ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α. ΚΑΙ Ο.Α.Ε.Ε.»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΣΤΑΝΗ ΕΛΕΝΗ (Α.Μ.)2004010
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Ι.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2009

ΣΛΟ(ΔΜΥΠ)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράστασή της σε κάθε μου προσπάθεια αλλά και τον επόπτη καθηγητή μου κ. Δημόπουλο για την καθοδήγησή του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως αντικείμενο την ανάλυση των στατιστικών στοιχείων σχετικών με την μέση διάρκεια νοσηλείας και το κόστος νοσηλείας των ασφαλισμένων στα ταμεία Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α. και Ο.Α.Ε.Ε.. Επιχειρείται να γίνει μια λεπτομερής παρουσίαση των στοιχείων αυτών για την βασική χρονική περίοδο 2000-2007. Σε πολλές περιπτώσεις τα στοιχεία απεικονίζουν και παλαιότερα έτη, όπου φυσικά ήταν διαθέσιμα από τους αντίστοιχους φορείς.

Στόχος της εργασίας είναι η καταγραφή, η επεξεργασία, η ανάλυση και η παρουσίαση των στοιχείων που προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α. και Ο.Α.Ε.Ε. καθώς και την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.).

Το θέμα το οποίο αναπτύσσεται παρακάτω παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς η υγεία είναι το σημαντικότερο αγαθό όλων και αξίζει να ασχοληθούμε με τον τρόπο τον οποίο προσφέρεται.

Ειδικότερα,

Στο 1° Κεφάλαιο πραγματοποιείται ανάπτυξη και ανάλυση του πλαισίου της κοινωνικής ασφάλισης, των λόγων δημιουργίας συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, η δομή αυτών, οι διακρίσεις τους αλλά και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του, τη νομοθετική εξέλιξή του αλλά και την ενσωμάτωση των κοινοτικών οδηγιών σ' αυτό.

Στο 2° Κεφάλαιο πραγματοποιείται μια θεωρητική προσέγγιση των νοσοκομειακών μεγεθών και πιο συγκεκριμένα του νοσοκομειακού κόστους και της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

Στο 3° Κεφάλαιο παρουσιάζεται μια ανάλυση των στατιστικών στοιχείων αναφορικά με την περίθαλψη συγκεντρωτικά για τον ελλαδικό χώρο.

Στο 4° Κεφάλαιο θα αναφερθούμε στον βασικότερο φορέα ασφάλισης στην Ελλάδα, δηλαδή στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) όπου γίνεται αναφορά στις υπηρεσίες τις οποίες προσφέρει στους ασφαλιζομένους του αλλά

και αναλυτική παρουσίαση των στατιστικών στοιχείων που συσχετίζονται με την ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική περίθαλψη.

Στο 5° Κεφάλαιο πραγματοποιείται ανάλυση του φορέα ασφάλισης των αγροτών που αποτελεί ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) αναφερόμενοι σε στοιχεία σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει αλλά και στατιστική διεξοδική ανάλυση της νοσηλευτικής και φαρμακευτικής περίθαλψης σε αριθμούς.

Στο 6° Κεφάλαιο θα γίνει λόγος στον φορέα ασφάλισης ελευθέρων επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), με αναφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες στους δικαιούχους του. Γίνεται επίσης μια ανάλυση από στατιστικά στοιχεία όσον αφορά την νοσοκομειακή, φαρμακευτική και ιατρική περίθαλψη που προσφέρει.

Στο 7° Κεφάλαιο θεωρήσαμε σημαντική και αναφέρουμε μια συγκριτική αξιολόγηση των στατιστικών στοιχείων και των τριών φορέων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 3
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ 5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ 7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ 8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ 12
1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ 12
1.2. ΛΟΓΟΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ 13
1.3. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ 14
1.4. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ 15
1.5. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ 16
1.5.1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ 16
1.5.2. Η ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 17
1.5.3. ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ 20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΕΓΕΘΩΝ 21
2.1. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 21
2.2. Η ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ 22
2.3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ 23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ 27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ι.Κ.Α.) 33
4.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. 33
4.1.1. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. 34
4.1.2. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. 38
4.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ι.Κ.Α. 39
4.2.1. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ: ΙΑΤΡΙΚΗ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ 39
4.2.2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. 47

4.2.3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α. 50
4.2.4. ΗΜΕΡΕΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. 53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ο.Γ.Α.) 58
5.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α. 58
5.1.1. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α. 59
5.1.2. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α. 61
5.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Γ.Α. 62
5.2.1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α. 64
5.2.2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α. 67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ (Ο.Α.Ε.Ε.) 69
6.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε. 69
6.1.1. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε. 70
6.1.1.1. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ 70
6.1..1.2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ 70
6.1.2. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε. 71
6.1.3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε. 71
6.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Α.Ε.Ε. 72
6.2.1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε. 72
6.2.2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε. 77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ 79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ 84
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ 88

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΩΝ 1998 – 2006 27
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΩΝ 1998 – 2005 29
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΕΣ 1998 – 2005 31
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ Ι.Κ.Α.: ΙΑΤΡΙΚΗ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ, 1957 – 2008 40
ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ι.Κ.Α. 2001 – 2008 42
ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ι.Κ.Α. 2001 – 2008 44
ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ι.Κ.Α. 2001 – 2008 45
ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ Ι.Κ.Α. 1957 – 2007 47
ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ Ι.Κ.Α. 2000 – 2008 49
ΠΙΝΑΚΑΣ 10. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α.. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ 2001 – 2005 50
ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α.. ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ 2001 – 2005 52
ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ, ΗΜΕΡΕΣ, ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ, ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΟΣΟΥ 2001 – 2005 54
ΠΙΝΑΚΑΣ 13. ΗΜΕΡΕΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α. 2001 – 2005 56
ΠΙΝΑΚΑΣ 14. ΚΟΣΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Γ.Α. 1990 – 2007 63
ΠΙΝΑΚΑΣ 15. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Γ.Α. 2000 – 2008 64
ΠΙΝΑΚΑΣ 16. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Γ.Α. 1990 – 2007 66
ΠΙΝΑΚΑΣ 17. ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Γ.Α. 2000 – 2007 68
ΠΙΝΑΚΑΣ 18. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ. ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ, ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ, ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 73

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ. ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ, ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ, ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ο.Α.Ε.Ε. ΑΝΑ ΚΡΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ (ΣΥΜΒ. ΚΑΙ ΜΗ) 2000 – 2007 73
ΠΙΝΑΚΑΣ 20. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ, ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 75
ΠΙΝΑΚΑΣ 21. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ, ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ο.Α.Ε.Ε. ΑΝΑ ΚΡΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ (ΣΥΜΒ. ΚΑΙ ΜΗ) 2000 – 2007 75
ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 77
ΠΙΝΑΚΑΣ 23. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2008 80
ΠΙΝΑΚΑΣ 24. ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 81
ΠΙΝΑΚΑΣ 25. ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 82
ΠΙΝΑΚΑΣ 26. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΟΛΕΣ EUROSTAT 2000-2050 84

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ 1998-2006 28
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΩΝ 1998-2006 28
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ 1998-2005 30
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΩΝ 1998 – 2005 32
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Ι.Κ.Α. 1957-2007 40
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Ι.Κ.Α. 1957-2007 41
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Ι.Κ.Α. 1957-2007 41
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8. ΚΟΣΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ι.Κ.Α. 2001- 2008 43
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9. ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ι.Κ.Α. 2001- 2008 44
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10. ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ι.Κ.Α. 2001- 2005 46
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ι.Κ.Α. 2001- 2008 46
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12. ΚΟΣΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ Ι.Κ.Α. 1957-2007 48
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13. ΚΟΣΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ Ι.Κ.Α. 2000-2008 49
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α.. 2001-2005 51
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15. ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α. 2001-2005 53
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16. ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΟΣΟΥ 2001-2005 54
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17. ΚΟΣΤΟΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΟΣΟΥ 2001-2005 55
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18. ΗΜΕΡΕΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α.. 2001-2005 57
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19. ΚΟΣΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Γ.Α. 1990 – 2007 63
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Γ.Α. 2000 – 2008 65
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21. ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ο.Γ.Α. 1990 – 2005 66
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22. ΜΕΣΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ Ο.Γ.Α. 1990 – 2005 67
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23. ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α. 2000 – 2007 68
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24. ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 74
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 76
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26. ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 76
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27. ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 78

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α. ΚΑΙ Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 80
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29. ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 82
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30. ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007 84

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑ 1. ΑΡΙΣΤΟΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΠΟΣΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ..... 22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας υποδιαιρείται σε τρεις επιμέρους έννοιες-χώρους κοινωνικής προστασίας την κοινωνική ασφάλιση, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Η κοινωνική ασφάλεια, συγκεκριμένα, αφορά στα προληπτικά ή κατασταλτικά μέτρα κοινωνικής προστασίας, τα οποία παίρνει μια κοινωνία για την άρση ή τη μείωση των δυσμενών συνεπειών από ορισμένους κινδύνους.

Η κοινωνική ασφάλιση έχει περιορισμένο πεδίο εφαρμογής εφόσον αποβλέπει στην προστασία ορισμένων ομάδων του πληθυσμού από συγκεκριμένους κινδύνους. Πρόκειται για ένα είδος συμβολαίου μεταξύ εργαζομένων και μη εργαζομένων, που λειτουργεί ως σύστημα διαχρονικής κατανομής του εισοδήματος μεταξύ των διαφόρων γενεών, μέσω της πολιτικής διαδικασίας από το μηχανισμό της αγοράς. Με τη λέξη κίνδυνος αναφερόμαστε σε ένα γεγονός μελλοντικό και αβέβαιο που έρχεται ανεξάρτητα από τη θέληση του ατόμου και προκαλεί ζημιές ή δημιουργεί ανάγκες σε ένα άτομο. Οι κίνδυνοι που απειλούν το άτομο είναι πολλοί και μπορούν να ταξινομηθούν σε διάφορες κατηγορίες:

- Φυσικοί κίνδυνοι, που αφορούν στην εκδήλωση φυσικών φαινομένων
- Φυσιολογικοί κίνδυνοι, που σχετίζονται με την ανθρώπινη φύση
- Οικογενειακοί κίνδυνοι
- Επαγγελματικοί κίνδυνοι

Στην περίπτωση που η επανόρθωση ή η πρόληψη αυτών των κινδύνων αποτελεί ευθύνη του κοινωνικού συνόλου, μιλάμε για κοινωνικούς κινδύνους[1].

[1] Κουζής Γ., Ρομπόλης Σ., (2000), *Ζητήματα Κοινωνικού Διαλόγου*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

1.2. ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ο αρχικός στόχος της κοινωνικής προστασίας ήταν η κάλυψη των ατόμων από κινδύνους που αφορούσαν την ασθένεια, το ατύχημα και το γήρας. Με την μορφή λοιπόν του κράτους πρόνοιας δημιουργήθηκε η κοινωνική προστασία ως θεσμός για την κάλυψη των ατόμων από τους προαναφερόμενους κινδύνους. Βέβαια η κοινωνική προστασία στην αρχή δεν ήταν κρατική μέριμνα αλλά έπαιρνε διάφορες μορφές όπως αυτή της φιλανθρωπίας, της πρόνοιας και της ιδιωτικής ασφάλισης.

Το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται ιστορικά μετά τη Βιομηχανική Επανάσταση[2], όταν οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες είχαν οδηγήσει πολλά άτομα σε κινδύνους ασθένειας, ατυχήματος ή και ανεργίας. Οι παραπάνω συνθήκες οδήγησαν ουσιαστικά στην ανάγκη διαμόρφωσης ενεργούς κοινωνικής πολιτικής για την προστασία και την ευημερία των πολιτών. Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας αρχίζει να αποτελεί χώρο δράσης του ίδιου του κράτους[3]. Με την πάροδο του χρόνου και με γνώμονα τις εκάστοτε ανάγκες διαμορφώθηκαν συγκεκριμένα μοντέλα κοινωνικής προστασίας, όπως:

1. Μοντέλο Bismark. Στη Γερμανία υπήρχαν κοινωνικές συγκρούσεις, διεκδικήσεις μισθών και το αίτημα κάλυψης κατά αυτών των κινδύνων. Ο Bismark αναγγέλλει ένα θεσμικό πλαίσιο κοινωνικών ασφαλίσεων και με Νόμο διαμορφώνει το ποσοστό της εργοδοτικής και της εργατικής συνεισφοράς. Ο Bismark πείθει, λοιπόν, τους επαγγελματίες να συμμετάσχουν και έτσι εξασφαλίζει την αναγκαία προσφορά για την κάλυψη ώστε η χρηματοδότηση να είναι διμερής (εργαζόμενοι και εργοδότες) και η οργάνωση να γίνεται ανά επαγγελματική κατηγορία[4].
2. Μοντέλο Beveridge. Εφαρμόζει το σύστημα της κοινωνικής φροντίδας. Η προσπάθειά του ήταν να συνδέσει την οικογένεια με το εργατικό δυναμικό της χώρας και να εισάγει μια γενική προστασία για τους

[2] Ewald, F., Κορασίδου, Μ., (2000), *Ιστορία του κράτους πρόνοιας*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα
[3] Προβόπουλος, Γ., (1987), *Κοινωνική Ασφάλιση*, Ι.Ο.Β.Ε., Αθήνα
[4] Υφαντόπουλος, Ι., (2002), *Η κοινωνική ασφάλιση του Τ.Σ.Α.Υ.*, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Αθήνα

πολίτες. Ο ίδιος επηρεάστηκε από τις διαπιστώσεις τη μελέτης του Rowntree για τη φτώχεια. Πίστευε ότι τα προληπτικά κοινωνικά μέτρα θα πρέπει να εισαχθούν για να ανακουφίσουν από τη φτώχεια σε διάφορες στιγμές της ζωής του ατόμου. Φαντάστηκε ότι η κοινωνική βοήθεια θα έπαιζε το ρόλο προστασίας και το κράτος θα εξασφάλιζε παροχές. Το θεσμικό πλαίσιο αυτού είναι ο κρατικός παρεμβατισμός ,που αποδεικνύεται μέσα από διάφορους Νόμους της εποχής, όπως το 1940 New Employment Act (σχέσεις εργαζομένων εργοδοτών), το 1948 National Health System (σύστημα υγείας). Το νέο σύστημα που πρότεινε, το Beveridge διέφερε από τα προηγούμενα. Στο μοντέλο Beveridge η κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας (κανένας ανασφάλιστος), η χρηματοδότηση γίνεται από το κράτος και η οργάνωση είναι υπό κρατικό έλεγχο[5].

1.3. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Οι σύγχρονες κοινωνίες έχουν αναπτύξει το θεσμό των κοινωνικών ασφαλίσεων για την κάλυψη των πολιτών τους από τους σύγχρονους κινδύνους. Πηγή αβεβαιότητας για τα άτομα είναι η αποχώρηση από τη εργασία, λόγω ατυχήματος ή λόγω γήρατος, τις συνέπειες των οποίων καλείται να αντιμετωπίσει ένα σωστά δομημένο ασφαλιστικό σύστημα. Προκειμένου να γίνει αυτό το ασφαλιστικό σύστημα πρέπει να πληρεί κάποιες προϋποθέσεις σωστής οργάνωσης[6]:

- Ανταποκρισιμότητα: Αναφέρεται στην ικανότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασφαλισμένων και στο ότι πρέπει να είναι ορθολογικά δομημένο για να ανταποκριθεί στις μελλοντικές προκλήσεις.

[5] Υφαντόπουλος, Ι., (2002), *Η κοινωνική ασφάλιση του Τ.Σ.Α.Υ.*, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Αθήνα
[6] European commission, (1999), *Social protection in Europe 1999*

- Προσπελασιμότητα: Αφορά στις κατηγορίες ατόμων που προστατεύονται. Το ζήτημα των ανασφάλιστων καθώς και των ατόμων που καλύπτονται μερικώς προκύπτει, δημιουργώντας την ανάγκη σχεδιασμού σε μακροχρόνια βάση.
- Βιωσιμότητα: Αυτή εξαρτάται από την ορθολογική αξιοποίηση των πόρων της εισπρακτικής περιόδου, ώστε να μπορεί να αποδίδει στις όποιες μελλοντικές υποχρεώσεις.

1.4. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Τρία είναι τα ασφαλιστικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης[7]:

- Το διανεμητικό σύστημα (αλληλεγγύη των γενεών). Το διανεμητικό σύστημα (*pay-as-you-go*) αναφέρεται σε συντάξεις και διανέμει από τη μια γενιά στην άλλη, χωρίς απαραίτητα να διορθώνει τις ανισότητες σε μια κοινωνία. Το αναδιανεμητικό σύστημα (*redistribution*) αναδιανέμει πόρους γενικά μέσα σε μια γενιά, με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων. Ένα διανεμητικό σύστημα μπορεί να είναι αναδιανεμητικό εάν στηρίζει περισσότερο τις χαμηλές συντάξεις. Στην πορεία και εντός του αναδιανεμητικού συστήματος αρκούσαν 4 ασφαλισμένοι να πληρώνουν εισφορές (με μέσο μισθό 300.000 και εισφορές για κύρια και επικουρική σύνταξη στο 30%), για να ζει με οικονομική αυτάρκεια ένας συνταξιούχος, να καλύπτονται οι διοικητικές δαπάνες των ταμείων και να δημιουργηθεί ένα αποθεματικό το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε περιόδους αναγκών.
- Το κεφαλαιοποιητικό σύστημα προβαίνει στην αξιοποίηση της περιουσίας των ταμείων και της επένδυσης των εσόδων, ώστε να υπάρξει απόδοση. Η κεντρική λογική αυτού στηρίζεται στο εξής: η παρούσα αξία των υποχρεώσεων του ασφαλιστικού φορέα ισούται με την παρούσα αξία

[7] Κιόχος, Π., (2000), *Κοινωνική ασφάλιση*, Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα

των περιουσιακών του στοιχείων. Βασικό πλεονέκτημα του είναι ότι προσαρμόζεται εύκολα στις δημογραφικές αλλαγές, όμως υπάρχει αδυναμία εξυπηρέτησης του στόχου κάλυψης έναντι ενός ενδεχόμενου κινδύνου καθώς και το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της εργασίας του το άτομο μπορεί να μην μεριμνά για τη δημιουργία.

- Ο ιδιωτικός τομέας. Η φιλοσοφία του συστήματος βασίζεται στην ατομική κάλυψη των κινδύνων με το ανάλογο ασφάλιστρο. Η ανάλυση βέβαια των κινδύνων διαμορφώνει και το ανάλογο ύψος του ασφάλιστρου. Ουσιαστικό πλεονέκτημα τους είναι ότι επιτυγχάνουν υψηλότερες αποδόσεις στα υπό διαχείριση κεφάλαια τους. Όμως οι τοποθετήσεις στην κεφαλαιαγορά εμπεριέχουν και μεγαλύτερο κίνδυνο.

1.5. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

1.5.1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα αντιστοιχεί στον κύριο στόχο του εθνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Ελλάδας είναι η πολυπλοκότητα και ο πολυκερματισμός των υπηρεσιών. Πρόκειται για ένα μικτό σύστημα, με στοιχεία και από τα δύο κλασικά συστήματα προστασίας Beveridge και Bismark. Το σύστημα είναι ευάλωτο σε διακυμάνσεις με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλά ελλείμματα. Έχουν γίνει διάφορες

προσπάθειες για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ελλειμμάτων, χωρία όμως ιδιαίτερη επιτυχία[8].

Μέσα από μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι οι βασικές αδυναμίες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης εστιάζονται [9]:

- στην ύπαρξη ελλειμμάτων, λόγω κακής διαχείρισης
- στον πολυκερματισμό του που εκφράζεται μέσω του εύρους των συντάξεων και του πολυεπίπεδου των παροχών
- στην ελαστικότητα απόκτησης σύνταξης και
- στην αδυναμία ελέγχου του ακριβούς αριθμού συνταξιούχων.

1.5.2. Η ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα πρωτοεμφανίζεται ως θεσμός με το διάταγμα της 15ης Δεκεμβρίου 1836, με το οποίο συστήθηκε το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Ν.Α.Τ.), που όμως άρχισε να λειτουργεί από το 1861. Η επικουρική ασφάλιση εμφανίζεται με την ίδρυση των ταμείων Στρατού (και Ναυτικού) και του Μετοχικού Ταμείου Πολιτικών Υπαλλήλων. Ειδικότερα το 1861 ιδρύεται και το ασφαλιστικό ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων καθώς και το ασφαλιστικό ταμείο για όσους εργάζονται στα μεταλλεία. Τα περισσότερα ταμεία που δημιουργούνται τα επόμενα χρόνια αφορούν στην κάλυψη των ατόμων από εργατικά ατυχήματα, ασθένεια, και γηρατειά.

Η νομοθετική κατοχύρωση του θεσμού εξασφαλίστηκε το 1922 με την ψήφιση του Ν. 2868/1922 «Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων». Ο νόμος αυτός αποτέλεσε τη βάση για την ίδρυση κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου κλαδικών ασφαλιστικών ταμείων.

Την περίοδο 1914-1933 οι κύριες χρηματοδοτικές πηγές των ταμείων ήταν οι εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Το 1925 δημιουργούνται και

---

[8] Ραφαήλ, Μ., (2001), *Κοινωνική προστασία και κοινωνική διοίκηση*, Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα, Κομοτηνή

[9] OECD, (1997), *Social security pensions and health care: Economic surveys 1996-1997*

επιμελητήρια. Η επικουρική σύνταξη καλύπτει τα κενά της κύριας ασφάλισης και προσφέρει παροχές σε ελεύθερους επαγγελματίες και μισθωτούς. Κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι αφορά σε ειδικούς κλάδους ασφάλισης και παρέχει συγκεκριμένες συντάξεις αναπηρίας και θανάτου.

Μετά το πρώτο ασφαλιστικό ταμείο του Ν.Α.Τ. ακολούθησε η δημιουργία του Ι.Κ.Α. που καλύπτει το 1\3 του πληθυσμού. Το 1934 ψηφίστηκε ο βασικός νόμος 6298/1934 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων». Την ίδια περίοδο προωθήθηκαν επίσης νομοθετικά μέτρα για την ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφαλίσεως Εμπόρων (Τ.Α.Ε.) και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (Τ.Ε.Β.Ε.), που άρχισαν να λειτουργούν το 1940. Η επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας του πληθυσμού εξασφαλίστηκε το 1961 με την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.), ο οποίος κάλυψε σχεδόν το σύνολο του αγροτικού πληθυσμού.

Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Η λειτουργία του Ι.Κ.Α. άρχισε την 1.1.1937, αλλά η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/51, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα.

Η λειτουργία του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση. Πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο λειτουργεί με βάση αυτόνομους ασφαλιστικούς φορείς. Οι φορείς αυτοί συγκροτούν τον κύριο άξονα της ασφάλισης στην Ελλάδα.

Η κρίση του 1973 δημιούργησε και στην Ελλάδα οικονομικά προβλήματα ίδια με αυτά των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής ένωσης, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί η ανάγκης άσκησης ολοκληρωμένης κοινωνικής πολιτικής. Το 1980 υπάρχουν περίπου 10.530 φορείς, με μεγαλύτερους το Ι.Κ.Α., το Τ.Ε.Β.Ε., το Ο.Γ.Α., το Τ.Α.Ε. , το Ταμείο του Ο.Τ.Ε. και των τραπεζών κ.ά.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας θεσμοθετήθηκε μόλις στις αρχές της δεκαετίας του 1980, αποβλέποντας στην ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Η λειτουργία του εξυπηρετούσε όλα τα άτομα που διέμεναν στην Ελληνική επικράτεια. Ειδικά όμως για τους ασφαλισμένους σε φορείς δημόσιας ασφάλισης προβλέπονταν η παροχή υπηρεσιών υγείας και από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους. Το κράτος προώθησε την περίοδο αυτή συγκεκριμένα μέτρα εκσυγχρονισμού των δημόσιων πολιτικών υγείας.

Με Νόμους το 1999 έγιναν αλλαγές στη δομή των ασφαλιστικών οργανισμών, καθώς πολλοί καταργήθηκαν και άλλοι συγχωνεύτηκαν. Τα βασικά Υπουργεία που συμμετείχαν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα ήταν:

1. το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
2. το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας
3. το Υπουργείο Οικονομικών
4. το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας,
5. το Υπουργείο Γεωργίας
6. η Βουλή των Ελλήνων
7. Υπηρεσίες Ασφάλισης και
8. Ταμεία αλληλοβοήθειας.

Πλέον όμως ο χαρακτήρας του συστήματος είναι μικτός, καθώς παρουσίαζε στοιχεία και από τα δυο μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης. Μέσω του συστήματος προσφέρονταν συντάξεις γήρατος, αναπηρίας και επιζώντων. Οι συντάξεις καθορίζονταν με βάση το μισθό και τα χρόνια ασφάλισης και η αναπροσαρμογή τους γίνονταν συνήθως με βάση την εξέλιξη του μισθού των δημοσίων υπαλλήλων. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση αυτή ήταν τριμερής (εργαζόμενοι, εργοδότες και κράτος).

Κατά τη διάρκεια της νέας δεκαετίας του 2000 προωθήθηκαν σημαντικές παρεμβάσεις για τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης όπως για παράδειγμα το 2002 με την έκδοση του Ν. 3029/2002 για τη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Οι παρεμβάσεις αυτές επικεντρώθηκαν σε ζητήματα οργάνωσης, χρηματοδότησης

και χορήγησης των ασφαλιστικών παροχών με έμφαση στις συνταξιοδοτικές παροχές.

Η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους εκσυγχρονισμού του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Συνδυάστηκε μάλιστα με εκτεταμένες παρεμβάσεις και στα άλλα συστήματα κοινωνικής κάλυψης στη χώρα μας, οι οποίες επιδιώκουν την αποκέντρωση του εθνικού συστήματος υγείας και την κατοχύρωση ενός σύγχρονου εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας[10].

1.5.3. ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η Ελλάδα, ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφαρμόζει όλες τις ρυθμίσεις του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Δικαίου που αφορούν το πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης. Οι δεσμευτικοί κανόνες του παράγωγου Κοινοτικού Δικαίου έχουν ήδη ενσωματωθεί στην εθνική έννομη τάξη και υπερισχύουν τυχόν αντίθετων διατάξεων της εσωτερικής νομοθεσίας.

Οι κανόνες του Κοινοτικού Δικαίου στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης διακρίνονται σε τρεις κύριες κατηγορίες ανάλογα με το θεματικό περιεχόμενό τους και τις συνέπειες που επιφέρουν στα εθνικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης: η πρώτη κατηγορία αφορά το συντονισμό των εθνικών συστημάτων, η δεύτερη κατηγορία αφορά την ισότητα μεταχείρισης ανδρών και γυναικών και η τρίτη κατηγορία αφορά τα επαγγελματικά συστήματα του δεύτερου πυλώνα[11].

