

Αστεγία Εργασία Μετανάστευση
Στέρηση Ευρωζώνη Υποτίμηση
Εκπαίδευση Ανεργία
Ασφάλεια Κατοικία
Ευρώπη Σταθερότητα
Συντάξεις Μετανάστευση
Δημοκρατία

**ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΠΟΛΙΤΙΚΗ**
Αδιέξοδα και Λύσεις

Επιμέλεια: Κώστας Δημουλάς – Γιάννης Κουζής

Ασφάλεια Φτώχεια Αποκλεισμός
Ευρώπη
Δημοκρατία



ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

ΣΕΙΡΑ: Επιστημονικές Εκδόσεις

Διόρθωση: Όλγα Παπακώστα
Εξώφυλλο: ΜΟΤΙΒΟ ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε.

© 2018 Εκδόσεις Τόπος, Κώστας Δημουλάς & Γιάννης Κουζής

ISBN: 978-960-499-277-5

Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμία διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Κατά το Ν. 2387/20 (όπως έχει τροποποιηθεί με το Ν. 2121/93 και ισχύει σήμερα) και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που έχει κυρωθεί με το Ν. 100/1975) απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αποθήκευση σε κάποιο σύστημα διάσωσης και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου με οποιονδήποτε τρόπο ή μορφή, τμηματικά ή περιληπτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση ή άλλη διασκευή, χωρίς γραπτή άδεια του εκδότη.

Εκδόσεις Τόπος
Πλαπούτα 2 και Καλλιδρομίου
11473, Αθήνα
Τηλ.: 210 8222835-856
Fax: 210 8222684

www.toposbooks.gr

Κώστας Δημουλάς & Γιάννης Κουζής
Επιμέλεια

ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ
ΑΔΙΕΞΟΔΑ ΚΑΙ ΛΥΣΕΙΣ



Περιεχόμενα

Εισαγωγή	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Τα ευρωπαϊκά κοινωνικά κράτη μετά τη μεγάλη ύφεση	21
Μαρία Πετμεζίδου	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Φτώχεια και λιτότητα στην Ελλάδα της κρίσης: Η ενδυνάμωση του νεοφιλελευθερισμού και η συρρίκνωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας	45
Χρίστος Παπαθεοδώρου	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Κοινωνική πολιτική σε χώρα χωρίς «πατρίδα»	67
Δημήτρης Βενιέρης	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Δημοκρατία και κοινωνική πολιτική στα χρόνια της κρίσης – ένας σύντομος (;) πολιτικοοικονομικός κύκλος	87
Διονύσης Ν. Γράβαρης	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
Προγράμματα οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα: Προέλευση, Δομή, Συστηματικές αποτυχίες και οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις	103
Σταύρος Μαυρουδέας	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
Το νέο εργασιακό τοπίο με αφορμή την κρίση	121
Γιάννης Κουζής	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
Κοινωνική προστασία: Από τα αδιέξοδα των μνημονιακών πολιτικών στη βιώσιμη και κοινωνική λύση	137
Σάββας Ρομπόλης-Βασίλειος Μπέτσος	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII	
Η ελληνική κοινωνική ασφάλιση στην περίοδο της κρίσης	151
Βαγγέλης Κουμαριανός	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

Κρίση και κοινωνικό εισόδημα αλληλεγγύης 173
Κώστας Δημουλάς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Χ

Η κοινωνική πρόνοια στην Ελλάδα της κρίσης:
Ο «φτωχός συγγενής» στη δίνη της νεοφιλελεύθερης λιτότητας 193
Ανδρέας Φερώνας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ

Κρίση και εκπαιδευτική πολιτική σε συνθήκες επιτροπείας:
Ερμηνευτική προσέγγιση βασικών όψεων, μεγεθών μιας
δύσθυμης πραγματικότητας 215
Νίκος Φωτόπουλος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΙ

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων
στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας 231
Χαράλαμπος Οικονόμου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΙΙ

Διάρρηξη του κοινωνικού δεσμού και στρατηγικές επιβίωσης
των μακροχρόνια ανέργων και των φτωχών εργαζομένων
σε περίοδο οικονομικής κρίσης 253
Δέσποινα Παπαδοπούλου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΥ

Μεταναστευτική πολιτική και ένταξη των μεταναστών
στην Ελλάδα της παρατεταμένης οικονομικής ύφεσης 273
Απόστολος Γ. Παπαδόπουλος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΥ

Η κοινωνική πολιτική στέγης στην Ελλάδα της κρίσης 297
Νίκος Κουραχάνης

Βιογραφικά συγγραφέων 313

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

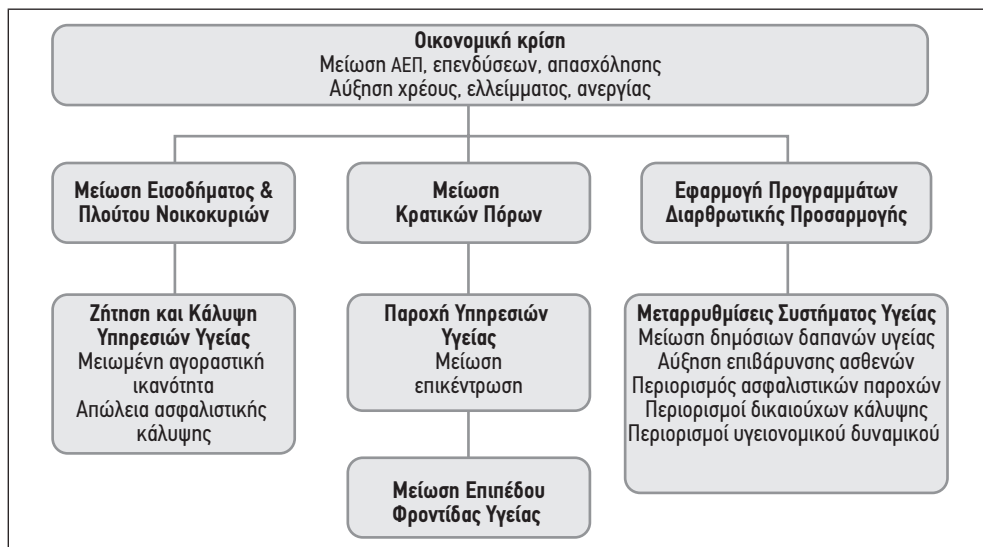
Χαράλαμπος Οικονόμου

Πάντειο Πανεπιστήμιο

1. Οικονομική κρίση και συστήματα υγείας: Η διεθνής εμπειρία

Οι οικονομικές κρίσεις, πρωτίστως όμως τα μέτρα που λαμβάνουν οι κυβερνήσεις για την αντιμετώπιση των εν λόγω κρίσεων, επιδρούν αποφασιστικά στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, η μείωση του ΑΕΠ, των επενδύσεων και της απασχόλησης, καθώς και η αύξηση του χρέους, του ελλείμματος και της ανεργίας που συνιστούν τις κύριες εκφάνσεις της κρίσης, επιδρούν στην παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας μέσω δύο οδών: επιφέροντας μείωση, πρώτον, του εισοδήματος και του πλούτου των νοικοκυριών και, δεύτερον, των διαθέσιμων κρατικών πόρων (Hou et al., 2013). Η μείωση των πόρων των νοικοκυριών έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αγοραστικής δυνατότητας για χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Πρωτίστως όμως, λόγω της υψηλής ανεργίας, εξαντλούνται τα δικαιώματα κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Από την άλλη, η μείωση των κρατικών πόρων οδηγεί σε θεσμικές παρεμβάσεις για τον περιορισμό της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και της κάλυψης ως προς την έκταση των υπηρεσιών, το ύψος της δαπάνης και το εύρος του πληθυσμού που έχει δικαίωμα πρόσβασης. Επιπροσθέτως, στην περίπτωση που η οικονομική κρίση οδηγήσει μια χώρα στην προσφυγή σε διεθνείς φορείς, όπως το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), για λήψη δανείου, τότε η εφαρμογή Προγράμματος Διαρθρωτικής Προσαρμογής το οποίο υποχρεωτικά συνοδεύει τη δανειοδότηση συνδέεται με τη λήψη μέτρων για μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας και περιορισμό των ασφαλιστικών παροχών, των δικαιούχων κάλυψης και του υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού (Kentikelenis, 2017). Συνέπεια των παραπάνω είναι η χειροτέρευση του επιπέδου φροντίδας υγείας του πληθυσμού.

Διάγραμμα 1. Οδοί μέσω των οποίων η οικονομική κρίση επιδρά αρνητικά στη φροντίδα υγείας



Πηγή: Hou et al., 2013- Kentikelenis, 2017 (τροποποιημένα).

