

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Π.Μ.Σ. «ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: «ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Μια κριτική ανάλυση των δημοσίων δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα
πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας**

Ντεμερούκα Γεωργία

A.M.: 0821M022

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής

Επιβλέπων: Σιουρούνης Γρηγόριος

Στοφόρος Χρυσόστομος

Κεραμίδου Ιωάννα

Πειραιάς, 2023

Δήλωση για Copyright: Δηλώνω ότι η εργασία είναι προϊόν αποκλειστικά προσωπικής εργασίας και έχει γίνει σαφής αναφορά σε δουλειά τρίτων.



DEPARTMENT OF ECONOMIC AND REGIONAL DEVELOPMENT

MASTER'S PROGRAM

in APPLIED ECONOMICS AND MANAGEMENT

MASTER THESIS

**A critical analysis of public health expenditure in Greece before and during
the pandemic**

Ntemerouka Georgia

A.M.: 0821M022

Members of the committee

Supervisor: Siourounis Grigorios

Stoforos Chrysostomos

Keramidou Ioanna

Piraeus, Greece, 2023

«Οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί ή ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση του ανθρώπου από άνθρωπο»

- Σπυρίδων Δοξιάδης -

Στην οικογένειά μου

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Γρηγόριο Σιουρούνη για την για την υποστήριξη που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την απλόχερη υποστήριξη το χρονικό διάστημα των σπουδών μου και όλους όσους στήριξαν την προσπάθειά μου αυτή.

Περίληψη

Οι κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές που σημειώθηκαν στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχουν επηρεάσει σημαντικά το περιβάλλον του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Σε ένα δυναμικά μεταβαλλόμενο περιβάλλον, η προβολή της υγείας ως καίριου παράγοντα της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους των κρατών που εξυπηρετούν την κοινωνία σωστά. Ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους πλέον σημαντικούς τομείς, με την κοινωνική του διάσταση να παρέχει το δικαίωμα σε όλους τους πολίτες να έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας.

Η πανδημία του COVID-19 είχε σημαντικές συνέπειες τόσο στην αύξηση των δαπανών για την οικονομία όσο και για την υγεία. Στον τομέα της υγείας, δημιουργήθηκε μια σειρά νέων άμεσων και έμμεσων δαπανών, που σχετίζεται με τη θεραπεία και τη διαχείριση ασθενών με COVID-19 και την κλιμάκωση της ικανότητας θεραπείας. Ταυτόχρονα, τα μέτρα lockdown και οι περιορισμοί στην οικονομική δραστηριότητα προκάλεσαν πτώση του ΑΕΠ, όπως και σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ. Στην Ελλάδα η έλευση της πανδημίας βρήκε το σύστημα υγείας σε ένα επίπεδο μετά από πολλές περικοπές των δαπανών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει τις επιπτώσεις που επέφερε η πανδημία στον τομέα της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της Ελλάδας. Η εξάπλωση του ιού SARS-COV-2 επηρέασε σχεδόν σε όλες τις οικονομικές πτυχές παγκοσμίως και προκειμένου να αποτυπωθεί το μέγεθος της επίδρασης στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά στοιχεία από το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ. Για την κατανόηση των δεδομένων και την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων βάσει των διαθέσιμων στοιχείων επιχειρήθηκε η συγκριτική αντιπαράθεση των δαπανών υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2008, την περίοδο 2009-2019 και τα έτη 2020-2023 και η αποτύπωσή τους σε γραφήματα και πίνακες. Επίσης, η βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριλάμβανε και την παράθεση άρθρων από το διεθνές προσκήνιο. Έγινε καταγραφή και κατηγοριοποίηση των μέσων που χρηματοδοτήθηκαν ως δαπάνες υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας στην Ελλάδα, παρατέθηκε η τάση των δαπανών για το 2023 και μελετήθηκε και εκτιμήθηκε η πορεία της χρηματοδότησης στην Ελλάδα την περίοδο 2020-2023. Τέλος, επιχειρήθηκε μία πρόβλεψη της μελλοντικής πορείας των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη.

Λέξεις κλειδιά: Πανδημία, COVID-19, δαπάνες για την υγεία, Ελλάδα

Abstract

The social and economic changes that have occurred in Greece in recent years have significantly affected the environment of the health care system. In a dynamically changing environment, promoting health as a key factor in social and economic development should be one of the main goals of states that serve society properly. The healthcare sector is one of the most important sectors, with its social dimension providing the right for all citizens to have access to the healthcare system.

The COVID-19 pandemic has had significant consequences for both economic and health spending growth. In the healthcare sector, a number of new direct and indirect costs were created, related to the treatment and management of COVID-19 patients and the scaling up of treatment capacity. At the same time, lockdown measures and restrictions on economic activity caused a drop in GDP, as in almost all EU countries. In Greece, the advent of the pandemic found the healthcare system at a standstill after many cuts in healthcare spending.

The purpose of this paper is to study the effects of the pandemic on the financing of the Greek healthcare system. The spread of the SARS-COV-2 virus affected almost all economic aspects worldwide and in order to capture the magnitude of the impact on healthcare financing, statistics from ELSTAT's Health Accounts System were used. In order to understand the data and safely draw conclusions based on the available data, an attempt was made to compare the healthcare costs during the financial crisis of 2008, the period 2009-2019 and the years 2020-2023 and to display them in graphs and tables. Also, the bibliographic review included the citation of articles from the international scene. The means financed as health expenditure during the pandemic in Greece were recorded and categorized, the expenditure trend for 2023 was listed and the course of funding in Greece during the period 2020-2023 was studied and assessed. Finally, a prediction of the future course of healthcare expenditures was attempted.

Keywords: Pandemic, COVID-19, healthcare expenditure, Greece

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	7
Abstract	8
Κατάλογος Πινάκων	12
Κατάλογος Γραφημάτων	13
Κατάλογος Διαγραμμάτων	14
Εισαγωγή	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	18
1.2 Εισαγωγή	18
1.2 Ιστορική Αναδρομή	21
1.3 Εξέλιξη - Χρηματοδότηση	23
1.4 Οικονομική κρίση και Εθνικό Σύστημα Υγείας	25
1.4.1 Οικονομική κρίση στην ΕΕ και στην Ελλάδα	25
1.4.2 Τα μνημόνια συνεργασίας	26
1.4.3 Μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	30
2.1 Ορισμός δαπάνης υγείας, μέτρηση και κατηγοριοποιήσεις	30
2.2 Παράγοντες που προσδιορίζουν τη Δαπάνη Υγείας	33
2.3 Σύστημα Λογαριασμών Υγείας - Σ.Λ.Υ. (System of Health Accounts- S.H.A.)	34
2.4 Κατανομή χρηματοδοτικού βάρους υπηρεσιών υγείας	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	38
3.1 Χρηματοδότηση των δαπανών υγείας	38
3.2 Φορείς χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα	39
3.2.1 Χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό	39
3.2.2 Χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση	40
3.2.3 Χρηματοδότηση από την ιδιωτική ασφάλιση	40
3.2.4 Ιδιωτικές δαπάνες	40

3.2.5 Λοιπές δαπάνες.....	40
3.3 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας κατά την πανδημία	41
3.3.1 Το Ταμείο Αλληλεγγύης.....	41
3.3.2 Ο Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας.....	42
3.3.3 Το Μέσο Στήριξης Έκτακτης Ανάγκης.....	45
3.3.4 Το πρόγραμμα EU4Health	47
3.3.5 Το αποθεματικό rescEU	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ.....	50
4.1 Παγκόσμια δαπάνη για την υγεία: άνοδος στις προκλήσεις της πανδημίας.....	50
4.2 Κατηγοριοποίηση δαπανών υγείας για την πανδημία	53
4.3 Πανδημία και δαπάνες υγείας στην Ελλάδα	53
4.4 Η εξέλιξη του Υγειονομικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	59
5.1. Στόχοι	59
5.2. Συμβολή στην έρευνα.....	59
5.3. Ερευνητικά ερωτήματα	59
5.4 Μεθοδολογία της έρευνας.....	60
5.4.1 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	60
5.4.2 Πηγές δεδομένων.....	61
5.4.3 Μέθοδος ανάλυσης.....	62
5.4.4 Περιορισμοί.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	63
6.1 Εξέλιξη των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση του 2008.....	63
6.2 Εξέλιξη των συνολικών, δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2019.....	65

6.2.1 Δημόσιες δαπάνες.....	65
6.2.2 Ιδιωτικές δαπάνες.....	73
6.2.3 Out-of-pocket payments	75
6.2.4 Εξέλιξη των δαπανών υγείας ως προς τη διάρθρωσή τους	78
6.3 Εξέλιξη των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας.....	82
6.3.1 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας.....	82
6.3.1.1 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2020	83
6.3.1.2 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2021	86
6.3.1.3 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2022	88
6.3.1.4 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2023	89
6.4 Άλλες δημόσιες δαπάνες που σχετίζονται με την πανδημία	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ	
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	94
7.1 Νέες προκλήσεις στα συστήματα υγείας.....	94
7.2 Η αύξηση των δαπανών για την υγεία και η σχέση της με τον πληθωρισμό	95
7.3 Ένα μάθημα από την πανδημία: ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας.....	96
7.4 Οι σημαντικές οικονομικές προκλήσεις στις χώρες του ΟΟΣΑ έχουν θέσει σε κίνδυνο τις επενδύσεις στην ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας.....	98
7.5 Αύξηση του κόστους εισροών για την παροχή υπηρεσιών υγείας.....	99
7.6 Αρνητικές επιπτώσεις στους προϋπολογισμούς για την υγεία λόγω υψηλότερου πληθωρισμού από τον αναμενόμενο	100
7.7 Επιλογές που παραμένουν ανοιχτές στις κυβερνήσεις για τη χρηματοδότηση μελλοντικών δαπανών για την υγεία.....	101
7.8 Προϋπολογισμός για την ανάκαμψη	101
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	106

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 5.1. Παρουσίαση και κωδικοποίηση δαπανών στα Δελτία Τύπου Λογαριασμών Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ	60
Πίνακας 6.1. Συνολικές δαπάνες υγείας (σε εκ. €) και ποσοστιαία συμμετοχή ανά χρηματοδοτικό φορέα (2009-2019)	65
Πίνακας 6.2. Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και τρέχουσες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (2009–2019)	66
Πίνακας 6.3. Δαπάνες υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές, συνολικές) ως ποσοστό του ΑΕΠ	75
Πίνακας 6.4. Δαπάνες υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές, out-of-pocket) ως % του ΑΕΠ	77
Πίνακας 6.5: Διάρθρωση δαπανών υγείας ανά αγαθό και υπηρεσία υγείας (σε εκ. €) 2009-2019	78
Πίνακας 6.6. Κρατικός Προϋπολογισμός, τακτικός & δημοσίων επενδύσεων, του Υπουργείου Υγείας την περίοδο 2019-2023.....	82
Πίνακας 6.7. Δαπάνες Υπουργείου Υγείας 2021 (Κρατικός Προϋπολογισμός 2021) ...	87
Πίνακας 6.8: Οικονομική ενίσχυση προς ΕΟΠΥΥ από Υπουργείο Υγείας (2021)	87
Πίνακας 6.9. Δαπάνες Υπουργείου Υγείας 2022 (Κρατικός Προϋπολογισμός 2022) ...	88
Πίνακας 6.10. Οικονομική ενίσχυση προς ΕΟΠΥΥ από Υπουργείο Υγείας (2022)	88
Πίνακας 6.11. Οικονομική ενίσχυση προς ΥΠΕ και ΕΚΑΒ από Υπουργείο Υγείας ...	89
Πίνακας 6.12. Λοιπές δαπάνες Υπουργείου Οικονομικών για έκτακτα μέτρα (2020) ..	90
Πίνακας 6.13. Λοιπές δαπάνες Υπουργείου Οικονομικών για έκτακτα μέτρα (2021) ..	91
Πίνακας 6.14. Λοιπές δαπάνες Υπουργείου Οικονομικών για έκτακτα μέτρα (2022) ..	92

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 6.1. Δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1988-2020	64
Γράφημα 6.2. Συνολικές δαπάνες υγείας (σε εκ. €) και ποσοστιαία συμμετοχή ανά χρηματοδοτικό φορέα (2009-2019)	66
Γράφημα 6.3. Δαπάνες υγείας ανά είδος χρηματοδότησης, 2019 (ή το πλησιέστερο έτος)	67
Γράφημα 6.4. Συνολικές δημόσιες δαπάνες (γενικής κυβέρνησης και ΟΚΑ) ως % ΑΕΠ, Ελλάδα-ΟΟΣΑ (2009-2019)	68
Γράφημα 6.5. Συνολικές δημόσιες δαπάνες (γενικής κυβέρνησης και ΟΚΑ) ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, Ελλάδα-ΟΟΣΑ-ΕΕ (2009-2019)	69
Γράφημα 6.6. Συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ, Ελλάδα-ΕΕ (2009-2019) ...	70
Γράφημα 6.7. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και την ΕΕ	71
Γράφημα 6.8. Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) 2009–2019	71
Γράφημα 6.9. Συνολικές κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες (Γενικής Κυβέρνησης και ΟΚΑ) (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$), 2009–2019	72
Γράφημα 6.10. Δαπάνες υγείας (2009-2019) ως ποσοστό του ΑΕΠ	74
Γράφημα 6.11. Ιδιωτικές δαπάνες υγείας (2009-2019) στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ ..	75
Γράφημα 6.12. Η εξέλιξη των πληρωμών out-of-pocket (OPP) στην Ελλάδα ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας (2009-2019)	76
Γράφημα 6.13. Ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket payments, OPP) ανά κάτοικο (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) 2009–2019	77
Γράφημα 6.14. Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία ανά είδος υπηρεσίας	79
Γράφημα 6.15. Δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα	79
Γράφημα 6.16. Δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και συμμετοχή βιομηχανίας (εξαιρ. συμμετοχής ασθενών)	80
Γράφημα 6.17. Δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη ως μερίδιο των συνολικών δαπανών, 2020 (ή το πλησιέστερο έτος).....	83
Γράφημα 6.18. Δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό των συνολικών δημόσιων δαπανών, 2015 και 2020 (ή το πλησιέστερο έτος).....	84

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 3.1. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας	39
Διάγραμμα 3.2. Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας	44
Διάγραμμα 3.3. Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (Ελλάδα)	45
Διάγραμμα 7.1. Ετήσιες μεταβολές στις τρέχουσες δαπάνες για την υγεία, σε ονομαστικούς όρους, σε σύγκριση με τον συνολικό πληθωρισμό, ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ	95
Διάγραμμα 7.2. Μεσοπρόθεσμες επιπτώσεις στις δαπάνες της επένδυσης σε πιο ανθεκτικά συστήματα υγείας	97
Διάγραμμα 7.3. Αύξηση του παγκόσμιου ΑΕΠ σε πραγματικούς όρους, %	98
Διάγραμμα 7.4. Δαπάνες ΕΕ 2021-2027	102

Εισαγωγή

Απαιτήθηκαν αιώνες κοινωνικής εξέλιξης και προόδου πριν δημιουργηθούν τα πρώτα οργανωμένα συστήματα υγείας. Από την αρχαιότητα, οι άνθρωποι προσπαθούσαν να ανακαλύψουν νέες μεθόδους για τη θεραπεία και την πρόληψη ανθρώπινων ασθενειών. Κατά τη διάρκεια της βιομηχανικής επανάστασης, αναδείχθηκε η σημασία της υγείας και της ευημερίας του πληθυσμού για την παραγωγικότητα και την οικονομία του κράτους, καθώς όσο υγιέστερος ήταν ο πληθυσμός, τόσο ισχυρότερο ήταν το κράτος και η οικονομία. Η επιστημονική έρευνα και η ανάπτυξη της επιστήμης κατά τον 18ο και 19ο αιώνα οδήγησαν σε βελτίωση των συστημάτων υγείας και στη δημιουργία φαρμακευτικών και ιατρικών υπηρεσιών που ήταν διαθέσιμες σε πρώιμα στάδια (Goodale & Godbey, 1988).

Σήμερα, υπάρχουν διαφορετικά συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, αν και στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) υπάρχουν νομικοί κανονισμοί και πρωτοβουλίες που έχουν επιτύχει συντονισμό στις πολιτικές υγείας. Παρόλα αυτά, ακόμη και ανάμεσα στα κράτη μέλη της ΕΕ, υπάρχουν διαφορές στους τρόπους που οργανώνονται οι ασφαλιστικές καλύψεις και οι υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό, καθώς και στην κουλτούρα που επηρεάζει το σύστημα υγείας (Mc Kee & Mossialos, 2002).

Οι διαφορές στα συστήματα υγείας διαθέτουν ιστορική, πολιτική και κοινωνική βάση. Τα παλαιότερα συστήματα υγείας καθόρισαν τη δομή τους σύμφωνα με τη συνολική διοίκηση του κράτους, ενώ τα σύγχρονα κράτη ακολουθούν συγκεκριμένα μοντέλα που εξελίσσονται ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητές τους (Zampieri, 2009). Για παράδειγμα, το ελληνικό σύστημα υγείας παρέχει δωρεάν περίθαλψη, με τους εργοδότες να πληρώνουν ένα ποσό που επενδύεται στην ασφάλιση των εργαζομένων και τους πολίτες να συνεισφέρουν ένα μικρό μέρος του μισθού τους (Kentikelenis et al, 2014).

Πριν από την οικονομική κρίση του 2009, η Ελλάδα είχε αρκετά εσωτερικά προβλήματα, όπως έλλειψη διαφάνειας και παραοικονομία, τα οποία αποτέλεσαν μεγάλες προκλήσεις για τη δημόσια διοίκηση. Αν και η ΕΕ παρενέβη με σκοπό να μειώσει τις δαπάνες και να αυξήσει την απόδοση, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παραμένει λιγότερο αποδοτικό, όπως θα αναλυθεί παρακάτω (Kentikelenis et al, 2014).

Με βάση μια πρώτη έρευνα της βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι ο ρόλος του κράτους στη χρηματοδότηση και υποστήριξη τουλάχιστον της βασικής υγειονομικής περίθαλψης έχει ουσιαστική σημασία στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, κάποια κράτη που αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα, εσωτερικά και εξωτερικά, δυσκολεύονται να

υποστηρίζουν επαρκώς τις πολιτικές υγείας και αντιμετωπίζουν προβλήματα στον τομέα της υγείας γενικότερα (Ifanti et al., 2013).

Πράγματι, η διαχείριση των οικονομικών στον τομέα της υγείας αποτέλεσε ένα απαιτητικό έργο, ιδίως στις περιοχές που επλήγησαν από την οικονομική κρίση. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν για να αντιμετωπιστεί η οικονομική κρίση, γνωστές ως «μέτρα λιτότητας», δεν πετυχαίνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Kentikelenis et al., 2014).

Πολλοί σύγχρονοι οικονομολόγοι, πολιτικοί επιστήμονες και γενικότερα πολλοί ερευνητές διαφόρων τομέων, έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα των δαπανών στον τομέα της υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία εξασφαλίζουν την παροχή του αγαθού «υγεία» στους πολίτες και κατά συνέπεια εξασφαλίζουν την ομαλή λειτουργία των θεσμών και την κοινωνική πρόοδο και ανάπτυξη. Μετά το 2009 και την οικονομική κρίση, σε κράτη όπως η Ελλάδα υπάρχουν δυσκολίες στην υλοποίηση ρεαλιστικών και αποτελεσματικών στρατηγικών για να διατηρηθεί ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης, ενώ παρατηρείται ταυτόχρονα μείωση της χρηματοδότησης για το συγκεκριμένο τομέα.

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2021α, 2021β), η πανδημία ανέδειξε, τις υποκείμενες αδυναμίες των συστημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ανεπαρκών δημοσίων δαπανών και επενδύσεων για την υγεία. Ειδικότερα, οι αδυναμίες αυτές ήταν εμφανείς κυρίως αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό σε δομές πρωτοβάθμιας υγείας και τις επενδύσεις σε υποδομές του συστήματος υγείας και κυρίως σε χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος και βιοτικού επιπέδου (WHO, 2021β).

Είναι σημαντικό να διερευνηθεί αν και σε ποιο βαθμό οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία διαφοροποιήθηκαν μετά την πανδημία, σε σχέση με τις δαπάνες πριν το ξέσπασμά της.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην εκτενή εξέταση, τόσο μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης όσο και μέσω ανάλυσης ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, τα ζητήματα που σχετίζονται με την εξέλιξη των δαπανών στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα τα χρόνια πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Με τη χρήση αξιόπιστων πηγών στατιστικών και δεδομένων, θα πραγματοποιηθεί μία αντιπαράθεση και παρουσίαση των ευρημάτων, με σκοπό να παρουσιαστεί μία συνολική εικόνα για τη διαχρονική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η βασική συμβολή αυτής της μελέτης είναι πως επιχειρεί μία εναλλακτική παρουσίαση και αποτίμηση των κύριων αιτιών εξέλιξης των δημοσίων δαπανών για την υγεία και του συστήματος υγείας στη χώρα, εξετάζοντας τις διάφορες ιστορικές, πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις.

Η εργασία είναι οργανωμένη σε επτά κεφάλαια που αναλύουν θέματα σχετικά με τις δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα και τη διαχρονική τους εξέλιξη.

Στο Κεφάλαιο 1 γίνεται εννοιολογική προσέγγιση και ιστορική αναδρομή που καλύπτει την περίοδο από την ίδρυση του σύγχρονου ελληνικού κράτους μέχρι τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας τη δεκαετία του 1980, και φυσικά και τις τελευταίες δύο δεκαετίες, από το 2000 και μετά, με έμφαση στην περίοδο 2009 έως 2019.

Στο Κεφάλαιο 2 γίνεται εννοιολογική προσέγγιση των δαπανών υγείας, αναλύονται οι κατηγορίες καθώς και οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας και γίνεται σύντομη ανάλυση του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (Σ.Λ.Υ.).

Στο Κεφάλαιο 3 αναλύονται οι πηγές χρηματοδότησης των δημόσιων δαπανών για υγειονομική περίθαλψη πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Στο Κεφάλαιο 4 γίνεται ανάλυση των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Στο Κεφάλαιο 5 αναλύονται οι στόχοι και η μεθοδολογία της έρευνας.

Στο Κεφάλαιο 6 παρατίθενται τα βασικά στοιχεία των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Ειδικότερα, αναλύονται οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, για τα χρόνια πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Εξετάζεται η σχέση πανδημίας με την υγεία, η κρίση που περνά το σύστημα, ο αντίκτυπος της πανδημίας σε όλα τα επίπεδα υγείας, το ελληνικό σύστημα υγείας και οι αδυναμίες του, η απειλή του συστήματος σε επίπεδο κοινωνικής αλληλεγγύης. Γίνεται καταγραφή της χρηματοδοτικής πορείας της υγειονομικής κρίσης, επεξήγηση βασικών οικονομικών όρων σχετικά με την υγεία και αναλυτική παρουσίαση των δεδομένων από την ΕΛΣΤΑΤ, καθώς και από φορείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως ο Ο.Ο.Σ.Α., μηχανισμοί και ταμεία.

Στο Κεφάλαιο 7 επιχειρείται μια εκτίμηση της μελλοντικής πορείας των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη.

Η εργασία κλείνει με παράθεση συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.2 Εισαγωγή

Η πολυδιάστατη έννοια της «υγείας» αναφέρεται συνήθως στην κατάσταση του σώματος και του πνεύματος ενός ατόμου. Ο ορισμός της ως «απουσία νόσου» δεν αντικατοπτρίζει πλήρως την έννοια της υγείας, καθώς αυτή περιλαμβάνει επίσης την κοινωνική ευεξία (Althubaiti, 2016). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας». Αυτός ο ορισμός φαίνεται να αντανakλά καλύτερα την έννοια της υγείας, διότι πολλοί εξωγενείς παράγοντες, (όπως η οικονομική, κοινωνική και περιβαλλοντική κατάσταση) επηρεάζουν την υγεία του ατόμου, ακόμη και αν είναι σωματικά υγιής (Bekemeier et al., 2015). Ένας άνθρωπος μπορεί να βρίσκεται σε άριστη σωματική κατάσταση, αλλά αν επηρεαστεί από εξωγενείς παράγοντες, τότε δε μπορεί να θεωρηθεί ότι βρίσκεται σε πλήρη ευεξία. Συνεπώς, ο άνθρωπος αυτός αντιμετωπίζει πρόβλημα στην «υγεία» του (Frank, et al., 2006).

Με αυτό τον τρόπο, η υγεία αποκτά την έννοια του αγαθού, που αποτελεί αξία και ουσία ή αντικείμενο αναγκαίο για το άτομο. Συνήθως, η ευθύνη για τη διασφάλιση της υγείας των πολιτών ανήκει στο κράτος. Αυτό ισχύει και για τα άλλα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και αγαθά, όπως η αξιοπρέπεια, η ελευθερία και η ασφάλεια (Frank, et al., 2006).

Αν και η διασφάλιση της υγείας των πολιτών είναι ευθύνη του κράτους, η υγεία στην πραγματικότητα είναι ένα προϊόν που πωλείται και αγοράζεται, καθώς απαιτούνται πόροι για να λειτουργήσει ένα σύστημα υγείας. Ωστόσο, αυτό δε σημαίνει ότι η ζωή του ασθενούς κοστολογείται (Gulliford, et al., 2002).

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά συστήματα υγείας παγκοσμίως, και ο βαθμός στον οποίο απαιτείται από τον ασθενή να πληρώσει για τις υπηρεσίες υγείας ποικίλλει σημαντικά. Για παράδειγμα, στο σύστημα υγείας του Καναδά, όλοι οι πολίτες έχουν δωρεάν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, πράγμα που σημαίνει ότι τα έξοδα για εξετάσεις, συνταγογραφήσεις και άλλες υπηρεσίες καλύπτονται πλήρως από το κράτος (Gulliford, et al., 2002). Αντίθετα, στις ΗΠΑ αυτά τα έξοδα καλύπτονται από τον ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, η υγεία αποτελεί προϊόν αγοραπωλησίας, αλλά στον Καναδά η υπηρεσία αγοράζεται από το κράτος και παρέχεται στον πολίτη, ενώ στις ΗΠΑ ο ίδιος ο πολίτης είναι ο αγοραστής (Wendt et al., 2009).

Τα δύο αυτά παραδείγματα αποτελούν ακραίες περιπτώσεις διαφορετικών συστημάτων υγείας. Η έννοια του «συστήματος υγείας» αναφέρεται στη συνολική λειτουργία

των επιμέρους τμημάτων που αποτελούν ένα σύστημα, με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας (Lu & Hsiao, 2003). Μέρη ενός συστήματος υγείας αποτελούν οι μονάδες υγείας, το προσωπικό, οι ασθενείς, η ηγεσία, τα οικονομικά τμήματα και άλλες συνιστώσες. Απλούστερα, το σύστημα υγείας είναι η κυβερνητική δομή που είναι υπεύθυνη για τη διασφάλιση του αγαθού της υγείας των πολιτών (Wendt, 2009).

Το σύστημα υγείας είναι ένα απαραίτητο τμήμα μιας οργανωμένης κοινωνίας, το οποίο αναλαμβάνει τη διαχείριση όλων των θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία των πολιτών, από τις απλές εξετάσεις και τους εμβολιασμούς μέχρι την αντιμετώπιση επιδημιών και πανδημιών. Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά, απαιτείται η δέσμευση πόρων, οι οποίοι καλύπτουν τα έξοδα λειτουργίας, τους μισθούς, τα έξοδα συντήρησης και άλλα έξοδα (Hassenteufel & Palier, 2007).

Τα οικονομικά κονδύλια που απαιτούνται για τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας ονομάζονται δαπάνες, καθώς αποτελούν έξοδα για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Οι δαπάνες μπορεί να είναι είτε δημόσιες είτε ιδιωτικές, ανάλογα με το υπάρχον σύστημα υγείας. Στην περίπτωση των δημοσίων συστημάτων υγείας, όπου το κράτος αναλαμβάνει πλήρως την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών, οι δαπάνες καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Μέσω των δαπανών αυτών, καλύπτονται πλήρως οι μισθοί των δημοσίων υγειονομικών παρόχων (ιατρών, νοσηλευτών κλπ.), τα έξοδα λειτουργίας των δημοσίων μονάδων υγείας (συντήρηση, επισκευές, εξοπλισμός, καθαρισμός, ηλεκτροδότηση κλπ.), καθώς και η χρηματοδότηση προγραμμάτων έρευνας και ανάπτυξης. Σε αυτή την περίπτωση, ο πολίτης δεν αναλαμβάνει οικονομική ευθύνη για οποιαδήποτε υγειονομική υπηρεσία (Xu, et al., 2007).

Στα κρατικά συστήματα υγείας υπάρχουν και ιδιωτικές μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Αν και οι μονάδες αυτές έχουν αναγνώριση από το κράτος, οι ασθενείς πληρώνουν για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από αυτές. Συνεπώς, η δαπάνη υγείας στην περίπτωση αυτή είναι ιδιωτική. Το ίδιο συμβαίνει και για μονάδες υγείας που λειτουργούν ως φιλανθρωπικό έργο ιδιωτών, όπου οι δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών είναι επίσης ιδιωτικές (Moran, 2000).

Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι τα τρία βασικά συστήματα υγείας είναι (Hassenteufel & Palier, 2007):

- Το Φιλελεύθερο
- Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (τύπου Bismark)
- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (τύπου Beveridge).

Τα τρία συστήματα υγείας διαφέρουν σε βασικό επίπεδο και καθένα από αυτά έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένα χαρακτηριστικά για κάθε ένα από αυτά:

➤ **Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας (Sultz & Young, 2006):**

- Παρέχονται υπηρεσίες υγείας μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών συστημάτων, άρα δεν έχουν όλοι οι πολίτες πρόσβαση σε αυτές.
- Τα κριτήρια λειτουργίας της αγοράς υγείας ορίζονται από το κράτος, αλλά αυτό δεν επεμβαίνει στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών (ασθενών) και παραγωγών (παρόχων υγείας).
- Υπάρχουν μεγάλες ανισότητες στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.
- Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς που επιλέγουν οι πολίτες.

➤ **Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (τύπου Bismark) (Hörl, De Alvaro, & Williams, 1999):**

- Υπάρχει καθολική κάλυψη για όλο τον πληθυσμό.
- Η χρηματοδότηση προέρχεται έμμεσα από τους πολίτες, μέσω των εργοδοτικών και εργατικών εισφορών που εισπράττονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες.
- Υπάρχει μεγάλη κρατική παρέμβαση στην ποιότητα και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας.
- Το σύστημα αποτελείται από ιδιωτικές και δημόσιες μονάδες υγείας, καθώς είναι μέρος ενός μικτού συστήματος.

➤ **Εθνικό Σύστημα Υγείας (τύπου Beveridge) (Beveridge) (Or, et al., 2010):**

- Η χρηματοδότηση παρέχεται άμεσα από το κράτος μέσω των φορολογικών εσόδων.
- Η κάλυψη είναι πλήρης για όλους τους πολίτες.
- Το σύστημα υγείας διακρίνεται σε τρία επίπεδα:

❶ **Πρωτοβάθμια περίθαλψη**, στην οποία περιλαμβάνονται οι πρώτες βοήθειες, η πρόληψη, η θεραπεία και η αποκατάσταση.

❷ **Δευτεροβάθμια περίθαλψη**, στην οποία περιλαμβάνονται πιο σύνθετες και χρονοβόρες εξετάσεις, ειδική αγωγή και θεραπεία.

❸ **Τριτοβάθμια περίθαλψη**, στην οποία περιλαμβάνεται η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Με τον όρο ασφάλιση αναφερόμαστε σε μια υπηρεσία που προσφέρεται είτε από το κράτος είτε από ιδιωτικές εταιρείες και η οποία καλύπτει τυχόν έκτακτες ανάγκες του ατόμου έναντι καταβολής ενός ανταλλάγματος. Κατά βάση, ο ασφαλισμένος πληρώνει ένα ποσό για την ασφάλισή του, έτσι ώστε ο ασφαλιστής να εξασφαλίσει την κάλυψη των αναγκών του σε περίπτωση κινδύνου (Xu, et al., 2007).

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Από την ίδρυση του Ελληνικού Κράτους και την πρώτη περίοδο της δημιουργίας του κρατικού μηχανισμού, είναι εμφανής μία προσπάθεια για την εισαγωγή εναλλακτικών ιδεών από αυτές που είχαν εφαρμοστεί στην Ευρώπη μέχρι τότε. Το ελληνικό κράτος δημιουργήθηκε βασιζόμενο στις ιδέες που προέκυψαν από τις επαναστατικές κινήσεις της Αμερικής και της Γαλλίας. Οι Αμερικανοί επαναστάτησαν για την επίτευξη της ανεξαρτησίας τους, ενώ οι Γάλλοι διεκδίκησαν τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Παρά την επιθυμία για κοινωνική πολιτική στα πρώτα χρόνια του ελληνικού κράτους, η ανάγκη για αύξηση της παραγωγής, τη σύσταση των κρατικών δομών και την αναδιοργάνωση του στρατού ήταν πιο επείγουσες ανάγκες για το κράτος (Ρούπας, 2010).

Το 1836 ήταν η πρώτη φορά που επιχειρήθηκε η εισαγωγή κοινωνικών θεσμών στο Ελληνικό κράτος με την ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (Ν.Α.Τ.). Η δημιουργία του Ν.Α.Τ. αποτελεί την αφετηρία του Ελληνικού Κράτους Πρόνοιας, του οποίου η πορεία μπορεί να χωριστεί σε πέντε στάδια (Βελονάκη & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2006).

• Πρώτο στάδιο (1836-1910):

Αυτή η φάση αποτελεί τις πρώτες προσπάθειες δημιουργίας κρατικών ασφαλιστικών οργανισμών στο Ελληνικό κράτος με το πρότυπο του Bismark. Πέρα από το Ν.Α.Τ., ιδρύθηκαν και άλλοι ασφαλιστικοί φορείς για διάφορους τομείς, ειδικά όμως για τα μέλη της επανάστασης και για τον ελληνικό στρατό που τότε είχε συσταθεί. Μεταξύ των ταμείων αυτών περιλαμβάνονται τα ταμεία των δικαστών, των χηρών και ορφανών των αξιωματικών του στρατού και των τραπεζικών υπαλλήλων που ιδρύθηκαν το 1851, το 1853 και το 1867 αντίστοιχα (Βελονάκη & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2006).

Οι σταδιακές κοινωνικές αλλαγές και η ανάπτυξη του βιομηχανικού τομέα έφεραν αυξημένες ανάγκες για ασφαλιστική κάλυψη, οδηγώντας στη δημιουργία νέων ασφαλιστικών ταμείων. Παρόλο που υπήρξαν κάποιες προσπάθειες από τον Ελευθέριο Βενιζέλο για τη δημιουργία ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα τύπου Beveridge, στην πραγματικότητα επικράτησε η άποψη της δημιουργίας αυτόνομων ασφαλιστικών φορέων (Σακελλαρόπουλος, 2008).

Επιπροσθέτως, ταυτόχρονα με την ανάπτυξη του ασφαλιστικού τομέα, αναπτύχθηκε και ο τομέας της υγείας. Αρχικά, δημιουργήθηκε η Ιατρική Σχολή των Αθηνών, και αργότερα κατασκευάστηκαν νοσοκομεία και μονάδες υγείας. Τέλος, στις αρχές του 20ού αιώνα ιδρύθηκαν ακόμα τρία ασφαλιστικά ταμεία: το Ταμείο Συντάξεων των Σιδηροδρομικών Πειραιώς-Αθηνών-Πελοποννήσου το 1907, που ασφάλιζε τους εργαζόμενους στους σιδηροδρόμους, ενώ το 1908 ιδρύθηκαν δύο ακόμα ταμεία για τους εργαζόμενους στους σιδηροδρόμους της Θεσσαλίας και της Βόρειας Ελλάδας (Μουζέλης & Παγουλάτος, 2003).

- **Δεύτερο στάδιο (1911-1944):**

Κατά τη διάρκεια συγκεκριμένης χρονικής περιόδου ψηφίζεται νόμος που αφορά τις ευθύνες για τα ατυχήματα στους εργαζόμενους (1915), ενώ το 1922 ψηφίζεται για πρώτη φορά νόμος που υποχρεώνει όλους τους εργαζόμενους να ασφαλιστούν. Πολλά νέα ασφαλιστικά ταμεία διαφόρων ειδικοτήτων ιδρύονται τα επόμενα χρόνια, με το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) που ιδρύθηκε το 1937, να είναι το πιο σημαντικό από αυτά. Πριν από τον πόλεμο, ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων είχε φτάσει τα 150, αλλά ήδη είχαν αρχίσει να παρατηρούνται τα πρώτα μειονεκτήματα του συστήματος. Εξαιτίας των οικονομικών δυσκολιών, τα ασφαλιστικά ταμεία αντιμετώπιζαν έλλειμμα, που επιδεινωνόταν λόγω της ανομίας και της φοροδιαφυγής (Μουζέλης & Παγουλάτος, 2003).

- **Τρίτο στάδιο (1944-1974):**

Τη χρονική αυτή περίοδο επεκτάθηκε ο θεσμός της δημόσιας ασφάλισης (Μουζέλης & Παγουλάτος, 2003). Η περίοδος αυτή σηματοδοτείται από τη δημιουργία του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων το 1961, μέσω της ψήφισης του νόμου 4169/1961. Ο νόμος αυτός παρείχε πλήρη ασφάλιση στους αγρότες χωρίς την απαίτηση καταβολής εισφορών (Υφαντόπουλος, 1990).

- **Τέταρτο στάδιο (1974-1989):**

Η χρονική περίοδος που ακολούθησε τη λήξη της Δικτατορίας, είναι η πιο σημαντική περίοδος στην ιστορία του θεσμού της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα. Κατά τη διάρκεια των ετών αυτών, η κοινωνική πολιτική των κυβερνήσεων επεκτάθηκε, με αποκορύφωση την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Η αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται συνιστά τον πυρήνα της επέκτασης αυτής (Κουμαριανός, 2017).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δημιουργήθηκε το 1983 από την κυβέρνηση ΠΑΣΟΚ αποτελώντας το σημαντικότερο βήμα για την ολοκλήρωση του θεσμού και την επέκταση του κράτους πρόνοιας, σύμφωνα με το νόμο 1397/1983. Αυτό ήταν το πρώτο βήμα προς τη μετάβαση από το σύστημα Bismark στο σύστημα Beveridge, καθώς πλέον επιτρεπόταν η

πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες από όλους τους πολίτες χωρίς εξαίρεση. Με αυτό τον τρόπο η Ελλάδα αναπτύσσει ένα μεικτό σύστημα υγείας που συνδυάζει στοιχεία από τους δύο τύπους, με την υγειονομική περίθαλψη να είναι καθολική, αλλά το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στις υγειονομικές δαπάνες να ποικίλλει ανάλογα με το ταμείο υγείας στο οποίο είναι ασφαλισμένοι (Kentikelenis et al., 2014).

- **Πέμπτο στάδιο (1990-σήμερα):**

Κατά τη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών, οι κυβερνήσεις στην Ελλάδα, λόγω των οικονομικών και κοινωνικών δυσκολιών που αντιμετώπισε η χώρα, διάνυσαν μια περίοδο αλλαγών και προκλήσεων, όπως η οικονομική κρίση του 2008, η προσφυγική κρίση της δεκαετίας του 2010 και η πανδημία του 2020-2023. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι κυβερνήσεις επικεντρώθηκαν στη βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας και της προστασίας των ευπαθών ομάδων.

Στην περίοδο 1990-2008, πραγματοποιήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις και προσπάθειες αντιμετώπισης των ελλειμμάτων των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα. Αυτά τα ελλείμματα οδήγησαν σε μεγάλες αλλαγές στο κοινωνικό κράτος, ιδίως μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2008 (Ifanti et al., 2013).

Η πανδημία είχε σημαντικές συνέπειες τόσο για την αύξηση των δαπανών για την οικονομία όσο και για την υγεία, με μια νέα σειρά άμεσων και έμμεσων δαπανών για τον τομέα της υγείας, που σχετίζεται με τη θεραπεία και τη διαχείριση ασθενών COVID-19 και την κλιμάκωση της ικανότητας θεραπείας. Ταυτόχρονα, τα μέτρα lockdown και οι περιορισμοί στην οικονομική δραστηριότητα προκάλεσαν πτώση του ΑΕΠ, όπως σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ (OECD, 2022).

1.3 Εξέλιξη - Χρηματοδότηση

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ως δαπάνες υγείας θεωρούνται τα έξοδα που καλύπτουν τις ανάγκες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, είτε αυτά προέρχονται από δημόσιους είτε από ιδιωτικούς πόρους. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι αρκετά περίπλοκη (Kaitelidou, et al., 2016).

Στην Ελλάδα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) που περιλαμβάνει τις δημόσιες μονάδες υγείας, χρηματοδοτείται ως ποσοστό του ΑΕΠ άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό. Όμως, τα έσοδα του Ε.Σ.Υ. περιλαμβάνουν επίσης τα ποσά που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία για την περίθαλψη των πολιτών. Αυτά τα χρήματα προέρχονται από τις ασφαλιστικές εισφορές των πολιτών, οπότε στην πραγματικότητα αυτό αποτελεί μια ιδιωτική δαπάνη (Grima et al., 2018).

Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένα σύστημα χρηματοδότησης που είναι μικτό, καθώς αποτελείται εν μέρει από δημόσιες και εν μέρει από ιδιωτικές δαπάνες. Οι ανάγκες των δημόσιων μονάδων υγείας καλύπτονται από τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και αναλύονται στις εξής κατηγορίες (Mossialos et al., 2005):

- Μισθοδοσία: Περιλαμβάνονται όλες οι δαπάνες που βαρύνουν τη μισθοδοσία του ιατρικού, νοσηλευτικού διοικητικού και επικουρικού προσωπικού που απασχολείται στις μονάδες υγείας.
- Έξοδα συντήρησης: Περιλαμβάνονται έξοδα που αφορούν τη συντήρηση κτιριακών εγκαταστάσεων, καθώς και τη συντήρηση εξοπλισμού.
- Κονδύλια για την κάλυψη λοιπών εξόδων.

Επειδή τα νοσοκομεία διατηρούν αποθεματικό και δε λειτουργούν με βάση τη ζήτηση και προσφορά, συνήθως αγοράζουν αναλώσιμα και φάρμακα με κρατικά κονδύλια και εν συνεχεία, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν το κόστος των υλικών που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με το ποσοστό κάλυψης του ασθενούς (Mossialos et al., 2005). Όταν εμφανίζεται έλλειμμα στα ασφαλιστικά ταμεία τα έσοδα των νοσοκομείων μειώνονται, αλλά προκειμένου να συνεχιστεί η λειτουργία τους, πρέπει να γίνεται αύξηση των κρατικών δαπανών (Υφαντόπουλος, 1990).

Στην Ελλάδα, οι δαπάνες για την υγεία συνδέονται με την οικονομική κατάσταση της χώρας και το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται γι' αυτό το σκοπό μεταβάλλεται ανάλογα. Με την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. το 1983, έγινε προσπάθεια για ένα ενοποιημένο, καθολικό και δωρεάν σύστημα υγείας. Παρόλα αυτά όμως, οι Έλληνες πολίτες εξακολουθούν να εισφέρουν μέρος των δαπανών μέσω των εργασιακών εισφορών. Αυτό οφείλεται στα ελλείμματα που παρουσίαζαν τα ταμεία υγείας στην περίοδο 1944-1983 και που δεν καλύφθηκαν ποτέ, προκαλώντας προβλήματα λειτουργίας στο σύστημα υγείας (Ifanti et al., 2013).

Αρχικά, οι εισφορές που καταβάλλονταν στα ασφαλιστικά ταμεία χρησιμοποιούνταν ως αποθεματικά για τα ίδια τα ταμεία. Ωστόσο, αργότερα αυτά τα χρήματα άρχισαν να χρησιμοποιούνται από τα ταμεία για την κάλυψη δαπανών και για επενδυτικούς σκοπούς. Με τον τρόπο αυτό, τα ελλείμματα αυξήθηκαν σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, κάτι που οδήγησε στη χρησιμοποίηση των σημερινών εισφορών για την κάλυψη συντάξεων και περίθαλψης ατόμων, των οποίων οι εισφορές είχαν ήδη χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν (Petmesidou & Guillén, 2008).

Επιπροσθέτως, η ύπαρξη ενός πολυετούς καθεστώτος ανομίας και «μαύρης εργασίας», αδήλωτης δηλαδή εργασίας, συνέβαλε στη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών

των ταμείων. Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, αυξήθηκαν τα κρατικά κονδύλια που προορίζονται για τα ασφαλιστικά ταμεία. Αυτή η αύξηση έγινε πρώτον με την αύξηση, ως ποσοστού του ΑΕΠ, του προϋπολογισμού των ασφαλιστικών ταμείων σε σχέση και δεύτερον, με την αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες (Tountas et al., 2005).

1.4 Οικονομική κρίση και Εθνικό Σύστημα Υγείας

1.4.1 Οικονομική κρίση στην ΕΕ και στην Ελλάδα

Η οικονομική ύφεση που έπληξε τις ΗΠΑ το 2008 θεωρείται η πιο σοβαρή κρίση παγκοσμίως στις τελευταίες δεκαετίες. Πολλοί αναλυτές έχουν συγκρίνει αυτή την κρίση με αυτή του 1929, η οποία οδήγησε στο ξέσπασμα του Β' Παγκοσμίου Πολέμου δέκα χρόνια αργότερα (Rose & Spiegel, 2010).

Η κρίση επεκτάθηκε στην Ευρώπη, όπου οι πιο ισχυρές οικονομίες πήραν άμεσα μέτρα προστασίας, αλλά οι πιο αδύναμες υπέστησαν σοβαρές επιπτώσεις. Οι ευρωπαϊκές χώρες που επλήγησαν περισσότερο ήταν οι χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα) (Bengtsson, 2011).

Η κρίση στην Ελλάδα ξεκίνησε με τη μείωση δανεισμού από τις τράπεζες προς τους καταναλωτές. Ταυτόχρονα, ανησυχώντας για την ανταπόκρισή τους στην κρίση, πολλές ελληνικές εταιρείες που δραστηριοποιούνταν και στο εξωτερικό ξεκίνησαν απολύσεις εργαζομένων (Karanikolos, et al., 2013).

Η κρίση στην ελληνική οικονομία προκάλεσε άμεσες επιπτώσεις, όπως την αύξηση της ανεργίας, τη μείωση των εσόδων και των επενδυτικών κεφαλαίων. Η κρίση οξύνθηκε από την απόφαση της ελληνικής ηγεσίας να κρύψει μέρος των χρεών του κράτους, που οδήγησε σε κατακόρυφη αύξηση των επιτοκίων των επενδυτικών ομολόγων. Η κυβέρνηση βρέθηκε ανίσχυρη να ανταπεξέλθει στην κρίση (Fountoulakis et al., 2012).

Κατά τη διάρκεια της κρίσης, τα ασφαλιστικά ταμεία αντιμετώπιζαν σημαντικά προβλήματα στην κάλυψη των οφειλών τους, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο πλήρους χρεοκοπίας. Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, πολλοί ιδιώτες ιατροί που είχαν προηγουμένως συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία αποφάσισαν να τις λύσουν, αναγκασμένοι από το φόβο της πιθανής κατάρρευσης του ασφαλιστικού συστήματος. Ως αποτέλεσμα, αυξήθηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, ενώ ταυτόχρονα μειώθηκε το μέγεθος της ελληνικής οικονομίας και συνακόλουθα το ΑΕΠ (Ifanti et al., 2013).

1.4.2 Τα μνημόνια συνεργασίας

Τα «μνημόνια συνεργασίας», γνωστά και ως «μνημόνια», είναι τα συμφωνητικά συνεργασίας μεταξύ της Ελλάδας, της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (Koukiadaki & Kretsos, 2012).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 είχε αρνητικές συνέπειες στην ελληνική οικονομία, με την ανάπτυξη μιας κρίσης χρέους να είναι μία από αυτές. Η αναθεώρηση του ελλείμματος από το 6% στο 15,7% του ΑΕΠ το 2009, αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα στη μείωση της αξιοπιστίας της χώρας. Ως αποτέλεσμα, οι διεθνείς οίκοι αξιολόγησης διατηρούσαν συνεχώς αρνητικές προβλέψεις για την ελληνική οικονομία, καθιστώντας τον δανεισμό από τις αγορές αδύνατο (Maresso et al, 2015), (Hardouvelis et al, 2018). Για να αποφευχθεί η χρεοκοπία, η ελληνική κυβέρνηση απευθύνθηκε στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) για δανεισμό, υπογράφοντας συνολικά τρία μνημόνια κατανόησης, τα οποία ανήλθαν συνολικά σε 326 δις € (110 δις € το 2010, 130 δις € το 2011 και 86 δις € το 2015). Ως αντάλλαγμα, η Ελλάδα δεσμεύτηκε να εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις που θα οδηγήσουν στην αναδιάρθρωση της οικονομίας και τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητάς της. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις περιλάμβαναν τη μείωση των δημόσιων δαπανών, κυρίως μέσω μειώσεων των μισθών και των συντάξεων και την αύξηση της φορολογίας.

Τα μνημόνια αποτελούσαν μια σειρά από όρους που είχαν ως στόχο τη μείωση του ελληνικού χρέους, την αποκατάσταση της οικονομικής κατάστασης και την παροχή οικονομικής βοήθειας στην Ελλάδα. Η περίοδος των μνημονίων, όπως αποκαλούν τη δεκαετία της οικονομικής κρίσης, ξεκίνησε το 2009 και ολοκληρώθηκε τον Αύγουστο του 2018.

1.4.3 Μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας

Η παγκόσμια οικονομική ύφεση επέφερε αρνητικές επιπτώσεις στη συμπεριφορά των Ευρωπαίων πολιτών όσον αφορά την υγεία. Στην Ελλάδα, αυτό έχει επηρεάσει τις πολιτικές λιτότητας που απορρέουν από τα μνημόνια, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση του Ε.Σ.Υ. το οποίο λόγω ελλιπούς χρηματοδότησης, ανισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κυρίως λόγω κακής οργάνωσης και έλλειψης συντονισμού σε εθνικό επίπεδο, αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα. Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία δημιουργούν αυξημένες πιέσεις στα οικονομικά των ασφαλιστικών ταμείων υγείας, καθώς και στα ιδρύματα υγείας που παρέχουν ιατρική περίθαλψη. Αυτά τα ιδρύματα ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση. Επιπλέον, οι ιδιωτικές επιχειρήσεις στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζουν προβλήματα

ρευστότητας και δυσκολίες στην εξυπηρέτηση των χρηματοπιστωτικών αναγκών (Appleby, 2008).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας προκαλεί κυρίως επιπλέον πίεση στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Έχει παρατηρηθεί ότι κατά τις περιόδους μειωμένου εισοδήματος και οικονομικών δυσκολιών για τους ασθενείς, αυτοί στρέφονται σε υπηρεσίες που καλύπτονται από ασφάλιση, αντί να επιβαρύνουν τα προσωπικά τους έξοδα για την υγειονομική φροντίδα τους (WHO, 2009).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, πράγματι παρατηρήθηκε αύξηση κατά 24% στις εισαγωγές ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία το 2010 σε σχέση με το 2009, καθώς και επιπλέον αύξηση 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 (Κυριόπουλος-Τσιάντου, 2010). Επιπρόσθετα, κατά τα έτη 2009-2010, παρατηρήθηκε αύξηση κατά 30% στις επισκέψεις των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και μείωση κατά 25-30% στη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος, 2011). Αυτό φυσικά συνεπάγεται περαιτέρω αύξηση των ελλειμμάτων των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας και των δημόσιων νοσοκομείων. Η έκταση του προβλήματος αποδεικνύεται και από την εμφάνιση δραστηριοτήτων παροχής υπηρεσιών υγείας από κοινωνικά ιατρεία, από φιλανθρωπικά σωματεία, την Εκκλησία, από Μ.Κ.Ο. και άλλους φορείς κοινωνικής προστασίας για τις πληθυσμιακά ευάλωτες ομάδες (όπως ανασφάλιστοι, άνεργοι κλπ) που έχουν πληγεί από την κρίση.

Η πολιτική των μνημονίων είχε αρνητικές επιπτώσεις στις δημόσιες δαπάνες υγείας, τη χρηματοδότηση και τη διαχείριση του υγειονομικού συστήματος, το προσωπικό στον τομέα της υγείας, τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τη φαρμακευτική αγορά και τη βιοϊατρική έρευνα, σύμφωνα με τη μελέτη των Simou E. και Koutsogeorgou E. (2014), σχετικά με τις επιπτώσεις της ελληνικής κρίσης στο σύστημα υγείας της χώρας (βιβλιογραφική έρευνα στην επιστημονική κοινότητα κατά τα έτη 2009-2013).

Οι πολιτικές που επιβλήθηκαν μέσω των μνημονίων επέφεραν **μεταρρυθμίσεις** στο σύστημα υγείας. Μερικές από τις μεταρρυθμίσεις κατά την περίοδο της κρίσης λόγω των μεγάλων περικοπών των δημοσίων δαπανών για την Υγεία ήταν οι εξής:

- ο μειώσεις των προσλήψεων υγειονομικού προσωπικού (και συνεπώς burn-out του υφισταμένου προσωπικού).
- ο μειώσεις των μισθών των ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας.
- ο εφαρμογή συστήματος αποζημίωσης μέσω κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου (Κ.Ε.Ν.) (προσαρμογή του διεθνούς όρου DRG/Diagnosis-Related Group που εφαρμόζεται στο εξωτερικό).

- ο περιορισμοί στις προμήθειες ιατρικών αναλωσίμων και πραγματοποίησή τους σε κεντρικό επίπεδο μέσω της *Επιτροπής Προμηθειών Υγείας*.
- ο περιορισμός των φαρμακευτικών δαπανών μέσω *clawback*¹ και *rebate*².
- ο προώθηση των γενόσημων φαρμάκων και θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την υποχρεωτική αναγραφή ασθενειών με βάση το σύστημα ICD-10.

Λόγω των μεταρρυθμίσεων αυτών υπήρξαν έντονες αντιδράσεις από τους προμηθευτές ιατρικών ειδών, αλλά κυρίως από τη φαρμακοβιομηχανία.

Άλλη μία σημαντική μεταρρύθμιση ήταν ο νόμος 4387/16 «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας» για τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συνταξιοδοτικού συστήματος που οδήγησε στη σύσταση του *Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.)*. Ο Ε.Φ.Κ.Α. προέκυψε από τη συγχώνευση των υφιστάμενων φορέων κοινωνικής ασφάλισης, με στόχο την κατάρτιση ενός ενιαίου κανονισμού ασφάλισης και παροχών, με ίσα δικαιώματα για όλους.

Ακολούθησε η πρώτη συγκροτημένη προσπάθεια εγκαθίδρυσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Μετά από πολλές μελέτες, επιθεωρήσεις και ατέρμονες προσπάθειες, καθώς και τα πορίσματα από ομάδες ειδικών, αναδείχθηκε η ανάγκη για την ύπαρξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η Π.Φ.Υ. είναι αναγκαία για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας και για την υποστήριξη του συστήματος "gate-keeping" προς τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη. Οι οικονομικές συγκυρίες και τα μέτρα εξορθολογισμού των δαπανών που επιβλήθηκαν από τους θεσμούς "άνοιξαν" τον δρόμο για την υλοποίηση της ανύπαρκτης μέχρι τότε Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με το νόμο 4486/17 «*Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*», συστάθηκε ο θεσμός των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.) ο οποίος βασιζόταν σε γενικούς ιατρούς, παθολόγους και παιδίατρους με συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς ως gate-keepers. Με βάση αυτό το νόμο, οι οικογενειακοί ιατροί αποτελούν την πιο κρίσιμη παράμετρο του νέου συστήματος Π.Φ.Υ. (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη) στη διαδικασία παραπομπής στη

¹ *clawback* είναι η επιστροφή χρηματικού ποσού από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς το δημόσιο, και συγκεκριμένα προς τον ΕΟΠΥΥ, το οποίο είναι ίσο με την ετήσια υπέρβαση του προκαταβολικά συμφωνημένου ορίου, πχ της δημόσιας εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, δηλαδή της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για φάρμακα των ασφαλισμένων του.

² *rebate* είναι η κάθε θεσμοθετημένη και ακούσια έκπτωση την οποία «δίνουν» οι ιδιώτες πάροχοι (πχ φαρμακοποιοί, γιατροί κ.λπ.) στον ΕΟΠΥΥ. Η έκπτωση συνήθως καταβάλλεται ανά μήνα ή ετησίως υπολογιζόμενη ανά μήνα.

δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη (νοσοκομεία). Στο ίδιο πλαίσιο, με στόχο την πρόληψη νοσημάτων, την προαγωγή της υγείας και σε πολύ μικρό βαθμό, την παροχή βασικών θεραπευτικών υπηρεσιών σε άτομα που δεν καλύπτονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ανασφάλιστοι), εντάσσεται, μέσω του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων – Προαγωγής Υγείας η ανάπτυξη των «ΚΕΠ Υγείας» (Κέντρα Πρόληψης για την Υγεία) σε κάθε Δήμο. Βέβαια, η αποτελεσματικότητα κάθε νέου θεσμού εξαρτάται από το πόσο η πολιτική ηγεσία τον υποστηρίζει και πόσο συνεχίζεται η συγκεκριμένη πολιτική υγείας.

Για τη μείωση των δαπανών υγείας, αποφασίστηκε η συγχώνευση ή το κλείσιμο κλινικών και μονάδων υγείας, η είσπραξη του εισιτηρίου για την προγραμματισμένη εισαγωγή εξωνοσοκομειακών ασθενών αυξήθηκε, ενώ ταυτόχρονα με το Ν.3918/2021 δημιουργήθηκε ο Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) στον οποίο ενσωματώθηκαν οι κλάδοι υγείας (πολυϊατρεία) των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ), με στόχο αργότερα να ενταχθούν σε αυτόν και άλλα ταμεία υγείας, συγκεντρώνοντας όλους τους πόρους υγείας. Θα μπορούσε με αυτό τον τρόπο να λειτουργήσει ως μονοψώνιο με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, προσφέροντας ομογενοποιημένες και ισότιμες παροχές στους ασφαλισμένους.

Αναπόφευκτα, με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ έγινε ενσωμάτωση των ελλειμμάτων των ταμείων που συγχωνεύθηκαν, τα οποία διευρύνθηκαν λόγω του χαμηλού ποσοστού κρατικής επιχορήγησης, της μείωσης των εισφορών λόγω της αύξησης του αριθμού των ανέργων και των νέων τιμών (Κ.Ε.Ν.) που επιβλήθηκαν για την αποζημίωση των νοσοκομείων για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων του (Σκρουμπέλος et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμός δαπάνης υγείας, μέτρηση και κατηγοριοποιήσεις

Ως Δαπάνη Υγείας αναφέρεται από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) το συνολικό ποσό που δαπανάται για την τελική παροχή υπηρεσιών και την κατανάλωση αγαθών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των επενδύσεων σε υγειονομικές υποδομές (OECD, 2023). Περιλαμβάνει τις δαπάνες από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές, συμπεριλαμβανομένων των νοικοκυριών, για ιατρικά αγαθά όπως φάρμακα και άλλες ιατρικές προμήθειες, καθώς επίσης και για υπηρεσίες θεραπείας, αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας, προγράμματα δημόσιας υγείας και πρόληψης, καθώς και για διοικητικές δαπάνες. Αυτός ο δείκτης υπολογίζεται ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) και ως κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (US dollars per capita, PPP) και η χρηματοδότησή του γίνεται από το δημόσιο, τον ιδιωτικό τομέα και με έξοδα που επιβαρύνουν άμεσα τους ασθενείς (out-of-pocket payments).

Η Παγκόσμια Τράπεζα (The World Bank) ορίζει τη Συνολική Δαπάνη Υγείας ως το σύνολο των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας, σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό. Περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας (προληπτική και θεραπευτική), δραστηριότητες οικογενειακού προγραμματισμού, διατροφικές παρεμβάσεις και έκτακτη βοήθεια για την υγεία. Ωστόσο, δεν περιλαμβάνει την παροχή νερού και διατροφής.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η Συνολική Δαπάνη Υγείας υπολογίζεται ως το σύνολο των δαπανών υγείας που πραγματοποιούνται από τη γενική κυβέρνηση και τον ιδιωτικό τομέα κατά τη διάρκεια ενός έτους, υπολογισμένο στο αντίστοιχο εθνικό νόμισμα σε τρέχουσες τιμές. Περιλαμβάνονται τα έξοδα που αφορούν τη φροντίδα υγείας, την αποκατάσταση ή τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και πληρώνονται είτε με χρήματα είτε με άλλου είδους παροχές (WHO, 2006).

Αναλυτικότερα, ο Π.Ο.Υ. κατηγοριοποιεί τις δαπάνες υγείας ως εξής:

1. **Δαπάνες Υγείας Γενικής Κυβέρνησης (General Government Expenditure on Health - GGHE):** είναι το σύνολο των δαπανών που πραγματοποιούν οι κρατικοί φορείς για την αγορά υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Αυτές οι δαπάνες περιλαμβάνουν τα έξοδα για την υγεία που πραγματοποιούνται σε όλα τα επίπεδα της κυβέρνησης, τα κοινωνικά ασφαλιστικά ταμεία και τις άμεσες δαπάνες των φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα και των δημοσίων εταιρειών. Οι δαπάνες αυτές αφορούν την τελική κατανάλωση, τις επιχορηγήσεις προς τους παραγωγούς και τα επιδόματα προς τα νοικοκυριά, κυρίως

αποζημιώσεις για την αγορά ιατρικών ειδών και φαρμάκων. Επίσης, περιλαμβάνονται τόσο οι περιοδικές όσο και οι επενδυτικές δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του έτους. Αυτές οι δαπάνες περιλαμβάνουν τη μεταφορά κεφαλαίων για επενδύσεις. Εκτός από τα εγχώρια κεφάλαια, περιλαμβάνουν και εξωτερικές πηγές, κυρίως χρηματοδοτήσεις που προήλθαν μέσω του κράτους ή δάνεια που διοχετεύθηκαν μέσω του κρατικού προϋπολογισμού.

2. **Δαπάνες Υγείας Κοινωνικής Ασφάλισης** (Social Security Expenditure on Health-SSHE): περιλαμβάνουν τις δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες υγείας που είναι υποχρεωτικές ελέγχονται από την κυβέρνηση. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται και συστήματα κοινωνικής ασφάλειας που προορίζονται για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως δημόσιοι υπάλληλοι.
3. **Δαπάνες Υγείας από Εξωτερικές Πηγές** (External Resources- ExtHE): περιλαμβάνονται όλα τα δάνεια και επιχορηγήσεις, οι οποίες προέρχονται είτε από το κράτος, είτε από ιδιωτικές οντότητες για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγείας, είτε σε μορφή χρημάτων είτε σε είδος.
4. **Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας** (Private Health Expenditure- PvtHE): περιλαμβάνουν το σύνολο των δαπανών υγείας των παρακάτω οντοτήτων:
 - **Προπληρωμένα προγράμματα κάλυψης δαπανών και ρυθμίσεις για την κάλυψη ορισμένων ασφαλιστικών κινδύνων** (Prepaid plans and risk-pooling arrangements- PrepaidHE): είναι οι δαπάνες για ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης που δεν υπόκεινται σε κρατικό έλεγχο όσον αφορά τα ασφάλιστρα και τους συμμετέχοντες προμηθευτές, αλλά λειτουργούν βάσει ευρέων κρατικών οδηγιών.
 - **Εταιρικές Δαπάνες Υγείας** (Firms' expenditure on health): είναι οι δαπάνες που πραγματοποιούν ιδιωτικές επιχειρήσεις για ιατρική περίθαλψη-φροντίδα και την προώθηση της υγείας των εργαζομένων τους, εκτός από τις ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλουν στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης ή άλλα προπληρωμένα προγράμματα
 - **Μη κερδοσκοπικά Ιδρύματα με υπηρεσίες κυρίως προς νοικοκυριά** (Non-profit institutions serving mainly households- NGO's): αφορούν τις δαπάνες των οντοτήτων που λειτουργούν υπό καθεστώς που απαγορεύει την απόκτηση κερδών. Περιλαμβάνουν επίσης χρηματοδότηση από εσωτερικές και εξωτερικές πηγές.
 - **«Εκτός Τσέπης» Δαπάνες Νοικοκυριών** (Household out-of-pocket spending-OOPs): αναφέρονται στις άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών, συμπεριλαμβάνοντας τα

φιλοδωρήματα και τις πληρωμές σε είδος που πραγματοποιούν προς ιατρούς (γνωστά ως «φακελάκια») και προς λοιπούς προμηθευτές (πχ για φάρμακα, ιατρικές συσκευές και άλλα αγαθά και υπηρεσίες. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει επίσης άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών προς δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και μη επιστρεπτές συμμετοχές στο κόστος (παρακρατήσεις, συνεισφορές και φόρους συναλλαγών).

5. Όσον αφορά την τελευταία κατηγορία, η έννοια του cost-sharing στον ασθενή αναφέρεται στην εφαρμογή μιας σειράς συγκεκριμένων πολιτικών που αφορούν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Συνήθως, αυτά τα μέτρα εφαρμόζονται εντός του πλαισίου της δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ή στο πλαίσιο ενός εθνικού συστήματος υγείας (Οικονόμου, 2013). Οι τρεις κυριότερες μορφές μηχανισμών που ενεργοποιούνται προκειμένου να γίνει cost-sharing στον ασθενή είναι:

- **Εκπτώσιμο ποσό:** είναι τα χρήματα που ο ασθενής πρέπει να καταβάλει ο ίδιος, πριν την ενεργοποίηση του ασφαλιστικού σχήματος που τον καλύπτει.
- **Συμμετοχή στο κόστος:** είναι ένα ποσοστιαίο ή πάγιο ποσό που θα πρέπει να καταβάλει ο δικαιούχος για κάθε υπηρεσία υγείας που χρησιμοποιεί.
- **Συνασφάλιση:** είναι ποσοστό επί της συνολικής χρέωσης μιας υπηρεσίας, το οποίο πρέπει να καταβληθεί από τον ασφαλισμένο. Όμως, είναι δύσκολο να καθοριστεί ο βαθμός συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος της υπηρεσίας και όπως φαίνεται δεν υπάρχει κάποιος που να έχει αρμοδιότητα να τον καθορίσει (Οικονόμου, 2013).

Όσον αφορά την **κατηγοριοποίηση** των δαπανών υγείας, υπάρχουν πολλές υποδιαιρέσεις στη διεθνή βιβλιογραφία. Μεταξύ αυτών βρίσκουμε την κατηγοριοποίηση των δαπανών υγείας με βάση τη φύση ή τον σκοπό που εξυπηρετούν. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, για παράδειγμα, οι τρεις βασικές κατηγορίες δαπανών είναι:

- οι ιατρικές δαπάνες, που περιλαμβάνουν τις αμοιβές των ιατρών, δαπάνες για εργαστηριακές αναλύσεις, δαπάνες για διάφορες θεραπείες, δαπάνες για επείγουσα μεταφορά ασθενών κλπ.
- οι νοσοκομειακές δαπάνες, που περιλαμβάνουν δαπάνες για νοσηλεία, δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις, επεμβάσεις, φάρμακα, εξωτερικά ιατρεία κλπ.
- οι δαπάνες για φαρμακευτικά αγαθά και άλλα προϊόντα, όπως οπτικά και ορθοπεδικά.

Για να αξιολογήσουμε τον συνολικό όγκο των δαπανών υγείας, πρέπει να λάβουμε υπόψη και άλλες κατηγορίες δαπανών, όπως τις δαπάνες για τις υγειονομικές υπηρεσίες του στρατού, τις δαπάνες για τη σχολική ιατρική, τις δαπάνες για την ιατρική της εργασίας, τις

δαπάνες κατάρτισης, πρόληψης, έρευνας, καθώς επίσης και τις λειτουργικές δαπάνες (Σούλης, 1998).

Υπάρχει δυσκολία στον ακριβή προσδιορισμό, την παρακολούθηση και τη μέτρηση των δαπανών υγείας μιας χώρας και έχει απασχοληθεί εκτενώς η διεθνής επιστημονική κοινότητα. Επιπροσθέτως, η δυσκολία στην εκτίμηση των συνολικών δαπανών υγείας σε κάθε χώρα επιδεινώνεται, καθώς δεν υπάρχει διαχωρισμός των δαπανών ανά επίπεδο φροντίδας υγείας. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν δυσκολίες στην προσπάθεια να περιγραφεί η πορεία ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, καθώς συχνά απαιτείται η συνδυασμένη χρήση ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του. Για να επιλυθούν τέτοια προβλήματα, αναπτύχθηκε το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, το οποίο θα περιγραφεί στη συνέχεια. Προτού όμως γίνει αναφορά σε αυτό, θα πρέπει να αναφερθούν εν συντομία οι παράγοντες που καθορίζουν τις δαπάνες στον τομέα της υγείας.

2.2 Παράγοντες που προσδιορίζουν τη Δαπάνη Υγείας

Σύμφωνα με μελέτη οικονομικών υγείας της Ε.Σ.Δ.Υ. (Οικονόμου και συν., Απρίλιος 2002), οι παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών είναι δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί. Στην Ελλάδα, η ηλικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα και το επίπεδο υγείας αναδύονται ως οι βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η αύξηση της ηλικίας και η επιδείνωση του επιπέδου υγείας συνδέονται με αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Όταν οι άνθρωποι γερνούν και αντιμετωπίζουν περισσότερες υγειονομικές προκλήσεις, είναι πιθανότερο να χρειάζονται συχνότερες επισκέψεις σε γιατρούς και νοσοκομεία, διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες. Αυτό οδηγεί σε αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη, η βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου και η αύξηση του εισοδήματος συνήθως συνδέονται με μειωμένη ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Όταν οι άνθρωποι έχουν υψηλότερη εκπαίδευση και αυξημένο εισόδημα, έχουν τη δυνατότητα να εφαρμόζουν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, να ασχολούνται προληπτικά με τη φροντίδα της υγείας τους και να αποκτούν πρόσβαση σε πληροφορίες και πόρους για την υγεία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των αναγκών τους για ιατρική περίθαλψη και συνεπώς σε μικρότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Baltagi και Moscone (2010), το εισόδημα αναγνωρίζεται ως ο πλέον καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τις δαπάνες υγείας και τις διαφοροποιεί ανά χώρα. Η ύπαρξη υψηλού εισοδήματος, δε σημαίνει απαραίτητα και καλό επίπεδο υγείας, καθώς η έννοια της υγείας αυτή καθαυτή είναι άνιση. Παρά το γεγονός ότι ένα υψηλό

εισόδημα μπορεί να παρέχει πρόσβαση σε περισσότερους πόρους για την υγεία, αυτό δεν εγγυάται αυτομάτως ένα καλό επίπεδο υγείας. Υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες, όπως η γενετική προδιάθεση, οι συνθήκες διαβίωσης, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η ποιότητα της φροντίδας που επηρεάζουν την υγεία ενός ατόμου (Getzen, 1997).

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας είναι:

- **Η ηλικιακή δομή του πληθυσμού:** οι πιο γερασμένες κοινωνίες συνήθως αντιμετωπίζουν υψηλότερες απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης λόγω της ανάγκης για χρόνια νοσήματα και φροντίδα σε ηλικιωμένες ομάδες
- **Το ποσοστό της δαπάνης που καλύπτεται από το κράτος:** σε ορισμένες χώρες, το κράτος παρέχει ευρεία κάλυψη υγείας και χρηματοδοτεί μεγάλο μέρος των δαπανών, ενώ σε άλλες οι ασφαλιστικές καλύψεις είναι περιορισμένες, και έτσι οι πολίτες αναγκάζονται να καλύπτουν μεγαλύτερο μέρος των δαπανών από την τσέπη τους
- **Η παραγωγικότητα του τομέα της υγείας:** αφορά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του τομέα υγείας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Όσο πιο παραγωγικός είναι ο τομέας, τόσο μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα επιτυγχάνεται με τις δαπάνες υγείας
- **Η τεχνολογική πρόοδος:** η χρήση εξειδικευμένου ιατρικού εξοπλισμού και οι δαπάνες για ιατροβιολογική έρευνα και ανάπτυξη μπορούν να βελτιώσουν την αναγνώριση, τη διάγνωση και τη θεραπεία των παθήσεων. Η εφαρμογή νέων τεχνολογιών στην ιατρική μπορεί να οδηγήσει σε ανώτερη ποιότητα περίθαλψης, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και μείωση της παιδικής θνησιμότητας. Ωστόσο, η χρήση νέων τεχνολογιών μπορεί επίσης να συνεπάγεται αυξημένες δαπάνες στον τομέα υγείας.

2.3 Σύστημα Λογαριασμών Υγείας - Σ.Λ.Υ. (System of Health Accounts- S.H.A.)

Ο Ο.Ο.Σ.Α., η Eurostat και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) σχεδίασαν ένα νέο σύστημα διεθνούς αναφοράς, καταγραφής, ταξινόμησης και σύγκρισης των δαπανών υγείας, με στόχο τη δημιουργία μιας ενοποιημένης κατηγοριοποίησης των δαπανών υγείας και τη δυνατότητα διεθνούς συγκρισιμότητας και ανάλυσης ομοειδών μεγεθών ανά χώρα και έτος. Στο πλαίσιο αυτό, θεσπίστηκε και αναθεωρήθηκε το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (System of Health Accounts- S.H.A., Ο.Ε.Κ.Δ. 2000 και 2011 αντιστοίχως). Με αυτό τον τρόπο καθίσταται δυνατή η ανάλυση και η κατανόηση των υγειονομικών δεικτών σε διεθνές επίπεδο μέσω της παρακολούθησης και καταγραφής όλων των ροών δαπανών ενός

συστήματος υγείας, σύμφωνα με διεθνή πρότυπα καταγραφής (International Classification of Health Accounts- I.C.H.A.) και τυποποιημένη μεθοδολογία και αφορούν:

- **στη χρηματοδότηση που καταβάλλουν οι φορείς προς τους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας:** Παρακολουθείται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός Ο.Κ.Α., Ο.Κ.Α., νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, λοιπές δαπάνες) προς τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (ιατρούς, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κλπ),
- **στη χρηματοδότηση ανά χρηματοδοτικό φορέα των υπηρεσιών υγείας:** Παρακολουθείται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ, Ο.Κ.Α., νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες) και λοιπές δαπάνες (Μ.Κ.Ο., Εκκλησία, κλπ) ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδονοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα, φαρμακευτικά και υγειονομικά προϊόντα, κλπ.),
- **στην κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα:** Εμφανίζεται η κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (νοσοκομεία, ιατροί, διαγνωστικά κέντρα κλπ) και ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα κλπ).

Με αυτό τον τρόπο γίνεται ομαδοποίηση των δαπανών ως προς τη χρηματοδότηση, την παραγωγή και την κατανάλωση. Σύμφωνα με την αναθεωρημένη έκδοση του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (S.H.A., 2011), όλες οι λειτουργίες του συστήματος υγείας, όπως η κυβέρνηση, η δημιουργία πόρων, η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών, μπορούν να συνδεθούν με το προαναφερθέν τρίπτυχο και να παρουσιαστούν με τη μορφή πινάκων. Αυτό επιτρέπει την ολοκληρωμένη καταγραφή και ανάλυση των δαπανών υγείας και την αντιστοίχισή τους σε συγκεκριμένες λειτουργίες του συστήματος υγείας. Με τη χρήση πινάκων, μπορούμε να παρουσιάσουμε ξεχωριστά τις δαπάνες για την κυβέρνηση, τη δημιουργία πόρων, τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών. Αυτό επιτρέπει την πιο λεπτομερή και διαφανή ανάλυση των δαπανών υγείας, καθώς και τη σύγκρισή τους μεταξύ διαφορετικών χωρών και χρονικών περιόδων.

Στόχος του Σ.Λ.Υ., όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, είναι να προσδιοριστεί ολόκληρο το φάσμα των υγειονομικών δαπανών, καθώς αυτή η πληροφορία είναι ουσιώδης για την αποτελεσματική διαμόρφωση δημόσιας πολιτικής στον τομέα της υγείας.

Ωστόσο, η Ελλάδα είναι η τελευταία από τις 35 χώρες που το έχουν εφαρμόσει. Να επισημάνουμε ότι υπεύθυνη για την κατάρτιση ετήσιων στοιχείων του Συστήματος

Λογαριασμών Υγείας είναι η ΕΛΣΤΑΤ, η οποία το Φεβρουάριο του 2013 δημοσιοποίησε για πρώτη φορά στατιστικά στοιχεία για τις Δαπάνες Υγείας σε εθνικό επίπεδο, με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) του Ο.Ο.Σ.Α., η οποία αφορούσε προσωρινές εκτιμήσεις για τις δαπάνες υγείας των ετών 2009-2011. Η ΕΛΣΤΑΤ εξακολούθησε να δημοσιεύει τα στοιχεία ΣΛΥ σε ετήσια βάση, εντός του πρώτου τριμήνου του μεθεπόμενου έτους από το έτος αναφοράς των στοιχείων, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα δημοσιεύσεων του Ο.Ο.Σ.Α. και της Eurostat. Οι πίνακες του Σ.Λ.Υ. καταρτίζονται βάσει των πρωτογενών δεδομένων που λαμβάνονται από τους αντίστοιχους χρηματοδοτικούς φορείς.

Έως το Μάρτιο του 2015, η αποστολή στους προαναφερθέντες οργανισμούς των δεδομένων της Ελλάδας γινόταν σε εθελοντική βάση. Ωστόσο, η παραγωγή και αποστολή των στοιχείων του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (Σ.Λ.Υ.) στη Eurostat και στους Διεθνείς Οργανισμούς (Ο.Ο.Σ.Α. & Π.Ο.Υ.) έγινε υποχρεωτική, σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, καθώς και τον αντίστοιχο Εφαρμοστικό Κανονισμό 359/2015.

2.4 Κατανομή χρηματοδοτικού βάρους υπηρεσιών υγείας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο Κεφάλαιο 1, το ελληνικό σύστημα υγείας, από πλευράς οργάνωσης και χρηματοδότησης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Σε ότι αφορά την προσφορά, το σύστημα οργανώνεται σύμφωνα με το μοντέλο του Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας που βρίσκονται σε διάφορες περιφέρειες και καλύπτουν περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού. Όσον αφορά τη ζήτηση, το σύστημα λειτουργεί με βάση το μοντέλο του Bismarck, με τα έσοδα να προέρχονται από τις εισφορές των εργαζομένων-εργοδοτών (εξαρτημένη εργασία) και των ιδίων των ασφαλισμένων (αυτοαπασχόληση) μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Στην ουσία, το σύστημα προσπαθεί να επιτύχει μια «ισορροπία» ανάμεσα στην ελεύθερη αγορά και τον κεντρικό προγραμματισμό. Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης για τις υπηρεσίες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) περιλαμβάνουν τον κρατικό προϋπολογισμό και τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης (ασφαλιστικά ταμεία και ταμεία υγείας που ελέγχονται από το κράτος). Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αποτελούν επίσης σημαντικό μέρος της χρηματοδότησης (Μωραΐτης, 2004).

Είναι λογικό να παρουσιάζονται αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες στον τομέα της υγείας, καθώς οι πολιτικές υγείας εξαρτώνται κυρίως από τον τρόπο με τον οποίο η υγεία αντιμετωπίζεται ως αγαθό: ως δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό. Οι κυβερνήσεις θεωρούν ότι έχουν υποχρέωση να παρεμβαίνουν στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, επειδή αυτή δε λειτουργεί

με τις ίδιες προϋποθέσεις με την ελεύθερη αγορά. Αυτό τους εμποδίζει να κατανέμουν τους πόρους στον τομέα της υγείας με τον «βέλτιστο» τρόπο για την κοινωνία, τόσο όσον αφορά την ποσότητα όσο και τη σύνθεσή τους (Arrow, 1963). Από την άλλη, υπάρχουν και οπαδοί της ελεύθερης αγοράς (Hayek, Buchanan, Friedman, Lees), οι οποίοι πιστεύουν ότι η ελεύθερη αγορά, λειτουργώντας χωρίς περιορισμούς από το κράτος, μπορεί να επιτύχει από μόνη της την ισορροπία μέσω του υγιούς ανταγωνισμού των επιχειρηματικών μονάδων (στην περίπτωση μας, μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας), χωρίς να εμπλέκεται η γραφειοκρατία και η ανελαστικότητα των κρατικών συστημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

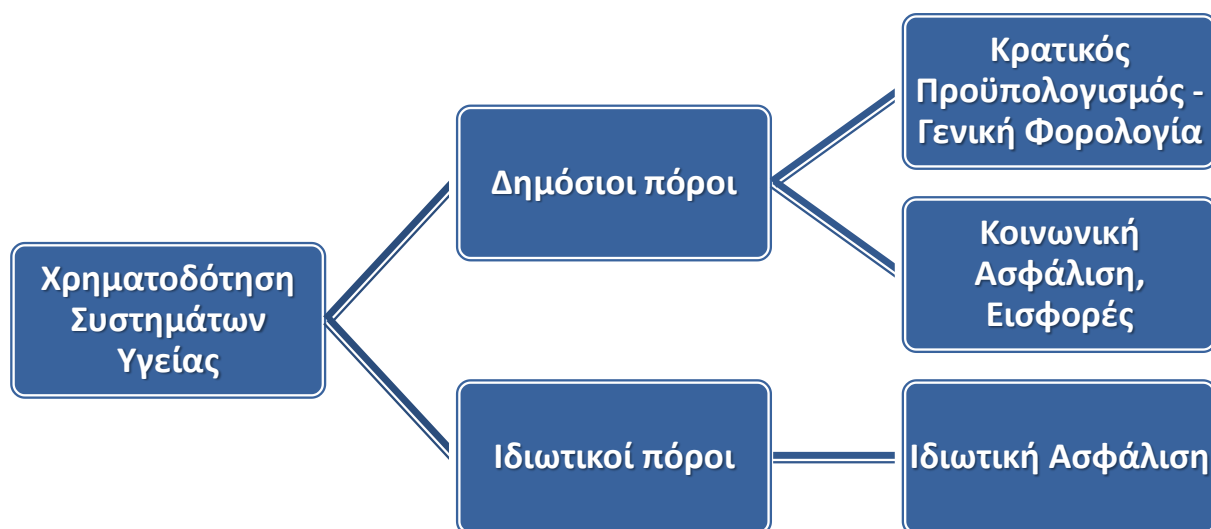
3.1 Χρηματοδότηση των δαπανών υγείας

Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, απαιτεί την ανεύρεση πόρων, οι οποίοι εξαρτώνται από τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες κάθε χώρας, καθώς και από τα κριτήρια κοινωνικής ανισότητας και αποτελεσματικότητας. Βασίζεται σε τρεις βασικές αρχές (Klein, 2012):

- την αρχή της μακροπρόθεσμης οικονομικής αποτελεσματικότητας, βάσει της οποίας οι δαπάνες για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνουν το όριο του εθνικού εισοδήματος, εκτός από τις περιπτώσεις που οι άλλοι πόροι δε μπορούν να επιτύχουν τα ίδια αποτελέσματα στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.
- την αρχή της οικονομικής αποδοτικότητας μικρής κλίμακας, η οποία αναφέρεται στον τρόπο χρήσης των πόρων για την εξασφάλιση των κατάλληλων οφελών με ισότιμο ή μικρότερο κόστος.
- την αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, η οποία αντιπροσωπεύει την ίση κατανομή της οικονομικής επιβάρυνσης στους ανθρώπους, με βάση το εισόδημα και αυτό είναι εφαρμόσιμο σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης της υγείας. Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των έντυπων συστημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, της παροχής ανθρώπινων πόρων και των επιπέδων οικονομικής, ανταγωνιστικής, τεχνολογικής και φαρμακευτικής ανάπτυξης σε κάθε χώρα. Οι αποφάσεις σχετικά με τη χρηματοδότηση της υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την αρχή της ισότητας και να εξασφαλίζουν ότι η οικονομική επιβάρυνση κατανέμεται με δίκαιο τρόπο μεταξύ όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως του εισοδήματός τους.

