



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Η Οικονομική Κρίση Και Οι Επιπτώσεις Στα Δημόσια Νοσοκομεία:
Η Περίπτωση Της Ελλάδας**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΖΑΡΩΤΗ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΙΣΚΟΥ ΟΛΓΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2017

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Η Οικονομική Κρίση Και Οι Επιπτώσεις Στα Δημόσια Νοσοκομεία:
Η Περίπτωση Της Ελλάδας**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΖΑΡΩΤΗ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΙΣΚΟΥ ΟΛΓΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η περιγραφή και ανάλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης κατά την επταετία 2008-2014 μέσα από μια διαχρονική μελέτη των λειτουργικών χαρακτηριστικών / δεικτών χρησιμοποίησης των δημόσιων νοσοκομειακών υποδομών (θεραπευτήρια και κλίνες), των μεταβολών στο ανθρώπινο δυναμικό, της χρήσης των υπηρεσιών και της εξέλιξης των εσόδων και δαπανών, χρησιμοποιώντας δευτερογενή δεδομένα από επίσημους φορείς όπως η ΕΛΣΤΑΤ, ο ΟΟΣΑ και το Υπουργείο Υγείας. Ξεκινώντας από τη μελέτη των μεταρρυθμίσεων που επιχειρήθηκαν να εφαρμοστούν στα δημόσια νοσοκομεία, διαπιστώσαμε ότι για πολλά χρόνια έως και το 2009 το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηριζόταν από μεγάλες ελλείψεις σε μηχανισμούς ελέγχου, σε ολοκληρωμένα προγράμματα διαχείρισης προμηθειών και υπηρεσιών, στην κατάρτιση και δημοσίευση ισολογισμών και στην εφαρμογή αναλυτικής λογιστικής, αλλά κυρίως χαρακτηριζόταν από υπέρμετρες δαπάνες και μεγάλα ελλείμματα. Η επιβολή μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας, λειτούργησε θετικά στο κομμάτι που αφορά στον εξορθολογισμό των προμηθειών, στη μείωση των δαπανών για φάρμακα, υγειονομικό υλικό, χημικά αντιδραστήρια και λοιπές δαπάνες, στην εισαγωγή μιας σειράς ολοκληρωμένων συστημάτων διαχείρισης πόρων και στην δημοσίευση ισολογισμών των νοσοκομείων, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό τη σπατάλη και αυξάνοντας τον έλεγχο σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων.

Παράλληλα, υπήρχε σημαντική βελτίωση των δεικτών που αφορούν στην αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων, όπως τη μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας, τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και την αύξηση του ρυθμού εισροής ασθενών. Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, οι συνεχείς μειώσεις των λειτουργικών δαπανών οδήγησαν σταδιακά στη μείωση των ασθενών που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία, όπως και των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία

Τέλος, ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία που ανέδειξε η έρευνά μας είναι ίσως το γεγονός πως από το 2009 ξεκινά επιτέλους ο περιορισμός των μεγάλων ελλειμμάτων που σημείωναν τα δημόσια νοσοκομεία, μέσω της ταυτόχρονης μείωσης των ετήσιων λειτουργικών και μισθολογικών δαπανών και της μεγάλης αύξησης των πληρωμών, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις ώστε οι δαπάνες της ελληνικής κυβέρνησης για τον τομέα υγείας να αρχίσουν να κινούνται στο επίπεδο του ευρωπαϊκού μέσου όρου (6%).

ABSTRACT

The purpose of this research is the description and analysis of the economic crisis in public hospital care during the seven years 2008-2014 through a longitudinal study of public hospitals, using secondary data from official bodies such ELSS, the OECD and the Ministry of Health. Starting from the study of the reforms undertaken to apply in public hospitals, we found that for many years up to 2009, the Greek health system was characterized by major shortcomings in the control mechanisms, in integrated supply management programs and services, training and publishing balance sheets and implement cost accounting method, but mainly characterized by excessive spending and high deficits. Imposing reforms to the health system worked well on track concerning the rationalization of supply, reduced costs for medicines, medical supplies, chemical reagents and other costs, the introduction of a series of integrated resource management systems and publication hospital balance sheets, reducing thereby wasting and increasing control at all levels of operation of public hospitals.

At the same time, there was a significant improvement of the indicators related to the efficiency of public hospitals, such as the reduction in the average cost of hospitalization, reduction in the average duration of hospitalization and increased patient inflow rate. On the other hand, however, continued reductions in operating costs gradually led to the reduction of patients who visited the outpatient clinics, as well as the laboratory tests carried out in public hospitals.

Finally, one of the most important elements that made our research is perhaps the fact that since 2009 finally begins to limit large deficits marked public hospitals, through a simultaneous decrease in annual operating and wage costs and the large increase of payments, creating the conditions for the Greek government spending on health to begin at the level of the European average (6%).

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ (ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ)	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ (ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ)	
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ, ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	10
1.1 Το χρονικό της οικονομικής κρίσης.....	10
1.1.1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.....	12
1.1.2 Η ελληνική και ευρωπαϊκή κρίση.....	13
1.1.3 Δημοσιονομικό χρέος και η ανησυχία των αγορών.....	15
1.1.4 Οι ανισορροπίες στην Ελλάδα.....	16
1.1.5 Η ανάδειξη του ελληνικού δημοσιονομικού προβλήματος και η πορεία προς την χρεοκοπία.....	18
1.1.6 Το Μνημόνιο.....	22
1.2 ΚΥΡΙΑΡΧΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ.....	26
2.1 ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	26
2.2 Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2005.....	28
2.3 Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2007.....	29
2.4 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 2009.....	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ.....	35
3.2 ΜΕΘΟΔΟΣ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	35
3.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
4.1 ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	37

4.2 ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ (ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΕΣ) ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ (2008-2014).....	39
4.3 ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.	43
4.4 ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	45
4.5 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΕΣΟΔΩΝ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	50
4.6 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ/ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε ως μια απλή κρίση του αμερικάνικου τραπεζικού τομέα, έμελλε να ταράξει συθέμελα την αισιοδοξία και το κλίμα ευφορίας του 2007, οδηγώντας αρκετές οικονομίες παγκοσμίως σε αδιέξοδο. Μια από τις ευρωπαϊκές χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την παγκόσμια οικονομική κρίση ήταν η Ελλάδα. Τα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα της χώρας, η αβεβαιότητα και η έλλειψη ρευστότητας που δημιουργήθηκε στον χρηματοπιστωτικό τομέα, οδήγησαν την Ελλάδα στη σύναψη δυο Δανειακών Συμβάσεων με την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, καθώς από το 2009 και ύστερα από μια σειρά υποτιμήσεων από τους αμερικάνικους οίκους αξιολόγησης, δεν μπορούσε πλέον να δανειστεί από τις διεθνείς αγορές.

Κάποιοι από τους κυριότερους όρους δανεισμού ήταν η μείωση των κρατικών δαπανών και μια σειρά από μεταρρυθμίσεις που σκοπό είχαν τη δημιουργία πιο αποδοτικών δημόσιων οργανισμών. Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα αποτέλεσε για πολλά χρόνια ένα πεδίο όπου βασιλεύε η κακοδιαχείριση, η διαφθορά και οι υπέρμετρες σπατάλες. Συνεπώς, από το 2010 και μετά την υπογραφή του πρώτου Μνημονίου, οι ελληνικές κυβερνήσεις που ακολούθησαν ανέλαβαν την ευθύνη να προχωρήσουν σε μια σειρά από μεγάλες μεταρρυθμίσεις και περικοπές με ορατά αποτελέσματα στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η περιγραφή και ανάλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη εργασία αποτελεί διερεύνηση των επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον νοσοκομειακό τομέα κατά την διάρκεια της κρίσης, το οποίο δεν έχει επιχειρηθεί στο παρελθόν και μπορεί να αποτελέσει ένα κρίσιμο εργαλείο για την άσκηση πολιτικής υγείας, καθώς θα επιχειρήσει να αναδείξει τις αδυναμίες και τα πλεονεκτήματα της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης, όπως και να υποδείξει τις προκλήσεις και τα πεδία μελλοντικής παρέμβασης.

Ειδικότερα, στην παρούσα έρευνα θα επικεντρωθούμε στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα δημόσια νοσοκομεία κατά την επταετία 2008-2014 μέσα από μια διαχρονική μελέτη των λειτουργικών χαρακτηριστικών / δεικτών χρησιμοποίησης των δημόσιων νοσοκομειακών υποδομών (θεραπευτήρια και κλίνες), των μεταβολών στο ανθρώπινο δυναμικό, της χρήσης των υπηρεσιών και της εξέλιξης των εσόδων

και δαπανών, χρησιμοποιώντας δευτερογενή δεδομένα από επίσημους φορείς. Στο Γενικό μέρος της έρευνάς μας, αρχικά, θα εστιάσουμε την προσοχή μας στα γεγονότα που οδήγησαν σταδιακά στην κρίση δημόσιου χρέους στην Ελλάδα και στην υπογραφή των δύο Μνημονίων, ενώ στη συνέχεια θα αναφερθούμε στα χαρακτηριστικά του Ελληνικού συστήματος υγείας έως και το 2012. Στο Ειδικό μέρος θα προχωρήσουμε στη διαχρονική μελέτη μιας σειράς λειτουργικών και οικονομικών στοιχείων των δημόσιων νοσοκομείων, όπως και των μεταρρυθμίσεων που επιχειρήθηκαν να εφαρμοσθούν. Κλείνοντας, θα παραθέσουμε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ, ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

1.1 Το χρονικό της Οικονομικής κρίσης

Το 2007, κανείς δεν μπορούσε να φανταστεί ότι η χρηματοπιστωτική κρίση που ξέσπασε στις Η.Π.Α. θα έμελλε να μετατραπεί, με πρωτοφανή ταχύτητα, σε μια παγκόσμια οικονομική κρίση. Ειδικότερα, σε ότι αφορά της χώρες της Ευρωζώνης, η οικονομική κρίση επεκτάθηκε και μετατράπηκε σε δημοσιονομική κρίση πολλών ευρωπαϊκών χωρών, με σημαντικότερη περίπτωση εκείνη της Ελλάδας. Δυστυχώς, τα πρώτα σημάδια της κρίσης που άρχισαν να διαφαίνονται από το 2006, δεν έγιναν εγκαίρως αντιληπτά τόσο από τις Η.Π.Α., όσο και από τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα στον χρηματοπιστωτικό τομέα, από τα οποία κάποιες χώρες ακόμη πασχίζουν να ανακάμψουν (Krugman, 2009).

Τον Αύγουστο του 2007, τα επιτόκια της διατραπεζικής αγοράς εκτοξεύτηκαν στα ύψη, ύστερα από μια αναπάντεχη υποβάθμιση των στεγαστικών δανείων χαμηλής πιστοληπτικής αξιολόγησης των Η.Π.Α. από τους οίκους αξιολόγησης, σηματοδοτώντας την αρχή μιας περιόδου όπου κυριαρχούσε ο φόβος. Τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα σε όλο τον κόσμο άρχισαν να αντιλαμβάνονται ότι δεν μπορούσαν να αξιολογήσουν τα περιουσιακά τους στοιχεία, τα οποία βασίζονταν στα στεγαστικά αυτά δάνεια, και σταμάτησαν άμεσα τον διατραπεζικό δανεισμό (Χαρδούβελης, 2011).

Η χαλαρή νομισματική πολιτική των Η.Π.Α. σε συνδυασμό με τις κυβερνητικές πολιτικές προώθησης των στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου και την αναποτελεσματικότητα του κανονιστικού πλαισίου για τις τράπεζες, το οποίο απέτυχε να υπολογίσει τον τραπεζικό κίνδυνο και να επιβάλει αποτελεσματικά την πειθαρχία σε μεγάλα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, δημιούργησαν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για μια χαλαρή εταιρική διακυβέρνηση των τραπεζών που επέτρεψε στις διοικήσεις τους να αναλάβουν συμφέρουσες βραχυπρόθεσμα επενδύσεις και να εισπράττουν μεγάλα βραχυπρόθεσμα μόνους. Τα προαναφερθέντα σφάλματα μικροοικονομικής πολιτικής συνέβαλαν στη δημιουργία μιας «φούσκας» στην αμερικάνικη αγορά ακινήτων και κατ' επέκταση στην αγορά των στεγαστικών

δανείων υψηλού κινδύνου, η οποία οδήγησε στο ξέσπασμα μιας οικονομικής κρίσης που απέκτησε παγκόσμιες διαστάσεις (Calomiris, 2011).

Το 2007, λοιπόν, η αγορά στεγαστικών δανείων παγώνει και μια σειρά από εταιρείες αμοιβαίων κεφαλαίων, τράπεζες επενδύσεων, ειδικοί οργανισμοί και λοιποί επενδυτές που βασίζονταν στην βραχυπρόθεσμη χρηματοδότηση, υποχρεώνονται να παρέχουν μεγαλύτερες εγγυήσεις. Έτσι, προκειμένου να τις εξασφαλίσουν προχωρούν σε πωλήσεις περιουσιακών στοιχείων, κάτι που οδηγεί τις τιμές τους σε πτώση. Αυτή η αναστάτωση στην αγορά στεγαστικών δανείων δημιούργησε μεγάλες απώλειες σε όσες τράπεζες ήταν εκτεθειμένες στα προϊόντα αυτά, αλλά ευτυχώς η κατάσταση δεν εκτραχύνθηκε χάρη στην έγκαιρη παρέμβαση των κεντρικών τραπεζών.

Δυστυχώς, η κρίση στην διατραπεζική αγορά μεταφέρθηκε και στα χρηματιστήρια, τα οποία από το 2008 ξεκίνησαν μια καθοδική πορεία που διήρκησε περίπου 15 μήνες. Μια σειρά από αμερικάνικες τράπεζες αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ρευστότητας εξαιτίας των τεράστιων απωλειών με αποκορύφωμα τη διάσωση των μεγαλύτερων δανειστών στην αγορά στεγαστικών δανείων, Fannie Mae και Freddie Mac, και την χρεοκοπία της πρώτης μεγάλης τράπεζας, της Lehman Brothers. Τη διετία 2008-2009 ακολουθεί μια σειρά από πτωχεύσεις/ διασώσεις τραπεζών σε όλο τον κόσμο και η χρηματοοικονομική κρίση περνούσε σταδιακά στην πραγματική οικονομία όλων των χωρών του πλανήτη (Mankiw & Taylor, 2011).

Το 2009, η αγορά έψαχνε απεγνωσμένα για κάποιον αξιόπιστο φορέα που θα μπορεί να αξιολογήσει σε τι κατάσταση βρίσκεται το τραπεζικό σύστημα και ξεκινά μια σειρά από ασκήσεις προσομοίωσης ακραίων καταστάσεων (stress tests) των αμερικάνικων τραπεζών, τα οποία βοήθησαν να αποκατασταθεί σταδιακά ως ένα βαθμό η εμπιστοσύνη και η ηρεμία στις χρηματοπιστωτικές αγορές. Η σταδιακή ανάκαμψη της παγκόσμιας οικονομίας το 2010, βοήθησε στο μετριασμό των κινδύνων για τη σταθερότητα του χρηματοπιστωτικού συστήματος. Δυστυχώς, στην Ευρώπη αυτή η ηρεμία δεν διήρκησε πολύ και μια νέα κρίση ξεκίνησε με αφορμή την Ελλάδα. Ο δυτικός κόσμος φαίνεται να χρησιμοποιούσε τη μόχλευση σε πολύ μεγάλο βαθμό, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα (Χαρδούβελης, 2011).

1.1.1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Οι επιπτώσεις της κρίσης έγιναν άμεσα ορατές τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο. Ειδικότερα, στο διεθνή χώρο, οι άμεσες συνέπειες της κρίσης ήταν η δημιουργία κλίματος έλλειψης εμπιστοσύνης στον χρηματοπιστωτικό τομέα, η κρίση ρευστότητας και η αυξημένη αποστροφή κινδύνου. Αποτέλεσμα αυτής της δυσπιστίας ήταν η διακοπή των διατραπεζικών δανείων, η δυσκολία παροχής νέων δανείων και η αύξηση των βραχυπρόθεσμων επιτοκίων. Από εκείνη τη στιγμή και ύστερα ακολούθησε η μείωση της επενδυτικής δραστηριότητας με άμεση συνέπεια τη μείωση της παραγωγής, της κατανάλωσης και του εθνικού εισοδήματος λόγω του περαιτέρω περιορισμού της καταναλωτικής, στεγαστικής και επιχειρηματικής πίστης. Σταδιακά οι θεσμικοί επενδυτές άρχισαν να απομακρύνονται από τις περιφερειακές και αναπτυσσόμενες αγορές και τα κεφάλαια υψηλού κινδύνου δεν ήταν πλέον διαθέσιμα.

Την περίοδο εκείνη, ο δανεισμός της Ελλάδας έγινε δυσκολότερος και πιο συγκεκριμένα η ρευστότητα στο χρηματοπιστωτικό τομέα περιορίστηκε, τα spreads των εταιρικών και κρατικών ομολόγων αυξήθηκαν, όπως και το κόστος του ευρωπαϊκού διατραπεζικού χρήματος. Ωστόσο, το πιο ουσιαστικό αποτέλεσμα των επιπτώσεων της κρίσης για την Ελλάδα ήταν η αύξηση της αβεβαιότητας στα συμβαλλόμενα μέρη της αγοράς, η οποία οδήγησε σταδιακά στη μείωση της καταναλωτικής, επενδυτικής και εμπορικής πίστης και την περαιτέρω μείωση της εμπορικής δραστηριότητας. Η μείωση της κατανάλωσης σε διεθνές επίπεδο και η μείωση των εξαγωγών και των τουριστικών και ναυτιλιακών δραστηριοτήτων συνέβαλαν στην επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης της χώρας και την είσοδό της σε μια περίοδο κρίσης. Στην παραπάνω χρηματοπιστωτική κρίση το 2009 προστέθηκαν και τα ήδη υπάρχοντα δημοσιονομικά προβλήματα της Ελλάδας, τα οποία εκδηλώθηκαν ως κρίση δημοσιονομικού ελλείμματος, αλλά και ως κρίση εξωτερικού χρέους. Όλα αυτά δημιούργησαν τις κατάλληλες προϋποθέσεις ώστε να βρεθεί ένα υγιές τραπεζικό σύστημα αντιμέτωπο με δυσεπίλυτα προβλήματα και υψηλούς κινδύνους (Καμπόλης & Τραυλός, 2011).

1.1.2 Η ελληνική και ευρωπαϊκή κρίση

Στην προσπάθειά τους οι κυβερνήσεις να σώσουν τις τράπεζές και να τονώσουν τη ζήτηση, προέβησαν σε μια άνευ προηγουμένου επεκτατική δημοσιονομική πολιτική που αύξησε ακόμη περισσότερο το δημόσιο χρέος των χωρών. Κατά συνέπεια, οι οικονομίες των ανεπτυγμένων χωρών χαρακτηρίζονται τα τελευταία χρόνια από υψηλά ελλείμματα και δημόσιο χρέος, το οποίο φαίνεται να αυξάνεται από χρόνο σε χρόνο σε ανησυχητικό πλέον βαθμό, καθώς αυξάνονται και ο δαπάνες εξυπηρέτησης του. Ειδικότερα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο μέσος ρυθμός αύξησης χρέους υπήρξε τριπλάσιος του μέσου ρυθμού αύξησης του ΑΕΠ, κατά την τελευταία δεκαετία.

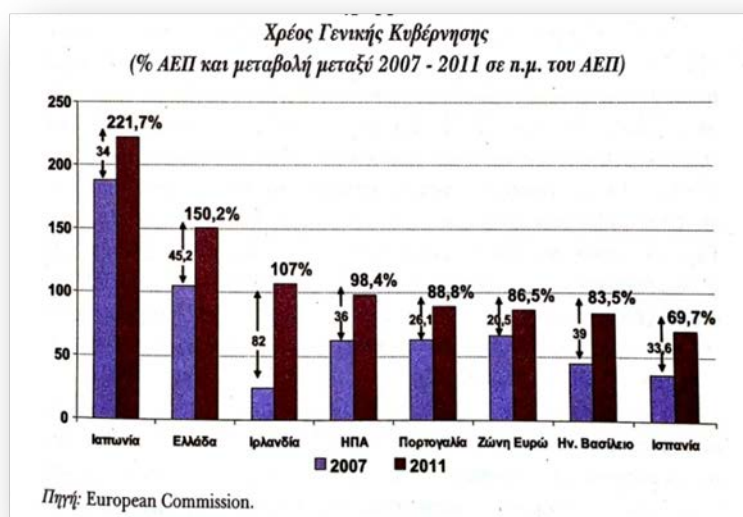
Τα πακέτα επεκτατικών δημοσιονομικών μέτρων κεϋνσιανού τύπου που υιοθέτησαν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες είχαν σκοπό την άμεση τόνωση της εγχώριας ζήτησης. Τα μέτρα αυτά συμπεριλάμβαναν μέτρα για τη στήριξη της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών, όπως μείωση των άμεσων φόρων, των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και Φ.Π.Α., καθώς και μέτρα στήριξης των εθνικών επιχειρήσεων, όπως και αύξησης των δημόσιων επενδύσεων σε έργα υποδομών. Ωστόσο, σε μικρό χρονικό διάστημα, όλες οι παραπάνω ενέργειες οδήγησαν στην κατακόρυφη αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος στην Ευρωζώνη, το οποίο έφτασε πάνω από το 6% του ΑΕΠ. Δυστυχώς, αυτή η επιβάρυνση των δημοσιονομικών προϋπολογισμών συντελέστηκε σε μια εποχή που οι προοπτικές εξέλιξης των δαπανών ήταν εξαρχής δυσοίωνες και σύντομα προέκυψε η ανάγκη για την κατάλληλη σύνθεση περιοριστικής δημοσιονομικής πολιτικής, ώστε από τη μια πλευρά να μειωθούν οι δημοσιονομικές ανισορροπίες που προέκυψαν και από την άλλη πλευρά να περιοριστεί όσο το δυνατόν ο αρνητικός αντίκτυπος στην οικονομική δραστηριότητα (Ράπανος & Καπλάνογλου, 2011).