Προς επαλήθευση των παραπάνω, θα μπορούσε κανείς να παραπέμψει σε τέσσερα παραδείγματα που έχουν μελετηθεί και για τα οποία υπάρχουν σημαντικές βιβλιογραφικές πηγές. Πιο συγκεκριμένα, αναφερόμαστε: (α) στη Μεγάλη Κρίση του 1929, (β) στην κρίση που σημειώθηκε κατά τα τέλη της δεκαετίας του '70 και τις αρχές της δεκαετίας του '80 στις χώρες του Τρίτου Κόσμου, (γ) στη μετάβαση των πρώην κομμουνιστικών χωρών σε ένα σύστημα ελεύθερης οικονομίας στις αρχές της δεκαετίας του '90, και (δ) στην κρίση χωρών της Νοτιοανατολικής Ασίας και της Λατινικής Αμερικής που ξέσπασε στο δεύτερο μισό της δεκαετίας το '90. Κοινός τόπος και στα τέσσερα παραδείγματα είναι ότι κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης σημειώθηκε σημαντικός περιορισμός των υγειονομικών υλικών, των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Ένα δεύτερο κοινό χαρακτηριστικό, στις περιπτώσεις των χωρών του Τρίτου Κόσμου, των πρώην κομμουνιστικών χωρών και των χωρών της Νοτιοανατολικής Ασίας και της Λατινικής Αμερικής, ήταν το γεγονός ότι η παρέμβαση της Παγκόσμιας Τράπεζας (ΠΤ) και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) –με τη μορφή της επιβολής Προγραμμάτων Διαρθρωτικής Προσαρμογής ακραίου φιλελευθερισμού, τα οποία συνόδευαν το αίτημα των χωρών αυτών για χρηματοδοτική βοήθεια και δανεισμό– επιδείνωσε ακόμα περισσότερο τις αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης στις υπηρεσίες υγείας. Υπήρξε όμως και μία εξαίρεση, η Μαλαισία, η οποία δεν ακολούθησε τις υποδείξεις του ΔΝΤ. Η συγκεκριμένη χώρα, αντί μέτρων λιτότητας, επέλεξε να αυξήσει τις κοινωνικές επενδύσεις και τις δαπάνες υγείας. Το αποτέλεσμα εμφανίστηκε ως παράδοξο, με βάση τη θεραπεία σοκ που πρότεινε

το ΔΝΤ: η Μαλαισία πέτυχε πρωτογενές πλεόνασμα, χωρίς απαξίωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας (Economidou, 2012a).

Ποια είναι όμως η κατάσταση που διαμορφώνεται σήμερα στην Ευρώπη και με ποιο τρόπο τα συστήματα υγείας ανταποκρίθηκαν στις προκλήσεις της παρούσας οικονομικής κρίσης; Η απάντηση δίνεται σε μελέτη του Γραφείου Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα αποτελέσματα της οποίας συνοψίζονται σε μια δίτομη έκδοση (Maresso et al., 2015· Thomson et al., 2015). Οι ευρωπαϊκές χώρες υιοθέτησαν ένα μεγάλο εύρος διαφορετικών στρατηγικών και εργαλείων πολιτικής, ορισμένα από τα οποία προάγουν τους στόχους ενός συστήματος υγείας με κοινωνικό προσανατολισμό, ενώ κάποια άλλα τους υποσκάπτουν. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται μέτρα όπως η ενίσχυση συνολοποίησης των κινδύνων (risk pooling), η σύναψη συμβάσεων στη βάση ενδυνάμωσης της λογοδοσίας με τη χρησιμοποίηση δεικτών, ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων με διαφάνεια, ο έλεγχος των επενδύσεων σε υποδομές και βιοϊατρική τεχνολογία, η μείωση τιμών των φαρμάκων, ο έλεγχος της συνταγογράφησης, η υποκατάσταση υπηρεσιών, ο συντονισμός, η συνέχεια και η διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, η μείωση του διοικητικού κόστους και τα μέτρα ενίσχυσης της οικονομικής προστασίας των πιο αδύνατων. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, ο περιορισμός των καλυπτόμενων κινδύνων, η μείωση του καλυπτόμενου πληθυσμού, η αύξηση του χρόνου αναμονής, η αύξηση συμμετοχής των πολιτών στο κόστος παροχής των υπηρεσιών και οι μισθολογικές μειώσεις στο υγειονομικό δυναμικό. Το μείγμα των μέτρων που εφάρμοσε κάθε χώρα ήταν αποτέλεσμα όχι μόνο των περιορισμών που έθεσαν οι οικονομικές συνθήκες, αλλά κυρίως πολιτικών επιλογών και αποφάσεων.

Η Ελλάδα θα μπορούσε να αντλήσει σημαντικά διδάγματα από τη διεθνή συζήτηση για τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία του πληθυσμού της και τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) η μέχρι τώρα πολιτική διαρθρωτικής προσαρμογής που ακολουθεί άκριτα. Η πολιτική αυτή που επιβάλλεται μέσω των μνημονιακών επιταγών επιφέρει αρνητικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, προσδιορίζοντας ένα δυσμενές περιβάλλον μέσα στο οποίο καλούνται να λειτουργήσουν οι υπηρεσίες υγείας της χώρας. Μελέτες ήδη καταγράφουν μια σειρά αρνητικών εξελίξεων αναφορικά με τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και την ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών, ενώ ταυτόχρονα απουσιάζουν μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων πολιτικών υγείας (Economidou et al., 2015).

2. Το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον της κρίσης στο οποίο κλήθηκε το ΕΣΥ να λειτουργήσει

Η Ελλάδα έκλεισε τον έβδομο χρόνο βαθιάς οικονομικής ύφεσης και τον πέμπτο χρόνο μνημονιακής επιτήρησης. Οι εφαρμοζόμενες πολιτικές αυστηρής δημοσιονομικής λιτότητας, με έμφαση στη μείωση των κοινωνικών δαπανών, τον περιορισμό των εισοδημάτων και την πλήρη απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, σε συνδυασμό με την αδυναμία εξορθολογισμού του φορολογικού συστήματος, προώθησης ουσιαστικών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και διαμόρφωσης ενός νέου αναπτυξιακού προτύπου, δεν έχουν οδηγήσει στην επαλήθευση των βαρύγδουπων εξαγγελιών περί εξόδου από την κρίση. Αντίθετα, είμαστε μάρτυρες της αποδιάρθρωσης της οικονομίας και του κοινωνικού ιστού και της διεύρυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων και της φτώχειας. Αυτό τουλάχιστον αποτυπώνεται στην πορεία βασικών μακροοικονομικών και κοινωνικών δεικτών.

Το ΑΕΠ, από 237,5 δις ευρώ το 2009 μειώθηκε σε 175,7 δις ευρώ το 2015, σημειώνοντας πτώση ο επίσης ρυθμός που κυμάνθηκε από 1,3% έως 8,4%, με μια μικρή ανάκαμψη το 2016. Το δημόσιο χρέος, παρά την αναδιάρθρωση που συντελέστηκε το 2012, εξακολουθεί να είναι δυσβάσταχτο και το 2016 έφτασε στο 179% του ΑΕΠ. Το δημοσιονομικό έλλειμμα επίσης παρέμεινε, και σε ετήσια βάση για την περίοδο 2009-2015 κυμάνθηκε μεταξύ 3,7% και 15,1% του ΑΕΠ. Επιπροσθέτως, παρά τη μείωση τόσο των αμοιβών ανά μισθωτό όσο και του μοναδιαίου κόστους εργασίας, οι επενδύσεις δεν αυξήθηκαν και η παραγωγικότητα μειώθηκε. Οι περιοριστικές πολιτικές λιτότητας οδήγησαν σε πτώση της δημόσιας και της ιδιωτικής κατανάλωσης, με αποτέλεσμα τον περιορισμό της συνολικής εγχώριας ζήτησης (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Εξέλιξη οικονομικών δεικτών στην Ελλάδα 2009-2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές (δισ €)	237,5	226,0	207,0	191,2	180,7	177,9	175,7	175,9
ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές (% μεταβολή)	-1,8	-4,8	-8,4	-7,6	-5,5	-1,5	-1,3	0,1
Χρέος (% ΑΕΠ)	126,7	146,2	172,1	159,6	177,4	179,7	177,4	179
Έλλειμμα (% ΑΕΠ)	-15,1	-11,2	-10,3	-8,9	-13,1	-3,7	-5,9	0,7
Αμοιβές ανά μισθωτό (% μεταβολή)	3,2	-2,6	-3,8	-3	-7,5	-2,1	-2,9	0,8
Μοναδιαίο κόστος εργασίας (% μεταβολή)	7,4	0,3	-1,4	-2,0	-6,9	-2,4	-2,2	2,1
Παραγωγικότητα (% μεταβολή)	-0,2	-3,3	-2,2	-0,8	-2,6	-1,9	-1,8	-2,3

Ακαθάριστος σχηματισμός πάγιου κεφαλαίου (% μεταβολή)	-13,9	-19,3	-20,5	-23,5	-8,4	-4,6	-0,2	0,1
Δημόσια κατανάλωση (% μεταβολή)	2,0	-4,2	-7,0	-6,0	-6,4	-1,4	0,0	-2,1
Ιδιωτική κατανάλωση (% μεταβολή)	-1,7	-6,5	-9,7	-8,0	-2,6	0,4	-0,2	1,4
Συνολική εγχώρια ζήτηση (% μεταβολή)	-7,3	-7,4	-12,0	-10,5	-4,4	0,5	-1,2	0,5

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017α).