Η χρηματοδότηση της υγείας, όπως ήδη αναφέρθηκε, προέρχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους. Οι δημόσιοι πόροι προέρχονται από τις εισφορές των εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων, ενώ οι ιδιωτικοί πόροι προέρχονται από ιδιωτικές ασφαλίσεις, δωρεές και φιλανθρωπικές οργανώσεις. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ο διαχωρισμός των πόρων σε δημόσιους και ιδιωτικούς δεν σχετίζεται μόνο με τον διαχωρισμό των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά και με την κατάσταση ιδιοκτησίας τους (Haseltine, 2013).

Διάγραμμα 3.1: Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας



Πηγή: Haseltine, 2013

Το ποσοστό των δημόσιων ή ιδιωτικών πόρων που χρησιμοποιούνται για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που εφαρμόζεται. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, οι φόροι και οι προσευξήσεις καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος του κόστους (από 70% έως 90%), υπάρχει όμως και εξωτερική χρηματοδότηση από διάφορους οργανισμούς όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

3.2 Φορείς χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα

3.2.1 Χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται με διάφορους τρόπους. Σε ορισμένα συστήματα, η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι η γενική φορολογία, ενώ σε άλλα συστήματα η συμβολή από τους φόρους είναι χαμηλότερη. Ο κρατικός προϋπολογισμός χρηματοδοτεί τη λειτουργία των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά διαθέτει επίσης πόρους για την έρευνα, την εκπαίδευση και τη δημόσια υγεία. Το Υπουργείο Υγείας είναι συνήθως ο μεγαλύτερος χρηματοδότης του συστήματος υγείας, με άλλα υπουργεία να έχουν δευτερεύοντα ρόλο. Παρόλο που η χρηματοδότηση από το κράτος είναι περιορισμένη, αυτή η ανάλυση υποδηλώνει ότι υπάρχουν πόροι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση του συστήματος υγείας.

Για μια δεδομένη χρονική περίοδο, το έθνος ανέλαβε την ευθύνη να παράσχει βοήθεια σε φτωχούς, ανέργους και αναπήρους, και η κοινωνική ασφάλιση και η βοήθεια της εκκλησίας αποτέλεσαν τον κύριο τρόπο για να αντιμετωπιστούν αυτές οι ανάγκες. Καθώς πέρασε ο χρόνος, η οικονομία αναπτύχθηκε και οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκαν, με αποτέλεσμα το κράτος να αναλάβει έναν πιο σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (Fong, 2013).

3.2.2 Χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση

Από τον 16ο αιώνα υπάρχουν ταμεία κοινωνικών εισφορών. Η ισότητα και η κοινωνική αλληλεγγύη αποτελούν δύο βασικές αρχές του συστήματος, που διασφαλίζουν την ίση πρόσβαση όλων των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας και τη βοήθεια των υψηλόμισθων προς τα κατώτερα οικονομικά στρώματα. Η χρηματοδότηση αυτού του συστήματος βασίζεται αποκλειστικά σε εργοδότες και εργαζόμενους, μέσω υποχρεωτικών εισφορών, το ύψος των οποίων καθορίζεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες και το δημόσιο σε αναλογία με το μισθό του εργαζομένου (Deber, 2003).

3.2.3 Χρηματοδότηση από την ιδιωτική ασφάλιση

Από τη δεκαετία του 1960 και μετά, η ιδιωτική ασφάλιση έχει αποκτήσει μεγαλύτερο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε άλλα φιλελεύθερα συστήματα υγείας. Οι πόροι για αυτή την ασφάλιση προέρχονται είτε από τους εργαζόμενους είτε από τους εργοδότες που τους παρέχουν κάλυψη υγείας. Η παροχή ιατρικής περίθαλψης γίνεται από ασφαλιστικές εταιρείες που επιδιώκουν το μέγιστο κέρδος και στοχεύουν σε όλες τις κοινωνικές ομάδες.

3.2.4. Ιδιωτικές δαπάνες

Οι ιδιωτικές δαπάνες προέρχονται από τα εισοδήματα των νοικοκυριών και αντιπροσωπεύουν άμεσες πληρωμές που πραγματοποιούνται απευθείας από τους πολίτες (out-of-pocket payments).

3.2.5 Λοιπές δαπάνες

Είναι δαπάνες που προκύπτουν από άλλους οργανισμούς ή ιδιώτες, είτε είναι εγχώριοι είτε προέρχονται από το εξωτερικό (γνωστοί ως "Rest of the world financing schemes"), και συνήθως συμβάλλουν μέσω δωρεών και φιλανθρωπιών ή ως επιχορηγήσεις από επιχειρήσεις. Αφορούν δηλαδή δαπάνες μη κερδοσκοπικών οργανισμών, της Εκκλησίας, κυβερνήσεων, νοικοκυριών, επιχορηγήσεων από την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και εταιρικές ασφαλίσεις

για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που παρέχονται ως μέρος του συνολικού πακέτου αμοιβών στον εργαζόμενο.

3.3 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας κατά την πανδημία

Εξαιτίας της κοινωνικοοικονομικής κρίσης που προκλήθηκε από την πανδημία, η πολιτική συνοχής της ΕΕ ανέλαβε την πρωτοβουλία να αντιμετωπίσει τις αρνητικές συνέπειες που προκλήθηκαν. Η προσοχή επικεντρώθηκε στις κύριες επιπτώσεις στον τομέα της υγείας, ενώ η πολιτική συνοχής επένδυσε στην υγεία προκειμένου να μειωθούν οι οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες. Από το 2020 και μετά, τα προγράμματα πολιτικής συνοχής προσαρμόστηκαν για να στηρίζουν τη δημόσια υγεία και την ανταπόκριση στην πανδημία (EC, 2022a).

Επειδή η πανδημία είχε σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών, το ιατρικό και υγειονομικό προσωπικό και στα συστήματα υγείας στην Ευρώπη (EC, 2022b), η ΕΕ αντέδρασε με τη μεταφορά πόρων στα κράτη μέλη της και τη δημιουργία μηχανισμών στήριξης των συστημάτων υγείας για την αντιμετώπιση των επειγουσών και έκτακτων αναγκών. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά των ταμείων που χρηματοδότησαν τις δαπάνες για τον COVID-19, καθώς και οι μηχανισμοί που αναπτύχθηκαν για την αντιμετώπιση της κρίσης.



3.3.1 Το Ταμείο Αλληλεγγύης

Το Ταμείο Αλληλεγγύης της ΕΕ (EU Solidarity Fund-EUSF), ανακοίνωσε το Μάρτιο του 2020 την επέκταση του πεδίου εφαρμογής του για να ανταποκριθεί στις ανάγκες της δημόσιας υγείας λόγω της πανδημίας COVID-19. Το Ταμείο Αλληλεγγύης χρηματοδότησε

μέρος των δημόσιων δαπανών, που υπολογίστηκαν ως εξής: 2,5% του συνολικού ποσού των δημόσιων δαπανών κάτω από 1,5 δις ευρώ σε τιμές 2011, ή 0,3 του ΑΕΠ της, συν 6% του συνολικού ποσού των δημόσιων δαπανών πάνω από το ίδιο όριο. Αυτή η κίνηση έγινε στο πλαίσιο της αντίδρασης της ΕΕ στην πανδημία και ήταν αναγκαία για να καλυφθούν οι μεγάλες απαιτήσεις έκτακτης ανάγκης που αντιμετωπίζουν οι χώρες της ΕΕ (EC, 2022e).

Η επιχορήγηση μέσω του Ταμείου Αλληλεγγύης περιλαμβάνει κάθε είδους βοήθεια που αφορά τους πολίτες, όπως ιατρική βοήθεια, εργαστηριακές αναλύσεις, έκτακτα μέτρα και υγειονομική περίθαλψη σχετιζόμενα με τον ιό SARS-COV-2, εξοπλισμός ατομικής προστασίας, ειδική βοήθεια για ευάλωτες ομάδες πολιτών και υποστήριξη της λειτουργίας του ιατρικού και άλλου προσωπικού υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης. Επίσης περιλαμβάνει την ανάπτυξη εμβολίων ή φαρμάκων, τη βελτίωση της ικανότητας προγραμματισμού ετοιμότητας και σχετικής επικοινωνίας, τη βελτίωση της αξιολόγησης και της διαχείρισης κινδύνου, την απολύμανση κτιρίων και άλλων χώρων, τους υγειονομικούς ελέγχους συμπεριλαμβανομένων ελέγχων στα εθνικά σύνορα και όλα τα πρόσθετα έξοδα προσωπικού που απαιτούνται λόγω της επιδημίας (EC, 2022e).

Το Μάρτιο του 2021, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε ένα ευρύ πακέτο χρηματοδοτικής στήριξης, ύψους περίπου 530 εκατομμυρίων ευρώ, μέσω του Ταμείου Αλληλεγγύης της ΕΕ. Το πακέτο αυτό αποτελεί μια επιπλέον οικονομική συνεισφορά σε 17 κράτη-μέλη και σε 3 υποψήφιες χώρες, με στόχο την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας (EC, 2022f).

Τον Ιανουάριο του 2022, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εκπλήρωσε την πληρωμή της εισφοράς του Κοινωνικού Ταμείου της ΕΕ προς τα κράτη μέλη συνολικού ύψους 385,49 εκατομμυρίων ευρώ. Αυτή η στήριξη χορηγήθηκε σε 17 κράτη μέλη και 3 υπό ένταξη χώρες που ζήτησαν βοήθεια στον αγώνα τους κατά της πανδημίας. Αυτά τα κράτη είναι τα εξής: Αλβανία, Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Εσθονία, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Κροατία, Λετονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μαυροβούνιο, Ουγγαρία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σερβία και Τσεχική Δημοκρατία. Στα ανωτέρω ποσά προστέθηκαν 132,7 εκατομμύρια ευρώ που καταβλήθηκαν σε κράτη μέλη που ζήτησαν προκαταβολή από το Ταμείο Αλληλεγγύης της ΕΕ το 2020 (EC 2022f & EC 2022g).

3.3.2 Ο Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας

Ο Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (Recovery & Resilience Facility-RRF), είναι ο κεντρικός πυλώνας του σχεδίου ανάκαμψης για την Ευρώπη (Next Generation EU) και θεσμοθετήθηκε μέσω κανονισμού που ψηφίστηκε στις 11 Φεβρουαρίου 2021 από το

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο. Σκοπός του είναι να βοηθήσει τα κράτη μέλη να αντιμετωπίσουν τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2021).

Ο Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας έχει σχεδιαστεί με σκοπό να εξασφαλίσει την ανθεκτικότητα και βιωσιμότητα των οικονομιών των κρατών μελών της ΕΕ, με έμφαση στην πράσινη και ψηφιακή μετάβαση. Για να λάβουν χρηματοδότηση από το Ταμείο, οι χώρες της ΕΕ πρέπει να υποβάλουν ένα σχέδιο που θα περιλαμβάνει προγράμματα μεταρρυθμίσεων και επενδύσεων σε έξι τομείς πολιτικής, συμπεριλαμβανομένων της πράσινης και ψηφιακής μετάβασης, της ανάπτυξης και απασχόλησης, της κοινωνικής και εδαφικής συνοχής, της υγείας και ανθεκτικότητας και των πολιτικών για την επόμενη γενιά (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2021).

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του 2021, η διαδικασία απελευθέρωσης κεφαλαίων από το Μηχανισμό Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

- Τα κράτη μέλη υποβάλουν προσχέδια ανάκαμψης και ανθεκτικότητας
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή συζητά και αξιολογεί τα σχέδια και τα διαβιβάζει στο Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο
- Το Συμβούλιο της ΕΕ αξιολογεί και εγκρίνει τα σχέδια με βάση την πρόταση της επιτροπής
- Το Συμβούλιο μπορεί να αναστείλει την έγκριση ή τις πληρωμές σε περίπτωση σημαντικής μη συμμόρφωσης
- Αρχίζουν οι προκαταβολές στα κράτη μέλη. Προχρηματοδότηση ύψους έως και 13% των επιχορηγήσεων και 13% των δανείων
- Τα κράτη μέλη υποβάλουν εκθέσεις δύο φορές το χρόνο στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού εξαμήνου
- Η Επιτροπή υποβάλει τακτικές εκθέσεις υλοποίησης στο Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο
- Ανεξάρτητες αξιολογήσεις το 2024 και ανεξάρτητες εκ των υστέρων αξιολογήσεις μέχρι το 2028

Με βάση το χρονοδιάγραμμα του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας:

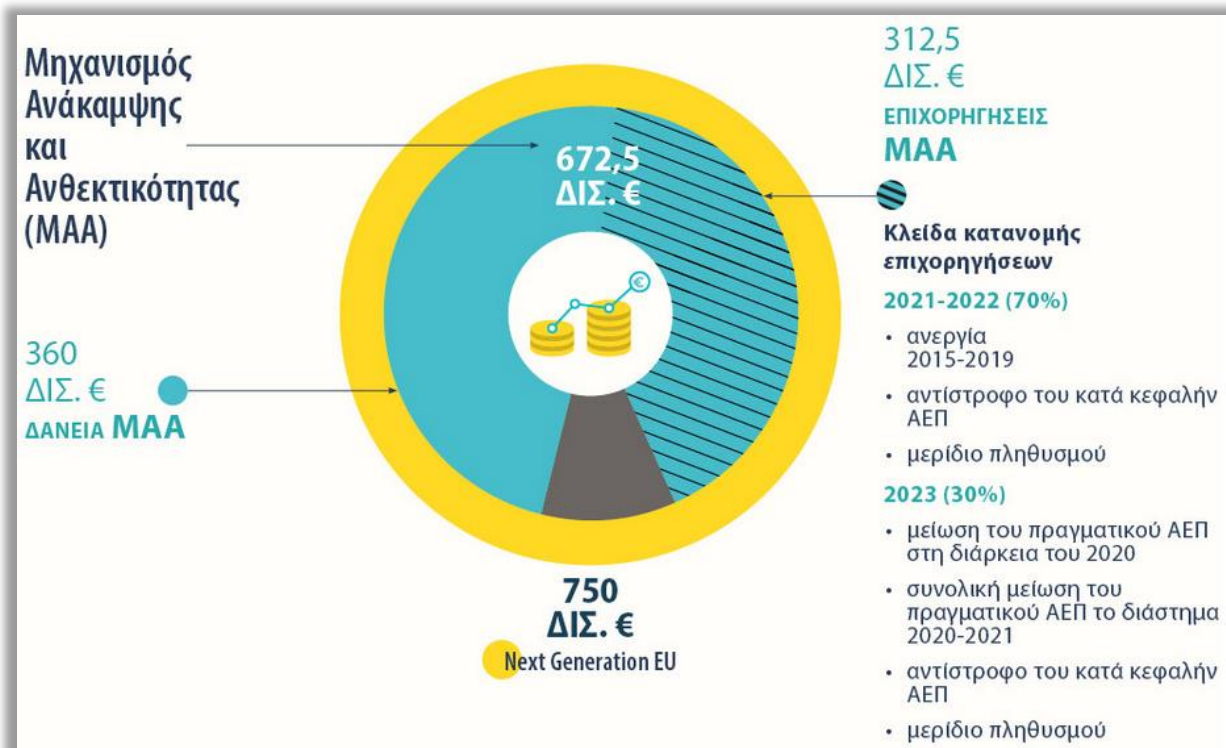
- Τα σχέδια μπορούν να περιλαμβάνουν μέτρα που έχουν δρομολογηθεί από το Φεβρουάριο του 2020.
- Οι πόροι ανάκαμψης και ανθεκτικότητας για τα κράτη μέλη μπορούν να δεσμευθούν μέχρι τα τέλη του 2023.

- Οι μεταρρυθμίσεις και οι επενδύσεις θα πρέπει να πραγματοποιηθούν μέχρι τα τέλη του 2026.

Στις 13 Ιουλίου 2021 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ενέκρινε την πρώτη δέσμη σχεδίων για 12 χώρες της ΕΕ που μπορούσαν να λάβουν πόρους από το Ταμείο Ανάκαμψης της Ένωσης μεταξύ των οποίων ήταν και η Ελλάδα.

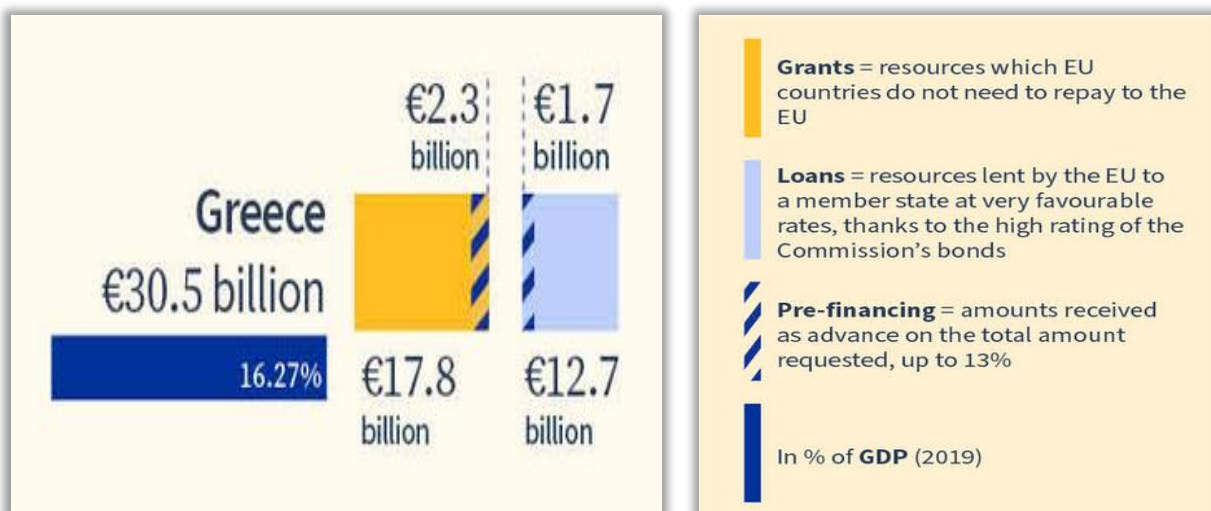
Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, διατέθηκαν συνολικά στα κράτη μέλη της ΕΕ 672,5 δις ευρώ, από τα οποία τα 312,5 δις ευρώ είναι επιχορηγήσεις και τα 360 δις ευρώ χορηγούνται σε μορφή δανείων. Οι επιχορηγήσεις αφορούν τους πόρους που δεν χρειάζεται να επιστραφούν στην ΕΕ, ενώ τα δάνεια αφορούν τους πόρους που δανείζει η ΕΕ σε κράτος μέλος με πολύ ευνοϊκούς όρους. Επιπλέον, η προχρηματοδότηση αναφέρεται στα ποσά που λαμβάνονται ως προκαταβολή του συνολικού ποσού που έχει ζητηθεί, με μέγιστο ποσοστό 13% του ΑΕΠ του κράτους μέλους, με έτος αναφοράς το 2019 (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2021).

Διάγραμμα 3.2: Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας



Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020

Διάγραμμα 3.3: Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (Ελλάδα)



Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020

3.3.3 Το Μέσο Στήριξης Έκτακτης Ανάγκης

Το Μέσο Στήριξης Έκτακτης Ανάγκης (Emergency Support Instrument- ESI) στοχεύει στην παροχή βοήθειας προς τα κράτη-μέλη της ΕΕ ώστε να αντιμετωπίσουν τόσο τις τρέχουσες όσο και τις μελλοντικές ανάγκες που σχετίζονται με την πανδημία, καθώς και να συμβάλλει στην ανάκαμψη από τις επιπτώσεις της. Αυτό το μέσο βοηθά στην αντιμετώπιση των άμεσων επιπτώσεων της πανδημίας, καθώς βοηθά και στην προετοιμασία για μελλοντικές ανάγκες σχετικές με την ανάκαμψη και περιλαμβάνει (EC, 2022a):

- ✓ **Εμβόλια:** Προμήθεια μέσω κατάρτισης συμβάσεων προαγοράς με τις παρασκευάστριες εταιρείες εμβολίων, αποτελώντας ένα σημαντικό τμήμα του προϋπολογισμού.
- ✓ **Θεραπευτικές αγωγές-Veklury:** Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε τη χρηματοδότηση της εταιρείας Gilead προκειμένου να εξασφαλίσει δόσεις του φαρμάκου Veklury (γνωστό επίσης ως ρεμδεσιβίρη), με ένα ποσό ύψους 70 εκατομμυρίων ευρώ στο πλαίσιο θεραπευτικών αγωγών για την αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρά συμπτώματα της COVID-19. Το συγκεκριμένο φάρμακο ήταν το πρώτο που εγκρίθηκε από την ΕΕ για τη θεραπεία ασθενών με σοβαρή νόσηση, και διατέθηκε στα κράτη μέλη και το Ηνωμένο Βασίλειο σε αρκετές δόσεις από τον Αύγουστο έως τον Οκτώβριο του 2020.
- ✓ **Κλινικές δοκιμές για νέες χρήσεις παλαιών φαρμάκων:** Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το Νοέμβριο του 2020, χρηματοδότησε με ποσό ύψους 1 εκατομμυρίου ευρώ κλινική δοκιμή αναπροσαρμογής της χρήσης του φαρμάκου Raloxifene, το οποίο χρησιμοποιείται ήδη για την πρόληψη και θεραπεία της οστεοπόρωσης. Αυτό το

φάρμακο κρίθηκε ότι μπορεί να μειώσει το μέσο χρόνο ικανότητας αποκατάστασης σε ασθενείς με COVID-19 που δεν έχουν ακόμα σοβαρά συμπτώματα.

- ✓ **Διαγνωστικές εξετάσεις (τεστ) - Rapid test αντιγόνων:** Τα τεστ αποτελούν σημαντικό μέσο για τον εντοπισμό της εξάπλωσης του ιού. Η Επιτροπή της ΕΕ παρείχε 100 εκατομμύρια ευρώ για την άμεση αγορά περισσότερων από 20 εκατομμύρια rapid test αντιγόνων, τα οποία διανεμήθηκαν σε 24 κράτη μέλη από το Φεβρουάριο του 2021. Επιπλέον, συνήψε συμφωνία με τη Διεθνή Ομοσπονδία του Ερυθρού Σταυρού (IFRC) για τη διάθεση 35,5 εκατομμυρίων ευρώ προκειμένου να αυξηθεί η δυνατότητα διενέργειας διαγνωστικών τεστ στην ΕΕ.
- ✓ **Μεταφορά αντικειμένων και προσωπικού που είναι απαραίτητα για την επιβίωση, την υγεία και τη θεραπεία των ασθενών:** Εκτός από τη στήριξη μέσω του μηχανισμού πολιτικής προστασίας και προμήθειας εξοπλισμού προστασίας, χορηγήθηκε και πρόσθετη χρηματοδότηση στο πλαίσιο του rescEU, όπως αναλύεται παρακάτω στην παράγραφο 3.3.5.
- ✓ **Είδη ζωτικής σημασίας για την υγεία:** Περίπου 100 εκατομμύρια ευρώ διατέθηκαν από την Επιτροπή για την αγορά εξοπλισμού ατομικής προστασίας και φαρμάκων. Μεταξύ Ιουλίου 2020 και Σεπτεμβρίου 2020, η Επιτροπή αγόρασε 10 εκατομμύρια μάσκες για το υγειονομικό προσωπικό, οι οποίες διανεμήθηκαν σε 19 κράτη μέλη.
- ✓ **Ρομπότ για την απολύμανση σε ευρωπαϊκά νοσοκομεία:** Στο πλαίσιο της καταπολέμησης του κορονοϊού, η Επιτροπή διέθεσε 12 εκατ. ευρώ για να αγοράσει 200 ρομπότ απολύμανσης χώρων με υπεριώδη ακτινοβολία. Τα ρομπότ αυτά είναι σε θέση να απολυμάνουν έναν κανονικό θάλαμο ασθενών μέσα σε μόλις 15 λεπτά και σκοπός της αγοράς τους είναι να βοηθήσουν τα νοσοκομεία να περιορίσουν τη διασπορά του κορονοϊού και να μειώσουν τον κίνδυνο μόλυνσης. Το Φεβρουάριο του 2021 άρχισε η διανομή τους, με περίπου 30 ρομπότ να παραδίδονται σε 12 κράτη-μέλη. Επιπλέον, η Επιτροπή εξασφάλισε την αγορά άλλων 100 ρομπότ, οπότε αύξησε τις συνολικές δωρεές σε 300.
- ✓ **Κατάρτιση υγειονομικού προσωπικού σε δεξιότητες εντατικής θεραπείας:** Περίπου 2,5 εκατομμύρια ευρώ διατέθηκαν για την κατάρτιση μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας από διάφορες ειδικότητες, με σκοπό την υποστήριξη και ενίσχυση των ΜΕΘ. Το πρόγραμμα εκτελέστηκε σε διάρκεια 8 μηνών και στόχος του ήταν η κατάρτιση 17.000 επαγγελματιών υγείας σε 700 νοσοκομεία σε όλη την ΕΕ, προκειμένου να αποκτήσουν και να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους.

- ✓ **Ψηφιακό πιστοποιητικό COVID της ΕΕ:** Στις 17 Μαρτίου 2021, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσίασε το ψηφιακό πιστοποιητικό COVID της ΕΕ, το οποίο θα διευκόλυνε την ασφαλή ελεύθερη κυκλοφορία των πολιτών εντός των συνόρων της ΕΕ κατά τη διάρκεια της πανδημίας.
- ✓ **Διασφάλιση διαλειτουργικότητας:** Για να διασφαλίσει τη διαλειτουργικότητα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χρηματοδότησε με περίπου 16 εκατομμύρια ευρώ τη δημιουργία απαραίτητων υποδομών για την έκδοση και επαλήθευση ψηφιακών πιστοποιητικών για τον εμβολιασμό κατά της COVID-19, το αρνητικό αποτέλεσμα των διαγνωστικών τεστ ή την ανάρρωση από τη νόσο. Στις 1 Ιουνίου 2021, τέθηκε σε λειτουργία η πύλη διαλειτουργικότητας της ΕΕ με ασφαλή ψηφιακή υποδομή, που συνδέει τα εθνικά συστήματα ασφαλούς επαλήθευσης των ψηφιακών πιστοποιητικών σε ολόκληρη την ΕΕ.
- ✓ **Σύνδεση εθνικών εφαρμογών ιχνηλάτησης επαφών:** Ένας μεγάλος αριθμός κρατών μελών έχουν αναπτύξει εθνικές εφαρμογές ιχνηλάτησης επαφών και αποστολής ειδοποιήσεων. Έχουν διατεθεί περίπου 10 εκατομμύρια ευρώ για τη σύνδεση αυτών των εφαρμογών σε επίπεδο εθνικής και ευρωπαϊκής διαλειτουργικότητας. Επιπλέον, περίπου 3 εκατομμύρια ευρώ έχουν δεσμευτεί προκειμένου να υποστηριχθούν τα κράτη μέλη στην ένταξή τους στην υπηρεσία της πύλης διαλειτουργικότητας.

3.3.4 Το πρόγραμμα EU4Health

Το πρόγραμμα EU4Health αντιπροσωπεύει μια από τις πρωτοβουλίες της ΕΕ για την αντιμετώπιση της πανδημίας και δεν περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων, αλλά εξετάζει επίσης το θέμα της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (EC, 2022b).

Ο κανονισμός (ΕΕ) 2021/522 εισάγει το πρόγραμμα EU4Health, το οποίο θα παρέχει χρηματοδότηση σε επιλέξιμες οντότητες, οργανώσεις υγείας και ΜΚΟ από χώρες της ΕΕ ή τρίτες χώρες που συνδέονται με το πρόγραμμα. Συγκεκριμένα, η ΕΕ θα επενδύσει 5,3 δις ευρώ για την περίοδο 2021-2027 σε δράσεις που συμπληρώνουν τις πολιτικές των χωρών της ΕΕ, με στόχο τη βελτίωση των συστημάτων υγείας και την αντιμετώπιση ζητημάτων όπως η αντιμετώπιση κρίσεων και η ενίσχυση της ανθεκτικότητάς τους στο μέλλον.

Το EU4Health είναι ένα αμβλυντικό πρόγραμμα που στοχεύει στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας της ΕΕ έναντι των απειλών της υγείας, με ειδική έμφαση στην αντιμετώπιση της πανδημίας. Το πρόγραμμα αυτό στοχεύει επίσης στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στην ΕΕ, στην ανάπτυξη κοινών προτύπων υγείας και στην ενθάρρυνση της διασυνοριακής συνεργασίας.

Μεταξύ των κύριων προτεραιοτήτων του EU4Health είναι η καταπολέμηση του καρκίνου και η ανάπτυξη μιας φαρμακευτικής στρατηγικής στην ΕΕ. Επίσης, το πρόγραμμα στοχεύει στη ψηφιοποίηση των συστημάτων υγείας στην ΕΕ και στη μείωση του αριθμού των λοιμώξεων. Τέλος, το EU4Health επιδιώκει να βελτιώσει τα ποσοστά εμβολιασμού στην ΕΕ.

Το EU4Health συνεργάζεται με διάφορα προγράμματα, πολιτικές, μέσα και δράσεις της ΕΕ για να επιτύχει τους στόχους του. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (EKT+) παρέχει στήριξη στις χώρες μέλη για τη βελτίωση του προσωπικού υγείας και την ανταπόκρισή τους στις ανάγκες της κοινωνίας τους. Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης χρηματοδοτεί έργα υγείας και βιοφαρμακευτικής έρευνας στις περιφέρειες της ΕΕ. Το πρόγραμμα «Ορίζων Ευρώπη» χρηματοδοτεί έρευνα και καινοτομία στην υγεία, και το rescEU παρέχει στήριξη σε περιόδους κρίσης και επειγόντων καταστάσεων, όπως η πανδημία του COVID-19. Η συνεργασία μεταξύ του EU4Health και αυτών των προγραμμάτων και δράσεων μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα των δράσεών του και να βοηθήσει στην επίτευξη των στόχων του για μια πιο ανθεκτική και αποτελεσματική ευρωπαϊκή υγεία (EC, 2022b).

3.3.5 Το αποθεματικό rescEU

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναβάθμισε το μηχανισμό πολιτικής προστασίας της ΕΕ δημιουργώντας το 2019 το rescEU, το οποίο διαθέτει πολλούς πόρους όπως πυροσβεστικά αεροσκάφη, ελικόπτερα, αεροπλάνα ιατρικής εκκένωσης και απόθεμα ιατρικού εξοπλισμού και επιτόπιων νοσοκομείων, για να αντιμετωπίσει καταστροφές και έκτακτες ανάγκες στον τομέα της υγείας (EC, 2022c).

Ο μηχανισμός rescEU αποτελεί ένα επιπρόσθετο μέσο προστασίας των πολιτών στην Ευρώπη, συντονίζοντας τις προσπάθειες των χωρών μελών για τη διαχείριση των καταστροφών σε όλη την Ευρώπη και πέρα από αυτήν, για την αντιμετώπιση χημικών, βιολογικών, ραδιολογικών και πυρηνικών συμβάντων, καθώς και επιδημιών, ακραίων καιρικών φαινομένων, δασικών πυρκαγιών, σεισμών και ανθρωπογενών καταστροφών, οι οποίες ασκούν συνεχώς πίεση στην ικανότητα αντίδρασης των χωρών. Η ανησυχία για την ασφάλεια έχει επίσης γίνει πιο περίπλοκη και οι επιπτώσεις των καταστροφών στο μέλλον αναμένεται να επιδεινωθούν λόγω και της κλιματικής αλλαγής. Οι συγκρούσεις στην Ευρώπη, οι ακραίες καιρικές συνθήκες και οι νέες απειλές, όπως ο ιός SARS-COV-2, έχουν δυσχεράνει την ικανότητα των κρατών μελών να βοηθούν ο ένας τον άλλο, ιδίως όταν πολλές χώρες έχουν να αντιμετωπίσουν ταυτόχρονα την ίδια κρίση (EC, 2022c).

Το Μάρτιο του 2020, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποφάσισε τη δημιουργία ενός στρατηγικού αποθέματος ιατρικού εξοπλισμού για να ενισχύσει τις χώρες της ΕΕ μέσω του μηχανισμού rescEU κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Το απόθεμα αυτό περιλάμβανε ιατρικό εξοπλισμό εντατικής θεραπείας όπως αναπνευστήρες, προστατευτικές μάσκες, επαναχρησιμοποιήσιμες μάσκες για ατομική προστασία, εμβόλια και θεραπευτικά μέσα και προμήθειες εργαστηρίου. Η απόφαση αυτή έλαβε χώρα στα πλαίσια της ανησυχίας για την αύξηση των αναγκών σε ιατρικό εξοπλισμό, καθώς και για την ασφάλεια των κρατών μελών της ΕΕ κατά τη διάρκεια περιόδων κρίσης όπως η πανδημία COVID-19 (EC, 2022c).

Τα αποθέματα rescEU περιλαμβάνουν (EC, 2022b):

- ιατρικές μάσκες και μάσκες FFP2 και FFP3
- ζεύγη ιατρικών γαντιών
- ιατρικές ρόμπες και ποδιές
- συμπτυκνωτές και αναπνευστήρες οξυγόνου.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χρηματοδότησε το 100% του αποθέματος (συμπεριλαμβανομένων των εξόδων προμήθειας, συντήρησης και παράδοσης), η οποία φιλοξενείται από πολλά κράτη-μέλη και αναπληρώνεται συνεχώς. Η Ελλάδα ήταν τα πρώτα κράτη-μέλη που φιλοξένησαν το αποθεματικό rescEU.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

4.1 Παγκόσμια δαπάνη για την υγεία: άνοδος στις προκλήσεις της πανδημίας

Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2022 σχετικά με τις παγκόσμιες δαπάνες για την υγεία, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στις δαπάνες για την υγεία του έτους 2020, μιας ιδιαίτερα ταραχώδους χρονιάς. Χώρες σε όλο τον κόσμο κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν ταυτόχρονα μια πανδημία για την οποία λίγες, αν όχι καμία, ήταν επαρκώς προετοιμασμένες. Η πανδημία είχε ως αποτέλεσμα σοβαρές και συγχρονισμένες συστολές της οικονομικής παραγωγής σε όλο τον κόσμο. Επίσης, ενίσχυσε τις συνεχιζόμενες προκλήσεις του συστήματος υγείας και πιθανώς επιδείνωσε τις υπάρχουσες ανισότητες στην υγεία και την κάλυψη υγείας. Οι περισσότερες χώρες αντιμετώπισαν τις αρχικές προκλήσεις της πανδημίας μέσω εξαιρετικών δημοσιονομικών χορηγήσεων και επανακαθορισμό των προτεραιοτήτων στους προϋπολογισμούς για την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν στα 9 τρισεκατομμύρια δολάρια το 2020, ή περίπου στο 10,8% του παγκόσμιου ΑΕΠ (WHO, 2022).

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία το 2020 προήλθε από τις κρατικές δαπάνες, καθώς η μέση κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη για την υγεία έφτασε σε πραγματικό ρεκόρ όλων των εποχών σε όλες τις εισοδηματικές ομάδες. Αντίθετα, οι κατά κεφαλήν out-of-pocket δαπάνες μειώθηκαν και ως μερίδιο των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2020, λόγω πιθανώς της χαμηλότερης χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες από την εξωτερική βοήθεια σε χώρες χαμηλού εισοδήματος το 2020 αυξήθηκαν οριακά από το 2019 (WHO, 2022).

Παρά την πανδημία και τις τεράστιες διαταραχές στις βασικές υπηρεσίες υγείας σε πολλές χώρες, η σύνθεση των δαπανών για την υγεία ανά τύπο υπηρεσίας φαίνεται να παρέμεινε σε γενικές γραμμές αμετάβλητη το 2020, με βάση τα δεδομένα ενός συνόλου 50 χωρών, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, 29 εξ αυτών με υψηλό εισόδημα. Σε όλες τις εισοδηματικές ομάδες, η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, η περίθαλψη εξωτερικών ασθενών και τα ιατρικά αγαθά αντιπροσώπευαν περισσότερο από το 60% των δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, η κατά κεφαλήν δαπάνη αυξήθηκε απότομα σε πραγματικούς όρους τόσο για την προληπτική περίθαλψη (κατά 32%) όσο και για τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες (κατά 10%), σύμφωνα με τις αρχικές απαιτήσεις πρόληψης, ανίχνευσης και θεραπείας της νόσου. Οι δαπάνες για τη διακυβέρνηση και τη διοίκηση αυξήθηκαν κατά 7%, οι δαπάνες για ιατρικά

προϊόντα αυξήθηκαν κατά 3% και οι δαπάνες για την περίθαλψη εξωτερικών ασθενών παρέμειναν σταθερές μεταξύ 2019 και 2020 (WHO, 2022).

Τα διαθέσιμα δεδομένα υποδηλώνουν ότι οι χώρες διέθεσαν σημαντικό μερίδιο των δημόσιων δαπανών σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τον COVID-19. Οι δαπάνες για την υγεία που σχετίζονται με τον COVID-19 απορρόφησαν κατά μέσο όρο το 8% των κρατικών δαπανών για την υγεία το 2020 και αντιστοιχούσαν κατά μέσο όρο στο 1% των συνολικών δαπανών της γενικής κυβέρνησης. Σε χώρες υψηλού εισοδήματος, οι περισσότερες δαπάνες για την υγεία για τον COVID-19 διατέθηκαν για θεραπείες, εξετάσεις και νοσοκομειακή περίθαλψη. Αντίθετα, στις χώρες χαμηλού και χαμηλότερου μεσαίου εισοδήματος, οι περισσότερες δαπάνες διατέθηκαν σε προληπτικά μέτρα, καθώς και στη διοίκηση και το συντονισμό του συστήματος υγείας (WHO, 2022).

Η δυσκολία στον εντοπισμό των δαπανών για την υγεία για τον COVID-19 υποδηλώνει ότι οι πραγματικές δαπάνες για τον COVID-19 μπορεί να ήταν υψηλότερες. Επιπλέον, έως το 2020, οι εμβολιασμοί δεν ήταν διαθέσιμοι στις περισσότερες χώρες. Οι πρώτες εκτιμήσεις δείχνουν ότι οι δαπάνες για τον COVID-19 αυξήθηκαν το 2021, λόγω των αυξανόμενων δαπανών για εμβολιασμούς και για δοκιμές και ιχνηλάτηση επαφών (WHO, 2022).

Οι δαπάνες για την υγεία παρέμειναν εξαιρετικά άνισες μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων το 2020 και στράφηκαν σε μεγάλο βαθμό προς τις χώρες υψηλού εισοδήματος. Παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύουν το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού, οι χώρες υψηλού εισοδήματος αντιπροσώπευαν το 80% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2020. Οι χώρες ανώτερου μεσαίου εισοδήματος, με το 33% του παγκόσμιου πληθυσμού, αντιπροσώπευαν το 16% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Χώρες χαμηλότερου-μεσαίου εισοδήματος, με το 43% του παγκόσμιου πληθυσμού, αντιστοιχούσαν σε λίγο λιγότερο από το 4%. και οι χώρες χαμηλού εισοδήματος, με το 8% του παγκόσμιου πληθυσμού, αντιστοιχούσαν μόλις στο 0,2%. Αυτές οι διανομές ήταν παρόμοιες με αυτές του 2019 (WHO, 2022).

Για πρώτη φορά, εξετάζονται οι δαπάνες για την υγεία παράλληλα με άλλες κρατικές κοινωνικές δαπάνες (συγκεκριμένα για την εκπαίδευση και την κοινωνική προστασία). Συλλογικά, αυτές οι συνιστώσες των κοινωνικών δαπανών διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην υποστήριξη της ευημερίας του πληθυσμού βοηθώντας στην κάλυψη των βασικών καθημερινών αναγκών των ανθρώπων, στην ανάπτυξη και διατήρηση του ανθρώπινου κεφαλαίου και παρέχοντας βασική ασφάλεια απέναντι σε απροσδόκητους κραδασμούς. Αυτή η ευρύτερη άποψη βοηθά στη διαμόρφωση του πλαισίου των κρατικών δαπανών για την

υγεία και του τρόπου με τον οποίο αλλάζουν ως απάντηση σε μεταβαλλόμενα δημογραφικά στοιχεία, υποκείμενες μακροοικονομικές συνθήκες και οικονομικές και άλλες κρίσεις που αλλάζουν ξαφνικά τη ζήτηση για κρατικές δαπάνες (WHO, 2022).

