

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον κλάδο της Υγείας
2008 - 2014

Υπό:

Δημαρίδου Ολυμπίας του Αθανασίου
Φοιτήτριας του Τμήματος Λογιστικής&Χρηματοοικονομικής

Επιβλέπων:

Γ. Β. Παπαδιοδώρου
Καθηγητής

A/M 329/03

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|-----------|
| ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ | 1 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 3 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ | 5 |
| 1.1 Πως ξεκίνησε η Οικονομική Κρίση..... | 5 |
| 1.2 Η Ευρώπη στη σκιά της οικονομικής ύφεσης | 6 |
| 1.3 Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα | 7 |
| 1.3.1 Από την ένταξη στην ΟΝΕ στη κρίση χρέους..... | 7 |
| 1.3.2 Η ανάδειξη του δημοσιονομικού προβλήματος | 9 |
| 1.3.3 Η οικονομία σήμερα..... | 13 |
| 1.3.4 Οι προβλέψεις για τα επόμενα χρόνια..... | 14 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ – ΠΡΟΤΥΠΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ | 18 |
| 2.1 Υγεία..... | 18 |
| 2.2 Σύστημα υγείας | 19 |
| 2.3 Βασικά μοντέλα συστημάτων υγείας | 20 |
| 2.3.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας – μοντέλο Beveridge | 21 |
| 2.3.2 Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης – μοντέλο Bismarck | 22 |
| 2.3.3 Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας – Μοντέλο υγείας Η.Π.Α. | 23 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ | 26 |
| 3.1 Οι πρώτες αντιδράσεις..... | 26 |
| 3.2 Πολιτική περικοπών της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των χωρών της Ε.Ε..... | 27 |
| 3.3 Επίδραση πολιτικών παραγόντων στις περικοπές της δαπάνης υγείας..... | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ | 31 |
| 4.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα | 31 |
| 4.1.1 Ε.Σ.Υ. | 31 |
| 4.1.2 Δομή του Ελληνικού συστήματος υγείας..... | 32 |
| 4.1.3 Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας | 34 |
| 4.1.4 Οι Παθολογίες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας..... | 36 |
| 4.2 Η υγεία στα χρόνια της κρίσης..... | 38 |
| 4.2.1 Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο..... | 38 |
| 4.2.2 Δαπάνες υγείας..... | 41 |
| 4.2.3 Ε.Ο.Π.Υ.Υ. | 46 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2.4 Αναδιάρθρωση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Π.Ε.Δ.Υ..... | 48 |
| 4.2.5 Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN) – DRGs | 50 |
| 4.2.6 Διπλογραφικό Σύστημα..... | 52 |
| 4.2.7 Αγορά φαρμάκου..... | 58 |
| 4.3 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών..... | 63 |
| 4.3.1 Η ανεργία και οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών..... | 63 |
| 4.3.2 Επιδημίες στα χρόνια της οικονομικής ύφεσης..... | 66 |
| 4.4 Σχεδιασμός μελλοντικών περικοπών στο σύστημα υγείας | 68 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 70 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 73 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από το 2007, η παγκόσμια κοινότητα βρίσκεται αντιμέτωπη με μία μεγάλης έκτασης αλλά και έντασης οικονομική κρίση, η οποία αν και εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες σύντομα έλαβε μεγαλύτερες διαστάσεις, επηρεάζοντας τελικά τα περισσότερα κράτη του ανεπτυγμένου και μη κόσμου. Έτσι, η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε ταχύτατα σε ολόκληρη την υφήλιο και φυσικά στην Ευρώπη, αλλά και στην Ελλάδα.

Η ελληνική οικονομία εισήλθε σε κατάσταση βαθιάς ύφεσης. Οι δημόσιες και οι ιδιωτικές επενδύσεις περιορίστηκαν αισθητά και τα μέτρα που λήφθηκαν για την αντιμετώπιση της κρίσης, επιβάρυναν ακόμη περισσότερο τις ήδη αντίξοες συνθήκες που επικρατούσαν στην ελληνική οικονομία. Η κρίση ανέδειξε τις προϋπάρχουσες μεγάλες μακροοικονομικές ανισορροπίες και διαρθρωτικές αδυναμίες της ελληνικού κράτους. Η προσπάθεια μετά το 2009 για την αποκατάσταση του δημοσιονομικού εκτροχιασμού ήταν έντονη και επίπονη. Οι μειώσεις των δαπανών ήταν δραστικές. Στα πλαίσια του προγράμματος της οικονομικής προσαρμογής της ελληνικής οικονομίας έχουν ήδη ληφθεί διορθωτικά μέτρα και έχει τελεστεί πλήθος μεταρρυθμίσεων.

Στα πλαίσια των μεταρρυθμιστικών αλλαγών, ανάμεσα στους τομείς που επηρεάστηκαν συμπεριελήφθη ο κλάδος της υγείας, με στόχο την εφαρμογή πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού της δημόσιας συνολικής δαπάνης υγείας. Με την έναρξη της εφαρμογής των μεταρρυθμιστικών αλλαγών, θεσμοθετήθηκε μία σειρά μέτρων για την επίτευξη των συμφωνηθέντων στόχων του μνημονίου. Τα μέτρα προσέβλεπαν στη μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας στο 6 % του ΑΕΠ έως το 2012 και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στο 1 % του ΑΕΠ.

Στη παρούσα πτυχιακή εργασία αναλύονται οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον κλάδο της υγείας. Αρχικά γίνεται σύντομη αναφορά στην παγκόσμια κρίση, την εξέλιξη και επέκτασή της προς την Ευρώπη, αλλά και την Ελλάδα. Οι αναφορές επικεντρώνονται στην περίπτωση της Ελληνικής οικονομίας και παρουσιάζεται μια μικρή αναδρομή της ελληνικής κρίσης χρέους. Στη συνέχεια οι αναλύσεις εστιάζονται αποκλειστικά στην υγεία, αποδίδονται οι απαιτούμενοι ορισμοί και περιγράφεται η έννοια του συστήματος υγείας. Επιπλέον παρουσιάζονται τα συστήματα υγείας τριών μεγάλων χωρών τα οποία και αποτελούν πρότυπα συστήματα, ώστε να υπάρξει δυνατότητα αφενός ταξινόμησης και αφετέρου εκτενούς ανάλυσης του ελληνικού συστήματος.

Επιπλέον, πριν αναλυθούν οι επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, κρίθηκε αναγκαίο να περιγραφεί η εικόνα που παρουσιάζει ο υγειονομικός τομέας των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών και πώς έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στην πολιτική που ακολούθησαν οι χώρες της Ευρώπης στον υγειονομικό κλάδο, αλλά και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις εκάστοτε πολιτικές που εφαρμόζονται.

Η συνέχεια του κυρίως τμήματος της εργασίας αφορά στην παρουσίαση του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας αλλά και στις αλλαγές και επιπτώσεις που η οικονομική κρίση επέφερε σε αυτό. Η ανάλυση ξεκινάει με την παρουσίαση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), την σημερινή του δομή αλλά και τις πηγές χρηματοδότησης του. Παράλληλα μελετώνται και αξιολογούνται οι παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγείας, ώστε να γίνει εμφανής ο λόγος για τον οποίο πραγματοποιήθηκαν οι μεταρρυθμίσεις. Εν συνεχεία, παρουσιάζονται αναλυτικά οι περικοπές που υπέστη η χρηματοδότηση του συστήματος στα χρόνια της οικονομικής ύφεσης. Ακολούθως, παρουσιάζονται οι δομικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες επέφεραν σημαντικές αλλαγές στη διάρθρωση του συστήματος, όπως είναι για παράδειγμα η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και η εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος στα νοσοκομεία. Ταυτόχρονα αναλύονται οι μεταβολές που υπέστη η αγορά φαρμάκου και οι επιπτώσεις που είχε τόσο η οικονομική κρίση όσο και οι διαρθρωτικές μεταβολές σε αυτή. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναφορά της επίδρασης των περικοπών και των μεταρρυθμίσεων στο ελληνικό σύστημα υγείας, στη διαμόρφωση της υγείας των πολιτών. Εν κατακλείδι, γίνεται αναφορά στον προϋπολογισμό του 2015 και στις προβλέψεις που εμπεριέχονται σε αυτόν για τις δαπάνες που αφορούν στο σύστημα υγείας, ώστε να αποδοθεί μια συνολική εικόνα για το επόμενο έτος, αλλά και μια πρώτη εκτίμηση για την αντιμετώπιση που θα τύχει ο κλάδος της υγείας τα επόμενα χρόνια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

1.1 Πως ξεκίνησε η Οικονομική Κρίση

Η σημερινή κατάσταση της οικονομίας, για την οποία χρησιμοποιήθηκε ο όρος Χρηματοπιστωτική Κρίση το 2008, ξεκίνησε από τις Η.Π.Α., για να εξελιχθεί λόγω της παγκοσμιοποίησης, σε κρίση πολλαπλών κλάδων της οικονομίας, με αποτέλεσμα σήμερα να ομιλούμε πλέον για οικονομική ύφεση ή κρίση για πολλά κράτη χαμηλού και μέσου εισοδήματος. Η αδυναμία να προβλεφθεί η κρίση και να εισακουστούν οι λίγες φωνές οι οποίες προειδοποιούσαν για τα σημάδια του επερχόμενου κινδύνου που διαφαίνονταν, οφείλεται στο γεγονός πως η κρίση προήλθε από ένα συνδυασμό παραγόντων και όχι από μία συγκεκριμένη αιτία. Η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων λειτούργησε πολλαπλασιαστικά δημιουργώντας μια έντονα αρνητική δυναμική, η οποία οδήγησε στην εξάπλωση της κρίσης παγκοσμίως, κυρίως όμως στην Ευρώπη.

Η Χρηματοπιστωτική Κρίση του 2008 έρχεται 79 χρόνια μετά την τελευταία μεγάλη κρίση του 1929. Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ήταν η γενεσιουργός χώρα όπου ανέκυψαν μία σειρά προβλημάτων στην αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης και την αλόγιστη χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων που εξαρτιόνταν άμεσα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων από τα οποία παράγονταν. Η προσπάθεια απομάκρυνσης του πιστωτικού και επιτοκιακού κινδύνου από τις τράπεζες, η μετατροπή στάσιμων κεφαλαίων σε εμπορεύσιμους τίτλους και η μετακίνηση των σύνθετων επενδυτικών τίτλων στις καταστάσεις ειδικών οντοτήτων, προκάλεσαν ένα 'ντόμινο' αλυσιδωτών αντιδράσεων στον αμερικανικό και ευρωπαϊκό τραπεζικό και κτηματομεσιτικό τομέα (Καραϊσκού κ.ά., 2012)

Η αγορά χρηματοπιστωτικών υπηρεσιών άρχισε να καταρρέει, διότι τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα ήταν εκτεθειμένα σε πολύπλοκα δομημένα προϊόντα, η αξιοπιστία των οποίων είχε εσφαλμένα επιβεβαιωθεί από τις εταιρείες αξιολόγησης πιστοληπτικού κινδύνου. Ο καιροσκοπισμός είχε προ πολλού κάμψει τις αντιστάσεις των οίκων αξιολόγησης, οι οποίοι παρέβλεψαν να σημειώσουν την επικινδυνότητα των παράγωγων προϊόντων, τα οποία βασίζονταν σε δανειακές συμβάσεις, επισφαλείς κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τους.

Μέχρι τις αρχές του 2008, σχεδόν 9 εκατομμύρια ιδιοκτήτες κατοικιών στις ΗΠΑ όφειλαν περισσότερο από την αξία της ιδιοκτησία τους. Σε μια αλυσιδωτή αντίδραση, η αύξηση των επιτοκίων παρέμβασης των Η.Π.Α. οδήγησε τα νοικοκυριά που είχαν συνάψει ενυπόθηκα στεγαστικά υψηλού κινδύνου, σε αδυναμία αποπληρωμής με αποτέλεσμα να χρεοκοπήσουν καθώς τα συμβόλαια τους ανανεώνονταν με τα νέα υψηλότερα επιτόκια της αγοράς, γεγονός που οδήγησε σε μια συντριβή των στεγαστικών και χρηματιστηριακών αγορών. Στο 'ντόμινο' των εξελίξεων πολλοί ενυπόθηκοι τίτλοι πουλήθηκαν στην Ευρώπη, με αποτέλεσμα η αναταραχή

στον τομέα των κατοικιών στις ΗΠΑ να εξαπλωθεί γρήγορα και στις Ευρωπαϊκές τράπεζες. Χώρες όπως η Ιρλανδία, η Ισπανία και η Ιταλία, η οποίες είχαν αναπτύξει κατά παρόμοιο τρόπο με τις Η.Π.Α. τις λεγόμενες 'φούσκες ακινήτων', που τροφοδοτούνταν από τεχνητά χαμηλά επιτόκια (εν μέρει λόγω της συμμετοχής στη ζώνη του ευρώ), ήταν μεταξύ των χωρών που είχαν πληγεί περισσότερο, καθώς η ζήτηση για στέγαση ταυτόχρονα μειώθηκε και οι τράπεζες στη συνέχεια κατέρρευσαν. Σύμφωνα με τους περισσότερους από τους έγκριτους αναλυτές, η «κρίση» του 2008-2009 θα κρατήσει περισσότερο από 10 χρόνια και θα επηρεάσει την παγκόσμια οικονομία για πολύ καιρό. Μια κρίση που ξεκίνησε ως χρηματοοικονομική και εξελίχθηκε σε οικονομική έχει ήδη αποκτήσει τα χαρακτηριστικά κοινωνικής κρίσης, με κυριότερες τις αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση (Karaniolos κ.ά., 2013).

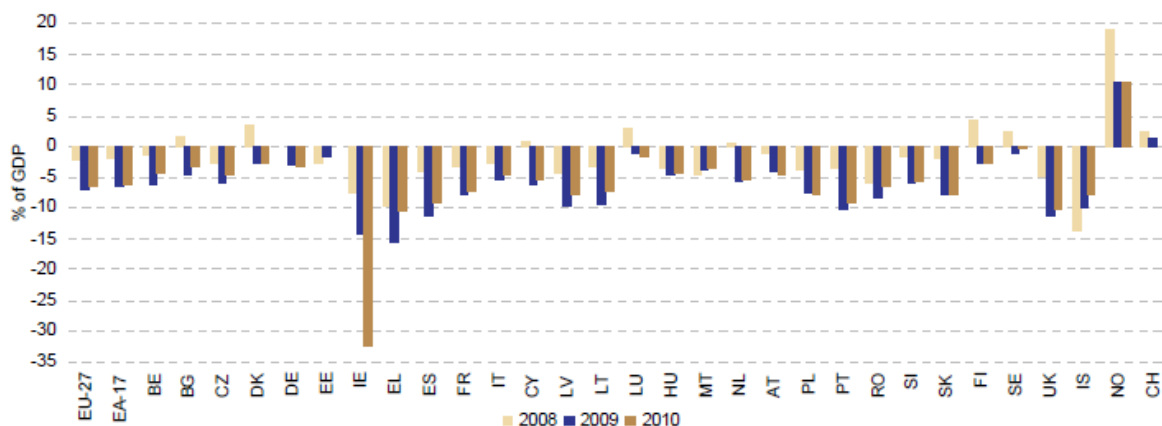
1.2 Η Ευρώπη στη σκιά της οικονομικής ύφεσης

Σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν βιώσει οικονομική ύφεση από το 2007. Τα έθνη που λειτουργούν ως μεγάλα χρηματοπιστωτικά κέντρα, συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου, ήταν μεταξύ των πρώτων που επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση, με τους τραπεζικούς τομείς πολλών άλλων εθνών σύντομα να εμπλέκονται στην ακόλουθη αναταραχή. Σε αρκετές χώρες, οι πολιτικοί κυβερνώντες χρησιμοποίησαν μεγάλα πακέτα δημοσιονομικών κινήτρων για τη διάσωση των τραπεζών, απορροφώντας τα χρέη τους στον ισολογισμό του δημόσιου τομέα. Παράλληλα, η ύφεση οδήγησε σε αύξηση των απωλειών θέσεων εργασίας και στη μείωση των εισοδημάτων, με αποτέλεσμα τη μείωση των καταναλωτικών δαπανών και των συναφών φορολογικών εσόδων. Αυτό συντέλεσε στη δημιουργία μεγάλων αυξήσεων των δημοσιονομικών ελλειμμάτων (όπου οι ετήσιες κρατικές δαπάνες υπερέβησαν τα έσοδα) (Σχήμα 1) και στην αύξηση των εθνικών δημόσιων χρεών. Η μέθοδος ανταπόκρισης σε αυτές τις συνδυασμένες απειλές, δηλαδή στη μεγάλη πτώση της παραγωγής, στην αύξηση της ανεργίας και στην κλιμάκωση των χρεών και των ελλειμμάτων αποτέλεσε θέμα έντονου διαλόγου.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο («τρίο»), μαζί με τους ηγέτες πολλών ευρωπαϊκών εθνών, τοποθέτησαν μια σαφή προτεραιότητα στη μείωση του ελλείμματος. Σε επιστολή του προς τους υπουργούς Οικονομικών της Ευρώπης στις 13 Φεβρουαρίου του 2013 ο Επίτροπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Οικονομικών και Νομισματικών Θεμάτων, Ollie Rehn, ανέφερε ότι «*όταν τα επίπεδα του δημόσιου χρέους αυξηθούν πάνω από το 90% τείνουν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην οικονομική δυναμική*». Οι ανησυχίες ότι τα υψηλά επίπεδα του χρέους θα μπορούσαν να προκαλέσουν μείωση της οικονομικής ανάπτυξης, καθώς και να οδηγήσουν σε δαπανηρή, μη αιφόρα αποπληρωμή του χρέους, ήταν ευρέως διαδεδομένες. Για τη μείωση των ελλειμμάτων, οι κυβερνήσεις άρχισαν την υλοποίηση 'προγραμμάτων λιτότητας', που πήραν τη συγκεκριμένη ονομασία επειδή συνήθως συνεπάγονται τυπικά, περικοπές στον προϋπολογισμό του κράτους.

Ωστόσο, τα μέτρα λιτότητας μπορεί να περιλαμβάνουν και πολιτικές που αυξάνουν τους φόρους στις επιχειρήσεις και στα εισοδήματα των νοικοκυριών, αλλά και στη δημιουργία αυξήσεων στην προστιθέμενη αξία ή φόρους επί των πωλήσεων, καθώς και σε άλλες μορφές φορολογίας (Reeves κ.ά., 2014).

Σχήμα 1: Γενικά κρατικά πλεονάσματα/ελλείμματα στα κράτη μέλη της Ε.Ε. και της ΕΖΕΣ (Ευρωπαϊκή Ζώνη Ελεύθερων Συναλλαγών), 2008-2009 ως % επί του ΑΕΠ.



Πηγή: Wahrig & Gancedo-Vallina, 2011.

1.3 Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η Ελληνική κρίση εκδηλώθηκε ως οικονομική δυσπραγία εξ αφορμής της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης και έφερε στην επιφάνεια την υπερχρέωση του ελληνικού δημοσίου και την αδυναμία ελέγχου του χρέους. Η παγκόσμια κρίση που ξέσπασε το 2007 άργησε να φτάσει στην Ελλάδα. Όταν η οικονομική κρίση χτύπησε τις τράπεζες των ΗΠΑ το 2008, η Ελληνική κυβέρνηση πίστευε ότι η οικονομία της χώρας ήταν «θωρακισμένη» έναντι του κινδύνου της μετάδοσης. Ωστόσο, τα γεγονότα που ακολούθησαν οδήγησαν τη χώρα στο κυκλώνα της μεγαλύτερης ίσως οικονομικής θύελλας στην ιστορία της που ακόμα και τώρα δεν έχει τελειώσει, με αποτέλεσμα από την «ισχυρή Ελλάδα» να περάσουμε απότομα στον «αδύναμο κρίκο» του παγκόσμιου συστήματος.

1.3.1 Από την ένταξη στην ΟΝΕ στη κρίση χρέους

Τον Ιούνιο του 2000 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έκρινε ότι η Ελλάδα, με βάση τα μακροοικονομικά και δημοσιονομικά στοιχεία του 1999, είχε ικανοποιήσει τα κριτήρια της Συνθήκης του Μάαστριχ και επομένως, γινόταν δεκτή ως το 12ο μέλος της ΟΝΕ. Την 1.1.2001 η Ελλάδα, εντάχθηκε στην Ευρωζώνη μετά από μια συλλογική προσπάθεια προσαρμογής για την επίτευξη των όρων σύγκλισης της Συνθήκης για την Ε.Ε. Η συμμετοχή της χώρας στην τρίτη και

τελική φάση της ΟΝΕ είχε αναγορευθεί από τη συντριπτική πλειοψηφία του ελληνικού πολιτικού συστήματος, αλλά και την ελληνική κοινωνία, ως εθνικός στόχος πρώτης προτεραιότητας. Με την ένταξη αυτή η χώρα στόχευε στην επίτευξη οικονομικών και πολιτικών πλεονεκτημάτων.

Η πορεία της Ελλάδος στην ΟΝΕ, παρά τις συχνές διαταραχές λόγω των περιοδικών αποκλίσεων της χώρας από τις συμβατικές της υποχρεώσεις, φάνταζε διαχειρίσιμη. Η σφοδρότητα όμως της κρίσης που ξέσπασε το 2009 και κορυφώθηκε εντός του 2010 αποκάλυψε τις χρόνιες αδυναμίες του Ελληνικού οικονομικού και πολιτικού συστήματος να λειτουργήσει αρμονικά τόσο εντός της Ευρωζώνης, όσο και στο διεθνές περιβάλλον (Κότιος, 2011).

Από την 1η Ιανουαρίου 2001, η Ελλάδα συμμετείχε στο ενιαίο νόμισμα, το οποίο οι πρώτες 11 χώρες της ζώνης του ευρώ είχαν ήδη υιοθετήσει από το 1999. Η απόφαση αυτή ήταν η κατάληξη μιας εξαετίας (1994-1999) κατά την οποία ασκήθηκε οικονομική πολιτική που προώθησε σταδιακά την ονομαστική σύγκλιση, μολοντί ούτε οι μακροοικονομικές ανισορροπίες είχαν αρθεί σε διατηρήσιμη βάση, ούτε τα διαρθρωτικά προβλήματα είχαν ρηξικέλευθα αντιμετωπιστεί.

Το 2001, όταν η Ελλάδα έγινε μέλος της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης και υιοθέτησε το ενιαίο νόμισμα, οι οίωνοί ήταν αίσιοι και οι προσδοκίες μεγάλες. Δημιουργήθηκε τότε η εντύπωση ότι η ένταξη στο σκληρό πυρήνα των ευρωπαϊκών οικονομιών θα λειτουργούσε ως καταλύτης που θα επιτάχυνε την πραγματική σύγκλιση με τις προηγμένες ευρωπαϊκές χώρες σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι προσδοκίες αυτές δυστυχώς δεν επαληθεύθηκαν. Στα χρόνια που ακολούθησαν η οικονομία αναπτύχθηκε, αλλά όχι στη βάση ενός παραγωγικού προτύπου που θα μπορούσε να εξασφαλίσει διατηρήσιμη πρόοδο. Η κοινωνία έδειξε σαφή προτίμηση στην κατανάλωση έναντι της αποταμίευσης και της επένδυσης. Το πολιτικό σύστημα, όπως αναφέρει η Τράπεζα της Ελλάδος στην έκθεση της για το χρονικό της μεγάλης κρίσης (Τράπεζα της Ελλάδος 2014, σ. ν), απέδωσε βαρύνουσα σημασία στο πολιτικό κόστος και δίστασε να αναλάβει αποφασιστικές μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες. Η χώρα απόλαυσε τα οφέλη του ενιαίου νομίσματος, δεν προσπάθησε όμως να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις που συνεπαγόταν η υιοθέτησή του. Στην οικονομία ειδικότερα, η ανάπτυξη ήταν ταχεία. Η ιδιωτική κατανάλωση, ενισχυμένη από την άνοδο των εισοδημάτων και τη διερεύνηση του δανεισμού, καθώς και οι επενδύσεις σε κατοικίες αποτέλεσαν ουσιαστικά την κινητήρια δύναμη για την ταχεία άνοδο της οικονομικής δραστηριότητας την περίοδο 2000-2007, ενώ η συμβολή της - επίσης υψηλής - ανόδου των λοιπών επενδύσεων ήταν συγκριτικά μικρότερη. Καθώς όμως η εγχώρια παραγωγή δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί - ποιοτικά και ποσοτικά - στην εξέλιξη της εγχώριας ζήτησης, το κενό καλύφθηκε από εισαγωγές (οι εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών, σε σταθερές τιμές, αυξήθηκαν με μέσο ετήσιο ρυθμό 4,5% την επταετία 2000-2007), οι οποίες σταδιακά διέυρυναν το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών σε μη διατηρήσιμα επίπεδα - από 3% του ΑΕΠ ετησίως κατά μέσο όρο την περίοδο 1994-1999 σε 8,5% την περίοδο 2000-2007 -

ενώ το 2007 το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών υπερέβη το 10% και το 2008 έφθασε το 14,9% του ΑΕΠ (Πίνακας 1).

Οι δημόσιες δαπάνες αυξάνονταν, ενώ τα έσοδα ήταν αδύνατον να τις παρακολουθήσουν, οδηγώντας σε μεγάλα ελλείμματα και σε ιστορικά υψηλά επίπεδα το δημόσιο χρέος. Τα προβλήματα αυτά είχαν επισημανθεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και διεθνείς οργανισμούς. Οι προειδοποιήσεις όμως δεν εισακούονταν και η χώρα συνέχισε να πορεύεται, δανειζόμενη για να καταναλώνει όλο και περισσότερα προϊόντα και υπηρεσίες που η ίδια δεν παρήγαγε.

Με την εκδήλωση της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης το 2007 - 2008, το διεθνές περιβάλλον άλλαξε δραστικά. Στις νέες συνθήκες που διαμορφώθηκαν, οι χώρες με μεγάλες διαρθρωτικές ανισοροπίες υπέστησαν τα σοβαρότερα πλήγματα. Στην Ελλάδα, η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση μεταλλάχθηκε σύντομα σε κρίση δημόσιου χρέους. Οι αγορές, κινούμενες σ' ένα πλαίσιο επανεκτίμησης του πιστωτικού κινδύνου που δεν απέκλειε τη χρεοκοπία της χώρας, έθεταν νέους όρους δανεισμού, οι οποίοι σταδιακά έγιναν απαγορευτικοί (Τράπεζα της Ελλάδος 2014, σ. 15-23).

Πίνακας 1: Ανταγωνιστικότητα- Δημοσιονομικά μεγέθη 2001-2008.

| Έτος | Ετήσια εκατοστιαία μεταβολή πραγματικής σταθμισμένης συναλλαγματικής ισοτιμίας (βάσει σχετικών τιμών καταναλωτή/βασει σχετικού κόστους εργασίας) | Ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών | Εμπορικό ισοζύγιο αγαθών | Τραπεζική χρηματοδότηση νοικοκυριών (καταναλωτική πίστη) | Τραπεζική χρηματοδότηση επιχειρήσεων | Έσοδα γενικής κυβέρνησης | Δαπάνες γενικής κυβέρνησης | Καθαρός Δανεισμός (έλλειμμα γενικής κυβέρνησης) | Δημόσιο χρέος |
|------|--|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------|---|---------------|
| | % ΑΕΠ | | | | | | | | |
| 2001 | 1,1/ 0,7 | -7,2 | -14,8 | 5,4 | 34,3 | 40,9 | 49,5 | -4,4 | 103,7 |
| 2002 | 2,6/ 4,0 | -6,5 | -14,5 | 4,2 | 35,1 | 40,3 | 45,1 | -4,8 | 101,7 |
| 2003 | 5,5/ 4,0 | -6,5 | -13,1 | 7,2 | 35,4 | 39,0 | 44,7 | -5,7 | 97,4 |
| 2004 | 1,9/ 4,3 | -5,8 | -13,7 | 9,2 | 38,6 | 38,1 | 45,5 | -7,4 | 98,6 |
| 2005 | -0,1/ 0,5 | -7,6 | -14,3 | 11,3 | 42,0 | 39,0 | 44,6 | -5,8 | 100,0 |
| 2006 | 0,8/ 0,6 | -11,4 | -16,9 | 12,7 | 44,9 | 39,2 | 45,3 | -6,0 | 106,1 |
| 2007 | 1,6/ 1,6 | -16,6 | -18,6 | 14,3 | 49,9 | 40,7 | 47,5 | -6,8 | 107,4 |
| 2008 | 2,5/ 7,1 | -14,9 | -18,9 | 15,6 | 56,8 | 40,7 | 50,6 | -9,9 | 112,9 |

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος, 2014, σ. 17.

1.3.2 Η ανάδειξη του δημοσιονομικού προβλήματος

Οι βουλευτικές εκλογές του Οκτωβρίου το 2009 ήταν το έναυσμα για να αποκαλυφθεί το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος. Στις 21 Οκτωβρίου ο Έλληνας Υπουργός Οικονομικών ανακοίνωσε μια σημαντική αναθεώρηση του ελλείμματος για το 2009 στο ECOFIN, από 6% που

ήταν η προηγούμενη ενημέρωση στο 12,5%¹. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό αυτό ήταν τέσσερις φορές μεγαλύτερο από εκείνο που επιτρέπεται στις χώρες της ΕΕ. Ακολούθησαν και άλλες αναθεωρήσεις για να καταλήξουμε σε ένα έλλειμμα της τάξεως του 15,7% (Πίνακας 2).

Τον Οκτώβριο του 2009, η Eurostat εξέφρασε ρητά τις επιφυλάξεις της για την αξιοπιστία των δημοσιονομικών στοιχείων και δεν επικύρωσε το αναθεωρημένο από την Ελλάδα έλλειμμα ύψους 12,5% του ΑΕΠ. Εξάλλου, τον Ιανουάριο του 2010 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποδοκίμασε και επέκρινε δημοσία την Ελλάδα για την παροχή αναξιόπιστων δημοσιονομικών στοιχείων. Αυτό αφορούσε τόσο στοιχεία που είχαν γνωστοποιηθεί στο παρελθόν (την περίοδο 1997-2003, η οποία είχε εξεταστεί σε έκθεση της Eurostat το 2004, καθώς και τη διατύπωση επιφυλάξεων από την Eurostat πέντε φορές μετά το 2004), όσο και κυρίως, τα στοιχεία που είχαν γνωστοποιηθεί τον Απρίλιο και τον Οκτώβριο του 2009 (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014, σ. 40-44).

Πιο συγκεκριμένα η Επιτροπή διαπίστωσε (European Commission, 2010, σ. 4):

- Σοβαρές παρατυπίες στις κοινοποιήσεις της Διαδικασίας Υπερβολικού Ελλείμματος (ΔΥΕ) Απριλίου και Οκτωβρίου 2009, συμπεριλαμβανομένης της υποβολής εσφαλμένων στοιχείων καθώς και μη τήρησης των κανόνων ως προς τη λογιστική και το χρόνο υποβολής της κοινοποίησης.
- Ελλιπή συνεργασία ανάμεσα στις εθνικές υπηρεσίες που εμπλέκονται στην κατάρτιση των στοιχείων της ΔΥΕ, καθώς και έλλειψη ανεξαρτησίας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας (ΕΣΥΕ) και του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους (ΓΛΚ) από το Υπουργείο Οικονομικών.
- Ένα θεσμικό πλαίσιο και ένα δημοσιονομικό λογιστικό σύστημα που είναι ακατάλληλα για την ορθή κατάρτιση των στατιστικών της ΔΥΕ και ειδικότερα μη-διαφανή ή ακατάλληλα τεκμηριωμένη τήρηση λογαριασμών που οδήγησαν σε πολλές και σε ορισμένες περιπτώσεις, σημαντικές αναθεωρήσεις στοιχείων από τις ελληνικές αρχές για μακρά χρονική περίοδο.
- Έλλειψη λογοδοσίας από την πλευρά των μεμονωμένων φορέων που παρέχουν στοιχεία για τις κοινοποιήσεις της ΔΥΕ, (π.χ. έλλειψη γραπτής τεκμηρίωσης ή επικύρωσης, σε ορισμένες περιπτώσεις ανταλλαγή στοιχείων μέσω τηλεφώνου).
- Ασαφείς αρμοδιότητες και / ή έλλειψη αρμοδιοτήτων εκ μέρους των εθνικών υπηρεσιών που παρέχουν πρωτογενή στοιχεία ή καταρτίζουν στατιστικά στοιχεία, σε συνδυασμό με αμφιλεγόμενη δικαιοδοσία των στελεχών που είναι αρμόδια για τα στοιχεία.

¹ Τον Οκτώβριο του 2009 η Eurostat εξέφρασε ρητά τις επιφυλάξεις της για την αξιοπιστία των δημοσιονομικών στοιχείων και δεν επικύρωσε το αναθεωρημένο από την Ελλάδα έλλειμμα ύψους 12,5% του ΑΕΠ. Αυτό συνέβη γιατί τα στοιχεία γνωστοποιήθηκαν στην Eurostat στις 21 Οκτωβρίου και δημοσιεύθηκαν στις 22 Οκτωβρίου (όπως προβλεπόταν για όλες τις χώρες), οπότε δεν υπήρχε το χρονικό περιθώριο να ελεγχθούν (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014, σ. 43).

Πίνακας 2: Δημοσιονομικά στοιχεία γενικής κυβέρνησης 2009-2013.

| | Έτος | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Δημόσιο χρέος ως % επί του ΑΕΠ | 129,7 | 148,3 | 170,3 | 156,9 | 175,1 |
| Δημόσιο έλλειμμα ως % επί του ΑΕΠ | 15,7 | 10,7 | 9,5 | 8,9 | 12,7 |

Επεξεργασία στοιχείων, Eurostat, 2013 & Eurostat, 2014.