Οι επιπτώσεις για την κοινωνία είναι εξίσου καταλυτικές. Η ανεργία το 2016 υπερδιπλασιάστηκε σε σχέση με το 2009, με τους ανέργους να ανέρχονται σε 1,13 εκ. άτομα, εκ των οποίων το 72% είναι μακροχρόνια άνεργοι. Το πρόβλημα δεν είναι όμως μόνο η υψηλή ανεργία και ιδιαίτερα η μακροχρόνια, αλλά και το γεγονός του διπλασιασμού των ατόμων που διαβιούν σε νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο και του υπερδιπλασιασμού όσων ζουν σε νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας. Επιπλέον, 3,8 εκ. άτομα ή το 35,6% του πληθυσμού βρίσκεται σε κατάσταση φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού. Το χάσμα κινδύνου φτώχειας έχει αυξηθεί και η ανισοκατανομή του εισοδήματος διευρύνθηκε. Το 20% του πιο εύπορου πληθυσμού της χώρας κατέχει 6,6 φορές μεγαλύτερο μερίδιο εισοδήματος σε σχέση με το 20% του φτωχότερου πληθυσμού. Χαρακτηριστικό των επιπτώσεων που έχουν τα εισπρακτικά μέτρα λιτότητας είναι το γεγονός ότι η επιβολή υψηλής φορολογίας στο πετρέλαιο θέρμανσης οδήγησε στην κατακόρυφη πτώση του ποσοστού των νοικοκυριών που χρησιμοποιούν κεντρική θέρμανση (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Εξέλιξη κοινωνικών δεικτών στην Ελλάδα, 2009-2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Άνεργοι (χιλιάδες)	484,7	639,4	881,8	1.195,1	1.330,4	1.274,4	1.197,0	1.130,9
Ανεργία (%)	9,6	12,7	17,9	24,4	27,5	26,5	24,9	23,5
Μακροχρόνια άνεργοι (χιλιάδες)	195,7	285,2	435,1	706,2	892,7	936,8	875,3	813,9
Μακροχρόνια άνεργοι (% των ανέργων)	40,4	44,6	49,3	59,1	67,1	73,5	73,1	72,0
Πληθυσμός σε νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο (χιλιάδες)	619,1	758	1.017,3	1.315,9	1.431,7	1.334,2	1.280,7	1.205,4
Πληθυσμός σε νοικοκυριά χαμηλής έντασης εργασίας (χιλιάδες)	539	619	978	1.158	1.466	1.357	1.309	1.330
Πληθυσμός σε νοικοκυριά χαμηλής έντασης εργασίας (%)	6,6	7,6	12,0	14,2	18,2	17,2	16,8	17,2
Κίνδυνος φτώχειας πριν τις κοινωνικές μεταβιβάσεις (%)	22,7	23,8	24,8	26,8	28	26,0	25,5	25,2

Κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις (%)	19,7	20,1	21,4	23,1	23,1	22,1	21,4	21,2
Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό (χιλιάδες)	3.007	3.031	3.403	3.800	3.904	3.885	3.828,5	3.789,3
Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό (%)	27,6	27,7	31	34,6	35,7	36,0	35,7	35,6
Άτομα με υλικές στερήσεις (%)	23	24,1	28,4	33,7	37,3	39,5	39,9	38,5
Ανισοκατανομή εισοδήματος (S80/S20)	5,8	5,6	6	6,6	6,6	6,5	6,5	6,6
Νοικοκυριά με κεντρική θέρμανση (%)	73,5	73,1	72,1	55,7	38,1	35,5	39,8	-

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017β)

Δεδομένων των παραπάνω κοινωνικοοικονομικών εξελίξεων, δεν θα πρέπει να προκαλούν έκπληξη τα αποτελέσματα ερευνών που καταγράφουν αρνητικές τάσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού σε σχέση, για παράδειγμα, με την αυτοαναφερόμενη υγεία (Zavras et al., 2012· Vantoros et al., 2013), την κατάθλιψη (Economidou, Madianos et al., 2013a και 2013b), τις μεταδοτικές ασθένειες (Bonovas & Nikolopoulos, 2012· Paraskevis et al., 2013), τους θνησιγενείς τοκετούς (Vlachadis & Kornarou, 2013) και τις αυτοκτονίες (Branas et al., 2015· Rachiotis et al., 2015). Αύξηση εμφανίζεται και στη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα, υπέρτασική νόσο και συγγενείς ανωμαλίες, σε βαθμό ώστε να γίνεται λόγος για «βόμβα» νοσηρότητας στην Ελλάδα (Καϊτελίδου κ.ά., 2013).

Μέσα σε αυτό το ασφυκτικό κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο, το σύστημα υγείας κλήθηκε να αντιμετωπίσει μεγαλύτερες ανάγκες με λιγότερους πόρους. Η περικοπή των δημόσιων δαπανών και η υψηλή ανεργία περιόρισαν τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από κρατικούς πόρους και ασφαλιστικές εισφορές. Η μακροχρόνια ανεργία διόγκωσε τον αριθμό όσων δεν μπορούν να κατοχυρώσουν δικαίωμα ασφαλιστικής κάλυψης και πρόσβασης στη φροντίδα υγείας. Ταυτόχρονα, η επιδείνωση των κοινωνικών και οικονομικών προσδιοριστών της υγείας αύξησε τη νοσηρότητα και συνεπακόλουθα τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

3. Η απαξίωση του συστήματος υγείας

Το ΕΣΥ και οι διαμορφωτές της πολιτικής υγείας στη χώρα βρέθηκαν μπροστά σε ένα τρίλημμα που έπρεπε να αντιμετωπίσουν (Οικονόμου, 2013): (α) ποιος ο βαθμός οικονομικής προστασίας και κάλυψης των δαπανών υγείας από δημόσιους πόρους και ποια η επιβάρυνση των ίδιων των πολιτών, (β) ποιο το εύρος, η ένταση και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα παρασχεθούν από τις δημόσια χρηματοδοτούμενες δομές υγείας, και (γ) ποιες ομάδες του πληθυσμού θα έχουν

το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα μέσα σε ένα πλαίσιο όπου κύρια επιδίωξη είναι ο έλεγχος του κόστους.

3.1. Μέτρα για τον έλεγχο των δαπανών υγείας και την αύξηση των εσόδων

Σύμφωνα με τα Μνημόνια Συνεννόησης, η δημόσια δαπάνη για την υγεία δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 6% του ΑΕΠ και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 1% του ΑΕΠ. Δεδομένης της τάσης μείωσης που παρατηρείται συνεχώς στο παραγόμενο προϊόν της χώρας (Πίνακας 1), αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή συρρίκνωση των δαπανών υγείας, με άμεσο κίνδυνο την απαξίωση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας και την υποβάθμιση της επάρκειας και της ποιότητας των παρεχόμενων από αυτό υπηρεσιών. Ο Πίνακας 3 αποτυπώνει την κατάσταση, καταγράφοντας την εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2010-2015. Οι συνολικές δαπάνες υγείας μέσα σε μια πενταετία μειώθηκαν κατά 31,8%, οι δημόσιες κατά 41,7% και οι ιδιωτικές κατά 12,8%. Η μείωση ήταν ιδιαίτερα αισθητή στην περίπτωση των δαπανών υγείας των κοινωνικοασφαλιστικών φορέων, οι οποίες περικόπηκαν κατά 49,7%. Αντίθετα, παρατηρείται αύξηση των δαπανών από άλλες πηγές, όπως οι ΜΚΟ και η Εκκλησία, κατά 257,4%.

Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι τόσο οι ιδιωτικές άμεσες πληρωμές όσο και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αυξάνονται μετά το 2013. Όπως προκύπτει από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών, η μεταβολή αυτή οφείλεται στην αύξηση της δαπάνης των νοικοκυριών για υγεία, η οποία ως ποσοστό της συνολικής μέσης μηνιαίας δαπάνης τους ανήλθε από 6,4% το 2010 σε 7,5% το 2015, κατατάσσοντας την Ελλάδα πρώτη στην ΕΕ, με τη μεγαλύτερη ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό του μέσου προϋπολογισμού των νοικοκυριών. Ειδικότερα, μεταξύ 2010-2015, η δαπάνη των νοικοκυριών για φάρμακα αυξήθηκε κατά 31,6% (από 1,36 σε 1,79 δις ευρώ) και για νοσοκομειακή περίθαλψη κατά 37,4% (από 1,23 σε 1,69 δις ευρώ). Αντίθετα, μειώθηκε κατά 47,7% (από 1,11 δις σε 0,58 δις ευρώ) η δαπάνη των νοικοκυριών για πρωτοβάθμια φροντίδα και κατά 57,6% (από 1,65 δις σε 0,7 δις ευρώ) για οδοντιατρική περίθαλψη (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2016).

