,4</b>	<b>225,5</b>	196,9
Διάμεση τιμή	177,3	176,6	179,8	<b>229,2</b>	196,3
SD	85,9	50,4	44,2	70,4	68,9

**Πίνακας 4.14: Μέση δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας, κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010, 2015.**

Διαπιστώνεται αντίστοιχα ότι η μέση δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας είναι λίγο υψηλότερη στην κατηγορία των νοσοκομείων άνω των 400 κλινών αλλά μειώθηκε επίσης αρκετά το 2015 σε σχέση με το 2010. Στα νοσοκομεία δυναμικότητας 251-400 κλινών μειώθηκε από 271 σε 186 ευρώ. Στις άλλες δύο κατηγορίες οι μειώσεις είναι από 255 σε 175 ευρώ και από 255 σε 204 ευρώ αντίστοιχα.



Στο Διάγραμμα 4.13 παρουσιάζεται σχηματικά η κατανομή τιμών για το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία (μέγεθος) νοσοκομείου για τα έτη 2010 και 2015 αντίστοιχα. Στην κατηγορία των μεγαλύτερων νοσοκομείων η κατανομή παρουσιάζει σε αρκετές περιπτώσεις υψηλότερες τιμές.



**Διάγραμμα 4.13: Μέση δαπάνη (€) ανά ημέρα νοσηλείας κατά μέγεθος νοσοκομείου, 2010, 2015**

## 5. Αξιολόγηση και συζήτηση

### 5.1 Περιορισμοί της έρευνας - παραδοχές

Είναι βέβαιο ότι μεγάλο μέρος μείωσης της δαπάνης υγείας στην υπό μελέτη περίοδο οφείλεται στη μείωση του μισθολογικού κόστους. Η παρούσα δεν υπεισέρχεται στα αποτελέσματα της επίδρασης αυτού του μέτρου στα νοσοκομεία.

Η συγκρισιμότητα δεικτών και στοιχείων κόστους ανάμεσα σε διαφορετικούς τύπους – κατηγορίες νοσοκομείων δεν είναι απόλυτα ορθή, αφού διαχειρίζονται διαφορετικού τύπου και βαρύτητας περιστατικά. Θα άξιζε να αναλυθούν οι διαφορές κόστους χωριστά για κάθε τύπο νοσοκομείου. Όμως ο σκοπός της παρούσης είναι η παρακολούθηση των δεικτών για όλους τους τύπους νοσοκομείων διαχρονικά μέσα σε συγκεκριμένη περίοδο ώστε να διαπιστωθεί η εξέλιξη τους σε σχέση με συγκεκριμένα μέτρα περιορισμού των δαπανών που ελήφθησαν.

Η πρωτογενής πηγή των στοιχείων που ερευνήθηκαν δεν παρέχει πληροφορίες για τον τόπο κατοικίας των ασθενών και δεν είναι εύκολη η παρακολούθηση της κίνησης τους από περιοχή σε περιοχή. Είναι πιθανόν στα μεγάλα νοσοκομεία ένα μέρος των ασθενών να προέρχεται από μικρότερα. Αυτό όμως πάντα συνέβαινε είτε μέσω διακομιδών, είτε μέσω της απευθείας μετακίνησης των πολιτών σε νοσοκομεία του κέντρου για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών. Εξάλλου, από τα σχετικά στοιχεία κατά την περίοδο των έξι ετών που διερευνήθηκε, δεν προκύπτουν μεγάλες μεταβολές.

Επίσης από τα διαθέσιμα στοιχεία δεν μας παρέχεται δυνατότητα να μελετήσουμε το μίγμα των περιστατικών (case mix) που νοσηλεύει το κάθε νοσοκομείο. Η ανάλυση του μίγματος των περιστατικών διεθνώς βασίζεται στα Κ.Ε.Ν (DRG's). Η παρούσα εργασία διερευνά τα δεδομένα σε επίπεδο μακροοικονομίας συγκρίνοντας τα από έτος σε έτος ώστε να αξιολογηθεί η εξέλιξη και η επίδραση των μέτρων που ελήφθησαν σ' αυτά.

Η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι διαπιστωμένο ότι υποβαθμίστηκε. (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso, & Sissouras, 2015). Η παρούσα δεν έλαβε υπόψη ποιοτικές μετρήσεις.

## 5.2 Αξιολόγηση μετρήσεων

Οι μειώσεις αυτές δεν φαίνεται να σχετίζονται με μείωση του παραγόμενου έργου αφού οι νοσηλευθέντες, οι ημέρες νοσηλείας, η μέση πληρότητα κλινών αλλά και οι νοσηλευθέντες ανά 100 κλίνες παρουσιάζουν μικρές αποκλίσεις. Οι νοσηλευθέντες από 2.088.199 το 2010, φαίνονται 2.211.343 το 2015. Οι ημέρες νοσηλείας κινήθηκαν από 8.866.694 σε 8.397.485 και η ΜΔΝ μειώθηκε κατά 10,6%. Η πληρότητα κλινών παρέμεινε σχεδόν στα ίδια από 69,4% σε 69,7% και οι νοσηλευθέντες ανά 100 κλίνες από 5.966 σε 6.701.

Από όλες τις κατηγορίες δαπανών την μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζει το ορθοπεδικό υλικό κατά 57,9% και ακολουθούν το φάρμακο (54,9%), το υγειονομικό υλικό (48,7%), και τα αντιδραστήρια (37,8%).

Αντίθετα με όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες δαπανών οι υπηρεσίες παρουσίασαν αύξηση κατά 30,8% τα υπόλοιπα αναλώσιμα (8,2%). Αυτό ίσως μπορεί να ερμηνευθεί με το γεγονός ότι περισσότερες υπηρεσίες (φύλαξη, εστίαση, καθαριότητα, ιματισμός κ.λπ.) δόθηκαν σε εξωτερικά συνεργεία. Ακόμη στη δαπάνη αυτή εμπεριέχονται οι αμοιβές των επικουρικών γιατρών ο αριθμός των οποίων αυξήθηκε κατακόρυφα λόγω της απαγόρευσης των προσλήψεων μόνιμου προσωπικού.

Παρότι η μεγαλύτερη μείωση επετεύχθη στο ορθοπεδικό υλικό, από άποψη αποτελέσματος τεράστια είναι η μείωση της δαπάνης του φαρμάκου αφού από 41,4% στη συνολική δαπάνη το 2010 έπεσε στο 28,6% το 2015. Σε απόλυτα μεγέθη η δαπάνη για φάρμακα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μειώθηκε από 1.083,5 εκατ. σε 488,8 εκατ. Ευρώ. Εξοικονόμηση 595 εκατομμυρίων στην περίοδο σημαίνει περίπου 100 εκατ. το χρόνο.

Τα μεγάλα σε μέγεθος νοσοκομεία (άνω των 400 κλινών), εμφανίζουν υψηλότερη δαπάνη ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας, πέτυχαν όμως σοβαρότερες μειώσεις κόστους σε σχέση με τα μεσαίου και μικρού μεγέθους νοσοκομεία. Τα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία φαίνεται να επιτυγχάνουν οικονομίες κλίμακας ενώ στα μικρά νοσοκομεία – κέντρα υγείας η δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας αυξήθηκε όπως και στα παιδιατρικά.

Τα πανεπιστημιακά παρουσιάζουν το υψηλότερο κόστος ανά ασθενή, ενώ τα ογκολογικά παρουσιάζουν το υψηλότερο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας. Τα

πανεπιστημιακά πέτυχαν μεγαλύτερη μείωση δαπάνης ανά ασθενή από ότι τα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ. Πάντως η δαπάνη ανά ασθενή παρέμεινε υψηλότερη από τα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ. Τα πανεπιστημιακά και γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ είχαν το ίδιο ποσοστό μείωσης της δαπάνης ανά ημέρα νοσηλείας. Πάντως η δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας παρέμεινε στα πανεπιστημιακά υψηλότερη από τα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η μεγαλύτερη μείωση της δαπάνης ανά ασθενή παρατηρείται στα ογκολογικά. Πιθανό να οφείλεται στην αλλαγή του τρόπου προμήθειας των ακριβών αντικαρκινικών φαρμάκων.

Τα διαφορετικά αποτελέσματα της εφαρμογής των ίδιων μέτρων κατά Υ.Πε επιβεβαιώνουν εκτός των άλλων (γεωγραφικές ανισότητες, διαφορές αποδοτικότητας, διαφορές υπηρεσιών κ.λπ.) και την επίδραση του ανθρώπινου παράγοντα (Διοικήσεις).

### **5.3 Αξιολόγηση εφαρμογής των μέτρων - Συσχέτιση**

Στον πίνακα 5.1 γίνεται προσπάθεια καταγραφής της επίδρασης των μέτρων στους συντελεστές κόστους των νοσοκομείων.

Είναι σαφές ότι από όλα τα μέτρα που ελήφθησαν, την μεγαλύτερη απόδοση είχε το πλέγμα μέτρων για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Είναι κάτι που σίγουρα έπρεπε να είχε γίνει πολύ νωρίτερα από την διοίκηση. Η δαπάνη για φάρμακα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μειώθηκε από 1.083 εκατ. σε 489 εκατ. Ευρώ. Ποσοστό μείωσης 55%. Το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στη συνολική δαπάνη έπεσε από 41% το 2010 σε 29% το 2015. Το μέσο κόστος φαρμάκου ανά ασθενή έπεσε από 519 σε 221 Ευρώ (μείωση 50%) και ανά ημέρα νοσηλείας από 122 σε 58 Ευρώ (μείωση 52%).

Το πλέγμα των μέτρων που αφορά στις προμήθειες υλικών υπήρξε επίσης αρκετά αποτελεσματικό με δεδομένο ότι η δαπάνη για υγειονομικό υλικό μειώθηκε στην εξαετία από 592 σε 307 εκατ. ευρώ (ποσοστό 48,7%), με μείωση της συμμετοχής στη συνολική δαπάνη από 22,6% σε 17,8% (μείωση 21,5%). Η δαπάνη για αντιδραστήρια μειώθηκε από 223 σε 139 εκατ. ευρώ (μείωση 37,8%). Το ποσοστό συμμετοχής στη συνολική δαπάνη έπεσε από 8,5 σε 8,1% (μείωση 4,9%). Τέλος η δαπάνη για ορθοπεδικό υλικό μειώθηκε από 146 σε 61 εκατ. ευρώ (μείωση 58%), ενώ η συμμετοχή της στη συνολική δαπάνη έπεσε από 5,6 σε 3,6% (μείωση 35,6%).