Η ανακοίνωση του τεράστιου δημοσιονομικού ελλείμματος αφύπνισε τους αξιολογικούς οίκους, οι οποίοι έσπευσαν να αναλύσουν άμεσα τη δυναμική του Ελληνικού χρέους σε συνθήκες ύφεσης διαρκείας. Αποτέλεσμα, η ανακάλυψη για την έλλειψη βιωσιμότητας του και η πρώτη υποβάθμιση της Ελλάδας στις αξιολογήσεις τους. Πρώτη η Fitch υποβάθμισε την Ελλάδα στις 22 Οκτωβρίου, μία μέρα μετά τη γνωστοποίηση του διπλάσιου ελλείμματος για το 2009, κατά μία βαθμίδα από A σε A-. Στη συνέχεια ακολούθησαν και άλλες υποβαθμίσεις από τον ίδιο οίκο αλλά και από άλλους, ενώ μια μεγάλη γκάμα οικονομολόγων από διάφορα ερευνητικά ινστιτούτα ξεκίνησαν να παρακολουθούν την οικονομία της Ελλάδας (Χαρδούβελης, 2013). Η έλλειψη βιωσιμότητας του δημοσίου χρέους προβλημάτισε τους παραδοσιακούς δανειστές της. Οι απαιτούμενες αποδόσεις τους για να επενδύσουν σε ελληνικούς τίτλους αυξήθηκαν υπέρμετρα, ενώ οι περισσότεροι αρνήθηκαν να αγοράσουν νέα ελληνικά ομόλογα, ακόμα και στα υψηλότερα επιτόκια. Η απάντηση της ελληνικής κυβέρνησης χαρακτηρίστηκε ως ανεπαρκής. Σε μια προσπάθεια να μειωθεί το δημοσιονομικό έλλειμμα, ανήγγειλαν και εφάρμοσαν μια σειρά από μέτρα λιτότητας. Οι νέοι στόχοι εντάχθηκαν στο Επικαιροποιημένο Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης (ΕΠΣΑ 2010-2013, Ιανουάριος 2010). Σε σχέση με τον προϋπολογισμό που είχε ήδη ψηφιστεί, επρόκειτο για μια πιο δραστική και περισσότερο εμπροσθοβαρή δημοσιονομική προσαρμογή. Εντούτοις, αν και υπήρξαν θετικές δηλώσεις από τους επικεφαλής οργάνων της Ε.Ε., οι αγορές και ο διεθνής τύπος συνέχιζαν να τηρούν αρνητική στάση έναντι της Ελλάδος (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014, σ. 89).

Η αρνητική προοπτική της ελληνικής οικονομίας προκάλεσε τα spreads των κρατικών ομολόγων να διευρυνθούν σταδιακά. Το πρώτο σημαντικό άλμα των spreads συνέβη στις 8 Ιανουαρίου του 2010, όταν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή καταδίκασε την Ελλάδα για παραποίηση στοιχείων για τα δημόσια οικονομικά της. Η κυβέρνηση σύντομα άρχισε να ψάχνει για εναλλακτικές λύσεις ένα 'σχέδιο διάσωσης' που θα επέτρεπε τη μείωση του ελλείμματος, αλλά και την αποφυγή της χρεοκοπίας. Στις 23 Απριλίου 2010, η ελληνική κυβέρνηση απηύθυνε στις χώρες της Ευρωζώνης και στο Δ.Ν.Τ αίτημα χρηματοδοτικής συνδρομής. Το «Μνημόνιο Οικονομικών και Χρηματοπιστωτικών Πολιτικών» και τα μέτρα που το συνόδευαν αποτέλεσαν την κατευθυντήρια γραμμή της οικονομικής πολιτικής που θα έπρεπε να ακολουθηθεί μέχρι το τέλος της συμφωνίας. Το 'Μνημόνιο' προέβλεπε την παροχή δανείου 80 δισεκ., από τα μέλη της

Ευρωζώνης και άλλα 30 δισεκ. από το Δ.Ν.Τ με επιτόκια χαμηλότερα εκείνων της αγοράς. Τα χρήματα θα δίνονται με δόσεις, αφού πρώτα θα γίνεται η αξιολόγηση της πορείας υλοποίησης των μέτρων που περιλαμβάνονται στο μνημόνιο, από την Τρόικα.

Το 2011 οξύνθηκε η κρίση δημόσιου χρέους στη ζώνη του ευρώ. Ωστόσο, οι οικονομικές και χρηματοοικονομικές συνθήκες χειροτέρευσαν το δεύτερο εξάμηνο του 2011, κυρίως στις πιο εκτεθειμένες και ευάλωτες οικονομίες, όπως η Ελλάδα. Τον Ιούλιο του 2011, υπό την έντονη πίεση των αγορών, ξεκίνησε συζήτηση για το δεύτερο πακέτο στήριξης προς την Ελλάδα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση έγινε αντιληπτό ότι χρειαζόταν μια γενικότερη ρύθμιση για την ευρωζώνη. Έτσι, στη Σύνοδο Κορυφής της 26ης Οκτωβρίου 2011 λήφθηκαν αποφάσεις τόσο για περαιτέρω βοήθεια προς την Ελλάδα όσο και για μια γενικότερη ρύθμιση για τη στήριξη του ευρώ. Το νέο πρόγραμμα βοήθειας για την Ελλάδα προέβλεπε νέα δέσμη στήριξης, ύψους 130 δισεκ. ευρώ, καθώς και την εθελοντική ανταλλαγή ελληνικών ομολόγων που κρατούσε ο ιδιωτικός τομέας με νέα ομόλογα, με παράλληλη περικοπή της ονομαστικής τους αξίας κατά περίπου 50% (Kosmidou κ.ά. 2014).

Το πρώτο δίμηνο του 2012 ολοκληρώθηκαν οι διαπραγματεύσεις για την αναδιάρθρωση του δημόσιου χρέους. Προϋπόθεση για την ολοκλήρωση της αναδιάρθρωσης του χρέους ήταν μια νέα συμφωνία για τις αναγκαίες παρεμβάσεις στην οικονομία. Οι νέες ρυθμίσεις αποτυπώθηκαν στο «Μνημόνιο Οικονομικών και Χρηματοπιστωτικών Πολιτικών» (ΜΟΧΠ) και στο «Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής», τα οποία υιοθετήθηκαν από τη Βουλή στις 12 Φεβρουαρίου 2012 (Ν. 4046/2012). Η νέα συμφωνία συνοδευόταν από νέο χρηματοδοτικό πακέτο στήριξης, ύψους 130 δισεκ. ευρώ. Μαζί με το υπόλοιπο από το πρώτο Πρόγραμμα, η συνολική ακόμη μη-εκταμιευμένη βοήθεια έφθανε τότε τα 167 δισεκ. ευρώ περίπου (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014, σ. 107).

Οι εκλογές που εξαγγέλθηκαν στις 11 Απριλίου του 2012 για τις 6 Μαΐου και επαναλήφθηκαν στις 17 Ιουνίου δημιούργησαν νέες μεγάλες καθυστερήσεις και επέτειναν εκ νέου την αβεβαιότητα στο εσωτερικό και το εξωτερικό. Στο εξωτερικό, η απώλεια εμπιστοσύνης αντανάκλωνταν στα μέσα ενημέρωσης, η πλειονότητα των οποίων υποστήριζε ότι το ελληνικό πρόγραμμα έχει εκτροχιαστεί και εκτιμούσε ότι ήταν πλέον μεγάλη η πιθανότητα εξόδου της χώρας από το ευρώ. Ανάλογες εκτιμήσεις διατύπωναν και μελετητικά ιδρύματα, ενώ το ενδεχόμενο χρεοκοπίας της Ελλάδος είχε αρχίσει να παρεισφρέει και σε δηλώσεις Ευρωπαίων πολιτικών. Ο σχηματισμός νέας κυβέρνησης συνεργασίας τον Ιούνιο του 2012 ανέκοψε την επιδείνωση του κλίματος. Το Πρόγραμμα, όμως, μετά τις μεγάλες καθυστερήσεις, κινούνταν εκτός στόχων, ιδίως στο σκέλος των εσόδων. Η μεγάλη αβεβαιότητα, η μη υλοποίηση του Προγράμματος και η απώλεια καταθέσεων (έως το τέλος Ιουνίου) επέτειναν την ύφεση της οικονομίας, οξύνοντας το πρόβλημα της υστέρησης των εσόδων και της ανεργίας.

Από το τέλος Οκτωβρίου του 2012 οι εξελίξεις ήταν ραγδαίες. Στις 31 Οκτωβρίου 2012 κατατέθηκαν στη Βουλή ο Προϋπολογισμός του 2013 και το επικαιροποιημένο ΜΠΔΣ 2013-2016. Στις 7 Νοεμβρίου ψηφίστηκε ο Ν. 4093/2012 'Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 - Επείγοντα μέτρα εφαρμογής του Ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016'. Αυτό σήμαινε ότι ορισμένες από τις ρυθμίσεις εφαρμογής των μέτρων τα οποία προέβλεπε η συμφωνία του Φεβρουαρίου του 2012 (δηλ. ο Ν. 4046) ψηφίστηκαν με καθυστέρηση οκτώ μηνών. Οι εξελίξεις αυτές συνέβαλαν στη σταθεροποίηση της κατάστασης στα τέλη του 2012 (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014, σ. 113-118).

Το 2013, για πρώτη φορά μετά το 2002, κατέστη δυνατή η διαμόρφωση πρωτογενούς πλεονάσματος σε επίπεδο γενικής κυβέρνησης. Σύμφωνα με τις αποφάσεις της Ευρωζώνης στις 27 Νοεμβρίου και 13 Δεκεμβρίου 2012, η επίτευξη πρωτογενούς πλεονάσματος το 2013 αποτελούσε προαπαιτούμενο για την ανάληψη δράσης από τους Ευρωπαίους εταίρους που θα διασφαλίσει τη βιωσιμότητα του δημόσιου χρέους. Επιπλέον στη διάρκεια του 2013 αναλήφθηκαν ενέργειες που αποσκοπούσαν στην ενίσχυση των φορολογικών εσόδων, προσπάθειες αναδιάρθρωσης δημόσιων οργανισμών και επιχειρήσεων, ενώ στη διάρκεια του έτους παρατηρήθηκαν καθυστερήσεις ως προς την υλοποίηση προαπαιτούμενων ενεργειών βάσει του 'Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής', οι οποίες σχετίζονται με την αναδιάρθρωση του κράτους (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014, σ. 123-124).

1.3.3 Η οικονομία σήμερα

Η πορεία αυτή, που βρίσκεται σήμερα σε προχωρημένο στάδιο, δεν ήταν ούτε ευθύγραμμη ούτε ανώδυνη. Δεν ήταν εξάλλου βέβαιο εξ αρχής ότι η χώρα είχε τη δυνατότητα να προσαρμοστεί συντεταγμένα, ενώ συχνά προβλήθηκε η έξοδος από το ευρώ ως επικείμενη, ενίοτε και αναπόφευκτη. Άλλωστε η ελληνική ύφεση της περιόδου 2007-2013 συγκαταλέγεται ως μια εκ των μεγαλύτερων στη σύγχρονη ιστορία των οικονομιών της αγοράς. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ήταν η μεγάλη διάρκεια (6 χρόνια) και το βάθος (23,93% συσσωρευμένη πτώση του πραγματικού ΑΕΠ) (Γώγος, 2014).

Σήμερα τα κύρια χαρακτηριστικά της ελληνικής οικονομίας, όπως καταγράφονται στην έκθεση του Ι.Ο.Β.Ε. (Ι.Ο.Β.Εα, 2014, σ. 6) για το τρίτο τρίμηνο του 2014, η οικονομία βρίσκεται σε εξισορρόπηση και τα βασικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι συνολικά για το τρέχον έτος ένας θετικός ρυθμός ανάπτυξης, στην περιοχή της επίσημης πρόβλεψης του κρατικού προϋπολογισμού, είναι εφικτός. Η αντιστροφή της μείωσης του εθνικού προϊόντος, που μπορεί να σηματοδοτήσει το τέλος της βαθιάς και παρατεταμένης ύφεσης, αποδίδεται αφενός στη μείωση της πτώσης της εγχώριας κατανάλωσης, αφετέρου στην αύξηση των εξαγωγών υπηρεσιών, τουριστικών αλλά και άλλων. Τα πρόσφατα δεδομένα επιβεβαιώνουν αυτές τις

θετικές τάσεις. Επίσης όμως επιβεβαιώνουν ότι η δυναμική τόσο στις επενδύσεις όσο και στις εξαγωγές αγαθών παραμένει πολύ ασθενής. Η επίδραση της πρόσφατης αναθεώρησης των στοιχείων των εθνικών λογαριασμών, δεν ανατρέπει τη συνολική εικόνα, ενώ το ίδιο μπορεί να παρατηρηθεί για το προσχέδιο του προϋπολογισμού που κατέθεσε η κυβέρνηση. Επιπλέον, όπως επισημαίνει ο Ι.Ο.Β.Ε. (Ι.Ο.Β.Εα, 2014, σ. 6) οι συνθήκες και οι επιπτώσεις του εκλογικού κύκλου συνεχίζουν εν μέρει να υφίστανται. Αιτία για αυτό το γεγονός αποτελεί η διαδικασία εκλογής νέου Προέδρου της Δημοκρατίας και το ενδεχόμενο να μην ολοκληρωθεί από την παρούσα βουλή, οδηγώντας σε προκήρυξη εκλογών. Σε αυτή την περίπτωση, η αβεβαιότητα ως προς τον κυβερνητικό σχηματισμό που μάλλον θα αναδειχθεί από τις εκλογές και την πολιτική στρατηγική που θα ακολουθήσει για την οικονομία, δεν επιτρέπουν τη διαμόρφωση σαφών προσδοκιών για το επόμενο εξάμηνο, λειτουργώντας ανασταλτικά στη λήψη αποφάσεων από τις οικονομικές μονάδες, κυρίως ίσως από επενδυτές, Έλληνες και ξένους. Στο πεδίο των δημοσιονομικών εξελίξεων, εξετάζεται αυτή την περίοδο στο πλαίσιο της αξιολόγησης του 'Προγράμματος Δημοσιονομικής Πολιτικής' η αναγκαιότητα παράτασης υφιστάμενων δημοσιονομικών μέτρων τα οποία προβλεπόταν να ολοκληρωθούν φέτος ή/και λήψης νέων μέτρων, για την περίοδο 2015-2017, εντός της οποίας θα ολοκληρωθεί η δημοσιονομική προσαρμογή. Σύμφωνα με το Προσχέδιο του Κρατικού Προϋπολογισμού για το 2015, είναι εφικτή η επίτευξη πρωτογενούς πλεονάσματος Γενικής Κυβέρνησης στο επόμενο έτος, ελαφρώς χαμηλότερου του σχετικού στόχου στο 'Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής', χωρίς τη λήψη πρόσθετων μέτρων. Ανεξαρτήτως από το εάν και ποια δημοσιονομικά μέτρα θα συνεχιστούν/ληφθούν το 2015, η συσσώρευση φορολογικών υποχρεώσεων (ΕΝΦΙΑ, φόρος εισοδήματος) στο τελευταίο τετράμηνο του 2014, μάλλον θα ασκήσει πιέσεις μεγαλύτερες των αντίστοιχων περυσινών (ΕΕΤΑ) στο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών. Επιπλέον οι οικονομικές δυσκολίες εξακολουθούν σε μεγάλο βαθμό να υφίστανται και η καταστολή της υπέρμετρης ανεργίας αποτελεί τη μεγαλύτερη τρέχουσα πρόκληση για την ελληνική οικονομία (Ι.Ο.Β.Εα, 2014, σ. 14).

1.3.4 Οι προβλέψεις για τα επόμενα χρόνια

Οι προβλέψεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής συγκλίνουν προς τις εκτιμήσεις (2014, 2015 και 2016) των ασκούντων την οικονομική πολιτική για θετικούς ρυθμούς οικονομικής μεγέθυνσης, αύξηση των επενδύσεων, αύξηση της απασχόλησης και συνέχιση της δημοσιονομικής προσαρμογής. Την Τρίτη 4 Νοεμβρίου 2014 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε τις φθινοπωρινές οικονομικές προβλέψεις για τα έτη 2014, 2015 και 2016. Οι προβλέψεις σχετίζονται με τον ρυθμό οικονομικής μεγέθυνσης (ποσοστιαίος ρυθμός μεταβολής του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ)), με την ποσοστιαία μεταβολή των επενδύσεων και της απασχόλησης, με την μεταβολή του ισοζυγίου της γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ και

με την ποσοστιαία μεταβολή του εναρμονισμένου δείκτη τιμών καταναλωτή (ΕΔΤΚ), δηλαδή του πληθωρισμού. Για την ελληνική οικονομία οι εν λόγω προβλέψεις έρχονται να επιβεβαιώσουν σύμφωνα με τον οικονομικό αναλυτή Σ.Γ Γώγο (Γώγος, 2014) σε μεγάλο βαθμό τις εκτιμήσεις των ασκούντων την οικονομική πολιτική καθώς και των εγχώριων πιστωτικών και ερευνητικών ιδρυμάτων για θετικό ρυθμό οικονομικής μεγέθυνσης, αύξηση των επενδύσεων, αύξηση της απασχόλησης και περαιτέρω μείωση του ισοζυγίου της γενικής κυβέρνησης για το 2014. Πιο συγκεκριμένα, για τα έτη 2014, 2015 και 2016 προβλέπεται: ρυθμός οικονομικής μεγέθυνσης της τάξης του +0,6%, +2,9% και +3,7% αντίστοιχα, ποσοστιαίος ρυθμός μεταβολής των επενδύσεων της τάξης του +4,5%, +11,7% και +15%, ποσοστιαίος ρυθμός μεταβολής της απασχόλησης της τάξης του +0,6%, +2,6% και +4%, ισοζύγιο της γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ της τάξης του -1,6%, -0,1% και +1,3% και πληθωρισμός της τάξης του -1%, +0,3%, +1,1% (Γώγος, 2014).

Πίνακας 3: Οι κυριότερες οικονομικές εξελίξεις στην Ελλάδα 2009-2012.

| ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ (2009-2012) | |
|---|--|
| 2009 | |
| 2 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ | Ο πρωθυπουργός της χώρας Κ. Καραμανλής προκηρύσσει εθνικές εκλογές στις 4 Οκτωβρίου. |
| 4 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ | Νέος πρωθυπουργός της χώρας ο Γ. Παπανδρέου |
| 21 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ | Ο νέος Υπουργός Οικονομικών Γ. Παπακωνσταντίνου ανακοινώνει στο ECOFIN ότι το έλλειμμα για το 2009 είναι υπερδιπλάσιο του προβλεπομένου (6%-12,7%) |
| 22 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ | Ο οίκος Fitch υποβαθμίζει την πιστοληπτική ικανότητα της Ελλάδας από Α ΣΕ Α-. |
| 8 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ | Ο οίκος Fitch υποβαθμίζει περαιτέρω την πιστοληπτική ικανότητα της χώρα σε BBB+ |
| 10 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ | Ο Πρωθυπουργός Γ. Παπανδρέου ανακοινώνει μία δέσμη μέτρων λιτότητας. |
| 16 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ | Ο οίκος S&P (Standard & Poor's) υποβαθμίζει την πιστοληπτική ικανότητα της χώρα σε BBB+ |
| 23 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ | Ο οίκος Moody's υποβαθμίζει την πιστοληπτική ικανότητα της χώρα από Α1 σε Α2. |
| 2010 | |
| 8 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ | Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή καταδικάζει τη χώρα για παραποίηση δεδομένων των δημοσιονομικών της στοιχείων. |
| 26 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ | Οι Ευρωπαίοι ηγέτες κατά τη διάρκεια του World Economic Forum στο Νταβός της Ελβετίας, άσκησαν πιέσεις στην Ελληνική Κυβέρνηση για τη λήψη πρόσθετων μέτρων. |
| 9 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ | Η Ελληνική Κυβέρνηση ανακοινώνει νέα δημοσιονομικά μέτρα για τον περιορισμό του ελλείμματος. |
| 11 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ | Τα μέλη της Ευρωζώνης συμφωνούν ότι θα αναλάβουν συντονισμένη δράση για τη διασφάλιση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας. |
| 3 ΜΑΡΤΙΟΥ | Η Ελληνική κυβέρνηση ανακοινώνει ένα νέο πακέτο μέτρων. |

| | |
|----------------------|--|
| 22 ΜΑΡΤΙΟΥ | H Eurostat ανακοινώνει ότι το έλλειμμα για το 2009 αναθεωρείται στο 13,6% του ΑΕΠ |
| 25 ΜΑΡΤΙΟΥ | Συμφωνία των κρατών-μελών της Ευρωζώνης για τη δημιουργία Μηχανισμού Στήριξης στην Ελλάδα, στην περίπτωση που αυτή αποκλειστεί από τις αγορές. Στο Μηχανισμό θα συνδράμει και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. |
| 9 ΑΠΡΙΛΙΟΥ | Ο οίκος Fitch υποβαθμίζει εκ νέου την πιστοληπτική ικανότητα της Ελλάδας από BBB+ SE BBB- |
| 22 ΑΠΡΙΛΙΟΥ | Ο οίκος Moody's υποβαθμίζει την Ελλάδα κατά μία βαθμίδα από A2 σε A3. |
| 23 ΑΠΡΙΛΙΟΥ | Η Ελληνική κυβέρνηση ζητά επίσημα την ενεργοποίηση του μηχανισμού στήριξης. |
| 27 ΑΠΡΙΛΙΟΥ | Ο οίκος S&P υποβαθμίζει την πιστοληπτική ικανότητα της χώρας από BBB+ σε BB+(εξααιρετικά χαμηλό επίπεδο) |
| 2 ΜΑΙΟΥ | Θεσπίζεται το πακέτο δανείου από τους Εταίρους μας συνολικό ύψους 110 δισεκ. |
| 6 ΜΑΙΟΥ | Η Βουλή των Ελλήνων ψηφίζει τα μέτρα που περιλαμβάνονται στο Μνημόνιο. |
| 9 ΜΑΙΟΥ | Στην Έκτακτη Σύνοδο Κορυφής της Ε.Ε. αποφασίζεται η δημιουργία Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Στήριξης και θεσπίζεται το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (ΕΤΧΣ). |
| 18 ΜΑΙΟΥ | Η Ελλάδα λαμβάνει τη πρώτη δόση της οικονομικής βοήθειας ύψους 20 δισεκ. |
| 14 ΙΟΥΝΙΟΥ | Ο οίκος Moody's υποβαθμίζει την πιστοληπτική ικανότητα της χώρας από A3 σε Ba1. |
| 22 ΙΟΥΛΙΟΥ | Το Ελληνικό κοινοβούλιο ψηφίζει νέα μέτρα που αφορούν τη μεταρρύθμιση της κοινωνικής ασφάλισης αλλά και το συνταξιοδοτικό σύστημα της χώρας. |
| 23 ΙΟΥΛΙΟΥ | Δημοσιεύονται τα αποτελέσματα των πανευρωπαϊκών stress test στον τραπεζικό τομέα. |
| 7 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ | Εγκρίνεται η δεύτερη δόση του πακέτου βοήθειας 6,5 δισεκ. |
| 21 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ | Αίτημα της Ιρλανδίας για παροχή βοήθειας από την Ε.Ε. |
| 23 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ | Εγκρίνεται από την Τρόικα η εκταμίευση της τρίτης δόσης. |
| 14 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ | Ψηφίστηκε το πολυνομοσχέδιο για τα εργασιακά και τις ΔΕΚΟ |
| 23 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ | Ψηφίστηκε ο προϋπολογισμός για το 2011 |
| 2011 | |
| 7 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ | Ο οίκος Fitch υποβαθμίζει περαιτέρω την πιστοληπτική ικανότητα της χώρας ΑΠΟ BBB- ΣΕ BB+ |
| 10 ΜΑΡΤΙΟΥ | Ο οίκος Moody's υποβαθμίζει την πιστοληπτική ικανότητα της χώρας από Ba1 σε B1. |
| 12 ΜΑΡΤΙΟΥ | Απόφαση συνόδου κορυφής της ΕΕ για επιμήκυνση του χρόνου αποπληρωμής του δανείου του Μαΐου 2010, κατά 7,5 χρόνια και μείωση επιτοκίου κατά 1% |
| 29 ΜΑΡΤΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης S&P υποβάθμισε την Ελλάδα από το επίπεδο BB+ στο BB- |
| 9 ΜΑΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης S&P υποβάθμισε την Ελλάδα από το επίπεδο BB- στο B. |
| 20 ΜΑΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης Fitch υποβάθμισε την Ελλάδα από το επίπεδο BB+ στο B+ |
| 1 ΙΟΥΝΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης Moody's υποβάθμισε την Ελλάδα από το επίπεδο B1 στο Caa1. |
| 13 ΙΟΥΝΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης S&P υποβάθμισε την Ελλάδα από το επίπεδο B στο CCC. |
| 17 ΙΟΥΝΙΟΥ | Ανακοινώνεται ο ανασχηματισμός. Νέος υπουργός οικονομικών αναλαμβάνει ο Ευάγγελος Βενιζέλος |

| | |
|-----------------------|---|
| 13 ΙΟΥΛΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης Fitch υποβάθμισε την Ελλάδα κατά τρεις βαθμίδες από το επίπεδο B+ στο CCC. |
| 21 ΙΟΥΛΙΟΥ | Η σύνοδος κορυφής της Ε.Ε. κατέληξε σε συμφωνία νέας δανειοδότησης της Ελλάδας, ύψους 109 δις (Συμμετοχή και του ιδιωτικού τομέα PSI). |
| 25 ΙΟΥΛΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης Moody's υποβάθμισε την Ελλάδα κατά τρεις βαθμίδες από το επίπεδο Caa1 στο Ca. |
| 27 ΙΟΥΛΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης S&P υποβάθμισε την Ελλάδα από το επίπεδο CCC στο CC. |
| 17 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ | Η Ελλάδα προχωρά σε διμερή συμφωνία με την Φινλανδία, παρέχοντάς της εγγυήσεις για να συμμετάσχει στο δεύτερο δάνειο της Ελλάδας. |
| 6 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ | Ο Υπουργός Οικονομικών Ευάγγελος Βενιζέλος ανακοινώνει νέα έκτακτα συμπληρωματικά μέτρα |
| 11 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ | Ο Υπουργός Οικονομικών Ευάγγελος Βενιζέλος ανακοίνωσε την επιβολή του ειδικού τέλους ακινήτων που θα καταβάλλεται μέσω λογαριασμού της ΔΕΗ |
| 6 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ | Κατατίθεται στη βουλή το πολυνομοσχέδιο για το νέο βαθμολόγιο-μισθολόγιο του δημοσίου, τις μειώσεις σε κύριες και επικουρικές συντάξεις, τις μειώσεις στο εφάπαξ, την νέα φορολογική κλίμακα και τις αλλαγές στα εργασιακά. |
| 20 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ | Ψηφίστηκε το πολυνομοσχέδιο από την κυβερνητική πλειοψηφία. |
| 26 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ | Απόφαση συνόδου κορυφής της Ε.Ε. για κούρεμα του ελληνικού χρέους κατά 50%. |
| 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ | Ο Πρωθυπουργός της χώρας Γ. Παπανδρέου ανακοινώνει την απόφαση του για διεξαγωγή δημοψηφίσματος με θέμα τη νέα δανειακή σύμβαση. |
| 4 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ | Η Κυβέρνηση έλαβε ψήφο εμπιστοσύνης από το κοινοβούλιο ενώ ξεκινά συζητήσεις για το σχηματισμό νέας κυβέρνησης εθνικής ενότητας. |
| 11 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ | Παρατίεται από πρωθυπουργός ο Γ. Παπανδρέου και ορκίζεται νέος Πρωθυπουργός της χώρας ο τεχνοκράτης Λουκάς Παπαδήμος. |
| 2012 | |
| 12 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ | Το Ελληνικό Κοινοβούλιο ενέκρινε το νέο πακέτο λιτότητας. |
| 21 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ | Η Ευρωομάδα εγκρίνει το δεύτερο πακέτο διάσωσης ύψους 130 δισεκ.€. |
| 22 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης Fitch υποβάθμισε την Ελλάδα κατά τρεις βαθμίδες από το επίπεδο CCC στο RD. |
| 2 ΜΑΡΤΙΟΥ | Υπογράφηκε το νέο δημοσιονομικό σύμφωνο της Ε.Ε |
| 9 ΜΑΡΤΙΟΥ | Ολοκληρώθηκε η αναδιάρθρωση του Ελληνικού χρέους με τη συμμετοχή του PSI. |
| 13 ΜΑΡΤΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης Fitch αναβάθμισε την Ελλάδα από RD στο B. |
| 6 ΜΑΙΟΥ | Διεξάγονται οι εκλογές από τις οποίες δεν προέκυψε τελικά κυβέρνηση. |
| 16 ΜΑΙΟΥ | Ορκίζεται η υπηρεσιακή κυβέρνηση του Παναγιώτη Πικραμένου. |
| 17 ΙΟΥΝΙΟΥ | Διεξάγονται οι βουλευτικές εκλογές οι οποίες οδήγησαν τελικά σε δημιουργία κυβέρνησης συνασπισμού με τη συμμετοχή της Νέας Δημοκρατίας, του ΠΑΣΟΚ και της ΔΗΜΑΡ με Πρωθυπουργό τον Αντώνη Σαμαρά. |
| 26 ΙΟΥΝΙΟΥ | Αίτημα της Κύπρου για υπαγωγή στο Μηχανισμό Στήριξης. |
| 8 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ | Ψηφίστηκε από το κοινοβούλιο το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016, με 153 ψήφους. |
| 13 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ | Απόφαση Ευρωομάδας για εκταμίευση δόσης 49 δισεκ. και πάνω. |
| 19 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ | Ο οίκος αξιολόγησης S&P αναβάθμισε την Ελλάδα στο επίπεδο B-. |

Πηγή: Kosmidou κ.ά., 2014

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ – ΠΡΟΤΥΠΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια όλο και πιο συστηματικά απασχολούν τις σύγχρονες κοινωνίες ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία και την ασθένεια. Η υγεία για τον άνθρωπο και την κοινωνία έχει την έννοια της απόλυτης συνθήκης, προκειμένου να έχει νόημα κάθε άλλη δραστηριότητα του. Γι αυτό το λόγο, η συστηματική παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί τη σημαντικότερη παράμετρο της κοινωνικής προσφοράς στο άτομο (Οικονομοπούλου, 2006, σ. 606). Η συζήτηση σχετικά με την οργάνωση και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας προϋποθέτει τον εννοιολογικό προσδιορισμό του συστήματος υγείας, ο οποίος με τη σειρά του καθορίζεται από τον ορισμό της ίδιας της έννοιας της υγείας.

2.1 Υγεία

Ο ορισμός της υγείας έχει προκαλέσει έντονες επιστημονικές συζητήσεις, καθώς μία σειρά από επιστημονικούς κλάδους πέρα από τις ιατρικές και βιολογικές επιστήμες προσεγγίζουν και διερευνούν την υπόσταση της υγείας και της αρρώστιας. Η δυσκολία ώστε να οριστεί η έννοια της υγείας έγκειται στο ότι εκτός από τους βιολογικούς παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη το περιβάλλον, οι κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες, καθώς και οι υποκειμενικές κρίσεις των ανθρώπων (Χούκλη, 2008, σ. 47). Στην τρέχουσα βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές και ενδιαφέρουσες προσεγγίσεις για τον ορισμό της υγείας. Εξέχουσα θέση έχει η βιολογική προσέγγιση της υγείας, με το αποκαλούμενο βιοϊατρικό μοντέλο (αρνητικός ορισμός). Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο και όπως διατυπώθηκε από τον Jeremy Bentham αλλά και από τον Gristopher Boorce [1977] (Σωτηριάδου κ.ά., 2011), με τον όρο υγεία απλά νοείται η απουσία νόσου. Συγκεκριμένα ο «νατουραλιστής» Gristopher Boorce, προκαλώντας πλήθος αντιδράσεων, υποστηρίζει ότι πρέπει να αποβάλουμε από τον ορισμό της ασθένειας κάθε αξιακή κρίση και να επικεντρωθούμε μόνο στις βιολογικής φύσης δυσλειτουργίες, σε σύγκριση με τη στατιστικά κανονική βιολογική λειτουργία. Το βιοϊατρικό μοντέλο έχει υποστεί έντονη κριτική, τόσο από το ευρύ κοινό όσο και από τον ακαδημαϊκό χώρο. Σημαντική κριτική ασκήθηκε από τον Thomas McKeown [2001] με την παράθεση στοιχείων σύμφωνα με τα οποία η πτώση της θνησιμότητας στον 20^ο αιώνα, δεν οφείλεται σε ιατρικές παρεμβάσεις, αλλά κυρίως στην αλλαγή των συνθηκών υγιεινής, της διατροφής και γενικότερα των συνθηκών ζωής. Ωστόσο, ο McKeown αναγνωρίζει ότι με την εισαγωγή φαρμάκων και των ιατρικών παρεμβάσεων επιταχύνθηκε η φθίνουσα πορεία των δεικτών θνησιμότητας. Στον αντίποδα των παραπάνω αντιλήψεων τοποθετείται η σχολή της ολιστικής προσέγγισης της υγείας (θετικός ορισμός) με πιο γνωστή και διαδεδομένη τον ορισμό που δίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) (Σωτηριάδου κ.ά., 2011).

Σύμφωνα λοιπόν με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ο οποίος υιοθετείται και από τα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως υγεία νοείται «η κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας» (Χούκλη, 200 σ. 47). Με τον συγκεκριμένο ορισμό έγινε αντιληπτό ότι η ολιστική προσέγγιση της υγείας απαιτεί ευρύτερες του συστήματος υγείας δράσεις, για την προαγωγή της. Το 1978 η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που συνήλθε στο Alma-Ata (WHO, 1978), επεσήμανε ότι η υγεία είναι ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η διασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί παγκόσμιο στόχο, η επίτευξη του οποίου απαιτεί την δράση από πολλούς κοινωνικούς και οικονομικούς τομείς πέρα από τον τομέα της υγείας, συμπληρώνοντας ότι η προώθηση και η προστασία της υγείας των ανθρώπων είναι απαραίτητη για τη διαρκή οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη ενώ συμβάλλει σε μία καλύτερη ποιότητα ζωής, αλλά και στην παγκόσμια ειρήνη.