Πίνακας 3. Τρέχουσες δαπάνες υγείας 2010-2015

	2010	11/10%	2011	12/11%	2012	13/12%	2013	14/13%	2014	15/14%	2015
Συνολικές (εκατ. ευρώ)	21.608,7	-12,8	18.835,7	-10,9	16.780,9	-10,3	15.058,5	-6,2	14.130,0	4,3	14.731,9
Συνολικές (% ΑΕΠ)	9,56		9,10		8,78		8,34		7,94		8,38
Κρατικές (εκατ. ευρώ)	6.475,4	-35,1	4.202,2	20,1%	5.046,4	-8,8	4.603,1	-9,3	4.176,5	6,8	4.459,5

ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Κρατικές (% συνολικών)	30		22,3		30,1		30,6		29,6		30,3
Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (εκατ. ευρώ)	8.445,4	-2,6	8.223,1	-26,6	6.036,3	-22,1	4.699,8	-14,5	4.018,2	5,6	4.245,0
Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (% συνολικών)	39		43,7		36,0		31,2		28,4		28,8
Συνολικές δημόσιες (εκατ. ευρώ)	14.920,8	-16,7	12.425,3	-10,8	11.082,7	-16,1	9.302,9	-11,9	8.194,7	6,2	8.704,5
Συνολικές δημόσιες (% συνολικών)	69%		66,0		66,0		61,8		58,0		59,1
Ιδιωτική ασφάλι- ση (εκατ. ευρώ)	536,6	-0,4	534,2	-1,6	525,7	-5,8	495,1	8,0	534,9	1,2	541,3
Ιδιωτική ασφάλι- ση (% συνολικής)	2,5		2,8		3,1		3,3		3,8		3,7
Ιδιωτικές πληρωμές (εκατ. ευρώ)	6.078,0	-4,2	5.823,8	-12,1	5.118,9	0,0	5.121,2	1,6	5.202,9	0,4	5.224,1
Ιδιωτικές πλη- ρωμές (% συνολικών)	28,1		30,9		30,5		34,0		36,8		35,5
Συνολικές ιδιωτι- κές (εκατ. ευρώ)	6.614,6	-3,9	6.358,0	-11,2	5.644,6	-0,5	5.616,3	2,2	5.737,8	0,5	5.765,4
Συνολικές ιδιωτικές (% συνολικών)	30,6		33,8		33,6		37,3		40,6		39,1
Λοιπές (εκατ. ευρώ)	73,3	-28,5	52,4	2,0	53,6	160,1	139,3	42,3	198,4	32,1	262,0
Λοιπές (% συνολικών)	0,3		0,3		0,3		0,9		1,4		1,8

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017γ)

Συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), κατά το διάστημα 2009-2015 η Ελλάδα παρουσίασε τη μεγαλύτερη μέση ετήσια μείωση της δαπάνης υγείας (6,6%) και εμφάνισε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στο ΑΕΠ δημόσιας δαπάνης υγείας: 5% έναντι 7,8% που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ. Ως αποτέλεσμα, το 2015 η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα περιορίστηκε σε 1.663 ευρώ έναντι 2.781 ευρώ που ήταν ο μέσος όρος στην ΕΕ. Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί ότι οι δημόσιες δαπάνες για υγεία στην Ελλάδα απορροφούν μόνο το 10% των συνολικών κρατικών δαπανών, τη στιγμή που ο μέσος όρος

των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 16%. Ένα ακόμη αρνητικό ρεκόρ της Ελλάδας είναι ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αποτελούν το 39% του συνόλου των δαπανών υγείας, το τέταρτο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ μετά της Κύπρου, της Βουλγαρίας και της Λετονίας (OECD/EU, 2016).

Οι τάσεις που περιγράφηκαν παραπάνω είναι αποτέλεσμα εφαρμογής μέτρων για τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας και την αύξηση των φορολογικών εσόδων, των ασφαλιστικών εισφορών και της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών, ενώ δευτερογενείς επιδράσεις προκύπτουν και από την εφαρμοζόμενη πολιτική απασχόλησης και εργασιακών σχέσεων. Μέτρα προκειμένου να αυξηθούν οι πόροι για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αποτέλεσαν επίσης η αύξηση των φόρων «υπέρ υγείας», όπως οι φόροι στην κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρων, οι οποίοι μετά το 2010 αυξήθηκαν 5 και 9 φορές αντίστοιχα. Δεν έλειψαν και οι περιπτώσεις αύξησης των ασφαλιστικών εισφορών για την υγεία, όπως έγινε στην περίπτωση των ασφαλισμένων του ΟΓΑ, ενώ επιβλήθηκε και εισφορά 6% για την υγεία στους συνταξιούχους. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι επιβαρύνσεις αυτές συντελέστηκαν σε ένα πλαίσιο γενικότερης φορολογικής επιβάρυνσης, ιδιαίτερα των μισθωτών. Κατά την τριετία 2010-2012, η αύξηση του συνολικού φορολογικού βάρους των μισθωτών (εισφορών και φόρων επί του εισοδήματος) ήταν 2,8 ποσοστιαίες μονάδες (Οικονόμου, 2012 και 2013).

Εκτός των παραπάνω, τα μέτρα τα οποία επιβάρυναν ιδιαίτερα τον πληθυσμό της χώρας και επέδρασαν αρνητικά στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, ήταν αυτά που οδήγησαν στην αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Εδώ εντάσσονται (Economou et al., 2015· Οικονόμου, 2012 και 2013):

- Η θεσμοθέτηση καταβολής 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε κέντρα υγείας και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων (καταργήθηκε το 2015).
- Η υποχρεωτική επέκταση της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων και η άμεση πληρωμή για επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία που κυμαίνεται από 24 έως 72 ευρώ.
- Η αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στα φάρμακα. Σε πολλά φάρμακα η συμμετοχή αυξήθηκε από 0% σε 10% και σε κάποια άλλα από 0% σε 25%. Η αναθεώρηση της δομής συμμετοχής των ασθενών για φάρμακα αποσκοπεί στο να εξαιρεθεί συμμετοχής μόνο ένας περιορισμένος αριθμός φαρμάκων και να αυξηθεί η συμμετοχή στα υπόλοιπα. Το αποτέλεσμα είναι η μεσοσταθμική αύξηση συμμετοχής από 9% το 2009 να ανέλθει στο 30% το 2016.
- Η αύξηση συμμετοχής στις δαπάνες για αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, προϊόντα ειδικής διατροφής, νοσηλεία σε χώρες εκτός ΕΕ, προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, ορθοπεδικά είδη, αναπνευστικές συσκευές (συμμετοχή 25%).
- Η πληρωμή 1 ευρώ για κάθε συνταγή που έχει εκδοθεί από δημόσιες μονάδες υγείας.

- Η αρχική πρόβλεψη υψηλότερης συμμετοχής στο κόστος νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο (25 ευρώ) που μετά τις αντιδράσεις των κοινωνικών εταίρων μετατράπηκε σε περαιτέρω επιβάρυνση της φορολογίας του καπνού.
- Η συμμετοχή μεταξύ 30-50% των ασφαλισμένων του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ για ιατρικές υπηρεσίες παρεχόμενες από ιδιώτες συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ.
- Η πρόβλεψη επιπλέον συμμετοχής των ασφαλισμένων για τη διενέργεια καινοτόμων διαγνωστικών εξετάσεων σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ (καταργήθηκε πρόσφατα).
- Η πρόσθετη χρέωση των ασφαλισμένων για τη χρησιμοποίηση της υπηρεσίας των τηλεφωνικών ραντεβού, μιας και αυτή έχει εκχωρηθεί σε ιδιωτικές εταιρείες κινητής τηλεφωνίας, η οποία κυμαίνεται από 0,95 έως 1,65 ευρώ ανά τηλεφώνημα.
- Η διαφοροποίηση της ασφαλιστικής από την εμπορική τιμή των φαρμάκων. Αυτό σημαίνει ότι στην περίπτωση που η λιανική τιμή του φαρμάκου είναι υψηλότερη από την τιμή που αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ, ο ασθενής πληρώνει εκτός από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή, το σύνολο της διαφοράς μεταξύ της τιμής αποζημίωσης και της λιανικής τιμής.

Θα πρέπει επίσης να επισημανθούν οι οριζόντιες περικοπές των λειτουργικών δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων κατά 54% μεταξύ 2009 (2,8 δις ευρώ) και 2016 (1,3 δις ευρώ). Τέλος, δεν θα πρέπει να παραβλεφθούν οι παράπλευρες συνέπειες που προκύπτουν για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας από την πολιτική που εφαρμόζεται στους τομείς της απασχόλησης και των εργασιακών σχέσεων. Η εκτίναξη της ανεργίας, η απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων και η ευελιξία, καθώς και η μείωση των μισθών, περιορίζουν τα έσοδα από τις ασφαλιστικές εισφορές. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη μείωση της κρατικής επιχορήγησης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) στο 0,4% του ΑΕΠ, έναντι του αρχικού προβλεπόμενου ποσοστού (0,6%), δυσχεραίνει την οικονομική βιωσιμότητα του ενιαίου ταμείου υγείας και καθιστά αναγκαίο τον επανασχεδιασμό της ακολουθούμενης πολιτικής (Economou et al., 2015· Οικονόμου, 2012 και 2013).

3.2. Μέτρα που επιδρούν στην ένταση και την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης

Μια δεύτερη δέσμη μέτρων, που υιοθετήθηκαν και αναιρούν επίσης έναν βασικό στόχο των εθνικών συστημάτων υγείας, είναι αυτά που περιορίζουν την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Η θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ συνοδεύτηκε με τέτοιου είδους παρεμβάσεις, καθώς ο αρχικός Κανονισμός Παροχών του οργανισμού τροποποιήθηκε δύο φορές και οδήγησε: πρώτον, στην εισαγωγή εισοδηματικών κριτηρίων για τη δωρεάν χορήγηση υγειονομικού υλικού σε κα-

τηγορίες ασφαλισμένων, δεύτερον, σε περιορισμό δικαιολογούμενων θεραπειών όπως φυσικοθεραπειών, λογοθεραπειών, εργοθεραπειών, αεροθεραπειών, λουτροθεραπειών κ.λπ. και, τρίτον, στη μη κάλυψη ορισμένων ακριβών εξετάσεων (Economou et al., 2015· Οικονόμου, 2012 και 2013). Επιπροσθέτως, δεν έχει συναφθεί καμία σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με οδοντιάτρους, με συνέπεια την ακύρωση της κάλυψης του πληθυσμού για υπηρεσίες στοματικής υγείας.

