



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

“Ευρωπαϊκή ενοποίηση και μεταρρύθμιση στο ελληνικό σύστημα υγείας:
η κρίση ως πολιτικός καταλύτης εξορθολογισμού”

ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΙΝΟΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2017

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

“Ευρωπαϊκή ενοποίηση και μεταρρύθμιση στο ελληνικό σύστημα υγείας:
η κρίση ως πολιτικός καταλύτης εξορθολογισμού”

ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΙΝΟΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
Προβληματική γύρω από την αναγκαιότητα των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων.....	10
Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας.....	13
Μεθοδολογικό πλαίσιο.....	13
Δομή της εργασίας.....	14
Αποτελέσματα.....	15
1.ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	16
1.1 Ιστορικά στοιχεία.....	16
1.2 Ιστορικός θεσμισμός: πλαίσιο ερμηνείας της εξέλιξης του ελληνικού... συστήματος υγείας	17
1.3 Συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	19
1.4 Ευρωπαϊκά προγράμματα δράσης για την υγεία.....	24
1.5 Ευρωσκεπτικισμός.....	25
1.6 Εξευρωπαϊσμός του Νότου.....	30
1.7 Ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία.....	33
2.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	37
2.1 Συνθήκες έναρξης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	37
2.2 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού.....	40
2.3 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγειονομική περίθαλψη.....	48
3.ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	58
3.1 Η αναγκαιότητα των μεταρρυθμίσεων στην περίοδο της ύφεσης.....	58
3.2 Αρνητικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας πριν την κρίση.....	59

3.2.1 Εξέλιξη του ΕΣΥ : Ευρωπαϊκή ενοποίηση, ίδρυση και μετασχηματισμός.....	61
3.2.2 Παράγοντες αποτυχίας των μεταρρυθμίσεων.....	78
3.3 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων.....	83
3.3.1 Επίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις μεταρρυθμίσεις.....	83
3.3.2 Μέτρα των μνημονίων για την Υγεία.....	86
3.3.3 Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και ΠΕΔΥ.....	93
3.3.4 Ηλεκτρονική υγεία.....	105
3.3.5 Μεταρρυθμίσεις δημόσιων νοσοκομείων.....	108
3.3.6 Φαρμακευτική πολιτική.....	114
3.4 Μνημόνια: αποτελούν συντελεστές στην «αλλαγή υποδείγματος» για το σύστημα υγείας;.....	128
3.5 Μεταρρυθμίσεις που προβλέπονται στο τρίτο μνημόνιο.....	138
4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	141
4.1 Βελτίωση του ΕΟΠΥΥ.....	157
4.2 Ανάπτυξη της ηλεκτρονική υγείας.....	158
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	161
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	162
Αγγλόφωνη.....	162
Ελληνική.....	165

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόψυχα τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Μινογιάννη Πάνο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα. Επίσης τον ευχαριστώ για τις πολύτιμες συμβουλές και παρατηρήσεις του σε όλη τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας, οι οποίες υπήρξαν καθοριστικές για την ολοκλήρωσή της.

Ιδιαίτερα επίσης ευχαριστώ τον καθηγητή κ. Θεοδώρου Μάμα για τη σημαντική καθοδήγηση και υποστήριξη που μου προσέφερε, καθώς και για τη συμμετοχή του στην τριμελή επιτροπή.

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω και στον καθηγητή κ. Γκορέζη Παναγιώτη, που με τίμησε με τη συμμετοχή του στην παρουσίαση και κρίση της διατριβής μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την συνεχή στήριξη που μου πρόσφερε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Μαρία Παπαϊωάννου

Ιανουάριος, 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αντικείμενο της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι η μελέτη της επίδρασης των μνημονίων στον εξορθολογισμό του ελληνικού συστήματος υγείας. Τα συστήματα υγείας των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης θεωρείται ότι δεν επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τις πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεδομένης της αρχής της επικουρικότητας. Οι πρόσφατες εξελίξεις που σχετίζονται με τις μεταρρυθμίσεις για τον εξορθολογισμό του συστήματος υγείας, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο των μνημονίων κατά την οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα το 2009, καταδεικνύουν μια αύξηση της επιρροής της ΕΕ στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η εργασία επικεντρώνεται στην επιρροή της ΕΕ στη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής υγείας πριν και μετά την κρίση, στο φάσμα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη του ελληνικού πληθυσμού, στα συσσωρευμένα προβλήματα και τις διαχρονικές ανεπάρκειες του ΕΣΥ και στην αποτίμηση των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων. Το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται σε κατάσταση συνεχούς κρίσης εδώ και πολλά χρόνια, με προβλήματα στην οργάνωση, τη δομή, τη διαχείριση, την απόδοση και την αποτελεσματικότητά του, την παροχή υπηρεσιών, με έλλειψη αξιολογήσεων της λειτουργίας του, κατακερματισμένο διοικητικό πλαίσιο, αυξημένες δαπάνες, ανεπαρκείς υπηρεσίες ΠΦΥ, νοσοκομεία με ελλείψεις σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ανεπαρκή λειτουργία. Τα συμπεράσματα της μελέτης είναι ότι τα χρόνια προβλήματα του συστήματος υγείας σε συνδυασμό με την έλλειψη οικονομικών, ανθρώπινων και υλικών πόρων, λόγω της οικονομικής κρίσης και των μνημονιακών μέτρων, κατέστησαν προβληματική τη λειτουργία του συστήματος και την πρόσβαση στο φάρμακο, επιδείνωσαν την υγεία του πληθυσμού, κυρίως την ψυχική και ιδιαίτερα για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και δημιούργησαν πρόσθετα χρηματοδοτικά βάρη για τους ασθενείς. Παράλληλα όμως διαπιστώθηκε και η ισχυρή μεταρρυθμιστική διάσταση των μνημονίων στον τομέα της υγείας, που επέφερε θετικά αποτελέσματα και κυρίως εξοικονόμηση κόστους. Σε αυτό το σημείο δόθηκε έμφαση στη μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ/ΠΕΔΥ, της φαρμακευτικής πολιτικής, της ηλεκτρονικής υγείας και των δημόσιων νοσοκομείων. Ωστόσο, όπως επισημαίνεται, παρά τη εφαρμογή ενός σημαντικού πλήθους μεταρρυθμίσεων, το σύστημα υγείας δεν οδηγήθηκε σε αλλαγή υποδείγματος, αλλά συνεχίζει να κινείται στο ίδιο μονοπάτι. Στο ζήτημα της αλλαγής εστιάζει το τελευταίο τμήμα της εργασίας με

παράθεση προτάσεων για τη βελτίωση της λειτουργίας του ΕΣΥ και την αναδιοργάνωσή του με επίκεντρο την ΠΦΥ, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα και η αποδοτικότητά του, η ισότητα στην πρόσβαση σε αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας, καθώς και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

Λέξεις-κλειδιά: Ευρωπαϊκή ενοποίηση, επιπτώσεις οικονομικής κρίσης, εξορθολογισμός ελληνικού συστήματος υγείας, μνημόνια, μεταρρυθμίσεις.

ABSTRACT

The major objective of this thesis is to examine the effects of memorandum in rationalizing the Greek Health System. The health systems of the EU Member States had not significantly been affected by the policies of the European Union, given the principle of subsidiarity. The recent developments related to the health system reforms, that intend to rationalize the health system during the economic crisis in Greece, show a rise in the EU's influence in the Greek health system. The study focuses on the influence of the European Union in shaping national health policy before and after crisis, the range of impact of the financial crisis on health and health care in Greece, the accumulated problems and inveterate deficiencies of National health system and the valuation of the health reforms. The Greek health system is in a continuous state of crisis for many years, with problems in the organization, structure, management, performance and effectiveness of the provision of services, deficient assessments of its operation, fragmented administrative framework, increased costs, inadequate primary care services, hospitals with shortages of health professionals and inadequate operation. The results from this study indicate that the long problems of the health system in conjunction with its lack of financial, human and material resources due to economic crisis and measures of the memoranda obstruct the function of the health system and the access to health services as well, worsened public health, mainly the mental and particularly for vulnerable groups, and created additional financial burden for patients. At the same time there is obviously a strong reform dimension of memoranda in health sector, which caused positive results, especially cost savings. At this point the focus was on the reform of EOPYY / PEDY, pharmaceutical policy, e-health and public hospitals. However, as noted, despite the implementation of a significant number of reforms, the health system has not led to a paradigm shift, but continues to move in the same path. The last part of the thesis focuses on the issue of the change and includes various proposals for improving the National health system and reorganizing the primary health care, so as to ensure its viability and profitability, equal access to reliable health services and universal coverage of the population.

Keywords: European integration, impacts of financial crisis, rationalization of Greek health system, memoranda, reforms.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προβληματική γύρω από την αναγκαιότητα των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων

Οι μεγάλες προσδοκίες των αρχών της δεκαετίας του 1980 για τον δημόσιο τομέα υγείας έρχονται σε αντίθεση με τη σημερινή πραγματικότητα. Παρότι έγινε σημαντική προσπάθεια για τη θεμελίωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στα ευρωπαϊκά πρότυπα, υπήρχαν παράγοντες που δυσχέραναν αυτό το εγχείρημα. Η αλλαγή ενός συστήματος υγείας είναι μια σύνθετη και πολυπαραγοντική διαδικασία, η οποία στην περίπτωση της Ελλάδας αντιμετώπισε τις παθογένειες του παρελθόντος: συγκρούσεις κομμάτων και εμπλεκόμενων παραγόντων (παγιωμένο πελατειακό σύστημα, πληθώρα ετερόκλητων φορέων με διαφορετική διοικητική και οργανωτική μορφή, και με υψηλό βαθμό συγκέντρωσης εξουσιών, άτυπες σχέσεις πατρωνίας-πελατείας, ασθενές συνδικαλιστικό κίνημα-απόρροια της καθυστερημένης εκβιομηχάνισης και της πιεστικής παρουσίας του κράτους, άνιση και ανορθολογικά κατακερματισμένη ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας). Η εξέταση της ιστορίας παρακμής του τομέα της υγείας είναι απαραίτητη για την καλύτερη ερμηνεία των αδυναμιών της δημόσιας πολιτικής υγείας, καθώς και για την ανεύρεση των εμποδίων στα οποία προσκρούει κάθε απόπειρα ανάταξης του δημόσιου τομέα στην Ελλάδα της κρίσης (Ματσαγγάνης,2011).

Κατά τη χρονική περίοδο 2000-2008 η Ελλάδα αύξησε το ΑΕΠ της με ρυθμό διπλάσιο του μέσου όρου των 27 χωρών της ΕΕ και μείωσε το ποσοστό ανεργίας με επίσης διπλάσιο ρυθμό χρησιμοποιώντας δάνεια από το εξωτερικό, τα οποία τροφοδοτούσαν την ελληνική οικονομία. Η ταχεία αύξηση του ΑΕΠ αντικατοπτρίστηκε και στα εισοδήματα, τα οποία αυξήθηκαν ταχύτερα στην Ελλάδα απ' ό,τι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, αυτός ο ρυθμός ανάπτυξης δεν ήταν βιώσιμος διότι δεν βασιζόταν σε βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας. Οι οικονομικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες έφεραν τη χώρα στα πρόθυρα της χρεωκοπίας. Μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν σε άλλες χώρες πολλά χρόνια νωρίτερα αναβάλλονταν συνεχώς στην Ελλάδα. Η χώρα έχασε τις ευκαιρίες να δημιουργήσει μια εύρωστη οικονομία, ενώ αντίθετα βρέθηκε με έναν μη παραγωγικό δημόσιο τομέα, ένα άνισο και αναποτελεσματικό σύστημα συλλογής φόρων, ένα μη βιώσιμο συνταξιοδοτικό

σύστημα, ένα περιοριστικό και αναποτελεσματικό ρυθμιστικό πλαίσιο για την οικονομία, η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλή ανταγωνιστικότητα που μειώνεται συνεχώς. Τα μακροχρόνια προβλήματα στον χώρο της υγείας συνέβαλαν καθοριστικά στη δημιουργία της οικονομικής κρίσης στην ελληνική κοινωνία. Τα νοσοκομεία με την αδυναμία τους να ισοσκελίσουν τα έσοδα με τα έξοδά τους και τα ασφαλιστικά ταμεία, που ήταν ελλειμματικά επί σειρά ετών επέφεραν την αποδυνάμωση του κρατικού προϋπολογισμού.

Το 2008 για την Ευρώπη ξεκίνησε μια περίοδος πρωτοφανούς οικονομικής κρίσης, ως αποτέλεσμα μιας παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής ύφεσης. Σε ορισμένες χώρες της ΕΕ σημειώθηκε μείωση του ΑΕΠ, αύξηση του δημόσιου χρέους και αύξηση του κόστους δανεισμού, ενώ πολλά νοικοκυριά βίωσαν οικονομική δυσπραγία, που συνόδευσε την απώλεια θέσεων εργασίας και τη μείωση των μισθών. Από τις αρχές του 2010 η κατάσταση αυτή επιδεινώθηκε και η Ελλάδα έγινε η πρώτη χώρα της ΕΕ που έλαβε πακέτο διάσωσης από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) την ΕΕ και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Το πακέτο διάσωσης ήταν αποτέλεσμα της σύναψης συμφωνίας μεταξύ της Ελλάδας και του ΔΝΤ, δηλαδή ενός προγράμματος αναδιάρθρωσης οικονομικών και δημοσιονομικών πολιτικών. Βασικά χαρακτηριστικά της συμφωνίας είναι η περιστολή των δαπανών, η αύξηση των άμεσων και των έμμεσων φόρων, η θέσπιση μέτρων για την ευελιξία της αγοράς, η αυστηρή εισοδηματική πολιτική και η συγχώνευση ή η κατάργηση φορέων του δημόσιου τομέα που δεν θεωρούνται παραγωγικοί.

Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας ήταν αναπόφευκτος. Μπροστά σε αυτή την απειλητική κατάσταση κάθε χώρα ακολούθησε τη δική της στρατηγική. Πολλές χώρες μείωσαν τις δαπάνες για την υγεία, ενώ άλλες εισήγαγαν δομικές αλλαγές και σκληρά μέτρα λιτότητας. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφέρουν ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες και εξαρτώνται από τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της κρίσης, το είδος των μέτρων λιτότητας που εφαρμόζονται από τις κυβερνήσεις και από το βαθμό κάλυψης του πληθυσμού από τα συστήματα κοινωνικής προστασίας.

Η οικονομική κρίση οδήγησε σε μείωση ή και απώλεια εισοδήματος και συνεπώς απώλειες στην ευημερία και εξώθηση μεγάλου τμήματος του πληθυσμού στη φτώχεια, προκαλώντας δραματικές επιπτώσεις και στην υγεία και την κοινωνική ζωή.

Στην κρίσιμη καμπή της οικονομίας της η Ελλάδα προσπαθεί να αποτρέψει τη χρεωκοπία της εφαρμόζοντας μεταρρυθμίσεις στην οικονομία της, ώστε να μπορέσει να επανέλθει σε τροχιά ανάπτυξης. Ο τομέας της υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο των παρεμβάσεων για τον εξορθολογισμό και την καλύτερη διαχείριση των δημόσιων πόρων. Πρώτιστο μέλημα των επιχειρούμενων παρεμβάσεων ήταν ο περιορισμός των δημοσίων ελλειμμάτων. Οι στόχοι που έχουν τεθεί στα μνημόνια σχετικά με τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών υγείας αποτελούν τους κατευθυντήριους άξονες των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών. Το ζήτημα των μεταρρυθμίσεων διχάζει την ελληνική κοινωνία, με ένα τμήμα της να αντιτίθεται στις μεταρρυθμίσεις που έχει συμφωνήσει η κυβέρνηση με την Τρόικα, θεωρώντας ότι είναι άστοχες ή ότι σηματοδοτούν την απώλεια της εθνικής κυριαρχίας και ένα άλλο τμήμα που υπεραμύνεται των μεταρρυθμίσεων ώστε να αποφευχθεί η πτώχευση. Κάποιες από τις μεταρρυθμίσεις αυτές είχαν αποτελέσει θέμα συζήτησης στο παρελθόν, όμως οι ελληνικές κυβερνήσεις επέλεξαν να αγνοήσουν αυτό το ζήτημα μέχρι τη στιγμή που ξέσπασε η τρέχουσα οικονομική κρίση, οπότε οι μεταρρυθμίσεις κρίθηκαν αναγκαίες και επείγουσες. Η αναβλητικότητα των παλαιότερων κυβερνήσεων αναφορικά με τις μεταρρυθμίσεις μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη οράματος και πολιτικού θάρρους, στην ύπαρξη συμφερόντων που επιβάλλουν τη διατήρηση της ισχύουσας κατάστασης ή στην αδυναμία κατανόησης της οικονομικής πραγματικότητας της χώρας (Καζάκος,2011). Στον τομέα της υγείας απαιτήθηκε ριζικός επανασχεδιασμός ώστε να αντικατασταθεί η διαφθορά και η σπατάλη των υγειονομικών πόρων από υγιείς θεσμούς.

Η περιοριστική πολιτική των μνημονίων οδήγησε σε συρρίκνωση των υγειονομικών πόρων στην τρέχουσα συγκυρία, όπου η ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά. Μετά την ανάλυση των προβλημάτων του ΕΣΥ και εφόσον έχει διαπιστωθεί η ανάγκη του για συνέχιση ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων, στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται ορισμένοι κατευθυντήριοι άξονες που προσανατολίζουν προς ένα νέο υπόδειγμα συστήματος υγείας, με αναδιοργανωμένη ΠΦΥ. Σε αυτό το νέο πρότυπο έχει πρόσβαση το σύνολο του πληθυσμού και ιδιαίτερα οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (ηλικιωμένοι, άνεργοι, γυναίκες, φτωχοί) και στο πλαίσió του επανεμφανίζονται οι αξίες και οι αρχές της Διακήρυξης της Alma Ata (Κυριόπουλος, 2016).

Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή προβάλλει μια εικόνα του υγειονομικού τομέα της Ελλάδας σε συνάρτηση με την Ευρωπαϊκή ενοποίηση και την οικονομική κρίση. Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει την έκταση της επιρροής της Ευρωπαϊκής ενοποίησης στην εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας στη διάρκεια της μεταπολίτευσης και ιδιαίτερα στα πλαίσια των προγραμμάτων προσαρμογής (μνημόνια) της χώρας. Ειδικότερα, εξετάζεται η μεταρρυθμιστική διάσταση των μνημονίων ως κινητήριο μοχλός για τον εξορθολογισμό του ελληνικού συστήματος υγείας. Επιμέρους στόχος της εργασίας είναι να εντοπίσει, να αξιολογήσει και να συνθέσει τα εμπειρικά δεδομένα σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού και στην υγειονομική περίθαλψη της Ελλάδας. Επίσης, περιγράφεται η πορεία των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας κατά τη μεταπολίτευση και την περίοδο της οικονομικής κρίσης, καθώς και τα αίτια που εμπόδισαν τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις του παρελθόντος να τελεσφορήσουν. Στη συνέχεια, επιχειρείται μια αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια των μνημονίων και η απάντηση στο ερώτημα αν οι μεταρρυθμίσεις ακολουθούν το ίδιο μονοπάτι που προϋπήρχε της κρίσης ή δημιουργούν ένα νέο υπόδειγμα. Τέλος, η εργασία παρουσιάζει τις δυνατότητες εξέλιξης του ελληνικού συστήματος υγείας, καθώς και προτάσεις για την επίτευξη της βιωσιμότητας του.

Μεθοδολογικό πλαίσιο

Η έρευνα για τη συγγραφή της εργασίας βασίστηκε σε διεθνείς επιστημονικές βάσεις δεδομένων του διαδικτύου (PubMed), σε περιοδικά σχετικά με την υγεία (Lancet, Health Policy, The BMJ, European Journal of Public Health, Social Science and Medicine). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: ευρωπαϊκή ενοποίηση, επιπτώσεις οικονομικής κρίσης, εξορθολογισμός συστήματος υγείας, μνημόνια, μεταρρυθμίσεις. Η βιβλιογραφική διερεύνηση διεκπεραιώθηκε σε άρθρα, βιβλία και μελέτες στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα, που σχετίζονται με την επίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα υγείας των κρατών μελών, τις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία, τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν στο παρελθόν και υλοποιήθηκαν στην περίοδο της κρίσης με στρατηγικό σχεδιασμό στα πλαίσια των μνημονίων, καθώς και ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις που μπορούν να πραγματοποιηθούν στο άμεσο μέλλον. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν μελέτες από

διεθνείς, ευρωπαϊκούς και ελληνικούς οργανισμούς, που ασχολούνται με θέματα υγείας, καθώς και άρθρα συγγραφέων από διεθνή και ελληνικά περιοδικά υγείας, πολιτικής της υγείας, κοινωνιολογίας και οικονομίας. Η χρήση του διαδικτύου βοήθησε σημαντικά στην εύρεση πληροφοριών, στατιστικών στοιχείων και πινάκων που παρατίθενται στην εργασία, καθώς και στην εύρεση πανεπιστημιακών μελετών για το θέμα που μελετάται. Το θεωρητικό πλαίσιο που επιλέχθηκε για την συγγραφή της εργασίας είναι αυτό του ιστορικού θεσμισμού, διότι βοηθάει περισσότερο στην κατανόηση της πολιτικής υγείας και της εξέλιξης ή αδράνειας του συστήματος υγείας (Pierson, 2000; Minogiannis, 2003).

Δομή της εργασίας

Όσον αφορά τη δομή της εργασίας, η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή απαρτίζεται από τέσσερα βασικά κεφάλαια. Το πρώτο μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την εισαγωγή, τον σκοπό της εργασίας, ορισμένα μεθοδολογικά στοιχεία και σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα της έρευνας. Το πρώτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην Ευρωπαϊκή ενοποίηση, στις Συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αναφέρονται στην Υγεία και στην ευρωπαϊκή πολιτική υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης και περιγράφονται οι επιπτώσεις της στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη των Ελλήνων. Στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων της μεταπολίτευσης και προβάλλονται οι παράγοντες που τις εμπόδισαν. Το κεφάλαιο κλείνει με τις μεταρρυθμίσεις που προωθήθηκαν στα πλαίσια των μνημονίων, με μια προσπάθεια αποτίμησής τους και με την παρουσίαση των μεταρρυθμιστικών μέτρων που σχεδιάστηκαν προκειμένου να υλοποιηθούν από το τρίτο μνημόνιο. Στο τέταρτο κεφάλαιο διατυπώνονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας και των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων που έχουν υλοποιηθεί στην περίοδο της κρίσης. Επίσης, το τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις προτάσεις/μεταρρυθμίσεις που πρέπει να υιοθετήσει το ΕΣΥ για να αυξήσει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά του, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις αξίες της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης και φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα στους χώρους που οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται.

Αποτελέσματα

Η οξεία οικονομική κρίση δημιουργεί ευκαιρίες για αλλαγές όμως η αλληλεπίδραση των υγειονομικών ελλειμμάτων και των πολιτικών ηθών και πρακτικών καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το περιεχόμενο και το χρονοδιάγραμμα των μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Το οικονομικό, κοινωνικό, θεσμικό και πολιτικό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων. Οι θεσμοί του κράτους, τυπικοί και άτυποι, διαθέτουν το δυναμικό να επηρεάσουν τα πρότυπα πολιτικής συμπεριφοράς, να μεταμορφώσουν τους δρώντες, δηλαδή τη νοοτροπία και την ταυτότητά τους, επιτρέποντας ή παρεμποδίζοντας την αλλαγή. Επιπροσθέτως, στις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις υπάρχουν πολλοί εμπλεκόμενοι παράγοντες και συχνά με αντικρουόμενα συμφέροντα, γεγονός που καθιστά δύσκολη την προσαρμογή του συστήματος υγείας σε νέα δεδομένα.

Γίνεται επίσης εμφανής η αντίθεση ανάμεσα στην ασθενή επίδραση που άσκησε στο παρελθόν η Ευρωπαϊκή ενοποίηση στο ελληνικό σύστημα υγείας και στην αυστηρή εποπτεία των μεταρρυθμίσεων από την Τρόικα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης. Μέσα από αυτή την οπτική, μπορεί να θεωρηθεί ότι επιχειρείται ο εξευρωπαϊσμός της Ελλάδας με την οικονομική κρίση και την επιβολή των μνημονίων για δεύτερη φορά, μετά την πρώτη προσπάθεια που έγινε το 1980. Ωστόσο, διερευνώντας το βάθος των αλλαγών που επέφεραν οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας, εξάγεται το συμπέρασμα ότι ο εξευρωπαϊσμός του συστήματος υγείας ακολουθεί το ίδιο μονοπάτι που υπήρχε πριν την κρίση, χωρίς να αλλάξει ουσιαστικά το σύστημα (άρα δεν επιτυγχάνεται αλλαγή υποδείγματος). Επιπλέον, η ανάλυση των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης και των μέτρων προσαρμογής στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη των Ελλήνων καταδεικνύει αφενός τη χρησιμότητα ορισμένων πολιτικών για την αύξηση της ποιότητας του συστήματος υγείας και αφετέρου την επικινδυνότητα άλλων μέτρων για τον αδύναμο κρίκο του συστήματος, τον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.1 Ιστορικά στοιχεία

Η τάση της ευρωπαϊκής ανάπτυξης συνδέθηκε στενά με τη θεαματική και ασύγκριτη διαδικασία οικονομικής ολοκλήρωσης της Δυτικής Ευρώπης, η οποία κατέστη καθοριστικός παράγοντας της ευρωπαϊκής οικονομικής αναδιάρθρωσης. Η ανανέωση της γηραιάς ηπείρου ενισχύθηκε από τη δημιουργία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και εν συνεχεία από το σχηματισμό της Ενωμένης Ευρώπης. Η Ευρώπη είχε διδαχθεί από την τραγωδία του 20^{ου} αιώνα της, τους δυο παγκόσμιους πολέμους και τη δολοφονία των δεκάδων των εκατομμυρίων Ευρωπαίων, από τις δεκαετίες του μίσους και του οικονομικού εθνικισμού του Μεσοπολέμου, από την άνοδο των ακραίων καθεστώτων και την τραγική οικονομική κρίση. Η συγκρότηση ενός οργανωμένου διεθνούς νομισματικού συστήματος, ο κρατικός παρεμβατισμός και η κοινωνική αλληλεγγύη υπήρξαν απότοκα εκείνων των σκληρών μαθημάτων. Η ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των Ευρωπαϊκών εθνών, το όνειρο της οικοδόμησης ελεύθερων, αλληλένδετων οικονομικοπολιτικών συστημάτων ώστε να αποφευχθούν οι αιματηρές συγκρούσεις, κυριαρχούσε στην ατμόσφαιρα μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο.

Η μεταπολεμική Δυτική Ευρώπη οικοδόμησε ένα κράτος κοινωνικής πρόνοιας με την εφαρμογή και την περαιτέρω ανάπτυξη της πολιτικής και θεσμών πρόνοιας και τη δημιουργία ενός ασύγκριτα ωριμότερου και σύνθετου συστήματος κοινωνικής πρόνοιας με επανερμηνεία των δικαιωμάτων του πολίτη. Εκτός από τα πολιτικά δικαιώματα, έγινε αντιληπτό ότι στα φυσικά δικαιώματα των πολιτών συγκαταλέγονται η απασχόληση και η κοινωνική ασφάλιση. Η κοινωνική πρόνοια της Δυτικής Ευρώπης εισήγαγε την κοινωνική ασφάλιση της μεσαίας τάξης, αλλά και μεθόδους για την ισότητα στη διανομή εισοδήματος, αντισταθμίζοντας τους χαμηλούς μισθούς με τις δημόσιες- κρατικές υπηρεσίες. Το πλούσιο δυτικό κράτος κοινωνικής πρόνοιας με τον αναδιανεμητικό μηχανισμό του, την κοινωνική του πολιτική, την υγειονομική περίθαλψη και την εκπαιδευτική πολιτική αντιστάθμισε επιτυχώς τις ακραίες εισοδηματικές διαφορές, προάγοντας τις ίσες ευκαιρίες, προσθέτοντας έτσι μια οικονομική παράμετρο στους δημοκρατικούς θεσμούς και μια κοινωνική παράμετρο στην οικονομική μεγέθυνση (Berend, 2009).

1.2 Ιστορικός θεσμισμός: πλαίσιο ερμηνείας της εξέλιξης του ελληνικού συστήματος υγείας

Μία από τις θεωρίες που διερευνά την επίδραση της ΕΕ στην άσκηση των εθνικών πολιτικών των κρατών μελών είναι η νέο-θεσμική προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή θεμελιώνεται στην παραδοχή ότι οι θεσμοί έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τα πρότυπα πολιτικής συμπεριφοράς και να μεταμορφώσουν τους δρώντες, τη νοοτροπία και την ταυτότητά τους προωθώντας ή εμποδίζοντας την αλλαγή. Σύμφωνα με τον ορισμό των Hall και Taylor (1996:938) οι θεσμοί αποτελούν τυπικές και άτυπες διαδικασίες, ρουτίνες, νόρμες και συμβάσεις που βρίσκονται εμπεδωμένες στην οργανωτική δομή της πολιτείας ή της πολιτικής οικονομίας. Ο ευρύς ορισμός των θεσμών περιλαμβάνει τις τυπικές οργανώσεις, αλλά και τις άτυπες παραμέτρους με αποτέλεσμα να λαμβάνεται υπόψη η σημασία των ιδεών. Ο Pierson (2000) επισημαίνει ότι οι θεσμοί όταν εξελιχθούν, παγιώνονται και «κλειδώνουν» κι αυτός είναι ένας λόγος που θεωρούνται οι καλύτερες δυνατές επιλογές και δεν αλλάζουν εύκολα. Γίνεται σαφές ότι οι «εμπεδωμένοι» και «παγιωμένοι» θεσμοί χαρακτηρίζονται από αυξημένη σταθερότητα. Επιπλέον, το status quo ενισχύεται από την ελλιπή προοπτική εναλλακτικών θεσμών.

Στο πλαίσιο της θεσμικής προσέγγισης εντάσσεται η θεωρία του ιστορικού θεσμισμού (ή θεωρία εξάρτησης από την ιστορική πορεία) που είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη θεωρία στην έρευνα της πολιτικής της υγείας. Σύμφωνα με τον ιστορικό θεσμισμό όσο μεγαλύτερη πίεση ασκηθεί για την προσαρμογή των ευρωπαϊκών δεδομένων στην εγχώρια πραγματικότητα ενός κράτους μέλους τόσο πιο έντονη αντίσταση στην αλλαγή θα επιφέρει. Ο ιστορικός θεσμισμός τονίζει την ανάγκη ύπαρξης ενός σημαντικού γεγονότος, το οποίο θα αποτελέσει το έναυσμα για τη χάραξη καινούργιας πορείας και τέτοιο μπορεί να είναι μια σημαντική τεχνολογική ανακάλυψη, μια αλλαγή στα δημογραφικά δεδομένα, αλλαγές στην πολιτική σκηνή, εξωγενή στοιχεία (οικονομική ή στρατιωτική κρίση). Ο ιστορικός θεσμισμός προσφέρει αξιόλογες προτάσεις για τον τρόπο που δημιουργούνται εμπόδια και ευκαιρίες για μεταρρυθμίσεις (Beland,2005). Οι πολιτικές στον τομέα της υγείας παραμένουν επηρεασμένες από τις εθνικές πολιτικές, από την οικονομία, το ιστορικό παρελθόν, τις πολιτιστικές ιδιαιτερότητες και το πολιτικό περιβάλλον του κάθε συστήματος, ενώ η αγκίστρωση στην ιστορική πραγματικότητα εμποδίζει την

προώθηση και υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων. Με βάση τη θεωρία αυτή εξηγείται γιατί οι δραστικές και αποτελεσματικές μεταρρυθμίσεις της μεταπολίτευσης στον τομέα της υγείας δεν ευοδώθηκαν.

Ο Hall (1993) διακρίνει τρεις τύπους αλλαγής πολιτικής:

1. Αλλαγή του τρόπου σύνδεσης των εργαλείων, ενώ οι συνολικοί στόχοι και τα εργαλεία πολιτικής παραμένουν ίδια (αλλαγή πρώτου βαθμού)
2. Αλλαγή των εργαλείων και της μεταξύ τους σύνδεσης, αλλά οι στόχοι πολιτικής παραμένουν ίδιοι (αλλαγή δεύτερου βαθμού)
3. Αλλαγή του πλαισίου και των προδιαγραφών που καθορίζουν όχι μόνο τους στόχους πολιτικής και τα εργαλεία που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξή τους, αλλά και την ίδια τη φύση των προβλημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν (αλλαγή τρίτου βαθμού) (Hall,1993:279;Λαδής,2011:14,15).

Οι αλλαγές πρώτου και δεύτερου βαθμού χαρακτηρίζονται ως προσαυξητικές (incremental), ενώ η φύση της αλλαγής υποδείγματος δεν είναι προσαυξητική, άρα δεν είναι απαραίτητο ότι θα ακολουθήσει την αλλαγή πρώτου και δεύτερου βαθμού. Για την κατανόηση των προσαυξητικών αλλαγών είναι επαρκή τα εργαλεία του ιστορικού θεσμισμού, αλλά για την αλλαγή υποδείγματος θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν διαφορετικά μοντέλα. Ο Hall υποστηρίζει ότι η αλλαγή από ένα υπόδειγμα σε ένα άλλο δεν βασίζεται απλά στην αλλαγή απόψεων και αποφάσεων των «ειδικών», αλλά έχει βαθύτερη αιτιολόγηση καθώς αποτελεί μια κατά πολύ περισσότερο πολιτική πράξη. Η αλλαγή ως πολιτική διαδικασία βασίζεται στη δράση εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων, που μέσα από τις αλληλοσυγκρουόμενες απόψεις τους ενισχύουν μια κατεύθυνση αντί για μια άλλη. Επίσης, η αποτυχία ορισμένων δημόσιων πολιτικών έπειτα από πολιτικούς πειραματισμούς δίνει το έναυσμα για τη μετάβαση από ένα υπόδειγμα σε άλλο.

Αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο ο σχεδιασμός μεταρρυθμίσεων που προσπαθούν να προσαρμόσουν το προηγούμενο υπόδειγμα σε μια καινούργια κατάσταση, αλλά τέτοιες προσαρμογές συχνά δεν χαρακτηρίζονται από πνευματική και πολιτική συνοχή με αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν. Όπως αποδεικνύεται όμως και μέσα από την ιστορική πορεία του ελληνικού συστήματος υγείας, τέτοιοι πειραματισμοί και αποτυχίες πολιτικών είναι χρήσιμα εργαλεία στη διαδικασία αλλαγής υποδείγματος, καθώς μπορούν να λειτουργήσουν ως πυξίδες για την επιλογή της σωστής

κατεύθυνσης και την αποφυγή λαθών. Οι προϋποθέσεις για την επιτυχία των μεταρρυθμίσεων, που όμως παρουσιάζουν αδυναμίες στην Ελλάδα, είναι η ύπαρξη μιας πνευματικής και πολιτικής ηγεσίας που θα κατευθύνει την αλλαγή και η πνευματική και πολιτική συνοχή των μεταρρυθμίσεων (Λαδής,2011:16).

1.3 Συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι ένα κοινό εγχείρημα ελευθερίας, ανάπτυξης και προσαρμογής στις νέες παγκόσμιες συνθήκες για όλα τα κράτη μέλη της. Η προσπάθεια εναρμόνισης των νομοθεσιών και των αγορών των κρατών μελών στα ζητήματα υγείας και το εγχείρημα μιας σταδιακής σύγκλισης των επιμέρους εθνικών συστημάτων υγείας σηματοδοτείται από μια σειρά Συνθηκών, όπως η Συνθήκη της Ρώμης (ιδρυτική συνθήκη της ΕΟΚ), η Συνθήκη του Μάαστριχτ (1992), η Συνθήκη του Άμστερνταμ (1999) και η Συνθήκη της Νίκαιας (2000). Οι ευρωπαϊκές Συνθήκες αποτελούν κεφαλαιώδες στοιχείο για την κατανόηση της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, αφού παρέχουν το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα η ενοποίηση. Οι εξελίξεις των τελευταίων ετών και οι ανάγκες που γεννήθηκαν για ενίσχυση των χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων υγείας καθιστούν σαφή την ανάδειξη της δημόσιας υγείας σε βασική προτεραιότητα της ΕΕ. Δεδομένων των δημογραφικών, κοινωνικών, οικονομικών αλλαγών και προκλήσεων και της ανάγκης για επίτευξη κοινωνικής συνοχής, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποφάσισε τη βελτίωση της κοινωνικής προστασίας στην ΕΕ. Προσβλέποντας στη βελτίωση των συστημάτων υγείας, ώστε αυτά να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες του πληθυσμού, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο συστήνει στα κράτη μέλη (αριθμός σύστασης 92/442):

- Να αναπτύξουν υψηλής ποιότητας συστήματα φροντίδας υγείας που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού
- Να εξασφαλίσουν σε όλους όσους διαμένουν νόμιμα στην επικράτειά τους πρόσβαση στις αναγκαίες προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, με προϋποθέσεις που θα θέσουν τα ίδια τα κράτη
- Να παράσχουν συνταξιοδοτική προστασία στα άτομα που αναγκάστηκαν να διακόψουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα λόγω ασθένειας

- Να διαμορφώσουν προγράμματα αποκατάστασης για την επανάκτηση της φυσικής ικανότητας έπειτα από σοβαρές ασθένειες και ατυχήματα (Οικονόμου, 2004)

Υπάρχει μια αντίφαση στο γεγονός ότι ενώ περιγράφονται ως πρωταρχικοί στόχοι της ΕΕ για την υγεία η υψηλή προστασία της δημόσιας υγείας, η πρόληψη, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα στις υπηρεσίες, δεν έχει καθοριστεί ακόμη το πλαίσιο των διατάξεων για τη διασφάλιση του επιδιωκόμενου αποτελέσματος. Ωστόσο και στα θέματα δημόσιας υγείας επιδιώκεται και προωθείται με ταχύ ρυθμό η σύγκλιση, οδηγώντας σε έμμεση αλλά σταθερά εξελισσόμενη σύγκλιση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών. Συγκεκριμένα, η ιδρυτική Συνθήκη της Ρώμης συμπεριέλαβε στις διαδικασίες εναρμόνισης των κρατών μελών την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αξιόλογο τμήμα της αγοράς των φαρμάκων και την κοινωνική ασφάλιση. Επιπλέον, υπάρχουν εκατοντάδες επίσημες αποφάσεις (το 1/3 έχει εκδοθεί από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο) για ζητήματα σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας στα κράτη μέλη.

Η Συνθήκη της Νίκαιας το 2000, με την υιοθέτηση του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, περιέλαβε την προστασία της υγείας ως μία από τις βασικές συνιστώσες της αλληλεγγύης, η οποία αποτελεί ένα από τα έξι θεμελιώδη δικαιώματα. Ειδικότερα, στη Συνθήκη αναφέρεται το καθολικό δικαίωμα της ίσης πρόσβασης στην πρόληψη και στην ιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις των εθνικών νομοθεσιών και πρακτικών. Με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ παραχωρείται για πρώτη φορά στην Κοινότητα νομική αρμοδιότητα στον τομέα της υγείας. Στο άρθρο 3 της Συνθήκης, η ΕΕ καλείται να συμβάλλει στην επίτευξη υψηλού επιπέδου δημόσιας υγείας, ενώ στο άρθρο 129 (το οποίο στη συνέχεια τροποποιήθηκε από το άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ) τίθεται το πλαίσιο εξασφάλισης αυτού του στόχου με ανάπτυξη σχετικών προγραμμάτων δράσης (Τούντας,2001).

Το 2001 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στο συμβούλιο του Γκέτεμποργκ θέτει το ζήτημα για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους, θεμελιώνοντας έτσι την εφαρμογή της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού στη διαμόρφωση της κοινοτικής πολιτικής υγείας. Επιπλέον, με αυτό τον τρόπο η Επιτροπή τονίζει την ανάγκη για στενότερη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών.