2.2 Σύστημα υγείας

Το Σύστημα υγείας, με βάση τα ανωτέρω αποτελεί βασικό θεσμό του κράτους πρόνοιας και αναπόσπαστο συστατικό στοιχείο του μοντέλου οργάνωσης της κοινωνίας και της οικονομίας κάθε χώρας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ορίζει το σύστημα υγείας ως «το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων, οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση δραστηριοτήτων που έχουν πρωταρχικό τους σκοπό την προαγωγή, την αποκατάσταση και την διατήρηση της υγείας» (Δημουλάς, & Οικονόμου, 2012).

Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, τα συστήματα υγείας διαμορφώθηκαν σταδιακά με διαφορετικό τρόπο, αλλά πάντα σε σχέση με το βαθμό ανάπτυξης της κοινωνίας, της οικονομίας και τις γενικότερες πολιτικές εξελίξεις, με γενική τάση τη μεγέθυνση του τομέα της υγείας (Λιαρόπουλος, 2010, σ. 32). Ωστόσο, παρά τις διαφορές ως προς την οργάνωση και τη χρηματοδότηση, τα συστήματα υγείας θεμελιώνονται σε βασικές αξίες και θέτουν στόχους όπως:

- Η βελτίωση της αποδοτικότητας. Η αποδοτικότητα αποτελεί το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση της λειτουργίας των οργανισμών υγείας και το βασικό μέσο για έλεγχο και ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και των υλικών πόρων, ενώ σχετίζεται άμεσα με το βαθμό χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης και την παραγωγικότητα του υγειονομικού τομέα. Ο έλεγχος της αποδοτικής χρήσης των υγειονομικών πόρων επιτυγχάνεται μέσω της βελτίωσης της ικανότητας του οργανισμού υγείας να προλαμβάνει τη νόσο ή να παρέχει τη δυνατότητα στον ασθενή να ωφεληθεί τα μέγιστα από τη θεραπεία που του προσφέρει με τρόπο αποδοτικό, αποτελεσματικό, ποιοτικό και ισότιμο (Καλογεροπούλου, 2011).

- Η διασφάλιση της ισότητας. Διασφάλιση ότι η ίδια ποιοτική φροντίδα παρέχεται σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα, τον τόπο κατοικίας ή τη δυνατότητα πληρωμής. Επίσης, επιδιώκεται μείωση των παρατηρούμενων ανισοτήτων ανάμεσα σε διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες και κοινωνικό-οικονομικές ομάδες (Οικονομοπούλου, 2006. σ. 611).
- Αύξηση της ασφάλειας για τον ασθενή και περιορισμός των ιατρικών σφαλμάτων. Όσον αφορά στις απαιτήσεις ασφάλειας, εκτός από τον προφανή και μη αποδεκτό κίνδυνο ατυχημάτων, τη σωματική και την ψυχική βλάβη των ατόμων και τις δικαστικές αντιδικίες, η έλλειψη ασφάλειας είναι αντιπαραγωγική καθώς χρόνος (και χρήμα) αφιερώνεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών (παράπονα, μηνύσεις, αντιμετώπιση σωματικών βλαβών) ενώ ταυτόχρονα, διακυβεύεται η φήμη του οργανισμού και χάνεται η εμπιστοσύνη των ασθενών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).
- Βελτίωση της ανθεκτικότητας. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας πρέπει να παραμείνουν προσβάσιμα και αποτελεσματικά επιδιώκοντας μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα. Για να γίνει αυτό, πρέπει να παραμείνουν δημοσιονομικά βιώσιμα. Τα συστήματα υγείας πρέπει επίσης να εξετάσουν μη δημοσιονομικούς παράγοντες. Πρέπει να είναι σε θέση να προσαρμόζονται αποτελεσματικά στα μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα να εντοπίζουν και να εφαρμόζουν καινοτόμους λύσεις για την αντιμετώπιση σημαντικών προκλήσεων - έλλειψη εμπειρογνωμοσύνης/πόρων σε συγκεκριμένους τομείς, απροσδόκητη αύξηση της ζήτησης (π.χ. λόγω επιδημιών) κλπ. - με περιορισμένους πόρους. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να αναπτύξουν ανθεκτικότητα και να τη διατηρήσουν (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014, σ. 11).

2.3 Βασικά μοντέλα συστημάτων υγείας

Τον περασμένο αιώνα δημιουργήθηκαν 3 βασικά συστήματα υγείας πάνω στα οποία έχουν αναπτυχθεί σήμερα διάφορες παραλλαγές. Τα πρότυπα συστήματα αυτών των κατηγοριών είναι τα εξής:

- Το υπόδειγμα Beveridge - Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- Το υπόδειγμα Bismarck – Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης.
- Το Φιλελεύθερο υπόδειγμα.

Η ενδελεχής ανασκόπηση σε επιλεγμένη βιβλιογραφία αναφορικά με τα συστήματα υγείας, οδηγεί στην αναγνώριση αρκετών διαφορετικών τύπων κατηγοριοποίησης των συστημάτων. Παρά τη διαφορετικότητα των συστημάτων υγείας, παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό σύγκλιση της περιγραφής αυτών, κυρίως γύρω από τα τρία βασικότερα συστήματα υγείας που αφορούν στις χώρες: Μ. Βρετανία, Γερμανία και Η.Π.Α, τα οποία περιγράφονται παρακάτω.

2.3.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας – μοντέλο Beveridge

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Systems NHS) έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας (σύστημα τύπου Beveridge). Μέχρι το 1900 στη Μ. Βρετανία δεν υπήρχε κανενός είδους κοινωνική ασφάλιση, ενώ την ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη του πληθυσμού την είχε η εκκλησία. Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου πολέμου σχεδιάστηκε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Η διαμόρφωση της έκθεσης του λόρδου Beveridge το 1942 υπήρξε καθοριστικής σημασίας για τη δημιουργία ενός συστήματος, σύμφωνα με τις βασικές αρχές του οποίου η κεντρική διοίκηση αναλαμβάνει την προστασία των πολιτών απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους της ασθένειας, της ανεργίας και του γήρατος. Το 1942 γίνεται λοιπόν η πρώτη συντονισμένη προσπάθεια για μία κεντρικά σχεδιασμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που θα κάλυπτε εξ ολοκλήρου τον πληθυσμό της χώρας. Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε το 1948, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Systems), με βασικό χαρακτηριστικό τον αυξημένο παρεμβατισμό, τη δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τη κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού, μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας.

Το Βρετανικό σύστημα υγείας αποτελεί το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη πληθυσμού. Στα βασικά χαρακτηριστικά του συγκαταλέγονται η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και πλήρους υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού και της ισότητας στη πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος κ.ά, 2005).

Κύριος συντονιστής αυτού του συστήματος θεωρείται ο εκάστοτε Υπουργός Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για τη δημόσια υγεία, την πολιτική υγείας που ακολουθείται, διαπραγματεύεται με το Υπουργείο οικονομικών το ύψος της χρηματοδότησης του (NHS), αλλά έχει και την γενική εποπτεία για τη ορθή λειτουργία του NHS. Το Υπουργείο έχει τρεις κλάδους. Υπάρχει ο Γενικός Γραμματέας (Permanent Secretary) ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη συνολική διαχείριση του υγειονομικού τομέα όπως είναι η οικονομική διαχείριση, η κοινωνική φροντίδα και η τήρηση της ισότητας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Κατά δεύτερων υπάρχει ο ανώτερος ιατρικός σύμβουλος (Chief Medical Officer) ο οποίος, είναι αρμόδιος για την παροχή ειδικών ιατρικών συμβουλών σε ολόκληρο το τμήμα όσον αφορά την έρευνα, την ανάπτυξη, τη βελτίωση και προστασία της υγείας, την ποιότητα στις διάφορες παροχές και άλλα συναφή θέματα. Τρίτον υπάρχει ο ανώτερος διοικητικός υπάλληλος του NHS (Chief Executive), ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση και την απόδοση του NHS (Boyle, 2011, σ. 30-35).

Το Υπουργείο Υγείας σε περιφερειακό επίπεδο λειτουργεί μέσω 10 στρατηγικών υγειονομικών αρχών (SHAs), οι οποίες είναι υπεύθυνες για την εξασφάλιση της ποιότητας και της

απόδοσης των τοπικών υπηρεσιών υγείας εντός της γεωγραφικής περιοχής τους, ενώ είναι επίσης αρμόδιες για την παρακολούθηση της επίδοσης των τραστ πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Trust - PCT) και των νοσοκομειακών τραστ (NHS trusts). Τα 151 PCT είναι αρμόδια για κάθε μορφή πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι κύριοι παραγγελιοδότες υπηρεσιών για τους πληθυσμούς που εξυπηρετούν. Τα νοσοκομειακά τραστ του NHS είναι οι κύριοι φορείς παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας και περιλαμβάνουν όλα τα δημόσια νοσοκομεία (Boyle, 2011, σ. 21-25).

Η χρηματοδότηση του NHS το 2011 προερχόταν κατά βάση από τον προϋπολογισμό και συγκεκριμένα από τη γενική φορολογία κατά 83%, από διάφορες ιδιωτικές πληρωμές κατά 10%, από τη κοινωνική ασφάλιση σε ποσοστό που φθάνει το 3% και το υπόλοιπο 4% από την ιδιωτική ασφάλιση (OECDa, 2013, σ. 165).

2.3.2 Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης – μοντέλο Bismarck

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίχτηκε στο πρότυπο του καγκελάρου Bismarck ο οποίος με μία σειρά νόμων θέσπισε τη περίοδο 1883-1889 στη Γερμανία το πρώτο Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (SHI). Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας αρχικά αφορούσε την κάλυψη των εργατών από τους κοινωνικούς κινδύνους όπως τα εργατικά ατυχήματα και την ασθένεια (1884), το γήρας (1889), ενώ τον επόμενο αιώνα επεκτάθηκε στην ανεργία (1924), αλλά και στην μακροχρόνια φροντίδα (1994). Τα συστήματα υγείας που στηρίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, το κράτος δεν αναλαμβάνει απευθείας την ευθύνη για τη χρηματοδότηση της υγείας, αλλά την αναθέτει σε κάποιους ειδικούς φορείς, με σχετική διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, τα ταμεία υγείας ή ασθενείας (sickness funds) τα οποία είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου). Τα συστήματα της κοινωνικής ασφάλισης στηρίζονται στην αρχή ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, ενώ η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού είναι υποχρεωτική και εν δυνάμει καθολική, χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών ενώ τα ταμεία υγείας έχουν την ευθύνη για την είσπραξη αυτών (Busse & Blümel, 2014, σ. 21-22).

Το εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία καλύπτει το 86% του πληθυσμού – περίπου 70.000.000 άτομα - μέσω των 132 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (Busse & Blümel, 2014, σ. 45). Ο συνολικός αριθμός των ταμείων ασθενείας μειώθηκε αρκετά κατά τις τελευταίες δεκαετίες, μία τάση 'συρρίκνωσης' που επιταχύνθηκε έντονα από το 1993 και αργότερα. Η Γερμανική αγορά ιδιωτικής ασφάλισης είναι σχετικά μικρή με ποσοστό κάλυψης 9% περίπου (OECDa, 2013, σ. 165). Κάθε άτομο δικαιούται να αγοράσει συμπληρωματική ασφάλιση ανεξάρτητα από την απασχόληση του ή το εισόδημα του.

Βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του Γερμανικού συστήματος υγείας είναι η διασπορά των αρμοδιοτήτων λήψης αποφάσεων ανάμεσα σε διάφορες βαθμίδες διακυβέρνησης (σε επίπεδο

ομοσπονδίας και κρατιδίων) και σε μη κρατικούς οργανισμούς. Οι ιατρικοί σύλλογοι και τα ταμεία ασθενείας διαχειρίζονται στην ουσία το σύστημα της υγειονομικής ασφάλισης για λογαριασμό του κράτους, εφαρμόζοντας την ομοσπονδιακή πολιτική μέσα από τις συλλογικές συμβάσεις που διαπραγματεύονται (Rice, 2006, σ. 365). Από το 2009 όλα τα ταμεία ασθενείας εκπροσωπούνται από την Ομοσπονδιακή Ένωση Ταμείων Ασθενείας. Η γερμανική πολιτική υγείας παρουσιάζει τάση σταθερότητας χάρη στην ύπαρξη πολλών παραγόντων και το δικαίωμα βέτο που έχουν οι διάφορες ομάδες συμφερόντων στο πλαίσιο του συστήματος (Busse & Blümel, 2014, σ. 45).

Πίνακας 4: Ποιες χώρες ακολουθούν τα μοντέλα συστημάτων υγείας Bismarck/Beveridge.

| ΧΩΡΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ BISMARCK | ΧΩΡΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ BEVERIDGE | ΧΩΡΕΣ ΠΟΥ ΑΛΛΑΞΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ BISMARCK ΣΤΟ BEVERIDGE 1970-80s |
|---|--|---|
| ΓΕΡΜΑΝΙΑ | ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ | ΕΛΛΑΔΑ |
| ΑΥΣΤΡΙΑ | ΙΡΛΑΝΔΙΑ | ΙΣΠΑΝΙΑ |
| ΟΛΛΑΝΔΙΑ | ΔΑΝΙΑ | ΙΤΑΛΙΑ |
| ΒΕΛΓΙΟ | ΣΟΥΗΔΙΑ | ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ |
| ΓΑΛΛΙΑ | ΦΙΛΑΝΔΙΑ | ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ |
| ΕΛΒΕΤΙΑ | ΙΣΛΑΝΔΙΑ | |
| ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ | ΝΟΡΒΗΓΙΑ | |
| ΙΑΠΩΝΙΑ | ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ | |
| | ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ | |

Πηγή: Minor, 2010.

2.3.3 Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας – Μοντέλο υγείας Η.Π.Α.

Το αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι το αντιπροσωπευτικότερο του «φιλελεύθερου μοντέλου - ιδιωτικής ασφάλισης». Σε αντίθεση με τις άλλες χώρες, οι Ηνωμένες Πολιτείες κατά τα προηγούμενα έτη δεν παρείχαν καθολική κάλυψη των υπηρεσιών υγείας, που ίσως αποτελούσε και ένα από τα μελανότερα σημεία των κοινωνικών παροχών της κοινοπολιτείας, αν και ετησίως στον κλάδο της υγείας δαπανούνταν το μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με το μέσο όρο όλων των χωρών του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα το 2011 το ποσοστό του ΑΕΠ για την υγειονομική περίθαλψη στις Η.Π.Α ανήλθε στο ποσοστό του 17,7%, ενώ η κατά κεφαλήν δαπάνη στα 8.508

PPP², το οποίο είναι 2,5 φορές μεγαλύτερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (3.322 PPP) και κατά 50% υψηλότερο από τα κράτη που την ακολουθούν στη σχετική κατάταξη και κυριαρχούν στην Ευρώπη, δηλαδή τη Νορβηγία (5.669 PPP) και την Ελβετία (5.643 PPPs) (OECDa, 2013, σ. 154-155, 157).

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '60, μπροστά στα κινήματα για τα δικαιώματα του πολίτη και κοινωνική δικαιοσύνη, ο Αμερικανός πρόεδρος Λίντον Τζόνσον έχτισε τους δύο πυλώνες του αμερικανικού συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Το Medicare που αφορούσε στους πολίτες άνω των 65 ετών, τα νεότερα άτομα με αναπηρίες και τα άτομα με προχωρημένου σταδίου νεφρική ανεπάρκεια και ακολούθως το Medicaid, που προσέφερε κάλυψη στα άτομα με χαμηλά εισοδήματα και στις οικογένειές τους. Αργότερα δημιουργήθηκαν δύο νέα προγράμματα που αναφέρονται ως Tricare και SCHIP. Το Tricare αποτελεί πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχει ασφάλιση στο στρατιωτικό προσωπικό, τους συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη τους, ενώ σύμφωνα με το SCHIP οι πολιτείες παρέχουν μέσω κρατικών επιχορηγήσεων ασφάλιση υγείας στα παιδιά που προέρχονται από χαμηλών εισοδημάτων οικογένειες, αλλά δεν πληρούν τις προϋποθέσεις υπαγωγής στο πρόγραμμα Medicaid (Maruthappu κ.ά., 2013).

Μέχρι πρόσφατα η ασφαλιστική κάλυψη για άτομα κάτω των 65 ετών προερχόταν κυρίως από τους εργοδότες. Ένα από τα προβλήματα του ανομοιογενούς αυτού συστήματος είναι ότι πολλοί άνθρωποι παραμένουν ανασφάλιστοι επειδή δεν έχουν δουλειά, ή απασχολούνται σε εταιρία που δεν παρέχει κάλυψη (Rice, 2006, σ. 386). Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία το 2010 ο αριθμός των ανασφάλιστων στις Η.Π.Α ξεπέρασε τα 50 εκατ. (Beland κ.ά., 2014). Αυτή η ανισότητα ώθησε την πολιτική ηγεσία προς την κατεύθυνση της αλλαγής, με αποτέλεσμα το ίδιο έτος να ψηφιστεί ο «Νόμος για την προστασία των ασθενών και το προσιτό κόστος της περίθαλψης (PPACA)», γνωστός και ως «Obamacare». Συγκεκριμένα, η επονομαζόμενη «προστασία των ασθενών και οικονομικά προσιτής φροντίδας» Πράξη, υπογράφηκε με το νόμο 23 το Μάρτιο του 2010 και επικυρώθηκε με απόφαση του ανωτάτου δικαστηρίου στις 28 Ιουνίου 2012 (ObamaCare Facts).

Ο νόμος PPACA ήταν η κεντρική μεταρρύθμιση της πρώτης θητείας του προέδρου Ομπάμα με στόχο την καθολική κάλυψη υγείας, αλλά αποτέλεσε πεδίο έντονης αντιπαράθεσης μεταξύ Δημοκρατικών και Ρεπουμπλικάνων. Παρά τις έντονες αντιδράσεις και αντιρρήσεις ο νόμος Ομπάμα για την καθολική ασφάλιση, θεωρείται η πλέον σημαντική μεταρρύθμιση στο

² PPP: Είναι ένα μέτρο το οποίο χρησιμοποιεί ο ΟΟΣΑ, εκφράζοντας τις κατά κεφαλήν δαπάνες σε δολάρια ισοδύναμης αγοραστικής δύναμης (purchasing power parities-PPP). Το μέτρο αυτό λαμβάνει υπόψη το συνολικό ΑΕΠ της εκάστοτε χώρας και τις επιμέρους δαπάνες (π.χ της υγείας), σταθμίζει τα μεγέθη με το επίπεδο τιμών (αγοραστική δύναμη) και διαιρεί με τον πληθυσμό, με αποτέλεσμα να έχουμε ένδειξη των πραγματικών πόρων που είναι διαθέσιμοι (ΑΕΠ) και που δαπανώνται για κάθε πολίτη για την υγεία (Λιαρόπουλος, 2010 σ. 53).

αμερικανικό σύστημα υγείας από το 1965 που θέτει στο επίκεντρο τις ασθενέστερες οικονομικά ομάδες πολιτών.

Επί της ουσίας ο νέος νόμος δεν άλλαξε τον τρόπο ασφάλισης, υπό την έννοια ότι οι πολίτες δύνανται ακόμα να αγοράσουν κάποια ιδιωτικής φύσεως ασφάλιση, να χρησιμοποιήσουν την ασφάλιση που τους παρέχει ο εκάστοτε εργοδότης, ή να ενταχθούν σε κάποιο κρατικό ασφαλιστικό πρόγραμμα, όπως το Medicaid ή το Medicare. Παρόλα αυτά μια καινοτομία του σχεδίου «ObamaCare» αφορούσε στην αμεσότητα που προσδόθηκε στην απόκτηση ασφάλειας από τους πολίτες. Σύμφωνα με το πρόγραμμα, παρέχεται η δυνατότητα αγοράς οποιουδήποτε είδους κρατικής ασφάλισης μέσω των αγορών «Ασφάλισης Υγείας» που λειτουργούν σε όλες τις πολιτείες, όπου ο ενδιαφερόμενος μπορεί να λάβει εκτεταμένη πληροφόρηση για το κόστος των ασφαλιστικών προγραμμάτων καθώς και την εκτεταμένη και βήμα προς βήμα σύγκρισή τους. Επιπλέον γενικό χαρακτηριστικό του συστήματος ασφάλισης που προωθήθηκε αποτελεί το γεγονός ότι η υπαγωγή σε κάποιο πρόγραμμα γίνεται σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο του έτους, πράγμα το οποίο δηλώνει ότι η ασφάλιση μπορεί να αποκτηθεί μόνο κατά τη διάρκεια πολύ συγκεκριμένων χρονικών διαστημάτων κατά τη διάρκεια του έτους. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί ότι η εγγραφή στα ασφαλιστικά προγράμματα για το 2014 έχουν λήξη από την 31^η Μαρτίου 2014, ενώ η εκκίνηση της περιόδου εγγραφής για το 2015 έχει επισημοποιηθεί η 15^η Νοεμβρίου του έτους 2014 (ObamaCare Facts).

Δεδομένου ότι η μεταρρύθμιση θα δεν θα έχει ολοκληρωθεί πριν από το 2019 θα χρειαστεί αρκετός χρόνος ώστε να πάρει σάρκα και οστά το όραμα του Obama «*ότι η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να αποτελεί δικαίωμα για κάθε Αμερικανό*» (Beland κ.ά., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

Πριν αναφερθούν οι δυσκολίες που αντιμετώπισε το ελληνικό σύστημα υγείας, λόγω της οικονομικής κρίσης και αναλυθούν οι μεταρρυθμιστικές ενέργειες που εκτελέστηκαν, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναφορά στον τρόπο με τον οποίο τα υπόλοιπα κράτη, αντιμετώπισαν τις αντιξοότητες που επέφερε η οικονομική ύφεση στα δικά τους συστήματα υγείας.

3.1 Οι πρώτες αντιδράσεις

Η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση έχει προκαλέσει πλήθος ανησυχιών σχετικά με τις επιπτώσεις της στον τομέα της υγείας. Ο πολιτικός και επιστημονικός διάλογος έχει επικεντρωθεί όχι μόνο στην επίδραση της ύφεσης στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, αλλά και στην ικανότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης να αντεπεξέλθουν στην παροχή επαρκών και ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες. Πολλοί σχολιαστές έχουν εκφράσει ανησυχία ότι η παρούσα οικονομική ύφεση θα έχει επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, ως αποτέλεσμα της απώλειας της εργασίας που σταδιακά προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια γεγονός που επηρεάζει κυρίως τη ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία. Ενδεικτικό της σημασίας που αποδίδεται διεθνώς στο ενδεχόμενο η οικονομική κρίση να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία είναι η δραστηριοποίηση του ΠΟΥ, η οποία ξεκίνησε συνάμα με την κρίση, κατά το πρώτο εξάμηνο του 2009.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Περιφερειακής Επιτροπής για την Ευρώπη (WHO EURO) σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας της Νορβηγίας, οργάνωσε την 1 - 2 Απριλίου, διάσκεψη με θέμα τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών. Το αποτέλεσμα της συνάντησης, γνωστό και ως «Oslo Report», συνοψίσθηκαν στις παρακάτω προτάσεις προς τα Κράτη Μέλη (Λιαρόπουλος, 2010, σ. 144-146):

- Κατανομή του πλούτου με βάση την ισοτιμία και την κοινωνική συνοχή.
- Αύξηση της επίσημης αναπτυξιακής βοήθειας για την προστασία των πλέον ευπαθών ομάδων.
- Επένδυση στην υγεία για ανάπτυξη του πλούτου με προετοιμασία των προϋπολογισμών υγείας.
- Ένταξη της υγείας σε όλες τις πολιτικές μεταρρυθμίσεις, έχοντας σαν βάση ότι «Όλοι οι Υπουργοί είναι Υπουργοί Υγείας».
- Προστασία των πολιτικών δημόσιας και πρωτοβάθμιας υγείας με κριτήριο και την οικονομική αποτελεσματικότητα.

- Διασφάλιση της πολιτικής «περισσότερα χρήματα στην υγεία και περισσότερη υγεία για τα χρήματα που διατίθενται».
- Ενίσχυση της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας.
- Προώθηση μεθόδων υποχρεωτικής, καθολικής και αναδιανεμητικής χρηματοδότησης.
- Καθιέρωση ή αύξηση της φορολογίας στον καπνό, το αλκοόλ, τη ζάχαρη και το αλάτι.
- Ανάπτυξη της εκπαίδευσης των υγειονομικών επαγγελματιών και διασφάλιση ηθικών κανόνων στην άσκηση επαγγέλματος.
- Ενθάρρυνση της δημόσιας εμπλοκής για την ανάπτυξη πολιτικών που μειώνουν τις αρνητικές συνέπειες της κρίσης.

3.2 Πολιτική περικοπών της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των χωρών της Ε.Ε.

Στις περιόδους μεγάλων οικονομικών κρίσεων που χαρακτηρίζονται από οικονομικο-πολιτικές μεταβολές, όπως η πτώση του ΑΕΠ, η ανεργία και το υπέρογκο χρέος είναι αναμενόμενη μια ενδεχόμενη έφεση των αρμοδίων προς βαθιές περικοπές στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, μια πρώτη εξέταση των διακρατικών δεδομένων στην Ευρώπη δείχνει ότι επί της ουσίας δεν υπάρχει συγκεκριμένου είδους σχέση μεταξύ ύφεσης και περικοπών στο κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Συγκρίνοντας τις περικοπές των προϋπολογισμών των κρατών που συνέβησαν μετά το 2007, όπως αυτές κατανέμονται στους διάφορους τομείς, ένας εκ των οποίων είναι και η υγεία, υπάρχει ελάχιστη ή ακόμα και καμία προφανής συσχέτιση. Η Αυστρία και η Γερμανία για παράδειγμα, παρουσίασαν παρόμοιου μεγέθους ύφεση κατά το 2008-2009, αλλά στην Αυστρία οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 90,1 δολάρια ανά κάτοικο, ενώ αντίθετα στη Γερμανία παρουσιάστηκε αύξηση των 57,4 δολαρίων ανά κάτοικο. Όπως αποδεικνύεται και από το διάγραμμα του Σχήματος 2, οι πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί κατά τη δημοσιονομική προσαρμογή και αφορούν στις δαπάνες για την υγεία, χαρακτηρίζονται από έντονη ανομοιομορφία. Βέβαια υπάρχουν και χώρες οι οποίες έχουν επιτρέψει την αύξηση των συνολικών δαπανών εν ονόματι των αναγκών του πληθυσμού, παρά τις πιέσεις από την ανοδική τάση των ελλειμμάτων και των χρεών. Σύμφωνα με μια άλλη κατηγορία χωρών, η αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη είναι άκρως θεμιτή, διότι έτσι διευκολύνεται η βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενώ ταυτόχρονα ενισχύεται και η οικονομική ανάπτυξη. Ωστόσο, μια τρίτη κατηγορία κρατών, ενδεχομένως επηρεαζόμενη εκ των διεθνών οργανισμών, ακολουθεί τη δημοσιονομική εξυγίανση ως μέσο προώθησης της μελλοντικής ανάπτυξης, με αποτέλεσμα να έχει επιτύχει σημαντική μείωση των δημοσίων δαπανών (Reeves κ.ά., 2013).

Σχήμα 2: Μεταβολή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και της δημόσιας δαπάνης για την υγεία σε περιόδους ύφεσης και οικονομικής λιτότητας.



Πηγή: Reeves κ.ά., 2013.

Συγκεκριμενοποιώντας τα ανωτέρω, ορισμένες χώρες εντός της Ε.Ε., όπως για παράδειγμα η Τσέχικη Δημοκρατία, η Εσθονία, η Λιθουανία και η Σλοβακία, αποδεικνύεται πως ήταν ορθότερα προετοιμασμένες σε σύγκριση με άλλες, εξαιτίας των δημοσιονομικών μέτρων που είχαν λάβει πριν την επιδείνωση του οικονομικού κλίματος στην Ευρώπη. Με τον τρόπο αυτό, ήταν σε θέση να εφαρμόσουν αντικυκλικές πολιτικές, όπως η εκμετάλλευση των οικονομικών αποθεματικών που προορίζονταν για την υγεία ή των κρατικών εισφορών που προορίζονταν για τις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες, τα οποία περισυνέλεξαν κατά τα προ-κρίσης χρόνια. Σε άλλα κράτη, οι προϋπολογισμοί για την υγεία προστατεύτηκαν (Βέλγιο, Δανία) ή έμειναν σταθεροί (το Ηνωμένο Βασίλειο, παρόλο που οι πραγματικές δαπάνες μειώθηκαν, σε αντίθεση με τους ισχυρισμούς της κυβέρνησης), ενώ άλλες χώρες προέβησαν σε περικοπές. Ορισμένα κράτη χρησιμοποίησαν την κρίση για τη μείωση του κόστους των δημοσίων δαπανών, ιδιαίτερα στους τομείς των νοσοκομειακών και φαρμακευτικών εξόδων. Για παράδειγμα, οι κυβερνήσεις της Αυστρίας, της Λετονίας, της Πολωνίας και της Σλοβενίας ενίσχυσαν τη θέση τους στις διαπραγματεύσεις των τιμών με τις φαρμακευτικές εταιρείες, ενώ χώρες όπως Δανία, Ελλάδα, Λετονία, Πορτογαλία και Σλοβενία επιτάχυναν την αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού κλάδου. Μια ποικιλία μέτρων εμφανίζεται στην Ευρώπη, με ορισμένα κράτη (Κύπρος, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λιθουανία, Πορτογαλία, Ρουμανία) να προχωρούν σε μειώσεις, κάποια άλλα (Αγγλία, Σλοβενία) να «παγώνουν» τους μισθούς των επαγγελματιών της υγείας και άλλα (Δανία) να μειώνουν το ποσοστό της αύξησης των μισθών. Ωστόσο, οι διαφορετικές αυτές πολιτικές θα μπορούσαν να ενισχύσουν τις ανισότητες των μισθολογίων μεταξύ των κρατών, εντείνοντας φαινόμενα όπως η

μετανάστευση εξειδικευμένου προσωπικού, η δύναται να λάβει χώρα λόγω των μισθολογικών διαφορών ανάμεσα στη χώρα προέλευσης και τη χώρα προορισμού. Οι μισθολογικές διαφορές δύνανται να προκαλέσουν μετατόπιση προσωπικού ακόμα και μέσα στο ίδιο το κράτος, εάν η μισθοδοσία του εργατικού δυναμικού στο τομέα της δημόσιας υγείας είναι διαφορετικής κλίμακας από τα αντίστοιχα οικονομικά οφέλη απολαμβάνει το ανθρώπινο δυναμικό που εργάζεται στον ιδιωτικό κλάδο.

Αρχικά οι αλλαγές που έγιναν στις κρατικές παροχές και υπηρεσίες, καθώς και στο μέγεθος του καλυπτόμενου πληθυσμού από τις παροχές υγείας ήταν περιορισμένες, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις υπήρξαν μικρές παρεμβάσεις ως προς το κόστος. Έτσι, σε ορισμένες χώρες, συγκεκριμένες υπηρεσίες αφαιρέθηκαν από το σύνολο των παροχών, όπως για παράδειγμα η τεχνητή γονιμοποίηση και κινησιοθεραπεία στην Ολλανδία, ενώ αντίθετα σε άλλες χώρες τα οφέλη για τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος επεκτάθηκαν (π.χ. Μολδαβία). Ωστόσο, ορισμένα κράτη και συγκεκριμένα η Τσεχική Δημοκρατία, η Δανία, η Εσθονία, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία η Ιταλία, η Λετονία, οι Κάτω Χώρες, η Πορτογαλία, η Ρουμανία και η Σλοβενία για την αντιμετώπιση της κρίσης μείωσαν την κάλυψη που παρείχαν οι ιατρικές τους υπηρεσίες, με τη θέσπιση ή την αύξηση των τελών χρήσης σε ορισμένες από αυτές. Στις περισσότερες χώρες, η έλλειψη δεδομένων εμποδίζει την εκτίμηση των επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων αυτών και τα αποτελέσματα τους στην υγεία του πληθυσμού. Ωστόσο, στοιχεία από την ευρύτερη ιατρική βιβλιογραφία υποδεικνύουν κάποιες πιθανές συνέπειες που μπορεί να επέλθουν με την εν λόγω αύξηση των τελών χρήσης. Με τη συγκεκριμένη πολιτική αυξάνεται η οικονομική επιβάρυνση του οικογενειακού εισοδήματος και πιθανώς μειώνεται η χρήση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Η μείωση αυτή είναι μεγαλύτερη στην περίπτωση ατόμων με χαμηλά εισοδήματα και ατόμων που κάνουν συχνή χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, ακόμη και όταν τα τέλη χρήσης είναι χαμηλά. Η εισαγωγή ή η αύξηση των τελών χρήσης στην πρωτοβάθμια ή την περιπατητική φροντίδα, μπορεί να επιδεινώσει την αποδοτικότητα των παροχών υγείας και να οδηγήσει σε αύξηση της χρήσης των δωρεάν, αλλά κοστοβόρων για τον πάροχο, υπηρεσιών, όπως π.χ. της φροντίδας έκτακτης ανάγκης. Παράλληλα όμως, μια πιθανή ανακατεύθυνση αποκλειστικά προς τις δημόσιες παροχές υγείας, οδηγεί σε άμεση πτώση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα γεγονός που επιφέρει μια σειρά συνεπειών όπως μείωση της αποδοτικότητας, περιορισμό διοικητικών δαπανών, επανεξέταση ή αναβολή των επενδύσεων, μείωση του προσωπικού, μείωση των υπηρεσιών, εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, πιθανές συγχωνεύσεις και τέλος ενδεχόμενη συρρίκνωση.

