

Οικονόμου Χαράλαμπος
Σπυριδάκης Μάνος

Υγεία και Κοινωνία

Μεταβαλλόμενες σχέσεις και διαδρομές



ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΜΑΝΟΣ

(επιμέλεια)

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΔΡΟΜΕΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΜΑΝΟΣ
(επιμέλεια)

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΡΟΜΕΣ

Γράφουν οι:

Γιώργος Αλεξιάς, Μαρία Βαλασάκη, Διαμάντα Βοσκάκη,
Άννα Βότσκου, Πέτρος Γαλάνης, Παναγιώτης Γκούβερης,
Νικόλαος Μάριος Δαμιανάκης, Σταματίνα Δούκη, Αναστασία Ζήση,
Μιχάλης Ηγουμενίδης, Τριανταφυλλιά Ηλιοπούλου, Δάφνη Καϊτελίδου,
Δέσποινα Καρακατσάνη, Αχιλλέας Κούμπος, Ολυμπία Κωνσταντακοπούλου,
Χρυσή Λαμπίρη, Πηνελόπη Λουκά, Νίκος Ναγόπουλος,
Παυλίνα Νικολοπούλου, Χαράλαμπος Οικονόμου, Τζένη Παπαδονικολάκη,
Δημήτρης Παρασκευόπουλος, Κώστας Ρόντος, Παρασκευή Ρουμελιώτη,
Μάνος Σαββάκης, Αλέξανδρος Σακελλαρίου, Όλγα Σίσκου,
Μάνος Σπυριδάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Φωτεινή Τζαβέλλα,
Στυλιανός - Ιωάννης Τζαγκαράκης, Μανόλης Τζανάκης, Χαραλαμπία Τσαγρή,
Άννα Τσέτουρα, Ευάγγελος Φραδέλος, Θεόδωρος Φούσκας,
Μιχάλης Χριστοδούλου



ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΔΙΟΝΙΚΟΣ

*Χαράλαμπος Οικονόμου, Μάνος Σπυριδάκης, Υγεία και Κοινωνία.
Μεταβαλλόμενες σχέσεις και διαδρομές, Αθήνα, 2023*
Copyright © *Χαράλαμπος Οικονόμου, Μάνος Σπυριδάκης, Αθήνα, 2023*
Copyright © Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2023

DTP - Σχεδιασμός εξωφύλλου | Rinétta

ISBN | 978-618-5665-05-0

Απαγορεύονται η αναδημοσίευση ή η αναπαραγωγή του παρόντος έργου στο σύνολό του ή τμημάτων του, με οποιονδήποτε τρόπο, καθώς και η μετάφραση ή η εκμετάλλευσή του με οποιονδήποτε τρόπο αναπαραγωγής έργου λόγου με τον Ν. 100/1975. Επίσης, απαγορεύεται η αναπαραγωγή της στοιχειοθεσίας, της σελιδοποίησης, του εξωφύλλου και γενικότερα της όλης αισθητικής του βιβλίου με φωτοτυπίες, ηλεκτρονικές ή οποιεσδήποτε άλλες μεθόδους, σύμφωνα με το Άρθρο 51 του Ν. 2121/1993.



Μαρία Τσακουρίδου και ΣΙΑ Ο.Ε.
Γραβιάς 9-13, Αθήνα, 106 78
Τηλ. και Fax: 210 38 01 777, e-mail: info@dionicos.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
-----------------------	---

ΜΕΡΟΣ 1^ο | Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Θεόδωρος Φούσκας

Μετανάστευση και δημόσια υγεία: Φυλετικές και εθνοτικές ανισότητες στην Υγεία και επισφάλεια την εποχή της πανδημίας της νόσου του κορωνοϊού COVID-19	25
---	----

Μάνος Σαββάκης, Νίκος Ναγόπουλος, Κώστας Ρόντος, Δημήτρης Παρασκευόπουλος

Υγεία, συνθήκες υγιεινής και πανδημία σε Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ) μεταναστών και προσφύγων. Κριτική αποτίμηση και καλές πρακτικές από το πεδίο έρευνας	53
--	----

Ευάγγελος Φραδέλος

Ανισότητες και διακρίσεις στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας. Η περίπτωση των ΛΟΑΤΚΙ+	71
---	----

Μιχάλης Χριστοδούλου

Η ανάλυση κοινωνικών δικτύων και η συμβολή τους στην έρευνα για την υγεία παιδιών και εφήβων. Προτάσεις για την εκπαιδευτική έρευνα	89
---	----

Μιχάλης Ηγουμενίδης

Η επίδραση του διατροφικού μοντέλου των τελευταίων ετών στην ανθρώπινη και την περιβαλλοντική υγεία	113
---	-----

Δέσποινα Καρακατσάνη, Παυλίνα Νικολοπούλου

Το τράχωμα και η αντιμετώπισή του στο ελληνικό πλαίσιο τον 20ό αιώνα. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού θεσμού στην αντιμετώπιση λοιμωδών νόσων	131
---	-----

ΜΕΡΟΣ 2^ο | Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Σταματίνα Δούκη, Στυλιανός - Ιωάννης Τζαγκαράκης, Μάνος Σπυριδάκης
 Ψυχοκοινωνική επιβάρυνση ειδικών πληθυσμιακών ομάδων κατά την πανδημία COVID-19 147

Στυλιανός-Ιωάννης Τζαγκαράκης, Σταματίνα Δούκη, Μάνος Σπυριδάκης
 Τηλεργασία-τηλεκπαίδευση, συνθήκες απασχόλησης και υγεία των εκπαιδευτικών: Ποιοτική έρευνα σε επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Κρήτη κατά τη διάρκεια της πανδημίας της COVID-19 175

Μιχάλης Χριστοδούλου
 Κοινωνιολογία του συναισθήματος και ταυτότητες εκπαιδευτικών. Εμπειρίες ματαίωσης στην εξ αποστάσεως εκπαίδευση την περίοδο της COVID-19 201

Μαρία Βαλασάκη
 Διαδικασίες διάγνωσης και ψυχολογικοποίηση: το παράδειγμα της νεανικής Πάρκινσον 225

Μανόλης Τζανάκης
 Ιατρικοποίηση του σώματος και αναφυχή στην αυτόνομη κατάδυση 247

ΜΕΡΟΣ 3^ο | Η ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Αχιλλέας Κούμπος
 Ιατρική Βασισμένη σε Τεκμήρια (Evidence Based Medicine) 265

Φωτεινή Τζαβέλλα
 Προσεγγίζοντας τις κοινωνικές διαστάσεις της κλινικής έρευνας την εποχή της πανδημίας COVID-19 291

Χρυσή Λαμπίρη, Γιώργος Αλεξιάς, Αλέξανδρος Σακελλαρίου
 Στάσεις απέναντι στην ευθανασία σε ασθενείς τελικού σταδίου και θρησκευτικότητα: Η περίπτωση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας 313

ΜΕΡΟΣ 4^ο | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΜΕΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Διαμάντα Βοσκάκη, Άννα Τσέτουρα

Άτυποι φροντιστές και κοινωνική προστασία: Προβλήματα και προοπτικές 347

Παναγιώτης Γκούβερης

Η υγειονομική ψευδολογία ως καταφύγιο των αδυνάτων. Το παράδειγμα των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας κατά την πανδημική περίοδο 385

Παρασκευή Ρουμελιώτη, Χαραλαμπία Τσαγρή

Εργασιακός εκφοβισμός υπό τη μορφή του mobbing. Η περίπτωση των Τ.ΟΜ.Υ. και Κ.Υ. Πατρών της δης Υ.ΠΕ. 397

Τριανταφυλλιά Ηλιοπούλου, Πηνελόπη Λουκά

Μια ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της ψυχικής υγείας 417

Αναστασία Ζήση, Άννα Βότσκου

Η οπτική του φύλου στην έρευνα, τον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας 437

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο | ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

Χαράλαμπος Οικονόμου

Από τη Σκύλλα στη Χάρυβδη: Η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα σε περιόδους κρίσεων 447

Δάφνη Καϊτελίδου, Όλγα Σίσκου, Πέτρος Γαλάνης, Ολυμπία Κωνσταντακούλου, Χαράλαμπος Οικονόμου

Το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα: Βασικές προκλήσεις και προτεινόμενες στρατηγικές επιλογές για τα επόμενα χρόνια 471

Τζένη Παπαδονικολάκη, Κυριάκος Σουλιώτης

Κοινωνία, πολιτική και μεταρρυθμίσεις υγείας στην Ελλάδα 491

Νικόλαος-Μάριος Δαμιανάκης

Η θεραπευτική διαδικασία στην ψυχική υγεία και την απεξάρτηση: Η οπτική του ελληνικού νομοθετικού πλαισίου 503

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΩΝ 519

Από τη Σκύλλα στη Χάρυβδη: Η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα σε περιόδους κρίσεων

Χαράλαμπος Οικονόμου¹

1. Εισαγωγή

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΕΙΣΗΛΘΕ ΣΕ ΒΑΘΙΑ, διαρθρωτική και πολύπλευρη κρίση το 2010, κύρια χαρακτηριστικά της οποίας ήταν το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα και δημόσιο χρέος, καθώς και η συνεχής υποβάθμιση της ανταγωνιστικής θέσης της χώρας (Desli, Pelagidis 2012). Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, η Ελληνική Κυβέρνηση ζήτησε την ενεργοποίηση ενός μηχανισμού στήριξης και αποδέχθηκε τη διάσωση από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) (και τα τρία γνωστά ως «Τρόικα»), υπογράφοντας ένα αρχικό Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ) το οποίο ξεκίνησε από τον Μάιο του 2010. Η Ελλάδα βρισκόταν μέχρι το τέλος του 2018 στο τρίτο της ΠΟΠ, με συνολική χρηματοδοτική συνδρομή για όλα τα προγράμματα ύψους 290 δισεκατομμυρίων ευρώ (European Commission 2016). Τα ΠΟΠ, βασισμένα σε νεοφιλελεύθερες οικονομικές παραδοχές, στόχευαν στην εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στους τομείς της δημοσιονομικής διαχείρισης και της κρατικής περιουσίας και στην απελευθέρωση της λειτουργίας της αγοράς. Αυτό απαίτησε την εφαρμογή αυστηρών μέτρων λιτότητας, συμπεριλαμβανομένων των περικοπών χρηματοδότησης στην υγειονομική περίθαλψη, την κοινωνική πρόνοια και την εκπαίδευση, την επίτευξη εξοικονόμησης πόρων μέσω μιας αυστηρής εισοδηματικής πολιτικής και μειώσεων μισθών και ημερομισθίων στο δημόσιο καθώς και στον ιδιωτικό τομέα, μειώσεις στις συντάξεις, αυξήσεις της άμεσης και έμμεσης φορολόγησης, ιδιωτικοποίηση των κρατικών επιχειρήσεων, μείωση των επιπέδων αναπλήρωσης του συνταξιοδοτούμενου προσωπικού στον δημόσιο τομέα, απορρύθμιση της αγοράς εργασίας και ευελιξία στις εργασιακές σχέσεις.

Στο πλαίσιο της ευρύτερης οικονομικής κατάστασης, το ελληνικό σύστημα υγείας δέχθηκε πιέσεις και η μεταρρυθμισή του ήταν σαφώς προτεραιότητα που επέβαλε η Τρόικα. Το ερώτημα που τίθεται και σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό το ελληνικό σύστημα υγείας είχε τη δυνατότητα να ανταποκριθεί στην οικονομική κρίση και τους κλυδωνισμούς που επέφερε. Η έννοια της ανθεκτικότητας είναι η κύρια θεωρητική προσέγγιση που θα υιοθετηθεί ως εργαλείο ανάλυσης και η επόμενη ενότητα αποσαφηνίζει τη μεθοδολογική μας επιλογή. Δεχόμενοι ότι η ανθεκτικότητα είναι μια δυναμική διαδικασία, γίνεται επισκόπηση των οικονομικών κοινωνικών και πολιτικών επιπτώσεων της χρηματοπιστωτικής κρίσης και των πολιτικών λιτότητας, προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι προκλήσεις που θέτει στο σύστημα υγείας το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Στη συνέχεια, αξιολογούμε την ανθεκτικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας και προβαίνουμε σε ορισμένες προκαταρκτικές

¹ Καθηγητής, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνιολογίας, economou@panteion.gr

υποθέσεις σχετικά με το εύρος στο οποίο ο βαθμός ανθεκτικότητας στο σοκ που προκάλεσε η οικονομική κρίση επηρέασε στη συνέχεια την ικανότητα του συστήματος υγείας να ανταποκριθεί σε ένα δεύτερο σοκ, την εμφάνιση της COVID-19.

2. Ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας: εννοιολογικές και μεθοδολογικές διευκρινίσεις

Ο ΟΡΟΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΧΕΙ ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΙ σε διάφορους επιστημονικούς κλάδους. Στην κοινωνιολογία της υγείας έχει προσεγγιστεί από δύο οπτικές. Η πρώτη, η οποία περιλαμβάνει την βιολογική και ψυχοκοινωνική προσέγγιση, δίνει έμφαση στις αντιδράσεις του ατόμου προκειμένου να αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί στις μεταβαλλόμενες συνθήκες που προκαλούνται από την αλλαγή των καταστάσεων σωματικής υγείας. Η στενή αυτή θεώρηση όμως, διέπεται από τη νεοφιλελεύθερη αντίληψη ότι το ασθενές άτομο είναι αποκλειστικά υπεύθυνο για την κατάσταση της υγείας του και η δυσκολία του να προσαρμοστεί και να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις θεωρείται ως προσωπική αποτυχία να αλληλεπιδράσει με το υφιστάμενο σύστημα υγείας. Μια δεύτερη, ευρύτερη, κοινωνιολογική προσέγγιση εστιάζει στο κοινωνικοπολιτικό σύστημα μέσα στο οποίο διαμορφώνεται η υγεία και η ασθένεια και εξετάζει το ρόλο των διευρυνόμενων κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων και των άνισων ευκαιριών ζωής που χαρακτηρίζουν τη νεοφιλελεύθερη κυριαρχία. Υπό αυτό το ευρύτερο πρίσμα, η ανθεκτικότητα σχετίζεται με την αλληλεπίδραση μεταξύ του κοινωνικοπολιτικού συστήματος και των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, του συστήματος υγείας και του ατόμου (Walker, Peterson 2017, Sturmberg et al. 2018).

Στο πλαίσιο αυτό, καθίσταται κομβική η έννοια της ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας, προκειμένου αυτό να διασφαλίζει την ισότιμη παροχή επαρκών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε όλους, αυξάνοντας έτσι τις ευκαιρίες ζωής. Το ίδιο το σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι ανθεκτικό και να προσαρμόζεται συνεχώς στα νέα δεδομένα έτσι ώστε να μπορεί να καλύψει τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και να ανταποκριθεί στις μορφές ανισοτιμιών στην υγεία που προκύπτουν από τις κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις (Martin 2018). Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2009 προκάλεσε το ενδιαφέρον των ερευνητών της πολιτικής υγείας και των συστημάτων υγείας καθώς και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, καθώς ανέδειξε το προβληματισμό που διατυπώθηκε παραπάνω. Η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας θεωρήθηκε ως τρόπος ενίσχυσης των συστημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν αυστηρότερους χρηματοδοτικούς περιορισμούς λόγω των μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης και των μεγαλύτερων αναγκών στον τομέα της υγείας. Αν και έχουν γίνει προσπάθειες να αναπτυχθεί το εννοιολογικό πλαίσιο που ορίζει τον όρο με βάση τις προσεγγίσεις για την οργάνωση των συστημάτων υγείας και τις θεωρίες πολυπλοκότητας (Blanchet et al. 2017, Hanefeld et al. 2018) και να μετρηθούν οι κρίσιμες διαστάσεις του (Mayer et al. 2020, Rogers et al. 2021), η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αποκαλύπτει ότι η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας παραμένει συγκεχυμένη και πολυσημική, με αρκετούς ορισμούς να χαρακτηρίζονται από αλληλεπικάλυψη και έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τα όρια της έννοιας (Barasa et al. 2018, Turenne et al. 2019, Fridell et al. 2020, EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment 2020).

Είναι πέρα από το πεδίο της παρούσας εργασίας να προβούμε σε επισκόπηση του θεωρητικού διαλόγου σχετικά με τη διαμόρφωση της έννοιας της ανθεκτικότητας. Για τους σκοπούς της ανάλυσής μας, υιοθετούμε τον ορισμό των Thomas et al. (2020) σύμφωνα με τον οποίο ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα ενός συστήματος υγείας να προετοιμάζεται, να απορροφά, να προσαρμόζεται, να μετασχηματίζεται, να μαθαίνει και να ανακάμπτει από ξαφνικά και σοβαρά σοκ, προκειμένου να εξελιχθεί σε κάτι καλύτερο, ελαχιστοποιώντας έτσι τον αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού και περιορίζοντας τις διαταραχές και τις ασυνέχειες που προκαλούνται στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η ικανότητα αυτή μπορεί να γίνει αντιληπτή ως ένας κύκλος τεσσάρων σταδίων, τα όρια των οποίων, ωστόσο, δεν είναι απόλυτα διακριτά μεταξύ τους αλλά μπορούν να αλληλοεπικαλύπτονται, καθώς πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία. Το πρώτο στάδιο, αυτό της προετοιμασίας, σχετίζεται με το βαθμό ευαλωτότητας του συστήματος υγείας σε κλυδωνισμούς και το κατά πόσο διαθέτει επαρκείς μηχανισμούς ανίχνευσης και εντοπισμού πιθανών επικείμενων προκλήσεων, προκειμένου να σχεδιαστούν οι αναγκαίες δράσεις για την αντιμετώπισή τους. Το δεύτερο στάδιο, της ειδοποίησης και του συναγερμού ότι μια κατάσταση κρίσης και κλυδωνισμού βρίσκεται σε εξέλιξη, σχετίζεται με την ύπαρξη ενός ισχυρού και ολοκληρωμένου μηχανισμού επιτήρησης έτσι ώστε έγκαιρα να γίνει κατανοητή η κρισιμότητα της κατάστασης. Βασική προϋπόθεση εδώ είναι η δυνατότητα συλλογής σε πραγματικό χρόνο ολοκληρωμένων ποιοτικών πληροφοριών για ένα μεγάλο εύρος δεικτών. Το τρίτο στάδιο αφορά στη διαχείριση των επιπτώσεων της κρίσης, την προσαρμογή στις νέες συνθήκες περιορισμένων πόρων και αυξημένων αναγκών και το μετασχηματισμό του συστήματος υγείας, έτσι ώστε να συνεχίσει να ικανοποιεί τους στόχους του. Τέλος, το τέταρτο στάδιο είναι αυτό της ανάκαμψης και της μάθησης. Η κρίση έχει περάσει, υπάρχει επιστροφή σε μια σχετική κανονικότητα, όπου όμως ο αντίκτυπος της κρίσης παραμένει και έχουν συντελεστεί αλλαγές στο ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό περιβάλλον εξαιτίας αυτής. Εδώ το σημαντικό είναι ο εντοπισμός των αλλαγών που έχουν γίνει και το πως αυτές συνεχίζουν να επιδρούν στη λειτουργία και την απόδοση του συστήματος υγείας. Με αυτή την έννοια, η νέα κανονικότητα είναι διαφορετική από την προηγούμενη και πιθανά καθιστά αναγκαίο τον επαναπροσανατολισμό του συστήματος υγείας, την αναδιοργάνωση της χρηματοδότησης και της παροχής των υπηρεσιών υγείας και την εξεύρεση ενός νέου σημείου ισορροπίας μεταξύ διαθέσιμων πόρων και αναγκών του πληθυσμού.

Παρά τη χρησιμότητα που μπορεί να εμφανίζει σε αναλυτικό και ερμηνευτικό επίπεδο, ως προς τη λειτουργία των συστημάτων υγείας σε περιόδους κρίσεων, η εφαρμογή της προσέγγισης της ανθεκτικότητας έχει υποστεί σημαντική κριτική. Ειδικότερα, έχει επικριθεί, πρώτον, ότι αγνοεί τις σχέσεις εξουσίας, τον τρόπο και τη διαδικασία διαμόρφωσης πολιτικής, παραβλέποντας το ευρύτερο ιστορικό, οικονομικό, κοινωνικό, πολιτιστικό και πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ενσωματώνονται τα συστήματα υγείας, δεύτερον, ότι αποτελεί έναν τρόπο βιοπολιτικής διαχείρισης και διακυβέρνησης που επιβάλλει την αποδοχή και τη διατήρηση της νεοφιλελεύθερης καθεστηκυίας τάξης και τρίτον, ότι όντας απολίτικη έννοια, αγνοεί τους κοινωνικοπολιτικούς αγώνες που απαιτούνται για την επίτευξη δίκαιων και ισότιμων συστημάτων υγείας (Van de Pas et al. 2017, Barasa et al. 2017, Topp 2020).

Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω κριτική, η διερεύνηση της ελληνικής περίπτωσης θα πρέπει να εξεταστεί λαμβάνοντας υπόψη τέσσερις πραγματικότητες (Economou et al. 2015, Economou et al. 2017, Economou 2018, Economou, Panteli 2019). Πρώτον, η

ένταση και η διάρκεια του σοκ που αντιμετώπισε η ελληνική οικονομία και κοινωνία ήταν προϊόν σκόπιμων επιλογών της Τρόικας και προϋποθέσεων των ΠΟΠ. Ορισμένα μέτρα που προβλέπονταν στα Μνημόνια και επιβλήθηκαν είχαν σοβαρές παρενέργειες που δεν ελήφθησαν επαρκώς υπόψη. Δεύτερον, το εθνικό πολιτικό σύστημα, τουλάχιστον κατά το πρώτο μισό της δεκαετίας του 2010, υποτάχθηκε πλήρως στις απαιτήσεις της Τρόικας εφαρμόζοντας νεοφιλελεύθερες πολιτικές. Η εφαρμογή του νεοφιλελεύθερου «δόγματος σοκ» κάτω από τους αυστηρούς μεταρρυθμιστικούς στόχους και τα χρονοδιαγράμματα που επέβαλαν οι διεθνείς πιστωτές, οδήγησε στον κίνδυνο η πολιτική υγείας να εκφυλιστεί σε μια διαμάχη ανταγωνιστικών ιδεολογιών που προκλήθηκε από τα ΠΟΠ αντί για μια πολιτική ευημερίας βασισμένη σε τεκμήρια που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Τρίτον, η αξιολόγηση της ανθεκτικότητας του ελληνικού συστήματος φροντίδας υγείας γίνεται υπό το πρίσμα όχι των στόχων των ΠΟΠ για την προώθηση της δημοσιονομικής εξυγίανσης, αλλά της εφαρμογής πολιτικών που μπορούν να προωθήσουν τους στόχους των συστημάτων υγείας που περιγράφονται στην τυπολογία που έχει υιοθετήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) (WHO 2007): βελτίωση του επιπέδου υγείας, προστασία έναντι των οικονομικών κινδύνων, ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και καθολική πληθυσμιακή κάλυψη. Τέταρτον, τα ανταγωνιστικά συμφέροντα και οι στόχοι διαφόρων δρώντων παραγόντων που επηρεάζουν τομείς και επίπεδα του συστήματος υγείας καθόρισαν επίσης τα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας του ελληνικού συστήματος υγείας. Δεδομένου του ιατροκεντρικού χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), υφίσταται κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος σε όλες τις μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας, έχοντας τη δυνατότητα να αντισταθεί σε οποιαδήποτε αλλαγή που θα μπορούσε να επηρεάσει τη δεσπόζουσα θέση του. Αυτό είναι εμφανές, για παράδειγμα, στη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) του 2017. Η αντίθεση που εξέφρασε ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ) έθεσε εμπόδια στην πλήρη εφαρμογή της μεταρρύθμισης που πρόσφατα ανακάλεσε η νεοφιλελεύθερη κυβέρνηση της χώρας.

Το ζήτημα που τίθεται αφορά τις δυνάμεις στην πολιτική και την κοινωνία που δραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση ή όχι ενός βιώσιμου δημόσιου συστήματος υγείας ως μέρος ενός ικανού κράτους πρόνοιας, λαμβάνοντας υπόψη τον αυστηρό και δεσμευτικό δημοσιονομικό συντονισμό στο πλαίσιο, όχι μόνο των προϋποθέσεων και των περιορισμών των διεθνών πιστωτών αλλά και της οικονομικής διακυβέρνησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (π.χ. Δίπτυχο, Εξάπτυχο, Δημοσιονομικό Σύμφωνο, Μνημόνια κ.λπ.).

3. Οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής κρίσης και των πολιτικών λιτότητας στην Ελλάδα: εσωτερική υποτίμηση και κατακερματισμός του κομματικού συστήματος

ΑΠΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΨΗΣ, μπορούν να γίνουν τέσσερις παρατηρήσεις σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της εφαρμογής των ΠΟΠ κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Πρώτον, τα ΠΟΠ περιείχαν ορισμένα σφάλματα υπολογισμού, υποτιμώντας τις επιπτώσεις των απαιτήσεων δημοσιονομικής εξυγίανσης στην οικονομική ανάπτυξη, μη λαμβάνοντας δεόντως υπόψη την αξία της νομισματικής επέκτασης και των επενδύσεων κατά τη διάρκεια της ύφεσης (Blanchard, Leigh 2013,

Christodoulakis 2013). Δεύτερον, λιγότερο από το 5% (9,7 δισ. ευρώ) της χρηματοδοτικής συνδρομής που ελήφθη στα δύο πρώτα ΠΟΠ συνέβαλε άμεσα στον δημοσιονομικό προϋπολογισμό, ενώ το υπόλοιπο ποσό χρησιμοποιήθηκε για πληρωμές χρέους και τόκων, διασώσεις τραπεζών και για την παροχή κινήτρων στους επενδυτές στον ιδιωτικό τομέα (Rocholl, Stahmer 2016). Τρίτον, τα ΠΟΠ δεν έχουν προωθήσει επαρκώς την ανάκαμψη από την ύφεση (Mavridakis et al. 2015), καθώς η χώρα δεν έχει ακόμη επιστρέψει στο προ της κρίσης επίπεδο ανάπτυξης. Ενδεικτικά της κατάστασης είναι τα στοιχεία του Πίνακα 1. Το ΑΕΠ μειώθηκε σε τρέχουσες τιμές από 224,1 δισ ευρώ το 2010 σε 174,5 δισ ευρώ το 2016 και μετά από μια μικρή αύξηση κατά την διάρκεια της περιόδου 2017-19, μειώθηκε κατά 9,8% το 2020. Η πραγματική οικονομία βρίσκεται σε ύφεση από το 2010 ενώ το ΑΕΠ συρρικνώθηκε, κυρίως λόγω της απότομης πτώσης των επενδύσεων και της μείωσης της δημόσιας και ιδιωτικής κατανάλωσης. Ο λόγος του χρέους προς το ΑΕΠ συνέχισε να αυξάνεται από 147,5% το 2010 σε 206,3% το 2020 και το συνολικό κρατικό ισοζύγιο παρέμεινε αρνητικό μεταξύ των ετών 2010 και 2015 (η ετήσια αναλογία του ελλείμματος κυμάνθηκε από 2,5% έως 11,7% του ΑΕΠ).

Πίνακας 1. Οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες, Ελλάδα, 2010-2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές (δισ. ευρώ)	224,1	203,3	188,4	179,9	177,2	176,4	174,5	176,9	179,6	183,3	165,3
Αύξηση ΑΕΠ % (σε τρέχουσες τιμές)	-5,6	-9,3	-7,3	-4,5	-1,5	-0,5	-1,1	1,4	1,5	2,1	-9,8
Συνολική εγχώρια ζήτηση (% μεταβολής)	-7,2	-12,9	-9,1	-4,1	0,2	0,8	0,4	0,8	1,4	1,1	-3,5
Δημόσια κατανάλωση (% μεταβολής)	-4,2	-7,0	-4,9	-6,4	-1,2	2,7	-0,1	-1,1	-3,5	1,7	2,6
Ιδιωτική κατανάλωση (% μεταβολής)	-6,5	-8,7	-7,6	-3,4	-0,1	-0,3	-0,6	2,5	1,7	1,8	-7,9
Ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου (% μεταβολή)	-19,3	-25,4	-21,7	-6,6	-3,2	0,2	2,3	8,5	-4,3	-3,3	-0,3
Ακαθάριστο δημόσιο χρέος (% του ΑΕΠ)	147,5	175,2	162,0	178,2	180,3	176,7	180,5	179,5	186,4	180,7	206,3
Δημοσιονομικό έλλειμμα (% του ΑΕΠ)	-11,7	-10,8	-6,3	-2,5	-3,7	-3,1	0,0	0,6	1,0	1,1	-10,1
Αμοιβή εξαρτημένης εργασίας ανά μισθωτό (% μεταβολής)	-2,6	-2,3	-2,0	-7,1	-4,5	-0,6	-3,7	1,5	-3,8	0,6	-0,7
Ποσοστό απασχόλησης	46,7	43,3	39,5	37,7	38,1	39,0	39,9	40,9	41,9	43,0	42,7
Συνολικό ποσοστό ανεργίας (%)	12,7	17,8	24,3	27,3	26,4	24,9	23,5	21,4	19,3	17,3	16,4
Μακροχρόνια άνεργοι (% ανέργων)	44,6	49,3	59,1	67,1	73,6	73,1	72,0	72,7	70,3	70,3	66,5
Ποσοστό πληθυσμού που διατρέχει κίνδυνο φτώχειας (%) πριν από τις κοινωνικές μεταβιβάσεις	23,8	24,8	26,8	28,0	26,0	25,5	25,2	24,0	23,2	23,2	23,6
Ποσοστό πληθυσμού που διατρέχει κίνδυνο φτώχειας (%) μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις	20,1	21,4	23,1	23,1	22,1	21,4	21,2	20,2	18,5	17,9	17,7
Ποσοστό πληθυσμού που διατρέχει κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (%)	27,7	31,0	34,6	35,7	36,0	35,7	35,6	34,8	31,8	30,0	28,9
Ανισοκατανομή εισοδήματος σε πεμπτημόρια (S80/S20)	5,6	6,0	6,6	6,6	6,5	6,5	6,6	6,1	5,5	5,1	5,2
Υλική στέρεση (% του πληθυσμού)	24,1	28,4	33,7	37,3	39,5	39,9	38,5	36,0	33,5	30,2	32,7
Νοικοκυριά (%) με κεντρική θέρμανση	73,1	72,1	55,7	38,1	35,4	39,7	41,5	41,3	52,8	51,3	67,2

Πηγές: ΕΛΣΤΑΤ 2022α και 2022β.

Τέταρτον, η οικονομική κρίση και η εφαρμογή των ΠΟΠ συνέπεσαν με αξιοσημείωτες κοινωνικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης της σημαντικής μείωσης της απασχόλησης και των εισοδημάτων των νοικοκυριών, καθώς και της αύξησης των ανισοτήτων, της φτώχειας και της κοινωνικής πόλωσης (Koutsogeorgopoulou et al. 2014, Giannitsis, Zografakis 2015, Zografakis, Sarris 2015). Κατά συνέπεια, έχουν εκφραστεί ανησυχίες σε σχέση με τον αντίκτυπο των μέτρων λιτότητας στην κοινωνική πρόνοια, την υγεία, την επαρκή στέγαση, καθώς και στα δικαιώματα των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού (United Nations Human Rights Council 2016). Καθ' όλη τη δεκαετία του 2010, η ετήσια μείωση των αμοιβών εξαρτημένης εργασίας ανά μισθωτό κυμάνθηκε από 0,7% έως 7,1%, με εξαίρεση τα έτη 2017 και 2019 (Πίνακας 1). Στο αποκορύφωμα της κρίσης, το 2013, το ποσοστό απασχόλησης έφτασε στο χαμηλότερο σημείο του (37,7%) και η ανεργία έφτασε το 27,3%, εκ της οποίας το 67,1% ήταν μακροχρόνια ανεργία. Επιπλέον, το 28% του ελληνικού πληθυσμού αντιμετώπιζε κίνδυνο φτώχειας πριν από τις κοινωνικές μεταβιβάσεις και το 23,1% αντιμετώπιζε κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, γεγονός που καταδεικνύει την αναποτελεσματικότητα των προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας. Επιπροσθέτως, το 35,7% του πληθυσμού διέτρεχε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού και το 37,3% βρισκόταν σε κατάσταση υλικής στέρησης. Η ανισότητα στην κατανομή του εισοδήματος αυξήθηκε επίσης καθώς ο δείκτης μεριδίου πεμπτημορίου εισοδήματος (S80/S20) ανήλθε σε 6,6 το 2013 από 5,6 το 2010. Ο πληθυσμός που είχε την οικονομική δυνατότητα επαρκούς θέρμανσης της κατοικίας μειώθηκε από 73,1% το 2010 σε 38,1% το 2013. Αν και ορισμένοι από τους προαναφερθέντες κοινωνικούς δείκτες βελτιώθηκαν μετά το 2015, εξακολουθούν να υστερούν σε σχέση με την περίοδο πριν από την κρίση.

Στην πολιτική σφαίρα, η οικονομική κρίση αποσταθεροποίησε τη διακυβέρνηση και επέφερε δραματικό κατακερματισμό του κομματικού συστήματος, αποδυναμώνοντας τα κυρίαρχα κόμματα του ΠΑΣΟΚ και της Νέας Δημοκρατίας, ενισχύοντας ταυτοχρόνως την άνοδο του αριστερού ΣΥΡΙΖΑ και της ακροδεξιής Χρυσής Αυγής καθώς και άλλων μικρότερων κομμάτων. Μεταξύ των ετών 2010 και 2015, διεξήχθησαν τέσσερις εκλογές (τον Μάιο του 2012, τον Ιούνιο του 2012, τον Ιανουάριο του 2015 και τον Σεπτέμβριο του 2015) και όλες οι κυβερνήσεις ήταν δικομματικοί ή τρικομματικοί συνασπισμοί.

Στο παραπάνω δυσμενές οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον, που χαρακτηρίζεται από το νεοφιλελεύθερο «δόγμα σοκ», τα ερωτήματα που τέθηκαν είναι πόσο καλά ήταν προετοιμασμένο το ελληνικό σύστημα υγείας για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που επιβλήθηκαν και σε ποιο βαθμό ανέκαμψε από την κρίση, προκειμένου να ελαχιστοποιήσει τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προκλήθηκαν στην παροχή επαρκών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Αυτά τα ερωτήματα έχουν μεγάλη σημασία ειδικά λαμβάνοντας υπόψη την ανθεκτικότητα που θα μπορούσε να επιδείξει στη συνέχεια το σύστημα υγείας υπό το βάρος του κορωνοϊού. Σε ποιο βαθμό το σύστημα υγείας της χώρας είχε τα αποθέματα ανθεκτικότητας προκειμένου να αντιμετωπίσει δύο διαδοχικές κρίσεις μέσα σε μια δεκαετία; Ένα άλλο ζήτημα ανησυχίας που αναδεικνύουν τα δεδομένα του Πίνακα 1 είναι η σύνδεση της ανθεκτικότητας της κοινωνίας και του συστήματος υγείας (Saulnier et al. 2021). Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να διερευνηθεί ο βαθμός ανθεκτικότητας της αποδυναμωμένης ελληνικής κοινωνίας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και η έκταση στην οποία αυτή περιόρισε την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας (Οικονόμου 2018α).

4. Οι αντιδράσεις του συστήματος υγείας στην οικονομική κρίση²

ΣΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ παρουσιάζονται οι μεταρρυθμίσεις που επήλθαν στο ελληνικό σύστημα υγείας κατά τη δεκαετία του 2010, έχοντας ως βάση τα δομικά στοιχεία που ορίζει το πλαίσιο του ΠΟΥ (2007) για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας. Μπορούν να συνοψιστούν σε τέσσερις κατηγορίες: (α) ασφαλιστική κάλυψη υγείας, μηχανισμοί χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών, (β) παροχή υπηρεσιών υγείας, (γ) ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας και (δ) ιατρικά προϊόντα.

4.1 Ασφαλιστική κάλυψη, πρόσβαση και οικονομική προστασία

Μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας εισήχθη τον Μάρτιο του 2011 με την ενοποίηση του μεγάλου αριθμού κλάδων υγείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που λειτουργεί ως μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Οι δέσμες παροχών των συγχωνευθέντων στον ΕΟΠΥΥ ταμείων τυποποιήθηκαν και ενοποιήθηκαν σε μια, με βάση τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ. Πραγματοποιήθηκε μείωση των καλυπτόμενων παροχών και από το 2014 επιβλήθηκαν ανώτατα όρια στις δραστηριότητες των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών (στις επισκέψεις, στην αξία των συνταγογραφούμενων φαρμάκων καθώς και στη συνταγογράφηση διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων). Αυτό σημαίνει ότι οι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ που χρειάζονται ιατρική επίσκεψη ή ιατρική συνταγή θα πρέπει είτε να βρουν γιατρό που δεν έχει φτάσει τα ανώτατα όριά του είτε θα πρέπει να καταβάλλουν οι ίδιοι άμεσες πληρωμές. Επιπλέον, σε σχέση με την οδοντιατρική περίθαλψη, θεωρητικά, το σχήμα του ΕΟΠΥΥ για δημόσια κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών προβλεπόταν να ξεκινήσει τον Ιανουάριο του 2014. Οι ασφαλισμένοι θα δικαιούνταν θεραπεία και αποζημίωση τόσο για προληπτικές υπηρεσίες όσο και για κλινική θεραπεία, καθώς και για προσθετική, με ελευθερία επιλογής οδοντιάτρου από το δίκτυο συμβεβλημένων παρόχων. Ωστόσο, λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών και των περικοπών στις δημόσιες δαπάνες υγείας, το σχήμα αυτό δεν έχει ακόμη ξεκινήσει.