Κάποια από τα σημαντικότερα συμπεράσματα που εξάγονται κατά την περίοδο αυτή συνοψίζονται στα εξής: α) οι δημοσιονομικές προσαρμογές που βασίζονται περισσότερο στη μείωση των δημόσιων δαπανών και όχι στην αύξηση της φορολογίας, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να οδηγήσουν σε διατηρήσιμη μείωση του ελλείμματος και του δημόσιου χρέους, β) κυβερνήσεις που υιοθέτησαν αποφασιστικά και αξιόπιστα προγράμματα μείωσης δημοσιονομικού ελλείμματος με επιτυχία δεν έχασαν τη δημοτικότητά τους και γ) ο έλεγχος των δημοσιονομικών ανισορροπιών ενδεχομένως να οδηγήσει στη μείωση του κινδύνου που συνδέεται με

την έκδοση δημόσιου χρέους και κατ' επέκταση να συμβάλει στη μείωση των πραγματικών επιτοκίων, με θετικές επιδράσεις στην επένδυση και την ανάπτυξη (Ράπανος & Καπλάνογλου, 2011).

Την περίοδο μεταξύ 2007-2011, το δημόσιο χρέος της Ευρωζώνης αυξήθηκε κατά 20,5% ως ποσοστό του ΑΕΠ, κάτι που συγκριτικά με τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου δεν αποτέλεσε δραματική μεταβολή, γεγονός που οφείλεται κυρίως στο πλεόνασμα ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγμάτων (Διάγραμμα 1). Η ευρωπαϊκή κρίση δημιουργήθηκε κυρίως λόγω της αυξανόμενης διόγκωσης του χρέους επιμέρους χωρών, όπως η Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, το δημόσιο χρέος της Ελλάδας βρισκόταν ήδη σε υψηλά επίπεδα το 2007 (πάνω από το 100% του ΑΕΠ) κατά το ξέσπασμα της παγκόσμιας κρίση, και καθώς τα επιτόκια δανεισμού άρχισαν να ανεβαίνουν λόγω της αυξημένης ζήτησης, η υπερχρέωση του ελληνικού δημοσίου έγινε εμφανής.

Διάγραμμα 1.1



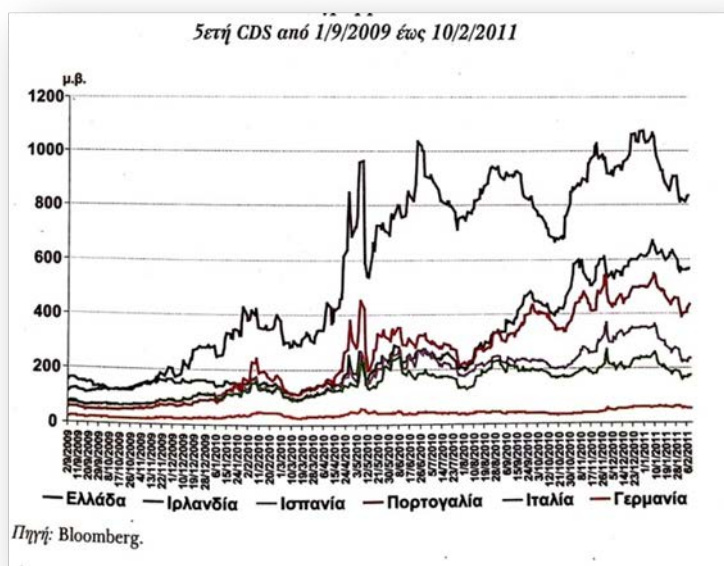
Από τον Απρίλιο του 2010, η Ελλάδα βρέθηκε να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα δανεισμού και έβαινε πλέον σε χρεοκοπία, κάτι που θα προκαλούσε μεγάλες αναταράξεις σε πολλές χώρες της ευρωζώνης λόγω της έκθεσής τους σε ελληνικά κρατικά ομόλογα. Το ελληνικό χρέος αυξήθηκε κατά 45,2% και έφτασε στο 150,27% του ΑΕΠ έως το 2011.

1.1.3 Δημοσιονομικό χρέος και η ανησυχία των αγορών

Μετά την ένταξη των χωρών στην Ευρωζώνη, παρατηρήθηκε στο σύνολο σχεδόν των χωρών μια χαλάρωση της προσπάθειας για δημοσιονομική προσαρμογή και τη διατήρηση των ελλειμμάτων τους κάτω του 3% του ΑΕΠ. Το 2004, οι κυβερνήσεις των χωρών αυτών, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, μπήκαν στη διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος και προχώρησαν στη λήψη μέτρων που τις βοήθησαν να πετύχουν την έξοδό τους από αυτή τη διαδικασία. Η Ελλάδα προχώρησε στη διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος το 2007.

Παρά τους ρυθμούς ανάπτυξης που σημείωσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, η Ελλάδα δεν μπόρεσε ή δεν θέλησε να τιθασεύσει τα δημοσιονομικά της ελλείμματα. Έτσι, η οικονομική κρίση περισσότερο ανέδειξε, παρά προκάλεσε, την αδύναμη δημοσιονομικά θέση της Ελλάδας και κατέστησε πολύ δύσκολη την αντιμετώπισή της. Ο πιστωτικός κίνδυνος κάθε χώρας αντικατοπτρίζεται πλέον στα περιθώρια επιτοκίων δανεισμού της εκάστοτε χώρας σε σχέση με τα αντίστοιχα γερμανικά ή και τα επιτόκια ασφάλισης των δανειστών της χώρας (Credit Default Swap rates), αλλά και άλλων παραγόντων όπως οι πολιτικές εξελίξεις, η σταθερότητα του τραπεζικού συστήματος και τα μέτρα που ακολουθήθηκαν για την αντιμετώπιση της κρίσης (Attinasi et all, 2009).

Διάγραμμα 1.2



Από το Σεπτέμβριο του 2009, τα επιτόκια των εξωχρηματιστηριακών προθεσμιακών συμβολαίων ανταλλαγής πιστωτικού κινδύνου μακροπρόθεσμων ομολόγων πενταετούς διάρκειας της Ελλάδας (CDS rates) εκτοξεύθηκαν στα ύψη, αντικατοπτρίζοντας τις οικονομικές και πολιτικές εξελίξεις στην Ελλάδα και στην Ευρωζώνη (Διάγραμμα 1.2). Το 2010 τα CDS εκτοξεύονται πάνω από τις 1000 μονάδες βάσης, ένα κόστος απαγορευτικά υψηλό και η Ελλάδα θεωρείται η πλέον επικίνδυνη χώρα.

Έτσι σύντομα το έλλειμμα της ελληνικής κυβέρνησης διαμορφώθηκε στο 12% του ΑΕΠ και έγινε φανερό ότι η ελληνική οικονομία έμπαινε σε περίοδο δημοσιονομικής κρίσης. Τα μέτρα που ανακοίνωσε η Ελληνική κυβέρνηση με τον Προϋπολογισμό του 2010 και το Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης δεν φάνηκαν να πείθουν τις αγορές για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος και η δυσκολία αναχρηματοδότησης του δημόσιου χρέους άρχισε να εκδηλώνεται με την άνοδο των διαφορικών επιτοκίων (spreads). Η ελληνική κυβέρνηση στο σημείο αυτό στρέφεται για βοήθεια στην Ευρωπαϊκή Ένωση, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, αλλά τα διαφορικά επιτόκια συνεχίζουν την ανοδική τους πορεία φτάνοντας στις 1739 μονάδες βάσης για τα διετή και στις 1287 μονάδες βάσης για τα δεκαετή ομόλογα. Μετά την έγκριση του Μνημονίου Συνεργασίας από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και το συμβούλιο των Υπουργών της ΕΕ, τα διαφορικά επιτόκια κατάφεραν να υποχωρήσουν, ωστόσο παρέμειναν σε υψηλά ακόμη επίπεδα (Ράπανος & Καπλάνογλου, 2011).

1.1.4 Οι ανισορροπίες στην Ελλάδα

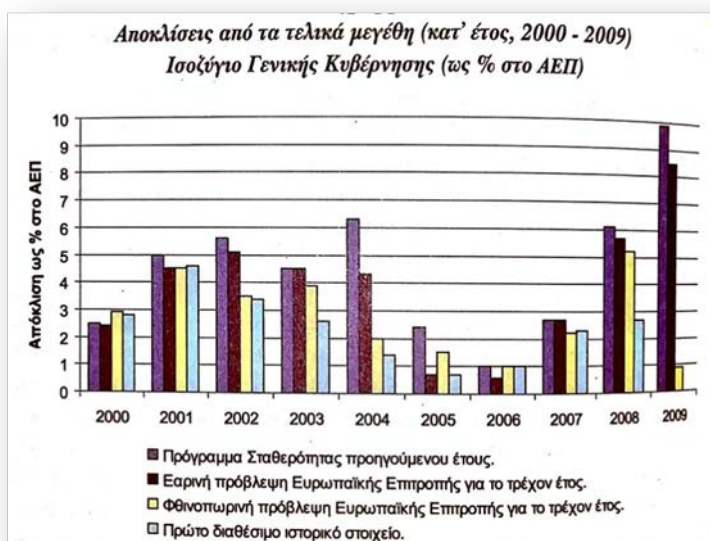
Η οικονομική κρίση του 2008 βρήκε την Ελλάδα σε μια περίοδο με ένα σχετικά ικανοποιητικό ρυθμό ανάπτυξης 1% και μια αρκετά κλειστή οικονομία χωρίς προβλήματα στον τραπεζικό τομέα, καθώς δεν ήταν εκτεθειμένες στην αγορά στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου, όπως πολλές άλλες ευρωπαϊκές τράπεζες. Δυστυχώς, όσο η ύφεση άρχισε να βαθαίνει στην Ευρωζώνη, τόσο οι ευρωπαϊκές και ελληνικές εξαγωγές άρχισαν να συρρικνώνονται. Παρόλα αυτά, η ευρωπαϊκή οικονομία κατάφερε να σταθεροποιηθεί και να ανακάμψει, ενώ η ελληνική επιδεινώθηκε. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε δυο μεγάλες μακροοικονομικές ανισορροπίες και διαρθρωτικές αδυναμίες της ελληνικής οικονομίας: το έλλειμμα

ανταγωνιστικότητας και την οργανωτική ανεπάρκεια του κράτους (Χαρδούβελης, 2009).

Σε ότι αφορά το έλλειμμα ανταγωνιστικότητας, σύμφωνα με στοιχεία της Τράπεζας της Ελλάδος, αποτελεί ένα από τα βασικότερα προβλήματα για μια μόνιμη αύξηση του μεσοπρόθεσμου δυναμικού ρυθμού ανόδου της οικονομίας. Το έλλειμμα ανταγωνιστικότητας γίνεται εμφανές στο μεγάλο έλλειμμα τρεχουσών συναλλαγών και στον υψηλό πληθωρισμό της Ελλάδος. Το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών συνεπάγεται την αύξηση των υποχρεώσεων της χώρας προς τους κατοίκους άλλων χωρών και καλύπτεται με εξωτερικό δανεισμό. Με την ένταξη της στην Ευρωζώνη το 2000, το έλλειμμα τρεχουσών συναλλαγών της Ελλάδος ήταν στο 7,8% και έφτασε το 2008 στο 14,8% του ΑΕΠ, καθώς οι εισαγωγές ξένων προϊόντων έγιναν ακόμη περισσότερες σε σχέση με τις εξαγωγές των ελληνικών προϊόντων (Οικονόμου, Σαμπεθαί, & Συμιγιάννης, 2010).

Σύμφωνα με μελέτες των Χαρδούβελης & Σαμπανιώτης (2007), από το 2000 και μετά, η εκτέλεση των κρατικών προϋπολογισμών παρουσίαζε, κατά κανόνα υστέρηση εσόδων και υπέρβαση δαπανών, ενώ ο στόχος για μείωση των ελλειμμάτων δεν επιτυγχανόταν ποτέ. Παράλληλα, μελέτη των Ράπανος & Καπλάνογλου (2011), καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι προϋπολογισμοί που κατατέθηκαν και εγκρίθηκαν από την Ελληνική Βουλή παρουσίαζαν σημαντικές αποκλίσεις, οι οποίες οφείλονταν σε αισιόδοξες παραδοχές για μακροοικονομικά μεγέθη, όπως η μεταβολή του ΑΕΠ και ο πληθωρισμός, ή σε λανθασμένες εκτιμήσεις για τα έσοδα και τις δαπάνες.

Διάγραμμα 1.3



Στο Διάγραμμα 1.3 φαίνεται πως η εκτέλεση των προϋπολογισμών την περίοδο δημοσιονομική προσαρμογής (2005-2006) ήταν πιο πιστή απ' ό,τι σε σχέση με τα πρώτα χρόνια (2000-2004) της εισόδου της Ελλάδος στην ΟΝΕ. Από το 2007, όμως, το μέγεθος των αποκλίσεων βαίνει αυξανόμενο με αποκορύφωμα το 2009. Κατά την άποψη των ερευνητών, η αδυναμία επίτευξης του στόχου των ελλειμμάτων βρίσκεται στην αδυναμία της κυβέρνησης να εισπράξει τα προϋπολογισθέντα έσοδα και στην αδυναμία της να συγκρατήσει και να μειώσει τις δημόσιες δαπάνες στο επίπεδο των προβλέψεων.

Παράλληλα, έρευνα του Χαρδούβελη (2011) επιβεβαιώνει το γεγονός ότι τα έσοδα της Ελληνικής κυβέρνησης ήταν πάντα λιγότερα από τις δαπάνες του κράτους, με αποκορύφωμα την περίοδο 2008-2009, όπου η κατάσταση επιδεινώθηκε σημαντικά. Έτσι, το πακέτο των μέτρων που συμφωνήθηκε το 2010 με τους εταίρους περιελάμβανε μια σειρά από μέτρα που στόχευαν τόσο στην αύξηση των εσόδων, όσο και στην περιστολή των δαπανών, ενώ παράλληλα συμπεριλάμβανε επιπλέον μέτρα που αφορούσαν τη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις.

1.1.5 Η ανάδειξη του ελληνικού δημοσιονομικού προβλήματος και η πορεία προς την χρεοκοπία.

Το 2009, οι αγορές έχουν επικεντρώσει πλέον το ενδιαφέρον τους στο ελληνικό δημοσιονομικό έλλειμμα, ειδικότερα ύστερα από την αποκάλυψη της νέας κυβέρνησης πως το έλλειμμα του 2009 δεν θα διαμορφωνόταν στο 6%-7%, αλλά στο 12%-13% του ΑΕΠ. Η μεγάλη αυτή απόκλιση κλόνισε σοβαρά την αξιοπιστία της χώρας και έθεσε σε κίνηση μηχανισμούς αμφισβήτησης και κερδοσκοπίας. Η επαναλαμβανόμενη υποβολή ανακριβών στοιχείων στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή και στη Eurostat και η συνεχής υπέρβαση των προϋπολογισμών, εξόργισαν τόσο τους ευρωπαίους εταίρους της Ελλάδας, όσο και τις διεθνείς αγορές. Παράλληλα, ξεκίνησε ένα μεγάλο κερδοσκοπικό παιχνίδι από τα μέσα ενημέρωσης, έγκριτους αναλυτές και καθηγητές πανεπιστημίου, αμερικάνικους οίκους αξιολόγησης και μεγάλες διεθνείς επενδυτικές τράπεζες, οι οποίοι διακήρυτταν πως τα μέτρα που έλαβε η Ελλάδα υπήρξαν ανεπαρκή και ότι δεν θα απέφυγε τη ρύθμιση και τη διαγραφή τμήματος του δημόσιου χρέους της.

Παρόλα αυτά, οι παραπάνω εκτιμήσεις λειτούργησαν λίγο έως πολύ ως αυτοεκπληρούμενες προφητείες, καθώς ο καθημερινός βομβαρδισμός με αρνητικές ειδήσεις συνεχιζόταν και το κακό κλίμα συνέχισε να ενισχύεται από τις επαναλαμβανόμενες υποβαθμίσεις τόσο της Ελλάδας, όσο και χωρών της ευρωζώνης από τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω ήταν η δημιουργία μιας αυτοτροφοδοτούμενης κρίσης και ενός περιβάλλοντος που (Καραμούζης, 2011):

1. Επέτεινε την ανησυχία των επενδυτών και οδηγούσε στη φυγή κεφαλαίων στο εξωτερικό
2. Αποσταθεροποιούσε τις κεφαλαιαγορές και μείωνε δραματικά τη ρευστότητα, ενώ ταυτόχρονα αύξανε υπερβολικά τα spreads δανεισμού
3. Απομείωνε σημαντικά την αξία των ενέχυρων της χώρας (ομόλογα και τιτλοποιήσεις), τα οποία χρησιμοποιούνταν για τη χρηματοδότηση της χώρας από τις αγορές και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, μειώνοντας ακόμη περισσότερο τη ρευστότητα των ελληνικών τραπεζών
4. Υποχρέωσε την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα να επιβάλλει αυστηρότερους κανόνες αναφορικά με το κούρεμα των ομολόγων, επιδεινώνοντας ακόμη περισσότερο το πρόβλημα ρευστότητας και
5. Συνέβαλλε στην απομόνωση της χώρας από τις διεθνείς κεφαλαιαγορές

Συνεπώς, το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετώπιζε η Ελλάδα την περίοδο εκείνη ήταν το έλλειμμα εμπιστοσύνης. Ο Προϋπολογισμός του 2010 περιελάμβανε μια σειρά από μέτρα που στόχο είχαν να περιορίσουν το έλλειμμα κατά 3,3 ποσοστιαίες μονάδες και να ενισχύσουν την ανάπτυξη. Τα μέτρα περιελάμβαναν: α) πάγωμα των νέων προσλήψεων, εκτός από τον τομέα υγείας, παιδείας και ασφάλειας για το 2010 και 1 πρόσληψη για κάθε 5 αποχωρήσεις στο δημόσιο τομέα από το 2011, β) περιορισμό των συμβασιούχων, γ) πάγωμα των μισθών από 2000 ευρώ και άνω και δ) πάταξη της φοροδιαφυγής και της διαφθοράς. Όμως, περιελάμβανε και μια σειρά από άλλα μέτρα ύψους 2,6 δις ευρώ ως μέρος πακέτου στήριξης των κατώτερων εισοδηματικά στρωμάτων και την ενίσχυση της συνολικής ζήτησης, όπως αυξήσεις μισθών και συντάξεων ελαφρώς πάνω από τον πληθωρισμό.

Καθώς το κόστος του δανεισμού συνέχιζε να αυξάνεται, η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε σε επιπλέον μέτρα, τα οποία περιελάμβαναν την αύξηση των έμμεσων φόρων και τη μείωση των δαπανών μέσω του παγώματος των προσλήψεων και της μείωσης των εισοδημάτων των δημοσίων υπαλλήλων. Παράλληλα, προχώρα

σε διαρθρωτικά μέτρα όπως την ανεξαρτητοποίηση της Στατιστικής Υπηρεσίας, νέο τρόπο σχεδιασμού και παρακολούθησης της εκτέλεσης του προϋπολογισμού, νέο φορολογικό σύστημα και μέτρα για την καταπολέμηση της φοροδιαφυγής. Παρά τις προσπάθειες της κυβέρνησης, οι αγορές δεν φαίνεται να πείθονται και τα επιτόκια δανεισμού συνεχίζουν την ανοδική τους πορεία. Προκειμένου να ικανοποιήσει τους δανειστές της, το Φεβρουάριο του 2010 η ελληνική κυβέρνηση προανήγγειλε νέα μέτρα, όπως πάγωμα του μισθολογίου στο δημόσιο, αυξήσεις στα όρια συνταξιοδότησης και αύξηση στο φόρο των καυσίμων, με αποτέλεσμα να ηρεμήσουν προσωρινά οι αγορές και να μειωθούν τα επιτόκια. Δυστυχώς, η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν κατάφερε να πεισθεί πως η Ελλάδα θα μπορούσε να ανταπεξέλθει στις δεσμεύσεις της και πως η ΕΕ θα κατάφερνε να βοηθήσει την Ελλάδα. Έτσι, το κέντρο βάρους του προβλήματος άρχισε να μετατίθεται από την Ελλάδα στο ίδιο το ευρώ (Χαρδούβελης, 2011)

Δυστυχώς, οι αγορές φαίνεται να λειτούργησαν σε πολλές περιπτώσεις μεροληπτικά και μονοδιάστατα, καθώς τα δημοσιονομικά στοιχεία της Ευρωζώνης ήταν κατά μέσο όρο καλύτερα από των Η.Π.Α., το δημοσιονομικό έλλειμμα των Η.Π.Α. ξεπερνούσε το 10% χωρίς σημάδια βελτίωσης, ενώ παράλληλα η Κεντρική Τράπεζα των Η.Π.Α. συνέχιζε τη μαζική αγορά χρεογράφων στη δευτερογενή αγορά. Παρόλα αυτά, η Ευρωζώνη και ειδικότερα η Ελλάδα εξακολουθούσαν να επικεντρώνουν το ενδιαφέρον, την κριτική και τον προβληματισμό των διεθνών αγορών και των διεθνών μέσων ενημέρωσης. Όλα τα παραπάνω υπήρξαν απόρροια του γεγονότος ότι τόσο η Ελλάδα, όσο και η Ευρωπαϊκή Ένωση υποτίμησαν τους πρώτους μήνες του 2010 το μέγεθος, την πολυπλοκότητα και την έκταση του προβλήματος και δεν διαμόρφωσαν εγκαίρως μια σειρά από ολοκληρωμένες πολιτικές, οικονομικές και θεσμικές παρεμβάσεις που θα επιδρούσαν προληπτικά και δεν θα έδιναν περιθώρια στην δράση των κερδοσκόπων.