Οι διαφορές στα συστήματα υγείας των κρατών μελών στρέφουν την ΕΕ στην εφαρμογή της ανοικτής μεθόδου συντονισμού (ΑΜΣ) προκειμένου να συντονίσει τις δράσεις των κρατών μελών για την αντιμετώπιση κοινών προβλημάτων στον χώρο της υγείας. Αυτό η ΑΜΣ το πετυχαίνει με την υιοθέτηση κοινών προσεγγίσεων για τα κοινά προβλήματα και προωθώντας βέλτιστες πρακτικές με σεβασμό στις εθνικές ιδιαιτερότητες. Οι εργασίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου το 2001 στο Γκέτενμποργκ είχαν ως αποτέλεσμα μία έκθεση, στην οποία διατυπώνονταν οι εξής στόχοι (Υφαντόπουλος,2003):

- η διασφάλιση της πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας
- η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας
- η οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Έτσι δημιουργήθηκε το τρίπτυχο των στόχων: ισότητα – ποιότητα -αποδοτικότητα. Η συνεργασία των τριών αυτών αρχών σημαίνει την αλλαγή της πολιτικής στον τομέα της υγείας. Η οργάνωση και η διοίκηση των συστημάτων υγείας παραμένει στην αποκλειστική δικαιοδοσία των εθνικών κυβερνήσεων λόγω της αρχής της επικουρικότητας και αυτή είναι η αιτία για την εξαίρεση της εναρμόνισης των συστημάτων υγείας από την συντελούμενη εναρμόνιση των αγορών της ΕΕ. Σύμφωνα με τον Μινογιάννη Π. στο βιβλίο του « European Integration and Health Policy» (2003), οι Leibfried και Pierson εξέτασαν την επιρροή της ΕΕ στην κοινωνική πολιτική και υποστήριξαν ότι υπάρχει στενή εξάρτηση των εθνικών κοινωνικών πολιτικών από την ΕΕ. Ο Pierson τονίζει ότι ο χαρακτήρας της κοινωνικής πολιτικής επηρεάζεται ολοένα και περισσότερο και συγκεκριμένα περιορίζεται από εξελίξεις που εκπορεύονται «από πάνω» (εννοώντας την ΕΕ). Είναι γεγονός πως ορισμένοι τομείς της πολιτικής επηρεάζονται περισσότερο από τις αποφάσεις των Βρυξελλών, ενώ άλλοι επηρεάζονται πιο πολύ από τις αποφάσεις που λαμβάνονται σε επίπεδο κυβερνήσεων των κρατών μελών. Ωστόσο, δεν υπάρχει πολιτική που να περιορίζεται αποκλειστικά σε ένα μόνο επίπεδο και αυτό ισχύει και για τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Είναι ευρέως γνωστό ότι η ΕΕ δεν διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην προάσπιση της υγειονομικής φροντίδας σε εθνικό επίπεδο (Μινογιάννης,2003). Το δικαίωμα πρόσβασης στη φροντίδα υγείας κατοχυρώνεται με τους νόμους 1408/71 και 574/72. Πρόκειται για νόμους εξαιρετικά

περίπλοκους, διότι πρέπει να προσαρμοστούν στα ποικίλα συστήματα υγείας των κρατών μελών της ΕΕ.

Η υγεία, ως βασική συνιστώσα της κοινωνικής πολιτικής, δεν αποτέλεσε ουσιαστικό στοιχείο της πορείας της ΕΕ προς την οικονομική ολοκλήρωση και εναρμόνιση και διέφυγε του απόλυτου ελέγχου της ΕΕ και αυτή ήταν η αίτια που δεν διαμορφώθηκε ένα «Κοινοτικό Σύστημα Υγείας». Επίσης η διατήρηση των διαφορών μεταξύ των κρατών μελών ως προς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τους δείκτες κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας καθώς και την ιστορική τους εξέλιξη δεν ήταν ευνοϊκή για τη διαμόρφωση ενός Κοινοτικού Συστήματος Υγείας. Η ίδρυση και η λειτουργία της ΕΕ ακολούθησε την κατεύθυνση της «ανοικτής προσέγγισης», σύμφωνα με την οποία η κοινή δράση των χωρών της Δυτικής Ευρώπης για την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση θα έπρεπε να αναπτυχθεί σταδιακά δίνοντας προτεραιότητα σε τομείς όπου υπήρχαν προϋποθέσεις επιτυχίας. Γι' αυτό το λόγο ο τομέας της οικονομίας αποτέλεσε πρωταρχικό στόχο, ενώ η κοινωνική διάσταση της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης τέθηκε σε δεύτερη μοίρα. Το ζήτημα της σύγκλισης και εναρμόνισης των συστημάτων υγείας στην ΕΕ συγκέντρωσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απειλούνται τα εθνικά δικαιώματα ή τα επενδυμένα συμφέροντα. Αντίθετα, αποτελεί μια πρόκληση για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη, διότι η διαμόρφωση ευρωπαϊκών προδιαγραφών και στόχων για τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ενισχύσει την προστασία της υγείας των ευρωπαϊκών λαών και ταυτόχρονα να δώσει ώθηση στην προσπάθεια για την οικονομική και πολιτικοκοινωνική ολοκλήρωση της ΕΕ. Η παγκοσμιοποίηση και ο διεθνής ανταγωνισμός επιβάλλουν την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, εκτός των άλλων βασικών συνιστωσών του κοινωνικού μοντέλου (καθολικότητα, ισότητα, αλληλεγγύη). Συνεπώς, εμφανίζεται επιτακτική η ανάγκη να αναδιοργανωθούν τα συστήματα υγείας και να λειτουργήσουν κατά τρόπο που να πληρούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα κριτήρια της ισότητας, της αποτελεσματικότητας αλλά και της αποδοτικότητας (Τούντας,2001).

Η υγεία παραμένει αρμοδιότητα των κρατών μελών και η δράση της ΕΕ μπορεί μόνο να συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές για την υγεία, αλλά δεν τις υποκαθιστά. Σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας η ΕΕ παρεμβαίνει μόνο στο βαθμό που οι

στόχοι της προβλεπόμενης δράσης δεν μπορούν να επιτευχθούν επαρκώς από τα κράτη μέλη. Το πεδίο της οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ανήκει στα κράτη μέλη και παρέμεινε εκτός Κοινοτικής αρμοδιότητας, καθώς σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας οι εθνικές πολιτικές καθορίζουν αποκλειστικά τη λειτουργία των συστημάτων υγείας (Οικονόμου,2013).

Η ΕΕ φαίνεται να δραστηριοποιείται κυρίως σε ζητήματα υγιεινής και ασφάλειας σε εργασιακούς χώρους (ως αποτέλεσμα των πρωταρχικών οικονομικών δραστηριοτήτων της Κοινότητας) και στον χώρο των τροφίμων, στην ελεύθερη διακίνηση φαρμάκων και βιοϊατρικής τεχνολογίας, σε θέματα προστασίας του καταναλωτή και σε τομείς που σχετίζονται με το περιβάλλον και την προστασία του (ενεργειακές πηγές, ιοντίζουσες ακτινοβολίες, απόβλητα, περιβαλλοντικές αλλαγές) (Οικονόμου,2004:182). Βέβαια, η υγειονομική πολιτική των κρατών μελών επηρεάζεται από τις Συνθήκες, τις αποφάσεις, τα νομικά κείμενα και τα κείμενα διακηρυκτικού χαρακτήρα της ΕΕ. Με την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη το 1986 καθίσταται δυνατή η εφαρμογή των ευρωπαϊκών νομοθετικών ρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, όπως και σε ζητήματα υγείας που αφορούν στη δημιουργία της ΕΕ. Το πρόγραμμα «Η Ευρώπη ενάντια στον καρκίνο» (1987) ήταν το πρώτο ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης που στόχευε στη βελτίωση της δημόσιας υγείας στην Κοινότητα.

Η Συνθήκη της Λισσαβόνας (σε ισχύ από το 2009) προβλέπει ότι «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου», τονίζοντας έτσι το σημαντικό ρόλο της πολιτικής στον τομέα της υγείας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση οφείλει να παρέχει στήριξη στα κράτη μέλη και να ενθαρρύνει τη συνεργασία τους για την επίτευξη αυτού του στόχου. Η προστασία της δημόσιας υγείας και ειδικότερα τα ίδια τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να αποτελούν πρωτίστως ευθύνη των κρατών μελών. Είναι επίσης σημαντικός ο ρόλος της ΕΕ όσον αφορά τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη και τη διαχείριση των ασθενειών, την εναρμόνιση των στρατηγικών των κρατών μελών στον τομέα της υγείας και την αντιμετώπιση των απειλών για την ανθρώπινη υγεία. Το άρθρο 35 της Διακήρυξης του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρεται στην αναγνώριση του δικαιώματος πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας που αφορούν την πρόληψη ασθενειών και στην κατάλληλη ιατροφαρμακευτική

περίθαλψη, στα πλαίσια των θεμελιωδών δικαιωμάτων που συνάδουν με την κοινωνική αλληλεγγύη.

Η πολιτική υγείας και γενικότερα η κοινωνική πολιτική σε ευρωπαϊκό επίπεδο δεν έχει συγκροτημένο πλαίσιο στρατηγικής. Αντίθετα, η ευρωπαϊκή νομοθεσία για τον τομέα της υγείας χαρακτηρίζεται ως προβληματική, αφού οι νόμοι που άπτονται θεμάτων υγείας και υγειονομικής περίθαλψης εμφανίζονται ως απότοκα πολιτικών που αναπτύσσονται σε άλλους τομείς (Mossialos, et al,2001). Πιθανή αιτία για τη δυστοκία της ΕΕ να αναπτύξει μια συνεκτική πολιτική υγείας είναι ενδεχομένως η εμπλοκή διαφορετικών θεσμικών οργάνων και ομάδων, που αναλαμβάνουν διαφορετικό εύρος αρμοδιοτήτων και διαφορετικές ευθύνες μέσα σε ένα σύστημα λήψης αποφάσεων που έχει χαρακτηριστεί ως λαβύρινθος. Αυτός ο καταμερισμός εξουσίας και αρμοδιοτήτων όπου ο κάθε εμπλεκόμενος προσπαθεί να κατοχυρώσει ένα τμήμα των επιδιώξεών του, δημιουργεί ένα πλέγμα πολυεπίπεδων συμβιβασμών μέσα στο οποίο προσδιορίζεται η πολιτική υγείας.

1.4 Ευρωπαϊκά προγράμματα δράσης για την υγεία

Η ΕΕ ανέπτυξε με επιτυχία ένα πρόγραμμα δράσης για την περίοδο 2007-2013, τη στρατηγική «Μαζί για την υγεία» και μια δέσμη κανόνων παράγωγου δικαίου. Η υλοποίηση αυτής της πολιτικής υποστηρίχθηκε από ένα θεσμικό πλαίσιο που περιλαμβάνει τη Γενική Διεύθυνση Υγείας και Καταναλωτών της Επιτροπής (DG SANCO) καθώς και ειδικευμένους οργανισμούς, όπως είναι το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA). Στη συνέχεια εγκρίθηκε το τρίτο πολυετές πρόγραμμα στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα «Υγεία για την Ανάπτυξη» ανταποκρίνεται στην ανάγκη ενίσχυσης των προσπαθειών που καταβάλλουν τα κράτη μέλη για τη βελτίωση της υγείας των πολιτών και την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας τους, σε εναρμόνιση με την ευρύτερη στρατηγική «Ευρώπη 2020». Η «Ευρώπη 2020» έχει σκοπό να μετατρέψει την ΕΕ σε μια έξυπνη και βιώσιμη οικονομία χωρίς αποκλεισμούς, η οποία θα προάγει την ανάπτυξη για όλους. Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό είναι η καλή υγεία του πληθυσμού.

Το πρόγραμμα «Υγεία για την Ανάπτυξη» έχει τέσσερις βασικούς στόχους:

1. Προαγωγή της υγείας, πρόληψη των νόσων και διαμόρφωση συνθηκών κατάλληλων για υγιεινούς τρόπους διαβίωσης, με βάση την αρχή «η υγεία σε όλες τις πολιτικές»
2. Προστασία των πολιτών της Ένωσης από σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας.
3. Υποστήριξη για τη δημιουργία καινοτόμων, αποδοτικών και βιώσιμων συστημάτων υγείας.
4. Διευκόλυνση της πρόσβασης των ευρωπαϊών πολιτών σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη.

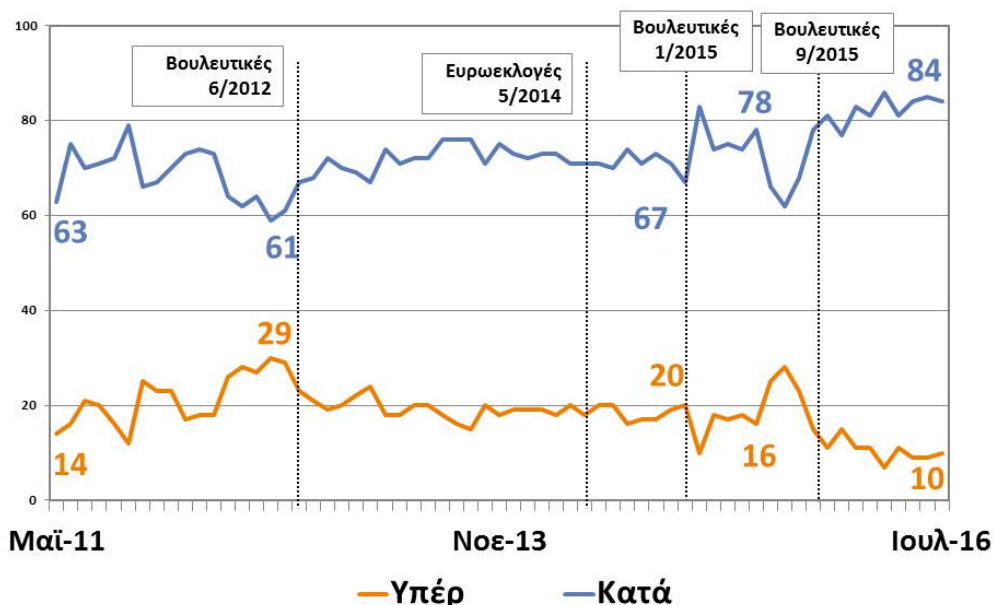
Το τρίτο πρόγραμμα της ΕΕ για την υγεία είναι το βασικό εργαλείο που χρησιμοποιεί η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την υλοποίηση της στρατηγικής για την υγεία. Ο σχεδιασμός του προγράμματος βασίζεται σε ετήσια σχέδια εργασίας, που καθορίζουν τους τομείς προτεραιότητας και τα κριτήρια χρηματοδότησης δράσεων στο πλαίσιο του προγράμματος. Ο συνολικός προϋπολογισμός του προγράμματος ανέρχεται στα 449,4 εκατ. ευρώ. Το πρόγραμμα καταρτίζεται σε στενή συνεργασία με τα κράτη μέλη και εγκρίνεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

1.5 Ευρωσκεπτικισμός

Όπως επισημαίνει το Eurofound (2013:5,6) από το 2009 και μετά αυξάνεται το ποσοστό των Ευρωπαίων που δεν εμπιστεύονται ούτε την ΕΕ ούτε και τις εγχώριες κυβερνήσεις με τα εγχώρια κοινοβούλια. Ακόμη και σε χώρες όπου οι πολίτες έδειχναν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ΕΕ, παρατηρείται αύξηση του ευρωσκεπτικισμού, που αποκτά μεγαλύτερη δυναμική από την κρίση απονομιμοποίησης των εγχώριων πολιτικών θεσμών, ώστε διαρκώς να μειώνεται η διαφορά ανάμεσα στα ποσοστά των πολιτών που εμπιστεύονται την ΕΕ και στα αντίστοιχα ποσοστά των πολιτών που εμπιστεύονται τις εγχώριες πολιτικές δυνάμεις (Eurofound,2013:5). Σύμφωνα με το Eurofound η δημοτικότητα της ΕΕ σε μια χώρα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η οικονομική κατάσταση της χώρας και το ποσοστό του πληθυσμού που δραστηριοποιείται εθελοντικά. Επίσης, επισημαίνεται ότι χώρες με εύρωστη οικονομία και μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που ασχολείται με τον εθελοντισμό για κάποιο σκοπό, έχουν θετική εικόνα για την ΕΕ σε αντίθεση με χώρες που δεν έχουν τέτοιου είδους χαρακτηριστικά

(Eurofound,2013:11-13). Αν και όχι στο βαθμό που συμβαίνει στην Ελλάδα και με εθνικές διαφοροποιήσεις σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, αυξάνεται η δυσπιστία των ευρωπαίων πολιτών έναντι της ΕΕ και κυρίως εκείνων που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (άνεργοι, άποροι, άτομα που απειλούνται με επισφαλή εργασία).

Κοινωνικές στάσεις απέναντι στο μνημόνιο: υπέρ, ή κατά; Μάιος 2011- Ιούλιος 2016



Πηγή: Public Issue, Πολιτικό Βαρόμετρο, 2014-2016

Διάγραμμα 1.1: Κοινωνικές στάσεις στην Ελλάδα απέναντι στο μνημόνιο

Πίνακας 1.1: Κοινωνικοί δείκτες πριν και μετά την κρίση (Ελλάδα, ΕΕ, ΟΟΣΑ)

Scoreboard: selected social indicators

(Click on indicators for full data and **Latest year** information) **Pre-crisis**

	Greece	EU	OECD
Greece			
EU			
OECD			
Annual disposable household income in national currency, latest year prices			
Average	15 700
Bottom	4 100

10%						
in USD, latest year PPPs and prices						
Average	20 100	22 900	23 100	17 800	22 900	23 100
Bottom	5 300	7 900	7 300	4 100	7 700	7 100
10%						
Total	1.51	1.63	1.75	1.42	1.59	1.70
Fertility rate						
Unemployment rate	8.5	6.6	5.9	27.9	11.1	9.1
(%)						
Youth neither in employment, education nor training, NEET rate	17.7	10.7	11.5	27.4	12.7	12.6
(%)						
Income inequality:						
Gini coefficient	0.330	0.288	0.313	0.337	0.291	0.313
Gap between richest and poorest	9.5	6.9	9.2	10.8	7.4	9.5
10%						
Relative poverty	13.9	9.2	11.2	14.3	9.4	11.3
(%)						
Share of people	8.9	9.5	11.2	17.9	11.5	13.2

reporting not enough money to buy food (%)	21.9	22.5	19.6	23.1	25.1	21.9
Public social spending (% GDP)	2.8	12.5	12.5	3.1	12.2	12.4
Suicide rates, per 100 000 population	3 000	3 100	3 100	2 400	3 200	3 300
Health expenditur e per capita (latest year USD PPPs)	41	50	49	14	41	43
Confidenc e in national governmen t (%)	36	65	63	14	43	46
Confidenc e in financial institutions (%)						

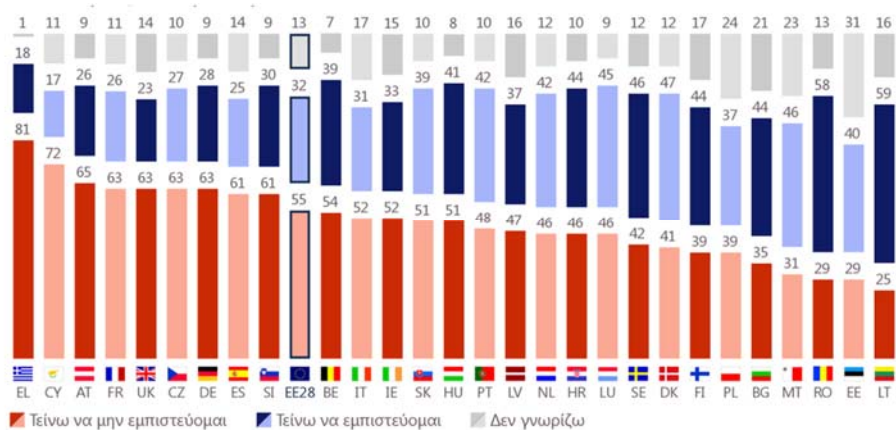
Unweighted average of the 21 EU and 34 OECD countries.

Στον παραπάνω πίνακα καταγράφηκαν ορισμένοι δείκτες πριν και μετά την κρίση. Όπως προκύπτει, η εμπιστοσύνη των πολιτών στις εθνικές κυβερνήσεις σημείωσε

μείωση μετά την κρίση και συγκεκριμένα στην Ελλάδα από 41% μειώθηκε σε 14%. Επίσης φαίνεται ότι η ανεργία στην Ελλάδα αυξήθηκε από 8,5% σε 27,9%, όπως και στις χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ αλλά σε μικρότερο βαθμό, ενώ η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας μειώθηκε από 3000 σε 2400 δολάρια. Αντίθετα οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν από 2,8% σε 3,1% ανά 100.000 κατοίκους. Αύξηση παρουσίασε επίσης η σχετική φτώχεια και ιδιαίτερα η οικονομική αδυναμία για αγορά τροφής (σχεδόν διπλασιάστηκε από 8,9% σε 17,9%).

Στην Ελλάδα οι υπερασπιστές της Ευρωπαϊκής ενοποίησης έχουν απέναντί τους έναν λαό που οργίστηκε με την ΕΕ όταν είδε το βιοτικό του επίπεδο να πέφτει απότομα, τους τρόπους ζωής του να ανατρέπονται και την ανεργία να αυξάνεται δραματικά. Επιπλέον, το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού δεν έχει καταλάβει τί συνέβη και πώς βρέθηκε σε αυτή τη δεινή κατάσταση και συνεπώς ποιές αλλαγές χρειάζονται. Ως επακόλουθο, η επιβολή των μνημονίων έγινε αντιληπτή ως μια ταπεινωτική διαδικασία, που τους στέρησε το δικαίωμα του αυτοκαθορισμού. Η δυσπιστία ως προς την αποτελεσματικότητα της ΕΕ ενισχύεται περαιτέρω από μια πληθώρα επίμαχων ζητημάτων, όπως είναι η διεύρυνση της ΕΕ και τα ιδιαίτερα προβλήματα δημόσιας υγείας που αντιμετωπίζουν πολλά από τα νέα κράτη, η απουσία υποδομών και μηχανισμών για τη μέτρηση και την αξιολόγηση των επιπτώσεων στην υγεία από όλες τις ασκούμενες πολιτικές και δράσεις της ΕΕ, η ανεπαρκής χρηματοδότηση των προγραμμάτων υγείας και η ανάγκη περισσότερων πόρων, η έλλειψη διαφάνειας και κατανόησης των ευρωπαϊκών πολιτικών υγείας από τον μέσο ευρωπαϊκό πολίτη και το αμφιλεγόμενο θέμα της εναρμόνισης των συστημάτων υγείας των κρατών μελών. Η αιτία της γενικευμένης απογοήτευσης των λαών δεν είναι το ευρωπαϊκό εγχείρημα, αλλά οι πολιτικές σκληρής λιτότητας.

Στο 84^ο Ευρωβαρόμετρο καταγράφηκε ότι οι Έλληνες εμπιστεύονται την ΕΕ λιγότερο από όλα τα άλλα κράτη μέλη, με βάση μια έρευνα που διενεργήθηκε τον Νοέμβριο του 2015 σε δείγμα 1002 ατόμων. Όπως έδειξε η έκθεση του Ευρωβαρόμετρου, η ευρωσκεπτικιστική τάση ενισχύθηκε κατά 4 μονάδες από την αντίστοιχη έρευνα του 2014, ενώ το 81% που παρουσιάζει η Ελλάδα βρίσκεται 26 μονάδες υψηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Διανέοσις,2016).



Διάγραμμα 1.2: Εμπιστοσύνη των κρατών μελών στην ΕΕ

Στις χώρες της κρίσης, η συσχέτιση της οικονομικής δυσχέρειας με την απώλεια εμπιστοσύνης προς την κυβέρνηση, την ΕΕ και τους θεσμούς επιβεβαιώνεται πλήρως. Η εμπιστοσύνη προς τους δημόσιους θεσμούς δεν αποκαθίσταται μόνο μέσα από διοικητικές-διαχειριστικές οδούς, αλλά απαιτεί πολιτικές που θα διασφαλίζουν την κοινωνική συναίνεση και αποδοχή των μεταρρυθμίσεων (Van de Walle & Bouckaert, 2003). Η έντονη δυσπιστία των Ελλήνων εκφράζει την έντονη δυσαρέσκειά τους προς τη δραματική κατάσταση στην οποία περιήλθαν λόγω της κρίσης και των αυστηρών μέτρων λιτότητας που έχουν επιβληθεί στην Ελλάδα. Το υπόβαθρο αυτής της κοινωνικής δυσαρέσκειας αναδεικνύεται στα κεφάλαια που ακολουθούν, ενώ στο τέλος γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης προτάσεων, που ενδεχομένως μπορούν να αντιστρέψουν το αρνητικό κλίμα.

1.6 Εξευρωπαϊσμός του Νότου

Στην Ελλάδα η δημοκρατία της μεταπολίτευσης εμπεδώθηκε στη συλλογική συνείδηση συνυφασμένη με την κοινωνική άνοδο και τη διαρκή βελτίωση του βιοτικού επιπέδου. Στην ευημερία που βίωσε η χώρα τις προηγούμενες δεκαετίες απωθήθηκαν τα χρόνια ελλείμματα, τα οποία έρχονται τώρα στο προσκήνιο με δραματικό τρόπο. Η έννοια του εξευρωπαϊσμού γίνεται συχνά κατανοητή ως μια διαδικασία εκσυγχρονισμού. Η ένταξη όμως της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) δεν συνδέθηκε με τον αναμενόμενο εξευρωπαϊσμό της χώρας. Είναι γεγονός ότι η ελληνική οικονομία συνεργάστηκε σε μεγάλο βαθμό με τις άλλες ευρωπαϊκές

οικονομίες μέσω εμπορικών συναλλαγών, ποικίλων συγχωνεύσεων και εξαγορών των ελληνικών επιχειρήσεων από ομοειδείς ευρωπαϊκές και της κίνησης των συντελεστών της παραγωγής (περισσότερο του κεφαλαίου και λιγότερο της εργασίας). Αποτελεί ωστόσο κοινό τόπο ότι ο εξευρωπαϊσμός των θεσμών και των δημόσιων πολιτικών στη χώρα μας μετά από τριάντα χρόνια συμμετοχής στην ΕΕ ήταν ατελής και επιφανειακός. Στο παρελθόν, οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στον τομέα της υγείας της Ελλάδας απέτυχαν λόγω καθήλωσης της υγείας στο «Νοτιο-ευρωπαϊκό» μοντέλο που χαρακτηρίζεται από πελατειακές σχέσεις, υπερπροστασία έναντι του κινδύνου του γήρατος, έλλειψη πολιτικής συναίνεσης, διοικητικές αδυναμίες, προνομιακά συμφέροντα και κλαδική πολυδιάσπαση.

Η έννοια του εξευρωπαϊσμού είναι μια διαδικασία προσαρμογής των θεσμών, των δημόσιων πολιτικών και συμπεριφορών μιας χώρας στα δεδομένα της ΕΕ. Η σύνθεση όμως της ΕΕ από πολλές χώρες με διαφορετικούς θεσμούς, πολιτικές και συμπεριφορές γεννάει το ερώτημα εάν μπορεί να υπάρξει εξευρωπαϊσμός, δηλαδή προσαρμογή προς ένα και μοναδικό πρότυπο. Για την επίλυση αυτού του προβλήματος, οι ιδρυτικές χώρες της ΕΕ έχουν δημιουργήσει ένα κοινό ευρωπαϊκό πρότυπο ως προς τον τρόπο λειτουργίας των θεσμών, το περιεχόμενο και τον τρόπο άσκησης των δημόσιων πολιτικών και ως προς την εκδήλωση των κοινωνικών συμπεριφορών. Συνεπώς, όλα τα ευρωπαϊκά κράτη-μέλη προσαρμόζονται σε αυτό το κοινό ευρωπαϊκό πρότυπο μέσα στα πλαίσια της ΕΕ. Το συγκεκριμένο ευρωπαϊκό πρότυπο διέπεται από φιλελεύθερες ιδέες και χαρακτηρίζεται από αυστηρό ορθολογισμό, υπευθυνότητα, σεβασμό στους κανόνες και στις δημοκρατικές διαδικασίες σε εντονότερο βαθμό από ό, τι συμβαίνει στις ευρωπαϊκές χώρες της περιφέρειας και ειδικότερα στην Ελλάδα. Η αντίθεση της ελληνικής πραγματικότητας προς τα χαρακτηριστικά του ευρωπαϊκού προτύπου έγινε περισσότερο έκδηλη στον τρόπο που εμφανίστηκε η οικονομική κρίση στην Ελλάδα (Μαραβέγιας,2011). Η Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση αποβλέπει τόσο στην εξομοίωση της διακρατικής με την ενδοκρατική τάξη πραγμάτων όσο και στην επίτευξη ομοιομορφίας σε περιφερειακό επίπεδο. Αυτό που χαρακτηρίζει το «δόγμα» της ευρωπαϊκής ιδέας είναι το γεγονός ότι στηρίζεται σε εθελούσια διαδικασία εξομοίωσης και όχι σε τακτικές ηγεμονικής ολοκλήρωσης.

Στην Ελλάδα, όπως και στις άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης, οι μεταρρυθμίσεις είναι απαραίτητες εξαιτίας των παραγόντων που δρουν αποσταθεροποιητικά για το

κοινωνικό κράτος. Το κοινωνικό κράτος είναι συνυφασμένο με τις κρατικές πολιτικές υγείας και συνακόλουθα με τους ρυθμούς ανάπτυξης των υγειονομικών δαπανών. Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, τα μεταναστευτικά ρεύματα, οι μεταβολές στην απασχόληση και η αυξανόμενη ανεργία, το ανταγωνιστικό περιβάλλον, η μεταβολή του επιδημιολογικού φάσματος από χρόνιες λοιμώξεις σε νεοπλάσματα και καρδιαγγειακές παθήσεις, η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας συνιστούν παράγοντες που αυξάνουν τις δαπάνες υγείας και συναρτώνται με κινδύνους που απειλούν τη σταθερότητα του κοινωνικού κράτους και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, στις χώρες του Νότου εξίσου αναγκαίος είναι και ο εξορθολογισμός του συστήματος κοινωνικής προστασίας μέσα από την αντιμετώπιση εδραιωμένων πρακτικών που αναπαράγουν την πόλωση, τον κατακερματισμό και τις μεγάλες ανισότητες ως προς τις παροχές και τους κανόνες της κοινωνικής ασφάλισης.

Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους θα πρέπει να συμβάλλει στην επέκταση των παροχών σε ένα πλήθος κοινωνικών ομάδων που στερούνται κοινωνικής προστασίας, όπως είναι οι απασχολούμενοι σε αδύναμους τομείς και κυρίως στην άτυπη οικονομία, οι ηλικιωμένοι που δεν διασφαλίζουν δικαίωμα σύνταξης, οι μόνες μητέρες, οι νέοι που δεν διαθέτουν τα κατάλληλα προσόντα και εργασιακή εμπειρία κλπ (Πετμεζίδου,2003). Στην επέκταση της κοινωνικής προστασίας συμπεριλαμβάνεται επίσης η διασφάλιση της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας. Οι πολιτικές σκληρής λιτότητας που επέβαλαν τα μνημόνια οδήγησαν σε διάβρωση της μεσαίας τάξης, υπονόμευση του κράτους πρόνοιας, διόγκωση των κοινωνικών ανισοτήτων και σε ανθρωπιστική κρίση. Για τη διασφάλιση της ευρωπαϊκής συνοχής είναι αναγκαία προϋπόθεση η Ευρώπη να υπερασπιστεί το Ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο και να αναστρέψει τις πολιτικές λιτότητας.

Τα πραγματικά υποκείμενα του ευρωπαϊκού γίνεσθαι είναι τα κράτη μέλη μαζί με τους λαούς τους. Οι ευρωπαϊκοί λαοί έχουν τον κυρίαρχο ρόλο στη διαδικασία εγκαθίδρυσης των νέων ευρωπαϊκών θεσμών αλλά και στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων που τους αφορούν, παρόλο που οι κυβερνήσεις έχουν την πρωτοβουλία των κινήσεων και τον έλεγχο της πορείας της πολιτικής συνένωσης των χωρών της Ευρώπης. Ο P. Magnette υποστηρίζει ότι οι λαοί της Ευρώπης συμμετέχουν στη διαδικασία της πολιτικής ενοποίησης των χωρών της Ευρώπης, έτσι όπως υπάρχουν και είναι συνταγματικά οργανωμένοι στα κράτη τους, ως ενότητες πολιτικές και

πολιτικά υποκείμενα, κάνοντας χρήση της λαϊκής κυριαρχίας όπως τους δίνεται από τα εθνικά συντάγματα και από την άσκηση της οποίας αντλούν την πολιτική τους ταυτότητα, την υπόσταση και τη νομιμοποίηση της συμμετοχής τους στη διαδικασία της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Το εγχείρημα της ολοκλήρωσης του ευρωπαϊκού οικοδομήματος θα έχει επιτυχή έκβαση αν η ΕΕ διαφυλάξει τον χαρακτήρα κάθε μειονότητας, κάθε περιφέρειας και κράτους, με γνώμονα την κοινοτική αλληλεγγύη, ώστε να συνθέσει αρμονικά αυτές τις ετερόκλητες οντότητες που είναι τα κράτη, οι οικονομικές περιφέρειες και οι πολιτικές παραδόσεις.

1.7 Ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία

Η ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία είχε πάντα δύο όψεις. Η μία όψη είναι η πιο γνωστή: η υποστήριξη της για τη συλλογή πληροφοριών-δεδομένων υγείας, τα δίκτυα, τις υπηρεσίες και την έρευνα, που προωθούν στόχους για την ανάπτυξη πρακτικών και την επίτευξη στόχων στο πεδίο της υγείας, όπως η αντιμετώπιση του καρκίνου και ο έλεγχος μεταδοτικών ασθενειών. Ο αντίκτυπος της πρώτης όψης ήταν εντυπωσιακός κυρίως επειδή ο προϋπολογισμός ήταν μικρός. Η δεύτερη όψη είναι η πιο σημαντική: ο έλεγχος για τήρηση της νομοθεσίας που αφορά στην εσωτερική αγορά της ΕΕ και η ρύθμιση των υπηρεσιών υγείας προκειμένου να εξασφαλιστεί μια ολοκληρωμένη ευρωπαϊκή αγορά καθώς και η ελεύθερη κυκλοφορία εμπορευμάτων, υπηρεσιών, κεφαλαίων και ανθρώπων. Σ' αυτό το πλαίσιο χαρακτήρισε η ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία, που όμως τελικά είχε περιορισμένες επιδράσεις στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των κρατών μελών.

Επιπροσθέτως, από το 2010 η ανταπόκριση στην οικονομική κρίση έδωσε στην ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία και μια τρίτη συνιστώσα: ένα νέο αυστηρό μοντέλο δημοσιονομικής διακυβέρνησης, στο οποίο οι πολιτικές και οι προϋπολογισμοί των κρατών-μελών θα είναι υπό συνεχή επανεξέταση, ενώ οι χώρες με ακραία προβλήματα θα αντιμετωπίσουν περίτεχνους όρους δανεισμού που θα επηρεάσουν τα συστήματα υγείας σε κάθε έκφασή τους. Η αξιοπιστία και η σοφία αυτών των νέων ευρωπαϊκών πολιτικών δεν είναι αδιαμφισβήτητες, όμως τα κράτη μέλη είναι δεσμευμένα εξ αρχής στην εποπτεία της ΕΕ όσον αφορά τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τις προτεραιότητές τους για τη διασφάλιση της δημοσιονομικής αυστηρότητας.

Τα κράτη μέλη της ΕΕ έχουν δηλώσει ρητά ότι η οργάνωση και η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών παραμένει ζήτημα εθνικής αρμοδιότητας. Ωστόσο, πολλά επιμέρους στοιχεία της υγειονομικής φροντίδας ρυθμίζονται από τους κανόνες της αγοράς. Οι κυβερνήσεις συνήθως δεν παράγουν ούτε διανέμουν φαρμακευτικά προϊόντα, υγειονομικό εξοπλισμό κλπ, ενώ αντίθετα η διακίνηση ιατρικής τεχνολογίας και εξοπλισμού πραγματοποιείται ελεύθερα από τη διεθνή αγορά. Πολλοί επαγγελματίες υγείας είναι αυτοαπασχολούμενοι και συμβεβλημένοι σε υγειονομικούς οργανισμούς. Οι ασθενείς μπορούν να λάβουν φροντίδα υγείας εκτός του επίσημου συστήματος υγείας στη χώρα τους ή στο εξωτερικό. Αυτές οι θεμελιώδεις ελευθερίες λειτουργίας της εσωτερικής αγοράς υγείας στην ΕΕ προβλέπονται στη Συνθήκη της Λισσαβόνας, η οποία απαιτεί αυτές οι λειτουργίες να είναι διαφανείς και χωρίς διακρίσεις. Επιπλέον, οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας που υιοθετούν μηχανισμούς αγοράς υπόκεινται έμμεσα στον έλεγχο του Ευρωπαϊκού Δικαίου.

Τα αποτελέσματα της ευρωπαϊκής πολιτικής για την υγεία αποτελούν ένα μίγμα επιτευγμάτων, αποτυχιών και χαμένων ευκαιριών. Η δημόσια πολιτική για την υγεία φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο από την πολιτική της ΕΕ σε σχέση με την επιρροή της ΕΕ στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Δεδομένου του παρόντος πλαισίου στο οποίο η λειτουργία των συστημάτων υγείας περιορίζεται από τις χρηματοπιστωτικές και οικονομικές συνθήκες, είναι κρίσιμη η βαθύτερη κατανόηση αφενός της αλληλεπίδρασης μεταξύ των θεσμικών οργάνων της ΕΕ και αφετέρου της διαφύλαξης της αρχής της επικουρικότητας. Σε επίπεδο ΕΕ, η οικονομική κρίση μπορεί να παρέχει μια σημαντική ευκαιρία για να αλλάξει η τάση των κρατών μελών, ώστε να αποκτήσουν ενεργό ρόλο σε μια πιο συστηματική συνεργασία μεταξύ τους, που θα αφορά την οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας τους. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης διαφοροποιείται μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, αλλά και στο εσωτερικό τους, καθώς οι ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (άνεργοι, ηλικιωμένοι, χρονίως πάσχοντες, μετανάστες) αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να επηρεαστούν από τις συνέπειες της κρίσης (Κυριόπουλος Γ.& Τσιάντου Β., 2010).