Η οικονομική κρίση – και η πλήρης απορρύθμιση της αγοράς εργασίας μέσω ευέλικτων πολιτικών εργασιακών σχέσεων και απολύσεων που υπαγορεύθηκαν από τα Μνημόνια – αύξησε την ανεργία στην Ελλάδα και είχε ως αποτέλεσμα, σύμφωνα με το Εθνικό Μητρώο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, περισσότεροι από 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι να χάσουν το δικαίωμα κοινωνικής ασφάλισης της υγείας τους. Πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση αυτής της εξέλιξης καθυστέρησαν να αναληφθούν και τα μέτρα που εφαρμόστηκαν κατά την περίοδο 2013-15 ήταν ασυντόνιστα, ανεπαρκή, γραφειοκρατικά και στιγμιαιστικά για τους δικαιούχους. Ως εκ τούτου, νέα νομοθεσία τέθηκε σε ισχύ τον Αύγουστο του 2016 από την αριστερή κυβέρνηση του ΣΥΡΙΖΑ (Συνασπισμός Ριζοσπαστικής Αριστεράς) που παρείχε πρόσβαση στη φροντίδα για τους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα, των παιδιών, των εγκύων και των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, ανεξάρτητα από το ασφαλιστικό τους καθεστώς.

² Η ενότητα αυτή βασίζεται στα ακόλουθα κείμενα: Economou et al. 2015, Economou et al. 2017, Economou, 2018, Economou, Panteli 2019, Οικονόμου 2018α, Οικονόμου 2018β, Οικονόμου 2019.

Σύμφωνα με τα Μνημόνια, η Ελλάδα ήταν υποχρεωμένη να διατηρήσει τις δημόσιες δαπάνες υγείας κάτω από το 6% του ΑΕΠ. Η επιβολή περιορισμών στις δημόσιες δαπάνες υγείας και η ταυτόχρονη μείωση του ΑΕΠ που παρατηρήθηκε από το 2010 και μετά (από 224,1 δις ευρώ το 2010 σε 165,3 δις ευρώ το 2020) (Πίνακας 1), σημαίνουν ότι ο δημόσιος τομέας της υγείας κλήθηκε να καλύψει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με μειωμένους οικονομικούς πόρους. Μεταξύ των ετών 2010 και 2018 οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώθηκαν από 6,6% σε 4,8% του ΑΕΠ. Από την άλλη, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία αυξήθηκαν από 31,1% το 2010 σε 42,4% το 2014 και παρόλο που το μερίδιό τους μειώθηκε τα επόμενα χρόνια, παραμένει υψηλότερο σε σύγκριση με το 2010 (βλ. Πίνακα 2).

Οι υφιστάμενες συμμετοχές των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας και οι συμπληρωμές αυξήθηκαν και εισήχθησαν νέες με στόχο την αύξηση των εσόδων και τον περιορισμό της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Το 2011 επιβλήθηκε αύξηση της συμμετοχής των πολιτών από 3 σε 5 ευρώ για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τα κέντρα υγείας (καταργήθηκε το 2015), ενώ το 2012 θεσπίστηκε τέλος ασθενούς ύψους 25 ευρώ για την εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο (ανακλήθηκε το 2014) και επιβλήθηκε η πληρωμή 1 ευρώ για κάθε συνταγή που εκδίδεται στο πλαίσιο του ΕΣΥ (το 2016 εισήχθησαν εξαιρέσεις όσον αφορά το τέλος συνταγογράφησης του 1 ευρώ για την ανακούφιση ευάλωτων ομάδων). Το 2011 εισήχθησαν επίσης αυξήσεις στη συμμετοχή στα φάρμακα. Για πολλά φάρμακα, η συμμετοχή αυξήθηκε από 0% σε 10% και για άλλα από 0% σε 25%. Επιπλέον, ο ασθενής χρεώνεται τη διαφορά μεταξύ της λιανικής τιμής και της ασφαλιστικής τιμής αποζημίωσης του φαρμάκου. Τον Απρίλιο του 2014, οι κλήσεις για ραντεβού με οποιονδήποτε γιατρό στο πλαίσιο του Εθνικού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΕΔΥ) ανατέθηκαν σε ιδιωτικές τηλεφωνικές εταιρείες, με χρεώσεις που κυμαίνονταν από 0,95 έως 1,65 ευρώ ανά λεπτό, αυξάνοντας έτσι την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών. Από αυτή την άποψη, θετική εξέλιξη αποτέλεσε η ανάπτυξη από την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) της εφαρμογής e-RDV που ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2017, δίνοντας τη δυνατότητα στους ασθενείς να κλείνουν ηλεκτρονικά δωρεάν ραντεβού.

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

Πίνακας 2. Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα 2010-20 (σε εκατ. ευρώ)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Σύνολο δαπανών υγείας (ΣΔΥ)	21.508,30	18.690,70	16.811,40	15.178,60	13.986,40	14.497,60	14.742,60	14,391,4	14.580,50	15.031,30	15,719,6
ΣΔΥ ως % του ΑΕΠ	9,6	9,2	8,9	8,4	7,9	8,2	8,5	8,1	8,1	8,2	9,5
Δημόσιες δαπάνες υγείας (ΔΔΥ)	14.820,50	12.280,40	11.113,20	9.423,00	8.050,3	8.470,20	9.050,00	8.715,00	8.634,00	9.246,20	9.719,80
ΔΔΥ ως % του ΑΕΠ	6,6	6	5,9	5,2	4,5	4,8	5,2	4,9	4,8	5,1	5,9
ΔΔΥ ως % ΣΔΥ	68,9	65,7	66,1	62,1	57,6	58,4	61,4	60,6	59,2	61,5	61,8
Γενική κυβέρνηση	6.475,40	4.202,30	5.082,10	4.638,60	4.210,50	4.087,60	4.519,00	3.985,00	3.916,00	4.108,60	4,428,3
Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης	8.345,10	8.078,10	6.031,10	4.784,40	3.839,8	4.382,50	4.531,00	4.730,00	4.718,00	5,137,6	5,291,5
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας	6.683,70	6.375,60	5.673,70	5.630,90	5.753,60	5.793,80	5.654,90	5.650,70	5.927,10	5.765,30	5,976,0
Ιδιωτική ασφάλιση	605,6	551,8	554,8	509,7	550,7	569,7	597	614,4	666,4	708,4	719,6
Άμεσες πληρωμές νοικοκυριών	6.078,00	5.823,80	5.118,90	5.121,20	5.202,90	5.224,10	5.057,90	5.036,30	5.260,70	5.057,00	5.256,40
Προγράμματα χρηματοδότησης αλλοδαπής (μη μόνιμοι κάτοικοι)	4,2	34,8	24,5	124,7	182,6	233,7	37,7	25,7	19,4	19,8	23,8

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2022γ.

Ένα άλλο ζήτημα που πρέπει να εξεταστεί είναι οι συμπληρωμές που θεσπίστηκαν για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ το 2012. Ενώ η περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία είναι δωρεάν, η θεραπεία σε ιδιωτικές κλινικές συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ προϋποθέτει συμμετοχή των ασφαλισμένων που κυμαίνεται από 30% έως 50% του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλείου (DRG-KEN), του νέου συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων που εφαρμόστηκε τον Ιανουάριο του 2013 και την καταβολή του 100% της αμοιβής του γιατρού. Ομοίως, για τις κλινικές εξετάσεις που παρέχονται δωρεάν σε δημόσιες εγκαταστάσεις, ο ασθενής υποχρεούται να καταβάλει συμμετοχή 15% σε περίπτωση επίσκεψης σε ιδιωτικό εργαστήριο συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ. Αυτό υπονομεύει την ισότητα πρόσβασης, ιδιαίτερα σε περιοχές όπου λόγω της αδυναμίας των δημόσιων δομών να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες, οι ασθενείς αναγκάζονται να χρησιμοποιούν συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες παρόχους.

Όσον αφορά τους μηχανισμούς αποζημίωσης των παρόχων υπηρεσιών υγείας, τα ΠΟΠ ώθησαν την Ελλάδα να αντικαταστήσει το ημερήσιο νοσήλιο των νοσοκομείων με μέθοδο που βασίζεται στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες, σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (ένα έτος) προκειμένου να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να εξορθολογιστεί η κατανομή των πόρων. Κατά συνέπεια, το νέο σύστημα DRG-KEN, όπως ονομάστηκε, αντιμετώπισε ορισμένα σημαντικά προβλήματα. Η τιμολόγηση δεν βασίστηκε στο πραγματικό κόστος και σε κλινικά πρωτόκολλα, αλλά σε έναν συνδυασμό κοστολόγησης βάσει δραστηριότητας με δεδομένα από επιλεγμένα δημόσια νοσοκομεία και τους λεγόμενους εισαγόμενους συντελεστές στάθμισης κόστους. Επιπλέον, δεν συμπεριλήφθηκε το μισθολογικό κόστος των απασχολούμενων στα νοσοκομεία, καθώς αυτό καταβάλλεται απευθείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Μέχρι στιγμής, έχουν γίνει τέσσερις αναθεωρήσεις του συστήματος και κατά τη στιγμή της σύνταξης του παρόντος κειμένου, βρίσκεται σε εξέλιξη μια συνολική αναδιαμόρφωσή του.

4.2 Παροχή υπηρεσιών υγείας

Το 2014 ψηφίστηκε νομοθεσία, με στόχο την ανάπτυξη ενός Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), αποτελούμενου από κέντρα υγείας, πολυϊατρεία ασφαλιστικών ταμείων και συμβεβλημένους ιδιώτες επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με το Νόμο 4238/2014 όλες οι δημόσιες δομές ΠΦΥ εντάχθηκαν στη δικαιοδοσία των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ). Επιπλέον, ο νόμος εισήγαγε ένα σύστημα παραπομπής που βασιζόταν σε γενικούς ιατρούς. Ωστόσο, η στελέχωση των μονάδων ΠΕΔΥ παρέμεινε προσανατολισμένη σε γιατρούς ειδικοτήτων και δεν τέθηκε σε ισχύ ο θεσμός του γενικού ιατρού και των παραπομπών. Σε γενικές γραμμές, η εφαρμογή της μεταρρύθμισης ήταν αρκετά αργή λόγω των περιορισμών σε ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους και της κυριαρχίας μιας μάλλον δημοσιονομικής διαχειριστικής προσέγγισης. Μια νέα μεταρρύθμιση της ΠΦΥ εισήχθη τον Αύγουστο του 2017. Σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία (Νόμος 4486/2017), οι υπηρεσίες ΠΦΥ θα παρέχονταν σε ένα πρώτο επίπεδο από τις τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ) που θα λειτουργούσαν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής στελεχωμένες από διεπιστημονικές ομάδες υγείας, καθώς και από ιδιώτες επαγγελματίες υγείας συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Στο δεύτερο επίπεδο, οι υπηρεσίες ΠΦΥ θα παρέχονταν από κέντρα υγείας, με σκοπό την παροχή εξειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για όλους τους ασθενείς που θα παραπέμπονταν από τις ΤΟΜΥ. Επιπλέον, σε κάθε ΥΠΕ θα συστήνονταν κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια που θα παρείχαν υπηρεσίες εργαστηρι-

ακών εξετάσεων και απεικονιστικής διάγνωσης και εξειδικευμένα κέντρα φροντίδας που θα παρείχαν εξειδικευμένη φροντίδα, ειδική εκπαίδευση, υπηρεσίες φυσιοθεραπείας και αποκατάστασης. Η εγγραφή των ασθενών στις ΤΟΜΥ και η θεσμοθέτηση διαδικασίας παραπομπής αποτελούσαν μέρος του νέου πλαισίου παροχής φροντίδας υγείας. Αναμενόταν επίσης να καταρτιστεί ηλεκτρονικός φάκελος υγείας.

Ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας αποτέλεσε βασικό στόχο των μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών στο πλαίσιο των ΠΟΠ. Τον Ιούλιο του 2011 η κυβέρνηση ανακοίνωσε ένα σχέδιο για τη μείωση του αριθμού των κλινών των δημοσίων νοσοκομείων και τη μείωση του αριθμού των κλινικών και των ειδικών μονάδων. Τα διοικητικά συμβούλια των δημοσίων νοσοκομείων αντικαταστάθηκαν από συνολικά 83 συμβούλια υπεύθυνα για τη διοίκηση όλων των νοσοκομείων. Ο συνολικός αριθμός κλινών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μειώθηκε από 38.115 το 2009 σε 29.550 το 2016. Ο αριθμός των ιατρικών τμημάτων και μονάδων μειώθηκε κατά 600 και το προσωπικό των νοσοκομείων μειώθηκε κατά 15.000. Επιπροσθέτως, διατέθηκαν 500 κλίνες δημοσίων νοσοκομείων για κατά προτεραιότητα χρήση από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για τους πελάτες τους. Επιπλέον, επρόκειτο να γίνουν αλλαγές στη χρήση οκτώ μικρών νοσοκομείων, τα οποία υποτίθεται ότι θα μετατρέπονταν σε αστικά κέντρα υγείας, μονάδες υποστήριξης και ανακουφιστικής φροντίδας και νοσοκομεία για βραχυχρόνια νοσηλεία και αποκατάσταση. Ωστόσο, η πρόοδος στην υλοποίηση της αναδιάρθρωσης αυτών των οκτώ νοσοκομείων ήταν περιορισμένη.

4.3 Το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας

Ακόμη και πριν από την κρίση, τα επίπεδα στελέχωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και άλλων εργαζόμενων στον τομέα της υγείας (εξαιρουμένων των ιατρών) ήταν ήδη πολύ χαμηλά στην Ελλάδα. Επιδεινώνοντας αυτό το πρόβλημα, μετά τα Μνημόνια, πολλοί επαγγελματίες υγείας αποφάσισαν να συνταξιοδοτηθούν για να αποφύγουν επικείμενες μειώσεις και να εξασφαλίσουν καλύτερες συντάξεις, με αποτέλεσμα τη χειροτέρευση των επιπέδων στελέχωσης των δημοσίων δομών υγείας.

Οι μισθοί του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα ήταν από τους χαμηλότερους στην ΕΕ ακόμη και πριν από την κρίση. Ωστόσο, στην προσπάθεια μείωσης του κόστους εισροών του συστήματος υγείας, το 2010 εφαρμόστηκαν περικοπές μισθών σε όλο το προσωπικό των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένου του διοικητικού, του ιατρικού, του νοσηλευτικού, του φαρμακευτικού και του παραϊατρικού προσωπικού (12% τον Ιανουάριο του 2010 και ένα επιπλέον 8% τον Ιούνιο του 2010). Επίσης, καταργήθηκαν σχεδόν όλες οι επιπλέον αμοιβές του υγειονομικού δυναμικού. Στην πράξη, πραγματοποιήθηκαν τρεις τύποι περικοπών μισθών: οριζόντιες περικοπές μέσω αυξήσεων στους φόρους και την επιβολή ειδικής εισφοράς αλληλεγγύης, περικοπές μέσω της εισαγωγής ενός νέου ενιαίου μισθολογίου για όλους τους υπαλλήλους του δημόσιου τομέα και περικοπές μέσω μειώσεων στο «ειδικό μισθολόγιο» των ιατρών. Πέραν τούτου, δεν εφαρμόστηκαν τα προγραμματισμένα πρωμ παραγωγικότητας βάσει επιδόσεων, καθώς δεν τέθηκαν τιμές-στόχοι, ούτε πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις του προσωπικού.

Άλλα μέτρα για το εργατικό δυναμικό που αποσκοπούσαν στη μείωση του κόστους περιλάμβαναν τη μη ανανέωση των συμβάσεων έκτακτου και επικουρικού προσωπικού που απασχολούνταν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και τη μείωση των επιπέδων αναπλήρωσης του συνταξιοδοτούμενου προσωπικού (για κάθε πέντε άτομα που συνταξιοδοτούνταν μόνο ένα άτομο διοριζόταν).

4.4 Ιατρικά προϊόντα

Στον φαρμακευτικό τομέα ελήφθησαν επίσης ορισμένα μέτρα με στόχο τη συγκράτηση του κόστους και την ενίσχυση της αποδοτικότητας. Συνολικά, επιδιώχθηκε η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω της μείωσης των τιμών, της αύξησης των εκπτώσεων και των επιστροφών που επιβλήθηκαν σε ιδιωτικά φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες τόσο για τα νοσοκομειακά όσο και για τα εξωνοσοκομειακά φάρμακα, την προώθηση της ευρύτερης χρήσης των γενόσημων φαρμάκων και, σε κάποιο βαθμό, τον έλεγχο του όγκου της κατανάλωσης μέσω μεθόδων όπως οι μηχανισμοί ελέγχου των συνταγών και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Επιπλέον, θεσπίστηκαν η θετική λίστα αποζημιούμενων από την κοινωνική ασφάλιση υγείας φαρμάκων και η αρνητική λίστα μη αποζημιούμενων φαρμάκων, το 2011 και το 2012, αντίστοιχα. Μια λίστα μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων εισήχθη επίσης το 2012, η οποία περιείχε πολλά φάρμακα που μέχρι τότε αποζημιώνονταν από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά τώρα οι ασθενείς έπρεπε να καταβάλουν ίδιες πληρωμές για την αγορά τους. Τέλος, πολύ ακριβά φάρμακα άρχισαν να παρέχονται μόνο μέσω του ΕΟΠΥΥ και των φαρμακείων των δημόσιων νοσοκομείων. Ένα σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για τους ιατρούς έγινε υποχρεωτικό το 2012, επιτρέποντας την παρακολούθηση της συνταγογραφικής τους συμπεριφοράς καθώς και των προτύπων χορήγησης των φαρμακοποιών. Ταυτόχρονα, το 2012 εκδόθηκαν κατευθυντήριες γραμμές συνταγογράφησης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, από το 2014 έχουν καθοριστεί προϋπολογισμοί συνταγογράφησης για τους ιατρούς και έχει προωθηθεί η χρήση γενόσημων φαρμάκων.

5. Η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης

ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ του κύκλου σοκ που περιέγραψαν οι Thomas et al. (2020), το οποίο σχετίζεται με το πόσο ανοιχτό ή ευάλωτο είναι ένα σύστημα σε κλυδωνισμούς, μπορεί να υποστηριχθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας δεν ήταν καλά προετοιμασμένο για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που επέβαλε η οικονομική κρίση, δεδομένου ότι υπέφερε από πολυδιάστατα διαρθρωτικά προβλήματα (Econoμou, Giorno 2009, Econoμou 2010, Οικονόμου 2012). Η διακυβέρνηση χαρακτηριζόταν από υψηλό βαθμό συγκεντρωτισμού στη λήψη αποφάσεων και στις διοικητικές διαδικασίες, μη βέλτιστες διοικητικές δομές που δεν διέθεταν επαρκή συστήματα διαχείρισης πληροφοριών και συχνά στελεχώνονταν από προσωπικό χωρίς επαρκείς δεξιότητες διαχείρισης, σχεδιασμού ή συντονισμού και περιορισμένη διαχειριστική και διοικητική ικανότητα. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας δεν βασιζόταν στην αποτίμηση των αναγκών, σε μηχανισμούς καθορισμού προτεραιοτήτων ή στην αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Η χρηματοδότηση ήταν αντίστροφα προοδευτική, με υψηλές ιδιωτικές άμεσες πληρωμές. Το αναχρονιστικό, αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης και η προβληματική τιμολόγηση δημιουργούσαν κίνητρα για προκλητή ζήτηση από τους προμηθευτές. αύξηση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, εκτεταμένη παραοικονομία και απέτρεψε τον περιορισμό του κόστους. Το παλαιό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας ήταν κατακερματισμένο, αποτελούμενο από πολλά ταμεία και παρόχους, με ποικίλες οργανωτικές και διοικητικές δομές που προσέφεραν υπηρεσίες οι οποίες δεν ήταν συντονισμένες μεταξύ τους με αποτέλεσμα την ταυτόχρονη ύπαρξη αλληλοεπικαλύψεων και κενών. Αυτό

είχε ως αποτέλεσμα διαφορές στην κάλυψη του πληθυσμού, στα ποσοστά εισφορών και στις δέσμες παροχών, που σε συνδυασμό με την απουσία συστήματος παραπομπής και αποτελεσματικών μηχανισμών προσανατολισμού των ασθενών στο σύστημα υγείας παρήγαγαν μη αποδοτικές διαδικασίες, αναποτελεσματικές λειτουργίες και συσσώρευση μεγάλων χρεών. Επιπλέον, η υπερπροσφορά ιατρών ειδικοτήτων συνυπήρχε με την υποπροσφορά γενικών ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Σε συνδυασμό με την άνιση και μη αποδοτική περιφερειακή κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων και των υποδομών υγείας, η κατακερματισμένη κάλυψη είχε οδηγήσει σε ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επιπροσθέτως, η φαρμακευτική βιομηχανία δημιουργούσε κίνητρα για προκλητή ζήτηση, επηρεάζοντας τους ιατρούς να συνταγογραφούν περισσότερα φαρμακευτικά προϊόντα από όσα ήταν αναγκαία. Οι προηγούμενες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε τομείς όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία και η ενισχυμένη συνεργασία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, απέτυχαν να αποφέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα ή δεν υλοποιήθηκαν πλήρως. Αυτές οι διαρθρωτικές αδυναμίες δημιούργησαν ένα σύστημα υγείας ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις και απροετοίμαστο να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού.

Ο μηχανισμός ειδοποίησης και συναγερμού για την έναρξη της περιόδου σοκ και κλυδωνισμού ήταν σχεδόν ανύπαρκτος. Μια πρόκληση αποτέλεσε το χαμηλό επίπεδο διοικητικής ικανότητας και η αδυναμία του γραφειοκρατικού μηχανισμού του δημόσιου συστήματος υγείας να εισαγάγει διοικητικές μεταρρυθμίσεις και να ολοκληρώσει επιτυχώς σύνθετα καθήκοντα. Η έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας και, κατά συνέπεια, η αδυναμία αξιολόγησης της απόδοσης, η απουσία σχετικών τεχνικών δεξιοτήτων και τα κενά στη ροή πληροφοριών μεταξύ των διαφόρων δημόσιων υπηρεσιών δημιούργησαν συνθήκες αντίστασης στην αλλαγή. Δημιούργησε επίσης μια οργανωτική κουλτούρα που στερούνταν την εμπειρία της τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, απουσίαζε ένα ισχυρό σύστημα επιτήρησης και έγκαιρης προειδοποίησης, η ικανότητα συλλογής έγκαιρων, πλήρων, τακτικών και καλής ποιότητας πληροφοριών σχετικά με ένα ευρύ φάσμα δεικτών ήταν περιορισμένη και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και τα διοικητικά στελέχη του τομέα υγείας δεν ήταν σε θέση ή ίσως δεν ήθελαν(;) να συνειδητοποιήσουν ότι ένα σοκ και μια κρίση ήταν προ των πυλών. Για παράδειγμα, από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 σχεδιάστηκε μια προσπάθεια για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας ως μέσου ορθολογικής κατανομής των πόρων υγείας, αλλά δεν υλοποιήθηκε. Κατά συνέπεια, το ελληνικό σύστημα υγείας υπέφερε από την άνιση και αναποτελεσματική κατανομή των οικονομικών, ανθρώπινων και υλικών πόρων. Το 2010 ξεκίνησε μια νέα πρωτοβουλία για την ανάπτυξη του Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας μαζί με μια φόρμουλα για την κατανομή των πόρων υγείας, λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα καθώς και τις υπάρχουσες υπηρεσίες, αλλά κατά τη στιγμή της σύνταξης του παρόντος κειμένου, ο Χάρτης δεν είναι ακόμη πλήρως λειτουργικός. Ένα άλλο παράδειγμα είναι η εφαρμογή το 2012 του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ, το οποίο διαχειρίζεται η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Έως τότε υπήρχαν περιορισμένα στοιχεία για τις δαπάνες υγείας ανά χρηματοδοτικό σχήμα, πάροχο ή είδος υπηρεσίας.