Η πρώτη υποβάθμιση της χώρας από τον οίκο Fitch πραγματοποιήθηκε το 2009 και ακολούθησαν αλλεπάλληλες υποβαθμίσεις κατά τη διάρκεια του 2010, με αποτέλεσμα την κατάταξη της Ελλάδας στην κατηγορία υψηλού επενδυτικού κινδύνου (junk). Το έναυσμα δόθηκε από την ανησυχία της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας σχετικά με τον αυξανόμενο δανεισμό των ελληνικών τραπεζών και την αδυναμία πρόσβασής της στις διεθνείς κεφαλαιαγορές, σε συνδυασμό με τη δημοσιοποίηση των μεγάλων δημοσιονομικών ελλειμμάτων της Ελλάδας για το 2009.

Στη συνέχεια ακολούθησε μια σειρά από γεγονότα που οδήγησαν σταδιακά στην κλιμάκωση της κρίσης στην Ελλάδα (Καραμούζης, 2011):

1. Η διάρκεια και το ύψος των *repos* των ελληνικών ομολόγων με ξένες τράπεζες έγιναν σταδιακά μικρότερα και στις αρχές του 2010, η αγορά έκλεισε τελείως με αποτέλεσμα οι ελληνικές τράπεζες να χρηματοδοτούνται κυρίως από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα για την κάλυψη των ομολόγων του δημοσίου και όχι την κάλυψη των εμπορικών αναγκών τους.
2. Η χρηματοδότηση των αναγκών του ελληνικού δημοσίου από την πρωτογενή διεθνή κεφαλαιαγορά σταδιακά λιγόστευε, ενώ παράλληλα το κόστος δανεισμού αυξανόταν. Ακόμη και μετά τα μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής, η ελληνική κυβέρνηση δεν κατάφερε να πείσει τις διεθνείς αγορές, οι οποίες πίστευαν ότι οι πρωτοβουλίες της ευρωπαϊκής ένωσης υπήρξαν χαλαρές και μη δεσμευτικές, κλείνοντας οριστικά την πρόσβαση της Ελλάδας στις διεθνείς αγορές κεφαλαίου και χρήματος.
3. Ο δανεισμός των ελληνικών τραπεζών με ή χωρίς εξασφαλίσεις επίσης διεκόπη στις αρχές του 2010, αποκλείοντας τις ελληνικές τράπεζες από τις διεθνείς κεφαλαιαγορές και χρηματαγορές και από τη δυνατότητα να καλύπτουν τις ανάγκες τους σε ρευστότητα μέσω της άντλησης κεφαλαίων ή ενέχυρων.
4. Τα διατραπεζικά όρια διεθνών πιστωτικών ιδρυμάτων για ελληνικές τράπεζες, για σύναψη εμπορικών και χρηματοοικονομικών συναλλαγών, σταδιακά περιορίστηκαν και οι τράπεζες δεν μπορούσαν να εξυπηρετήσουν πλέον τις επιχειρήσεις στο διεθνές εμπόριο και τις διεθνείς συναλλαγές, καλύπτοντας κινδύνους ή χρηματοδοτικές ανάγκες.
5. Οι τραπεζικές καταθέσεις στην Ελλάδα μειώθηκαν κατά 29 δις ευρώ ως φυγή κεφαλαίων στο εξωτερικό.
6. Οι μεγάλες υποβαθμίσεις των ελληνικών τραπεζών, των τιτλοποιήσεων χαρτοφυλακίων τους, των αντίστοιχων καλυμμένων ομολόγων και των εκδόσεων τραπεζικού χρέους από τους αμερικάνικους οίκους αξιολόγησης και η κατάταξη τους σε κατηγορία υψηλού κινδύνου (*junk*), επέτεινε ακόμη σοβαρά τα προβλήματα ρευστότητας των τραπεζών και της ελληνικής οικονομίας.
7. Τον Απρίλιο του 2010, έκλεισε οριστικά η δευτερογενής αγορά ομολόγων του Δημοσίου.

1.1.6 Το Μνημόνιο

Οι προαναφερθείσες αρνητικές εξελίξεις οδήγησαν σε μια μεγάλη κρίση ρευστότητας και σε μια σημαντική άνοδο των επιτοκίων καταθέσεων, αλλά και χορηγήσεων. Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα έφτασε στα πρόθυρα της χρεοκοπίας. Τα θεσμικά όργανα της Ευρώπης, ύστερα από αίτημα της ελληνικής κυβέρνησης, αποφάσισαν τη στήριξη της ελληνικής οικονομίας με τη χορήγηση, από κοινού με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, δανείου ύψους 110 δις ευρώ, με τμηματική εκταμίευση των δόσεων που θα βασίζονται στην πρόοδο του προγράμματος.

Μετά την υπογραφή του Μνημονίου Συνεργασίας ανάμεσα στην Ελλάδα, την ΕΕ και το ΔΝΤ, δημιουργήθηκε ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας- EFSF, ο οποίος στόχο είχε να παρέχει στήριξη στα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρωζώνης διαθέτοντας έως και 440 δις ευρώ πόρους από τα κράτη-μέλη της Ευρωζώνης και έως 60 δις ευρώ από μια περαιτέρω υπερεθνική διευκόλυνση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Παράλληλα το ΔΝΤ θα διέθετε έως 250 δις ευρώ στον EFSF και η Ευρωπαϊκή Κεντρική τράπεζα θα παρείχε τη δική της στήριξη για να αποφευχθούν οι διαταράξεις στην αγορά (Bruiter & Rahdari, 2011).

Ως αντάλλαγμα για την οικονομική βοήθεια που δέχτηκε, η Ελλάδα συμφώνησε να προχωρήσει σε δημοσιονομική προσαρμογή ύψους 30 δις ευρώ, το οποίο αντιστοιχούσε στο 12,5% του ΑΕΠ του 2009, σε βάθος τριετίας. Βασικός στόχος ήταν η μείωση του ελλείμματος στο 3% του ΑΕΠ έως το 2014. Το μεγαλύτερο μέρος της προσαρμογής αφορούσε τις δημόσιες δαπάνες και προϋπόθεση για την άντληση των δόσεων του δανείου ήταν η επίτευξη δημοσιονομικής πειθαρχίας και ουσιαστικών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στο ασφαλιστικό, στις εργασιακές σχέσεις, στο δημόσιο τομέα και στο σύστημα υγείας (Τράπεζα της Ελλάδος, 2013).

Το 2011 η ύφεση της οικονομικής δραστηριότητας ήταν μεγαλύτερη από τις αρχικές προβλέψεις και το ποσοστό της ανεργίας εκτινάχθηκε. Δυστυχώς, η συρρίκνωση της ζήτησης και η εφαρμογή μιας πολιτικής με συνεχείς αναβολές και καθυστερήσεις με στόχο τη μετάθεση μέρους του κόστους σε μεταγενέστερο χρόνο, οδηγούσαν συνεχώς σε αναθεωρήσεις των συμφωνιών με τους εταίρους και σε νέα μέτρα, έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους αναπροσαρμογής και την παράταση του χρόνου των αναμενόμενων θετικών αποτελεσμάτων. Αυτό είχε ως

αποτέλεσμα να επικρατήσει η αντίληψη πως το πρόγραμμα προσαρμογής απέτυχε και το μόνο που είχε απομείνει ήταν η λήψη επώδυνων μέτρων χωρίς ορατό αποτέλεσμα. Σύμφωνα με έκθεση της Τράπεζας της Ελλάδος (2013) αυτή η πολιτική είχε βαρύτερες συνέπειες, καθώς α) ισχυροποίησε τις προσδοκίες πως το μέλλον προδιαγράφεται δυσμενέστερο με αποτέλεσμα να αναβάλλονται όλες οι καταναλωτικές και επενδυτικές αποφάσεις υπονομεύοντας τη δημοσιονομική προσαρμογή, β) υπονόμωσε την αξιοπιστία της συμφωνίας στήριξης και γ) κλόνησε την κυβερνητική συνοχή και την πολιτική σταθερότητα.

Όλα τα παραπάνω είχαν ως άμεση συνέπεια, τη δημιουργία ενός κενού αξιοπιστίας και οι εταίροι άρχισαν να ζητούν ολοένα και ισχυρότερες διαβεβαιώσεις πως η Ελλάδα θα προχωρήσει στην εφαρμογή των συμφωνηθέντων. Το 2012, η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε στην υπογραφή δεύτερης συμφωνίας χρηματοδοτικής στήριξης με πακέτο ύψους 130 δις ευρώ. Η αναδιάρθρωση του χρέους και η νέα συμφωνία χρηματοδοτικής στήριξης ανέκοψαν την τροχιά κατάρρευσης στην οποία βρισκόταν η ελληνική οικονομία στα τέλη του 2011. Προϋπόθεση, όμως, για να ολοκληρωθούν αυτά τα πρώτα θετικά βήματα ήταν να προχωρήσει χωρίς καθυστέρηση η εφαρμογή όσων είχαν συμφωνηθεί. Αυτό όμως δεν συνέβη, καθώς η πορεία αυτή ανακόπηκε από τη διεξαγωγή εκλογών. Τελικά, με οκτώ μήνες καθυστέρηση, τον Οκτώβριο του 2012 κατατέθηκαν στη Βουλή ο Προϋπολογισμός του 2013 και τον Νοέμβριο εγκρίθηκε από την ελληνική Βουλή με το Ν. 4046/2012 το επικαιροποιημένο «Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016» (Τράπεζα της Ελλάδος, 2013).

1.2 Κυρίαρχες Θεωρίες που αφορούν στην Οικονομική Κρίση

Με αφορμή το χρηματιστηριακό Κράχ του 1929 στις Η.Π.Α. και τη δημιουργία της πρώτης μεγάλης παγκόσμιας κρίσης που βύθισε πολλές οικονομίες στην ύφεση, αναπτύχθηκαν μια σειρά από οικονομικές θεωρίες, οι οποίες επιχείρησαν να ερμηνεύσουν τα βαθύτερα αίτια που οδήγησαν στη δημιουργία της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 2008.

Μια από τις δημοφιλέστερες θεωρίες υπήρξε εκείνη του John Maynard Keynes. Ως ένας από τους βασικότερους εκφραστές των δομιστών, ο Keynes, υποστήριξε πως η οικονομική κρίση που δημιουργήθηκε στον χρηματοπιστωτικό τομέα οφείλεται στην υποκατανάλωση (έλλειψη ζήτησης) και την υπερεπένδυση

(οικονομική «φούσκα»). Σύμφωνα με τις απόψεις του, οι μηχανισμοί της αγοράς, η προσφορά και η ζήτηση, δεν λειτουργούν πάντα προς την ισορροπία αν αφηθούν μόνες τους χωρίς την κρατική παρέμβαση. Ο Keynes ανέδειξε τη σημασία της αισιοδοξίας ως καθοριστικού παράγοντα που οδηγεί τους επιχειρηματίες να επενδύσουν πιστεύοντας ότι θα υπάρχει επαρκής ζήτηση για να απορροφήσει τα προϊόντα και τις υπηρεσίες τους. Σε αντίθετη περίπτωση, αν επικρατήσει ο φόβος ότι δεν θα υπάρξει ικανή ζήτηση, οι αγορές γίνονται ασταθείς και ο φόβος θα τις οδηγήσει να μειώσουν την παραγωγή, πυροδοτώντας μια σειρά από αλυσιδωτές αντιδράσεις που θα οδηγήσουν στην πτώση των τιμών και στην μείωση των μισθών, συμβάλλοντας αναπόφευκτα στην τελική πτώση της ζήτησης και την υποκατανάλωση. Σύμφωνα με τον Keynes, ο μηχανισμός της αγοράς δεν εξασφαλίζει από μόνος του την αύξηση της επένδυσης, ώστε να αυξηθεί η ενεργός ζήτηση, με αποτέλεσμα το σύστημα να βυθίζεται όλο και πιο συχνά σε βαθιές κρίσεις. Στο σημείο αυτό έκρινε απαραίτητη την παρέμβαση του κράτους στις αγορές προκειμένου να αντιμετωπιστεί η υποκατανάλωση, ρυθμίζοντας το επιτόκιο και τονώνοντας την ενεργό ζήτηση μέσω κινήτρων, αλλά κυρίως μέσω των κρατικών δαπανών (Βαρουφάκης, 2011).

Στον αντίποδα της κεινσιανής θεωρίας βρίσκεται η νεοκλασική θεωρία. Σύμφωνα με τον Milton Friedman, τον κυριότερο εκφραστή της και αντίπαλο δέος του Keynes, η οικονομική κρίση οφείλεται στην αλόγιστη χαλάρωση της νομισματικής πολιτικής και τη μείωση των επιτοκίων. Αυτό οδηγεί τους επιχειρηματίες στον αλόγιστο δανεισμό και στην αύξηση των τιμών των ακινήτων με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας «φούσκας». Συνεπώς για τον Friedman, δεν συμβάλει στη δημιουργία της κρίσης η αστάθεια των αγορών, αλλά ο περιορισμός της ποσότητας του χρήματος. Στο σημείο αυτό, η νεοκλασική θεωρία υποστηρίζει πως το κράτος δεν πρέπει να παρεμβαίνει στους μηχανισμούς της αγοράς, καθώς μια επεκτατική δημοσιονομική πολιτική λειτουργεί μόνο πρόσκαιρα (αυξάνοντας την οικονομική δραστηριότητα), ενώ μακροπρόθεσμα δημιουργεί περισσότερα προβλήματα από όσα λύνει. Αντίθετα, ο Friedman πρότεινε μια σφικτή δημοσιονομική πολιτική με παράλληλη επεκτατική νομισματική πολιτική για όσο διάστημα οι αγορές πάσχουν από έλλειψη ρευστότητας. Παράλληλα, για να μην υπάρξουν πληθωριστικές πιέσεις, υποστήριξε τη διατήρηση του ρυθμού αύξησης της ποσότητας του χρήματος σε επίπεδο που να μην ξεπερνά τον ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ (Βαρουφάκης, 2011).

Τέλος, σύμφωνα με τη Μαρξιστική θεωρία, οι κρίσεις είναι κάτι το αναπόφευκτο στον καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής, καθώς βασίζεται στην αντίθεση της σχέσης κεφάλαιο (επιχειρήσεις) - εργασία (εργαζόμενοι), όπου το κεφάλαιο πρέπει να αντλεί συνεχώς υπεραξία, δηλαδή κέρδος, από την εργασία προκειμένου να υπάρχει και να αναπτύσσεται. Η παραγωγή κέρδους και υπεραξίας που προκύπτει από την υπερεργασία συμβάλλει στην υπερσυσσώρευση κεφαλαίου και την αύξηση του ποσοστού κέρδους. Η κρίση, επομένως, σύμφωνα με τη μαρξιστική θεωρία είναι μια συγκυριακή παραγωγή εμπορευμάτων σε τέτοια ποσότητα και τιμή που οδηγεί τη διαδικασία συσσώρευσης και την παραγωγή του κεφαλαίου σε επιβράδυνση και κατ' επέκταση στη μείωση του ποσοστού κέρδους. Αυτή η πτώση του ποσοστού κέρδους αποτελεί τον πυρήνα της μαρξιστικής θεωρίας για την οικονομική κρίση (Μαρξ, 1978).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

2.1 Κύρια χαρακτηριστικά

Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα, δυστυχώς, δεν αποτέλεσε προτεραιότητα των ελληνικών κυβερνήσεων της μεταπολεμικής Ελλάδας. Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που συντέλεσαν στη δυσλειτουργία του συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης ήταν η συνύπαρξη δημόσιας και ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Ειδικότερα, η ιδιωτικός τομέας επεκτάθηκε άναρχα, έχοντας ως κίνητρο το κέρδος και λειτούργησε κυρίως συμπληρωματικά προκειμένου να εξυπηρετήσει τις ανάγκες των ιδιωτών ιατρών. Πιο συγκεκριμένα τα κυριότερα χαρακτηριστικά του τομέα υγείας στην Ελλάδα πριν από την ίδρυση του ΕΣΥ συνοψίζονται στα εξής (Αντωνοπούλου, 2014):

- Οι διαθέσιμες κλίνες το 1976 ανέρχονταν σε 58574, που σημαίνει ότι 1 νοσηλευτική κλίνη αντιστοιχούσε σε 156 κατοίκους, τη στιγμή που ο διεθνώς επιθυμητός δείκτης ήταν 1 νοσηλευτική κλίνη για 100 κατοίκους. Παράλληλα, όπως και οι περισσότερες οικονομικές και κοινωνικές δραστηριότητες, το 70% των νοσηλευτικών κλινών συγκεντρώνονταν σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη.
- Η στελέχωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρουσίαζε σοβαρές ελλείψεις σε ειδικότητες τόσο στα ιδιωτικά θεραπευτήρια, όσο και στα επαρχιακά νοσοκομεία και μόνο τα δημόσια θεραπευτήρια σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη ήταν επαρκώς στελεχωμένα. Επιπροσθέτως, τα περισσότερα νοσοκομεία στερούνταν ικανοποιητικού τεχνικού εξοπλισμού ή ειδικευμένων ιατρών που μπορούσαν να τα χειριστούν
- Στο χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης επικρατούν τα ιδιωτικά ιατρεία τα οποία έφταναν περίπου τα 12000, ενώ τα αγροτικά ιατρεία παρέμεναν με σοβαρές ελλείψεις σε πεπειραμένο προσωπικό, εξοπλισμό και νοσηλευτικό προσωπικό.

- Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ήταν σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα, καθιστώντας τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης για το σύστημα περίθαλψης
- Το ιατρικό δυναμικό βρισκόταν σε ικανοποιητικά επίπεδα από ποσοτικής άποψης, χωρίς όμως αυτό να συνεπάγεται και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της ιατρικής περίθαλψης. Παρόλα αυτά, το 75% του δυναμικού συγκεντρωνόταν σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, αφήνοντας την επαρχία με ελλείψεις σε ειδικευμένους ιατρούς
- Το επίπεδο της εκπαίδευσης των ιατρών στηριζόταν περισσότερο στη θεωρία παρά στην πρακτική εξάσκηση, ενώ η εξειδίκευση των ιατρών ήταν συνάρτηση της οργάνωσης, της στελέχωσης, του εξοπλισμού, του είδους και της ποικιλίας των περιστατικών του εκάστοτε νοσοκομείου
- Το νοσηλευτικό προσωπικό που διέθετε δίπλωμα ήταν πολύ μικρό και αφορούσε κυρίως την πρωτεύουσα, ενώ η επαρχία παρέμενε υποστελεχωμένη
- Οι πολυεθνικές φαρμακοβιομηχανίες είχαν αποκτήσει πρόσβαση στην ελληνική αγορά και κυκλοφορούσαν γύρω στα 8000 φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα σε 18000 μορφές.

Το 1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και για πρώτη φορά εγκαθιδρύεται ένα δημόσιο σύστημα προστασίας της υγείας. Κύριος στόχος του ΕΣΥ ήταν η αναβάθμιση της υλικοτεχνικής υποδομής, του ανθρώπινου δυναμικού και της διοίκησης των νοσοκομείων, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ίση και δωρεάν πρόσβαση όλου του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, κατά το σχεδιασμό του δημόσιου συστήματος υγείας υποβαθμίστηκαν ή αγνοήθηκαν σημαντικές συνιστώσες όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη, η προληπτική ιατρική, η αύξηση και κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού, η δημιουργία τμημάτων ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας και ο θεσμός του γενικού και του οικογενειακού ιατρού.

Ειδικότερα, ενώ στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ (Ν.1397/1983) προβλεπόταν η λειτουργία πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, τελικά τα Κέντρα Υγείας ιδρύθηκαν μόνο στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, παρέχοντας χαμηλής στάθμης θεραπευτικές υπηρεσίες και όχι μια ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα όπως προβλεπόταν από το σχεδιασμό τους. Αντιθέτως,

μεγαλύτερη προσοχή δόθηκε από τις κυβερνήσεις στη δημιουργία ενός άρτιου δημόσιου νοσοκομειακού συστήματος, ώστε να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις των πολιτών για δωρεάν και ίση πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες προστασίας της υγείας.

Το 2001 το ΕΣΥ αποσυγκεντρώθηκε σε 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ) που πήραν τη μορφή αυτόνομων νομικών προσώπων (Ν.2889/2001) και στόχος τους ήταν να παρέχουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών σε επίπεδο περιφέρειας και να συντονίζει τις δράσεις, την οργάνωση και τη διοίκηση όλων των μονάδων υγείας του ΠΕΣΥ που εδρεύουν στην περιφέρεια, μετατρέποντας έτσι κάθε νοσοκομείο και κέντρο υγείας σε αποκεντρωμένη και υπηρεσιακά ανεξάρτητη μονάδα του κάθε ΠΕΣΥ. Παρά το πλήθος ειδικών αρμοδιοτήτων διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης που δόθηκαν στα ΠΕΣΥ, δεν δόθηκε η αρμοδιότητα και ο βαθμός ανεξαρτησίας ώστε να καθορίζουν μόνα τους στόχους και πολιτικές υγείας, να αποτιμούν τα αποτελέσματα και να καθορίζουν διορθωτικά μέτρα. Παράλληλα, η μεταρρύθμιση περιορίστηκε μόνο στην κορυφή της διοικητικής ιεραρχίας, προκηρύσσοντας τη θέση διοικητή για κάθε νοσοκομείο με τετραετή θητεία και υπογράφοντας «συμβόλαιο αποδοτικότητας», και όχι στη μεταβολή του τρόπου λειτουργίας, της οργάνωσης ή της μορφής ενός πιο αποτελεσματικού συστήματος (Αντωνοπούλου, 2014).