Τα συστήματα υγείας των κρατών τείνουν να μοιάζουν μεταξύ τους αφού υιοθετούν εργαλεία και δομές το ένα από το άλλο, καθώς και κοινά ρυθμιστικά μέσα (π.χ. KEN/DRGs), τα οποία φιλτράρονται από τους ιδεολογικοπολιτικούς παράγοντες του

κάθε κράτους και προσαρμόζονται αναλόγως στο κάθε σύστημα ώστε να αντιμετωπίσουν τα ιδιαίτερα προβλήματα του κάθε συστήματος. Υπό αυτό το πρίσμα δεν μπορεί να μας διαφύγει ότι η χρηματοπιστωτική αναταραχή του 2008, καθώς και η οικονομική κρίση και η αυστηρή λιτότητα που ακολούθησαν επέτειναν τις τάσεις μεταρρύθμισης και σύγκλισης των συστημάτων υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ. Θεμελιώδη στοιχεία αυτής της σύγκλισης είναι οι σημαντικές περικοπές στη δημόσια δαπάνη για την υγεία, οι περιορισμοί στη δημόσια παροχή και οι αναδιατάξεις στην οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων. Όπως σημειώνεται σε μελέτη του 2015 (Πετμεζίδου, κ.ά.,2015), το ένα τρίτο των χωρών της ΕΕ μείωσε τον δημόσιο προϋπολογισμό για την υγεία, ενώ άλλα κράτη πάγωσαν τους προϋπολογισμούς για την υγεία (Αγγλία, Ουγγαρία), με αποτέλεσμα τη μείωση των δαπανών σε σταθερές τιμές. Πολλές χώρες μείωσαν τη δημόσια δαπάνη, μετακυλώντας το κόστος στους ιδιώτες. Περίπου οι μισές από τις χώρες της ΕΕ αύξησαν τις συν-πληρωμές για βασικές υπηρεσίες υγείας και για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ το ένα τρίτο των χωρών περιόρισε τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι χώρες με συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας αντιμετώπισαν σημαντική απώλεια εσόδων λόγω αύξησης της ανεργίας. Στις περισσότερες από αυτές τις χώρες οι εισφορές αυξήθηκαν με επιβάρυνση του μισθού και της κρατικής χρηματοδότησης εν μέρει. Ωστόσο ήταν ελάχιστες οι χώρες που επωφελήθηκαν από τη δημιουργία χρηματικών αποθεματικών κατά την περίοδο της οικονομικής ανάπτυξης πριν την κρίση. Περίπου το ένα τρίτο των χωρών της ΕΕ πάγωσαν ή μείωσαν τις αμοιβές των εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Επίσης το ένα τρίτο των χωρών επιχείρησαν σημαντικές αναδιαρθρώσεις στην οργάνωση του συστήματος με στόχο τη μείωση των γενικών εξόδων. Για παράδειγμα εισήχθησαν ή εντάθηκαν μέτρα για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, με τον έλεγχο της συνταγογράφησης και την προώθηση των γενόσημων φαρμάκων (Πετμεζίδου, κ.ά.,2015).

Ανησυχητική για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη είναι και η τάση που ευρέως παρατηρείται για κατάργηση δικαιωμάτων σε παροχές, ενώ σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις ενισχύθηκε η προστασία ομάδων χαμηλού εισοδήματος, όπως συνέβη με την εξαίρεσή τους από τις συν-πληρωμές. Συγχρόνως δε, οι σκανδιναβικές χώρες, οι οποίες δεν επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό από τη χρηματοπιστωτική κρίση και την επακόλουθη κρίση χρέους στην Ευρώπη, προέβησαν σε αλλαγές, όπως ήταν η μετάθεση του 50% της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ιδιώτες παρόχους και η ενίσχυση του κεντρικού, ιεραρχικού

ελέγχου με ταυτόχρονο περιορισμό της αποκεντρωμένης διαχείρισης των συστημάτων υγείας, που είναι μακροχρόνιο χαρακτηριστικό του σκανδιναβικού μοντέλου (Πετμεζίδου κ.ά., 2015: 58; Anell, 2011; Saltman and Cahn, 2013).

Η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα έχει εμφανίσει δυσκολίες μέχρι τώρα και η χώρα έχει περιγραφεί ως “une sociiti bloqui” (Featherstone, 2005; Λαδή, 2001: 21). Με βάση τη βιβλιογραφία σχετικά με τον εξευρωπαϊσμό της Ελλάδας προκύπτει ότι ενώ παρατηρείται τάση σύγκλισης της Ελλάδας με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο υπάρχουν πολλές περιπτώσεις αδράνειας. Ένα παράδειγμα δίνεται από τον Featherstone, στο οποίο παρότι η Ελλάδα εντάχθηκε στην ΟΝΕ δεν παρουσίασε ενδείξεις μακροπρόθεσμης οικονομικής σύγκλισης στον τομέα των συντάξεων. Σημαντικά εμπόδια για τον εξευρωπαϊσμό των ελληνικών δημόσιων πολιτικών αποτελούν η πολιτική θεσμική δυνατότητα, η πολιτική κληρονομιά και οι πολιτικές προτιμήσεις. Η ευρωπαϊκή πολιτική σύγκλισης προσκρούει σε μια συγκεντρωτική κυβέρνηση, σε ισχυρά πολιτικά κόμματα, στην έλλειψη πολιτικής βούλησης για αλλαγή και στην έλλειψη συντονισμού. Σ’ αυτό το πλαίσιο οι περιφέρειες παραμένουν αδύναμες παρά την υιοθέτηση κάποιων θεσμικών αλλαγών, ενώ περιορισμένη είναι και η απορρόφηση των κοινοτικών κονδυλίων. Το ζήτημα των αλλαγών εμφανίζεται αδύναμο και εντοπισμένο μόνο στους στόχους, στο στυλ και στις πρακτικές της πολιτικής, δηλαδή σε αλλαγές πρώτου και δεύτερου επιπέδου (Paraskevoopoulos, 2001; Andreou 2006; Λαδή 2011: 22).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

2.1 Συνθήκες έναρξης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η ένταξη της Ελλάδας στην ΟΝΕ δημιούργησε ευνοϊκές συνθήκες για την ταχεία ανάπτυξη της οικονομίας, παρά τις εγγενείς αδυναμίες της εγχώριας προσφοράς. Η ανάπτυξη αυτή, που βασίστηκε κυρίως στην εγχώρια ζήτηση τροφοδοτήθηκε με δανεισμό, δημόσιο και ιδιωτικό. Στα πρόθυρα της παγκόσμιας κρίσης, η Ελλάδα διατηρούσε τις δομικές αδυναμίες του παραγωγικού της προτύπου σε συνδυασμό με νέα προβλήματα: τον αυξημένο δανεισμό, το υπέρογκο δημόσιο χρέος (127% του ΑΕΠ το 2009), την επιδείνωση της ανταγωνιστικότητας και την άνοδο του εξωτερικού ελλείμματος (πάνω από 15% του ΑΕΠ το 2009). Το ελληνικό περιβάλλον που προκάλεσε την κρίση ήταν το συνονθύλευμα του ανορθολογικού τρόπου λειτουργίας των θεσμών, της ανευθυνότητας στην άσκηση των μακροοικονομικών πολιτικών, της παράβασης των κανόνων που είχαν θεσπιστεί με δημοκρατικές διαδικασίες και των επιπόλαιων κοινωνικών συμπεριφορών. Εκτός από τα προβλήματα του ελληνικού πολιτικοοικονομικού χώρου, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα εμπεριέχει αναπόφευκτα και μεγάλο μέρος της κρίσης της Ευρωζώνης, η οποία επέφερε ιδιαίτερα επώδυνες συνέπειες σε όλες τις αδύναμες οικονομίες των χωρών της περιφέρειας.

Η παγκόσμια κρίση δημιούργησε την κρίση χρέους της χώρας και η πρόσβαση στις αγορές έγινε απαγορευτική, την περίοδο που οι δανειακές ανάγκες του Δημοσίου ήταν πολύ υψηλές. Στη συνέχεια, ο δανεισμός που απαιτήθηκε για να αποτραπεί η χρεωκοπία της χώρας εξασφαλίστηκε με την εφαρμογή των πολιτικών που χάραξαν τα μνημόνια, που εστίασαν στη δημοσιονομική προσαρμογή. Τα μνημόνια (δανειακές συμβάσεις) που υπέγραψε η Ελλάδα με την ΕΕ, την Ευρωπαϊκή Κεντρική τράπεζα (ΕΚΤ) και το Δημόσιο Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) την υποχρέωσαν να επιστεύσει την προσαρμογή του τρόπου λειτουργίας της οικονομίας της στο φιλελεύθερο, ορθολογικό ευρωπαϊκό πρότυπο. Για πολλούς παρατηρητές αυτή η εξέλιξη αποτελεί ένα είδος «αναγκαστικού» εξευρωπαϊσμού, που συντελείται με μεγάλες ταχύτητες και μεγάλες πολιτικές δυσκολίες, καθώς και με ισχυρές κοινωνικές αντιστάσεις, αφού η χώρα μας δεν κατόρθωσε να προσαρμοστεί ουσιαστικά στην ΕΕ παρά τη μακρόχρονη

συμμετοχή της σε αυτήν. Ωστόσο, η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων είχε υψηλό κοινωνικό και οικονομικό κόστος, με βύθιση της ύφεσης, μείωση των εισοδημάτων και πολύ μεγάλη αύξηση της ανεργίας.

Στη σύγχρονη ιστορία της η Ελλάδα ποτέ δεν είχε τόσο μεγάλη ανάγκη για κοινωνική προστασία, καθώς η οξύτατη οικονομική κρίση κλείνει επιχειρήσεις, καταστρέφει θέσεις εργασίας, μειώνει μισθούς και εισοδήματα απειλώντας εκατοντάδες χιλιάδες νοικοκυριά με τη φτώχεια. Είναι προφανές ότι ένα βιώσιμο και αποτελεσματικό κοινωνικό δίκτυ ασφαλείας είναι μια συνιστώσα της στρατηγικής που μπορεί να επιτρέψει σε μια χώρα να βγει από την κρίση με την κοινωνία ασφαλή. Ο Ματσαγγάνης (2013) εύστοχα υποστηρίζει πως το κοινωνικό κράτος δεν είναι απλό θύμα της οικονομικής κρίσης, καθώς η σχέση μεταξύ των δυο είναι πολύ πιο αμφίσημη. Η διόγκωση της κοινωνικής δαπάνης μέχρι το 2009 συνέβαλε και αυτή στον δημοσιονομικό εκτροχιασμό της χώρας, δίχως όμως να συμβάλλει στον «εξευρωπαϊσμό» των κοινωνικών πολιτικών, αφού οι τελευταίες συνέχισαν να εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά ενός κράτους πελατειακών παροχών. Ο δημοσιονομικός εκτροχιασμός τέθηκε σε έλεγχο το 2010, όταν εφαρμόστηκε η λιτότητα για τη μείωση των ελλειμμάτων με τη μορφή περικοπών και μεταρρυθμιστικών μέτρων.

Η κρίσιμη καμπή στην ιστορία της ελληνικής οικονομίας εκδηλώθηκε το 2009. Από το 2001 έως το 2008 το ΑΕΠ της Ελλάδας αυξανόταν με ρυθμό 3,9% ανά έτος. Από τα τέλη του 2008 έως τα μέσα του 2012 η ελληνική οικονομία συρρικνώθηκε κατά 20% περίπου (Τράπεζα της Ελλάδος, 2013). Η ταχεία ανάπτυξη των προηγούμενων ετών ανακόπηκε και η χώρα υποβλήθηκε σε επτά συνεχόμενα έτη οικονομικής συρρίκνωσης, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα. Τα επτά τελευταία έτη (2009-2016) η ελληνική κοινωνία βιώνει μια πρωτοφανή μείωση του ΑΕΠ (925%), ενώ το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών μειώθηκε περισσότερο από 35% κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Σε άλλες όμως χώρες, οι οποίες είχαν κι αυτές μνημόνια η μείωση ήταν μικρότερη, 13% στην Ιρλανδία, στην Πορτογαλία 9%, και στην Ισπανία 10%. Συνεπώς υπάρχουν τεράστιες ευθύνες γιατί στην Ελλάδα καταβαραθρώθηκε τόσο πολύ το εισόδημα των νοικοκυριών.

Πίνακας 2.1: Οικονομικά μεγέθη στην Ελλάδα μεταξύ 2009 και 2015.

Εξέλιξη Οικονομικών Μεγεθών	2009	2015 (Εκτ)
ΑΕΠ (€ δις)	237	174
Χρέος (€ δις)	299	326
Χρέος / ΑΕΠ %	126%	187%
Καταθέσεις σε Τράπεζες (€ δις)	240	120
Επενδύσεις (€ δις)	50	17
Εισαγωγές (αγαθών & υπηρεσιών)	70	62
Εξαγωγές (αγαθών & υπηρεσιών)	50	57
Ανεργία %	9,6%	25,4%

Πηγή: Eurostat

Η όξυνση του δημοσιονομικού προβλήματος έχει αφετηρία αρκετές δεκαετίες πριν, αφού το δημόσιο χρέος αυξήθηκε από 27% το 1981 σε 74% το 1990, σε 103,7% το 2001 και σε 110,3% το 2008 για να εκτιναχθεί στο 150% το 2011. Και αυτό συνέβη παρά τις κατά καιρούς προσπάθειες, άλλες επιτυχημένες και άλλες αποτυχημένες, για τιθάσευση του χρέους. Η διόγκωση του δημοσιονομικού ελλείμματος και του χρέους το 2009 οφείλεται μεν στην απόκλιση εσόδων-δαπανών, αλλά διευρύνθηκε από τη βαθιά ύφεση που έπληξε την Ευρώπη το 2009, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω. Όμως, παρά τις δυσκολίες, η κατάσταση ενδεχομένως να ήταν αντιμετωπίσιμη μέχρι και τις αρχές του 2010, αν λαμβάνονταν τα κατάλληλα μέτρα.

Η άμβλυνση των κοινωνικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης ήταν το σημείο στο οποίο είχαν αποτύχει οι δημόσιοι θεσμοί τη δεκαετία του 1930. Η αποτυχία αυτή ήταν που οδήγησε στη δημιουργία του σύγχρονου κοινωνικού κράτους. Τις παραμονές της κρίσης του 2009, το ελληνικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας λειτουργούσε σε απόλυτη συμφωνία με το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο, δηλαδή ως

συνδυασμός «σημαντικών κενών στο κοινωνικό δίκτυ ασφαλείας» και «νησίδων γενναιοδωρίας για τον προστατευόμενο πυρήνα της αγοράς εργασίας», σύμφωνα με τον Ferrera. Με αυτή τη μορφή, το ελληνικό σύστημα ήταν εντελώς ακατάλληλο για τον χειρισμό καταστάσεων επείγουσας ανάγκης. Το τρωτό σημείο του συστήματος δεν ήταν οι φτωχές παροχές του. Αντιθέτως, το 2010 η κοινωνική δαπάνη στην Ελλάδα συνέκλινε με τον μέσο όρο των 27 χωρών της ΕΕ (29,1% έναντι 29,4% του ΑΕΠ). Η έλλειψη αποτελεσματικότητας υποβάθμιζε το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας της χώρας μας, αφού οι κοινωνικές παροχές (εκτός των συντάξεων) μείωναν τη φτώχεια κατά 10% περίπου στην ΕΕ-27, ενώ στην Ελλάδα η αντίστοιχη μείωση ήταν μικρότερη από 4% (στοιχεία Eurostat). Τα δυο σημαντικότερα προγράμματα του κοινωνικού κράτους, οι συντάξεις και η περίθαλψη απορρόφησαν τεράστιες δαπάνες δίνοντας όμως απογοητευτικά αποτελέσματα κοινωνικής προστασίας (Ματσαγγάνης,2013).

Στην περίπτωση της Ελλάδας, η ΕΕ δεν δημιούργησε ένα συστηματικό εξευρωπαϊσμό του υποανάπτυκτου συστήματος κοινωνικής προστασίας της χώρας, ενώ εστίασε μάλλον σε ζητήματα οικονομικής βιωσιμότητας, παρά κοινωνικής ευημερίας. Γι' αυτή την κατάσταση μερίδιο ευθύνης έχουν και οι πολιτικές ηγεσίες της χώρας, που διαιώνισαν ένα άδικο, σπάταλο και αναποτελεσματικό σύστημα κοινωνικής πολιτικής, εφησυχάζοντας μετά την είσοδο της Ελλάδας στην ΟΝΕ. Ο εφησυχασμός αυτός παρέτεινε την πολιτική αδράνεια και επιδείνωσε τα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά ελληνικά αδιέξοδα, τα οποία οξύνθηκαν με την εμφάνιση της κρίσης και οδήγησαν στην κατάρρευση (Βενιέρης,2011).

2.2 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού

Ως υγεία σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ορίζεται όχι μόνο η απουσία νόσου, αλλά και η κατάσταση ψυχοκοινωνικής ευεξίας. Είναι λοιπόν αναμενόμενο η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της να επιφέρουν σημαντικό πλήγμα στην ψυχοσωματική και κοινωνική υγεία (Οικονόμου,2013). Υπάρχει όμως και η σημαντική επισήμανση του Α. Σεν ότι η μείωση της θνησιμότητας δεν οφείλεται μόνο στην ταχεία οικονομική ανάπτυξη, αλλά μπορεί να επιτευχθεί και σε περιβάλλον χαμηλότερων ρυθμών

ανάπτυξης με την προϋπόθεση ότι υλοποιείται ένα πρόγραμμα αποτελεσματικής κοινωνικής υποστήριξης (Σεν, 2006; Οικονόμου, 2003). Η οικονομική κρίση και η επιβολή των μνημονίων επηρέασαν το ζήτημα της υγείας του πληθυσμού από δύο πλευρές: από τη μια πλευρά η κατάσταση της υγείας των πολιτών και από την άλλη η ποιότητα και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας που είναι διαθέσιμες σ' αυτούς. Στην περίοδο της κρίσης, στην Ελλάδα σημειώνεται ένα εξαιρετικά υψηλό επίπεδο δυσαρέσκειας για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, που εκφράζεται από το 74% των ερωτηθέντων μιας έρευνας. Η κρίση επιδείνωσε τα ήδη σοβαρά προβλήματα του συστήματος υγείας, ενώ η δημοσιονομική λιτότητα και ο εξορθολογισμός του κόστους έγιναν κεντρικές προτεραιότητες που προσανατολίζουν τις μεταρρυθμίσεις σε βάρος της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της ποιότητάς τους. Οι παθογένειες του συστήματος υγείας της Ελλάδας οξύνθηκαν με τη μακρόχρονη εφαρμογή πολιτικών που είχαν στόχο την απορρύθμιση της εργασίας και τη λιτότητα, η οποία ενισχύθηκε με την ένταξη της χώρας στις μνημονιακές πολιτικές δομικής προσαρμογής και είχε δραματικές επιπτώσεις στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας του πληθυσμού.

Στις περισσότερες διεθνείς μελέτες διαπιστώθηκε ότι η περιστολή των δαπανών υγείας συνοδεύεται από μείωση του προσδόκιμου ζωής, αύξηση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας, υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών και χειροτέρευση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι πιο ισχυρές επιπτώσεις που αφορούν στη σωματική υγεία σχετίζονται με καρδιαγγειακά και λοιμώδη νοσήματα, ενώ σε ό,τι αφορά στην ψυχική υγεία παρατηρείται μεγάλη αύξηση της κατάθλιψης, που σχετίζεται με την διαπιστωμένη αύξηση των αυτοκτονιών.

Πίνακας 2.2: Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού που πάσχει από κατάθλιψη κάθε ομάδας ηλικιών, 2014

Πίνακας 2: Επιπολασμός κατάθλιψης: ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού που πάσχει κάθε ομάδας ηλικιών, 2014

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ							
Κατάθλιψη%	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
	1,7	2,0	3,4	3,8	5,2	8,1	10,2

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Πίνακας 2.3: Θάνατοι από αυτοκτονίες για τα έτη 2000 και 2008-2013

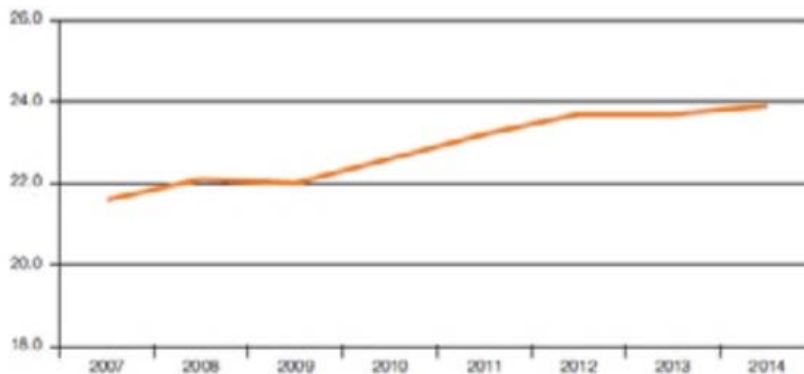
Πίνακας 4: Θάνατοι από αυτοκτονίες για τα έτη 2000 και 2008 – 2013

ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Αυτοκτονίες	382	373	391	377	477	508	533

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014

Οι αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης και ιδιαίτερα όταν αυτή διαρκεί πολλά χρόνια αυξάνουν δραματικά το στρες, που δρα ως εκλυτικός παράγοντας για πολλές από αυτές τις διαταραχές και μακροπρόθεσμα κυρίως για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και την αρτηριακή υπέρταση. Η μακροχρόνια έκθεση στο στρες είναι αιτία εμφάνισης γαστρικού έλκους και χρόνιου πονοκεφάλου, ρευματοειδούς αρθρίτιδας, πολλαπλής σκλήρυνσης, αλλεργιών, ψυχικών διαταραχών και ορισμένων κακοήθων νεοπλασμάτων. Το αυξημένο άγχος σε συνδυασμό με άλλες επιπτώσεις της τρέχουσας κρίσης, όπως τη μικρότερη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες λόγω χαμηλότερων εισοδημάτων, την υιοθέτηση λιγότερο υγιεινού τρόπου διατροφής και διαβίωσης, τον εθισμό και την εξάρτηση από αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες και την υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αναμένεται να οδηγήσουν σε αύξηση των χρόνιων παθήσεων. Στο βαθμό που το επίπεδο υγείας των πολιτών, όπως σκιαγραφείται από τους σχετικούς δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας, θα εξακολουθήσει να υποβαθμίζεται, οι δαπάνες υγείας αναμένεται να αυξηθούν μελλοντικά, με αντίστοιχη επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων. Το ποσοστό των Ελλήνων που δηλώνουν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση αυξήθηκε κατά 24,2% στο διάστημα 2009-2014.

Σχήμα 9: Ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Διάγραμμα 2.1: Ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που αντιμετωπίζει χρόνια πρόβλημα υγείας στην χρονική περίοδο 2007-2014

Από την αρχή της οικονομικής κρίσης έγινε φανερή η ισχυρή αλληλεπίδραση του οικονομικού περιβάλλοντος με την υγεία. Η πορεία του ΑΕΠ είναι ο προσδιοριστικός παράγοντας για τη μελέτη της εξέλιξης των δαπανών υγείας σε κάθε χώρα. Η φτώχεια αποτελεί την πρώτη αιτία ασθένειας και θανάτων στον κόσμο, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία και ιδιαίτερα όταν η κατανομή του γίνεται με όρους κοινωνικής δικαιοσύνης. Ταυτόχρονα όμως η υγεία είναι η κινητήρια δύναμη της οικονομίας και βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου, αφού ένας υγιής πληθυσμός είναι πιο παραγωγικός (Phillips and Verhasselt, 1994; Οικονόμου, 2013). Παλαιότερες μελέτες (Abel-Smith and Leiserson, 1978) όσο και πρόσφατες αναλύσεις, όπως οι τρεις σημαντικές εκθέσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας (World Bank, 1993), του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2001) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Suhreke, et al., 2005), όπως και μελέτη του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (Figueras and McKee, eds, 2012), οι οποίες συμπυκνώνουν τα ευρήματα της διεθνούς ερευνητικής δραστηριότητας, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η υγεία δεν θα πρέπει να θεωρείται ως παραπροϊόν της οικονομικής μεγέθυνσης, αλλά ως στοιχείο του ανθρώπινου κεφαλαίου που συντελεί στην ώθηση της παραγωγικής διαδικασίας και της κοινωνικής προόδου (Οικονόμου, 2013). Τα ίδια τα συστήματα υγείας, εκτός του ότι συμβάλλουν με τις υπηρεσίες τους στη βελτίωση του επιπέδου υγείας μειώνοντας την αποφεύξιμη

θνησιμότητα, απασχολούν και μεγάλο ποσοστό του εργατικού δυναμικού. Η καλή υγεία εξασφαλίζει τις πνευματικές και σωματικές προϋποθέσεις συμμετοχής των ατόμων στο σύστημα εκπαίδευσης, κατάρτισης και απόκτησης δεξιοτήτων συμβάλλοντας στην επίτευξη υψηλότερης παραγωγικότητας και προσφοράς εργασίας. Η μείωση της νοσηρότητας μειώνει το άμεσο και έμμεσο κόστος αντιμετώπισης των ασθενειών και απελευθερώνει πόρους, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν σε άλλους παραγωγικούς τομείς. Επιπροσθέτως, προάγει την εργασία, αυξάνει τα εισοδήματα και την αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών, βελτιώνοντας το βιοτικό τους επίπεδο.

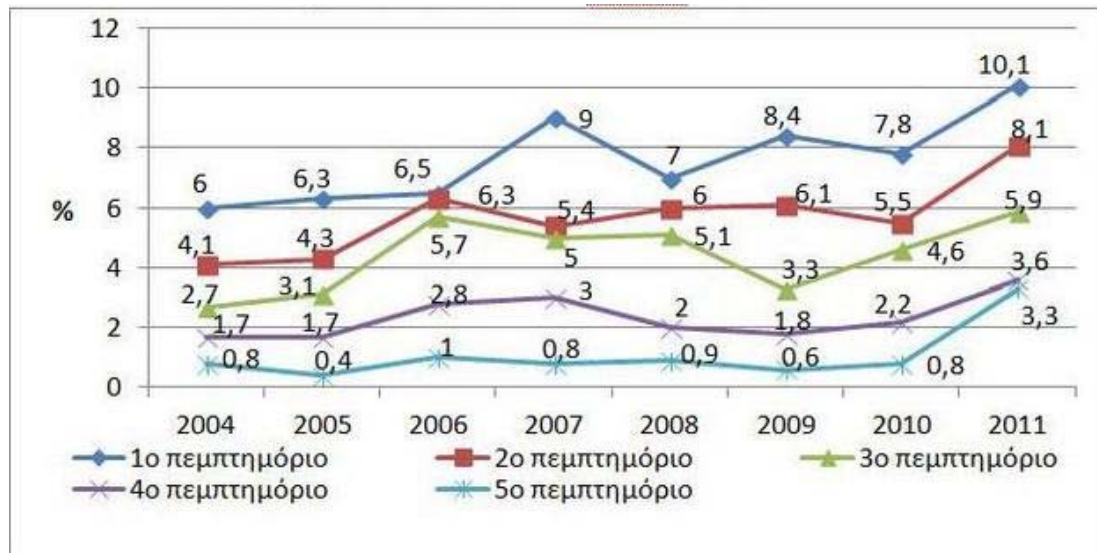
Συνεπώς, η οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα το 2009 επιδρά αρνητικά στην υγεία των Ελλήνων και κατ' επέκταση στο σύστημα υγείας. Όπως συμβαίνει σε κάθε οικονομική κρίση, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, ο εθνικός πλούτος και το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα μειώθηκαν σημαντικά στην τρέχουσα κρίση, η αύξηση της ανεργίας και της οικονομικής ανασφάλειας επιδεινώσαν τις συνθήκες διαβίωσης και διατροφής, περιορίστηκε η ασφαλιστική κάλυψη, μειώθηκαν οι δημόσιες παροχές της υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνικής πρόνοιας, δημιουργήθηκαν προβλήματα στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας όπως και στην πρόσβαση μεγάλου τμήματος του πληθυσμού στις αναγκαίες υγειονομικές υπηρεσίες και στα φάρμακα και χειροτέρευσαν οι συνθήκες εργασίας και κατοικίας (Διανέοσις,2016). Επιπλέον, η έντονη ανισοκατανομή του εισοδήματος θεωρείται η βασικότερη γενεσιουργός αιτία των ανισοτήτων υγείας, διότι αφενός η διεύρυνση της εισοδηματικής ανισότητας επιδεινώνει τους υλικούς όρους διαβίωσης, αφετέρου υπονομεύει τη συνοχή και την εμπιστοσύνη, δηλαδή το κοινωνικό κεφάλαιο, ανάμεσα σε άτομα χαμηλού και υψηλού εισοδήματος (Πετμεζίδου κ.ά.,2015:86).

Η υγεία των Ελλήνων δέχτηκε διάφορα πλήγματα τα τελευταία χρόνια της κρίσης. Στο ΚΕΕΛΠΙΝΟ έχει καταγραφεί δραματική αύξηση των κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό HIV σε χρήστες ενδοφλέβιων ψυχοτρόπων ουσιών (αύξηση πάνω από 1000% το 2011), καθώς και αυξημένα κρούσματα ελονοσίας (65 κρούσματα μέσα στο 2016, από τα οποία τα 61 εισαγόμενα) και φυματίωσης. Επιπλέον, τα 15 δηλωθέντα περιστατικά μόλυνσης από τον HIV το 2010 αυξήθηκαν στα 260 το 2011 και στα 522 το 2012, δηλαδή σημειώθηκε υπερδιπλασιασμός σε σχέση με το 2011. Στην Ελλάδα οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών έγιναν για πρώτη φορά η πληθυσμιακή ομάδα

με τον μεγαλύτερο αριθμό δηλώσεων μόλυνσης από HIV (44,2%) (ΚΕΕΛΠΝΟ,2012). Για την αλλαγή αυτή ευθύνονται βαθύτερα κοινωνικοοικονομικά αίτια που σχετίζονται με τις δυσμενείς συνθήκες που επικρατούν στη χώρα την περίοδο της κρίσης και συγκεκριμένα με την απουσία μιας πολιτικής πρόληψης που υποδηλώνει την απαξίωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Στα δημόσια προγράμματα πρόληψης συμπεριλαμβάνεται η δωρεάν διανομή βελονών και προφυλακτικών σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, η οποία μειώθηκε απότομα το 2010 κατά 31% περίπου σε σύγκριση με το 2009, δηλαδή λίγο πριν γίνει αισθητή η ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων HIV.

Οι χώρες που δέχτηκαν τα μέτρα των μνημονίων (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία) και ενέκριναν την αυστηρή δημοσιονομική λιτότητα ήρθαν αντιμέτωπες με τη συρρίκνωση και αύξηση της πίεσης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψής τους. Παράλληλα, εφαρμόστηκαν πολιτικές συρρίκνωσης του κράτους αναφορικά με το ασφαλιστικό σύστημα, τις συντάξεις, και την τοπική αυτοδιοίκηση. Οι περικοπές του προϋπολογισμού προκάλεσαν δυσχέρεια πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα και σε συνδυασμό με την αύξηση της ανεργίας οδήγησαν σε αύξηση των αυτοκτονιών και των λοιμωδών νοσημάτων. Αντίθετα, στην Ισλανδία που η λιτότητα απορρίφθηκε μέσω δημοψηφίσματος, ο τομέας της υγείας συνέχισε να λειτουργεί αποτελεσματικά, καθώς μία από τις πρώτες αποφάσεις της κυβέρνησης ήταν η αύξηση των δαπανών για την υγεία, προκειμένου να προληφθούν τα αυξημένα περιστατικά καρδιαγγειακών παθήσεων, που συνήθως συνοδεύουν τις μεγάλες οικονομικές κρίσεις. Η οικονομική ύφεση έχει αναμφισβήτητα αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία, όμως η ταυτόχρονη εφαρμογή της δημοσιονομικής λιτότητας και η αδύναμη κοινωνική προστασία είναι ο συνδυασμός που κλιμακώνει την κρίση στην υγεία και τη διατάραξη της κοινωνικής ισορροπίας. Ο μεγάλος αριθμός των ανασφάλιστων είναι σημαντικό πρόβλημα του συστήματος υγείας καθώς προσεγγίζει πλέον το 27% περίπου του συνολικού πληθυσμού, ενώ το 2009 αντιστοιχούσε στο 5%.

Από το παρακάτω διάγραμμα προκύπτει ότι κυρίως μετά το 2010 η κατάσταση για το σύνολο του πληθυσμού επιδεινώθηκε, όμως ιδιαίτερα δυσχερής έγινε για τα φτωχότερα στρώματα, τα οποία βρίσκονται στο πρώτο και δεύτερο εισοδηματικό πεμπτημόριο.



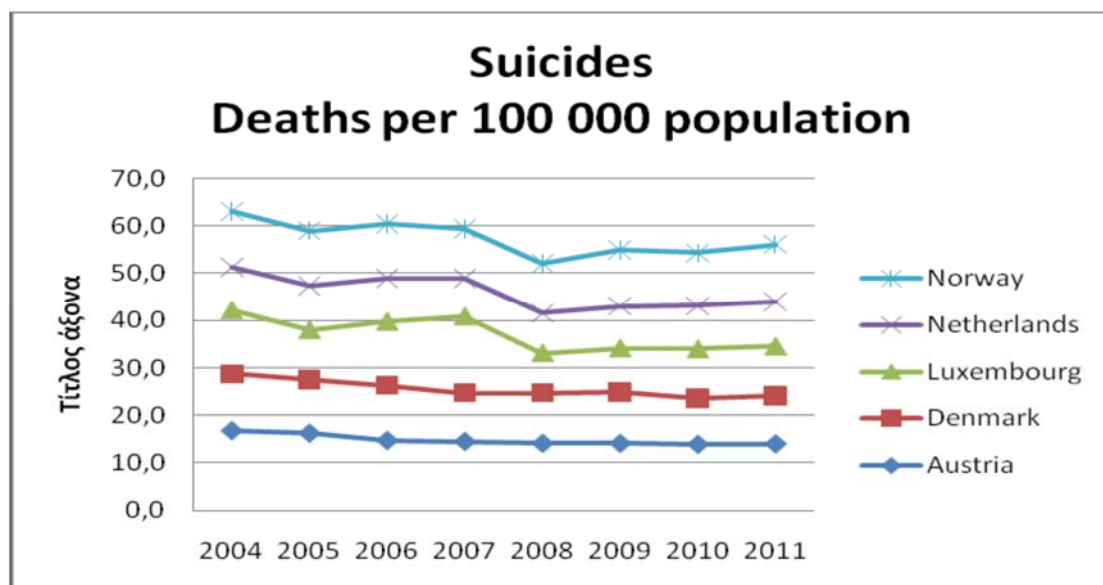
Διάγραμμα 2.2: Αυτοαναφερόμενη ανάγκη εξέτασης που δεν ικανοποιείται λόγω κόστους, ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο (Eurostat-SILC)

Στο διάστημα 2004-2010, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών αυξήθηκε από 18,9 χρόνια σε 20,2 χρόνια για τις γυναίκες και από 16,9 σε 17,9 χρόνια για τους άνδρες. Παρατηρήθηκε όμως μείωση στα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών και συγκεκριμένα από 9,5 σε 8 για τις γυναίκες και από 9,5 σε 8,8 για τους άνδρες. Υπάρχει η απαισιόδοξη πρόβλεψη ότι τα εμπόδια που δημιουργούνται στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα διογκώσουν τα προβλήματα νοσηρότητας στο μέλλον, μειώνοντας περαιτέρω το προσδόκιμο υγιούς ζωής κατά τη γέννηση αλλά και στην ηλικία των 65 ετών. Ωστόσο, η αποτύπωση των δυσμενών επιπτώσεων της κρίσης με όρους προσδόκιμου επιβίωσης και υγιούς διαβίωσης χρειάζεται ένα σχετικά ευρύ χρονικό ορίζοντα. Μια «έκρηξη νοσηρότητας» στο μέλλον θα επιφέρει υψηλό κόστος για την οικονομία και την κοινωνία, που έρχεται σε αντίθεση με την κεντρική επιταγή του προγράμματος λιτότητας για συρρίκνωση των δαπανών υγείας.

Η υγεία δεν προσδιορίζεται μόνο από την ποιότητα της φροντίδας υγείας, αλλά επηρεάζεται από πλήθος περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως η φτώχεια, η στέγαση, οι διακρίσεις, οι κίνδυνοι για την υγεία που σχετίζονται με την εργασία κ.α. Η αύξηση της ανεργίας σχετίζεται με σημαντικές βραχυπρόθεσμες αυξήσεις των αυτοκτονιών. Κάθε αύξηση 1% της ανεργίας σχετίζεται με αύξηση κατά 0,79% στις αυτοκτονίες σε ηλικίες μικρότερες των 65 ετών. Σύμφωνα με μια μελέτη που διενεργήθηκε σε 13

ευρωπαϊκές χώρες, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18, που σημαίνει 2,18 θανάτους σε πληθυσμό 100.000 ατόμων (Economidou et al.). Η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Αντίθετα οι θάνατοι από τροχαία μειώθηκαν κατά 1,39%. Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγούν πολλά άτομα στη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό και ιδιαίτερα άτομα που ανήκουν σε μειονότητες, τους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικές ή σωματικές ασθένειες. Όταν η αύξηση της ανεργίας υπερβαίνει το 3% αυξάνονται περισσότερο οι αυτοκτονίες μεταξύ ατόμων κάτω των 65 ετών, καθώς και οι θάνατοι λόγω αλκοολισμού.

Η θνησιμότητα των ευρωπαϊκών λαών λόγω της αύξησης της ανεργίας παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ανά κράτος μέλος, καθώς φαίνεται να εξαρτάται από τις συνθήκες κοινωνικής προστασίας που επικρατούν σε κάθε κράτος. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται η αύξηση των αυτοκτονιών στο διάστημα 2008-2011 και η μείωσή τους στα προηγούμενα έτη (2007-2008).



Διάγραμμα 2.3: Αυτοκτονίες σε κράτη μέλη της ΕΕ σε πληθυσμό 100.000 ατόμων (2004-2011)

Πηγή: www.oecd.org

Όπως αποδείχτηκε, με κάθε αύξηση 10 δολαρίων για κάθε άτομο στα προγράμματα εργασίας μειώνονται οι αυτοκτονίες λόγω ανεργίας κατά 0,038%. Συνεπώς, η ανάπτυξη των προγραμμάτων εργασίας που βοηθούν τους εργαζόμενους να διατηρήσουν τις εργασίες τους ή να επανενταχθούν στην αγορά εργασίας θα μπορούσε να μετριάσει ορισμένες αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην υγεία.

2.3 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγειονομική περίθαλψη

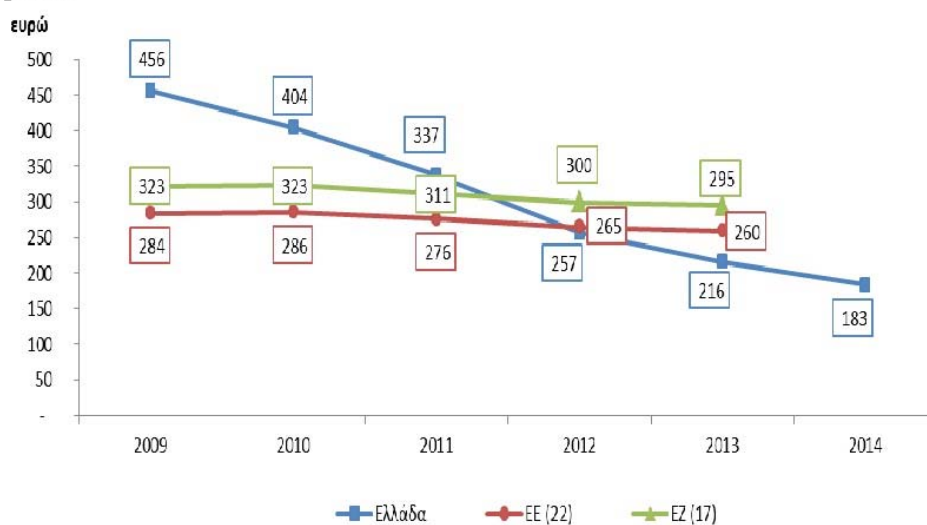
Η οικονομική κρίση δεν άφησε ανεπηρέαστο τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αντιθέτως, είχε πολύπλευρες επιδράσεις στη δημόσια δαπάνη υγείας, στη δαπάνη δημόσιας ασφάλισης υγείας, στις υπηρεσίες υγείας, στη δαπάνη λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα, στο υγειονομικό προσωπικό, στη φαρμακευτική αγορά και στην βιοϊατρική έρευνα και τεχνολογία (Κυριόπουλος,2011). Η τοποθέτηση των ασφαλιστικών εισφορών των πολιτών στο χρηματιστήριο, στα δομημένα ομόλογα και στα ομόλογα του ελληνικού Δημοσίου που «κουρεύτηκαν» με το PSI επέφεραν τεράστιες απώλειες στα ασφαλιστικά ταμεία. Η καταστροφή αυτή σε συνδυασμό με τη μείωση των εσόδων από ασφαλιστικές εισφορές λόγω της ύφεσης και της ανεργίας που επέφερε η κρίση, δημιουργεί μια νέα πραγματικότητα για τα ταμεία και την υγεία του πληθυσμού. Οι πολιτικές μείωσης του κόστους συνδυάστηκαν με την αδυναμία των κυβερνήσεων να υλοποιήσουν γρήγορα θεσμικές μεταρρυθμίσεις, γεγονός που οδήγησε σε οριζόντιες μειώσεις στον τομέα της υγείας, καθώς και σε μετακύλιση μέρους του κόστους στους ασθενείς. Οι οριζόντιες μειώσεις είχαν ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν σοβαρές ελλείψεις στα νοσοκομεία, σε μια περίοδο που ο φόρτος εργασίας των νοσοκομείων αυξήθηκε σημαντικά λόγω της αδυναμίας του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού να πληρώσει το κόστος της ιδιωτικής περίθαλψης. Επιπλέον, πολλές διαγνωστικές εξετάσεις εξαιρέθηκαν από τον κατάλογο αποζημίωσης του ΕΟΠΥΥ. Τα νοσοκομεία της χώρας μαστίζονται από σοβαρά προβλήματα, όπως η ισχνή χρηματοδότηση, ελλείψεις προσωπικού και υλικών, ύπαρξη ιατρικών μηχανημάτων εκτός λειτουργίας, μεγάλες λίστες αναμονής χειρουργείων, ελλείψεις σε βοηθητικό προσωπικό. Η μειωμένη χρηματοδότηση έχει ως αποτέλεσμα την αναστολή πρόσληψης ιατρικού, νοσηλευτικού, βοηθητικού, τεχνικού και παραϊατρικού προσωπικού, την μη

ανανέωση ή/και προμήθεια τεχνολογικού εξοπλισμού, την περικοπή της μισθοδοσίας, τη μειωμένη προμήθεια φαρμακευτικού και αναλώσιμου υλικού. Η αύξηση της ζήτησης δημόσιων υπηρεσιών είχε αρνητικό αντίκτυπο στην εξυπηρέτηση των ασθενών, κυρίως λόγω έλλειψης πόρων και συγχώνευσης ή κατάργησης νοσοκομειακών μονάδων (ελλείψεις σε υγειονομικά υλικά, μεγάλος χρόνος αναμονής). Τα μέτρα των μνημονίων οδήγησαν σε αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας παρά το γεγονός ότι το διαθέσιμο εισόδημα υπέστη δραματική συρρίκνωση (OECD,2013).