Το γεγονός της τόσο σημαντικής μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης όσο και των δαπανών για αντιδραστήρια, υγειονομικό και ορθοπεδικό υλικό, επιβεβαιώνει το ότι όχι μόνον υπήρχαν σοβαρά περιθώρια μείωσης τους, αλλά και ότι υπήρχε σπατάλη, κάτι που καταγράφεται τόσο σε επίσημους ελέγχους (ΣΕΥΥΠ), όσο και σε βιβλιογραφικές αναφορές (Τούντας και συν., 2010). Τα ερωτηματικά που προκύπτουν αφορούν στην καθυστέρηση λήψης μέτρων και τον ρόλο συμφερόντων. Το πλέγμα των μέτρων που ελήφθη για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης αποδεικνύεται ότι απέδωσαν, ενώ επιτυχές υπήρξε και το πλέγμα των μέτρων για τις προμήθειες. Καθυστερήσεις διαπιστώθηκαν στην πράξη στη διενέργεια μαζικών διαγωνισμών από την Επιτροπή Προμηθειών (Ε.Π.Υ) και τις Υ.Πε καθώς και στη διενέργεια ηλεκτρονικών διαγωνισμών. Θα πρέπει βέβαια να συνεκτιμηθεί και η δυσκολία του εγχειρήματος (έλλειψη εμπειρίας και εξειδικευμένων στελεχών, σύνταξη προδιαγραφών κ.λπ.) (Γκέντζης, 2017).

Στην επιτυχία κάποιων από τα μέτρα φαίνεται ότι συνέβαλε το ασφυκτικά πιεστικό περιβάλλον που δημιουργήθηκε λόγω της οικονομικής και πολιτικής κατάστασης αλλά και η πολιτική και διοικητική εποπτεία που ασκήθηκε σε συνδυασμό και με τα μέτρα διοικητικού ελέγχου που εφαρμόστηκαν (ΣΕΥΥΠ, Υ.Πε, Διοικήσεις νοσοκομείων κ.λπ.). Η έλλειψη όμως χρόνου για την ωρίμανση κάποιων άλλων μέτρων ώστε να γίνουν αποδεκτά και να αποτελέσουν κοινό στόχο καθώς και ο κακός σχεδιασμός επέφερε πολλές αρνητικές επιπτώσεις (Νιάκας, 2014).

Από τους πίνακες 4.11 και 4.15, 4.16 διαπιστώνεται ότι οι μειώσεις των δαπανών τόσο ανά ασθενή όσο και ανά ημέρα νοσηλείας είναι μεγαλύτερες στα μεγάλα νοσοκομεία πράγμα που επιβεβαιώνει ότι επιτυγχάνονται οικονομίες κλίμακας Αυτό συμβαδίζει και με τις βιβλιογραφικές αναφορές για οικονομίες κλίμακας στο συγκεκριμένο μέγεθος νοσοκομείων. (Αλετράς, και συν., 2002).

Αντίθετα με τα παραπάνω δεν υπήρξε αποτέλεσμα στη δαπάνη για υπηρεσίες αλλά και για αναλώσιμο υλικό. Η δαπάνη για υπηρεσίες αυξήθηκε από 418 σε 547 εκατ. ευρώ (αύξηση 30,8%), με αύξηση του ποσοστού συμμετοχής στη συνολική δαπάνη από 16% σε 32% (αύξηση 100%). Μέρος όμως αυτής της αύξησης εκτιμάται ότι αντισταθμίστηκε από τη μείωση του μισθολογικού κόστους. Ερωτηματικά προκύπτουν για την αύξηση της δαπάνης για αναλώσιμα από 144 σε 156 εκατ. ευρώ (αύξηση 8,2%), με αύξηση της συμμετοχής στη συνολική δαπάνη κατά 65%, από 5,5 σε 9,1%.

Η εφαρμογή μέτρων όπως τα ΚΕΝ, η σύσταση του ΕΟΠΥΥ κ.λπ. φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο ποιοτικά την λειτουργία των ιδρυμάτων ενώ δεν είναι βέβαια η επίδραση τους στην αποδοτικότητα και παραγωγικότητα του συστήματος στο σύντομο αυτό χρονικό διάστημα της εφαρμογής τους. (Ξένος, Νεκτάριος, Πολύζος, & Υφαντόπουλος, 2014 · Flokou et al, 2017).

Είναι επίσης σαφές ότι για συγκεκριμένους λόγους δεν απέδωσαν όλα τα μέτρα που ελήφθησαν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η ενοποίηση νοσοκομείων (Νιάκας, 2014).

Η επίδρασή του συνόλου των μέτρων δεν φαίνεται να επηρέασε σημαντικά το παραγόμενο έργο. Ενδεχομένως οι αντιδράσεις και η μη εφαρμογή τελικά του μέτρου της πληρωμής εισόδου στα νοσοκομεία να άμβλυνε τις συνέπειες. Τη συγκεκριμένη περίοδο έχουν καταγραφεί τόσο ελλείψεις σε υλικά όσο και επιβάρυνση του προσωπικού κυρίως λόγω μη έγκαιρης αναπλήρωσης του. Το μέτρο της οριζόντιας απαγόρευσης των προσλήψεων σίγουρα ήταν το χειρότερο όλων λαμβανομένου υπόψη ότι ο ανθρώπινος παράγοντας είναι ο κρισιμότερος σε κάθε σύστημα υγείας (Sissouras, 2014).

Θα πρέπει τέλος να αναφερθεί ο αρνητικός αντίκτυπος των συνολικών περιοριστικών μέτρων που ελήφθησαν τόσο στην ψυχική υγεία όσο και στην αυτοεκτίμηση των Ελλήνων, αυξάνοντας τον αριθμό αυτοκτονιών. (Economou, et al., 2012 ; Zervas, et al., 2013; Branas, et al., 2015).

#### ΠΟΙΑ ΜΕΤΡΑ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΘΕ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΩΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΩΝ	ΜΕΤΡΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ
Φάρμακα	<p><u>Μέτρα με σημαντική επίδραση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρα προϋπολογισμού</li> <li>- Μέτρα διοικητικού ελέγχου</li> <li>- Πολιτική και διοικητική εποπτεία</li> <li>- Πολιτική τιμολόγησης φαρμάκων</li> <li>- Συνταγογράφηση με φαρμακευτική ουσία και γενόσημα</li> <li>- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση</li> </ul> <p><u>Μέτρα με μικρή επίδραση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Αναπροσαρμογή περιθωρίων κέρδους</li> <li>- Ανώτατα όρια δαπανών διαφήμισης</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση καταλόγου συνταγογραφούμενων</li> <li>- Θετικές ή/και αρνητικές λίστες φαρμάκων</li> <li>- Κατευθυντήριες οδηγίες στην κλινική πράξη (Evidence Based Medicine, «κατευθυντήριες οδηγίες», Disease management)</li> </ul>
Υγειονομικό υλικό	<u>Μέτρα με σημαντική επίδραση</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρα προϋπολογισμού</li> <li>- Μέτρα διοικητικού ελέγχου</li> <li>- Πολιτική και διοικητική εποπτεία</li> <li>- Έλεγχος κατανάλωσης</li> <li>- Επαναδιαπραγμάτευση τιμών</li> <li>- Παρατηρητήριο τιμών</li> <li>- Επιτροπή Προμηθειών</li> <li>- Ενιαίοι διαγωνισμοί</li> <li>- Πλαφόν τιμών</li> </ul>
Ορθοπεδικό υλικό	<u>Μέτρα με σημαντική επίδραση</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρα προϋπολογισμού</li> <li>- Μέτρα διοικητικού ελέγχου</li> <li>- Πολιτική και διοικητική εποπτεία</li> <li>- Έλεγχος κατανάλωσης</li> <li>- Επαναδιαπραγμάτευση τιμών</li> <li>- Παρατηρητήριο τιμών</li> </ul> <u>Μέτρα με μικρή επίδραση</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Επιτροπή Προμηθειών</li> <li>- Ενιαίοι διαγωνισμοί</li> <li>- Πλαφόν τιμών</li> </ul>
Αντιδραστήρια	<u>Μέτρα με σημαντική επίδραση</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρα προϋπολογισμού</li> <li>- Μέτρα διοικητικού ελέγχου</li> <li>- Πολιτική και διοικητική εποπτεία</li> <li>- Έλεγχος προσφοράς</li> <li>- Έλεγχος κατανάλωσης</li> <li>- Επαναδιαπραγμάτευση τιμών</li> <li>- Ενιαίοι διαγωνισμοί</li> </ul> <u>Μέτρα με μικρή επίδραση</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρατηρητήριο τιμών</li> <li>- Επιτροπή Προμηθειών</li> <li>- Πλαφόν τιμών</li> </ul>
Λοιπά αναλώσιμα	<u>Μέτρα με σημαντική επίδραση</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρα προϋπολογισμού</li> <li>- Μέτρα διοικητικού ελέγχου</li> <li>- Πολιτική και διοικητική εποπτεία</li> <li>- Έλεγχος κατανάλωσης</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επαναδιαπραγμάτευση τιμών</li> <li>- Ενιαίοι διαγωνισμοί</li> </ul> <u>Μέτρα με μικρή επίδραση</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρατηρητήριο τιμών</li> <li>- Επιτροπή Προμηθειών</li> <li>- Πλαφόν τιμών</li> </ul>
Υπηρεσίες	<u>Μέτρα με σημαντική επίδραση</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρα προϋπολογισμού</li> <li>- Μέτρα διοικητικού ελέγχου</li> <li>- Πολιτική και διοικητική εποπτεία</li> <li>- Έλεγχος κατανάλωσης</li> <li>- Επαναδιαπραγμάτευση συμβάσεων</li> </ul>

**Πίνακας 5.1: Επίρεια μέτρων στις κατηγορίες δαπανών**

Όπως διατυπώνεται στην έκθεση Πισσαρίδη (2020), ένα ισχυρό (αποτελεσματικό και καινοτόμο) σύστημα ευφυούς υγείας (Smart Health), αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ευημερία των πολιτών, την προσέλκυση μόνιμου πληθυσμού, την αναβάθμιση του τουρισμού και την προσέλκυση επισκεπτών για παραθεριστική κατοικία. Ένα τέτοιο σύστημα προϋποθέτει και ένα έξυπνο νοσοκομείο με αυξημένη αυτονομία, διαρκή αξιολόγηση και μειωμένο κόστος μέσω της βελτιστοποίησης της αποδοτικότητας του (Πισσαρίδης, Βαγιανός, Βέττας, & Μεγίρ, 2020). Αυτού του είδους η προσέγγιση απαιτεί νηφάλια στρατηγική και χρόνο.