Το τρίτο στάδιο του κύκλου σοκ που σχετίζεται με τις επιπτώσεις και τη διαχείριση των κλυδωνισμών, στην περίπτωση της Ελλάδας, συμπίπτει με την περίοδο 2010-2014 και χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το σύστημα υγείας υπέστη τεράστιο αριθμό

αλλαγών σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Ως εκ τούτου, τα μεταρρυθμιστικά βήματα που αποτελούσαν προϋποθέσεις για περαιτέρω αλλαγές δεν είχαν χρόνο να ωριμάσουν πριν από την εισαγωγή νέων μέτρων. Το περιεχόμενο και η διαδικασία των μεταρρυθμίσεων είχαν κυρίως τεχνοκρατικό/διαχειριστικό χαρακτήρα, δίνοντας έμφαση σε μέτρα περιορισμού του κόστους και οριζόντιες περικοπές παρά σε μια πιο εκλεπτυσμένη προσέγγιση, με ανεπαρκή συνεκτίμηση της ευρύτερης λειτουργίας του συστήματος υγείας και των αναγκών υγείας του πληθυσμού, υπονομεύοντας έτσι τους στόχους του συστήματος υγείας (Economou et al. 2015, Economou et al. 2017, Economou 2018, Οικονόμου 2019). Το αποτέλεσμα ήταν η μείωση του εύρους των καλυπτόμενων υπηρεσιών, η μείωση της πληθυσμιακής κάλυψης και αυξήσεις στην οικονομική επιβάρυνση των ασθενών τη στιγμή χρήσης βασικών υπηρεσιών υγείας, η αύξηση του χρόνου αναμονής για τη λήψη των αναγκαίων υπηρεσιών, οριζόντιες περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας, περικοπές στους μισθούς του υγειονομικού δυναμικού, μειωμένα επίπεδα αναπλήρωσης του συνταξιοδοτούμενου προσωπικού και διαρροή επαγγελματιών υγείας σε ξένες αγορές εργασίας. Αντιστρόφως, τα μέτρα που ήταν πιθανό να προωθήσουν τους στόχους του συστήματος υγείας ήταν περιορισμένα και, σε πολλές περιπτώσεις, ανεπαρκώς σχεδιασμένα ή δεν εφαρμόστηκαν ποτέ. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τη θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ ως ενιαίου πληρωτή για την ενίσχυση της συνολοποίησης των κινδύνων, την εισαγωγή του συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (KEN-DRG) για την αποζημίωση των δημόσιων νοσοκομείων και τη μείωση των τιμών για τα φαρμακευτικά προϊόντα σε συνδυασμό με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Για παράδειγμα, από τη σύγκριση του όγκου και της αξίας των πωλήσεων φαρμάκων κατά την περίοδο 2009-2015 προκύπτει ότι η μείωση του συνολικού κύκλου εργασιών αντανακλούσε κυρίως μειώσεις των τιμών και μικρή μόνο μείωση του όγκου συσκευασιών. Επιπροσθέτως, παραμελήθηκε μια σειρά βασικών επιλογών πολιτικής όπως, η σύναψη στρατηγικών συμβάσεων για αγορές σε συνδυασμό με μηχανισμούς λογοδοσίας, η ενσωμάτωση της αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας σε διαφανείς διαδικασίες λήψης αποφάσεων, η λήψη μέτρων δημόσιας υγείας για τη μείωση του βάρους των ασθενειών, η υποκατάσταση της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας από μορφές ανοικτής φροντίδας, η ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε συντονισμό με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη και την κοινωνική φροντίδα, η μείωση του διοικητικού κόστους με παράλληλη διατήρηση της ικανότητας διαχείρισης του συστήματος υγείας και οι δημοσιονομικές πολιτικές για τη διεύρυνση των δημόσιων εσόδων. Επίσης, ένα σύστημα υγείας με επίκεντρο τον ασθενή, διαμορφωμένο με βάση τη διάσταση πολίτης-ασθενής, ήταν εκτός του πεδίου εφαρμογής της δέσμης αλλαγών του πρώτου κύματος μεταρρυθμίσεων. Είτε σκόπιμα είτε ακούσια, οι επιπτώσεις των μέτρων που θεσπίστηκαν δεν παρακολούθηθηκαν ούτε αποτιμήθηκαν επαρκώς για την περαιτέρω διαμόρφωση της πολιτικής (Economou, Panteli 2019). Η μεταρρυθμιστική διαδικασία προκάλεσε αρνητικές συνέπειες όπως ο περιορισμός της πρόσβασης στην περίθαλψη και τα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα, η αύξηση των απαιτήσεων για άτυπες πληρωμές λόγω των περικοπών στους ήδη χαμηλούς μισθούς των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στον δημόσιο τομέα, της χαμηλής αποζημίωσης ανά επίσκεψη των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και των ανώτατων ορίων που επιβλήθηκαν στις δραστηριότητές τους, όπως επίσης και η μετανάστευση πολλών νέων και καλά εκπαιδευμένων ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, σε χώρες του εξωτερικού, ως αποτέλεσμα της επιδείνωσης των αμοιβών και των συνθηκών εργασίας (Economou et al. 2014, Economou 2015).

Η περίοδος 2015-2019 θα μπορούσε να θεωρηθεί ως το στάδιο της ανάκαμψης και της μάθησης. Μετά την εκλογή της νέας αριστερής κυβέρνησης, τα παραμελημένα ζητήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω ήρθαν στο προσκήνιο της ατζέντας πολιτικής για την υγεία, αξιοποιώντας τις αυξανόμενες ανησυχίες για την επίτευξη καθολικής κάλυψης του πληθυσμού και τη μείωση των εμποδίων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Econoμου, Panteli 2019, Οικονόμου 2019). Νομοθεσία του 2016 προέβλεπε την ελεύθερη πρόσβαση στην περίθαλψη για τους ανασφάλιστους Έλληνες και τους μετανάστες και την κατάργηση ορισμένων κατηγοριών συμμετοχής στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Το νέο σύστημα ΠΦΥ που εισήχθη το 2017 ενσωμάτωσε τις θεμελιώδεις αρχές του ΠΟΥ και αναμενόταν να οδηγήσει στην καλύτερη πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας και πιο ορθολογική και αποδοτική χρήση των υφιστάμενων υπηρεσιών και πόρων, ως αποτέλεσμα της μείωσης των περιττών εισαγωγών σε νοσοκομείο μέσω καλά οργανωμένων διαδικασιών παραπομπής. Το 2018 συστάθηκε η Επιτροπή για την Αξιολόγηση και την Αποζημίωση Φαρμακευτικών Προϊόντων Ανθρώπινης Χρήσης ως πρώιμος μηχανισμός αποτίμησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Η νομοθεσία που ψηφίστηκε το 2017 για την ΠΦΥ ενίσχυσε το ρόλο των ασθενών, ορίζοντας ότι ο κοινωνικός έλεγχος θα πρέπει να διεξάγεται, μεταξύ άλλων, μέσω ερευνών με τις οποίες οι πολίτες αξιολογούν τις υπηρεσίες που έχουν λάβει και ότι τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών, ως μέρος μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης. Η δέσμευση για την ενδυνάμωση της φωνής των ασθενών αντικατοπτρίζεται επίσης σε νομοθεσία του 2016, η οποία προβλέπει την ίδρυση Γραφείου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Αποδεκτών Υπηρεσιών Υγείας σε κάθε νοσοκομείο. Επιπροσθέτως, εκπονήθηκαν, τεκμηριωμένα με στοιχεία, εθνικά στρατηγικά σχέδια για την αντιμετώπιση των ανισορροπιών του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού και την αναδιοργάνωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

6. Η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας στην εποχή της COVID-19

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΠΟΠ επηρέασαν άμεσα το ελληνικό σύστημα υγείας (Kentikelenis 2017, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2021). Πρώτον, τα μέτρα λιτότητας επέβαλαν τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας με αρνητικές επιπτώσεις στον όγκο και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στο τέλος της δεκαετίας του 2010 υπήρχαν κατά μέσο όρο 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, πολύ κάτω από τις 5,3 κλίνες που αντιστοιχούσαν στο σύνολο της ΕΕ. Δεύτερον, η ασφαλιστική κάλυψη υγείας και η πρόσβαση σε υπηρεσίες μειώθηκαν μέσω αυξήσεων της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας και των συμπληρωμών, μειώσεων των καλυπτόμενων κινδύνων και επιβολής ανώτατων ορίων στη χρήση των υπηρεσιών. Η μεγάλη εξάρτηση από τις άμεσες δαπάνες σημαίνει ότι μεγάλο ποσοστό των νοικοκυριών αντιμετωπίζει καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, το οποίο αυξήθηκε από 7% το 2010 σε 8,9% το 2019. Τρίτον, οι άνθρωποι πόροι για την υγεία έχουν επηρεαστεί μέσω του παγώματος των προσλήψεων, των περικοπών μισθών και της διαρροής εγκεφάλων σε άλλες χώρες. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σύμφωνα με στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθήνας, κατά την τελευταία δεκαετία έχουν φύγει από την Ελλάδα πάνω από 20.000 ιατροί. Τέταρτον, οι προαναφερθείσες επιπτώ-

σεις των ΠΟΠ στο σύστημα υγείας της χώρας είχαν αρνητικές αλυσιδωτές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και στις ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες. Κατά την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα ανέφερε επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική περίθαλψη σταθερά υψηλότερα από εκείνα της ΕΕ στο σύνολό της, ενώ το 2019 κατέγραψε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο στην ΕΕ μετά την Εσθονία (8,1% του ελληνικού πληθυσμού ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω κόστους, απόστασης μετάβασης ή χρόνων αναμονής σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 1,7%).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω ευρήματα της ανάλυσής μας, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ικανότητα ανθεκτικότητας του ελληνικού συστήματος υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης ήταν ιδιαίτερα περιορισμένη και το σύστημα δεν μετατράπηκε σε κάτι καλύτερο. Επιπροσθέτως, τα τελευταία δύο χρόνια, μετά τη Σκύλλα (το εξακέφαλο τέρας που έφαγε έξι από τους άνδρες του Οδυσσέα: η Τρόικα και τα τρία Μνημόνια) το ελληνικό σύστημα υγείας έπρεπε να αντιμετωπίσει τη Χάρυβδη (μια γιγαντιαία δίνη που ρουφούσε τα πάντα: COVID-19). Το ελληνικό σύστημα υγείας, βαθιά πληγωμένο από την ύφεση και τη λιτότητα της περιόδου 2010-2019, διέθετε ανεπαρκείς πόρους για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της επιδημίας COVID-19. Αν και θεσπίστηκαν ορισμένα θετικά μέτρα, ιδίως σε σχέση με την ανάπτυξη ψηφιακών υπηρεσιών υγείας (τηλε-συμβουλευτική και ηλεκτρονική συνταγογράφηση), άλλα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν περιστασιακά με στόχο την κάλυψη αναδυόμενων αναγκών του συστήματος υγείας αλλά όχι με δομημένο τρόπο, υποδεικνύοντας τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθενούς ανθεκτικότητας στην ικανότητα ταχείας ανταπόκρισης του συστήματος υγείας στις αυξημένες ανάγκες (Therrien et al. 2017). Τα μέτρα αυτά περιλάμβαναν (Economou et al. 2021, Waitzberg et al. 2021): μετατροπή Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) σε μονάδες αποκλειστικά για τη νοσηλεία περιστατικών COVID-19, μετατροπή Μονάδων Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) και άλλων κλινών σε ευέλικτες ΜΕΘ, δημιουργία συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την αγορά υπηρεσιών ΜΕΘ από τον ιδιωτικό τομέα, επίταξη ιδιωτικών κλινικών, ανακατανομή υγειονομικού δυναμικού που εργαζόταν στον δημόσιο νοσοκομειακό τομέα και τοποθέτησή του σε ειδικά καθορισμένους θαλάμους COVID-19 καθώς και μετακίνηση προσωπικού από δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε νοσοκομεία, χρησιμοποίηση επαγγελματιών από τις ένοπλες δυνάμεις, απασχόληση ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών έως 2 μήνες με δυνατότητα παράτασης της συνεργασίας για άλλους 2 μήνες. Το ζήτημα που προκύπτει από το γεγονός ότι η κυβέρνηση επέλεξε να εφαρμόσει περιστασιακά μέτρα αντί να αναπτύξει μια ολοκληρωμένη και καλά σχεδιασμένη στρατηγική ανθρώπινων πόρων για την υγεία, καθώς και ένα σχέδιο για την αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού τομέα, είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ποιότητα της περίθαλψης υπό την αύξηση του φόρτου των ασθενών έτυχε λιγότερης προσοχής. Ενδεικτικά είναι τα αποτελέσματα έρευνας που υπογραμμίζει ότι η ενδονοσοκομειακή θνητότητα διασωληνωμένων ασθενών με COVID-19 στην Ελλάδα επηρεάστηκε αρνητικά από το υψηλό φορτίο ασθενών και την αυξημένη πίεση που δέχτηκαν τα νοσοκομεία, καθώς και από τις περιφερειακές ανισότητες (Lytras, Tsiodras 2022).