---

[10] Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, *Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα*, www.ggka.gr, Ημερομηνία ανάκτησης 03/03/2008

[11] Αθανασίου, Λ., (2002), Το *κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα και η αναπτυξιακή διαδικασία στην Ελλάδα: Αλληλεπιδράσεις*, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (Κ.Ε.Π.Ε.), Αθήνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΕΓΕΘΩΝ

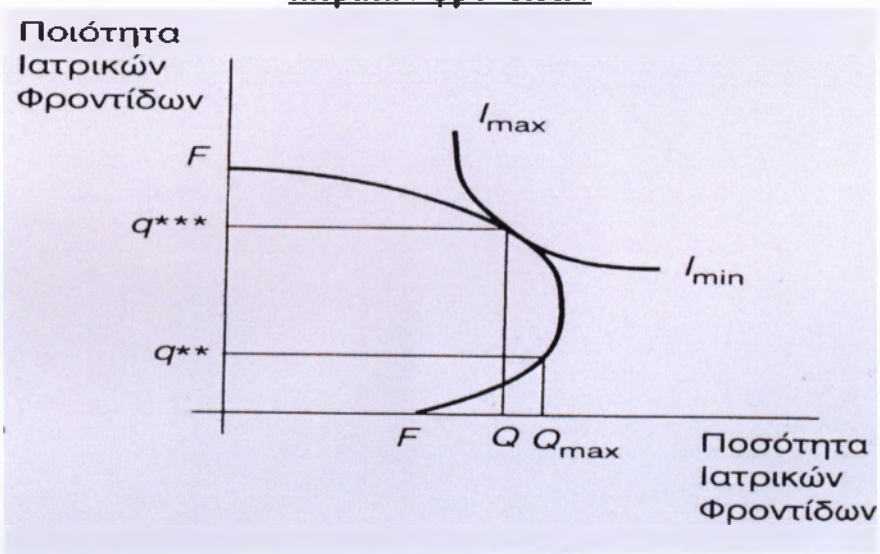
2.1. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το νοσοκομείο είναι μία μονάδα παραγωγής όπου οι αποφάσεις της διοίκησης θα πρέπει να παρθούν αναφορικά με τις τιμές που θα χρεώσει, την ποσότητα των υπηρεσιών που θα προσφέρει, όπως επίσης και την ποιότητα των υπηρεσιών. Η ποιότητα των υπηρεσιών που θα προσφέρει ένα νοσοκομείο ή μία κλινική είναι πολύ σημαντικό να ειδωθούν από την πλευρά του προσωπικού που εργάζεται σε αυτό. Ένα νοσοκομείο που φημίζεται για την ποιότητα των υπηρεσιών του, οι ιατροί και το προσωπικό εν γένει που εργάζεται σε αυτό έχουν πολύ περισσότερο σεβασμό και εκτίμηση από την κοινωνία. Η καλύτερη ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών ενός νοσοκομείου αυξάνει τις τιμές των ασθενών προς αυτό και κατά συνέπεια υπάρχει θετική σχέση μεταξύ ζήτησης και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το νοσοκομείο στην περίπτωση που αποτελεί μη κερδοσκοπικό οργανισμό αντιμετωπίζει τον περιορισμό ότι η τιμή που χρεώνει θα πρέπει να ισούται με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με άλλα λόγια η τιμή που χρεώνονται οι υπηρεσίες ισούται με το μέσο κόστος και αντιστοιχεί σε μία δεδομένη ποιότητα, ποσότητα που ζητείται από τους καταναλωτές. Βέβαια ανακύπτει το ερώτημα του εντοπισμού του άριστου σημείου επιλογής της νοσοκομειακής μονάδας. Αν δεχτούμε ότι η διοίκηση της μονάδας έχει κάποια συνάρτηση χρησιμότητας που αποτελείται από τους συνδυασμούς της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ποιότητάς τους, αν δηλαδή έχει μία συνάρτηση χρησιμότητας για τα δύο αγαθά, U = U (Q, Π), τότε, το πρόβλημα επιλογής του κατάλληλου συνδυασμού [Q (= Ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών) και Π (=Ποιότητα)], λύνεται εάν, σύμφωνα με το σχήμα 1, σχεδιάσουμε την καμπύλη FF, που εκφράζει όλους τους πιθανούς συνδυασμούς κόστους και καμπυλών ζήτησης και ταυτόχρονα το σύνολο των σημείων ποσότητας - ποιότητας που ικανοποιούν τις συνθήκες

ζήτησης των υπηρεσιών του νοσοκομείου, που εκτός των άλλων αντιμετωπίζει και τον περιορισμό ότι η τιμή που χρεώνει για την υπηρεσία θα πρέπει να ισούται με το κόστος. Ένας τέτοιος συνδυασμός είναι δυνατός διότι κάθε σημείο της καμπύλης περιγράφει έναν μοναδικό συνδυασμό μεταξύ ποιότητας και ποσότητας. Το σημείο που η καμπύλη FF και II εφάπτονται δίνει τη μέγιστη χρησιμότητα και ταυτόχρονα προσδιορίζει τον άριστο συνδυασμό ποσότητας και ποιότητας[12].

Σχήμα 1. Άριστοι συνδυασμοί ποσότητας και ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων



Πηγή. Σούλης, 1999

2.2. Η ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η παραγωγή υγείας είναι προϊόν σύνθετων διαδικασιών και έργο πολλών παραγόντων. Όταν αναφερόμαστε στην παραγωγή υγειονομικών υπηρεσιών, υπό τη στενή έννοια, συνήθως κάνουμε μία βασική διάκριση ανάμεσα σε υπηρεσίες που παρέχονται εκτός νοσοκομείου (εξωνοσοκομειακές) και αυτές που σχετίζονται με τη νοσοκομειακή παραγωγή.

Η νοσοκομειακή παραγωγή έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την οικονομική της υγείας, στο βαθμό που δημιουργεί το μεγαλύτερο μέρος του κόστους για την

[12] Σούλης, Σ. (1999), *Οικονομική της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, 2η Έκδοση, Αθήνα

υγεία, κινητοποιώντας τεράστιους υλικούς και ανθρώπινους πόρους και αποτελώντας το κύριο πεδίο εφαρμογής και διάδοσης της προόδου της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Τα νοσοκομειακά ιδρύματα και υπηρεσίες που προσφέρουν, αποτελούν το αντικείμενο εξειδικευμένων μελετών, οι οποίες αφορούν κυρίως, την ανάλυση των οικονομικών και επιχειρησιακών τους λειτουργιών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποδίδεται στη σύγκριση με τις διαχειριστικές λειτουργίες ιδιωτικών επιχειρήσεων, των λειτουργιών των νοσοκομειακών οργανισμών, οι οποίοι συνδυάζουν μία πληθώρα συντελεστών παραγωγής, δεν στοχεύουν απαραίτητα στην δημιουργία κερδών και υπόκεινται στο στενό κρατικό έλεγχο. Είναι φυσικό, όλες οι αρμόδιες αρχές να ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την οικονομική αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των νοσοκομειακών οργανισμών, δεδομένου ότι προορίζεται γι' αυτούς, σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, το ήμισυ των δαπανών για την υγεία.

Είναι λοιπόν αναγκαίο να μελετήσουμε τις ιατρικές οικονομικές παραμέτρους της νοσοκομειακής παραγωγής, εντοπίζοντας αρχικά τα ιδιαίτερα στοιχεία και χαρακτηριστικά σε σχέση με την ιδιότυπη οργάνωση των νοσοκομείων αλλά και τη θέση του προϊόντος που παράγεται[13].

2.3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η θεωρητική βάση του κόστους σχετίζεται με το εναλλακτικό κόστος ή κόστος ευκαιρίας (*opportunity cost*), το οποίο αντιστοιχεί στο όφελος από το προϊόν που θα προέκυπτε από την τέλεια εναλλακτική χρήση των διαθέσιμων πόρων και το οποίο θυσιάζεται[14]. Η έννοια του κόστους στις υγειονομικές υπηρεσίες

[13] Σούλης, Σ. (1999), *Οικονομική της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, 2η Έκδοση, Αθήνα

[14] Burrows, C., Brown, K., (1992), *Accounting data and information for economic evaluation of health services and programs*, Centre for health program evaluation, Working paper 22

είναι σύνθετη και καλύπτει όχι μόνο τις οικονομικές δαπάνες αλλά και άλλες κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους[15].

Η κοστολόγηση είναι μια ιδιαίτερα σημαντική και συχνά δυσχερής διαδικασία, που βασίζεται στον καταμερισμό του συνολικού κόστους σε επιμέρους κέντρα κόστους, δηλαδή στις υπηρεσίες ή τα προγράμματα, στα οποία παράγεται. Τα επιμέρους κόστη μπορεί να ταξινομηθούν με τους εξής τρόπους[16]:

1. Σε άμεσα κόστη (*direct costs*), έμμεσα κόστη (*indirect costs*) και κόστη κεφαλαίου (*capital costs*). Το άμεσο κόστος είναι αυτό που σχετίζεται άμεσα με την υπό αξιολόγηση παρέμβαση. Το άμεσο κόστος περιλαμβάνει δαπάνες για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, την έρευνα και την εκπαίδευση. Εδώ εντάσσονται οι αμοιβές του υγειονομικού προσωπικού, το κόστος νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, διαγνωστικών εξετάσεων, φαρμάκων και υγειονομικού υλικού. Επίσης, το έμμεσο κόστος αντιπροσωπεύει δαπάνες της υπηρεσίας που δεν αφορούν σε κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα (π.χ. διοικητικές), αλλά επιμερίζονται σε διάφορα προγράμματα και συχνά δεν καταγράφονται άμεσα. Συχνά, τα έμμεσα κόστη αναφέρονται ως γενικά έξοδα. Τέλος, τα κόστη κεφαλαίου περιλαμβάνουν τις δαπάνες για την αγορά των κυριότερων πάγιων στοιχείων του ενεργητικού, όπως εξοπλισμού, κτηρίων, οικοπέδων κ.ά., που είναι απαραίτητα για το πρόγραμμα. Οι δαπάνες αυτές συχνά έχουν χρηματοδοτηθεί εκ των προτέρων, αλλά θα πρέπει να υπολογίζονται, αφού τα δεσμευμένα στο πάγιο κεφάλαια έχουν ένα συγκεκριμένο κόστος ευκαιρίας.
2. Σε κόστη που αφορούν στο πρόγραμμα ή την υπηρεσία υγείας, κόστη που επιβαρύνουν τον ασθενή και την οικογένειά του (π.χ. κόστος φαρμάκων,

---

[15] Τριχόπουλος, Δ., (2002), *Γενική και κλινική Επιδημιολογία*, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

[16] Drummond, M. F., (1987), *Methods for the economic evaluation of health care programs*, Oxford University Press, Oxford

Cunningham, S. J. (2001), *An introduction to economic evaluation of health care*, J Orthod, 3:246–250

Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Γείτονα, Μ. (1999), *Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω*, Εκδόσεις Εξάντας, Πολιτικές Υγείας, Αθήνα

Burrows, C., Brown, K., (1992), *Accounting data and information for economic evaluation of health services and programs*, Centre for health program evaluation, Working paper 22

μετακίνησης του ασθενούς στο νοσοκομείο) και κόστη που επιβαρύνουν άλλους φορείς (π.χ. δήμους, ασφαλιστικούς οργανισμούς, κοινωνικές υπηρεσίες, επιχειρήσεις κ.ά.).

3. Σε σταθερά (*fixed costs*), μεταβλητά (*variable costs*), μικτά (ή ημιμεταβλητά) (*variable or semi-variable costs*) κόστη και οριακά ανάλογα με τη διακύμανσή τους με το επίπεδο δραστηριότητας.

Έτσι, προσεγγίζοντας εννοιολογικά το νοσοκομειακό κόστος νοείται το σύνολο των δαπανών, δηλαδή, των εξόδων που αποβλέπουν στην προσφορά υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα στην προσφορά νοσοκομειακής φροντίδας. Για την προσφορά των υπηρεσιών αυτών χρησιμοποιείται προσωπικό: ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, βοηθητικό τεχνικό προσωπικό, καθώς και διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα. Το προσωπικό αυτό, καθώς και τα μέσα που αναφέραμε, ανάλογα με τον βαθμό και το τρόπο χρησιμοποίησής τους έχουν ένα ορισμένο κόστος[17].

Το κόστος μπορεί να είναι σταθερό για παράδειγμα ενοίκια, μισθοί κ.ά. που σημαίνει ότι ανεξάρτητα από τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών, ανεξάρτητα από την κάλυψη των κλινών και ανεξάρτητα από τη μέση διάρκεια νοσηλείας του νοσοκομείου, το κόστος αυτό θεωρείται δεδομένο και παραμένει σταθερό[18]. Ακόμη το κόστος μπορεί να είναι μεταβλητό που σημαίνει ότι όταν αυξάνει ο αριθμός των συλληφθέντων ασθενών τόσο περισσότερο αυξάνει και το λειτουργικό κόστος του νοσοκομείου, δηλαδή τρόφιμα, φάρμακα, αναλώσιμα κ.ά. Έτσι βάσει αυτών, το συνολικό κόστος του νοσοκομείου, δηλαδή το νοσοκομειακό κόστος, αποτελείται από δύο είδη κόστους, το σταθερό και το μεταβλητό κόστος. Συμπεραίνεται η σχέση, ότι το συνολικό κόστος ισούται με το άθροισμα του σταθερού κόστους και του μεταβλητού κόστους[19]. Επίσης, μεταβλητό είναι το κόστος που εξαρτάται άμεσα από την ποσότητα της δραστηριότητας του προγράμματος (π.χ. δαπάνες για νερό, ρεύμα, αναλώσιμα).

---

[17] Σούλης, Σ. (1999), *Οικονομική της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, 2η Έκδοση, Αθήνα

[18] Σούλης, Σ. (1999), *Οικονομική της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, 2η Έκδοση, Αθήνα
Drummond, F., O Brien, B., Stoddart, G., Torrance, G. W., (1997), *Methods for the economic evaluation of health care programs*, Oxford University Press, Oxford

[19] Κουνουπάς, Ζ., Κοτσιφός, Β. (2006), *Πρότυπο κοστολόγησης ανά κέντρο κόστους σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο*, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Σε μια μακροχρόνια περίοδο, δηλαδή σε ένα καθορισμένο βάθος χρόνου, όλα τα κόστη θεωρούνται μεταβλητά[20].

Επίσης πολλοί δείκτες νοσοκομειακού κόστους μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όπως το Κόστος Νοσηλείας, το οποίο περιλαμβάνει όλες τις δαπάνες που απαιτούνται ώστε να νοσηλευτεί ένας ασθενής σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα. Οι δαπάνες αυτές επηρεάζονται από τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή, την κλίνη που θα νοσηλευτεί, τον αριθμό των ασθενών στην κλίνη, την μορφή της νοσοκομειακής μονάδας – κρατική ή ιδιωτική – αλλά και πολλά άλλα στοιχεία όπως την αιτία της νοσηλείας, αν για παράδειγμα απαιτείται χειρουργική επέμβαση ή όχι, εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή κ.ά.

Βέβαια, στην παρούσα εργασία θα μας απασχολήσει και η έννοια της μέσης διάρκειας νοσηλείας η οποία προκύπτει από το πηλίκο της διαίρεσης του συνόλου των ημερών νοσηλείας προς της ημέρες νοσηλείας ενός ασθενή [21], έτσι:

Μέση διάρκεια νοσηλείας = Σύνολο Ημερών Νοσηλείας / Ημέρες νοσηλείας

Επίσης μπορούμε να υπολογίσουμε και το μέσο κόστος νοσηλείας το οποίο προκύπτει από τη διαίρεση του συνολικού κόστους νοσηλείας των ασθενών προς τις ημέρες νοσηλείας, οπότε:

Μέσο κόστος νοσηλείας = Συνολικό Κόστος Νοσηλείας / Ημέρες νοσηλείας

[20] Τούντας, Γ., Οικονόμου, Ν. (2007), *Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):34-47

[21] Σούλης, Σ. (1999), *Οικονομική της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, 2η Έκδοση, Αθήνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

Ξεκινώντας την ανάλυση των μεγεθών θα παραθέσουμε (Πίνακας 1) γενικότερα στοιχεία από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ). Έτσι, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία το 2006 καταγράφηκαν στην χώρα μας 317 θεραπευτήρια με 53.701 διαθέσιμες κλίνες. Μπορούμε να διακρίνουμε ότι τα περισσότερα θεραπευτήρια διαθέτουν από 101 έως 300 διαθέσιμα δωμάτια με συνολικό αριθμό 17.753 κλινών, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός κλινών παρατηρείται σε θεραπευτήρια των 301 έως 1000 δωματίων με 26.022 κλίνες.

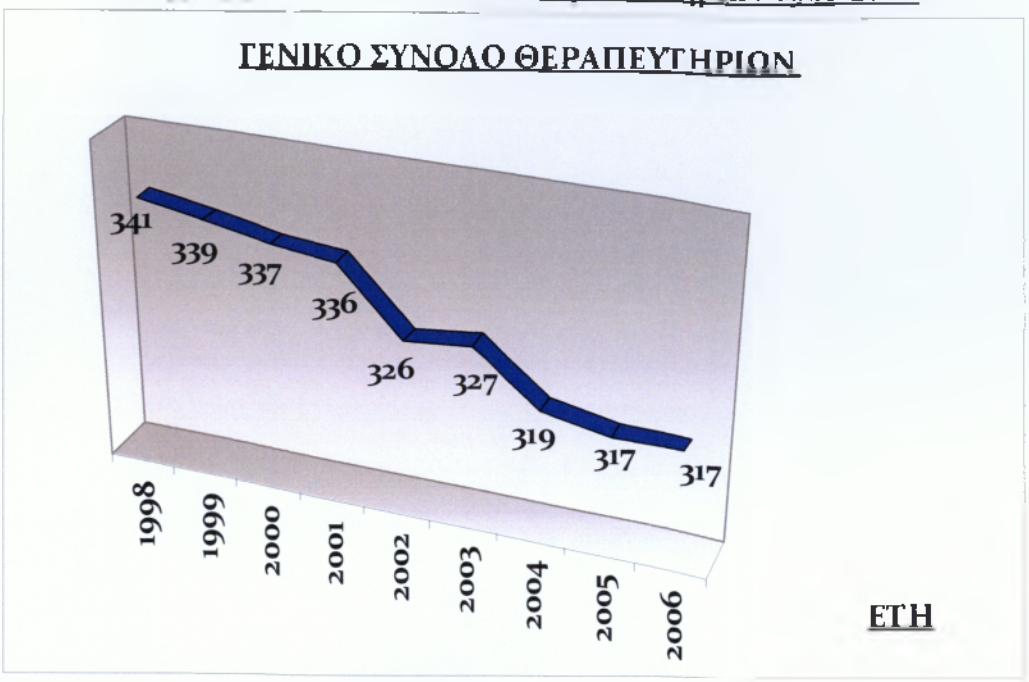
Πίνακας 1. Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών 1998 – 2006

ΕΤΟΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		ΚΛΙΜΑΚΙΑ ΚΛΙΝΩΝ													
			1-10		11-20		21-40		41-100		101-300		301-1000		1001-3000	
	ΘΕΡ.	ΚΛ.	ΘΕΡ.	ΚΛ.	ΘΕΡ.	ΚΛ.	ΘΕΡ.	ΚΛ.	ΘΕΡ.	ΚΛ.	ΘΕΡ.	ΚΛ.	ΘΕΡ.	ΚΛ.	ΘΕΡ.	ΚΛ.
1998	341	52.495	8	72	27	480	59	1.877	103	7.266	95	16.296	46	22.591	3	3.913
1999	339	51.404	8	79	28	486	57	1.799	101	7.156	95	16.126	48	23.672	2	2.086
2000	337	51.500	8	79	26	452	55	1.738	98	6.879	100	17.115	49	24.220	1	1.017
2001	336	52.276	6	59	26	450	56	1.758	97	6.885	100	17.130	49	23.591	2	2403
2002	326	51.781	2	20	31	523	48	1.524	96	6.996	101	17.731	46	22.403	2	2.584
2003	327	51.762	2	18	34	569	46	1.448	95	6.842	102	17.982	46	22.621	2	2.282
2004	319	51.871	2	18	31	510	40	1.215	93	6.714	105	18.407	47	23.670	1	1.337
2005	317	52.511	1	8	30	499	37	1.138	95	6.939	104	17.920	49	24.698	1	1.309
2006	317	53.701	1	8	30	511	36	1.097	95	6.940	102	17.753	52	26.022	1	1.370

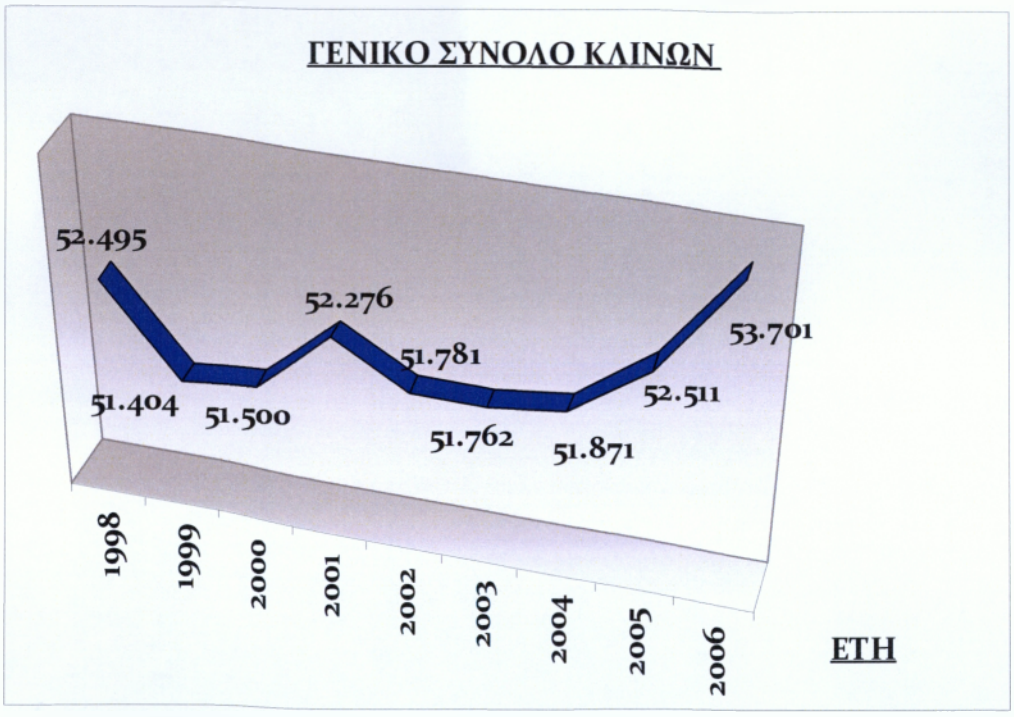
Πηγή. Πρωτογενή στοιχεία από Ε.Σ.Υ.Ε., Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών, Κλιμάκια κλινών, γεωγραφικό διαμέρισμα, διακρίσεις θεραπευτηρίων, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006.

Γεγονός είναι ότι διαχρονικά παρατηρείται μια μείωση των θεραπευτηρίων της τάξης του 7,04% το 2006 αναλογικά με το 1998 (Διάγραμμα 1). Επίσης ο αριθμός των κλινών από τις 52.495 το 1998 ακολούθησε μια πτωτική τάση με προσπάθειες για άνοδο που πραγματοποιήθηκε οριακά το 2005 με 52.511 κλίνες (+0,03%) και το 2006 με 53.701 κλίνες και αύξηση 2,30% (Διάγραμμα 2.).

Διάγραμμα 1. Γενικό σύνολο θεραπευτηρίων 1998-2006



Διάγραμμα 2. Γενικό σύνολο κλινών 1998-2006



Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τα σύνολα των εξελθόντων ασθενών ανά κατηγορίες νόσων γενικότερα στο σύνολο της χώρας σε χρονική κλίμακα 1998 έως 2005 (Πίνακας 2).

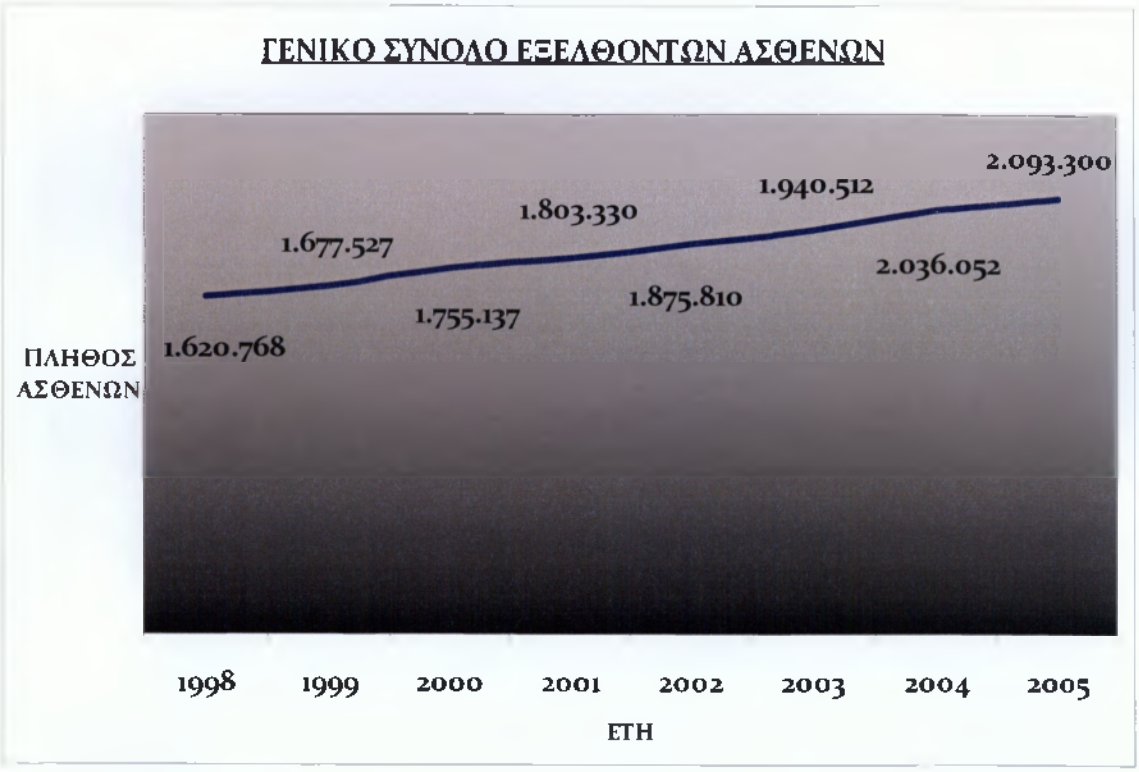
Πίνακας 2. Εξελθόντες ασθενείς κατά κατηγορίες νόσων 1998 – 2005

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΩΝ	ΕΤΗ							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Γενικό Σύνολο Εξελθόντων Ασθενών	*1.620.768*	*1.677.527*	*1.755.137*	*1.803.330*	*187.581*	*1.940.512*	*2.036.052*	*2.093.300*
1. Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	47.711	50.585	48.082	51.823	55.396	52.901	53.670	54.351
2. Νεοπλάσματα	151.715	156.338	160.179	172.103	182.619	199.149	203.126	210.178
3. Ενδοκρινικά, μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές θρέψεως και ανοσολογικές διαταραχές	35.375	36.331	37.866	37.969	38.816	38.478	42.248	44.414
4. Νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων	22.657	22.909	24.734	26.655	28.246	30.276	32.789	31.646
5. Ψυχικές διαταραχές	36.466	38.160	35.789	35.279	36.484	38.054	39.106	46.231
6. Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων	108.459	123.702	130.039	138.397	154.198	163.120	178.920	186.985
7. Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος	232.852	238.996	252.073	266.300	278.056	285.760	295.540	300.718
8. Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος	137.268	142.178	148.752	143.996	149.705	157.821	157.386	164.906
9. Νοσήματα πεπτικού συστήματος	178.992	182.293	189.828	191.940	194.774	198.162	207.738	210.151
10. Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος	140.713	143.497	146.027	149.465	152.850	161.306	167.494	171.047
11. Επιπλοκές κυήσεως, τοκετού, λοχείας	128.522	129.718	139.826	149.309	143.360	144.742	144.866	150.271
12. Νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού	30.657	31.298	32.401	34.922	35.723	38.520	39.568	40.224
13. Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	69.604	68.486	69.637	72.596	78.043	84.117	88.943	87.167
14. Συγγενείς ανωμαλίες	11.246	12.473	12.726	12.148	11.886	11.725	12.715	13.279
15. Ορισμένες καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο	20.477	21.694	24.149	24.484	25.954	25.957	26.986	28.306
16. Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	114.424	123.665	136.216	133.405	148.758	150.027	173.499	177.404
17. Κακώσεις και δηλητηριάσεις	153.630	155.204	166.813	166.839	164.713	160.397	171.458	176.022

Πηγή. Πρωτογενή στοιχεία από Ι.Σ.Υ.Ε., Εξελθόντες ασθενείς κατά κατηγορίες νόσων. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005.