Χρόνος που δεν υπήρχε όταν το 2011 μέσα στην κρίση ο Γιάννης Κυριόπουλος σε εισήγηση του στην επιτροπή εμπειρογνομόνων του τότε ΥΥΚΑ με τίτλο «Πέραν του μνημονίου: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας», διατύπωνε την άποψη: *«παρά το γεγονός ότι οι στρεβλώσεις και οι δυσλειτουργίες στο σύστημα υγείας έχουν επισημανθεί πολλαπλώς και επί μακρού η διαδικασία απεμπλοκής εμποδίζεται αφ' ενός από τη ρητορική των ιδεολογικών πεποιθήσεων και αφ' ετέρου από τον φετιχισμό των αρετών της αγοράς. Ως εκ τούτου η προσπάθεια θετικιστικής προσέγγισης εγκλωβίζεται στην αδράνεια. Η αναζήτηση λύσεων είναι δίχως άλλο επιτακτική..»* (Κυριόπουλος, 2011).

Για κάποιους ερευνητές, οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν την εποχή της «Ελληνικής χρεοκοπίας» χαρακτηρίζονται από «φορμαλισμό, έλλειψη τεκμηρίωσης και μηχανιστική μεταφορά τεχνικών από χώρες με άλλη τεχνολογία παραγωγής υγειονομικών



υπηρεσιών». «Επιπρόσθετα περιείχαν στοιχεία πολιτικής ακαμψίας και ιδεολογικού δογματισμού» (Σαραντοπούλου, 2015).

Ακόμη και με την αποδοχή των παραπάνω θέσεων είναι δύσκολο να αμφισβητηθεί η κρισιμότητα των στιγμών που έζησε η Ελληνική κοινωνία όταν αναγκάστηκε να εφαρμόσει τόσες πολλές μεταρρυθμίσεις ταυτόχρονα υπό την πίεση της ανάγκης. Δύσκολα επίσης μπορεί να αρνηθεί κανείς ότι έπρεπε να είχε δοθεί *«μεγαλύτερη πολιτική έμφαση σε μια πιο συνετή μείωση για να ελαχιστοποιηθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις»* που πράγματι υπήρξαν (Economou, Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017). Τέλος μοιάζει να υπήρξε μεγάλη περιστολή της σπατάλης υπό την πίεση της ανάγκης στην οποία βρεθήκαμε, εν μέρει και εξ αιτίας της. Στο ερώτημα αν αυτή η σπατάλη πόρων θα είχε περισταλεί χωρίς τις θυσίες και την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των πολιτών δεν υπάρχει απάντηση. Εξάλλου αναπάντητο παραμένει και το ερώτημα γιατί ενώ ήταν γνωστή η σπατάλη πόρων δεν περιορίστηκε νωρίτερα κάτω από καλύτερες συνθήκες.

## 6. Συμπεράσματα

Όπως διαπιστώθηκε αποτελεί κοινό τόπο των επιστημών υγείας ότι η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας επηρεάζεται από την σωστή κατανομή, τη σωστή αξιοποίηση των πόρων και την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα τους. Παράλληλη απαραίτητη συνθήκη όταν εφαρμόζονται περιοριστικές πολιτικές είναι να μην διακυβεύεται η κατάσταση της υγείας των πολιτών, η ποιότητα της περίθαλψης ή η καινοτομία. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο κυρίαρχος παραμένει ο ρόλος της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στα συστήματα, με τα νοσοκομεία να αντλούν περίπου το 30% των διαθέσιμων πόρων.

Η σφοδρή οικονομική κρίση που χτύπησε την Ελλάδα από το 2009, βρήκε το ΕΣΥ υπερχρεωμένο κατά 6 δισ. και εν υπνώσει, αφού μέχρι τότε καμία πρωτοβουλία σε επίπεδο πολιτικής δεν είχε εκδηλωθεί για την ουσιαστική βελτίωση του. Μάλιστα σύμφωνα με αδρές εκτιμήσεις μελέτης των Τούντα και συν. (2010), το 30 με 40 % περίπου των λειτουργικών δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούσαν σπατάλες. Χαρακτηριστικά αναφέρεται *«αδυναμία συγκράτησης των λειτουργικών δαπανών σε όλες τις κατηγορίες»*.

Τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν και εφαρμόστηκαν απότομα είναι βέβαιο ότι υποβάθμισαν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κάτι που έγινε αντιληπτό από τους πολίτες και καταμετρήθηκε από έρευνες. Χαρακτηριστικά αναφέρονται περικοπές σε κάποιες υπηρεσίες, μεγαλύτεροι χρόνοι αναμονής κ.λπ. (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso, & Sissouras, 2015). Επίσης διαπιστώθηκαν ανισότητες στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών με αυξανόμενο ποσοστό πολιτών να εκφράζουν ανεκπλήρωτες ανάγκες κυρίως στην αρχή και στα μέσα της κρίσης (Allin and Maresso, 2009; Economou, 2015; ΟΟΣΑ, 2015 ; Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Επιπρόσθετα διαπιστώνεται αύξηση τόσο των ιδιωτικών όσο και των καταστροφικών δαπανών (από 7% το 2010 σε 10% το 2016). (OECD, Η κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, Ελλάδα, Προφίλ υγείας 2019, 2019). Σημαντικά αρνητική σε όλα τα παραπάνω υπήρξε η εφαρμογή του μέτρου της απαγόρευσης των προσλήψεων.

Από τις νομοθετικές πρωτοβουλίες της περιόδου προκύπτει ότι στόχος των πολιτικών που εφαρμόστηκαν ήταν η περιστολή των δαπανών και οι οικονομίες μέσω βελτίωσης της αποδοτικότητας του συστήματος. Ως προς το θέμα αυτό, σε μελέτες των Flokou et al. (2017) και Mitropoulos et al. (2018), μετρήθηκε η αποδοτικότητα 107 και 111

δημόσιων νοσοκομείων με την μέθοδο DEA για την περίοδο 2009-13 και 2009-12 αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε βελτίωση της αποδοτικότητας των περισσότερων νοσοκομείων κάτι που αποδίδεται στη μείωση των δαπανών που οδήγησε το σύστημα στο να παράγει περίπου τις ίδιες εκροές σε λιγότερες εισροές. Επίσης τα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία εμφάνισαν μεγαλύτερη βελτίωση της απόδοσης τους από τα υπόλοιπα, ενώ όλα τα νοσοκομεία παρουσίασαν σαφή βελτίωση τεχνικής αποδοτικότητας. Τέλος διαπιστώθηκε μεγαλύτερη βελτίωση παραγωγικότητας στα μεγάλα και μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία καθώς και στα Πανεπιστημιακά. Επίσης φάνηκε ότι οι μειώσεις κόστους ανά ασθενή τόσο για φάρμακα όσο και ιατρικά αναλώσιμα επηρέασαν την παραγωγικότητα των νοσοκομείων.

Άλλες μελέτες είναι λίγο πιο συγκρατημένες ως προς την βελτίωση της αποδοτικότητας παρά την μεγάλη μείωση των προϋπολογισμών. Επίσης ισχυρίζονται ότι τα αποτελέσματα που έχουν επιτευχθεί δεν οφείλονται σε πολιτικές που προωθούν καλύτερα την κατανομή των πόρων, τον ιατρικό έλεγχο και την τήρηση κλινικών κατευθυντήριων γραμμών αλλά στις οριζόντιες περικοπές. Επιπρόσθετα διατυπώνεται η άποψη ότι οι συγχωνεύσεις των νοσοκομείων του ΕΣΥ δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα αφού εξακολουθεί να υπάρχει σημαντικό περιθώριο βελτίωσης της αποδοτικότητας τους λόγω τεχνικής αναποτελεσματικότητας σε μεμονωμένα νοσοκομεία (Flokou et al, 2017).

Με τα συμπεράσματα των παραπάνω ερευνών δεν φαίνεται να διαφωνούν τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας. Πέρα από αυτό όμως διαπιστώνεται ότι η απότομη περικοπή των προϋπολογισμών και μια σειρά από μέτρα τα οποία περιεγράφηκαν εκτενώς, οδήγησαν σε περιορισμό της σπατάλης κυρίως σε ότι αφορά στην διακίνηση του φαρμάκου και στην αγορά πρώτων και βοηθητικών υλών από τα νοσοκομεία. Το κόστος αγοράς φαρμάκων, αντιδραστηρίων, υγειονομικού και ορθοπεδικού υλικού μειώθηκε, οδηγώντας σε μεγάλη μείωση του κόστους τόσο ανά νοσηλευθέντα ασθενή όσο και ανά ημέρα νοσηλείας, εξοικονομώντας σημαντικούς πόρους. Οι μειώσεις που επετεύχθησαν διαφέρουν τόσο για τα μεγέθη και τους τύπους των νοσοκομείων όσο και ανά Υγειονομική Περιφέρεια. Αρνητικό ρόλο φαίνεται ότι έπαιξε η οριζόντια εφαρμογή των μέτρων. Ταυτόχρονα επιβεβαιώνονται βασικές οικονομικές αρχές όπως η θετική επίδραση του ορθολογισμού, της επίτευξης οικονομιών κλίμακας, του ανταγωνισμού αλλά και της πολιτικής και διοικητικής εποπτείας. Αποδεικνύεται ότι πράγματι υπήρχε σπατάλη και ότι τα μέτρα φαρμακοοικονομίας αλλά και αυτά που

ελήφθησαν για τις προμήθειες έπρεπε να είχαν εφαρμοσθεί πολύ νωρίτερα. Κάποια άλλα μέτρα έπρεπε να είχαν μελετηθεί περισσότερο και να εφαρμοσθούν σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου. Από τις εξελίξεις φάνηκε ότι τόσο τα ΚΕΝ όσο και η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ αλλά και του ΠΕΔΥ είναι προς τη σωστή κατεύθυνση αλλά ακόμη δε έχουν καταφέρει να αποδώσουν τα αναμενόμενα και χρειάζεται χρόνος, προσπάθεια και διαρκής προσαρμογή.

Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν και είχαν θετική επίπτωση στη μείωση συγκεκριμένων δαπανών και κυρίως στον περιορισμό της σπατάλης, το πέτυχαν σε βάρος της ποιότητας και της ισότητας. Εξάλλου κάποιες από τις μεταρρυθμίσεις δεν έχουν ακόμα παγιωθεί και υπάρχουν ερωτηματικά κατά πόσον οι δαπάνες δεν θα εκτροχιασθούν και πάλι. Οι προκλήσεις οδηγούν στην έναρξη ενός Εθνικού διαλόγου με τη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης για την ολοκλήρωση των συγχωνεύσεων μέσω νέων μελετών αποδοτικότητας ανά κύκλο νοσοκομείων. Εξάλλου πολλά υποτίθεται συγχωνευμένα νοσοκομεία που έχουν αποκτήσει κοινούς οργανισμούς εξακολουθούν ακόμη να διατηρούν παράλληλα παρόμοιες υπηρεσίες και κλινικές. Μοιάζει να είναι ξεκάθαρο ότι η κρίση δεν έγινε ολόκληρη ευκαιρία και ότι το πάθημα δεν έγινε μάθημα έξι χρόνια μετά. Η επιδημιολογική κρίση κάλυψε τα πάντα αλλά ο φόβος της συσσώρευσης νέων χρεών από ένα σύστημα που δεν ικανοποιεί τους χρήστες του μοιάζει να μην έχει εκλείψει οριστικά.