Λόγω της αύξησης της ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες, τα νοσοκομεία έλαβαν εντολή με Υπουργική Απόφαση να αναθεωρήσουν τον προγραμματισμό των χειρουργικών τους περιστατικών ώστε να εξυπηρετούν μόνο επείγοντα περιστατικά και αναβλήθηκαν όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Μόνο οι ογκολογικές υπηρεσίες και οι δομές επειγόντων περιστατικών

παρέμειναν σε λειτουργία. Η διακοπή των υπηρεσιών, οι καθυστερήσεις στην αντιμετώπιση περιστατικών και η συσσώρευση εκκρεμοτήτων οδήγησαν σε υπερβολικούς θανάτους από ασθένειες εκτός COVID-19, αντιπροσωπεύοντας το μεγαλύτερο μέρος της υπερβάλλουσας θνησιμότητας που αναφέρθηκε στη χώρα. Η απότομη πανελλαδική μείωση στη χρήση βασικών δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας υποδηλώνει ότι οι υπερβάλλοντες θάνατοι εκτός COVID-19 στην Ελλάδα πιθανότατα σχετίζονται με την ανεπαρκή αντιμετώπιση χρόνιων ή απειλητικών για τη ζωή παθήσεων (Kondilis et al. 2021b).

Ένα ακόμη εμπόδιο για την ανθεκτικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας προκειμένου να απορροφήσει και να προσαρμοστεί στο πανδημικό σοκ, να αποφύγει την κατάρρευση και να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού ήταν τα κενά δεδομένων που αφορούν στην COVID-19. Τα ελάχιστα σύνολα δεδομένων που παρείχε η ελληνική κυβέρνηση δεν ήταν αρκετά στρωματοποιημένα (π.χ. αναφορά κρουσμάτων και θανάτων ανά επάγγελμα, εθνικότητα, φυλή, ταχυδρομικό κώδικα) προκειμένου να αποκαλυφθούν ανισότητες και να επιτευχθεί επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα στον έλεγχο της επιδημίας σε τοπικό επίπεδο (Kondilis et al. 2021a).

Επιπροσθέτως, έγιναν βήματα προς τα πίσω, καθιστώντας εμφανή την επίδραση του πολιτικού κύκλου στην ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας. Αυτό που έδειξε η COVID-19 ήταν η σημασία του δημόσιου τομέα στη διαχείριση μιας πανδημικής κρίσης. Κατέδειξε επίσης την αναγκαιότητα ενός καλά αναπτυγμένου ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ και υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Αντί να ενισχύσει το δίκτυο των ΤΟΜΥ, το οποίο ενσωμάτωνε τις αρχές του ΠΟΥ για την ολοκληρωμένη φροντίδα, η νεοφιλελεύθερη κυβέρνηση ψήφισε νέο νόμο το 2022 (Ν. 4931/2022) αντικαθιστώντας το σύστημα ΠΦΥ που εισήχθη το 2017, με ένα μοντέλο συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ). Όλοι οι ενήλικες υποχρεούνται να εγγραφούν σε προσωπικό ιατρό που θα τους καθοδηγεί στο ΕΣΥ και θα λειτουργεί ως πυλωρός για τις υπηρεσίες υγείας. Η επιλογή των ασφαλισμένων μπορεί να γίνει μεταξύ ιατρών που υπηρετούν σε δημόσιες δομές ΠΦΥ ή ιδιωτών ιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ. Ωστόσο, ο αριθμός των ιατρών στις δημόσιες μονάδες δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού και οι ιδιώτες ιατροί, μέχρι στιγμής, εμφανίζονται απρόθυμοι να υπογράψουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ. Το πιο σημαντικό όμως είναι η ατομικιστική φιλοσοφία πίσω από το μοντέλο των ΣΔΙΤ που προωθείται από τη νέα νομοθεσία, η οποία έρχεται σε αντίθεση με την προσανατολισμένη στην κοινότητα, ολοκληρωμένη και βασισμένη στην ομαδική πρακτική, φιλοσοφία που τα ΤΟΜΥ προσπάθησαν να εισαγάγουν και είναι λιγότερο αποτελεσματική να ανταποκριθεί στις προκλήσεις μιας πανδημίας.

Ακόμα μια περιοριστική εξέλιξη ήταν ότι τον Μάρτιο του 2022 εισήχθησαν σημαντικές αλλαγές όσον αφορά τη δέσμη των καλυπτόμενων υπηρεσιών για τους ανασφάλιστους πολίτες. Σύμφωνα με τον Νόμο 4865/2021, από τον Ιούλιο του 2022, μόνο οι ιατροί του δημόσιου συστήματος υγείας μπορούν να παραπέμπουν ανασφάλιστους και όσους ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες για διαγνωστικές και ιατρικές εξετάσεις καθώς και να συνταγογραφούν φάρμακα για αυτούς. Πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι εξαιρούνται τα παιδιά και ορισμένες κατηγορίες ατόμων με αναπηρία. Σε κάθε περίπτωση όμως, η εξέλιξη αυτή θέτει σημαντικό εμπόδιο για τους ανασφάλιστους, δεδομένων των προκλήσεων που αντιμετωπίζει το δημόσιο σύστημα υγείας, οι οποίες προκαλούν προβλήματα ως προς την ισοτιμία και την προσβασιμότητα σε όλο το σύστημα υγείας, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές.

7. Συμπέρασμα

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ένα σύστημα υγείας είναι οι επαρκείς οικονομικοί και ανθρώπινοι πόροι, οι κατάλληλες εγκαταστάσεις, οι καλά παρακινούμενοι επαγγελματίες υγείας, μία ολοκληρωμένη δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών, επαρκή συστήματα διαχείρισης και πληροφόρησης και αποτελεσματική ηγεσία για την κινητοποίηση και τον συντονισμό όλων των διαθέσιμων πόρων (Thomas et al. 2020). Αυτό δεν ισχύει για την Ελλάδα (Athanasakis et al. 2022). Η αποτελεσματική διαχείριση περιορίζεται από τον αναποτελεσματικό συντονισμό της περίθαλψης, τις ημιτελείς μεταρρυθμίσεις και την ελάχιστη παρακολούθηση της πορείας και των επιπτώσεών τους, τη μη συστηματική διαδικασία συμμετοχής των ενδιαφερόμενων μερών στη λήψη αποφάσεων και την περιορισμένη διαδικασία άσκησης τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας χαρακτηρίζεται από χαμηλές δημόσιες δαπάνες, υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και υπερβολικές δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη και φαρμακευτικά προϊόντα. Η διαθεσιμότητα των ανθρώπινων πόρων δεν είναι η βέλτιστη, με ποσοτικές και ποιοτικές ανισορροπίες μεταξύ επαγγελμάτων και ειδικοτήτων υγείας (υψηλή κατά κεφαλήν πυκνότητα ιατρών και οδοντιάτρων και χαμηλή κατά κεφαλήν πυκνότητα νοσηλευτών και μαιών), ελλείψεις σε συγκεκριμένες ειδικότητες (επείγουσα ιατρική, γενική ιατρική, εντατική θεραπεία) και άνιση γεωγραφική κατανομή. Το σύστημα αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας παραμένει αδύναμο όσον αφορά τις διαδικασίες για τη λήψη αποφάσεων και μέχρι πρόσφατα υπήρχε περιορισμένη χρήση και ικανότητα των συστημάτων και μητρώων επιχειρησιακής ευφυΐας. Η παροχή υπηρεσιών βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στα νοσοκομεία, η μακροχρόνια φροντίδα είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένη και οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας και η ΠΦΥ εξακολουθούν να βρίσκονται σε δεύτερη μοίρα.

Μια πιθανή εξήγηση για την αδύναμη ανθεκτικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η συσχέτιση της ανθεκτικότητας όχι μόνο με τα συγκεκριμένα ειδικά ελλείμματα του συστήματος και τις συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων, αλλά και με το πολιτικό πλαίσιο και τη θεσμική θεωρία. Όπως προτείνουν οι Ewert et al. (2023), η ιστορική εξέλιξη, οι θεσμικές εξαρτήσεις και η συγκεκριμένη σε κάθε χώρα δόμηση των υπηρεσιών, πρέπει να ληφθούν υπόψη προκειμένου να αποτιμηθεί και να αξιολογηθεί η εφαρμογή πολιτικών προσανατολισμένων στην ανθεκτικότητα. Η ικανότητα επίδειξης ανθεκτικότητας πρέπει να αξιολογείται στο πλαίσιο των συμφερόντων και της ισχύος των δρώντων εταίρων που δραστηριοποιούνται εντός του συστήματος υγείας. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα, η ενίσχυση της ΠΦΥ και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας δεν ήταν η απάντηση στην οικονομική κρίση, ούτε καν στην επιδημιολογική κρίση. Δεδομένου του ιατροκεντρικού και νοσοκομειακού χαρακτήρα του εθνικού συστήματος υγείας, υπάρχει η κυρίαρχη επίδραση του ιατρικού επαγγέλματος σε όλες τις μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας, όντας σε θέση να αντισταθεί σε οποιαδήποτε αλλαγή που μπορεί να επηρεάσει τη θέση τους (Οικονόμου 2019). Αυτό, σε συνδυασμό με την κυριαρχία του νεοφιλελεύθερου δόγματος και την επιδίωξη ιδιωτικοποίησης του τομέα υγείας, οδήγησε σε ανατροπή όποιων θετικών βημάτων είχαν γίνει κατά το στάδιο της μάθησης του κύκλου ανθεκτικότητας που περιεγράφηκε παραπάνω. Η σημασία της πολιτικής διαδικασίας είναι επίσης προφανής, όπως έδειξε η διαχείριση του συστήματος υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, λαμβάνοντας υπόψη την κατεύθυνση των πολιτικών που εφαρμόστηκαν μετά το 2010 και τον

ρόλο που διαδραμάτισε στο εσωτερικό θεσμοθετημένο πλαίσιο η παρέμβαση διεθνών οργανισμών. Η παρέμβαση της ΕΕ στη διαμόρφωση των μεταρρυθμίσεων του τομέα της υγείας στην Ελλάδα κατέστη ισχυρή, χαρακτηριζόμενη από την υιοθέτηση σκληρών μηχανισμών εξευρωπαϊσμού, όπου η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις της ΕΕ συναρτήθηκε άμεσα με την απαίτηση αποπληρωμής των χορηγούμενων από την Τρόικα δανείων. Η νέα «συνταγή» μεταρρυθμίσεων της ΕΕ επιδίωξε τη δημοσιονομική λιτότητα, την εσωτερική υποτίμηση και τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, με αποτέλεσμα την αποδυνάμωση του ελληνικού κράτους πρόνοιας. Ο ρόλος της πολιτικής διαδικασίας αναδείχθηκε και κατά τη διάρκεια της συγκυριακής, ευκαιριακής συντηρητικής βιοπολιτικής διαχείρισης της COVID-19, όπως δείχθηκε στην ενότητα 6 του κειμένου και στην τρέχουσα τάση ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας που επιχειρείται, παρά τις ανεπάρκειες που επέδειξε ο ιδιωτικός τομέας στη διαχείριση της πανδημίας. Σε αυτό το πλαίσιο, ο βαθμός ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα μπορεί να γίνει κατανοητός κυρίως υπό το πρίσμα των σχέσεων εξουσίας και λιγότερο ως εσωτερικό ποιοτικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας καθαυτού.

Βιβλιογραφία

- Athanasakis, K., Karampli, E., Agorastos G., and Kyriopoulos, I. 2022. *Sustainability and resilience in the Greek health system*. London: Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR). Διαθέσιμο στο: <https://www.phssr.org/reports> (Προσπελάστηκε: 12 Δεκεμβρίου 2022).
- Barasa, E.W., Cloete, K. and Gilson, L. 2017. From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy and Planning*, 32(Suppl. 3): iii91-iii94. Διαθέσιμο στο: https://academic.oup.com/heapol/article/32/suppl_3/iii91/4621482 (Προσπελάστηκε: 5 Σεπτεμβρίου 2022).
- Barasa, E.W., Mbau, R. and Gilson, L. 2018. What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *IJHPM*, 7(6): 491-503. Διαθέσιμο στο: https://www.ijhpm.com/article_3460_c345c9e12775645b1d1f07d2d4dacdd8.pdf (Προσπελάστηκε: 7 Αυγούστου 2022).
- Blanchard, O. and Leigh, D. 2013. Growth forecast errors and fiscal multipliers. *IMF Working Paper WP/13/1*. Washington DC: International Monetary Fund. Διαθέσιμο στο: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2013/wp1301.pdf> (Προσπελάστηκε: 11 Μαΐου 2022).
- Blanchet, K., Nam, S.L., Ramalingam, B. and Pozo-Martin, F. 2017. Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *IJHPM*, 6(8): 431-435. Διαθέσιμο στο: https://www.ijhpm.com/article_3341_584592a481c4ea14e0c478eb0baac2d5.pdf (Προσπελάστηκε: 22 Ιουνίου 2022).
- Christodoulakis, N. 2013. From Grexit to growth: on fiscal multipliers and how to end recession in Greece. *National Institute Economic Review*, 224: 66–76.
- Desli, E. and Pelagidis, T. 2012. Greece's sudden faltering economy: from boom to bust with special reference to the debt problem. In, P. Arestis and M. Sawyer (eds), *The Euro crisis*, New York: Palgrave Macmillan.