Ο συνδυασμός των κοινωνικών δαπανών μεταξύ των χωρών αντανακλά ένα συνδυασμό εισοδηματικών και δημογραφικών παραγόντων και τον ρόλο των κυβερνήσεων στη χρηματοδότηση των κοινωνικών υπηρεσιών. Οι χώρες υψηλότερου εισοδήματος, που έχουν το μεγαλύτερο μερίδιο ενηλίκων άνω των 65 ετών και το μικρότερο μερίδιο παιδιών σχολικής ηλικίας, διέθεσαν μεγαλύτερο μερίδιο των δημοσίων δαπανών στην υγεία και την κοινωνική προστασία το 2019, αλλά χαμηλότερο μερίδιο στην εκπαίδευση από τις χώρες με χαμηλότερο εισόδημα έκανε. Από το 2000 έως το 2019, οι δαπάνες για την υγεία έγιναν όλο και πιο άνισες, με το χάσμα σε όρους κατά κεφαλήν και ως μερίδιο του ΑΕΠ να διευρύνεται μεταξύ όλων των εισοδηματικών ομάδων. Η στασιμότητα των κρατικών δαπανών για την υγεία σε χώρες χαμηλού εισοδήματος τις έχει αφήσει πιο πίσω. Αντίθετα, οι κρατικές δαπάνες για την εκπαίδευση συγκλίνουν ελαφρά ως ποσοστό του ΑΕΠ (WHO, 2022).

Η απότομη αύξηση των κρατικών δαπανών για την υγεία κατά το πρώτο έτος της πανδημίας ήταν μέρος μιας ευρύτερης δημοσιονομικής απάντησης σε όλες τις εισοδηματικές ομάδες στις οποίες ο ρόλος της κυβέρνησης διευρύνθηκε σημαντικά. Σε χώρες ανώτερου-μεσαίου, χαμηλότερου-μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος, η αύξηση οφείλεται στη μεγάλη αύξηση του μεριδίου της κυβέρνησης στο ΑΕΠ και στη μεγαλύτερη προτεραιότητα που δόθηκε στην υγεία στο πλαίσιο των δημοσιονομικών κονδυλίων. Αντίθετα, στις χώρες υψηλού εισοδήματος, η αύξηση των κρατικών δαπανών για την υγεία οφειλόταν πρωτίστως στις υψηλότερες συνολικές κρατικές δαπάνες. Ταυτόχρονα με την αύξηση των δαπανών για την υγεία, οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας αυξήθηκαν απότομα σε χώρες υψηλού και ανώτερου μεσαίου εισοδήματος, καθώς οι κυβερνήσεις προσπάθησαν να μετριάσουν τους ανθρώπους από τις οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας. Δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας στις χώρες χαμηλού και χαμηλού-μεσαίου εισοδήματος. Σε αντίθεση με τις δαπάνες για την υγεία και την κοινωνική προστασία, η αύξηση των δαπανών για την εκπαίδευση ήταν πιο συγκρατημένη το 2020 (WHO, 2022).

Ενώ οι κυβερνήσεις ουσιαστικά στάθηκαν στο ύψος των περιστάσεων κατά το πρώτο έτος της πανδημίας, η συνεχιζόμενη πρόκληση ήταν η διατήρηση των κρατικών δαπανών για την υγεία για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Οι εμπειρίες πολλών δεκαετιών, και τώρα της πανδημίας, έχουν δείξει ότι οι κρατικές δαπάνες για την υγεία είναι ζωτικής σημασίας για την προώθηση της καθολικής κάλυψης υγείας. Οι κρατικές επενδύσεις σε

λειτουργίες δημόσιας υγείας είναι επίσης απαραίτητες για την ενίσχυση της ασφάλειας της υγείας WHO, 2022).

4.2 Κατηγοριοποίηση δαπανών υγείας για την πανδημία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι τρέχουσες δαπάνες για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 ταξινομούνται ως εξής (WHO, 2021b):

- Το **κόστος για τη θεραπεία ασθενών** με COVID-19 περιλαμβάνει τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς ασθενείς (νοσηλευόμενοι ή μη). Επίσης, περιλαμβάνει το κόστος των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των ασθενών κατά τη διάρκεια του ιατρικού παρεμβατικού επεισοδίου σε εσωτερικό ή σε εξωτερικό ιατρείο, καθώς και το κόστος παρακολούθησης των ασθενών με COVID-19 σε μακροπρόθεσμη βάση.
- Το **κόστος των τεστ και της ανίχνευσης των επαφών** περιλαμβάνει εξετάσεις για άτομα με ή χωρίς συμπτώματα, ως μέρος ενός προγράμματος ή και από πρωτοβουλία των ατόμων και το κόστος για την ανίχνευση των επαφών περιλαμβάνει όλες τις τρέχουσες δαπάνες που αφορούν στον εντοπισμό πιθανών επαφών μολυσμένων ατόμων.
- Το **κόστος εμβολιασμού** κατά του SARS-CoV-2 περιλαμβάνει το κόστος των εμβολίων, το κόστος διανομής και της οργάνωσης και την αμοιβή του επαγγελματία υγείας που κάνει τον εμβολιασμό. Εξαιρούνται τα έξοδα έρευνας και ανάπτυξης.
- Τα **ιατρικά είδη** αφορούν κυρίως δαπάνες για μάσκες προσώπου και άλλο προστατευτικό εξοπλισμό τελικής χρήσης που αγοράζονται είτε από τα ίδια τα άτομα είτε από τις αρχές και διανέμονται στον πληθυσμό. Περιλαμβάνει επίσης συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα για τη θεραπεία ασθενών με COVID-19 σε περίπτωση που αυτά δε διανέμονται ως μέρος ενδονοσοκομειακής ή εξωτερικής θεραπείας.
- Άλλα έξοδα που σχετίζονται με την COVID-19 και ταξινομούνται στις τρέχουσες δαπάνες της υγείας, αφορούν στην οργάνωση και το συντονισμό της αντιμετώπισης της έκτακτης ανάγκης και σε άλλες δαπάνες.

4.3 Πανδημία και δαπάνες υγείας στην Ελλάδα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) βρέθηκε σε κρίσιμη κατάσταση εξαιτίας των συνεχών περικοπών σε οικονομικό επίπεδο, αλλά και στη στελέχωση με προσωπικό, που επηρεάζουν τη λειτουργία του. Η ρήτρα των μνημονίων, σύμφωνα με την οποία γίνεται μία πρόσληψη κάθε πέντε αποχωρήσεις κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε το 2007, είχε

επιδεινώσει την κατάσταση. Από το 2009 έως το 2015, το ΕΣΥ υπέστη περικοπές άνω των 7 δις ευρώ, ενώ το 2019 διατέθηκε λιγότερο από το 5% του 9,1 δις ευρώ για την υγεία, λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών που εξακολουθούν να επηρεάζουν τις δημόσιες δαπάνες (Siettos et al., 2021).

Η μείωση του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα μεταξύ του 2010 και του 2013 έφτασε περίπου στο 35%, με αποτέλεσμα την ύπαρξη ελλείψεων προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες ανήλθαν στις 6.000 για το ιατρικό και τις 25.000 για το παραϊατρικό προσωπικό. Επίσης, υπήρξε μείωση του αριθμού των δημόσιων νοσοκομείων από 142 το 2009 σε 125 το 2017, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονταν και δύο νοσοκομεία μολυσματικών ασθενειών. Το ένα από αυτά (το πρώην Λοιμωδών Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής "Αγία Βαρβάρα") άνοιξε ξανά επειγόντως λόγω της τρέχουσας υγειονομικής κρίσης. Το πλήθος των νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε από 38.115 σε 29.495 κατά την ίδια περίοδο. Το 2017, ο αριθμός των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών ήταν 4,2 ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα, ενώ στην ΕΕ ήταν 5. Το Φεβρουάριο του 2020, υπήρχαν μόνο 565 κλίνες ΜΕΘ στην Ελλάδα, ενώ έως τις 31 Μαρτίου 2020, ο αριθμός αυτός αυξήθηκε σε 870, με 703 σε δημόσια, 137 σε ιδιωτικά και 30 κλίνες ΜΕΘ σε στρατιωτικά νοσοκομεία. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας θα μπορούσε να αποτελέσει τον βασικό πυλώνα για την ανίχνευση κρουσμάτων και την εύρεση ασθενών με κίνδυνο, εντός της κοινότητας, προκειμένου να αποφευχθεί ο συνωστισμός στα νοσοκομεία ασθενών με ήπια συμπτώματα. Δυστυχώς, ωστόσο, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν είχε αναπτυχθεί επαρκώς και ήταν κατακερματισμένη (Siettos et al., 2021).

Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπιζε ήδη σοβαρά προβλήματα, όπως αποδεικνύεται από την έκθεση των Πισσαρίδη και συν. (2020). Ανάμεσα στα κύρια προβλήματα που αντιμετώπιζε ήταν τα εξής:

- Η έλλειψη μηχανισμών αξιολόγησης, ελέγχου και ποιότητας στις μονάδες υγείας.
- Η υποστελέχωση και η ανορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού (βλ ανάλυση παρακάτω στην παράγραφο 4.4).
- Δεν υπάρχει ένα οργανωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και οι υγειονομικές μονάδες είναι κατακερματισμένες, ενώ επίσης, δεν υπάρχει κάποιο πρότυπο λειτουργίας που θα συνδέει όλες τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και πάροχοι υγείας εξακολουθούν να μην πληρούν τις απαιτήσεις για θεσμοθετημένες και προτυποποιημένες συνδέσεις με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, την ψυχική υγεία και τη δημόσια υγεία.

- Υπάρχει έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης, όπως νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης και μονάδες χρονίως πασχόντων.
- Η χρήση της ηλεκτρονικής υγείας είναι περιορισμένη και υιοθετούνται ελάχιστα οι νέες ψηφιακές τεχνολογίες.
- Υπάρχει ισχυρή παραοικονομία και άτυπες πληρωμές στον κλάδο της υγείας.
- Η δαπάνη για φάρμακα έχει σύνθετη δομή και υπάρχουν συστήματα παρακολούθησής της. Κατά τη διάρκεια της δημοσιονομικής κρίσης, η χώρα μας επιβλήθηκε υποχρεωτικές περικοπές στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, με αποτέλεσμα τη μετακύλιση του κόστους στους ασθενείς και τον φαρμακευτικό κλάδο μέσω των υποχρεωτικών επιστροφών (*clawback* και *rebate*) με ανυπολόγιστες συνέπειες στο μέλλον του υγειονομικού συστήματος της χώρας.
- Υπάρχουν εμπόδια για τις επενδύσεις στον κλάδο των φαρμάκων.
- Το σύστημα υγείας αντιμετώπισε μεγάλη πρόκληση με την πανδημία και αποδείχθηκε ανεπαρκές σε πολλές περιοχές. Ως αποτέλεσμα, οι αρχές αποφάσισαν να δαπανήσουν περισσότερα χρήματα για να αυξήσουν τη μόνιμη χωρητικότητα του συστήματος υγείας και να βελτιώσουν την πρόσβαση του κοινού σε υπηρεσίες περίθαλψης. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την αύξηση των ΜΕΘ, την πρόσληψη περισσότερου ιατρικού προσωπικού και τη διεύρυνση του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας. Επιπλέον, έγιναν θεσμικές αλλαγές που συμπεριλαμβάνουν τη δημιουργία κέντρων αναφοράς σε πρωτοβάθμια περίθαλψη και νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των εξετάσεων και των κρουσμάτων του κορονοϊού, καθώς και τη δημιουργία εμβολιαστικών κέντρων (IMF, 2021).

Τέλος, αν και ο ελληνικός πληθυσμός έχει καθολική κάλυψη στις υπηρεσίες υγείας μέσω μιας εκτενούς σειράς παροχών, στην πράξη ορισμένες υπηρεσίες ενδέχεται να μην είναι πάντα διαθέσιμες λόγω έλλειψης συμβεβλημένων φορέων και άλλων παραγόντων. Παρόλο που η Ελλάδα έχει εδώ και καιρό το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μη καλυπτόμενων ιατρικών αναγκών στην ΕΕ, με τη μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στις εισοδηματικές ομάδες, η χρήση της τηλεσυμβουλευτικής επεκτάθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας για να ενισχύσει την πρόσβαση στην περίθαλψη σε περιοχές που είναι απομακρυσμένες ή δεν καλύπτονται επαρκώς. Επιπλέον, οι μη καλυπτόμενες ανάγκες φαίνεται να αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας (OECD, 2022).

4.4 Η εξέλιξη του Υγειονομικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Πρόσφατη μελέτη του Κέντρου Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΚΕΠΥ, 2023), αποκαλύπτει την αδυναμία του δημόσιου τομέα υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Ενδεικτικά, το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων του ΕΣΥ το χρονικό διάστημα 2009-2015 αποδυναμώθηκε κατά 20% (απώλεια περίπου 19.000 θέσεων εργασίας, το 50% των οποίων αφορούσε σε θέσεις κλινικού προσωπικού). Το χρονικό διάστημα 2015-2019 έγινε μια προσπάθεια ανάταξης (αποκατάσταση περίπου 5.500 θέσεων εργασίας), κυρίως μέσω της πρόσληψης επικουρικού προσωπικού. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των δημοσιονομικών προσαρμογών στο υγειονομικό προσωπικό του δημόσιου τομέα υγείας (συμπεριλαμβανομένων των ελλείψεων προσωπικού, της υποβάθμισης των μισθών και της αυξημένης εργασιακής επιβάρυνσης), οδήγησαν την περίοδο 2009-2019 περισσότερους από 3.100 εκπαιδευμένους ιατρούς στην Ελλάδα (και άγνωστο αριθμό νοσηλευτριών/των) σε αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό, μία φυγή εγκεφάλων (*medical brain drain*)³, με ανυπολόγιστες συνέπειες στο μέλλον του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

Κατά την πανδημία τα τραυματισμένα, από την περίοδο της οικονομικής κρίσης και λιτότητας, νοσοκομεία του ΕΣΥ κλήθηκαν να σηκώσουν κατά αποκλειστικότητα το βάρος της φροντίδας και νοσηλείας των ασθενών με COVID-19. Η μελέτη αναδεικνύει την πλημμελή και με βραχυπρόθεσμο ορίζοντα στήριξη των νοσοκομείων του ΕΣΥ με ανθρώπινο δυναμικό ακόμη και την περίοδο της ύστατης ανάγκης, την περίοδο δηλαδή της πανδημίας. Ενδεικτικά **τη τριετία 2019-22 το προσωπικό των νοσοκομείων του ΕΣΥ αυξήθηκε κατά 9,4%** (αποκατάσταση 7.223 περίπου θέσεων εργασίας, **προερχόμενη σχεδόν αποκλειστικά από την αύξηση του επικουρικού ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού** και των ειδικευόμενων ιατρών μόνο κατά το τρίτο έτος της πανδημίας). Κατά τη ίδια χρονική περίοδο **το μόνιμο προσωπικό του ΕΣΥ παρέμεινε στάσιμο.**

Ενδεικτικό επίσης της πλημμελούς στελέχωσης των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά τη διάρκεια της πανδημίας, είναι το γεγονός ότι βάσει των στοιχείων της ΕΛΣΤΑΤ το 2009 εργάζονταν στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 92.946 εργαζόμενοι, ενώ το Δεκέμβριο του 2022

³ Ως *medical brain drain or medical migration* (φυγή ιατρικών εγκεφάλων ή ιατρική μετανάστευση) ορίζουμε τους ιατρούς που εργάζονται σε μία χώρα διαφορετική από τη χώρα στην οποία έλαβαν την εκπαίδευσή τους (κατά κανόνα την προπτυχιακή). Για τον υπολογισμό του brain drain δηλαδή χρησιμοποιούμε ως κριτήριο τη χώρα αρχικής εκπαίδευσης και όχι την εθνικότητα ή τη χώρα γέννησης του ιατρικού προσωπικού.

σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας εργάζονταν 84.320 εργαζόμενοι. Με άλλα λόγια **το Δεκέμβριο του 2022 οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας ήταν κατά 8.626 λιγότεροι σε σχέση με τα προ οικονομικής κρίσης επίπεδα.**

Όπως αποδεικνύει η εν λόγω έκθεση, οι πολιτικές λιτότητας που επιβλήθηκαν την περίοδο της οικονομικής κρίσης είχαν μια καταστροφική επίδραση στη στελέχωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών του ΕΣΥ με συνολική απώλεια της τάξης των 19.000 εργαζομένων. Είναι εξίσου εντυπωσιακό ότι παρά τη δημοσιονομική χαλάρωση και κυρίως την έλευση της πανδημίας το μεγαλύτερο μέρος αυτής της απώλειας είναι υπαρκτό και σήμερα, ενώ οι όποιες κινήσεις αποκατάστασης των κενών έγιναν με επικουρικό προσωπικό. Παράλληλα, η γήρανση των εργαζομένων με μόνιμη απασχόληση, χωρίς αυτόματη αναπλήρωση των αποχωρήσεων, οδηγεί με συνέπεια στην οριστική αποδιάρθρωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών του ΕΣΥ. Για την άμεση ανακούφιση των νοσοκομείων του ΕΣΥ απαιτείται η **πλήρης αποκατάσταση καταρχήν των απωλειών της οικονομικής κρίσης σε ανθρώπινο δυναμικό, με προσλήψεις τουλάχιστον 15.000 υγειονομικών, πέραν των ετήσιων προσλήψεων προς αντικατάσταση των αποχωρήσεων λόγω συνταξιοδότησης ή άλλων λόγων. Απαιτείται επίσης η μονιμοποίηση των 11.000 επικουρικών εργαζομένων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ σήμερα και η αποκατάσταση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο σύνολο του προσωπικού.**

Για την ανατροπή αυτής της στρατηγικής αποδιάρθρωσης των δημόσιων υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας πέραν των αναγκαίων προσλήψεων απαιτείται και η αποκατάσταση ενός κλίματος εμπιστοσύνης, επιστημονικής αναγνώρισης και εργασιακής ικανοποίησης. Προϋποθέσεις για την εδραίωση αυτού του κλίματος είναι η **αναπλήρωση καταρχήν των μισθολογικών απωλειών της οικονομικής κρίσης και ο σχεδιασμός και υλοποίηση ενός συνεκτικού πλαισίου μη-οικονομικών κινήτρων** (εκπαιδευτικά κίνητρα, σαφές καθηκοντολόγιο, εκδημοκρατισμός, διαφάνεια και συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων, σαφή και μη-εμπορευματικά κριτήρια εξέλιξης κλπ) **για την ενδυνάμωση του προσωπικού και την κινητοποίησή του.**

Κύριος στόχος του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η έγκυρη, έγκαιρη και αποτελεσματική απάντηση στις ανάγκες φροντίδας υγείας του πληθυσμού. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός απαιτείται αναλυτική καταγραφή των αναγκών για φροντίδα υγείας με βάση τις επιλογές και προτεραιότητες πολιτικής υγείας κάθε περιόδου. Επί παραδείγματι οι ανάγκες για φροντίδα υγείας στο πλαίσιο μιας ολιστικής προσέγγισης της υγείας στην οποία περιλαμβάνεται, εκτός της περίθαλψης, η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη της αρρώστιας

οδηγεί σε τελείως άλλης τάξης μεγέθη - τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά - από τις ανάγκες αποκλειστικά για επείγουσα περίθαλψη.

Επιπρόσθετα, η διαδικασία καταγραφής και ανάλυσης των δεδομένων στην έκθεση αυτή αναδεικνύει - για άλλη μια φορά - την απουσία ενός ενιαίου και διαφανούς συστήματος συνεχούς και συνεπούς καταγραφής της κινητικότητας και σύνθεσης του σώματος των εργαζόμενων στο ΕΣΥ. Οι δυνατότητες που παρέχει η σύγχρονη τεχνολογία πληροφορικής δεν επιτρέπουν την εμφάνιση αποκλίσεων σε τόσο σημαντικά δεδομένα.

Βάσει των ανωτέρω ο **αναγκαίος στρατηγικός σχεδιασμός για την ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού στην Ελλάδα, απαιτεί τη συστηματική, ολοκληρωμένη και διαρκή καταγραφή του υγειονομικού προσωπικού στο σύνολο της χώρας και την αντιστοίχισή του με τις πραγματικές ανάγκες σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Στόχοι

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., εξαιτίας της πανδημίας έχουν αναδειχθεί οι αδυναμίες των συστημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης επαρκούς δημόσιας χρηματοδότησης και επενδύσεων στον τομέα της υγείας σε διάφορες χώρες (WHO, 2021α, 2021β). Πιο συγκεκριμένα, οι αδυναμίες αυτές έχουν εμφανιστεί στον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τις επενδύσεις στις υγειονομικές υποδομές. Αυτή η κατάσταση είναι πιο εμφανής σε χώρες με μεσαίο και χαμηλό εισόδημα και βιοτικό επίπεδο (WHO, 2021β).

Συνεπώς, είναι σημαντικό να εξετάσουμε αν και σε ποιο βαθμό οι δημόσιες δαπάνες στον τομέα της υγείας έχουν διαφοροποιηθεί μετά την έναρξη της πανδημίας, σε σύγκριση με το επίπεδο των δαπανών πριν από την εμφάνισή της.

Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της εξέλιξης των δημόσιων δαπανών υγείας στην Ελλάδα για την περίοδο πριν την πανδημία, δίνοντας έμφαση στην τελευταία δεκαετία πριν την πανδημία (2009-2019) και σύγκρισή τους με τις δαπάνες για την υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας (2020-2023). Η διερεύνηση αυτή στοχεύει να συμπεριλάβει το ύψος των δαπανών, όπως επίσης για λόγους απόδοσης μιας ολοκληρωμένης εικόνας και συγκρίσεων, και το είδος τους, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό, από τα διαθέσιμα δεδομένα.

5.2. Συμβολή στην έρευνα

Η παρούσα μελέτη αναμένεται να συμβάλει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η πολιτεία ανταποκρίθηκε στις αυξημένες ανάγκες που προέκυψαν από την πανδημία. Επιπλέον, θα διερευνηθεί ο τρόπος κατανομής των δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των επενδύσεων σε υποδομές, επιστημονικό και άλλο ανθρώπινο δυναμικό και έξοδα. Μια τέτοια διερεύνηση θα μπορούσε να συμβάλει στην εξήγηση των επιτυχιών και αποτυχιών που παρατηρήθηκαν στο σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

5.3. Ερευνητικά ερωτήματα

Το βασικό ερώτημα που θέτει η παρούσα μελέτη είναι κατά πόσο οι πολιτικές που ακολουθήθηκαν, κυρίως κατά τη διάρκεια της πανδημίας, κατέστησαν το σύστημα υγείας ικανό να ανταπεξέλθει στις αυξημένες ανάγκες της περιόδου και κατά πόσο αξιοποιήθηκαν, για μακροπρόθεσμο όφελος, τα έκτακτα χρηματοδοτικά πακέτα που διατέθηκαν για την

υποστήριξη του τομέα της υγείας και ενισχύονταν συνεχώς, προσαρμοζόμενα στις αυξανόμενες ανάγκες που επέφερε η πανδημία.

Η αποτύπωση πραγματοποιείται ανά έτος καθώς και συγκριτικά από έτος σε έτος.

Επιμέρους στόχοι – ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

- α) Η παρουσίαση της συνολικής δαπάνης υγείας, δημόσιας και ιδιωτικής ως προς το ΑΕΠ.
- β) Η παρουσίαση της δημόσιας δαπάνης σε σχέση με την συνολική δαπάνη υγείας.
- γ) Η σύγκριση της δημοσίων και των ιδιωτικών δαπανών.
- δ) Η διάρθρωση των δαπανών ανά φορέα χρηματοδότησης.
- ε) Η παρουσίαση των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας και η σύγκρισή τους με τις αντίστοιχες δαπάνες πριν την πανδημία.

5.4 Μεθοδολογία της έρευνας

5.4.1 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα έγινε αναζήτηση επίσημων δεδομένων στις πλατφόρμες του Ο.Ο.Σ.Α., της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) και της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat). Από την αναζήτηση στην πλατφόρμα του Ο.Ο.Σ.Α. διαπιστώθηκε πως για την Ελλάδα υπάρχουν δεδομένα μόλις μετά το 1988, και ενώ αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ παραχωρούσαν στοιχεία προς στατιστική χρήση ήδη από το 1970, η χώρα μας άρχισε να το κάνει περίπου είκοσι χρόνια αργότερα και σε μη υποχρεωτικό πλαίσιο. Η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία διαθέτει δεδομένα έως το 2019.

Τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ είναι κυρίως ποσοτικά, παρέχοντας ανάλυση για τον φορέα χρηματοδότησης των δαπανών. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες διαχωρίζονται και κωδικοποιούνται ως εξής:

Πίνακας 5.1: Παρουσίαση και κωδικοποίηση δαπανών στα Δελτία Τύπου Λογαριασμών Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ

Φορείς χρηματοδότησης υγείας
1. Γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)
2. ΟΚΑ (HF.1.2)
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (1)+(2)
3. Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.1)
4. Ιδιωτικές πληρωμές (HF.3.1)
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (3)+(4)
5. Λοιπές δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (1)+(2)+(3)+(4)+(5)

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

Από τις κατηγορίες αυτές, στην παρούσα ανάλυση το επίκεντρο είναι οι δαπάνες της γενικής Κυβέρνησης και δευτερευόντως των ΟΚΑ. Για λόγους απόδοσης μιας ολοκληρωμένης εικόνας και συγκρίσεων, γίνεται μικρή αναφορά στις ιδιωτικές δαπάνες.

5.4.2 Πηγές δεδομένων

Για την παρούσα μελέτη τα στοιχεία αντλήθηκαν από τα επίσημα δημοσιευμένα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ και από τον Ο.Ο.Σ.Α. τον Απρίλιο/Μάιο 2023. Τα δεδομένα που αφορούν τις δαπάνες υγείας που αντλήθηκαν από την ΕΛΣΤΑΤ προέρχονται από τα Δελτία Τύπου με τίτλο «Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας» του εκάστοτε έτους ή περιόδου.

Πιο συγκεκριμένα, για την παρούσα μελέτη, αξιοποιήθηκαν δεδομένα από εξής τα Δελτία Τύπου της ΕΛΣΤΑΤ:

- 1) Τα δεδομένα των ετών 2009-2010 προέρχονται από το Δελτίο Τύπου «Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012» (ΕΛΣΤΑΤ, 2014).
- 2) Τα δεδομένα του έτους 2011 προέρχονται από το Δελτίο Τύπου «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2015» που περιέχει τα πιο πρόσφατα αναθεωρημένα στοιχεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2017).
- 3) Τα δεδομένα του έτους 2012 προέρχονται από το Δελτίο Τύπου «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2016» που περιέχει τα πιο πρόσφατα αναθεωρημένα στοιχεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2018).
- 4) Τα δεδομένα του έτους 2013 προέρχονται από το Δελτίο Τύπου «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017» που περιέχει τα πιο πρόσφατα αναθεωρημένα στοιχεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).
- 5) Τα δεδομένα του έτους 2014 προέρχονται από το Δελτίο Τύπου «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2018» που περιέχει τα πιο πρόσφατα αναθεωρημένα στοιχεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2020).
- 6) Τα δεδομένα του έτους 2015 προέρχονται από το Δελτίο Τύπου «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2019» που περιέχει τα πιο πρόσφατα αναθεωρημένα στοιχεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2021).
- 7) Τα δεδομένα του έτους 2016 προέρχονται από το Δελτίο Τύπου «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2020» που περιέχει τα πιο πρόσφατα αναθεωρημένα στοιχεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2022).

- 8) Τα δεδομένα των ετών 2017-2021 προέρχονται από το Δελτίο Τύπου «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2021» που περιέχει τα πιο πρόσφατα αναθεωρημένα στοιχεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2023).

Η ΕΛΣΤΑΤ, όπως προαναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 2, δημοσιοποίησε για πρώτη φορά το 2013 στατιστικά στοιχεία για τις Δαπάνες Υγείας σε εθνικό επίπεδο, με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) του ΟΟΣΑ, η οποία αφορούσε προσωρινές εκτιμήσεις για τις δαπάνες υγείας των ετών 2009-2011, ενώ στη συνέχεια εξακολούθησε να δημοσιεύει τα στοιχεία ΣΛΥ σε ετήσια βάση, εντός του πρώτου τριμήνου του μεθεπόμενου έτους από το έτος αναφοράς των στοιχείων, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα δημοσιεύσεων του Ο.Ο.Σ.Α. και της Eurostat. Οι πίνακες του ΣΛΥ καταρτίζονται βάσει των πρωτογενών δεδομένων που λαμβάνονται από τους αντίστοιχους χρηματοδοτικούς φορείς.

Τα δεδομένα των ετών 2020, 2021, 2022 και 2023 αντλήθηκαν και από τον Κρατικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Οικονομικών των ετών 2020, 2021, 2022 και 2023, αντίστοιχα, καθώς και από το Δελτίο Παρακολούθησης Επίτευξης Στόχων Εκτέλεσης Κρατικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Οικονομικών για τα 12μηνια 2020, 2021 και 2022.

5.4.3 Μέθοδος ανάλυσης

Η μέθοδος ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη είναι ποσοτική. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τρόπο που επιτρέπει μια συγκριτική παρουσίαση των δαπανών για την υγεία πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Περιλαμβάνει περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων για την εκτίμηση των τάσεων με βάση τα χρονολογικά δεδομένα. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το υπολογιστικό φύλλο Excel.

5.4.4 Περιορισμοί

Στην παρούσα μελέτη δε διερευνώνται τα αποτελέσματα στην υγεία, σωματική και ψυχολογική, των χρηστών του ΕΣΥ και οι ανικανοποίητες ανάγκες που απορρέουν από την μείωση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

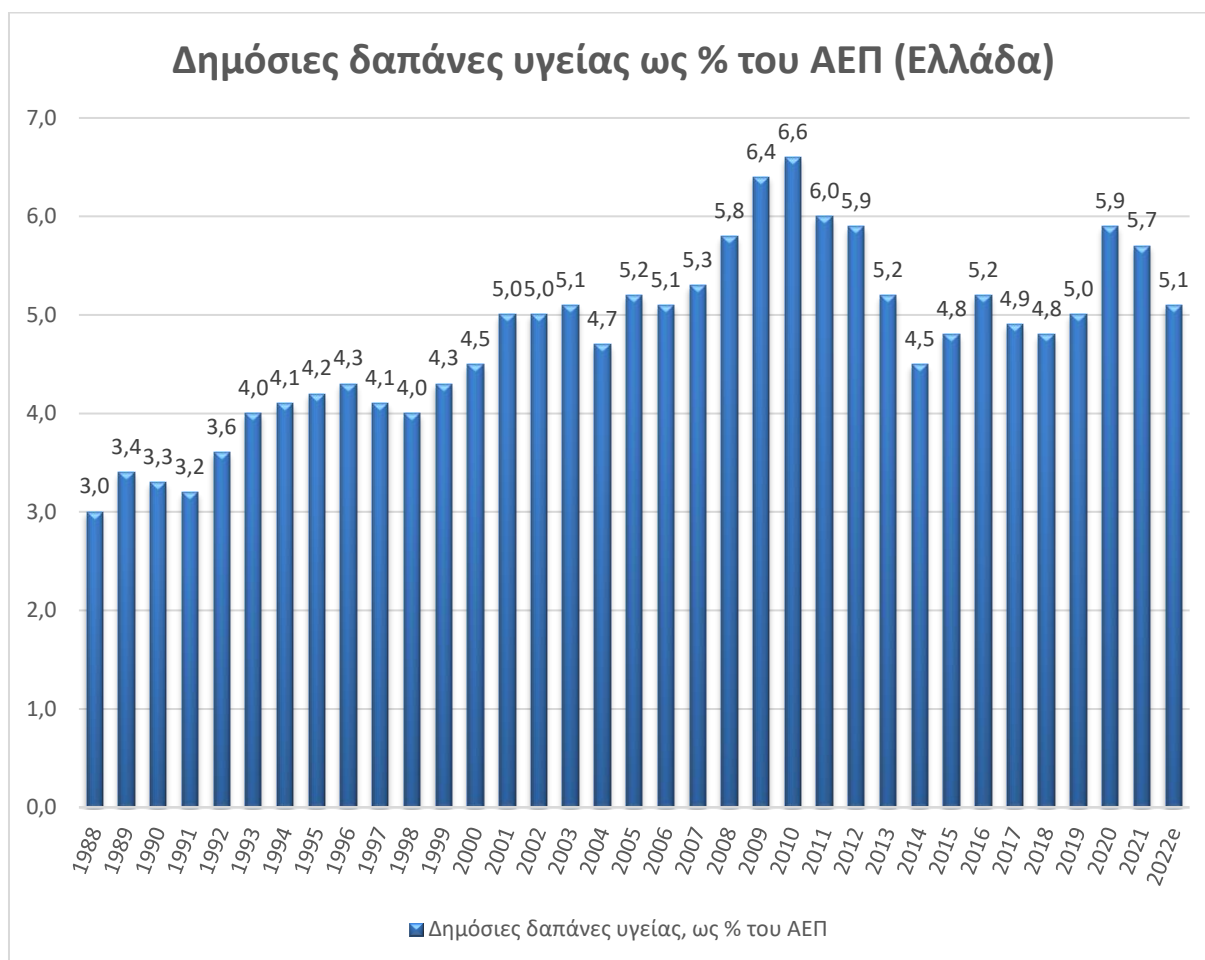
Το ύψος των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη μιας χώρας σε σχέση με όλα τα άλλα αγαθά και υπηρεσίες στην οικονομία, και η μεταβολή τους με την πάροδο του χρόνου, εξαρτάται όχι μόνο από το επίπεδο των δαπανών για την υγεία αλλά και από το μέγεθος της οικονομίας. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και στις αρχές της δεκαετίας του 2000, οι χώρες της ΕΕ είδαν γενικά τις δαπάνες για την υγεία να ξεπερνούν την υπόλοιπη οικονομία, οδηγώντας σε σχεδόν συνεχή αύξηση του λόγου των δαπανών για την υγεία προς το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ), αλλά αυτή η τάση διαταράχθηκε με τη χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση του 2008-09. Μεταξύ 2013 και 2019, η αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία ήταν σε γενικές γραμμές σύμφωνη με την αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ στις χώρες μέλη της ΕΕ. Μετά από χρόνια λιτότητας και αργής ανάπτυξης που προκλήθηκε από την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008-09, οι δαπάνες για την υγεία και το ΑΕΠ αυξήθηκαν μεταξύ 2013 και 2019 περίπου με τον ίδιο ρυθμό, με μέσο όρο ετήσιας αύξησης 2,5% σε πραγματικούς όρους. Κατά συνέπεια, οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ παρέμειναν σχετικά σταθερές την ίδια περίοδο σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (OECD, 2022).

6.1 Εξέλιξη των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση του 2008

Από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του '90, οι Ελληνικές Κυβερνήσεις προσπαθούσαν να επεκτείνουν την κάλυψη των πολιτών, προκειμένου να επιτευχθεί η καθολική πρόσβαση. Εν μέρει η προσπάθεια αυτή λειτούργησε, καθώς η κάλυψη των δαπανών από τα ασφαλιστικά ταμεία και η χρήση των ιδιωτικών μονάδων υγείας από τους πολίτες επέτρεψε τη διατήρηση χαμηλού επιπέδου δαπανών για την υγεία (Σακελλαρόπουλος, 2008).

Αντίθετα από την κατάσταση που επικράτησε μετά το 2008, η διατήρηση του χαμηλού επιπέδου των δαπανών επέτρεπε μεγαλύτερη ευελιξία στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, καθώς το υψηλό εισόδημα των πολιτών βοηθούσε στη διατήρηση χαμηλού ποσοστού επισκεψιμότητας στα δημόσια νοσοκομεία (Σακελλαρόπουλος, 2008).

Γράφημα 6.1: Δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1988-2020



Πηγή: OECD, 2023

Όπως παρατηρείται στο Γράφημα 6.1, κατά το χρονικό διάστημα από το 1988 έως το 2000, οι δαπάνες για την υγεία σημείωσαν σημαντική αύξηση. Αυτό συνέβη λόγω της αναδιάρθρωσης των δημοσιονομικών πόρων, της αύξησης των δαπανών για τους κοινωνικούς τομείς και των προσπάθειών για τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας. Όλα αυτά αποτελούσαν απαραίτητες προϋποθέσεις για την ένταξη της Ελλάδας στην ευρωζώνη, που επιτεύχθηκε το 2001 (Mladovsky et al, 2012).

Η διαρκής αύξηση των δαπανών για την υγεία προκάλεσε ορισμένα προβλήματα στον τομέα, συμπεριλαμβανομένης της διαφθοράς (Soulitis, et al., 2016). Η κατάσταση επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών, καθώς οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονταν συνεχώς, ενώ η ποιότητα των υπηρεσιών δεν αυξανόταν παράλληλα.

Κατά τη δεκαετία πριν από την κρίση, σημειώθηκε μια αισθητή αύξηση των δαπανών για την υγεία, λόγω των προβλημάτων των ασφαλιστικών ταμείων κατά την περίοδο προσαρμογής των εισφορών (Ρούπας, 2010).

6.2 Εξέλιξη των συνολικών, δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2019

6.2.1 Δημόσιες δαπάνες

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), το 2009 οι **συνολικές δαπάνες** για την υγεία ανέρχονταν σε 23,18 δις € (Πίνακας 6.1), ποσό που αντιστοιχούσε στο 9,4% του ΑΕΠ, με το μέσο όρο του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) να είναι 8,8% (Πίνακας 6.2). Το 2019, οι αντίστοιχες συνολικές δαπάνες ανέρχονταν σε 15,03 δις €, ποσοστό 8,2% του ΑΕΠ, περίπου 0,6% κάτω από τον αντίστοιχο μέσο όρο του ΟΟΣΑ (Πίνακας 6.2). Ειδικότερα, το διάστημα 2009-2014 η χρηματοδότηση των συνολικών δαπανών υγείας κατέγραψε μείωση σε ποσοστό 40,7%, από 23,18 δις € το 2009 σε 14,02 δις € το 2014, και κατόπιν σταθεροποιήθηκε, με εξαίρεση το 2019 όπου παρατηρείται μικρή αύξηση.

Πίνακας 6.1: Συνολικές δαπάνες υγείας (σε εκ. €) και ποσοστιαία συμμετοχή ανά χρηματοδοτικό φορέα (2009-2019)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1. Γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)	6.270,90	5.548,10	4.202,20	5.082,10	4.638,60	4.210,50	4.087,60	4.519,00	3.985,00	3.916,00	4.108,60
% της συνολικής	27,00	26,70	22,30	29,90	30,50	30,00	28,80	30,70	27,80	26,90	27,30
2. ΟΚΑ	9.835,50	8.498,90	8.223,10	6.204,00	4.807,30	3.877,80	4.095,10	4.531,00	4.730,00	4.718,00	5.137,60
% της συνολικής	42,40	41,00	43,70	36,50	31,60	27,70	28,80	30,70	32,90	32,40	34,20
Συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας (1)+(2)	16.106,40	14.047,00	12.425,30	11.286,10	9.445,90	8.088,30	8.182,70	9.050,00	8.715,00	8.634,00	9.246,20
% της συνολικής	69,50	67,70	66,00	66,50	62,10	57,70	57,60	61,40	60,60	59,20	61,50
3. Ιδιωτική ασφάλιση	433,80	536,60	534,20	525,70	495,10	535,00	541,30	567,50	578,30	630,20	672,30
% της συνολικής	1,90	2,60	2,80	3,10	3,30	3,80	3,80	3,80	4,00	4,30	4,50
4. Ιδιωτικές πληρωμές	6.593,30	6.096,10	5.823,80	5.118,90	5.121,20	5.202,90	5.224,10	5.057,90	5.036,30	5.260,60	5.056,90
% της συνολικής	28,40	29,40	30,90	30,10	33,70	37,10	36,80	34,30	35,00	36,10	33,60
Συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας (3)+(4)	7.027,10	6.632,70	6.358,00	5.644,60	5.616,30	5.737,90	5.765,40	5.625,40	5.614,60	5.890,80	5.729,20
% της συνολικής	30,30	32,00	33,70	33,20	37,00	40,90	40,60	38,10	39,00	40,40	38,10
5. Λοιπές δαπάνες	52,60	73,20	52,40	53,60	139,20	198,30	262,00	67,20	61,80	55,70	55,90
% της συνολικής	0,20	0,40	0,30	0,30	0,90	1,40	1,80	0,50	0,40	0,40	0,40
Συνολικές δαπάνες υγείας (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	23.186,10	20.752,90	18.835,70	16.984,30	15.201,40	14.024,50	14.210,10	14.742,60	14.391,40	14.580,50	15.031,30

ΟΚΑ: Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί

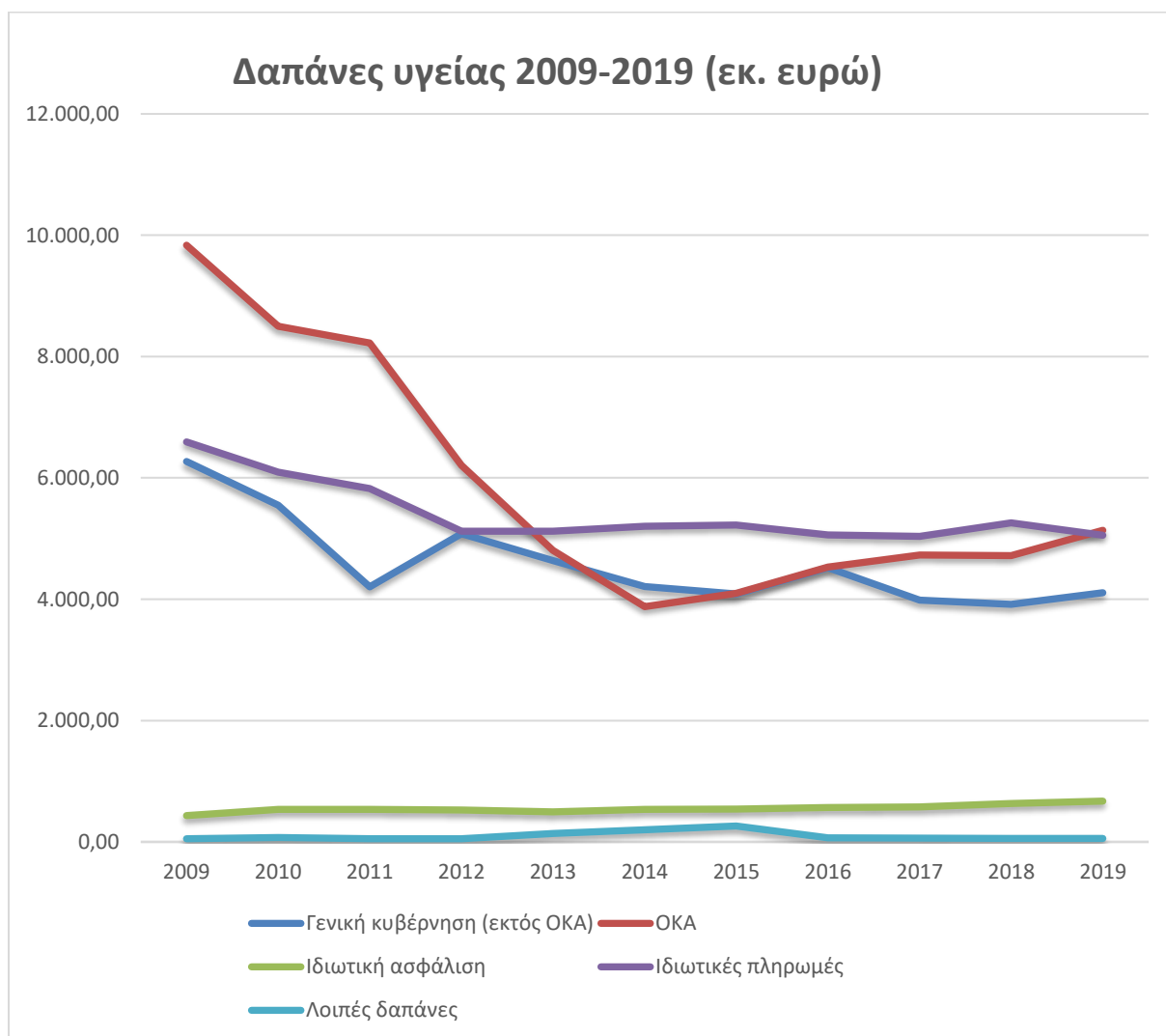
Πίνακας 6.2: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και τρέχουσες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (2009–2019)

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	GRE	9,4	9,6	9,2	8,9	8,4	7,9	8,2	8,4	8,1	8,1	8,2
	OECD	8,8	8,7	8,6	8,7	8,7	8,7	8,7	8,7	8,7	8,7	8,8
Τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) (τρέχουσες τιμές, τρέχουσες ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης)	GRE	2.736	2.607	2.290	2.146	2.088	2.011	2.123	2.258	2.251	2.315	2.350
	OECD	2.847	2.932	3.064	3.162	3.282	3.369	3.475	3.643	3.760	3.914	4.004

Πηγή: OECD Health Statistics 2023

Στο Γράφημα 6.2 απεικονίζονται οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα με ποσοστιαία συμμετοχή ανά χρηματοδοτικό φορέα για το διάστημα 2009-2019.