## Αναφορές

- Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2005). *Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας. Μια κλινική προσέγγιση.*
- Branas, C., Kastanaki, A., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E., Theodorakis, P., . . . Wiebe, D. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *Pub Med* 2015 Feb 2;5(1):e005619. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005619.
- Clemens, T., Michelsen, K., Commers, M., Gareil, P., Dowdeswell, B., & Brand, H. (2014, 7). European hospital reforms in times of crisis: Aligning cost containment needs with plans for structural redesign? *ELSEVIER, Health Policy, Volume 117, Issue 1, July 2014, Pagew 6-14.*
- CMS, C. f. (2019). *CMS. gov.* Ανάκτηση 3 14, 2021, από <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical>
- E.U. (2018). ΘΕΜΑΤΙΚΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). *Health Systems in Transition Vol.19 No. 5 2017, Greece Health system review.* WHO.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. *European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series, No. 41.*
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2012). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Pub Med* 2013 Mar 5;145(3):308-14. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.008. Epub 2012 Aug 30.
- Flokou et al, A. A. (2017, May 23). A window-DEA based efficiency evaluation of the public hospital sector in Greece during the 5-year economic crisis. *PLOS ONE.*
- Giang, P. (2017). Determinants of Health Expenditures in OECD Countries. Bryant University, HONOR THESIS.
- Huber, M. O. (2003). Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001. *Medicare & Medicaid Research Review, Health Care Financ Rev. 2003 Fall; 25(1) PMID: PMC4194835.*
- Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F., & Kalofonos, C. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece : Their impact on health promotion policies and public health care. *Science Direct Volume 113, Issues 1-2, November 2013, Pagew 8-12.*
- Mehrotra, A., Dudley, A., & Luft, H. (2003). What's Behind the Health Expenditure. *Annual Review of Public Health, Vol. 24:385-412 .*
- Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., Karanikas, H., & Polyzos, N. (2018). The impact of economic crisis on the Greek hospitals' productivity. *Health Plann Mgmt. 2018;33:171–184.*
- Moreno-Serra, R. (2015). *The impact of cost-containment policies.* OECD.

- OECD. (2006). *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities*. OECD.
- OECD. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE*. OECD.
- OECD. (2017). *A System of Health Accounts 2011, Revised Edition*. Ανάκτηση 1 4, 2021, από <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- OECD. (2017). *State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2017*. OECD.
- OECD. (2018). *Health at a glance: Health expenditure in hospitals, Europe 2018*.
- OECD. (2019). Η κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, Ελλάδα, Προφίλ υγείας 2019. European Commission.
- OECDiLibrary. (2014). *Health expenditure*. Ανάκτηση 1 3, 2021, από <https://www.oecd-ilibrary.org/search?value1=health+expenditure&option1>
- OECDpublishing. (2007). *Purchasing Power Parities and Real Expenditures* (OECD εκδ.).
- Schreck, R. (2019, Dec). Causes of High Health Care Costs. *MSD MANUAL Professional Version*.
- Sissouras, A. (2014). Greek crisis fallout is an opportunity for health. *Bull World Health Organ, 2014 February 01; 92(2): 152*.
- W.H.O. (2019). *Global Spending on Health: A World in Transition*. Ανάκτηση 1 10, 2021, από [https://www.who.int/health\\_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua=1](https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua=1)
- WHO, h.-2.-3.-e. (2018). *Health expenditure in Hospitals*. Ανάκτηση 1 13, 2021, από [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance\\_eur-2018-32-en.pdf?expires=1610491714&id=id&accname=guest&checksum=9E7A4B9B2D46A3C1A31C93CA56A37CA8](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-32-en.pdf?expires=1610491714&id=id&accname=guest&checksum=9E7A4B9B2D46A3C1A31C93CA56A37CA8)
- Xu, K., Saksena, P., & Holly, A. (2011). *The determinants of health expenditure*. World Health Organization.
- Yong, P., Saunders, R., & Olsen, L. (2010). *The Healthcare Imperative Lowering Costs and Improving Outcomes*. Washington: National Academies Press.
- Zervas, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., & Kyriopoulos, J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Pub Med 2013 Apr;23(2):206-10. doi: 10.1093/eurpub/cks143. Epub 2012 Oct 23*.
- Αθανασιάδης, Α., & Σταυράκη, Σ. (2017). Ο Δείκτης Τιμών Υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ και το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας. Αθήνα: IOBE.
- Αλετράς, Β., Μασσαγγάνης, Μ., & Νιάκας, Δ. (2002). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Γκέντζης, Δ. (2017). Η εξέλιξη των δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων ως συνέπεια των μέτρων εξορθολογισμού του συστήματος προμηθειών απο την έναρξη της οικονομικής κρίσης. ΕΑΠ.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2015). Σύστημα Λογαριασμών Υγείας. Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ.

- ΕΛΣΤΑΤ. (2020). Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2018. ΕΛΣΤΑΤ.
- ΕΛΣΤΑΤ statistics.gr. (2017). *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας*. Ανάκτηση 11, 2021, από <https://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93>
- IOBE. (2011). Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου.
- IOBE. (2018). Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα Γεγονότα και στοιχεία. Αθήνα: IOBE.
- Ιωακείμογλου, Η. (2010). *Υπηρεσίες Υγείας, Απο το Δημόσιο Αγαθό στο Εμπόρευμα*. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ.
- Καλογεροπούλου, Μ. (2011). Εκτίμηση αποδοτικότητας Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011*, 28(6): 794-803.
- Καστανιώτη, Α., & Πολύζος, Ν. (2016). Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY.net. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 33*:198-206.
- ΚΕΤΕΚΝΥ Α.Ε. (2021). *ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ DRG*. Ανάκτηση 31, 2021, από <https://instdrgr.gr/>
- Κυριόπουλος, Γ. (2011). Πέραν του “Μνημονίου”: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας. Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., & Νιάκας, Δ. (1994). *Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας,.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2010). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα.
- Λοπατζίδης, Α. (2010). *Μέτρα Αναδιοργάνωσης & Εξορθολογισμού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας*. Ανάκτηση 11, 2021, από <http://www.yrakp.gr/uploads/docs/3605.pdf>
- Μανιαδάκης, Ν. (2021, 6 11). *Τα οικονομικά της υγείας απο την οπτική του μάνατζερ*. Ανάκτηση από <http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/1649/1/M01.039.08.pdf>
- Μανιού, Μ., & Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού*.
- Μαραγκάκη, Α., Κωνσταντινίδης, Θ., & Σαράφης, Π. (2019). Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2019*, 36(5):687-694.
- Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., Μπακόλα, Ε., & Ζυγά, Σ. (2018). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018*, 35(4):549-557.
- Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής 2014*, 5 (1):3-7.
- Νόμος 3918, ά. 3. (2011). Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.
- Νόμος 4052, ά. 2. (2012). Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.).

- Νόμος 4238. (2014). Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.
- Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2014, Μάρτιος-Απρίλιος). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(2), 172-185.
- Πετρέλης, Μ., & Δομάγερ, Φ. (2016). Οι δαπάνες υγείας και η κοινωνική πολιτική που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα και στην Ευρώπη την τελευταία δεκαετία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2016) Τόμος 8, Τεύχος 2*, 48-56.
- Πιερράκος, Γ. (2018). *Εισαγωγή στην οικονομία της υγείας*. Ανάκτηση Ιανουάριος 2, 2021, από <https://eclass.uniwa.gr/modules/document/file.php/DMYP122/oikonomia%20ths%20ygeias.pdf>
- Πισσαρίδης, Χ., Βαγιανός, Δ., Βέττας, Ν., & Μεγήρ, Κ. (2020). Σχέδιο Ανάπτυξης για την Ελληνική Οικονομία.
- Πολύζος, Ν. ε. (2012). *Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ και Μονάδων ΕΣΥ 2011*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Γραμματεία.
- Σαραντοπούλου, Ζ. (2015). Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας. *Επιστημονικά χρονικά 2015: 20(3):256-262*.
- Σεμερτάκη, Ε., Γαβρίλη, Μ., Λάκκα, Ε., Μονόπωλη, Μ., & Ναδάλη, Α. (2016). Βιβλιογραφία Οικονομικά της υγείας. Αθήνα: Τράπεζα της Ελλάδος.
- Σούλης, Σ. (1998). *Οικονομική της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σούλης, Σ. (1999). *Οικονομική της υγείας* (Παπαζήσης εκδ.).
- Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη Τ, Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής ιατρικής 2018, 35(Συμπλ 1):9-16*.
- Τούντας, Γ., Γείτονα, Μ., Σίσκου, Ό., & Σουλιώτης, Κ. (2010). Η σπατάλη στον δημόσιο νοσοκομειακό τομέα.
- Υπουργείο Οικονομικών. (2021). *Οικονομικά στοιχεία*. Ανάκτηση 15 1, 2021, από <https://www.minfin.gr/oikonomika-stoicheia>
- Υφαντόπουλος, Γ. (2003). *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα.
- Χλέτσος, Μ. (2003). *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: Πατάκης.
- Χλέτσος, Μ. (2015). Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης. *Quality in Health*. Ανάκτηση 1 21, 2021



## 7. Παράρτημα

### 7.1 Δαπάνες κατά υγειονομική περιφέρεια

(πίνακες 7.1 - 7.5)