- Economou, C. 2018. *Greece's healthcare system and the crisis: A case study in the struggle for a capable welfare state*. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 17(Supplement 1): 7-26. Διαθέσιμο στο: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/246/206> (Προσπελάστηκε: 22 Μαρτίου 2022).
- Economou, C. 2015 *Barriers and Facilitating Factors in Access to Health Services in Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Διαθέσιμο στο: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf (Προσπελάστηκε: 22 Μαρτίου 2022).
- Economou, C., 2010. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(7): 1-180. Διαθέσιμο στο: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/greece-health-system-review-2010> (Προσπελάστηκε: 26 Μαρτίου 2022).
- Economou, C. and Giorno, C. 2009. Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics Department Working Papers, No 722, Paris: OECD. Διαθέσιμο στο: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/221250170007.pdf?expires=1620032768&id=id&accname=guest&checksum=401C69E4101990426BE14BDB-DAB596C5> (Προσπελάστηκε: 24 Μαρτίου 2022).
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. 2017. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition* 19(5): 1-192. Διαθέσιμο στο: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf (Προσπελάστηκε: 26 Μαρτίου 2022).
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O. and Zafiropoulou, M. 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): 99-115. Διαθέσιμο στο: <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/SCAD/article/view/8880> (Προσπελάστηκε: 29 Μαρτίου 2022).
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A. and Sissouras, A. 2015. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In A. Maresso et al. (eds), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/economic-crisis-health-systems-and-health-in-europe-country-experience-study> (Προσπελάστηκε: 14 Απριλίου 2022).
- Economou, C., Kaitelidou, D., Konstantakopoulou, O. and Vildiridi, V. 2021. COVID-19 policy responses for Greece. *COVID-19 Health System Response Monitor*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hstrm/hstrm-countries/hstrm/greece> (Προσπελάστηκε: 30 Σεπτεμβρίου 2022).
- Economou, C. and Panteli, D. 2019. *Monitoring and Documenting Systemic and Health Effects of Health Reforms in Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Διαθέσιμο στο: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/394526/Monitoring-Documenting_Greece_eng.pdf (Προσπελάστηκε: 29 Απριλίου 2022)
- ΕΛΣΤΑΤ 2022α. *Η Ελληνική οικονομία*. Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή. Διαθέσιμο στο: https://www.statistics.gr/documents/20181/17775450/greek+economy_07-10-2022.pdf/3de93836-7c10-fa4b-09d2-ca6d16078e10 (Προσπελάστηκε: 10 Οκτωβρίου 2022)

- ΕΛΣΤΑΤ 2022β. *Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή. Διαθέσιμο στο: https://www.statistics.gr/documents/20181/17768614/LivingConditionsInGreece_0922.pdf/f40b1167-6b48-462d-5cf6-7174ed6b3bb0 (Προσπελάστηκε: 15 Σεπτεμβρίου 2022).
- ΕΛΣΤΑΤ 2022γ. *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2020*. Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/en/statistics/-/publication/SHE35/> (Προσπελάστηκε: 1 Σεπτεμβρίου 2022).
- European Commission 2016. *Financial assistance to Greece*, Publications Office of the European Union. Luxembourg: Publications Office of the EU. Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/greek_loan_facility/index_en.htm (Προσπελάστηκε: 10 Μαΐου 2022).
- EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) 2020. *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*. Luxembourg: Publications Office of the EU. Διαθέσιμο στο: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/2020_resilience_en_0.pdf (Προσπελάστηκε: 17 Φεβρουαρίου 2022).
- Ewert, B., Wallenburg, I., Winblad, U. and Bal, R. 2023. Any lessons to learn? Pathways and impasses towards health system resilience in post-pandemic times. *Health Economics, Policy and Law*, 18(1): 66-81. doi:10.1017/S1744133122000238. Διαθέσιμο στο: <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/any-lessons-to-learn-pathways-and-impasses-towards-health-system-resilience-in-postpandemic-times/84088D52DDD9C5C8C1249B90D5C5EFEE#> (Προσπελάστηκε: 5 Ιανουαρίου 2022).
- Fridell, M., Edwin S., Von Schreeb, J. and Saulnier, D.D. 2020. Health system resilience: What are we talking about? A scoping review mapping characteristics and keywords. *IJHPM*, 9(1): 6-16. Διαθέσιμο στο: https://www.ijhpm.com/article_3665_2afd0b-4c4196e5eca4f528b562969ec0.pdf (Προσπελάστηκε: 3 Μαρτίου 2022).
- Giannitsis, T. and Zografakis, S. 2015. *Greece: solidarity and adjustment in time of crisis*. Düsseldorf: Macroeconomic Policy Institute of the Hans-Boeckler-Foundation. Διαθέσιμο στο: https://www.boeckler.de/pdf/p_imk_study_38_2015.pdf (Προσπελάστηκε: 6 Ιουλίου 2022).
- Hanefeld, J., Mayhew, S., Legido-Quigley, H., et al. 2018. Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy and Planning*, 33(3): 355-367. Διαθέσιμο στο: <https://academic.oup.com/heapol/article/33/3/355/4794875> (Προσπελάστηκε: 5 Μαρτίου 2022).
- Kentikelenis, A. 2017. Structural adjustment and health: A conceptual framework and evidence on pathways. *Social Science and Medicine* 187: 296-305.
- Kondilis, E., Papamichail, D., Gall, V. and Benos A. 2021a. COVID-19 data gaps and lack of transparency undermine pandemic response. *Journal of Public Health*, 43(2): e307–e308. Διαθέσιμο στο: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab016> (Προσπελάστηκε: 27 Μαρτίου 2022).
- Kondilis, E., Tarantilis, F. and Benos A. 2021a. Essential public healthcare services utilization and excess non-COVID-19 mortality in Greece. *Public Health*, 198: 85-88. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350621002596?via%3Dihub> (Προσπελάστηκε: 27 Φεβρουαρίου 2022).

- Koutsogeorgopoulou, V., Matsaganis, M., Leventi, C. and Schneider, J.D. 2014. Fairly sharing the social impact of the crisis in Greece. *OECD Economics Department Working Paper 1106*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Διαθέσιμο στο: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jzb6vwk338x-en.pdf?expires=1667379808&id=id&accname=guest&checksum=00F04F99D59E756046104CCFFCED1830> (Προσπελάστηκε: 14 Μαΐου 2022).
- Lytras, T. and Tsiodras, S. 2022. Total patient load, regional disparities and in-hospital mortality of intubated COVID-19 patients in Greece, from September 2020 to May 2021. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(6): 671-675. Διαθέσιμο στο: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/14034948211059968> (Προσπελάστηκε: 5 Μαΐου 2022).
- Martin, C.M. 2018. Resilience and health(care): A dynamic adaptive perspective. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24: 1319–1322. Διαθέσιμο στο: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.13043> (Προσπελάστηκε: 27 Σεπτεμβρίου 2022).
- Mayer, D., Bishai, D., Ravi, S., et al. 2020. A checklist to improve health system resilience to infectious disease outbreaks and natural hazards. *BMJ Global Health*, 5: e002429. Διαθέσιμο στο: <https://gh.bmj.com/content/5/8/e002429> (Προσπελάστηκε: 11 Απριλίου 2022).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2021. *Greece: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, Brussels: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/greece-country-health-profile-2021> (Προσπελάστηκε: 15 Ιουλίου 2022).
- Οικονόμου, Χ. 2019. Το Ελληνικό Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας. Στο Θ. Σακελλαρόπουλος και συν. (επιμ.). Τιμητικός Τόμος για τον Ευστάθιο Τσοτσρό. Αθήνα: Διόνικος.
- Οικονόμου, Χ. 2018α. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας. Στο Ε. Μπιτσάνη, Κ. Μαυρέας, Δ. Σωτηρόπουλος, Θ. Τσέκος (επιμ.). Θεσμοί και πολιτικές τον καιρό της κρίσης. Διοίκηση, κοινωνία, υγεία και οι επιπτώσεις της κρίσης. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Οικονόμου, Χ. 2018β. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων στο Ελληνικό σύστημα υγείας. Στο, Κ. Δημουλάς, Γ. Κουζής (επιμ.). Κρίση και κοινωνική πολιτική. Αδιέξοδα και λύσεις. Αθήνα: Τόπος.
- 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. Διαθέσιμο στο: <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf> (Προσπελάστηκε 25 Σεπτεμβρίου 2022).
- Rocholl, J. and Stahmer, A. 2016. Where did the Greek bailout money go?. *ESMT White Paper No. WP-16-02*. Berlin: European School of Management and Technology. Διαθέσιμο στο: <http://static.esmt.org/publications/whitepapers/WP-16-02.pdf> (Προσπελάστηκε: 15 Σεπτεμβρίου 2022).
- Rogers, H., Barros P.P., De Maeseneer, J. et al. 2021. Resilience testing of health systems: How can it be done?. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(9): 4742. Διαθέσιμο στο: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4742/htm> (Προσπελάστηκε: 6 Ιουλίου 2022).

- Saulnier, D.D., Blanchet, K., Canila C., et al. 2021. A health systems resilience research agenda: moving from concept to practice. *BMJ Global Health*, 6(8): e006779. Διαθέσιμο στο: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/8/e006779.full.pdf> (Προσπελάστηκε: 8 Αυγούστου 2022).
- Sturmberg J. P. 2018. Resilience for health – an emergent property of health systems as a whole. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24: 1323–1329.
- Therrien, M.C., Normandin, J.M. and Denis, J.L. 2017. Bridging complexity theory and resilience to develop surge capacity in health systems. *JHOM*, 32(1): 96-109.
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J. and Karanikolos, M. 2020. Strengthening health systems resilience. Key concepts and strategies. *Policy Brief 36*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1282154/retrieve> (Προσπελάστηκε: 26 Ιανουαρίου 2022).
- Topp, S.M. 2020. Power and politics: the case for linking resilience to health system governance. *BMJ Global Health*, 5(6): e002891. Διαθέσιμο στο: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/6/e002891.full.pdf> (Προσπελάστηκε: 8 Αυγούστου 2022).
- Turenne, C.P., Gautier, L., Degroote, S., Guillard, E., Chabrol, F. and Ridde V. 2019. Conceptual analysis of health system resilience: A scoping review. *Social Science and Medicine*, 232: 168-180. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953619302205> (Προσπελάστηκε: 28 Αυγούστου 2022).
- United Nations Human Rights Council, 2016. *Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights on his mission to Greece*. New York: United Nations Human Rights Council, (31st session, A/HRC/31/60/Add.2). Διαθέσιμο στο: <https://digitallibrary.un.org/record/831667> (Προσπελάστηκε: 24 Αυγούστου 2022).
- Van De Pas, R., Ashour, M., Kapilashrami A. and Fustukian, S. 2017. Interrogating resilience in health systems development. *Health Policy and Planning*, 32(Suppl. 3): iii88-iii90. Διαθέσιμο στο: https://academic.oup.com/heapol/article/32/suppl_3/iii88/4210464 (Προσπελάστηκε: 18 Ιουλίου 2022).
- Waitzberg, R., Hernández-Quevedo, C., Bernal-Delgado, E. et al. 2021. Early health system responses to the COVID-19 pandemic in Mediterranean countries: A tale of successes and challenges. *Health Policy* 126(5): 465-475. Διαθέσιμο στο: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.007> (Προσπελάστηκε: 16 Ιουνίου 2022).
- Walker, C. and Peterson C. 2017. A sociological approach to resilience in health and illness. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24: 1285-1290.
- WHO 2007. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918> (Προσπελάστηκε: 28 Μαΐου 2022).
- Zografakis, S. and Sarris, A. 2015. The distributional consequences of the stabilization and adjustment policies in Greece during the crisis, with the use of a multisectoral computable general equilibrium model. *Working Paper No 196*. Athens: Bank of Greece. Διαθέσιμο στο: <https://www.bankofgreece.gr/Publications/Paper2015196.pdf> (Προσπελάστηκε 17 Απριλίου 2022).