2.2 Η μεταρρύθμιση του 2005

Με το Ν.3329/2005, ξαναδόθηκε στα δημόσια νοσοκομεία η αυτοτέλεια που είχαν πριν τον Ν.2889/2001, με την αιτιολογία ότι θα μπορούν να αντιμετωπίζουν τις ιδιαίτερες ανάγκες της περιοχής ευθύνης τους δίχως τις γραφειοκρατικές καθοδηγήσεις. Παρόλα αυτά, μια πιο προσεκτική ματιά στο νόμο αποκαλύπτει ότι από τις 15 αρμοδιότητες που του εκχωρήθηκαν, το διοικητικό συμβούλιο μπορούσε να αποφασίσει για 2 χωρίς την έγκριση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, ενώ από τις 27 αρμοδιότητες που εκχωρήθηκαν στον διοικητή του νοσοκομείου 5 από τις σπουδαιότερες όπως τον επιχειρησιακό σχεδιασμό και τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, τελούσαν υπό την έγκριση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας και 12 υπό την τελική έγκριση του διοικητικού συμβουλίου.

Παράλληλα, το ΠΕΣΥ μετονομάζεται στο αυτόνομο νομικό πρόσωπο «Διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας» (ΔΥΠΕ), το οποίο ήταν αρμόδιο για την

άσκηση της πολιτικής υγείας σε περιφερειακή κλίμακα, ενώ προστέθηκαν και κάποιες νέες αρμοδιότητες με στόχο να λάβει ένα τέλος η κακοδιαχείριση και η απαξίωση του ΕΣΥ κατά την προηγούμενη περίοδο. Αυτές αφορούσαν τις αποφάσεις σχετικά με τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος μηχανοργάνωσης, την ομογενοποίηση και τον έλεγχο των προμηθειών και την ίδρυση κέντρων εξυπηρέτησης πολιτών.

2.3 Η μεταρρύθμιση του 2007

Η κακοδιοίκηση, η σπατάλη και η αφαίμαξη των πόρων προς χάριν ατομικών συμφερόντων συνέχισαν να μαστίζουν το χώρο του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου δημιουργώντας ακόμη μεγαλύτερα ελλείμματα. Το 2007 ψηφίστηκε ο Ν.3580, προκειμένου να εξασφαλιστεί η διαφανής και ορθολογικότερη διαχείριση των προμηθειών, να αντιμετωπιστεί η σπατάλη και να εξοικονομηθούν πόροι κατά την οικονομική διοίκηση των νοσοκομείων. Έτσι, περιορίζεται ο αριθμός των ΔΥΠΕ σε 7 και η διοίκηση ασκείται πλέον από το Διοικητή και δυο Υποδιοικητές της Υγειονομικής Περιφέρειας και όχι από τα διοικητικά συμβούλια.

Κεντρικό ρόλο στην διαχείριση των προμηθειών κατείχε η διυπουργικής σύνθεσης «Επιτροπή Προμηθειών Υγείας», η οποία ήταν υπεύθυνη για τον στρατηγικό και επιχειρησιακό σχεδιασμό του συστήματος προμηθειών των δημόσιων νοσοκομείων, την τυποποίηση και την ομογενοποίηση των προκηρύξεων διαγωνισμών σε εθνική κλίμακα. Παράλληλα, ιδρύονται 40 νέες θέσεις προσωπικού προκειμένου να πλαισιώσουν την ΕΠΥ, οι οποίες αποτελούνται από μόνιμο και από ειδικό επιστημονικό προσωπικό. Δυστυχώς, τόσο ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος της ΕΠΥ, όσο και τα υπόλοιπα 7 μέλη της ΕΠΥ αποτελούσαν σύμφωνα με το νόμο επιλογές των υπουργών Υγείας, Ανάπτυξης και Οικονομίας, ακυρώνοντας στην ουσία τις διακηρύξεις της κυβέρνησης για την ίδρυση μια ανεξάρτητης διοικητικής αρχής.

Βασικό εργαλείο της ΕΠΥ για την κατάρτιση και διαχείριση των διαγωνισμών προμηθειών των νοσοκομείων αποτέλεσε η κατάρτιση «κωδικών αριθμών» για όλα ανεξαιρέτως τα προϊόντα, τον εξοπλισμό και τις υπηρεσίες που θα αποτελούσαν αντικείμενο προμήθειας, οι οποίοι θα περιελάμβαναν σημαντικά στοιχεία όπως την αποδεκτή τιμή μονάδας, τη μέγιστη ποσότητα προμήθειας, τον τρόπο και τον χρόνο παράδοσης, τον τρόπο πληρωμής κ.α. Η κωδικοποίηση αυτή υπήρξε ένα σημαντικό βήμα προς την εξυγίανση χώρου των προμηθειών, ωστόσο η σοβαρή αυτή κίνηση

φαίνεται να υπονομεύεται στην ουσία από το άρθρο 6 του ίδιου νόμου, το οποίο προέβλεπε πως ο Υπουργός Υγείας με αιτιολογημένη απόφασή του μπορούσε να αναθέσει την προκήρυξη διαγωνισμών προμήθειας απευθείας σε νοσοκομεία, αίροντας με τον τρόπο αυτό την αποκλειστικότητα που κατείχε η ΕΠΥ. Τέλος, αξίζει να τονίσουμε πως η προμήθεια φαρμάκων, που αποτελούσε το 25% των προμηθειών των νοσοκομείων της χώρας, δεν εντάχθηκε στις αρμοδιότητες της ΕΠΥ και παρέμεινε αρμοδιότητα του ιατρικού προσωπικού.

2.4 Η Πολιτική των Μνημονίων στον χώρο της Υγείας από το 2009

Για 30 περίπου χρόνια το ΕΣΥ ήταν υπεύθυνο για τη δημόσια πολιτική στον τομέα της υγείας, πότε εξυπηρετώντας σκοπιμότητες του πολιτικού συστήματος και πότε μέσω αλληπάλληλων προσπαθειών μεταρρύθμισης. Από το 2009 και ειδικότερα μετά τη σύναψη των Μνημονίων συνεργασίας ανάμεσα στην Ελλάδα, την Ευρωπαϊκή Ένωση, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, το γενικό πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο αλλάζει σημαντικά, επηρεάζοντας άμεσα τη δομή και τη λειτουργία του ΕΣΥ.

Σύμφωνα με την έκθεση αποτελεσμάτων του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011) η εικόνα που παρουσίαζε το ΕΣΥ τα τέλη του 2009 ήταν περίπου τα εξής:

- Έλλειψη καταγραφών και αξιολόγησης των οικονομικών και λειτουργικών δεδομένων των μονάδων του (Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας)
- Αδυναμία των διοικήσεων να υλοποιήσουν στοιχειώδη πολιτικό σχεδιασμό και να εφαρμόσουν τεχνικά εργαλεία, με αποτέλεσμα να διαφαίνεται το σοβαρό έλλειμμα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος
- Έκτακτα γεγονότα (γρίπη, ΜΕΘ, κ.λπ.) που δημιουργούσαν τριγμούς στο ήδη καταπονημένο ΕΣΥ
- Δημοσιονομική κατάσταση που δεν ευνοούσε ανοίγματα με σκοπό τρέχουσες βελτιώσεις
- Καθυστερήσεις στην τοποθέτηση διοικήσεων που θα εφαρμόσουν ενιαία πολιτική, σε συνδυασμό με την πλήρη χαλάρωση της κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης

Μετά την υπογραφή του πρώτου Μνημονίου το 2010, ψηφίζεται ο Ν.3918/2011 με στόχο τη δημιουργία ενός νέου καθεστώτος χρηματοδότησης του ΕΣΥ και την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ). Παράλληλα, η ελληνική κυβέρνηση συμφώνησε να λάβει μια σειρά από μέτρα τα οποία αφορούσαν (ΥΥΚΑ, 2011):

- Εισαγωγή μηχανισμών ελέγχου εσόδων και δαπανών, μέσω της εκτέλεσης του Κρατικού (Υ.Υ.Κ.Α.) και Κοινωνικού (φορείς Γενικής Κυβέρνησης). Προϋπολογισμού και των μηνιαίων αναφορών
- Εφαρμογή και παρακολούθηση οικονομικών δεδομένων με το διπλογραφικό σύστημα λογιστικής καταγραφής
- Εισαγωγή μηχανογραφημένων εφαρμογών για πλήρη υποστήριξη των λειτουργικών συστημάτων
- Έλεγχος τιμολόγησης φαρμάκου, φαρμακευτικής δαπάνης, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης κ.λπ.
- Εκσυγχρονισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Ειδικότερα οι στόχοι που τέθηκαν για το 2010 και αφορούσαν στο ειδικό Μνημόνιο που είχε υπογραφεί από τους Διοικητές των Νοσοκομείων και τους εταίρους ήταν οι εξής (ΥΥΚΑ, 2011):

- Διαμόρφωση έγκυρων και πιστοποιημένων οικονομικών καταστάσεων για τα παρελθόντα έτη, δηλαδή Ισολογισμών 2009 και Απολογισμών 2010, ελεγμένων και πιστοποιημένων από ορκωτούς λογιστές - ελεγκτές και τη δημοσίευση τους (2009)
- Ρύθμιση των χρεών ετών 2007- 2009 και μεγάλου μέρους του 2010, εντός του 2010 (ή αρχές 2011)
- Πλήρη εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος λογιστικής σε όλα τα Νοσοκομεία, με όσα αυτό περιλαμβάνει, όπως άμεση ενημέρωση λογαριασμών αγορών, εισπράξεων και απαιτήσεων, παρακολούθηση λογιστικών αποθηκών, έγκαιρη τιμολόγηση νοσηλίων, λογιστικοποιημένη ενιαία κωδικοποίηση υλικών και φαρμάκων, συμφωνία ισοζυγίων δημόσιου λογιστικού και γενικής λογιστικής, κ.λπ.

- Προκήρυξη (και όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμβασιοποίηση) όλων των διαγωνισμών προμηθειών του Προγράμματος Προμηθειών Υπηρεσιών Υγείας (Π.Π.Υ.Υ.) 2010
- Πλήρη φυσική και λογιστική απογραφή αποθεμάτων και παγίων στοιχείων στις 31/12/2010, την αποτίμηση αυτής, καθώς και την παρακολούθηση του αποθέματος μηνιαία το 2011
- Κατάρτιση Προϋπολογισμών έτους 2011, εντός συγκεκριμένων ορίων πιστώσεων, ανά Δ.Υ.Πε. και Νοσοκομείο (“global budget”), καθώς και την παρακολούθηση εκτέλεσης αυτών με το διπλογραφικό σύστημα λογιστικής καταγραφής (λογαριασμοί τάξεως), το οποίο συνδέει το δημόσιο λογιστικό με τη γενική λογιστική
- Υποστήριξη με πλήρη μηχανογραφημένη λειτουργία σε όλα τα απαραίτητα λειτουργικά και οικονομικά υποσυστήματα (ERPs, LIS, κ.λπ.), για να δίδονται αξιόπιστα στοιχεία (ESY.net)

Παράλληλα, η ελληνική κυβέρνηση δεσμεύτηκε να προχωρήσει στο διαχωρισμό του κλάδου υγείας από τον κλάδο συνταξιοδότησης, τη συγχώνευση κονδυλίων και τη συγκέντρωση των αρμοδιοτήτων υγείας σε ένα μόνο υπουργείο (Αντωνοπούλου, 2014).

Τα παραπάνω μέτρα έπρεπε να είχαν ληφθεί εδώ και πολλά χρόνια, καθώς αποτελούσαν ατέλειες του συστήματος υγείας και ο εξορθολογισμός τους ήταν πλέον αναγκαίος για την καταπολέμηση της σπατάλης. Ωστόσο, τα μέτρα που δεσμεύτηκε να υλοποιήσει η ελληνική κυβέρνηση συνοδεύτηκαν και από αντίστοιχο περιορισμό των δαπανών στον τομέα της υγείας, μετατοπίζοντας το βάρος στους ιδιωτικούς πόρους των πολιτών.

Με την ψήφιση του δεύτερου Μνημονίου το 2012 επήλθε περαιτέρω συρρίκνωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, προβλεπόταν μείωση του αριθμού ιατρών που απασχολούνταν στον ΕΟΠΠΥ κατά 10%, μείωση της εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης κατά 1 δις ευρώ και περιορισμό της στο 1,3% του ΑΕΠ έως το 2014, μείωση των δαπανών για ασφάλιση, περίθαλψη και κοινωνική προστασία και τη μείωση των δαπανών για διαγνωστικές υπηρεσίες κατά 45 εκατ. ευρώ. Παράλληλα, επιπλέον δεσμεύσεις της ελληνικής κυβέρνησης περιλάμβαναν την επέκταση και παρακολούθηση της ηλεκτρονικής

συνταγογράφησης, την προώθηση της χρήσης γενόσημων και φθηνότερων φαρμάκων, την αύξηση της κινητικότητας του προσωπικού υγείας, την προσαρμογή της παροχής υπηρεσιών των νοσοκομείων που βρίσκονται στην ίδια περιφέρεια και την εξειδίκευση μικρών νοσοκομείων σε κάποιους τομείς, την αναθεώρηση των δομών επειγόντων περιστατικών και εφημεριών και τη βελτίωση της κατανομής των πόρων βαρέως ιατρικού εξοπλισμού ανάλογα με τις ανάγκες (Αντωνοπούλου, 2014).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σκοπός της εργασίας – Επιμέρους στόχοι

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η περιγραφή και ανάλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη εργασία αποτελεί διερεύνηση των επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον νοσοκομειακό τομέα κατά την διάρκεια της κρίσης, το οποίο δεν έχει επιχειρηθεί στο παρελθόν και μπορεί να αποτελέσει ένα κρίσιμο εργαλείο για την άσκηση πολιτικής υγείας, καθώς θα επιχειρήσει να αναδείξει τις αδυναμίες και τα πλεονεκτήματα της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης, όπως και να υποδείξει τις προκλήσεις και τα πεδία μελλοντικής παρέμβασης.

3.2 Μέθοδος – Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η παρούσα διπλωματική εργασία συνιστά μία έκθεση πολιτική υγείας (health policy report), στην οποία θα ακολουθηθεί συνδυαστική μεθοδολογία. Συνδυασμός, δηλαδή, δεδομένων που προκύπτουν από τη νομολογία των δυο μνημονίων που ψηφίστηκαν από τις ελληνικές κυβερνήσεις και τους δανειστές της και την ταυτόχρονη συλλογή και ανάλυση δευτερογενών δεδομένων.

Πιο συγκεκριμένα για τη διαχρονική μελέτη των δημόσιων νοσοκομειακών υποδομών θα χρησιμοποιηθούν δευτερογενή δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ, του ΟΟΣΑ και του Υπουργείου Υγείας για τα έτη 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 και 2014 και θα μελετήσουμε τις επιπτώσεις της κρίσης στη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων μέσα από τις μεταβολές που παρουσιάζουν μια σειρά από στοιχεία που αφορούν στη δυναμικότητα, στη λειτουργικότητα, στις δαπάνες και στα έσοδα των ελληνικών νοσοκομείων.

3.3 Περιορισμοί

Τα στοιχεία που θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα έρευνα αφορούν τα δημόσια νοσοκομεία που λειτουργούν στην Ελλάδα. Παράλληλα, τα δευτερογενή δεδομένα που θα χρησιμοποιήσουμε προκύπτουν από επίσημους φορείς που λειτουργούν στην Ελλάδα, όπως η Ελληνική Στατιστική Αρχή και οι υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, είναι υπεύθυνοι για την συλλογή και την επεξεργασία των στατιστικών δεδομένων και οποιαδήποτε απόκλιση στα δεδομένα μπορεί να

οφείλεται στη μεθοδολογία που χρησιμοποιούν κατά τον υπολογισμό ορισμένων μεγεθών, όπως οι δαπάνες, τα έσοδα και η δυναμικότητα των δημόσιων νοσοκομείων. Κατά συνέπεια, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στη γενίκευση των συμπερασμάτων μας, καθώς αφορά στα στοιχεία των δημόσιων νοσοκομείων της Ελλάδος και όχι το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Μελέτη του μεταρρυθμιστικού πλαισίου των δημόσιων νοσοκομείων κατά την περίοδο της κρίσης

Σύμφωνα με την έκθεση του Υ.Υ.Κ.Α (2012), η κατάσταση στο χώρο της υγείας παρουσίαζε σοβαρές ελλείψεις και προβλήματα, τα βασικότερα από τα οποία ήταν τα εξής:

- Αύξηση δαπανών του ΕΣΥ, με έμφαση στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, αλλά και στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας (2007-9)
- Κατακερματισμός των πολιτικών για την υγεία, τη διαχείριση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας
- Έλλειψη μηχανισμών ελέγχου (στατιστικά στοιχεία, συστήματα πληροφόρησης, οικονομικού ελέγχου, κ.λπ.)
- Έλλειψη ενός αποτελεσματικού συστήματος προμηθειών και τιμολόγησης φαρμάκων
- Απουσία μιας πολιτικής διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ

Παράλληλα, σύμφωνα με την ίδια έκθεση (ΥΥΚΑ, 2012), μια σειρά από μέτρα που άρχισαν να εφαρμόζονται από το 2010, ύστερα από την υπογραφή του πρώτου μνημονίου συνεργασίας στις Ελλάδας με τους δανειστές της, έφεραν θετικά αποτελέσματα μέσα στο 2011, τα οποία ήταν τα εξής:

- Μείωση των δαπανών του ΕΣΥ, ιδιαίτερα στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, αλλά και στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας (2010-11) με βάση στόχους
- Δημιουργία μηχανισμών ελέγχου (ESY.net, εφαρμογή διπλογραφικού, ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα, μηνιαία αξιολόγηση, DRG, κ.λπ.)
- Ειδικές πολιτικές και στόχους στην παροχή (ΕΣΥ, Προμήθειες, κ.λπ.) και την ενοποίηση της χρηματοδότησης (ΕΟΠΥΥ)
- Πολιτικές διαχείρισης προσωπικού στο ΕΣΥ και στον ΕΟΠΥΥ
- Κατάρτιση και δημοσίευση ισολογισμών από τα δημόσια νοσοκομεία

Μετά την υπογραφή του δεύτερου μνημονίου ανάμεσα στην Ελλάδα και τους δανειστές, η ελληνική κυβέρνηση δεσμεύτηκε στην περαιτέρω εφαρμογή μιας σειράς μεταρρυθμίσεων στον τομέα υγείας (Ν.2046/2012). Ειδικότερα αναφορικά με τα δημόσια νοσοκομεία, τα μέτρα αυτά αφορούσαν:

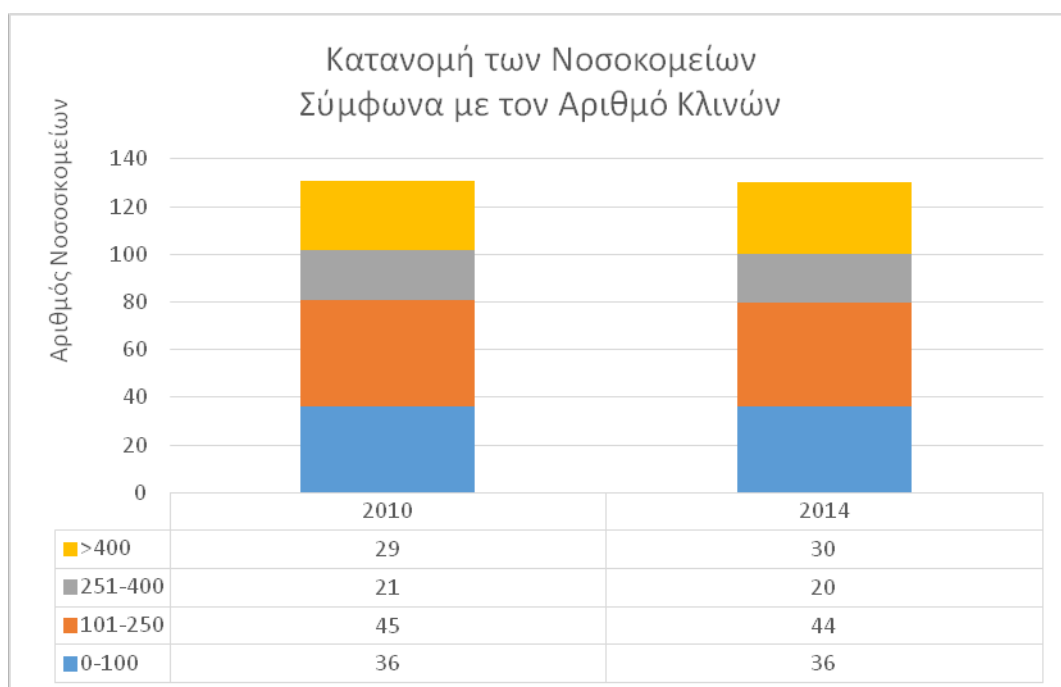
- στη μείωση της υπερωριακής αμοιβής για γιατρούς σε νοσοκομεία κατά τουλάχιστον 50 εκατομμύρια Ευρώ,
- στην μείωση των φαρμακευτικών δαπανών κατά 1 δις ευρώ και στην αύξηση χρήσης των γενόσημων φαρμάκων,
- στην μείωση της λειτουργικής δαπάνης των νοσοκομείων κατά 8% μέσω της κινητικότητας του προσωπικού και της προσαρμογής των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως και την εξειδίκευση των νοσοκομείων στην ίδια Υγειονομική περιφέρεια,
- στη μείωση της κατακερματισμένης δομής διακυβέρνησης και την συγκέντρωση όλων των ασφαλιστικών ταμείων στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ),
- στην ενίσχυση και την ενοποίηση του δικτύου πρωτοβάθμιας περίθαλψης,
- στην δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος μηχανογράφησης και παρακολούθησης των νοσοκομείων,
- στην ενίσχυση των κεντρικών προμηθειών και
- στην ανάπτυξη μιας ισχυρής ικανότητας παρακολούθησης και αξιολόγησης και μιας ικανότητας ηλεκτρονικής υγείας (e-health)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της τελευταίας έκθεσης του ESY.NET, οι μεταρρυθμίσεις που είχαν ολοκληρωθεί μέχρι το 2012 στα δημόσια νοσοκομεία ήταν οι εξής:

- το 86% των Νοσοκομείων είχε υπογράψει Συμβάσεις συντήρησης – υποστήριξης για το 2012 και τα υπόλοιπα ήταν σε διαδικασία υπογραφής.
- σε όλα τα Νοσοκομεία λειτουργούσαν υποσυστήματα ERP (Ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης πόρων)
- στο 78% των Νοσοκομείων λειτουργούσαν LIS (Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Εργαστηρίων)
- υπήρχε πλήρης μηχανογραφική υποστήριξη της εφαρμογής των KEN – DRGs (πρόγραμμα Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων)

- στο 77% των Νοσοκομείων λειτουργούσε Μητρώο Δεσμεύσεων
- στο 57% των Νοσοκομείων λειτουργούσε (πλήρως ή μερικώς) Ιατρονοσηλευτικός Φάκελος Ασθενή
- το 17% των νοσοκομείων εφάρμοζαν αναλυτική λογιστική
- το 30% των νοσοκομείων είχαν προχωρήσει στην προκήρυξη διαγωνισμών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών Υγείας (ΠΠΥΥ),
- 86 Νοσοκομεία (66%) είχαν δώσει βεβαιώσεις για την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, ενώ τα 73 (84%) από αυτά είχαν βεβαίωση και για υποδομές Ηλεκτρονική Συνταγογράφησης
- αύξηση στη χρήση γενόσημων φαρμάκων.