ΥΠΕ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
1	357,0	295,2	278,6	237,6	201,2	173,9	-51,3%
2	140,1	112,4	105,2	90,5	77,6	71,6	-48,9%
3	95,2	67,2	54,4	57,0	51,2	44,8	-53,0%
4	177,0	132,4	112,4	88,0	76,5	72,9	-58,8%
5	92,5	60,3	56,4	43,9	36,5	32,7	-64,7%
6	152,5	106,7	99,8	85,0	67,6	60,9	-60,1%
7	69,1	57,6	54,1	39,9	32,8	32,1	-53,6%
Σύνολο	1083,5	831,9	760,9	641,9	543,3	488,8	-54,9%
<b>Ποσοστό (%) στο σύνολο</b>							
1	44,5	38,8	40,0	38,4	34,7	32,8	-26,4%
2	33,7	26,9	27,5	26,1	24,6	22,4	-33,5%
3	37,0	25,1	23,5	26,0	24,5	22,7	-38,5%
4	46,7	41,4	40,6	37,9	36,7	34,5	-26,1%
5	45,7	34,2	35,5	32,8	28,8	29,1	-36,2%
6	40,2	31,1	32,4	30,7	27,4	26,6	-33,8%
7	38,7	35,4	36,8	32,1	27,8	29,2	-24,7%
Σύνολο	41,4	34,0	34,6	32,9	30,1	28,6	-31,0%
<b>Δαπάνη φαρμάκων ανά ασθενή</b>							
1	<b>660,0</b>	496,6	453,8	376,6	315,7	273,6	-58,5%
2	519,4	401,7	338,1	294,1	265,5	245,4	-52,8%
3	<b>383,3</b>	247,6	205,6	212,9	195,1	180,6	-52,9%
4	573,4	417,5	324,3	259,0	233,3	227,2	-60,4%
5	435,3	262,3	249,0	212,7	183,5	164,5	<b>-62,2%</b>
6	420,7	283,6	271,8	229,3	184,5	167,8	-60,1%
7	475,8	386,1	349,2	264,6	214,0	209,3	-56,0%
Σύνολο	518,9	375,0	333,0	282,3	242,7	221,1	-57,4%
<b>Δαπάνη φαρμάκων ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
1	145,7	116,3	108,2	97,5	83,6	72,8	-50,0%
2	<b>76,0</b>	60,4	58,6	51,5	48,2	45,2	-40,5%
3	96,7	63,5	51,9	54,5	49,9	44,7	-53,7%
4	<b>165,1</b>	123,9	105,9	83,8	76,8	76,2	-53,9%
5	142,5	88,1	84,9	71,1	59,8	55,4	<b>-61,1%</b>
6	114,8	77,0	71,9	64,0	50,4	45,5	-60,4%
7	128,4	101,0	95,1	73,2	60,9	59,5	-53,6%
Σύνολο	122,2	90,7	83,6	73,1	63,7	58,2	-52,4%

Πίνακας 7.1: Δαπάνη για φάρμακα ανά Υγειονομική Περιφέρεια

ΥΠΕ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
1	185,8	158,7	121,3	113,8	110,7	101,9	-45,2%
2	78,6	86,3	80,0	75,8	63,8	56,3	-28,3%
3	66,1	55,3	39,9	35,6	33,2	31,3	-52,6%
4	88,5	64,4	48,5	38,4	35,7	34,1	-61,4%
5	40,4	35,5	27,4	24,9	24,6	20,7	-48,8%
6	94,7	72,3	58,1	54,2	44,3	39,1	-58,7%
7	37,8	32,4	26,2	24,4	24,3	20,2	-46,6%
Σύνολο	591,9	504,9	401,5	367,1	336,5	303,6	-48,7%
<b>Ποσοστό (%) στο σύνολο</b>							
1	23,2	20,8	17,4	18,4	19,1	19,2	-17,1%
2	18,9	20,6	20,9	21,8	20,3	17,6	-6,7%
3	25,6	20,7	17,3	16,3	15,9	15,9	-38,1%
4	23,3	20,1	17,5	16,5	17,1	16,2	-30,8%
5	20,0	20,1	17,2	18,6	19,4	18,4	-7,6%
6	25,0	21,0	18,9	19,6	17,9	17,1	-31,6%
7	21,2	19,9	17,9	19,6	20,6	18,4	-13,3%
Σύνολο	22,6	20,6	18,2	18,8	18,7	17,8	-21,5%
<b>Δαπάνη υγειονομικού υλικού ανά ασθενή</b>							
1	<b>343,6</b>	267,0	197,6	180,4	173,7	160,3	-53,3%
2	291,2	308,2	257,0	246,3	218,3	193,0	-33,7%
3	265,9	203,6	151,0	133,1	126,6	126,1	-52,6%
4	286,8	203,1	139,9	113,1	108,8	106,4	<b>-62,9%</b>
5	<b>190,0</b>	154,3	120,9	120,7	123,5	104,1	-45,2%
6	261,3	192,2	158,3	146,1	120,8	107,7	-58,8%
7	260,4	217,3	169,4	162,0	158,6	131,9	-49,4%
Σύνολο	283,5	227,6	175,7	161,5	150,3	137,3	-51,6%
<b>Δαπάνη υγειονομικού υλικού ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
1	75,8	62,5	47,1	46,7	46,0	42,7	-43,7%
2	<b>42,6</b>	46,4	44,5	43,1	39,7	35,6	-16,5%
3	67,1	52,2	38,1	34,1	32,4	31,2	-53,4%
4	<b>82,6</b>	60,3	45,7	36,6	35,8	35,7	-56,8%
5	62,2	51,8	41,3	40,3	40,2	35,0	-43,7%
6	71,3	52,2	41,9	40,8	33,0	29,2	<b>-59,0%</b>
7	70,2	56,8	46,1	44,8	45,1	37,5	-46,6%
Σύνολο	66,8	55,1	44,1	41,8	39,5	36,2	-45,8%

**Πίνακας 7.2: Δαπάνη για υγειονομικό υλικό ανά Υγειονομική Περιφέρεια**

ΥΠΕ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
1	68,4	62,8	56,6	54,0	52,5	48,3	-29,4%
2	32,5	28,9	25,6	24,6	22,0	22,1	-31,9%
3	19,1	15,7	14,2	13,0	11,6	10,2	-46,7%
4	33,0	23,0	20,9	20,6	18,4	17,3	-47,5%
5	23,4	14,7	13,7	11,4	12,2	11,0	-53,0%
6	31,2	27,5	24,5	23,5	22,0	20,4	-34,6%
7	15,3	14,6	11,7	10,7	10,1	9,3	-39,3%
Σύνολο	223,0	187,2	167,3	157,9	148,9	138,6	-37,8%
<b>Ποσοστό (%) στο σύνολο</b>							
1	8,5	8,2	8,1	8,7	9,1	9,1	6,7%
2	7,8	6,9	6,7	7,1	7,0	6,9	-11,4%
3	7,4	5,9	6,2	5,9	5,5	5,2	-30,3%
4	8,7	7,2	7,5	8,9	8,8	8,2	-5,8%
5	11,5	8,3	8,6	8,5	9,6	9,8	-15,2%
6	8,2	8,0	8,0	8,5	8,9	8,9	8,5%
7	8,6	8,9	8,0	8,6	8,6	8,4	-1,6%
Σύνολο	8,5	7,6	7,6	8,1	8,3	8,1	-4,9%
<b>Δαπάνη για αντιδραστήρια ανά ασθενή</b>							
1	<b>126,4</b>	105,6	92,2	85,6	82,4	75,9	-39,9%
2	120,6	103,4	82,3	80,0	75,3	75,9	-37,1%
3	<b>77,1</b>	57,9	53,8	48,7	44,1	41,1	-46,6%
4	107,0	72,4	60,2	60,7	56,0	54,0	-49,5%
5	109,9	63,9	60,7	55,2	61,3	55,3	-49,7%
6	86,2	73,1	66,7	63,4	60,1	56,3	-34,7%
7	105,1	97,6	75,5	71,0	66,2	60,4	-42,5%
Σύνολο	106,8	84,4	73,2	69,4	66,5	62,7	-41,3%
<b>Δαπάνη για αντιδραστήρια ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
1	27,9	24,7	22,0	22,2	21,8	20,2	-27,6%
2	<b>17,6</b>	15,6	14,3	14,0	13,7	14,0	-20,8%
3	19,4	14,9	13,6	12,5	11,3	10,2	-47,6%
4	30,8	21,5	19,7	19,6	18,4	18,1	-41,2%
5	<b>36,0</b>	21,5	20,7	18,4	20,0	18,6	-48,3%
6	23,5	19,9	17,7	17,7	16,4	15,3	-35,1%
7	28,4	25,5	20,5	19,6	18,8	17,2	-39,4%
Σύνολο	25,1	20,4	18,4	18,0	17,5	16,5	-34,4%

**Πίνακας 7.3: Δαπάνη για αντιδραστήρια ανά Υγειονομική Περιφέρεια**

ΥΠΕ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
1	32,4	47,6	54,3	51,9	50,3	40,3	24,3%
2	24,7	33,0	29,3	25,4	23,2	21,4	-13,3%
3	15,3	25,2	24,9	22,1	22,3	23,3	52,5%
4	22,3	29,0	28,3	26,5	22,3	17,9	-19,9%
5	10,2	16,5	15,9	14,5	14,4	11,8	15,0%
6	23,2	38,1	37,3	34,1	30,3	26,9	16,0%
7	15,6	17,3	17,5	16,4	15,8	14,0	-10,6%
Σύνολο	143,8	206,7	207,5	190,9	178,8	155,6	8,2%
<b>Ποσοστό (%) στο σύνολο</b>							
1	4,0	6,3	7,8	8,4	8,7	7,6	87,9%
2	6,0	7,9	7,7	7,3	7,4	6,7	12,8%
3	5,9	9,4	10,8	10,1	10,7	11,8	99,4%
4	5,9	9,1	10,2	11,4	10,7	8,5	43,8%
5	5,1	9,3	10,0	10,8	11,4	10,5	107,6%
6	6,1	11,1	12,1	12,3	12,3	11,8	92,4%
7	8,8	10,6	11,9	13,2	13,4	12,7	45,1%
Σύνολο	5,5	8,4	9,4	9,8	9,9	9,1	65,5%
<b>Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα ανά ασθενή</b>							
1	59,9	80,1	88,5	82,2	79,0	63,4	5,8%
2	91,7	117,8	94,3	82,7	79,6	73,5	-19,9%
3	61,4	92,8	94,3	82,5	85,1	93,8	52,7%
4	72,3	91,3	81,5	78,0	68,0	55,8	-22,9%
5	<b>48,1</b>	71,8	70,1	70,3	72,7	59,2	23,0%
6	64,1	101,3	101,6	92,1	82,7	74,2	15,8%
7	<b>107,5</b>	115,9	112,9	108,9	103,4	91,1	-15,3%
Σύνολο	68,9	93,2	90,8	84,0	79,9	70,3	2,1%
<b>Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
1	<b>13,2</b>	18,8	21,1	21,3	20,9	16,9	27,5%
2	13,4	17,7	16,3	14,5	14,5	13,5	0,9%
3	15,5	23,8	23,8	21,1	21,7	23,2	<b>50,0%</b>
4	20,8	27,1	26,6	25,2	22,4	18,7	-10,3%
5	15,8	24,1	23,9	23,5	23,7	19,9	26,5%
6	17,5	27,5	26,9	25,7	22,6	20,1	15,1%
7	<b>29,0</b>	30,3	30,7	30,1	29,4	25,9	-10,7%
Σύνολο	16,2	22,5	22,8	21,7	21,0	18,5	14,2%