Ανησυχητικό πρόβλημα συνιστά μεγάλο τμήμα του πληθυσμού που είναι ανασφάλιστο, ενώ οι άποροι και οι μετανάστες χρειάζονται επίσης αξιοπρεπή και επαρκή υγειονομική περίθαλψη. Οι περισσότεροι άνθρωποι μένουν χωρίς ασφαλιστική κάλυψη είτε επειδή είναι άνεργοι, είτε δεν μπορούν να πληρώσουν τις εισφορές τους ή εργάζονται ανασφάλιστοι. Είναι γεγονός ότι πολλοί ανασφάλιστοι επιλέγουν να μην επισκεφθούν γιατρό ή ιατρική μονάδα ενώ γνωρίζουν την ανάγκη τους για ιατρική φροντίδα. Επιπλέον, το 64% των χρονίως πασχόντων αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πρόσβαση σε γιατρό ή υπηρεσίες υγείας λόγω εισοδηματικών περιορισμών, ενώ το 60% λόγω του παρατεταμένου χρόνου που απαιτείται, καθώς υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής. Όλα τα παραπάνω φαινόμενα έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση, την κοινωνική δικαιοσύνη και την ποιότητα της φροντίδας υγείας, ζητήματα τα οποία επισκιάζονται από τους ποσοτικούς στόχους περιστολής των δαπανών και δεν αποτελούν προτεραιότητες της μεταρρύθμισης.

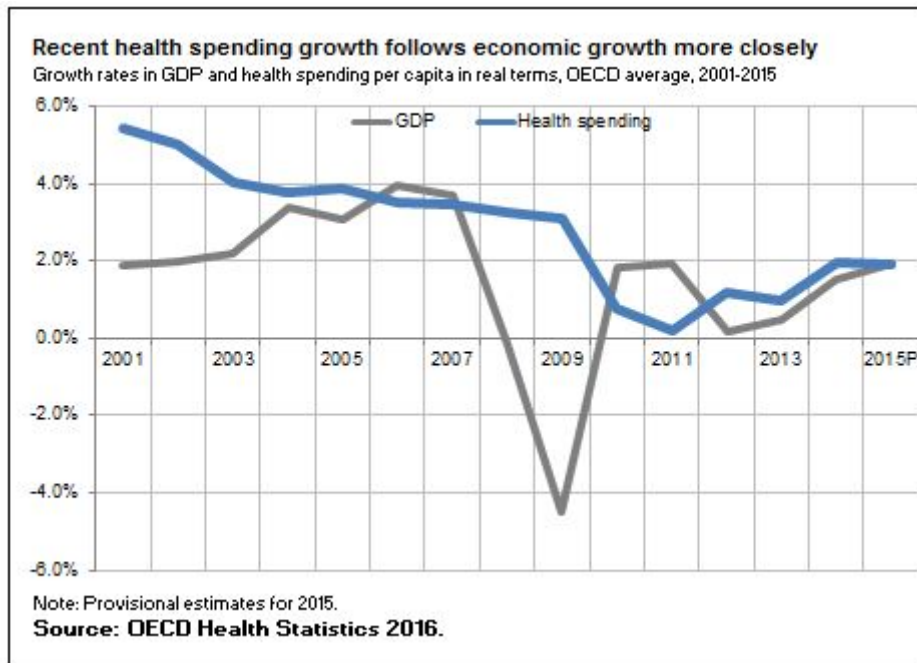
Μείωση της κατά κεφαλήν δαπάνης σε επίπεδα σημαντικά χαμηλότερα του Ευρωπαϊκού μέσου

11 όρου



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, ΕΟΠΥΥ 2012-2014, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2014, OECD Health Data 2015, Eurostat 2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE.

Διάγραμμα 2.4: Μείωση της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία σε επίπεδα σημαντικά χαμηλότερα του Ευρωπαϊκού μέσου όρου



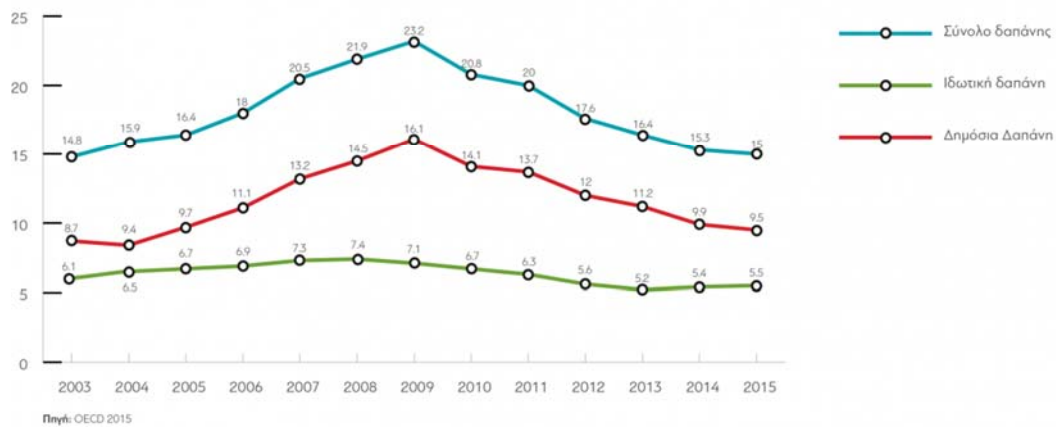
Διάγραμμα 2.5: Ρυθμοί ανάπτυξης του ΑΕΠ και της κατά κεφαλή δαπάνης υγείας την περίοδο 2001-2015.

Το 2009 η δημόσια δαπάνη ανά κάτοικο ήταν 1439,8 ευρώ, ενώ το 2013 υποχώρησε κάτω από τα 1000 ευρώ ανά κάτοικο. Ωστόσο, η συνολική δαπάνη για την υγεία (δημόσια και ιδιωτική) υποχώρησε από το 9,8% του ΑΕΠ το 2009 στο 8,3% το 2014, παρά τη σημαντική μείωση στη δημόσια δαπάνη. Το ποσοστό αυτό βρίσκεται κοντά στα αντίστοιχα ευρωπαϊκά, αλλά το ελληνικό ΑΕΠ έχει μειωθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Επιπλέον, ενώ το μέσο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι μόλις 19% με το κράτος και την ασφάλιση να καλύπτουν το 73% του συνόλου της δαπάνης, στην Ελλάδα η κρατική συμμετοχή στη συνολική δαπάνη υγείας είναι 25% με το μεγαλύτερο ποσό να καταβάλλεται από τα ασφαλιστικά ταμεία (40%). Οι Έλληνες πολίτες δαπανούν οι ίδιοι τεράστια ποσά για την υγεία τους (31% του συνόλου της δαπάνης) στα οποία περιλαμβάνονται και οι άτυπες πληρωμές (φακελάκι). Αυτά τα ποσοστά οδηγούν την Ελλάδα στη δεύτερη υψηλότερη θέση σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ στις ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία, με πρώτη χώρα την Χιλή (33% ιδιωτικές δαπάνες έναντι 31% της Ελλάδας). Τα αντίστοιχα ποσοστά στις χώρες της ΕΕ είναι πολύ χαμηλότερα, με τους πολίτες να πληρώνουν ελάχιστα για την περίθαλψή τους. Στις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών είναι υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο αλλά

σημαντικά χαμηλότερο από την Ελλάδα. Έτσι στην Πορτογαλία οι ιδιωτικές δαπάνες αγγίζουν το 27% της συνολικής δαπάνης, στην Ισπανία το 24% και την Ιταλία το 22%. Αντίθετα, οι Γάλλοι καλύπτουν με ιδιωτικές δαπάνες το 7% της συνολικής δαπάνης για την υγεία, οι Γερμανοί το 13% και η Τουρκία το 17%. Η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης στην Ελλάδα οφείλεται σε αύξηση των απευθείας πληρωμών για την ιδιωτική υγεία από τα νοικοκυριά. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται «ιδιωτικοποιημένο» κυρίως εξαιτίας της υποχρηματοδότησης του δημόσιου συστήματος υγείας (Siskou et al, 2008). Οι άτυπες πληρωμές (παραοικονομία) αντιστοιχούν σε σημαντικό τμήμα των ιδιωτικών πληρωμών και φτάνουν περίπου στο 30%. Οι πληρωμές αυτές είναι πολύ συχνές, καλύπτουν την ανεπάρκεια του προϋπολογισμού για την υγειονομική περίθαλψη, όμως προκαλούν ανισότητες στην υγεία σε βάρος κυρίως των φτωχών και ευάλωτων ομάδων (Λιαρόπουλος, 2008; Καϊτελίδου, 2013).

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών έφτασε στο υψηλό σημείο του 13,2% το 2006 (ΟΟΣΑ, 2013). Μετά την εισαγωγή των εκτεταμένων μέτρων λιτότητας, η Ελλάδα είχε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην ΕΕ, το οποίο το 2012 βρισκόταν στο 11,5% ενώ ο μέσος όρος στην ΕΕ ήταν 15%. Την περίοδο 2009-2012 η συνολική δαπάνη για την υγεία μειώθηκε κατά 5,4 δις (23,7%). Την ίδια περίοδο η δημόσια δαπάνη για την υγεία μειώθηκε κατά ένα μεγαλύτερο ποσοστό (25,2% ή 4 δις ευρώ). Ειδικότερα, η Τρόικα απαίτησε μεγαλύτερες περικοπές να γίνουν στη νοσοκομειακή και φαρμακευτική δαπάνη. Οι συνολικές δαπάνες στον τομέα των δημόσιων νοσοκομείων (μόνο για ενδονοσοκομειακή φροντίδα) μειώθηκαν κατά 8%, από 7 δις το 2009 σε 6,4 δις ευρώ το 2012 (ΕΛΣΤΑΤ, 2014). Αυτό επιτεύχθηκε με σημαντικές μειώσεις στις προμήθειες των νοσοκομείων (ιατρικές προμήθειες, ορθοπεδικά και φαρμακευτικά προϊόντα κλπ) και με περικοπές σε μισθούς και επιδόματα του υγειονομικού προσωπικού.

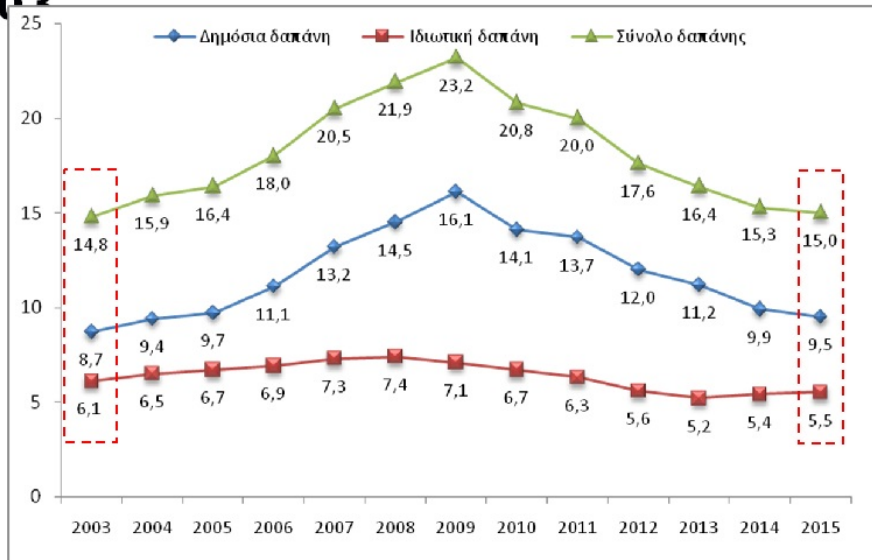
Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003 - 2015)



Διάγραμμα 2.6: Εξέλιξη της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα (συνολικής, ιδιωτικής και δημόσιας) στο χρονικό διάστημα 2003-2015.

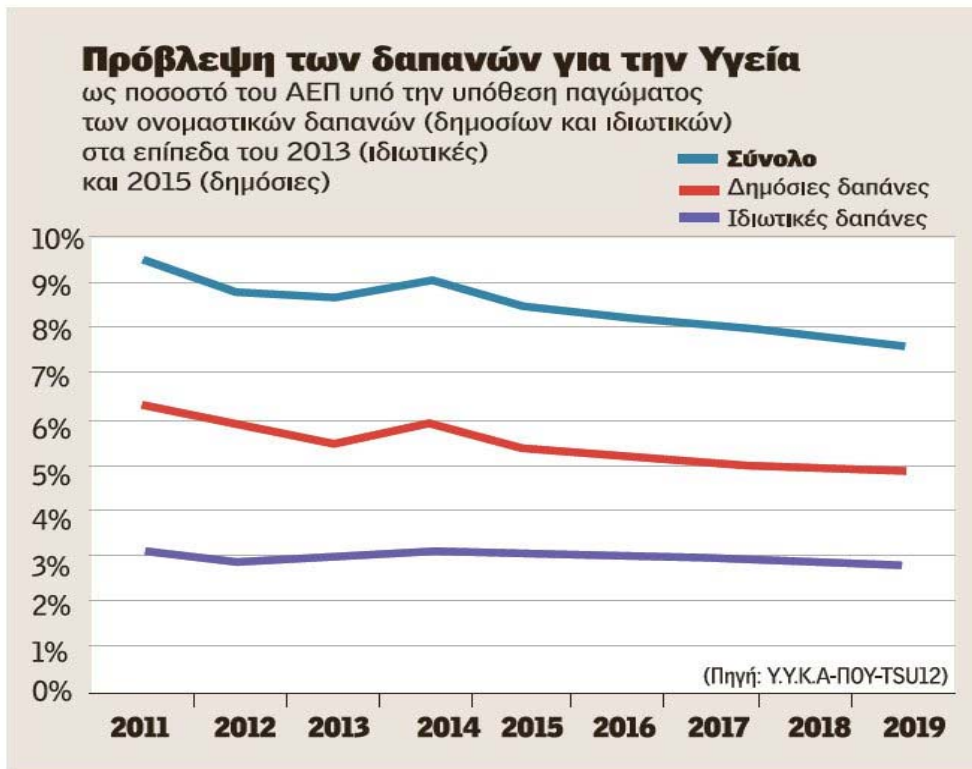
Μείωση των δαπανών υγείας σε επίπεδα 2003

11

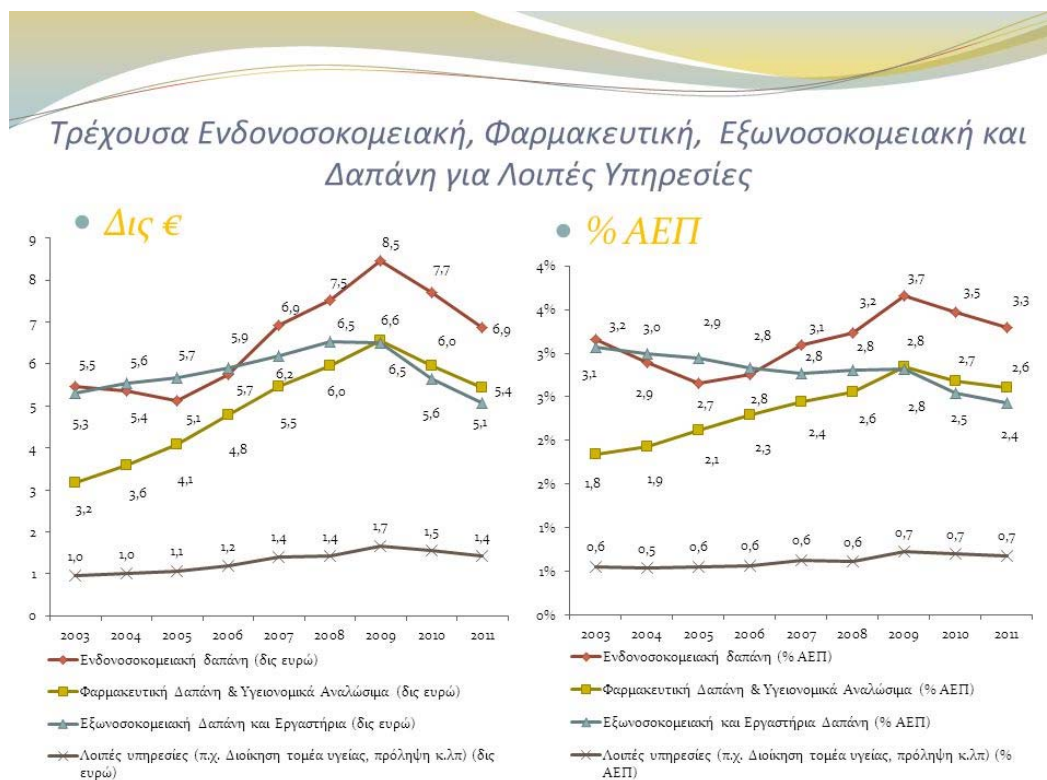


Πηγή: OECD (2015), Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013, 2014 : εκτιμήσεις, 2015 : προβλέψεις

Διάγραμμα 2.7: Μείωση των δαπανών υγείας στην περίοδο 2003-2015.

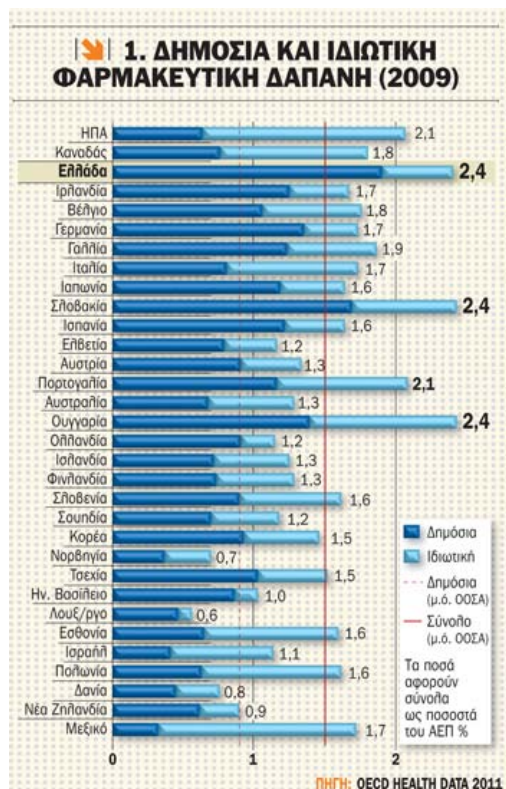


Διάγραμμα 2.8: Πρόβλεψη των δαπανών για την υγεία έως το 2019 που καταδεικνύει την πτωτική πορεία τους.



Διάγραμμα 2.9: Η ενδονοσοκομειακή, φαρμακευτική, εξωνοσοκομειακή και η

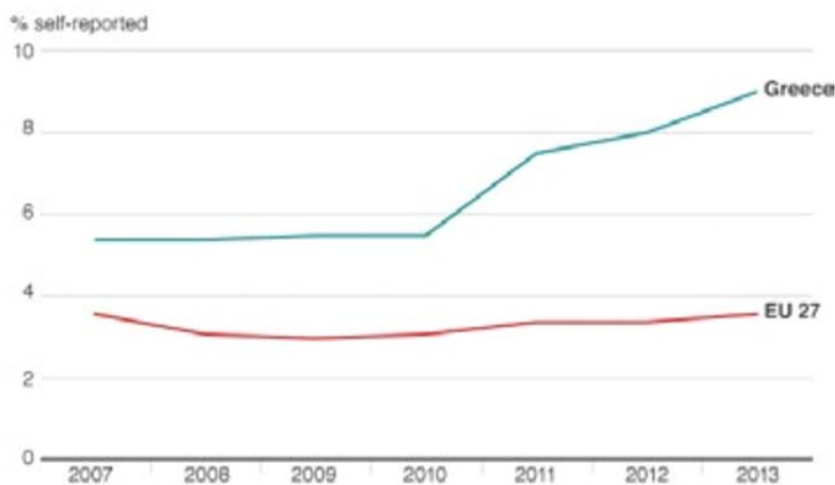
δαπάνη για λοιπές υπηρεσίες στο διάστημα 2003-2011, εκφρασμένες σε δις ευρώ και ως ποσοστό του ΑΕΠ.



Διάγραμμα 2.10: Δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη του 2009 στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία μετά το 2009, καθώς από €456 ανά κάτοικο, μειώθηκε στα €183 το 2014. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (διαθέσιμα στοιχεία για 22 χώρες), προκύπτει ότι η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη από €284 το 2009 υποχώρησε στα €260 το 2013. Αντίστοιχα στην Ευρωζώνη (διαθέσιμα στοιχεία για 17 χώρες) η κατά κεφαλήν δαπάνη υποχώρησε το 2013 στα €295, έναντι €323 το 2009. Επιπλέον, τα χρέη του ΕΟΠΥΥ αυξήθηκαν μόνο μέσα στο 2015 κατά 1 δις ευρώ. Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα η δυσκολία στην πρόσβαση σε αυτές ήταν πάντοτε μεγαλύτερη από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά μετά το 2010 η διαφορά αυτή έχει μεγαλώσει ακόμη περισσότερο.

Σχήμα 1: Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και καθυστέρησης



Πηγή: Eurostat, 2014

Διάγραμμα 2.11: Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και καθυστέρησης.

Στις περιόδους οικονομικών κρίσεων έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους επιστήμονες από διάφορους κλάδους και έχει δοθεί έμφαση στις συνέπειές τους στον τομέα της δημόσιας υγείας. Είναι γεγονός όμως ότι η υγεία του πληθυσμού ως πολυπαραγοντικό και σύνθετο ζήτημα είναι δύσκολο και πολλές φορές αδύνατο να διερευνηθεί, ενώ οι οικονομικές επιπτώσεις διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τις χώρες και τις εποχές, εμφανίζοντας πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά, αιτιολογία, διάρκεια και ένταση, καθώς και ποικίλες πολιτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συνεπειών τους.

Πολλές μελέτες σε διεθνές επίπεδο κατέδειξαν μείωση του προσδόκιμου ζωής, αύξηση των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας, χειροτέρευση της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ) και υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών (π.χ. κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, κατανάλωση οινοπνεύματος, έλλειψη σωματικής άσκησης, κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας) σε περιόδους κρίσεων. Στην Ελλάδα η κρίση είχε και εξακολουθεί να επηρεάζει και τη δομή της κοινωνίας, αφού όπως αποδείχτηκε ο πληθυσμός της χώρας από το 2010 έχει μειωθεί κατά 250.000 ανθρώπους, εξαιτίας δυο παραγόντων: της μείωσης των γεννήσεων και της αύξησης της μετανάστευσης. Ειδικότερα, οι γεννήσεις έπεσαν κάτω από τις 100.000

ετησίως το 2013, αριθμός που έχει να εμφανιστεί από το 1932 στην ελληνική ιστορία, ενώ το 2014 μειώθηκαν ακόμη περισσότερο (ΔιαΝέοσις,2016).

Στο δυσμενές περιβάλλον της κρίσης με τις συνεχείς μειώσεις των τιμών των φαρμάκων και τις χρηματικές επιστροφές (clawback και rebate), οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες έχουν να αντιμετωπίσουν τους μεγάλους πολυεθνικούς ομίλους που δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά και την ασταθή πολιτική στο χώρο της υγείας. Προκειμένου να εξασφαλίσουν την απαιτούμενη ρευστότητα στρέφονται όλο και πιο έντονα στις εξαγωγές, αφού οι χώρες του εξωτερικού προσφέρουν πληρωμές εντός των προθεσμιών. Η αρνητική συνέπεια αυτού του φαινομένου είναι η εμφάνιση σημαντικών ελλείψεων φαρμάκων εγχώριας παραγωγής και η εισαγωγή μεγάλων ποσοτήτων γενόσημων φαρμάκων από χώρες παραγωγής χαμηλού κόστους. Αυτές οι εισαγωγές όμως επιβαρύνουν τον ΕΟΦ με επιπρόσθετους ελέγχους ποιότητας των ξένων φαρμακευτικών προϊόντων, γεγονός που αυξάνει τη δημόσια δαπάνη. Επιπλέον, οι ελλείψεις επιδεινώνουν την υγεία των ασθενών που στερούνται τα συνήθη φάρμακά τους και επίσης τους δημιουργούν αίσθημα ανασφάλειας, διότι αμφιβάλλουν για την ποιότητα των εισαγόμενων φαρμάκων. Μια άλλη συνέπεια των εξαγωγών είναι οι αποσύρσεις φαρμακευτικών σκευασμάτων από την ελληνική αγορά, τα οποία αντικαθίστανται από άλλα ακριβότερα, που αυξάνουν τη φαρμακευτική δαπάνη. Προκειμένου να αρθούν οι αμφιβολίες ασθενών και επαγγελματιών υγείας όσον αφορά στα ζητήματα βιοϊσοδυναμίας και στην εφαρμογή της υποκατάστασης φαρμάκων στην κλινική πράξη το ελληνικό κράτος οφείλει να αναπτύξει νέες πολιτικές προώθησης των γενοσήμων. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να ενισχυθεί η συνταγογράφησή τους και η χώρα να αποκομίσει σημαντικά οικονομικά οφέλη (Ξανθοπούλου&Κατσαλιάκη,2016:589,592).

Η βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών στη χώρα μας αποτελεί ένα ζήτημα κρίσιμης σημασίας, τόσο για την κοινωνία όσο και για τον κάθε πολίτη ξεχωριστά. Κάθε σύστημα υγείας οφείλει να εξασφαλίζει στους πολίτες α) άμεση και ισότιμη πρόσβαση, β) υπηρεσίες ποιοτικές και κλινικά αποτελεσματικές και γ) υπηρεσίες οικονομικά αποδοτικές. Επίσης, άλλους στόχους του ΕΣΥ αποτελούν η κατοχύρωση του αισθήματος ασφάλειας και η παροχή ίσων ευκαιριών για όλους τους πολίτες (WHO,2000).

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Η αναγκαιότητα των μεταρρυθμίσεων στην περίοδο της ύφεσης

Η πολιτική της υγείας αποτελεί συστατικό στοιχείο συγκρότησης των σύγχρονων πολιτειών. Μια βασική συνιστώσα της πολιτικής υγείας είναι οι μεταρρυθμίσεις, οι οποίες στην Ελλάδα ακολούθησαν μια πορεία «μετέωρων βημάτων» (Σισσούρας,2012). Η οικονομική κρίση ανέδειξε την ανάγκη για ριζική αναδιοργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και την ισότιμη και καθολική κάλυψη όλου του πληθυσμού της χώρας. Στην υγεία, ως μεταρρύθμιση ορίζεται η επαναδιαμόρφωση των σπουδαιότερων δομικών χαρακτηριστικών του συστήματος σε εθνικό επίπεδο (Bloom,2000;Ματάκος,2012). Η αλλαγή συμβαίνει με δύο τρόπους τουλάχιστον: από τη μια πλευρά, η δημοσιονομική εξυγίανση, δηλαδή η προσπάθεια για μείωση των ελλειμμάτων του προϋπολογισμού μέσω πολιτικών λιτότητας, μπορεί να στερήσει από το κράτος πρόνοιας πολύτιμους πόρους, εκτός και αν ληφθεί ειδική μέριμνα για την προστασία των κοινωνικών παροχών και υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, η κρίση μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης για την αλλαγή. Μια «κρίσιμη συγκυρία» όπως η παρούσα ύφεση καθιστά τις μεταρρυθμίσεις πιο επείγουσες από ποτέ και μπορεί να κινητοποιήσει εκτεταμένους μετασχηματισμούς (Pierson,2004). Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι απαραίτητος για τρεις λόγους (Μινογιάννης,2012): α) Οι δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης έχουν συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στον εκτροχιασμό των οικονομικών του κράτους, β) η κρίση και η συνεχιζόμενη ύφεση αφαιρούν κεφάλαια και πόρους από το σύστημα υγείας και γ) οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν τον πληθυσμό της χώρας να αντιμετωπίσει τις συνολικές συνέπειες της κρίσης.

Το ζήτημα των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας κατέχει μεγάλο τμήμα της διεθνούς βιβλιογραφίας, όπου συνδέεται με θέματα όπως η πολιτική ηγεσία, ο οργανωτικός μετασχηματισμός, η κλινική βελτίωση κλπ. Ωστόσο, τρεις κατηγορίες μεταρρυθμίσεων εμφανίζονται συχνότερα: Η πρώτη αφορά στα μέτρα βελτίωσης του συστήματος, όπως είναι η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων, τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία και η διαχείριση της νόσου. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τις

πολιτικές μετασχηματισμού του συστήματος, όπως ο σαφής καθορισμός προτεραιοτήτων και θεσμικής εναρμόνισης. Αυτές είναι οι «πραγματικές» μεταρρυθμίσεις για τους αναλυτές, διότι προκαλούν θεμελιώδεις αλλαγές στο σύστημα μέσω βελτιωτικών μέτρων, χωρίς να το μεταμορφώνουν εξολοκλήρου. Η τρίτη κατηγορία, που δεν παρατηρείται συχνά, περιλαμβάνει τις μεταρρυθμίσεις που διατηρούν το σύστημα. Μολονότι αυτό είναι οξύμωρο διότι οι μεταρρυθμίσεις δεν συντηρούν το σύστημα αλλά το μεταβάλλουν, τέτοιες αλλαγές είναι σημαντικές για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας (Μινογιάννης,2012;Brown,2006). Το πρόβλημα των μεταρρυθμίσεων στη χώρα μας εντοπίζεται στο μεγάλο χάσμα ανάμεσα στην ανάλυση της στρατηγικής τους και στην υλοποίησή της. Με άλλα λόγια, η Ελλάδα πρέπει να σχεδιάσει πολιτικές υγείας με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας και ταυτόχρονα να αλλάξει τους διαθέσιμους μηχανισμούς λήψης αποφάσεων του συστήματος με τέτοιο τρόπο που θα επιτρέψει στις πολιτικές να εφαρμοστούν.

Η ανάγκη ριζικής μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας δεν επιδέχεται αμφισβήτηση. Στο παρελθόν, η πορεία πραγμάτωσης των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας εμφανίζεται κατακερματισμένη, ενώ ήταν έκδηλη η ανάγκη να τεθεί σε εφαρμογή μια σειρά από στρατηγικές διαδικασίες και μεθόδους ώστε να επιτευχθεί η βελτιστοποίηση του ΕΣΥ. Από καιρό σε καιρό σχεδιάζονταν διάφορες μεταρρυθμίσεις για την υγεία, οι οποίες δεν τελεσφόρησαν ποτέ. Μια τέτοια ήταν η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, που θεσμοθετήθηκε το 1983 και η οποία ακολούθησε μια μετέωρη πορεία μεταξύ μιας αξιολογής ανάπτυξης υποδομών και υπηρεσιών ιατρικής υποστήριξης και μιας κατάστασης που χαρακτηρίζεται από θεσμική ανεπάρκεια, χαμηλές αποδόσεις και μεγάλη δυσαρέσκεια των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

3.2 Αρνητικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας πριν την κρίση

Ο σχολιασμός των ανεπαρειών του ελληνικού συστήματος υγείας είναι απαραίτητος προκειμένου να κατανοήσουμε τη χαμηλή αποτελεσματικότητά του, την αναγκαιότητα των μεταρρυθμίσεων και το βαθμό στον οποίο οι αλλαγές που επιχειρούνται στο πλαίσιο των μνημονίων βελτιώνουν ή όχι τις υπάρχουσες ανεπάρκειες. Πριν την κρίση ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα δεν έπασχε από

έλλειψη πόρων. Αντιθέτως, υπήρχε υπερπροσφορά γιατρών, νοσοκομειακών κλινών και βιοϊατρική τεχνολογία μεγάλου κόστους, ενώ η δαπάνη της υγείας έφτανε σε υψηλά επίπεδα. Παρόλα αυτά η κοινή γνώμη είχε σε χαμηλή εκτίμηση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η περίθαλψη κόστιζε ακριβά και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας βάραιναν δυσανάλογα τους φτωχότερους και ηλικιωμένους ασθενείς. Στις ρίζες αυτού του παράδοξου βρίσκεται ένα κρίσιμο σφάλμα σχεδιασμού. Συγκεκριμένα, ενώ το αρχικό σχέδιο νόμου για το ΕΣΥ προέβλεπε τη συγχώνευση όλων των ταμείων υγείας σε έναν Ενιαίο Φορέα Υγείας, η πολιτική βούληση διατήρησε τον κατακερματισμό των ταμείων (μοντέλο Bismarck) παράλληλα με το ΕΣΥ (μοντέλο Beveridge). Αυτή η παράδοξη συνύπαρξη στο ίδιο σύστημα των μοντέλων Beveridge και Bismarck έγινε η πηγή πολλών προβλημάτων αφού η πολύμορφη κοινωνική ασφάλιση αναπαρήγαγε και μετέφερε τις κοινωνικές ανισότητες από το πεδίο των εισοδημάτων στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας, επιτρέποντας στις πιο εύπορες ομάδες να αυτοεξαιρούνται από την αναγκαστική αλληλεγγύη ενός ενιαίου συστήματος. Επιπλέον, η συνύπαρξη αυτή εκτόξευσε στα ύψη το διαχειριστικό κόστος, εμποδίζοντας το ΕΣΥ και τα ταμεία να λειτουργήσουν ως μονοψωνιακές δυνάμεις, δηλαδή ως προνομιακοί αγοραστές. Το αποτέλεσμα ήταν η Ελλάδα να έχει ένα σύστημα που συνδυάζει τα μειονεκτήματα των δυο μοντέλων, χωρίς κανένα από τα πλεονεκτήματά τους. Το σφάλμα στον σχεδιασμό του συστήματος υγείας συνδυάστηκε με πλήθος άλλων παραγόντων που συνέβαλαν στην αποτυχία του συστήματος.

Επιπλέον, στην Ελλάδα οι θεσμικές αλλαγές που επέκτειναν τα κοινωνικά προγράμματα πραγματοποιήθηκαν σε πολύ μικρότερο χρονικό διάστημα από ό,τι στη βορειοδυτική Ευρώπη, με συνέπεια να δημιουργηθούν συγκριτικά ασθενέστερες νέες δομές και θεσμοί. Η εισαγωγή του θεσμού του ΕΣΥ επιχειρήθηκε σε μια εποχή κατά την οποία τα κοινωνικά κράτη της βορειοδυτικής Ευρώπης και ιδιαίτερα οι Αγγλοσαξωνικές χώρες διένυαν μια περίοδο δραστικών πολιτικών συρρίκνωσης και πολιτικο-ιδεολογικής αποδυνάμωσης της νομιμοποίησής τους. Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί εντάθηκαν κατά την πορεία προς την ΟΝΕ, ενώ παράλληλα ενισχύθηκε η κατευθυντήρια γραμμή της ΕΕ για τη συγκράτηση του κόστους των κοινωνικών προγραμμάτων, όπως φαίνεται από τη «Στρατηγική της Λισαβόνας» και τη «Στρατηγική για την Ευρώπη-2020», όπου η έμφαση στην οικονομική βιωσιμότητα επισκιάζει την επάρκεια των παροχών. Αυτή η τάση συρρίκνωσης ενισχύθηκε περαιτέρω από την τρέχουσα οικονομική κρίση (Πετμεζίδου, 2014). Μια έρευνα του

2007 καταδεικνύει ότι τα δυο τρίτα του ελληνικού πληθυσμού θεωρούσαν τις υπηρεσίες από ειδικούς γιατρούς ως οικονομικά δυσβάστακτες και περίπου το 30-50% των ερωτώμενων είχαν την ίδια άποψη για όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας.

3.2.1 Εξέλιξη του ΕΣΥ : Ευρωπαϊκή ενοποίηση, ίδρυση και μετασχηματισμός

Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί ορόσημο στην πορεία της πολιτικής υγείας της Ελλάδας. Πριν από την ίδρυση του ΕΣΥ η Ελλάδα χαρακτηριζόταν από μία υγειονομική υπανάπτυξη (Ζηλίδης,205:19). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας συγκαταλέγεται στην κατηγορία των μεικτών μοντέλων, με την έννοια ότι εξυπηρετείται από την κρατική δραστηριότητα και συνυπάρχει με ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές, καθώς και με ένα ποικίλο φάσμα ασφαλιστικών φορέων που χορηγούν παροχές υγείας. Όσον αφορά στην ιδεολογική βάση ή τη βάση του συστήματος αξιών και αρχών, το σύστημα υγείας που αναπτύχθηκε στην Ελλάδα αντανακλά, στις δομικές μονάδες και στη λειτουργία του, τη συντηρητική πολιτική ιδεολογία. Η δόμησή του ακολουθούσε πιστά την ανάπτυξη της χώρας και εξελισσόταν με βάση την ιδεολογία και το σύστημα αξιών, το οποίο έδινε στην υγεία θέση «οικονομικού αγαθού» και επέβαλλε τον πλήρη έλεγχο του τρόπου παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας (Σισσούρας,2012).