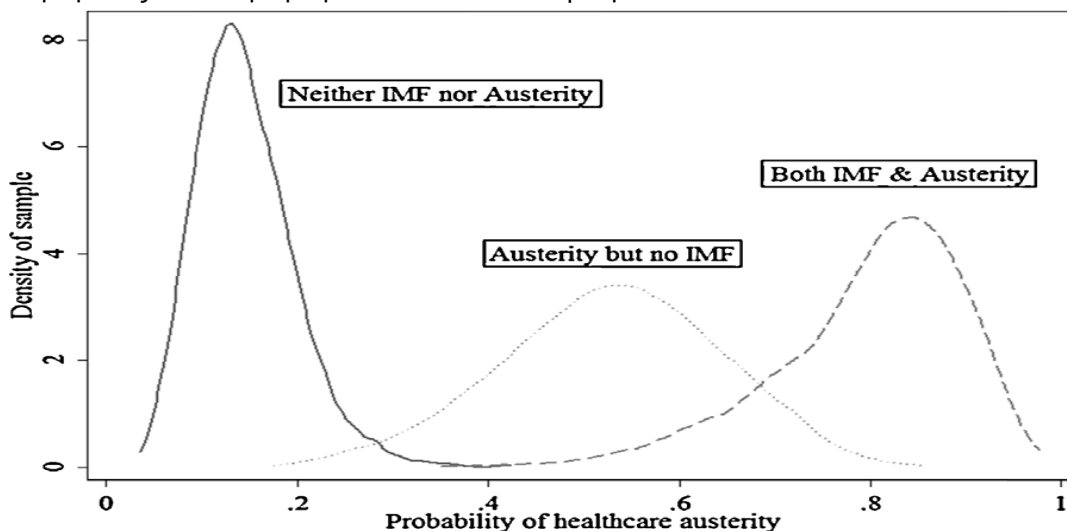
Τέλος, ορισμένες χώρες έχουν αυξήσει τους φόρους σε προϊόντα όπως το αλκοόλ (Αγγλία και Φινλανδία το 2012) ή ο καπνός, ή ακόμα και τα δύο. Ένας συνδυασμός κινήτρων, όπως η αύξηση των εσόδων και ταυτόχρονα η προαγωγή της υγείας αποτελεί το υπόβαθρο της λήψης τέτοιου είδους μέτρων (Karaniolos κ.ά., 2013).

3.3 Επίδραση πολιτικών παραγόντων στις περικοπές της δαπάνης υγείας

Σχετικά με τις περικοπές της δαπάνης υγείας, αξίζει να υπογραμμιστούν οι παρατηρήσεις των Aaron & Reeves κ.ά. (2013), οι οποίοι σε μία πρόσφατη δημοσίευση τους κατέληξαν σε τέσσερα ενδιαφέροντα συμπεράσματα σχετικά με τις περικοπές στον υγειονομικό κλάδο των ευρωπαϊκών χωρών:

- Η υγειονομική περίθαλψη των πολιτών μίας χώρας δεν προστατεύεται σε περιόδους κρίσης αλλά αντίθετως ένα μεγάλο ποσοστό των δημοσιονομικών περικοπών αφορά στον κλάδο της υγείας.
- Δεν υπάρχει καμία συσχέτιση ανάμεσα στις περικοπές και την κομματική ιδεολογία της εκάστοτε χώρας.
- Οι χώρες που έχουν δεχθεί οικονομική βοήθεια από το ΔΝΤ, υλοποιούν μεγάλες περικοπές στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης (Σχήμα 3). Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε να είναι στατιστικά 3,9 φορές περισσότερο πιθανό να προβούν σε μεγάλες περικοπές στον υγειονομικό κλάδο, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες που δεν βρίσκονται υπό την επίβλεψη του ΔΝΤ. Συνολικά, οι χώρες που λαμβάνουν δάνεια από το ΔΝΤ έχουν μειώσει την κατά κεφαλήν δαπάνη της υγειονομικής τους περίθαλψης κατά 44,8 δολάρια ανά κάτοικο.
- Τα συστήματα υγείας που ακολουθούν το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismarck) είναι λιγότερο επιρρεπή στις πολιτικές λιτότητας απ' ό,τι οι χώρες που ακολουθούν ένα εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge).

Σχήμα 3: Πιθανότητα εξάρτησης των περικοπών στην υγεία από πολιτικούς (Δ.Ν.Τ) και οικονομικούς παράγοντες στον περιορισμό των δαπανών στην υγεία.



Πηγή: Reeves κ.ά., 2013.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

4.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

4.1.1 Ε.Σ.Υ.

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικρατούν σε μία χώρα. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η πορεία αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί και ως παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του ελληνικού κράτους.

Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, η Μικρασιατική καταστροφή, ο εμφύλιος, οι οικονομικές συνθήκες άλλοτε της ύφεσης και άλλοτε της ραγδαία ανόδου και το ασταθές κοινωνικό-πολιτικό περιβάλλον επηρέασαν και καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας. Τα περισσότερα από αυτά τα γεγονότα σημάδεψαν αρνητικά αυτή την πορεία, με αποτέλεσμα την ‘υπανάπτυξη’ του τομέα υγείας και τη παγίωση ενός ‘μη συστήματος’, σε αντίθεση με τις χώρες της Ευρώπης όπου τα συστήματα υγείας γνώρισαν ταχεία ανάπτυξη και ωρίμανση πολύ νωρίτερα απ’ ότι στην Ελλάδα (Κουρής κ.ά., 2007).

Η Ελλάδα έως το 1974, όχι μόνο παρουσιάζεται απύσχα όσον αφορά την υγειονομική ανάπτυξη αλλά και απρόθυμη στο να συμβάλει και να υιοθετήσει μια πολιτική εδραίωσης της υγείας ανάλογη με αυτή των ευρωπαϊκών κρατών. Μετά το 1974 γίνεται συνειδητή η ανάγκη για τομές στο χώρο της υγείας και για ριζική παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής υπηρεσιών υγείας με συνέπεια να πραγματοποιηθούν σημαντικά βήματα προόδου και μεταρρυθμιστικής δραστηριότητας. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 αρχίζει να εμφανίζεται ένας έντονος προβληματισμός για την ανάγκη μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Ο προβληματισμός αυτός αποτέλεσε την απαρχή για τη δημιουργία ενός συγκροτημένου Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), κατά το πρότυπο του βρετανικού υγειονομικού συστήματος, με αρκετές όμως προσμίξεις συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, συνιστώντας στην ουσία την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια εφαρμογής ενός συστήματος υγείας που θα βασιζόταν στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα.

Το έτος 1983, με Υπουργό Υγείας τον Π. Αυγερινό, κατ’ επιταγή του άρθρου 21, παράγραφος 3 του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών», ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983, με τον οποίο ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Με αυτόν τον ιδρυτικό νόμο ορίζονται οι ακόλουθες βασικές αρχές του Ε.Σ.Υ. (Κακαλέτσης κ.ά., 2013):

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

Η τελευταία από τις παραπάνω αρχές αναπτύσσεται στη συνέχεια του νόμου, με τη διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες και τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων, με τη σύσταση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠεΣΥ) (ΔΥΠε σήμερα) και την εκχώρηση γνωμοδοτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια. Η Υγειονομική Περιφέρεια προβλεπόταν να αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία (περιφερειακά και νομαρχιακά).

Από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) μέχρι σήμερα έχουν αναληφθεί πολλές νομοθετικές πρωτοβουλίες για την εφαρμογή ενός αποκεντρωτικού συστήματος οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας στην ελληνική επικράτεια, που θα οδηγούσε στην ορθότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση και αντιμετώπιση των διαφόρων τοπικών αναγκών και προβλημάτων του συστήματος, ιδίως αναφορικά με το Χάρτη Υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό και τη χρηματοδότηση (Κακαλέτσης κ.ά., 2013).

Ωστόσο, ο στρατηγικός στόχος να συγκροτήσουν ένα ενιαίο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει αποδειχθεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα και μια πολιτικά δύσκολη διαδικασία. Ως αποτέλεσμα, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται όπως διαπιστώνουν οι Κουρής κ.ά. (Κουρής κ.ά., 2007), από μία έντονη παθογένεια που δεν μπόρεσε να θεραπευτεί, μέσα από το πλήθος των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που επιχειρήθηκαν από το 1980 και μετά. Οι βασικές συνιστώσες που χαρακτηρίζουν αυτή την παθογένεια είναι τα σοβαρά προβλήματα σε σχέση με την κατανομή του κόστους και των οφελών σε όλο το μήκος του συστήματος υγείας, η αναποτελεσματική διαχείριση των πόρων, η χαμηλή αποδοτικότητα στην παραγωγή της υγειονομικής περίθαλψης και τα συσσωρευμένα προβλήματα στη σχέση του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας (ποιότητα και πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες) (Κουρής κ.ά., 2007).

4.1.2 Δομή του Ελληνικού συστήματος υγείας

Το Ελληνικό σύστημα υγείας δύσκολα μπορεί να ταξινομηθεί με βάση τα γνωστά μοντέλα συστημάτων υγείας όπως αναλύθηκαν προηγουμένως. Στο σκέλος της χρηματοδότησης η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας - κατά το πρότυπο του Bismarck - συνυπάρχει με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) -κατά το πρότυπο του Beveridge - αλλά και με τη συμβολή των ιδιωτικών δαπανών. Το ίδιο πολυεπίπεδη εμφανίζεται και η προσφορά υπηρεσιών υγείας στη χώρα, με το

Ε.Σ.Υ., να συνυπάρχει με εξωνοσοκομειακές κύρια αλλά και νοσοκομειακές υποδομές των ασφαλιστικών ταμείων και με έναν ιδιαίτερο αναπτυγμένο ιδιωτικό τομέα υγείας. Η ύπαρξη διαφορετικών υποσυστημάτων και οργανωτικών μοντέλων, σε συνδυασμό με την απουσία μηχανισμών συντονισμού, όπως διαπιστώνει ο Χ. Οκονόμου (2012, σ. 13-15), συντελεί σε κατάτμηση και αλληλοεπικαλύψεις της φροντίδας υγείας και δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες στη διαχείριση του συστήματος, καθώς και στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή μιας εθνικής πολιτικής υγείας.

Το Ε.Σ.Υ. χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας και παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, με αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία που μέχρι τα προηγούμενα χρόνια αποζημιώνονταν με κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Και εδώ όμως έχουν δρομολογηθεί αλλαγές, με την εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (ΚΕΝ), κατά το πρότυπο των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα, τα εργαστήρια και τους ιδιώτες ιατρούς και χρηματοδοτείται πρωτίστως από άμεσες πληρωμές των ασθενών και σε πολύ μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η τελευταία, εκτός της αποζημίωσης για χρησιμοποίηση και επίσκεψη επαγγελματιών υγείας, μπορεί να λάβει και τη μορφή ασφαλιστικής κάλυψης της πρόσβασης είτε σε Δίκτυα Επιλεγμένων Προμηθευτών είτε σε Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας. Μεγάλο τμήμα του ιδιωτικού τομέα, όπως προαναφέρθηκε, συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή κυρίως πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και χρηματοδοτείται κατά πράξη και περίπτωση, σε προσυμφωνημένες τιμές.

Το Υπουργείο Υγείας είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα ενώ οι υπηρεσίες Υγείας του Ε.Σ.Υ. υπάγονται διοικητικά σε 7 περιφέρειες (ΔΥΠε). Θέτει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, καθορίζει το ύψος της χρηματοδότησης για τις προτεινόμενες δράσεις και κατανέμει τους σχετικούς πόρους, εισηγείται τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και αναλαμβάνει την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων. Είναι επίσης υπεύθυνο για τους επαγγελματίες υγείας και συντονίζει το σύστημα προσλήψεων νέου υγειονομικού προσωπικού, έπειτα από έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου. Μέχρι το 2001, το Υπουργείο ήταν υπεύθυνο για το σχεδιασμό και τη ρύθμιση του Ε.Σ.Υ. σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Με την εγκαθίδρυση των υγειονομικών περιφερειακών αρχών (ΔΥΠε), ορισμένες από αυτές τις αρμοδιότητες μεταβιβάστηκαν από το Υπουργείο σε αυτές. Παρ' όλα αυτά, κύρια λειτουργία του Υπουργείου παραμένει η ρύθμιση, ο σχεδιασμός και η διαχείριση του Ε.Σ.Υ., η ρύθμιση του ιδιωτικού τομέα και πλέον η διαχείριση και των ασφαλιστικών ταμείων υγείας. Τέλος, το Υπουργείο Οικονομικών καταρτίζει και ελέγχει την εφαρμογή του κρατικού προϋπολογισμού και συνεπώς αποφασίζει για το ύψος των δημόσιων οικονομικών πόρων που θα διατεθούν για το σύστημα υγείας (Οκονόμου, 2012, σ. 13-15).

4.1.3 Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εξεύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια λαμβάνει ένα σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης-αποζημίωσης, τους τρόπους διαχείρισης και τέλος, τα κριτήρια κατανομής τους (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009). Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα εμφανίζεται κατακερματισμένη και ανορθόδοξη ως προς τις πηγές της, χωρίς σαφείς και επιστημονικά τεκμηριωμένους κανόνες και πλαίσια ως προς τη ροή της. Οι Χατζηανδρέου & Σουλιώτης (2005, σ. 19-21) χαρακτηρίζουν τη χρηματοδοτική αυτή εικόνα του Ελληνικού συστήματος υγείας ως το διαχρονικό αποτέλεσμα των αντιφάσεων, της έλλειψης συνέχειας και της διστακτικότητας της πολιτικής υγείας στη χώρα. Θεωρείται ότι ένα από τα προβλήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι καταρχήν η μη-σύσταση ενός Ενιαίου Χρηματοδοτικού Φορέα Υγείας, καθώς και η τάση να μην λαμβάνεται υπόψη η αλληλεπίδραση και η σχέση ανάμεσα στον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα. Αποτέλεσμα είναι να παρουσιάζονται ασάφειες ως προς τον ακριβή ρόλο του κράτους και του ιδιωτικού τομέα ή της αγοράς, αλλά και να υπάρχει σύγχυση για το εάν τελικά χαρακτηρίζονται ως ανταγωνιστικοί ή συμπληρωματικοί και αν διακατέχονται από ίσους κανόνες (Χατζηανδρέου & Σουλιώτης, 2005, σ. 19-21).

Σε επίπεδο χρηματοδότησης, το υπάρχον σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελείται από την – κατά τα άλλα ασυνήθη για τα ευρωπαϊκά πρότυπα - συνύπαρξη και των τριών χρηματοδοτικών μοντέλων, της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων στα ταμεία υγείας), τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία) και τις ιδιωτικές πληρωμές (οικογενειακό εισόδημα με τη μορφή των άμεσων, των άτυπων και των νομίμως θεσμοθετημένων πληρωμών συμμετοχής των χρηστών στο κόστος, την ιδιωτική ασφάλιση, τις δωρεές και τις φιλανθρωπίες). Με τη πάροδο των χρόνων μάλιστα παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις στα ποσοστά συμμετοχής τους, οι οποίες σύμφωνα με κάποιες εικασίες δεν ανάγονται σε παρεμβάσεις και επιδιώξεις των εκάστοτε πολιτικών υγείας, αλλά αποτελούν μάλλον μια ακανόνιστη εκ των υστέρων διαδικασία (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Συγκεκριμένα, μία βασική πηγή εσόδων του Ελληνικού συστήματος υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Αποτελείται από τη γενική φορολογία (φόρος εισοδήματος, Φ.Π.Α κ.ά.) και από τους ειδικούς φόρους (για ειδικά καταναλωτικά προϊόντα που είναι συνήθως βλαβερά για την υγεία) (24%). Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της εν λόγω πηγής χρηματοδότησης, είναι ότι καθιστά ευκολότερη την επιβολή φραγμών, για τον έλεγχο των δαπανών και την ένταξη της στο γενικό σχεδιασμό της δημοσιονομικής πολιτικής. Παρ' όλα αυτά δεν πρέπει να παραλειφθεί ότι η συνεισφορά αυτού του είδους της χρηματοδότησης τίθεται πάντοτε υπό την κρίση, λόγω μιας γενικότερης απροθυμίας και αποφυγής της αποπληρωμής των φόρων.

Επιπλέον το Ελληνικό σύστημα υγείας αντλεί χρήματα και από την κοινωνική ασφάλιση (42%) και συγκεκριμένα από τον κλάδο των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι περισσότεροι από τους οργανισμούς αυτούς καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ασφαλιστικών κινδύνων, ενώ στα μεγαλύτερα ταμεία η κάλυψη των αναγκών υγείας γίνεται από τους κλάδους ασθένειας, οι οποίοι συνιστούν έναν από τους διαφορετικούς κλάδους του ίδιου οργανισμού. Το μεγαλύτερο τμήμα των εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, με ποσοστό συνεισφοράς που διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα, με αποτέλεσμα να μην υπήρχε ελευθερία επιλογής και ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων. Η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών διαφέρει μεταξύ αυτών. Εδώ αξίζει να σημειωθούν ορισμένα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης πηγής άντλησης κεφαλαίων όπως: το υψηλό διοικητικό κόστος λόγω του κατακερματισμού των ασφαλιστικών φορέων καθώς και των διαδικασιών ελέγχου, συλλογής εισπραχθέντων εισφορών και χρηματοδότησης, η μεταφορά των εργοδοτικών εισφορών στην αγορά μέσω της αύξησης των τιμών των προϊόντων, η οποία τελικά επιβαρύνει το πραγματικό εισόδημά των καταναλωτών και η αδυναμία εφαρμογής πολιτικής συγκράτησης του κόστους.

Μία άλλη πηγή εσόδων αποτελούν οι δαπάνες που καταβάλλονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους (31%) επιβαρύνοντας αποκλειστικά τα ατομικά ή οικογενειακά εισοδήματα. Λαμβάνοντας υπόψη και την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το μέγεθος των δαπανών αυτών, των οποίων η αναλογία ως προς τις συνολικές δαπάνες στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη (πρώτη στις χώρες της Ευρώπης με 31% μετά από την Κορέα (37%) και την Αμερική (35%)) (OECDa, 2013, σ. 164-165). Οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, αφορούν στις αμοιβές των ιδιωτών γιατρών και των διαγνωστικών κέντρων, που δεν έχουν σύμβαση με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή, στη θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχει το Ε.Σ.Υ., στη διαφορά που συνήθως προκύπτει μεταξύ του κόστους που πληρώνουν οι ασθενείς στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και στα ποσά που εγκρίνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς και στα ασφάλιστρα (3%) που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για ασφάλιση υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή και λιγότερο στη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ σχετικά με την περιφερειακή κατανομή τους, φαίνεται να συσχετίζονται με τους δείκτες διαθεσιμότητας και πιο συγκεκριμένα με την αναλογία των γιατρών και των νοσοκομειακών κλινών με τον πληθυσμό (Ρεκλείτη κ.ά., 2012).

Σχήμα 4: Χρηματοδότηση δαπανών υγείας στην Ελλάδα 2011.



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία, OECDa, 2013, σ. 164-165.

4.1.4 Οι Παθογένειες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Από το έτος 2009, η Ελλάδα έχει υποστεί μία από τις πιο σοβαρές κρίσεις χρέους στην ιστορία της, η οποία οδήγησε το 2010 στην έναρξη ενός Μνημονίου σύμφωνα με το οποίο θα υπάρχει χρηματοδότηση από τον μηχανισμό στήριξης υπό την προϋπόθεση ότι η Ελλάδα θα λάβει μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής και ειδικότερα μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης. Στα πλαίσια του προγράμματος προσαρμογής της Ελληνικής οικονομίας το κράτος έχει ήδη προχωρήσει σε σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις. Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν θα μπορούσε να εξαιρεθεί αφού αποτελεί ένα τυπικό παράγοντα, κατά πολλούς αντιπαραγωγικής, δημόσιας διοίκησης. Παρά το γεγονός ότι η συνολική δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκε από 5,3% (% του ΑΕΠ) το 1991 σε 10,1% το 2008, ένα ποσοστιαίο σημείο υψηλότερο από το μέσο όρο του 8,9% των χωρών του ΟΣΣΑ, θεωρείται ότι η αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας μειώθηκε. Οι Οικονομολογοί & Τountas (2011) υπογραμμίζουν ότι διοικητικά εμπόδια επηρεάζουν κάθε πτυχή του ελληνικού συστήματος υγείας, με ίσως τις μεγαλύτερες ανεπάρκειες να εντοπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Εντοπίζουν τα συμπτώματα της παθογένειας του ελληνικού συστήματος υγείας στη διαφθορά, στα υψηλά χρέη των νοσοκομείων, στη αδιαφάνεια στις προμήθειες, στο 'φακελάκι', στη μεγάλη λίστα αναμονής και τη χαμηλή παροχή υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία. Καταλήγουν δε ότι σε γενικές γραμμές, η ελληνική πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι εξαιρετικά κατακερματισμένη, δεδομένου ότι υπάρχουν αρκετοί ιδιωτικοί και δημόσιοι φορείς δίχως συντονισμό και επισταμένο έλεγχο από το σύστημα.

Τα θεωρητικά μοντέλα όσο και τα εμπειρικά στοιχεία υποδεικνύουν πως τα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας και της κοινωνικής ασφάλισης είναι πιο προοδευτικά και δίκαια από αυτά που χρηματοδοτούνται μέσω ιδιωτικής ασφάλισης και έξτρα πληρωμών (Econoμου, 2012). Στην Ελλάδα, η κάλυψη των υπηρεσιών υγείας από την κοινωνική ασφάλιση και το Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας) είναι εξ' ορισμού πλήρης και καθολική, ενώ η πρόσβαση είναι ελεύθερη και ισότιμη και οι ασθενείς δεν πληρώνουν τα επίσημα τέλη στο σημείο της χρήσης, με εξαίρεση τη μικρή συμμετοχή στις υπηρεσίες που παρέχονται από τα εξωτερικά ιατρεία και το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής. Στην πράξη, τονίζει ο Econoμου (2012), οι διάφορες πτυχές της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικά τροποποιημένες. Το υψηλό επίπεδο των επίσημων και ανεπίσημων ιδιωτικών δαπανών για την υγεία είναι ένας παράγοντας που αναιρεί την αρχή της ισότητας. Οι ιδιωτικές δαπάνες και η παραοικονομία αποτελούν ένα είδος άτυπης ασφάλισης, ενώ οι έξτρα πληρωμές είναι υψηλότερες από τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Μια έρευνα που διεξήχθη σε ένα δείγμα 4738 μεμονωμένων περιπτώσεων, οδήγησε στο συμπέρασμα ότι το 36% των ατόμων που ακολουθούσαν κάποιο είδος θεραπείας στα δημόσια νοσοκομεία είχαν κάνει τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή. Η πιθανότητα τέτοιου είδους συναλλαγών ήταν 72% μεγαλύτερη στα άτομα που επιθυμούσαν να αποφύγουν τη λίστα αναμονής σε σύγκριση με εκείνους που ακολούθησαν τις τυπικές διαδικασίες εισαγωγής στο θεραπευτικό κέντρο και 137% μεγαλύτερη για τους ασθενείς που προέβησαν σε κάποια χειρουργική επέμβαση. Εκτός από τα παραπάνω, ο Econoμου (2012) παρατηρεί ότι η εκτεταμένη φοροδιαφυγή, το υψηλό ποσοστό έμμεσης φορολογίας και εισφοροδιαφυγής κάνουν τη δημόσια χρηματοδότηση του τομέα της υγείας άκρως οπισθοδρομική, γεγονός που επιβαρύνει δυσανάλογα τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Συνεπώς, εκφράζει την άποψη πως η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας σήμερα είναι πιο άδικη και ανισομερής απ' ό,τι ήταν στις αρχές της δεκαετίας του 1980.

Παράδειγμα άνισης κατανομής των πόρων θα μπορούσε ίσως να αναφερθεί η πληθώρα των ιατρών και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Όπως αναφέρει ο ΟΟΣΑ (OECDb, 2013), ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο στην Ελλάδα αυξανόταν ραγδαία μέχρι το 2008 ενώ το 2010 παρατηρούνταν η αρκετά αυξημένη αναλογία των 6,1 γιατρών ανά 1000 κατοίκους, αναλογία σχεδόν διπλάσια από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ όπου επικρατεί η αντιστοιχία των 3,2 γιατρών ανά κάτοικο. Από την άλλη πλευρά υπάρχει εμφανής έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό, όπου η αναλογία αγγίζει μόλις τους 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, αναλογία πολύ χαμηλότερη από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όπου υπάρχουν 8,7 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών στην Ελλάδα ανέρχεται σε 4,9 ανά 1000 κατοίκους – πολύ κοντά στο μέσο όρο του ΟΟΣΑ (4,8) – αλλά σε αντιδιαστολή με τις άλλες χώρες ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών δεν μειώθηκε κατά το διάστημα 2000 με 2009. Ένα ακόμη εξεζητημένο και συνάμα χαρακτηριστικό πρόβλημα του τομέα της υγείας στην Ελλάδα

σύμφωνα με τον Economidou (2012), αποτελεί η περιφερειακή ανισοκατανομή των διανεμομένων πόρων. Τα αποτελέσματα της μελέτης του, που αφορά στην περιφερειακή χρηματοδότηση για τα έτη 1998-1999, κατέδειξαν την ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων στη διανομή της κεντρικής χρηματοδότησης. Επιπλέον, μέσω της εργασίας αυτής υπογραμμίστηκε πως η διανομή των πόρων στις περιφέρειες καθοδηγείται από πελατειακές και πολιτικές πιέσεις ανά περιφέρεια. Παράλληλα η απουσία σαφούς νομικού πλαισίου ως προς την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας, καινοτόμων ή μη, συντελεί σε περαιτέρω γιγάντωση των ανωτέρω προβλημάτων.

Η απουσία συστήματος αξιολόγησης των τεχνολογιών της υγείας αποτελεί, σύμφωνα πάντα με συγγραφέα (Economidou, 2012), ένα ακόμα πλήγμα στον υγειονομικό κλάδο της χώρας. Τυπικό δείγμα του μεγέθους του προβλήματος αποτελεί το καθεστώς που διέπει την αγορά και χρήση των μαγνητικών και αξονικών τομογράφων. Όπως αναφέρει ο ΟΟΣΑ (OECD, 2013), οι αξονικοί τομογράφοι που αγοράζονται από το Ελληνικό κράτος είναι πολύ περισσότεροι από το μέσο όρο των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ. Μόνο κατά το έτος 2010, οι μονάδες μαγνητικής τομογραφίας ανέρχονταν σε 22,6 ανά εκατομμύριο πολιτών, αναλογία σχεδόν διπλάσια από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ που ήταν μόλις στο 13,3. Κατά τρόπο αντίστοιχο, ο αριθμός των αξονικών τομογράφων (CT) που αγοράστηκαν κατά το ίδιο έτος ήταν πολύ υψηλότερος των χωρών του ΟΟΣΑ, και συγκεκριμένα ο αριθμός ανήλθε σε 34,3 έναντι 23,2/εκατομμύριο πολιτών που αποτελούσε τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Ο Economidou (2012) τονίζει πως στην Ελλάδα, οι περισσότεροι μαγνητικοί τομογράφοι έχουν εγκατασταθεί σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ελάχιστοι σε δημόσια νοσοκομεία. Επιπλέον προσθέτει ότι οι τεχνολογίες εισάγονται υστέρη από πληθμελή εξέταση των αναγκών των θεραπευτηρίων και των διαγνωστικών κέντρων, με ατελή έλεγχο της καταλληλότητας και της απαιτούμενης ποσότητας και υπό ελάχιστη παρακολούθηση των επιδόσεων του εξοπλισμού που εγκαθίσταται, καθώς υπάρχει έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών, δηλαδή απουσία σχετικού νομικού πλαισίου για την αγορά και χρήση των μονάδων αυτών. Ένα από τα ελάχιστα θεσπισμένα κριτήρια που θα πρέπει να ικανοποιούνται κατά την έκδοση αδειας αγοράς αξονικού τομογράφου αφορά στην πυκνότητα του πληθυσμού. Η αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και η έλλειψη κατάλληλων κίνητρων για το καθορισμό του τρόπου δράσης των γιατρών, έχουν οδηγήσει σε μια ανεξέλεγκτα δαπανηρή παροχή βιοϊατρικής τεχνολογίας (Economidou, 2012).

4.2 Η υγεία στα χρόνια της κρίσης

4.2.1 Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο

Με αφορμή την έναρξη της οικονομικής ύφεσης το 2009, έπρεπε άμεσα να υπάρξουν αλλαγές στις διαδικασίες του συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα σύμφωνα με την έντονα κριτική άποψη του ακαδημαϊκού Χ. Οικονόμου (Economidou, 2012) ήταν επιτακτική ανάγκη να επιλυθούν

ζητήματα όπως: α) ο υψηλός βαθμός συγκεντρωτικής διοίκησης και διαχείρισης, β) οι αναποτελεσματικές δομές διαχειρίσεις, στελεχωμένες σε μεγάλο βαθμό από μη εξειδικευμένο, πολλές φορές ακατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό, γ) η έλλειψη συντονισμού και σχεδιασμού και περιορισμένη ικανότητα διαχείρισης και διοίκησης, δ) η άνιση και μη επαρκής διανομή ανθρώπινου δυναμικού και οικονομικών πόρων, βασιζόμενη κυρίως σε ιστορικά και πολιτικά κριτήρια και περιφερειακές διαφορές, ε) ο πολυκερματισμός της ιατρικής κάλυψης και απουσία ενός καθολικού συστήματος ιατρικών παραπομπών, με αποτέλεσμα τη μη παροχή ενιαίας ιατρικής φροντίδας σε όλους και ταυτόχρονα την αδυναμία ελέγχου της διαπεριφερειακής ροής ασθενών, στ) οι ανισότητες στη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες και παροχές της κοινωνικής ασφάλισης, ζ) η υπανάπτυξη των μηχανισμών αξιολόγησης των αναγκών και καθορισμού των προτεραιοτήτων, η) οι οπισθοδρομικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης λόγω μη ελέγχου της φοροδιαφυγής και εκτεταμένης εισφοροδιαφυγής, θ) το αναχρονιστικό σύστημα αναδρομικής επιστροφής πληρωμών των προμηθευτών, το οποίο δεν σταθμίζει τη σχέση απόδοσης και λειτουργικότητας με τις πληρωμές, συμβάλλοντας με αυτό το τρόπο στην απουσία κινήτρων για βελτίωση της ποιότητας και λειτουργικότητας των προϊόντων, ι) η απουσία συστήματος αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας.

Σύμφωνα με την άποψη των ειδικών η διεθνής εμπειρία και πρακτική των μεταρρυθμιστικών πλάνων στο τομέα της υγείας, υποδεικνύει πως μία ριζική αλλαγή, εκ θεμελίων του συστήματος δεν είναι η βέλτιστη λύση, ώστε να επιτευχθεί η πολυπόθητη αλλαγή προς όφελος όλων. Λαμβάνοντας υπόψιν τα προβλήματα του ελληνικού συστήματος, ο ακαδημαϊκός Χ. Οικονόμου, (Economou, 2012) επισημαίνει, ότι θα ήταν ορθότερο, αποδοτικότερο και επωφελέστερο να υιοθετήσουμε μια οριακή-τμηματική προσέγγιση προσβλέποντας σταδιακά σε μια μελλοντική μεταρρύθμιση, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον στους τομείς μέγιστης προτεραιότητας όπως: α) αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, β) συγκέντρωση των οικονομικών πόρων, γ) αλλαγή του συστήματος αποπληρωμής των προμηθευτών, δ) είσοδος νέων διαχειριστικών και διοικητικών μεθόδων και μηχανισμών, ε) υιοθέτηση αποδοτικών μηχανισμών παρακολούθησης της υγείας και ανάπτυξη μεθόδων για καλύτερη και δικαιότερη διανομή των πόρων.

Η κατάσταση άλλαξε άρδην όταν το έτος 2010, η Ελλάδα αντιμετώπισε μια ραγδαίως επιταχυνόμενη οικονομική ύφεση, όπου κάτω από την απειλή της πτώχευσης ζητήθηκε η οικονομική βοήθεια από τα κράτη μέλη της Ε.Ε. και του Δ.Ν.Τ. Η βοήθεια εγκρίθηκε και επισφραγίστηκε με ένα Μνημόνιο Συνεργασίας και Κατανόησης μεταξύ της ΕΕ/Δ.Ν.Τ./ΕΚΤ και της Ελλάδος. Με βάση τις προβλέψεις και τις επιταγές του Μνημονίου και υπό την αναζήτηση διαρθρωτικών και ραγδαίων αλλαγών, έγινε η εκκίνηση των μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας. Πρώτα από όλα ο νόμος 3863/2010 για τη κοινωνική ασφάλιση προβλέπει τον διαχωρισμό των κεφαλαίων υγείας από τη διαχείριση του τομέα των συντάξεων, τη συγχώνευση των κεφαλαίων υγείας ούτως ώστε να απλοποιηθεί το κατακερματισμένο σύστημα,

συγκεντρώνοντας όλες τις συναρτώμενες με τον τομέα της υγείας υπηρεσίες και δραστηριότητες υπό τη σκέπη και έλεγχο του τότε Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και την ίδρυση του Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας, με την ίδια στόχευση μέσω της θέσπισης των κριτηρίων και των όρων των κατάλληλων ενεργειών. Επιπλέον με τον νόμο 3868/2010 για την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας, εισήχθη η υποχρέωση της ολοήμερης λειτουργίας των δημοσίων νοσοκομείων με σκοπό την ανάπτυξη και βελτίωση των παροχών υγείας και ταυτόχρονη αύξηση των εσόδων τους. Τα απογευματινά χειρουργεία παρέχουν ιατρικές επεμβάσεις, πέρα από διαγνωστικές και θεραπευτικές ιατρικές πράξεις. Ένας 3ος νόμος του 2010, ο 3892, προβλέπει πως όλες οι συνταγογραφήσεις, συμβεβλημένων ιατρών, ιδιωτών, δημοσίων νοσοκομείων ή ιδιωτικών καθώς και των φαρμακοποιών συντελούνται αποκλειστικά και μόνο μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η πιο σημαντική αλλαγή πραγματοποιήθηκε μέσω του νόμου 3918/2011 και είναι η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο οποίος ανέλαβε και την αποκλειστικότητα της αγοράς φαρμακευτικών ουσιών και υπηρεσιών υγείας και ιατρικών περιθάλψεων για όλους τους ασφαλισμένους, με σαφή και πρόδηλο στόχο την υψηλότερη και αυστηρότερη διαπραγματευτική δυναμική, έναντι των προμηθευτών και μεσαζόντων τους.