Όπως παρατηρούμε στον παραπάνω πίνακα 2 αλλά και στο διάγραμμα 3 που ακολουθεί, το σύνολο των εξελθόντων ασθενών από το 1998 έως και το 2005 είναι συνεχώς αυξανόμενο και μάλιστα κατά 29,15%, αφού 2.093.300 ασθενείς έχουν εξέλθει από κάποιο θεραπευτήριο το 2005 έναντι 1.620.768 ασθενών το 1998. Βέβαια ο μέσος όρος των εξελθόντων ασθενών κατά την διάρκεια του χρονικού διαστήματος 1998 – 2005 ήταν 1.639.276 ασθενείς. Επίσης τα κυριότερα νοσήματα από τα οποία πλήττονται οι ασθενείς το 2005 είναι εκείνα του κυκλοφορικού συστήματος με 300.718 ασθενείς, των νεοπλασμάτων με 210.178 ασθενείς, του νευρικού συστήματος αισθητηρίων οργάνων με 186.985 ασθενείς, κ.ά..

Διάγραμμα 3. Γενικό σύνολο εξελθόντων ασθενών 1998-2005



Στη συνέχεια στον πίνακα 3 απεικονίζεται η εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών κατά κατηγορίες νόσων ανά ημέρες. Έτσι μπορούμε να προσδιορίσουμε την μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ανάλογα με το νόσημα από το οποίο πάσχουν.

Πίνακας 3. Εξελθόντες ασθενείς κατά κατηγορίες νόσων ανά ημέρες 1998-2005

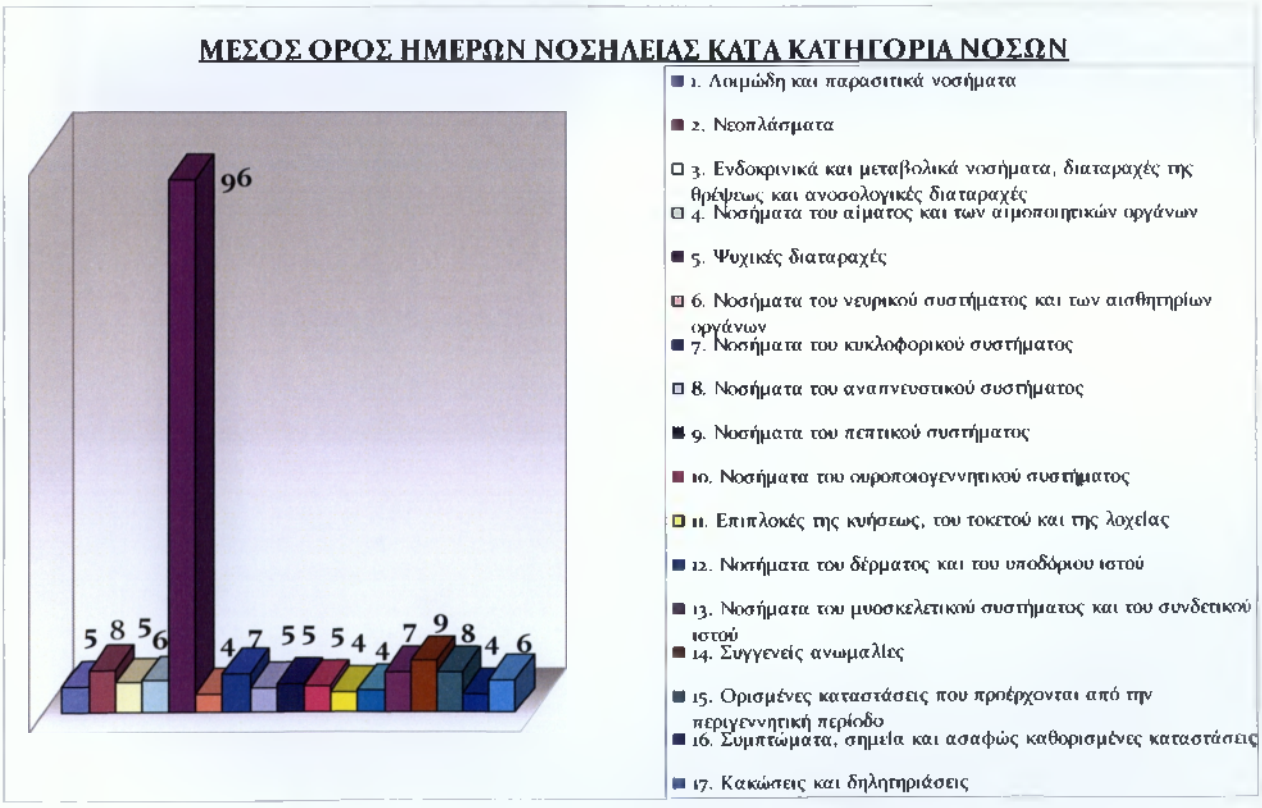
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΩΝ	ΕΤΗ								ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ 1998 - 2005
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Μέσος όρος ημερών νοσηλείας	8	8	8	8	8	7	8	7	8
1. Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	5	5	5	4	5	4	5	5	5
2. Νεοπλάσματα	9	9	9	9	10	9	8	8	8
3. Ενδοκρινικά μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θρέψεως και ανοσολογικές διαταραχές	6	7	6	6	5	6	7	6	5
4. Νοσήματα του αίματος και αιμοποιητικών οργάνων	7	7	7	7	7	6	6	6	6
5. Ψυχικές διαταραχές	95	96	98	116	106	90	154	127	96
6. Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων	5	5	4	4	4	4	3	3	4
7. Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος	8	7	8	8	8	10	8	7	7
8. Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος	5	5	5	5	5	6	6	5	5
9. Νοσήματα πεπτικού συστήματος	6	6	6	6	6	6	6	6	5
10. Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος	6	6	6	5	5	5	5	5	5
11. Επιπλοκές κυήσεως, τοκετού και λοχείας	4	4	4	4	6	4	4	4	4
12. Νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού	5	5	5	5	5	4	5	4	4
13. Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	8	8	9	9	8	8	9	8	7
14. Συγγενείς ανωμαλίες	12	14	9	11	7	10	13	10	9
15. Ορισμένες καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο	8	8	9	9	8	9	9	9	8
16. Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	4	4	4	5	4	4	4	4	4
17. Κακώσεις και δηλητηριάσεις	6	6	7	7	7	7	7	7	6

Πηγή. Πρωτογενή στοιχεία από Ε.Σ.Υ.Ε.. Εξελθόντες ασθενείς κατά κατηγορίες νόσων ανά ημέρες, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.

Ο παραπάνω πίνακας 3 μας πληροφορεί για το σύνολο των ημερών που συνήθως νοσηλεύονται ασθενείς, κατηγοριοποιημένοι σχετικά με το νόσημα από το όποιο πάσχουν. Έτσι ο γενικότερος μέσος όρος νοσηλείας ενός ασθενή που καταφεύγει σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα της χώρας μας είναι οι οκτώ (8) ημέρες, με μόνη αξιοσημείωτη διαφοροποίηση εκείνης της νοσηλείας των ψυχικών διαταραχών η οποία φτάνει, κατά μέσο όρο, τις 96 ημέρες, στοιχείο απόλυτα κατανοητό αν αναλογιστεί κανείς πως η θεραπεία τέτοιων νοσημάτων πραγματοποιείται σε αντίστοιχα ιδρύματα τα οποία φιλοξενούν ασθενείς για πολλές ημέρες, στοιχείο που αντιπροσωπεύει το γενικότερο μέσο όρο. Επίσης μπορούμε να διακρίνουμε ότι οι αμέσως επόμενες ημέρες νοσηλείας που απαιτούνται σε συγγενείς ανωμαλίες είναι 9 ημέρες, ακολουθούν ορισμένες καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο και τα νεοπλάσματα, με 8 ημέρες, τα νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος, μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού με 7 ημέρες.

Η γραφική απεικόνιση του πίνακα 3 αποτελεί το διάγραμμα 4 που ακολουθεί.

Διάγραμμα 4. Μέσος όρος νοσηλείας κατά κατηγορία νόσων 1998 - 2005



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ι.Κ.Α.)

4.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.

Το Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. καλύπτει τους εργαζομένους που παρέχουν:

1. Εξαρτημένη εργασία ανεξάρτητα από την ιδιότητα του εργοδότη τους (Ιδιωτικός Τομέας - Δημόσιος Τομέας, Ν.Π.Δ.Δ. κ.λπ.) και εφόσον για την εργασία τους αυτή δεν υπάγονται στην ασφάλιση κάποιου άλλου Φορέα Κύριας Ασφάλισης.
2. Εξαρτημένη εργασία στο εξωτερικό για λογαριασμό εργοδότη που εδρεύει στην Ελλάδα, με την προϋπόθεση η χώρα που εργάζεται να μην έχει με την Ελλάδα διμερή σύμβαση ή να μην ανήκει στην Ευρωπαϊκή Ένωση.
3. Την προσωπική τους εργασία με σύμβαση εκμίσθωσης έργου κατά κύριο ή συγκύριο επάγγελμα, εφόσον για την εργασία τους αυτή δεν υπάγονται στην ασφάλιση κάποιου άλλου Φορέα Κύριας Ασφάλισης.
4. Τα μέλη οικογένειας τους.
5. Τους αλλοδαπούς.

Επίσης καλύπτονται διάφορες κατηγορίες προσώπων, που παρέχουν την εργασία τους σε μη σταθερό εργοδότη και οι αυτοτελώς απασχολούμενοι, που στερούνται επαγγελματικής στέγης (φορτοεκφορτωτές, στιλβωτές υποδημάτων, πωλητές Λαϊκού Λαχείου, εφημεριδοπώλες, νεκροπομποί, αποκλειστικές νοσοκόμες, πλανόδιοι και υπαίθριοι μικροπωλητές). Η ασφάλιση των προσώπων αυτών γίνεται μέσω σωματείων ή ασφαλιστικών συνεταιρισμών. Ακόμη η ασφάλιση των αποκλειστικών νοσοκόμων διέπεται από τις διατάξεις του άρθρου 14 παρ. 4 του Ν. 1976/91 (Εγκ. Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. 60/95). (Δεν ασφαλίζονται πλέον μέσω σωματείων ή ασφαλιστικών συνεταιρισμών).

Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και όχι προαιρετική. Αυτό σημαίνει ότι, η ασφάλιση δεν εξαρτάται από τη θέληση του εργαζομένου ή του εργοδότη και αρχίζει από την πρώτη μέρα εργασίας. Με την ασφάλισή του ο εργαζόμενος

γίνεται δικαιούχος πολλών παροχών τόσο από το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. όσο και από άλλους Οργανισμούς.

Ειδικότερα τα δικαιώματα παροχών είναι τα εξής:

- Από το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.: Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, Νοσοκομειακή περίθαλψη, επιδόματα ασθενείας ατυχήματος, μητρότητας κ.ά., σύνταξη και παροχές.
- Από τον Ο.Α.Ε.Δ. (Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού): επίδομα ανεργίας, επίδομα στράτευσης, οικογενειακά επιδόματα.
- Από τον Ο.Ε.Κ. (Οργανισμός Εργατικής Κατοικίας): Στεγαστικά δάνεια ή έτοιμη κατοικία και επιδότηση ενοικίου.
- Από την Εργατική Εστία: Κοινωνικός τουρισμός και ψυχαγωγία

4.1.1. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.

Το πλήρες φάσμα των παρεχομένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. παρατίθεται επιγραμματικά. Ο ασφαλισμένος δικαιούχος ιατρικής περίθαλψης και τα μέλη της οικογένειάς του έχουν δικαίωμα:

1. Να επισκέπτονται τους ιατρούς στα ιατρεία του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. (τα οποία λειτουργούν επί 12ωρο) και στα ιδιωτικά τους ιατρεία, όταν δεν υπάρχουν οργανωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί.
2. Να επισκέπτονται τον οικογενειακό τους ιατρό, όπου ισχύει ο θεσμός
3. Για ιατρική εξέταση να απευθύνονται στο τηλέφωνο 184 για προγραμματισμό ραντεβού με γιατρό της επιλογής τους ή με άλλο διαθέσιμο γιατρό της ίδιας ειδικότητας στις περισσότερες μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση τα ραντεβού για ιατρική εξέταση, κλείνονται από το τηλέφωνο και όχι με φυσική παρουσία στις Τοπικές Γραμματείες για την αποφυγή ταλαιπωρίας, περιμένοντας σε ουρές αναμονής.

4. Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού μπορούν να προσέλθουν στη Μονάδα Υγείας στην οποία υπάγονται, χωρίς να έχουν κλείσει ραντεβού και να εξυπηρετηθούν άμεσα μετά την κρίση του επείγοντος από τους αρμόδιους ελεγκτές γιατρούς ή τον Διευθυντή της Μονάδας.
5. Να επισκέπτονται τον αγροτικό ιατρό στις αγροτικές περιοχές.
6. Να επισκέπτονται δωρεάν τα κέντρα υγείας.
7. Να καλούν κατ' οίκον ιατρό του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. στο σπίτι όταν είναι κλινήρεις και δεν μπορούν να μετακινηθούν.
8. Να κάνουν γενικές ή ειδικές εξετάσεις (όπως αίματος, ακτινογραφίες, αξονικές, μαγνητικές και λοιπά) ή ειδικές θεραπείες (όπως φυσικοθεραπείες) σε εργαστήρια του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ή σε συμβεβλημένα με το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. εργαστήρια, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση των ασφαλισμένων.
9. Να εντάσσονται σε πρόγραμμα αποκατάστασης σε ειδικά κέντρα.
10. Να υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση.
11. Να καλούν τις πρώτες βοήθειες στις περιπτώσεις ανάγκης.
12. Να καταφεύγουν για έκτακτα και επείγοντα περιστατικά στους ΣΑΒ του Ι.Κ.Α. –Ε.Τ.Α.Μ.
13. Να ζητήσουν να ενταχθούν στο πρόγραμμα της κατ' οίκον τακτικής περίθαλψης (κατάκοιτοι υπερήλικες)
14. Να συμμετέχουν σε προγράμματα προληπτικής ιατρικής.
15. Να ζητούν την απόδοση της δαπάνης, σύμφωνα με την κρατική διατίμηση, για την αμοιβή που κατέβαλλαν σε ιδιώτη ιατρό για επίσκεψη και φάρμακα που χορηγήθηκαν, καθώς και για την εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων σε μη συμβεβλημένα με το Ι.Κ.Α. εργαστήρια, σε περιπτώσεις έκτακτης και επείγουσας ασθενείας.

Αναφορικά με την φαρμακευτική περίθαλψη στο Ι.Κ.Α., οι συνταγές φαρμάκων χορηγούνται από τους ιατρούς του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. για την αποκατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων και την πλήρη ανάρρωσή τους. Οι ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. που επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η., εξυπηρετούνται όσον αφορά τη συνταγογράφηση φαρμάκων είτε από γιατρούς του Ι.Κ.Α.- Ε.Τ.Α.Μ. που επισκέπτονται ή απασχολούνται στα Κ.Α.Π.Η. είτε από ιδιώτες ιατρούς που

επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. και συνταγογραφούν σε συνταγολόγια που χορηγεί το ίδρυμα. Συνταγές του ιδρύματος μπορούν να εκδίδουν κάτω από προϋποθέσεις που θέτει η Διοίκηση του ιδρύματος και οι γιατροί των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Αν δεν υπάρχει στην Μονάδα του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ιατρός ειδικότητας ή ο ασφαλισμένος εξυπηρετείται από αγροτικό ιατρό ή ιατρό Ι.Κ.Α. χωρίς ειδικότητα, θα πρέπει να επισκεφθεί γιατρό της σχετικής με την πάθησή του ειδικότητας (του Ι.Κ.Α. ή του Ε.Σ.Υ.) προκειμένου να προμηθευτεί γνωμάτευση στην οποία θα καθορίζεται η ειδική φαρμακευτική αγωγή που απαιτείται. Με την γνωμάτευση αυτή θα μπορούν άλλοι γιατροί του Ι.Κ.Α., χωρίς ειδικότητα ή αγροτικοί, να εκδίδουν συνταγές με το θεραπευτικό σχήμα που καθόρισε ο γιατρός ειδικότητας. Η γνωμάτευση του γιατρού ειδικότητας μπορεί να έχει ισχύ μέχρι και δύο χρόνια, εφόσον δεν ορίζεται μικρότερο χρονικό διάστημα. Μετά τη παρέλευση της διετίας είναι απαραίτητο να καθοριστεί εκ νέου το θεραπευτικό σχήμα από γιατρό ειδικότητας.

Η συνταγή πρέπει να εκτελεστεί εντός (5) εργασίμων ημερών από την έκδοση της, αλλιώς θεωρείται άκυρη. Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν για τα φάρμακα συμμετοχή 25% εκτός από ορισμένες εξαιρέσεις. Συγκεκριμένα:

1. Δεν πληρώνουν συμμετοχή οι ασφαλισμένοι για τα φάρμακα που χορηγούνται σε εργατικό ατύχημα και για τα φάρμακα που χορηγούνται στη μητρότητα (κύηση - τοκετός - λοχεία) και μόνο για την αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών.
2. Παιδιά και ενήλικες για εμβολιασμούς του εγκεκριμένου κάθε φορά από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Εθνικού προγράμματος εμβολιασμού.
3. Οι πάσχοντες από καρκίνο ή λευχαιμία για τα φάρμακα που έχουν σχέση με την πάθησή τους καθώς και αυτά που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των συνεπειών της νόσου.
4. Οι διαβητικοί για την ινσουλίνη.
5. Οι πάσχοντες από ψυχώσεις.
6. Οι επιληπτικοί.
7. Οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία.

8. Οι αιμορροφιλικοί.
9. Οι πάσχοντες από υποφυσιογενή νανισμό.
10. Οι πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης με τεχνητά μέσα και οι έχοντες υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και παραπληγικοί και τετραπληγικοί, καθώς και οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση συμπαγών ή ρευστών οργάνων, για όλα ανεξαρτήτως τα φάρμακα.
11. Οι ασφαλισμένοι για τα κυτταροστατικά και ανοσορρυθμιστικά φάρμακα, με τα οποία υποβάλλονται σε θεραπεία, ανεξάρτητα της πάθησης από την οποία πάσχουν.
12. Οι ασφαλισμένοι για τα φάρμακα που προμηθεύονται από τα φαρμακεία και την αποθήκη του ιδρύματος ή από τα Κρατικά Νοσοκομεία.
13. Οι HIV θετικοί ασθενείς για τα αντιρετροϊκά φάρμακα που συνταγογραφούνται από τα αναγνωρισμένα κέντρα αναφοράς για τη διάγνωση του AIDS και τις αναγνωρισμένες νοσοκομειακές μονάδες ειδικών λοιμώξεων.
14. Οι ασφαλισμένοι για τα φάρμακα που προμηθεύονται από τα φαρμακεία του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ή τα κρατικά νοσοκομεία.
15. Οι ασφαλισμένοι που κάνουν χρήση σκιαγραφικών ουσιών.

Τέλος φάρμακα που αφορούν θεραπεία υψηλού κόστους διατίθενται από τα φαρμακεία του ιδρύματος δωρεάν. Επίσης για ορισμένα φάρμακα απαιτείται έγκριση από Ειδική Επιτροπή του Ιδρύματος, λόγω υψηλού κόστους ή συνταγογράφησή τους για μη εγκεκριμένες από τον Ε.Ο.Φ. ενδείξεις. Για τα παραπάνω είναι ενήμεροι οι συνταγογράφοι γιατροί του ιδρύματος που οφείλουν να χαρακτηρίζουν σχετικά τις συνταγές Ι.Κ.Α. και να καθοδηγούν τον ασφαλισμένο. Σημειώνεται εδώ ότι οι απαιτήσεις αρκετών ασφαλισμένων για όλο και περισσότερα φάρμακα δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στη λειτουργία της φαρμακευτικής περίθαλψης η οποία χαρακτηρίζεται από υπερκατανάλωση.

4.1.2. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.

Οι ασφαλισμένοι και τα μέλη των οικογενειών τους έχουν δικαίωμα να νοσηλευτούν στα νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. ή στα συμβεβλημένα με αυτό. Ειδικότερα:

1. στα Νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.:
   - 1° Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.
   - 3° Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.
   - Ογκολογικό Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.
   - 7° Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.
   - Β' Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. (Θεσσαλονίκη)
2. στα κρατικά Νοσοκομεία όλης της χώρας.
3. στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές.
4. σε ιδρύματα και ιδιωτικές κλινικές για την περίθαλψη χρονίως πασχόντων.

Ο ασφαλισμένος και τα μέλη της οικογένειάς του έχουν δικαίωμα να νοσηλευτούν χωρίς να καταβάλλουν δαπάνη στη Γ' θέση. Όμως για νοσηλεία σε βελτιωμένη θέση (Α, Βα, Ββ), ο ασφαλισμένος καταβάλλει συμμετοχή 10% επί της διαφοράς μεταξύ δαπανών νοσηλείας στη Γ' θέση και στη θέση που έχοντας σχετικό δικαίωμα, νοσηλεύεται και μόνο για τον πρώτο μήνα νοσηλείας. Ασφαλισμένοι που νοσηλεύονται μετά από εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια δεν πληρώνουν αυτή τη συμμετοχή. Δικαίωμα σε βελτιωμένη θέση έχουν οι ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. και τα μέλη της οικογένειάς τους κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.

Το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. αναλαμβάνει ολόκληρη τη δαπάνη νοσηλείας που απαιτείται στην περίπτωση μιας πάθησης που δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί στην Ελλάδα λόγω έλλειψης κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή εξειδικευμένων γιατρών. Επίσης καλύπτει τα εισιτήρια και ένα ποσοστό για έξοδα διαμονής και διατροφής του ασθενή και του συνοδού, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ι.Κ.Α.- Ε.Τ.Α.Μ. Στην περίπτωση μεταμόσχευσης αναλαμβάνει και την δαπάνη νοσηλείας του δότη.

Η νοσηλεία σε χώρα εκτός Ευρώπης εγκρίνεται μόνο σε περίπτωση που το συγκεκριμένο περιστατικό δεν αντιμετωπίζεται σε Ευρωπαϊκή χώρα. Αν το περιστατικό αντιμετωπίζεται μεν στην Ευρώπη αλλά ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε μη Ευρωπαϊκή χώρα, τότε το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. καλύπτει το 30% των δαπανών νοσηλείας και ταξιδιού.

Για την ανάγκη της νοσηλείας στο εξωτερικό γνωματεύει Ειδική Υγειονομική Επιτροπή πάντα μετά από γνωμάτευση γιατρού Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής Κλινικής της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας. Η τελική έγκριση δίδεται από τον Διευθυντή του Περιφερειακού Υποκαταστήματος του τόπου κατοικίας του ασθενή – ασφαλισμένου[22].

4.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ι.Κ.Α.

4.2.1. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ: ΙΑΤΡΙΚΗ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Στον παρακάτω πίνακα 4 αναπαριστώνται οι παροχές σε είδος που προσφέρει το Ι.Κ.Α. στους δικαιούχους του σε μια ακολουθία ετών από το 1957 έως και το 2008. Έτσι, παρατηρούμε μια συνεχώς αυξανόμενη πορεία των παροχών σε όλες τις κατηγορίες περιθάλψεως, δηλαδή την ιατρική, την φαρμακευτική και την νοσοκομειακή.

[22] Τα στοιχεία της ενότητας αντλήθηκαν από: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), (2008), *Οδηγός του Ασφαλισμένου*, Αθήνα

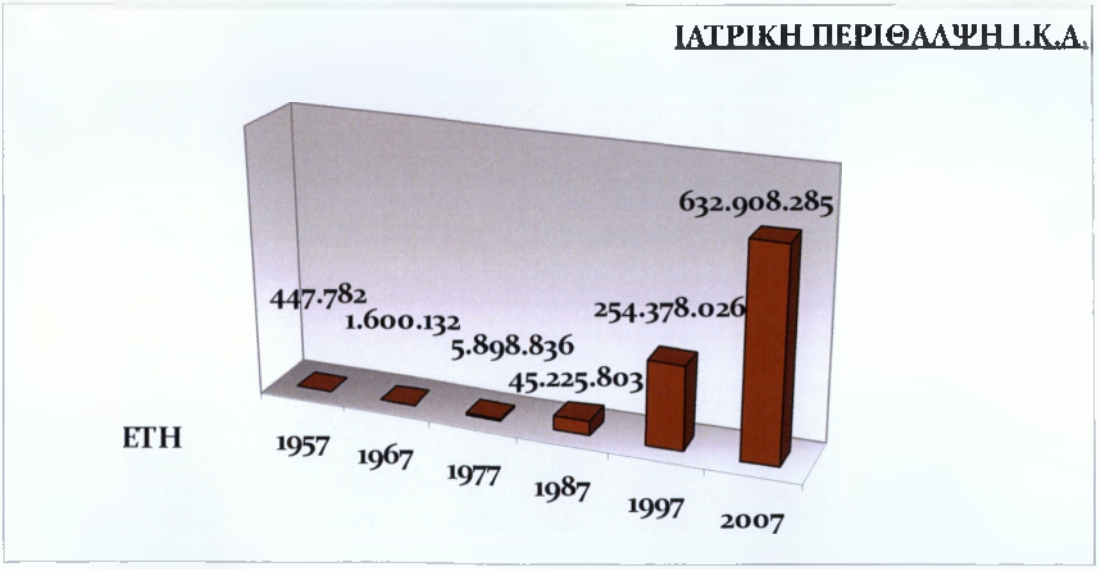
Πίνακας 4. Παροχές ασθένειας σε είδος Ι.Κ.Α.: ιατρική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, 1957-2008

ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ			
ΕΤΗ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
1957	447.782	279.463	482.306
1967	1.600.132	1.289.033	1.683.479
1977	5.898.836	8.460.292	9.199.218
1987	45.225.803	66.817.826	54.416.639
1997	254.378.026	460.913.033	385.954.374
2007	632.908.285	1.740.000.000	1.090.000.000

Πηγή: Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Ι.Κ.Α.

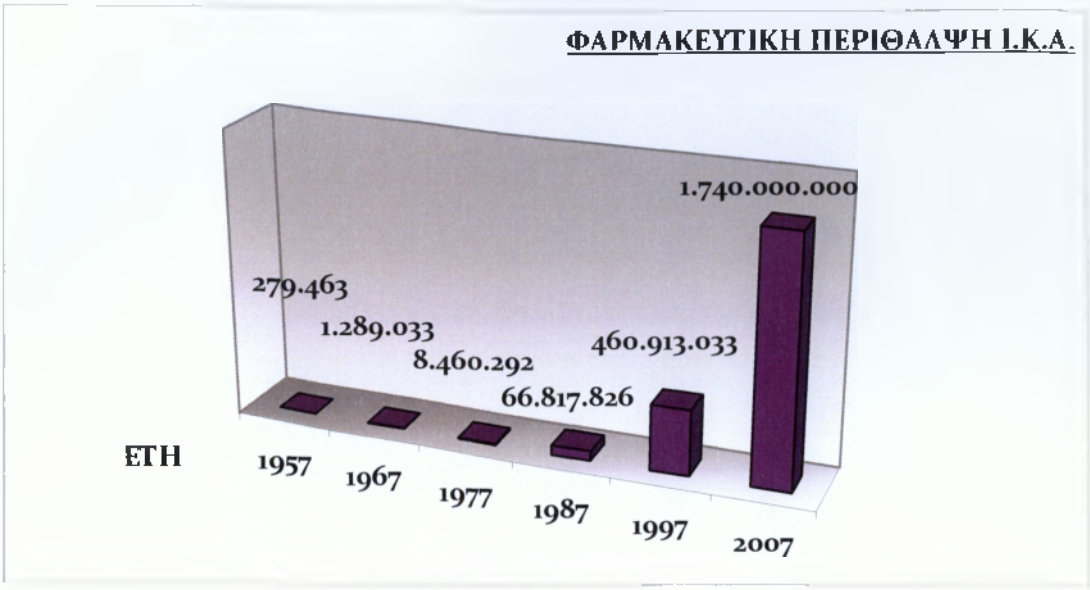
Στα παρακάτω διαγράμματα απεικονίζονται οι αριθμοί του Πίνακα 4. Αρχικά στο διάγραμμα 5 αναπαριστάται η ιατρική περίθαλψη από το 1957 έως και το 2007, όπου και παρατηρήθηκε μια συνεχής άνοδος. Το Ι.Κ.Α. δαπανούσε μόλις 447.782 € το 1957 αλλά το 2007 το ποσό αυτό έφτασε στα 632.908.285 € το 2007.