Ο νόμος της ίδρυσης του ΕΣΥ, 1397/1983, επιχείρησε να επιλύσει προβλήματα που ταλάνιζαν το χώρο της υγείας, όπως το χαμηλό ποσοστό του ΑΕΠ που αντιστοιχούσε στις δαπάνες για την υγεία, την κατάτμηση της ασφάλισης σε μεγάλο αριθμό φορέων καθώς και τις συνακόλουθες ανισότητες στην έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μεταξύ των διάφορων κοινωνικοοικονομικών ομάδων του πληθυσμού και των γεωγραφικών περιοχών. Άλλα ζητήματα που σκόπευε να αντιμετωπίσει το ΕΣΥ ήταν η διαφοροποίηση της χρηματοδότησης μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και η αυξανόμενη καταβολή ιδιωτικών πληρωμών από τους ασθενείς. Σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη, οι σύγχρονοι κοινωνικοί θεσμοί και η ίδρυση εθνικού συστήματος υγείας εισήχθησαν με μεγάλη καθυστέρηση στην Ελλάδα. Η δημιουργία του ΕΣΥ ήταν η πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια του κράτους για την κατοχύρωση της καθολικής κοινωνικής προστασίας

της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος για κάθε άτομο/πολίτη μιας ευνομούμενης δημοκρατικής κοινωνίας. Επίσης, με το ΕΣΥ επιχειρήθηκε η εφαρμογή ενός πλαισίου αρχών και ενιαίων κανόνων λειτουργίας σε ένα κατακερματισμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου,2005). Το ΕΣΥ επέκτεινε την υγειονομική κάλυψη και στις αγροτικές περιοχές με την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας και δημόσιων νοσοκομείων και τη θεσμοθέτηση του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκαν οι ανθρώπινοι πόροι για την Υγεία, καθώς και οι δημόσιες δαπάνες (από 3,8% το 1980 ανήλθαν σε 5% το 1992) (Tragakes, Polyzos, 1998& Niakas, 1995; Sissouras, Karokis, Mossialos, 1994).

Οι βασικοί άξονες ανάπτυξης του ΕΣΥ ήταν οι ακόλουθοι:

- ο η αποκέντρωση του συστήματος υγείας και η ισόρροπη περιφερειακή ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας
- ο η ανάπτυξη πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με την ίδρυση ενός επαρκούς δικτύου Κέντρων υγείας στις μη αστικές περιοχές
- ο η ενιαία οργανωτική, διοικητική, λειτουργική και οικονομική διάρθρωση των νοσοκομείων
- ο η εφαρμογή του θεσμού του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΕΣΥ

Παρά την αναμφισβήτητη αυτή πρόοδο, ο εκσυγχρονισμός του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελεί ακόμη κεντρικό πολιτικό διακύβευμα. Η επισκόπηση της θεσμικής εξέλιξης του ΕΣΥ αναδεικνύει τη «νομοθετική αταξία» και την αναπαραγωγή ρυθμίσεων για τις οποίες δεν καθίσταται σαφές αν καταργούνται ή αν τροποποιούν προγενέστερες ρυθμίσεις. Επιπλέον, επισημαίνεται ένας μεγάλος αριθμός ρυθμίσεων αμφίβολης συνταγματικότητας ή «εφικτότητας» που παρέμεναν ανενεργές χωρίς όμως να καταργούνται (Σουλιώτης,2005). Η χρόνια απουσία μιας ενιαίας πολιτικής στον τομέα της υγείας ευθύνεται για τη διαίωνιση των προβλημάτων του συστήματος υγείας. Η περίοδος ίδρυσης του ΕΣΥ συνέπεσε με το πρώτο διάστημα συμμετοχής της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση. Οι σχεδιαστές του ελληνικού συστήματος υγείας στη δεκαετία του 1980 είχαν ως πρότυπο τα υγειονομικά συστήματα των αναπτυγμένων χωρών της Ευρώπης και γι' αυτό το λόγο πίστευαν ότι το ΕΣΥ θα έπρεπε υποχρεωτικά να περάσει από το στάδιο

των γενναίων επενδύσεων σε προηγμένη ιατρική τεχνολογία και υποδομές και της οικοδόμησης ενός άρτιου δημόσιου νοσοκομειακού τομέα, όπως συνέβαινε εκείνη την εποχή στα ευρωπαϊκά νοσοκομεία. Την ίδια περίοδο η κοινωνική πολιτική της Ελλάδας έτεινε να εναρμονιστεί με τα ευρωπαϊκά δεδομένα με μέτρα για την προστασία της υγείας των εργαζομένων, για τις ομαδικές απολύσεις κλπ.

Η ίδρυση του ΕΣΥ συνδέεται με το όραμα για εδραίωση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού και την κατοχύρωση της αποκλειστικής κρατικής ευθύνης για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε κάθε πολίτη σε όλη την επικράτεια. Για την προάσπιση της υγείας των πολιτών το κράτος ανέλαβε την παροχή υπηρεσιών υγείας τόσο σε επίπεδο περίθαλψης, αποκατάστασης και επανεξέτασης, όσο και σε επίπεδο εφαρμογής προληπτικών μέτρων, που προάγουν μια θετική συμπεριφορά υγείας. Με πρότυπο το βρετανικό υγειονομικό σύστημα η ίδρυση του ΕΣΥ είχε ως στόχο τη δημιουργία ενός σημαντικού δημόσιου μονοπωλίου στο χώρο της υγείας όμως με έντονα στοιχεία κοινωνικής ασφάλισης.

Την περίοδο της σοσιαλιστικής διακυβέρνησης 1981-1989 ξεκινά η σύσταση υγειονομικών περιφερειών με περιφερειακά συμβούλια υγείας (ΠΕΣΥ), τη μετατροπή των νοσοκομείων σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, τη διάκριση των νοσοκομείων σε περιφερειακά και νομαρχιακά, την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών γιατρών, την ίδρυση αστικών και αγροτικών κέντρων υγείας και την απαγόρευση ίδρυσης και επέκτασης ιδιωτικών κλινικών. Ωστόσο, δεν αντιμετωπίστηκαν επαρκώς ζητήματα αποδοτικότητας, ισότητας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών, διαχείρισης-διοίκησης και περιφερειακής αποκέντρωσης (Οικονόμου,2004:203). Διάφοροι παράγοντες, όπως η γραφειοκρατική διοίκηση, το πελατειακό σύστημα, ο ελλιπής σχεδιασμός, η έλλειψη τεχνογνωσίας για τη διαχείριση των μελλοντικών αλλαγών, οι ελλείψεις δυνατότητες διοίκησης σε συνδυασμό με τις υπέρογκες κοινωνικές δαπάνες (κυρίως στις συντάξεις) και την στασιμότητα στις δαπάνες υγείας δυσχέραναν την υλοποίηση του αρχικού οράματος για το ΕΣΥ.

Στη δεκαετία του 1990 σημειώνεται μια στροφή του ΕΣΥ προς τον φιλελευθερισμό, με χαρακτηριστικά την προσπάθεια ελέγχου των δημόσιων δαπανών υγείας, τον περιορισμό του ρόλου του κράτους στη χρηματοδότηση και μεταφορά σημαντικού μέρους της υγειονομικής δαπάνης στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και την ενθάρρυνση της ιδιωτικοποίησης και αποκρατικοποίησης στο χώρο της υγείας. Το ΕΣΥ αποτελεί ένα μικτό σύστημα που εξυπηρετείται από την κρατική

δραστηριότητα, διατηρώντας παράλληλα τη λειτουργία ιδιωτικών ιατρείων και κλινικών, καθώς και την πολλαπλότητα των ασφαλιστικών φορέων που χορηγούν παροχές υγείας. Ο νόμος 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας προέβλεπε την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες, την ενδυνάμωση του ιδιωτικού τομέα έναντι της κρατικής δραστηριότητας στην παροχή υπηρεσιών, τη δυνατότητα επιλογής για τους γιατρούς του ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής, το δικαίωμα επιλογής γιατρού και νοσηλευτηρίου από τους πολίτες αντί της δημόσιας κατοχύρωσης του δικαιώματος πρόσβασης, τον περιορισμό του ρόλου του κράτους στη χρηματοδότηση με παράλληλη αύξηση της συμβολής της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτικών δαπανών καθώς και τη δυνατότητα σύμβασης ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτικών νοσοκομείων καθώς και διαγνωστικών κέντρων (Οικονόμου, 2004:205). Στη συνέχεια, ο νόμος 2194/94 έτεινε στην αποκατάσταση του αρχικού οράματος του ΕΣΥ όπως αυτό θεμελιώθηκε με το νόμο 1397/1983. Στον άξονα αυτό εφαρμόστηκαν διορθωτικά μέτρα που κατήγγησαν αρκετές από τις διατάξεις του νόμου του 1992.

Παρά τις δυο παραπάνω μεταρρυθμίσεις παρέμεναν άλυτα τα προβλήματα που αφορούσαν τη χρηματοδότηση, την απουσία κατάλληλων διαχειριστικών μηχανισμών, τον διοικητικό συγκεντρωτισμό, την έλλειψη μέτρων ελέγχου του κόστους, την ανεπάρκεια της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, την απουσία μέτρων ποιοτικού ελέγχου των υπηρεσιών, την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού και τους μηχανισμούς κατανομής των υγειονομικών πόρων. Το 1997 ο νόμος 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» ανέδειξε την κατεύθυνση σε περισσότερο τεχνοκρατικές προσεγγίσεις, καθώς προέβλεπε την ίδρυση ινστιτούτου έρευνας και ελέγχου ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, τη σύσταση οργάνων προστασίας δικαιωμάτων ασθενών, τη σύσταση συμβουλίου συντονισμού και ενιαίας δράσης υπηρεσιών υγείας και δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο νόμος του 1997 εστίασε στην οργάνωση και διαχείριση του συστήματος υγείας, στην αλλαγή στη διοίκηση και τη χρηματοδότηση και στην αναδιαμόρφωση της ΠΦΥ, όμως οι καινοτόμες διατάξεις του δεν εφαρμόστηκαν με αποτέλεσμα να αναπαράγονται οι δομικές και λειτουργικές αδυναμίες του ΕΣΥ. Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2004) η αποτυχία εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων οφειλόταν στην απουσία σθεναρής πολιτικής υγείας και στο διαχωρισμό του ΕΣΥ από το ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας της Ελλάδας.

Η μετάβαση του σύγχρονου ελληνικού κράτους από το αναπτυξιακό και παρεμβατικό μοντέλο που επικρατεί μέχρι τη δεκαετία του 1980, στο σταθεροποιητικό μοντέλο που κυριάρχησε τη δεκαετία του 1990 κατά την προετοιμασία της Ελλάδας για την ένταξη στην ΟΝΕ συντέλεσε στη φιλελευθεροποίηση της οικονομίας, όμως το μέγεθος του κράτους δεν υποχώρησε καθόλου, αλλά αντιθέτως συνέχισε να αυξάνεται και μαζί του να μεγεθύνεται και το δημόσιο χρέος. Οι υπάρχουσες αδυναμίες του ΕΣΥ οδήγησαν το 2000 σε νέο σχεδιασμό μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ με σκοπό την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, ο υπουργός Αλέκος Παπαδόπουλος δημιούργησε ένα σχέδιο με 200 προτάσεις, στις οποίες περιλαμβανόταν η σύσταση του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΙΠΥ). Ο ΟΔΙΠΥ, ο νέος ασφαλιστικός φορέας, θα ενσωμάτωνε τους τέσσερις βασικούς ασφαλιστικούς φορείς (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) και θα ήταν υπεύθυνος για τη συγκέντρωση και διαχείριση των πόρων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών και των υπόλοιπων φορέων ασφάλισης υγείας σε εθελοντική βάση. Επίσης, στο ίδιο σχέδιο για την υγεία προβλεπόταν η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών του ΕΣΥ και η απαγόρευση των πανεπιστημιακών γιατρών να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία ή να συνεργάζονται με τον ιδιωτικό τομέα. Ενδεικτικά, άλλες προτάσεις ήταν η αναβάθμιση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), η θέσπιση χάρτας δικαιωμάτων των ασθενών, η σύνδεση των πολιτικών πρόνοιας και υγείας με την πρόληψη και την κοινωνική φροντίδα, η κατάρτιση από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες σαφών προγραμμάτων ιατρικής κάλυψης και η ενθάρρυνση του εθελοντισμού και των ΜΚΟ.

Άλλα κύρια σημεία της νέας μεταρρυθμιστικής πρότασης του 2000 αφορούσαν την ενίσχυση της αποκέντρωσης μέσω της θέσπισης Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ), την ανάπτυξη της ΠΦΥ, τη θεσμοθέτηση του οικογενειακού γιατρού, τη βελτίωση της ποιότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας με τη θεσμοθέτηση νέων μηχανισμών χρηματοδότησης, διαχείρισης και διοίκησης. Η μεταρρυθμιστική προσπάθεια για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ προωθήθηκε με τον νόμο 2889/2001 και αναφερόταν κυρίως στην αποκέντρωση του ΕΣΥ μέσω της δημιουργίας δεκαεπτά ΠΕΣΥ, στον διορισμό διοικητών στα νοσοκομεία κ.α. Στις θετικές εκβάσεις της προσπάθειας ανήκει η δημιουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων στην περιφέρεια που σηματοδοτεί τα τέλη της δεκαετίας 2000.

Το πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων της δεκαετίας του 2000 στον τομέα της υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως προσπάθεια σύγκλισης με τις ευρωπαϊκές τάσεις που επικρατούσαν στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες τις τελευταίες δεκαετίες. Η προώθηση αυτής της πολιτικής υγείας συνάντησε διάφορα εμπόδια: ανεπάρκειες σε επίπεδο σχεδιασμού, προγραμματισμού, υλοποίησης και αξιολόγησης της πολιτικής, μη ορθή διαχείριση των πόρων και προβλήματα στη διασφάλιση συνθηκών συναίνεσης μεταξύ των κοινωνικών εταίρων. Υπήρξαν έντονες αντιδράσεις από την πλευρά του ιατρικού κόσμου, καθώς και των εργαζομένων στο Υπουργείο Υγείας, στα νοσοκομεία και στα ασφαλιστικά ταμεία («ευγενή» ταμεία, ΙΚΑ) (Mossialos & Allin, 2005). Επίσης, η προσπάθεια αναδιάρθρωσης της ΠΦΥ δεν παρουσίασε πρόοδο. Από την πλευρά της ΕΕ, η επίδραση των ήπιων ευρωπαϊκών πολιτικών στον τομέα της υγείας σ' εκείνη την περίοδο υπήρξε ασήμαντη, αφού η αντίστοιχη ΑΜΣ δεν είχε ολοκληρωθεί (Οικονόμου, 2004).

Την περίοδο 2003-2004 έλαβαν χώρα τέσσερις σημαντικές δημόσιες πολιτικές στον τομέα της υγείας. Πρόκειται για την σύσταση οργάνων αρμόδιων για τον στρατηγικό σχεδιασμό και τον συντονισμό της δημόσιας υγείας, την αναδιοργάνωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), τη μεταρρύθμιση του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης για την απόκτηση ειδικότητας και τη σύνταξη του Κώδικα άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικής δεοντολογίας. Οι επιμέρους, τομεακές αυτές παρεμβάσεις επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συνολική λειτουργία του συστήματος υγείας και ταυτόχρονα συνιστούν τομή για τη θεσμική διαρρύθμιση της πολιτικής υγείας. Οι προσπάθειες για βελτίωση του ΕΣΥ με τους νόμους 2889/2001 και 3329/2005 ήρθαν αντιμέτωπες με το γενικό νομικό και θεσμικό πλαίσιο το οποίο ισχύει στον ελληνικό δημόσιο τομέα, ο οποίος με τον συγκεντρωτικό χαρακτήρα του στέρησε από τις Υγειονομικές Περιφέρειες την ανάπτυξη καινοτόμων δράσεων για τη βελτίωση της παραγωγικότητας και της οικονομικής αποτελεσματικότητας των δημόσιων νοσοκομείων (Κατοστάρα, 2007).

Η ιστορία των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από πληθώρα επαναλήψεων και αλληλοεπικαλύψεων τόσο στα νομοθετήματα όσο και στα επιστημονικά κείμενα που τα συμπληρώνουν, ενώ η θέσπιση επιμέρους μεταρρυθμίσεων έχει περισσότερες πιθανότητες υλοποίησης από τις «ολιστικές» μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες. Όπως έχει αποδείξει η εμπειρική έρευνα, τα σχέδια της πολιτικής υγείας στη χώρα μας βρίσκονται σε εκκρεμότητα εξαιτίας της ασυνέχειας των παρεμβάσεων και του αποσπασματικού τους χαρακτήρα. Επιπλέον, η

επαναθέσπιση νόμων και μέτρων, αποδυναμώνει την ισχύ τους καθιστώντας τα τελικά ανεφάρμοστα.

Ο κατακερματισμός του ΕΣΥ, οι ελλείψεις στην οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων μονάδων υγείας ωθούν τους πολίτες στον ιδιωτικό τομέα, όπου αντίθετα με το ΕΣΥ υπάρχουν πολλές επιλογές υπηρεσιών υγείας (π.χ. κατ' οίκον φροντίδα των ασθενών), καλής ποιότητας νοσηλευτικές υπηρεσίες, εκσυγχρονισμένη ιατρική και φαρμακευτική τεχνολογία, επιλογή εναλλακτικών θεραπειών και νέων μεθόδων, ταχεία εξυπηρέτηση, καλές συνθήκες νοσηλείας ξενοδοχειακής υποδομής. Η υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα και οι αυστηρές πολιτικές του μνημονίου ευθύνονται για την χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το ΕΣΥ. Οι παραπάνω αιτίες σε συνδυασμό με την ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και διαγνωστικών κέντρων στρέφουν τον ασθενή από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, με συνακόλουθη ποσοστιαία αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας οφείλεται επίσης και στη γήρανση του πληθυσμού που συνοδεύεται από αύξηση της ζήτησης, στην αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, που απαιτούν μακροχρόνιες θεραπείες, στη νέα ιατρική τεχνολογία και στα καινοτόμα φάρμακα, που έχουν υψηλότερο κόστος και στις απαιτήσεις και προσδοκίες των πολιτών για πιο ποιοτική ιατρική φροντίδα.

Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 είχε ως στόχο την αποεμπορευματοποίηση του αγαθού υγεία και έγινε αποδεκτή από μεγάλο τμήμα της κοινής γνώμης, που πίστευε στη δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας παρόμοιου με των άλλων ευρωπαϊκών κρατών, στο οποίο η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται μόνο από τις ανάγκες των πολιτών για ιατρική φροντίδα. Οι αξίες που λειτούργησαν αρχικά ως άξονες του ΕΣΥ ήταν η δωρεάν ιατρική φροντίδα για όλους τους πολίτες, η υπαγωγή όλων των νοσοκομείων σε ενιαίο καθεστώς, η απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών, η αποκλειστική απασχόληση των γιατρών στο ΕΣΥ. Ωστόσο, υπήρξαν ορισμένα εμπόδια στην υλοποίηση αυτού του έργου. Ένα τέτοιο εμπόδιο ήταν ο πολυκερματισμός και η πολυμορφία των ασφαλιστικών ταμείων και οι ανισότητες που δημιουργούσαν μεταξύ των πολιτών στην πρόσβαση, την ποσότητα και την ποιότητα υπηρεσιών υγείας, καθώς σε ορισμένα ταμεία οι παροχές ήταν υπερδιπλάσιες από ό,τι σε άλλα. Τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία που διατηρήθηκαν μέχρι πρόσφατα, είχαν αρνητικές επιπτώσεις,

ιδιαίτερα στην ΠΦΥ και συνέβαλαν στη μακροχρόνια υψηλή ιδιωτική δαπάνη υγείας. Άλλο εμπόδιο υπήρξε η εξάρτηση της ασφάλισης υγείας από τις ασφαλίσεις συντάξεων, οι οποίες ήταν η κύρια αποστολή των ταμείων.

Επίσης σημαντικό εμπόδιο για την καλή δόμηση του συστήματος υγείας ήταν η εξάρτηση του ΕΣΥ από κομματικές επιλογές εξαιτίας της έλλειψης στελεχών του ίδιου του συστήματος και της αδυναμίας του να εξασφαλίσει κίνητρα για την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών, γεγονός που οδήγησε σε παράτυπες πράξεις. Είναι αξιοσημείωτο πως η σχέση κόμματος-κράτους όσον αφορά στο ΕΣΥ δεν είναι μονοσήμαντη (κομματικοποίηση του κρατικού μηχανισμού), διότι χωρίς την κομματική στήριξη στους μαζικούς χώρους το ΕΣΥ δεν θα γινόταν πραγματικότητα. Υπήρξε όμως διαίωσιση αυτής της εξάρτησης, που οδήγησε σε στρεβλώσεις του συστήματος υγείας, ενώ αντίθετα ήταν αναγκαία η αυτοδυναμία του. Ένα άλλο αρνητικό σημείο του συστήματος υγείας αποτελεί η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, όπως έχει επισημανθεί από τον ΟΟΣΑ (μελέτες ΟΟΣΑ 2008,2010). Επιπροσθέτως, η κατανομή πολύτιμων υγειονομικών πόρων είναι αποτέλεσμα ιστορικών και συχνά πολιτικών διαδικασιών -ενώ δεν έχει ακολουθήσει ποτέ πρότυπα επιδόσεων- και οδηγεί σε ένα σύστημα που δεν προσφέρει κίνητρα σε παρόχους για αποτελεσματική και αποδοτική υγειονομική περίθαλψη (Μόσσιαλος,2005;Οικονόμου,2010).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια σύνθετη και ασαφή σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Το δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών όπως διαμορφώθηκε μετά το 1983 περιλάμβανε δύο πόλους, το ΕΣΥ στη νοσοκομειακή περίθαλψη και το ΙΚΑ στην ανοικτή (εξωνοσοκομειακή) φροντίδα. Παράλληλα, ο ιδιωτικός τομέας διογκώθηκε, με πεδίο αναφοράς το σύνολο της φροντίδας υγείας. Η χρηματοδότηση του δημόσιου τομέα στηρίζεται σε φόρους και εισφορές, αλλά και σε παράτυπες πληρωμές, που δημιουργούν σημαντικά παράτυπα εισοδήματα για ορισμένους παρόχους φροντίδας, τόσο στη νοσοκομειακή όσο και στην ανοικτή δημόσια περίθαλψη. Τα εισοδήματα αυτά λειτουργούν αντισταθμιστικά (με ανορθόδοξο τρόπο) για την ελλιπή δημόσια χρηματοδότηση. Ο ιδιωτικός τομέας στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική δαπάνη, που εκτιμάται σε 40-45% της συνολικής εθνικής δαπάνης, αλλά και σε δημόσια χρηματοδότηση, κυρίως μέσω της κοινωνικής ασφάλισης (Λιαρόπουλος,2011).

Είναι εμφανές ότι ενώ το πλέγμα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας (ΕΣΥ, ταμεία υγείας, ιδιωτικός τομέας) κόστιζε υπερβολικά στους φορολογούμενους και στους ασθενείς, άφηνε δυσαρεστημένους τους περισσότερους χρήστες και προκαλούσε σημαντικές ανισότητες και σπατάλη πόρων. Το ποσοστό των πολιτών που έβρισκαν δυσβάστακτο το κόστος περίθαλψης ήταν 71% στην Ελλάδα, έναντι μόλις 22% στην Ισπανία και 13% στη Βρετανία. Οι οικονομολόγοι της υγείας εντάσσουν το ποσό που πληρώνουν οι ασθενείς για την περίθαλψή τους στις «καταστροφικές δαπάνες». Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας SHARE, η οποία καλύπτει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων ηλικίας 50+ σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, το ποσοστό όσων απάντησαν ότι τα έξοδα περίθαλψης απορροφούσαν πάνω από 25% του διαθέσιμου εισοδήματός τους ήταν 10% στην Ελλάδα (έναντι 5% στην Ιταλία, 3% στην Ισπανία, και μόλις 1% στην Τσεχία). Το αντίστοιχο ποσοστό στο φτωχότερο 20% του δείγματος έφτανε το 39% στην Ελλάδα (έναντι 20% στην Ιταλία, 12% στην Ισπανία, 4% στην Τσεχία). Τα φτωχότερα στρώματα πληρώνουν ένα μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους για υγεία. Άλλη εργασία που ανέλυσε τα στοιχεία της ίδιας έρευνας SHARE διαπίστωσε ότι το μέσο μερίδιο των εξόδων περίθαλψης στο εισόδημα των ατόμων ηλικίας 50+ στην Ελλάδα ήταν 14% στο φτωχότερο 20% του δείγματος, έναντι 3% στο πλουσιότερο 20%.

Αυτό επιβεβαιώνουν και τα πιο πρόσφατα στοιχεία της Eurostat, σύμφωνα με τα οποία το ποσοστό όσων δεν μπόρεσαν να κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας, παρότι είχαν ιατρική ανάγκη, επειδή δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα, ήταν 4% στην Ελλάδα έναντι 2% στην ΕΕ-27. Το αντίστοιχο ποσοστό στο φτωχότερο 20% του δείγματος έφτανε το 7% στην Ελλάδα έναντι 5% στην ΕΕ-27. Άλλη έρευνα κατέδειξε ότι το ειδικό βάρος της οικογενειακής δαπάνης για υγεία ήταν υψηλότερο σε νοικοκυριά ηλικιωμένων, ζευγαριών με μικρά παιδιά, καθώς και ασφαλισμένων του ΟΓΑ. Τέλος, όσον αφορά την ποιότητα της περίθαλψης όπως την αντιλαμβάνονται οι χρήστες, τα στοιχεία του προαναφερθέντος «Ευρωβαρόμετρου» δείχνουν ότι το ποσοστό όσων την έβρισκαν «πολύ κακή» ή «αρκετά κακή» έφτανε το 52% στην Ελλάδα, έναντι μόλις 15% στην Ισπανία και 18% στη Βρετανία.

Η πρόσφατη οικονομική κρίση ανέδειξε τις ανεπάρκειες του συστήματος κοινωνικής προστασίας και ταυτόχρονα οδήγησε σε αναμόρφωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας, με αλλαγές που διενεργήθηκαν σε δύο άξονες. Ο ένας άξονας που υλοποιήθηκε πρώτος ήταν η μείωση του κόστους με

μειώσεις παροχών προς όλους όμως όχι ισόβαθμες και προσπάθειες για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του συστήματος μέσα από τη μείωση της σπατάλης και της διαφθοράς, ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας. Ο δεύτερος άξονας αφορά διαρθρωτικές αλλαγές με τις σημαντικότερες να έχουν γίνει στον τρόπο καθορισμού των συντάξεων και στην οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων αυτών δεν είναι ακόμη ορατά. Ορισμένες από τις αλλαγές αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές αφού καθορίζουν το βαθμό αλλαγής του μοντέλου κοινωνικής προστασίας και ασφάλισης, δηλαδή το αν θα αλλάξει ριζικά και προς ποια κατεύθυνση, ενώ άλλες αλλαγές είναι πιο ήπιες και δεν οδηγούν σε ανατροπή του υπάρχοντος καθεστώτος.

Το κύριο πρόβλημα του συστήματος υγείας είναι η έλλειψη οικονομικής αυτάρκειας, μέσω ενός συστήματος χρηματοδότησης που θα επιβραβεύει τους καλούς λειτουργούς, είτε πρόκειται για επαγγελματίες υγείας, είτε για νοσοκομεία. Αυτά τα προβλήματα έχουν τη βάση τους στη δομή του συστήματος υγείας, όμως επιδεινώνονται από την εσφαλμένη διοίκηση. Η ύπαρξη πολλαπλών κέντρων αποφάσεων, η πολυνομία, η εκτεταμένη διείσδυση των κομμάτων και του συνδικαλισμού στη δημόσια διοίκηση οδηγούν σε αναποτελεσματική διοίκηση σε όλα τα επίπεδα: στρατηγικό, εποπτικό, λειτουργικό (Μινογιάννης,2012;Οικονόμου,2010). Τα προβλήματα εμφανίζονται σε δύο επίπεδα: α) στο μακρο-επίπεδο της διοίκησης ή στην πολιτική διακυβέρνηση του συστήματος και β) σε μικρο-επίπεδο ή επίπεδο διοίκησης νοσοκομείων και άλλων μονάδων υγείας. Οι φορείς χάραξης της πολιτικής (μακροοικονομικό επίπεδο) θα πρέπει να κατανοήσουν τις βασικές αρχές της πολιτικής υγείας και να έχουν ως στόχο την ισορροπημένη αγορά, ενώ οι παράγοντες που διαχειρίζονται τις υπηρεσίες υγείας (μικρο-επίπεδο) οφείλουν να κατανοούν τα όρια στα οποία μπορούν να διοικούν τις μονάδες υγείας (Μινογιάννης,2003). Ωστόσο, η πολιτική επιρροή είναι τόσο ισχυρή ώστε κάθε προσπάθεια για ουσιαστική μεταρρύθμιση στις προβληματικές παραμέτρους του μικρο-επιπέδου απαιτεί σημαντικό πολιτικό κεφάλαιο.

Το ελληνικό σύστημα υγείας στο σύνολό του και η συνολική δαπάνη υγείας, δημόσια και ιδιωτική υπερέβαινε το 9% του ΑΕΠ πριν την οικονομική κρίση. Αυτό επιφανειακά φαίνεται θετικό, αλλά το αξιοπρόσεκτο σημείο είναι ότι το σύστημα δεν ανταπέδιδε με τη λειτουργία του την αξία αυτών των χρημάτων που απορροφούσε: αυτό συνέβαινε διότι δεν υπήρχε σύστημα ελέγχου της δαπάνης στον δημόσιο αλλά

και στον ιδιωτικό τομέα. Μια έρευνα που έγινε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών σε συνεργασία με την ΕΕ σε 25 κράτη μέλη κατέδειξε ότι ενώ η Ελλάδα διαθέτει το 9,9% του ΑΕΠ για το σύστημα Υγείας, ποσοστό από τα υψηλότερα της ΕΕ, ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών ανερχόταν μόλις στο 4,8 με άριστα το 10. Η έρευνα επισήμανε ακόμη ότι η επιλογή ιατρού ήταν περιορισμένη και ελλιπής η ενημέρωση των ασθενών για τα προβλήματα υγείας τους. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που δεν αποσκοπούν σε ποσοτικές παροχές με αύξηση των δαπανών υγείας, αλλά στην ορθολογική διαχείριση των πόρων στοχεύοντας στη δικαιότερη και αποδοτικότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στη βελτίωση της ποιότητάς τους.

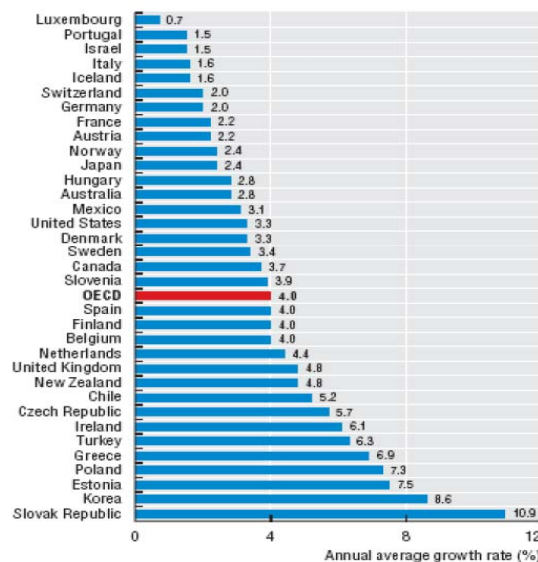
Ο τρόπος κατανομής των υγειονομικών πόρων που επικράτησε για πολλά χρόνια στο σύστημα υγείας της Ελλάδας απηχούσε το φαινόμενο της υπερσυγκέντρωσης τόσο των νοσοκομειακών κλινών (στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα), όσο και του ιατρικού δυναμικού, σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Οι τάσεις αυτές ήταν απόρροια της αναπτυξιακής πορείας της χώρας (ανεξέλεγκτες αγοραίες οικονομικές διεργασίες, αστυφιλία κτλ), όμως κυρίως ήταν τα επακόλουθα της απορρύθμισης στις σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην υγεία και της απουσίας ενός στοιχειώδους υγειονομικού προγραμματισμού όσον αφορά στην ανάπτυξη υποδομών για την κάλυψη κυρίως αναγκών νοσοκομειακής περίθαλψης του πληθυσμού της χώρας.

Η έλλειψη ελέγχου, σχεδιασμού, προγραμματισμού, εφαρμογής αποτέλεσε μια σημαντική αδυναμία του επιτελικού επιπέδου του εθνικού συστήματος υγείας. Η απουσία διασύνδεσης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, η έλλειψη βασικών θεσμών του συστήματος όπως του οικογενειακού γιατρού, οι κενές οργανικές θέσεις κυρίως στην περιφέρεια, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στις μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης καθιστούν το σύστημα υγείας ευάλωτο σε άσκηση κριτικής και πολλές φορές μη αποδοτικό και αναποτελεσματικό. Η ανεπαρκής μηχανογράφηση των νοσοκομειακών μονάδων (για προμήθειες υλικών κλπ) οδήγησε αφενός σε έλλειψη διαφάνειας αναφορικά με τον όγκο και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα και αφετέρου σε ανεπαρκή διαχείριση των πόρων του δημόσιου τομέα υγείας.

Οι κυριότεροι παράγοντες που προκάλεσαν τα τελευταία χρόνια αύξηση των δαπανών για την υγεία είναι οι ακόλουθοι:

1. Οικονομική ανάπτυξη και αύξηση του εισοδήματος: Η οικονομική ευημερία (αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος) που παρουσιάστηκε τα τελευταία χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες της Δύσης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, οδήγησαν τον ασθενή-καταναλωτή σε μεγαλύτερη ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα από τον ιδιωτικό χώρο της υγείας.

APPENDIX C
Annual average growth rate in health expenditure per capita in real terms, 2000-09 (or nearest year)



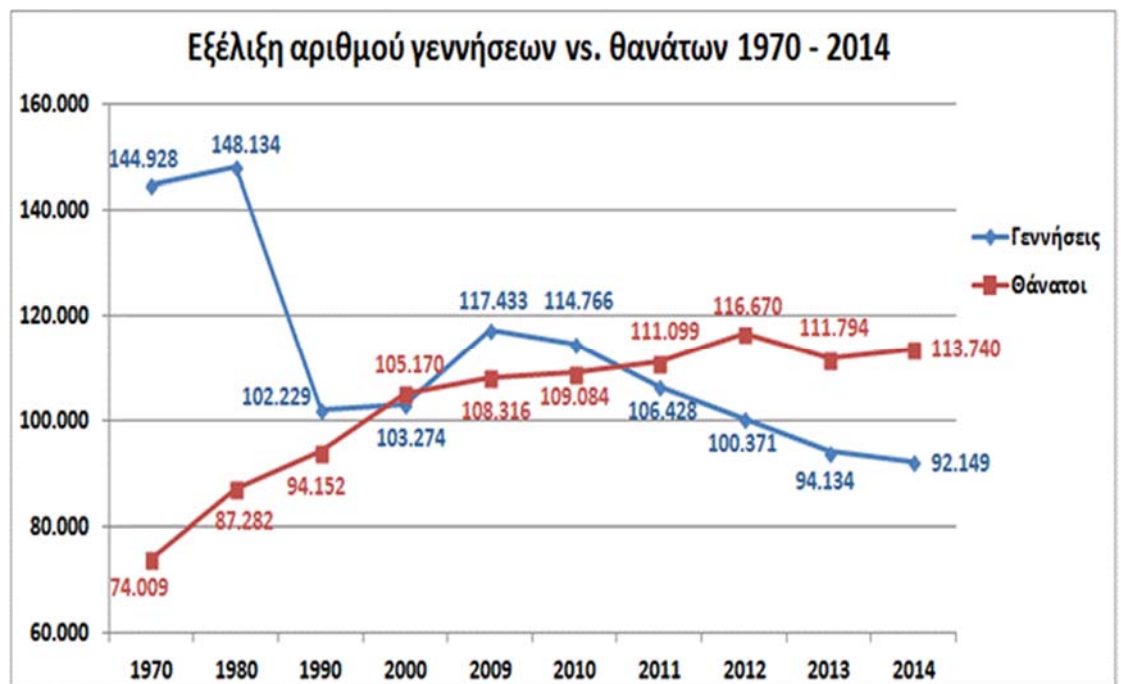
(Source: OECD (2011) Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing, p. 149, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

Διάγραμμα 3.1: Μέση ετήσια αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (2000-2009).

2. Δημογραφικές εξελίξεις: Δεδομένης της δημογραφικής γήρανσης, δηλαδή της αυξανόμενης αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό, αναμένεται μεγαλύτερη ζήτηση και χρήση εξειδικευμένων και άρα πιο δαπανηρών υγειονομικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών στην ΕΕ

αναμένεται ότι θα αυξηθεί από 61 εκατ. το 2000 σε 103 εκατ. το 2050, ενώ αντίθετα σημαντική μείωση αναμένεται να υποστεί ο πληθυσμός σε ηλικία εργασίας. Η μετανάστευση προς άλλες χώρες του ΟΟΣΑ έχει επίσης διπλασιαστεί. Ειδικά οι νέοι μεταναστεύουν με αυξητική τάση, μειώνοντας έτσι το ενδεχόμενο μελλοντικής οικονομικής ανάπτυξης και επιταχύνοντας περισσότερο τις συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού. Υπάρχουν τρεις βασικοί παράγοντες που ασκούν σημαντική επίδραση στη γήρανση του πληθυσμού:

- Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής
- Η συνεχής πτώση στα ποσοστά γεννήσεων
- Η μείωση της θνησιμότητας



Διάγραμμα 3.2: Εξέλιξη αριθμού γεννήσεων και θανάτων μεταξύ 1970-2014.

Πίνακας 3.1: Εξέλιξη αριθμών γεννήσεων και θανάτων και φυσικής μεταβολής μεταξύ 1931 και 2014.

Έτος	Γεννήσεις	Θάνατοι	Φυσική μεταβολή
1931	199.243	114.369	84.874
1950	151.134	53.755	97.379
1960	157.239	60.563	96.676
1970	144.928	74.009	70.919
1980	148.134	87.282	60.852
1990	102.229	94.152	8.077
2000	103.274	105.170	-1.896
2010	114.766	109.084	5.682
2011	106.428	111.099	-4.671
2012	100.371	116.668	-16.297
2013	94.134	111.794	-17.660
2014	92.148	113.740	-21.592

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2015

3. Κοινωνικές αλλαγές: Η αύξηση του ιατρικού σώματος και των ιατρικών ειδικοτήτων, η βελτίωση της πληροφόρησης, που διευκόλυνε την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας, η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας προκάλεσαν τη διόγκωση των δαπανών υγείας.
4. Επιπροσθέτως, η πολυφαρμακία, η προκλητή ζήτηση, η έλλειψη διασύνδεσης της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η απουσία σύγχρονων οικονομικο-διαχειριστικών μεθόδων στο χώρο της υγείας, η περιβαλλοντική μόλυνση και η ιατροκοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων αποτελούν αιτίες αύξησης των δαπανών υγείας.
5. Επιδημιολογικοί παράγοντες: αύξηση εκφυλιστικών και χρόνιων νοσημάτων. Η ανοδική τάση στη χρόνια νοσηρότητα του πληθυσμού ενδεχομένως να επιδράσει αυξητικά στις μελλοντικές δαπάνες υγείας και να επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ μπορεί να οδηγήσει και σε μείωση της παραγωγικότητας της εργασίας.

Με τα παραπάνω δεδομένα και στο πλαίσιο του μνημονίου οικονομικής και χρηματοπιστωτικής πολιτικής, ο κλάδος της υγείας έχει βρεθεί στο επίκεντρο ποικίλων δράσεων και πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού. Οι στόχοι που ορίζονται στο μνημόνιο αναφορικά με το ύψος της δημόσιας δαπάνης υγείας και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ενεργοποίησαν μια δέσμη μέτρων με κατεύθυνση τον τομέα της υγείας.