Επιπλέον, είναι αναγκαίο να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό η μείωση του διοικητικού προσωπικού του ΕΟΠΥΥ κατά τουλάχιστον 50%, σε σχέση με αυτό που είχαν τα τέσσερα βασικά συγχωνευθέντα ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ), και των συμβαλλόμενων γιατρών κατά 25% αυξάνει το κόστος χρόνου για τους ασφαλισμένους. Επίσης, η επιβολή ανώτατων ορίων στις επισκέψεις, τις συνταγογραφούμενες εξετάσεις και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών, επιβαρύνει τους ασφαλισμένους με την άσκοπη περιπλάνησή τους στο σύστημα υγείας μέχρι να βρουν γιατρό που δεν έχει ξεπεράσει και τα τρία παραπάνω όρια. Με άλλα λόγια, αντί να προωθηθούν μεταρρυθμίσεις που διευκολύνουν τον προσανατολισμό του ασθενή στο σύστημα υγείας, με τη μορφή, για παράδειγμα, του γενικού οικογενειακού γιατρού, ο ασθενής επιβαρύνθηκε με την ευθύνη αναζήτησης υπηρεσιών, με περιορισμένες δυνατότητες επιλογής (Economou et al., 2015· Οικονόμου, 2012 και 2013).

3.3. Μέτρα που επιδρούν στο κόστος των υπηρεσιών υγείας

Μέτρα τα οποία επιδρούν στο κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι αυτά που αποσκοπούν στον έλεγχο των τιμών των ιατρικών προϊόντων, στον επαναπροσδιορισμό των αμοιβών των επαγγελματιών υγείας και της αποζημίωσης των προμηθευτών, και στην αναδιοργάνωση των διοικητικών δομών και των αγοραστών υπηρεσιών υγείας.

Αναφορικά με τον έλεγχο των τιμών λήφθηκαν μέτρα προς τη σωστή κατεύθυνση, όπως (Economou et al., 2015· Οικονόμου, 2012 και 2013):

- Η θεσμοθέτηση του προγραμματισμού των προμηθειών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών.
- Η σύσταση Επιτροπής Προδιαγραφών και Παρατηρητηρίου Τιμών των οποίων έργο είναι ο καθορισμός των ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν και η παρακολούθηση των τιμών για τον προσδιορισμό αποδεκτής τιμής μονάδας.
- Ο εξορθολογισμός των συστημάτων αδειοδότησης κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων με τη θεσμοθέτηση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, τον καθορισμό τιμής κοινωνικής ασφάλισης και ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τα δημόσια νοσοκομεία στο ύψος της διαφοράς της τιμής κοινωνικής ασφάλισης από την τιμή παραγωγού

ή εισαγωγή, τη μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος των φαρμακοποιών, την αύξηση των ωρών λειτουργίας των φαρμακείων, τη δυνατότητα συστέγασης φαρμακείων με τη μορφή ομόρρυθμης εταιρείας, την προμήθεια των φαρμάκων στη νοσοκομειακή τιμή για τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και για τα ΝΠΔΔ που εποπτεύονται από τον υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τη μείωση του μεικτού ποσοστού κέρδους των εμπορικών φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης, τη μεταφορά του Τμήματος τιμών φαρμάκων και της Επιτροπής τιμών φαρμάκων στο Υπουργείο Υγείας.

- Η ενδυνάμωση της αγοράς των γενόσημων (αντίγραφων) φαρμάκων και η προώθηση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου.
- Η κατάρτιση θετικής λίστας φαρμάκων, σύμφωνα με την οποία, το δημόσιο, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και κάθε φορέας και κλάδος ασφάλισης δικαιούχων περίθαλψης εγκρίνουν και εξοφλούν ιατρικές συνταγές μόνο εφόσον αυτές περιλαμβάνουν φάρμακα που περιέχονται στην εν λόγω λίστα, καθώς και η κατάρτιση αρνητικής λίστας φαρμάκων, η οποία περιέχει φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση.
- Η θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.

Από την άλλη, ο επαναπροσδιορισμός των αμοιβών των επαγγελματιών υγείας δεν βασίστηκε, όπως θα όφειλε, σε κάποιο σύστημα μέτρησης της απόδοσης και διασύνδεσης της αμοιβής με αυτή. Ενταγμένη στο γενικότερο πλαίσιο της εσωτερικής υποτίμησης και της καθολικής περικοπής των μισθών στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, ακολούθησε τη διαδικασία των χωρίς κριτήρια οριζόντιων περικοπών. Μειώθηκαν οι μισθοί των εργαζομένων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, περιορίστηκαν οι αποζημιώσεις των εφημεριών, μειώθηκαν οι μισθοί και οι αμοιβές των γιατρών των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. Αυτές οι πολιτικές διογκώνουν τις μισθολογικές ανισοροπίες μεταξύ των χωρών συντελώντας στην αύξηση της διαρροής εξειδικευμένου προσωπικού και της εξωτερικής μετανάστευσης, οδηγούν στην εμφάνιση ελλείψεων ειδικοτήτων και δημιουργούν προβλήματα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Economou et al., 2015· Οικονόμου, 2012 και 2013). Επιπροσθέτως, το πάγωμα των προσλήψεων στον ευρύτερο δημόσιο τομέα είχε ως αποτέλεσμα ο αριθμός των εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία να μειωθεί από 114.471 το 2009 σε 94.659 το 2015, κατατάσσοντας την Ελλάδα στη δεύτερη χειρότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ, μετά τη Ρουμανία, ως προς την αναλογία εργαζομένων σε νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους (875 εργαζόμενοι/100.000 κατοίκους στην Ελλάδα και 812 στη Ρουμανία) (Βάση Δεδομένων Eurostat)⁷¹.

71. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (πρόσβαση 17/10/2017).

Στον τομέα της αποζημίωσης των προμηθευτών, σημαντική μεταρρυθμιστική καινοτομία αποτέλεσαν τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ), τα οποία προσιδιάζον στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες. Ωστόσο, εμφανίστηκαν προβλήματα στον σχεδιασμό και την εφαρμογή τους. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τεθούν ορισμένα ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Πρώτον, είναι γεγονός ότι το σύστημα αυτό φέρνει πιο κοντά τη χρέωση των ασφαλιστικών ταμείων με το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Συνεπώς, μειώνεται ένας παράγοντας ο οποίος συνέτεινε στα αυξημένα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων, αφού μέχρι σήμερα αυτά δεν αποζημιώνονταν με βάση το πραγματικό κόστος νοσηλείας αλλά με το πολύ χαμηλότερο κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Από την άλλη, όμως, για να λειτουργήσει σωστά το σύστημα, θα πρέπει να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα των ταμείων υγείας και η εξεύρεση των αναγκαίων ασφαλιστικών πόρων για την κάλυψη της δαπάνης νοσηλείας των ασφαλισμένων τους. Δεύτερον, η μέθοδος αυτή συμβάλλει στην ορθολογικότερη διαχείριση των νοσοκομείων, εφόσον όμως αντανάκλα το πραγματικό κόστος. Στην περίπτωση των ελληνικών ΚΕΝ κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει γιατί δεν έχει ενταχθεί σε αυτά το κόστος του προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων, αφού αυτό καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Τρίτον, θα πρέπει να τονισθούν οι ενστάσεις που διατυπώθηκαν από το ιατρικό σώμα ότι οι μέρες νοσηλείας που ορίζουν τα ΚΕΝ για κάθε περιστατικό είναι λιγότερες και δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές μέρες που είναι αναγκαίες για την αποτελεσματική θεραπεία. Η ανεπάρκεια αυτή σχετίζεται με το γεγονός ότι η διαμόρφωση των ελληνικών ΚΕΝ στηρίχθηκε σε δεδομένα άλλων χωρών που δεν είναι αντίστοιχα με της Ελλάδας. Τέλος, η χώρα κλήθηκε, με βάση τις επιταγές του μνημονίου, να εφαρμόσει τα ΚΕΝ σε διάστημα ενός χρόνου, το οποίο είναι εξαιρετικά περιορισμένο για ένα τέτοιας έκτασης εγχείρημα. Ως αποτέλεσμα, η τιμολόγηση των ΚΕΝ δεν βασίστηκε σε πραγματικές δαπάνες και κλινικά πρωτόκολλα, αλλά σε έναν συνδυασμό κοστολόγησης βάσει της δραστηριότητας με δεδομένα από επιλεγμένα δημόσια νοσοκομεία και σταθμίσεις κόστους (Economou et al., 2015· Οικονόμου 2012 και 2013).

Σχετικά με την αναδιοργάνωση των διοικητικών δομών του συστήματος υγείας, σημαντικό μέτρο αποτέλεσε η σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Η λειτουργία του όμως εμφάνισε σημαντικά προβλήματα. Πρώτον, η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης, συντελέστηκε προς τα κάτω με περιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης. Δεύτερον, ο ΕΟΠΥΥ από τη στιγμή της σύστασής του ήταν ελλειμματικός, με την έννοια ότι ενσωματώθηκαν σε αυτόν τα ελλείμματα των ταμείων που συμπεριέλαβε. Τα ελλείμματα αυτά διογκώθηκαν λόγω της μη τήρησης από την πολιτεία του αρχικού προβλεπόμενου ποσοστού κρατικής επιχορήγησης, της μείωσης των εισφορών εξαιτίας της διόγκωσης της ανεργίας, αλλά και λόγω των νέων τιμών (ΚΕΝ) που κλήθηκε να αποζημιώσει τα νοσοκομεία για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων τους (Economou et al., 2015· Οικονόμου, 2012 και 2013).