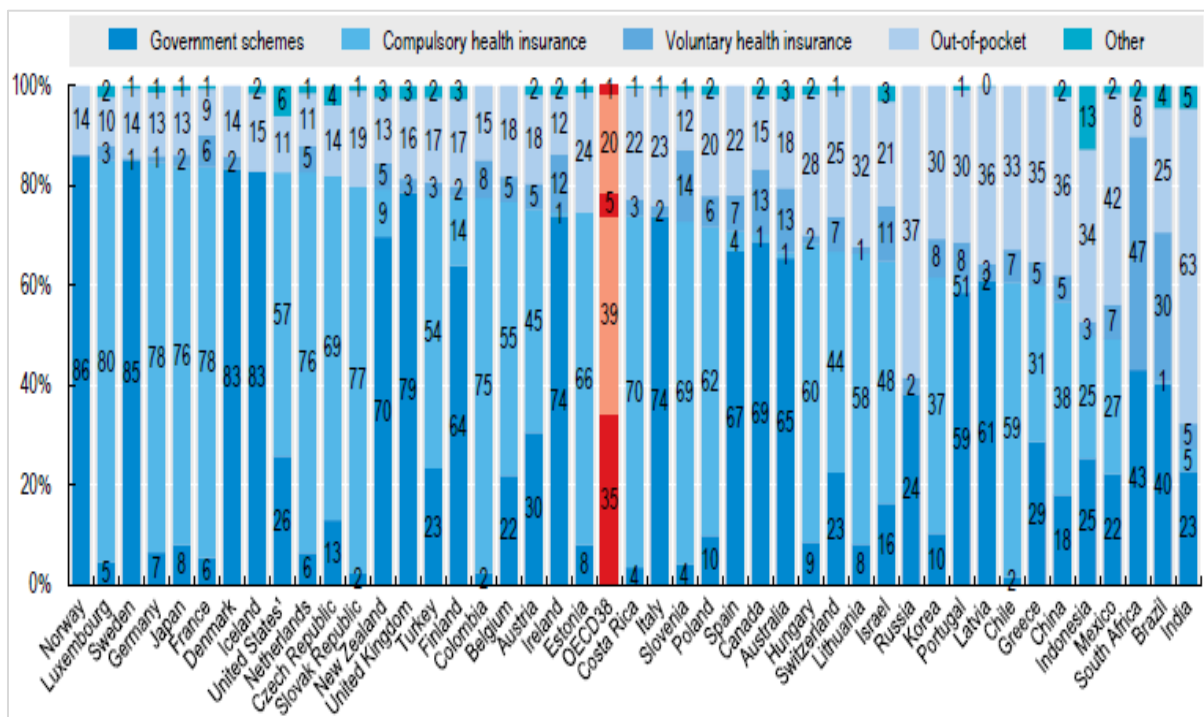
Γράφημα 6.2: Συνολικές δαπάνες υγείας (σε εκ. €) και ποσοστιαία συμμετοχή ανά χρηματοδοτικό φορέα (2009-2019)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί

Η υποχρεωτική κάλυψη, μέσω κυβερνητικών προγραμμάτων ή ασφάλισης υγείας, αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του ΟΟΣΑ (Γράφημα 6.3). Συνολικά, τα τρία τέταρτα του συνόλου των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη το 2019 καλύφθηκαν μέσω αυτών των τύπων υποχρεωτικών προγραμμάτων χρηματοδότησης.

Γράφημα 6.3: Δαπάνες υγείας ανά είδος χρηματοδότησης, 2019 (ή το πλησιέστερο έτος)



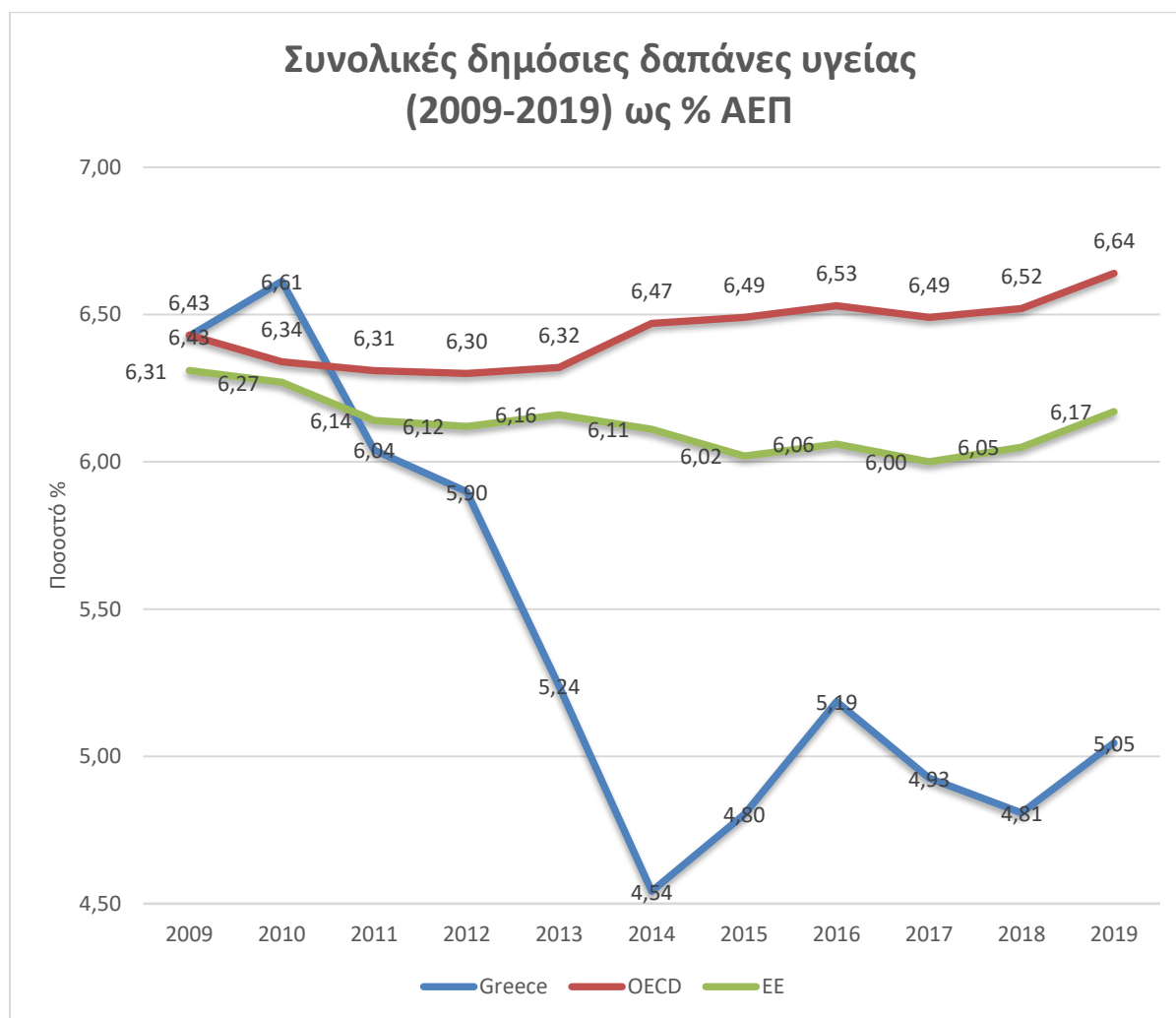
1. Όλες οι δαπάνες των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών υγείας αναφέρονται στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Η κατηγορία «Άλλα» αναφέρεται σε χρηματοδότηση από ΜΚΟ, εργοδότες, προγράμματα μη κατοίκων και άγνωστα προγράμματα.

Πηγή: OECD Health Statistics 2021

Οι **συνολικές δημόσιες δαπάνες** για την υγεία σημείωσαν σημαντική μείωση, από 16,1 δις € το 2009 σε 8,08 δις € το 2014 (ποσοστό 49,8%), ενώ το 2019 παρουσίασαν μικρή αύξηση σε σύγκριση με το 2014 και ανήλθαν στο ποσό των 9,24 δις € (αύξηση 14,35% σε σχέση με το 2014) (Πίνακας 6.1). Ειδικότερα, οι δαπάνες υγείας από τη γενική κυβέρνηση και τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) μειώθηκαν από 6,27 και 9,83 δις € το 2009, σε 4,21 και 3,87 δις € για το 2014, αντίστοιχα, ενώ το 2019 οι δαπάνες υγείας από τη γενική κυβέρνηση ανήλθαν σε 4,1 δις € παρουσιάζοντας μικρή μείωση σε σύγκριση με το 2014 και οι δαπάνες υγείας ΟΚΑ ανήλθαν σε 5,13 δις €, παρουσιάζοντας αύξηση σε σύγκριση με το 2014 (Πίνακας 6.1).

Συγκρίνοντας τη μεταβολή των δημοσίων δαπανών ως % του ΑΕΠ στην Ελλάδα με την αντίστοιχη των χωρών του ΟΟΣΑ και της ΕΕ για το διάστημα 2009-2019, παρατηρούμε ότι ενώ στην Ελλάδα οι δημόσιες δαπάνες σημείωσαν σημαντική μείωση, από 9,43% του ΑΕΠ το 2009 σε 4,54% το 2014 και το 2019 παρουσίασαν μικρή αύξηση σε σύγκριση με το 2014 και ανήλθαν στο 5,05% του ΑΕΠ, ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ και της ΕΕ κυμάνθηκε σε σχεδόν σταθερά επίπεδα (Γράφημα 6.4).

Γράφημα 6.4: Συνολικές δημόσιες δαπάνες (γενικής κυβέρνησης και ΟΚΑ) ως % ΑΕΠ, Ελλάδα-ΟΟΣΑ (2009-2019)

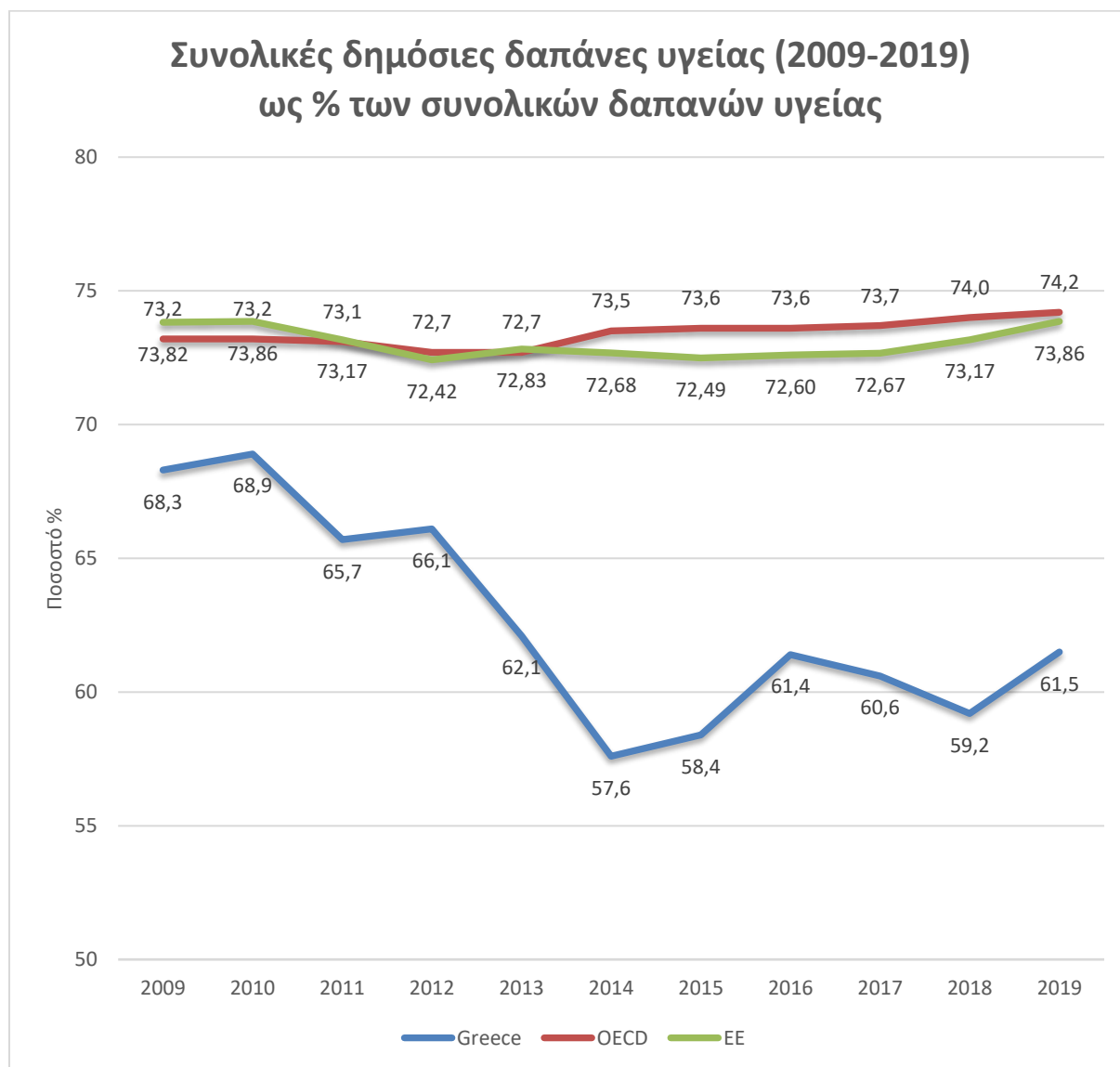


Πηγή: OECD Health Statistics, 2023

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ κατά το διάστημα 2009-2019 το ποσοστό των **συνολικών δημοσίων δαπανών επί της συνολικής τρέχουσας δαπάνης υγείας** αρχικά μειώθηκε κατά 11,8% το 2014 σε σχέση με το 2009, και στη συνέχεια σταθεροποιήθηκε, ωστόσο σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και της ΕΕ (Γράφημα 6.5). Οι δαπάνες υγείας της γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό επί των συνολικών

δαπανών υγείας δεν παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές, ενώ το ποσοστό των ΟΚΑ μειώθηκε από 42,4% το 2009 σε 34,2% το 2019 (Πίνακας 6.1).

Γράφημα 6.5: Συνολικές δημόσιες δαπάνες (γενικής κυβέρνησης και ΟΚΑ) ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, Ελλάδα-ΟΟΣΑ-ΕΕ (2009-2019)



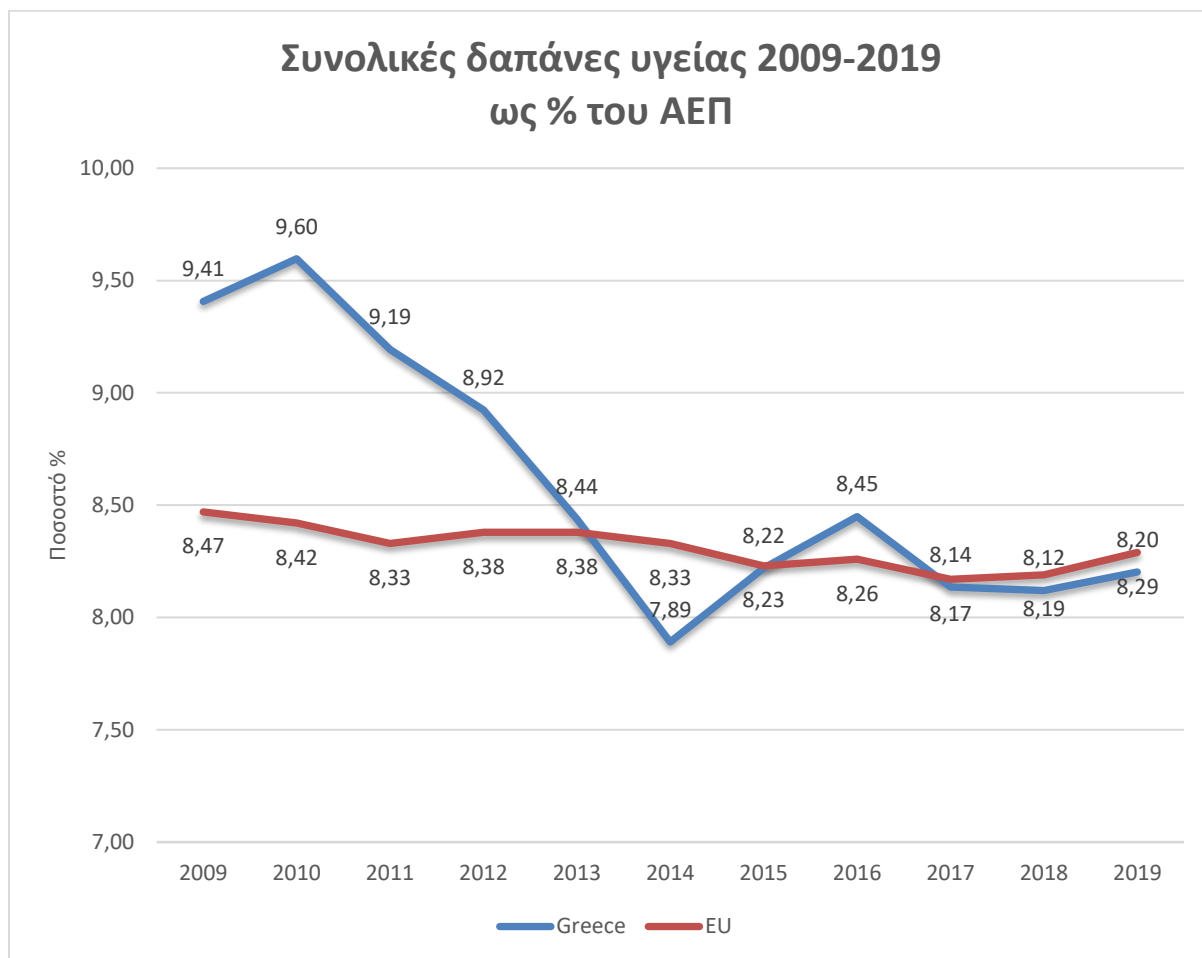
ΟΚΑ: Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης

Πηγή: OECD Health Statistics, 2023

Όπως παρατηρούμε στο Γράφημα 6.6, η Ελλάδα διέθεσε το 9,41% του ΑΕΠ της στην υγεία, ενώ στο σύνολο της ΕΕ διατέθηκε ποσοστό 8,47%. Σε αυτό το ποσό περιλαμβάνονται και οι δαπάνες που προκύπτουν από τον μηχανισμό της αυτόματης επιστροφής (clawback), μέσω του οποίου διοχετεύεται ένα επιπλέον 1% του ΑΕΠ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ο μηχανισμός αυτός εφαρμόζεται σε μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ και επιτρέπει στο δημόσιο πληρωτή να παρέχει περισσότερα αγαθά και υπηρεσίες

για την κάλυψη των αναγκών, ενώ ανακτάται από τους παρόχους το κόστος που υπερβαίνει τα ανώτατα όρια δαπανών.

Γράφημα 6.6: Συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ, Ελλάδα-ΕΕ (2009-2019)

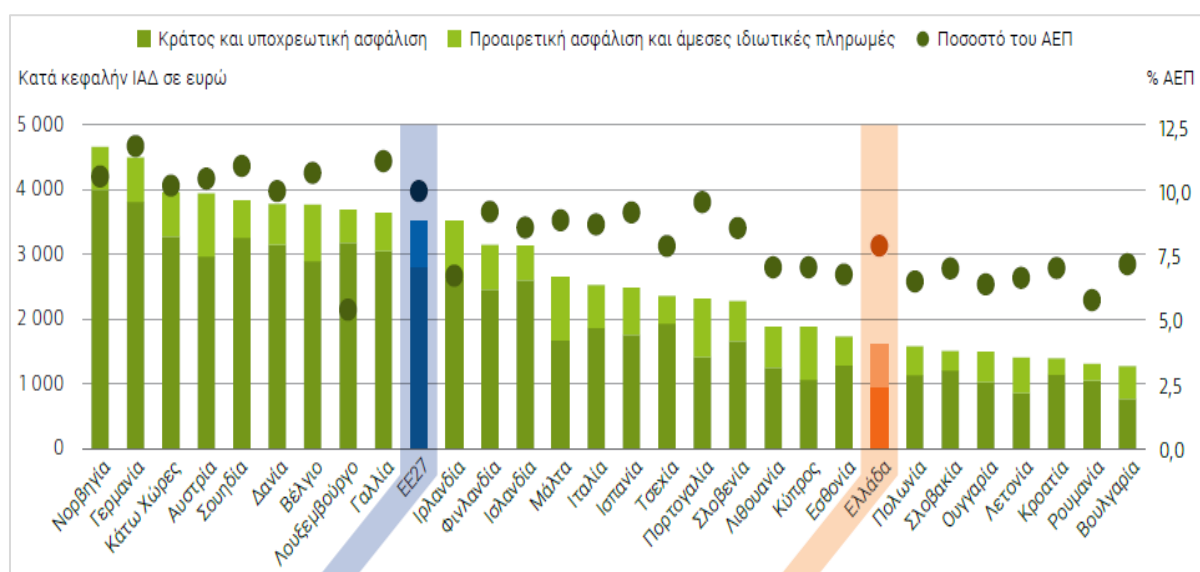


Πηγή: OECD Health Statistics, 2023

Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας

Σύμφωνα με τον OECD (2021), όπως φαίνεται στο Γράφημα 6.7, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα το 2019 ανήλθαν σε 1.603 ευρώ, οι οποίες είναι χαμηλότερες από το ήμισυ του μέσου όρου της ΕΕ (3.523 ευρώ). Τα εκτεταμένα μέτρα περιορισμού του κόστους και αύξησης της αποδοτικότητας που εφαρμόστηκαν μετά την οικονομική κρίση του 2009, οδήγησαν σε απότομες μειώσεις τις δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, οι οποίες ήταν χαμηλότερες από το μέσο όρο της ΕΕ. Η τάση αυτή όμως έχει αντιστραφεί από το 2015, και παρατηρούνται μικρές αλλά σταθερές αυξήσεις στις δαπάνες για την υγεία (OECD, 2021).

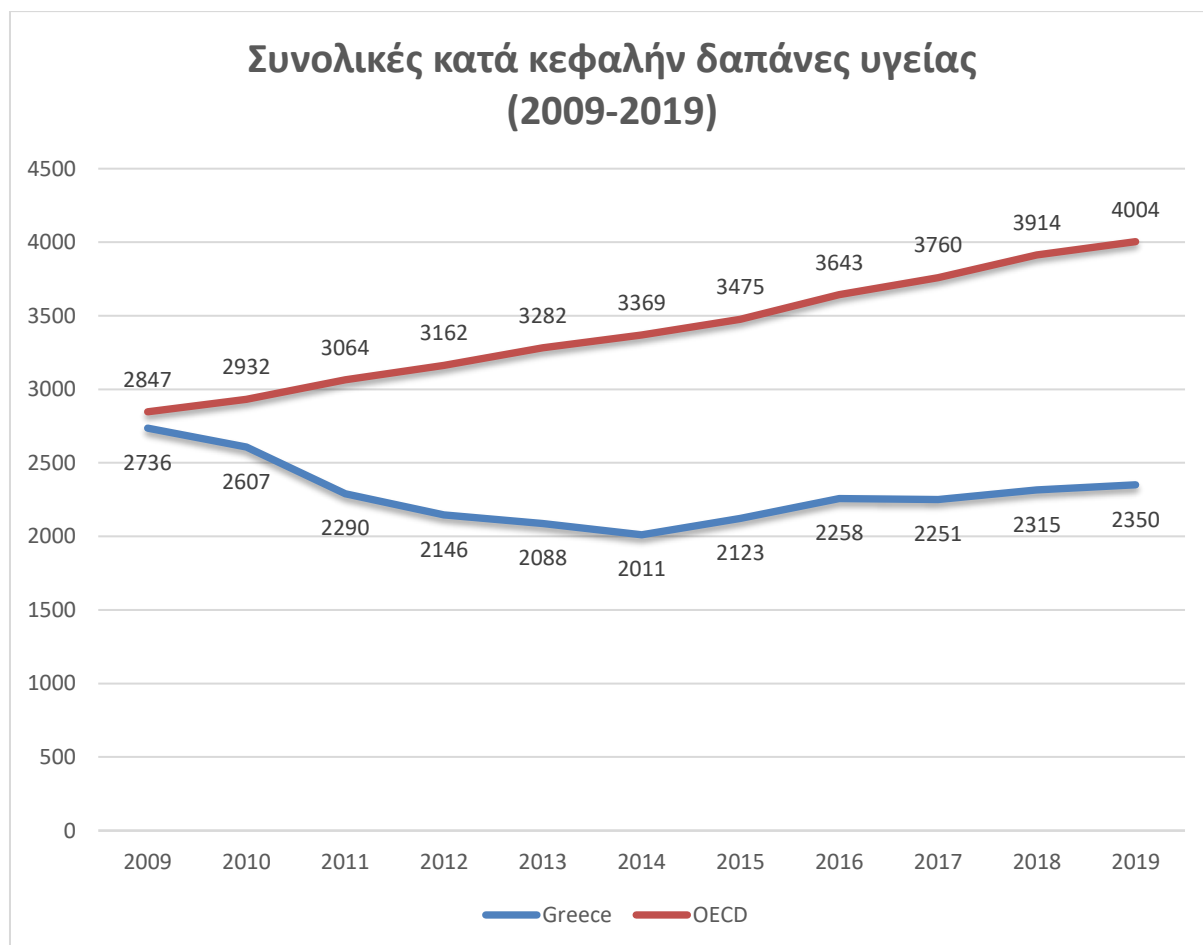
Γράφημα 6.7: Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και την ΕΕ



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος. Τα στοιχεία αφορούν το 2019, με εξαίρεση τη Μάλτα για την οποία αφορούν το 2018.

Πηγή: OECD, 2021

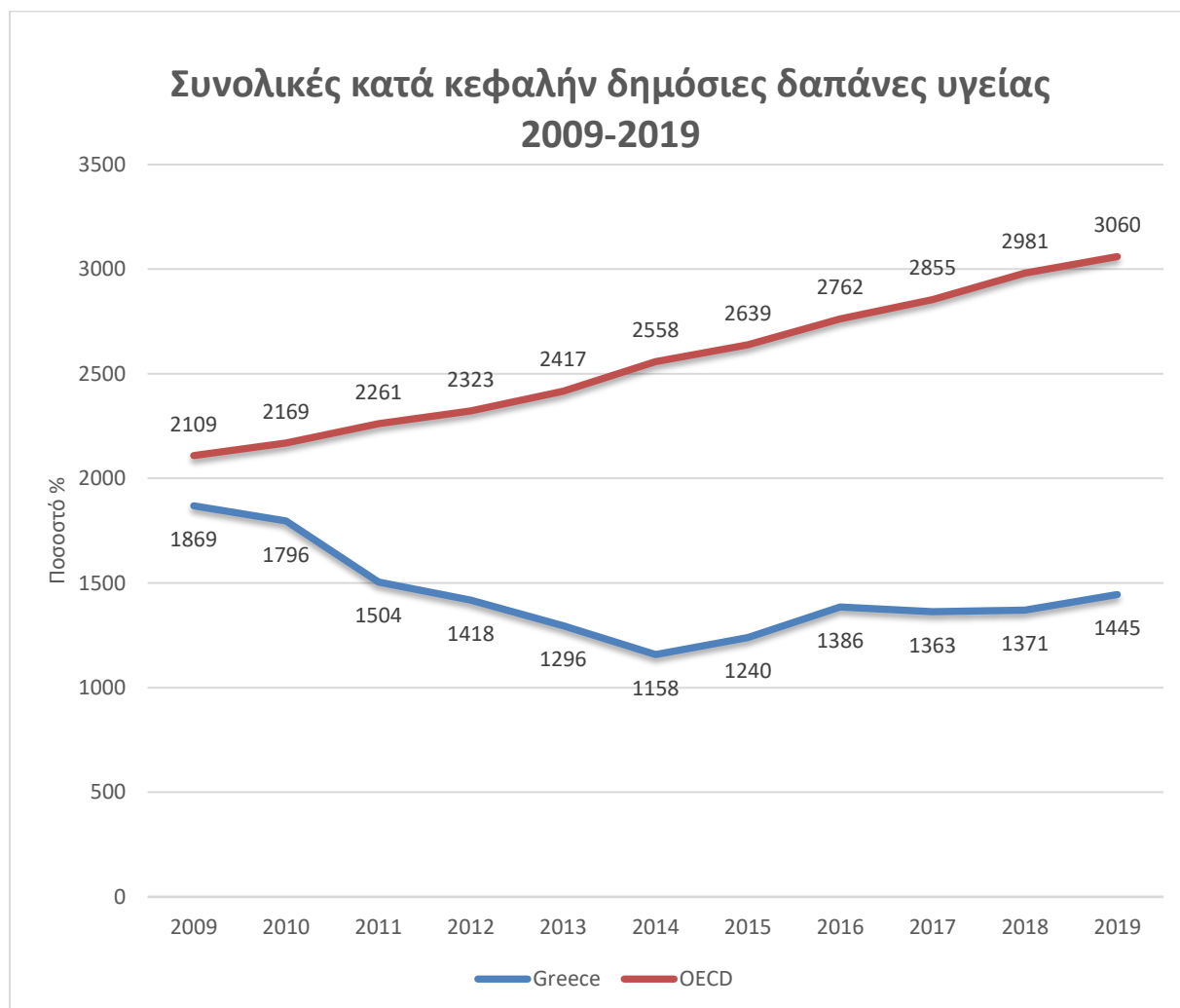
Γράφημα 6.8: Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) 2009–2019



Πηγή: OECD Health Statistics, 2023

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε τρέχουσες τιμές στην Ελλάδα, παρουσίασαν συρρίκνωση από 2.736 \$ ανά άτομο το έτος 2009 σε 2.350 \$ το έτος 2019, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ αυξήθηκε το αντίστοιχο διάστημα, από 2.847 \$ το έτος 2009 σε 4.004 \$ το έτος 2019 (Πίνακας 6.2, Γράφημα 6.8).

Γράφημα 6.9: Συνολικές κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες (Γενικής Κυβέρνησης και ΟΚΑ) (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$), 2009–2019



Πηγή: OECD Health Statistics, 2023

Οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε τρέχουσες τιμές στην Ελλάδα, παρουσίασαν συρρίκνωση από 1.869 \$ ανά άτομο το έτος 2009 σε 1.445 \$ το έτος 2019, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ αυξήθηκε το αντίστοιχο διάστημα, από 2.109 \$ το έτος 2009 σε 3.060 \$ το έτος 2019 (Γράφημα 6.9).

6.2.2 Ιδιωτικές δαπάνες

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για το 2019, ανήλθε σε 60%, σημαντικά χαμηλότερο σε σχέση με το μέσο όρο της ΕΕ που ανήλθε σε 80%. Συνεπώς, ένα σημαντικό ποσοστό των δαπανών για την υγεία (περίπου 35%) προέρχεται από τα νοικοκυριά από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, όπως οι συμμετοχή των ασφαλισμένων για φάρμακα και οι άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στις καθορισμένες παροχές π.χ. επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς, οδοντιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την Ευρώπη (WHO Regional Office for Europe, 2018), οι έμμεσες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 25% των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών. Όσον αφορά την προαιρετική ασφάλιση υγείας, αυτή διαδραματίζει μικρότερο ρόλο, καθώς αντιπροσωπεύει μόλις το 5% των συνολικών δαπανών για την υγεία (OECD, 2021).

Η οικονομική κρίση και η συνεπακόλουθη μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών επηρέασε αρνητικά την εξέλιξη των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, με αποτέλεσμα να προκύψει μείωση της χρηματοδότησης για υπηρεσίες φροντίδας υγείας από 7,02 δις € το 2009 σε 5,61 δις € το 2013 (έτος με τη μεγαλύτερη μείωση) και 5,72 δις € το 2019 (Πίνακας 6.1). Ωστόσο, το ποσοστό τους επί των συνολικών δαπανών υγείας για το εν λόγω χρονικό διάστημα αυξήθηκε από 30,3% το 2009 σε 37% το 2013 και σε 38,1% το 2019 (Πίνακας 6.1).

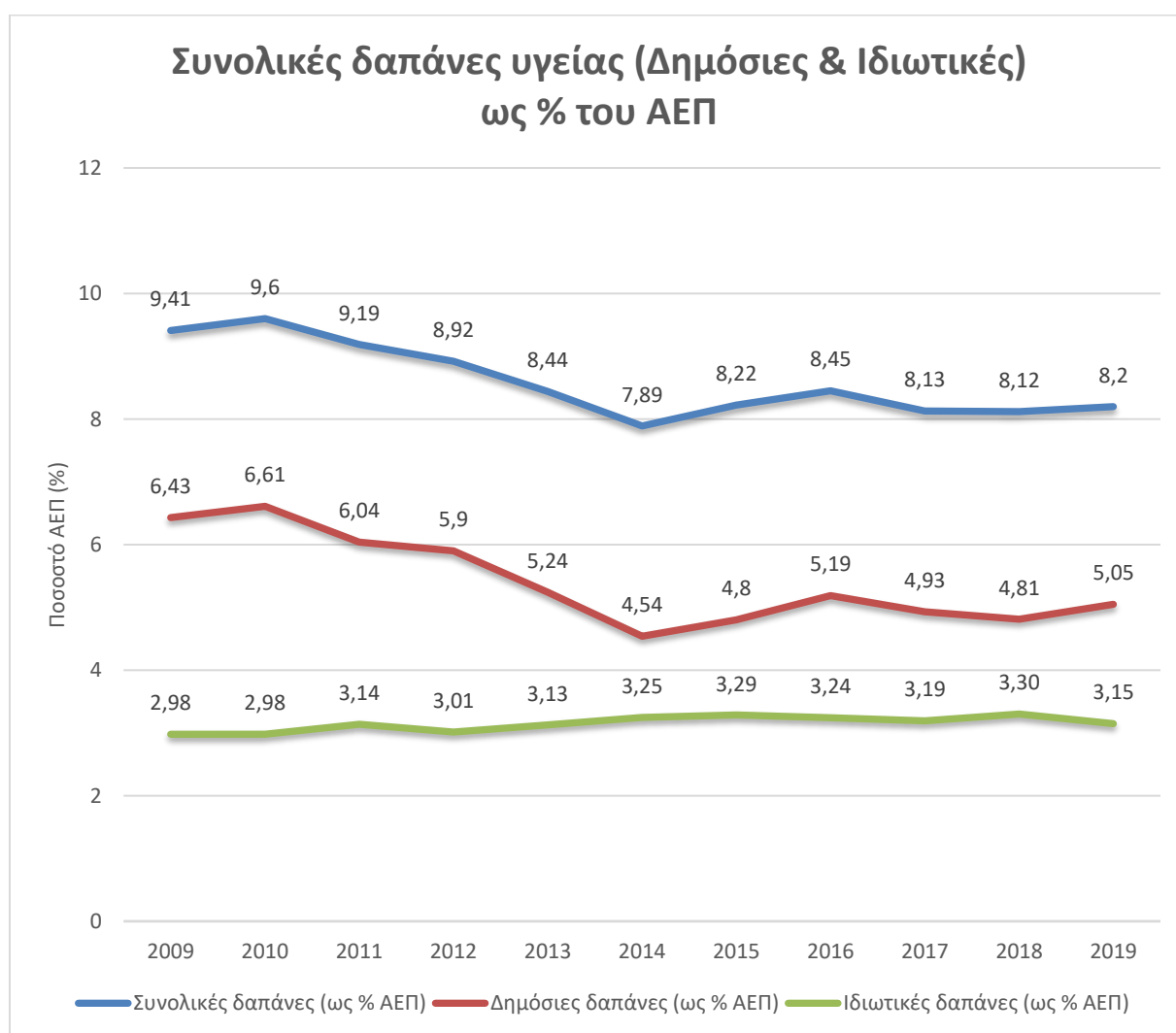
Σύμφωνα με τη μελέτη του Παρατηρητηρίου Οικονομικών Υγείας του IOBE (2020), οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά άτομο υποχώρησαν κατά -41,4% μεταξύ 2009 και 2019, όπου και διαμορφώθηκαν στα 807 ευρώ, ενώ την ίδια περίοδο στην ΕΕ23 αυξήθηκαν 29,8%. Οι συνολικές δαπάνες υγείας ανά άτομο στην Ελλάδα ανήλθαν σε 1.362 ευρώ το 2019 έναντι 2.014 ευρώ το 2009. Κατά το χρονικό διάστημα 2008-2013 οι δαπάνες υγείας ανά άτομο στην Ελλάδα παρουσίασαν μείωση κατά 7,3%, η οποία ήταν η πιο μεγάλη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ κατά το χρονικό διάστημα 2013-2019 σημείωσαν αύξηση 0,4%.

Για το 2019 οι δαπάνες υγείας αποτέλεσαν το 7,1% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών μέσω συναλλαγών στην αγορά, ενώ το 2009 ήταν 6,5%. Παρόλο που για το 2019 ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία μειώθηκε κατά 22,1% (μείωση από 134,3 ευρώ το 2009 σε 104,6 ευρώ το 2019), το ποσοστό τους είναι μεγαλύτερο από το 2009. Αυτό αποδεικνύει τη μειωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών, την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στις δαπάνες υγείας και την ανελαστικότητα των συγκεκριμένων κατηγοριών δαπανών.

Κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία μετατοπίστηκαν κυρίως προς την κάλυψη νοσοκομειακής περίθαλψης και φαρμακευτικής δαπάνης. Από το σύνολο των μηνιαίων δαπανών των νοικοκυριών για την υγεία που ανέρχονταν σε 104,6 ευρώ, το 34,2% αφορούσε φαρμακευτικές δαπάνες και το 31,6% αφορούσε νοσοκομειακή περίθαλψη, σε σύγκριση με το 12,5% που δαπανήθηκε το 2009 για οδοντιατρικές ή άλλες ιατρικές υπηρεσίες (12,3%).

Τέλος, συγκρίνοντας τις συνολικές, τις συνολικές δημόσιες και τις συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ από το 2009 και μετά, εξάγεται το συμπέρασμα ότι το ποσοστό των συνολικών δημόσιων δαπανών μειώθηκε από 6,43% το 2009 σε 5,05% το 2019, ενώ το ποσοστό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών από 2,97% το 2009 αυξήθηκε σε 3,146% το 2019 και το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία μειώθηκε από 9,41% το 2009 σε 8,2% το 2019 (Γραφήματα 6.10 και 6.11, Πίνακας 6.3).