Διάγραμμα 5. Ιατρική περίθαλψη Ι.Κ.Α. 1957-2007



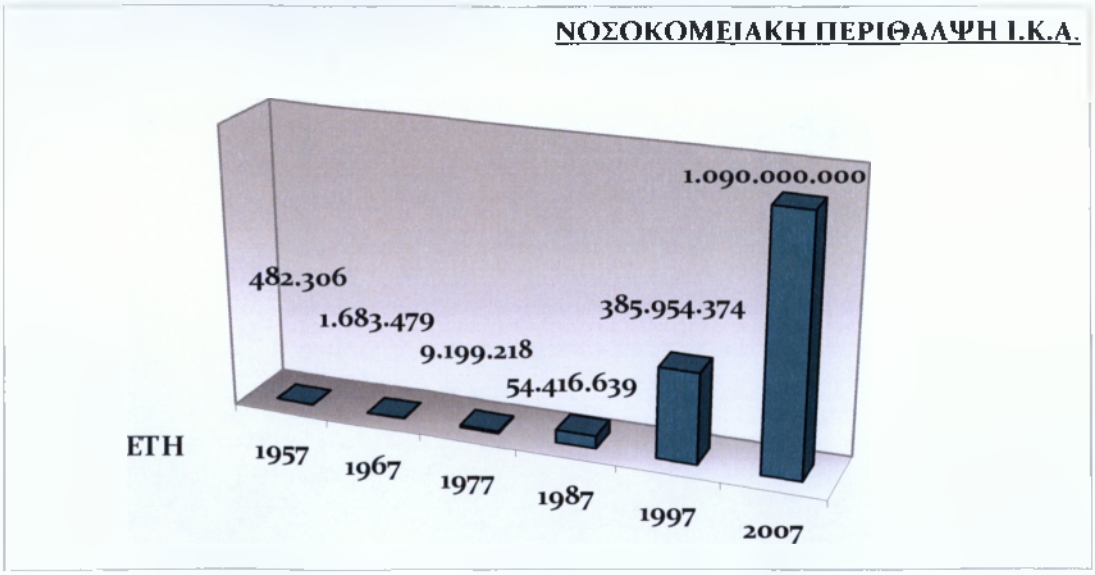
Στο διάγραμμα 6 απεικονίζεται η φαρμακευτική περίθαλψη από το 1957 έως και το 2007, όπου και παρατηρήθηκε επίσης μια συνεχής ανοδική πορεία παροχών. Το Ι.Κ.Α. δαπανούσε μόλις 279.463 € το 1957, ποσό το οποίο έφτασε το 2007 στα 1.740.000.000 €.

Διάγραμμα 6. Φαρμακευτική περίθαλψη Ι.Κ.Α. 1957-2007



Επίσης στο διάγραμμα 7 απεικονίζεται η νοσοκομειακή περίθαλψη από το 1957 έως και το 2007, όπου η συνεχής τάση των παροχών ήταν γεγονός. Το Ι.Κ.Α. δαπανούσε μόλις 482.306 € το 1957, ποσό το οποίο ανήλθε στα 1.090.000.000 € το 2007.

Διάγραμμα 7. Νοσοκομειακή περίθαλψη Ι.Κ.Α. 1957-2007



Στη συνέχεια θα αναλύσουμε κάθε επίπεδο περίθαλψης ξεχωριστά για μια πιο πρόσφατη ακολουθία ετών, από το 2001 έως και το 2008, βέβαια πρέπει να

τονίσουμε πως τα στοιχεία που αφορούν το 2008 είναι προϋπολογιστικά. Η ιατρική περίθαλψη αποτελείται από επιμέρους στοιχεία, τα κόστη των οποίων αθροίζονται και προκύπτει το συνολικό κόστος. Τα στοιχεία που αποτελούν το κόστος ιατρικής περίθαλψης είναι οι επισκέψεις ασθενών σε ιατρεία, οι εργαστηριακές ασκήσεις, οι δευτερεύουσες υγειονομικές υπηρεσίες, οι σταθμοί πρώτων βοηθών (άτομα που προσήλθαν).

Έτσι στον πίνακα 5 γίνεται μια επιμέρους ανάλυση του κόστους ιατρικής περίθαλψης το οποίο ανέρχεται το 2001 στα 339.850.054€, και περιλαμβάνει 22.028.865€ για επισκέψεις σε ιατρεία, 17.945.006€ για εργαστηριακές ασκήσεις, 866.513€ για δευτερεύουσες υγειονομικές υπηρεσίες και 53.620€ για τους σταθμούς πρώτων βοηθειών. Δαπάνες οι οποίες αυξομειώνονται μέχρι και το 2005, ειδικότερα, δαπανήθηκαν 21.464.915€ για επισκέψεις σε ιατρεία, 28.775.928€ για εργαστηριακές ασκήσεις, 573.496€ για δευτερεύουσες υγειονομικές υπηρεσίες και 71.535€ για τους σταθμούς πρώτων βοηθειών, συνολικό ποσό 445.828.628€, αυξημένο κατά 31,18%. Βέβαια οι δαπάνες του Ι.Κ.Α. είναι συνεχώς αυξανόμενες για τα επόμενα έτη, 558.401.874€ για το 2006, 632.908.285€ για το 2007 και το Ι.Κ.Α. προϋπολογίζει το ποσό των 664.076.734€ για το 2008.

Πίνακας 5. Ανάλυση ιατρικής περίθαλψης Ι.Κ.Α. 2001-2008

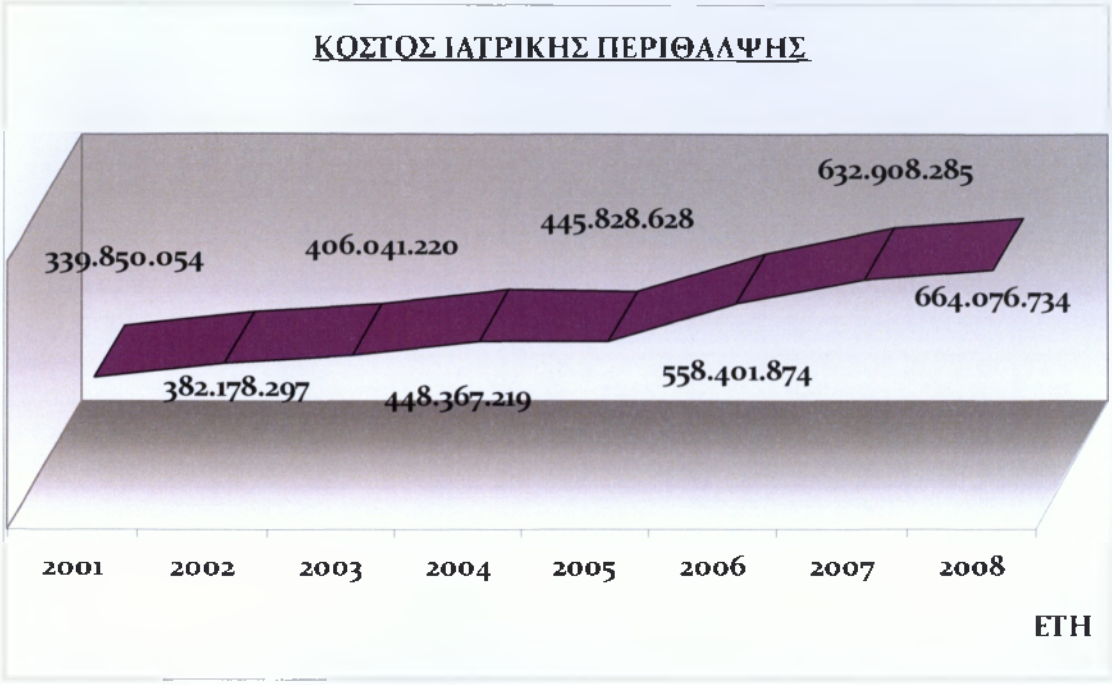
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ					
Έτη	**Επισκέψεις σε Ιατρεία**	**Εργαστηριακές Ασκήσεις**	**Δευτερεύουσες Υγειονομικές Υπηρεσίες**	**Σ.Α.Β. (άτομα που προσήλθαν)**	**Κόστος Ιατρικής Περίθαλψης**
2001	22.028.865	17.945.006	866.513	53.620	***339.850.054***
2002	22.023.043	20.972.436	674.300	49.538	***382.178.297***
2003	22.744.457	22.434.653	587.689	60.080	***406.041.220***
2004	22.836.708	26.612.553	647.117	69.200	***448.367.219***
2005	21.464.915	28.775.928	573.496	71.535	***445.828.628***
2006	*	*	*	*	***558.401.874***
2007	*	*	*	*	***632.908.285***
2008	*	*	*	*	***664.076.734*** **

*: Μη διαθέσιμα στοιχεία, **: Προϋπολογιστικό κόστος

Πηγή: Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005. Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Ι.Κ.Α.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία απεικονίζονται στο διάγραμμα 8 που ακολουθεί.

Διάγραμμα 8. Κόστος Ιατρικής Περίθαλψης Ι.Κ.Α. 2001- 2008



Επίσης στον πίνακα 6 πραγματοποιείται μια ανάλυση του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης. Το 2001 το κόστος ανέρχεται στα 686.493.414€ και περιλαμβάνει 23.582.974 συνταγές και 46.731.753 φάρμακα. Βέβαια οι δαπάνες για φάρμακα συνεχώς αυξάνονται και το 2005 ανήλθαν στα που δαπανήθηκαν 1.389.435.062€ για 35.270.948 συνταγές και 69.782.085 φάρμακα. Όπως είναι κατανοητό και από τα στοιχεία του πίνακα το κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης αυξάνεται κατά εκατομμύρια ευρώ κάθε έτος, όπου ανήλθε στα 1.560.000.000€ το 2006 σημειώνοντας μια αύξηση 12,28%, στα 1.740.000.000€ στο 2007 με αύξηση 11,54% και το Ι.Κ.Α. προϋπολογίζει το ποσό των 1.844.000.000€ για το 2008 αυξημένο κατά 104 εκ. € από το 2006, ποσό που ίσως ξεπεραστεί αν δούμε τις ποσοστιαίες αυξήσεις των προηγούμενων ετών.

Πίνακας 6. Ανάλυση φαρμακευτικής περίθαλψης Ι.Κ.Α. 2001-2008

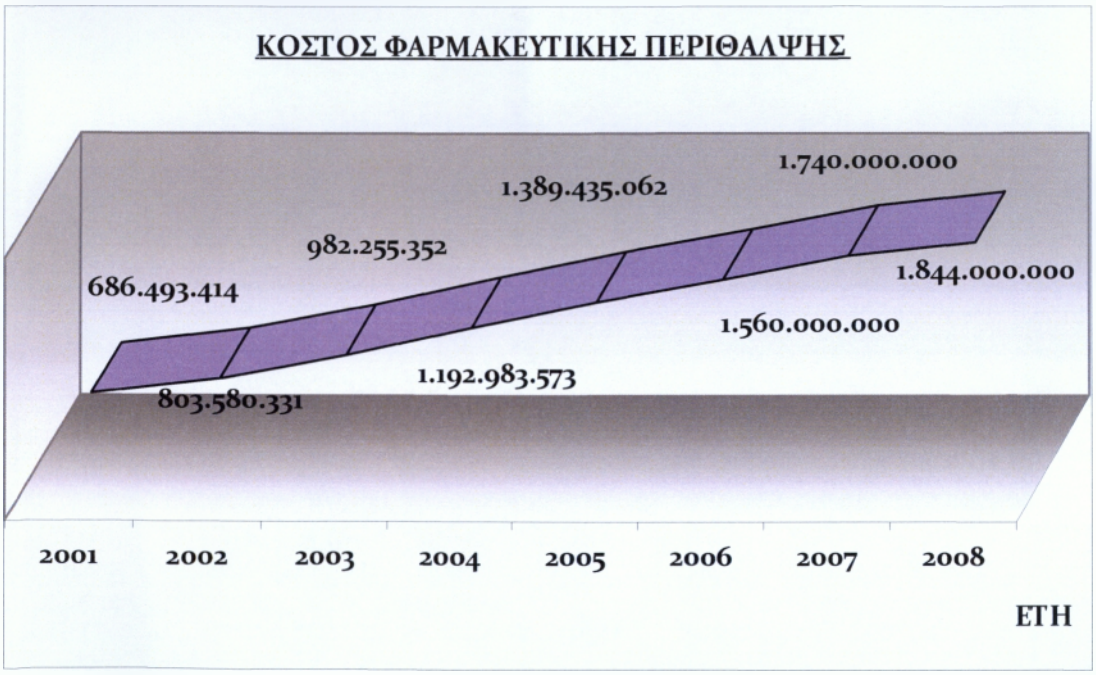
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ			
Έτη	Αριθμός Συνταγών	Αριθμός Φαρμάκων	Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης
2001	23.582.974	46.731.753	686.493.414
2002	23.794.084	47.890.646	803.580.331
2003	24.934.640	49.332.135	982.255.352
2004	30.283.995	59.915.608	1.192.983.573
2005	35.270.948	69.782.085	1.389.435.062
2006	*	*	1.560.000.000
2007	*	*	1.740.000.000
2008	*	*	1.844.000.000**

*: Μη διαθέσιμα στοιχεία, **: Προϋπολογιστικό κόστος

Πηγή. Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Ι.Κ.Α.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία απεικονίζονται στο διάγραμμα 9 που ακολουθεί.

Διάγραμμα 9. Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης Ι.Κ.Α. 2001- 2008



Τέλος η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι εκείνη που έρχεται δεύτερη σε δαπάνες σχετικά με την ιατρική και την φαρμακευτική περίθαλψη για το Ι.Κ.Α.. Στον παρακάτω πίνακα 7 παρατηρούμε πως οι περιπτώσεις ασθενών που χρειάστηκαν νοσοκομειακή περίθαλψη διαχρονικά είναι αυξανόμενος, από τις 649.114

περιπτώσεις του 2001 έφτασαν στις 884.884 το 2005, αύξηση 36,32%. Επίσης οι ημέρες νοσηλείας ακολούθησαν την ίδια πορεία με αύξηση της τάξης του 15,58%, από 5,03 εκ. ημέρες στις 5,82 εκ. ημέρες. Όμως, η μέση διάρκεια νοσηλείας κατά την διάρκεια των ετών 2001 έως 2005 είχε πτωτική τάση εξαιτίας του ότι περισσότερες περιπτώσεις ασθενών παρέμεναν, αναλογικά, λιγότερες ημέρες σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα, στοιχείο θεμιτό, έτσι από 7,76 ημέρες το 2001 η μέση διάρκεια νοσηλείας έφτασε στις 6,6 ημέρες παρουσιάζοντας μείωση κατά 14,95%. Τέλος το κόστος νοσηλείας είναι συνεχώς αυξανόμενο με τεράστιες αυξήσεις από έτος σε έτος, από το 2001 και τα 619,272 εκ. € αυξήθηκε κατά 62,48% έως το 2005 φτάνοντας το 1,006 δις € για το 2005, ποσό συνεχώς αυξανόμενο τα επόμενα έτη στα 1,053 δις € το 2006, στα 1,090 δις € το 2007 και προϋπολογιστικά υπολογισμένο για το 2008 στα 1,179 δις €.

Πίνακας 7. Ανάλυση νοσοκομειακής περίθαλψης Ι.Κ.Α. 2001-2008

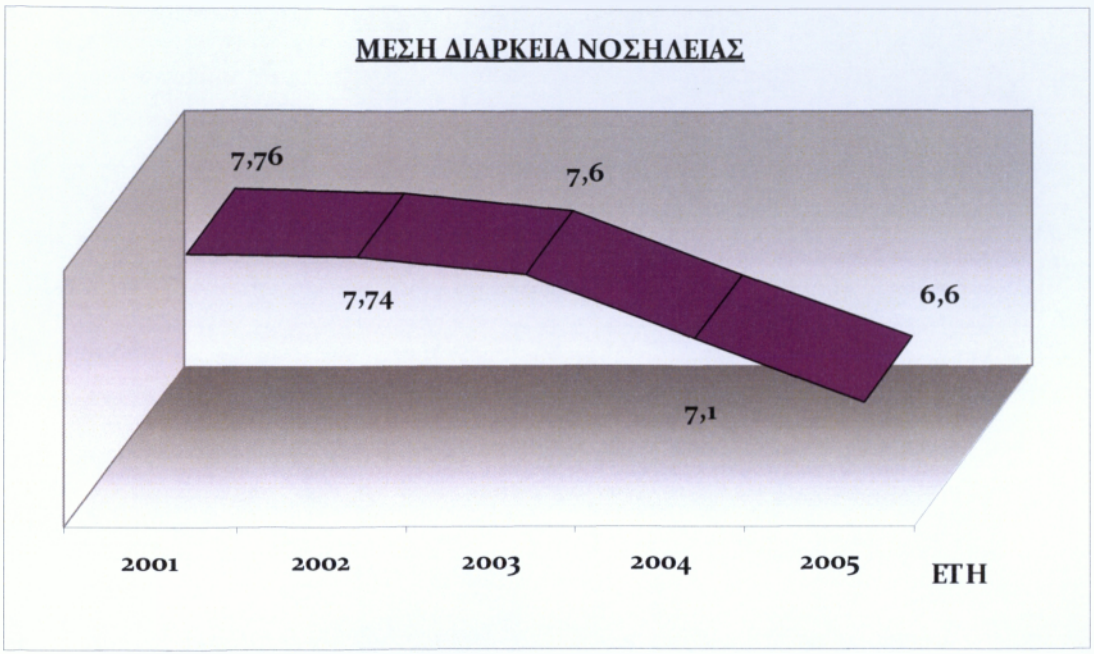
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ				
Έτη	**Περιπτώσεις**	**Ημέρες Νοσηλείας**	**Μέση Διάρκεια Νοσηλείας**	**Κόστος Νοσηλείας**
2001	649.114	5.038.430	7,76	***619.272.707***
2002	679.376	5.260.341	7,74	***670.928.078***
2003	734.960	5.562.213	7,6	***846.733.041***
2004	808.834	5.752.725	7,1	***962.879.010***
2005	884.884	5.823.429	6,6	***1.006.208.993***
2006	*	*	*	***1.053.999.760***
2007	*	*	*	***1.090.000.000***
2008	*	*	*	***1.179.922.278****

*: Μη διαθέσιμα στοιχεία, **: Προϋπολογιστικό κόστος

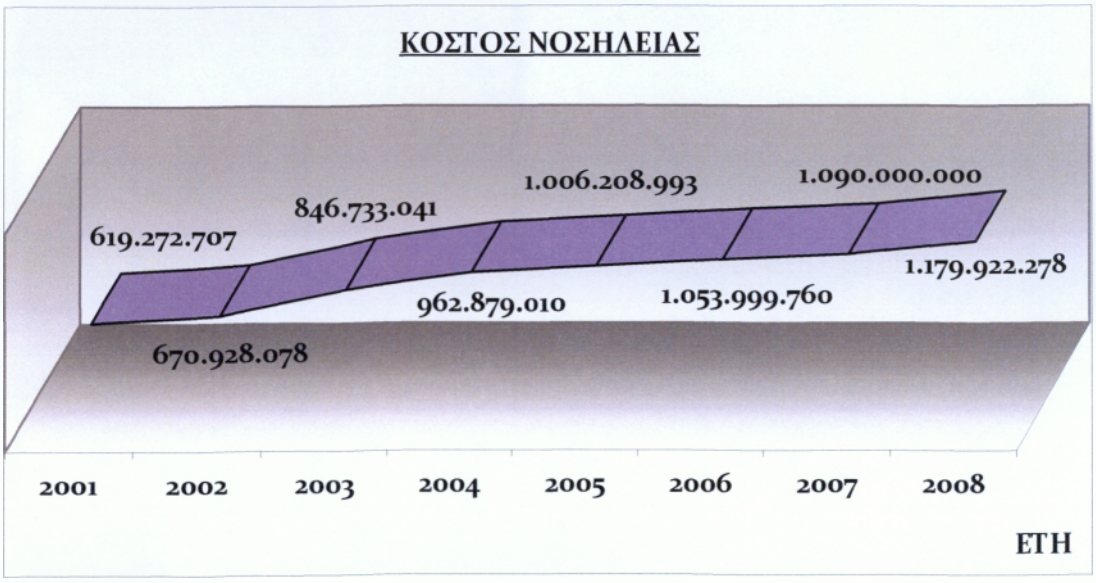
Πηγή. Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005. Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής. Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Ι.Κ.Α.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία του πίνακα 7 απεικονίζονται στα διαγράμματα 10 και 11 που ακολουθούν.

Διάγραμμα 10. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Ι.Κ.Α. 2001- 2005



Διάγραμμα 11. Κόστος Νοσηλείας Ι.Κ.Α. 2001- 2008



4.2.2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.

Στον παρακάτω πίνακα 8 θα αναλυθεί το κόστος των παροχών σε είδος του Ι.Κ.Α. κατά κεφαλή δικαιούχου. Σε μια διαχρονική ανάλυση από το 1957 έως και το 2007 παρατηρείται ένα αυξανόμενο κόστος, γεγονός που αποδεικνύει τις συνεχείς ανάγκες για ιατρική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Έτσι, είναι πολύ θετικό να προκύπτει πως από το μόλις 1,25 € που δαπανούνταν για το σύνολο αυτών των παροχών σε ένα δικαιούχο να φτάσουν τα 691,2 € ανά δικαιούχο.

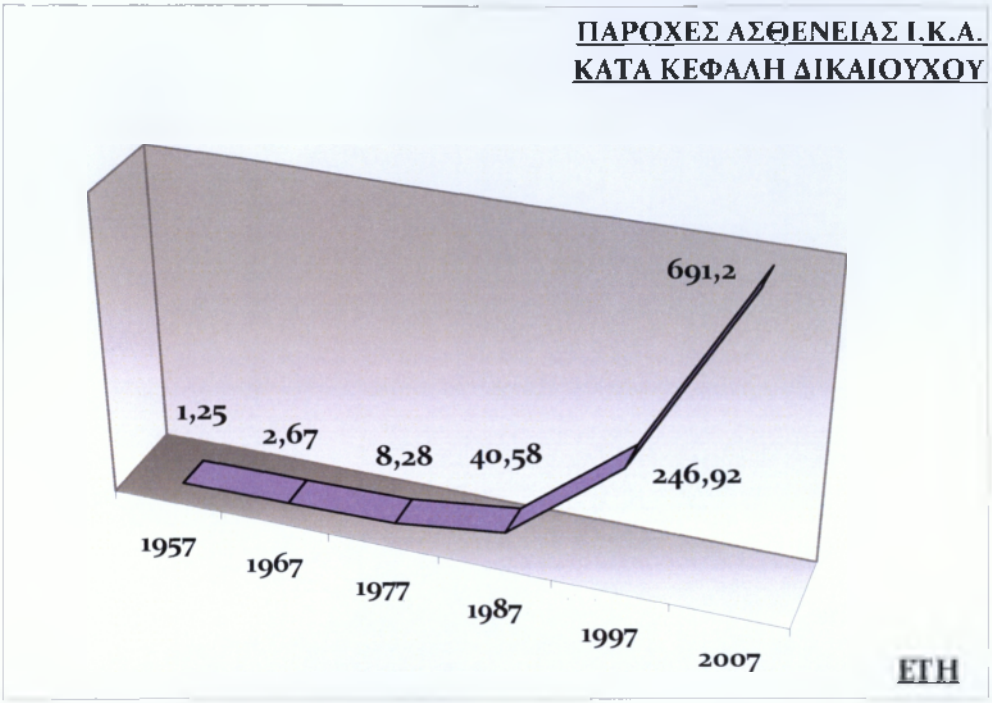
Πίνακας 8. Ανάλυση κόστους παροχών κατά κεφαλή δικαιούχου Ι.Κ.Α. 1957-2007

ΚΟΣΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ				
ΕΤΗ	ΙΑΤΡΙΚΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΟΧΩΝ
1957	0,34	0,21	0,37	1,25
1967	0,75	0,61	0,79	2,67
1977	1,8	2,59	2,81	8,28
1987	9,17	13,55	11,04	40,58
1997	46,48	84,22	70,52	246,92
2007	114,04	313,51	196,4	691,2

Πηγή. Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005. Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής. Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών. Ι.Κ.Α.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία του πίνακα 8 απεικονίζονται στο διάγραμμα 12 που ακολουθεί, όπου είναι εμφανής η ανοδική πορεία των παροχών στην διάρκεια των πέντε δεκαετιών.

Διάγραμμα 12. Κόστος παροχών κατά κεφαλή δικαιούχου Ι.Κ.Α. 1957-2007



Στον παρακάτω πίνακα 9 και στο διάγραμμα 13 που ακολουθεί αναλύεται το κόστος των παροχών σε είδος του Ι.Κ.Α. κατά κεφαλή δικαιούχου από το 2001 έως και το 2008. Παρατηρείται ένα αυξανόμενο σύνολο παροχών ασθενείας. Έτσι, από τα συνολικά 311€ ανά δικαιούχο το 2000 παρατηρούνται συνεχείς αυξήσεις της τάξης του 10,5% για το 2001, 11,60% για το 2002, 16,80% για το 2003, 18,40% για το 2004, 9,20% για το 2005, 11,10% για το 2006, 19,30% για το 2007 με κόστος 691,2€ ανά δικαιούχο και προϋπολογισμένο κόστος για το 2008 στα 736,8€ ανά δικαιούχο.

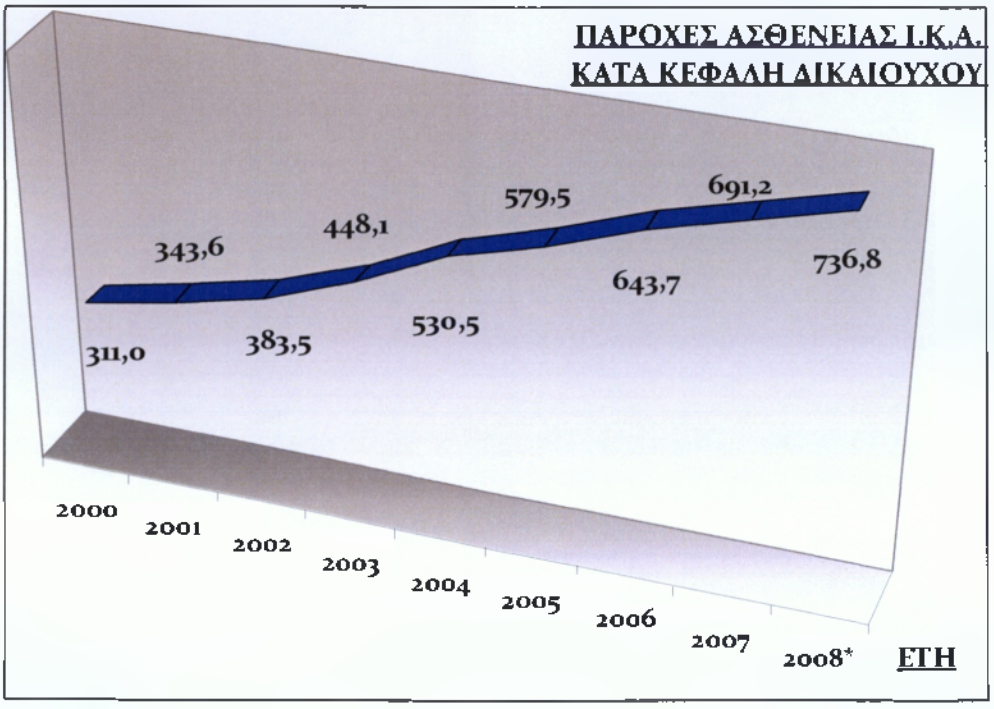
Πίνακας 9. Ανάλυση κόστους παροχών κατά κεφαλή δικαιούχου Ι.Κ.Α. 2000-2008

ΚΟΣΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ					
ΕΤΗ	ΙΑΤΡΙΚΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ
2000	58,82	106,46	101,38	311,0	7,20%
2001	62,02	125,27	113,01	343,6	10,50%
2002	70,11	147,42	123,08	383,5	11,60%
2003	74,63	180,53	155,62	448,1	16,80%
2004	82,45	219,38	177,06	530,5	18,40%
2005	81,88	255,18	184,8	579,5	9,20%
2006	101,53	283,64	191,64	643,7	11,10%
2007	114,04	313,51	196,4	691,2	19,30%
2008*	119,65	332,25	212,6	736,8	14,50%

** Προϋπολογιστικά*

Πηγή. Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Ι.Κ.Α.