Μια ακόμα θεμελιώδης παρέμβαση αφορά τη λειτουργική αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ, το τελικό σχέδιο της οποίας παρουσιάστηκε από τον υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στις αρχές Ιουλίου του 2011. Στόχοι αυτής της παρέμβασης είναι η συνδιοίκηση νοσοκομείων, η συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή νοσοκομείων που γεινιάζουν, η μετατροπή μικρών μονάδων (γενικών νοσοκομείων – κέντρων υγείας) σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας, η συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές κ.λπ.) και η ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων. Παρά όμως τις εξαγγελίες, μέχρι σήμερα το όλο σχέδιο ελάχιστα έχει προχωρήσει (Economou et al., 2015· Οικονόμου, 2012 και 2013). Εκτός αυτού παρατηρήθηκε και μια μείωση του αριθμού των κλινών στη χώρα από 54.704 το 2009 σε 45.945 το 2015 (μείωση 16%). Αυτό σημαίνει ότι το 2015 στην Ελλάδα αναλογούσαν 4,2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους έναντι 5,1 που ήταν ο μέσος όρος της ΕΕ. Η μείωση αφορούσε πρωτίστως τις δημόσιες κλίνες οι οποίες μειώθηκαν από 38.115 σε 29.879 (Βάση Δεδομένων Eurostat)⁷².

Σε επίπεδο νοσοκομείων επιδιώχθηκε η αναδιοργάνωση της διαχείρισής τους με την εφαρμογή προγράμματος μηχανοργάνωσης, την εισαγωγή ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων, την αναβάθμιση των συστημάτων κατάρτισης των προϋπολογισμών τους και τη μεταρρύθμιση των συστημάτων λογιστικής διαχείρισης, συμπεριλαμβανομένου του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος. Επιπροσθέτως, προωθήθηκε η δημιουργία δύο διαδικτυακών βάσεων, του Esy.net, για τη συλλογή και αποτίμηση μηνιαίων λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων των δημόσιων νοσοκομείων (το οποίο αργότερα ενσωματώθηκε στο σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας ΕΣΥ), και του Υγειονομικού Χάρτη, για την παρακολούθηση της περιφερειακής κατανομής των υγειονομικών πόρων και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η συμβολή αυτών των δύο εργαλείων αναμένεται να είναι σημαντική για την αποδοτικότερη χρήση των πόρων υγείας και την τεκμηριωμένη διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικής υγείας, ωστόσο θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ορισμένες ανεπάρκειες που εμφανίζουν. Μια τέτοια ανεπάρκεια είναι ότι ενώ στις δύο αυτές βάσεις υπάρχουν δεδομένα για τον αριθμό και τη σύνθεση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, δεν αποτυπώνονται οι δεξιότητες του προσωπικού για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών (Economou et al., 2015· Οικονόμου, 2012 και 2013).

72. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_bds2&lang=en (πρόσβαση 17/10/2017).

4. Αρνητικές επιπτώσεις και αστοχίες πολιτικής

Συνέπεια των παραπάνω μέτρων και πολιτικών υγείας που εφαρμόστηκαν ήταν το 2013 το 23% του πληθυσμού της χώρας, δηλαδή 2.500.000 άτομα, να μην έχουν δικαίωμα ασφαλιστικής κάλυψης για υπηρεσίες υγείας. Το ίδιο έτος, το 9% του πληθυσμού δήλωσε ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες που δεν ικανοποιήθηκαν λόγω περιορισμένων οικονομικών δυνατοτήτων, μεγάλων λιστών αναμονής, έλλειψης χρόνου και μεγάλης απόστασης από τις υπηρεσίες υγείας, όταν το 2010 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 5,5%. Τα μέτρα που πάρθηκαν για την αντιμετώπιση του αυξανόμενου αριθμού των ανασφάλιστων για υγεία αποδείχθηκαν αποσπασματικά και αναποτελεσματικά, όπως για παράδειγμα τα κουπόνια υγείας που θεσπίστηκαν το 2013, ή εμφάνισαν προβλήματα εφαρμογής, όπως οι δύο υπουργικές αποφάσεις που εκδόθηκαν το 2014 και προέβλεπαν την κάλυψη για φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη όσων δεν δικαιούνταν ασφάλισης, βιβλιαρίων απορίας ή είχαν χάσει το ασφαλιστικό τους δικαίωμα. Η προϋπόθεση αυτών των αποφάσεων για παραπομπή, η οποία δεν ίσχυε για τον υπόλοιπο πληθυσμό, έθεσε ζητήματα στιγματισμού, η υποχρέωση καταβολής συμπληρωμών όπως ισχύει και για τους ασφαλισμένους ανέδιδε το πρόβλημα της οικονομικής δυνατότητας χρησιμοποίησης των υπηρεσιών, ενώ η ασάφεια ως προς την εφαρμογή τους δημιούργησε σοβαρά διοικητικά εμπόδια πρόσβασης (Economou et al., 2014). Το αποτέλεσμα ήταν το ποσοστό του πληθυσμού που δήλωνε αδυναμία χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας το 2015 να αυξηθεί ακόμα περισσότερο και να ανέλθει στο 12,3%, το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ μετά την Εσθονία (12,7%) (Βάση Δεδομένων Eurostat)⁷³. Στο πλαίσιο αυτό κρίθηκε αναγκαία μια τρίτη παρέμβαση με την έκδοση της ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ. 25132/4-4-2016, η οποία διορθώνει τις ατέλειες των προηγούμενων παρεμβάσεων, πρώτον, θεσπίζοντας νέες διαδικασίες πρόσβασης με βάση τη χρησιμοποίηση του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης ή της Κάρτας Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού και καταργώντας τη στιγματιστική διαδικασία ελέγχου των πόρων διαβίωσης και, δεύτερον, περιορίζοντας τη συμμετοχή στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης.

Παρόλο που το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηριζόταν διαχρονικά από ανισοτιμίες στην πρόσβαση και την κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας (Economou & Giorno, 2009· Economou, 2010), μπορεί να υποστηριχθεί ότι η κρίση επιδείνωσε το πρόβλημα. Αυτό είναι το κύριο εύρημα πρόσφατης μελέτης που καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν σοβαρά κενά στη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα, την αποδοχή, την επαφή με τις υπηρεσίες και την αποτελεσματική κάλυψη υγείας του ελληνικού πληθυσμού (Economou, 2015). Οι σοβαρές ελλείψεις και η άνιση περιφερειακή κατανομή όλων των κατηγοριών επαγγελμα-

73. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (πρόσβαση 17/10/2017).

τιών υγείας, οι ελλείψεις υλικών και αναλώσιμων στα δημόσια νοσοκομεία και η ανεπαρκής παροχή βιοϊατρικής τεχνολογίας στον δημόσιο τομέα, επιδεινώθηκαν λόγω των υποχρεώσεων που επέβαλαν τα μνημόνια. Σε ομάδες του πληθυσμού τέθηκαν εμπόδια στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας της αδυναμίας πληρωμής του κόστους μετάβασης στις μονάδες υγείας, της αύξησης της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών, γραφειοκρατικών και στιγμιαιστικών διοικητικών φραγμών και της απώλειας του ασφαλιστικού δικαιώματος λόγω της μακροχρόνιας ανεργίας. Επιπροσθέτως, ακόμη και όσοι θεωρητικά διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση, επειδή αναγκάζονται να καταβάλλουν παράΥΠΙΕΣ πληρωμές. Υπάρχουν επίσης εμπόδια όσον αφορά την αποδοχή των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μεγάλη δυσαρέσκεια των ασθενών σε σχέση με την ποιότητα και την ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες τους σχετίζεται με διαρθρωτικά, οργανωτικά και διοικητικά προβλήματα του συστήματος υγείας.

Μεταξύ αυτών συγκαταλέγεται ο αντίστροφα προοδευτικός χαρακτήρας της χρηματοδότησης του ΕΣΥ λόγω των υψηλών άμεσων πληρωμών που καταβάλλουν οι ασθενείς, η κατακερματισμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπου απουσιάζει ένα σύστημα παραπομπής, οι μακρές λίστες αναμονής και οι καθυστερήσεις στον προγραμματισμό των ραντεβού με συμβεβλημένους γιατρούς και τα μέτρα λιτότητας που εγκρίθηκαν (αυξήσεις στις συμπληρωμές και τα τέλη χρήσης των υπηρεσιών). Όσον αφορά την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, αντί να ελεγχθεί η ζήτηση και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης μέσω ενός συστήματος παραπομπής –εξορθολογίζοντας έτσι τη χρήση του συστήματος υγείας και καθιστώντας το πιο φιλικό προς τον χρήστη–, είναι προφανές ότι η απόφαση να επιβληθούν ανώτατα όρια στις επισκέψεις και τη συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων από τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς συνέβαλε στην αύξηση του κόστους για τους ασθενείς. Τέλος, η αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι αμφισβητήσιμη, δεδομένου ότι οι επιδόσεις του παρουσιάζουν σημαντικές υστερήσεις σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ ως προς την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών, όπως συχνές μορφές καρκίνου (μαστού, τραχήλου της μήτρας, προστάτη, παχέος εντέρου) ή νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, και η διαχείριση των χρόνιων νόσων γίνεται συνήθως αποσπασματικά, με έμφαση κυρίως στη συνταγογράφηση. Μηχανισμοί εποπτείας και αξιολόγησης των ιατρικών πρακτικών απουσιάζουν και δεν υπάρχουν αποτελεσματικά συστήματα για τη διατήρηση, οργάνωση και συντονισμό των ιατρικών φακέλων, τη μέτρηση της χρήσης των πόρων υγείας ή την αξιολόγηση και παρακολούθηση των κλινικών αποτελεσμάτων. Επιπλέον, σπάνια χρησιμοποιούνται διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα (Economou, 2015).