4.2 Οι δημόσιες νοσοκομειακές υποδομές (θεραπευτήρια και κλίνες) κατά τη διάρκεια της κρίσης (2008-2014)



Διάγραμμα 1.1 Κατανομή Δημόσιων Νοσοκομείων, πηγή: ESY.NET

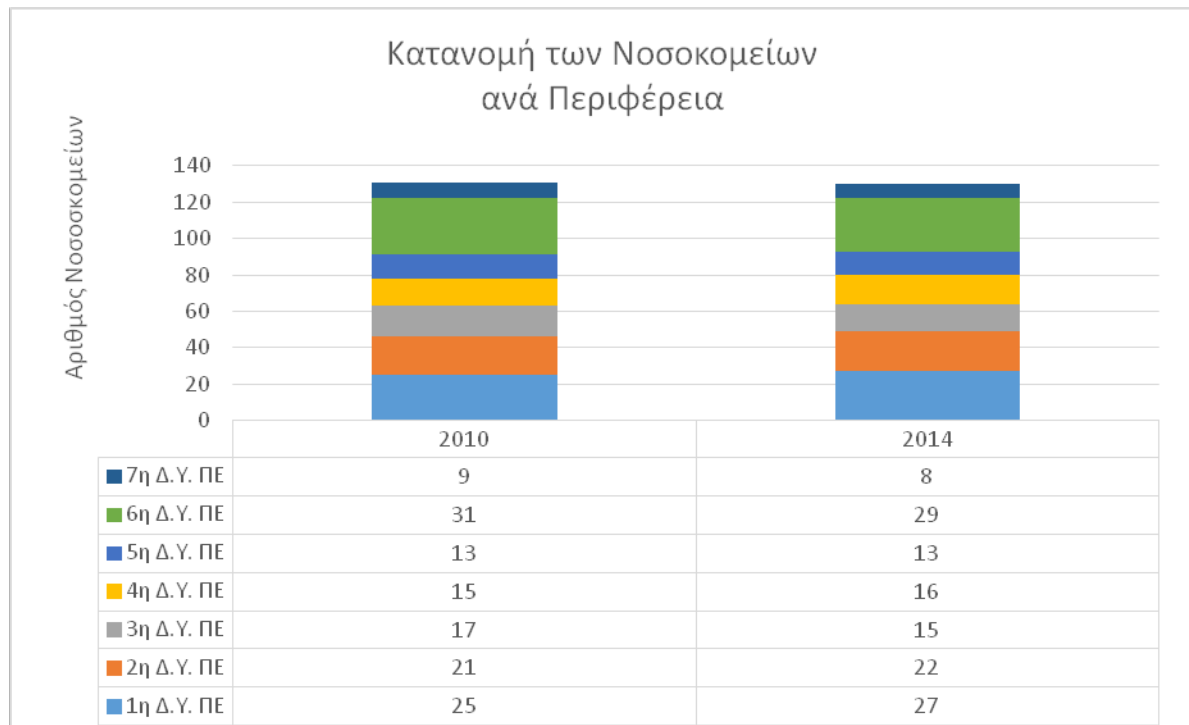
Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας από το 2010 έως και το 2012 λειτουργούσαν 131 Δημόσια νοσοκομεία, ενώ μέχρι το 2014 ο αριθμός τους μειώθηκε κατά 1, στα 130. Ειδικότερα, κατά τα έτη 2010-2012, λειτουργούσαν 36

«μικρά» νοσοκομεία, 45 «μικρο-μεσαία», 21 «μεγαλο-μεσαία» και 29 «μεγάλα» νοσοκομεία, σύμφωνα με τον αριθμό των κλινών τους. Το 2014 τα «μικρο-μεσαία» και «μεγαλο-μεσαία» νοσοκομεία μειώθηκαν κατά 1, ενώ τα «μεγάλα» νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 1.

Παράλληλα, σε ότι αφορά την κατανομή των νοσοκομείων στις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες που διαμορφώθηκαν σύμφωνα με το Ν.Ν.3580/2007, τα επίσημα στοιχεία που παραθέτονται στο ESY.NET εμφανίζονται συχνά αντικρουόμενα, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις ο αριθμός των 131 Δημόσιων νοσοκομείων που αντιστοιχούν στις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες παρουσιάζει διακυμάνσεις. Για το λόγο αυτό, επιλέξαμε να παρουσιάσουμε την κατανομή των δημόσιων νοσοκομείων έτσι όπως παρουσιάζονται στην επίσημη έκθεση αποτελεσμάτων του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), σύμφωνα με την οποία το 2010, τα 131 Δημόσια νοσοκομεία κατανέμονται ως εξής:

- Η 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής περιλαμβάνει 25 Νοσοκομεία (19,08%)
- Η 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου περιλαμβάνει 21 Νοσοκομεία (16,80%)
- Η 3^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας περιλαμβάνει 17 Νοσοκομεία (12,98%)
- Η 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης περιλαμβάνει 15 Νοσοκομεία (11,45%)
- Η 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας περιλαμβάνει 13 Νοσοκομεία (9,92%)
- Η 6^η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου- Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας περιλαμβάνει 31 Νοσοκομεία (23,66%)
- Η 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης περιλαμβάνει 9 Νοσοκομεία (6,87%)

Όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 1.2, το 2014 υπάρχει μια μικρή μεταβολή στον αριθμό των νοσοκομείων σε όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες και το σύνολο διαμορφώνεται πλέον στα 130 Δημόσια νοσοκομεία.

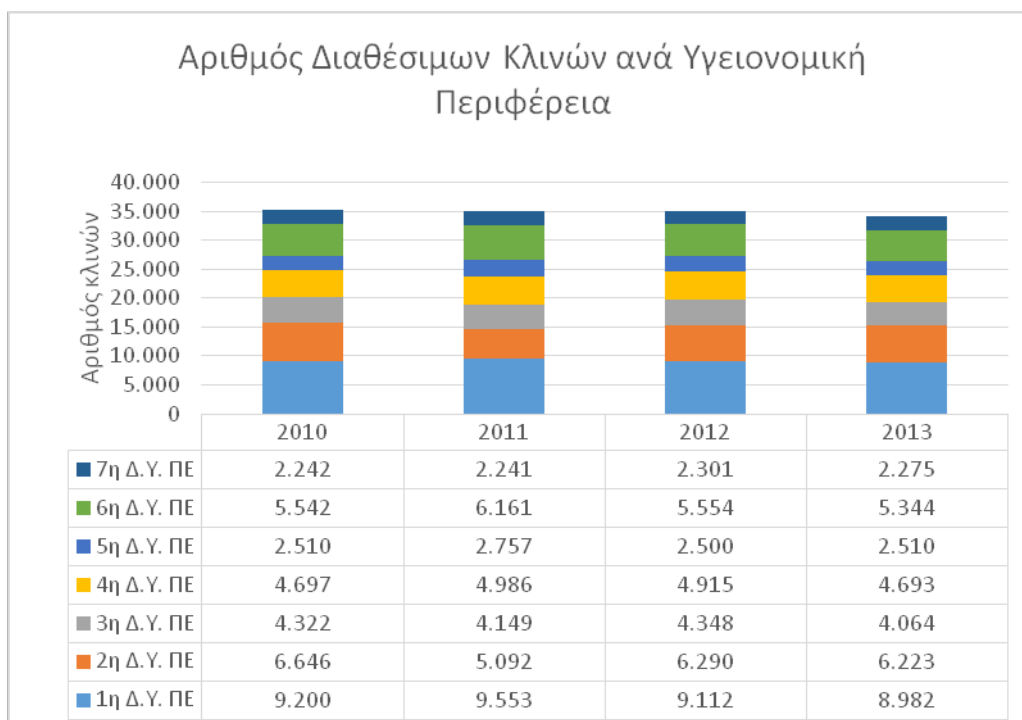


Διάγραμμα 1.2 Κατανομή Δημόσιων Νοσοκομείων ανά Δ.Υ.Πε, πηγή: ESY.NET

Παράλληλα, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία από την απογραφή που πραγματοποίησε η ΕΛΣΤΑΤ σε ότι αφορά τον αριθμό των κλινών ανοιχτής και κλειστής νοσηλείας παρατηρούμε ότι το 2011 ήταν διαθέσιμες 49692 κλίνες κλειστής και 2674 κλίνες ανοιχτής νοσηλείας σε όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες. Μέχρι το 2014 οι κλίνες κλειστής νοσηλείας μειώθηκαν κατά 7% , ενώ οι κλίνες ανοιχτής νοσηλείας αυξήθηκαν κατά 32%.



Διάγραμμα 1.3 Αριθμός Κλινών Ανοιχτής και Κλειστής Νοσηλείας, πηγή: ΕΛΣΤΑΤ



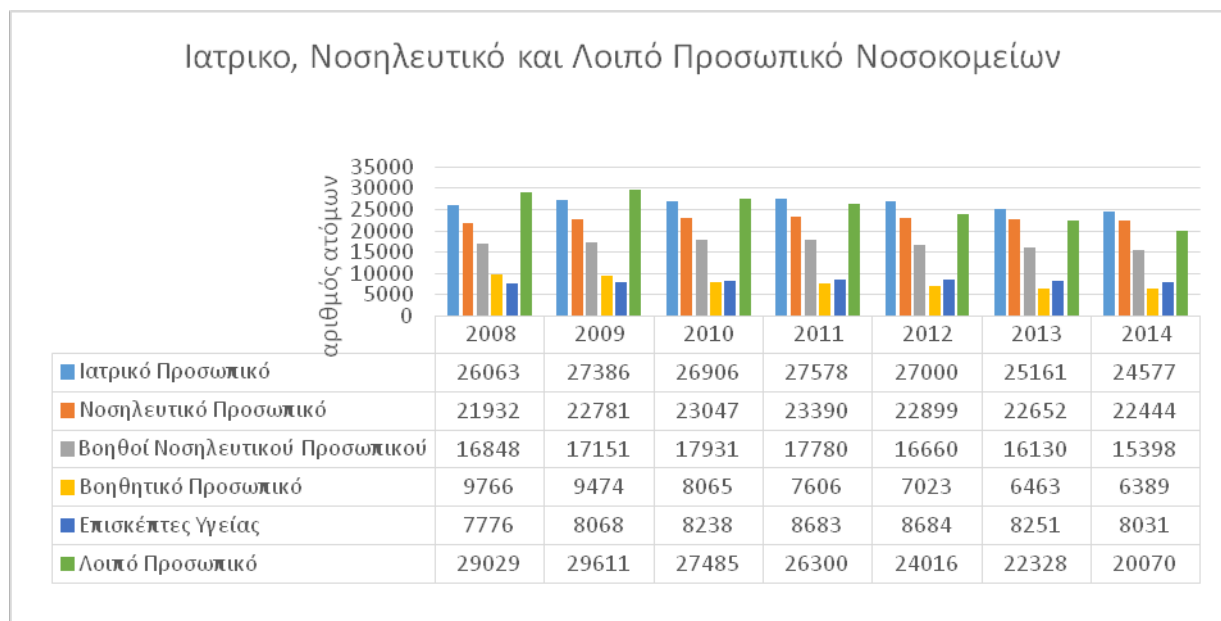
Διάγραμμα 1.4 Συνολικός Αριθμός Διαθέσιμων Κλινών ανά Δ.Υ. Πε, πηγή: ESY.NET

Μια πιο προσεκτική ματιά στα στοιχεία που αφορούν στον αριθμό των διαθέσιμων κλινών ανά Υγειονομική Περιφέρεια μας αποκαλύπτει ότι παρότι το 2011 μειώθηκε ο συνολικός αριθμός των διαθέσιμων κλινών παρατηρήθηκε μια αύξηση των κλινών στην 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, την 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης, την 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και την 6^η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου- Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας, ενώ αντίθετα παρουσιάζεται μια μεγάλη μείωση στις διαθέσιμες κλίνες των δημόσιων νοσοκομείων της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου και της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας.

Αντιθέτως το 2012, ο αριθμός των κλινών της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου και της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας αυξάνεται σημαντικά, ενώ οι διαθέσιμες κλίνες των νοσοκομείων της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου- Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας παρουσιάζουν μείωση, παρότι ο συνολικός αριθμός των κλινών το 2012 φαίνεται να αυξάνεται ελαφρά. Τέλος, το 2013 παρατηρείται η μεγαλύτερη μείωση στον συνολικό αριθμό κλινών, η οποία αφορά κυρίως σε σημαντικές μειώσεις στον αριθμό των διαθέσιμων κλινών στα νοσοκομεία της 3^{ης}

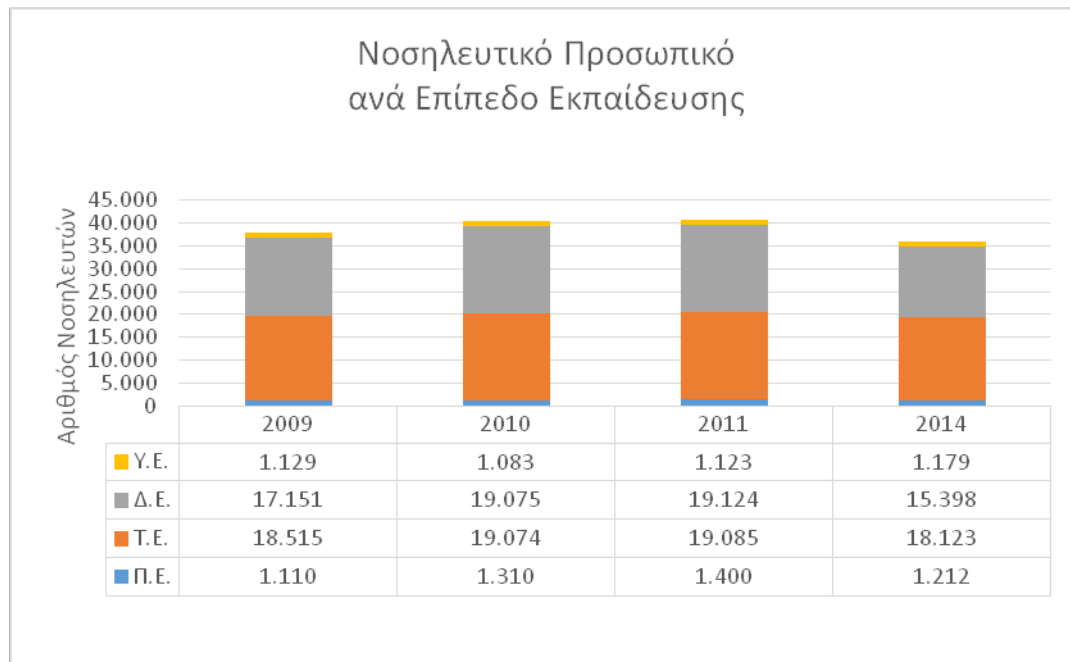
Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας, της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης και της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας.

4.3 Το ανθρώπινο δυναμικό των δημόσιων νοσοκομείων κατά την περίοδο της κρίσης.



Διάγραμμα 1.6 Σύνολο Ιατρικού, Νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, πηγή: ΟΟΣΑ

Ειδικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (διάγραμμα 1.6), το Ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων το 2008 ανερχόταν στα 26.063 άτομα, το νοσηλευτικό προσωπικό 21.932, οι βοηθοί νοσηλευτών 16.848, το βοηθητικό προσωπικό 9.766, οι επισκέπτες υγείας 7.776 και το λοιπό προσωπικό 29.029 άτομα. Το 2009 ύστερα από μια μικρή αύξηση σε κάποιες από τις παραπάνω κατηγορίες, ο αριθμός των εργαζομένων άρχισε να μειώνεται σταθερά μέχρι το 2014 με μόνη εξαίρεση το νοσηλευτικό προσωπικό και τους επισκέπτες υγείας που αυξήθηκαν ελαφρώς. Πιο συγκεκριμένα, το ιατρικό προσωπικό μειώθηκε κατά 5%, οι βοηθοί νοσηλευτών κατά 8% και το λοιπό προσωπικό κατά 30%. Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 2,3% και οι επισκέπτες υγείας κατά 3%.



Διάγραμμα 1.7 Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Επίπεδο Εκπαίδευσης, πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Αναλυτικότερα, σε ό,τι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρούμε πως ο κύριος όγκος αποτελείται από νοσηλευτές κατηγορίας Τ.Ε. (49%) και Δ.Ε. (45%). Από το 2009 έως το 2011, παρατηρούμε ότι αυξήθηκε κατά 26,13% οι νοσηλευτές Π.Ε. και κατά 11,50% οι νοσηλευτές Δ.Ε. Αντιθέτως, οι νοσηλευτές κατηγορίας Τ.Ε. αυξήθηκαν σε μικρότερο ποσοστό (3,08%), ενώ οι νοσηλευτές κατηγορίας Υ.Ε. μειώθηκαν κατά 0,53%. Έτσι, το 2011, το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από υπαλλήλους κατηγορίας Π.Ε. κατά 3%, Τ.Ε. κατά 47%, Δ.Ε. κατά 47% και Υ.Ε. κατά 3%. Παράλληλα, μέχρι το 2014 οι νοσηλευτές Υ.Ε. αυξήθηκαν πάνω από το επίπεδο του 2009, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες νοσηλευτών μειώθηκαν κατά 19% (ΔΕ), 5% (ΤΕ) και 15% (ΠΕ) αντίστοιχα.

4.4 Χρήση των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία κατά την περίοδο της κρίσης

α) Αριθμός Εξετάσεων και Χειρουργείων στα Δημόσια Νοσοκομεία



Διάγραμμα 1.8 Σύνολο Εργαστηριακών Εξετάσεων, πηγή: ESY.NET

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, το 2009 διενεργήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία 145.639.726 εργαστηριακές εξετάσεις. Από τα στοιχεία του πίνακα 1.8 προκύπτει μια σημαντική μείωση των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν το 2010, κατά 11,02%, ενώ στη συνέχεια το 2011 σημειώθηκε άνοδος κατά 18,19%, όπου διενεργήθηκαν συνολικά 153.154.593 εργαστηριακές εξετάσεις στα δημόσια νοσοκομεία. Το 2012 ο αριθμός των εξετάσεων παρέμεινε περίπου στο ίδιο επίπεδο με μια ελαφριά μείωση κατά 0,41%, ενώ το 2013 σημειώνεται μια μεγαλύτερη μείωση κατά 12,65%, με τον αριθμό των εργαστηριακών εξετάσεων να φτάνει σε επίπεδο αρκετά πιο χαμηλό από εκείνο το 2009.