Γράφημα 6.10: Δαπάνες υγείας (2009-2019) ως ποσοστό του ΑΕΠ



Πηγή: OECD, ίδια επεξεργασία

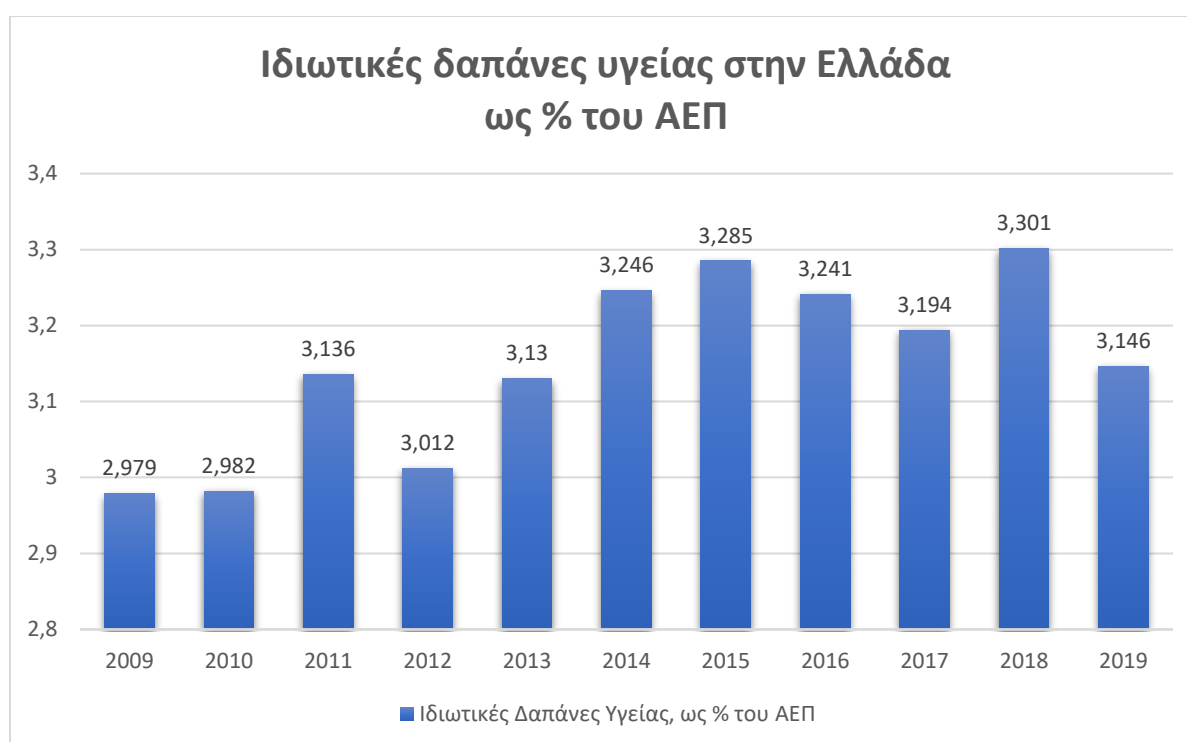
Πίνακας 6.3: Δαπάνες υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές, συνολικές) ως ποσοστό του ΑΕΠ

Δαπάνες Υγείας ως % του ΑΕΠ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Δημόσιες	6,43	6,61	6,04	5,9	5,24	4,54	4,8	5,19	4,93	4,81	5,05
Ιδιωτικές	2,98	2,98	3,14	3,01	3,13	3,25	3,29	3,24	3,19	3,3	3,15
Συνολικές	9,41	9,6	9,19	8,92	8,44	7,89	8,22	8,45	8,13	8,12	8,2

Πηγή: OECD (2023), *Health spending (indicator)*. doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 08 May 2023)

Κατωτέρω στο Γράφημα 6.11 απεικονίζεται η μεταβολή των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, για το διάστημα 2009-2019, ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Γράφημα 6.11: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας (2009-2019) στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ

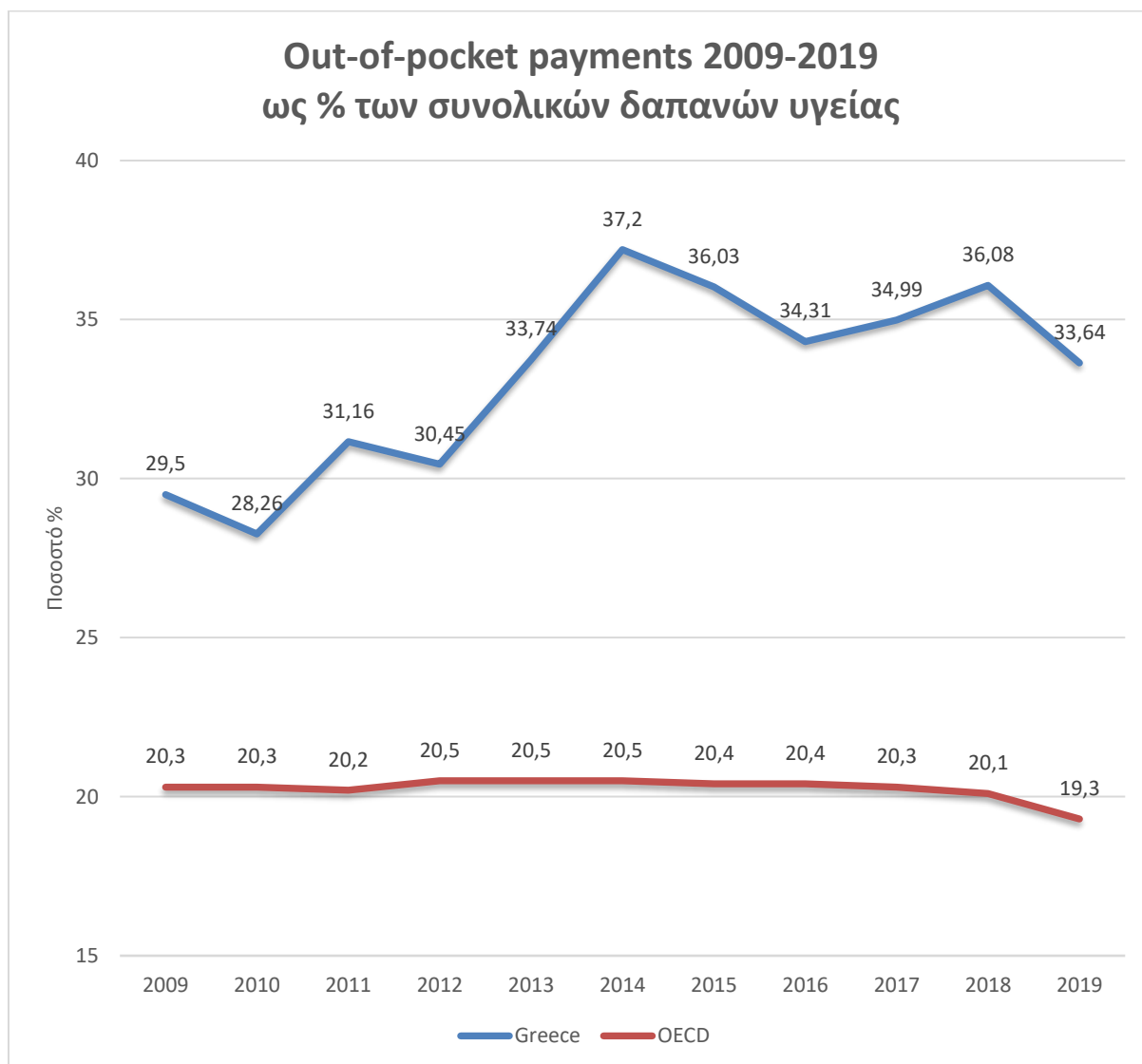


Πηγή: OECD

6.2.3 Out-of-pocket payments

Εκτός από τα κυβερνητικά σχήματα και την υποχρεωτική ασφάλιση, η κύρια πηγή χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία τείνει να είναι οι out-of-pocket πληρωμές. Με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, οι δαπάνες υγείας μέσω ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket payments, OPP) μειώθηκαν από 6,6 δις € το 2009 σε 5 δις € το 2019 (Πίνακας 6.1). Παρουσίασαν όμως αύξηση ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης υγείας, από 28,4% το 2009 σε 33,6% το 2019 (Πίνακας 6.1), ποσοστό αρκετά υψηλότερο συγκριτικά με το 20,3% και το 19,3% του ΟΟΣΑ στα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα (Γράφημα 6.12).

Γράφημα 6.12: Η εξέλιξη των πληρωμών out-of-pocket (OPP) στην Ελλάδα ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας (2009-2019)



Πηγή: OECD Health Statistics, 2023

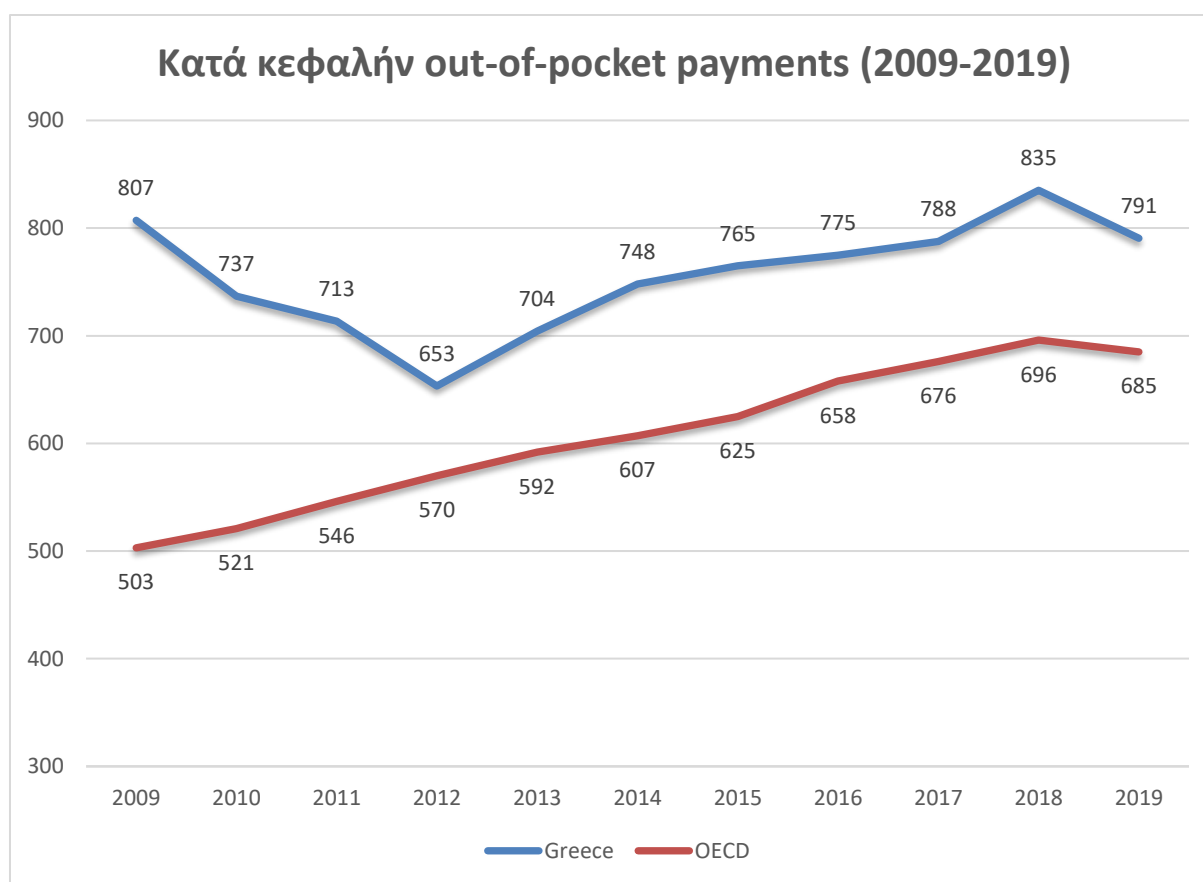
Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, οι ιδιωτικές πληρωμές ανά κάτοικο το χρονικό διάστημα 2009-2012 παρουσίασαν μείωση από 807 \$ το 2009 σε 653 \$ το 2012 και στη συνέχεια ακολούθησαν ανοδική πορεία φθάνοντας τα 791 \$ το 2019, με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ να βρίσκεται στα 685 \$ για το 2019 και αρκετά χαμηλότερα συγκριτικά με την Ελλάδα (Γράφημα 6.13). Ωστόσο, αναφορικά με τη χρηματοδότηση για υπηρεσίες φροντίδας υγείας μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, παρατηρήθηκε αύξηση από 433,8 εκ. € το 2009 σε 672,3 εκ. € το 2019 (Πίνακας 6.1). Μελετώντας τις out-of-pocket πληρωμές ως ποσοστό του ΑΕΠ από το 2009 και μετά, εξάγεται το συμπέρασμα ότι το ποσοστό των out-of-pocket πληρωμών παρέμεινε σε σχετικά σταθερά επίπεδα, από 2,77% το 2009 σε 2,76% το 2019 (Πίνακας 6.4).

Πίνακας 6.4: Δαπάνες υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές, out-of-pocket) ως % του ΑΕΠ

Δαπάνες Υγείας ως % του ΑΕΠ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Δημόσιες	6,43	6,61	6,04	5,9	5,24	4,54	4,8	5,19	4,93	4,81	5,05
Ιδιωτικές	2,98	2,98	3,14	3,01	3,13	3,25	3,29	3,24	3,19	3,3	3,15
Out-of-pocket	2,77	2,71	2,86	2,72	2,85	2,94	2,96	2,90	2,85	2,93	2,76

Πηγή: OECD (2023), *Health spending (indicator)*. doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 08 May 2023)

Γράφημα 6.13: Ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket payments, OPP) ανά κάτοικο (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) 2009–2019



Πηγή: OECD Health Statistics, 2023

Περίπου το 30% από τις άμεσες πληρωμές που έγιναν την προηγούμενη δεκαετία αφορούν περιπτώσεις διαφθοράς στον τομέα της υγείας, πχ φακελάκια. Αυτή η κατάσταση έχει δημιουργήσει ανισότητες που επηρεάζουν κυρίως τα πιο φτωχά και ευάλωτα άτομα και ομάδες (Λιαρόπουλος και συν, 2008, Καϊτελίδου και συν 2013).

Η συρρίκνωση των δημόσιων προϋπολογισμών εις βάρος των υπηρεσιών υγείας, λόγω των πολιτικών λιτότητας που εφαρμόστηκαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης και της αποπληρωμής των δανείων, οδήγησε σε αύξηση των δαπανών υγείας που καταβάλλουν τα νοικοκυριά στην Ελλάδα κατά 6,2%.

6.2.4 Εξέλιξη των δαπανών υγείας ως προς τη διάρθρωσή τους

Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών για την υγεία, λαμβάνοντας υπόψη τους φορείς χρηματοδότησης, είναι ιδιαίτερα σημαντική και υπολογίζοντας τη δημόσια και την ιδιωτική χρηματοδότηση, δηλαδή τις δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης και της κοινωνικής ασφάλισης και τις δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης και των ιδιωτικών πληρωμών, αντίστοιχα. Για την περίοδο 2000-2019, παρατηρείται ότι η μείωση στη δημόσια χρηματοδότηση στην Ελλάδα επέφερε αύξηση στη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, φτάνοντας το 2016 στο 41%. Αντίθετα, στην ΕΕ23, η ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ήταν μόνο 21%.

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, μετά από ανάλυση της διάρθρωσης των δαπανών υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης κατά την περίοδο 2009-2019, παρατηρείται σημαντική μείωση στη δημόσια χρηματοδότηση (γενική κυβέρνηση και ΟΚΑ) για νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα από 7,9 δις € και 2,2 δις € το 2009 σε 4,6 δις € και 1,2 δις € το 2019, αντίστοιχα (Πίνακας 6.5). Η ίδια τάση παρατηρείται επίσης στην ανάλυση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ανά φορέα και ανά υγειονομική δραστηριότητα.

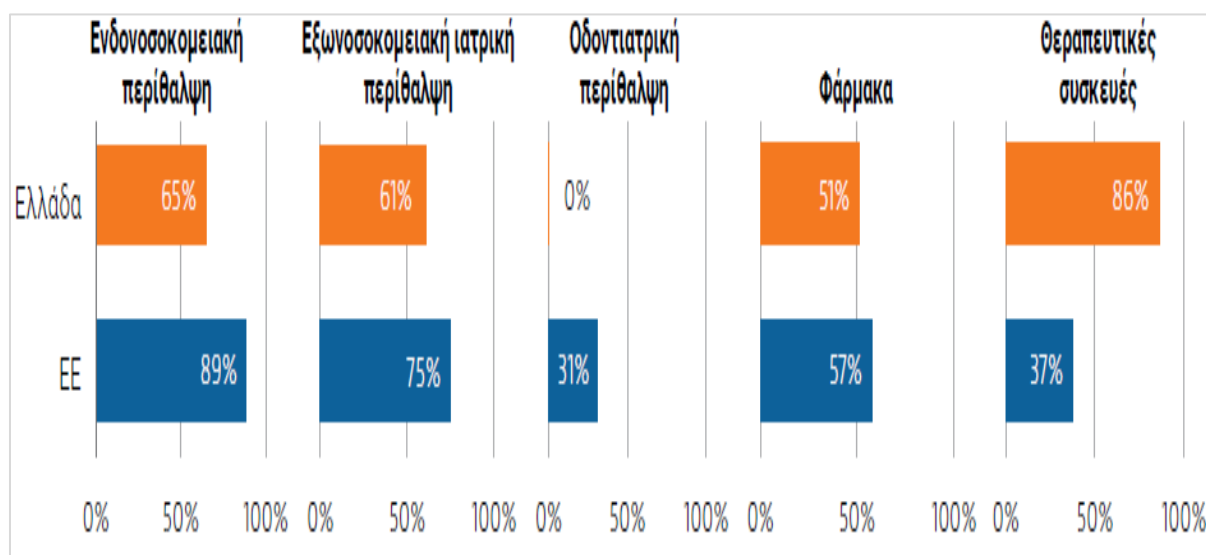
Πίνακας 6.5: Διάρθρωση δαπανών υγείας ανά αγαθό και υπηρεσία υγείας (σε εκ. €) 2009-2019

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1. Συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας	16.106,4	14.047,0	12.425,3	11.286,1	9.445,9	8.088,3	8.182,7	9.050,0	8.715,0	8.634,0	9.246,2
Νοσοκομεία, δομές νοσηλευτικής φροντίδας	7.880,9	6.825,0	5.694,1	5.954,6	4.890,2	4.242,2	4.166,7	4.560,9	4.188,2	4.393,7	4.638,6
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	2.177,7	1.927,5	1.261,8	1.020,2	1.171,5	954,7	947,5	1.054,1	1.092,8	1.120,6	1.216,2
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	6.047,8	5.294,5	5.469,4	4.311,3	3.384,2	2.891,4	3.068,5	3.435,0	3.434,0	3.119,7	3.391,4
2. Συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας	7.027,1	6.632,7	6.358,0	5.644,6	5.616,3	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,6	5.890,8	5.729,2
Νοσοκομεία, δομές νοσηλευτικής φροντίδας	1.477,1	1.597,1	1.711,5	1.764,9	1.779,8	1.919,0	2.047,9	2.002,9	1.997,7	2.262,1	2.097,7
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	3.968,6	3.392,3	2.663,1	1.903,2	1.618,4	1.533,9	1.430,4	1.373,2	1.434,9	1.489,7	1.436,7
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	1.581,4	1.643,3	1.983,4	1.976,5	2.218,1	2.285,0	2.287,1	2.249,3	2.182,0	2.139,0	2.194,8

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί

Αναφορικά με την εξέλιξη για το ίδιο διάστημα στις συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, παρατηρείται ότι η χρηματοδότηση για νοσοκομειακή φροντίδα αυξήθηκε από 1,48 δις € το 2009 σε 2,09 δις € το 2019. Ωστόσο, δεν παρατηρείται η ίδια τάση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, καθώς σημειώθηκε μείωση από 3,97 δις € το 2009 σε 1,43 δις € το 2019 (Πίνακας 6.5). Επίσης, σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, η ιδιωτική δαπάνη για οδοντιατρική, ιατρική φροντίδα κλπ, καθώς και για διαγνωστικά εργαστήρια, εμφάνισε σημαντική μείωση κατά την περίοδο 2009-2019. Ωστόσο, οι δαπάνες που σχετίζονται με τη φαρμακευτική κάλυψη αυξήθηκαν κατά την ίδια περίοδο.

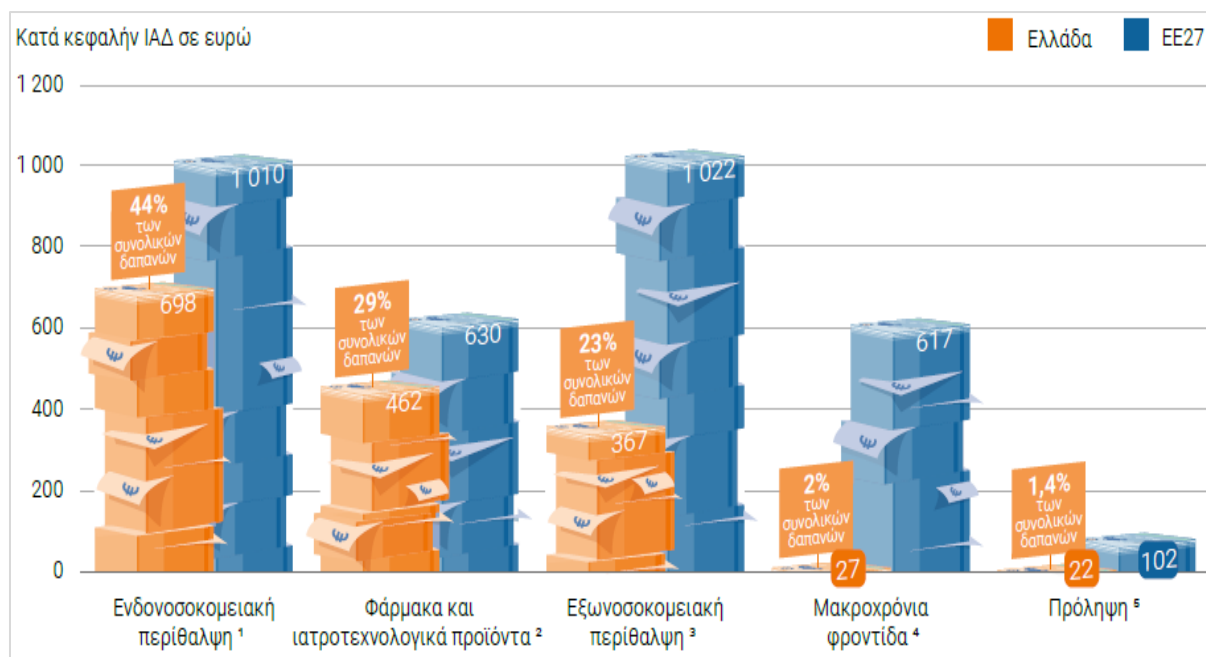
Γράφημα 6.14: Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία ανά είδος υπηρεσίας



Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021 (τα στοιχεία αφορούν το 2019 ή το πλησιέστερο έτος)

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, το δημόσιο μερίδιο της χρηματοδότησης στην Ελλάδα είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ στους περισσότερους τομείς (Γράφημα 6.14), ενώ δαπανά πολύ λιγότερους πόρους για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ (Γράφημα 6.15) (OECD, 2021).

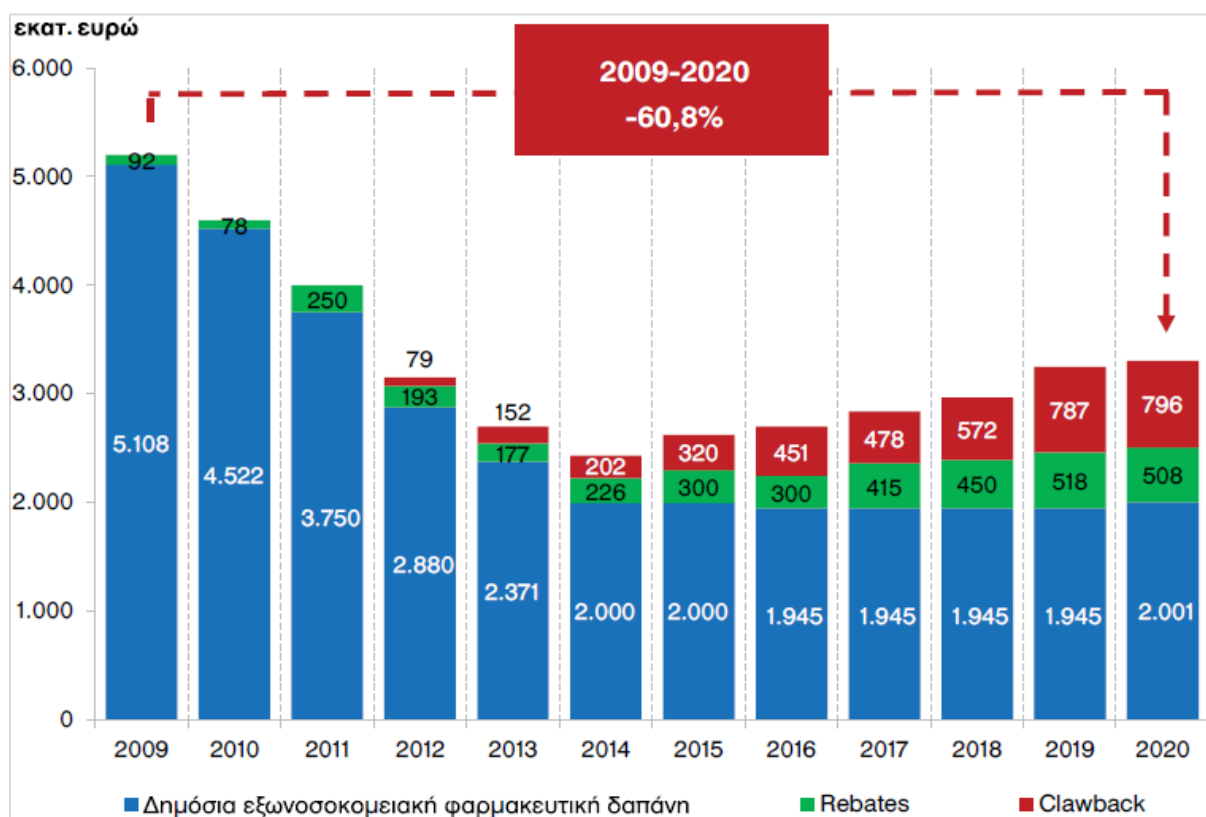
Γράφημα 6.15: Δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα



Σημείωση: Δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες για τη διοίκηση του συστήματος υγείας

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021, Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2019)

Γράφημα 6.16: Δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και συμμετοχή βιομηχανίας (εξαιρ. συμμετοχής ασθενών)



Πηγή: ΕΟΠΥΥ 2012-2020, Εκθέσεις Προϋπολογισμών 2014-2020, επεξεργασία στοιχείων IOBE-ΣΦΕΕ

Το 2019, η δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά -61,9% σε σχέση με το 2009 (διαμορφώθηκε στα 1,945 δις ευρώ έναντι 5,1 δις ευρώ το 2009). Ταυτόχρονα, το 2019 σημειώθηκε σημαντική αύξηση 32% σε σχέση με το προηγούμενο έτος, στη συμμετοχή της βιομηχανίας με τους μηχανισμούς υποχρεωτικών επιστροφών (clawback και rebate), φτάνοντας στα 1,355 δις ευρώ (IOBE, 2021).

Σε χώρες που αιτήθηκαν βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν κατά τη διάρκεια της αποπληρωμής των δανείων, η μείωση του ΑΕΠ, η αυξημένη ανεργία και η μείωση των εσόδων είχαν αρνητική επίπτωση στα οικογενειακά εισοδήματα, τις δημόσιες δαπάνες και τις δυνατότητες του εθελοντικού τομέα. Αυτό οδήγησε τους πολίτες να απευθυνθούν περισσότερο στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, αλλά καθώς οι κυβερνήσεις μείωσαν τη χρηματοδότηση, η ποιότητα της φροντίδας υγείας επιδεινώθηκε, η πρόσβαση σε υπηρεσίες περιορίστηκε, και οι πόροι και οι υγειονομικές υποδομές αποδυναμώθηκαν (Οικονόμου, 2013).

Σύμφωνα με επίσημα δεδομένα από το Ινστιτούτο Οικονομικών και Κοινωνικών Ερευνών (Ι.Ο.Β.Ε.) και το Εθνικό Σύστημα Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) το 2011, ο αριθμός

των κλινών στην Ελλάδα ήταν κάτω από το μέσο όρο της Ευρώπης, και αυτό παρουσίαζε μια ελαφρώς φθίνουσα τάση με την πάροδο του χρόνου, η οποία παρατηρούνταν και σε παγκόσμιο επίπεδο. Παρά τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας για όλες τις ασθένειες, παρατηρείται αυξητική τάση στον αριθμό των ασθενών που εξέρχονται από τα νοσοκομεία στο πέρας της θεραπείας τους. Όσον αφορά τη γεωγραφική κατανομή, υπάρχουν ανισότητες τόσο στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, όσο και στις νοσοκομειακές υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται ανισότητες μεταξύ των περιφερειών όσον αφορά την παρουσία νοσοκομειακών κλινών σε σχέση με τον πληθυσμό.

Συμπερασματικά, η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας, έχει θετικές και αρνητικές πτυχές. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι οι επιπτώσεις της κρίσης είχαν θετική επίδραση στο σύστημα υγείας, καθώς επέφεραν δομικές μεταρρυθμίσεις που είχαν αναγκαστικά αναμείνει επί πολύν καιρό. Ωστόσο, άλλα μέλη της επιστημονικής κοινότητας, όπως αναδεικνύει και σχετική μελέτη από το I.O.B.E. και το Ε.Σ.Δ.Υ., υποστηρίζουν ότι τα μέτρα που έχουν εφαρμοστεί έως τώρα είναι κυρίως βραχυπρόθεσμα και εστιάζουν σε οικονομικά θέματα, όπως η μείωση των μισθών και των τιμών, καθώς και χρηματικές επιστροφές. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, αυτά τα μέτρα ήταν αναγκαία για τη γρήγορη μείωση των δαπανών, αλλά δεν αντιπροσωπεύουν διαρθρωτικές ή εκσυγχρονιστικές πολιτικές και μέτρα.

Ένα είναι βέβαιο: δεν υπάρχει ανάγκη να επηρεάζονται οι ασθενείς από την οικονομική κρίση με απάνθρωπο τρόπο (Λιαρόπουλος, 2012). Υπάρχουν εξυπνότεροι τρόποι για να εξασφαλισθούν τα απαραίτητα κονδύλια για την υγεία, ώστε μελλοντικά μια κρίση να αντιμετωπιστεί ως ευκαιρία για βελτίωση του συστήματος υγείας.

6.3 Εξέλιξη των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Η πανδημία επέφερε σημαντικές συνέπειες τόσο στην αύξηση των δαπανών για την οικονομία όσο και για την υγεία. Με την πανδημία προέκυψε μια νέα σειρά άμεσων και έμμεσων δαπανών, που σχετίζεται με τη θεραπεία και τη διαχείριση ασθενών με COVID-19 και την κλιμάκωση αύξηση της ικανότητας θεραπείας. Ταυτόχρονα, τα μέτρα lockdown και οι περιορισμοί στην οικονομική δραστηριότητα προκάλεσαν πτώση του ΑΕΠ σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ. Μεταξύ 2019 και 2020, η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία αυξήθηκε κατά 5,5% στις χώρες μέλη της ΕΕ, ενώ το κατά κεφαλήν ΑΕΠ μειώθηκε γρήγορα κατά σχεδόν 5% κατά μέσο όρο την ίδια περίοδο. Ως αποτέλεσμα, οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν σημαντικά κατά 1 ποσοστιαία μονάδα σε 10,9% το 2020 σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση (OECD, 2022).

6.3.1 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Λόγω της πανδημίας επήλθε αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, με σημαντικές πρόσθετες δημόσιες δαπάνες να διατίθενται για την αύξηση της ικανότητας του συστήματος υγείας. Οι δαπάνες μέσω των πληρωμών από την τσέπη των νοικοκυριών και της εθελοντικής ασφάλισης γενικά μειώθηκαν ως αποτέλεσμα της αναβολής και της μειωμένης ζήτησης για προαιρετικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και του δισταγμού των ασθενών να αναζητήσουν περίθαλψη από φόβο μόλυνσης.

Πίνακας 6.6: Κρατικός Προϋπολογισμός, τακτικός & δημοσίων επενδύσεων, του Υπουργείου Υγείας την περίοδο 2019-2023

Έτος	Τακτικός Προϋπολογισμός	%	Προϋπολογισμός Δημοσίων Επενδύσεων	Γενικό Σύνολο	%
2019	3.824.312.000		60.000.000	3.884.312.000	
2020	3.798.660.000	-0,67%	60.000.000	3.858.660.000	-0,66%
2021	4.196.596.000	10,48%	60.000.000	4.256.596.000	10,31%
2022	4.341.371.000	13,81%	315.900.000	4.657.271.000	9,41%
2023	4.776.460.000	10,02%	425.928.000	5.202.388.000	11,70%

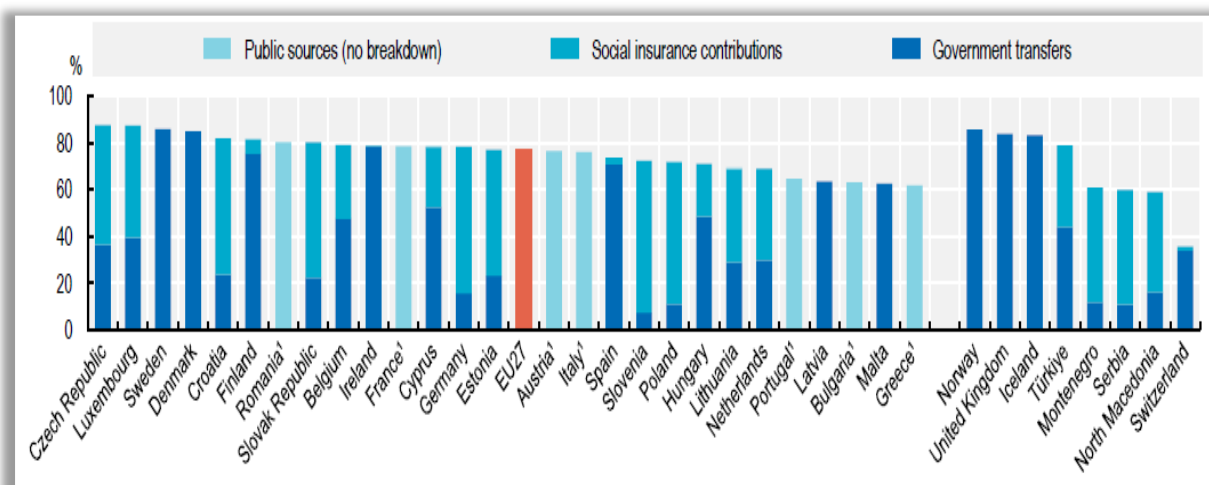
Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (Κρατικός Προϋπολογισμός 2019, 2020, 2021, 2022 & 2023), ίδια επεξεργασία

Με βάση τα στοιχεία του Κρατικού Προϋπολογισμού των ετών 2019-2023 (Πίνακας 6.6), παρατηρείται πως ο Προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2020 (πρώτο έτος της πανδημίας) εμφανίζεται μειωμένος κατά 0,66% σε σχέση με το 2019. Το ποσό αυτό, όπως αναλύεται στην παράγραφο 6.3.1.1, ενισχύθηκε με έκτακτα χρηματοδοτικά πακέτα που διατέθηκαν για την υποστήριξη του τομέα της υγείας και ενισχύονταν συνεχώς, προσαρμοζόμενα στις αυξανόμενες ανάγκες που επέφερε η πανδημία. Το 2021 ο Προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας αυξήθηκε κατά 10,31% σε σχέση με το 2020 και το 2022 αυξήθηκε κατά 9,41% σε σχέση με το 2021. Όπως αναλύεται στις παραγράφους 6.3.1.2 και 6.3.1.3 οι Κρατικοί Προϋπολογισμοί του 2021 και του 2022, αντίστοιχα, ενισχύθηκαν επίσης με έκτακτα χρηματοδοτικά πακέτα τα οποία προσαρμόστηκαν στις τρέχουσες αυξανόμενες ανάγκες. Τέλος, ο Προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2023 (τρέχον έτος) εμφανίζεται αυξημένος κατά 11,7% σε σχέση με το 2022 και κατά 22,22% σε σχέση με το 2021.

6.3.1.1 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2020

Για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τα προγράμματα χρηματοδότησης βασίζονται σε διαφορετικούς τύπους εσόδων. Το 2020 (Γράφημα 6.17), δημόσιες πηγές (που περιλαμβάνουν κρατικές μεταβιβάσεις και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης) χρηματοδότησαν το 77% του συνόλου των δαπανών για την υγεία κατά μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ (OECD, 2022).

Γράφημα 6.17: Δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη ως μερίδιο των συνολικών δαπανών, 2020 (ή το πλησιέστερο έτος)

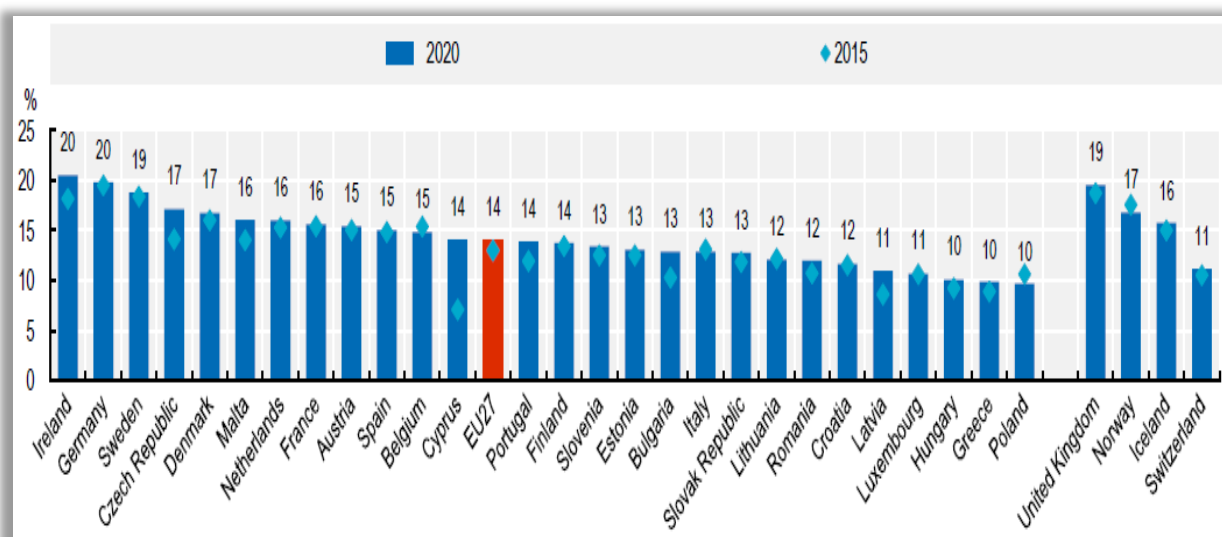


Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος. 1. Οι δημόσιες πηγές περιλαμβάνουν δαπάνες από κυβερνητικά προγράμματα και προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας.

Πηγή: OECD Health Statistics 2022; WHO Global Health Expenditure Database.

Οι δημόσιοι προϋπολογισμοί χρηματοδοτούν πολλές διαφορετικές υπηρεσίες και η υγειονομική περίθαλψη ανταγωνίζεται για κεφάλαια με άλλους τομείς όπως η εκπαίδευση, η άμυνα και η στέγαση. Η πανδημία προκάλεσε μεγάλη ανοδική πίεση στους προϋπολογισμούς για την υγεία κατά τη διάρκεια του 2020, αλλά παρόμοιες πιέσεις έγιναν αισθητές σε πολλές άλλες προτεραιότητες δημοσίων δαπανών, με τις κυβερνήσεις να παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη σε επιχειρήσεις και νοικοκυριά. Ως αποτέλεσμα, το μερίδιο των συνολικών κρατικών δαπανών που διατίθενται για την υγεία παρέμεινε στο 14% κατά μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ (Γράφημα 6.18) σε σύγκριση με το 2019. Στην Ελλάδα το μερίδιο των δημοσίων δαπανών που αφιερώθηκαν στην υγειονομική περίθαλψη ήταν περίπου 10%. Από το 2015, τα μερίδια αυτά έχουν αυξηθεί στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, αλλά οι αυξήσεις ήταν κυρίως μέτριες.

Γράφημα 6.18: Δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό των συνολικών δημοσίων δαπανών, 2015 και 2020 (ή το πλησιέστερο έτος)



Σημείωση: Για τις χώρες που δεν έχουν πληροφορίες σχετικά με τις πηγές εσόδων, χρησιμοποιούνται δεδομένα από προγράμματα χρηματοδότησης. Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι μη σταθμισμένος.
Πηγή: OECD Health Statistics 2022; OECD National Accounts Database; Eurostat database.

Το έκτακτο χρηματοδοτικό πακέτο που διατέθηκε για την υποστήριξη του τομέα της υγείας ενισχύεται συνεχώς, προσαρμοζόμενο στις αυξανόμενες ανάγκες που επιφέρει η πανδημία. Αρχικά, κατά το πρώτο εξάμηνο του 2020, η χρηματοδότηση κυμάνθηκε στα 200-300 εκ. ευρώ περίπου. Ωστόσο, αυτό αυξήθηκε σημαντικά κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2020 και συνολικά ανήλθε στα 786 εκ. ευρώ (IMF, 2021).