**Πίνακας 7.4: Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα ανά Υγειονομική Περιφέρεια**

ΥΠΕ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-15
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
1	109,6	160,2	166,3	141,3	143,1	146,9	34,1%
2	115,3	144,7	131,9	121,9	119,4	136,3	18,2%
3	38,1	88,8	88,0	82,5	81,7	78,2	105,3%
4	49,6	64,8	61,8	53,6	50,7	56,5	14,0%
5	26,2	42,8	40,5	34,8	33,5	31,1	18,8%
6	48,4	79,1	76,6	67,8	71,6	68,6	41,6%
7	31,3	33,9	33,9	29,4	31,2	29,6	-5,2%
Σύνολο	418,4	614,3	599,0	531,3	531,3	547,2	30,8%
<b>Ποσοστό (%) στο σύνολο</b>							
1	13,7	21,0	23,9	22,8	24,7	27,7	102,7%
2	27,8	34,6	34,5	35,1	37,9	42,7	53,8%
3	14,8	33,2	38,0	37,7	39,1	39,7	168,4%
4	13,1	20,3	22,3	23,1	24,3	26,7	104,5%
5	12,9	24,3	25,5	26,0	26,5	27,7	114,5%
6	12,8	23,0	24,9	24,5	29,0	30,0	134,9%
7	17,5	20,8	23,1	23,6	26,5	26,9	53,8%
Σύνολο	16,0	25,1	27,2	27,2	29,5	32,0	100,1%
<b>Δαπάνη για υπηρεσίες ανά ασθενή</b>							
1	202,5	269,4	270,9	224,0	224,6	231,1	14,1%
2	<b>427,5</b>	516,9	423,8	395,9	408,7	467,1	9,3%
3	153,3	327,0	332,7	308,4	311,2	315,1	<b>105,6%</b>
4	160,6	204,4	178,2	157,9	154,7	176,0	9,6%
5	<b>123,0</b>	186,3	178,7	168,5	168,6	156,5	27,2%
6	133,6	210,3	208,7	182,9	195,3	188,9	41,4%
7	215,2	227,1	219,0	195,0	204,0	193,3	-10,2%
Σύνολο	200,4	276,9	262,1	233,7	237,4	247,4	23,5%
<b>Δαπάνη για υπηρεσίες ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
1	44,7	63,1	64,6	58,0	59,5	61,5	37,6%
2	<b>62,6</b>	77,8	73,4	69,4	74,2	86,1	37,6%
3	<b>38,7</b>	83,8	84,0	78,9	79,6	78,1	<b>101,9%</b>
4	46,2	60,7	58,2	51,1	50,9	59,0	27,6%
5	40,3	62,6	61,0	56,3	54,9	52,7	30,7%
6	36,5	57,1	55,2	51,0	53,3	51,2	40,6%
7	58,1	59,4	59,6	53,9	58,1	55,0	-5,3%
Σύνολο	47,2	67,0	65,8	60,5	62,3	65,2	38,1%

**Πίνακας 7.5: Δαπάνη για υπηρεσίες ανά Υγειονομική Περιφέρεια**

## 7.2 Δαπάνες κατά μέγεθος νοσοκομείου

(πίνακες 7.6 – 7.11)

Μέγεθος νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-15
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
>400	698,4	551,9	499,4	425,1	367,3	328,1	-53,0%
251-400	208,0	153,6	138,0	113,9	92,8	84,8	-59,2%
101-250	147,1	109,4	103,4	88,1	71,1	65,6	-55,4%
0-100	30,0	16,9	20,1	14,7	12,2	10,3	-65,7%
Σύνολο	1083,5	831,9	760,9	641,9	543,3	488,8	-54,9%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
>400	64,5	66,3	65,6	66,2	67,6	67,1	
251-400	19,2	18,5	18,1	17,7	17,1	17,3	
101-250	13,6	13,2	13,6	13,7	13,1	13,4	
0-100	2,8	2,0	2,6	2,3	2,2	2,1	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη για φάρμακα ανά νοσηλευόμενο</b>							
>400	<b>635,6</b>	458,7	417,9	350,0	301,2	270,3	-57,5%
251-400	451,0	326,2	276,4	228,9	188,6	175,6	<b>-61,1%</b>
101-250	346,9	251,2	216,0	191,3	164,5	154,7	-55,4%
0-100	<b>287,9</b>	155,6	179,7	145,7	128,1	114,2	-60,3%
Σύνολο	518,9	375,0	333,0	282,3	242,7	221,1	-57,4%
<b>Δαπάνη για φάρμακα ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
>400	<b>132,0</b>	100,6	92,8	80,5	70,8	63,7	-51,8%
251-400	<b>132,1</b>	94,6	88,4	74,6	61,6	59,0	<b>-55,3%</b>
101-250	92,0	65,7	58,3	53,5	46,8	43,6	-52,6%
0-100	<b>74,4</b>	43,0	52,6	44,8	38,1	34,2	-54,1%
Σύνολο	122,2	90,7	83,6	73,1	63,7	58,2	-52,4%

Πίνακας 7.6: Δαπάνη για φάρμακα κατά μέγεθος νοσοκομείου

Μέγεθος νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
>400	<b>413,8</b>	330,6	254,5	231,5	215,7	194,5	<b>-53,0%</b>
251-400	90,5	68,4	55,8	53,2	48,2	44,1	-51,3%
101-250	70,9	91,2	77,6	71,5	63,5	56,6	-20,2%
0-100	<b>16,6</b>	14,7	13,6	10,9	9,2	8,4	-49,5%
Σύνολο	591,9	504,9	401,5	367,1	336,5	303,6	-48,7%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
>400	69,9	65,5	63,4	63,1	64,1	64,1	
251-400	15,3	13,5	13,9	14,5	14,3	14,5	
101-250	12,0	18,1	19,3	19,5	18,9	18,7	
0-100	2,8	2,9	3,4	3,0	2,7	2,8	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη για υγειονομικό υλικό ανά νοσηλευόμενο</b>							

>400	<b>376,6</b>	274,8	212,9	190,6	176,8	160,2	<b>-57,5%</b>
251-400	196,2	145,2	111,8	106,8	97,9	91,2	-53,5%
101-250	167,3	209,3	162,2	155,4	147,0	133,5	-20,2%
0-100	<b>159,9</b>	135,5	121,4	107,6	96,8	93,3	-41,7%
Σύνολο	283,5	227,6	175,7	161,5	150,3	137,3	-51,6%
<b>Δαπάνη για υγειονομικό υλικό ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
>400	<b>78,2</b>	60,3	47,3	43,8	41,6	37,7	<b>-51,8%</b>
251-400	57,5	42,1	35,7	34,9	32,0	30,7	-46,6%
101-250	44,4	54,8	43,7	43,5	41,8	37,6	-15,2%
0-100	<b>41,3</b>	37,5	35,5	33,1	28,8	27,9	-32,5%
Σύνολο	66,8	55,1	44,1	41,8	39,5	36,2	-45,8%

Πίνακας 7.7: Δαπάνη για υγειονομικό υλικό κατά μέγεθος νοσοκομείου.

Μέγεθος νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
>400	80,6	47,9	34,3	32,6	33,6	31,8	-60,5%
251-400	34,4	22,1	19,0	19,3	19,1	19,2	-44,3%
101-250	24,3	13,2	9,8	9,5	8,8	8,4	-65,4%
0-100	6,1	2,9	2,3	2,2	2,1	1,9	-69,6%
Σύνολο	145,4	86,1	65,3	63,7	63,6	61,2	-57,9%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
>400	55,4	55,6	52,4	51,3	52,7	51,9	
251-400	23,7	25,7	29,1	30,4	30,0	31,3	32,2%
101-250	16,7	15,3	15,0	14,9	13,9	13,7	-17,9%
0-100	4,2	3,3	3,5	3,5	3,4	3,0	-27,9%
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0%
<b>Δαπάνη για ορθοπεδικό υλικό ανά νοσηλευόμενο</b>							
>400	73,3	39,8	28,7	26,9	27,5	26,2	-64,3%
251-400	<b>74,6</b>	47,0	38,1	38,9	38,9	39,7	-46,9%
101-250	<b>57,2</b>	30,3	20,5	20,6	20,4	19,8	<b>-65,4%</b>
0-100	58,9	26,5	20,2	22,2	22,5	20,7	-64,9%
Σύνολο	69,6	38,8	28,6	28,0	28,4	27,7	-60,3%
<b>Δαπάνη για ορθοπεδικό υλικό ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
>400	15,2	8,7	6,4	6,2	6,5	6,2	-59,5%
251-400	<b>21,9</b>	13,6	12,2	12,7	12,7	6,2	<b>-71,7%</b>
101-250	15,2	7,9	5,5	5,8	5,8	5,6	-63,3%
0-100	<b>15,2</b>	7,3	5,9	6,8	6,7	13,3	-12,4%
Σύνολο	16,4	9,4	7,2	7,3	7,5	7,3	-55,6%

Πίνακας 7.8: Δαπάνη για ορθοπεδικό υλικό κατά μέγεθος νοσοκομείου.

Μέγεθος νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							

>400	139,4	116,5	101,6	98,0	94,3	87,4	-37,3%
251-400	40,2	32,0	29,2	28,4	26,9	25,3	-37,2%
101-250	35,0	31,0	29,8	25,5	22,5	21,0	-40,0%
0-100	8,3	7,7	6,7	6,0	5,2	4,9	-40,4%
Σύνολο	223,0	187,2	167,3	157,9	148,9	138,6	-37,8%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
>400	62,5	62,2	60,7	62,1	63,3	63,1	
251-400	18,0	17,1	17,4	18,0	18,1	18,2	
101-250	15,7	16,6	17,8	16,1	15,1	15,2	
0-100	3,7	4,1	4,0	3,8	3,5	3,6	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη για αντιδραστήρια ανά νοσηλευόμενο</b>							
>400	<b>126,9</b>	96,9	85,0	80,7	77,3	72,0	<b>-43,3%</b>
251-400	87,1	67,9	58,4	57,0	54,7	52,3	-40,0%
101-250	82,6	71,1	62,3	55,3	52,0	49,5	-40,1%
0-100	<b>79,6</b>	71,1	59,7	59,7	54,9	54,9	-31,0%
Σύνολο	106,8	84,4	73,2	69,4	66,5	62,7	-41,3%
<b>Δαπάνη για αντιδραστήρια ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
>400	<b>26,4</b>	21,2	18,9	18,6	18,2	17,0	<b>-35,7%</b>
251-400	25,5	19,7	18,7	18,6	17,9	17,6	-31,1%
101-250	21,9	18,6	16,8	15,5	14,8	14,0	-36,3%
0-100	<b>20,6</b>	19,7	17,5	18,4	16,4	16,4	-20,2%
Σύνολο	25,1	20,4	18,4	18,0	17,5	16,5	-34,4%