Διάγραμμα 13. Κόστος παροχών κατά κεφαλή δικαιούχου Ι.Κ.Α. 2000-2008



4.2.3. *ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α.*

Στην παρούσα υποενότητα θα παρουσιαστούν η νοσοκομειακή περίθαλψη κατά περιφερειακό υποκατάστημα. Ειδικότερα στον πίνακα 10 θα αναλυθούν οι περιπτώσεις νοσηλείας κατά περιφερειακό υποκατάστημα Ι.Κ.Α.. Παρατηρούμε διαχρονικά μεταξύ του 2001 και του 2005 μια αύξηση της τάξης του 36,32% από 649.114 περιπτώσεις του 2001 στις 884.884 περιπτώσεις ασθενείας το 2005. Βέβαια η ποσοστιαία διαφορά μεταξύ των εξεταζόμενων ετών ήταν κατά μέσο όρο 8,1%. Τα υποκαταστήματα Ι.Κ.Α. με την μεγαλύτερη προσέλευση περιπτώσεων το 2005 ήταν εκείνο των Αθηνών με 282.605 περιπτώσεις ασθενών, της Θεσσαλονίκης με 225.873, του Πειραιά με 67.284 και της Πάτρας με 46.288.

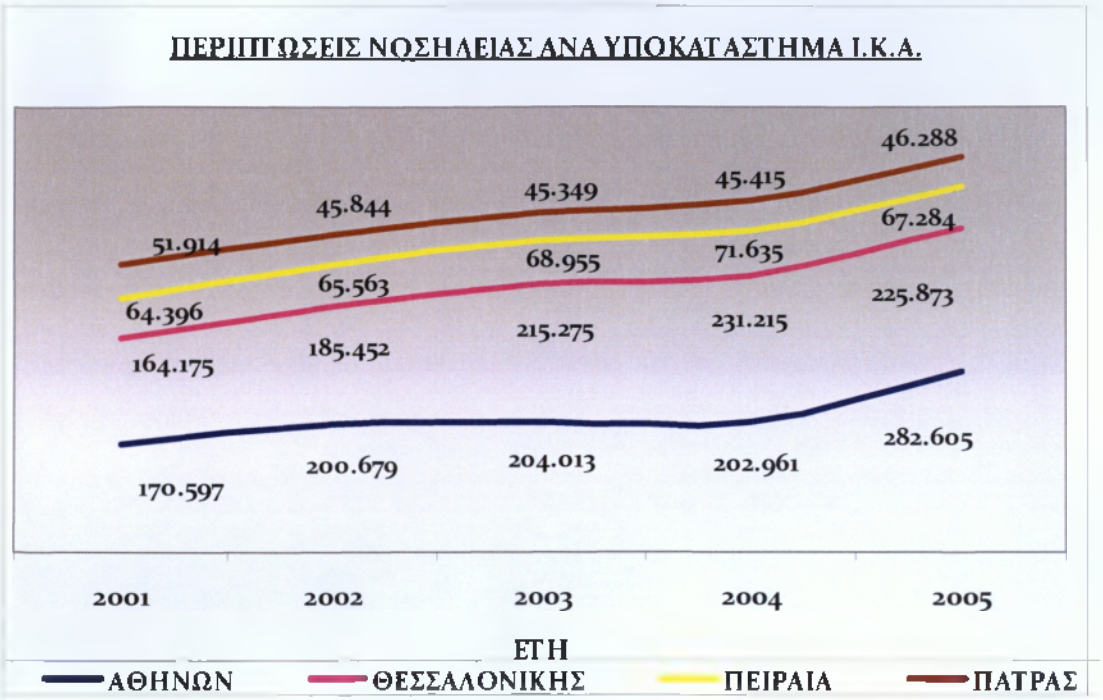
Πίνακας 10. Νοσοκομειακή περίθαλψη κατά περιφερειακό υποκατάστημα Ι.Κ.Α.. Περιπτώσεις νοσηλείας 2001-2005

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α.. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ					
Περιφερειακά Υποκαταστήματα Ι.Κ.Α.	**Περιπτώσεις Νοσηλείας**				
	2001	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
ΑΘΗΝΩΝ	170.597	200.679	204.013	202.961	282.605
ΒΟΛΟΥ	17.819	14.854	15.272	19.123	19.304
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	140	151	141	181	169
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	30.281	18.984	19.564	34.007	34.413
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	164.175	185.452	215.275	231.215	225.873
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	30.251	24.904	25.882	32.877	40.658
ΚΑΒΑΛΑΣ	24.998	28.864	27.142	33.861	38.042
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	5.054	3.901	6.317	11.186	8.174
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	10.925	11.230	10.901	12.662	18.215
ΚΟΖΑΝΗΣ	15.074	11.785	13.901	15.023	12.855
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	11.830	13.091	13.073	17.341	14.126
ΛΑΜΙΑΣ	8.296	8.158	7.699	8.451	9.084
ΛΑΡΙΣΑΣ	3.629	3.557	3.161	18.618	16.921
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	9.805	5.251	5.385	5.229	8.805
ΠΑΤΡΑΣ	51.914	45.844	45.349	45.415	46.288
ΠΕΙΡΑΙΑ	64.396	65.563	68.955	71.635	67.284
ΡΟΔΟΥ	4.155	3.812	2.185	8.701	7.916
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	5.624	8.324	13.206	14.007	14.581
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	7.878	16.152	19.252	12.233	7.960
ΧΑΝΙΩΝ	12.273	8.820	18.287	14.108	11.611
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	***649.114***	***679.376***	***734.960***	***808.834***	***884.884***

Πηγή. Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Ι.Κ.Α.

Τα στοιχεία του πίνακα 10 που αφορούν τις περιπτώσεις νοσηλείας του 2005 στα κυριότερα υποκαταστήματα Ι.Κ.Α. απεικονίζονται στο διάγραμμα 14.

Διάγραμμα 14. Περιπτώσεις νοσηλείας κατά περιφερειακό υποκατάστημα Ι.Κ.Α. 2001-2005



Επίσης στον πίνακα 11 αναλύονται οι ημέρες νοσηλείας κατά περιφερειακό υποκατάστημα Ι.Κ.Α.. Μεταξύ των ετών 2001 και 2005 υπάρχει μια αύξηση της τάξης του 15.58%, από 5.038.430 στις 5.823.429 ημέρες νοσηλείας. Βέβαια η ποσοστιαία διαφορά μεταξύ των εξεταζόμενων ετών ήταν κατά μέσο όρο 6,19%. Τα υποκαταστήματα του Ι.Κ.Α. με τα μεγαλύτερα ποσοστά ημερών το 2005 ήταν εκείνο των Αθηνών με 2.589.688 ημέρες, της Θεσσαλονίκης με 1.265.128, του Πειραιά με 402.397 και της Λάρισας με 234.141.

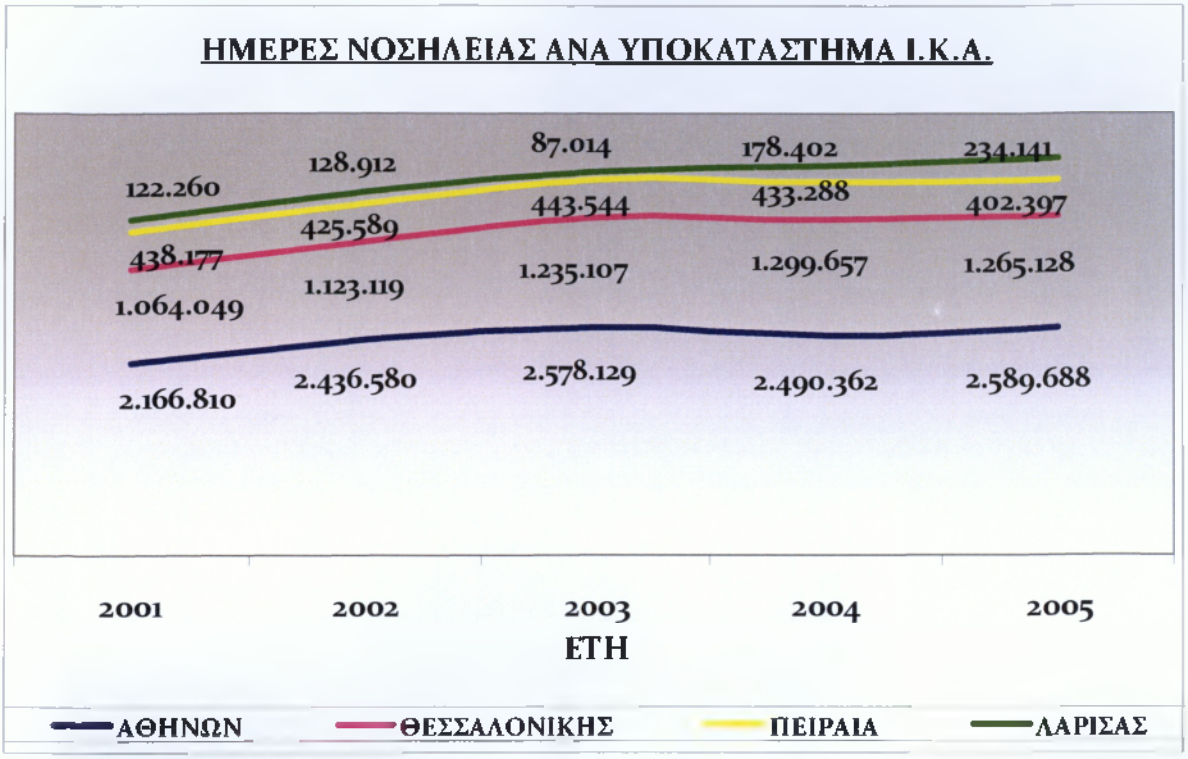
Πίνακας 11. Νοσοκομειακή περίθαλψη κατά περιφερειακό υποκατάστημα Ι.Κ.Α.. Ημέρες νοσηλείας 2001-2005

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ. ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ					
Περιφερειακά Υποκαταστήματα Ι.Κ.Α.	Ημέρες Νοσηλείας				
	2001	2002	2003	2004	2005
ΑΘΗΝΩΝ	2.166.810	2.436.580	2.578.129	2.490.362	2.589.688
ΒΟΛΟΥ	172.425	181.892	172.730	179.854	181.641
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	786	821	823	937	551
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	126.486	102.164	83.518	144.868	128.894
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1.064.049	1.123.119	1.235.107	1.299.657	1.265.128
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	135.389	105.464	108.457	115.793	139.694
ΚΑΒΑΛΑΣ	122.654	114.905	132.024	143.129	161.620
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	19.323	14.865	24.719	31.993	29.399
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	52.372	65.684	56.789	68.334	62.380
ΚΟΖΑΝΗΣ	104.400	82.460	86.835	99.357	83.608
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	56.045	57.872	62.884	82.158	67.141
ΛΑΜΙΑΣ	34.068	37.452	37.011	38.966	41.215
ΛΑΡΙΣΑΣ	122.260	128.912	87.014	178.402	234.141
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	50.563	24.443	25.131	22.856	37.486
ΠΑΤΡΑΣ	199.262	191.511	185.184	193.431	195.392
ΠΕΙΡΑΙΑ	438.177	425.589	443.544	433.288	402.397
ΡΟΔΟΥ	37.436	33.042	30.394	39.523	37.237
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	23.380	37.845	60.599	63.080	65.978
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	28.659	25.888	37.936	30.287	26.923
ΧΑΝΙΩΝ	83.886	69.833	113.385	96.450	72.916
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	***5.038.430***	***5.260.341***	***5.562.213***	***5.752.725***	***5.823.429***

Πηγή. Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Ι.Κ.Α.

Τα στοιχεία του πίνακα 11 που αφορούν τις ημέρες νοσηλείας στα κυριότερα υποκαταστήματα Ι.Κ.Α. των ετών 2001 - 2005 απεικονίζονται στο διάγραμμα 15.

Διάγραμμα 15. Ημέρες νοσηλείας κατά περιφερειακό υποκατάστημα Ι.Κ.Α.. 2001-2005



4.2.4. ΗΜΕΡΕΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.

Στην τελευταία ενότητα που να αναλυθούν δεδομένα του Ι.Κ.Α. που αφορούν τις περιπτώσεις, τις ημέρες, τη μέση διάρκεια, το κόστος και το μέσο κόστος επιδότησης κοινής νόσου μεταξύ των ετών 2001 και 2005 (πίνακας 12). Μεταξύ των ετών 2001 και 2004 υπάρχει μια αύξηση της τάξης του 7,698%, από 6.554.795 στις 7.058.901 ημέρες επιδότησης. Όμως, η ποσοστιαία διαφορά του επόμενου έτους, 2005, παρουσίασε μείωση 6,41% στις 6.606.333 ημέρες. Έτσι η μέση διάρκεια επιδότησης ημερών κοινής νόσου ήταν για το 2001 20, 70 ημέρες και για το 2005 21 ημέρες, αύξηση 1,45%. Επίσης το κόστος επιδότησης στοίχισε στο Ι.Κ.Α. 113.941.000€ το 2001 και 125.742.326 το 2005, αύξηση 10,36%. Τέλος το μέσο κόστος επιδότησης ήταν το 2001 359,82 € ενώ το 2005 399,71€, αύξηση 11,09%.

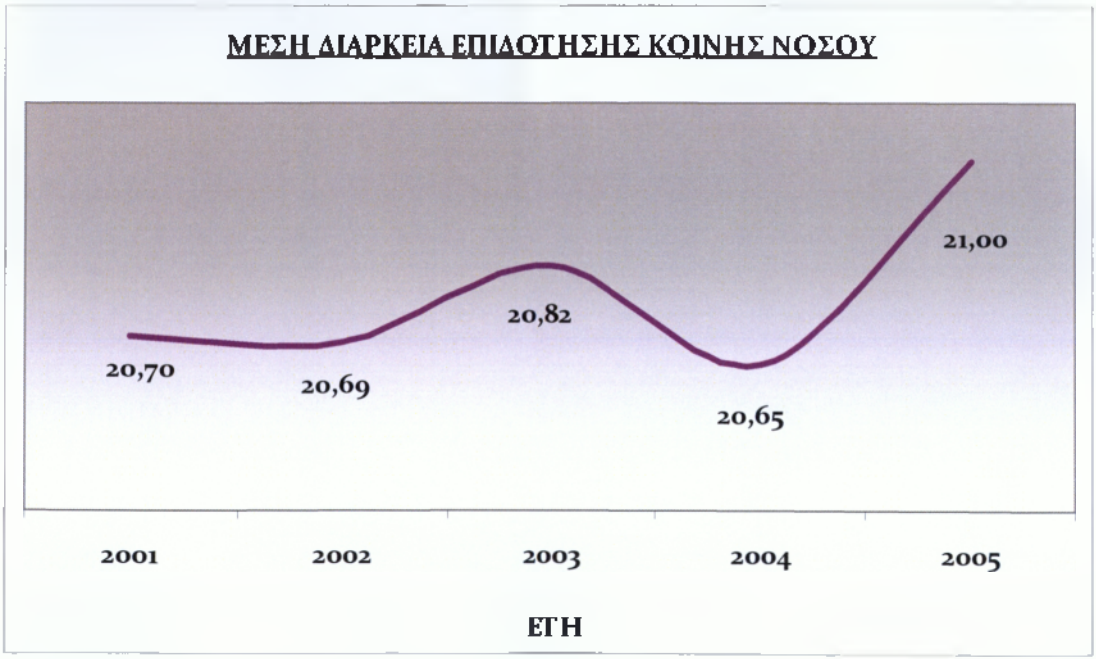
Πίνακας 12. Περιπτώσεις, ημέρες, μέση διάρκεια, κόστος και μέσο κόστος επιδότησης κοινής νόσου 2001-2005

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ, ΗΜΕΡΕΣ, ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ, ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΟΣΟΥ					
Έτη	**Περιπτώσεις επιδότησης κοινής νόσου**	**Ημέρες επιδότησης κοινής νόσου**	**Μέση διάρκεια επιδότησης**	**Κόστος επιδότησης**	**Μέσο κόστος επιδότησης**
2001	316.657	6.554.795	20,70	113.941.000	359,82
2002	326.575	6.756.840	20,69	122.641.953	375,54
2003	329.429	6.858.396	20,82	123.092.064	373,65
2004	341.809	7.058.901	20,65	130.055.988	380,49
2005	314.587	6.606.333	21,00	125.742.326	399,71

Πηγή. Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Ι.Κ.Α.

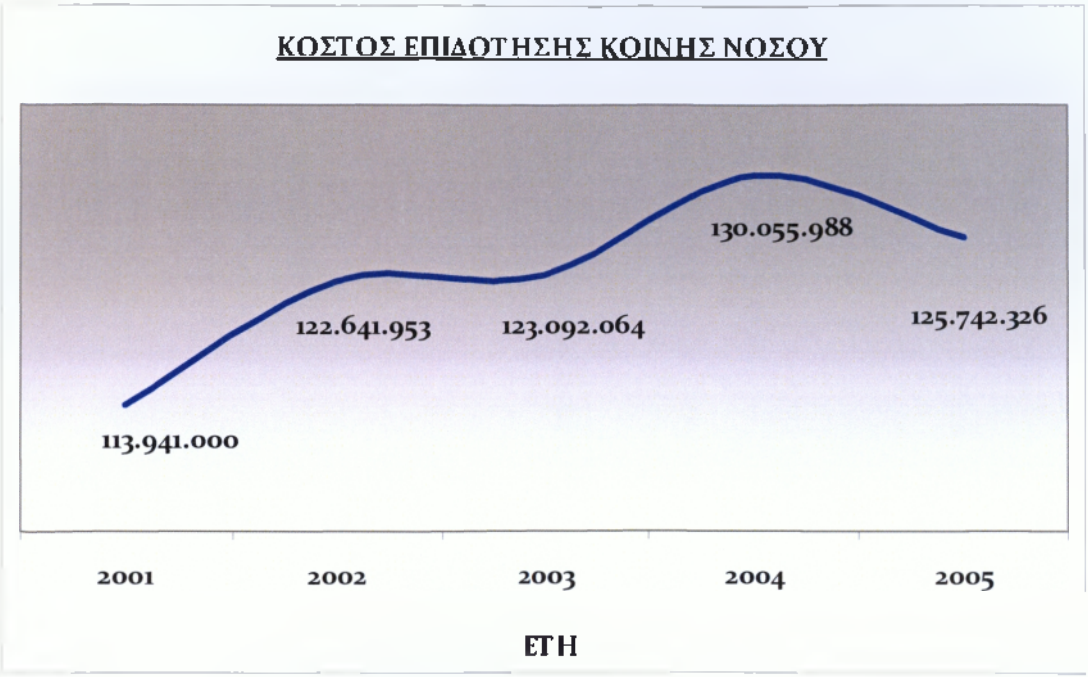
Τα στοιχεία του πίνακα 12 σχετικά με τη μέση διάρκεια επιδότησης κοινής νόσου 2001 - 2005 απεικονίζονται στο διάγραμμα 16.

Διάγραμμα 16. Μέση διάρκεια επιδότησης κοινής νόσου 2001-2005



Τα στοιχεία του πίνακα 12 αναφορικά με το κόστος επιδότησης κοινής νόσου 2001 - 2005 απεικονίζονται στο διάγραμμα 17.

Διάγραμμα 17. Κόστος επιδότησης κοινής νόσου 2001-2005



Στον πίνακα 13 που ακολουθεί απεικονίζονται οι ημέρες επιδότησης κοινής νόσου κατά περιφερειακό υποκατάστημα Ι.Κ.Α.. Τα υποκαταστήματα Ι.Κ.Α. με τα μεγαλύτερα ποσοστά ημερών επιδότησης κοινής νόσου το 2005 ήταν εκείνο των Αθηνών με 2.373.101 ημέρες, της Θεσσαλονίκης με 1.109.174, του Πειραιά με 492.923 και του Ηρακλείου με 412.433.

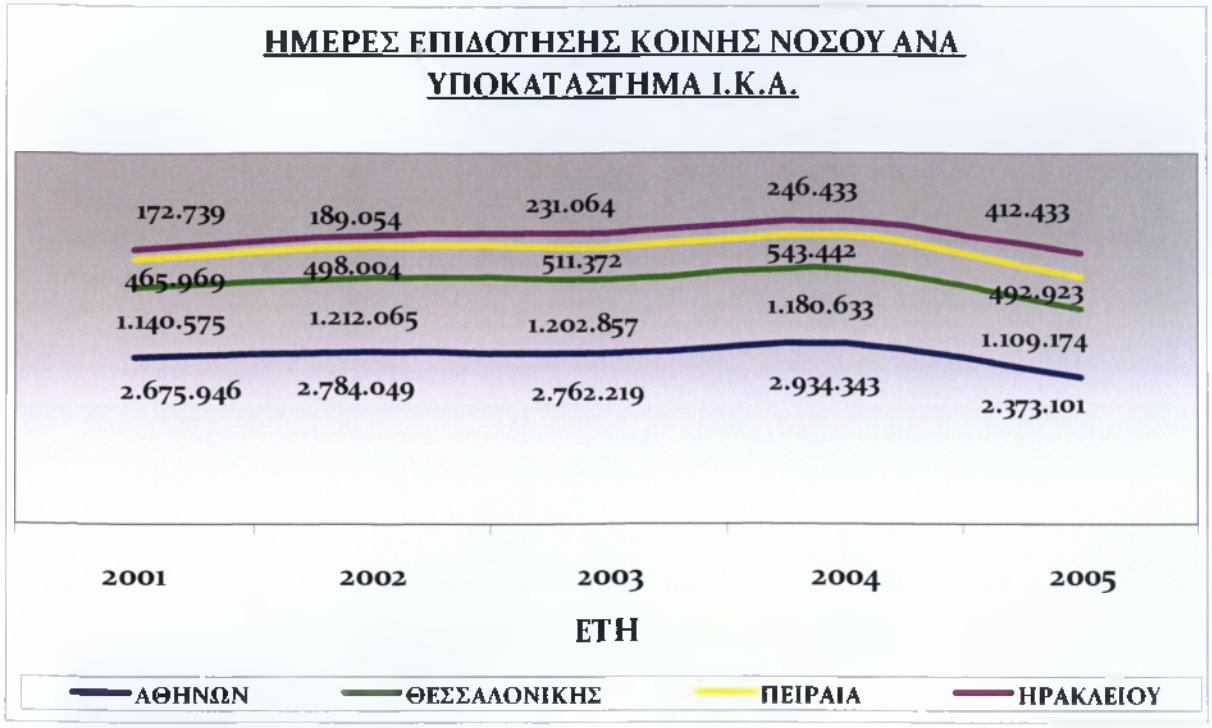
Πίνακας 13. Ημέρες επιδότησης κοινής νόσου κατά περιφερειακό υποκατάστημα Ι.Κ.Α. 2001-2005

ΗΜΕΡΕΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ι.Κ.Α.					
Περιφερειακά Υποκαταστήματα Ι.Κ.Α.	**Ημέρες επιδότησης κοινής νόσου**				
	2001	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
ΑΘΗΝΩΝ	2.675.946	2.784.049	2.762.219	2.934.343	2.373.101
ΒΟΛΟΥ	135.590	110.991	137.529	111.333	111.186
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	89.810	91.590	103.230	133.817	170.068
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	172.739	189.054	231.064	246.433	412.433
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1.140.575	1.212.065	1.202.857	1.180.633	1.109.174
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	204.053	221.618	219.344	188.027	205.752
ΚΑΒΑΛΑΣ	210.891	213.468	197.586	176.936	175.713
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	77.051	88.400	86.589	87.966	73.800
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	94.702	89.638	89.588	82.262	77.744
ΚΟΖΑΝΗΣ	115.670	106.416	110.023	98.756	102.718
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	91.459	102.553	100.835	114.209	107.538
ΛΑΜΙΑΣ	84.045	95.167	101.726	97.791	96.389
ΛΑΡΙΣΑΣ	128.273	107.191	119.153	133.723	123.807
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	70.598	61.035	63.740	65.931	64.483
ΠΑΤΡΑΣ	402.912	360.190	356.005	366.582	353.230
ΠΕΙΡΑΙΑ	465.969	498.004	511.372	543.442	492.923
ΡΟΔΟΥ	64.101	64.327	68.249	83.520	106.981
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	71.474	84.300	96.411	100.058	106.497
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	141.427	157.323	168.267	174.005	178.220
ΧΑΝΙΩΝ	117.510	119.461	132.609	139.134	164.576
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	***6.554.795***	***6.756.840***	***6.858.396***	***7.058.901***	***6.606.333***

Πηγή. Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005. Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής. Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Ι.Κ.Α.

Τα στοιχεία του πίνακα 13 που αφορούν τις ημέρες επιδότησης κοινής νόσου, των ετών 2001 έως και 2005, στα κυριότερα υποκαταστήματα Ι.Κ.Α. απεικονίζονται στο διάγραμμα 18.

Διάγραμμα 18. Ημέρες επιδότησης κοινής νόσου κατά περιφερειακό υποκατάστημα Ι.Κ.Α.. 2001-2005



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ο.Γ.Α.)

5.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.

Ο Ο.Γ.Α. ιδρύθηκε το έτος 1961 με το βασικό Νόμο 4169 με σκοπό κατ΄ αρχήν, τη χορήγηση παροχών συντάξεων γήρατος - χηρείας και την παροχή ιατρικής περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Η εξέλιξή του από το 1961 έως το 1997, χαρακτηρίζεται από την ενδυνάμωση της ασφαλιστικής του προστασίας κυρίως με προσθήκη παροχών όπως σύνταξη αναπηρίας, φαρμακευτική περίθαλψη κ.ά.

Το 1998 ο Ο.Γ.Α. μετετράπη σε ταμείο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών (Ν. 2458/97) και παρέχει ευρύ και πλήρες φάσμα ασφαλιστικής προστασίας. Θεσμοθετήθηκε μεταβατική περίοδος έως το 2026 κατά την οποία συνυπάρχει το παλαιό και νέο ασφαλιστικό καθεστώς. Η μετάβαση από το παλαιό στο νέο προβλέπεται ομαλή και χωρίς απώλεια ασφαλιστικών δικαιωμάτων. Τα ουσιώδη χαρακτηριστικά του νέου Ο.Γ.Α. είναι:

- Η ανταποδοτικότητα.
- Η αναδιανεμητική οικονομική λειτουργία του (κρατική συμμετοχή).
- Η ομαλή ανάπτυξη και μετάβασή του από το παλαιό στο νέο ασφαλιστικό καθεστώς.
- Η βιωσιμότητά του.

Σήμερα ο Ο.Γ.Α. παρέχει τις εξής υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους του:

- Ασφάλιση
- Συντάξεις
- Υγειονομική Περίθαλψη
- Φαρμακευτική Περίθαλψη
- Διακρατικές Κοινωνικές Ασφαλίσεις
- Πολυτεκνικά επιδόματα
- Προγράμματα κοινωνικού τουρισμού

5.1.1. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.