Παράλληλα θεσπίστηκε ο ΕΟΦ ως ο αποκλειστικά υπεύθυνος για την τιμολόγηση των φαρμάκων, ενώ έλαβε χώρα και ένα ευρύ πλήθος μικρότερων, πρόσθετων παρεμβάσεων, πάντα στη λογική της περιστολής των δαπανών και της διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και των διάφανων νομικά συμβάσεων μεταξύ όλων των συμβαλλομένων.

Με βάση τις επιταγές και τους επιμέρους στόχους της ως άνω περιγραφόμενης μεταρρύθμισης, ως αντικειμενικός στόχος του προγράμματος ορίζεται η επίτευξη δραστηρικής μείωσης του κόστους, ούτως ώστε τα έξοδα του δημοσίου τομέα για την υγεία να μην υπερβούν τον πήχη του 6% του ΑΕΠ μέσω των παρακάτω ενεργειών (Econoμου, 2012):

- Μείωση περί τα 2 δις ευρώ, των δαπανών για φάρμακα, ώστε μέχρι το τέλος του 2012 το ποσοστό να μειωθεί στο 1% του ΑΕΠ που είναι ο μέσος όρος των κρατών της Ε.Ε.
- Μείωση 25% του κόστους αγοράς ιατρικών υλικών και υπηρεσιών, με βάση το έτος 2010 μέσω της χρήσης τιμών κατά όγκο.
- Μείωση κατά 50% στο διοικητικό προσωπικό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και κατά 25% στους συμβεβλημένους ιατρούς.
- Μείωση στις αμοιβές των ιδιωτών παρόχων κατά 15% για το 2011 και 15% για το 2012.
- Μείωση στο περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων ως 15%.
- Μείωση των νοσοκομειακών δαπανών κατά 10% το 2011 και 15% το 2012 σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο.
- Μείωση των μισθών των ιατρών κατά 10% τουλάχιστον το έτος 2011 και 15% το 2012 σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο.

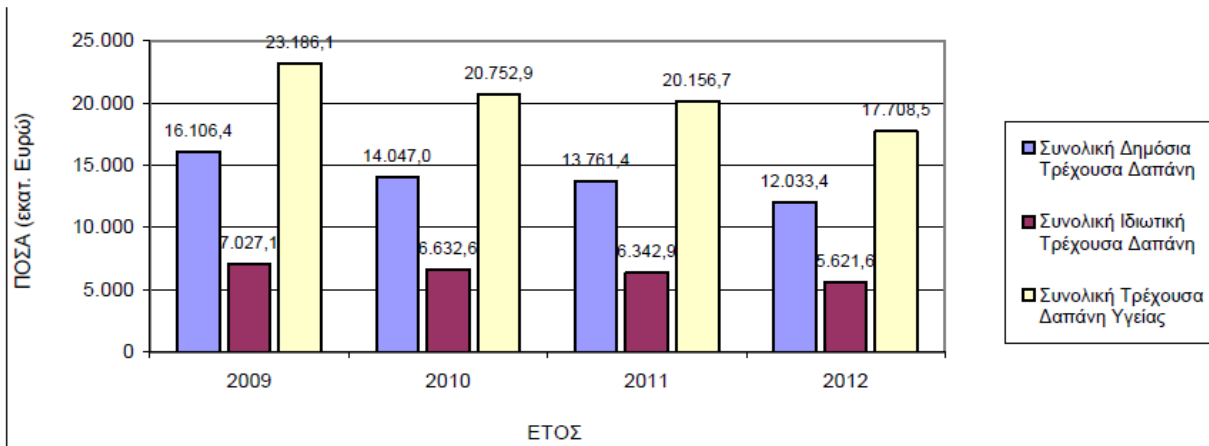
- Περικοπές στις δαπάνες για φάρμακα και υγειονομική περίθαλψη κατά:
 - ▶ 310 εκατ. ευρώ το 2011
 - ▶ 697 εκατ. ευρώ το 2012
 - ▶ 349 εκατ. ευρώ το 2013
 - ▶ 303 εκατ. ευρώ το 2014
 - ▶ 463 εκατ. ευρώ το 2015

4.2.2 Δαπάνες υγείας

Στα πλαίσια των μεταρρυθμιστικών αλλαγών, ανάμεσα στους τομείς που επηρεάστηκαν συμπεριελήφθη και ο κλάδος της υγείας, με στόχο την εφαρμογή πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού της δημόσιας συνολικής δαπάνης υγείας. Με την έναρξη της εφαρμογής των μεταρρυθμιστικών αλλαγών, θεσμοθετήθηκε μία σειρά μέτρων που προσέβλεπαν στη μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας στο 6 % του ΑΕΠ.

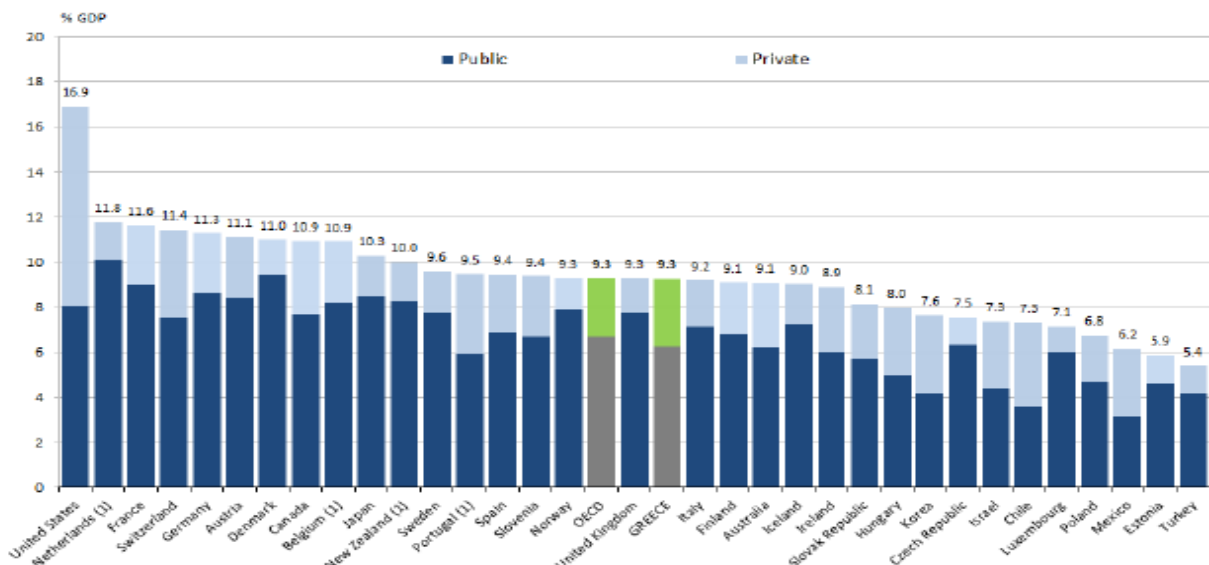
Μεταξύ των ετών 2005 και 2009, το ΑΕΠ σημείωσε αύξηση 20% (+38,1 δισεκ. ευρώ), ενώ η συνολική δαπάνη υγείας αυξήθηκε το ίδιο διάστημα κατά 41% (6,8 δισεκ. ευρώ). Αντίστροφη εικόνα παρατηρείται μετά την οικονομική κρίση, όπου το ΑΕΠ μεταξύ 2009-2012 περιορίστηκε κατά 16,3%, με την τρέχουσα συνολική δαπάνη Υγείας να μειώνεται κατά 23,6% (από 23,2 δισεκ. € στα 17,7 δισεκ. €) και την τρέχουσα δημόσια δαπάνη Υγείας κατά 25,3% (Σχήμα 5). Πιο συγκεκριμένα, η δαπάνη ανά κατηγορία υπηρεσιών Υγείας, για το 2012, κατανέμεται ως εξής: η ενδονοσοκομειακή δαπάνη κυμάνθηκε, περίπου, στα 8,8 δισεκ. ευρώ, το εμπόριο λιανικής και λοιποί φορείς στα 5,2 δισεκ. ευρώ και η εξωνοσοκομειακή δαπάνη στα 3,6 δισεκ. ευρώ (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014). Ως ποσοστό του ΑΕΠ, η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα εμφανίζει ανοδική πορεία μέχρι το 2009, προσεγγίζοντας το 10,2% του ΑΕΠ. Αντίθετα το 2012 μειώνεται φτάνοντας να αντιστοιχεί στο 9,3% του ΑΕΠ, ποσοστό ίδιο με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, ενώ η δημόσια δαπάνη το 2012 καταγράφεται στο 6,2% περίπου του ΑΕΠ (OECDa, 2014) (Σχήμα 6).

Σχήμα 5: Συνολική τρέχουσα δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014.

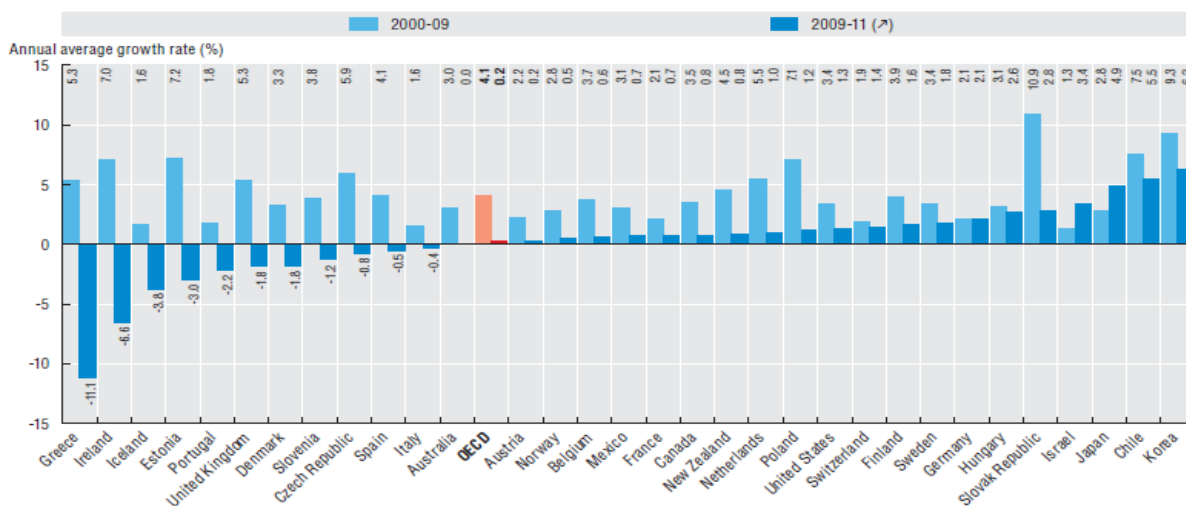
Σχήμα 6: Δαπάνη υγείας, δημόσια και ιδιωτική έως % του ΑΕΠ για το 2012.



Πηγή: OECDa, 2014.

Η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη Υγείας ενώ, μεταξύ 2000-2009 είχε μέσο ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης 5,5%, από το 2009 έως το 2011 σημείωσε αρνητική μεταβολή, η οποία καταγράφεται στο 11,1% (Σχήμα 7) (OECDb, 2014, σ. 128-129). Η μείωση της κατά κεφαλήν συνολικής δαπάνης για την υγεία συνεχίστηκε και το 2012, όπου έφτασε τα 2.409 \$ (μετρούμενη με Ισοτιμίες Αγοραστικής Δύναμης, PPP), όντας χαμηλότερη κατά 30% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (3.484 \$ PPP). Η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη Υγείας ήταν το ίδιο έτος, χαμηλότερη κατά 36% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (1.617 \$ PPP για την Ελλάδα και 2548 \$ PPP μ.ο. του ΟΟΣΑ). Αντίθετα, σε ότι αφορά την ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη Υγείας, το 2012 εμφανίζεται υψηλότερη κατά 13,8% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (Πίνακας 5) (OECDc, 2014).

Σχήμα 7: Ετήσιος μέσος ρυθμός ανάπτυξης των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία.



Πηγή: OECDdb, 2014, σ. 129.

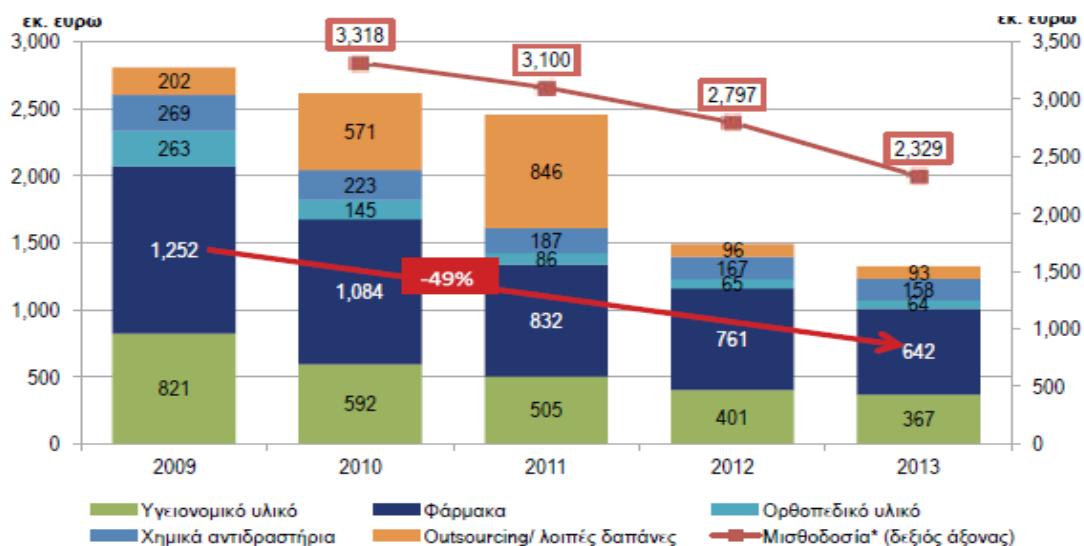
Πίνακας 5: Η εξέλιξη της συνολικής δαπάνης υγείας ως % του ΑΕΠ και της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας (\$, PPP) το διάστημα 2000-2012 (Οι ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη μέχρι το 2007 δεν αναφέρεται λόγω έλλειψης επακριβών στοιχείων).

| Συνολικές δαπάνες υγείας | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | M.O. ΟΟΣΑ (2012) |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|
| Συνολική δαπάνη υγείας (βάση % ΑΕΠ) | 8,0 | 8,9 | 9,2 | 9,0 | 8,8 | 9,7 | 9,7 | 9,8 | 10,1 | 10,2 | 9,5 | 9,8 | 9,3 | 9,3 |
| Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (\$ PPP) | 1453 | 1456 | 1966 | 2030 | 2091 | 2355 | 2617 | 2727 | 3011 | 3030 | 2692 | 2648 | 2409 | 3484 |
| Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη στην υγεία (\$, PPP) | 872 | 1067 | 1140 | 1214 | 1236 | 1416 | 1623 | 1646 | 1805 | 2072 | 1795 | 1785 | 1617 | 2548 |
| Ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη (\$ PPP) | | | | | | | | | 1140 | 848 | 779 | 753 | 685 | 590 |

Επεξεργασία στοιχείων, OECDc, 2014.

Η μείωση των δημοσίων δαπανών Υγείας στην Ελλάδα αντανακλάται και στα στοιχεία της νοσοκομειακής δαπάνης (Σχήμα 8). Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά τη διάρκεια της περιόδου 2009-2013, η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε δραστικά, φτάνοντας σε ποσοστό μείωσης το 49%, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι τείνει να υποβαθμιστεί κατά 50% σε σχέση με τα επίπεδα του 2009. Ακόμα μεγαλύτερη είναι η πτώση στις δαπάνες υγειονομικού υλικού που ανέρχεται στο 55,3% των επιπέδων του 2009. Αντίστοιχα, για την περίοδο 2009-2013, η μισθοδοσία στα νοσοκομεία συρρικνώθηκε κατά 29,8%. Στις υπόλοιπες κατηγορίες καταγράφεται σημαντική κάμψη, αν και τα απόλυτα μεγέθη μειώσεων είναι σαφώς μικρότερης κλίμακας (ΣΦΕΕ & IOBE, 2014, σ. 28).

Σχήμα 8: Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. 2009-2013 σε εκατ. €.



* η μισθοδοσία περιλαμβάνει όλες τις αποδοχές στα Νοσοκομεία, τα Ιδρύματα Πρόνοιας και τα ΝΠΔΔ (Μισθοί, εφημερίες, λοιπές παραχές)

Πηγή: ΣΦΕΕ & IOBE, 2014, σ. 28.

Το 2013 συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ESY.net (Υπουργείο Υγείας, 2014), παρατηρήθηκε περαιτέρω μείωση στην υγειονομική περίθαλψη. Ειδικότερα, η μείωση στις δαπάνες πρώτων και βοηθητικών υλών, αλλά και υπηρεσιών στο σύνολο των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. σε σύγκριση με το 2012 καταγράφονται ως:

- Μείωση δαπανών στο Ε.Σ.Υ. κατά 12,36%.
- Μείωση δαπανών των τεσσάρων (4) κατηγοριών (Φάρμακο, Υγειονομικό & Ορθοπεδικό Υλικό, Αντιδραστήρια) κατά 11,79%
- Μείωση δαπανών για αγορά υπηρεσιών κατά 7,63%.

Παρά τη σταδιακή μείωση των δαπανών στην υγειονομική περίθαλψη της χώρας από το 2009 έως και σήμερα, το Υπουργείο Υγείας όπως αναφέρει στην παρουσίαση των οικονομικών δεικτών για το 2013, καταλήγει στο συμπέρασμα της 'σταθεροποίησης' του συστήματος σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια της οικονομικής ύφεσης. Συγκεκριμένα η ανωτέρω διαπίστωση, διατυπώθηκε από το Υπουργείο Υγείας ως εξής (Υπουργείο Υγείας, 2014):

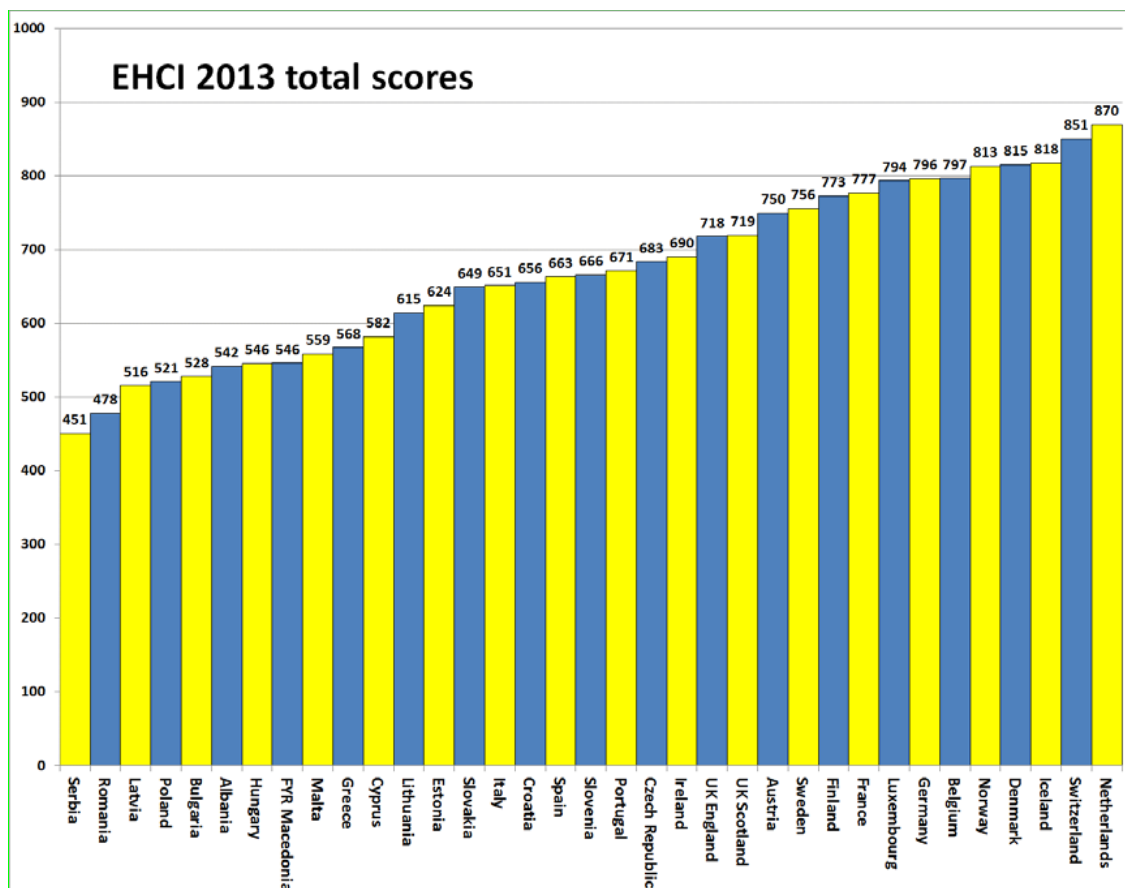
«Το σύστημα, έπειτα από μια περίοδο αύξησης της προσέλευσης ασθενών, εξ αιτίας της κρίσης, στην οποία σημειώθηκε ταυτόχρονη μείωση των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, παρουσιάζει εικόνα σταθεροποίησης. Η σταθεροποίηση αυτή συνίσταται στο γεγονός ότι η ζήτηση των υπηρεσιών από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. δείχνει μικρές αυξομειώσεις σε σχέση με την υψηλή προσέλευση που παρουσιάστηκε τα πρώτα χρόνια της κρίσης, με αποτέλεσμα τα νοσηλευτικά ιδρύματα να καταφέρουν να λειτουργήσουν στα πλαίσια των προϋπολογισμών που είχαν στη διάθεση τους».

Σε αντιδιαστολή με την αισιόδοξη οπτική των Ελληνικών αρχών, ο HCP³ (Health Consumer Powerhouse) (Health Consumer Powerhouse, 2013, σ. 13-17) στην ετήσια έρευνα που διεξήχθη για την αποδοτικότητα των Συστημάτων Υγείας μας κατέταξε στην 25^η θέση (η μελέτη περιλαμβάνει 35 χώρες) στον Ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης συγκεντρώνοντας 568 βαθμούς (από το μέγιστο σύνολο των 1000 βαθμών) (Σχήμα 9), 3 θέσεις πιο κάτω από το 2012 (22^η θέση με 617 βαθμούς). Ενδιαφέρον προκαλεί και η άποψη του Δρ. Arne Bjornberg, πρόεδρο του οργανισμού HCP και επικεφαλής της εν λόγω έρευνας, ότι οι Έλληνες ασθενείς αποτελούν 'θύματα' των σκληρών μέτρων λιτότητας, καθώς οι επιδόσεις του Συστήματος Υγείας έχουν σημειώσει σημαντική πτώση από τα προηγούμενα έτη. Το συμπέρασμα αυτό βασίζεται στο συνδυασμό δεδομένων και στοιχείων που προέκυψαν από τις τεκμηριωμένες απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς στο πλαίσιο δημοσκοπήσεων, αν και συνήθως κατά την διεξαγωγή αυτών, οι επιπτώσεις της κρίσης ορισμένες φορές μεγαλοποιούνται.

Παράλληλα επισημαίνεται ότι στην Ελλάδα, πολλές πτυχές του κλάδου της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάστηκαν αρνητικά. Οι πτυχές αυτές αφορούν στην ενημέρωση των ασθενών και τη συμμετοχή τους στη διαμόρφωση πολιτικών, στους χρόνους αναμονής, στα θεραπευτικά αποτελέσματα, καθώς και στο εύρος και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Λαμβάνοντας υπόψη τις δημόσιες περικοπές, τεκμαίρεται η ακόμη σημαντικότερη υποχώρηση της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, η παραδοσιακά γενναϊόδωρη συνταγογράφηση φαρμάκων περιορίστηκε, επηρεάζοντας την πρόσβαση σε καινούργια σκευάσματα, ενώ σε αντίθεση με τις υπόλοιπες πληγείσες από την κρίση χώρες, δεν υπήρξε μείωση στην κατάχρηση αντιβιοτικών, συμπεριφορά που συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση των ανθεκτικών λοιμώξεων.

³ Από την έναρξη του θεσμού το 2005, ο πίνακας EHCI έχει καταστεί «βιομηχανικό πρότυπο» για την παρακολούθηση των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Ο πίνακας καταρτίζεται με βάση δημόσια στατιστικά στοιχεία, δημοσκοπήσεις ασθενών και ανεξάρτητες έρευνες που διεξάγει η Health Consumer Powerhouse Ltd, μια ιδιωτική εταιρεία με έδρα στη Σουηδία, μετρώντας τις επιδόσεις των συστημάτων υγείας σε Ευρώπη και Καναδά με σκοπό την ενίσχυση και υποστήριξη ασθενών και καταναλωτών (Health Consumer Powerhouse, 2013).

Σχήμα 9: Κατάταξη των χωρών της ΕΕ με κριτήριο την συνολική αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας.



Πηγή Health Consumer Powerhouse, 2013, σ. 23.

4.2.3 Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας έχει διέλθει από πολλά στάδια και μορφοποιήσεις μέχρι να καταλήξει στη σημερινή του μορφή. Από της υπάρξεώς του χαρακτηρίστηκε από πανσπερμία ασφαλιστικών ταμείων που λειτουργούσαν κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Ο μεγάλος αριθμός των ασφαλιστικών φορέων που αναπτύχθηκε δημιούργησε σημαντικές διαφοροποιήσεις στο ασφαλιστικό σύστημα ως προς τα έσοδα και τις παροχές, τα όρια συνταξιοδότησης και την χαρακτηριστική ευκολία εξόδου από τον εργασιακό βίο. Η έλλειψη αναλογιστικών μελετών από τη πλευρά των ασφαλιστικών φορέων οδήγησε στη δημιουργία ελλειμμάτων και προβλημάτων μακροχρόνιας οικονομικής βιωσιμότητας των κλάδων σύνταξης, υγείας και πρόνοιας. Η έλλειψη προοπτικής εποπτείας και συντονισμού σε συνδυασμό με τη γραφειοκρατία και την έλλειψη ουσιαστικής βούλησης από τη πλευρά των αρμόδιων Υπουργείων διεύρυναν τις ανισότητες μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων, οδηγώντας σε ουσιαστικό κατακερματισμό του συστήματος (Μπούτσιου κ.ά., 2013). Μια σημαντική προσπάθεια για μείωση των ασφαλιστικών ταμείων έγινε από την Υπουργό κ. Πετραλιά, με την ενοποίηση μικρών και

ομοειδών ταμείων, με αποτέλεσμα στις αρχές του 2011 να υπάρχουν ουσιαστικά 15 ασφαλιστικά ταμεία. Το πρόβλημα όμως της διαφοροποίησης των παροχών στον τομέα της Υγείας παρέμενε, αφού το κάθε ασφαλιστικό ταμείο είχε τις δικές του παροχές και ιατρούς με αποτέλεσμα εμφανή την κοινωνική αδικία σε βάρος των ασφαλισμένων. Η σύσταση, με το Ν.3918/2011 το Μάρτιο του 2011, του Ε.Ο.Π.Υ.Υ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) οδήγησε αρχικά στην ενοποίηση των τεσσάρων μεγάλων ταμείων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ., Ο.Α.Ε.Ε., ΤΥΔΚΥ), ενώ τους επόμενους μήνες στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προσχώρησαν τα Οίκος Ναύτου, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΑ-ΜΜΕ και το Λιμενικό, το οποίο εντάχθηκε στον Ο.Π.Α.Δ. το Μάιο του 2013. Ο νέος οργανισμός καλύπτει το 90% των ασφαλισμένων πολιτών και κατ' επέκταση κατέχει θεωρητικά ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας. Η συγκρότηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αναμενόταν - σύμφωνα τουλάχιστον με τον αρχικό σχεδιασμό - να αποτελέσει το βασικό μοχλό ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης και η μονοψωνιακή δύναμη την οποία θεωρητικά κατέχει έχει ήδη ευρεία αποδοχή από την πλειοψηφία των εμπλεκόμενων εταιρών εξαιτίας του προσδοκώμενου οφέλους το οποίο δύναται να φέρει, στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστωση αυτή δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική συγκυρία στην οποία βρίσκεται η χώρα και τις πιέσεις που ασκούνται προς την κατεύθυνση της περιστολής της δημόσιας δαπάνης και εξορθολογισμό του υγειονομικού συστήματος.

Από τα διαθέσιμα στοιχεία, είναι προφανές ότι ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. βρίσκεται σε χρηματοδοτική εμπλοκή εξ αιτίας της δραματικής μείωσης της κρατικής επιχορήγησης αλλά και των ασφαλιστικών εισφορών, κατάσταση η οποία κατά πολλούς (Σκρουμπέλος κ.ά., 2012) συνδέεται με ατελή σχεδιασμό, λανθασμένες αρχικές εκτιμήσεις και με τη γενικότερη επιβάρυνση του οικονομικού κλίματος. Η χρηματοδοτική εμπλοκή του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., σε συνάρτηση με παράπλευρες προσπάθειες διαχείρισης της κρίσης έχουν οδηγήσει σε κατάπτωση της εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας μεταξύ του οργανισμού και των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, φαρμακοποιών και άλλων), των εξωτερικών προμηθευτών (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά εργαστήρια) αλλά και των πολιτών, φαινόμενο το οποίο σε ορισμένες περιπτώσεις ωθεί ακόμα και σε απονομιμοποίηση της όλης διαδικασίας.

Κατά συνέπεια, η ανασυγκρότηση του οργανισμού και ο επαναπροσδιορισμός των πολιτικών του είναι σύμφωνα με ειδικούς (Σκρουμπέλος κ.ά., 2012), μια υπόθεση αναγκαία και επείγουσα προς τρεις κατευθύνσεις: (α) την διευκρίνιση των σχέσεων με τις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, (β) την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων αναζήτησης και επίτευξης της αποδοτικότητας και (γ) την διεύρυνση και σταθεροποίηση της χρηματοδοτικής βάσης του οργανισμού.

4.2.4 Αναδιάρθρωση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Π.Ε.Δ.Υ.

Η οικονομική ύφεση που βιώνει η χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει σε σειρά νομοθετημάτων και στο χώρο της υγείας, που στόχο έχουν την εξοικονόμηση πόρων και τη δημοσιονομική προσαρμογή. Ένα από τα θέματα που απασχολούν ιδιαίτερα το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δεδομένου ότι η παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι κατακερματισμένη, άνισα παρεχόμενη γεωγραφικά και απομακρυσμένη από τον οικογενειακό προγραμματισμό και τον προσυμπτωματικό έλεγχο (Ποτήρης & Σαράφης, 2014). Η σημαντικότερη τελευταία προσπάθεια οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας της χώρας έγινε το 1983 και τον Ν.1397.

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ένα σύνθετο νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο είναι ανενεργό σε μεγάλο τμήμα του. Στην πράξη, οι δομές και οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια και κατακερματισμό και εκεί οφείλεται μεγάλο τμήμα των προβλημάτων. Οι πρόσφατες νομοθετικές ρυθμίσεις, όπως αναλύονται παρακάτω, στοχεύουν αφενός στην ενοποίηση των κεντρικών φορέων και αφετέρου στην αποκέντρωση των τελικών μονάδων παροχής Π.Φ.Υ. Το κατά πόσο θα βελτιώσουν το τελικό αποτέλεσμα αποτελεί σήμερα αντικείμενο συζήτησης.

Το κενό αυτό έρχεται να καλύψει ο Ν.4238/2014 (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, 2014) που προβλέπει την ίδρυση ενιαίου παρόχου υπηρεσιών υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) αλλά και την καθιέρωση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως αγοραστή των υπηρεσιών. Ο Ν.4238/2014 προέκυψε ως αποτέλεσμα της διαβούλευσης του Υπουργείου Υγείας με τους κοινωνικούς φορείς που είχε ξεκινήσει από τον Οκτώβριο του 2013. Βασικό χαρακτηριστικό του νόμου είναι η δημιουργία καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί υπό τις 7 Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) Χώρας. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις που καθορίζονται από τη δημοσιοποίηση του νόμου. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.): α) Αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, β) Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας, γ) Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας, δ) Σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στο πλαίσιο των κανόνων βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν: α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα, β) Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή

εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας, γ) Την παροχή πρώτων βοηθειών, δ) Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας, ε) Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, στ) Την τακτική παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, ζ) Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, η) Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας – παιδιού, θ) Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, ι) Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, ια) Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη, ιβ) Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Από τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. Ν.1397/1983 προβλεπόταν η ίδρυση αστικού και αγροτικού τύπου Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων. Με το άρθρο 2 του Ν.4238/2014 τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και οι αποκεντρωμένες τους μονάδες (περιφερειακά και πολυδύναμα ιατρεία) εντάσσονται πλέον στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών. Με το άρθρο 3 του νόμου προβλέπεται η διαδικασία ίδρυσης και πολυδύναμων Κέντρων Υγείας. Ορίζεται επιπλέον η περιοχή ευθύνης κάθε Κ.Υ. που ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ), ενώ γίνεται διασύνδεση αυτού με την τοπική αυτοδιοίκηση έτσι ώστε σε κάθε δήμο να αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας Το.Π.Φ.Υ. Με δεδομένη την επιτυχία παρά την υποστελέχωση των αγροτικού τύπου Κ.Υ. και την σύμπτωση που παρατηρήθηκε κατά τη διαδικασία διαβούλευσης υπέρ της αναγκαιότητας ενοποίησης της Π.Φ.Υ. και την άσκησή της στα αστικά κέντρα από Κ.Υ. θεωρείται ευεργετική η ρύθμιση. Επιπλέον, με την εφαρμογή της 24ωρης λειτουργίας των Κ.Υ. θα αυξηθεί η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. και θα μειωθεί ο κίνδυνος αντίστροφης υποκατάστασης που προέβλεπε η πρόταση επί του σχεδίου νόμου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Με το άρθρο 5 του νόμου καθιερώνεται επιπλέον ο Οικογενειακός Ιατρός ως δομή παροχής Π.Φ.Υ. μέσα στον Το.Π.Φ.Υ. των Δ.Υ.Πε. Δίνεται η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον και καταδεικνύεται ο καθοριστικός τους ρόλος στην παραπομπή των ασθενών είτε σε ιατρούς ειδικότητας, είτε σε άλλο επίπεδο υγείας. Ο κάθε ασθενής έχει ελεύθερη επιλογή οικογενειακού ιατρού, ενώ δίνεται και η δυνατότητα επιλογής ιατρού του Κ.Υ. ως οικογενειακού.