**Πίνακας 7.9: Δαπάνη για αντιδραστήρια κατά μέγεθος νοσοκομείου**

<b>Μέγεθος νοσοκομείου</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Μεταβολή 2010-5</b>
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
>400	76,6	110,6	114,2	109,7	104,3	92,5	20,7%
251-400	27,9	40,4	40,2	33,3	31,8	27,5	-1,4%
101-250	30,6	43,1	42,1	38,4	33,4	28,0	-8,5%
0-100	8,7	12,5	11,0	9,5	9,3	7,5	-13,7%
Σύνολο	143,8	206,7	207,5	190,9	178,8	155,6	8,2%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
>400	53,3	53,5	55,0	57,5	58,3	59,5	
251-400	19,4	19,6	19,4	17,4	17,8	17,7	
101-250	21,3	20,8	20,3	20,1	18,7	18,0	
0-100	6,0	6,1	5,3	5,0	5,2	4,8	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα ανά νοσηλευόμενο</b>							
>400	<b>69,7</b>	91,9	95,6	90,3	85,5	76,2	<b>9,3%</b>
251-400	<b>60,5</b>	85,8	80,5	66,8	64,6	57,0	-5,8%
101-250	72,2	98,9	87,9	83,4	77,3	66,0	-8,5%
0-100	83,5	115,6	98,6	94,5	98,0	83,3	-0,2%



Σύνολο	68,9	93,2	90,8	84,0	79,9	70,3	2,1%
<b>Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
>400	<b>14,5</b>	20,2	21,2	20,8	20,1	18,0	23,9%
251-400	17,7	24,9	25,7	21,8	21,1	19,1	8,1%
101-250	19,1	25,9	23,7	23,3	22,0	18,6	-2,8%
0-100	<b>21,6</b>	32,0	28,8	29,1	29,2	24,9	15,5%
Σύνολο	16,2	22,5	22,8	21,7	21,0	18,5	14,2%

Πίνακας 7.10: Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα κατά μέγεθος νοσοκομείου.

Μέγεθος νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή 2010-5
<b>Δαπάνη σε εκατ. ευρώ</b>							
>400	204,3	320,5	319,4	287,9	294,4	308,6	51,1%
251-400	71,1	103,0	102,5	90,6	88,9	95,8	34,7%
101-250	123,3	157,5	149,6	129,2	125,1	119,8	-2,8%
0-100	19,7	33,4	27,4	23,6	22,9	22,9	16,5%
Σύνολο	418,4	614,3	599,0	531,3	531,3	547,2	30,8%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
>400	48,8	52,2	53,3	54,2	55,4	56,4	
251-400	17,0	16,8	17,1	17,0	16,7	17,5	
101-250	29,5	25,6	25,0	24,3	23,5	21,9	
0-100	4,7	5,4	4,6	4,4	4,3	4,2	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη για υπηρεσίες ανά νοσηλευόμενο</b>							
>400	185,9	266,4	267,3	237,0	241,4	254,2	<b>36,7%</b>
251-400	<b>154,2</b>	218,6	205,3	181,9	180,8	198,4	28,6%
101-250	<b>290,7</b>	361,4	312,7	280,7	289,3	282,5	-2,8%
0-100	188,8	307,6	245,0	234,0	241,9	254,4	34,7%
Σύνολο	200,4	276,9	262,1	233,7	237,4	247,4	23,5%
<b>Δαπάνη για υπηρεσίες ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
>400	<b>38,6</b>	58,4	59,3	54,5	56,8	59,9	55,0%
251-400	45,2	63,4	65,6	59,3	59,1	66,7	47,6%
101-250	<b>77,1</b>	94,5	84,3	78,5	82,3	79,6	3,3%
0-100	48,8	85,1	71,7	72,0	72,0	76,1	55,9%
Σύνολο	47,2	67,0	65,8	60,5	62,3	65,2	38,1%

Πίνακας 7.11: Δαπάνη για υπηρεσίες κατά μέγεθος νοσοκομείου.

### 7.3 Δαπάνες κατά κατηγορία (τύπο) νοσοκομείου (Πίνακες 7.12 – 7.17)

Κατηγορία νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή (%) 2010-5
<b>Δαπάνες σε εκατ. ευρώ</b>							
Πανεπιστημιακά	379,2	291,4	267,6	225,6	194,1	171,5	-54,8%
Γενικά	532,1	400,1	364,7	307,4	255,2	230,9	-56,6%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	13,5	7,6	7,0	5,9	4,6	3,9	-70,8%
Παιδιατρικά	26,2	24,8	28,8	21,9	22,1	20,6	-21,6%
Μαιευτικά	7,1	5,1	3,7	3,1	2,0	1,5	-79,1%
Ογκολογικά	114,1	92,2	81,3	71,3	59,5	54,7	-52,1%
Ψυχιατρικά	11,3	7,9	4,6	3,8	3,6	3,5	-68,9%
Σύνολο	1083,5	831,9	760,9	641,9	543,3	488,8	-54,9%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
Πανεπιστημιακά	35,0	35,0	35,2	35,2	35,7	35,1	
Γενικά	49,1	48,1	47,9	47,9	47,0	47,2	
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	1,2	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	
Παιδιατρικά	2,4	3,0	3,8	3,4	4,1	4,2	
Μαιευτικά	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4	0,3	
Ογκολογικά	10,5	11,1	10,7	11,1	10,9	11,2	
Ψυχιατρικά	1,0	1,0	0,6	0,6	0,7	0,7	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη ανά ασθενή</b>							
Πανεπιστημιακά	684,6	477,2	445,8	375,4	326,4	287,6	-58,0%
Γενικά	415,4	297,8	269,4	232,5	196,7	181,0	-56,4%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	304,0	160,2	170,8	149,9	125,8	111,0	-63,5%
Παιδιατρικά	276,2	256,2	311,1	235,2	239,3	235,2	-14,9%
Μαιευτικά	246,7	185,4	181,5	146,3	91,0	74,5	-69,8%
Ογκολογικά	2411,8	1892,6	649,5	488,0	401,5	368,3	-84,7%
Ψυχιατρικά	297,9	178,5	115,2	100,9	101,3	101,0	-66,1%
Σύνολο	518,9	375,0	333,0	282,3	242,7	221,1	-57,4%
<b>Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
Πανεπιστημιακά	173,2	133,8	124,2	109,3	93,9	85,2	-50,8%
Γενικά	112,6	81,9	71,9	62,2	53,2	48,9	-56,6%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	45,4	22,6	35,8	33,5	28,3	24,0	-47,3%
Παιδιατρικά	84,0	84,5	115,0	89,4	89,9	85,3	1,6%
Μαιευτικά	73,4	47,8	35,1	37,9	27,2	21,2	-71,1%
Ογκολογικά	326,7	261,8	213,5	180,0	157,3	149,1	-54,4%
Ψυχιατρικά	12,6	7,8	5,1	4,5	4,6	4,5	-64,3%
Σύνολο	122,2	90,7	83,6	73,1	63,7	58,2	-52,4%

Πίνακας 7.12: Δαπάνη για φάρμακα κατά κατηγορία νοσοκομείου.

Κατηγορία νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή (%) 2010-5
<b>Δαπάνες σε εκατ. ευρώ</b>							
Πανεπιστημιακά	234,9	187,4	145,6	130,3	116,6	101,2	-56,9%
Γενικά	326,4	264,7	209,7	189,9	174,7	162,2	-50,3%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	5,8	5,4	4,4	3,6	3,1	2,8	-52,3%
Παιδιατρικά	9,2	8,1	6,8	6,9	6,8	6,0	-35,3%
Μαιευτικά	1,3	1,1	0,9	0,9	0,9	0,8	-37,0%
Ογκολογικά	14,0	11,3	9,8	8,5	8,2	8,1	-42,2%
Ψυχιατρικά	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	-43,2%
Σύνολο	591,9	504,9	401,5	367,1	336,5	303,6	-48,7%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
Πανεπιστημιακά	39,7	37,1	36,3	35,5	34,7	33,3	
Γενικά	55,1	52,4	52,2	51,7	51,9	53,4	
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9	0,9	
Παιδιατρικά	1,6	1,6	1,7	1,9	2,0	2,0	
Μαιευτικά	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	
Ογκολογικά	2,4	2,2	2,4	2,3	2,4	2,7	
Ψυχιατρικά	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη ανά ασθενή</b>							
Πανεπιστημιακά	424,1	306,9	242,5	216,8	196,1	169,7	-60,0%
Γενικά	254,8	197,0	154,9	143,6	134,7	127,1	-50,1%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	131,5	115,0	108,9	91,1	84,9	78,5	-40,3%
Παιδιατρικά	96,9	83,9	73,3	73,8	73,8	68,0	-29,8%
Μαιευτικά	44,7	41,2	43,8	42,9	40,4	40,7	-9,0%
Ογκολογικά	296,1	232,8	78,5	58,2	55,4	54,5	-81,6%
Ψυχιατρικά	8,7	6,5	6,6	6,0	6,5	5,4	-38,1%
Σύνολο	283,5	227,6	175,7	161,5	150,3	137,3	-51,6%
<b>Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
Πανεπιστημιακά	107,3	86,0	67,6	63,1	56,4	50,2	-53,2%
Γενικά	69,0	54,2	41,4	38,4	36,4	34,3	-50,3%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	19,7	16,2	22,8	20,4	19,1	16,9	-13,8%
Παιδιατρικά	29,4	27,7	27,1	28,1	27,7	24,7	-16,2%
Μαιευτικά	13,3	10,6	8,5	11,1	12,1	11,6	-13,0%
Ογκολογικά	40,1	32,2	25,8	21,5	21,7	22,1	-45,0%
Ψυχιατρικά	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	-34,8%
Σύνολο	66,8	55,1	44,1	41,8	39,5	36,2	-45,8%