Ο Ο.Γ.Α. παρέχει ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη στους δικαιούχους περίθαλψης του Οργανισμού (σε όλους τους άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους). Σε περίπτωση που τα πρόσωπα των παραπάνω κατηγοριών δικαιούνται άμεσα τις παροχές περίθαλψης από άλλο ασφαλιστικό φορέα, δεν τις δικαιούνται από τον Ο.Γ.Α.. Στην ασφάλιση του κλάδου υπάγονται υποχρεωτικά και αυτοδίκαια:

1. Οι αγρότες, οι απασχολούμενοι δηλ. προσωπικά, συστηματικά και κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα στην αγροτική οικονομία (ιδιοκτήτες και εκμεταλλευτές αγροκτημάτων, κτηνοτρόφοι, πτηνοτρόφοι, μελισσοκόμοι κλπ).
2. Οι αγροεργάτες, δηλαδή, οι απασχολούμενοι κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα, με ημερομίσθιο ή μισθό, σε είδος ή σε χρήμα, σε οποιαδήποτε παραγωγική αγροτική εργασία.
3. Οι αλιείς που δεν υπάγονται στην ασφάλιση άλλου φορέα.
4. Οι επαγγελματίες και βιοτέχνες που ασκούν το επάγγελμά τους σε χωριά ή οικισμούς με πληθυσμό μέχρι και 2.000 κατοίκους, υπό ορισμένες προϋποθέσεις και εφόσον δεν έχουν ασφαλιστεί στον Ο.Α.Ε.Ε. ή δεν υπάγονται υποχρεωτικά στην ασφάλιση του Ταμείου Εμπόρων. Για τους επαγγελματίες και βιοτέχνες που ασκούν το επάγγελμά τους στους παρακάτω Νομούς Αττικής, Θεσσαλονίκης, Αχαΐας, Κορινθίας, Βοιωτίας, και Εύβοιας, υπάρχει ειδικό καθεστώς σχετικά με την υπαγωγή τους στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α. ή του Ο.Α.Ε.Ε.
5. Τα πρόσωπα που κατοικούν μόνιμα και απασχολούνται σε οποιαδήποτε βιοποριστική εργασία σε Δήμους ή Κοινότητες που είχαν πληθυσμό μέχρι 5.000 κατοίκους, σύμφωνα με την απογραφή του έτους 1971, υπό τη ρητή προϋπόθεση ότι δεν υπάγονται στην υποχρεωτική ασφάλιση άλλου φορέα.

Στην ασφάλιση του κλάδου υπάγονται προαιρετικά:

1. Οι μοναχοί και μοναχές, που απασχολούνται με οποιοδήποτε τρόπο σε αγροτικές εργασίες.
2. Οι συνταξιούχοι οποιουδήποτε ασφαλιστικού φορέα από έμμεσο δικαίωμα, εφόσον ασκούν επάγγελμα για το οποίο υπάγονται στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α.
3. Τα πρόσωπα που έχουν συμπληρώσει το 180 έτος της ηλικίας τους και δεν έχουν υπερβεί το 210 έτος, εφόσον ασκούν επάγγελμα για το οποίο υπάγονται στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α.

Επίσης ο Ο.Γ.Α. παρέχει στους ασφαλισμένους του πλήρη φαρμακευτική περίθαλψη. Δικαιούχοι φαρμακευτικής περίθαλψης είναι οι ασφαλισμένοι και οι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α. και τα προστατευόμενα μέλη της οικογενείας τους που δικαιούνται περίθαλψη από τον οργανισμό και έχουν βιβλιάριο υγείας Ο.Γ.Α. που ισχύει.

Οι συνταγές φαρμάκων χορηγούνται από κρατικούς ιατρούς ή ιδιώτες ιατρούς που έχουν δηλώσει ότι αποδέχονται την τήρηση του Κανονισμού Φαρμάκων Περίθαλψης του Ο.Γ.Α. και έχουν δικαίωμα συνταγογράφησης για τους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.

Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν για τα φάρμακα συμμετοχή 25% με εξαίρεση φάρμακα που έχουν καθορισθεί για την αντιμετώπιση και θεραπεία ορισμένων χρόνιων παθήσεων, στα οποία η συμμετοχή είναι 10% ή χορηγούνται δωρεάν.

Στους ασφαλισμένους χορηγούνται όλα τα φάρμακα που κυκλοφορούν στην Ελλάδα και τα οποία περιλαμβάνονται στον εκάστοτε εγκεκριμένο κατάλογο συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων. Φάρμακα που δεν περιλαμβάνονται στον κατάλογο αυτό, χορηγούνται μόνο βάσει ειδικά αιτιολογημένης γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού.

Ακόμη χορηγούνται αυξητικές ορμόνες, προϊόντα ειδικής διατροφής, εγκεκριμένα από τον Ε.Ο.Φ. και φάρμακα που κυκλοφορούν μόνο στο εξωτερικό, εφόσον κριθούν απαραίτητα για την υγεία των ασφαλισμένων και υπό την προϋπόθεση ότι δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα φάρμακα της ίδιας θεραπευτικής ικανότητας.

Οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. προμηθεύονται τα φάρμακά τους από τα συμβεβλημένα με τον Ο.Γ.Α. φαρμακεία με την προσκόμιση της συνταγής Ο.Γ.Α.

και του βιβλιαρίου υγείας ή από τα φαρμακεία των Κρατικών Νοσοκομείων (όπου προβλέπεται).

5.1.2. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.

Παρέχεται εντελώς δωρεάν στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του Ο.Γ.Α. καθώς και στα προστατευόμενα μέλη της οικογενείας τους, μέσω των αγροτικών ιατρείων, των Κέντρων Υγείας και των Εξωτερικών Ιατρείων των Κρατικών και των συμβεβλημένων με τον Ο.Γ.Α. Νοσοκομείων.

Για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης οι ασφαλισμένοι θα πρέπει να απευθύνονται με το βιβλιάριο υγείας Ο.Γ.Α. στις ανωτέρω αναφερόμενες υγειονομικές μονάδες.

Κατ' εξαίρεση οι εξετάσεις της αξονικής τομογραφίας, της μαγνητικής τομογραφίας, του υπερηχογραφήματος A-Mode και B-Mode, του υπερηχογραφήματος με τεχνική Doppler και έγχρωμης αγγειοδυναμογραφίας (Triplex Scan) της εκλεκτικής ψηφιακής αγγειογραφίας καθώς και η θεραπεία με λιθοτριψία, μπορούν να διενεργούνται σε ιδιωτικά εργαστήρια και κλινικές όταν τα κρατικά νοσοκομεία αδυνατούν να τις πραγματοποιήσουν μέσα στον ιατρικώς αναγκαίο χρόνο.

Επίσης οποιαδήποτε άλλη ειδική εξέταση μπορεί να διενεργείται σε ιδιωτικό εργαστήριο, υπό την προϋπόθεση ότι δεν γίνεται σε κρατικά νοσοκομεία και νοσηλευτικά ιδρύματα κοινωφελούς χαρακτήρα της περιοχής που πραγματοποιήθηκε η εξέταση.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει:

1. Πλήρη Νοσοκομειακή - Μαιευτική Περίθαλψη στην Γ΄ Θέση των Νοσοκομείων και των συμβεβλημένων θεραπευτηρίων και κλινικών. Αν ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε βελτιωμένη θέση τότε βαρύνεται με τη διαφορά των δαπανών από την Γ΄ θέση στη βελτιωμένη.
2. Εκπαίδευση σε Ιδρύματα Τυφλών, Κωφών, Αναπήρων και Απροσάρμοστων Παιδιών.

3. Περίθαλψη σε κρατικά και συμβεβλημένα με τον Ο.Γ.Α. Άσυλα Ανιάτων.

Περίθαλψη από τον Ο.Γ.Α. δικαιούνται όλοι οι άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένοι του. Άμεσα ασφαλισμένοι είναι:

1. Οι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α. κάθε κατηγορίας (Αναπηρίας, Γήρατος, Υπερηλίκων) και τα επιδοτούμενα ορφανά.
2. Τα πρόσωπα που ασκούν επάγγελμα για το οποίο σύμφωνα με την ισχύουσα κάθε φορά νομοθεσία υπάγονται στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α.

Τέλος, ο ασφαλισμένος του Ο.Γ.Α. μπορεί να νοσηλευθεί στο εξωτερικό με δαπάνες του Οργανισμού:

1. Αν η διάγνωση ή η θεραπεία της πάθησής του ή η εφαρμογή μιας πρόθεσης δεν μπορεί να γίνει στην Ελλάδα, αλλά είναι δυνατή στο εξωτερικό.
2. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή, η έγκαιρη - μέσα στον ιατρικώς αναγκαίο χρόνο - αντιμετώπιση του περιστατικού στην Ελλάδα, με αποτέλεσμα να κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενή[23].

5.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Γ.Α.

Ο Ο.Γ.Α. εκτός από την χορήγηση παροχών συντάξεων γήρατος - χηρείας προσφέρει και την παροχή ιατρικής περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Στον παρακάτω πίνακα 14 μπορούμε να δούμε το κόστος που καταβάλλει ο Ο.Γ.Α. για την ιατρική περίθαλψη των δικαιούχων του από το 1990 έως και το 2007. Όπως παρατηρούμε το κόστος της ιατρικής περίθαλψης από το 1990 μέχρι και το 2007 είχε ανοδική τάση με μόνη εξαίρεση τα έτη 2000 και 2001 όπου μειώθηκε. Το 1990 το κόστος ήταν 116,390 εκ. € έφτασε στα 1,437 δις €, αύξηση περίπου 11 φορές από το αρχικό κόστος.

[23] Τα στοιχεία της ενότητας αντλήθηκαν από: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.), (2008), *Οδηγός ασφαλισμένου*, Επιμέλεια έκδοσης Κυπραίου, Μ., Αθήνα

Πίνακας 14. Κόστος Ιατρικής Περίθαλψης Ο.Γ.Α. 1990 – 2007

ΕΤΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
1990	116.390.315
1991	150.060.162
1992	197.531.916
1993	360.281.731
1994	429.523.110
1995	474.914.160
1996	522.720.470
1997	590.834.924
1998	556.801.174
1999	692.906.823
2000	665.605.283
2001	513.161.131
2002	724.289.023
2003	773.235.458
2004	832.017.617
2005	1.195.461.704
2006	1.191.846.382
2007	1.437.833.373

Πηγή. Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο 2007, Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων, Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης, Υπηρεσία Θ΄ Στατιστικής και Μελετών

Η γραφική απεικόνιση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης από το 1990 μέχρι και το 2007 απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα 19.

Διάγραμμα 19. Κόστος Ιατρικής Περίθαλψης Ο.Γ.Α. 1990 – 2007

5.2.1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.

Στον παρακάτω πίνακα 15 απεικονίζεται η ανάλυση του συνολικού κόστους που δαπανά ο Ο.Γ.Α. για την νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη στον υπολογισμό αυτού του κόστους είναι το κόστος που καταβάλλεται στα νοσοκομεία, στις συμβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μη συμβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στα λοιπά κόστη περίθαλψης και σε κόστη από νοσηλεία ασθενών στο εξωτερικό. Το κόστος (συνολικό) για το 2000 ανέρχεται στα 385,138 εκ. €, παρουσιάζοντας μια σημαντική μείωση 56,74% στα 166,622 εκ. € το 2001, το επόμενο έτος υπήρξε μια αύξηση 77,83% στα 296,305 εκ. €. Έτσι, συνεχίστηκαν οι αυξομειώσεις και το 2007 το κόστος έφτασε στα 506,746 εκ. €, βέβαια ο Ο.Γ.Α. προϋπολογίζει για το 2008 το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης να είναι στα 610 εκ. €.

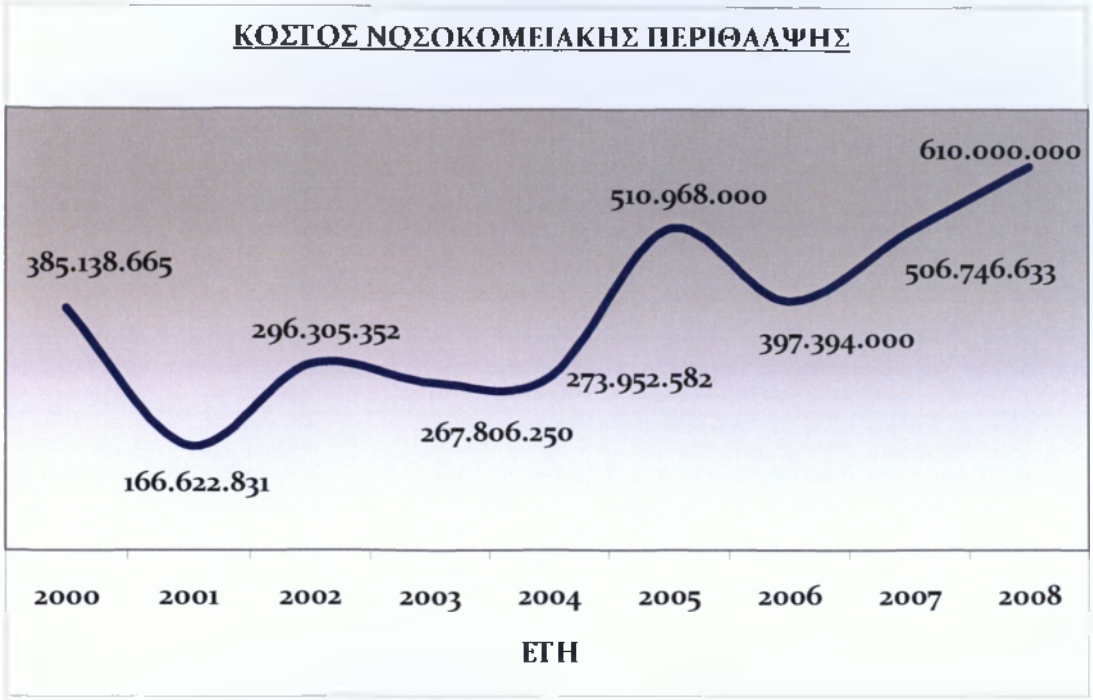
Πίνακας 15. Κόστος Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ο.Γ.Α. 2000 - 2008

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ						
Έτη	**Νοσοκομεία**	**Συμβλημένες Ιδιωτικές Κλινικές**	**Μη Συμβλημένες Ιδιωτικές Κλινικές**	**Λοιπά Κόστη Περίθαλψης**	**Εξωτερικό**	**Κόστος Νοσοκομειακής Περίθαλψης**
2000	318.403.522	28.349.230	5.165.077	26.045.488	7.175.348	***385.138.665***
2001	92.631.162	29.202.517	8.450.852	30.177.096	6.161.204	***166.622.831***
2002	225.641.594	30.156.498	6.710.792	31.260.488	2.535.980	***296.305.352***
2003	181.740.961	36.537.421	7.239.063	35.536.161	6.752.644	***267.806.250***
2004	184.559.628	22.072.050	4.039.199	58.760.788	4.520.917	***273.952.582***
2005	421.300.000	42.750.000	5.069.000	32.849.000	9.000.000	***510.968.000***
2006	310.000.000	38.000.000	12.223.000	29.925.000	7.246.000	***397.394.000***
2007	385.000.000	60.000.000	12.010.182	42.736.451	7.000.000	***506.746.633***
2008	*	*	*	*	*	***610.000.000*** **

Πηγή. Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο 2007. Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων. Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης. Υπηρεσία Θ' Στατιστικής και Μελετών

Η γραφική απεικόνιση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης από το 2000 μέχρι και το 2008 απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα 20.

Διάγραμμα 20. Κόστος Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ο.Γ.Α. 2000 - 2008



Επίσης ο παρακάτω πίνακας 16 θα απεικονίσει στοιχεία που αφορούν τον αριθμό των νοσοκομείων και των συμβεβλημένων ιδιωτικών κλινικών, τον αριθμό των νοσηλευθέντων, τις ημέρες νοσηλείας, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και το μέσο ημερήσιο νοσήλιο. Έτσι, το 1990 στις 251 νοσοκομειακές μονάδες και κλινικές που μπορούσαν να νοσηλευτούν οι 322 χιλ. δικαιούχοι του Ο.Γ.Α. με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 12,7 ημέρες, δαπανούνταν 5,31€ ανά ασθενή ημερησίως. Φτάνοντας στο 2000 στις 333 νοσοκομειακές μονάδες και κλινικές που μπορούσαν να νοσηλευτούν οι 504 χιλ. δικαιούχοι του Ο.Γ.Α., με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 7,9 ημέρες, δαπανούνταν 48,45€ ανά ασθενή ημερησίως το οποίο στα επόμενα έτη παρέμεινε οριακά ίδιο το 2001, στα 48,42€ με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 7,7 ημέρες, αυξήθηκε το 2002 στα 53,40€ με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 7,2 ημέρες, το 2003 μειώθηκε κατά 16,63% στα 44,52 € με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 11,4 ημέρες, το 2004 ανήλθε στα 45,99€ με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 10 ημέρες και τέλος το 2005 στα 48,04€ με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 6,8 ημέρες.

Πίνακας 16. Κόστος Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ο.Γ.Α. 1990 – 2007

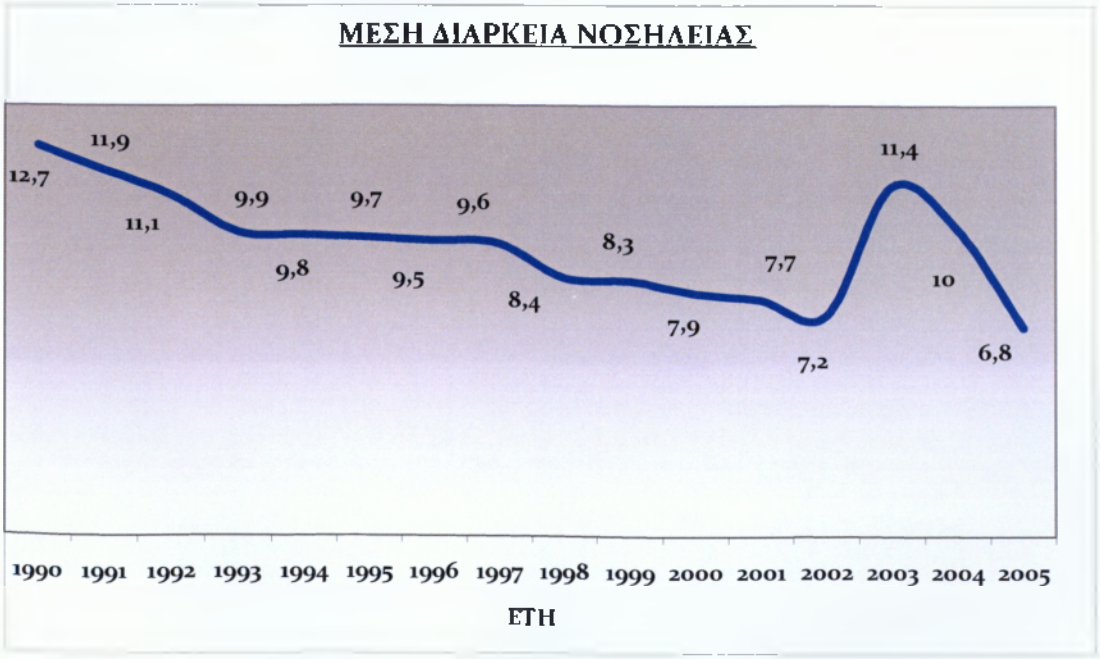
Έτη	Νοσοκομεία και Συμβ. Ιδιωτικές Κλινικές	Νοσηλευθέντες (χιλ.)	Ημέρες Νοσηλείας (χιλ.)	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Μέσο Ημερήσιο Νοσήλιο
1990	251	322	4.097	12,7	5,31
1991	259	357	4.241	11,9	6,26
1992	269	378	4.211	11,1	7,98
1993	283	438	4.335	9,9	31,42
1994	293	425	4.154	9,8	35,6
1995	289	436	4.217	9,7	35,45
1996	298	450	4.313	9,6	35,18
1997	291	459	4.366	9,5	34,9
1998	320	490	4.125	8,4	43,29
1999	328	507	4.234	8,3	48,16
2000	333	526	4.141	7,9	48,45
2001	321	562	4.324	7,7	48,42
2002	330	504	3.620	7,2	53,4
2003	359	224	2.547	11,4	44,52
2004	*	246	2.462	10	45,99
2005	*	511	3.490	6,8	48,04
2006	*	*	*	*	*
2007	*	*	*	*	*

*: Μη διαθέσιμα στοιχεία

Πηγή. Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο 2007. Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων, Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης. Υπηρεσία Θ΄ Στατιστικής και Μελετών

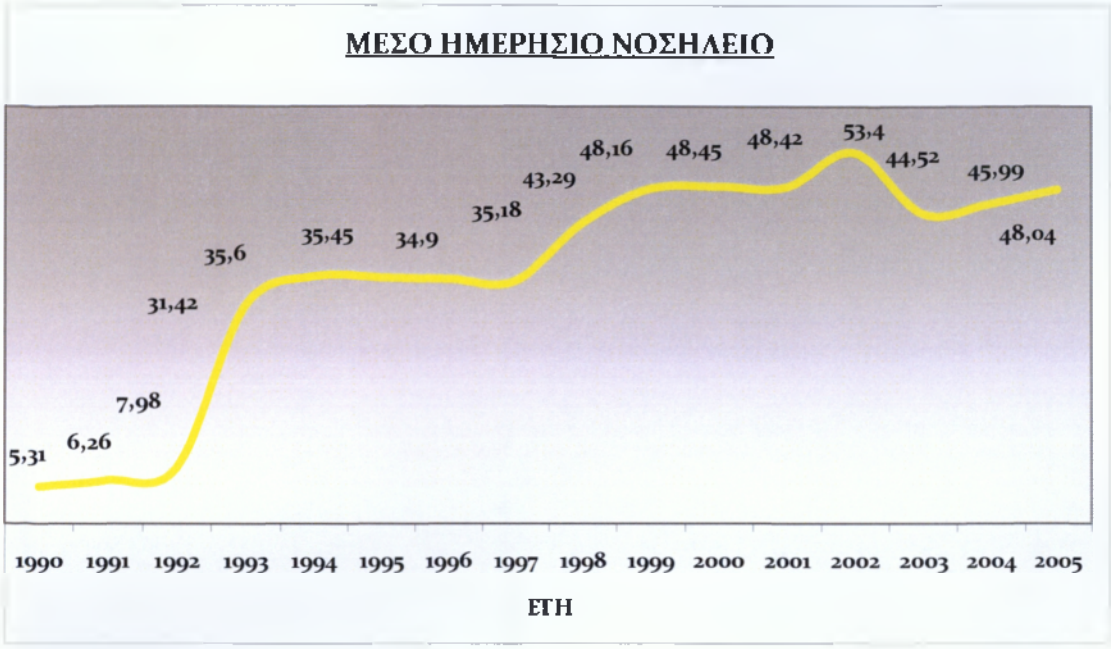
Η γραφική απεικόνιση της μέσης διάρκειας νοσηλείας του Ο.Γ.Α. από το 1990 μέχρι και το 2005 απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα 21.

Διάγραμμα 21. Μέση διάρκειας νοσηλείας Ο.Γ.Α. 1990 - 2005



Επίσης η γραφική απεικόνιση του μέσου ημερήσιου νοσηλίου στον Ο.Γ.Α. από το 1990 μέχρι και το 2005 απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα 22.

Διάγραμμα 22. Μέσο ημερήσιο νοσήλιο Ο.Γ.Α. 1990 - 2005



5.2.2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.

Στην παρούσα ενότητα θα αναλυθούν τα στοιχεία που συνθέτουν την φαρμακευτική περίθαλψη του Ο.Γ.Α.. Στον παρακάτω πίνακα 17 αναλύονται οι επιμέρους παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν το κόστος φαρμακευτικής περίθαλψης για τα έτη 2000 έως 2007. Αρχικά για το 2000 οι 2,15 εκ. δικαιούχοι[24] του Ο.Γ.Α. πραγματοποίησαν 12,411 εκ. συνταγές με κόστος στα 349,507 εκ. € οπότε το μέσο κόστος φαρμακευτικής περίθαλψης, δηλαδή η δαπάνη ανά ασφαλιζόμενο ανήλθε στα 162,56€. Τα ποσά αυτά κάθε έτος είχαν ανοδική πορεία με αποτέλεσμα το 2005 οι 2,03 εκ. δικαιούχοι του Ο.Γ.Α. να πραγματοποιήσουν 17,478 εκ. συνταγές με κόστος στα 1,056 δις εκ. € και το μέσο κόστος φαρμακευτικής περίθαλψης να ανέλθει στα 520,68€

[24] Δικαιούχοι νοούνται οι ασφαλισμένοι ασθένειας, δηλαδή το σύνολο των συνταξιούχων, των ασφαλισμένων κύριας ασφάλισης και των μελών των οικογενειών συνταξιούχων και των ασφαλισμένων.

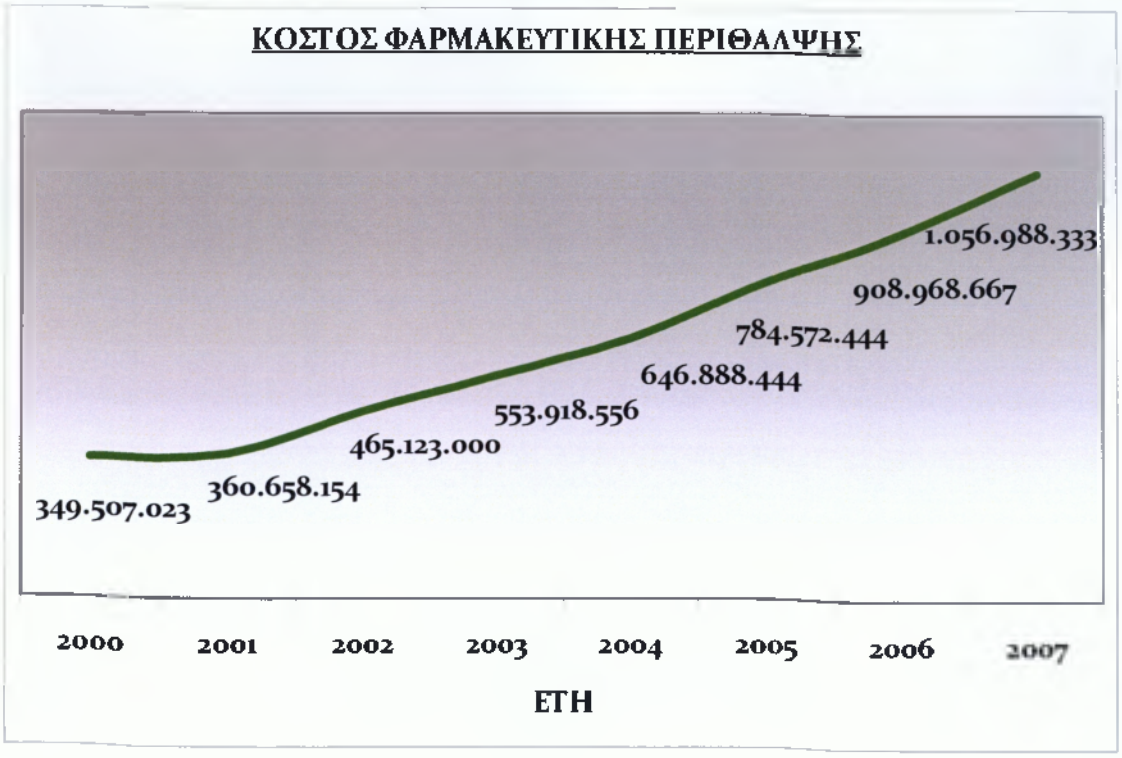
Πίνακας 17. Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης Ο.Γ.Α. 2000 – 2007

ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ				
Έτη	Δικαιούχοι Φαρμακευτικής Περίθαλψης	Αριθμός Συνταγών	Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης	Μέσο Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης
2000	2.150.000	12.411.393	349.507.023	162,56
2001	2.150.000	11.754.774	360.658.154	167,75
2002	2.100.000	13.216.770	465.123.000	221,49
2003	2.050.000	13.762.716	553.918.556	270,2
2004	2.040.000	14.301.128	646.888.444	317,1
2005	2.030.000	15.444.688	784.572.444	386,49
2006	2.030.000	16.285.607	908.968.667	447,77
2007	2.030.000	17.478.239	1.056.988.333	520,68

Πηγή. Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο 2007, Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων, Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης, Υπηρεσία Θ΄ Στατιστικής και Μελετών

Τέλος η γραφική απεικόνιση του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης στον Ο.Γ.Α. από το 1990 μέχρι και το 2007 απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα 23.