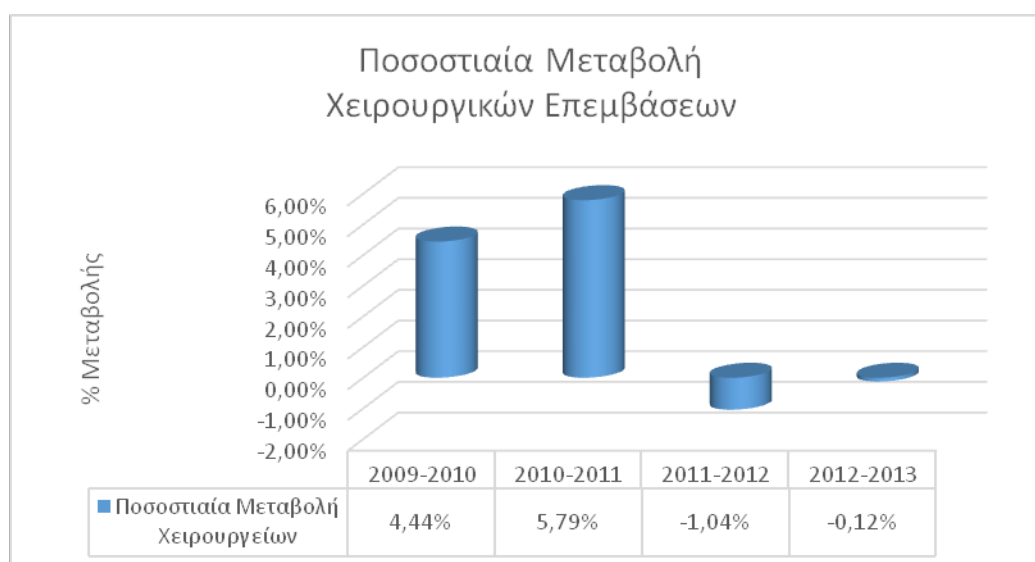


Διάγραμμα 1.9 Ποσοστιαία Μεταβολή Εργαστηριακών Εξετάσεων, πηγή: ESY.NET



Διάγραμμα 1.10 Σύνολο Χειρουργικών Επεμβάσεων, πηγή: ESY.NET

Κατά το έτος 2009, πραγματοποιήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία 417.843 χειρουργικές επεμβάσεις. Όπως μπορούμε να διακρίνουμε στα διαγράμματα 1.10 και 1.11, ο αριθμός των χειρουργείων αυξήθηκε ελαφρά τα επόμενα δύο έτη, κατά 4,44% το 2010 και κατά 5,79% το 2011, ενώ το 2012 σημείωσε μια μικρή μείωση της τάξης του 1,04% και ο αριθμός των πραγματοποιηθέντων χειρουργείων στα δημόσια νοσοκομεία παρέμεινε μέχρι και το 2013 περίπου στα 456.000.



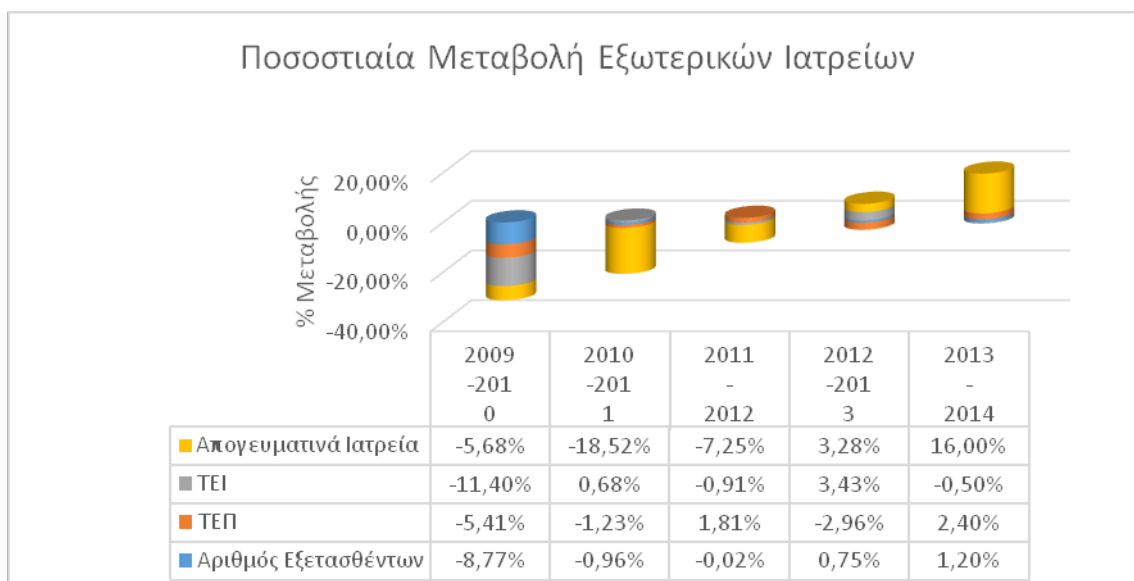
Διάγραμμα 1.11 Ποσοστιαία Μεταβολή Χειρουργικών Επεμβάσεων, πηγή: ESY.NET

β) Επισκέψεις Ασθενών στα Επείγοντα - Τακτικά και Απογευματινά Ιατρεία



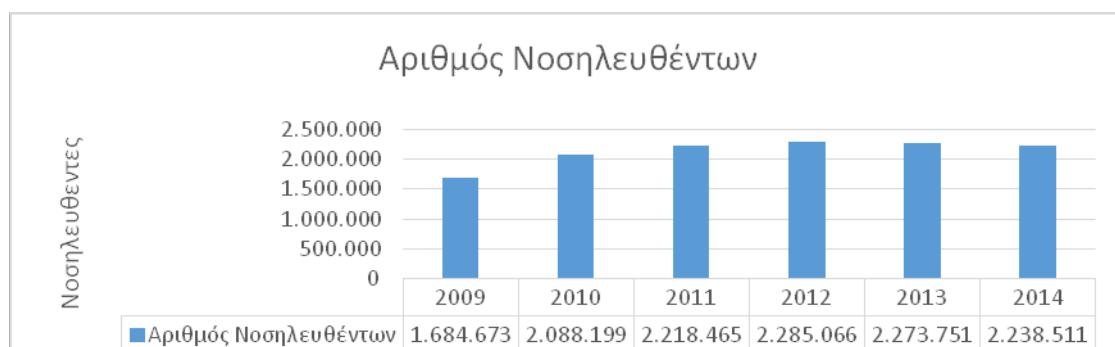
Διάγραμμα 1.12 Συνολικός Αριθμός ασθενών που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία,
πηγή: ESY.NET

Κατά το 2009, εξετάστηκαν στα δημόσια νοσοκομεία 13.056.652 ασθενείς εκ των οποίων 5.190.101 στα επείγοντα ιατρεία, 7.307.193 στα τακτικά ιατρεία και 559.358 στα απογευματινά ιατρεία. Το 2010 ο αριθμός των εξετασθέντων ασθενών μειώθηκε κατά 8,77%, με τη μεγαλύτερη μείωση να παρατηρείται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία κατά 11,4%. Κατά τα επόμενα τρία έτη 2011-2013, ο αριθμός των εξετασθέντων ασθενών παρέμεινε στα ίδια περίπου επίπεδα, δηλαδή λίγο λιγότερο από 12.000.000, με τις μεγαλύτερες μεταβολές να παρατηρούνται στα απογευματινά ιατρεία. Το 2014 σημειώνεται μια ακόμη αύξηση στον αριθμό των εξετασθέντων ασθενών, ο οποίος οφείλεται στην αύξηση της επίσκεψης ασθενών στα απογευματινά ιατρεία, κατά 16%.



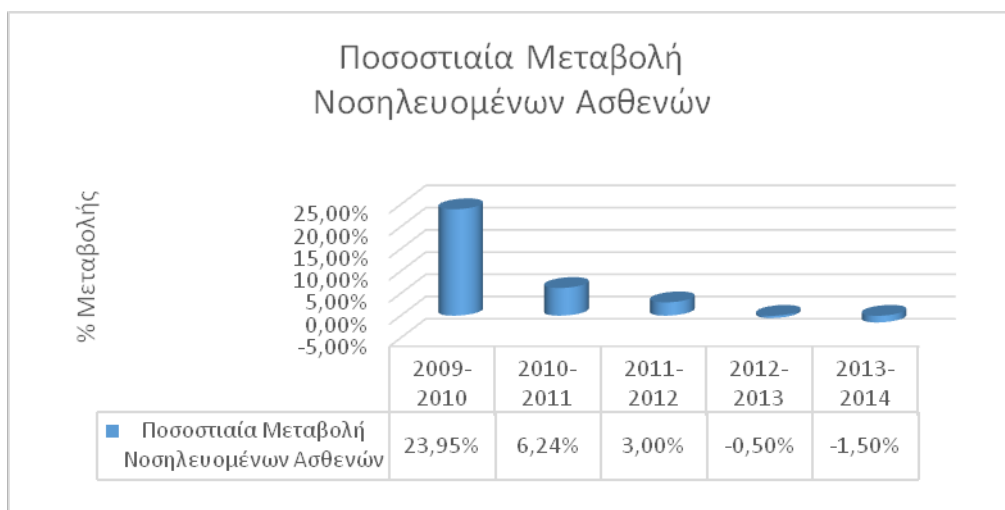
Διάγραμμα 1.13 Ποσοστιαία Μεταβολή ασθενών των εξωτερικών ιατρείων, πηγή: ESY.NET

γ) Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας



Διάγραμμα 1.14 Συνολικός Αριθμός Νοσηλευθέντων, πηγή: ESY.NET

Όπως παρατηρούμε στους πίνακες 1.14 και 1.15, το 2009 νοσηλεύθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία 1.684.673 ασθενείς. Κατά το 2010 ο αριθμός των νοσηλευομένων ασθενών αυξήθηκε σημαντικά κατά 23,95%, ξεπερνώντας τα 2.000.000 και συνέχισε να αυξάνεται ελαφρά κατά τα επόμενα δυο έτη, 2011 και 2012, ενώ το 2013 παρέμεινε περίπου στα ίδια επίπεδα με το 2012, δηλαδή λίγο πιο πάνω από τα 2.270.000. Το 2014, ο αριθμός των νοσηλευθέντων σημείωσε μια ακόμη μείωση κατά 1,5%

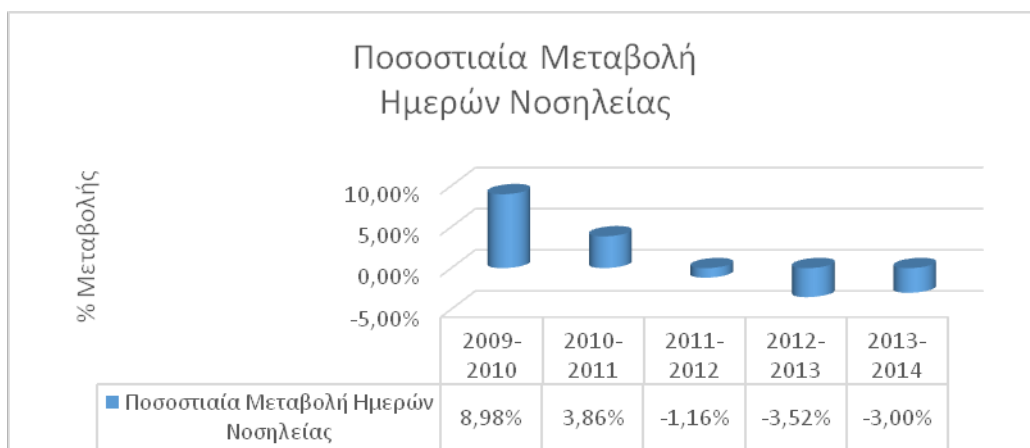


Διάγραμμα 1.15 Ποσοστιαία Μεταβολή Νοσηλευομένων Ασθενών, πηγή: ESY.NET



Διάγραμμα 1.16 Συνολικός Αριθμός Ημερών Νοσηλείας, πηγή: ESY.NET

Κατά το 2009, καταγράφηκαν συνολικά 8.163.989 ημέρες νοσηλείας ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία. Το 2010, παράλληλα με την αύξηση των νοσηλευομένων ασθενών αυξήθηκε και ο αριθμός των ημερών νοσηλείας κατά 8,98% και συνέχισαν να αυξάνονται ώσπου το 2012 ξεπέρασαν τα 9.000.000. Από το 2012, παρότι ο αριθμός των νοσηλευομένων ασθενών συνέχισε να αυξάνεται, ο αριθμός των ημερών νοσηλείας σημείωσε ελαφριά μείωση κατά 1,16%, ενώ το 2013 και το 2014 παράλληλα με την μικρή μείωση του αριθμού των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρήθηκε μια κάπως μεγαλύτερη ετήσια μείωση των ημερών νοσηλείας κατά 3,52% και ο αριθμός των ημερών νοσηλείας διαμορφώθηκε περίπου στα επίπεδα του 2010.



Διάγραμμα 1.17 Ποσοστιαία Μεταβολή Ημερών Νοσηλείας, πηγή: ESY.NET

4.5 Εξέλιξη των εσόδων και δαπανών των δημοσίων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της κρίσης



Διάγραμμα 1.18 Συνολικές Δαπάνες και Συνολικές Πληρωμές, πηγή: ESY.NET

Οι συνολικές δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούνται από τις λειτουργικές δαπάνες και τις δαπάνες μισθοδοσίας. Κατά το 2009, οι λειτουργικές δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων ήταν πάνω από 2,5 δις ευρώ και οι δαπάνες μισθοδοσίας στα 3,3 δις ευρώ, ενώ οι αντίστοιχες πληρωμές διαμορφώνονταν περίπου λίγο πιο πάνω από 0,5 εκατομμύριο ευρώ, καλύπτοντας μόλις το 8% των συνολικών δαπανών του έτους και αφήνοντας το υπόλοιπο ως ανεξόφλητες

υποχρεώσεις που θα καλυφθούν τα επόμενα έτη. Τη διετία 2010 και 2011, αυξήθηκε δραματικά το ποσοστό των συνολικών πληρωμών, το οποίο διαμορφώθηκε πάνω από τα 1,3 δις ευρώ, ενώ ταυτόχρονα μειώθηκαν οι λειτουργικές δαπάνες κατά περίπου 11% και οι δαπάνες μισθοδοσίας κατά 16%.

Το 2012, οι λειτουργικές δαπάνες σημείωσαν μια μεγάλη μείωση κατά 51%, ενώ οι πληρωμές αυξήθηκαν κατά 30% καλύπτοντας ολοένα και μεγαλύτερο κομμάτι των δαπανών. Στη συνέχεια, παρατηρούμε την αύξηση κατά 63% των λειτουργικών δαπανών για το 2013, όπως και των συνολικών πληρωμών, οι οποίες συνεχίζουν να αυξάνονται σημαντικά (73,88%), ενώ οι δαπάνες μισθοδοσίας συνέχισαν να μειώνονται κατά 13%. Συνολικά από το 2009 έως το 2013, παρατηρούμε ότι οι λειτουργικές δαπάνες μειώθηκαν κατά 30%, οι δαπάνες μισθοδοσίας κατά 31,07%, ενώ οι συνολικές πληρωμές αυξήθηκαν κατά 488%. Σε ότι αφορά το 2014, τα στοιχεία που βρήκαμε εμφανίζονται σημαντικά πιο μειωμένα από εκείνα της προηγούμενης χρονιάς γεγονός που μπορεί να οφείλεται στις συνεχείς περικοπές δαπανών λόγω της αυστηρής επιτήρησης των δημοσιονομικών της χώρας από τους δανειστές της.

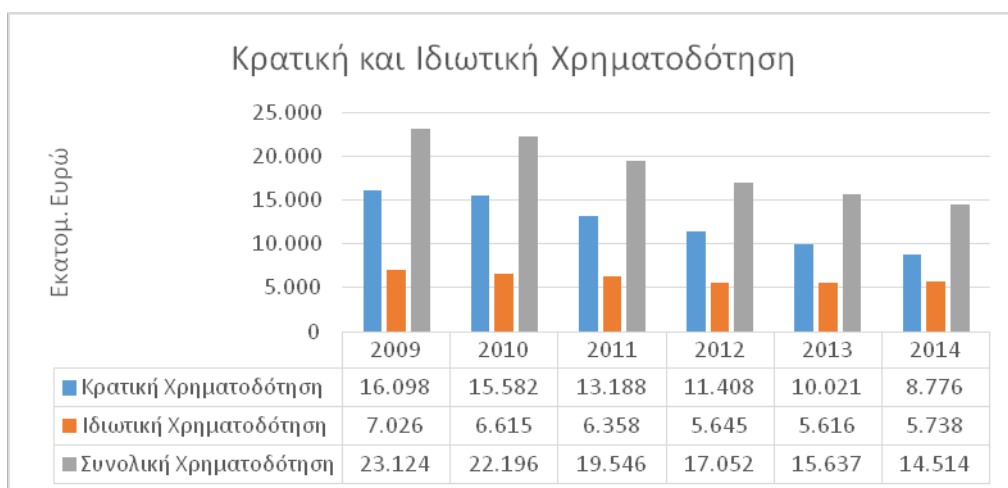


Διάγραμμα 1.19 Συνολική Δαπάνη 4 κατηγοριών, πηγή: ESY.NET

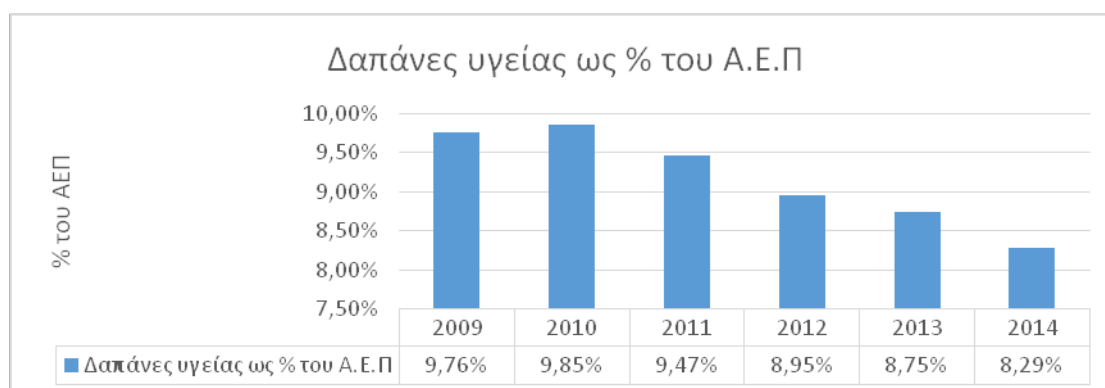
Σε ό,τι αφορά τις δαπάνες, που συνθέτουν τα λειτουργικά έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων, αποτελούνται από 4 κυρίως κατηγορίες: το υγειονομικό υλικό, τα φάρμακα, τα χημικά αντιδραστήρια και το ορθοπεδικό υλικό. Όπως παρατηρήσαμε και στο προηγούμενο διάγραμμα, οι συνολικές δαπάνες από το 2009

μειώθηκαν δραματικά. Στο διάγραμμα 1.19 παρατηρούμε πως το 2010 οι μεγαλύτερες μειώσεις αφορούσαν τις δαπάνες για ορθοπεδικό υλικό, οι οποίες μειώθηκαν κατά 44,87%, όπως και οι δαπάνες για υγειονομικό υλικό, οι οποίες σημείωσαν μείωση κατά 27,89%. Το 2011 οι συνολικές δαπάνες μειώνονται κατά 51% και κατά συνέπεια, οι δαπάνες για ορθοπεδικό υλικό μειώνονται κατά 40,69%, ενώ η δαπάνη για τα φάρμακα σημειώνει μείωση κατά 23,25%. Το 2012 οι συνολικές δαπάνες διαμορφώνονται κάτω από τα 2 δις ευρώ και οι μεγαλύτερες μειώσεις παρατηρούνται στο υγειονομικό υλικό (20,59%) και στο ορθοπεδικό υλικό (24,42%). Το 2013 και το 2014 συνεχίζονται οι σταθερά οι μειώσεις και στις 4 κατηγορίες κατά 8,5%, 15,5%, 1,5% και 6% για κάθε έτος, με τη μεγαλύτερη μεταβολή να αφορά στην κατηγορία των φαρμάκων.

Παράλληλα, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (Διάγραμμα 1.20), η κρατική χρηματοδότηση προς τους φορείς υγείας το 2009 βρισκόταν στα 16,1 δις ευρώ, ενώ η ιδιωτική στα 7 δις ευρώ. Το 2010, η κρατική χρηματοδότηση σημείωσε μια μείωση κατά 3,21% και η ιδιωτική χρηματοδότηση μειώθηκε κατά 5,86%. Το 2011, η κρατική χρηματοδότηση μειώθηκε σημαντικά κατά 15,36%, ενώ η ιδιωτική χρηματοδότηση σημείωσε μικρή μείωση κατά 3,88%. Το 2012, τόσο η κρατική, όσο και η ιδιωτική χρηματοδότηση μειώθηκαν κατά 13,5% και 11,22% αντίστοιχα, ενώ το 2013 η κρατική χρηματοδότηση μειώθηκε κατά 12,16% και η ιδιωτική μόλις κατά 0,50%. Από το 2009 έως το 2013, η συνολική χρηματοδότηση στους φορείς υγείας μειώθηκε κατά 32% και ειδικότερα η κρατική χρηματοδότηση σημείωσε μείωση κατά 37,75%, ενώ η χρηματοδότηση που προέρχεται από ιδιωτική ασφάλιση ή ιδιωτικές πληρωμές μειώθηκαν κατά 20%. Το 2014, η κρατική χρηματοδότηση σημειώνει περαιτέρω μείωση κατά 12,5%, ενώ η ιδιωτική αυξήθηκε ελαφρώς.