Η ιδέα του οικογενειακού ιατρού δεν είναι κάτι καινούργιο καθώς γινόταν μνεία στο άρθρο 18 του Ν.1397/1983 και στο άρθρο 32 του Ν.2519/1997, ενώ και στο εξωτερικό τα περισσότερα συστήματα Π.Φ.Υ. δομούνται πάνω στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Στις διατάξεις του Ν.4238/2014, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού δεν ορίζεται ως υποχρέωση και ο νομοθέτης τον αντιμετωπίζει ως δικαίωμα, ενώ περιορίζει το ρόλο του στην υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την καθοδήγηση. Με δεδομένη την περιορισμένη εφαρμογή του θεσμού στο παρελθόν, της επικουρικότητάς του στην Π.Φ.Υ. και του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του

συστήματος υγείας, ίσως χρειαστεί χρόνος για να ωριμάσει στη συνείδηση των Ελλήνων πολιτών η σημαντικότητα του θεσμού.

Ο σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ τροποποιήθηκε με βάση το άρθρο 8 και ο ρόλος του εφεξής επικεντρώθηκε στην αγορά υπηρεσιών υγείας και τη θέσπιση κανόνων αξιολόγησης των υπηρεσιών αυτών. Από τις προτάσεις που διατυπώθηκαν μόνο σε αυτή του Ε.Ο.Π.Υ.Υ προτάθηκε η διατήρησή του ως ενιαίου παρόχου και αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Είναι σαφές ότι η ως σήμερα λειτουργία δύο παράλληλων συστημάτων Π.Φ.Υ. (Ιατρεία ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και Π.Φ.Υ. με βάση το Ε.Σ.Υ.) δεν δύναται να συνεχιστεί και επιπροσθέτως, ένα σύστημα υγείας που η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγεία θα ανήκουν στις Δ.Υ.Πε και η πρωτοβάθμια στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ είναι ανεδαφικό (Ποτήρης & Σαράφης, 2014). Αυτό που απαιτείται είναι μάλλον ένα σύστημα με ενιαίο σχεδιασμό που οι υπηρεσίες του να λειτουργούν συμπληρώνοντας η μια την άλλη. Επιπλέον, η λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως ενιαίου ασφαλιστικού φορέα δίνει τη δυνατότητα να θέτει τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα οικονομικά και ποιοτικά κριτήρια, παρέχοντας στους ασφαλισμένους του υψηλού επιπέδου παροχές με μικρό ασφαλιστικό κόστος. Άλλωστε ο ίδιος ο χώρος της Π.Φ.Υ. ευνοεί την ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού λόγω της χαμηλής κλινικής εξειδίκευσης των υπηρεσιών σε συνδυασμό με την αυξημένη ζήτησή τους.

Επιπλέον με την παράγραφο 4 του άρθρου 51 του Ν.4238/2014 θεσπίζεται και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ) επικαιροποιώντας τις διατάξεις του Ν.2472/1997 και Ν.3471/2006. Ο Α.Η.Φ.Υ συμπληρώνεται από ιατρό του τοπικού δικτύου Π.Φ.Υ. που παρακολουθείται ο ασθενής και ενημερώνεται από όλους όσους εξέτασαν ή άσκησαν θεραπεία. Πρόκειται για μια διάταξη που συνάντησε ευρεία συμφωνία και παρέχει δυνατότητες ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών λόγω της συστημικής καταγραφής του ιστορικού τους. Από την εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου αναμένεται μείωση των δεικτών θνησιμότητας από νοσήματα με σαφή κληρονομικό υπόβαθρο, αλλά και από νοσήματα που εντάσσονται σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (Ποτήρης & Σαράφης, 2014).

4.2.5 Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN) – DRGs

Το σύστημα πληρωμών DRG εγκρίθηκε από το Κογκρέσο των ΗΠΑ και εφαρμόστηκε πρώτη φορά στους ασθενείς του προγράμματος Medicare το 1983. Πρόκειται για μία μέθοδο αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, που έχει ως στόχο τη δημιουργία κινήτρων, τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά των προμηθευτών υγείας, την οικονομική αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα του συστήματος υγείας και, τελικά, το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να έχει γίνει το κύριο μέσο για την επιστροφή χρηματικών κεφαλαίων στα νοσοκομεία στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες. Τα DRGs είναι τα ευρέως χρησιμοποιούμενα συστήματα ταξινόμησης των ασθενών στην Ευρώπη, αλλά παρά τις πολλές ομοιότητες, το σύστημα κάθε χώρας είναι μοναδικό, και προσαρμόζεται στο εκάστοτε υγειονομικό σύστημα αλλά

και στον αρμόδιο Υπουργό. Σήμερα, τα DRGs χρησιμοποιούνται για ένα ευρύ φάσμα στόχων που ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες: (α) αύξηση της διαφάνειας, (β) επαγωγή της αποτελεσματικότητας και (γ) σωστή διαχείριση του νοσοκομείου. Τα Συστήματα πληρωμών που βασίζονται σε DRG στηρίζονται κυρίως σε δύο μηχανισμούς:

- τον ορισμό ομάδων προϊόντων του νοσοκομείου,
- τον καθορισμό της βαρύτητας ή της τιμής για κάθε μια ομάδα προϊόντων (Polyzos κ.ά., 2013).

Στην Ελλάδα, το σύνολο της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας εκδηλώνεται πρωτίστως από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας (συμπεριλαμβανομένων και των κρατικών ενισχύσεων για την κάλυψη των ελλειμμάτων) και δευτερευόντως από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και τους ανασφάλιστους πολίτες. Για τα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει ένα καθεστώς μικτής χρηματοδότησης, το οποίο περιλαμβάνει πληρωμές από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους ασφαλιστικούς φορείς αλλά και την ιδιωτική συμμετοχή. Θεσμοθετημένα κίνητρα παραγωγικότητας δεν υπάρχουν και οι ποινές που επιβάλλουν τα πειθαρχικά συμβούλια είναι σπάνιες. Το ίδιο εμφανής είναι και η έλλειψη ελέγχου διασφάλισης της ποιότητας εργασίας και του παραγόμενου έργου. Μέχρι το 2009, το Υπουργείο Υγείας δεν διέθετε την κατάλληλη υποδομή για τη συλλογή αξιόπιστων και ολοκληρωμένων δεδομένων σχετικά με την κοστολόγηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων. Προφανώς, αυτό το γεγονός προσέδιδε μια περιορισμένη ικανότητα παρακολούθησης της οικονομικής λειτουργίας των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), καθώς και σύγκρισης των επί μέρους επιδόσεων. Για να ξεπεραστεί αυτός ο περιορισμός, από πλευράς Υπουργείου, αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε μια διαδικτυακή πλατφόρμα δεδομένων, με την ονομασία “ESY. net”, για τη συλλογή αξιόπιστων και ενημερωμένων δεδομένων. Κάθε νοσοκομείο πρέπει να παρουσιάζει σε αυτή την πλατφόρμα τα στατιστικά δεδομένα, τα οποία αφορούν στην είσπραξη των εσόδων, στους μισθούς του προσωπικού, στα λοιπά ιατρικά έξοδα, καθώς και σε στοιχεία του αναφορικά με το φόρτο εργασίας (όπως ο αριθμός εισαγωγών και ο αριθμός εξωτερικών ασθενών) σε μηνιαία βάση. Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία (π.χ. περίπτωση του βρετανικού Ε.Σ.Υ.), κρίθηκε απαραίτητος ο διαχωρισμός των λειτουργιών της προσφοράς και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με το Νόμο διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις του 2011, ο συντονισμός της αγοράς των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΟΠΑΔ, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) και όποιων άλλων ταμείων πραγματοποιείται από ένα ενιαίο συντονιστικό όργανο (με τη μορφή ΝΠΔΔ), το οποίο διαπραγματεύεται εκ μέρους όλων των ταμείων τις τιμές και τις συμβάσεις, με ιατρούς, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. Τα ταμεία, μέσω του συντονιστικού οργανισμού (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), έχουν ενιαία μηχανογράφηση και μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη. Τα νοσοκομεία που ανήκαν στο ταμείο του ΙΚΑ μεταφέρονται οργανικά πλέον στο Ε.Σ.Υ.

Όσον αφορά στην οικονομική λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, από τις αρχές του 2012 οι πληρωμές από τους αγοραστές υπηρεσιών υγείας, γίνονται με βάση το σύστημα DRG (καθιέρωση πακέτου νοσηλείας ανά διαγνωστική κατηγορία) και καταργήθηκαν, αντίστοιχα, τα κρατικά τιμολόγια για τα ημερήσια νοσήλια και οι πρόσθετες ιατρικές πράξεις στις νοσηλείες. Για τη δόμηση του ελληνικού μηχανισμού αποζημίωσης των DRGs-KEN (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια) αξιοποιήθηκε η εμπειρία από άλλες χώρες κατά τη διάρκεια των αντίστοιχων προσπαθειών υιοθέτησης του εν λόγω μηχανισμού. Έμφαση δόθηκε σε χώρες με συστήματα υγείας παρόμοια με το ελληνικό, όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών και στους μηχανισμούς χρηματοδότησης. Η επιλογή του Υπουργείου Υγείας, καθώς και εξειδικευμένων επιστημόνων στα θέματα των Οικονομικών της Υγείας ήταν η εστίαση και η προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα του αυστραλιανού και του γερμανικού συστήματος ταξινόμησης DRG. Η ταξινόμηση με βάση το γερμανικό μοντέλο, το οποίο βασίστηκε στη δημιουργία του από το αυστραλιανό, επιλέχθηκε γιατί η Ελλάδα αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα πλεονάζουσας δυναμικής παραγωγικότητας και έλλειψης ορθής κατανομής πόρων βάσει κριτηρίων ζήτησης. Η ταξινόμηση, σε περίπου 700 ομοειδείς ομάδες, επιλέχθηκε με βάση την αρχική διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία.

Μετά από την πρώτη χρήση του νέου συστήματος αποζημίωσης και τη συστηματική και αναλυτική λογιστική καταγραφή του κόστους, η οποία προέκυπτε από τα DRGs-KEN που εφαρμόστηκαν στα μεγάλα νοσοκομεία, έγινε μια προσαρμογή των τιμών στο πραγματικό νοσοκομειακό κόστος. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια μέση μείωση 10% στις αρχικές τιμές ανά κατηγορία (δευτέρα υπουργική απόφαση για τα KEN). Επιπλέον, ένας αριθμός κατηγοριών DRGs-KEN, ο οποίος δεν είχε τιμολογηθεί ορθά, διασπάστηκε σε περισσότερες κατηγορίες, αυξάνοντας το συνολικό αριθμό των κατηγοριών σε 760. Τα έσοδα που δημιουργήθηκαν κατά τους πρώτους τρεις μήνες (Οκτώβριος–Δεκέμβριος 2011) της εφαρμογής του συστήματος των DRGs-KEN, ανά υγειονομική περιφέρεια ήταν περίπου 175 εκατομμύρια€ (Ξένος κ.ά., 2014).

4.2.6 Διπλογραφικό Σύστημα

Εξετάζοντας την υφιστάμενη κατάσταση οι Παπαγεωργίου κ.ά. (2014), διαπιστώνουν ότι τα Ελληνικά νοσοκομεία παρουσιάζουν προβλήματα και στα τρία επίπεδα παροχής υπηρεσιών. Περιγράφοντας λεπτομερέστερα την κατάσταση, καταδεικνύουν παθογένειες όπως ότι το προσωπικό (νοσηλευτικό) είναι ανεπαρκές, ο εξοπλισμός παρωχημένος, οι εγκαταστάσεις υποβαθμισμένες, οι οργανωτικές δομές (οργανογράμματα) δυσκίνητες και αναποτελεσματικές. Διατείνονται επίσης ότι η διακίνηση ασθενών και υλικών γίνεται χωρίς λειτουργικό σχεδιασμό προκαλώντας συμφόρηση και καθυστερήσεις. Αναλύοντας ένα πλήθος δυσμενών αποτελεσμάτων, αλλά και τις αιτίες που τα προκαλούν αναφέρουν ότι η γραφειοκρατία και η έλλειψη ηλεκτρονικής διασύνδεσης τμημάτων-κλινικών αυξάνει το κόστος νοσηλείας λόγω επαναληπτικών ή περιττών εξετάσεων και δεν επιτρέπει τον αποτελεσματικό έλεγχο προμηθειών

και δαπανών. Ως επιστέγασμα αυτών, ισχυρίζονται ότι οι διοικήσεις των νοσοκομείων στελεχώνονται βάσει πολιτικών-κομματικών κι όχι επιστημονικών-αξιοκρατικών κριτηρίων με αποτέλεσμα την ανεπάρκεια τους στην επίλυση προβλημάτων και την αδυναμία βελτίωσης καταστάσεων και διαδικασιών.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, οδηγούνται στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση των ελληνικών Νοσοκομείων επιτάσσει τη λήψη μέτρων για τη μεταβολή των υπηρεσιών τους, από υποβαθμισμένες και ανεπαρκείς, σε ποιοτικές, πολλώ δε μάλλον τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, εν μέσω οικονομικής ύφεσης και οικονομικής αδυναμίας του πληθυσμού (Παπαγεωργίου κ.ά., 2014).

Θεμέλιο λίθο της βελτίωσης της ανωτέρω κατάστασης αποτελεί η εφαρμογή αυστηρής εποπτείας και αναβάθμισης του τμήματος Διαχείρισης Εφοδιαστικής Αλυσίδας (Logistics) των Νοσοκομείων, με αιχμή του δόρατος τη καθολική εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, σαφές και αναπόσπαστο τμήμα των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, στον τομέα της υγείας καθώς η μέθοδος της διπλογραφικής εφαρμογής για την ενημέρωση των οικονομικών συναλλαγών των νοσοκομείων, έναντι της απλογραφικής που ίσχυε, αν και επιβλήθηκε από τις διατάξεις του Π.Δ 146/2003, είχε εφαρμοστεί σε περιορισμένη έκταση. Με την έναρξη των μεταρρυθμίσεων, η ανάγκη της εφαρμογής της θεωρήθηκε ως απόλυτη και αδήριτη προτεραιότητα. Η καθιέρωση αυτής της μεθόδου απορρέει από το γεγονός ότι διεθνώς κρίνεται ως η πλέον κατάλληλη μέθοδος για την έγκαιρη και αξιόπιστη απεικόνιση της οικονομικής θέσης μιας οικονομικής οντότητας, η οποία στηρίζεται στην καθημερινή και πλήρη καταγραφή του συνόλου των οικονομικών συναλλαγών, σε αντίθεση με την απλογραφική μέθοδο δια της οποίας καταγράφονται και παρακολουθούνται μόνο οι ταμιακές συναλλαγές. Η διπλογραφική εφαρμογή προβλέπει την παράλληλη λειτουργία τριών ανεξάρτητων λογιστικών κυκλωμάτων, και συγκεκριμένα (Υπουργείο Υγείας, 2013):

- Της Γενικής Λογιστικής, που παρέχει οικονομική πληροφόρηση προς τρίτους εξωτερικούς ενδιαφερόμενους, αναφορικά με τα οικονομικά μεγέθη της οντότητας.
- Της Δημόσιας Λογιστικής, η οποία μέσω της χρήσης των λογαριασμών τάξεως παρακολουθεί την εκτέλεση του Προϋπολογισμού του δημόσιου νοσοκομείου.
- Της Αναλυτικής Λογιστικής, η οποία κοστολογεί και καταγράφει την απόδοση (κόστος – έσοδο) των επί μέρους τμημάτων του δημόσιου νοσοκομείου, συμβάλλοντας καθοριστικά με την εσωτερική πληροφόρηση στο έργο της Διοίκησης του.

Δεδομένου του όγκου των καθημερινών συναλλαγών και της πολυπλοκότητας των διαδικασιών λειτουργίας ενός δημόσιου νοσοκομείου, απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος, αποτελεί η ύπαρξη και λειτουργία μηχανογραφικών συστημάτων υποστήριξης της.

Κατά την διάρκεια του πρώτου εξαμήνου της χρήσης 2010, οι οικονομικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας (ΥΥ) κατάφεραν να συγκεντρώσουν οικονομικές καταστάσεις των χρήσεων 2007-2008 σε ποσοστό 57% επί του συνόλου των δημοσίων νοσοκομείων. Στα πλαίσια αυτά στη διάρκεια του δεύτερου εξαμήνου, ο Γενικός Γραμματέας του ΥΥ και συνεργάτες του υλοποίησε σειρά ημερήσιων επισκέψεων και συναντήσεων στα 30 μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας, στις οποίες δόθηκε βαρύτητα στα θέματα που άπτονται στην εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και ειδικότερα της γενικής λογιστικής και στην κατάρτιση των οικονομικών καταστάσεων της χρήσης 2009, καθώς επίσης και στην καταγραφή ελλείψεων στις διαδικασίες εσωτερικού ελέγχου.

Κατά την διάρκεια των προαναφερόμενων επισκέψεων και αξιολογήσεων, καταγράφηκαν τα σημαντικότερα προβλήματα εσωτερικού ελέγχου στα νοσοκομεία, για τα οποία εκδόθηκε στην συνέχεια σχετική εγκύκλιος από το Υπουργείο Υγείας, προκειμένου να επιλυθούν λειτουργικές αδυναμίες με συντονισμένες ενέργειες. Τα σημαντικότερα προβλήματα που καταγράφηκαν και περιλήφθηκαν στην σχετική εγκύκλιο αφορούσαν:

- Στην οργάνωση των νοσοκομειακών φαρμακείων και στην εποπτεία της χορήγησης των ογκολογικών φαρμάκων.
- Στις παρενέργειες που δημιουργούνται από την ύπαρξη άτυπων παρακαταθηκών, των οποίων για πρώτη φορά τέθηκε η εποπτεία στην Διαχείριση Υλικού και στο Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.
- Στην επίσπευση της διενέργειας και ολοκλήρωσης των διαγωνισμών προμήθειας υγειονομικού υλικού και υπηρεσιών στα νοσοκομεία.
- Στην επίλυση των καθυστερήσεων στην τιμολόγηση των νοσηλίων προς τους ασφαλιστικούς φορείς.
- Στην συμφωνία του χρέους των προμηθευτών εν όψει της διενέργειας της ρύθμισης της 31-12-2009.
- Στον έλεγχο μέσω των συστημάτων μηχανογράφησης LIS των διαγνωστικών εργαστηρίων των νοσοκομείων.

Επιπρόσθετα τέθηκαν τα χρονικά όρια για την κατάρτιση και τον έλεγχο των οικονομικών καταστάσεων των νοσοκομείων, που αφορούσαν στη χρήση του 2009. Μετά την παραπάνω προσπάθεια και τις σχετικές ενέργειες τον Φεβρουάριο του 2011 ολοκληρώθηκε η κατάρτιση και ο έλεγχος των οικονομικών καταστάσεων της χρήσης του 2009 σε ποσοστό 86% (113 από 131 δημόσια νοσοκομεία). Είναι αξιοσημείωτο ότι 113 νοσοκομεία είχαν εγκαταστήσει πληροφοριακά προγράμματα για τη λειτουργία του διπλογραφικού συστήματος και την παραγωγή οικονομικών καταστάσεων.

Δεδομένων των παραπάνω ως σημαντικός στόχος για το ΥΥ αποτέλεσε η ολοκλήρωση της

εφαρμογής του διπλογραφικού συστήματος στο σύνολο των νοσοκομείων της χώρας, στον τομέα της γενικής λογιστικής, μέσω της κατάρτισης των οικονομικών καταστάσεων της χρήσης του 2010 και της εφαρμογή από τον Ιανουάριο του 2011 του διπλογραφικού συστήματος στο σκέλος του δημόσιου λογιστικού, σε συνδυασμό με την εφαρμογή του μητρώου δεσμεύσεων στο σύνολο των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Τον στόχο αυτό ανέλαβε να φέρει εις πέρας η ΕΣΔΥ υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας στα πλαίσια του έργου «Επιστημονικός σχεδιασμός, συντονισμός και υποστήριξη ΥΥ & ΥΠε για την ανάπτυξη και βελτίωση συστημάτων οικονομικού προγραμματισμού και οικονομικής διαχείρισης νοσοκομείων με τη χρήση μηχανογραφημένου διπλογραφικού συστήματος».

Συνοπτικά στα πλαίσια του συγκεκριμένου έργου, που υλοποιήθηκε στην διάρκεια της χρήσης του 2011, επετεύχθησαν κυρίως τα παρακάτω:

- Ολοκληρώθηκε η κατάρτιση των οικονομικών καταστάσεων της χρήσης για το 2010 του συνόλου των νοσοκομείων της επικράτειας.
- Υλοποιήθηκε η μετάπτωση σχεδόν του συνόλου των υπολοίπων των λογαριασμών του διπλογραφικού από τη χρήση 2010 στα βιβλία και στους λογαριασμούς της χρήσης του 2011.
- Υλοποιήθηκε η ενημέρωση σε ικανοποιητικό βαθμό των λογαριασμών του διπλογραφικού συστήματος (10^{ος} 2011), χωρίς ωστόσο να υπάρχει συμφωνία αυτών με τα αποτελέσματα των διαχειρίσεων, αλλά και την εξωτερική πληροφόρηση.
- Ολοκληρώθηκε η εκπόνηση οδηγών εφαρμογής διαδικασιών εσωτερικού ελέγχου και ανάπτυξη με ταυτόχρονη εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής με κοινό τρόπο σε όλα τα νοσοκομεία.
- Επιτεύχθηκε μερική, αλλά μη ικανοποιητική σε σχέση με τον στόχο, οριστικοποίηση των μηνιαίων ενημερώσεων των λογαριασμών του διπλογραφικού συστήματος.

Αναλυτικότερα, το σύνολο πλέον των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. έχουν εφαρμόσει το διπλογραφικό σύστημα οικονομικής πληροφόρησης στο σκέλος της Γενικής λογιστικής και του Δημόσιου λογιστικού και όλα τα νοσοκομεία υποστηρίζονται από πληροφοριακά υποσυστήματα, που επιτυγχάνουν την εφαρμογή της γενικής λογιστικής, η οποία οδηγεί στην σύνταξη των ετήσιων οικονομικών καταστάσεων. Έχουν πλέον γίνει σημαντικά βήματα, που αποτελούν την βάση, ώστε η προσπάθεια στο μέλλον να επικεντρωθεί στην βελτίωση των υφιστάμενων συστημάτων και διαδικασιών, με τρόπο ώστε η εφαρμογή του διπλογραφικού να γίνεται με περισσότερο αξιόπιστο τρόπο και σε συντομότερο χρονικό διάστημα.

Είναι αξιοσημείωτο ότι για πρώτη φορά όλα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. έχουν τη δυνατότητα να καταρτίσουν, δια της διπλογραφικής μεθόδου, ισοζύγια λογαριασμών με τρέχουσα ημερομηνία, στα οποία έχουν ενσωματωθεί όλες οι οικονομικές πληροφορίες που προέρχονται από την προηγούμενη χρήση, με τις αντίστοιχες που διαμορφώθηκαν εντός της τρέχουσας

περιόδου, δίνοντας με αυτόν τον τρόπο μία ολοκληρωμένη και επίκαιρη εικόνα σχετικά με βασικά οικονομικά μεγέθη της λειτουργίας τους (απαιτήσεις, υποχρεώσεις, πάγιο εξοπλισμό, διαθέσιμα, ίδια κεφάλαια). Στα πλαίσια αυτά το επίπεδο λειτουργίας του διπλογραφικού συστήματος έχει ανέλθει σε ικανοποιητικό επίπεδο και η προσπάθεια πρέπει πλέον να επικεντρωθεί στις συμφωνίες των δεδομένων των διαχειρίσεων με τα αντίστοιχα των λογαριασμών της γενικής λογιστικής.

Από τις αρχές Ιανουαρίου του 2011 έχει επίσης εφαρμοστεί το διπλογραφικό σύστημα στο δημόσιο λογιστικό με αποτέλεσμα η εκτέλεση του προϋπολογισμού εσόδων - εξόδων των νοσοκομείων να παρακολουθείται εσωλογιστικά, συμπεριλαμβανομένου και του μητρώου δεσμεύσεων. Για τις ανάγκες πληροφόρησης του εν λόγω μητρώου δημιουργήθηκε ειδικός λογαριασμός (02.19), μέσω του οποίου καταγράφεται και συμφωνείται σε ημερήσια βάση το σύνολο των κινήσεων σε επίπεδο δέσμευσης προϋπολογισμού. Αναφορικά με την κατανομή των νοσοκομείων σύμφωνα με τον τρόπο που παρακολουθούν το μητρώο δεσμεύσεων είναι αξιοσημείωτο ότι 101 νοσοκομεία χρησιμοποιούν ειδικό μηχανογραφημένο πληροφοριακό σύστημα και τα υπόλοιπα 30 νοσοκομεία διατηρούν το μητρώο δεσμεύσεων σε αρχείο excel.

Παράλληλα σε ότι αφορά το τρίτο σκέλος του διπλογραφικού συστήματος, αυτό της αναλυτικής λογιστικής, ήδη έχει ολοκληρωθεί η εκπόνηση σχετικής μελέτης, ενιαία για όλα τα νοσοκομεία της επικράτειας, η εφαρμογή της οποίας θα αφορά την περίοδο από την 1η Ιανουαρίου του 2012. Η διαδικασία της εφαρμογής της αναλυτικής λογιστικής στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. έχει σχεδιαστεί να γίνει με βάση τα κάτωθι στάδια:

- Προμήθεια για όσα νοσοκομεία δε διαθέτουν ήδη το σχετικό μηχανογραφικό πρόγραμμα,
- Παραμετροποίηση αυτού σύμφωνα με το Π.Δ 146/2003 και τις οδηγίες της μελέτης που έχει ήδη διανεμηθεί,
- Δοκιμαστική λειτουργία αυτού καθώς και της διαλειτουργικότητάς του με το γενικότερο πρόγραμμα του διπλογραφικού συστήματος το πρώτο τρίμηνο του 2012,
- Έναρξη της παραγωγικής λειτουργίας του το δεύτερο τρίμηνο του 2012 στο σύνολο των νοσοκομείων.

Σύμφωνα με τη μελέτη που έχει ήδη εκπονηθεί στα πλαίσια του έργου της ΕΣΔΥ-ΥΥΚΑ, η οποία είναι προσαρμοσμένη στο υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο (Π.Δ. 146/2003), αλλά και στο οργανόγραμμα του κάθε νοσοκομείου, θα δύναται να προκύπτει σε μηνιαία βάση:

- το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο κέντρου κόστους (τομέας, κλινική),
- το αντίστοιχο έσοδο του κέντρου κόστους
- το αντίστοιχο λειτουργικό αποτέλεσμα.

Συνεπώς με βάση τα παραπάνω και την ανάπτυξη και εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής,

θα είναι εφικτό να εκτιμάται ανά περίπτωση με ακρίβεια το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών σε επίπεδο τομέα (π.χ. χειρουργικός τομέας) και κλινικής (π.χ. ορθοπεδική) και στη συνέχεια ανά επίπεδο παρεχόμενης πράξης. Ειδικότερα αναφορικά με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών θα υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης του κόστους σε σχέση με τις τιμές των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (DRGs).

Επιπρόσθετα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του νόμου 4025/11 (ΦΕΚ 228/Α/2011) θεσμοθετήθηκε μια μορφή εσωτερικού ελέγχου στις δημόσιες μονάδες υγείας που αφορά στα διοικητικά, διαχειριστικά και λογιστικά θέματα. Με τις διατάξεις αυτές προβλέπεται η έκδοση εσωτερικού κανονισμού με τον οποίο ρυθμίζονται όλα τα θέματα εσωτερικού ελέγχου και κάθε αναγκαία διαδικασία. Ακολούθως εκδόθηκε εγκύκλιος από τον Γ.Γ. για την παροχή σχετικών οδηγιών προετοιμασίας της εφαρμογής, στην οποία θα στηρίζεται και ο κανονισμός λειτουργίας του εσωτερικού ελέγχου προσαρμοσμένος στις ιδιαιτερότητες του κάθε νοσοκομείου. Επίσης, με την εγκύκλιο αυτή δόθηκε εντολή στους διοικητές των ΥΠΕ να ορίσουν την Επιτροπή Ελέγχου και σε συνεργασία με τους διοικητές των νοσοκομείων να επιλέξουν εσωτερικούς ελεγκτές και να υπογράψουν τις σχετικές συμβάσεις, το αργότερο ;έως το τέλος του Φεβρουαρίου του 2012. Οι Επιτροπές Ελέγχου αποτελούνται από 2 μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, ενώ το τρίτο μέλος είναι κάποιος διορισμένος εσωτερικός ελεγκτής.

Για όλο το έτος 2011 εξασφαλίσθηκε το βασικό επίπεδο λειτουργικότητας και διαλειτουργικότητας των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων της χώρας, εντός και εκτός ΟΠΣΥ με βάση συμβάσεις (SLA) για το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας. Όσον αφορά τα οικονομικά εργαλεία διαχείρισης επιτεύχθηκε 100% εγκατάσταση του διπλογραφικού συστήματος και του μητρώου δεσμεύσεων στο σύνολο των νοσοκομείων της επικρατείας. Υπάρχουν ήδη 129 καταρτισμένες – ελεγμένες – δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις από τα 131 νοσοκομεία της επικρατείας, καθώς και ισολογισμοί για το έτος 2010, ενώ τα στοιχεία είναι πλήρη για τις προηγούμενες χρήσεις. Το 20% των νοσοκομείων εφαρμόζουν ήδη αναλυτική λογιστική, ενώ σε εξέλιξη βρίσκεται μέσω προγράμματος ΕΣΠΑ η εγκατάστασή της και στα υπόλοιπα νοσοκομεία. Επιπλέον, είναι γεγονός η έγκαιρη έκδοση τιμολογίων στο πλαίσιο του συστήματος κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN-DRGs), καθώς και η συστηματική αξιολόγηση και παρακολούθηση της λειτουργίας των Νοσοκομείων. Σύμφωνα με τη 3η αναθεώρηση των ΚΕΝ με βάση τις σχετικές ΚΥΑ, το 2011, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης που σχετίζεται στη χρήση γενοσήμων – εκτός πατέντας – φαρμάκων, ανέρχεται στο 28% ήδη της συνολικής δαπάνης. Το συνολικό ποσοστό των πιστοποιημένων γιατρών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ανέρχεται στο 74% και στις δομές Π.Φ.Υ. στο 80%. Το 2011 τα περισσότερα Νοσοκομεία χρησιμοποιούν αυτό το σύστημα λογιστικής (92%), αλλά η πλήρης εφαρμογή του κυμαίνεται από 60% έως 81% ανά ΥΠΕ.

Οι κυριότερες αιτίες ελλιπούς εφαρμογής του είναι η γραφειοκρατία, η δυστοκία κατά τη λήψη επαρκών και διεξοδικών στοιχείων των ασθενών, οι ανολοκλήρωτοι διαγωνισμοί, η μη ταυτοποίηση των κωδικών των υλικών με τους αντίστοιχους της ΕΠΥ, η καθυστερημένη έκδοση τιμολογίων και η μη αποτύπωση του rebate από τους προμηθευτές, οι λανθασμένες παραμετροποιήσεις των προγραμμάτων, η έλλειψη προσωπικού για την πρωτογενή ενημέρωση, οι καθυστερήσεις στην επιλογή εξωτερικών συμβούλων λογιστών όπως και ορκωτών λογιστών (Υπουργείο Υγείας, 2012).

Στρατηγικός στόχος του Υπουργείου Υγείας για τη περίοδο 2014-2020 είναι (Υπουργείο Υγείας, 2013):

- Η ενίσχυση Συστημάτων Προγραμματισμού, Κατάρτισης Προϋπολογισμών και παρακολούθησης της εκτέλεσής τους στην βάση του μοντέλου των κλειστών νοσηλίων (DRGs) από όλες τις Μονάδες Υγείας, Περιφερειακά και Κεντρικά.
- Πλήρης εφαρμογή διπλογραφικού συστήματος.
- Ηλεκτρονική κεντρική παρακολούθηση της εκτέλεσής τους.

Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η προώθηση ενός ολοκληρωμένου νοσοκομειακού πληροφοριακού συστήματος, για το σύνολο της νοσοκομειακής λειτουργίας και όχι απλά σε ορισμένες διοικητικές-οικονομικές εφαρμογές, θα μπορούσε να αποτελέσει ένα ισχυρό εργαλείο προώθησης της ποιότητας των παροχών υγειονομικής περίθαλψης, όσο και οικονομικής συνέπειας των νοσοκομείων και όλου του συστήματος γενικότερα. Βασικό και αναπόσπαστο τμήμα της συνολικής αυτής ποιοτικής αναβάθμισης αποτελεί η μηχανογράφηση και ειδικότερα η πλήρης, καθολική και ενιαία εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος.