Διάγραμμα 23. Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης στον Ο.Γ.Α. 2000 - 2007



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ (Ο.Α.Ε.Ε.)

6.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.

Με το Π.Δ. 154/4-8-2006 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 167/τΑ/4-8-06 κατ' εξουσιοδότηση της παρ. 2 του αρ. 12 του Ν. 2676/99 από 1/1/2007 ενοποιήθηκαν τα τρία Ασφαλιστικά Ταμεία Τ.Ε.Β.Ε. – Τ.Α.Ε – Τ.Σ.Α. και τέθηκε σε λειτουργία ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.) με τη μορφή Νομικού προσώπου Δημοσίου Δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, με έδρα την Αθήνα. Από την έναρξη λειτουργίας του Ο.Α.Ε.Ε. (1-1-07) όλοι οι ασφαλισμένοι των καταργούμενων ταμείων μεταφέρονται στον Ο.Α.Ε.Ε. και θεωρούνται ασφαλισμένοι του νέου Οργανισμού.

Στην υποχρεωτική ασφάλιση του Ο.Α.Ε.Ε. υπάγονται όλα τα παρακάτω πρόσωπα ηλικίας άνω των 18 ετών αδιακρίτως φύλου και υπηκοότητας, που ασκούν τη δραστηριότητά τους, στην Ελλάδα, δηλαδή, οι επαγγελματίες και βιοτέχνες, τα ασκούντα εμπορία πρόσωπα τα οποία υπάγονται σε Εμπορικό ή Βιομηχανικό, επαγγελματικό ή Βιοτεχνικό Επιμελητήριο, οι χρηματιστές, μεσίτες, αντικριστές του Χ.Α.Α., επιχειρηματίες κινηματογράφου, εκτελωνιστές, επιχειρηματίες ιδιωτικών κλινικών και θεραπευτηρίων που δεν έχουν την ιδιότητα του ιατρού, ξενοδόχοι, κάτοχοι άδειας εκπαιδευτή οδηγών αυτοκινήτου, ιδιοκτήτες αυτοκινήτων δημόσιας χρήσης, ιδιοκτήτες τουριστικών λεωφορείων, τακτικό προσωπικό του καταργηθέντος Τ.Σ.Α., θεατρικοί συγγραφείς, ποιητές, πεζογράφοι, κυβερνήτες επαγγελματικών πλοίων αναψυχής, μέλη ή μέτοχοι οργανισμών, κοινοπραξιών ή κάθε μορφής εταιριών (πλην των Ανωνύμων, των οποίων ο σκοπός συνιστά δραστηριότητα, για την οποία τα ασκούντα αυτήν πρόσωπα υπάγονται στην ασφάλιση του Ο.Α.Ε.Ε.), μέτοχοι των Α.Ε., απασχολούμενοι με σύμβαση έργου σε φορείς Δημόσιου Τομέα, ασφαλισμένοι

του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων, αναβάτες και προπονητές Ιπποδρομιών.

6.1.1. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.

6.1.1.1. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ

Ο Ο.Α.Ε.Ε. παρέχει κατάλληλες ιατρικές φροντίδες για την πρόληψη, τη διάγνωση και την θεραπεία των νόσων από θεραπευτές ιατρούς ειδικοτήτων, όπως του παθολόγου, παιδιάτρου, καρδιολόγου, οφθαλμίατρου, γυναικολόγου, ωτορινολαρυγγολόγου, δερματολόγου, ορθοπεδικού, πνευμονολόγου, ουρολόγου, γαστρεντερολόγου, ρευματολόγου, νευρολόγου, ψυχιάτρου, αλλεργιολόγου και ενδοκρινολόγου.

Ο θεραπευτής ιατρός προσφέρει τις ιατρικές του φροντίδες σε ορισμένο αριθμό ασφαλιζομένων, εξετάζοντάς τους δωρεάν μέσα σε καθορισμένο ωράριο που ορίζεται στην σύμβασή του και αναφέρεται στην αυτοκόλλητη ετικέτα που επικολλά ο υπάλληλος της υπηρεσίας στο βιβλιάριο ασθενείας.

6.1.1.2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Στους δικαιούχους παρέχονται ειδικές θεραπείες και παρακλινικές εξετάσεις πάσης φύσεως. Οι δικαιούχοι επιλέγουν ελεύθερα τα εργαστήρια ή φυσικοθεραπευτήρια, που επιθυμούν, αρκεί να είναι συμβεβλημένα με τον Ο.Α.Ε.Ε.. Η συμμετοχή των ασφαλισμένων στη δαπάνη ανέρχεται σε 25% επί της τιμής του κρατικού τιμολογίου που ισχύει κάθε φορά.

Οι παρακλινικές εξετάσεις μπορεί να εκτελούνται και από μη συμβεβλημένα με τον οργανισμό εργαστήρια ή κρατικά νοσοκομεία χωρίς παραπεμπτικό του

θεράποντα ιατρού υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Σε αυτή την περίπτωση ο Ο.Α.Ε.Ε. καταβάλλει το 75% της αξίας του κρατικού τιμολογίου.

6.1.2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.

Ο Ο.Α.Ε.Ε. παρέχει στους ασφαλιζόμενούς του τα ενδεδειγμένα φάρμακα για την αποκατάσταση της υγείας τους ή την ανακούφισή τους από τη νοσηρή κατάστασή τους και τις αναγκαίες ουσίες για τη διάγνωση των νόσων. Η συμμετοχή στα φάρμακα ορίζεται πάντοτε με τις κείμενες διατάξεις που ισχύουν.

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα παρέχονται μόνο εφόσον κυκλοφορούν νόμιμα. Τα φάρμακα χορηγούνται από συμβεβλημένα με τον οργανισμό φαρμακεία και μόνο με βάση συνταγές που εκδίδονται αποκλειστικά από τον θεραπευτή ιατρό. Επίσης σε επείγουσες περιπτώσεις καταβάλλεται η δαπάνη για τα φάρμακα που συνταγογράφησε ιδιώτης ιατρός εφόσον ζητηθούν από τον ασφαλιζόμενο εντός πέντε ημερών και για θεραπεία 2-3 ημερών και μετά από έγκριση του ελεγκτή ιατρού.

6.1.3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα σε κρατικά νοσοκομεία και θεραπευτήρια, στην ΒΑ θέση, καθώς και σε ιδιωτικά θεραπευτήρια συμβεβλημένα με τον οργανισμό. Σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης ο ασθενής ασφαλισμένος μπορεί να εισαχθεί για νοσηλεία και σε μη συμβεβλημένο με τον οργανισμό θεραπευτήριο στην περίπτωση όμως αυτή ο Οργανισμός καταβάλλει νοσήλια μετά από έγκριση ελεγκτού ιατρού για το έκτακτο της νοσηλείας και μέχρι πέντε (5) ημέρες νοσηλείας εάν όμως ο ασθενής δεν μπορεί να μετακινηθεί σε κρατικό νοσοκομείο ή συμβεβλημένο

ιδιωτικό θεραπευτήριο ο Οργανισμός καταβάλει τη δαπάνη νοσηλείας του όλες τις ημέρες.

Η περίπτωση νοσηλείας στο εξωτερικό επιτρέπεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις για σοβαρότατα νοσήματα η διάγνωση και η θεραπεία των οποίων δεν μπορεί να γίνει στην Ελλάδα. Οι δαπάνες που αποδίδονται στον ασφαλιζόμενο για νοσηλεία στο εξωτερικό είναι εκείνες της νοσηλείας και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης εξ' ολοκλήρου, δαπάνες μετάβασης - επιστροφής του ασθενούς, έξοδα παραμονής ασθενούς και συνοδού. Οι ανωτέρω δαπάνες αποδίδονται σε οποιαδήποτε χώρα του εξωτερικού και αν πραγματοποιήθηκε η νοσηλεία[25].

6.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Α.Ε.Ε.

6.2.1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.) παρέχει τις κατάλληλες ιατρικές φροντίδες προς του δικαιούχους του. Έτσι, στον παρακάτω πίνακα 18 απεικονίζεται τα επιμέρους στοιχεία της νοσοκομειακής περίθαλψης μεταξύ των ετών 2000 και 2007, όπως ο αριθμός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ο αριθμός των νοσηλευομένων (εισιτήρια) και τις συνολικές ημέρες νοσηλείας. Το 2000 στα 5.501 νοσηλευτικά ιδρύματα, νοσηλεύτηκαν 67.291 ασθενείς με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 4,55 ημέρες η οποία διαχρονικά μειώνεται και το 2007 έφτασε τις 3,44 ημέρες για 63.384 δικαιούχους σε 5.872 νοσηλευτικά ιδρύματα (κρατικά και ιδιωτικά – συμβεβλημένα και μη).

[25] Τα στοιχεία της ενότητας αντλήθηκαν από τον Οργανισμό Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), (2008), *Ενημερωτικό Έντυπο Ασφαλιζομένων*, Αθήνα

Πίνακας 18. Κόστος Νοσοκομειακής Περίθαλψης. Αριθμός νοσηλευτικών ιδρυμάτων, νοσηλευομένων, συνολικές ημέρες νοσηλείας Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007

ΕΤΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ			
	Αριθμός Νοσηλ/κών Ιδρυμάτων	Αριθμός Νοσ/ντων (εισιτήρια)	Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
2000	5.501	67.291	305.838	4,55
2001	5.855	78.169	347.643	4,45
2002	6.949	82.107	335.266	4,08
2003	6.480	81.912	320.701	3,92
2004	6.928	81.167	297.748	3,67
2005	5.875	82.399	310.929	3,77
2006	5.175	85.346	315.755	3,70
2007	5.872	63.384	217.889	3,44

Πηγή. Συνοπτικά στοιχεία νοσοκομειακής περίθαλψης, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 και 2007, Ο.Α.Ε.Ε., Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών, Διεύθυνση Στατιστικής και Αναλυτικών Μελετών

Ο παραπάνω πίνακας 18 προκύπτει από τα επιμέρους αθροίσματα του πίνακα 19 που ακολουθεί ο οποίος απεικονίζει τον αριθμό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τον αριθμό των νοσηλευομένων (εισιτήρια) και τις συνολικές ημέρες νοσηλείας σε όλα τα κρατικά, ιδιωτικά συμβεβλημένα και ιδιωτικά μη συμβεβλημένα, νοσηλευτικά ιδρύματα και θεραπευτήρια.

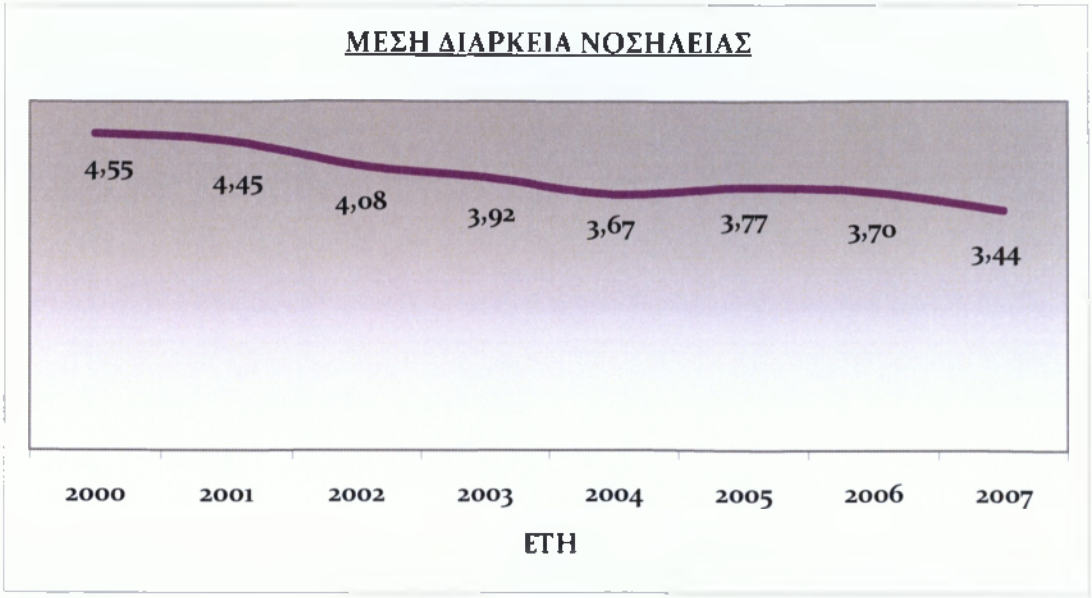
Πίνακας 19 Κόστος Νοσοκομειακής Περίθαλψης. Αριθμός νοσηλευτικών ιδρυμάτων, νοσηλευομένων, συνολικές ημέρες νοσηλείας Ο.Α.Ε.Ε. ανά κρατικά και ιδιωτικά ιδρύματα (συμβ. και μη) 2000 – 2007

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ								
	Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Νοσοκομεία και ευαγή ιδρύματα)			Ιδιωτικά Θεραπευτήρια και Κλινικές (συμβεβλημένα)			Ιδιωτικά Θεραπευτήρια και Κλινικές (μη συμβεβλημένα)		
Ετη	Αριθμός Νοσηλ/κών Ιδρυμάτων	Αριθμός Νοσ/ντων (εισιτήρια)	Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας	Αριθμός Νοσηλ/κών Ιδρυμάτων	Αριθμός Νοσ/ντων (εισιτήρια)	Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας	Αριθμός Νοσηλ/κών Ιδρυμάτων	Αριθμός Νοσ/ντων (εισιτήρια)	Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας
2000	1.590	54.449	242.903	1.035	9.008	42.531	2.876	3.834	20.404
2001	1.839	67.594	275.698	662	6.397	50.040	3.354	4.178	21.905
2002	1.898	68.446	272.615	775	8.920	40.021	4.276	4.741	22.630
2003	1.742	64.931	248.264	922	12.134	49.074	3.816	4.847	23.363
2004	2.001	65.065	235.944	872	10.936	39.181	4.055	5.166	22.623
2005	2.093	70.277	252.896	649	6.806	33.707	3.133	5.316	24.326
2006	1.623	69.503	253.442	932	12.765	44.567	2.620	3.078	17.746
2007	1.938	49.017	157.993	1.994	12.280	47.321	1.940	2.087	12.575

Πηγή. Συνοπτικά στοιχεία νοσοκομειακής περίθαλψης, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 και 2007, Ο.Α.Ε.Ε., Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών, Διεύθυνση Στατιστικής και Αναλυτικών Μελετών

Η αναπαράσταση της μέσης διάρκειας νοσηλείας για τους δικαιούχους του Ο.Α.Ε.Ε. για τα έτη 2000 έως 2007 παρατίθεται παρακάτω στο διάγραμμα 24.

Διάγραμμα 24. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Ο.Α.Ε.Ε. 2000 - 2007



Επίσης στον πίνακα 20 παραθέτονται στοιχεία σχετικά με τις περιπτώσεις νοσηλείας, το κόστος νοσηλείας και το μέσο κόστος νοσηλείας. Έτσι, το 2000 σε 257.500 περιπτώσεις δαπανήθηκαν 20,792 εκ. € με μέσο κόστος νοσηλείας 80,75€. Το κόστος νοσηλείας παρουσίασε σε όλα τα έτη μέχρι και το 2007αυξομειώσεις, στα 24,22 εκ. το 2001 με μέσο κόστος νοσηλείας 69,75€, στα 24,26 εκ. € το 2002 με μέσο κόστος νοσηλείας 72,37€, στα 23,65 εκ. € το 2003 με μέσο κόστος νοσηλείας 73,90€, στα 23,85 εκ. € το 2004 με μέσο κόστος νοσηλείας 80,08€, 25,90 εκ. € το 2005 με μέσο κόστος νοσηλείας 83,33€, στα 24,96 εκ. € το 2006 με μέσο κόστος νοσηλείας 78,83€ και στα 20,24 εκ. € το 2007 με μέσο κόστος νοσηλείας 68,15€.

Πίνακας 20. Κόστος Νοσοκομειακής Περίθαλψης. Περιπτώσεις, Κόστος Μέσο Κόστος Νοσηλείας Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		
ΕΤΗ	Περιπτώσεις	Κόστος Νοσηλείας	Μέσο Κόστος Νοσηλείας
2000	257.500	20.792.022,82	80,75
2001	347.238	24.220.098,97	69,75
2002	335.209	24.260.718,71	72,37
2003	320.048	23.651.491,28	73,90
2004	297.866	23.852.963,05	80,08
2005	310.873	25.906.511,33	83,33
2006	316.724	24.968.481,01	78,83
2007	297.062	20.244.707,75	68,15

Πηγή. Συνοπτικά στοιχεία νοσοκομειακής περίθαλψης, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 και 2007, Ο.Α.Ε.Ε., Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών, Διεύθυνση Στατιστικής και Αναλυτικών Μελετών

Ο παραπάνω πίνακας 20 προκύπτει από τα επιμέρους αθροίσματα του πίνακα 21 ο οποίος απεικονίζει τις περιπτώσεις νοσηλείας, το κόστος νοσηλείας και το μέσο κόστος νοσηλείας σε όλα τα κρατικά, ιδιωτικά συμβεβλημένα και ιδιωτικά μη συμβεβλημένα, νοσηλευτικά ιδρύματα και θεραπευτήρια.

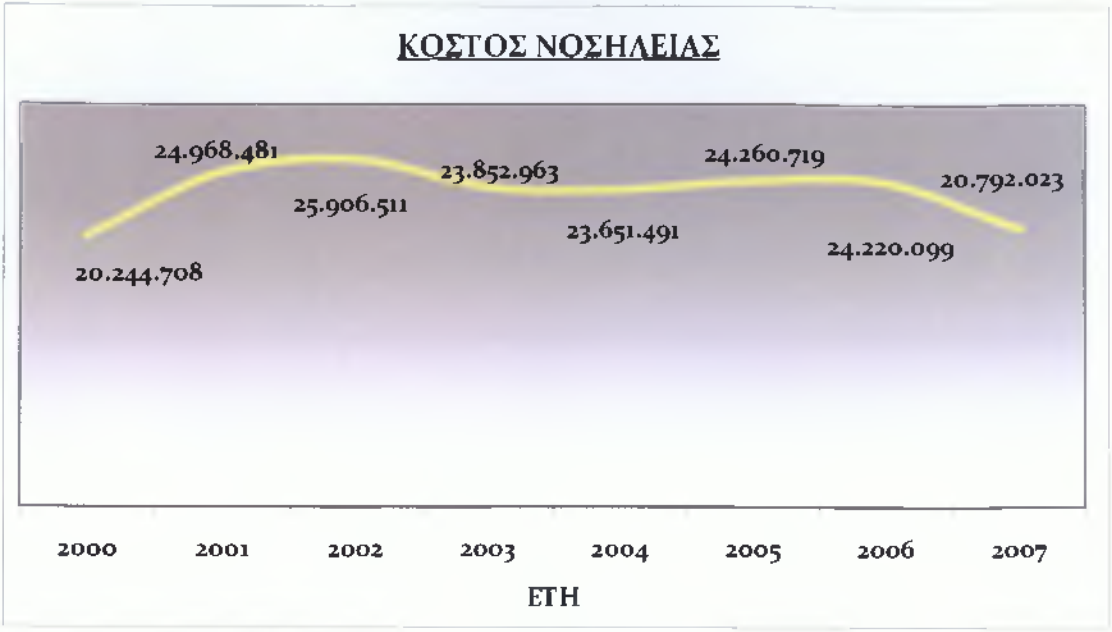
Πίνακας 21. Κόστος Νοσοκομειακής Περίθαλψης. Περιπτώσεις, Κόστος Μέσο Κόστος Νοσηλείας Ο.Α.Ε.Ε. ανά κρατικά και ιδιωτικά ιδρύματα (συμβ. και μη) 2000 – 2007

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ								
	Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Νοσοκομεία και ευαγή ιδρύματα)			Ιδιωτικά Θεραπευτήρια και κλινικές (συμβεβλημένα)			Ιδιωτικά Θεραπευτήρια και κλινικές (μη συμβεβλημένα)		
Έτη	Περ/σεις	Κόστος Νοσηλείας	Μέσο Κόστος Νοσηλείας	Περ/σεις	Κόστος Νοσηλείας	Μέσο Κόστος Νοσηλείας	Περ/σεις	Κόστος Νοσηλείας	Μέσο Κόστος Νοσηλείας
2000	194.592	18.646.794	95,82	42.730	1.431.522	33,50	20.178	713.707	35,37
2001	274.958	21.925.167	79,74	50030	1.432.991	28,64	22.250	861.941	38,74
2002	272.602	21.630.794	79,35	40013	1.640.453	41,00	22.594	989.471	43,79
2003	248.255	20.496.749	82,56	48986	2.142.896	43,75	22.807	1.011.846	44,37
2004	235.972	20.362.983	86,29	39184	2.437.247	62,20	22.710	1.052.733	46,36
2005	252.899	20.344.520	80,45	39488	4.214.506	106,73	18.486	1.347.485	72,89
2006	254.447	20.511.760	80,61	44560	2.757.468	61,88	17.717	1.699.253	95,91
2007	213.059	16.032.929	75,25	65.082	2.707.187	41,60	18.921	1.504.592	79,52

Πηγή. Συνοπτικά στοιχεία νοσοκομειακής περίθαλψης, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 και 2007, Ο.Α.Ε.Ε., Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών, Διεύθυνση Στατιστικής και Αναλυτικών Μελετών

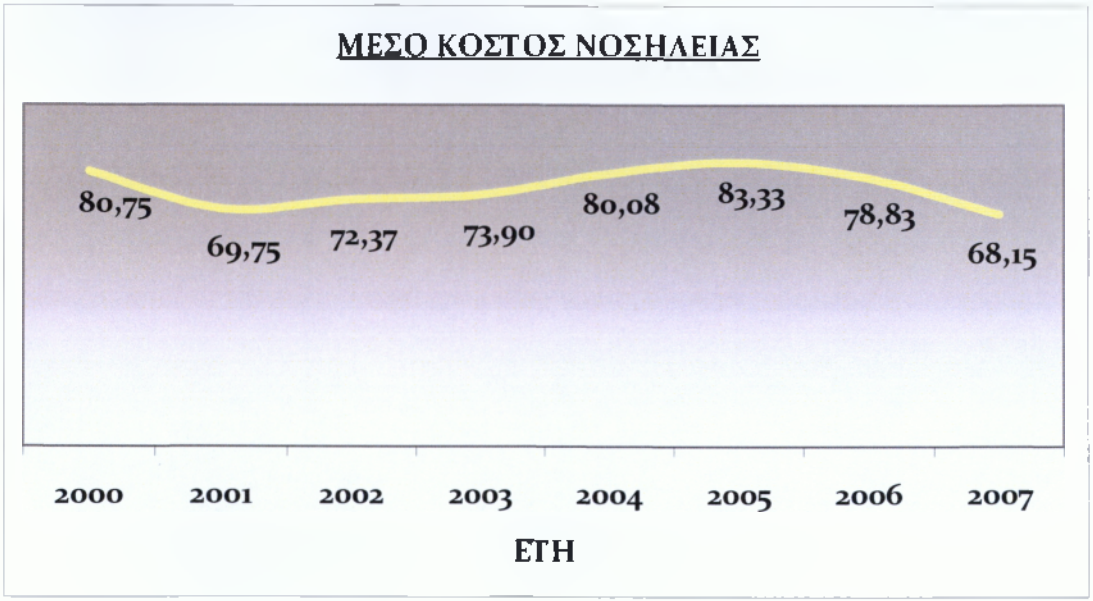
Η γραφική αναπαράσταση του κόστους νοσηλείας για τους δικαιούχους του Ο.Α.Ε.Ε. για τα έτη 2000 έως 2007 παρατίθεται παρακάτω στο διάγραμμα 25.

Διάγραμμα 25. Κόστος Νοσηλείας Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007



Επίσης η γραφική αναπαράσταση του μέσου κόστους νοσηλείας για τους δικαιούχους του Ο.Α.Ε.Ε. για τα έτη 2000 έως 2007 παρατίθεται παρακάτω στο διάγραμμα 26.

Διάγραμμα 26. Μέσο Κόστος Νοσηλείας Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007



6.2.2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.

Τέλος θα αναφερθούμε στο κόστος για φαρμακευτική περίθαλψη που δαπανάται από τον Ο.Α.Ε.Ε. (Πίνακας 22). Η διαχρονική τάση του φαρμακευτικού κόστους είναι συνεχώς αυξανόμενη με μοναδική εξαίρεση το 2005, από τα 5,23 εκ. € του 2000 υπήρξε μια αύξηση 1,48 φορές το 2004 φτάνοντας στα 13,03 εκ. €, το επόμενο έτος μειώθηκε το κόστος 4,32% στα 12,47 εκ. €, από εκείνο το χρονικό σημείο υπήρξε αύξηση των μεγεθών και το 2007 το κόστος για φάρμακα ήταν ίσο με 16,03 εκ. €.

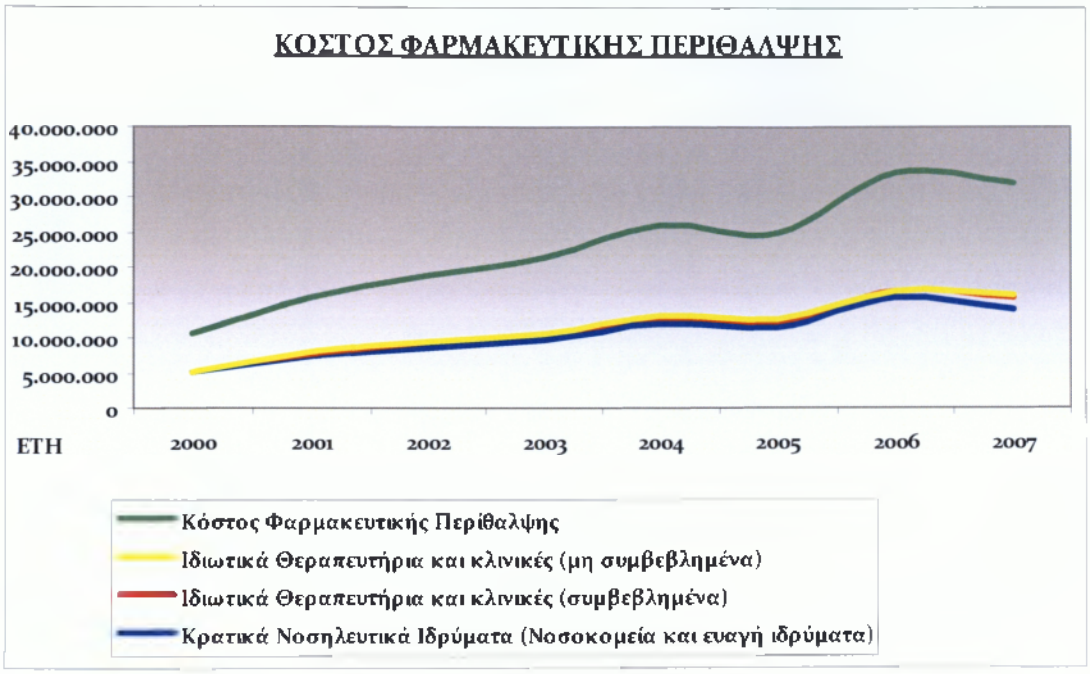
Πίνακας 22. Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ				
Έτη	**Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Νοσοκομεία και ευαγή ιδρύματα)**	**Ιδιωτικά Θεραπευτήρια και κλινικές (συμβεβλημένα)**	**Ιδιωτικά Θεραπευτήρια και κλινικές (μη συμβεβλημένα)**	**Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης**
2000	5.009.071	142.078	84.781	5.235.930
2001	7.511.307	256.454	149.814	7.917.574
2002	8.641.446	689.112	163.281	9.493.839
2003	9.779.516	656.198	214.382	10.650.095
2004	11.962.770	842.562	230.182	13.035.514
2005	11.419.596	817.037	236.086	12.472.719
2006	15.727.271	761.120	203.382	16.691.772
2007	14.041.657	1.671.182	324.872	16.037.710

Πηγή. Συνοπτικά στοιχεία νοσοκομειακής περίθαλψης, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 και 2007, Ο.Α.Ε.Ε., Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών, Διεύθυνση Στατιστικής και Αναλυτικών Μελετών

Το διάγραμμα 27 που ακολουθεί αναπαριστά την γραφική απεικόνιση του παραπάνω πίνακα 20, το συνολικό κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης προέκυψε από το επιμέρους άθροισμα των κοστών για φάρμακα σε κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα (νοσοκομεία και ευαγή ιδρύματα), σε ιδιωτικά θεραπευτήρια και κλινικές, συμβεβλημένα και μη συμβεβλημένα. Παρατηρούμε ότι οι δαπάνες σε κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα είναι οι μεγαλύτερες καθώς φτάνουν τα 14,04 εκ. € το 2007, ακολουθούν τα 1,67 εκ. € για τα συμβεβλημένα ιδιωτικά θεραπευτήρια και κλινικές και τέλος οι 324,87 χιλ. € των μη συμβεβλημένων.