Υπακούοντας στις μνημονιακές επιταγές, πρωταρχικός στόχος των εφαρμοζόμενων πολιτικών ήταν η μείωση των δαπανών υγείας. Οι περικοπές έγιναν με τον περιορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη μείωση των κινδύνων που

καλύπτονται, καθώς και των δικαιούχων περίθαλψης από τα ασφαλιστικά ταμεία. Με άλλα λόγια, μέσω του περιορισμού της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και όχι μέσα από τον εξορθολογισμό του συστήματος και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Η δεύτερη περίπτωση είναι φυσικά η επιθυμητή και σε κάποιο βαθμό ορισμένα από τα μέτρα που λαμβάνονται στην Ελλάδα κατά την παρούσα φάση εντάσσονται εδώ. Δίνουν έμφαση στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας, επιχειρούν να εξορθολογίσουν τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και να εισαγάγουν σύγχρονες τεχνικές διοίκησης και διαχείρισης των μονάδων υγείας και, τέλος, να ελέγξουν τις δαπάνες για προμήθειες υλικών και φάρμακα. Δυστυχώς, όμως, πολλά μέτρα υπάγονται στην πρώτη περίπτωση. Παρά το γεγονός ότι αυτά μπορεί να συμβάλουν στον περιορισμό της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και να έχουν οικονομικό όφελος για το σύστημα, καθώς συγκρατούν τις δαπάνες και αυξάνουν τα έσοδα, επιφέρουν, όπως αναλύθηκε παραπάνω, σοβαρά προβλήματα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες και εγείρουν ζητήματα δικαιοσύνης και ισοτιμίας στην προστασία της υγείας, ιδιαίτερα για όσους έχουν χαμηλό εισόδημα.

Επιπροσθέτως, στα μέτρα που μέχρι σήμερα έχουν προωθηθεί απουσιάζει παντελώς η επιδίωξη της πραγματικής αποκέντρωσης και της περιφερειακής οργάνωσης του συστήματος υγείας. Πουθενά δεν φαίνεται η πρόθεση εκχώρησης αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας στο περιφερειακό επίπεδο, έτσι ώστε ο ρόλος του να γίνει περισσότερο επιτελικός και οι υγειονομικές περιφέρειες να αποκτήσουν πραγματικές, ουσιαστικές αρμοδιότητες. Ούτε το πρόγραμμα Καλλικράτης αναφορικά με τη μεταβίβαση της ευθύνης λειτουργίας υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση προχώρησε.

Εκτός των παραπάνω, θα πρέπει να επισημανθούν σημαντικές αστοχίες στις επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις. Ο ΕΟΠΥΥ το 2016 εμφάνισε ληξιπρόθεσμα χρέη 1,81 δις ευρώ, ενώ ανεπαρκής ήταν και η κάλυψη του πληθυσμού για όλες τις ιατρικές ειδικότητες σε περιφερειακή βάση. Το 40% των μονάδων ΠΕΔΥ έχουν κλείσει ή υπολειτουργούν λόγω ανεπαρκούς στελέχωσης. Το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων για την αποζημίωση των νοσοκομείων εμφάνισε σοβαρά προβλήματα σχεδιασμού και μετά από τέσσερις αναθεωρήσεις του αρχικού μοντέλου είναι υπό διαμόρφωση. Η αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού χάρτη της χώρας δεν ολοκληρώθηκε και το σχετικό σχέδιο δράσης που εκπονήθηκε έμεινε στα χαρτιά (Liaporoulos et al., 2012). Στον χώρο των προμηθειών η Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών παρέμεινε για μεγάλο χρονικό διάστημα ουσιαστικά ανενεργή. Αναφορικά με τα φάρμακα, η διείδυση των αντίγραφων φαρμάκων παραμένει χαμηλή (32,4% του όγκου των φαρμακευτικών προϊόντων αντί του στόχου που είναι 60%) και επιπλέον υπάρχει αδυναμία ελέγχου της κατανάλωσης φαρμάκων, δεδομένου ότι μεταξύ 2009-2015 η κατανάλωση φαρμάκων ενώ σε αξία μειώθηκε κατά 32,5% (από 8,3 σε 5,6 δις ευρώ – πολιτικές μείωσης τιμών), σε συσκευασίες η μείωση ήταν μόνο 10,8% (από 562,8 εκ. σε 501,9 εκ.) (ΣΦΕΕ, 2017).

Οι προαναφερθείσες αστοχίες σχετίζονται με εμπόδια που οφείλονται στον μη ολοκληρωμένο σχεδιασμό και στις διαχειριστικές ανεπάρκειες της δημόσιας διοίκησης. Το γεγονός αυτό θέτει ερωτηματικά για τον βαθμό στον οποίο είναι δυνατή η αποτελεσματική διαχείριση τέτοιου εύρους μεταρρυθμίσεων, στο πλαίσιο ενός διοικητικού μηχανισμού ο οποίος όχι μόνο δεν ενδυναμώνεται, δεν εκσυγχρονίζεται και δεν αναδιοργανώνεται, αλλά υφίσταται τον περιορισμό και τη διαρροή ανθρώπινου δυναμικού. Η συνέπεια είναι να δίνεται έμφαση σε μέτρα ταμειακού χαρακτήρα, τα οποία είναι πιο εύκολο να εφαρμοστούν και η προώθηση των αναγκαίων διαρθρωτικών αλλαγών να εμφανίζει στασιμότητα και παλινωδίες. Οι παλινωδίες αυτές είναι προφανέστερες εκεί όπου οι διαχειριστικές αδυναμίες συμβαδίζουν με τις ισχυρές αντιδράσεις που εκφράζονται από ομάδες οικονομικών συμφερόντων.

Από το 2010 το ΕΣΥ βρίσκεται σε μια διαρκή διαδικασία μεταρρυθμίσεων και αλλαγών που έχουν επικεντρωθεί κυρίως στη λειτουργική, οικονομική και διαχειριστική διάσταση. Αυτό είναι θεμιτό καθώς επιχειρεί να αντιμετωπίσει σοβαρά μακροχρόνια προβλήματα. Ωστόσο, από την οπτική αυτή φαίνεται να απουσιάζει η πλευρά του πολίτη-ασθενή. Παρά το μεγάλο εύρος των μέτρων που λαμβάνονται, φαίνεται να έχει παραμεληθεί η προσανατολισμένη στον πολίτη παροχή υπηρεσιών. Το ελληνικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να είναι για τον ασθενή χαοτικό, καθώς μέχρι σήμερα δεν είχαν αναπτυχθεί διαδικασίες προσανατολισμού και κατεύθυνσής του προς τις υπηρεσίες υγείας, όπως και η εξασφάλιση στη συνέχεια της φροντίδας. Απουσίαζαν διαδικασίες παραπομπής με τη μορφή του γενικού οικογενειακού γιατρού ή της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Απουσιάζουν επίσης υπηρεσίες όπως η ανακουφιστική ιατρική και οι υπηρεσίες για ασθενείς τελικού σταδίου. Επιπροσθέτως, η δικτύωση των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες πρόνοιας είναι ανεπαρκής και μέχρι τώρα δεν έχουν αναληφθεί οι κατάλληλες πρωτοβουλίες προς την κατεύθυνση αυτή.

5. Η πορεία προς τα εμπρός

Η σύντομη κριτική επισκόπηση των βασικότερων αλλαγών που συντελέστηκαν στο ΕΣΥ μετά το 2010, η οποία επιχειρήθηκε στο παρόν κείμενο, δεν αμφισβητεί την αναγκαιότητα μεταρρύθμισης του ΕΣΥ έτσι όπως λειτουργούσε μέχρι πρόσφατα. Αμφισβητεί την κατεύθυνση των αλλαγών οι οποίες σε σημαντικό βαθμό δεν απορρέουν από τις πραγματικές ανάγκες του ίδιου του συστήματος υγείας και του ελληνικού πληθυσμού, αλλά υπάγονται σε μια δογματική προσέγγιση που επιβάλλεται από έναν εξωτερικό παράγοντα (Economou, 2012b). Τίθεται συνεπώς το ζήτημα της αναζήτησης μιας εναλλακτικής αποτελεσματικής πολιτικής υγείας. Προκειμένου αυτό να καταστεί δυνατό είναι αναγκαίες ορισμένες παραδοχές. Το υφιστάμενο υπόδειγμα δόμησης του συστήματος παροχής των υπηρεσιών υγείας

δεν παρέχει αποτελεσματική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών. Το καθεστώς απασχόλησης και η ασφαλιστική σχέση όπως τη γνωρίσαμε μέχρι σήμερα δεν ανταποκρίνεται στις νέες κοινωνικές, οικονομικές και παραγωγικές συνθήκες. Η φοροδοτική ικανότητα των νοικοκυριών εξαντλείται. Η εμμονή στην επέκταση της οριζόντιας συμμετοχής των πολιτών στο κόστος οδηγεί σε ανισοτιμίες και αναβολή ή μη χρήση αναγκαίων υπηρεσιών. Και τέλος, υπάρχει ένα περιοριστικό δημοσιο-νομικό πλαίσιο.