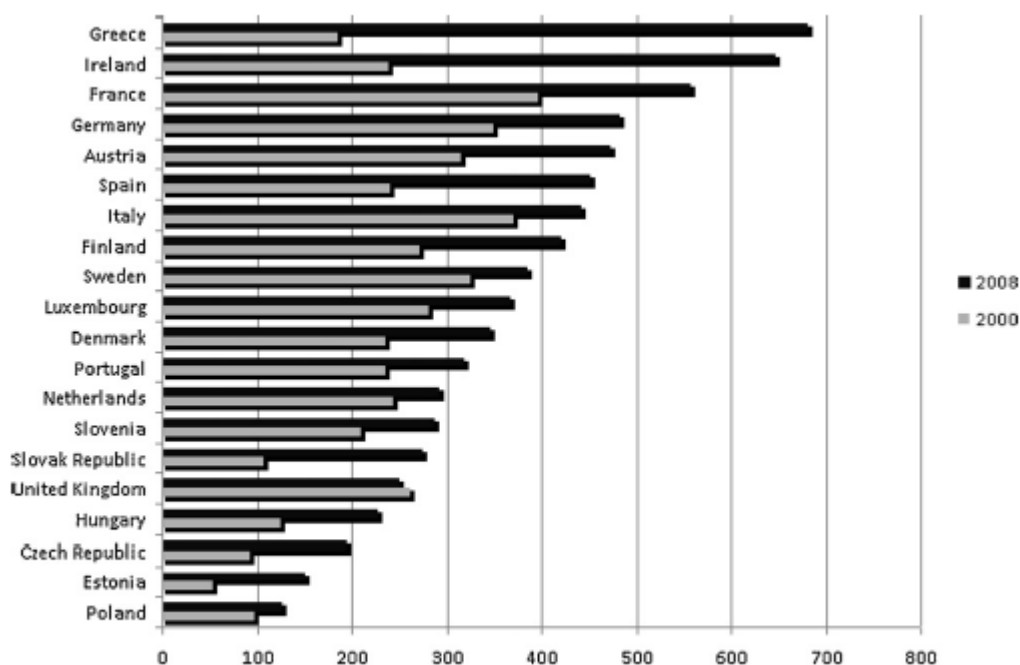
4.2.7 Αγορά φαρμάκου

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών καθώς και η συνακόλουθη γενικότερη αναδιάρθρωση των οικονομικών προοπτικών της χώρας έθεσε εν αμφιβόλω τη συνεισφορά και κυρίως τη βιωσιμότητα βασικών κλάδων της οικονομίας της χώρας, οι οποίοι βρέθηκαν να δέχονται συνεχείς πιέσεις περιστολής της δράσης τους. Ένας εκ των κλάδων αυτών, η ελληνική φαρμακευτική βιομηχανία, η οποία ορίζεται ως ο κλάδος μεταποίησης που παράγει φαρμακευτικά και χημικά προϊόντα για ιατρικούς σκοπούς στην Ελλάδα, αντιμετώπισε τη μεγαλύτερη ίσως «άσκηση» προσαρμογής στις νέες δημοσιοοικονομικές συνθήκες. Με την υγεία και τη δαπάνη για την υγεία να συνιστούν βασική συνιστώσα επίτευξης εξοικονόμησης πόρων, ο κλάδος «μπήκε» στο μικροσκοπιο (I.O.B.Ea, 2013, σ. 13-16). Κατά τα τελευταία πέντε έτη πριν από την κρίση, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα σχεδόν διπλασιάστηκε, από 4,329 δισεκ. € το 2004 σε 7,788 δισεκ. € το 2008. Κατά την ίδια χρονική περίοδο, η φαρμακευτική δαπάνη του δημόσιου συστήματος (ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης υγείας) αυξήθηκε από 2,4 δισεκ. € το 2004 σε 4,5

το 2008, ενώ το 2009 άγγιξε το ποσό των 5,1 δισεκ. €. Η φαρμακευτική κατά κεφαλήν δαπάνη αυξήθηκε από τα 200 € το 2000 σχεδόν στα 700 € το 2008. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, αυτό ήταν το υψηλότερο ποσό της κατά κεφαλήν δαπάνης στην ΕΕ το 2008 (Σχήμα 10). Οι λόγοι που συντελούν στην μεγάλη κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα συνοψίζονται ως:

- Απουσία συγκροτημένης ορθολογικής φαρμακευτικής πολιτικής και η αδυναμία ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών.
- Έλλειψη κινήτρων για συνταγογράφηση γενόσημων⁴ φαρμάκων. Ως αποτέλεσμα η αγορά γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα το 2010 κατείχε το 26% της συνολικής φαρμακευτικής αγοράς, ποσοστό πολύ χαμηλό σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ., όπως το Ηνωμένο Βασίλειο (60%), τη Γερμανία (65%), αλλά και την Ολλανδία (56%).
- Έλλειψη ελέγχου της συνταγογράφησης των ιατρών και απουσία ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται φαινόμενα, όπως η προώθηση συγκεκριμένων ακριβών φαρμάκων, αλλά και το φαινόμενο της πολυφαρμακίας και ιδίως των αντιβιοτικών φαρμάκων. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα το 2007 είχε τη μεγαλύτερη κατά κεφαλήν κατανάλωση στα αντιβιοτικά φάρμακα.

Σχήμα 10: Κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη (€) στις χώρες τη Ε.Ε. το 2000 και το 2008.



Πηγή: VANDOROS & STARGARDT, 2013.

⁴Με τον όρο «πρωτότυπα» (ή φάρμακα αναφοράς) νοούνται τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας και προστατεύονται από ενεργό δικαίωμα ευρεσιτεχνίας (πατέντα), το οποίο απαγορεύει την κυκλοφορία στην αγορά οποιουδήποτε αντιγράφου του σκευάσματος για τη χρονική διάρκεια ισχύος του, ενώ, με τον όρο «γενόσημα» νοούνται τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας ως βιοϊσοδύναμα αντίγραφα ενός πρωτοτύπου, το οποίο έχει αποδεδειγμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα και έχει απολέσει την (νομική) προστασία της πατέντας του. (ΙΟΒΕα, 2013, σ. 24).

- Ανυπαρξία ανταγωνισμού σε επίπεδο τιμών μεταξύ πρωτοτύπων και γενοσήμων.
- Έλλειψη ελέγχου στην αλυσίδα διακίνησης φαρμάκων (Vandoros & Stargardt, 2013).

Ο κλάδος του φαρμάκου επηρεάστηκε αρκετά μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και τις διαρθρωτικές αλλαγές για την εξοικονόμηση πόρων που προώθησε το Υπουργείο Υγείας. Βασικός στόχος αναφορικά με το χώρο του φάρμακου ήταν η μείωση της φαρμακευτικής επιβάρυνσης, ώστε οι δαπάνες να πλησιάσουν τα επίπεδα των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών. Οι κύριες αρχικές ενέργειες περιελάμβαναν την χρήση γενοσήμων φαρμάκων, τη μείωση περιθωρίων κέρδους των φαρμακοποιών και των χονδρεμπόρων, την επιπλέον συμμετοχή των ασφαλισμένων στην φαρμακευτική δαπάνη, αλλά και τη πλήρη εφαρμογή του συστήματος τιμολόγησης βάσει των 3 χαμηλότερων τιμών της ΕΕ-22, δηλαδή η άρση των πλαφόν που είχαν επιβληθεί στις μέγιστες μεταβολές των τιμών των φαρμάκων τον Σεπτέμβριο του 2010 (Στουρνάρας, 2011). Η μείωση των τιμών ήταν της τάξεως του 0-27% με ένα σταθμισμένο μέσο όρο 21,5%. Μια δεύτερη μείωση της χονδρικής τιμής των φαρμάκων έλαβε χώρα την 1η Ιουλίου 2011, με σταθμισμένο μέσο όρο 10,2% (Παπαγεωργίου & Πάλακα, 2011).

Σύμφωνα με τις τελευταίες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας για την τιμολόγηση των φαρμάκων (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, 2014), η ανώτατη τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex- factory) γενόσημων φάρμακων ορίζεται στο 65% της τιμής των αντίστοιχων φαρμάκων αναφοράς. Για την τιμολόγηση των φαρμάκων αναφοράς υπό προστασία, ορίζεται ως ανώτατη τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex- factory), ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βασιζόμενοι σε επίσημα δημοσιευμένα στοιχεία. Αντίστοιχα για τα φάρμακα αναφοράς χωρίς προστασία (δηλ. μετά τη λήξη της περιόδου προστασίας της δραστικής ουσίας), η ανώτατη τιμή μειώνεται αυτόματα, είτε στο 50% της τελευταίας τιμής υπό προστασία, είτε στο μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών της Ε.Ε., λαμβάνοντας όποια από τις δύο είναι χαμηλότερη.

Επιπλέον για τους φαρμακέμπορους το ποσοστό μικτού κέρδους (mark up) καθορίζεται ως εξής: α) για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα ποσοστό έως 7,8% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, β) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (Φ.Κ.Α.) ως ποσοστό 5,4% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, γ) για όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους Φ.Κ.Α. ως ποσοστό 4,9% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, όταν αυτή είναι έως 200€ και δ) για όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους Φ.Κ.Α. ως ποσοστό 1,5% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, όταν αυτή είναι μεγαλύτερη από 200,01€. Για τα φαρμακεία το ποσοστό μικτού κέρδους (mark up) καθορίζεται ως εξής: α) για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα ποσοστό έως 35% επί της χονδρικής τιμής, β) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους Φ.Κ.Α. ως ποσοστό 35% επί της χονδρικής τιμής, γ) για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους

Φ.Κ.Α. ισχύουν κλιμακούμενα ποσοστά, με την πρώτη βαθμίδα που αφορά από 0 – 50€ να ξεκινά από 30% και σταδιακά να υποβιβάζεται μέχρι την τελευταία βαθμίδα που αντιστοιχεί στο ανώτατο ποσό των 3000€, όπου το ποσοστό φτάνει στο 2,25% επί της χονδρικής τιμής.

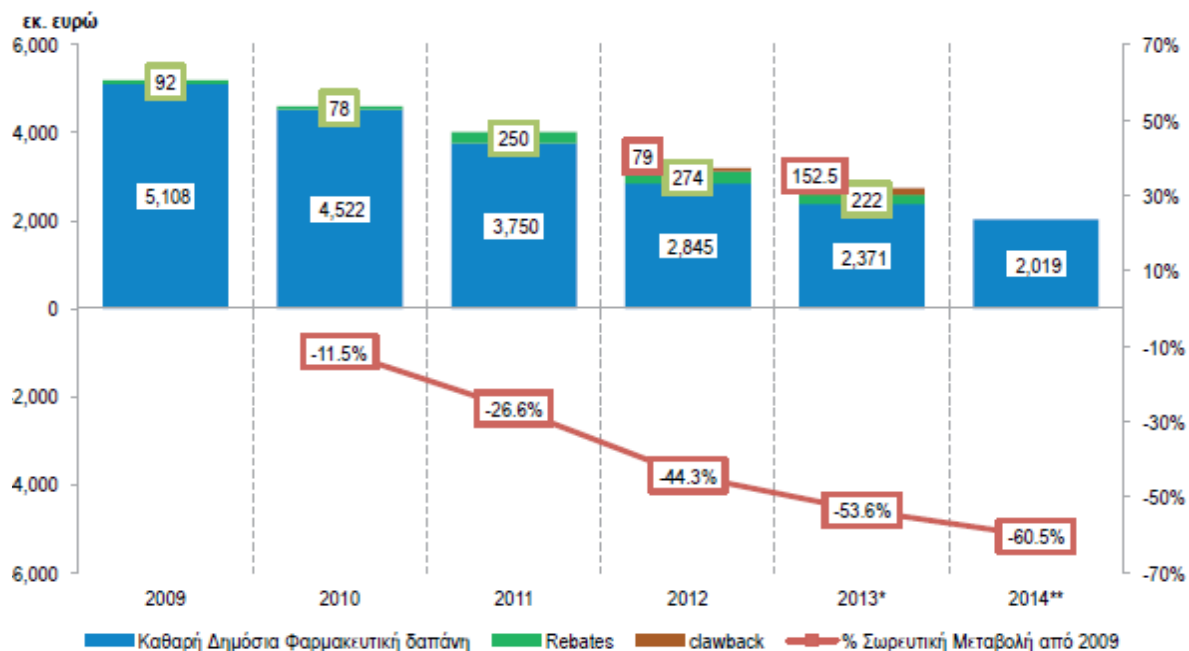
Μια άλλη εξέλιξη, στα τέλη του 2010 ήταν η επαναφορά του θετικού καταλόγου, η οποία είχε καταργηθεί το 2006. Το 2010 επανεισάγεται νέος θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων (άρθρο 12 Ν.3816/2010) και με τον τρόπο αυτό γίνονται και πάλι διακριτές οι διαδικασίες τιμολόγησης και αποζημίωσης. Συγκεκριμένα ο νόμος προβλέπει την αποζημίωση των σκευασμάτων που συμπεριλαμβάνονται σε αυτόν από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, μέχρι του ποσού που ορίζεται ως Τιμή Αναφοράς (ΤΑ) της εκάστοτε θεραπευτικής κατηγορίας (cluster). Με την Υπουργική Απόφαση του ΦΕΚ 3117/Β/9.12.2013 προβλέπεται ότι μετά την αναθεώρηση των τιμών ή μετά την έγκριση των νέων τιμών φαρμάκων, ο θετικός κατάλογος και οι αντίστοιχες τιμές αναφοράς επανελέγχονται εντός 30 ημερών. Τα πρωτότυπα φάρμακα που θεωρούνται φάρμακα αναφοράς, εντάσσονται στη λίστα αποζημίωσης από τα ταμεία, εάν κυκλοφορούν στα 2/3 των κρατών μελών της Ε.Ε. ή τουλάχιστον σε 12 κράτη-μέλη, εφόσον έχουν αξιολογηθεί από έγκυρους οργανισμούς αξιολόγησης τεχνολογίας Υγείας. Τα νέα γενόσημα φάρμακα συμπεριλαμβάνονται αυτόματα στον κατάλογο εφόσον τα φάρμακα αναφοράς (off patent) περιλαμβάνονται επίσης σε αυτόν. Στην επόμενη αναθεώρηση του καταλόγου, η τιμή αναφοράς κάθε cluster θα πρέπει να βασίζεται στο μέσο όρο των τριών φθηνότερων γενοσήμων προϊόντων της συγκεκριμένης ομάδας (cluster) με μερίδιο αγοράς σε όγκο πάνω από το 4% στην εν λόγω ομάδα (cluster), εφόσον η διαδικασία αυτή δίνει τιμές χαμηλότερες από το υφιστάμενο σύστημα. Παράλληλα, η συμμετοχή των ασφαλισμένων στην αγορά των φαρμάκων διαμορφώθηκε στο 17,2% στη συνολική δαπάνη αγοράς φαρμάκου, το 2013, με βάση στοιχεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και στο 21% της δαπάνης φαρμάκου στη λιανική (ΣΦΕΕ & ΙΟΒΕ, 2014, σ. 72-73). Επιπλέον εφαρμόστηκε η «αρνητική λίστα» των μη καλυπτόμενων από τα ασφαλιστικά ταμεία φαρμάκων και η λίστα φαρμάκων που δεν απαιτούν συνταγογράφηση (ΟΤC) (Παπαγεωργίου & Πάλακα, 2011)

Επιπροσθέτως, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δημιούργησε νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας, διότι μπορεί να πραγματοποιηθεί αυστηρός δημοσιονομικός έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης και να ελεγχθεί ο όγκος της κατανάλωσης, ώστε να περιοριστούν τα φαινόμενα σπατάλης και διαφθοράς. Σήμερα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση γίνεται κυρίως μέσω της δραστικής ουσίας, τρόπος που φαίνεται ότι προσφέρει ουσιαστική μείωση στη φαρμακευτική δαπάνη. Το 2010, η μέση αξία της κάθε συνταγής μειώθηκε από 80€ σε 48€ (Παπαγεωργίου & Πάλακα, 2011).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύονται στην ετήσια έρευνα του ΣΦΕΕ σε συνεργασία με τον ΙΟΒΕ, για την αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα (ΣΦΕΕ & ΙΟΒΕ, 2014, σ. 23-25), από το 2009 η

καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη⁵ ακολούθησε μια πτωτική πορεία, με αποτέλεσμα το 2013 να είναι μειωμένη κατά 53,6% σε σχέση με το 2009. Σε απόλυτες τιμές ο στόχος που ετέθη για το 2013 περιορίζεται στα 2,37 δισεκ. ευρώ, τιμή ελαφρώς χαμηλότερη των 2,8 δισεκ. ευρώ του 2012 (Σχήμα 11). Η συνολική μείωση της (καθαρής) δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης την περίοδο 2009-2011 ήταν αποτέλεσμα των θεσμικών παρεμβάσεων στην αγορά φαρμάκου (αλλαγή συστήματος τιμολόγησης, αύξηση των επιστροφών – rebates/clawback - στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, μείωση των ρυθμιζόμενων περιθωρίων κέρδους στη χονδρική και λιανική διάθεση των φαρμάκων, μείωση συντελεστή ΦΠΑ στα φάρμακα κ.λ.π.). Οι προβλέψεις που έχουν αποτυπωθεί στον προϋπολογισμό του 2014 διαμορφώνουν την καθαρή φαρμακευτική δαπάνη στα 2,019 δισεκ. ευρώ, ενώ η εκτιμώμενη μείωση σωρευτικά από το 2009 θα φτάσει το -60,5%. Η καθαρή φαρμακευτική δαπάνη το 2014 αντιστοιχεί στο 1,1% του ΑΕΠ, έναντι 2,2% το 2009.

Σχήμα 11: Δημόσια Φαρμακευτική δαπάνη 2009-2014 σε εκατ. €. (στοιχεία για τις επιστροφές/ εκπτώσεις (rebates) από τις φαρμακευτικές εταιρίες είναι διαθέσιμα μόνο για τα έτη 2009-2013).



Πηγή: ΣΦΕΕ & IOBE, 2014, σ. 23.

⁵ Η Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη είναι το τελικό ποσό που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά την αφαίρεση όλων των rebates και του clawback (ΣΦΕΕ & IOBE, 2014, σ. 23).

4.3 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών

4.3.1 Η ανεργία και οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών

Η επιστημονική έρευνα διεθνώς και στη χώρα μας έχει δείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί σοβαρά πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού (αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας), τα οποία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση. Η διαφαινόμενη επιδείνωση των δεικτών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης με κύριους παράγοντες κινδύνου την ανεργία, την επαπειλούμενη εργασία, τη μεγάλη μείωση του εισοδήματος και το εξ αυτών το άγχος που συνήθως εμφανίζεται με αύξηση της επίπτωσης στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες συνιστά ύψιστη προτεραιότητα (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση φαίνεται να έχει επιπτώσεις στη υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία κυρίως μέσω της ανεργίας και της μείωσης του εισοδήματος. Το ποσοστό της ανεργίας στη χώρα μας όπως καταγράφεται από τον Ι.Ο.Β.Ε αυξήθηκε με ταχύ ρυθμό τα τελευταία έξι χρόνια από το 7,47% το 2008 στο σύνολο του πληθυσμού στο 27,3% το 2013 (Πίνακας 6) (Ι.Ο.Β.Εb 2013& Ι.Ο.Β.Εa 2014). Οι επιπτώσεις από την απώλεια του εισοδήματος των Ελλήνων ήταν πολύπλευρες και επώδυνες.

Ο αριθμός των ελλήνων που ζει κάτω από το όριο της φτώχειας αυξήθηκε. Η Ελλάδα βρίσκεται στην 4η θέση μεταξύ των 28 κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με το υψηλότερο ποσοστό πολιτών στο όριο της φτώχειας για το 2013. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, τα οποία δημοσιοποιούνται στην έκθεση του IOBE, το ποσοστό των Ελλήνων που ζούσαν το 2013 στο όριο της φτώχειας (εισόδημα μικρότερο από το 60% του εθνικού διάμεσου διαθέσιμου εισοδήματος) ανήλθε σε 34,6% ή αλλιώς σε 3.795.100 άτομα. Μάλιστα, το ποσοστό αυτό βαίνει συνεχώς αυξανόμενο από το 2010 (27,6% το 2010, 27,7% το 2011, 31% το 2012 και 34,6% το 2013). Σε χειρότερη θέση από την Ελλάδα, βρίσκονται η Βουλγαρία (49,3%), η Ρουμανία (41,7%) και η Λετονία (36,2%). Όσον αφορά σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που βρίσκονται σε παρόμοια οικονομική ύφεση με την Ελλάδα, το όριο της φτώχειας βρίσκεται το 30% των πολιτών στην Ιρλανδία, το 28,2% στην Ισπανία, το 27,1% στην Κύπρο και το 25,3% στην Πορτογαλία. Οι πέντε χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά φτώχειας στην Ευρωπαϊκή Ένωση των «28», είναι η Ολλανδία (15%), η Τσεχία (15,4%), η Σουηδία (15,6%), η Φινλανδία (17,2%) και το Λουξεμβούργο (18,4%). Ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση ανέρχεται σε 24,8% και στην Ευρωζώνη σε 23,3%. Σημειώνεται, ότι, με βάση επίσης στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, ο κίνδυνος φτώχειας αυξήθηκε σημαντικά για την Ελλάδα μετά το 2010 και το ποσοστό της σχετικής φτώχειας αυξήθηκε κατά 3,4 εκατοστιαίες μονάδες ή κατά 17,3% (Τα νέα, 2014). Φυσικό επακόλουθο των ανωτέρω στοιχείων είναι να υπάρχει έντονη αύξηση στον αριθμό των ανθρώπων που απευθύνονται στα Κέντρα Υποδοχής και Αλληλεγγύης (ΚΥΑΔΑ) προς ικανοποίηση των πρώτων αναγκών (σίτιση, στέγαση, φάρμακα και ιατρική περίθαλψη). Ο

αριθμός εκείνων που απευθύνονται στα κέντρα σίτισης έχει πολλαπλασιαστεί. Τα γεύματα που προσφέρονται καθημερινά από την Εκκλησία έχουν διπλασιαστεί από 5.000 έως 10.000 και αυτό στην περιοχή της Αθήνας μόνο. Οι περισσότεροι από όσους κατέφυγαν στα συσσίτια το τελευταίο χρονικό διάστημα είναι πάνω από 50 ετών και κάτω από 70, βρίσκονται δηλαδή κοντά στην ηλικία της συνταξιοδότησης. Το φαινόμενο αυτό εκτιμάται ότι συνδέεται με την αύξηση της ανεργίας σε αυτές τις “μη παραγωγικές” ηλικίες που έχασαν την δουλειά τους λίγο πριν τη σύνταξη. Παράλληλα η πρόσβαση στη πρωτοβάθμια φροντίδα έχει μειωθεί εξίσου (Μπούρας & Λυκούρας, 2011).

Σε παρόμοιο επίπεδο βρίσκεται και το βιοτικό επίπεδο των παιδιών στην Ελλάδα όπως δημοσίευσε η UNICEF (2014) στην ετήσια έκθεση της για το 2014. Πιο συγκεκριμένα για την Ελλάδα, σύμφωνα με τα πρόσφατα στοιχεία της Eurostat ο αριθμός των παιδιών ηλικίας έως 18 ετών που βρίσκονταν σε κίνδυνο φτώχειας για το έτος 2012, ξεπέρασε το μισό εκατομμύριο. Συγκεκριμένα ανήλθε σε 521.000 άτομα που αναλογεί στο 26,9% του συνόλου των παιδιών από 23,7% το 2011, ενώ εκτιμάται ότι σημαντικός αριθμός παιδιών στην Ελλάδα δεν έχει ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω απώλειας ασφαλιστικών δικαιωμάτων των γονέων τους, ενώ οι εναλλακτικές μορφές παροχής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης δεν καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού. (Unicef, 2014).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η σύνδεση της κρίσης με τα νέα δεδομένα, που αφορούν στη βρεφική θνησιμότητα. Ειδικότερα τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν μια αύξηση 19% στον αριθμό των ελλιποβαρών βρεφών μεταξύ 2008 και 2010. Ερευνητές από την Ελληνική Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (kentikelenis κ.ά., 2014) ανέφεραν αύξηση 21% σε θνησιγενείς γεννήσεις μεταξύ 2008 και 2011, γεγονός που αποδίδουν στην μειωμένη πρόσβαση των εγκύων γυναικών στον προγεννητικό έλεγχο, καθώς το κόστος δεν καλύπτεται στο σύνολό του από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς με αποτέλεσμα να μην επισκέπτονται τακτικά τον γιατρό τους. Η μακροπρόθεσμη πτώση της παιδικής θνησιμότητας έχει αντιστραφεί, σημειώνοντας αύξηση κατά 43 % μεταξύ 2008 και 2010, τόσο για νεογνά μέχρι ενός μηνός όσο και μεγαλύτερα. Ο υψηλός δείκτης των νεογνικών θανάτων, καταδεικνύει φραγμούς και εμπόδια στην ομαλή πρόσβαση για έγκαιρη και αποτελεσματική φροντίδα κατά την εγκυμοσύνη και στην αρχής της ζωής των βρεφών, κατά πολλούς λογικό επαγόμενο της επιδείνωσης των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην Ελλάδα.

Πίνακας 6: Ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα 2008-2013.

| ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ετήσια στοιχεία (%) | | | | | | |
| ΕΤΗ | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Ποσοστό ανεργίας-σύνολο πληθυσμού | 7,7 | 9,5 | 12,6 | 17,7 | 24,3 | 27,3 |
| Ποσοστό ανεργίας στους νέους 15 έως 24 ετών | 22,1 | 25,8 | 32,9 | 44,4 | 55,3 | 58,6 |

Επεξεργασία στοιχείων: I.O.B.E b2013 & I.O.B.Ea 2014 & I.O.B.E b2014.

Οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές, κρίνονται πρωταρχικής σημασίας για την δημόσια υγεία καθώς κατατάσσονται στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας και μάλιστα σύμφωνα με τον ΠΟΥ αναμένονται μέχρι το 2020 να καταστούν δευτερες σε συχνότητα εμφάνισης, μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχωτικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ και δι- ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων ενώ πρόσφατες αναφορές δείχνουν ήδη αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία. Στη Χιλή βρέθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης περικοπής του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να πραγματοποιείται μήνες πριν από την έναρξη της συμπτωματολογίας (Ευθυμίου κ.ά., 2013). Στην Ελλάδα όπως αναφέρει ο Ευθυμίου, κ.ά., (2013) σε μία έρευνα που έγινε από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, φάνηκε δραματική αύξηση της συμπτωματολογίας σε άτομα με μικρότερο οικογενειακό εισόδημα ή σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Τα άτομα που αντιμετώπιζαν αρκετές έως πολλές οικονομικές δυσκολίες (ανεξάρτητα από το ύψος του εισοδήματός τους) ήταν σχεδόν 3 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα εμφάνισαν συχνότητα σοβαρής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ποσοστό περίπου 3% και κατάθλιψη σε ποσοστό 1% ενώ τα ποσοστά στα άτομα με πολλές οικονομικές δυσκολίες ήταν 22% και 12% αντίστοιχα. Σχετικά με την απασχόληση, τη μικρότερη συχνότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας είχαν όσοι εργάζονται (είτε πλήρους, είτε μερικής απασχόλησης). Οι άνεργοι είχαν διπλάσια σχεδόν πιθανότητα να εμφανίζουν σοβαρή ψυχοπαθολογία ακόμη και όταν λαμβάνονται υπόψη και όλοι οι άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την συσχέτιση π.χ. εισόδημα. Επιπλέον, ήταν δυόμισι

φορές πιο πιθανό να παρουσιάζουν «ευχές θανάτου» και ιδέες αναξιοτήτας για την ζωή ακόμη και όταν έλαβαν υπόψη στην ανάλυση το εισόδημα και τις οικονομικές δυσκολίες.

Οι αυτοκτονίες στην χώρα μας έχουν αυξηθεί κατά 17% από το 2007 έως το 2009, ενώ ανεπίσημα στοιχεία που αναφέρθηκαν στο Κοινοβούλιο, μιλούν για αύξηση 25% σε σύγκριση με το 2009. Ο Υπουργός Υγείας ανακοίνωσε αύξηση 40% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σύγκριση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010 (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Ωστόσο παρά την αύξηση των ψυχικών νοσημάτων τα τελευταία χρόνια η κρατική χρηματοδότηση μειώθηκε κατά 20% το 2010-2011 και 55% επιπλέον το 2011-2012, στις υπηρεσίες της ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα να έχει περιοριστεί η ικανότητα να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στη ζήτηση η οποία έχει αυξηθεί 120% τα τελευταία 4 χρόνια (kentikelenis κ.ά., 2014).

4.3.2 Επιδημίες στα χρόνια της οικονομικής ύφεσης.

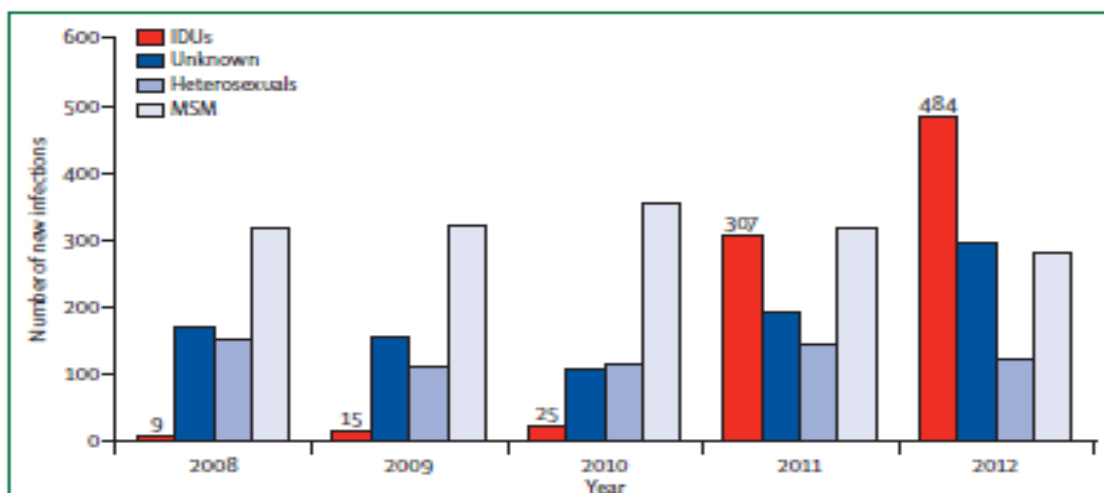
Η οικονομική κρίση οδήγησε σε περικοπές στα έξοδα των νοσοκομείων όπως έχει ήδη αναλυθεί, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες Υγείας ανάμεσα τους και οι Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων (ΜΕΛ) να καθίστανται αδύναμες να αντιμετωπίσουν τις αυξανόμενες ανάγκες του οροθετικού πληθυσμού. Συνεπώς, όλο και περισσότερα άτομα δυσκολεύονται να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και θεραπεία παρότι νιώθουν ότι την έχουν ανάγκη. Οι υπηρεσίες πρόνοιας και κοινωνικής στήριξης των οροθετικών υπολειπονται, επίσης, ως αποτέλεσμα των πολιτικών λιτότητας. Παράλληλα, οι κρατικές επιχορηγήσεις για προγράμματα στον τομέα του HIV/AIDS μειώθηκαν 10% το 2010 σε σχέση με το 2009. Τα προγράμματα αγωγής υγείας, η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και παρεμβάσεων περικόπτονται με σημαντικές συνέπειες στην πρόληψη των πληθυσμών που βρίσκονται σε ρίσκο.

Η οικονομική κρίση, όπως υποστηρίζουν οι Kentikelenis κ.ά., (2014) φαίνεται να συνδέεται ακόμη και με την αύξηση των κρουσμάτων HIV σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών (XEN). Προγράμματα πρόληψης και θεραπείας για την παράνομη χρήση των ναρκωτικών έχουν δεχθεί μεγάλες περικοπές, σε μια εποχή ολοένα αυξανόμενης ανάγκης. Το 2009-10, το ένα τρίτο των street-work προγραμμάτων διακόπηκαν λόγω της μη εξεύρεσης πόρων, παρά την τεκμηριωμένη αύξηση στην επικράτηση της χρήσης ηρωίνης. Ταυτόχρονα, ο αριθμός των συριγγών και προφυλακτικών που διανέμονται στους χρήστες ναρκωτικών μειώθηκε κατά 10 % και 24 %, αντίστοιχα. Τα γεγονότα αυτά είχαν, δυστυχώς, τα αναμενόμενα αποτελέσματα για την υγεία αυτού του ευάλωτου πληθυσμού. Ο αριθμός των νέων μολύνσεων από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών αυξήθηκε από 15 το 2009 σε 484 το 2012 (Σχήμα 12) και τα πρώτα στοιχεία για το 2013 δείχνουν ότι τα κρούσματα φυματίωσης ανάμεσα σε αυτήν την ευάλωτη κοινωνική ομάδα θα διπλασιαστούν, σε σχέση με το 2012 (kentikelenis κ.ά., 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι η καταβολή εισιτηρίου για τη διενέργεια τεστ για HIV στα δημόσια νοσοκομεία, λειτουργεί περισσότερο ως εμπόδιο στην εξέταση και κατ' επέκταση στην πρόληψη

διάγνωση και πρόσβαση στη θεραπεία, ενώ έρχεται σε αντίθεση με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για δωρεάν τεστ (Γιαννοπούλου κ.ά., 2014).

Επιπλέον τα οροθετικά άτομα που ζουν με αυτή τη σοβαρή χρόνια νόσο, έχουν υποστεί σοβαρές συνέπειες όχι μόνο σε οικονομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ψυχικής υγείας και κοινωνικής επάρκειας. Τα υψηλά επίπεδα ανεργίας έχουν ως αποτέλεσμα την έλλειψη ασφαλιστικής ενημερότητας και κάλυψης. Οι οικονομικές εκκρεμότητες των οροθετικών ατόμων στον ασφαλιστικό τους φορέα έχουν αυξηθεί με ραγδαίο ρυθμό, με αποτέλεσμα να μένουν χωρίς ασφαλιστική κάλυψη και κατά συνέπεια χωρίς πρόσβαση στην αντιρετροϊκή αγωγή, γεγονός που θέτει σε κίνδυνο όχι μόνο τη ζωή τους αλλά και τη Δημόσια Υγεία γενικότερα, ιδιαίτερα εάν πρόκειται για ευάλωτες ομάδες, οι οποίες παραμένουν εκτός του συστήματος υγείας, όπως οι παράνομοι μετανάστες. Οι κοινωνικές παροχές στους οροθετικούς, οι οποίες αποτελούσαν σημαντική οικονομική ενίσχυση, απειλούνται καθώς συνδέθηκαν με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω. Σήμερα, πολλοί οροθετικοί ζουν αποκλειστικά με μοναδικό εισόδημα το εν λόγω επίδομα, αφού έχουν αποκλειστεί από την αγορά εργασίας είτε λόγω του στιγματισμού, είτε λόγω της κατάστασης της υγείας τους, της αδυναμίας τους προς εργασία, της εντεινόμενης ανεργίας και της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών. Προκειμένου να κατοχυρωθεί το ποσοστό αυτό, άρα και το επίδομα, συχνά είναι τα φαινόμενα διακοπής της αντιρετροϊκής θεραπείας, κάτι που ενδέχεται να έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία και τη ζωή του οροθετικού, άλλα και στη Δημόσια Υγεία (Γιαννοπούλου κ.ά., 2014).