Η φαρμακευτική δαπάνη πριν την κρίση βρισκόταν σε υψηλά επίπεδα, ενώ δεν υπήρχε σύστημα ελέγχου και εξορθολογισμού της. Ενώ το 2000 η φαρμακευτική δαπάνη ήταν γύρω στο 1 δις ευρώ, το 2009 εκτοξεύθηκε σε υψηλά επίπεδα (5,6 δις), το μεγαλύτερο μέρος των οποίων καλύφθηκε από το δημόσιο ταμείο. Αυτός ήταν ο λόγος που η φαρμακευτική δαπάνη έγινε στόχος της Τρόικα, η οποία έθεσε γι' αυτήν κάποια όρια και αναπτύχθηκαν πολλές πολιτικές περιορισμού της:

- i. Αλλαγές στο σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων και συγκεκριμένα σημαντικές μειώσεις στις τιμές των εκτός πατέντας φαρμάκων (κατά 50% μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας) και των γενόσημων σκευασμάτων (επιπλέον 10%κατ' ελάχιστον)
- ii. Εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων με βάση τη δραστική ουσία και των πρωτοκόλλων συνταγογράφησης
- iii. Μείωση των περιθωρίων κέρδους φαρμακοποιών και χονδρεμπόρων
- iv. Καθιέρωση της ασφαλιστικής τιμής των φαρμάκων
- v. Αύξηση της συν-πληρωμής των ασφαλισμένων, με ελάχιστες εξαιρέσεις για ειδικές χρόνιες παθήσεις
- vi. Επικαιροποίηση της θετικής και αρνητικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Με τα μέτρα αυτά η Ελλάδα μείωσε τη φαρμακευτική δαπάνη στα 2,37 δις το 2013, ενώ η πτωτική πορεία συνεχίστηκε και στα επόμενα χρόνια, όπως δείχνει το παρακάτω διάγραμμα. Με βάση τα στοιχεία του διαγράμματος γίνεται αντιληπτό ότι η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι τέτοια που δεν επιτρέπει την κάλυψη των αναγκών των ασθενών από το κράτος, με αποτέλεσμα να μετατοπίζεται το βάρος αυτό κατά μεγάλο μέρος στον ιδιωτικό τομέα και συγκεκριμένα στη φαρμακευτική βιομηχανία, μέσω των επιστροφών που αυτές επωμίζονται (οι επιστροφές-clawback

από 79 εκατ. ευρώ το 2012 ανήλθαν στα 420 εκατ. το 2016) (ΙΟΒΕ,2015). Η Τρόικα θεωρεί ότι η δαπάνη του δημόσιου τομέα υγείας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 6% του ΑΕΠ, το οποίο αντιστοιχεί στον μέσο όρο των ευρωπαϊκών κρατών.

Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη

2009-2016, ποσά σε εκατ. ευρώ



ΠΗΓΗ: ΣΦΕΕ

Rebate: Εκπτώση που παρέχουν οι φαρμακοβιομηχανίες στο κράτος έναντι των ποσοτήτων που αγοράζει. Σε άλλες χώρες γίνεται από κάθε ασφαλιστικό ταμείο χωριστά.
Clawback: Ειράπαξ περικοπή της φαρμακευτικής δαπάνης στο τέλος του χρόνου αν βρίσκεται πάνω από το ύψος του στόχου. Είναι αυτόματος «κόφτης», αντίστοιχος εκείνου που αποφασίσθηκε για τον προϋπολογισμό.

Και τα δύο ποσά επιβαρύνουν τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Τα χρέη του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες



Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Διάγραμμα 3.3: Εξέλιξη δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης την περίοδο 2009-2016

Εντούτοις, η προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης μπορεί να οδηγήσει σε μείζονες στρεβλώσεις με δυο μηχανισμούς: τη μεταβίβαση μεγάλης οικονομικής επιβάρυνσης στα νοικοκυριά και την υποκατάσταση της φαρμακευτικής περίθαλψης από παρεμβατική νοσοκομειακή φροντίδα. Αναφορικά με τις δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη, η αυξητική τάση (cost explosion) που παρουσίαζαν, πέρα από τις χαμηλές αποδόσεις στη διαχείριση των πόρων, σχετίζεται με τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες και την απαίτηση για βελτίωση των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης (Σισσούρας,2012). Το στοιχείο όμως που προκαλεί ανησυχία είναι τα ελλείμματα που δημιουργήθηκαν στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς, προφανώς λόγω των χαμηλών νοσηλίων και των καθυστερήσεων στις πληρωμές από τα ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα η κρατική επιδότηση να αυξάνεται και να ανέρχεται στα επίπεδα του 50%.

Συνοψίζοντας, προκύπτει μια σειρά από ανισότητες και ανορθολογικές μορφές ανάπτυξης του συστήματος υγείας:

1. Ανυπαρξία ή υπανάπτυξη των δημόσιων υπηρεσιών ΠΦΥ, σε εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων και μονάδες ΠΦΥ των ασφαλιστικών ταμείων-αδυναμία της ΠΦΥ να καλύψει τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού
2. Πολυάριθμα και πολύμορφα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία οι κλάδοι υγείας συνυπάρχουν με τις συντάξεις ενώ απουσιάζουν τα αυτόνομα ταμεία υγείας
3. Νοσοκομειακές κλίνες με χωροταξικά άνιση κατανομή μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και σε επίπεδο εξειδικευμένων υπηρεσιών
4. Ισχυρή διαίρεση δημόσιου-ιδιωτικού τομέα υγείας (public-private division), με έξαρση των φαινομένων καταστρατήγησης. Απουσία ενός επαρκούς ρυθμιστικού πλαισίου για τη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση των υπηρεσιών και την υπερβολική ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων
5. Υπερπαραγωγή και πληθωρισμός ιατρικού δυναμικού, αφού στην Ελλάδα υπάρχουν περισσότεροι αναλογικά γιατροί μεταξύ των κρατών της Δυτικής Ευρώπης
6. Εμφανής έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (αναλογικά λιγότεροι νοσηλευτές). Επιπλέον η γήρανση του δυναμικού του νοσηλευτικού επαγγέλματος, παράλληλα με την αναστολή των προσλήψεων, επιτείνει την υπάρχουσα ελλιπή στελέχωση, με αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς
7. Χωροταξική ανισοκατανομή του ιατρικού δυναμικού, με συγκέντρωσή του σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και μεγάλα αστικά κέντρα
8. Ανισότητα στη χρηματοδότηση δημόσιου-ιδιωτικού τομέα υγείας (χαμηλή στο δημόσιο ως % του ΑΕΠ και υψηλές δαπάνες για ιδιωτική υγεία)
9. Ανισότητα στην κατανομή δαπανών ανάμεσα στα επίπεδα υπηρεσιών υγείας με υψηλές φαρμακευτικές δαπάνες και υπέρογκες νοσοκομειακές δαπάνες έναντι χαμηλών δαπανών για εξωνοσοκομειακή φροντίδα
10. Σχεδόν παντελής έλλειψη πολιτικής για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την προληπτική υγεία, τους στόχους για την υγεία κτλ.
11. Έντονα συγκεντρωτικό πρότυπο διοίκησης και προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας, καθώς και πλήρης απουσία αποκεντρωμένων σχημάτων
12. Απουσία ενός φορέα συγκέντρωσης και στη συνέχεια κατανομής των οικονομικών πόρων
13. Απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών, που στερούσαν κάθε κίνητρο αποδοτικότερης λειτουργίας

14. Ξεπερασμένες τεχνικές διαχείρισης και διοίκησης των μονάδων υγείας που οδηγούσαν σε σπατάλη πόρων. Η έλλειψη μηχανοργάνωσης δυσχέραινε τον έλεγχο των δαπανών, αφού δεν υπήρχε ακριβής καταγραφή του όγκου της κατανάλωσης προϊόντων και υπηρεσιών υγείας
15. Απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας
16. Έλλειψη μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων τόσο μεταξύ των υπηρεσιών όσο και μεταξύ των περιφερειών, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού
17. Αδυναμία δημιουργίας μιας εθνικής στρατηγικής διαχείρισης των λιστών αναμονής
18. Το σύστημα υγείας δεν εξασφαλίζει τη συνέχεια της ιατρικής φροντίδας, η οποία καθορίζει την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας
19. Μη εφαρμογή αναλυτικής λογιστικής στο ΕΣΥ (έλλειψη διπλογραφικών λογιστικών συστημάτων στα νοσοκομεία)
20. Έλλειψη ελέγχου στη συνταγογράφηση των γιατρών
21. Έλλειψη ελέγχου στην αλυσίδα διακίνησης φαρμάκων
22. Έλλειψη ελέγχου στις τιμές του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και των διαγνωστικών εξετάσεων με αποτέλεσμα α) την υπερκοστολόγηση ιατρικών εξετάσεων, β) το υψηλό κόστος ιατρικών συσκευών (στην Ελλάδα στοιχίζουν 300%-500% περισσότερο απ' ό τι σε χώρες της Β. Ευρώπης), γ) το υψηλό κόστος ειδικών υλικών (βηματοδότες, στεντ, τεχνητές κεφαλές κλπ), σε αντίθεση με τις τιμές των φαρμάκων, που καθορίζονται αγορανομικά
23. Χαμηλός ανταγωνισμός σε επίπεδο τιμών μεταξύ πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων, καθώς οι τιμές των δυο κατηγοριών εξισώνονταν μετά τη λήξη της πατέντας σε υψηλό επίπεδο
24. Έλλειψη σοβαρών προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ιατρικού προσωπικού και μη περιοδική αξιολόγησή του

3.2.2 Παράγοντες αποτυχίας των μεταρρυθμίσεων

Από το 1980 και έπειτα επιχειρήθηκαν διάφορες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα, που αν και είχαν τη σωστή κατεύθυνση, δεν πέτυχαν να εκπληρώσουν τους προαναφερόμενους στόχους, ούτε κατόρθωσαν να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες και

τις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Ένα αρνητικό παράδειγμα αποτελεί η μη ολοκλήρωση του ΕΣΥ, που οφείλεται κατά ένα μέρος στην απουσία συστηματικών μελετών και συγκέντρωσης αξιόπιστων πληροφοριών, ικανών για τη διαμόρφωση μιας τεκμηριωμένης και αποτελεσματικής πολιτικής, επικεντρωμένης στις αδυναμίες του συστήματος (Σουλιώτης, 2003).

Ως αιτίες αποτυχίας των μεταρρυθμίσεων αναγνωρίζονται οι ακόλουθες :

1). Αδυναμία εξασφάλισης των απαιτούμενων χρηματικών πόρων για την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων. Στην Ελλάδα αρκετές υγειονομικές μεταρρυθμίσεις δεν ευοδώθηκαν εξαιτίας της αδυναμίας εξεύρεσης των απαραίτητων πόρων για την εφαρμογή τους (ΠΦΥ, προσλήψεις σε νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό κ.ά.), ενώ άλλες αυτοαναιρέθηκαν εξαιτίας του λανθασμένου υπολογισμού του κόστους και κατά συνέπεια της υπέρβασης του μεταρρυθμιστικού προϋπολογισμού, ως απόρροια της απουσίας οικονομικοτεχνικών μελετών στη βάση επικαιροποιημένων στοιχείων.

2). Απουσία της απαραίτητης πολιτικής βούλησης και λανθασμένη εκτίμηση του πολιτικού κόστους. Η ελληνική εμπειρία έχει δείξει ότι πολλοί υγειονομικοί σχεδιασμοί απέτυχαν εξαιτίας της απουσίας της απαραίτητης πολιτικής βούλησης και δέσμευσης για την υλοποίηση των απαραίτητων αλλαγών. Ορισμένα τέτοια παραδείγματα είναι η νομοθετική παρέμβαση για τη δημιουργία των δικτύων ΠΦΥ (νόμος 2519/1997) και το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη»(2001). Υπήρξαν όμως περιπτώσεις στις οποίες παρατηρήθηκε η σχετική πολιτική βούληση και η προγραμματική σύγκλιση κομμάτων εξουσίας (όπως για το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, την ένταξη των δομών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ κ.α.),όμως δεν τελεσφόρησαν οι αντίστοιχες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες (Σουλιώτης,2004). Άλλη σημαντική παράμετρος είναι η λανθασμένη εκτίμηση του πολιτικού κόστους, του οποίου η σημασία συχνά υπερεκτιμάται έναντι άλλων παραμέτρων που μπορούν να επηρεάσουν τη μεταρρυθμιστική πολιτική, όπως είναι το κοινωνικοοικονομικό κόστος ή όφελος.

Η πολιτική βούληση διαμορφώνει το περιεχόμενο και τη στρατηγική μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης και επηρεάζει την επιτυχή εφαρμογή της. Η εφαρμογή των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων επηρεάζει ποικιλοτρόπως το κοινωνικό σύνολο αφού υπάρχουν μέτρα που δεν είναι δημοφιλή σε κάποιες κοινωνικές ομάδες επειδή

συγκρούονται με τα συμφέροντά τους. Η αποτρεπτική δράση που ασκούν οι προαναφερόμενοι παράγοντες στην εφαρμογή των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων συνεπάγεται την εμφάνιση του συνδρόμου της «μετάθεσης στόχων», το οποίο μεταφράζεται ως εξής: οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν στο βαθμό που δεν θίγουν κομματικά κεκτημένα και δεν εμπεριέχουν πολιτικό κόστος. Είναι προφανές ότι ενώ οι μεταρρυθμίσεις εκπορεύονται από τις ανάγκες ολόκληρης της κοινωνίας, μετατρέπονται τελικά σε μέσα προώθησης των κομματικών συμφερόντων και η υλοποίησή τους αναστέλλεται από την εκάστοτε κυβέρνηση και το βάρος της κάθε φορά μετατίθεται από τη μια κυβέρνηση στην επόμενη μέσα σε έναν κύκλο κομματικών σκοπιμοτήτων.

3). Έλλειψη συστηματικού σχεδιασμού για την προπαρασκευή και εκτέλεση των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων από τις διάφορες κυβερνήσεις. Πρόκειται για μια αδυναμία των κομματικών προγραμμάτων, για τα οποία αντιθέτως απαιτείται αναλυτική εργασία και μελέτη (Σουλιώτης,2004). Μια υγειονομική μεταρρύθμιση είναι μια διαδικασία πολύπλοκη, δυσχερής και δαιδαλώδης με αποτελέσματα που συχνά δεν είναι ορατά σε βραχύ ορίζοντα ή είναι αμφίβολα. Η αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων μπορεί να γίνει μόνο με σχέδια πολύπλευρα, συστηματικά επεξεργασμένα, που δεν υποβαθμίζουν τη φύση των προβλημάτων.

Οι εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις επηρεάζουν τον τύπο, την κατεύθυνση και την πρόοδο της μεταρρύθμισης. Σχετικά με τους περιορισμούς που παρουσιάζονται στη μεταρρύθμιση της περίθαλψης παρουσιάστηκαν οι ακόλουθες εξηγήσεις:

1). Η διαχείριση του τομέα της υγείας δεν υπόκειται στα κριτήρια που ισχύουν για άλλου τύπου διαχειρίσεις (π.χ. βιομηχανική διαχείριση). Με άλλα λόγια, η υγεία δεν μπορεί να προσαρμοστεί στην ορθολογιστική τεχνολογία και τον συστηματικό σχεδιασμό των διοικητικών δομών που έχουν αναπτυχθεί για άλλους τομείς, εξαιτίας της ιδιαίτερης ευαισθησίας που απαιτεί η διάσταση της παροχής φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας. Η επίτευξη ορθολογικών στόχων και η εφαρμογή σύγχρονων στρατηγικών διοίκησης στην πολιτική πρακτική της υγείας αποδείχτηκαν απατηλές.

2). Έχει υποστηριχθεί ότι οι δομές και τα συμφέροντα που λειτουργούν στο καπιταλιστικό πλαίσιο αναστέλλουν τη μεταρρύθμιση της υγείας και την ορθολογική της οργάνωση.

3). Άλλος ανασταλτικός παράγοντας για τη μεταρρύθμιση της υγείας μπορεί να θεωρηθεί η συγκρότηση συμφερόντων γιατρών, διαχειριστών και χρηστών/ασθενών. Η ανάπτυξη του μανάτζμεντ, ειδικά στα εθνικά συστήματα υγείας, θα έπρεπε να θεωρείται ως ένα πλουραλιστικό σημείο συνάντησης, όπου έρχονται σε επαφή αντίθετες επιδιώξεις και αξίες (Burgoyne and Jackson,1997). Ο κάθε σχεδιασμός στον τομέα της υγείας τείνει να αντανακλά μερικώς την επικρατούσα πολιτική και τα οικονομικά συμφέροντα της εποχής, αφού τα νοσοκομεία και το σύστημα υγείας ελέγχονται από τα επαγγελματικά μονοπώλια που έχουν συμφέροντα στον χώρο αυτό και εμποδίζουν την προώθηση των μεταρρυθμίσεων. Παρατηρείται συχνά, οι βασικές ομάδες που ελέγχουν τη μεταρρύθμιση να την σχεδιάζουν με γνώμονα τα δικά τους επαγγελματικά πρότυπα γεγονός που λειτουργεί σε βάρος της συνολικής διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων. Σχεδιαστές πολιτικής της υγείας, διευθυντές, νοσοκομειακοί γιατροί και άλλοι ειδικευμένοι επαγγελματίες ερμηνεύουν διαφορετικά τη μεταρρύθμιση, ο καθένας με βάση την εξουσία του μέσα στο σύστημα υγείας. Η έκταση της διαφορετικότητας στο σύστημα μπορεί να είναι τόσο μεγάλη ώστε να μην θεωρείται ως ένας ενιαίος χώρος (Day and Klerm,1992).

Επιπροσθέτως, η πορεία της μεταρρύθμισης της υγείας επηρεάζεται από τις πολιτικές αποφάσεις σχετικά με: α) το επίπεδο φορολογίας που απαιτείται για να χρηματοδοτήσει τις δημόσιες υπηρεσίες (νοσοκομεία), β) τον ανταγωνισμό με άλλα κυβερνητικά χαρτοφυλάκια για το ποσοστό της διαθέσιμης χρηματοδότησης για την υγεία, γ) την επάρκεια των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, δ) την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, ε) τον καθορισμό της υπευθυνότητας για τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας.

4). Η ανυπαρξία κοινωνικής συναίνεσης για την προώθηση των μεταρρυθμίσεων. Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις είναι ευρείας κλίμακας αλλαγές, που απαιτούν ευρεία κοινωνική συναίνεση. Αυτό σημαίνει ότι η αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης θα πρέπει να αναγνωριστεί από όλους τους πολίτες, τους κοινωνικούς και συνδικαλιστικούς φορείς, ώστε να διαμορφωθεί στη συνέχεια μια σαφής λαϊκή εντολή για την υλοποίηση των σχεδιαζόμενων αλλαγών. Οι πολιτικές ηγεσίες της

Ελλάδας διαχρονικά δεν επεδίωκαν την ουσιαστική επικοινωνία με τους πολίτες και τους επαγγελματίες υγείας, που θα βοηθούσε στην κατανόηση της σημασίας των μεταρρυθμίσεων, με αποτέλεσμα οι υγειονομικοί σχεδιασμοί να μην ενσωματώνουν τις απόψεις, τις εμπειρίες, τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τα προβλήματα των ασθενών-χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στον εκάστοτε μεταρρυθμιστικό προγραμματισμό. Επιπλέον, οι διάλογοι επικοινωνίας που δημιουργήθηκαν σε κάποιες χρονικές στιγμές δεν αποτέλεσαν το κατάλληλο υπόβαθρο για την απαιτούμενη κοινωνική συναίνεση στην προώθηση των μεταρρυθμίσεων. Εξάιρεση αποτελεί η ίδρυση του ΕΣΥ (νόμος 1397/1983), η οποία έτυχε ισχυρής κοινωνικής αποδοχής και υποστήριξης.

5). Η συνεχής εναλλαγή κυβερνήσεων και υπουργών Υγείας εμπόδισε τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης, υπερκομματικής εθνικής πολιτικής ηγεσίας. Με ασαφή κριτήρια διαμόρφωσης πολιτικής υγείας, αδυναμία διαχείρισης των θεσμών, έλλειψη βούλησης για εφαρμογή ρηξικέλευθων μέτρων και υποβάθμιση της στρατηγικής σημασίας του υπουργείου Υγείας, εμφανίστηκαν βραχύβιες υπουργικές θητείες, που στερούνταν τη δυνατότητα να παράγουν νομοθετικό έργο και να εφαρμόσουν μεταρρυθμίσεις. Ωστόσο, δεν υπήρξε συνέχεια στην πολιτική υγείας, ακόμη και μεταξύ υπουργών που προέρχονται από το ίδιο κόμμα. Επιπλέον, τα δυο μεγάλα κόμματα δεν είχαν μια σταθερή πολιτική υγείας, με συγκεκριμένους σκοπούς και στόχους, που να εκφράζεται πάντοτε από τον εκάστοτε Υπουργό. Από το 1974 έως το 2006, στο υπουργείο Υγείας υπηρέτησαν 23 υπουργοί με μέσο όρο παραμονής στο υπουργείο τους 16,7 μήνες, ενώ σύμφωνα με τις βασικές αρχές της διοικητικής επιστήμης απαιτούνται 2-3 έτη προκειμένου να μπορέσει να παραχθεί αποτελεσματικό διοικητικό έργο και άλλα τόσα χρόνια προκειμένου να υπάρξει μια πρώτη αξιολόγηση αυτού του έργου. Τα ιδιαίτερα στοιχεία του συστήματος υγείας της Ελλάδας, που το καθιστούν προσωποπαγές και εξαρτώμενο από τις ad hoc επιλογές συγκεκριμένων προσώπων, του στερούν την αυτοτέλεια, τη συνέχεια και τη διάρκεια που απαιτούνται για να μπορέσει να μεταρρυθμιστεί.

Στην αδυναμία ολοκλήρωσης της μεταρρύθμισης όπως έχει σχεδιαστεί εξαρχής συντελεί το χάσμα μεταξύ του οράματος της μεταρρύθμισης και της εφαρμογής του. Η ευρεία οργανωτική μεταρρύθμιση μπορεί να είναι αόριστη εάν το σύστημα θεωρηθεί ότι περιλαμβάνει πολλαπλούς χώρους. Αυτή η οργανωτική πολυπλοκότητα και η ποικιλομορφία αναδεικνύει τη δυσκολία στον δομικό μετασχηματισμό των

οργανώσεων, ο οποίος δεν είναι μια απλή διαδικασία επιβολής των στόχων ιεραρχικά ή διοικητικά (Parker, 1975; Kast and Rosenzweig, 1979). Η διατήρηση της καλής υγείας του πληθυσμού είναι μια πολυπαραγοντική κατάσταση που εξαρτάται από τα πρότυπα της διαθέσιμης στέγασης, το επίπεδο απασχόλησης και κοινωνικής ασφάλισης, την υγεία του περιβάλλοντος και τις προτεραιότητες στην οικονομική πολιτική και γι' αυτό απαιτεί συνολικό κυβερνητικό συντονισμό ποικίλων και ανεξάρτητων χαρτοφυλακίων.

3.3 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων

3.3.1 Επίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις μεταρρυθμίσεις

Από την προηγούμενη ανάλυση συμπεραίνουμε ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είχε εγκλωβιστεί στη στασιμότητα οικονομική κρίση του 2008 δέχτηκαν αντιστάσεις, συνάντησαν γραφειοκρατικά εμπόδια και αντιδράσεις από ιδιωτικά συμφέροντα και απέδωσαν ελάχιστες αλλαγές. Υπό την οπτική όμως του εξευρωπαϊσμού αυτές οι αλλαγές είναι σημαντικές, διότι μέσω του κοινωνικού διαλόγου συνεργάστηκαν τα κράτη μέλη με την ΕΕ, με σκοπό την οργάνωση, το συντονισμό και τον εξορθολογισμό των κοινωνικών πολιτικών, οι οποίες είχαν στόχους καθορισμένους από την ΕΕ και μεταβιβάστηκαν στα κράτη μέλη (Sotiropoulos, 2004:282). Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες ήταν κυρίως αποτέλεσμα των εθνικών πολιτικών και όχι της επιρροής από την ΕΕ.

Η ΕΕ δεν επέφερε μεταβολές στη δομή του συστήματος υγείας, ούτε και στην πολιτική υγείας της Ελλάδας, αλλά οι αλλαγές περιορίστηκαν στις διαδικασίες και στα εργαλεία. Συνεπώς, μπορούμε να εντοπίσουμε εξευρωπαϊσμό διαδικασιών και εργαλείων αλλά όχι αποτελεσμάτων. Ένα τέτοιο εργαλείο που ενσωματώθηκε στην πολιτική υγείας της Ελλάδας και εισήγαγε τη λογική του σχεδιασμού και της στοχοθεσίας στην πολιτική είναι τα εθνικά σχέδια δράσης (για απασχόληση, συντάξεις, υγεία κλπ). Η Ελλάδα υιοθέτησε επίσης μια σειρά εργαλείων και θεσμικών οργάνων της Κοινότητας που αφορούσαν τον έλεγχο και τη στοχοθεσία σε τομείς της κοινωνικής πολιτικής. Η παραπάνω συνεργασία επιτεύχθηκε με διαβουλεύσεις μεταξύ των κοινωνικών εταίρων και της ελληνικής κυβέρνησης, των εκπροσώπων

των ενδιαφερόμενων ομάδων και των τεχνοκρατών καθώς και με σύνταξη σχεδίων δράσης, στα οποία συμμετείχαν κοινωνικοί εταίροι και άλλοι παράγοντες εκτός από τους αρμόδιους Υπουργούς και πολιτικούς.

Η ΕΕ άσκησε έμμεση επίδραση στα θέματα υγείας των κρατών μελών με την ανάπτυξη πολιτικών σε τρεις άξονες:

- Στα οικονομικά του συστήματος υγείας. Οι μακρο-οικονομικές δεσμεύσεις των κρατών μελών στα πλαίσια της ΕΕ έχουν καθοριστική σημασία για τα συστήματα υγείας και τις πολιτικές που ακολουθούνται στην Ευρώπη.
- Ευρωπαϊκά συστήματα αξιολόγησης του υγειονομικού τομέα και άντλησης πληροφοριών σχετικών με την υγεία. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο των συστημάτων και πολιτικών υγείας, η Eurostat και μια σειρά δικτύων που βοηθούν στη διάχυση της γνώσης σε ευρωπαϊκό επίπεδο για ό,τι σχετίζεται με τον τομέα της υγείας.
- Η ΑΜΣ στην υγεία συμβάλλει στην ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών και στη διάχυση γνώσης και βέλτιστων πρακτικών.

Μέσα από τις παραπάνω επιδράσεις γίνεται εμφανής η διάχυση πολιτικών εργαλείων της ΕΕ στις εθνικές πολιτικές των κρατών μελών. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτών των πολιτικών έχουν αποτελέσματα που συνάδουν με τις εθνικές πολιτικές και ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά των κρατών μελών, όπως το ιστορικό παρελθόν, η οικονομία, οι πολιτιστικές ιδιαιτερότητες και το πολιτικό περιβάλλον του συστήματος υγείας. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες ποικίλες αλλαγές και μεταρρυθμιστικές προσπάθειες διοικητικού και θεσμικού χαρακτήρα έχουν σχεδιαστεί από το πολιτικό σύστημα της Ελλάδας.

Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην ΕΕ ακολούθησαν μια σχεδόν «γραμμική» αναπτυξιακή υγειονομική πολιτική, που περιλάμβανε τρεις φάσεις σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις (Υφαντόπουλος, 2007). Σε πρώτη φάση διενεργήθηκε κοινωνική έρευνα, που καθόρισε το είδος, τα χαρακτηριστικά και το μέγεθος των κοινωνικών αναγκών. Σε δεύτερη φάση ακολούθησε το θεσμικό πλαίσιο που προώθησε τις μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Τέλος, σε τρίτη φάση το εγχείρημα των μεταρρυθμίσεων ολοκληρώθηκε με τον σχεδιασμό, τη γεωγραφική αποκέντρωση και τη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση του υγειονομικού

τομέα από μια ικανή δημόσια διοίκηση. Στην Ελλάδα όμως οι μεταρρυθμίσεις μετά το 2009 δεν ακολούθησαν την προαναφερόμενη ομαλή εξελικτική πορεία και αυτό ήταν ένα θεμελιώδες ελάττωμα. Στην ελληνική εμπειρία των μεταρρυθμίσεων, υπήρξε έλλειμμα σε ικανό αριθμό τεκμηριωμένων κοινωνικών και υγειονομικών ερευνών με σκοπό την καταγραφή των πραγματικών αναγκών υγείας ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, ασφαλιστικό φορέα και κοινωνικοεπαγγελματική κατηγορία. Την ίδια αποτυχία είχαν η δεύτερη και τρίτη φάση των μεταρρυθμίσεων, διότι αφενός το θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο δεν υλοποιήθηκε και αφετέρου οι πολιτικές αλλαγές στην Ελλάδα προκάλεσαν την έντονη πολιτικοποίηση της δημόσιας διοίκησης, η οποία ευθύνεται ανάμεσα σε άλλα αίτια για την παρεμπόδιση των μεταρρυθμίσεων (Υφαντόπουλος,2007).

Ένα πειστικό οικονομικό περιβάλλον καθιστά δυσχερή την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων. Η ανάγκη ορθολογικής κατανομής των περιορισμένων ανθρώπινων και υλικών πόρων σε περίοδο οικονομικής κρίσης καθίσταται περισσότερο επιτακτική από κάθε άλλη εποχή. Έχει προταθεί να αντιμετωπίζεται η οικονομική ύφεση όχι ως απειλή, αλλά ως ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, κοινωνικών και υγειονομικών συστημάτων. Η πρόσφατη οικονομική κρίση ανέδειξε τις ανεπάρκειες του συστήματος κοινωνικής προστασίας και υγείας και ταυτόχρονα οδήγησε σε αναμόρφωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας, με αλλαγές που διενεργήθηκαν σε δύο άξονες. Ο ένας άξονας που υλοποιήθηκε πρώτος ήταν η μείωση του κόστους με μειώσεις παροχών προς όλους όμως όχι ισόβαθμες, καθώς και προσπάθειες για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του συστήματος μέσα από τη μείωση της σπατάλης και της διαφθοράς, ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας. Ο δεύτερος άξονας αφορά διαρθρωτικές αλλαγές με τις σημαντικότερες να έχουν γίνει στον τρόπο καθορισμού των συντάξεων και στην οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η Περιφερειακή Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την Ευρώπη ενέκρινε το 2009 ένα ψήφισμα που προτρέπει τα κράτη μέλη να διασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας τους θα συνεχίσουν να προστατεύουν τις περισσότερο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, θα παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο και θα επιδιώξουν σοφή οικονομική πολιτική όσον αφορά στις επενδύσεις, τις δαπάνες και την απασχόληση. Επιπλέον, η ίδια Επιτροπή κάλεσε τα κράτη μέλη να εντείνουν την παρακολούθηση

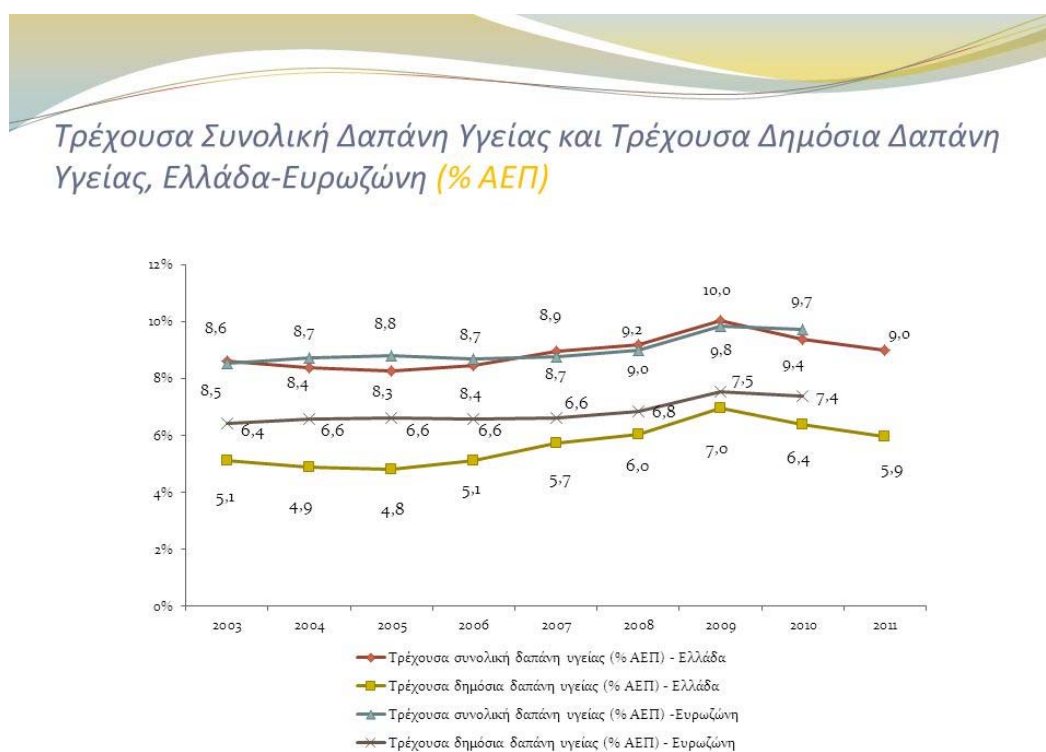
και την ανάλυση των συνεχών μεταβολών στις συνθήκες διαβίωσης με σκοπό την αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος υγείας και να επιλεγούν ρεαλιστικές πολιτικές με στόχο την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία και στα συστήματα υγείας (WHO Regional Office for Europe,2009). Η ανάλυση της ελληνικής περίπτωσης αναδεικνύει τη σημασία αυτού του ψήφισματος, δεδομένου ότι η διαδικασία μεταρρύθμισης το τομέα της υγείας στην Ελλάδα θα μπορούσε πιθανώς να εναρμονιστεί με αυτό το ψήφισμα. Ενώ διάφορες μεταρρυθμίσεις άρχισαν να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται ως απαντήσεις στην κρίση λόγω του δημόσιου χρέους της χώρας και πορεύονται προς τη σωστή κατεύθυνση, θα μπορούσε να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στις συνέπειες για τη δημόσια υγεία από την κρίση και τις πολιτικές οικονομικής προσαρμογής.

3.3.2 Μέτρα των μνημονίων για την Υγεία

Στα χρόνια της κρίσης, το ελληνικό σύστημα υγείας χρειάστηκε να αντιμετωπίσει τη διπλή πρόκληση: τη μείωση των διαθέσιμων πόρων και την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Με την πάροδο του χρόνου η κρίση βαθιάνει, οι δημόσιες δαπάνες μειώνονται και η πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα αποκτά κρίσιμη σημασία ιδιαίτερα για τα χαμηλά οικονομικά στρώματα και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, με άγνωστες μελλοντικές συνέπειες για την υγεία του πληθυσμού. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, αν και παρουσίασαν πτώση σε σχέση με τη περίοδο πριν την κρίση, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την υγεία έχουν αυξηθεί στην περίοδο της κρίσης σε σύγκριση με το χρονικό διάστημα 2005-2009.

Η υπερβολή στις δαπάνες του τομέα της υγείας στα χρόνια πριν την κρίση συνοδεύτηκε από μια περίοδο στέρησης και ισοπέδωσης. Μετά τις ρυθμίσεις των μνημονίων οι δυο βασικές πηγές δημόσιας χρηματοδότησης της υγείας προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό κατά 50% και από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας κατά 50%. Ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει κυρίως τα ελλείμματα των νοσοκομείων, επενδύσεις παγίου κεφαλαίου και τη δαπάνη της μισθοδοσίας των κρατικών νοσοκομείων (οι υπόλοιπες δαπάνες υποτίθεται ότι πρέπει να καλυφθούν από τα γενικά έσοδα των νοσοκομείων). Οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων καλύπτουν τις αγορές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (27%), νοσοκομειακής περίθαλψης (42%), και φαρμακευτικής περίθαλψης (31%). Η χώρα έχει πλέον μία

από τις μικρότερες δημόσιες δαπάνες για την υγεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο, αφού αυτή ακολουθεί την πορεία του ΑΕΠ και έχει μειωθεί κατά 35% (από 24 δις το 2009 έφτασε σε λιγότερο από 15 δις το 2015). Ένας από τους βασικούς στόχους της μνημονιακής πολιτικής υγείας ήταν να μην υπερβαίνουν οι δημόσιες δαπάνες υγείας το 6% του ΑΕΠ και αυτός επιτεύχθηκε, αφού το 2011 έφτασαν στο 5,9% του ΑΕΠ, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.



Διάγραμμα 3.3: Συνολική δαπάνη Υγείας και Δημόσια δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρωζώνη (2003-2011).

Στα πλαίσια του μνημονίου έχει επίσης επιτευχθεί η μείωση της χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και την αύξηση από το εισόδημα των νοικοκυριών, όπως φαίνεται στο επόμενο διάγραμμα.

Σχήμα 37: Κατανομή δαπανών νοικοκυριών, Υγεία, 2008-2014



Διάγραμμα 3.4: Κατανομή δαπανών νοικοκυριών για την υγεία (2008-2014).

Το διάγραμμα δείχνει ότι ενώ οι δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας ήταν το 2009 6,5% αυξήθηκε σε 7,2% το 2014. Επίσης, ενώ το 2009 η χρηματοδότηση του ΕΣΥ στηριζόταν κατά 87% στον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και κατά 13% στα νοικοκυριά, το 2011 τα αντίστοιχα ποσά ήταν 81,3% και 18,7% (Οικονόμου,2013;Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, 2013). Αυτή η επιβάρυνση στις δαπάνες των νοικοκυριών συνοδεύτηκε από αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους στο οποίο δεν μπορούν να ανταποκριθούν. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας βρίσκονται ήδη σε χαμηλότερα επίπεδα από τους στόχους που τέθηκαν στο πλαίσιο των δανειακών συμβάσεων.

Στα πλαίσια των μνημονίων το σύστημα υγείας της Ελλάδας αποτέλεσε βασικό πεδίο παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση της δαπάνης και την αύξηση της αποδοτικότητας. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να ενταχθούν στις ακόλουθες ομάδες:

- Μέτρα μείωσης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης με νέο σύστημα τιμών πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων, νοσοκομειακό rebate, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, πρωτόκολλα διαχείρισης ασθενών, διαγωνισμούς φαρμάκων, προώθηση χρήσης γενόσημων, έλεγχο της κατανάλωσης, λίστα φαρμάκων υψηλού κόστους (σοβαρών παθήσεων).

- Μέτρα αύξησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων του ΕΣΥ με βελτίωση της μηχανοργάνωσης και εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος στα νοσοκομεία (περιλαμβάνει την 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.), εσωτερικούς ελεγκτές, αναδιοργάνωση και συγχωνεύσεις νοσοκομείων, δημοσίευση ισολογισμών, αναδιάταξη των κλινικών του ΕΣΥ, μείωση αποδοχών στο ΕΣΥ, νέο σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση τα ΚΕΝ και μέτρα αύξησης εσόδων με είσπραξη αντιτίμου από τα εξωτερικά ιατρεία (και αύξησή του από 3 σε 5 ευρώ), καθώς και με ολόημερη λειτουργία νοσοκομείων και κινητικότητα του προσωπικού ανάμεσα στα νοσοκομεία .
- Μέτρα ελέγχου των δαπανών για υγειονομικό υλικό, όπως διαγωνισμοί νοσοκομείων, εθνικοί διαγωνισμοί, σύσταση Επιτροπής Προμηθειών Υγείας, Παρατηρητήριο τιμών για τις προμήθειες, έλεγχος κατανάλωσης και προϋπολογισμών, κωδικοποίηση των υλικών.
- Μέτρα εκσυγχρονισμού των ασφαλιστικών ταμείων με την ενοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κάτω από την ομπρέλα του ΕΟΠΥΥ, με λίστες φαρμάκων (σοβαρών παθήσεων, θετική και αρνητική λίστα, μη συνταγογραφούμενων), με προώθηση χρήσης γενοσήμων, διαγωνισμούς φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αναδιάταξη μονάδων υγείας και μετάταξη μονάδων στο ΕΣΥ, δημιουργία ενιαίου ασφαλιστικού φορέα υγείας, μείωση των τιμών διαγνωστικών εξετάσεων του ΕΟΠΥΥ, κατευθυντήριες οδηγίες και διαγνωστικά πρωτόκολλα στις διαγνωστικές εξετάσεις για έλεγχο της προκλητής ζήτησης, εφαρμογή rebate και clawback στα διαγνωστικά εργαστήρια.