Διάγραμμα 27. Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ

Η εξέταση του κόστους για τους ασφαλιστικούς φορείς Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α. και Ο.Α.Ε.Ε. έγινε με σκοπό την κατανόηση και την σύγκριση των μεγεθών αυτών. Έτσι, στον παρακάτω πίνακα 23 απεικονίζεται συγκεντρωτικά, για τα έτη 2000 έως και 2008, το κόστος νοσηλείας για τους τρεις εξεταζόμενους φορείς. Παρατηρούμε ότι οι μεγαλύτερες δαπάνες πραγματοποιούνται στο Ι.Κ.Α. συγκριτικά με τους άλλους φορείς, δεύτερος έρχεται ο Ο.Γ.Α. και τελευταίος ο Ο.Α.Ε.Ε. Επίσης μπορούμε να δούμε πως στο Ι.Κ.Α. το κόστος είναι συνεχώς αυξανόμενο κατά μεγάλα ποσοστά στην διάρκεια των ετών με μέγιστο το έτος 2003, στο οποίο σημειώθηκε αύξηση του κόστους κατά 26,20% στα 846,73 εκ. €. Επίσης ο μέσος όρος των ποσοστών της ανοδικής τάσης του κόστους που για το Ι.Κ.Α., μέχρι το 2007, ήταν 10,33%, μπορεί να απεικονίσει την συνεχή προσφορά όλων και μεγαλύτερων παροχών νοσηλείας. Βέβαια, ο φορέας προϋπολογίζει μια αύξηση του κόστους και για το 2008 κοντά στα 1,17 δις €.

Αναφορικά με τον Ο.Γ.Α. σημειώθηκαν πολλές αυξομειώσεις του κόστους νοσηλείας στα έτη 2000 έως 2007, παρόλα αυτά ο μέσος όρος των ποσοστών της τάσης του κόστους, μέχρι το 2007, ήταν θετικός και ίσος με 15,08%, με δαπάνη που έφτασε το 2007 τα 506,74 εκ. €. Φυσικά ο φορέας προϋπολογίζει μια αύξηση του κόστους για το 2008 κοντά στα 610 εκ. €.

Σχετικά με τον Ο.Α.Ε.Ε., το κόστος νοσηλείας που δαπανά βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα, γεγονός κατανοητό αν αναλογιστεί κανείς το πλήθος των δικαιούχων του το οποίο είναι πολύ μικρότερο από τους άλλους φορείς, ενδεικτικά αναφέρουμε πως οι περιπτώσεις νοσηλείας για το 2007 ήταν μόλις 297,06 χιλ.. Διαχρονικά το κόστος παρουσίασε αυξομειώσεις με τις μεγαλύτερες δαπάνες να καταβάλλονται το 2005, δηλαδή 25,9 εκ. €. Βέβαια ο μέσος όρος των ποσοστιαίων διαφορών των ετών 2000 – 2007 ήταν οριακός μόλις στο 0,15%, με το κόστος το 2007 να φτάνει στα 20,24 εκ. € και το 2008 προϋπολογιστικά υπολογιζόμενο τα 22 εκ. €.

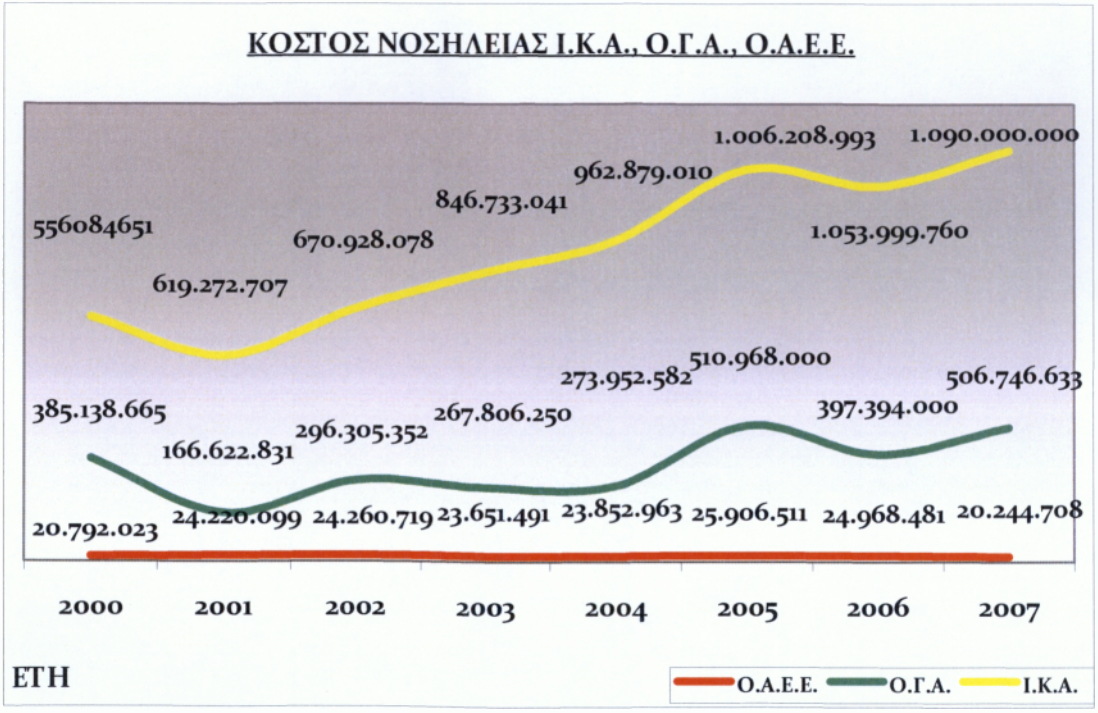
Πίνακας 23. Κόστος Νοσηλείας Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2008

ΕΤΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		
	Ι.Κ.Α.	Ο.Γ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε.
2000	556.084.651	385.138.665	20.792.023
2001	619.272.707	166.622.831	24.220.099
2002	670.928.078	296.305.352	24.260.719
2003	846.733.041	267.806.250	23.651.491
2004	962.879.010	273.952.582	23.852.963
2005	1.006.208.993	510.968.000	25.906.511
2006	1.053.999.760	397.394.000	24.968.481
2007	1.090.000.000	506.746.633	20.244.708
2008	1.179.922.278**	610.000.000**	22.000.000**

*: Μη διαθέσιμα στοιχεία. **: Προϋπολογιστικά
Πηγή: Προσωπική επεξεργασία δεδομένων

Τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα έως και το 2007 απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα 28.

Διάγραμμα 28. Κόστος Νοσηλείας Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α. και Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007



Στον παρακάτω πίνακα 24 απεικονίζονται για τα έτη 2000 έως και 2007 η μέση διάρκεια νοσηλείας για τους τρεις εξεταζόμενους φορείς. Παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας πραγματοποιείται στον Ο.Γ.Α., ακολουθεί το Ι.Κ.Α. και τελευταίος έρχεται ο Ο.Α.Ε.Ε.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας για το Ι.Κ.Α. έχει μια συνεχή μείωση και από τις 7,7 ημέρες νοσηλείας του 2002 έφτασε στις 6,6 ημέρες το 2005. Βέβαια, οι ποσοστιαίες διαφορές στα εξεταζόμενα έτη ήταν συνεχώς αρνητικές με μοναδική εξαίρεση το 2003 και τις 11,4 ημέρες (αύξηση 58,33% από το 2002). Επίσης ο Ο.Γ.Α. προσπαθεί διαχρονικά για την επίτευξη μικρότερου χρόνου νοσηλείας των ασθενών επιτυγχάνοντας την μικρότερη μέση διάρκεια νοσηλείας το 2005 με 6,8 ημέρες.

Σχετικά με τον Ο.Α.Ε.Ε., η μέση διάρκεια νοσηλείας βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα από τους άλλους δύο φορείς, γεγονός ελπιδοφόρο καθώς σημαίνει ότι ο φορέας είναι σε θέση να δαπανά μικρότερα ποσά σε νοσηλεία ασθενών. Έτσι, διαχρονικά η μέση διάρκεια νοσηλείας έπεσε από τις 4,55 ημέρες του 2000 στις 3,44 το 2007 με συνεχείς προσπάθειες μια μείωση των ημερών κοντά στο 3,85% για όλη την εξεταζόμενη περίοδο.

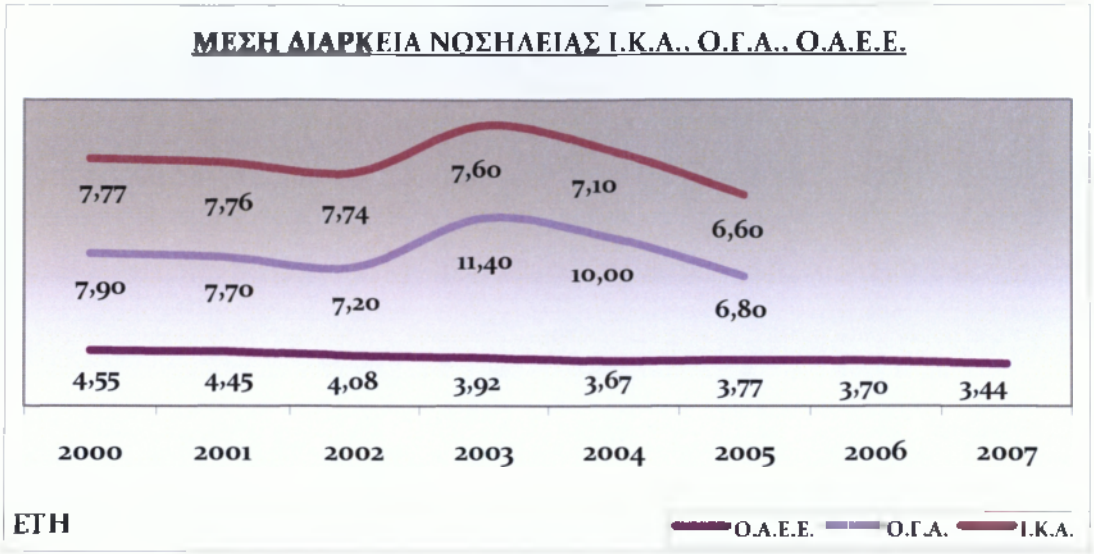
Πίνακας 24. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007

ΕΤΗ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		
	Ι.Κ.Α.	Ο.Γ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε.
2000	7,77	7,90	4,55
2001	7,76	7,70	4,45
2002	7,74	7,20	4,08
2003	7,60	11,40	3,92
2004	7,10	10,00	3,67
2005	6,60	6,80	3,77
2006	*	*	3,70
2007	*	*	3,44

*: Μη διαθέσιμα στοιχεία, **: Προϋπολογιστικά
Πηγή: Προσωπική επεξεργασία δεδομένων

Τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα έως το 2005 για το Ι.Κ.Α. και τον Ο.Γ.Α. (δεν διατίθενται στοιχεία για τα έτη 2006 και 2007) και έως το 2007 για τον Ο.Α.Ε.Ε. απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα 29.

Διάγραμμα 29. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007



Τέλος θα αναφερθούμε στην σύγκριση των μεγεθών αναφορικά με το κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης που δαπανούν οι εξεταζόμενοι φορείς. Στον παρακάτω πίνακα 25 απεικονίζονται τα κόστη για φάρμακα των ετών 2000 έως 2007. Για ακόμα μια φορά το Ι.Κ.Α. είναι πρωτοπόρος στις δαπάνες με ποσά που αυξάνονται διαχρονικά με μέσο όρο 16,94% και φτάνουν τα 1,74 δις € το 2007, ακολουθεί ο Ο.Γ.Α. με επίσης ιλιγγιώδη ποσά των 1,05 δις € για το 2007 και διαχρονικά ο μέσος όρος της ανοδικής τάσης του να είναι στο 17,35%. Τέλος ο Ο.Α.Ε.Ε. με μόλις 16,03 εκ. €, τα οποία δαπανά για αγορές φαρμάκων για τους δικαιούχους του όπου προσπάθησε να μειώσει αλλά δεν τα κατάφερε διότι διαχρονικά πραγματοποιήθηκε μια αύξηση του κόστους κατά 18,76%.

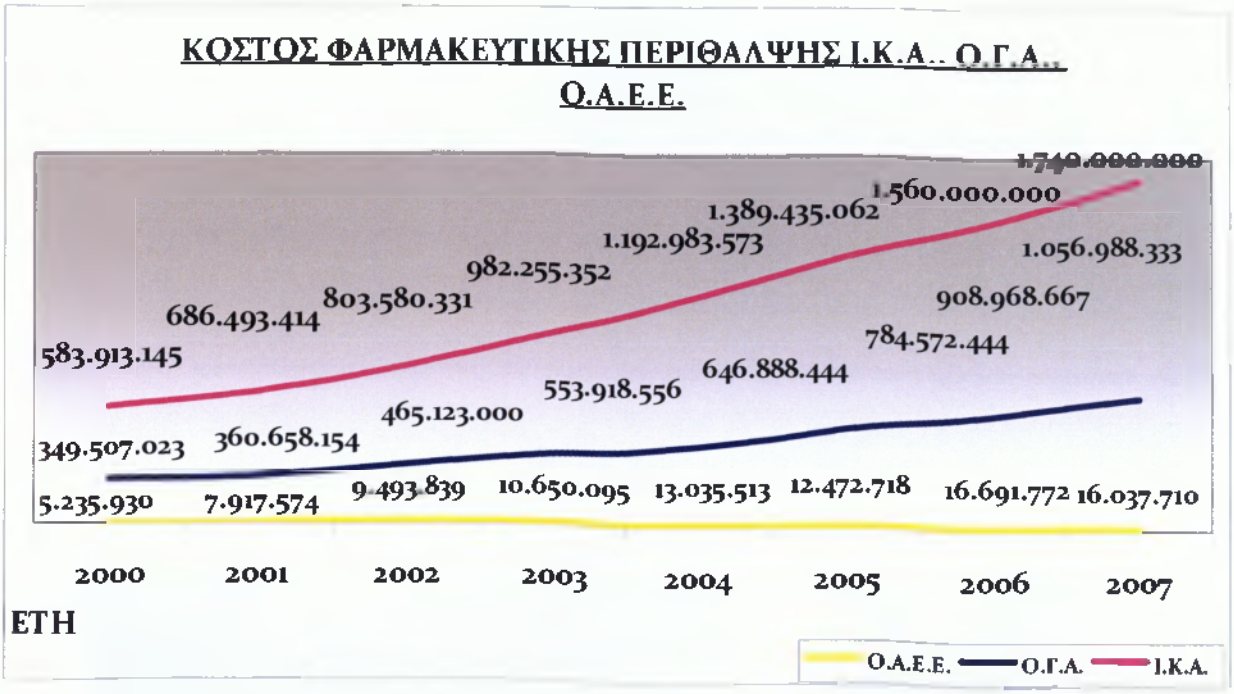
Πίνακας 25. Κόστος Φαρμακευτικής Δαπάνης Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007

ΕΤΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		
	Ι.Κ.Α.	Ο.Γ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε.
2000	583.913.145	349.507.023	5.235.930
2001	686.493.414	360.658.154	7.917.574
2002	803.580.331	465.123.000	9.493.839
2003	982.255.352	553.918.556	10.650.095
2004	1.192.983.573	646.888.444	13.035.514
2005	1.389.435.062	784.572.444	12.472.719
2006	1.560.000.000	908.968.667	16.691.772
2007	1.740.000.000	1.056.988.333	16.037.710

Πηγή. Προσωπική επεξεργασία δεδομένων

Τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα 25 απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα 30.

Διάγραμμα 30. Κόστος Φαρμακευτικής Περίθαλψης Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. 2000 – 2007



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το Ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης βρίσκεται σε μία φάση ωρίμανσης, η οποία χαρακτηρίζεται από την επίδραση εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη δυναμική του συστήματος είναι αρχικά η γήρανση του πληθυσμού και η συνεχώς φθίνουσα αναλογία πληθυσμού σε παραγωγικές ηλικίες προς τον πληθυσμό άνω από 65 χρόνων (Πίνακας 26).

Πίνακας 26. Δημογραφικά δεδομένα και προβολές Eurostat 2000-2050 (χιλ. άτομα)

Έτη	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Πληθυσμός (χιλιάδες)	10.543	10.768	10.806	10.710	10.562	10.231
Πληθυσμός 65+	1.820	2.073	2.297	2.582	2.943	3.100
Άνω των ορίων Ι.Κ.Α.	2.143	2.391	2.654	2.980	3.336	3.410
Πληθυσμός 75+	708	1.001	1.125	1.263	1.470	1.679
Ως ποσοστό του πληθυσμού:						
Πληθυσμός 65+	17,3%	19,2%	21,3%	24,1%	27,9%	30,3%
Άνω των ορίων Ι.Κ.Α.	20,3%	22,2%	24,6%	27,8%	31,6%	33,3%
Πληθυσμός 75+	6,7%	9,3%	10,4%	11,8%	13,9%	16,4%

Πηγή. Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών / Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Η Ελληνική Έκθεση Στρατηγικής για τις Συντάξεις: Παραρτήματα. Αθήνα, Σεπτέμβριος 2002

Ο αριθμός των ατόμων στις ηλικίες συνταξιοδότησης θα αυξηθεί ως το 2040 περίπου κατά 50% συγκριτικά με το 2000, ακολουθώντας τις αυξητικές εξελίξεις της περιόδου 1970-2000. Την ίδια περίοδο ο αριθμός των ατόμων που θα είναι στις ηλικίες εργασίας προβλέπεται να μειωθεί περίπου κατά 13%. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι η δραματική μείωση της αναλογίας εργαζομένων προς συνταξιούχους από 2,39 που είναι σήμερα, κάτω από 1,2 μετά το 2040, οπότε θα υπάρξει μια δυσαναλογία στα άτομα που θα συνεισφέρουν στα ασφαλιστικά ταμεία και σε εκείνα που θα απαιτούν παροχή υπηρεσιών σε είδος όπως η ιατρική, φαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη.

Έτσι, το ελληνικό κράτος υιοθέτησε από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 ένα μακροπρόθεσμο πλάνο μεταρρύθμισης του ασφαλιστικού συστήματος, το οποίο

προσανατολίζεται στην εξασφάλιση της επάρκειας και της βιωσιμότητας των δημόσιων αναδιανεμητικών παροχών ασφάλισης αλλά και στην εισαγωγή κεφαλαιοποιητικών τεχνικών για την επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας μέσω του δεύτερου πυλώνα. Η μεταρρύθμιση του συστήματος στηρίζεται σε ένα πλαίσιο γενικών αρχών, οι οποίες αντιστοιχούν στην ουσιαστική προώθηση εκσυγχρονιστικών παρεμβάσεων μέσω αξιοποίησης του κοινωνικού διαλόγου ώστε να υπάρξουν παρεμβάσεις και μηχανισμοί που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την κατοχύρωση οικονομικής βιωσιμότητας και την προώθηση του εκσυγχρονισμού του ασφαλιστικού συστήματος[26].

Οι κοινές προκλήσεις που αφορούν στο μέλλον των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, όπως η δημογραφική εξέλιξη, η βιωσιμότητα των χρηματοδοτικών πόρων, η εκπλήρωση των κοινωνικών στόχων παράλληλα με την απαιτούμενη οικονομική ανάπτυξη, αποτελούν τις βασικές προβληματικές για τη μελέτη του μέλλοντος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης[27].

Η μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος αποτελεί πλέον αναγκαίο μηχανισμό για τον εκσυγχρονισμό του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Οι τεχνικές της μεταρρύθμισης επικεντρώνονται σε τρία κύρια επίπεδα:

1. Το πρώτο επίπεδο αφορά την ενίσχυση του κοινωνικού ρόλου του συστήματος μέσω της εξασφάλισης της επάρκειας των ασφαλιστικών παροχών για τις σημερινές και τις επερχόμενες γενεές.
2. Το δεύτερο επίπεδο αφορά την οικονομική βιωσιμότητα της κοινωνικής ασφάλισης μέσω ενίσχυσης των εσόδων και μείωσης των δαπανών.
3. Το τρίτο επίπεδο αφορά τη διοικητική αναδιοργάνωση των ασφαλιστικών φορέων.

---

[26] Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (2002), *Η Ελληνική Έκθεση Στρατηγικής για τις Συντάξεις*, Αθήνα

[27] Κουζής Γ., Ρομπόλης Σ., (2000), *Ζητήματα Κοινωνικού Διαλόγου*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί έναν από τους βασικούς τομείς δράσης του κοινωνικού κράτους πρόνοιας, επηρεάζεται σε όλες τις χώρες από οικονομικές, δημογραφικές, κοινωνικές και άλλου είδους παραμέτρους που καθιστούν προβληματική τη λειτουργία του και άρα δημιουργούν μια ανησυχία για το μέλλον των παροχών του εκάστοτε συστήματος προκειμένου αυτό να καλύπτει τις βασικές κοινωνικές ανάγκες.

Αντικείμενο της κοινωνικής πολιτικής είναι η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ατόμων μιας κοινωνίας. Η δομή και ο χαρακτήρας του συστήματος κοινωνικής προστασίας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, που αφορούν τόσο στην οικονομική ανάπτυξη της κοινωνίας, όσο και στη σύνθεση του πληθυσμού και τη διαμόρφωση των σχέσεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Η παροχή ασφάλισης στους δικαιούχους υπήρξε διαχρονικά αποστολή πρωταρχικής σημασίας και συνεχίζει να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα πεδία δραστηριοτήτων του εκάστοτε ασφαλιστικού φορέα. Το καθεστώς των παροχών ασφάλισης στοχεύει στην άσκηση μιας δικαιότερης κοινωνικής πολιτικής, με αποδέκτες τους ανέργους και εργαζομένους που έχουν ανάγκη, καθώς συνιστά έναν αναδιανεμητικό μηχανισμό.

Βέβαια, τα δεδομένα των δαπανών που καταβάλλονται από τους εξεταζόμενους φορείς, Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α. και Ο.Α.Ε.Ε., είναι ικανά να δημιουργήσουν προβλήματα στην κοινωνική πολιτική και αυτό γιατί το 2008 προϋπολογίστηκαν ότι δαπανήθηκαν από 1,8 δις € για νοσοκομειακή περίθαλψη, 2,8 δις € για φαρμακευτική περίθαλψη του 2007 και η μέση διάρκεια νοσηλείας να υπολογίζεται στις 6,6 ημέρες για το Ι.Κ.Α., 6,8 για τον Ο.Γ.Α. και 3,44 για τον Ο.Α.Ε.Ε.. Παρατηρούνται τεράστιες δαπάνες που δυστυχώς κάθε έτος είναι αυξανόμενες με αποτέλεσμα να μειώνονται οι μέρες νοσηλείας των ασθενών σε μια προσπάθεια μείωσης των περαιτέρω δαπανών και συγκράτησης αυτών.

Όχι μόνο η Ελλάδα αλλά και άλλες αναπτυγμένες χώρες αντιμετωπίζουν σοβαρά το ζήτημα της κοινωνικής ασφάλισης σαν μέσο εξασφάλισης ποιοτικά

ικανοποιητικής ζωής για τον πληθυσμού τους. Έτσι και το ελληνικό κράτος πρόνοιας πρέπει να αντιμετωπίζει με μεγάλη προσοχή τα θέματα της κοινωνικής ασφάλισης καθώς η χώρα, με τον κατά κύριο γηρασμένο πληθυσμό της, οφείλει να μεριμνά για την βιωσιμότητα των ασφαλιστικών φορέων της ώστε να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις όλο και περισσότερες ανάγκες των ανθρώπων της και ιδιαίτερα σε εκείνες της υγείας που είναι και οι πιο σημαντικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

BURROWS, C., BROWN, K. (1992), Accounting data and information for economic evaluation of health services and programs, Centre for health program evaluation, Working paper 22

CUNNINGHAM, S. J. (2001), An introduction to economic evaluation of health care, J Orthod, 3:246–250

DRUMMOND, M. F., (1987), Methods for the economic evaluation of health care programs, Oxford University Press, Oxford

DRUMMOND, M. F., O BRIEN, B., STODDART, G., TORRANCE, G. W. (1997), Methods for the economic evaluation of health care programs, Oxford University Press, Oxford

EUROPEAN COMMISSION, (1999), Social protection in Europe 1999

EWALD, F., ΚΟΡΑΣΙΔΟΥ, Μ., (2000), Ιστορία του κράτους πρόνοιας, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

OECD, (1997), Social security pensions and health care: Economic surveys 1996-1997

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Λ., (2002), Το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα και η αναπτυξιακή διαδικασία στην Ελλάδα: Αλληλεπιδράσεις, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (Κ.Ε.Π.Ε.), Αθήνα

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ, «Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα», www.ggka.gr, Ημερομηνία ανάκτησης 03/03/2008

Ε.Σ.Υ.Ε., (2009), Εξελθόντες ασθενείς κατά κατηγορίες νόσων ανά ημέρες, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.

Ι.Κ.Α., Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Μελετών, Στατιστικό Δελτίο 2002, 2003, 2005.

Ι.Κ.Α., (2008), Οδηγός του Ασφαλισμένου, Αθήνα

ΚΙΟΧΟΣ, Π., (2000), Κοινωνική ασφάλιση, Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα

ΚΟΥΖΗΣ Γ., ΡΟΜΠΟΛΗΣ Σ., (2000), Ζητήματα Κοινωνικού Διαλόγου, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

ΚΟΥΝΟΥΠΑΣ, Ζ., ΚΟΤΣΙΦΟΣ, Β. (2006), Πρότυπο κοστολόγησης ανά κέντρο κόστους σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ, ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε, ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ. (1999), Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω, Εκδόσεις Εξάντας, Πολιτικές Υγείας, Αθήνα

Ο.Α.Ε.Ε., Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών, Διεύθυνση Στατιστικής και Αναλυτικών Μελετών, Συνοπτικά στοιχεία νοσοκομειακής περίθαλψης, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 και 2007.

Ο.Α.Ε.Ε., (2008), Ενημερωτικό Έντυπο Ασφαλιζομένων, Αθήνα

Ο.Γ.Α., (2007), Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης, Υπηρεσία Θ' Στατιστικής και Μελετών, Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο 2007.

Ο.Γ.Α., (2008), Οδηγός ασφαλισμένου, Επιμέλεια έκδοσης Κυπραίου, Μ., Αθήνα

ΠΡΟΒΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., (1987), Κοινωνική Ασφάλιση, Ι.Ο.Β.Ε., Αθήνα

ΡΑΦΑΗΛ, Μ., (2001), Κοινωνική προστασία και κοινωνική διοίκηση, Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα, Κομοτηνή

ΣΟΥΛΗΣ, Σ. (1999), Οικονομική της υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, 2η Έκδοση, σελ. 106-109, Αθήνα

ΤΟΥΝΤΑΣ, Γ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ν. (2007), Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):34-47

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. (2002), Γενική και κλινική Επιδημιολογία, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (2002), Η Ελληνική Έκθεση Στρατηγικής για τις Συντάξεις, Αθήνα

ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ι., (2002), Η κοινωνική ασφάλιση του ΤΣΑΥ, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Αθήνα