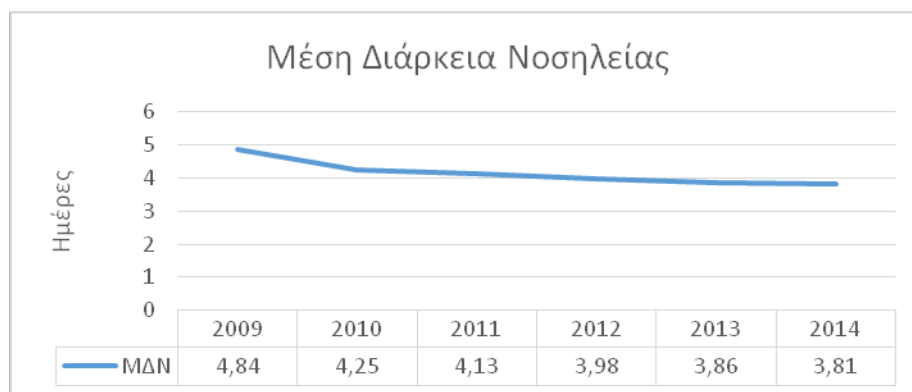
Διάγραμμα 1.20 Κρατική και Ιδιωτική Χρηματοδότηση, πηγή: ΕΛΣΤΑΤ



Διάγραμμα 1.21 Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π., πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

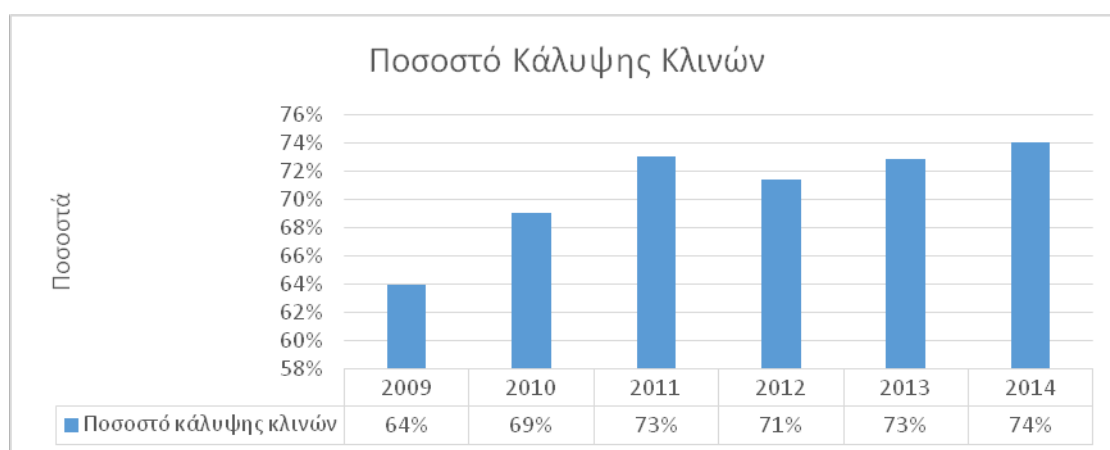
Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. μειώθηκαν κατά 11,37% κατά τα έτη 2009-2013. Πιο συγκεκριμένα, οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 9,76% του Α.Ε.Π. Κατά τα έτη 2009-2013, οι μεγαλύτερες μειώσεις στις δαπάνες υγείας σημειώθηκαν το 2011 κατά 4,27% και το 2012 κατά 6,57%, όπου κατά συνέπεια οι δαπάνες διαμορφώθηκαν στο 8,65% του Α.Ε.Π. Το 2014 η δαπάνες υγείας συνέχισαν να μειώνονται και έφτασαν στο 8,29%.

4.6 Λειτουργικά χαρακτηριστικά/Δείκτες χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υποδομών κατά την περίοδο της κρίσης



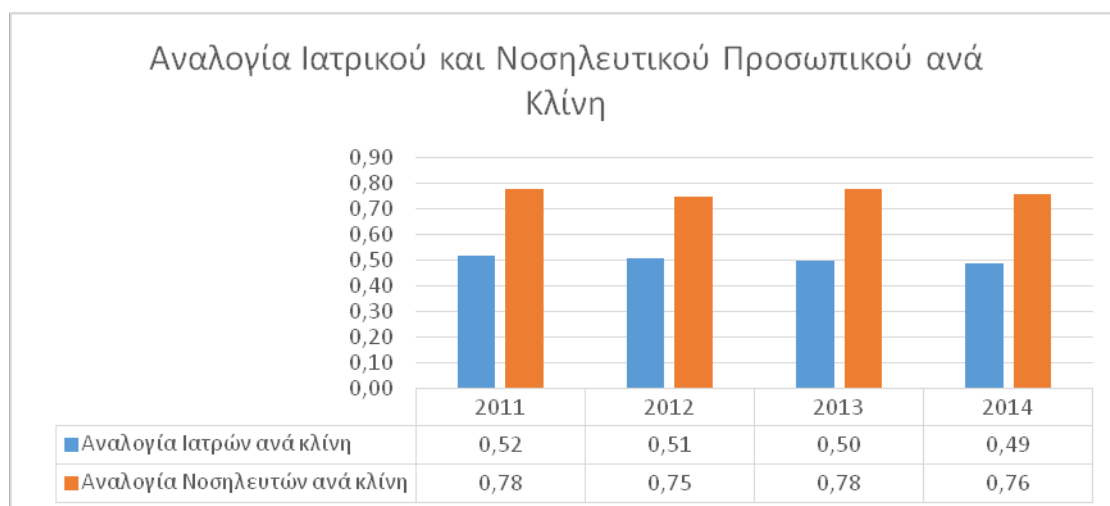
Διάγραμμα 1.22 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, πηγή: ESY.NET

Η μέση διάρκεια νοσηλείας αποτελεί έναν από τους λειτουργικούς δείκτες που μας δίνει πληροφορίες σχετικά με την αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα στο Διάγραμμα 1.22 παρατηρούμε πως η μέση διάρκεια νοσηλείας το 2009 ήταν 4,84, ενώ τον επόμενο χρόνο μειώθηκε κατά 12,19%. Έως το 2013, η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε συνολικά κατά 20% στις 3,86 ημέρες, ενώ το 2014 συνέχισε να μειώνεται φθάνοντας στις 3,81 ημέρες.



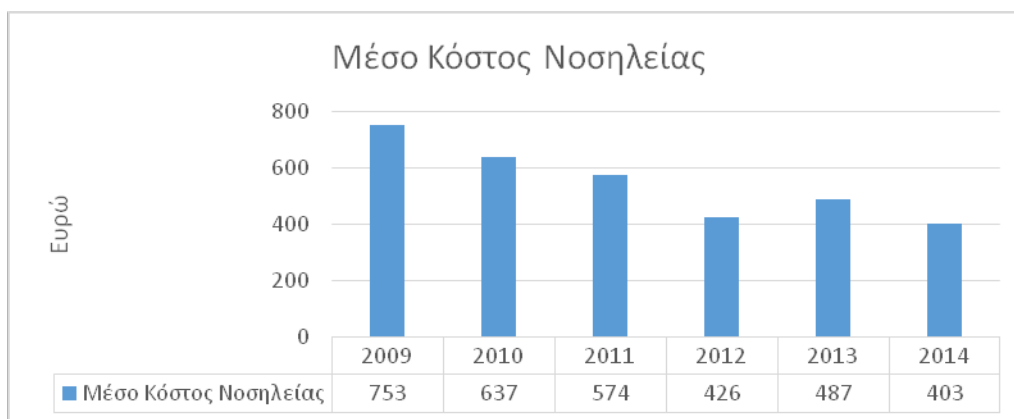
Διάγραμμα 1.23 Ποσοστό κάλυψης κλινών, πηγή: ESY.NET

Παράλληλα με τη μείωση της ΜΔΝ, παρατηρούμε ότι μεταβλήθηκε και το ποσοστό κάλυψης των κλινών. Πιο συγκεκριμένα, το 2009 το ποσοστό κάλυψης των κλινών ήταν στο 64%. Έως το 2011, το ποσοστό κάλυψης αυξήθηκε κατά 14%, φθάνοντας στο 73%, όπου παρέμεινε και το 2013 ύστερα από μια μικρή μείωση που σημειώθηκε το 2012, για να σημειώσει ελαφριά αύξηση στο 74% το 2014.



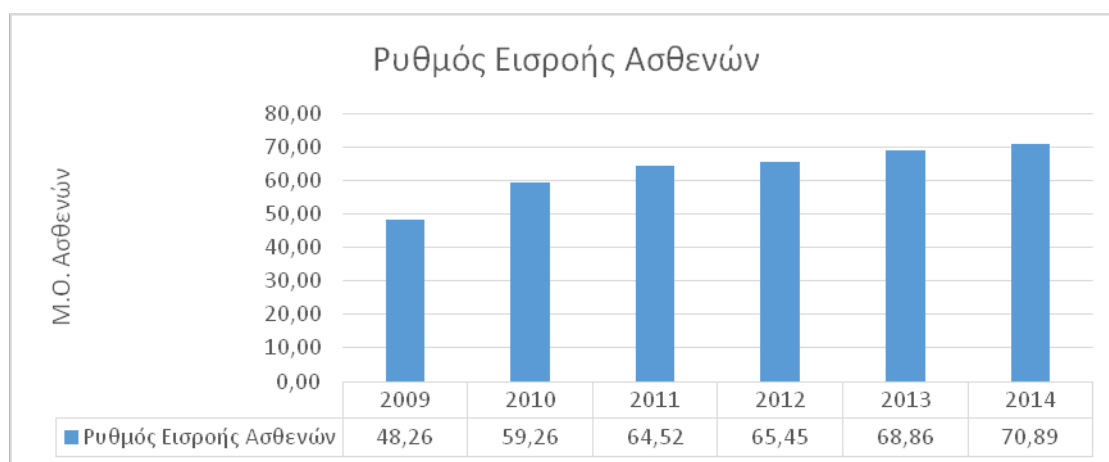
Διάγραμμα 1.24 Αναλογία Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά κλίνη, πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Στο Διάγραμμα 1.24 παραθέτουμε την αναλογία Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη, τα οποία υπολογίστηκαν από τα στοιχεία των κλινών και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που παραθέσαμε σε προηγούμενη ενότητα. Σύμφωνα με μελέτη του ΥΥΚΑ (2011), η ιδανική αναλογία ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη είναι περίπου στο 0,50, ενώ η ιδανική αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη διαμορφώνεται στο 1,5. Όπως παρατηρούμε, το 2011 σε κάθε κλίνη αντιστοιχούσαν 0,52 Ιατροί και 0,78 νοσηλευτές. Το 2012 μέχρι το 2014, η αναλογία ιατρών ανά κλίνη μειώθηκε στο 0,49, ενώ η αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη παρότι σημείωσε κάποιες αυξομειώσεις, έμεινε σε ένα χαμηλό επίπεδο στο 0,76.



Διάγραμμα 1.25 Μέσο Κόστος Νοσηλείας, πηγή: ESY.NET

Στο παραπάνω Διάγραμμα παρουσιάζεται διαχρονικά το Μέσο Κόστος Νοσηλείας από το 2009 έως το 2013. Το 2009, το μέσο κόστος νοσηλείας βρισκόταν στα 753 ευρώ, ενώ το 2010 μειώθηκε κατά 15,44%. Το 2012 σημειώνει μια ακόμη μεγαλύτερη μείωση κατά 25,82% και διαμορφώνεται στα 426 ευρώ. Αντιθέτως, το 2013 αυξάνεται κατά 14,51%, κάτι που οφείλεται κυρίως στην αύξηση των λειτουργικών δαπανών τη χρονιά εκείνη. Το 2014 σημειώνει μείωση κατά 17%, ενώ συνολικά, το μέσο κόστος νοσηλείας μειώθηκε από το 2009 έως το 2014 κατά 46,4%.



Διάγραμμα 1.26 Ρυθμός Εισροής Ασθενών, πηγή: ESY.NET

Ο Ρυθμός Εισροής Ασθενών μας δείχνει το μέσο όρων των ασθενών που δέχεται κάθε κλίνη το συγκεκριμένο έτος. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 1.26, ο ρυθμός εισροής ασθενών το 2009 ήταν στους 48,26 ασθενείς, ενώ την επόμενη χρονιά σημείωσε άνοδο κατά 22,78% και τα επόμενα έτη συνέχισε να αυξάνεται φτάνοντας

στους 70 περίπου ασθενείς. Συνολικά από το 2009 έως το 2014, ο ρυθμός εισροής ασθενών αυξήθηκε κατά 45%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Επιχειρώντας να κάνουμε μια σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας σχετικά με τις μεταβολές που υπέστησαν τα δημόσια νοσοκομεία κατά την 5ετία 2009-2014 μπορούμε να επισημάνουμε ότι:

1. Σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία έως και το 2012 παρατηρήθηκαν τα εξής:

- δημιουργία μηχανισμών ελέγχου και ολοκληρωμένων συστημάτων διαχείρισης. Πιο συγκεκριμένα το 86% των Νοσοκομείων είχε υπογράψει Συμβάσεις συντήρησης – υποστήριξης, σε όλα τα Νοσοκομεία λειτουργούσαν υποσυστήματα ERP (Ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης πόρων), στο 78% των Νοσοκομείων λειτουργούσαν LIS (Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Εργαστηρίων), σε όλα τα νοσοκομεία υπήρχε πλήρης μηχανογραφική υποστήριξη της εφαρμογής των ΚΕΝ – DRGs (πρόγραμμα Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων) και στο 77% των Νοσοκομείων λειτουργούσε Μητρώο Δεσμεύσεων
- δημιουργία πολιτικών διαχείρισης προσωπικού στο ΕΣΥ και στον ΕΟΠΥΥ
- πλήρης ή μερική λειτουργία στο 57% των Νοσοκομείων Ιατρονοσηλευτικός Φάκελος Ασθενή
- εφαρμογή Αναλυτικής Λογιστικής στο 17% των νοσοκομείων
- προκήρυξη διαγωνισμών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών Υγείας (ΠΠΥΥ) στο 30% των νοσοκομείων
- εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης σε 86 Νοσοκομεία (66%) και αύξηση στη χρήση γενόσημων φαρμάκων

2. Σχετικά με τις δομές των δημόσιων νοσοκομείων παρατηρήσαμε τα εξής:

- Ο συνολικός αριθμός των δημόσιων νοσοκομείων **μειώθηκε κατά 0,76%**
- Τα «μικρο-μεσαία» και «μεγαλο-μεσαία» νοσοκομεία **μειώθηκαν κατά 2% και 5%** αντίστοιχα, ενώ τα «μεγάλα» νοσοκομεία **αυξήθηκαν κατά 3%**.
- Ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών **μειώθηκε κατά 3%**

- Οι σημαντικότερες **μειώσεις** των διαθέσιμων κλινών αφορούν σε νοσοκομεία της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου, της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου- Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας.
3. Σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολήθηκε συνολικά στα ελληνικά νοσοκομεία κατά έτη 2008-2014 παρατηρήσαμε τα εξής:
- Το συνολικό ανθρώπινο δυναμικό που απασχολήθηκε στα ελληνικά νοσοκομεία **μειώθηκε κατά 13%**
 - Το ιατρικό προσωπικό **μειώθηκε κατά 5,7 %**, το νοσηλευτικό προσωπικό **αυξήθηκε κατά 2,33%**, οι βοηθοί νοσηλευτών **μειώθηκαν κατά 8,6%**, το βοηθητικό προσωπικό **μειώθηκε κατά 34%**, οι επισκέπτες υγείας **αυξήθηκαν κατά 3,4%** και το λοιπό προσωπικό **μειώθηκε κατά 30%**
4. Σχετικά με τον τρόπο χρήσης των δομών των δημόσιων νοσοκομείων παρατηρήσαμε τα εξής:
- Ο συνολικός αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία **μειώθηκε κατά 8,51%**
 - Ο συνολικός αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων **αυξήθηκε κατά 9,22%**
 - Ο συνολικός αριθμός των ασθενών που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία **μειώθηκε κατά 7,84%**. Ειδικότερα οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τα επείγοντα ιατρεία **μειώθηκαν κατά 5,4%**, οι ασθενείς των τακτικών ιατρείων **μειώθηκαν κατά 9%** και οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τα απογευματινά ιατρεία **μειώθηκαν κατά 14,35%**.
 - Ο συνολικός αριθμός των ασθενών που νοσηλεύθηκαν **αυξήθηκε κατά 33%**
 - Το σύνολο των ημερών νοσηλείας των ασθενών **αυξήθηκε κατά 5%**
5. Σχετικά με τα έσοδα και τα έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων παρατηρήσαμε τα εξής:
- Τα συνολικά έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων **μειώθηκαν κατά 50%**. Ειδικότερα, τα λειτουργικά έξοδα **μειώθηκαν κατά 54%** και τα έξοδα μισθοδοσίας **μειώθηκαν κατά 36%**. Αντίθετα οι πληρωμές **αυξήθηκαν κατά 280%**.

- Τα συνολικά έξοδα για υγειονομικό υλικό **μειώθηκαν κατά 59%**, τα συνολικά έξοδα για φάρμακα **μειώθηκαν κατά 56,6%**, τα συνολικά έξοδα για ορθοπεδικό υλικό **μειώθηκαν κατά 76%** και τα συνολικά έξοδα για χημικά αντιδραστήρια **μειώθηκαν κατά 45%**
 - Η συνολική χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων **μειώθηκε κατά 37%**. Ειδικότερα, η κρατική χρηματοδότηση των νοσοκομείων **μειώθηκε κατά 45,5%**, ενώ η χρηματοδότηση των νοσοκομείων από ιδιωτικούς φορείς **μειώθηκε κατά 18%**
 - Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. **μειώθηκαν κατά 15%**
6. Σχετικά με την αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων, μια σειρά από δείκτες μας οδήγησαν στα εξής αποτελέσματα:
- Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας **μειώθηκε κατά 21%**
 - Το ποσοστό κάλυψης κλινών **αυξήθηκε κατά 16%**
 - Η αναλογία Ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη στο σύνολο των ελληνικών νοσοκομείων **μειώθηκε κατά 6%**, ενώ η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη **μειώθηκε κατά 3%**
 - Το Μέσο Κόστος Νοσηλείας **μειώθηκε κατά 46,5%**
 - Ο Ρυθμός Εισροής Ασθενών **αυξήθηκε κατά 47%**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα επιχειρήσαμε να ερευνήσουμε τις επιπτώσεις της κρίσης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία κατά την περίοδο 2009-2013. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας ανέδειξαν μια σειρά από σημαντικά θέματα σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα δημόσια νοσοκομεία κατά την πενταετία 2009-2013.

Ξεκινώντας από τη μελέτη των μεταρρυθμίσεων που επιχειρήθηκαν να εφαρμοστούν στα δημόσια νοσοκομεία, διαπιστώσαμε ότι για πολλά χρόνια έως και το 2009 το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηριζόταν από μεγάλες ελλείψεις σε μηχανισμούς ελέγχου, σε ολοκληρωμένα προγράμματα διαχείρισης προμηθειών και υπηρεσιών, στην κατάρτιση και δημοσίευση ισολογισμών και στην εφαρμογή μεθόδου αναλυτικής λογιστικής, αλλά κυρίως χαρακτηριζόταν από υπέρμετρες δαπάνες και μεγάλα ελλείμματα. Μετά την υπογραφή της πρώτης δανειακής σύμβασης (N.3833/2010) ανάμεσα στην Ελλάδα, την Ευρωπαϊκή Ένωση και το ΔΝΤ, η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε σε μια σειρά από μεταρρυθμίσεις που κύριο στόχο είχαν να εξαλείψουν τις παραπάνω αδυναμίες προκειμένου να μειθούν οι δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων και να αυξηθεί η αποδοτικότητά τους. Το 2012 υπογράφεται δεύτερη δανειακή σύμβαση ανάμεσα στην ελληνική κυβέρνηση και τους δανειστές της με πιο αυστηρά χρονοδιαγράμματα ως προς την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων και με περαιτέρω περικοπές στις δαπάνες των νοσοκομείων.

Από το 2010 μέχρι και το 2012, οι εκθέσεις της Γενικής Γραμματείας Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων έδειξαν ότι πάνω από τα μισά νοσοκομεία υιοθέτησαν μια σειρά από ολοκληρωμένα συστήματα διαχείρισης, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο, ενώ εκκρεμούσε από μεγάλο αριθμό νοσοκομείων η εφαρμογή προγράμματος για την προκήρυξη Προμηθειών (ΠΠΥΥ) και η εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής. Δυστυχώς, από το 2012 και ύστερα δεν δημοσιεύονται πλέον εκθέσεις της Γενικής Γραμματείας Υ.Υ.Κ.Κ. στο ESY.NET, που να αναφέρονται στην πορεία υλοποίησης των παραπάνω μεταρρυθμίσεων στα δημόσια νοσοκομεία, παρά μόνο καταστάσεις που αφορούν σε συγκεκριμένα οικονομικά στοιχεία και λειτουργικά θέματα των νοσοκομείων.

Ως προς τις δημόσιες νοσοκομειακές δομές, από τα στοιχεία που παραθέσαμε παρατηρούμε ότι μέχρι το 2012 δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια σημαντική αλλαγή παρά μια μικρή μείωση του αριθμού των διαθέσιμων κλινών. Η αναδιάρθρωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα είχε ως στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας, με συγχωνεύσεις νοσοκομείων. Μετά το 2012, η δυναμικότητα των νοσοκομείων μειώνεται και συνεπώς μειώνεται και ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών, γεγονός που πιθανόν να οφείλεται στην υπογραφή της δεύτερης δανειακής σύμβασης και στη μεγαλύτερη ανάγκη για εξοικονόμηση πόρων. Συνολικά, συγχωνεύτηκαν τα 133 δημόσια νοσοκομεία σε 83 ομάδες με κοινή διαχείριση. Ωστόσο, από τα στοιχεία δεν φαίνεται σημαντική πτώση των δημοσίων κλινών καθώς το φθινόπωρο του 2013 τα νοσοκομεία που ανήκαν στο ΙΚΑ εντάχθηκαν στο εθνικό σύστημα υγείας. (Kaitelidou, 2016b).