Τα παραπάνω μέτρα οδήγησαν σε μια σειρά βελτιώσεων στον υγειονομικό τομέα, που σε αδρές γραμμές είναι οι εξής:

- ✓ Μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία

- ✓ Εξοικονομήσεις σε φαρμακευτικά προϊόντα και περιορισμό της δημόσιας δαπάνης για φάρμακα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης
- ✓ Μείωση του κόστους των νοσοκομείων
- ✓ Μείωση των αμοιβών των ιατρικών υπηρεσιών που ανατέθηκαν σε ιδιωτικούς παρόχους

Τα μέτρα που υλοποιήθηκαν στην περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα είχαν κυρίως βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα και αφορούσαν σε μειώσεις μισθών του προσωπικού, μειώσεις των τιμών των φαρμάκων και εκπτώσεις από την πλευρά των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, καθώς και μειώσεις των τιμών των υλικών με στόχο τη μείωση της δαπάνης. Τα μέτρα αυτά ήταν απαραίτητα για την ταχύτατη αποκλιμάκωση των δαπανών, όμως δεν αποτελούν διαρθρωτικές και εκσυγχρονιστικές μεταρρυθμιστικές πολιτικές (Economou and Giorno,2009). Οι περικοπές των δαπανών υγείας μπορούν να υλοποιηθούν με δύο τρόπους: α) με περιορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και των δικαιούχων περίθαλψης καθώς και με μείωση των κινδύνων που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αυτό σημαίνει ότι περιορίζεται η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας όπως και η ποιότητά τους, β) με εξορθολογισμό του συστήματος υγείας και βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών. Ο τρόπος αυτός επιτυγχάνει την εξοικονόμηση πόρων, που μπορούν να διοχετευθούν στη συνέχεια για τη βελτίωση της κάλυψης του πληθυσμού και είναι η επιθυμητή οδός.

Σε μεγάλο βαθμό τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που λαμβάνονται στην Ελλάδα μετά το 2010 ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία και είναι προς τη σωστή κατεύθυνση, αφού αποσκοπούν στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας, προσπαθούν να εξορθολογίσουν τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και να εισαγάγουν σύγχρονες τεχνικές διοίκησης και διαχείρισης των μονάδων υγείας, επιχειρούν να αντιμετωπίσουν τις ανεπάρκειες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να ελέγξουν τις δαπάνες για προμήθειες υλικών και φάρμακα. Είναι εξίσου όμως αρκετά και τα μέτρα που υπάγονται στην πρώτη κατηγορία, τα οποία καθώς συγκρατούν τις δαπάνες και αυξάνουν τα έσοδα περιορίζοντας τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, επιφέρουν σοβαρά προβλήματα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες και εγείρουν ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης και ισοτιμίας στην προστασία της υγείας, κυρίως για όσους έχουν χαμηλό εισόδημα (Οικονόμου,2014:108).

Το σύστημα υγείας είναι αποτελεσματικό όταν διασφαλίζει το δικαίωμα όλων στην υγεία. Η επίτευξη αυτού του σκοπού χρειάζεται πλαίσιο αξιοκρατίας και κατάλληλα εργαλεία. Κάθε αλλαγή για να είναι πετυχημένη πρέπει να έχει ως βασικά χαρακτηριστικά της την αξιοκρατία, τη συνεργασία και την ανάπτυξη προτάσεων στρατηγικής, ενώ είναι εμφανές ότι σε περίοδο ύφεσης οι οριζόντιες περικοπές δεν λύνουν τα προβλήματα της κοινωνίας (Μινογιάννης, 2014). Σημαντική θεσμική παρέμβαση του μνημονίου αποτελεί ο νόμος 3918/2011 ο οποίος εισάγει διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, όπως το νέο σύστημα προμηθειών υγείας, τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και μέτρα που στοχεύουν στον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Η ένταξη των νοσοκομείων/πολυιατρείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ αποτελεί σημαντική αλλαγή, διότι με αυτό τον τρόπο ο κλάδος της υγείας ενοποιείται καθώς πάει να υπάγεται στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, επιτυγχάνοντας αφενός εξοικονόμηση πόρων και αφετέρου διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με όρους ισοτιμίας για όλους τους πολίτες.

Όσον αφορά στις προμήθειες υγείας, ο προγραμματισμός τους μετατοπίστηκε στο περιφερειακό επίπεδο μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ). Στη συνέχεια, τα ΠΠΠΥ υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ) η οποία καθορίζει:

- α) το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας
- β) ποιοι διαγωνισμοί προμηθειών προϊόντων ή υπηρεσιών θα διενεργηθούν σε επίπεδο ΥΠΕ ή περισσότερων ΥΠΕ ή σε εθνικό επίπεδο
- γ) την αρχή που αναλαμβάνει τη διενέργεια του διαγωνισμού, τη σύναψη και τη μέριμνα εκτέλεσης της σύμβασης.

Η ΣΕΠ επιτυγχάνει την ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό μίας ή περισσότερων ΥΠΕ, προάγοντας με αυτό τον τρόπο τη μέγιστη δυνατή οικονομία κλίμακας. Επίσης σημαντικός είναι ο ρόλος της Επιτροπής Προδιαγραφών και του Παρατηρητηρίου Τιμών στον καθορισμό των ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν και στην

παρακολούθηση των τιμών των ιατροτεχνολογικών προϊόντων για τον προσδιορισμό αποδεκτής τιμής μονάδας.

Άλλες σημαντικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας είναι η εισαγωγή προγραμμάτων πληροφορικής για τον έλεγχο των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη διπλογραφικού λογιστικού συστήματος στα νοσοκομεία, η χρήση προϋπολογισμών έστω και σε νοσοκομειακό επίπεδο, η κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων και η ανάπτυξη διαλόγου μεταξύ υπουργείων με βάση μελέτες επιστημόνων και ειδικών στη δημόσια υγεία. Αυτό το νέο κλίμα διατηρεί τη ζωτικότητα της ατζέντας των μεταρρυθμίσεων. Είναι θετικό το γεγονός ότι έχει ήδη διαμορφωθεί μια εθνική στρατηγική για την ΠΦΥ με άξονα την ενοποίησή της υπό την ομπρέλα του ΕΟΠΥΥ, αλλά επιπλέον χρειάζεται να οργανωθεί η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών, που αντιστοιχούν στο 70% του συνολικού φορτίου ασθένειας της Ελλάδας. Το πρόγραμμα μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων επιτρέπει τη μέτρηση των οικονομικών δεδομένων. Παρόλο που το σύστημα υγείας της χώρας υπολείπεται σε ουσιώδεις δομές, ωστόσο διαθέτει μια ισχυρή βάση για να αναπτυχθεί.

Παράλληλα, εφαρμόστηκαν μέτρα που επιβάρυναν ιδιαίτερα τον πληθυσμό της χώρας και είχαν αρνητική επίδραση στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, αποδυναμώνοντας τον «εθνικό» χαρακτήρα του συστήματος υγείας. Ένα τέτοιο μέτρο ήταν η θεσμοθέτηση καταβολής 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε Κέντρα Υγείας και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων. Επίσης θεσμοθετήθηκε η επέκταση των ρυθμίσεων του νόμου 2889/2001 για τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων με το νόμο 3868/2010 και η καθιέρωση της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ μέσω της επέκτασης των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Με το τελευταίο μέτρο οι πολίτες μπορούν να διασφαλίσουν τη δυνατότητα επιλογής ιατρού, να μειωθούν οι λίστες αναμονής, να αξιοποιηθεί καλύτερα ο ιατρικός εξοπλισμός και να αυξηθούν τα έσοδα των νοσοκομείων. Η αρνητική πλευρά της εφαρμογής αυτού του μέτρου σχετίζεται με το χρηματικό ποσό που ο ασθενής πρέπει να καταβάλει για την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία (45-90 ευρώ), γεγονός που δημιουργεί άνιση πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, αφού εξαρτάται από την εισοδηματική κατάστασή τους. Το πρόβλημα αυτό επιδεινώνει η οικονομική στενότητα που προκαλούν τα μέτρα αυστηρής λιτότητας και δημοσιονομικών περιορισμών (Οικονόμου,2012). Το αποτέλεσμα αυτών των μέτρων ήταν η μείωση

του αριθμού των επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία, στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται πιο αναλυτικά οι αλλαγές που υλοποιήθηκαν σε ορισμένες σημαντικές συνιστώσες του δημόσιου τομέα υγείας.

3.3.3 Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και ΠΕΔΥ

Οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας σχεδιάζονταν από το 1968, αλλά ουδέποτε εφαρμόστηκαν. Η κατάσταση αυτή άλλαξε το 2011 με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, που προοριζόταν να καλύψει τη μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού (εργατικό δυναμικό, εξαρτώμενα μέλη και συνταξιούχους) λαμβάνοντας υπόψη μόνο τη βραχυπρόθεσμη ανεργία. Η βάση για τη θεμελίωση δικαιώματος συμμετοχής στον ΕΟΠΥΥ είναι η κατάσταση ασφάλισης. Ωστόσο στο πλαίσιο της βαθιάς κρίσης η ανεργία αυξήθηκε στο 27,3% το 2013. Σύμφωνα με την προϋπάρχουσα νομοθεσία ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει αποτελεσματικά μόνο τους ανέργους για μέγιστη περίοδο δυο ετών με αποτέλεσμα να αυξάνεται το ποσοστό των ανασφάλιστων. Το 2016 το σύστημα συνταγογράφησης αλλάζει και οι οικονομικά αδύναμοι ανασφάλιστοι δικαιούνται φαρμακευτική αγωγή από τον ΕΟΠΥΥ. Παράλληλα, καταργείται η υποχρέωση έκδοσης και ανανέωσης των Ατομικών βιβλιαρίων των οικονομικά αδυνάμων ή ανασφάλιστων. Η συγχώνευση των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων σε ένα ενιαίο ταμείο υγείας με το νόμο 3918 του 2011 και οι νομοθετικές αλλαγές που ακολούθησαν συμβάλλουν στον περιορισμό των ανισοτήτων μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων ως προς το ύψος, το εύρος και την ποιότητα των παροχών. Ωστόσο, η σύσταση του ΕΟΠΥΥ δεν συνοδεύτηκε από επιχειρησιακό σχέδιο οργανωτικής και λειτουργικής δομής και δεν έλαβε επαρκή υποστήριξη καθώς έγινε με πολιτικούς όρους.

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, αποτελεί τολμηρή πρωτοβουλία σε περιβάλλον που μαστίζεται από οικονομική κρίση, ωστόσο η πρόταση για σύσταση ενιαίου φορέα Υγείας υπήρχε στις επί σειρά ετών συζητήσεις για μεταβολές στον χώρο της υγείας. Στις προσδοκίες της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ περιλαμβάνονται η αμεσότητα πρόσβασης των πολιτών, η αποφόρτιση των νοσοκομείων, η μείωση της ταλαιπωρίας των ασθενών και η ελάττωση της γραφειοκρατίας. Από την αρχή της δημιουργίας του ο ΕΟΠΥΥ φέρει

τις παθογένειες των ταμείων από τα οποία προήλθε, δηλαδή τα οικονομικά τους χρέη. Οι συσσωρευμένες υποχρεώσεις προς τον ιδιωτικό τομέα των εντασσόμενων ταμείων δημιούργησαν δυσλειτουργίες στον οργανισμό και συρρίκνωσαν τη διαπραγματευτική δυνατότητά του. Προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία του ΕΟΠΥΥ αποτελεί η διασφάλιση της τακτικής απόδοσης των προβλεπόμενων ασφαλιστικών εισφορών από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που εισπράττουν έσοδα για τον ΕΟΠΥΥ. Στην ήδη επιβαρυνόμενη σχέση εσόδων-δαπανών του ΕΟΠΥΥ προστίθενται οι πιέσεις στην αγορά εργασίας και η ύφεση. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με αύξηση της ανεργίας, περικοπές μισθών, περιορισμό φορολογικών εσόδων, που μειώνουν τα έσοδα από ασφαλιστικές και φορολογικές εισφορές και συνεπώς συρρικνώνουν τη χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ.

Σύμφωνα με τον Σουλιώτη, πριν από τον ΕΟΠΥΥ το σύστημα κάλυπτε καλύτερα τις ανάγκες των πολιτών, ικανοποιούσε σε μεγαλύτερο βαθμό το κριτήριο της ισότητας, ήταν πιο αποτελεσματικό στη διαχείριση των πόρων, ενώ Ο ΕΟΠΥΥ αντίθετα περιόρισε σημαντικά το πακέτο παροχών που παρέχεται υπό ασφαλιστική κάλυψη, δημιούργησε μεγάλο αριθμό ανασφάλιστων, απέτυχε σε επίπεδο οργάνωσης και δεν κατάφερε να συγκρατήσει τις δαπάνες (Σουλιώτης,2014). Ως θετικά σημεία του ΕΟΠΥΥ αναγνωρίζουμε: α) τις κατευθυντήριες οδηγίες που τέθηκαν για τη συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων, β)την προώθηση ανακοστολόγησης εξετάσεων, γ) το συνδυασμό ICD-10 διάγνωσης και εξέτασης, δ) τον καθορισμό ατομικών πλαφόν ιδιωτικών διαγνωστικών εργαστηρίων, ε) την αποζημίωση παρόχων με κριτήρια ποιότητας. Οι αλλαγές αυτές όμως συνοδεύτηκαν από αυξήσεις στις συν-πληρωμές, μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το δημόσιο και εισαγωγή νέων «τελών» .

Οι εισφορές που αφορούν την υγεία εξακολουθούν να συλλέγονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας, γεγονός που συνεπάγεται σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ, όταν καθυστερεί η απόδοση των εισφορών αυτών στον ΕΟΠΥΥ ή όταν παρακρατούνται εισφορές από τα ασφαλιστικά ταμεία για την κάλυψη συνταξιοδοτικών και άλλων δαπανών. Επιπροσθέτως, η επιβολή πλαφόν στις επισκέψεις των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών υποχρεώνει τους ασφαλισμένους να περιπλανώνται άσκοπα στο σύστημα υγείας μέχρι να βρουν γιατρό που δεν έχει συμπληρώσει το πλαφόν, προκειμένου να τους προσφέρει τις υπηρεσίες που χρειάζονται. Αυτή η επιβάρυνση των ασθενών θα μπορούσε να αποφευχθεί με

τον προσανατολισμό τους στο σύστημα υγείας από γενικούς οικογενειακούς γιατρούς.

Ο εκτροχιασμός των οικονομικών μεγεθών του ΕΟΠΥΥ-με τη δημιουργία ελλείμματος 1,2 δις ευρώ του ΑΕΠ - σε συνδυασμό με τον πρόχειρο σχεδιασμό, την έλλειψη οργάνωσης, υποδομών και μηχανοργάνωσης του ΕΟΠΥΥ ενίσχυσαν την ανάγκη αλλαγής του οργανισμού. Το 2014 μια νέα μεταρρύθμιση της ΠΦΥ (νόμος 4238/2014) διενεργήθηκε από την κυβέρνηση αλλάζοντας ριζικά τις δομές παροχής φροντίδας. Συγκεκριμένα, δημιουργήθηκε νέος φορέας παροχής ιατρικών υπηρεσιών με την ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), που είναι υπεύθυνος για όλες τις μονάδες δημόσιας πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίες περιέρχονται στη διοικητική αρμοδιότητα των Υγειονομικών Περιφερειών. Τα Κέντρα Υγείας που λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες διευθύνσεις των νοσοκομείων και ελέγχονταν από τον διοικητή του νοσοκομείου στο οποίο ανήκαν μεταφέρθηκαν στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ). Στις ΥΠΕ μεταφέρονται και τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ προκειμένου να οργανωθεί το δίκτυο παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, στο οποίο μετέχουν πλέον τα Κέντρα Υγείας, τα πολυιατρεία και εργαστήρια ΕΟΠΥΥ και τα αστικά Κέντρα Υγείας.

Το ΠΕΔΥ άλλαξε το ρόλο του ΕΟΠΥΥ από αγοραστή και πάροχο μόνο σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας από φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα καθώς και από συμβαλλόμενους γιατρούς, με την υπογραφή συμβάσεων. Πρόκειται δηλαδή ο ΕΟΠΥΥ να καλύπτει οικονομικά τις υπηρεσίες υγείας που θα αγοράζει από τους παρόχους υγείας (γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές). Η αλλαγή της φυσιογνωμίας του ΕΟΠΥΥ σε αγοραστή έχει σκοπό τη συγκέντρωση των πόρων σε ένα μόνο φορέα, στην ορθολογικότερη διαχείριση των οικονομικών πόρων και δαπανών και στην αύξηση των χρηματοδοτικών πόρων. Ωστόσο, ενώ η μείωση των δαπανών απόκειται στις πολιτικές που ακολουθούνται, η αύξηση των εσόδων εξαρτάται από πολλούς μη ελέγξιμους παράγοντες, όπως ο αριθμός των ανασφάλιστων, η μείωση του ΑΕΠ κ.ά. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι ενώ η βιωσιμότητα ενός οργανισμού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό αν μπορεί να ελέγξει τα έσοδά του, στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ δεν έχει θεσμοθετηθεί η άμεση καταβολή

των ασφαλιστικών εισφορών για την υγεία στον ΕΟΠΥΥ και όχι στα ασφαλιστικά ταμεία όπως γίνεται μέχρι σήμερα (Χλέτσος,2015).

Η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ από πάροχο μόνο σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας έχει μια ιδεολογική τάση για δημιουργία συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Παρότι ο νόμος 4238 σαφώς εισάγει το σύστημα των «οιονεί αγορών» στο χώρο της υγείας, αυτή η πρόθεση δεν δηλώθηκε από την Πολιτεία. Το ίδιο σύστημα εισήχθη και στον τομέα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τον νόμο 4286/2014 και τη σύσταση της «Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ ΑΕ)». Η εταιρεία αυτή αποτελεί μνημονιακή επιταγή, ανήκει σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και αναλαμβάνει να αποζημιώνει τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία σύμφωνα με κοστολογημένα DRGs και την αξιολόγηση της απόδοσής τους. Αυτό το σύστημα δημιουργεί μια «αγορά», εισάγει την έννοια του ανταγωνισμού στον χώρο της υγείας, ανακατανέμει τους πόρους μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και δίνει τη δυνατότητα σε ιδιωτικούς φορείς να συμμετάσχουν ισότιμα στη δημόσια πολιτική για την υγεία (Πετμεζίδου,2015:194). Ουσιαστικά όμως πρόκειται για ένα μηχανισμό μέτρησης της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας, ανάλογα με την οποία θα κατανέμονται τα κονδύλια της Υγείας και θα γίνονται οι αλλαγές που απαιτούνται, π.χ. το κλείσιμο των λιγότερο αποδοτικών μονάδων,

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν στο βρετανικό ΕΣΥ, η εφαρμογή του συστήματος των «οιονεί αγορών» στον τομέα υγείας της Βρετανίας δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η εμπειρία έδειξε κάποια βελτίωση στην παραγωγικότητα των νοσοκομείων και στην αποτελεσματικότητα της συνταγογράφησης. Επίσης ο Propper (2010) κατέδειξε ότι οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν για τη βελτίωση του ανταγωνισμού μεταξύ νοσοκομείων, με σταθερές τιμές και δυνατότητα επιλογής από τους ασθενείς οδήγησαν σε βελτίωση της ποιότητας. Όπως ο ίδιος επισημαίνει (2008) σε μεγάλες πόλεις όπου υπάρχει έντονος ανταγωνισμός, μειώνεται ο χρόνος αναμονής αλλά και η ποιότητα των υπηρεσιών, ενώ εμφανίζεται και αυξημένη χρήση της δυνατότητας επιλογής παρόχου δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας από τους ασθενείς (Propper,2010; Πετμεζίδου, 2015). Σύμφωνα με άλλες έρευνες (Propper et al., 2004, 2008) ο ανταγωνισμός τιμών μεταξύ των νοσοκομείων έχει αρνητικές επιπτώσεις

στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ η αποζημίωση των προμηθευτών σύμφωνα με την αποδοτικότητα τους οδηγεί σε εξαιρετικά υψηλό κόστος διεκπεραίωσης (Allen,2013). Το ίδιο αποτέλεσμα (αυξήσεις στο διοικητικό κόστος) είχε η εφαρμογή των «οιονεί αγορών» και στο σύστημα υγείας της Ν. Ζηλανδίας (Πετμεζίδου2015:193;OECD,2014). Η εφαρμογή των «οιονεί αγορών» στην Ελλάδα δεν έχει μεγάλη χρονική έκταση και δεν έχει πιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητά της. Ωστόσο, πολλοί ερευνητές βασιζόμενοι στη διεθνή εμπειρία θεωρούν ανορθολογική την υιοθέτηση πολιτικών που σχετίζονται με τις «οιονεί αγορές». Για την αντιμετώπιση των αδυναμιών του μοντέλου των «οιονεί αγορών» ο Παρασκευόπουλος (2008) προτείνει τον συνδυασμό του με άλλα υποδείγματα παροχής δημόσιων υπηρεσιών (π.χ. «εντολών και ελέγχου»), την παράλληλη υιοθέτηση πολιτικών που θα προωθούν την αναδιανομή, την κοινωνική συνοχή και την ισότητα, καθώς και με τη δημιουργία δομών οργανωμένης πληροφόρησης για τους χρήστες. Είναι γεγονός ότι οι χρήστες-ασθενείς στερούνται επαρκούς πληροφόρησης και γνώσης σχετικά την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από τους παρόχους υγείας και σ' αυτό το σημείο ελλοχεύει ο κίνδυνος υπονόμησης του ήθους των δημόσιων λειτουργών με την εισαγωγή των «οιονεί αγορών». Σαφώς, επιλογή των παρόχων υγείας από τους ασθενείς είναι μια δύσκολη διαδικασία, η οποία θα μπορούσε να διευκολυνθεί από τη συμβολή ανεξάρτητων ομάδων ειδικών. Ουσιαστικά όμως οι χρήστες επιθυμούν την παροχή υπηρεσιών υγείας ενός καλού επιπέδου και όχι απαραίτητα τη δυνατότητα της επιλογής παρόχων (Πετμεζίδου,2015:189).

Το ΠΕΔΥ αποτελεί ένα μεικτό σύστημα παρόχων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και περιλαμβάνει: α) τα περίπου 200 αγροτικά Κέντρα Υγείας και ένα μικρό αριθμό λειτουργούντων αστικών Κέντρων Υγείας, τα οποία μεταφέρονται από το ΕΣΥ στην αρμοδιότητα του ΠΕΔΥ, β) τους συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, γ) τα πρώην πολυιατρεία του ΙΚΑ, τα οποία το 2012 είχαν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ, αλλά μεταφέρθηκαν και αυτά στο ΠΕΔΥ, δ) τα ιδιωτικά εργαστήρια (συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ) και άλλες ιδιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι καθολικής πρόσβασης και μπορούν να απευθύνονται σ' αυτό καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου όλοι οι ασφαλισμένοι. Το σύστημα αυτό θα παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και όχι

δευτεροβάθμιας φροντίδας. Με την ψήφιση του νόμου 4238 όλες οι μονάδες της ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ έκλεισαν για ένα μήνα (Πετμεζίδου κ.ά., 2015: 95,96). Τα προβλήματα λειτουργίας εντάθηκαν για πολλές από τις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ που είχαν ελλείψεις σε προσωπικό και πριν τη μεταρρύθμιση, καθώς ο αριθμός γιατρών που παρέμειναν στο ΠΕΔΥ μειώθηκε κατά το ήμισυ. Επίσης, ορίστηκε ανώτατο όριο επισκέψεων ανά μήνα για κάθε ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα να καλύπτεται αυτό το όριο σύντομα και οι ασθενείς να υποχρεώνονται να πληρώσουν, έστω και μόνο για τη συνταγογράφηση φαρμάκων (για χρόνιες παθήσεις). Οι εργασιακές σχέσεις όλων των εργαζόμενων στην ΠΦΥ είναι ενιαίες, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, όπως και σε όλο το ΕΣΥ. Οι γιατροί που εργάζονταν στον ΕΟΠΥΥ είχαν το δικαίωμα να ενταχθούν στο νέο σύστημα με την προϋπόθεση ότι θα έκλειναν τα ιατρεία τους και αποδέχονταν να εργάζονται με τον όρο της αποκλειστικής και πλήρους απασχόλησης στο ΠΕΔΥ. Εξαιτίας της αποχώρησης των περισσότερων από τους μισούς γιατρούς από τον ΕΟΠΥΥ και της μη ένταξής τους στο νέο φορέα, το ΠΕΔΥ δεν διαθέτει επαρκές ιατρικό προσωπικό. Στο νέο σύστημα προβλέπεται η εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, που θα προσφέρει πιο εξειδικευμένη φροντίδα όταν θα χρειάζεται. Η πρόσβαση στην ΠΦΥ και σε εργαστηριακές εξετάσεις θα είναι καθολική ανεξάρτητα από το αν κάποιος είναι ασφαλισμένος ή όχι. Ένα ζήτημα που απαιτεί διευθέτηση είναι η επαρκής γεωγραφική διασπορά κέντρων υγείας, ώστε να καλύπτονται ικανοποιητικά οι ανάγκες όλου του πληθυσμού.

Η ΠΦΥ χαρακτηριζόταν από χρόνιες αδυναμίες, όπως η αδυναμία συντονισμού των περιστατικών, ο κατακερματισμός της χρηματοδοτικής διαδικασίας, η ανακολουθία στη διάθεση των πόρων σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού και η ανισοκατανομή του προσωπικού στις μονάδες υγείας της χώρας. Η αναγκαιότητα για την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ διαφαίνεται από το γεγονός ότι το ένα τέταρτο των εισαγωγών στα νοσοκομεία είναι επανεισαγωγές χρονίως πασχόντων, που θα μπορούσε η ΠΦΥ να διευθετήσει. Επίσης, στις εφημερίες των νοσοκομείων τα μισά περιστατικά ανήκουν στο πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας, ενώ τα νοσοκομεία των δυο μεγάλων αστικών κέντρων συγκεντρώνουν πολλά περιστατικά από την περιφέρεια. Η αδυναμία ανταπόκρισης της ΠΦΥ στη ζήτηση (η οποία εμφανίζει μείωση μεγαλύτερη του 50%) και η παράλληλη αύξηση της χρήσης της

νοσοκομειακής περίθαλψης προκαλούν το φαινόμενο της «αντίστροφης υποκατάστασης», το οποίο οφείλεται στο γεγονός ότι οι ίδιες σχετικές τιμές χρόνου και χρήματος, που επιβαρύνουν τους ασθενείς τη στιγμή της ανταλλαγής, είναι μικρότερες στη νοσοκομειακή περίθαλψη παρά στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Κυριόπουλος,2015).

Η απουσία σχεδιασμού, οργάνωσης, ανάπτυξης και υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης, προαγωγής και αποκατάστασης της υγείας και καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού αποτελεί λειτουργική αδυναμία της ΠΦΥ, όπως και η συγκέντρωση ή έλλειψη δομών της ΠΦΥ σε ορισμένες γεωγραφικές περιοχές. Παρά τις προσπάθειες που έγιναν κατά καιρούς για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών της ΠΦΥ (π.χ. με το νόμο 3235/2004) τα αρνητικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών παραμένουν μέχρι σήμερα, όπως η αναποτελεσματική και νοσοκομειοκεντρική λειτουργία τους, η αποσπασματικότητα, η συνταγογραφική κυρίως διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, η αναπαραγωγή του πελατειακού και μερικώς ιδιωτικοποιημένου συστήματος λειτουργίας, οι περίπλοκες εργασιακές σχέσεις, η σπατάλη πόρων και λειτουργιών, η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών.

Η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ έχει ιδιαίτερη βαρύτητα επειδή δίνει την ελπίδα για επίλυση των χρόνιων προβλημάτων του συστήματος υγείας και για ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ, που ξεκίνησε πριν από δυο δεκαετίες. Ειδικότερα, η μεταρρύθμιση αποσκοπεί στην ισότιμη πρόσβαση στο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το ταμείο στο οποίο ανήκουν και λύνει το πρόβλημα αποκλεισμού των πιο ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, που είναι οι ανασφάλιστοι. Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, τα υγιή συστήματα που βασίζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχουν μικρότερο κόστος, είναι πιο αποδοτικά, έχουν καλύτερα αποτελέσματα και μπορούν να επιτύχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση στους ασθενείς. Η εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στο ΠΕΔΥ ως πυλώνα της ΠΦΥ μπορεί να διευκολύνει την πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας και να διασφαλίσει μια πιο ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι οικογενειακοί γιατροί μπορούν να διασφαλίσουν την κατάλληλη συνέχεια της φροντίδας στον εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης τους και να συνεισφέρουν στην αύξηση της

ισότιμης πρόσβασης σε ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών, καθώς και της προληπτικής φροντίδας. Το έργο των οικογενειακών γιατρών συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα υγείας, όπως χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας κάθε αιτιολογίας, καρδιακών νοσημάτων και καρκίνων, παρά τη δεδομένη εισοδηματική ανισότητα και την ύπαρξη άλλων καθοριστικών παραγόντων υγείας. Η παραπομπή των ασθενών σε ειδικούς γιατρούς από οικογενειακούς γιατρούς παρουσιάζει λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές από την αυτοπαραπομπή. Στις χώρες όπου οι πρωτοβάθμιες δομές διαθέτουν υψηλότερες αναλογίες οικογενειακών γιατρών έχουν να επιδείξουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας και χαμηλότερο συνολικό κόστος. Αντιθέτως, οι χώρες που βασίζονται περισσότερο σε ειδικευμένους γιατρούς έχουν στάσιμα ή φθίνοντα αποτελέσματα υγείας όταν αυτά ανάγονται στο συνολικό πληθυσμό, ενώ ο κατακερματισμός της φροντίδας σε διάφορους ειδικούς γιατρούς εντείνει τη δυσφορία των ασθενών και συμβάλλει στο διαχωρισμό μεταξύ υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών.

Η αποτελεσματική ΠΦΥ δεν βασίζεται αποκλειστικά στην ιατρική επιστήμη, καθώς χρειάζεται μια διεπιστημονική διαχείριση της υγείας ενός πληθυσμού, που απαιτεί γνώσεις διαφόρων θεμάτων, όπως η δημόσια υγεία, το κοινωνικό πλαίσιο, ο οικογενειακός προγραμματισμός κ.ά. και παρέχεται από καλά συντονισμένες ομάδες επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας κ.ά.). Η συνεργασία τέτοιων επαγγελματιών μπορεί να επιτύχει συνέχεια στη φροντίδα και μια στενή σχέση με την κοινότητα. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του ΠΕΔΥ που δεν υπήρχε στον ΕΟΠΥΥ είναι η θέσπιση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας. Μια πρόταση που μπορεί να διευκολύνει την πρόσβαση των ασθενών στο δημόσιο σύστημα υγείας είναι η εγγραφή των πολιτών σε τοπική μονάδα της γειτονιάς τους όσον αφορά τις πόλεις και της περιοχής τους στην επαρχία, στα όρια του οικείου τοπικού δικτύου ΠΦΥ. Η δυνατότητα αλλαγής γιατρού θα υπάρχει μετά την παρέλευση ενός καθορισμένου χρονικού διαστήματος και αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι. Οι εγγεγραμμένοι στις μονάδες θα αποκτούν άμεσα Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας και θα παραπέμπονται σε άλλες δομές ή άλλους επαγγελματίες υγείας μέσω των μονάδων αυτών. Επίσης, στη διασφάλιση της καλής υγείας του πληθυσμού μπορεί να συμβάλλει η εκπαίδευση ατόμων και οικογενειών από το προσωπικό της ΠΦΥ για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου.

Στην Ευρώπη η φροντίδα υγείας είναι εστιασμένη στον ασθενή, γι' αυτό δίνεται έμφαση στους ακόλουθους άξονες φροντίδας:

- ❖ Πρόσβαση στις υπηρεσίες
- ❖ Συνέχεια στη φροντίδα
- ❖ Ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών
- ❖ Συντονισμός των υπηρεσιών στη φροντίδα

Στην Ελλάδα η συνέχεια φροντίδας παραμένει ανεπίτευκτος στόχος, λόγω της περιορισμένης ερευνητικής ικανότητας στην ΠΦΥ και έλλειψης τεκμηριωμένης γνώσης. Αυτό το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πράξης εμποδίζει το ελληνικό ΕΣΥ να παρέχει υπηρεσίες ΠΦΥ με συνέχεια, με αποτέλεσμα η ολοκληρωμένη ΠΦΥ να παραμένει ένα παραμελημένο ζήτημα. Στη χώρα μας η ανάπτυξη ενός ηλεκτρονικού δικτύου υγείας στον χώρο της ΠΦΥ θεωρείται προτεραιότητα, όμως η εφαρμογή του χωρίς εκπαίδευση δεν επαρκεί να καλύψει το νομικό χάσμα και τις υπόλοιπες αδυναμίες που αφορούν την οργάνωση. Επιπρόσθετα, η συντονισμένη φροντίδα στο περιβάλλον του ασθενούς θεωρείται ο ιδανικός τρόπος επίτευξης ισότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Μια έρευνα των Schafer W. LA et al (2015) περιλαμβάνει τον παρακάτω πίνακα, ο οποίος παρουσιάζει την αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ευρώπη. Όπως φαίνεται, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από χαμηλή προοπτική βελτίωσης της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, μέτρια προοπτική βελτίωσης της συνέχειας στη φροντίδα, χαμηλή προοπτική βελτίωσης της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, της ενεργούς συμμετοχής του ασθενούς και της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς.

Πίνακας 3.2: Μέσοι όροι βαθμολογιών για βελτίωση στα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ σε 34 χώρες (2011-2013)

Table 2. Mean patient-perceived improvement scores for primary care in 34 countries, 2011–2013 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/93/3/14-140368/en/>)

Country	Improvement score ^a
---------	--------------------------------

Accessibility Continuity Comprehensiveness Involvement Communication

Australia	0.38	0.14	0.42	0.17	0.16
Austria	0.41	0.38	0.97	0.65	0.20
Belgium	0.34	0.26	0.57	0.26	0.22
Bulgaria	0.66	0.56	1.34	1.17	0.34
Canada	0.38	0.11	0.52	0.18	0.12
Cyprus	1.25	1.40	1.95	1.47	0.38
Czech Republic	0.44	0.26	1.00	0.79	0.18
Denmark	0.26	0.18	0.82	0.56	0.23
Estonia	0.40	0.22	0.87	0.80	0.22
Finland	0.46	0.36	0.81	0.55	0.21
Germany	0.33	0.27	0.81	0.50	0.20
Greece	0.72	1.08	0.70	0.77	0.24
Hungary	0.49	0.49	1.05	0.48	0.30
Iceland	0.53	0.24	1.14	0.46	0.24
Ireland	0.45	0.26	0.72	0.66	0.37
Italy	0.51	0.31	0.91	0.76	0.42
Latvia	0.51	0.26	0.67	0.70	0.40
Lithuania	0.52	0.38	0.62	0.84	0.24
Luxembourg	0.39	0.31	0.62	0.57	0.23

Country	Improvement score ^a				
	Accessibility	Continuity	Comprehensiveness	Involvement	Communication
Malta	0.60	1.17	1.36	0.65	0.33
Netherlands	0.30	0.25	0.91	0.47	0.28
New Zealand	0.22	0.11	0.52	0.18	0.12
Norway	0.52	0.31	0.93	0.52	0.21
Poland	0.55	0.56	1.02	0.90	0.23
Portugal	0.73	0.19	0.50	0.73	0.27
Romania	0.55	0.30	1.04	0.65	0.29
Slovakia	0.74	0.53	1.12	0.63	0.28
Slovenia	0.53	0.32	1.16	0.78	0.23
Spain	0.90	0.29	1.16	0.57	0.36
Sweden	0.54	0.62	1.38	0.60	0.27
Switzerland	0.27	0.18	0.60	0.27	0.16
The former Yugoslav Republic of Macedonia	0.38	0.23	0.92	0.61	0.14
Turkey	0.77	0.84	1.06	0.38	0.36
United Kingdom ^b	0.42	0.30	0.77	0.47	0.21

^a The improvement score was calculated by multiplying the proportion of negative patient experiences with the mean importance score.

^b Only patients in England were surveyed.

Note: Scores between 0.11–0.72 were considered as a low level of patient-perceived improvement potential. Scores between 0.73–1.34 were considered as a medium level of patient-perceived improvement potential. Scores between 1.35–1.95 were considered as a high level of patient-perceived improvement potential.

Στα αρνητικά που είχε η λειτουργία του ΠΕΔΥ συγκαταλέγεται το αρχικό τίμημα των 5 ευρώ για την ιατρική επίσκεψη, καθώς αποτελεί μετακύλιση του κόστους της περίθαλψης στους ασθενείς και η ύπαρξη ασθενών (π.χ. με χρόνιες παθήσεις και χωρίς εισοδήματα) που μένουν χωρίς ιατρική φροντίδα. Επίσης, παρουσιάζονται προβλήματα στον σχεδιασμό του ΠΕΔΥ και ανεπάρκεια χρηματοδοτικών πόρων. Άλλο σοβαρό πρόβλημα που δυσχεραίνει τη λειτουργία του ΠΕΔΥ είναι ότι η δραστική μείωση του ιατρικού προσωπικού και η υποστελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυιατρείων έχει επίπτωση στην ποιότητα και στο εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτές οι αρνητικές καταστάσεις διαιρούν τους πολίτες σε δυο κατηγορίες: σε εκείνους που έχουν τη δυνατότητα να αναζητήσουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και σε όσους παραμένουν στη δημόσια υγεία, αλλά ταλαιπωρούνται από τη συσσώρευση πολλών ασθενών και το χρόνο αναμονής.

Με δεδομένη την οικονομική στενότητα, όπου η εξοικονόμηση πόρων είναι ο πρώτος στόχος, η πρόβλεψη για την επιτυχία της μεταρρύθμισης δεν είναι ενθαρρυντική, καθώς είναι δύσκολο να επιτευχθεί επάρκεια χρηματοδότησης, υποδομών και γιατρών, που θα καλύψουν τις ανάγκες όλου του πληθυσμού. Εμφανίζεται και σ' αυτή την κατάσταση το παράδοξο οι πολίτες να έχουν περισσότερη ανάγκη από ποτέ άλλοτε τις δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες υγείας, αλλά το σύστημα να δυσχεραίνει την πρόσβαση σ' αυτές τις υπηρεσίες. Επιπλέον, το ΠΕΔΥ ενώ υπόσχεται δωρεάν πρόσβαση σε όλους τους πολίτες συνεχίζει να στηρίζει τη χρηματοδότησή του στις κοινωνικές ασφάλισεις, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει το πρόβλημα της υποχρηματοδότησης. Η μείωση που εμφανίζεται στα έσοδα από τις ασφαλιστικές εισφορές σε συνδυασμό με τις προαναφερόμενες δυσλειτουργίες του ΠΕΔΥ θέτουν

το εγχείρημα του ΠΕΔΥ στον κίνδυνο να μείνει ανολοκλήρωτο. Επιπλέον η πρωτογενής πρόληψη για την καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου και η δευτερογενής πρόληψη για την έγκαιρη διάγνωση παραμένουν δύο υποβαθμισμένες συνιστώσες στις προτεραιότητες του κράτους, στις πρακτικές των γιατρών και στη συνείδηση των πολιτών, παρά την διεθνή παραδοχή ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης το πιο σημαντικό μέτρο στον τομέα υγείας είναι η υποκατάσταση της νοσοκομειακής περίθαλψης με την ενίσχυση της ΠΦΥ καθώς και της πρόληψης.