Σχήμα 12: Νέα κρούσματα HIV στους ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών 2008-2012.



Πηγή: kentikelenis κ.ά., 2014.

Ανησυχητική είναι και η επιστροφή της ελονοσίας μετά από 40 χρόνια, κυρίως λόγω των δραστικών μειώσεων στους προϋπολογισμούς των Δήμων που οδήγησαν σε περιορισμό των απαραίτητων ενεργειών (αεροψεκασμοί για τα κουνούπια), αλλά και το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας από τα κρούσματα της γρίπης Α τύπου (H1N1) το 2010-2011 (kentikelenis κ.ά., 2014). Συγκεκριμένα το 2010 με 2011 η θνητότητα των κρουσμάτων γρίπης με νοσηλεία σε ΜΕΘ ανήλθε στο 41,3% ποσοστό ιδιαίτερο υψηλό (Καλκούνη & Σπάλα, 2013).

Σε αντιδιαστολή όλων των προαναφερθεισών αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία των πολιτών, αξιοπρόσεχτο είναι το γεγονός της μείωσης των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων από το 2008 έως το 2011, συνέπεια του περιορισμού της χρήσης των οχημάτων λόγω του υψηλού κόστους χρήσης. Συγκεκριμένα το 2008 καταγράφηκαν 1.387 θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα, το 2009 1.314, 1.157 το 2010 και το 2011 1.011 (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

4.4 Σχεδιασμός μελλοντικών περικοπών στο σύστημα υγείας

Ο περιορισμός της χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα, θα ακολουθηθεί και το οικονομικό έτος 2015. Ειδικότερα σύμφωνα με τον προϋπολογισμό του 2015 (Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2015, 2014 σ. 152-155) που κατατέθηκε στην Βουλή από τον Υπουργό Οικονομικών Γκίκα Χαρδούβελη, η χρηματοδότηση για τα δημόσια νοσοκομεία είναι μειωμένη κατά 22,9%, φτάνοντας τα 1,18 δισ. ευρώ από 1,45 δισ. που ήταν οι οικονομικές ενισχύσεις για το 2014, ενώ στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. η κρατική επιχορήγηση θα φτάσει στα 526 εκατ. ευρώ, μειωμένη κατά 17% σε σύγκριση με το 2014 (η χρηματοδότηση θα φτάσει μέχρι το τέλος της χρονιάς τα 633 εκατ.). Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αναφέρει στο δελτίο τύπου που εξέδωσε για τον προϋπολογισμό του 2015 (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2014) ότι, η μείωση της κρατικής επιχορήγησης κατά 107 εκ. ευρώ οφείλεται στην μεταφορά συγκεκριμένων κατηγοριών δαπανών από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ στο νεοσύστατο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Πιο συγκεκριμένα θα επέλθει μείωση της τάξης των 52 εκατ. ευρώ στο κόστος μισθοδοσίας και 55 εκ. ευρώ στις λειτουργικές δαπάνες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. λόγω του, ότι οι συγκεκριμένες πιστώσεις μεταφέρθηκαν πλέον στο Π.Ε.Δ.Υ. Έτσι, οι αποκλίσεις συγκεκριμένων ποσών από τον προϋπολογισμό δεν συνιστούν μειώσεις αλλά αφορούν σε δαπάνες που δεν θα πληρωθούν από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αλλά από το νεοσύστατο Π.Ε.Δ.Υ. Το Υπουργείο Υγείας θα έχει στη διάθεσή του συνολικά 4,22 δισ. ευρώ, έναντι 4,74 δισεκ. το 2014.

Στον τομέα της Υγείας Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και νοσοκομείων, οι προσπάθειες επικεντρώνονται αφενός μεν στην ενίσχυση των διαρθρωτικών δράσεων που έχουν δρομολογηθεί, αφετέρου δε στην επιτάχυνση των πληρωμών των υποχρεώσεων του συστήματος υγείας, εντός του υφιστάμενου δημοσιονομικού πλαισίου.

Όσον αφορά τις ληξιπρόθεσμες οφειλές του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προς τους παρόχους αναμένεται να λάβει ως το τέλος του 2014 το ποσό των 344 εκατ. ευρώ από την ειδική χρηματοδότηση για την εκκαθάριση ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων του προς τρίτους. Αντίστοιχα, αναμένεται να διενεργηθούν εντός του ίδιου έτους πληρωμές για ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Οργανισμού ύψους 652 εκατ. ευρώ. Συνολικά, το ταμειακό έλλειμμα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το 2014 αναμένεται να διαμορφωθεί στα 200 εκατ. ευρώ, που οφείλεται στην προσπάθεια επιτάχυνσης των πληρωμών και ταυτόχρονα μείωσης των απλήρωτων υποχρεώσεων.

Τα νοσοκομεία, όπως αναφέρεται στην εισηγητική έκθεση του προϋπολογισμού, εκτιμάται φέτος ότι θα εμφανίσουν αρνητικό ταμειακό αποτέλεσμα 42 εκατ. ευρώ, εξαιτίας της εξόφλησης ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων, οι οποίες στο σύνολό τους άγγιζαν τα 400 εκατ. ευρώ. Στο προϋπολογισμό του 2015 αναμένεται επίτευξη πλεονασματικού ταμειακού αποτελέσματος ύψους 76 εκατ. ευρώ. Ειδικότερα, ως προς τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. αναμένεται να επιταχυνθούν οι διαδικασίες έγκαιρης τιμολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών προς το ασφαλιστικό σύστημα (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), όπως επίσης η ανάπτυξη και η πιλοτική εφαρμογή σε επιλεγμένα νοσοκομεία του ελληνικού συστήματος ΚΕΝ (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια), ενώ για το οικονομικό έτος 2015 η λειτουργία του Π.Ε.Δ.Υ. (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) θα αντιμετωπισθεί από τις πιστώσεις που είχαν αρχικώς είχαν προβλεφθεί για τη λειτουργία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Στην έκθεση του Προϋπολογισμού αναφέρεται ακόμη ότι ταυτόχρονα υλοποιούνται διαρθρωτικές δράσεις που αποσκοπούν στην περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης. Ο προϋπολογισμός του φαρμάκου θα παραμείνει αμετάβλητος κοντά στα 2 δισεκ. ευρώ και για το 2015. Για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, προβλέπεται η συνεχής αναθεώρηση των τιμών των φαρμάκων βάσει των τριών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τις χαμηλότερες τιμές, η προώθηση της συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων κι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα νοσοκομεία καθώς και η εισαγωγή ποινών για τους ιατρούς αυτούς που δεν συμμορφώνονται με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας (Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2015, 2014 σ. 152-155).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από το έτος 2009, η Ελλάδα υφίσταται μία από τις σοβαρότερες οικονομικές κρίσεις στην ιστορία της, με κύρια χαρακτηριστικά, την μεγάλη διάρκεια αλλά και την ένταση, οδηγώντας σε συσσωρευμένη πτώση του πραγματικού ΑΕΠ κατά 23,93%. Στα μέσα του 2010, μετά την επικύρωση του δημοσιονομικού ελλείμματος, το οποίο κατά το έτος 2009 ανήλθε σε επίπεδα υψηλότερα από αυτά που θα καθιστούσαν το δημόσιο χρέος βιώσιμο, η Ελλάδα τέθηκε υπό την επίβλεψη του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (Δ.Ν.Τ.), της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (Ε.Κ.Τ.). Η επιτήρηση αποσκοπεί στην εφαρμογή μεταρρυθμιστικών πολιτικών που στοχεύουν στον εξορθολογισμό των δημοσίων δαπανών και κατ' επέκταση στον έλεγχο του δημοσίου χρέους. Στα πλαίσια των μεταρρυθμιστικών αλλαγών, ανάμεσα στους τομείς που επηρεάστηκαν συμπεριλαμβάνεται και ο κλάδος της υγείας, όπου η εφαρμογή των επιμέρους πολιτικών αποσκοπεί στον εκσυγχρονισμό και εξορθολογισμό της δημόσιας συνολικής δαπάνης υγείας.

Η μετάπτωση που συντελέστηκε στον κλάδο της υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα απότομη. Συγκεκριμένα το καθεστώς ευμάρειας δημοσίου και ιδιωτικού κεφαλαίου που επικρατούσε κατά την περίοδο 2000-2009 και κατά το οποίο ακολουθούνταν πολιτικές συνεχόμενης αύξησης των δαπανών για την υγεία, το διαδέχθηκε μια οριζόντια περιστολή των δαπανών, η οποία ακολουθούσε την πτωτική πορεία του ΑΕΠ που συντελέστηκε μετά το 2009. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ευημερίας απορρέει από τα οικονομικά μεγέθη μεταξύ των ετών 2005 και 2009, όπου το ΑΕΠ σημείωσε αύξηση 20%, ήτοι 38,1 δισεκ. ευρώ, ενώ το ίδιο χρονικό διάστημα η συνολική δαπάνη υγείας αυξήθηκε κατά 41%, ήτοι 6,8 δισεκ. ευρώ. Αντίστροφη είναι η εικόνα που εμφανίζεται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, το ΑΕΠ μεταξύ 2009 - 2012 περιορίστηκε κατά 16,3% και κατ' αντιστοιχία, το ίδιο διάστημα η τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας σημείωσε πτώση 23,6%, ενώ η τρέχουσα δημόσια δαπάνη υγείας μείωση 25,3%. Χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα των μειώσεων αυτών στη χρηματοδότηση του κλάδου της υγείας, με τα στατιστικά του 2011 να καταδεικνύουν πως το σύνολο των ιδιωτικών πληρωμών αποτέλεσαν το 31% επί του συνόλου της χρηματοδότησης του υγειονομικού κλάδου, ποσοστό που χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα υψηλό σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ (πρώτη στην Ευρώπη). Η ανάγκη για δημοσιονομική προσαρμογή επηρέασε και την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης με αποτέλεσμα συγκρίνοντας τα έτη 2013 και 2009 να καταγράφεται μείωση κατά 53,65% στο σύνολο της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.

Οι μεταρρυθμιστές αλλαγές ωστόσο παρείχαν τη δυνατότητα αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα το οποίο σε πολλές περιπτώσεις χαρακτηριζόταν από πολυπλοκότητα που κατά πολλούς περιείχε έντονη την έννοια της παθογένειας. Φαινόμενα όπως, ο κερματισμός των ασφαλιστικών οργανισμών, η απουσία οικονομικού και λογιστικού

ελέγχου αυτών, η απουσία αναλογιστικών μελετών, η απουσία μηχανογράφησης και σαφούς νομικού πλαισίου ελέγχου των νέων τεχνολογιών στην υγεία καθώς και η ανισομερής κατανομή προσωπικού, πόρων και υποδομών συνετέλεσαν στον κατακερματισμό του Ελληνικού συστήματος υγείας, με τις μεγαλύτερες ανεπάρκειες να εντοπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη διασπορά, δεδομένης της ύπαρξης αρκετών ιδιωτικών και δημόσιων φορέων δίχως συντονισμό και επισταμένο έλεγχο από το σύστημα.

Στα πλαίσια της προσπάθειας για αναδιάρθρωση και συντονισμού του συστήματος υγείας, μια από τις πρώτες δράσης που έλαβε χώρα το έτος 2011 ήταν η δημιουργία ενός νέου ασφαλιστικού φορέα με την επωνομασία Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας). Η εφαρμογή νέων πολιτικών στην τιμολόγηση των ιατρικών υλικών και των υπηρεσιών υγείας (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια), η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, αλλά και της νέας πολιτικής τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων, η εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος στα νοσοκομεία, αποτελούν ορισμένα από τα μέτρα αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας. Η υλοποίηση των μεταρρυθμιστικών σχεδίων της χώρας συνεχίζεται, με στόχο την περαιτέρω μείωση των δαπανών, πράγμα που διαφαίνεται από τα συνολικά 4,22 δισεκ. που θα διατεθούν βάσει προϋπολογισμού στον τομέα της υγείας το 2015 έναντι των 4,74 δισεκ. που δαπανήθηκαν το 2014. Βασική επίσης επιδίωξη αποτελεί η αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπου με την εφαρμογή του νόμου Ν.4238/2014 προβλέπεται την ίδρυση ενιαίου παρόχου υπηρεσιών υγείας (Π.Ε.Δ.Υ).

Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις η οικονομική κρίση συσχετίζεται με φαινόμενα όπως η αύξηση των κρουσμάτων ψυχικών ασθενειών, που βάσει μελετών πολλαπλασιάζονται κυρίως λόγω της ανεργίας, της μείωσης του μέσου εισοδήματος, αλλά σημαντικότερα από τον περιορισμό της κρατικής χρηματοδότησης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τις ίδιες μελέτες, η άνοδος επίσης της βρεφικής θνησιμότητας κατά 21% το χρονικό διάστημα 2008 - 2011, οφείλεται κυρίως στη μειωμένη πρόσβαση των εγκύων γυναικών στον προγεννητικό έλεγχο, ενώ στις περικοπές που επιτελέστηκαν λόγω της οικονομικής κρίσης αποδίδεται και η αύξηση των κρουσμάτων HIV σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.

Σε ένα σύγχρονο και συνεχώς μεταβαλλόμενο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον όπως αυτό έχει διαμορφωθεί τα τελευταία έτη στην Ελληνική επικράτεια, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη ορθολογικού σχεδιασμού και υποστήριξης της εύρυθμης λειτουργίας του συστήματος υγείας, προκειμένου να επιτευχθούν και να υλοποιηθούν με επιτυχία οι στρατηγικής σημασίας μεταβολές. Οι μεταρρυθμίσεις και οι συνεχείς αλλαγές στην περίοδο κρίσης είναι αναγκαίο να προσβλέπουν αφενός την εξάλειψη των δυσλειτουργιών που καταγράφονται διαχρονικά στην αποδοτικότητα, στην παραγωγικότητα και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου την μείωση των δαπανών στον κλάδο της υγείας, αλλά με ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Απαραίτητο ωστόσο κρίνεται οι επιλογές να βασίζονται

στην διατήρηση του κοινωνικού κράτους, δίνοντας προτεραιότητα στην ορθή κατανομή των ήδη περιορισμένων οικονομικών πόρων και αποβλέποντας συνάμα στην προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., 2009. Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική. 48(1), σ. 37–49, Διαθέσιμο στη: <http://www.hjn.gr> [Ανακτήθηκε 2 Μαΐου 2014].

Γιαννοπούλου, Μ. & Κρομμύδα, Ε. & Μαντζαβίνου, Κ., 2013. Οικονομική κρίση και πληθυσμός με HIV/AIDS. ΚΕΕΛΠΝΟ: Ενημερωτικό Δελτίο. Διαθέσιμο στη: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=4741> [Ανακτήθηκε 16 Αυγούστου]

Γώγος, Σ. Γ., 2014. 7 Ημέρες Οικονομία, 99, Διαθέσιμο στη: http://www.eurobank.gr/Uploads/Reports/7_HMERES_OIKONOMIA_61114.pdf [Ανακτήθηκε 8 Νοεμβρίου 2014]

Δημουλάς, Ν. & Οικονόμου, Χ., 2012. Βασικές Αντιλήψεις Μοντέλα και Μετασχηματισμοί του Κράτους Πρόνοιας με Έμφαση στα Συστήματα Υγείας. ΙΝΕ, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Διαθέσιμο στη: <http://inegsee.gr/ekdosi/vasikes-antilipsis-montela-ke-metaschimatismi-tou-kratous-pronias-me-emfasi-sta-sistimata-igias/> [Ανακτήθηκε 20 Απριλίου 2014]

Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2015, 2014. Υπουργείο Οικονομικών, Διαθέσιμο στη: <http://www.minfin.gr/content-api/f/binaryChannel/minfin/datastore/12/38/6a/12386a38c269622760f9b3e9638623a3d4328e61/application/pdf/%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%97%CE%93%CE%97%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%97+%CE%95%CE%9A%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%97+2015.pdf> [Ανακτήθηκε 20 Νοεμβρίου 2014]

Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014. Δαπάνες Υγείας- Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012. Πειραιάς, 31 Μαρτίου, Διαθέσιμο στη: http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf [Ανακτήθηκε 23 Οκτωβρίου, 2014]

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2014. Δελτίο Τυπου. Αθήνα, 24/11/2014, Διαθέσιμο στη: http://www.eopyy.gov.gr/Article/ShowArticles?a_IsPressRelease=True [Ανακτήθηκε 26 Νοεμβρίου, 2014]

Ευθυμίου, Κ. κ.ά., 2013. Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία: Τι Γνωρίζουμε για την Σημερινή Κατάσταση στην Ελλάδα. Εγκέφαλος. 50(1), σ. 22-30, Διαθέσιμο στη: <http://www.encephalos.gr> [Ανακτήθηκε 10 Σεπτεμβρίου 2014]

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. Ανακοίνωση της Επιτροπής για Αποτελεσματικά, Προσβάσιμα και Ανθεκτικά Συστήματα Υγείας. Βρυξέλλες, COM(2014) 215 final, Διαθέσιμο στη: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/EL/1-2014-215-EL-F1-1.Pdf> [Ανακτήθηκε 10 Ιουλίου 2014].

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, 2014. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4238 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), Αλλαγή Σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και Λοιπές Διατάξεις.1. Αρ. Φύλλου 38, 17 Φεβρουαρίου

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίαςα, 2014. Υπουργική Απόφαση, Αριθμ. Γ.Π/οικ.61771, Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων. Αρ. Φύλλου 1907, 15 Ιουλίου

Ι.Ο.Β.Εα, 2013. Αναπτυξιακές προοπτικές της ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας 2013, Διαθέσιμο στη: http://www.iobe.gr/docs/research/RES_05_A_01022013REP_GR.pdf [Ανακτήθηκε 17 Αυγούστου]

Ι.Ο.Β.Εβ, 2013. Τριμηνιαία Έκθεση: Η Ελληνική Οικονομία. 70(04/12), Διαθέσιμο στη: http://www.iobe.gr/docs/economy/ECO_Q4_12_REP_GR.pdf [Ανακτήθηκε 10 Οκτωβρίου 2014]

Ι.Ο.Β.Εα, 2014. Τριμηνιαία Έκθεση: Η Ελληνική Οικονομία. 77(03/14), Διαθέσιμο στη: http://www.iobe.gr/docs/economy/ECO_Q3_14_REP_GR.pdf [Ανακτήθηκε 10 Οκτωβρίου 2014]

Ι.Ο.Β.Εβ, 2014. Τριμηνιαία Έκθεση: Η Ελληνική Οικονομία. 74(04/13), Διαθέσιμο στη: http://www.iobe.gr/docs/economy/ECO_Q4_13_REP_GR.pdf [Ανακτήθηκε 10 Οκτωβρίου 2014]

Κακαλέτσης, Ν. κ.ά., 2013. Η περιφερειακή οργάνωση του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα: Σύνομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα παρεμβάσεις. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 30 (2), σ. 233-240, Διαθέσιμο στη: <http://www.mednet.gr/archives> [Ανακτήθηκε 10 Ιουνίου 2014]

Καλκούνη, Ο. & Σπάλα, Γ., 2013. Επιδημιολογική Επιτήρηση της Γρίπης Κατά τη Δεύτερη Μεταπανδημική Περίοδο 2011-2012 – Σύγκριση με την Πρώτη Μεταπανδημική περίοδο 2010-2011. ΚΕΕΛΠΝΟ: Ενημερωτικό Δελτίο, Διαθέσιμο στη: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=3197> [Ανακτήθηκε 26 Αυγούστου 2014]

Καλογεροπούλου, Μ., 2011. Εκτίμηση Αποδοτικότητας Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 28(6), σ. 794-803, Διαθέσιμο στη: <http://www.mednet.gr/archive> [Ανακτήθηκε 15 Ιουλίου 2014]

Καραϊσκού, Α. & Μαλλιάρου, Μ. & Σαράφης, Π., 2012. Οικονομική Κρίση: Επίδραση στην Υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 4(2), σ. 49-54, Διαθέσιμο στη: <http://www.inhealthcare.gr> [Ανακτήθηκε 18 Μαρτίου 2014]

Κόπιος Άγγελος, 2011. Η Ελλάδα, η ΟΝΕ και η Κρίση. Σειρά Ερευνητικών Εργασιών. 17(1), σ. 1-20, Διαθέσιμο στη: http://www.prd.uth.gr/uploads/discussion_papers/2011/uth-prd-dp-2011-01_gr.pdf [Ανακτήθηκε 24 Μαρτίου 2014]

Κουρής, Γ. & Σουλιώτης, Κ. & Φιλαλήθης, Α., 2007. Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού συστήματος υγείας: μια ιστορική επισκόπηση. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία. 5 (1), σ. 35-67, Διαθέσιμο στη: <http://www.society-economy-health.gr> [Ανακτήθηκε στη 2 Ιουνίου 2014]

Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β., 2010. Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις στην Υγείας και την Ιατρική Περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 27(5), σ. 834-840. Διαθέσιμο στη: <http://www.mednet.gr/archive> [Ανακτήθηκε 29 Απριλίου 2014]

Λιαρόπουλος, Λυκούργος, Λ., 2010. Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας Β' Τόμος. Αθήνα: Βήτα

Μπούρας, Γ. & Λυκούρας, Λ., 2011. Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στη Ψυχική Υγεία. Εγκέφαλος. 48, σ. 54-61, Διαθέσιμο στη: <http://www.enkephalos.gr> [Ανακτήθηκε 9 Σεπτεμβρίου 2014]

Μπούτσιου, Σ. & Σαράφης, Π., 2013. Νοτιοευρωπαϊκό Μοντέλο Κράτους Πρόνοιας και Οικονομική κρίση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 5(4), σ. 147-161, Διαθέσιμο στη: <http://www.inhealthcare.gr> [Ανακτήθηκε 12 Σεπτεμβρίου 2014]

Ξένος, Π. κ.ά., 2014. Σύγχρονες Μέθοδοι Χρηματοδότησης Νοσοκομείων, Ανταγωνισμός και Οικονομικά Κίνητρα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 31(2), σ. 172-185, Διαθέσιμο στη: <http://www.mednet.gr/archives> [Ανακτήθηκε 11 Ιουνίου 2014]

Οικονομοπούλου, Χ., 2006. Η Ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. Στο Μ.Νεγρεπόντη-Δελιβάνη, Τιμητικός τόμος. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Οικονόμου, Χ., 2012. Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα: Ο Ρόλος και η Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, σειρά: Επιστημονικές Εκθέσεις. 7, Διαθέσιμο στη: <http://www.ineobservatory.gr/sitefiles/files/report7.pdf> [Ανακτήθηκε 27 Απριλίου 2014]

Παπαγεωργίου, Ε. κ.ά., 2014. Η Αξιοποίηση Σύγχρονων Οικονομικών και Πληροφορικών Εφαρμογών στα Πλαίσια της Ποιοτικής Αναβάθμισης της Λειτουργίας του Νοσοκομειακού Τομέα. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 6(1), σ. 24-34, Διαθέσιμο στη: <http://www.inhealthcare.gr> [Ανακτήθηκε 26 Αυγούστου]

Παπαγεωργίου, Μ. & Πάλακα, Ε, 2011. Δαπάνες Υγείας και Φαρμάκου και Πολιτικές Εξυγίανσης. Ι.Ο.Β.Ε., Διαθέσιμο στη: http://www.inhealthcare.grhttp://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.epkodi.gr%2Fsite%2Findex.php%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc_download%2F86---&ei=1Wh0VP78M4b5aoaPqpgE&usq=AFQjCNG8HKqyqkl0lZflqw1mvm1aaZEcXA&sig2=84v85bK9EUimi_pg7_sWyg&bvm=bv.80185997,d.d2s [Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου]

Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν., 2012. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και η Αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29(4), σ. 480-488, Διαθέσιμο στη: <http://www.mednet.gr/archive> [Ανακτήθηκε 21 Ιουλίου 2014]

Ποτήρης, Α. & Σαράφης, Π., 2014. Ανασκόπηση του Νομοθετικού Πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. Διεπιστημονική φροντίδα Υγείας. 6(3), σ.116-121, Διαθέσιμο στη: <http://www.inhealthcare.gr/> [Ανακτήθηκε 28 Σεπτεμβρίου 2014]

Ρεκλείτη, Μ. & Τανανάκη, Μ. & Κυλούδης, Π., 2012. Οι Δαπάνες Υγείας στο Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα σε Σχέση με τη Διεθνή Εμπειρία. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. 1 (1), Διαθέσιμο στη: <http://www.spnj.gr> [Ανακτήθηκε 12 Απριλίου 2014]

Σκρουμπέλος, Α. κ.ά., 2012. Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλειας Υγείας: το Εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Αθήνα : Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Διαθέσιμο στη: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%91%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%85%CE%B3%CE%BA%CF%81%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%A7%CF%81%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B4%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_final.pdf [Ανακτήθηκε 18 Ιουλίου]

Στουρνάρας, Γ., 2011. Φαρμακευτική Δαπάνη και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα. Τα Νέα της ΕΟΠΕ. 14, σ. 8-11, Διαθέσιμο στη: <http://www.hesmo.gr> [Ανακτήθηκε 20 Ιουλίου 2014]

ΣΦΕΕ & ΙΟΒΕ, 2014. Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2013, Διαθέσιμο στη: https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2014/08/FACTS-FIGURES_2_20131.pdf [Ανακτήθηκε 5 Νοεμβρίου 2014]

Σωτηριάδου, Κ. & Σαράφης, Π. & Μαλλιάρου Μ., 2011. Πρότυπα Οργάνωσης της Κοινωνίας Πρόσληψης της Αρρώστιας και Εφαρμογής της Πολιτικής. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 4(3), Διαθέσιμο στη: <http://magazine.enne.gr> [Ανακτήθηκε 18 Αυγούστου 2014]

Τα νέα, 2014. ΕΛΣΤΑΤ: Το 34,6% των Ελλήνων ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. 23 Ιουλίου, Διαθέσιμο στη: <http://www.tanea.gr/news/economy/article/5144013/elstat-to-tetartoyshlotero-pososto-politwn-sto-orio-ths-ftwxeias-sthn-ee-exei-h-ellada> [Ανακτήθηκε: 3 Σεπτεμβρίου 2014]

Τράπεζα της Ελλάδος, 2014. Το χρονικό της Μεγάλης Κρίσης: Δημόσιες Παρεμβάσεις και Θεσμικές Δράσεις για τη Διαφύλαξη της Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας και την Υπέρβαση της Κρίσης, Διαθέσιμο στη: <http://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/%CE%A4%CE%BF%20X%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20M%CE%B5%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B7%CF%82%20K%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82.pdf> [Ανακτήθηκε 25 Ιουνίου 2014]

Υπουργείο Υγείας, 2012. Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ, Διαθέσιμο στη: <http://www.moh.gov.gr/articles/hlektronikes...e.../1332-ethsia-ekthesh-2011?> [Ανακτήθηκε 5 Σεπτεμβρίου 2014]

Υπουργείο Υγείας, 2013. Αναπτυξιακή Στρατηγική 2014-2020, Διαθέσιμο στη: <http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/announcements/2013/Anaptiksiaki-Stratigiki-2014.2020.pdf> [Ανακτήθηκε 16 Σεπτεμβρίου]

Υπουργείο Υγείας, 2014. Παρουσίαση στοιχείων ΕΣΥnet για το έτος 2013, Διαθέσιμο στη: <http://www.moh.gov.gr/articles/articles/esynet/2267-paroysiash-stoixeiwn-esynet-etoys-2013-27-2-2014> [Ανακτήθηκε 15 Σεπτεμβρίου 2014]

Υφαντόπουλος, Γ. & Πολυγένη, Δ. & Τακουμάκης, Ι., 2005. Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 22(1), σ. 73-96, Διαθέσιμο στη: <http://www.mednet.gr/archive> [Ανακτήθηκε 8 Απριλίου 2014]

Χαρδούβελης, Γ. Α., 2013. Η Ελλάδα Μετά την Κρίση. Οικονομία και Αγορές. VIII(4), Διαθέσιμη στη: http://www.eurobank.gr/Uploads/Reports/OIKAGORES_GRAFTERCRISISw.pdf [Ανακτήθηκε 14 Μάιος 2014]

Χατζηανδρέου, Ε.& Σουλιώτης, Κ., 2005. Μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας: διεθνής εμπειρία και Ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα: Παπαζήση

Χούκλη, Μαρία. Ν., 2008. Ευρωπαϊκή Ένωση και Δημόσια Υγεία Αρμοδιότητες και Πολιτικές. Β' Έκδοση. Αθήνα: Mediforce

Rice, Thomas., 2006. Τα Οικονομικά της Υγείας σε Επανεξέταση. Αθήνα: Κριτική

Unicef, 2014 Η Κατάσταση των Παιδιών στην Ελλάδα 2014:Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής κρίσης στα Παιδιά, Διαθέσιμο στη: <http://www.unicef.gr/> [Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου 2014]

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Beland, D. & Rocco, P. & Waddan, A., 2014. Implementing Health Care Reform in the United States: Intergovernmental Politics and the Dilemmas of Institutional design. Health Policy, 116(1), σ. 51-60

Boyle, S., 2011. Health Systems in Transition United Kingdom (England). European Observatory on Health care Systems and Policies. 13(1), Διαθέσιμο στη: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf [Ανακτήθηκε 15 Μαΐου 2014]

Busse, R. & Blümel, M., 2014. Health Systems in Transition: Germany health system review. European Observatory on Health care Systems and Policies. 16(2), Διαθέσιμο στη: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130246/1/HiT%20Germany.pdf?ua=1> [Ανακτήθηκε 26 Μαΐου 2014]

Economou, C., 2012. The Performance of the Greek Healthcare System and the Economic Adjustment Programme: “Economic Crisis versus “System-Specific Deficits” Driven Reform. Social Theory, 2(2) σ. 33-69

European Commission, 2010. Report on Greek Government Deficit and Debt Statistics. Brussels, COM(2010) 1 final, Διαθέσιμο στη: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/COM_2010_REPORT_GREEK/EN/COM_2010_REPORT_GREEK-EN.PDF [Ανακτήθηκε 26 Απριλίου 2014]

Eurostat, 2013. News Release Euro Indicators: Provision of Deficit and Debt Data for 2012 - Second Notification. 152/2013, Διαθέσιμο στη: http://europa.eu/rapid/press-release_STAT-13-152_en.htm [Ανακτήθηκε 15 Μαΐου 2014]

Eurostat, 2014. News Release Euro Indicators: Provision of Deficit and Debt Data for 2013 - First Notification.64/2014, Διαθέσιμο στη: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/2-23042014-AP/EN/2-23042014-AP-EN.PDF [Ανακτήθηκε 15 Ιουνίου 2014]

Health Consumer Powerhouse, 2013. Euro Health Consumer Index 2013 Report, Διαθέσιμο στη: <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf> [Ανακτήθηκε 15 Μαρτίου 2014]

Karanikolos, M. κ.ά., 2013. Health in Europe 7: Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet, 381, σ. 1323-1331

kentikelenis, A. κ.ά., 2014. Greece’s Health Crisis: From Austerity to Denialism. Health Policy, 383, σ.748-53

Kosmidou, K. V. & Kousenidis, D. V. & Negakis, C. I. The Impact of the EU/ECB/IMF Bailout Programs on the Financial and Real sectors of the ASE During the Greek Sovereign Crisis. Journal of Banking & Finance, In press, Available online 18 March 2014

Maruthappu, M. & Ologunde, R. & Gunarajasingam, A., 2013. Is Health Care a Right? Health Reforms in the USA and their Impact Upon the Concept of Care. *Annals of Medicine and Surgery*, 2(1) σ. 15–17

Minor, L. B., 2010. Bismarck, Beveridge and “The Blues”. A talk presented at The Paul H. Nitze School of Advanced International Studies. Bologna, Italy, October 14 2010, Διαθέσιμο στη: <http://web.jhu.edu/administration/provost/docs/101014%20Minor%20Speech%20PP.pdf> [Ανακτήθηκε 29 Μαΐου 2014]

ObamaCare Facts, Διαθέσιμο στη: <http://obamacarefacts.com> [Ανακτήθηκε 26 Ιουλίου 2014].

OECDa, 2013. Health at a Glance 2013. OECD Indicators, Διαθέσιμο στη: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> [Ανακτήθηκε 30 Μαΐου 2014]

OECDb, 2013. Health Data, 2013. How Does Greece Compare, Διαθέσιμο στη: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2013> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2014]

OECDa, 2014. Health Data, 2014. How Does Greece Compare, Διαθέσιμο στη: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2014.pdf> [Ανακτήθηκε 25 Οκτωβρίου 2014]

OECDb, 2014. Society at a Glance. OECD Social Indicators, Διαθέσιμο στη: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113171e.pdf?expires=1417283533&id=id&accname=quest&checksum=B51BB621BEECFCD256FDEA0CB6380144> [Ανακτήθηκε 15 Οκτωβρίου 2014]

OECDc, 2014. Health Statistics 2014, Διαθέσιμο στη: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm> [Ανάκτηση 19 Αυγούστου 2014]

Oikonomou N. & Tountas, Y., 2011. The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. *The Lancet*, 377(9759) σ. 28-29

Polyzos, N. κ.ά., 2013. Reforming Reimbursement of Public Hospitals in Greece During the Economic Crisis: Implementation of a DRG System. *Health Policy*, 109, σ.14-22.

Reeves, A. κ.ά., 2014. The Political Economy of Austerity and Healthcare: Cross-National Analysis of Expenditure Changes in 27 European Nations 1995–2011. *Health Policy*, 115(1), σ. 1-8

Simou E. & Koutsogeorgou, E., 2014. Effects of the Economic Crisis on Health and Healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a Systematic Review. *Health Policy*, 115(2-3), σ. 111-119.

Vandoros, S. & Stargardt, T., 2013. Reforms in the Greek Pharmaceutical Market During the Financial Crisis. *Health Policy*, 109, σ. 1-6

Wahrig, L. & Gancedo-Vallina, I., 2011. The Effect of the Economic and Financial Crisis on Government Revenue and Expenditure. *Economy and Finance*, Eurostat statistics in focus, 45, σ. 1-12. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-11-045/EN/KS-SF-11-045-EN.PDF

WHO, 1978. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Διαθέσιμο στη: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [Ανακτήθηκε 15 Απριλίου 2014]