Χρειάζεται συνεπώς ο επανασχεδιασμός της δομής του συστήματος υγείας, ο επαναπροσδιορισμός της αρχής με βάση την οποία διασφαλίζεται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και η εξεύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης. Αναφορικά με το πρώτο, η ΠΦΥ θα πρέπει να αποτελέσει τον κομβικό διαχειριστή και συντονιστή του δικτύου παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα. Από την οπτική αυτή είναι θετική η ψήφισμα του Ν. 4486/2017, ο οποίος αντλεί στοιχεία από σχετικές προτάσεις του ΠΟΥ (WHO, 2008) και προβλέπει την αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας γύρω από ένα μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας το οποίο έχει ως πυρήνα μονάδες υγείας κοντά στην κοινότητα, στελεχωμένες με διεπιστημονικές ομάδες υπεύθυνες να παρέχουν σε συγκεκριμένο πληθυσμό ένα ολοκληρωμένο φάσμα ανθρωποκεντρικής φροντίδας και να τον προσανατολίζουν-κατευθύνουν μέσα στο σύστημα υγείας.

Ως προς το δικαίωμα πρόσβασης, είναι αναγκαία η διασφάλιση της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού και της προστασίας έναντι του οικονομικού κινδύνου που ενέχει η ανάγκη χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας (WHO, 2017). Η φύση της απασχόλησης αλλάζει. Η «τυπική», εξαρτημένη, πλήρης απασχόληση σταδιακά αντικαθίσταται από διάφορες μορφές «ευέλικτης» και σε πολλές περιπτώσεις «μη αμειβόμενης» εργασίας όπου οι εργαζόμενοι εμπλέκονται σε ένα «χαρτοφυλάκιο» δραστηριοτήτων. Το αποτέλεσμα είναι η αμφισβήτηση του βασικού πυρήνα της ασφαλιστικής σχέσης και η ανεπάρκεια των εισφορών. Αυτό σηματοδοτεί την αναγκαιότητα μετάβασης από την «κοινωνική ασφάλιση» στην «κοινωνική ασφάλεια», όπου η κατοχύρωση του δικαιώματος κάλυψης βασίζεται στην ιδιότητα του «πολίτη».

Τέλος, χρειάζεται η αναζήτηση νέων πηγών χρηματοδότησης. Οι ασφαλιστικές εισφορές δεν αποτελούν πλέον ικανή συνθήκη για τη διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας. Οι φόροι επί της κατανάλωσης αυξάνουν τις ανισότητες επειδή είναι αναλογικοί, με επιπτώσεις αντίστροφα προοδευτικές, και δεν φορολογούν τις αποταμιεύσεις, ευνοώντας τους πιο εύπορους. Οι διάφορες μορφές συμμετοχής στο κόστος αποτρέπουν μορφές υποκατάστασης με πιθανή επίπτωση την αύξηση αντί της μείωσης της δαπάνης και θέτουν ζητήματα ανισότητας στη χρηματοδότηση και την πρόσβαση των υπηρεσιών. Σε ένα πρώτο και πιο άμεσο επίπεδο, το οποίο όμως παραμένει μέσα στο πλαίσιο της υφιστάμενης δομής λειτουργίας του συστήματος υγείας, θα ήταν δόκιμο να ενδυναμωθούν οι μηχανισμοί συλλογής των πόρων, με σκοπό την αποφυγή διαφυγόντων εσόδων

και την αντιμετώπιση της εισφοροδιαφυγής και της παραοικονομίας στον χώρο της υγείας. Δεύτερον, θα πρέπει να επιδιωχθεί η αποδοτικότερη και καταλληλότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων με την εισαγωγή μηχανισμών αποτίμησης της τεχνολογίας (Health Technology Assessment) και μεθόδων αποζημίωσης των προμηθευτών οι οποίες να δημιουργούν κίνητρα για αποδοτικότητα και παραγωγικότητα (Pay for Performance – P4P). Εναλλακτικές επιλογές προς διερεύνηση θα μπορούσαν να αποτελέσουν, μεταξύ άλλων: (α) αντί εισφορών στον μισθό, η εισαγωγή φόρου στο εισόδημα και η αντικατάσταση των εισφορών που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι από ειδικό φόρο υγείας επί του εισοδήματος, (β) η επιβάρυνση των επιχειρήσεων με βάση τον «τζίρο» ή την προστιθέμενη αξία, (γ) η επιβολή φορολογίας επί των χρηματιστηριακών και τραπεζικών συναλλαγών, μειώνοντας τα κέρδη των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στον χώρο χωρίς επιβάρυνση των πολιτών (WHO, 2010). Σε κάθε περίπτωση, το ζητούμενο είναι η δυνατότητα πολλαπλών πηγών χρηματοδότησης προκειμένου να αποφευχθούν καταστάσεις όπου η μονοδιάστατη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας μπορεί να απειλήσει τη βιωσιμότητά του λόγω δυσμενών εξελίξεων στην πηγή της χρηματοδότησης (π.χ. μείωση εισφορών λόγω αύξησης της ανεργίας, μείωση χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό λόγω δημοσιονομικών περιορισμών) και η διαμόρφωση ενός σχήματος διαχείρισης των πόρων με δημόσιο/κοινωνικό προσανατολισμό για την αποφυγή ανισοτιμιών και περιορισμών στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσσον

- Bonovas, S. & Nikolopoulos, G. (2012). “High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy”, *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 53, pp. 169-171.
- Branas, C., Kastanaki, A., Michalodimitrakis, M. et al. (2015). “The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis”, *BMJ Open*, 5(1): e005619.
- Economou, C. (2015). *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*, Copenhagen: WHO Regional Health for Europe.
- Economou, C. (2012a). “The impact of the economic crisis on health care systems”, *Social Cohesion and Development*, 7 (1), pp. 5-9.
- Economou, C. (2012b). “The performance of the Greek healthcare system and the Economic Adjustment Programme: ‘Economic crisis’ versus ‘system-specific deficits’ driven reform”, *Social Theory*, 2, pp. 33-69.
- Economou, C. (2010). “Greece: Health system review”, *Health Systems in Transition*, 12 (7): 1-180.
- Economou, C., Giorno, C. (2009). “Improving the performance of the public health care system in Greece”, *OECD Economics Department Working Papers*, No 722, Paris: OECD Publishing.

- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D. et al. (2014). "Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population", *Social Cohesion and Development*, 9 (2), pp. 99-115.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A. et al. (2015). "The impact of the crisis on the health system and health in Greece", in Maresso, A. et al. (eds), *Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences*, Copenhagen: WHO/EURO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. et al. (2013a). "Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece", *Journal of Affective Disorders*, 145 (3), pp. 308-314.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. et al. (2013b). "Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis", *World Psychiatry*, 12 (1), pp. 53-59.
- Eurostat Database (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>)
- Hou, X., Velenyi, E., Yazbeck, A. et al. (2013). *Learning from economic downturns. How to better assess, track, and mitigate the impact on the health sector*, Washington: The World Bank.
- Kentikelenis, A. (2017). "Structural adjustment and health: A conceptual framework and evidence on pathways", *Social Science and Medicine*, 187, pp. 296-305.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kontodimopoulos, N. et al. (2012). "Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency", *Social Cohesion and Development*, 7 (1), pp. 53-68.
- Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S. et al. (eds) (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experiences*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies and WHO Regional Health for Europe.
- OECD/EU (2016). *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, Paris: OECD Publishing.
- Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Fotiou, A. et al. (2013). "Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens metropolitan area: A longitudinal study", *PLoS ONE*, 8 (11): e78941.
- Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M. et al. (2015). "What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants 2003-2012", *BMJ Open*, 5 (3): e007295.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T. et al. (eds) (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies and WHO Regional Health for Europe.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T. et al. (2013). "Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach", *European Journal of Public Health*, 23 (5), pp. 727-731.
- Vlachadis, N., & Kornarou, E. (2013). "Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis", *BMJ*, 346: f1061.
- WHO (2017). *Together on the road to universal health coverage. A call to action*, Geneva.
- WHO (2010). *The World Health Report 2010. Health systems financing: The path to universal coverage*, Geneva.
- WHO (2008). *The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now more than ever*, Geneva.
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E. et al. (2013). "Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece", *European Journal of Public Health*, 23 (2), pp. 206-210.

Ελληνόγλωσση

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017α). *Η Ελληνική οικονομία*, Αθήνα.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017β). *Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα*, Αθήνα.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017γ). *Δελτίο Τύπου: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2015*, Αθήνα.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016). *Δελτίο Τύπου: Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2015*, Αθήνα.

Καϊτελίδου, Δ., Καλογεροπούλου, Μ., Γαλάνης, Π. κ.ά. (2013). «Οικονομική κρίση και “βόμβα” νοσηρότητας στην Ελλάδα», *Νοσηλεία και Έρευνα*, 37 (3), σσ. 254-265.

Οικονόμου, Χ. (2013, Ιούλιος). «Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία. Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα», *Foreign Affairs*, σσ. 81-117.

Οικονόμου, Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Η λειτουργία και ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων.

ΣΦΕΕ (2017). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα και στοιχεία 2015-2016*, Αθήνα.