Δυστυχώς, σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που υπηρετούσε στα δημόσια νοσοκομεία κατά τα έτη 2008-14, χρησιμοποιήσαμε τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. Η συγκριτική αντιπαράθεση των στοιχείων αυτών μας έδειξε ότι μέχρι το 2011 το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων σημείωσε μικρή αύξηση, ενώ αντίθετα μέχρι το 2014 ο συνολικός αριθμός του ανθρώπινου δυναμικού που υπηρετούσε στα ελληνικά νοσοκομεία μειώθηκε κυρίως λόγω της μείωσης που σημειώθηκε στο λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων. Ωστόσο, οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, η αύξηση της ανεργίας, τα χαμηλά εισοδήματα, οι περιορισμένες ευκαιρίες και η πολιτική αστάθεια οδήγησαν στην διαρροή μορφωμένων και ειδικευμένων ατόμων, κυρίως γιατρών και επιστημόνων, προς το εξωτερικό, με σκοπό την αναζήτηση καλύτερων συνθηκών εργασίας και διαβίωσης. Ως συνέπεια των παραπάνω, οι χώρες χάνουν ένα δυναμικό τμήμα του ανθρώπινου κεφαλαίου, από νέους και ταλαντούχους επιστήμονες, σε μια περίοδο όπου χρειάζονται περισσότερο για να συμβάλουν στην ανάπτυξη της κοινωνίας και της οικονομίας. Επιπλέον, μια τέτοιου είδους μετανάστευση οδηγεί στην απώλεια εθνικών πόρων διότι, το κόστος εκπαίδευσης των επιστημών το έχει επιβαρυνθεί η εκάστοτε χώρα, ενώ επωφελείται η χώρα- κοινωνία αποδέκτης (Ifanti, 2014).

Η στελέχωση των νοσηλευτών και του λοιπού προσωπικού στον τομέα της υγείας (με εξαίρεση τους γιατρούς) ήταν ήδη πολύ χαμηλή ακόμη και πριν από την κρίση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους στην Ευρώπη (ΟΟΣΑ, 2013). Επιπλέον, επιδεινώθηκε η κατάσταση της χώρας από τους πολλούς επαγγελματίες υγείας που

αποφάσισαν να αποσυρθούν, προκειμένου να εξασφαλίσουν καλύτερες συντάξεις. Επίσης, παρόλο που μισθοί του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ, ακόμη και πριν από την κρίση, στην προσπάθεια για μείωση των δαπανών του συστήματος υγείας σημειώθηκαν περικοπές μισθών σε όλο το προσωπικό της δημόσιου τομέα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του διοικητικού προσωπικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού. (Economou et al., 2014) Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί βασικό παράγοντα τόσο στην παραγωγή όσο και στη διανομή των υπηρεσιών υγείας και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Τα επίπεδα απόδοσης του προσωπικού σχετίζονται με τη θνησιμότητα των νοσηλευόμενων ασθενών, με τα δυσμενή συμβάντα, με τις επιπλοκές και με τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομειακό χώρο. (Λεοντίου, 2013). Στους δύσκολους καιρούς της λιτότητας όμως, πιθανόν να έχει αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα και ασφάλεια των ασθενών καθώς και στην αποτελεσματική διαχείριση των οικονομικών και υλικών υγειονομικών πόρων.

Η διαχρονική μελέτη της χρήσης των νοσοκομειακών δομών φανέρωσε πως από το 2009 μέχρι το 2011 υπήρξε μια σταδιακή αύξηση στον αριθμό των χειρουργείων, των νοσηλευθέντων ασθενών και των ημερών νοσηλείας. Παράλληλα όμως από ανεπίσημα στοιχεία καταγράφεται μειωμένη προσέλευση ασθενών στα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. Συνεπώς, η αυξημένη κίνηση στο σύστημα δημόσιας υγείας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την αντίστοιχη αύξηση της πίεσης που υφίστανται τα ελληνικά νοικοκυριά λόγω της δραματικής οικονομικής συγκυρίας γεγονός που αιτιολογεί την στρόφη των ασθενών από τα ιδιωτικά στα δημόσια νοσοκομεία (Economou et al., 2014). Ωστόσο, μετά την υπογραφή της δεύτερης δανειακής σύμβασης το 2012, ο αριθμός αυτός αρχίζει σταδιακά να μειώνεται πιθανόν λόγω των περαιτέρω περικοπών στις λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων. Αντίθετα, το 2014 ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων φτάνει σε επίπεδο αρκετά πιο χαμηλό από εκείνο το 2009, γεγονός το οποίο πιθανόν να οφείλεται στο πλαφόν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση των διαγνωστικών εξετάσεων όπου στο πλαίσιο συγκράτησης των δαπανών μπαίνει πλέον όριο στον αριθμό των εξετάσεων και ανά ασθενή. Παράλληλα, ο αριθμός των ασθενών που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία (επείγοντα, τακτικά και απογευματινά) μειώθηκε σταδιακά από το 2009 έως το 2013 με τις μεγαλύτερες μειώσεις να σημειώνονται στον αριθμό των απογευματινών ιατρείων το 2011. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων

(ΠΟΕΔΗΝ) σε 61 νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, οι παραπάνω μειώσεις πιθανόν να οφείλονται στο γεγονός ότι διαπιστώθηκαν δραματικές καθυστερήσεις στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), με οκτάωρες αναμονές μέχρι την εξυπηρέτηση των ασθενών, όπου η διαλογή των ασθενών γίνεται από διοικητικούς υπαλλήλους αντί από τους επαγγελματίες υγείας καθώς υπάρχουν και σοβαρές ελλείψεις σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, με αποτέλεσμα την αναβολή ή και τη μη πραγματοποίηση των απαραίτητων (ΠΟΕΔΗΝ 2016). Επίσης, η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων επί πληρωμή προς αποφυγή της μεγάλης αναμονής των πρωινών ιατρείων σε μια περίοδο όπου η ανεργία έχει φτάσει στα ύψη, οι μισθοί έχουν συρρικνωθεί και γενικά η αγοραστική δύναμη των Ελλήνων έχει μειωθεί, είναι δεδομένο να μην έχει την προβλεπόμενη επιτυχία με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναβάλλουν τις επισκέψεις τους στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το γεγονός αυτό ωστόσο, είναι πολύ πιθανόν να δημιουργήσει μη αναστρέψιμη κατάσταση σε μερικά χρόνια. Και φυσικά ούτε λόγος για πρόληψη η οποία βοηθά σημαντικά και στην συγκράτηση των δαπανών υγείας.

Εξετάζοντας τα οικονομικά στοιχεία που αφορούν στις δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων παρατηρήσαμε μια σταδιακή μείωση μέχρι το 2011 στις λειτουργικές δαπάνες, ενώ από το 2012, μετά την υπογραφή της δεύτερης δανειακής σύμβασης, οι λειτουργικές δαπάνες μειώθηκαν απότομα στο μισό, για να αυξηθούν το επόμενο έτος πάνω από το μισό. Αντίθετα, οι δαπάνες μισθοδοσίας ακολούθησαν μια σταθερή σταδιακή μείωση κατά μέσο όρο 9% το έτος. Η απότομη μείωση στις λειτουργικές δαπάνες το 2012 ίσως να οφείλεται και στην υποχρέωση της Ελλάδας από τη νέα δανειακή σύμβαση, να λάβει πιο αυστηρά μέτρα προκειμένου να τηρήσει τις μεταρρυθμίσεις που ξεκίνησαν το 2010 με στόχο να διατηρηθούν οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. κάτω του 6%, κάτι όμως που μέχρι το 2014 δεν υπήρξε εφικτό. Αυτή η προσπάθεια γίνεται εμφανής και από τη μεγάλη μείωση της κρατικής χρηματοδότησης στα δημόσια νοσοκομεία, με τις μεγαλύτερες μεταβολές να σημειώνονται από το 2011 και ύστερα. Παράλληλα, οι μεγαλύτερες μειώσεις στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων από ιδιωτικούς φορείς (ιδιωτική ασφάλιση και ιδιωτικές πληρωμές) σημειώνονται το 2010 και 2012, πιθανόν αντικατοπτρίζοντας την γενικότερη αναστάτωση που επικράτησε την περίοδο υπογραφής των δυο μνημονίων. Εξίσου σημαντική υπήρξε και η μείωση της κρατικής επιχορήγησης το 2014, γεγονός που αντικατοπτρίζει την ανάγκη για περαιτέρω μείωση των κρατικών δαπανών. Η προσπάθεια σε σύντομο χρονικό διάστημα να περικοπούν οι διαθέσιμοι

πόροι για την υγεία μετακυλίωντας το κόστος στην ουσία στα ελληνικά νοικοκυριά, είναι πιθανό να αποβεί σε βάρος της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και σε καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας, ιδιαίτερα από τα δημόσια νοσοκομεία, εφόσον δεν προωθούνται πολιτικές δομικής αλλαγής του τρόπου παραγωγής των υπηρεσιών υγείας που θα εξασφαλίζουν ποιοτική και ποσοτική επάρκεια φροντίδας με λιγότερους και πιο αποδοτικά διαχειριζόμενους πόρους (Economou & Giorno, 2009).

Κλείνοντας, αναφορικά με τα λειτουργικά χαρακτηριστικά και τους δείκτες χρησιμοποίησης των υποδομών των δημόσιων νοσοκομείων, παρατηρούμε πως τόσο το μέσο κόστος νοσηλείας των ασθενών, όσο και η μέση διάρκεια νοσηλείας, συνεχώς μειώνονται με τη μεγαλύτερη μεταβολή να παρατηρείται για ακόμη μια φορά το 2012. Ο βαθμός κάλυψης των κλινών σταδιακά αυξήθηκε με μόνη εξαίρεση το 2012, όπου μειώθηκε λίγο για να επανέλθει στο επίπεδο του 2011, ενώ ο ρυθμός εισροής ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία ολοένα και αυξανόταν με τη μεγαλύτερη μεταβολή να παρατηρείται το 2010. Η βελτίωση των παραπάνω δεικτών αποδοτικότητας ενδεχομένως να οφείλεται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και στους περιορισμένους πόρους, όπου αναγκαστικά οδήγησε στην καλύτερη διαχείριση τους. Επίσης, η αναλογία ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη στο σύνολο των ελληνικών νοσοκομείων φαίνεται να παραμένει μέχρι το 2014 σε καλό επίπεδο γύρω στο 0,5, αντιθέτως η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη, παρά την αύξηση που σημείωσε έως το 2011, παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα κάτω του 1. Μια πρόσφατη μελέτη της πανεπιστημιακής έρευνας που εξετάζει την απόδοση των δημοσίων νοσοκομείων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τους κατά τη διάρκεια της ύφεσης διαπίστωσε ότι παρά σοβαρές προσπάθειες συγκράτησης του κόστους, μόνο το 28% των 90 νοσοκομείων που αναλύθηκαν ήταν βρέθηκε να είναι αποτελεσματική (Kaitelidou et al., 2012). Οι περικοπές των δαπανών υγείας είναι δυνατό να γίνουν με δύο τρόπους. Ο ένας είναι μέσω του περιορισμού της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και ο δεύτερος είναι μέσα από τον εξορθολογισμό του συστήματος και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Έτσι επιτυγχάνεται η εξοικονόμηση πόρων οι οποίοι μπορούν να διοχετευθούν στη συνέχεια για τη βελτίωση της κάλυψης του πληθυσμού. Ορισμένα από τα μέτρα που λαμβάνονται στην Ελλάδα κατά την παρούσα φάση όπως η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, δημιουργία μηχανισμών ελέγχου και ολοκληρωμένων συστημάτων διαχείρισης, η εφαρμογή αναλυτικής λογιστικής

εντάσσονται στα πλαίσια του εξορθολογισμού του συστήματος και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Δίνουν έμφαση στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας, επιχειρούν να εξορθολογήσουν 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 όπως η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας στα εξωτερικά και απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και το πλαφόν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση των διαγνωστικών εξετάσεων υπάγονται στην κατηγορία του περιορισμού της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Παρά το γεγονός ότι αυτά μπορεί να συμβάλλουν στον περιορισμό της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και να έχουν οικονομικό όφελος για το σύστημα, καθώς συγκρατούν τις δαπάνες και αυξάνουν τα έσοδα, επιφέρουν 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 (Οικονόμου, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα δευτερογενή στοιχεία που συλλέξαμε και παραθέσαμε στην παρούσα έρευνα, είναι πλέον εμφανής ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Η επιβολή μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας ως προαπαιτούμενο των δυο δανειακών συμβάσεων που υπέγραψε η ελληνική κυβέρνηση με τους εταίρους, φαίνεται να λειτούργησε θετικά στο κομμάτι που αφορά στον εξορθολογισμό των προμηθειών, στη μείωση των δαπανών για φάρμακα, υγειονομικό υλικό, χημικά αντιδραστήρια και λοιπές δαπάνες, στην εισαγωγή μιας σειράς ολοκληρωμένων συστημάτων διαχείρισης πόρων και στην δημοσίευση ισολογισμών των νοσοκομείων, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό τη σπατάλη και αυξάνοντας τον έλεγχο σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων.

Παράλληλα, τα στοιχεία έδειξαν μια σημαντική βελτίωση των δεικτών που αφορούν στην αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων, όπως τη μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας, τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και την αύξηση του ρυθμού εισροής ασθενών. Ολοένα και περισσότεροι ασθενείς στράφηκαν στα δημόσια νοσοκομεία κατά επταετία 2008-2014, προκειμένου να υποβληθούν σε μια χειρουργική επέμβαση και παρότι ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών σημείωσε μείωση, αυξήθηκε ο βαθμός κάλυψης κλινών ο οποίος βρισκόταν στο 64%, καθιστώντας τα νοσοκομεία πιο αποδοτικά.

Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, οι συνεχείς μειώσεις των λειτουργικών δαπανών οδήγησαν σταδιακά στη μείωση των ασθενών που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία, όπως και των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία. Έτσι, σταδιακά όλο και λιγότεροι ασθενείς απευθύνονταν στα δημόσια νοσοκομεία προκειμένου να εξεταστούν στα επείγοντα, τακτικά και απογευματινά ιατρεία, όπως και για τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων.

Τέλος, ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία που ανέδειξε η έρευνά μας είναι ίσως το γεγονός πως από το 2009 ξεκινά επιτέλους ο περιορισμός των μεγάλων ελλειμμάτων που σημείωναν τα δημόσια νοσοκομεία, μέσω της ταυτόχρονης μείωσης των ετήσιων λειτουργικών και μισθολογικών δαπανών και της μεγάλης αύξησης των πληρωμών, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις ώστε οι δαπάνες της ελληνικής κυβέρνησης για τον τομέα υγείας να αρχίσουν να κινούνται στο επίπεδο του ευρωπαϊκού μέσου όρου (6%).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνοπούλου Α. (2014):** «*Οικονομία της Υγείας. Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Πολιτικές για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας*», Αθήνα: Gutenberg
- Βαρουφάκης Γ. (2011):** «*Κρίσης Λεξιλόγιο. Οι οικονομικοί όροι που μας δυναστεύουν*», Αθήνα: εκδ. Ποταμός
- Bruiter W. H. &Rahdari E.(2011):** «*Η Ελλάδα και η Δημοσιονομική Κρίση στην ΟΝΕ*», στο επιμέλεια Καραμούζης, Ν. &Χαρβούβελης, Γ. (2011): «*Από τη Διεθνή κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το Μέλλον;*», Αθήνα: εκδ. Λιβάνη
- Calomiris C., W. (2011):** «*Αίτια της κρίσης στην αγορά ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου*», στο επιμέλεια Καραμούζης, Ν. &Χαρβούβελης, Γ. (2011): «*Από τη Διεθνή κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το Μέλλον;*», Αθήνα: εκδ. Λιβάνη
- ΕΛΣΤΑΤ, (2014):** «*Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας έτους 2013 & Αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009-2013*», Αθήνα, Ιούλιος 2015.
- Καμπόλης Χ & Τραυλός, Ν. Γ. (2011):** «*Από την Παγκόσμια Χρηματοπιστωτική Κρίση στην Ελληνική Δημοσιονομική Κρίση: Αίτια, Επιπτώσεις και Τόποι Αντιμετώπισης*» στο επιμέλεια Επιτροπάκη, Ο., Κυριακόπουλος, Κ. & Ζάρκος Σ. (2011): «*Το Μάνατζμεντ σε Καιρούς Κρίσης*», Αθήνα: εκδ. Καστανιώτη.
- Καραμούζης Ν. (2011):** «*Από τη Διεθνή Χρηματοπιστωτική Κρίση στην Ελληνική Δημοσιονομική Εκτροπή και την Κρίση της Ευρωζώνης: Οι Προκλήσεις για το Ελληνικό Τραπεζικό Σύστημα και τη Χώρα*», στο επιμέλεια Καραμούζης, Ν. &Χαρβούβελης, Γ. (2011): «*Από τη Διεθνή κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το Μέλλον;*», Αθήνα: εκδ. Λιβάνη
- Krugman P. (2009):** «*Η Κρίση του 2008 και η επιστροφή των οικονομικών της ύφεσης*», Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη
- Λεοντίου Ι. (2013):** «*Η Νοσηλευτική Συμβολή στις Μεταβαλλόμενες Συνθήκες στην Υγεία*», *Νοσηλευτική*, 52 (1): 9
- Mankiw, G. N. &Taylor, M. P. (2011):** «*Αρχές οικονομικής Θεωρίας με αναφορά στις Ευρωπαϊκές Οικονομίες*», Αθήνα: εκδ. Gutenberg.
- Μαρξ Κ. (1978):** «*Το Κεφάλαιο*», τ.3, Αθήνα: εκδ. Σύγχρονη Εποχή

- Οικονόμου, Γ., Σαμπεθάι, Ι. & Συμυγιάννης, Γ. (2010):** «*Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών Ελλάδος: Αιτίες ανισορροπιών και Προτάσεις Πολιτικής*», Τράπεζα της Ελλάδος, Ιούλιος 2010, Αθήνα
- Οικονόμου Χ. (2013)** «*Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία*» *Foreign Affairs the Hellenic edition*
- Πολύζος Ν. Μ. (2014):** «*Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*», Αθήνα: εκδ. Κριτική
- Ράπανο, Β. Θ. & Καπλάνογλου, Γ. (2011):** «*Οικονομική κρίση και Δημοσιονομική Πολιτική: Η Περίπτωση της Ελλάδος*», στο επιμέλεια Καραμούζης, Ν. & Χαρβούβελης, Γ. (2011): «*Από τη Διεθνή κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το Μέλλον;*», Αθήνα: εκδ. Λιβάνη
- Τράπεζα της Ελλάδος (2013):** «*Το Χρονικό της Μεγάλης Κρίσης*», Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013
- Τόλιος Γ. (2011):** «*Κρίση, Απεχθές Χρέος και Αθέτηση Πληρωμών*», Αθήνα: εκδ. Τόπος
- Υ.Υ.Κ.Α. (2011):** «*Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & Μονάδων του ΕΣΥ 2010*», Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, Μάρτιος 2011
- Υ.Υ.Κ.Α. (2012):** «*Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & Μονάδων του ΕΣΥ 2011*», Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, Μάρτιος 2012
- Χαρδούβελης Γ. (2009):** «*Η Χρηματοοικονομική Κρίση και το Μέλλον της Παγκόσμιας Οικονομίας*», Οικονομία και Αγορές, Eurobank Research, τ. 4, τεύχος 8, Οκτώβριος.
- Χαρδούβελης Γ. (2011):** «*Το χρονικό της διεθνούς και της συνακόλουθης ελληνικής και ευρωπαϊκής κρίσης: Αίτια, αντιδράσεις, επιπτώσεις, προοπτική*», στο επιμέλεια Καραμούζης, Ν. & Χαρβούβελης, Γ. (2011): «*Από τη Διεθνή κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το Μέλλον;*», Αθήνα: εκδ. Λιβάνη
- Χαρδούβελης Γ. & Σαμπανιώτης Θ. (2007):** «*Ο Προϋπολογισμός του κράτους και οι αποκλίσεις στην εκτέλεσή του: 1992-2007*», Focus Notes, Eurobank Research, Δεκέμβριος

- Attinasi M. G, Checherita, C & Nickel, C. (2009):** “*What explains the surge in euro zone area sovereign spreads during the financial crisis of 2007-2009?*”, European Central Bank, Working Paper Series, No 1131, December
- Economou C. & Giorno C., (2009):** «Improving the performance of the public health care system in Greece». *OECD Economics Department Working Paper No 722*, Paris
- Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Sissouras A. at all (2014)** *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece Tables GR Table 1 Demographic and economic indicators, in Greece, 2000–2012 4*
- Ifanti A., Argyriou A., Kalofonou F., Kalofonos X., (2014):** *Physicians brain drain in Greece: A perspective on the reason why and how to address it, Health policy 117 (2014) 210-215*
- Kaitelidou D et al. (2012a):** «*Efficiency of Greek hospitals: best practices of three top-performing hospitals*». In: *ISPOR 15th Annual European Congress, 3–7 November 2012. Berlin: PHP95.*
- Kaitelidou D., Kalogeropoulou M., Siskou O., Tsavalias K. at all (2016b),** «*The Impact Of Economic Crisis To Hospital Sector And The Efficiency Of Greek Public Hospitals*». *European Journal of Business and Social Sciences, Vol. 4, No. 10, January 2016. P.P. 111 - 125*

NOMΟΛΟΓΙΑ

N.1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

N.2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»

N.3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

N.3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

N.3833/2010 «Προστασία της εθνικής οικονομίας – Επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης»

N.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

N.4046/2012 «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας»

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. Υπουργείο Υγείας. (2015). ESYnet Report. (<http://www.moh.gov.gr/articles/esynet/stoixeia-noshleytikhs-kinshshs/leesynet-2013/2253-ethsia-leitoyrgika-2013>, Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 2/9/2015)
2. Οργανισμός οικονομικής συνεργασίας και Ανάπτυξης, ΟΟΣΑ (OECD). (2016). OECD.Stat: Health expenditure and financing. (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 2/9/2015).
3. Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (2016) <http://www.poedhn.gr/deltia-typoy/item/2023-megali-erevna-tis-poedin-katastasi-se-tmimata-epeigonton-peristatikon-61-nosokomeion---synthikes-polemou-epikratoyn-sta-tep> Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 28/01/2017).
4. Foreign Affairs (2013) <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show> Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 28/01/2017)