Πίνακας 7.13: Δαπάνη για υγειονομικό υλικό κατά κατηγορία νοσοκομείου

Κατηγορία νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή (%) 2010-5
<b>Δαπάνες σε εκατ. ευρώ</b>							
Πανεπιστημιακά	28,1	19,9	14,2	12,1	12,2	12,7	-54,6%
Γενικά	106,9	60,5	46,0	46,4	46,2	43,3	-59,5%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	2,9	0,9	0,6	0,7	0,6	0,5	-82,8%
Παιδιατρικά	1,4	0,9	0,5	0,7	0,7	0,5	-66,0%
Ογκολογικά	6,2	4,0	3,9	3,8	3,9	4,2	-32,6%
Σύνολο	145,4	86,1	65,3	63,7	63,6	61,2	-57,9%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
Πανεπιστημιακά	19,3	23,1	21,8	19,0	19,2	20,8	
Γενικά	73,5	70,3	70,4	72,8	72,6	70,8	
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	2,0	1,0	1,0	1,1	1,0	0,8	
Παιδιατρικά	0,9	1,0	0,8	1,2	1,2	0,8	
Ογκολογικά	4,3	4,6	6,0	6,0	6,1	6,9	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη ανά ασθενή</b>							
Πανεπιστημιακά	50,6	32,5	23,7	20,2	20,6	21,3	-57,9%
Γενικά	83,4	45,0	34,0	35,1	35,6	34,0	-59,3%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	65,4	18,2	15,8	17,4	16,6	14,1	-78,4%
Παιδιατρικά	14,4	9,2	5,8	8,0	7,9	5,3	-63,0%
Ογκολογικά	131,4	81,7	31,1	26,0	26,2	28,2	-78,5%
Σύνολο	69,6	38,8	28,6	28,0	28,4	27,7	-60,3%
<b>Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
Πανεπιστημιακά	12,8	9,1	6,6	5,9	5,9	6,3	-50,7%
Γενικά	22,6	12,4	9,1	9,4	9,6	9,2	-59,4%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	9,8	2,6	3,3	3,9	3,7	3,0	-68,9%
Παιδιατρικά	4,4	3,0	2,2	3,0	3,0	1,9	-55,9%
Ογκολογικά	17,8	11,3	10,2	9,6	10,2	11,4	-35,8%
Σύνολο	16,4	9,4	7,2	7,3	7,5	7,3	-55,6%

**Πίνακας 7.14: Δαπάνη για ορθοπαιδικό υλικό κατά κατηγορία νοσοκομείου**

Κατηγορία νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή (%) 2010-5
<b>Δαπάνες σε εκατ. ευρώ</b>							
Πανεπιστημιακά	70,7	53,2	46,4	43,2	39,4	38,6	-45,4%
Γενικά	127,2	112,5	101,6	95,3	91,4	83,2	-34,6%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	3,5	3,2	2,6	2,6	2,2	2,2	-36,8%
Παιδιατρικά	8,9	7,5	5,8	6,2	5,7	5,0	-44,2%
Μαιευτικά	1,9	1,5	1,2	1,3	1,2	1,1	-44,8%
Ογκολογικά	10,0	7,4	7,8	7,5	7,1	7,2	-28,4%
Ψυχιατρικά	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	-34,0%
Σύνολο	223,0	187,2	167,3	157,9	148,9	138,6	-37,8%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
Πανεπιστημιακά	31,7	28,4	27,8	27,4	26,5	27,8	
Γενικά	57,0	60,1	60,8	60,4	61,4	60,0	
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5	1,6	
Παιδιατρικά	4,0	4,0	3,5	3,9	3,9	3,6	
Μαιευτικά	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	
Ογκολογικά	4,5	4,0	4,7	4,7	4,8	5,2	
Ψυχιατρικά	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη ανά ασθενή</b>							
Πανεπιστημιακά	127,6	87,1	77,4	72,0	66,3	64,7	-49,3%
Γενικά	99,3	83,7	75,1	72,1	70,5	65,2	-34,4%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	78,7	68,6	64,4	65,4	60,8	62,1	-21,0%
Παιδιατρικά	93,5	77,6	63,1	66,2	62,2	56,6	-39,4%
Μαιευτικά	66,9	56,6	60,7	59,6	55,9	53,3	-20,3%
Ογκολογικά	211,2	152,4	62,7	51,2	47,9	48,2	-77,2%
Ψυχιατρικά	22,1	16,3	15,4	15,7	15,6	15,9	-28,0%
Σύνολο	106,8	84,4	73,2	69,4	66,5	62,7	-41,3%
<b>Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
Πανεπιστημιακά	32,3	24,4	21,6	20,9	19,1	19,1	-40,7%
Γενικά	26,9	23,0	20,1	19,3	19,1	17,6	-34,6%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	11,8	9,7	13,5	14,6	13,7	13,4	14,1%
Παιδιατρικά	28,4	25,6	23,3	25,2	23,4	20,5	-27,8%
Μαιευτικά	19,9	14,6	11,7	15,5	16,7	15,2	-23,8%
Ογκολογικά	28,6	21,1	20,6	18,9	18,7	19,5	-31,8%
Ψυχιατρικά	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	-24,1%
Σύνολο	25,1	20,4	18,4	18,0	17,5	16,5	-34,4%

Πίνακας 7.15: Δαπάνη για αντιδραστήρια κατά κατηγορία νοσοκομείου.

Κατηγορία νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή (%) 2010-5
<b>Δαπάνες σε εκατ. ευρώ</b>							
Πανεπιστημιακά	35,2	53,6	54,3	53,2	48,4	44,9	27,8%
Γενικά	87,5	124,8	128,3	115,4	109,0	90,8	3,8%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	4,0	5,9	4,7	4,0	4,2	3,3	-16,7%
Παιδιατρικά	3,2	5,2	5,1	4,8	4,3	3,9	23,5%
Μαιευτικά	0,9	1,3	1,3	0,8	0,7	0,6	-28,0%
Ογκολογικά	4,4	6,2	6,0	5,5	5,6	5,6	26,3%
Ψυχιατρικά	7,6	8,7	7,1	6,4	5,7	5,4	-29,4%
Σύνολο	143,8	206,7	207,5	190,9	178,8	155,6	8,2%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
Πανεπιστημιακά	24,4	26,0	26,1	27,9	27,1	28,9	
Γενικά	60,8	60,4	61,8	60,4	61,0	58,4	
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	2,8	2,8	2,3	2,1	2,3	2,1	
Παιδιατρικά	2,2	2,5	2,4	2,5	2,4	2,5	
Μαιευτικά	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	
Ογκολογικά	3,1	3,0	2,9	2,9	3,1	3,6	
Ψυχιατρικά	5,3	4,2	3,4	3,3	3,2	3,5	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη ανά ασθενή</b>							
Πανεπιστημιακά	63,5	87,8	90,4	88,5	81,4	75,3	18,7%
Γενικά	68,3	92,9	94,7	87,3	84,0	71,2	4,2%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	90,5	124,3	114,6	101,0	114,3	94,2	4,1%
Παιδιατρικά	33,3	53,3	54,6	51,6	46,8	44,6	34,1%
Μαιευτικά	30,7	45,7	64,2	36,6	30,0	31,8	3,9%
Ογκολογικά	93,3	127,0	47,6	37,4	38,0	37,6	-59,7%
Ψυχιατρικά	201,4	196,0	176,5	168,3	160,9	155,2	-23,0%
Σύνολο	68,9	93,2	90,8	84,0	79,9	70,3	2,1%
<b>Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
Πανεπιστημιακά	16,1	24,6	25,2	25,8	23,4	22,3	39,0%
Γενικά	18,5	25,6	25,3	23,4	22,7	19,2	3,9%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	13,5	17,5	24,0	22,6	25,7	20,3	50,4%
Παιδιατρικά	10,1	17,6	20,2	19,6	17,6	16,2	59,9%
Μαιευτικά	9,1	11,8	12,4	9,5	9,0	9,1	-0,7%
Ογκολογικά	12,6	17,6	15,7	13,8	14,9	15,2	20,3%
Ψυχιατρικά	8,5	8,5	7,8	7,6	7,3	6,9	-18,8%
Σύνολο	16,2	22,5	22,8	21,7	21,0	18,5	14,2%

Πίνακας 7.16: Δαπάνη για λοιπά αναλώσιμα κατά κατηγορία νοσοκομείου.

Κατηγορία νοσοκομείου	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Μεταβολή (%) 2010-5
<b>Δαπάνες σε εκατ. ευρώ</b>							
Πανεπιστημιακά	88,7	159,4	159,7	149,7	148,5	149,4	68,4%
Γενικά	223,7	322,4	318,7	267,0	271,3	274,3	22,6%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	8,6	13,2	10,4	8,5	9,5	11,9	38,4%
Παιδιατρικά	14,1	22,9	22,3	19,7	19,7	18,9	34,0%
Μαιευτικά	4,4	6,3	6,5	5,0	5,1	5,5	25,4%
Ογκολογικά	16,5	22,7	23,3	22,7	22,1	32,0	94,7%
Ψυχιατρικά	16,8	19,6	16,3	16,9	14,2	17,2	2,3%
Σύνολο	418,4	614,3	599,0	531,3	531,3	547,2	30,8%
<b>Ποσοστό (%)</b>							
Πανεπιστημιακά	21,2	26,0	26,7	28,2	27,9	27,3	
Γενικά	53,5	52,5	53,2	50,2	51,1	50,1	
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	2,1	2,1	1,7	1,6	1,8	2,2	
Παιδιατρικά	3,4	3,7	3,7	3,7	3,7	3,4	
Μαιευτικά	1,1	1,0	1,1	0,9	1,0	1,0	
Ογκολογικά	3,9	3,7	3,9	4,3	4,2	5,9	
Ψυχιατρικά	4,0	3,2	2,7	3,2	2,7	3,1	
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<b>Δαπάνη ανά ασθενή</b>							
Πανεπιστημιακά	160,2	261,1	266,0	249,1	249,7	250,6	56,4%
Γενικά	174,7	240,0	235,4	201,9	209,2	215,0	23,1%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	194,5	279,6	255,5	216,1	259,4	336,6	73,1%
Παιδιατρικά	148,2	236,2	240,2	212,0	212,6	215,6	45,5%
Μαιευτικά	153,5	229,0	321,5	233,0	230,7	278,0	81,1%
Ογκολογικά	347,8	466,2	186,2	155,3	148,9	215,7	-38,0%
Ψυχιατρικά	442,1	442,7	405,4	446,6	404,7	493,0	11,5%
Σύνολο	200,4	276,9	262,1	233,7	237,4	247,4	23,5%
<b>Δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας</b>							
Πανεπιστημιακά	40,5	73,2	74,1	72,5	71,9	74,2	83,2%
Γενικά	47,3	66,0	62,9	54,0	56,6	58,1	22,7%
Γεν.Νοσ.- Κ.Υ.	29,1	39,4	53,6	48,3	58,3	72,7	150,0%
Παιδιατρικά	45,0	77,9	88,8	80,6	79,9	78,2	73,6%
Μαιευτικά	45,7	59,0	62,1	60,3	68,9	79,1	73,1%
Ογκολογικά	47,1	64,5	61,2	57,3	58,3	87,3	85,4%
Ψυχιατρικά	18,8	19,3	17,8	20,1	18,5	22,0	17,5%
Σύνολο	47,2	67,0	65,8	60,5	62,3	65,2	38,1%

Πίνακας 7.17: Δαπάνη για υπηρεσίες κατά κατηγορία νοσοκομείου.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.