Στην Ελλάδα, κατά την πρώτη φάση της πανδημίας, το Υπουργείο Υγείας ενισχύθηκε με 160,5 εκ. ευρώ, με την υπόσχεση επιπλέον πόρων σύμφωνα με τις εξελίξεις της

κατάστασης. Εκτιμάται ότι περίπου 100 εκ. ευρώ προσφέρθηκαν μέσω δωρεών σε μετρητά και είδη όπως ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός για ΜΕΘ κλπ. Επιπλέον, το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης παραχώρησε 79,7 εκ. ευρώ και δόθηκε ειδικό μόνους ύψους 62 εκ. ευρώ το Πάσχα του 2020 σε σύνολο 113.000 υγειονομικών υπαλλήλων που εργάζονταν στο ΕΣΥ, το ΕΚΑΒ, τον ΕΟΔΥ και την Πολιτική Προστασία (Ladi et al., 2021).

Το 2020, οι δαπάνες του Υπουργείου Υγείας αυξήθηκαν κατά 20% σε σχέση με το 2019, συνολικά κατά 786 εκ. ευρώ. Το σύνολο σχεδόν της αύξησης, οφείλεται σε δαπάνες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση της πανδημίας. Κατά το 2020, από το συνολικό ποσό των 786 εκ. ευρώ, περίπου 200 εκ. διατέθηκαν για αμοιβές έκτακτου και επικουρικού προσωπικού, ενώ 293 εκ. ευρώ χρησιμοποιήθηκαν για την ενίσχυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και άλλα 293 εκ. ευρώ χρησιμοποιήθηκαν για την αγορά εξοπλισμού, υγειονομικού υλικού και αντιδραστηρίων (Υπουργείο Οικονομικών, 2021α).

Δεδομένου ότι οι δαπάνες για την πανδημία ήταν έκτακτες και απρόβλεπτες, προβλέφθηκε ένα ειδικό αποθεματικό ύψους 3 δις ευρώ, από το οποίο θα προέρχονταν οι πιστώσεις για την υγεία, καθώς και για τα οικονομικά μέτρα στήριξης νοικοκυριών και επιχειρήσεων (Υπουργείο Οικονομικών, 2021β).

Σύμφωνα με το Δελτίο Παρακολούθησης Επίτευξης Στόχων Εκτέλεσης Δαπανών Κρατικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Οικονομικών για το 12μηνο 2020, οι δαπάνες του Υπουργείου Υγείας αυξήθηκαν κατά 1.007 εκ. ευρώ ή 27,1% σε σχέση με το στόχο, κυρίως λόγω των αποκλίσεων του τακτικού προϋπολογισμού, οι οποίες αφορούν:

1. Δαπάνες ύψους 605 εκ. ευρώ για να ληφθούν μέτρα πρόληψης και περιορισμού της εξάπλωσης του COVID-19. Αφορούσαν κυρίως προμήθεια υγειονομικού υλικού όπως αντιδραστήρια, φάρμακα, ατομικές ή συλλογικές μέθοδοι προστασίας, ιατροτεχνολογικά προϊόντα, εμβόλια, και αποζημιώσεις για την αναγκαστική ή μη διάθεση προσωπικού και χώρων. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν δράσεις ενημέρωσης και παροχή υπηρεσιών και ελήφθησαν μέτρα προστασίας από τον ιό. Τέλος, πραγματοποιήθηκε η κάλυψη της μισθοδοσίας του έκτακτου ιατρικού και βοηθητικού προσωπικού, καθώς και η παροχή έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης στο προσωπικό των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και άλλων δομών που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας.
2. Την αύξηση της συνολικής επιχορήγησης που έλαβε ο ΕΟΠΥΥ κατά 207 εκ. ευρώ για τους εξής λόγους:
 - Έγινε κάλυψη του ποσού που προέκυψε από την εξαίρεση των εμβολίων που περιλαμβάνονταν στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού από το όριο των

φαρμακευτικών δαπανών και αυξήθηκε κατά 30 εκ. ευρώ το όριο των φαρμακευτικών δαπανών για φάρμακα υψηλού κόστους.

- Έγινε κάλυψη της δαπάνης που προκύπτει από το συμψηφισμό του "clawback" των φαρμακευτικών δαπανών με ποσοστά που βασίζονται στις δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης, σύμφωνα με το άρθρο 11 του νόμου 4052/2012.
- Έγινε κάλυψη της δαπάνης αποζημίωσης για την παροχή υπηρεσιών προνοιακού χαρακτήρα από φορείς που συνεργάζονται με τον ΕΟΠΥΥ, καθώς οι πιστώσεις αυτές δε μπορούσαν να μεταβιβαστούν στον ΕΟΠΥΥ από τον ΟΠΕΚΑ λόγω τεχνικών προβλημάτων.
- Κάλυψη ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης των μεταναστών.

6.3.1.2 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2021

Για το έτος 2021 είχε προβλεφθεί ότι θα διατεθούν 131 εκ. ευρώ για τις αμοιβές του προσωπικού στις υγειονομικές μονάδες για την αντιμετώπιση της πανδημίας, βασιζόμενο στις έκτακτες προσλήψεις που είχαν γίνει το 2020. Επιπλέον, είχε προβλεφθεί αύξηση της τάξεως των 3,488 εκ. ευρώ για το 2021, σε σχέση με τα 3,153 εκ. ευρώ του 2020, για τις τακτικές δαπάνες των νοσοκομείων και των μονάδων υγείας της ΠΦΥ (Υπουργείο Οικονομικών, 2022).

Επίσης, η κυβέρνηση διατήρησε ένα περιθώριο ασφαλείας ύψους 3 δις ευρώ για διάφορες δαπάνες που σχετίζονται με την πανδημία, με μέρος αυτών των κονδυλίων να είναι διαθέσιμα για τυχόν έκτακτες δαπάνες που ενδέχεται να απαιτηθούν από το δημόσιο σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια του έτους (IMF, 2021).

Τα οικονομικά στοιχεία των νοσοκομείων και της ΠΦΥ έδειχναν ότι το έλλειμμα τους για το 2021 αναμενόταν να φτάσει τα 181 εκ. ευρώ, που ήταν υψηλότερο από το στόχο του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής, κατά 63 εκ. ευρώ (ΜΠΔΣ) 2022-2025.

Στον προϋπολογισμό του 2021, προβλεπόταν αύξηση εσόδων κατά 352 εκ. ευρώ λόγω αυξημένων μεταβιβάσεων από τον τακτικό προϋπολογισμό και το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Επιπλέον, προβλεπόταν αύξηση των δαπανών κατά 415 εκ. ευρώ λόγω των αυξημένων δαπανών για μέτρα πρόληψης, υγειονομικής παρακολούθησης και περιορισμού της διάδοσης της πανδημίας (Υπουργείο Οικονομικών, 2021β).

Σύμφωνα με το Δελτίο Παρακολούθησης Επίτευξης Στόχων Εκτέλεσης Δαπανών Κρατικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Οικονομικών για το 12μηνο 2021, οι δαπάνες

του Υπουργείου Υγείας αυξήθηκαν κατά 1.288 εκ. ευρώ, δηλαδή κατά 31,5% σε σχέση με τον στόχο που είχε τεθεί, κυρίως λόγω των πληρωμών του Υπουργείου Υγείας για την αντιμετώπιση της πανδημίας μετά την έκτακτη οικονομική ενίσχυση.

Πίνακας 6.7: Δαπάνες Υπουργείου Υγείας 2021 (Κρατικός Προϋπολογισμός 2021)

233,6 εκ. ευρώ	Αγορά εμβολίων
132,5 εκ. ευρώ	Ενίσχυση του ΙΦΕΤ για την αγορά ρεμδεσιβίρης
9 εκ. ευρώ	Ενίσχυση του ΕΚΕΑ για προμήθεια αντιδραστηρίων
74,4 εκ. ευρώ	Καταβολή επιδόματος στους ιατρούς, υγειονομικούς και διοικητικούς υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας
233 εκ. ευρώ	Ενίσχυση των Νοσοκομείων και των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ-ΠΕΔΥ) για προμήθεια αντιδραστηρίων-τεστ για τη διάγνωση της νόσου Covid-19, αγορά μέσων ατομικής προστασίας, αποζημίωση εφημεριών ιατρών και ιδιωτικών θεραπευτηρίων και καταβολή μισθοδοσίας επικουρικού προσωπικού
7 εκ. ευρώ	Ενίσχυση του Γ.Ν. Παπαγεωργίου για προμήθεια υγειονομικού υλικού και κάλυψη μισθοδοσίας επικουρικού προσωπικού

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2022α)

Επιπροσθέτως, το Υπουργείο Υγείας κατέβαλε ποσό ύψους 664,2 εκ. ευρώ για να καλύψει τις ανάγκες του ΕΟΠΥΥ, ποσό που υπερβαίνει την προβλεπόμενη πληρωμή των 300 εκ. ευρώ (με διαφορά 364,2 εκ. ευρώ). Αυτή η διαφορά οφείλεται κυρίως στην ανάγκη έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης που χορηγήθηκε στον ΕΟΠΥΥ για να καλυφθούν οι κατωτέρω δαπάνες:

Πίνακας 6.8: Οικονομική ενίσχυση προς ΕΟΠΥΥ από Υπουργείο Υγείας (2021)

90,2 εκ. ευρώ	Κάλυψη απώλειας εσόδων από τον συμψηφισμό του clawback με δαπάνες Έρευνας και Ανάπτυξης
70 εκ. ευρώ	Αποζημίωση συμβεβλημένων παρόχων υπηρεσιών προνοιακού χαρακτήρα
6 εκ. ευρώ	Μεταβίβαση πιστώσεων στο ΕΚΑΒ για την πληρωμή οφειλών προς το ΥΠΕΘΑ για διακομιδές ασθενών
35 εκ. ευρώ	Για τους πρώην δικαιούχους ΕΚΑΣ

12,4 εκ. ευρώ	Ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη μεταναστών για μέρος του 2020 και για το α' τρίμηνο του 2021
108 εκ. ευρώ	Αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας μέσω αποζημίωσης ιδιωτικών κλινών, κάλυψης ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και άλλων αναγκαίων μέτρων

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2022α)

6.3.1.3 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2022

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Οικονομικών οι δαπάνες του Υπουργείου Υγείας αυξήθηκαν κατά 1.055,2 εκ. ευρώ ή 23,5% έναντι του στόχου του δωδεκαμήνου 2022. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στις δαπάνες στις οποίες προέβη το Υπουργείο Υγείας μετά την έκτακτη οικονομική ενίσχυση που έλαβε για την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Πίνακας 6.9: Δαπάνες Υπουργείου Υγείας 2022 (Κρατικός Προϋπολογισμός 2022)

319,8 εκ. ευρώ	Αγορά εμβολίων
201,4 εκ. ευρώ	Ενίσχυση των νοσοκομείων ΕΣΥ για λειτουργικές δαπάνες
79,3 εκ. ευρώ	Ενίσχυση των ΥΠΕ-ΠΕΔΥ για λειτουργικές δαπάνες
103 εκ. ευρώ	Ενίσχυση των φορέων υγείας με επικουρικό προσωπικό στις Περιφέρειες ύψους 103 εκ. ευρώ
16,4 εκ. ευρώ	Ενίσχυση λοιπών φορέων για δαπάνες Covid-19 (συμπεριλαμβανομένης της δαπάνης διαφημιστικής καμπάνιας ενημέρωσης για τον Covid-19)

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2023α)

Επίσης, πραγματοποιήθηκαν μεταβιβάσεις ύψους 164,5 εκ. ευρώ στον ΕΟΠΥΥ, ως εξής:

Πίνακας 6.10: Οικονομική ενίσχυση προς ΕΟΠΥΥ από Υπουργείο Υγείας (2022)

32,1 εκ. ευρώ	Κάλυψη της δαπάνης που προκαλείται από την απαλλαγή των πρώην δικαιούχων ΕΚΑΣ από τη συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη ως αντισταθμιστικό μέτρο για την απώλεια του επιδόματος (Ν.4771/2021)
115 εκ. ευρώ	Κάλυψη έκτακτων αναγκών λόγω της πανδημίας
11 εκ. ευρώ	Κάλυψη της δαπάνης του θεσμού του προσωπικού γιατρού (αρ. 5 του

	N. 4238/2014, ΦΕΚ Α' 38)
6,4 εκ. ευρώ	Κάλυψη της δαπάνης για ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη των μεταναστών για το έτος 2021 και το α' εξάμηνο του 2022

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2023α)

Το Υπουργείο Υγείας προέβη και στις κάτωθι μεταβιβάσεις:

Πίνακας 6.11: Οικονομική ενίσχυση προς ΥΠΕ και ΕΚΑΒ από Υπουργείο Υγείας

8,5 εκ. ευρώ	Ενίσχυση των ΥΠΕ-ΠΕΔΥ για την κάλυψη της δαπάνης αποζημίωσης του προσωπικού ιατρού
11 εκ. ευρώ	Μεταβιβάσεις στο ΕΚΑΒ για την κάλυψη των αναγκών του

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2023α)

Οι δαπάνες για το Υπουργείο Υγείας που καταγράφονται στον τακτικό προϋπολογισμό αλλά και στον προϋπολογισμό των δημοσίων επενδύσεων συνολικά την περίοδο 2020-2021 αυξήθηκαν κατά 10,5% και κατά 13,8% την περίοδο 2021-2022 (Υπουργείο Οικονομικών, 2021α).

6.3.1.4 Δαπάνες του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2023

Με βάση τα στοιχεία του Υπουργείου Οικονομικών, οι δαπάνες του Κρατικού Προϋπολογισμού για την περίοδο του Ιανουαρίου – Ιουλίου 2023 περιλαμβάνουν ποσό ύψους 83 εκ. ευρώ προς εξυπηρέτηση μέτρων COVID-19, με σημαντικότερα εξ αυτών:

1. την ενίσχυση των φορέων υγείας με επικουρικό προσωπικό για την ανταπόκριση στις ανάγκες λόγω της πανδημίας στις Περιφέρειες.
2. τη δημιουργία δικτύου νοσηλευτών για τη λήψη δειγμάτων βιολογικού υλικού και τη νοσηλευτική βοήθεια στα ύποπτα κρούσματα κορωνοϊού κατ' οίκον.
3. την επιχορήγηση υφιστάμενων μικρομεσαίων επιχειρήσεων του κλάδου του λιανεμπορίου, που διατηρούν φυσικό κατάστημα, για την ανάπτυξη, αναβάθμιση και διαχείριση ηλεκτρονικού καταστήματος και τη στήριξη των νεοφυών επιχειρήσεων στο πλαίσιο του Elevate Greece.

6.4 Άλλες δημόσιες δαπάνες που σχετίζονται με την πανδημία

Δε θα πρέπει να παραλειφθεί η αναφορά και σε διάφορες άλλες δαπάνες που σχετίζονται άμεσα με την πανδημία. Με βάση τα στοιχεία του Υπουργείου Οικονομικών, οι κυριότερες δαπάνες για μέτρα κατά της πανδημίας για το διάστημα 2020-2023 έχουν ως εξής:

Α. Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2020:

Πίνακας 6.12: Λοιπές δαπάνες Υπουργείου Οικονομικών για έκτακτα μέτρα (2020)

2.202 εκ. ευρώ	Αποζημίωση ειδικού σκοπού λόγω της πανδημίας σε μισθωτούς και επιστήμονες από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων
943 εκ. ευρώ	Επιχορήγηση στον ΕΦΚΑ για την κάλυψη της υστέρησης εσόδων που προέκυψε λόγω της πανδημίας και λόγω της μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών
263 εκ. ευρώ	Επιχορήγηση στον ΕΟΠΥΥ για την κάλυψη της υστέρησης εσόδων που προέκυψε λόγω της πανδημίας και λόγω της μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών
4.551 εκ. ευρώ	Επιστρεπτέα προκαταβολή (κατά το μέρος που εκτελείται από τον τακτικό προϋπολογισμό)
145 εκ. ευρώ	Έκτακτες επιχορηγήσεις αποκλειστικά για μέτρα COVID-19
495 εκ. ευρώ	Αποζημίωση ειδικού σκοπού επιχειρήσεων και αυτοαπασχολούμενων (μέσω του ΠΔΕ)
243 εκ. ευρώ	Επιδότηση τόκων δανείων μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων ύψους (μέσω του ΠΔΕ)
998 εκ. ευρώ	Επιστρεπτέα προκαταβολή (μέσω του ΠΔΕ)
768 εκ. ευρώ	Δράση ΤΕΠΙΧ II (μέσω του ΠΔΕ)
1.780 εκ. ευρώ	Δημιουργία ενός ταμείου εγγυοδοσίας επιχειρήσεων λόγω της πανδημίας (μέσω του ΠΔΕ)

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2021α)

Οι δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού για το 2020 αυξήθηκαν κατά 14.904 εκ. ευρώ σε σχέση με το 2019, με το σημαντικότερο μέρος των αυξήσεων να αφορά τις μεταβιβάσεις και το ΠΔΕ, καθώς τα μέτρα που ελήφθησαν για την αντιμετώπιση της πανδημίας απαιτούσαν σημαντικά κεφάλαια.

Β. Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2021:**Πίνακας 6.13:** Λοιπές δαπάνες Υπουργείου Οικονομικών για έκτακτα μέτρα (2021)

2.017 εκ. ευρώ	Δαπάνη αποζημίωσης ειδικού σκοπού (μισθωτών) λόγω της πανδημίας η οποία πληρώθηκε από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (κατηγορία μεταβιβάσεων)
2.728 εκ. ευρώ	Επιστρεπτέα προκαταβολή 1.620 εκ. ευρώ από την κατηγορία των μεταβιβάσεων και 1.108 εκ. ευρώ από το ΠΔΕ
744 εκ. ευρώ	Κρατική αποζημίωση εκμισθωτών λόγω μειωμένων μισθωμάτων που λαμβάνουν
227 εκ. ευρώ	Επιχορήγηση προς τον ΟΠΕΚΑ για την αποπληρωμή δανείων πληγέντων από την πανδημία
741 εκ. ευρώ	Ενίσχυση μικρών και πολύ μικρών επιχειρήσεων που επλήγησαν από τον COVID-19 στις Περιφέρειες από το ΠΔΕ
117 εκ. ευρώ	Επιδότηση τόκων δανείων μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων από το ΠΔΕ
220 εκ. ευρώ	Δαπάνες σχετικά με το ταμείο εγγυοδοσίας επιχειρήσεων από το ΠΔΕ
243 εκ. ευρώ	Επιδότηση κεφαλαίου κίνησης σε επιχειρήσεις εστίασης για προμήθεια πρώτων υλών ύψους από το ΠΔΕ
259 εκ. ευρώ	Συνεισφορά του δημοσίου για την αποπληρωμή επιχειρηματικών δανείων πληγέντων δανειοληπτών από το ΠΔΕ
195 εκ. ευρώ	Επιδότηση κεφαλαίου κίνησης σε τουριστικές επιχειρήσεις από το ΠΔΕ
703 εκ. ευρώ	Κάλυψη των ασφαλιστικών εισφορών προς τον e-ΕΦΚΑ κατά την εφαρμογή των μέτρων στήριξης εργοδοτών και εργαζομένων από την κατηγορία των μεταβιβάσεων
243 εκ. ευρώ	Κάλυψη των ασφαλιστικών εισφορών προς τον e-ΕΦΚΑ που σχετίζονται με την επιδότηση πάγιων δαπανών επιχειρήσεων
101 εκ. ευρώ	Έκτακτη επιχορήγηση των Δήμων για την αντιμετώπιση της πανδημίας
571 εκ. ευρώ	Επιχορήγηση προς τον ΟΑΕΔ για κάλυψη απώλειας εσόδων
108 εκ. ευρώ	Επιχορήγηση προς τον ΕΟΠΥΥ για την αντιμετώπιση της έκτακτης

	ανάγκης δημόσιας υγείας, στο πλαίσιο των μέτρων κατά της πανδημίας
107 εκ. ευρώ	Επιχορήγηση προς διάφορους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης για την κάλυψη των ασφαλιστικών εισφορών νέων επιδοτούμενων θέσεων εργασίας

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2022α)

Γ. Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2022:

Πίνακας 6.14: Λοιπές δαπάνες Υπουργείου Οικονομικών για έκτακτα μέτρα (2022)

160 εκ. ευρώ	Ενίσχυση μικρών και πολύ μικρών επιχειρήσεων που επλήγησαν από τον COVID-19 στις Περιφέρειες από το ΠΔΕ
90 εκ. ευρώ	Συνεισφορά του δημοσίου για την αποπληρωμή επιχειρηματικών δανείων πληγέντων δανειοληπτών από το ΠΔΕ
42 εκ. ευρώ	Επιδότηση κεφαλαίου κίνησης σε τουριστικές επιχειρήσεις από το ΠΔΕ
44 εκ. ευρώ	Έκτακτη επιχορήγηση των πληττόμενων από την πανδημία επιχειρήσεων ψυχαγωγίας, γυμναστηρίων, σχολών χορού κ.λπ. από το ΠΔΕ
163 εκ. ευρώ	Δαπάνη αποζημίωσης ειδικού σκοπού, η οποία πληρώθηκε από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (κατηγορία μεταβιβάσεων)
594 εκ. ευρώ	Πρόσθετη επιχορήγηση προς τη ΔΥΠΑ (πρώην ΟΑΕΔ) για την κάλυψη της απώλειας εσόδων λόγω μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών των εργαζομένων
372 εκ. ευρώ	Επιχορήγηση προς τον e-ΕΦΚΑ για την κάλυψη απώλειας εσόδων από τη μείωση των εισφορών
296 εκ. ευρώ	Δαπάνη για την κάλυψη ασφαλιστικών εισφορών εργαζομένων κατά την εφαρμογή κυρίως του μηχανισμού ΣΥΝ-ΕΡΓΑΣΙΑ και του προγράμματος 150.000 νέων επιδοτούμενων θέσεων εργασίας
68 εκ. ευρώ	Κρατική αποζημίωση εκμισθωτών, λόγω μειωμένων μισθωμάτων που λαμβάνουν

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2023α)

Οι ανωτέρω δαπάνες πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, δε θεωρείται πως αφορούν δαπάνες για την υγεία, αλλά σχετίζονται άμεσα με την πανδημία λόγω των μέτρων που ελήφθησαν για την προστασία των πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

7.1 Νέες προκλήσεις στα συστήματα υγείας

Η πανδημία δημιούργησε πρωτόγνωρες προκλήσεις στα συστήματα υγείας, τις οικονομίες και τις κοινωνίες παγκοσμίως. Μέχρι το τέλος του 2022, περίπου 420 εκατομμύρια περιπτώσεις και περισσότεροι από 3,2 εκατομμύρια θάνατοι από COVID-19 είχαν αναφερθεί στις χώρες του ΟΟΣΑ. Υπήρξαν 14% περισσότεροι θάνατοι το 2020 και το 2021 σε σύγκριση με τα χρόνια πριν από την πανδημία. Σχεδόν 1% του ΑΕΠ, κατά μέσο όρο, προστέθηκε στις δαπάνες του ΟΟΣΑ για την υγεία, καθώς διατέθηκαν σημαντικοί πόροι για την παρακολούθηση του ιού, την αύξηση της χωρητικότητας του συστήματος, την ανάπτυξη επιλογών θεραπείας και την κυκλοφορία εμβολίων. Υπήρχαν επίσης σημαντικές έμμεσες επιπτώσεις στην υγειονομική περίθαλψη: οι επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς (GPs) και ειδικούς ακυρώθηκαν, η εκλεκτική χειρουργική επέμβαση αναβλήθηκε και τα ραντεβού για προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου καθυστέρησαν. Ταυτόχρονα, αυξήθηκαν οι ανάγκες φροντίδας ψυχικής υγείας (OECD, 2023).

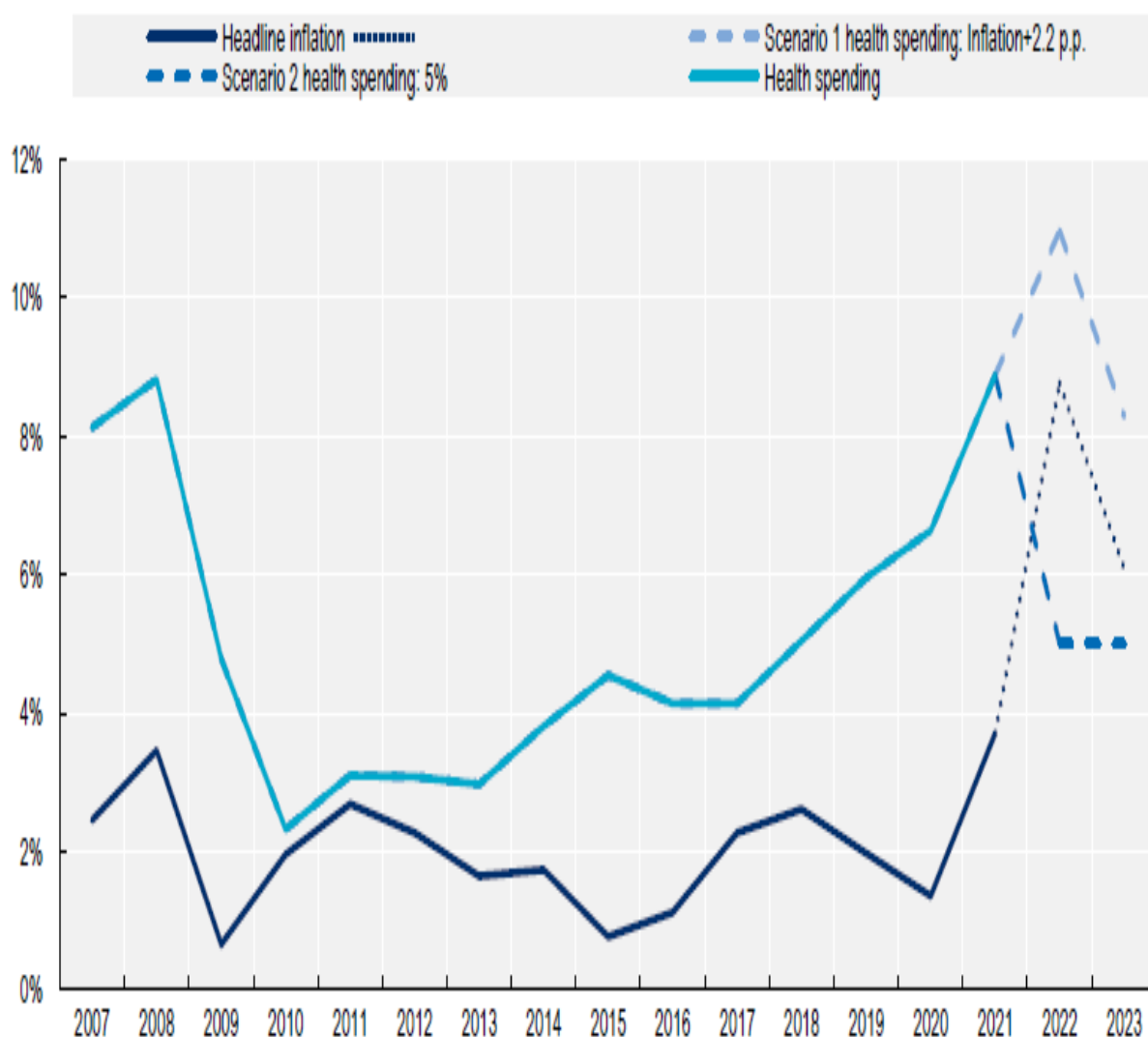
Οι ελπίδες για επιστροφή σε πιο σταθερές οικονομικές συνθήκες το 2022 υποχώρησαν από τον πόλεμο της Ρωσίας στην Ουκρανία και τις εκτεταμένες διακοπές στις αλυσίδες εφοδιασμού πέρα από τις παρατεταμένες επιπτώσεις της πανδημίας. Αυτό άσκησε ανοδική πίεση στις τιμές, κυρίως για την ενέργεια και τα τρόφιμα, με αποτέλεσμα ο πληθωρισμός να κινείται σε επίπεδα που δεν παρατηρήθηκαν εδώ και δεκαετίες σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ. Το παγκόσμιο ΑΕΠ παρέμεινε στάσιμο το δεύτερο τρίμηνο του 2022 και η παραγωγή μειώθηκε στις οικονομίες της G20 (ΟΟΣΑ, 2022). Ενώ η ανάπτυξη επιταχύνθηκε το τρίτο τρίμηνο του 2022, ορισμένοι πιο πρόσφατοι δείκτες υποδεικνύουν μεγαλύτερη περίοδο υποτονικής ανάπτυξης και ανυψωμένων τιμών (OECD, 2023).

Αυτές οι οικονομικές και γεωπολιτικές εξελίξεις θα επηρεάσουν τους διαθέσιμους πόρους για τη χρηματοδότηση τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, καθώς και το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό συμβαίνει σε ένα πλαίσιο όπου οι χώρες πρέπει να αντιμετωπίσουν τις συνεχιζόμενες επιπτώσεις του ιού: να συνεχίσουν να εφαρμόζουν προγράμματα εμβολιασμού για τον COVID-19 σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, να αντιμετωπίσουν τις καθυστερήσεις στη φροντίδα, να ανταποκριθούν στην κλειστή ζήτηση για άλλες υπηρεσίες υγείας και να προσπαθήσουν να ενισχύσουν την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας τους σε μελλοντικές κρίσεις.

7.2 Η αύξηση των δαπανών για την υγεία και η σχέση της με τον πληθωρισμό

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία ξεπερνά συνεχώς τον ονομαστικό πληθωρισμό τα τελευταία 15 χρόνια, και ήταν ιδιαίτερα έντονη τόσο κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης όσο και της πανδημίας, καθώς οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία διατηρήθηκαν, αν και για διαφορετικούς λόγους. Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν μια τέτοια ανάπτυξη μπορεί να διατηρηθεί σε περιόδους υψηλού πληθωρισμού (Διάγραμμα 7.1), και εάν ναι, πώς μπορεί να χρηματοδοτηθεί;

Διάγραμμα 7.1: Ετήσιες μεταβολές στις τρέχουσες δαπάνες για την υγεία, σε ονομαστικούς όρους, σε σύγκριση με τον συνολικό πληθωρισμό, ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ



Σημείωση: Το σενάριο 1 (γαλάζια διακεκομμένη γραμμή) δείχνει τη μέση αύξηση των δαπανών για την υγεία κατά 2,2 ποσοστιαίες μονάδες (ο μέσος όρος μεταξύ 2010 και 2019) πάνω από τον προβλεπόμενο πληθωρισμό (διακεκομμένη γραμμή). Το σενάριο 2 (σκούρα μπλε διακεκομμένη γραμμή) δείχνει αύξηση των δαπανών για την υγεία κατά 5% - η μέση παρατηρούμενη αύξηση των δαπανών για την υγεία τα τελευταία 15 χρόνια.

Πηγή: OECD Health Statistics 2022. OECD Economic Outlook, June 2022.

Εάν η αύξηση των δαπανών για την υγεία υπερέβαινε τον πληθωρισμό με τον ίδιο ρυθμό με αυτόν που παρατηρήθηκε την περίοδο 2010-19 (μετά την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση και πριν την πανδημία), δηλαδή κατά 2,2 ποσοστιαίες μονάδες, αυτό θα σήμαινε ονομαστικό μέσο όρο 11% ρυθμό αύξησης των δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2022/23. Πρόκειται για μια σημαντική αύξηση των ιστορικών τάσεων και ακόμη υψηλότερη από την αύξηση των δαπανών για την υγεία το 2020/21 στο απόγειο της πανδημίας. Ακόμη και για μηδενική πραγματική αύξηση των δαπανών για την υγεία (προσαρμοσμένη για τον ονομαστικό πληθωρισμό), η ονομαστική αύξηση των δαπανών για την υγεία θα πρέπει να φτάσει το 8,8% κατά μέσο όρο για να ταιριάζει με την κορυφή του πληθωρισμού. Από την άλλη, εάν η αύξηση των ονομαστικών δαπανών για την υγεία περιοριζόταν σε μέσο ρυθμό αύξησης 5% –όπως αυτός που παρατηρήθηκε τα τελευταία 15 χρόνια, αυτό θα σήμαινε μείωση σε πραγματικούς όρους κατά 4,5% κατά μέσο όρο το 2023 (OECD, 2023).

7.3 Ένα μάθημα από την πανδημία: ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας

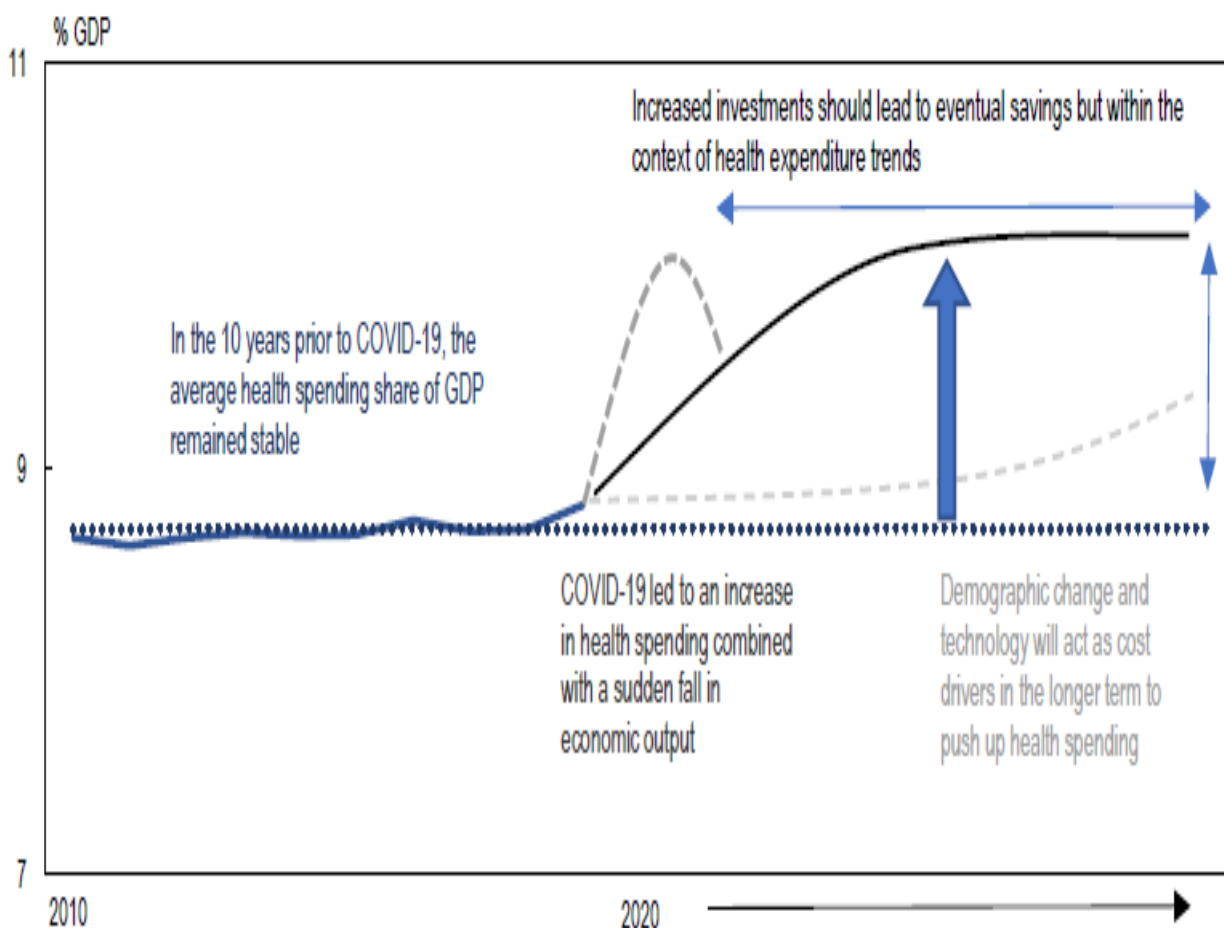
Η υγειονομική κρίση τόνισε την ανάγκη για έξυπνες επενδύσεις για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας – για την προστασία της υποκείμενης υγείας του πληθυσμού, την ενίσχυση των υποδομών του συστήματος υγείας και την ενίσχυση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας στην πρώτη γραμμή – παρέχοντας στις χώρες την ευελιξία να ανταποκριθούν όχι μόνο σε εξελισσόμενες πανδημίες αλλά και σε άλλες κρίσεις, φυσικές ή ανθρωπογενείς. Οι αποδόσεις της επένδυσης εκτείνονται πέραν του άμεσου οφέλους για την υγεία. Τα πιο ανθεκτικά συστήματα υγείας βρίσκονται στον πυρήνα ισχυρότερων, πιο ανθεκτικών οικονομιών – επιτρέποντας ουσιαστικά οικονομικά και κοινωνικά οφέλη, αποφεύγοντας την ανάγκη για αυστηρά και δαπανηρά μέτρα περιορισμού σε μελλοντικές κρίσεις με πιο υγιείς και καλύτερα προετοιμασμένες κοινωνίες (Morgan and James, 2022).

Οι γενικές εκτιμήσεις του κόστους αντιπροσωπεύουν κατά μέσο όρο το 1,4% του ΑΕΠ (που κυμαίνεται από 0,6 έως 2,5% στις χώρες του ΟΟΣΑ) στο πλαίσιο της προπανδημικής κατάστασης, δηλαδή σε σχέση με τις δαπάνες για την υγεία το 2019. Η ενίσχυση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην πρώτη γραμμή αντιπροσωπεύει περισσότερο από το ήμισυ αυτού του κόστους επένδυσης, κατά μέσο όρο, σε περίπου 0,7% του ΑΕΠ. Οι πρόσθετες δαπάνες για την προληπτική φροντίδα αναμένεται να κοστίσουν περίπου 0,3% κατά μέσο όρο, ενώ οι θεμελιώδεις επενδύσεις σε βασικό εξοπλισμό και την

καλύτερη αξιοποίηση των πληροφοριών για την υγεία εκτιμάται ότι θα κοστίσουν άλλο 0,4% του ΑΕΠ, κατά μέσο όρο (OECD, 2023).

Μεταξύ της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης και της πανδημίας, η αύξηση των δαπανών για την υγεία του ΟΟΣΑ ταίριαζε με την οικονομική ανάπτυξη, σε πραγματικούς όρους. Μια τροχιά βασισμένη στο επίπεδο πρόσθετων επενδύσεων για να γίνουν τα συστήματα υγείας πιο ανθεκτικά, θα οδηγούσε σε αύξηση της αναλογίας δαπανών για την υγεία προς το ΑΕΠ που θα επιτευχθεί κάποια στιγμή μεσοπρόθεσμα στο πλαίσιο των υποκείμενων πιέσεων κόστους - αύξηση πληθυσμού, τεχνολογία κλπ. (Διάγραμμα 7.2).

Διάγραμμα 7.2: Μεσοπρόθεσμες επιπτώσεις στις δαπάνες της επένδυσης σε πιο ανθεκτικά συστήματα υγείας



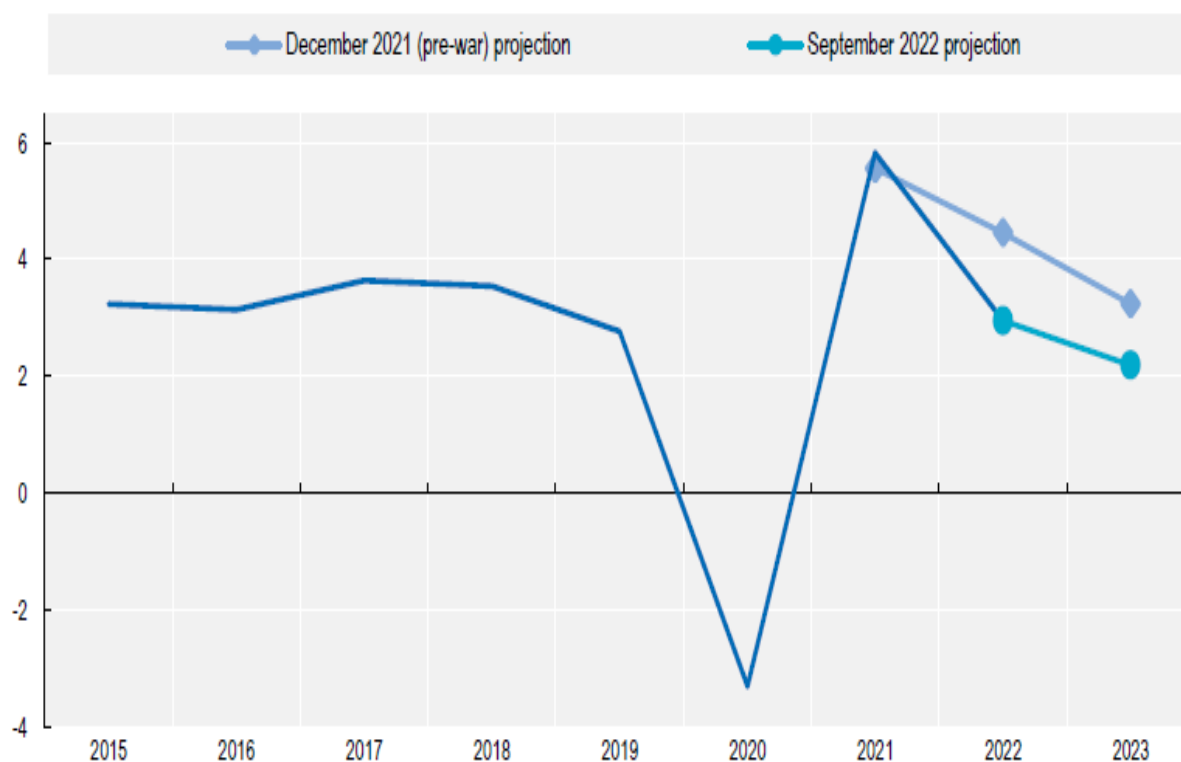
Σημείωση: Η μπλε διακεκομμένη γραμμή αντιπροσωπεύει τη μέση αναλογία δαπανών υγείας για την περίοδο 2010-19 προς το ΑΕΠ. Η ανοιχτό γκρι διακεκομμένη γραμμή αντιπροσωπεύει την προβλεπόμενη αύξηση λόγω των υποκείμενων πιέσεων κόστους, όπως η δημογραφική αλλαγή. Η σκούρα γκρι διακεκομμένη γραμμή αντιπροσωπεύει τη βραχυπρόθεσμη επίδραση του COVID-19. Η σταθερή σκούρα γραμμή υποδεικνύει την τροχιά που προκύπτει από την αυξημένη επένδυση στην ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας.

Πηγή: OECD Secretariat calculations, Morgan and James (2022), "Investing in health systems to protect society and boost the economy: Priority investments and order-of-magnitude cost estimates", <https://doi.org/10.1787/d0aa9188-en>.

7.4 Οι σημαντικές οικονομικές προκλήσεις στις χώρες του ΟΟΣΑ έχουν θέσει σε κίνδυνο τις επενδύσεις στην ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας

Αναδυόμενος από τα χειρότερα της πανδημίας, ο πληθωρισμός άρχισε να αυξάνεται λόγω της αρχικής αύξησης των τιμών της ενέργειας, των σημείων συμφόρησης στις αλυσίδες εφοδιασμού, της αύξησης του κόστους ναύλων και της αύξησης της ιδιωτικής κατανάλωσης (ΟΟΣΑ, 2022). Αυτό επιδεινώθηκε σημαντικά με την εισβολή της Ρωσίας στην Ουκρανία τον Φεβρουάριο του 2022. Από τότε οι πληθωριστικές πιέσεις επικράτησαν σε πολλές χώρες, καθώς το υψηλότερο κόστος ενέργειας, μεταφοράς και άλλων δαπανών μετακυλίωνταν στο ευρύ καλάθι αγαθών και υπηρεσιών (ΟΟΣΑ, 2022).

Διάγραμμα 7.3: Αύξηση του παγκόσμιου ΑΕΠ σε πραγματικούς όρους, %



Πηγή: OECD Economic Outlook 110 database (December 2021); and OECD Interim Economic Outlook 112 database (September 2022)

Όπως φαίνεται ανωτέρω στο Διάγραμμα 7.3 η παγκόσμια ανάπτυξη είναι σημαντικά χαμηλότερη από την αναμενόμενη πριν από τον πόλεμο στην Ουκρανία. Μετά από μια σημαντική συρρίκνωση του ΑΕΠ το 2020 (-4,6% σε πραγματικούς όρους κατά μέσο όρο στον ΟΟΣΑ), υπήρξε μια επακόλουθη ανάκαμψη το 2021 (+5,5% το 2021). Ωστόσο, οι διακοπές των αλυσίδων εφοδιασμού, τα συνεχιζόμενα κρούσματα του COVID-19, ο πόλεμος της Ρωσίας στην Ουκρανία και οι επακόλουθες ενεργειακές κρίσεις σε πολλές χώρες του

ΟΟΣΑ μείωσαν τις οικονομικές προοπτικές για το 2022 και το 2023, ειδικά στην Ευρώπη (Διάγραμμα 7.3).

Η ενδιάμεση έκθεση για τις οικονομικές προοπτικές του ΟΟΣΑ που δημοσιεύθηκε τον Σεπτέμβριο του 2022 προέβλεπε την επιβράδυνση της αύξησης του ΑΕΠ το 2022 και το 2023 στις χώρες της G20 (ΟΟΣΑ, 2022). Οι προοπτικές ήταν πιο απαισιόδοξες για τις περισσότερες χώρες της G20 και τη ζώνη του ευρώ, με μείωση των πραγματικών εισοδημάτων και συνεχιζόμενες αναταραχές στις ενεργειακές αγορές.

Οι ασυνήθιστες πληθωριστικές πιέσεις, η κρίση του κόστους ζωής και η οικονομική ύφεση σε πολλές οικονομίες έχουν επιπτώσεις στο κόστος του συστήματος υγείας, στην ικανότητα διατήρησης των επιπέδων υπηρεσιών και αντιμετώπισης του ανεκτέλεστου των υπηρεσιών που προκύπτουν από την πανδημία.

7.5 Αύξηση του κόστους εισροών για την παροχή υπηρεσιών υγείας

Το αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών μπορεί ήδη να γίνει αισθητό από τους παρόχους υγείας σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ, δημιουργώντας πρόσθετη ανοδική πίεση για τις δαπάνες υγείας ή αυξάνοντας τους κινδύνους αφερεγγυότητας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

- ο Το αυξανόμενο κόστος για το φυσικό αέριο, τα καύσιμα και την ηλεκτρική ενέργεια αποτελεί ιδιαίτερη ανησυχία για τους παρόχους υγείας με ένταση ενέργειας, όπως τα νοσοκομεία, οι εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης ή οι μεταφορές έκτακτης ανάγκης. Αυτό ισχύει και για άλλες εισροές, όπως τα τρόφιμα και άλλες μη ιατρικές και ιατρικές εισροές.
- ο Η αύξηση του γενικού μισθού και του κόστους εργασίας ανά μονάδα προϊόντος έχει ενισχυθεί σε πολλές χώρες ασκώντας ανοδική πίεση στο κόστος ενός ευρέος φάσματος αγαθών και υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται ως εισροές στον τομέα της υγείας. Ως τομέας έντασης εργασίας, η αυξανόμενη ζήτηση και η μείωση της προσφοράς εργαζομένων στον τομέα της υγείας μπορεί να επιδεινώσει περαιτέρω το μοναδιαίο κόστος εργασίας. Ένα από τα διδάγματα από την πανδημία ήταν **ότι για την προσέλκυση και διατήρηση εργαζομένων στα επαγγέλματα της νοσηλευτικής και της φροντίδας, απαιτούνταν μια επαναξιολόγηση των βασικών μισθών.**

Ο υψηλότερος πληθωρισμός και η οικονομική επιβράδυνση θα επηρεάσουν τους πόρους για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

- Αρχικά, οι αυξήσεις των τιμών και των μισθών οδηγούν σε αύξηση των συνολικών φορολογικών εσόδων και των εισοδηματικών κοινωνικών εισφορών, αυξάνοντας έτσι δυνητικά τους πόρους για τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία (τουλάχιστον σε ονομαστικούς όρους). Για παράδειγμα, σε ολόκληρο τον ΟΟΣΑ, η αύξηση των ονομαστικών μισθών σε όλους τους κλάδους ήταν περίπου 6-7% το 2021 και αναμένεται να είναι σε παρόμοιο επίπεδο το 2022-23 (ΟΟΣΑ, 2022).
- Από την άλλη πλευρά, μια παρατεταμένη οικονομική επιβράδυνση μπορεί να συσχετιστεί με αύξηση της ανεργίας και μείωση των κερδών, μείωση των φορολογικών εσόδων και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Μαζί με τον υψηλό πληθωρισμό μειώνει το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών (και συνεπώς την ικανότητα των νοικοκυριών να αγοράζουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης). Ωστόσο, τα αναμενόμενα ποσοστά ανεργίας περίπου 5% στον ΟΟΣΑ το 2022 και το 2023 παραμένουν τα χαμηλότερα που έχουν καταγραφεί την τελευταία δεκαετία, αντανakλώντας τη συνεχιζόμενη έλλειψη ειδικευμένων εργαζομένων σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ (ΟΟΣΑ, 2022).
- Η αύξηση του κόστους εισροών απαιτεί χρόνο για να τροφοδοτηθεί με αναθεωρημένα ποσοστά αποζημίωσης για την παροχή υπηρεσιών ή/και αυξημένα ποσοστά ασφαλιστρών και εισφορών. Συνήθως, ο ιστορικός πληθωρισμός ή οι συγκεκριμένοι δείκτες τιμών τροφοδοτούν τη ρύθμιση των τιμών του επόμενου έτους. Εάν οι πληρωμές δεν λάβουν υπόψη το αυξημένο κόστος, θα μπορούσε να υπάρξει κίνδυνος δημιουργίας ελλειμμάτων ελλείψει πρόσθετης παρέμβασης από τις κυβερνήσεις, προσαρμοσμένων προϋπολογισμών ή περιορισμών στη δραστηριότητα.

7.6 Αρνητικές επιπτώσεις στους προϋπολογισμούς για την υγεία λόγω υψηλότερου πληθωρισμού από τον αναμενόμενο

Τα επίπεδα μελλοντικών δαπανών για την υγεία που καθορίζονται με βάση τις υποθέσεις αναμενόμενου πληθωρισμού γίνονται αυτόματα λιγότερο γενναιόδωρα καθώς το αυξανόμενο κόστος των εισροών ξεπερνά κάθε προγραμματισμένη αύξηση. Οι κυβερνήσεις και τα υπουργεία οικονομικών πρέπει να αποφασίσουν εάν θα προσαρμόσουν περαιτέρω και θα αποζημιωθούν υπό το πρίσμα των απροσδόκητων αυξήσεων ή εάν τα υπουργεία υγείας και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αντιμετωπίζουν πραγματικές περικοπές χρηματοδότησης που μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών (ΟΟΣΑ, 2022).

7.7 Επιλογές που παραμένουν ανοιχτές στις κυβερνήσεις για τη χρηματοδότηση μελλοντικών δαπανών για την υγεία

Με τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση των εισοδημάτων, την τεχνολογική πρόοδο και άλλους παράγοντες, οι δαπάνες για την υγεία αναμένεται να καταναλώσουν ακόμη μεγαλύτερο μερίδιο της οικονομίας στο μέλλον. Ταυτόχρονα, οι κυβερνήσεις θα αντιμετωπίσουν πιέσεις για τα έσοδα που αναμένουν να αντλήσουν, θα δουν άλλες ανταγωνιστικές απαιτήσεις, καθώς και απροσδόκητες αυξήσεις στο κόστος παροχής υγειονομικής περίθαλψης, όπως δείχνει το τρέχον πλαίσιο (ΟΟΣΑ, 2022).

Ακόμη και χωρίς να ληφθεί υπόψη η ανάγκη περαιτέρω επενδύσεων στην ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας για την αντιμετώπιση μελλοντικών κρίσεων, ο ΟΟΣΑ προβλέπει ότι ένα αυξανόμενο μέρος των κρατικών εσόδων θα χρειαστεί για τη χρηματοδότηση των δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, καθώς οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν ήδη το 15% των συνολικών κρατικών προϋπολογισμών, το ζήτημα του τρόπου χρηματοδότησης τέτοιων αυξήσεων θα γίνεται όλο και πιο πιεστικό. Έχουν προταθεί διάφορες μη αποκλειστικές επιλογές πολιτικής για την κάλυψη αυτών των πρόσθετων μελλοντικών αναγκών δαπανών:

- Αύξηση των δαπανών για την υγεία χωρίς αλλαγή άλλων κρατικών δαπανών, ώστε να αυξηθούν οι συνολικές κρατικές δαπάνες.
- Διατήρηση των συνολικών κρατικών δαπανών σταθερή αλλά αύξηση της κατανομής για την υγεία εντός των κρατικών προϋπολογισμών.
- Επανεκτίμηση των ορίων μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών.
- Πραγματοποίηση κερδών αποδοτικότητας με τη μείωση των περιττών δαπανών.

7.8 Προϋπολογισμός για την ανάκαμψη

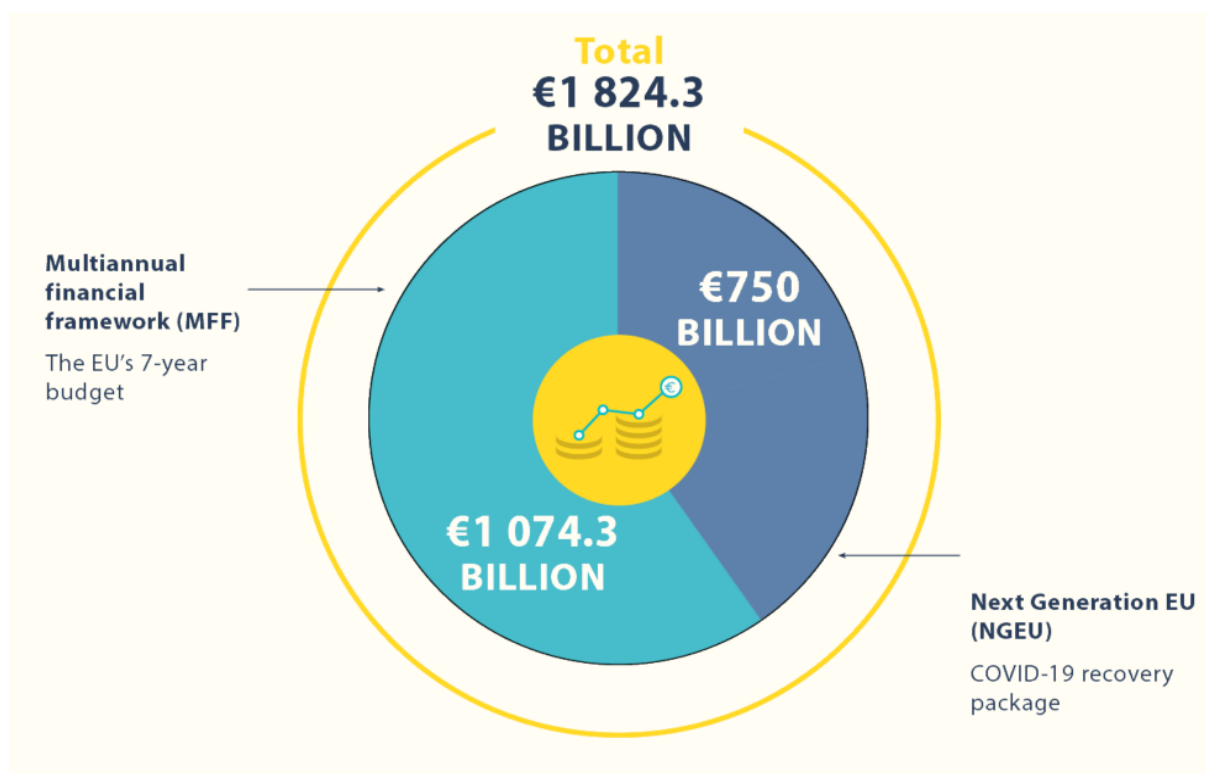
Ο επόμενος μακροπρόθεσμος προϋπολογισμός της ΕΕ – το πολυετές δημοσιονομικό πλαίσιο (ΠΔΠ) – για την περίοδο 2021-2027 ολοκληρώνεται σε μια εποχή που η ΕΕ αντιμετωπίζει μια άνευ προηγουμένου πρόκληση από την πανδημία. Ο αντίκτυπος του κορωνοϊού και τα lockdown σε όλη την ΕΕ και παγκοσμίως έχουν επισπεύσει την πιο σοβαρή οικονομική κρίση σε επτά δεκαετίες ευρωπαϊκής συνεργασίας (OECD, 2023).

Οι ηγέτες της ΕΕ ανταποκρίθηκαν γρήγορα με ένα τεράστιο σχέδιο ανάκαμψης ύψους 1,824 τρισεκατομμυρίων ευρώ. Συνδυάζει το μακροπρόθεσμο προϋπολογισμό της ΕΕ με μια εξαιρετική προσπάθεια ανάκαμψης ύψους 750 δισεκατομμυρίων ευρώ, που προορίζεται για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων μιας άνευ προηγουμένου κρίσης προς το συμφέρον της ΕΕ.

Ο επόμενος προϋπολογισμός της ΕΕ είναι το σχέδιο που διαμορφώνει ένα κοινό μέλλον στα 27 κράτη-μέλη. Καλύπτοντας τα επόμενα επτά χρόνια, έχει σχεδιαστεί όχι μόνο για να βασιστεί στο έργο που συνέβαλε στη δημιουργία της Ευρώπης όπως τη γνωρίζουμε σήμερα, αλλά και για να διασφαλίσει ότι η Ένωση είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις και να εκμεταλλευτεί τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται από την ψηφιακή και κλιματική μετάβαση, ενώ ανακάμπτει από τις επιπτώσεις του COVID-19 (OECD, 2023).

Το Ταμείο Ανάκαμψης – Next Generation EU – θα διοχετευθεί μαζί με τον πολυετή προϋπολογισμό σε επτά ομάδες πολιτικών, οι οποίες αντικατοπτρίζουν τις πολιτικές προτεραιότητες της Ένωσης.

Διάγραμμα 7.4: Δαπάνες ΕΕ 2021-2027



Πηγή: European Council, 2023

Ο προϋπολογισμός της ΕΕ εξελίσσεται πάντα σύμφωνα με τις ανάγκες της Ένωσης, ανταποκρινόμενος στα μεταβαλλόμενα πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά πλαίσια. Η ιστορία του είναι μια συναρπαστική ιστορία εξέλιξης και προσαρμογής, συμβιβασμού και ενός οράματος για ένα κοινό μέλλον. Είναι μια ιστορία μεταμόρφωσης στην Ευρώπη και θετικού αντίκτυπου στις ζωές εκατομμυρίων ανθρώπων.

Άμεσα ή έμμεσα, ο προϋπολογισμός της ΕΕ επηρεάζει θετικά τις ζωές των 446 εκατομμυρίων ανθρώπων (Eurostat, 2023) που ζουν σήμερα στην ΕΕ – του τρίτου μεγαλύτερου πληθυσμού στον κόσμο μετά την Κίνα και την Ινδία.

Σύνοψη

Τα τελευταία τρία χρόνια, η ελληνική και ευρωπαϊκή οικονομία αντιμετώπισαν δύσκολες προκλήσεις λόγω της πανδημίας, η οποία οδήγησε σε σημαντική μείωση της οικονομικής δραστηριότητας, καθώς και λόγω της ενεργειακής κρίσης που προκλήθηκε από τη ρωσική εισβολή στην Ουκρανία, προκαλώντας ισχυρές πληθωριστικές πιέσεις. Αυτή η μακροοικονομική ανισορροπία, που προέκυψε, με αρχική μείωση των εισοδημάτων και στη συνέχεια ισχυρή ανάκαμψη λόγω των κυβερνητικών μέτρων στήριξης, καθώς και την αύξηση του πληθωρισμού, αποτελούν παράγοντες που προκαλούν μεσοπρόθεσμη αβεβαιότητα.

Τα οικονομικά μέτρα, όπως η αύξηση των δαπανών και το Ταμείο Ανάκαμψης, και τα νομισματικά μέτρα, όπως το Πρόγραμμα αγοράς τίτλων από την ΕΚΤ, θα αποσυρθούν σταδιακά, αφού από το 2024, οι χώρες της Ευρωζώνης, μετά την λήξη της ρήτρας διαφυγής, θα πρέπει να επιστρέψουν στους νέους δημοσιονομικούς κανόνες. Παράλληλα, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα έχει εφαρμόσει συνεχείς αυξήσεις στα επιτόκια από το 2022, αυξάνοντας το κόστος δανεισμού για νοικοκυριά και επιχειρήσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, θα πρέπει να αναζητηθεί μια νέα κατεύθυνση ανάπτυξης των οικονομιών, με έμφαση στις επενδύσεις, τις εξαγωγές και τις διαρθρωτικές αλλαγές, με σκοπό την ενίσχυση της απασχόλησης και του εισοδήματος, ταυτόχρονα με την επίτευξη εξισορρόπησης στον πληθωρισμό (IOBE, 2023).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα αυξήθηκαν τα τελευταία χρόνια, μετά από σημαντική πτώση μεταξύ των ετών 2009 και 2015. Παρόλο που τα επίπεδα δαπανών είναι χαμηλότερα από το μέσο όρο της ΕΕ, κατά τη διάρκεια της πανδημίας εξασφαλίστηκε πρόσθετη βραχυπρόθεσμη χρηματοδότηση για τον τομέα της υγείας.

Αν και υπάρχουν αδυναμίες στο σύστημα δημόσιας υγείας και την ικανότητα αντιμετώπισης έκτακτων αναγκών, η Ελλάδα αντέδρασε γρήγορα και προληπτικά στην πανδημία με τη θέσπιση μέτρων μετριασμού που βοήθησαν στην ανακούφιση των επιπτώσεων κυρίως του πρώτου κύματος. Το σύστημα υγείας βελτιώθηκε με την αναβάθμιση των εργαστηριακών δυνατοτήτων για αύξηση των διαγνωστικών ελέγχων και τη λήψη μέτρων για τη διασφάλιση περισσότερων κλινών εντατικής θεραπείας και υγειονομικού προσωπικού για την αντιμετώπιση της απότομης αύξησης του αριθμού των κρουσμάτων. Τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που αποτελούν το επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων για την ενίσχυση της δημόσιας παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συνέβαλαν επίσης στην ανίχνευση και διαχείριση των κρουσμάτων COVID-19.

Με αφορμή την πανδημία αναδείχθηκε η σημασία του τομέα της υγείας στην Ελλάδα και ενθαρρύνθηκε η ανάπτυξη σχεδίων για την εξασφάλιση πόρων μέσω των μηχανισμών στήριξης της ΕΕ. Οι βασικοί τομείς που επωφελήθηκαν από αυτές τις στρατηγικές επενδύσεις είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και οι νοσοκομειακές υποδομές, τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας και ο ψηφιακός μετασχηματισμός των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, με αφορμή την πανδημία, αναδείχθηκε η πλημμελής και με βραχυπρόθεσμο ορίζοντα στήριξη των νοσοκομείων του ΕΣΥ με ανθρώπινο δυναμικό ακόμη και την περίοδο έκτακτης ανάγκης, την περίοδο δηλαδή της πανδημίας. **Ο στρατηγικός σχεδιασμός για την ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού στην Ελλάδα, απαιτεί τη συστηματική, ολοκληρωμένη και διαρκή καταγραφή του υγειονομικού προσωπικού στο σύνολο της χώρας και την αντιστοίχισή του με τις πραγματικές ανάγκες σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο.**

Νέες προκλήσεις πιθανότατα θα αναδυθούν καθώς ο κόσμος εισέρχεται σε μια εποχή αυξανόμενης αβεβαιότητας, πολυπλοκότητας και αστάθειας. Στο πλαίσιο της πανδημίας, η γήρανση του πληθυσμού στις περισσότερες χώρες θα αναδιαμορφώσει τις ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι μακροοικονομικές συνέπειες της πανδημίας υποδηλώνουν όχι μόνο επιβράδυνση της ανάπτυξης, αλλά και διεύρυνση της εισοδηματικής ανισότητας και

αυξανόμενη φτώχεια εντός των χωρών. Επιπλέον, οι νέες απειλές για την υγεία θα επηρεάσουν την επιβάρυνση των ασθενειών και τις ικανότητες του συστήματος υγείας. Αυτό θα δώσει μεγαλύτερη έμφαση στην οικοδόμηση ισχυρότερων και πιο ανθεκτικών συστημάτων υγείας. Ένα βασικό μάθημα της πανδημίας είναι ότι οι απειλές για την υγεία μπορεί να έχουν μεγάλες επιδράσεις και να θέσουν σε κίνδυνο την οικονομική σταθερότητα.

Τα κενά στα δεδομένα για τις δαπάνες για την υγεία, την εκπαίδευση και την κοινωνική προστασία εμποδίζουν μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση των συνολικών κοινωνικών δαπανών, ειδικά σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Λεπτομερέστερες, ακριβείς και ευρέως διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με τις δαπάνες για την υγεία θα συμβάλουν σε καλύτερες έρευνες και αναλύσεις πολιτικής για να καθοδηγήσουν τις μελλοντικές πιστώσεις προς τα συστήματα υγείας. Κλειδί για αυτό είναι η γενική θεσμοθέτηση των πρακτικών των λογαριασμών υγείας, σύμφωνα με το παγκόσμιο πρότυπο για το πλαίσιο του συστήματος λογαριασμών υγείας, σε επίπεδο χώρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση

- Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 211.
- Appleby J. (2008), "The credit crisis and health care", *BMJ* 2008; 337: 1022-1024.
- Arrow K. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, Vol. 53, Issue 5 (Dec.1963): 941- 973.
- Baltagi B. και Moscone F. (2010), "Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data", *Elsevier, Economic Modelling* 27 (2010), 804-811.
- Bekemeier, B., Walker Linderman, T., Kneipp, S., & Zahner, S. J. (2015). Updating the definition and role of public health nursing to advance and guide the specialty. *Public Health Nursing*, 32(1), 50-57.
- Bengtsson, E. (2011). Repoliticalization of accounting standard setting—The IASB, the EU and the global financial crisis. *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 567-580.
- Deber, R. B. Health care reform: lessons from Canada. *American Journal of Public Health*. 2003; 93(1): 20-24. PMID: 12511378. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.1.20>.
- Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. (2013), "Major depression in the era of economic crisis: a replication of across-sectional study across Greece", *Journal of Affective Disorders*, 2013; 145: 308–14
- European Commission (EC) (2022a). European Structural & Investment Funds. Data. Available at: <https://cohesiondata.ec.europa.eu/stories/s/Therregional-impact-of-COVID-19/24gj-n8r2>
- European Commission (EC) (2022a). Μέσο στήριξης έκτακτης ανάγκης. Available at: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirusresponse/emergency-support-instrument_el
- European Commission (EC) (2022b). Η ΕΕ για την υγεία» (EU4Health) 2021-2027 — Ένα όραμα για μια υγιέστερη Ευρωπαϊκή Ένωση. Available at: https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health-2021-2027-vision-healthiereuropean-union_el
- European Commission (EC) (2022b). Crisis management and solidarity. rescEU – a common reserve of medical equipment. Available at: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/crisismanagement-and-solidarity_en

- European Commission (EC) (2022c). Ευρωπαϊκές επιχειρήσεις πολιτικής προστασίας και ανθρωπιστικής βοήθειας. rescEU. Available at: https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/resceu_el?ettrans=el
- European Commission (EC) (2022e). COVID-19 - EU Solidarity Fund. Available at: https://ec.europa.eu/regional_policy/en/funding/solidarityfund/covid-19
- European Commission (EC) (2022f). Beneficiary States of the EU Solidarity Fund Interventions since 2021 - only major public health emergency. Available at: https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/thefunds/doc/solidarity/eusf_contributions_covid_en.pdf
- European Commission (EC) (2022g). EU Cohesion policy: Almost €385.5 million from the EU Solidarity Fund to 19 countries to tackle the coronavirus health emergency. Available at: https://ec.europa.eu/regional_policy/en/newsroom/news/2022/01/19-01-2022-eu-
- European Council (2023). A blueprint for the future The history and stories which explain how the long-term EU budget works for Europe. Available at: <https://www.consilium.europa.eu/en/eu-budget-story/>
- Eurostat (2023), Population on 1 January, Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00001/default/table?lang=en>
- Fong, J. M. N., Tambyah, P. A. Singapore's health-care financing. The Lancet. 2013; 382(9907): 1779. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62541-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62541-6).
- Fountoulakis, K. N., Grammatikopoulos, I. A., Koupidis, S. A., Siamouli, M., & Theodorakis, P. N. (2012). Health and the financial crisis in Greece. The Lancet, 379(9820), 1001-1002.
- Frank, L. D., Sallis, J. F., Conway, T. L., Chapman, J. E., Saelens, B. E., & Bachman, W. (2006). Many pathways from land use to health: associations between neighborhood walkability and active transportation, body mass index, and air quality. Journal of the American planning Association, 72(1), 75-87.
- Getzen T. (1997), ΕΚΔΔ, «Μέτρα ελέγχου του κόστους στα Συστήματα Υγείας: Έμφαση στην μικροαποδοτικότητα, τα αποτελέσματα της εμπειρίας».
- Getzen T. (2000), “Forecasting health expenditures: Short, medium, and long (long) term”, Journal of health care finance, Vol.26: 56-72.
- Goodale, T., & Godbey, G. (1988). The evolution of leisure: Historical and philosophical perspectives. Venture Publishing, Inc.
- Grima, S., Spiteri, J. V., Jakovljevic, M. M., Camilleri, C., & Buttigieg, S. C. (2018). High Out-of-Pocket Health Spending in Countries With a Mediterranean Connection. Frontiers in public health, 6, 145.

- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of health services research & policy*, 7(3), 186-188.
- Hardouvelis, Gikas A. and Karalas, Georgios and Karanastasis, Dimitrios and Samartzis, Panagiotis, Economic Policy Uncertainty, Political Uncertainty and the Greek Economic Crisis (April 3, 2018). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3155172> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3155172>.
- Haseltine, W. A. (2013). *Affordable excellence: The Singapore healthcare story*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Hassenteufel, P., & Palier, B. (2007). Towards neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems. *Social Policy & Administration*, 41(6), 574-596.
- Hörl, W. H., De Alvaro, F., & Williams, P. F. (1999). Healthcare systems and endstage renal disease (ESRD) therapies—an international review: access to ESRD treatments. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(suppl_6), 10-15.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*, 113(1-2), 8-12.
- International Monetary Fund (IMF) (2021). Working Paper. Healthcare Reform in Greece: Progress and Reform Priorities. Kalavrezou, N. & Jin, H. Available at: <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2021/07/16/Health-Care-Reform-in-Greece-Progress-and-Reform-Priorities-461835>
- Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou, O., Souliotis, K., & Liaropoulos, L. (2016). The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. *EJBSS*, 4, 111-125.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., Stuckler, D., & McKee, M. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748-753.
- Klein, R. Comparing the United States and United Kingdom: contrasts and correspondences. *Health Economics, Policy and Law*. 2012; 7(4): 385-91. <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133112000199>.

- Koukiadaki, A., & Kretsos, L. (2012). Opening Pandora's box: The sovereign debt crisis and labour market regulation in Greece. *Industrial Law Journal*, 41(3), 276-304.
- Kyriopoulos J., Tsiantou V., (2010), "The financial crisis and its impact on health and medical care", *Archives of Hellenic Medicine*, 27 (5). 834-840.
- Ladi, S., Angelou, A. & Panagiotatou, D. (2021). Regaining Trust: Evidence-Informed Policymaking during the First Phase of the Covid-19 Crisis in Greece. *South European Society and Politics*, DOI: 10.1080/13608746.2021.1983932
- Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras T. (2008), "Informal payments in public hospitals in Greece", *Elsevier, Health Policy* Vol. 87, Pages 72–81, on-line available at: www.sciencedirect.com
- Liaropoulos L. (2012), "Greek economic crisis: not a tragedy for health", *BMJ* 2012;345:e7988, Available at: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7988>
- Lu, J. F., & Hsiao, W. C. (2003). Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health affairs*, 22(3), 77-88.
- Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, Cylus J, Evetovits T, Jowett M, Figueras J and Kluge H, (Eds). *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*, Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisishealth-systems-and-health-web.pdf?ua=1
- Mc Kee, M., & Mossialos, E. (2002). *The impact of EU law on health care systems*. Brussels: PIE-Peter Lang.
- Moran, M. (2000). Understanding the welfare state: the case of health care. *The British Journal of Politics and International Relations*, 2(2), 135-160.
- Morgan, D. and C. James (2022), "Investing in health systems to protect society and boost the economy: Priority investments and order-of-magnitude cost estimates", *OECD Health Working Papers*, No. 144, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d0aa9188-en>.
- Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health economics*, 14(S1), S151-S168.
- OECD (2000), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264181809-en>.
- OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2022), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2021, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f154e482-el>
- OECD (2022), OECD Economic Outlook, Interim Report September 2022: Paying the Price of War, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae8c39ec-en>.
- OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en.130-132>.
- OECD (2023a), Health care financing in times of high inflation. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-expenditure.htm>
- OECD (2023), "Health spending" (indicator), <https://doi.org/10.1787/8643de7e-en> (accessed on 08 August 2023) και https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-spending/indicator/english_8643de7e-en
- OECD (2023), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 05 October 2023)
- Or, Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbaek, K., Winblad, U., & Bevan, G. (2010). Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health Economics, Policy and Law*, 5(3), 269-293.
- Petmesidou, M., & Guillén, A. M. (2008). Southern-style National Health Services? Recent Reforms and Trends in Spain and Greece. *Social Policy & Administration*, 42(2), 106-124.
- Rose, A. K., & Spiegel, M. M. (2010). Cross-country causes and consequences of the 2008 crisis: International linkages and American exposure. *Pacific Economic Review*, 15(3), 340-363.
- Siettos, C., Anastassopoulou, C., Tsiamis, C., Vrioni, G. & Tsakris, A. (2021). A bulletin from Greece: a health system under the pressure of the second COVID-19 wave. *Pathogens and Global Health*, Volume 115, 2021 - Issue 3.
- Simou E., Koutsogeorgou E. (2014), "Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review", *Health Policy*, Vol.115, Iss.2-3, Pages 111–119, Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics*, 17(2), 159-170.
- Sultz, H. A., & Young, K. M. (2006). *Health care USA: Understanding its organization and delivery*. Jones & Bartlett Learning.

- The World Bank. Available at: <https://databank.worldbank.org/metadataglossary>
- Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., & Souliotis, K. (2005). The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. *Health policy*, 74(2), 167-180.
- Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5), 432-445.
- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70-90.
- WHO (2006), Διαθέσιμο σε: <http://www.who.int/whosis/whostat2006HealthFinancing.pdf>
- WHO (2009), "The financial crisis and global health", Geneva. Available at: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf
- WHO (2021α). Public spending on health: Public spending on the rise? Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350560/9789240041219-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2021a). Global expenditure on health: Public spending on the rise? Available at <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041219>
- WHO (2021β). Building Health Systems Resilience for Universal Health Coverage and Health Security during the COVID-19 Pandemic and Beyond: WHO Position Paper. Geneva: World Health Organization; (WHO/UHL/PHCSP/2021.01). Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL -PHC-SP-2021.01>
- World Health Organization (WHO) (2021b). Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. Interim guidance 14 June 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-ncov-adjusting-ph-measures-2023.1>
- WHO (2022), Global spending on health: rising to the pandemic’s challenges. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064911>
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs*, 26(4), 972-983.
- Zampieri, F. (2009). Medicine, evolution, and natural selection: An historical overview. *The Quarterly Review of Biology*, 84(4), 333-355. doi: 10.1086/648122. PMID: 20039527.

Ελληνική

- Βελονάκη, Β. Σ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 45(4), 491-499.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Δελτίο Τύπου. Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012. 31 Μαρτίου 2014. Διαθέσιμο την 20η Απριλίου 2023 στην www.statistics.gr
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2015. 31 Μαρτίου 2017. Διαθέσιμο την 20η Απριλίου 2023 στην www.statistics.gr
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2016. 30 Μαρτίου 2018. Διαθέσιμο την 20η Απριλίου 2023 στην www.statistics.gr
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017. 29 Μαρτίου 2019. Διαθέσιμο την 20η Απριλίου 2023 στην www.statistics.gr
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2018. 31 Μαρτίου 2020. Διαθέσιμο την 20η Απριλίου 2023 στην www.statistics.gr
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2019. 31 Μαρτίου 2021. Διαθέσιμο την 20η Απριλίου 2023 στην www.statistics.gr
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2020. 30 Μαρτίου 2022. Διαθέσιμο την 20η Απριλίου 2023 στην www.statistics.gr
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2021. 30 Μαρτίου 2023. Διαθέσιμο την 20η Απριλίου 2023 στην www.statistics.gr
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2021), Ταμείο Ανάκαμψης: Έμπρακτη στήριξη από την ΕΕ. Available at: <https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/recovery-fund-eu-delivers/>
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2023), A blueprint for the future. The history and stories which explain how the long-term EU budget works for Europe. Available at: <https://www.consilium.europa.eu/en/eu-budget-story/>
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) και Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) (2011), Μελέτη με τίτλο «Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου», Διαθέσιμο στο: www.iobe.gr
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2021), Μελέτη με τίτλο «Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2020», Διαθέσιμο στο: http://iobe.gr/press_dtl.asp?EID=189

- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2023), Μελέτη με τίτλο «*Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2022*», Διαθέσιμο στο: <http://iobe.gr>
- ΚΕΠΥ (2023), Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτικής Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, «*Η εξέλιξη του Υγειονομικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας*».
- Κουμαριανός, Β. (2017). Ενοποίηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης: Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης ως Οργανωτικό Όχημα για την Νέα Αρχιτεκτονική των Συντάξεων. *Κοινωνική Πολιτική*, 8, 50-73.
- Κυριόπουλος Ι. (2011), παρουσίαση «*Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης*», Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Μουζέλης, Ν., & Παγουλάτος, Γ. (2003). Κοινωνία πολιτών και ιδιότητα του πολίτη στη μεταπολεμική Ελλάδα. *Ελληνική Επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης*, 22(1), 5-29.
- Μωραΐτης Ε. (2004), "Το ελληνικό σύστημα υγείας", Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «*Διοίκηση της Υγείας*» του Πανεπιστημίου Πειραιά.
- Οικονόμου Χ. (2013), «*Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία...Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα*», *Foreign Affairs- The Hellenic Edition*, Διαθέσιμο σε: <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show>
- Πισσαρίδης, Χ., Βαγιανός, Δ., Βέττας, Ν., Μεγήρ, Κ. (2020). Σχέδιο Ανάπτυξης για την Ελληνική Οικονομία. ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ. 14 Νοεμβρίου 2020. Διαθέσιμο την 30η Απριλίου 2023 στην https://government.gov.gr/wpcontent/uploads/2020/11/growth_plan_2020-11-23_1021.pdf
- Ρούπας, Θ. (2010). Ιστορική αποτίμηση και ο ρόλος των αποθεματικών στο ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα». Στο Θ. Ρούπας, ΕΔΚΑ (Τόμ. ΝΒ΄, 433-456).
- Σακελλαρόπουλος, Θ., (2008). Το κοινωνικό κράτος σε ιστορική προοπτική., Άρθρο στο *Βήμα Ιδεών*, 7-11-2008.
- Σκρουμπέλος Α, Καπάκη Β, Αθανάσακης Κ, Σουλιώτης Κ, Κυριόπουλος Γ (2012). Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας. Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Σούλης Σ. (1998), «*Οικονομική της Υγείας*», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Υπουργείο Οικονομικών (Κρατικός Προϋπολογισμός 2019, 2020, 2021, 2022 & 2023) Διαθέσιμο στο: <https://www.minfin.gr/web/guest/proupologismos>

Υπουργείο Οικονομικών (2021α), *Εκτέλεση Κρατικού Προϋπολογισμού Δεκεμβρίου 2020*, Διαθέσιμο στο: <https://www.minfin.gr/web/guest/deltia-ekteleses-proupologismou>

Υπουργείο Οικονομικών (2022α), *Εκτέλεση Κρατικού Προϋπολογισμού Δεκεμβρίου 2021*, Διαθέσιμο στο: <https://www.minfin.gr/web/guest/deltia-ekteleses-proupologismou>

Υπουργείο Οικονομικών (2023α), *Εκτέλεση Κρατικού Προϋπολογισμού Δεκεμβρίου 2022*, Διαθέσιμο στο: <https://www.minfin.gr/web/guest/deltia-ekteleses-proupologismou>

Υπουργείο Οικονομικών (2023β), *Εκτέλεση Κρατικού Προϋπολογισμού επταμήνου Ιανουαρίου-Ιουλίου 2023*, Διαθέσιμο στο: <https://www.minfin.gr/web/guest/deltia-ekteleses-proupologismou>

Υπουργείο Οικονομικών (2021α), *Δελτίο Παρακολούθησης Επίτευξης Στόχων Εκτέλεσης Κρατικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Οικονομικών για το 12μηνο 2020*, Διαθέσιμο στο: <https://www.minfin.gr/web/guest/deltia-ekteleses-proupologismou>

Υπουργείο Οικονομικών (2022α), *Δελτίο Παρακολούθησης Επίτευξης Στόχων Εκτέλεσης Κρατικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Οικονομικών για το 12μηνο 2021*, Διαθέσιμο στο: <https://www.minfin.gr/web/guest/deltia-ekteleses-proupologismou>

Υπουργείο Οικονομικών (2023α), *Δελτίο Παρακολούθησης Επίτευξης Στόχων Εκτέλεσης Κρατικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Οικονομικών για το 12μηνο 2022*, Διαθέσιμο στο: <https://www.minfin.gr/web/guest/deltia-ekteleses-proupologismou>

Υπουργείο Οικονομικών (2021α). Η αύξηση των δαπανών Υγείας, όπως αποτυπώνεται στην Εισηγητική Έκθεση του Προϋπολογισμού 2021. Γραφείο Τύπου. Δελτία Τύπου. Διαθέσιμο στο: https://www.minfin.gr/web/guest/proupologismos?p_p_id=101_INSTANCE_qmnb5pyzdGAQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1

Υφαντόπουλος, Γ. (1990). Το κράτος πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΟΚ. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 73(73), 199-249.

Νόμοι-Αιτιολογικές Εκθέσεις-Κανονισμοί

Αιτιολογική έκθεση στο Σχέδιο νόμου «*Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας - Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού-συνταξιοδοτικού συστήματος - Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων*» (Ν.4387/2016)

Ν.3918/2021 «*Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*»

Ν.4486/17 «*Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*»

Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, 16 Δεκεμβρίου 2008, *«Κοινοτικές στατιστικές στους τομείς της δημόσιας υγείας και της υγείας και ασφάλειας στην Εργασία»*

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A32008R1338>

Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 2015/359 της Επιτροπής, 4 Μαρτίου 2015, *«Εφαρμογή του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου όσον αφορά τις στατιστικές για τις δαπάνες και τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης»*, Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A32015R0359>

Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 2021/522 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, 24 Μαρτίου 2021, *«Θέσπιση Προγράμματος σχετικά με τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας [Πρόγραμμα «Η ΕΕ για την υγεία» (EU4Health)] για την περίοδο 2021-2027 και για την κατάργηση του κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 282/2014»*. Διαθέσιμο στο: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2021.107.01.0001.01.ELL