Από το εγχείρημα της ΠΦΥ απουσιάζει η μελέτη εφαρμογής της, όπως η εκτίμηση αναγκών, ο προσδιορισμός του αριθμού των οικογενειακών γιατρών που απαιτούνται για τη λειτουργία ενός τέτοιου συστήματος και ο τρόπος ανάπτυξης αυτού του συστήματος σε περιφερειακό/τοπικό επίπεδο. Ο νόμος για την πρωτοβάθμια φροντίδα περιέχει σημαντικό αριθμό διατάξεων που αφορούν σε θέματα δημόσιας υγείας, όπως ανάπτυξη κινητών μονάδων φροντίδας υγείας για την παροχή ΠΦΥ σε απομακρυσμένες ορεινές περιοχές και νησιά, ίδρυση και λειτουργία κέντρων παρηγορητικής φροντίδας και δράσεις για την προαγωγή της υγείας. Προκειμένου να εφαρμοστούν αυτά τα θετικά μέτρα απαιτείται επαρκής χρηματοδότηση, ο συστηματικός σχεδιασμός και η αποτελεσματική διαχείριση της διαδικασίας εφαρμογής. Ωστόσο, η επαρκής χρηματοδότηση είναι ένας πολύ δύσκολος όρος υπό το καθεστώς παρατεταμένης λιτότητας.

3.3.4 Ηλεκτρονική υγεία

Η εφαρμογή των εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης αξιοποιήθηκε για την καλύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας. Παραδείγματα αποτελούν το ESY.Net για την εισαγωγή στοιχείων μονάδων υγείας, η εφαρμογή των KEN/DRGs και η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Οι ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας προσφέρουν πλεονεκτήματα στο σύστημα υγείας αφού α) αυξάνουν τη βιωσιμότητα του συστήματος επιτυγχάνοντας ριζικές μεταρρυθμίσεις σε όλα τα επίπεδα καθώς αποτελούν εργαλεία ελέγχου του κόστους (μείωση λειτουργικού και διοικητικού κόστους και υποστήριξη της αποδοτικότητας και της δικτύωσης των συστημάτων υγείας), β) αποτελούν πυλώνα αναπτυξιακής πολιτικής μέσω της υποστήριξης που προσφέρουν στην έρευνα και την καινοτομία, τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας

και την ολοκλήρωση της εσωτερικής αγοράς της ΕΕ, γ) δίνουν διέξοδο στη διαχείριση της γήρανσης του πληθυσμού και των χρόνιων παθήσεων μέσω μιας πληθώρας εφαρμογών, όπως είναι η ανάπτυξη νέων ολοκληρωμένων μοντέλων περίθαλψης και φροντίδας, διαχείριση της πολυνοσηρότητας, η πρόληψη, η υποστήριξη ηλικιωμένων ατόμων, η διασφάλιση της εξατομικευμένης φροντίδας και της συνέχειας στη φροντίδα.

Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης συνεισέφερε στη μείωση και στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης και των ιατρικών εργαστηριακών εξετάσεων και πρόσφερε οφέλη σε όλους τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία της συνταγογράφησης (ασθενείς, γιατρούς, φαρμακοποιούς και ασφαλιστικά ταμεία). Το νέο σύστημα συμβάλλει στην εξοικονόμηση χρόνου για τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς, ενώ μειώνει και το χρονικό κόστος αναμονής των ασθενών. Στα πλεονεκτήματα της πρακτικής αυτής συγκαταλέγεται ο έλεγχος του όγκου και των δαπανών των ιατρικών πράξεων, ο περιορισμός των λαθών στη φαρμακευτική αγωγή, ο περιορισμός της κατευθυνόμενης και παράνομης συνταγογράφησης. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης συνέβαλε επίσης στον έλεγχο της προκλητής ζήτησης. Σ' αυτό το πεδίο, με την εισαγωγή νέων περιορισμών διαχωρίζονται κατά τη συνταγογράφηση ποιες εξετάσεις και με ποια συχνότητα επιτρέπεται να γράφει ένας γιατρός ανάλογα με τον κωδικό νόσου (ICD-10) και την ειδικότητά του. Επιπλέον, ανάλογα με το ICD-10 υπολογίζεται η μέση δαπάνη ανά παραπεμπτικό της κάθε ειδικότητας και καταγράφεται κάθε υπέρβαση. Επίσης, στις κατηγορίες των αξονικών και μαγνητικών τομογραφιών ενεργοποιήθηκε αναγκαστική έκπτωση προς τον ΕΟΠΥΥ.

Στα αρχικά στάδια λειτουργίας της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης παρατηρήθηκαν λειτουργικά προβλήματα στην εφαρμογή, τα οποία σχετίζονται με διοικητικά-οργανωτικά προβλήματα της δημόσιας διοίκησης και με αδυναμίες συντονισμού των αρμόδιων φορέων. Με την πάροδο των ετών και την εξέλιξη της πληροφορικής η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης παρουσιάζει συνεχή αναβάθμιση, ενώ ως ζητούμενο παραμένει η κατάρτιση ιατρικού φακέλου ασθενούς και η ανάπτυξη των Μητρώων ασθενών και ασθενειών. Η υλοποίηση του ιατρικού φακέλου αναμένεται να φέρει μια σειρά από σημαντικά και μετρήσιμα οφέλη στο σύστημα υγείας, όπως είναι η μείωση του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων, έλεγχος της λανθασμένης συνταγογράφησης, μείωση στη χρήση έντυπου ιατρικού φακέλου,

μείωση επανάληψης ιατρικών εξετάσεων έως και 30%, βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης, φιλικότητα του γραφικού περιβάλλοντος, ευκολία εκμάθησης των εφαρμογών του διαδικτύου, εξοικονόμηση χρόνου στην αναζήτηση και συμπλήρωση στοιχείων του ιατρικού φακέλου, δυνατότητα πολλαπλής ανάγνωσης περιστατικού (τηλεϊατρική), δυνατότητα επιδημιολογικών μελετών, εξ' αποστάσεως πρόσβαση σε στοιχεία ιατρικού φακέλου.

Η ανάπτυξη ενός άλλου πεδίου της ηλεκτρονικής υγείας, της τηλεϊατρικής, μπορεί να προσφέρει άμεση βοήθεια σε όσους έχουν προβλήματα υγείας, διάσωση ανθρώπινων ζωών, συμπαράσταση στο ιατρικό προσωπικό, συνεχή κατάρτιση και εκπαίδευση στα στελέχη υπηρεσιών υγείας. Μια σημαντική εφαρμογή της τηλεϊατρικής αποτελεί η κατ' οίκον τηλεπαρακολούθηση του ασθενούς, που είναι ευρύτατα διαδεδομένη στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ λόγω του χαμηλού της κόστους και των ευνοϊκών αποτελεσμάτων που βρέθηκαν σχετικά με την επιβίωση των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους. Τα ακόλουθα χαρακτηριστικά της κατ' οίκον νοσηλείας είναι υπεύθυνα για την αυξανόμενη ζήτηση που παρουσιάζει:

- Ανάγκη των ασθενών για καλύτερη ποιότητα ζωής, η οποία συνδέεται με μικρότερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο
- Μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο προϋποθέτει τη δυνατότητα παροχής φροντίδας στο σπίτι
- Μεγάλες ομάδες ασθενών με την ίδια ασθένεια που χρειάζονται περίθαλψη στο σπίτι. Όπως ηλικιωμένοι, παιδιά, άτομα με ειδικές ανάγκες, ασθενείς με χρόνια νοσήματα, ασθενείς με Aids, τετραπληγία και ψυχικά νοσήματα

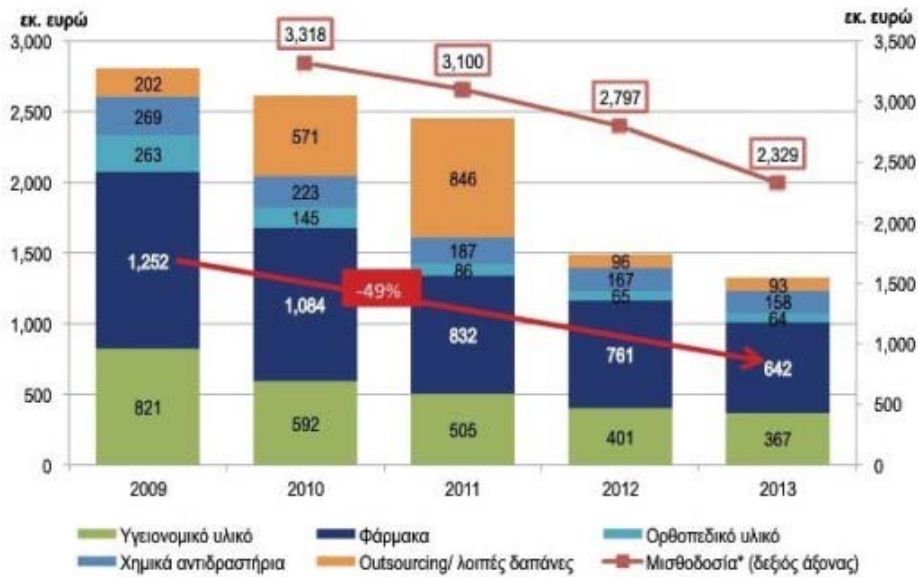
Απαραίτητα εργαλεία για τη επίτευξη αυτού του στόχου είναι ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενών, τα ηλεκτρονικά συστήματα παρακολούθησης, οι διεθνείς κωδικοποιήσεις, οι βάσεις δεδομένων και οι κατευθυντήριες οδηγίες.

3.3.5 Μεταρρυθμίσεις δημόσιων νοσοκομείων

Η μεταρρύθμιση των δημόσιων νοσοκομείων θα μπορούσε να ορισθεί ως ένα σύνολο αλλαγών που έχουν ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη ισότητα στην αντιμετώπιση των πολιτών και την παροχή σε αυτούς υπηρεσιών υγείας με τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα από ένα σύστημα που ταυτόχρονα είναι αποδοτικό στο μέγιστο δυνατό βαθμό. Η μεταρρύθμιση ωστόσο χαρακτηρίζεται από βραδύτητα, αμφισβήτηση και μεταβλητότητα διότι το νοσοκομείο αποτελεί μια ευμετάβλητη ανταγωνιστική περιοχή, όπου οι κλινικοί γιατροί δεν έχουν το ρόλο των πρωτοπόρων της μεταρρύθμισης, διάφορες εξωτερικές επιρροές και η κουλτούρα της κοινωνίας επηρεάζουν το ρυθμό και την κατεύθυνση της αλλαγής και η πολιτική της διοίκησης και του κράτους, η οποία στοχεύει στον έλεγχο της συμπεριφοράς παρά στην υποκίνηση, επιφέρει συχνά σύγχυση. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα δημόσια νοσοκομεία στην παροχή αποτελεσματικών υγειονομικών υπηρεσιών μπορεί να είναι απλά και υποκείμενα σε τεχνικές λύσεις ή σύνθετα και δύσκολο να επιλυθούν. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι δυνατή η βελτίωσή τους παρά η επίλυσή τους. Το μέγεθος της κρίσης, οικονομικής ή δημοσιονομικής, μπορεί να αποτελέσει τον κύριο μοχλό για τη μεταρρύθμιση σε αυτές τις περιπτώσεις (Ματάκος, 2012).

Η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας αντανακλάται και στα στοιχεία της νοσοκομειακής δαπάνης. Όπως προκύπτει από το παρακάτω διάγραμμα κατά τη διάρκεια της περιόδου 2009-2013 η νοσοκομειακή δαπάνη μειώθηκε κατά 49%. Η συρρίκνωση των πόρων σε συνδυασμό με υψηλότερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών κατά την περίοδο της κρίσης συνέβαλαν στην εικόνα ανεπαρκούς λειτουργίας των νοσοκομείων. Ωστόσο, το 2010 παρατηρήθηκε αύξηση της προσέλευσης ασθενών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΣΥ κατά 4% και των νοσηλευθέντων στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24% σε σύγκριση με το 2009.

Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009-2013, (σε εκ. ευρώ)



* η μισθοδοσία περιλαμβάνει όλες τις αποδοχές στα Νοσοκομεία, τα Ιδρύματα Πρόνοιας και τα ΝΠΔΔ (Μισθοί, εφημερίες, λοιπές παροχές)
 Πηγή: ESYNET, 2013, Δελτία εκτέλεσης Προϋπολογισμών - Υπουργείο Οικονομικών,
 Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2015-2018, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Διάγραμμα 3.5: Ανάλυση νοσοκομειακών δαπανών ΕΣΥ (2009-2013) σε εκατ. Ευρώ.

Επίσης, παρατηρείται πλημμελής αξιοποίηση της υπάρχουσας υποδομής, αφού το 25% των κλινών εντατικής θεραπείας παραμένει εκτός λειτουργίας λόγω έλλειψης προσωπικού. Παράλληλα, εφαρμόστηκαν κεντρικά διαχειριζόμενοι διαγωνισμοί και διεθνείς διαδικασίες ηλεκτρονικής δημοπρασίας για τις προμήθειες των νοσοκομείων. Το 2011 εγκαταστάθηκε στα νοσοκομεία το σύστημα DRGs, που είναι η εφαρμογή των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων σε ένα «μείγμα περιπτώσεων ασθενών» (case-mix), στη θέση του συστήματος αναδρομικής πληρωμής των νοσοκομείων (retrospective reimbursement), που βασιζόταν στο κόστος νοσηλείας ανά ειδικότητα. Στα οφέλη από το σύστημα DRGs περιλαμβάνονται η μείωση της κατ' επανάληψη χρησιμοποίησης υπηρεσιών, η αύξηση της αποδοτικότητας, η αύξηση εσόδων, η άριστη κατανομή πόρων, η ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων και η ανασυγκρότηση της οργανωτικής και διοικητικής δομής των νοσοκομείων. Ο καθορισμός της αμοιβής με τα DRGs λαμβάνει υπόψη τη διάγνωση, το στάδιο της ασθένειας, το φύλο και την ηλικία. Όπως επισημαίνει ο Μόσιαλος, η υιοθέτηση των γερμανικών DRGs και η εφαρμογή τους στην ελληνική πραγματικότητα είναι προβληματική, διότι πρόκειται για εργαλεία που βασίζονται σε γερμανικά στοιχεία που σχετίζονται με το κόστος των

ασθενειών και των συνδυασμών τους, ενώ στην Ελλάδα δεν είχε μετρηθεί το κόστος των ασθενών κάθε κατηγορίας. Επιπλέον η χώρα δεν διαθέτει ηλεκτρονικά συστήματα κατάλληλα για τον έλεγχο της λειτουργίας των DRGs. Οι προαναφερόμενες ελλείψεις δημιουργούν τον κίνδυνο ανορθολογικού κόστους, δηλαδή ορισμένες ιατρικές πράξεις προκύπτουν υπερκοστολογημένες, ενώ άλλες αντιθέτως έλαβαν χαμηλή τιμή αποζημίωσης.

Ο Πολύζος Νίκος (2014) υποστηρίζει ότι το ΕΣΥ χρειάζεται γενικότερη αναδιοργάνωση με συγχωνεύσεις νοσοκομείων και κλινικών, κλείσιμο ορισμένων μονάδων ή αλλαγή της λειτουργίας τους και με την ολοκλήρωση της νέας δομής της ΠΦΥ. Σύμφωνα με τον ίδιο, οι ανεξέλεγκτες αμοιβές με κατά πράξη πληρωμές θα πρέπει να υποκατασταθούν από σφαιρικούς προϋπολογισμούς DRGs, APGs, GP capitation, internal audit (NHS) and external audit (ΕΟΠΥΥ) κλπ. Επίσης, η νέα διοίκηση (ΕΟΠΥΥ/ΕΣΥ) χρειάζεται στόχους, δείκτες αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, πιστοποίηση βάσει ISO και κοινό πλαίσιο αξιολόγησης.

Η αναδιοργάνωση και οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων είναι ένα εγχείρημα που για να στεφθεί με επιτυχία θα πρέπει να βασίζεται στην αποτελεσματική κλινική διαχείριση των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται ανάπτυξη και μέτρηση δεικτών ποιότητας (αξιολόγηση μονάδων), ανάπτυξη δικτύων διαχείρισης χρόνιων παθήσεων (συνεπώς διασύνδεση με την ΠΦΥ), σύνδεση της κλινικής με την οικονομική πληροφορία σε χαμηλότερα επίπεδα από το κεντρικό της διοίκησης, προϋπολογισμούς κλινικών, αξιολόγηση προσωπικού, λογοδοσία, μέτρηση της ικανοποίησης κλπ. Στο πλαίσιο αυτό η αναδιάρθρωση (συγχωνεύσεις) στη νοσοκομειακή φροντίδα πρέπει να σημαίνει εξοικονόμηση για κάλυψη κενών και όχι περικοπές στο συνολικό ποσοστό της υγείας.

Διάφορες ανισοροπίες, όπως ο ιατρικός πληθωρισμός, οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, οι γεωγραφικές ανισότητες, η υπερπροσφορά εξειδικευμένων ιατρών, η ελλιπής ΠΦΥ με τους λίγους γενικούς γιατρούς συνιστούν στοιχεία της αγοράς υπηρεσιών υγείας, που έχουν συνέπειες τόσο στην αποδοτική και αποτελεσματική της χρήση όσο και στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και την ισότιμη πρόσβαση σε αυτές. Στο πλαίσιο της παρούσας κρίσης αναδύεται επιτακτική η αναγκαιότητα ενός αποτελεσματικού δημόσιου τομέα υγείας, που θα βελτιώσει τη διαχείριση των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων και θα καλύπτει επαρκώς τις ανάγκες των πολιτών με ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες. Η επίτευξη αυτού του στόχου απαιτεί την εφαρμογή των κατάλληλων διαχειριστικών διαδικασιών και

λειτουργιών σε κάθε νοσοκομείο, οι οποίες θα επιτρέπουν τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών για τον έλεγχο των δαπανών και τη διασφάλιση των εσόδων από τις υπηρεσίες υγείας. Σ' αυτό το σκοπό συνδράμουν οι θεσμικές και οργανωτικές παρεμβάσεις που αφορούν την πλήρη εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, τη δημιουργία ενός συστήματος κοστολόγησης όπως και των ανάλογων ελεγκτικών μηχανισμών.

Σημαντικά προβλήματα των ελληνικών νοσοκομείων αποτελούν η προβληματική χρηματοδότησή τους, το απαρχαιωμένο μοντέλο διοίκησης, η έλλειψη εργαλείων διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και ο ιατρικός υποκειμενισμός. Το νοσοκομείο θα πρέπει να χρησιμοποιεί σύγχρονα εργαλεία επιχειρησιακής οργάνωσης ώστε να διαχειριστεί το ανθρώπινο δυναμικό του και να μετράει την απόδοσή του σε κάθε περιστατικό. Απώτερο στόχο των μεταρρυθμίσεων πρέπει να αποτελεί η αποδοτική και αποτελεσματική παραγωγή υπηρεσιών υγείας και η διασφάλιση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών (Μινογιάννης, 2012).

Τις τελευταίες δεκαετίες ανάμεσα στις μεταρρυθμίσεις που έχουν προωθηθεί σε διάφορες χώρες είναι και η συγχώνευση ή μετατροπή νοσοκομείων, η μείωση των νοσοκομειακών κλινών, η δημιουργία μονάδων παροχής εξειδικευμένης φροντίδας, η ενίσχυση και αναβάθμιση της ΠΦΥ και η ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως τα νοσοκομεία ημέρας και η νοσηλεία στο σπίτι. Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι η μείωση κλινών δεν προκάλεσε μεταβολές στην πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας ή στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η συγκέντρωση των υπηρεσιών αποδείχτηκε μη αποδοτική σε περιπτώσεις όπου δεν υπήρχε απειλή για την ανθρώπινη ζωή, όπως στις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και την πρωτοβάθμια φροντίδα, ενώ δεν καταγράφηκαν αρνητικά αποτελέσματα στις περιπτώσεις αντικαρκινικής θεραπείας.

Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων εφαρμόζονται στην Ευρώπη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Πρόκειται για οριζόντιες συγχωνεύσεις νοσοκομείων, αφού οι μονάδες ανήκουν στον ίδιο παραγωγικό τομέα και προσφέρουν τις ίδιες υπηρεσίες. Παρότι δεν έχουν μελετηθεί εκτενώς οι συνέπειες των συγχωνεύσεων, στα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματά τους περιλαμβάνονται η βελτίωση της διοίκησης και ελέγχου, η αποδοτική διαχείριση των μικρότερων μονάδων (λόγω αυξημένου ιατρικού προσωπικού), η εξοικονόμηση πόρων, αλλά και αρνητικά όπως η αύξηση

του χρόνου αναμονής, καθυστερήσεις στην απόδοση των νέων μονάδων, καθώς και η απομόνωση των μάνατζερ από το προσωπικό. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση καταγράφηκαν επίσης θετικά αποτελέσματα στις περιπτώσεις όπου μικρές νοσοκομειακές μονάδες, ειδικά σε αγροτικές περιοχές, μετατράπηκαν σε μεγάλα κέντρα υγείας με δυνατότητες να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού και να διαχειρίζονται τον μικρό κίνδυνο. Η άμεση διασύνδεση αυτών των μονάδων με δομές υψηλότερης βαθμίδας δίνει καλύτερα αποτελέσματα. Ωστόσο, η πολιτική μείωσης των κλινών δεν οδήγησε στην αναμενόμενη μείωση του κόστους, ενώ οι εναλλακτικές δομές παροχής φροντίδας υγείας μπορούν να επιφέρουν τέτοια μείωση.

Η μεταρρύθμιση που υλοποιείται στο ΕΣΥ μετά το 2009 έχει ως επίκεντρο κυρίως τη λειτουργική, οικονομική και διαχειριστική του διάσταση, γεγονός που είναι θεμιτό καθώς επιχειρεί να αντιμετωπίσει μακροχρόνιες στρεβλώσεις. Παρά το μεγάλο εύρος των μέτρων που εφαρμόζονται, η πλευρά του πολίτη/ασθενή έχει παραμεληθεί. Ωστόσο, το σύστημα υγείας για να επιτελεί σωστά το ρόλο δεν θα πρέπει να είναι εχθρικό προς τον ασθενή, αλλά να διευκολύνει τη μετακίνησή του μέσα στο σύστημα. Το ΕΣΥ εξακολουθεί να είναι χαοτικό για τον ασθενή, αφού δεν αναπτύχθηκαν διαδικασίες προσανατολισμού και κατεύθυνσής του προς τις υπηρεσίες υγείας, όπως και η διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα υγείας. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχουν διαδικασίες παραπομπής με τη μορφή του οικογενειακού γιατρού ή της ΠΦΥ. Επίσης, απουσιάζουν υπηρεσίες όπως η ανακουφιστική ιατρική και οι υπηρεσίες για ασθενείς τελικού σταδίου (ωστόσο γίνεται αναφορά για δημιουργία τέτοιων υπηρεσιών με αλλαγή χρήσης ορισμένων νοσοκομείων), ενώ άλλη ανεπάρκεια παρατηρείται στη δικτύωση των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες πρόνοιας. Τα κενά που προαναφέρθηκαν θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με τα ανάλογα μέτρα, ώστε η όλη προσπάθεια της μεταρρύθμισης να έχει θετική έκβαση για τον ασθενή και να μην αναχθεί απλώς σε ένα τεχνοκρατικό/διαχειριστικό εγχείρημα.

Εμφανή είναι ακόμη τα αρνητικά χαρακτηριστικά του ΕΣΥ παρά τις μεταρρυθμίσεις και συνοψίζονται στα εξής :

- Η αποδοτικότητα των κρατικών νοσοκομείων φθίνει διαχρονικά
- Έλλειψη συστηματικής καταγραφής και ανάλυσης της νοσηρότητας του πληθυσμού όπως και της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης
- Ανεπαρκής ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών εξωνοσοκομειακής φροντίδας

- Τα κοινωνικά στρώματα με χαμηλά εισοδήματα καταβάλλουν μεγαλύτερες δαπάνες για την υγεία τους σε σύγκριση με τα μεσαία και τα υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια
- Η παραγωγικότητα των δημόσιων νοσοκομείων φθίνει διαχρονικά
- Έλλειψη συντονισμού μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας
- Ανεπαρκές ρυθμιστικό πλαίσιο για τη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και την υπερβολική ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων
- Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία (νοσηλείες, φάρμακα)
- Τα προβλήματα οργάνωσης της ΠΦΥ

Ο στόχος για μεταρρύθμιση με ανθρωπιστικό και κοινωνικό χαρακτήρα στον τομέα των δημόσιων νοσοκομείων μπορεί να στηριχθεί:

- ✓ στην αύξηση της επιχορήγησης των νοσοκομείων και της Επιτροπής Προμηθειών
- ✓ στην πλήρη κάλυψη των σχεδιασμένων προσλήψεων στα νοσοκομεία
- ✓ στην αύξηση διείσδυσης των γενόσημων και στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς στο 60%, με ταυτόχρονη στήριξη της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας παραγωγής ποιοτικών γενόσημων
- ✓ στην πλήρη εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων με επαναξιολόγησή τους
- ✓ στην καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών
- ✓ στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Από την ίδρυσή του το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας είχε ιατροκεντρικό και νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα, ενώ δεν δόθηκε βαρύτητα στην ανάπτυξη της ΠΦΥ (ειδικά στα αστικά κέντρα) και η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παραχωρήθηκε σε σημαντικό βαθμό στον ιδιωτικό τομέα. Σε αυτό το περιβάλλον δημιουργήθηκαν οι διαχρονικές στρεβλώσεις του ΕΣΥ, η προκλητή ζήτηση, η σπατάλη, η έλλειψη μηχανισμών ελέγχου, η ανεπαρκής ιατρική παρακολούθηση των ασθενών και η ανισότιμη και αναποτελεσματική φροντίδα υγείας. Σε αυτές οι παθογένειες βασίστηκε η επιβολή οριζόντιων περικοπών στις δαπάνες υγείας στα πλαίσια των μνημονίων, η μετακύλιση ενός μεγάλου μέρους του κόστους περίθαλψης στους ασφαλισμένους και η αποδιοργάνωση του ΕΣΥ.

Η ουσιαστική όμως μεταρρύθμιση που εκκρεμεί στην υγεία είναι η δόμηση μιας ολιστικής ΠΦΥ, που θα λειτουργεί ως πυλώνας ενός ανθρωποκεντρικού δημόσιου συστήματος υγείας και θα προσφέρει καθολική, ισότιμη, δωρεάν, οργανωμένη και συνεχή φροντίδα υγείας με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού. Σ' αυτή την αλλαγή παραδείγματος στον χώρο της υγείας θα μετατοπιστεί το βάρος από τη στενά θεραπευτική λογική του σημερινού συστήματος στην ενίσχυση της πρόληψης, της αγωγής υγείας και της δημόσιας υγείας και ιδιαίτερα σε περιοχές όπου εντοπίζονται θύλακες φτώχειας ή ευπαθείς ομάδες (υψηλή ανεργία, αγροτικές, ορεινές, απομακρυσμένες περιοχές κ.ά.). Ένα νέο μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα έχει ως πυρήνα την αποκεντρωμένη δημόσια δομή ΠΦΥ, τον οικογενειακό γιατρό και τη διεπιστημονική ομάδα υγείας, που έχουν στην ευθύνη τους συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς.

3.3.6 Φαρμακευτική πολιτική

Μεγάλο ποσοστό των πόρων που συλλέγονταν από φόρους και ασφαλιστικές εισφορές επί σειρά ετών διατέθηκε στον τομέα της υγείας προκειμένου να διασφαλιστεί η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, η διαχείριση των πόρων αυτών παρουσίασε σημαντικά προβλήματα και ιδιαίτερα την περίοδο μετά το 2004, οπότε οι δαπάνες σε όλες τις κατηγορίες φροντίδας υγείας αυξήθηκαν με ιλιγγιώδεις ρυθμούς, με αποτέλεσμα την κατάταξη της Ελλάδας σε μία από τις υψηλότερες θέσεις στον σχετικό δείκτη του ΟΟΣΑ. Ορισμένα παραδείγματα που χαρακτηρίζουν την περίοδο αυτή είναι τα εξής:

- διπλασιασμός των δαπανών υγείας των ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ (φορέας ασφάλισης των υπαλλήλων του δημόσιου τομέα), από 859 εκατ. ευρώ το 2003 σε 1,75 δισ. ευρώ το 2008
- άνοδος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης από 2,1 δισ. ευρώ το 2003 σε 5,3 δισ. ευρώ το 2009
- αύξηση των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων κατά 124% την περίοδο 2003-2009
- αύξηση των επιχορηγήσεων του κρατικού προϋπολογισμού στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης σε σχέση με τις δαπάνες τους από 17% το 2003 σε 29% το 2009 προκειμένου να καλυφθούν τα ελλείμματα (Σουλιώτης, 2015).

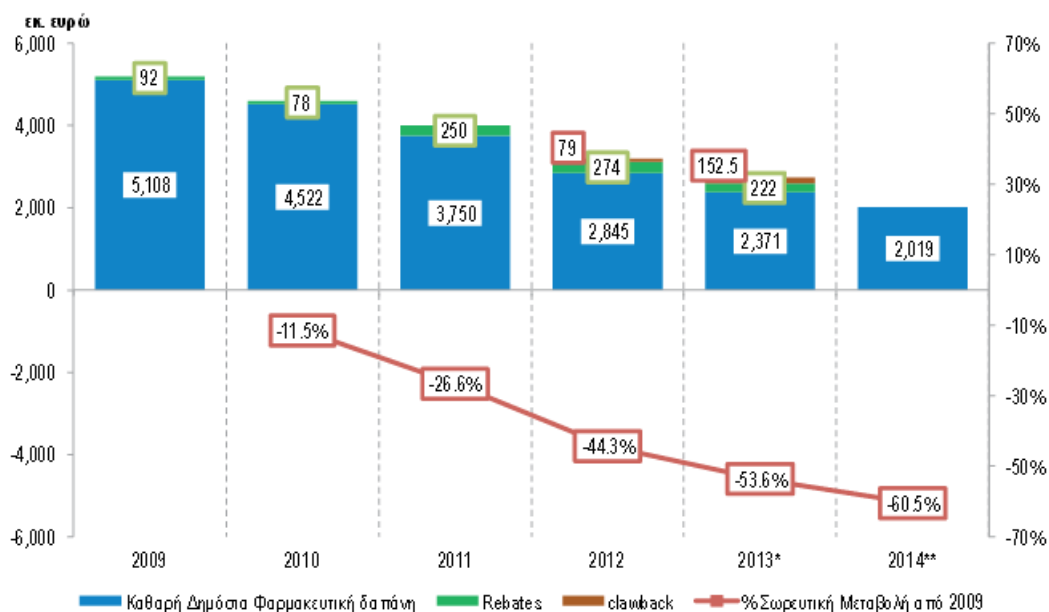
Η μέση ετήσια μεταβολή δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2002-2009 σημείωνε αύξηση κατά 9,06% όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος των ΕΕ-15 ήταν 3,65%. Από το 2009 παρατηρείται σταδιακή μείωση των δαπανών υγείας μόνο στις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου (με εξαίρεση της Ιταλίας). Η μείωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2009-2012 προσεγγίζει το 12,88%, ενώ οι δαπάνες του μέσου όρου της ΕΕ-15 σημείωσαν μέση ετήσια αύξηση κατά 2,98%. Στη Ελλάδα οι δαπάνες λόγω της λιτότητας μειώθηκαν με τον περιορισμό της συμμετοχής του Δημοσίου σε νοσήλια, ιατρικές εξετάσεις και φάρμακα και με την προώθηση των γενοσήμων. Το 2013 οι κατά κεφαλήν δαπάνες ελαττώθηκαν για τέταρτη συνεχή χρονιά και ήταν κατά 25% χαμηλότερες από τις αντίστοιχες του 2009.

Στην Ελλάδα η φαρμακευτική δαπάνη κατά την περίοδο 2006-2009 παρουσίαζε μέση ετήσια αύξηση 11,73%, όταν στην ΕΕ-15 η αύξηση ήταν 5,21%. Μετά το 2009 τα μέτρα που ελήφθησαν στον τομέα του φαρμάκου οδήγησαν σε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, με τη μέση ετήσια μεταβολή της να κυμαίνεται σε αρνητικά επίπεδα (-11,39%) σε σύγκριση με την αντίστοιχη μεταβολή της ΕΕ-15 (-1,09%).



Διάγραμμα 3.6: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη από Ταμεία (2004-2012).

Διάγραμμα 12: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2009-2014 (σε εκ. €)



Διάγραμμα 3.7: Δημόσια Φαρμακευτική δαπάνη, 2009-2014 σε εκατ. ευρώ.

Καταλήγουμε έτσι στην εκλογίκευση του τομέα υγείας κατά την προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής, η οποία ξεκίνησε με την προσφυγή της χώρας στον μηχανισμό στήριξης. Όσον αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη, η προσπάθεια εξορθολογισμού είχε σημαντικές επιδόσεις, καθώς η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη υποχώρησε κατά 60% το 2014 σε σύγκριση με το 2009. Η μεταλλαγή αυτή ήταν αποτέλεσμα της θέσπισης 145 περίπου νόμων και υπουργικών αποφάσεων για το φάρμακο στην περίοδο 2009-2014, μια κίνηση που αποτελεί πρωτοτυπία για τα ευρωπαϊκά δεδομένα. Η πρωτοφανής μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα οφείλεται κυρίως στη μείωση των τιμών των φαρμάκων, οι οποίες βρίσκονται κάτω από το όριο των τριών χαμηλότερων χωρών της ΕΕ, καθώς και στην επιτυχία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ένας άλλος παράγοντας που συνέβαλε στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ήταν η εφαρμογή θετικής λίστας φαρμάκων, γεγονός που κατέργησε την πρόσβαση των ασθενών σε μια πληθώρα φαρμάκων, αφού αυτά δεν χορηγούνταν πλέον από τον ΕΟΠΥΥ και υποχρεώνονταν να πληρώνουν οι ασθενείς εξολοκλήρου το αντίτιμο. Άλλες αιτίες που προκάλεσαν μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η οικονομική ανέχεια των ασθενών να πληρώσουν την ιατρική επίσκεψη και τη συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων τους, καθώς και ο προσανατολισμός στη συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων.

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο, όσον αφορά στη φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε η συμμετοχή το κόστος σε ορισμένες κατηγορίες, ενώ σημαντικός αριθμός φαρμάκων καταχωρήθηκε στην αρνητική λίστα, που σημαίνει ότι δεν καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ. Η υψηλή συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων και ο μεγάλος χρόνος αναμονής στην ΠΦΥ για συνταγογράφηση αναγκάζουν τους ασθενείς στην αγορά φαρμάκων και επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό. Κατά συνέπεια, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη εκτινάχθηκε στο 31-33% από το 10-12%, δηλαδή στο 1,6 δις. Από την άλλη πλευρά, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη λόγω των μνημονίων μειώθηκε από τα 4,2 δις. στα 2 δις. ευρώ, τα οποία στην πραγματικότητα ανέρχονται σε 3 δις. ευρώ αν συνυπολογισθούν τα rebate και claw back. Ως αιτία της υψηλής φαρμακευτικής δαπάνης ο Κυριόπουλος αναγνωρίζει την κατάρρευση της ΠΦΥ, στην οποία μειώθηκε η χρηματοδότηση κατά 50%, ενώ αυξήθηκε σημαντικά η ιδιωτική νοσηλευτική δαπάνη. Η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης προκαλεί σημαντικές στρεβλώσεις στο σύνολο των παροχών υγείας μέσω της μετακύλισης μεγάλου βάρους στα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα και της υποκατάστασης της φαρμακευτικής περίθαλψης από παρεμβατική νοσοκομειακή περίθαλψη, με πιθανή αύξηση τελικά των συνολικών δαπανών υγείας. Η αντιμετώπιση διαφόρων παθήσεων με την πρωτοβάθμια φαρμακευτική περίθαλψη λειτουργεί αποτρεπτικά στην προώθηση των ασθενών στη δαπανηρότερη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημάνουμε το ρόλο των φαρμακείων στην εξοικονόμηση πόρων για την υγεία. Ο Π.Ο.Υ. δίνει τα ακόλουθα στοιχεία σχετικά με τη μη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή:

- Προκαλεί 1,25 δις. ευρώ τον χρόνο σε έμμεσα ή άμεσα κόστη
- 194.500 θάνατοι προκαλούνται από μη σωστή συμμόρφωση
- 69% των νοσηλειών λόγω φαρμακευτικής αγωγής οφείλονται σε ελλιπή ενημέρωση
- 50% των νέων ασθενών στην λήψη στατίνης, θα διακόψουν την θεραπεία τους μετά από 6 μήνες.

Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων, στους οποίους το ποσοστό των παρενεργειών των φαρμάκων είναι 4 φορές υψηλότερο και οδηγεί σε αύξηση της νοσοκομειακής περίθαλψης, αποτελεί κρίσιμο ζήτημα για τη διασφάλιση της υγείας τους, καθώς και για την εξοικονόμηση υγειονομικών πόρων. Το πυκνό δίκτυο φαρμακείων της Ελλάδας διαχειρίζεται τη φαρμακοθεραπεία και φροντίζει για τη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική τους αγωγή. Σημαντική συμβολή έχουν τα φαρμακεία στον έλεγχο των χρόνιων παθήσεων (άσθμα, καρδιακή ανεπάρκεια, διαβήτης, Aids, ογκολογία κ.ά.). Επίσης, ο φαρμακοποιός μπορεί μέσα από τη συχνή επαφή του με τον ασθενή να εντοπίζει τις αλλαγές στην υγεία του και να ανιχνεύει τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία του (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ, λοιμώδη νοσήματα, εξαρτησιογόνες ουσίες, υπέρταση, προδιάθεση για διαβήτη, κλπ) και να τον ωθεί για εξέταση στους κατάλληλους γιατρούς, συμβάλλοντας στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου, ή και στην αποτροπή μετάδοσής της στο περιβάλλον (WHO, 1994).

Επιπλέον, τα φαρμακεία οργανώνουν και συμμετέχουν σε εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού για διάφορες παθήσεις, προληπτικούς ελέγχους και εμβολιασμούς, υγιεινές συνήθειες κλπ (APhA et al., 2014). Ο κατάλογος των φαρμακευτικών υπηρεσιών σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης Φαρμακοποιών περιλαμβάνει μεταξύ άλλων νυκτερινές υπηρεσίες σε 24 χώρες, μέτρηση πίεσης σε 20 χώρες, μέτρηση σακχάρου σε 18 χώρες, διαχείριση διαβητικού ασθενούς σε 15 χώρες, εμβολιασμούς σε 9 χώρες κλπ. Με αυτά τα δεδομένα γίνεται προφανής η συμβολή των φαρμακοποιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη της νοσηρότητας, που οδηγούν σε σημαντική μείωση της δαπάνης υγείας. Ωστόσο, το φαρμακευτικό επάγγελμα βάλλεται από μια σειρά μνημονιακών μέτρων. Το πιο πρόσφατο μέτρο αφορά τη διάθεση φαρμάκων και από άλλου είδους επιχειρήσεις, ενώ έχει αποδειχθεί από τη διεθνή εμπειρία ότι με αυτό τον τρόπο οι τιμές των φαρμάκων αυξάνονται σημαντικά. Είναι γεγονός επίσης ότι σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Σουηδία, ακολουθείται η αντίστροφη πορεία, δηλαδή η επιστροφή των φαρμάκων στα φαρμακεία, καθώς η ευρεία διάθεσή τους οδήγησε σε αύξηση των νοσηλειών λόγω της ανεξέλεγκτης κατανάλωσής τους και λαθών στην λήψη των φαρμάκων. Τα φαρμακεία στην Ελλάδα χαρακτηρίζονται από μια διασπορά που εξυπηρετεί κάθε τμήμα του γεωγραφικού ανάγλυφου της χώρας (νησιωτικό, ορεινό, απομακρυσμένο), συνεισφέρει με άριστο τρόπο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

και προσφέρει σταθερή πρωτοβάθμια φαρμακευτική περίθαλψη αποτρέποντας την ενδεχομένως δαπανηρότερη νοσοκομειακή περίθαλψη. Μερικές μεταβολές που προκάλεσαν οι πολιτικές των μνημονίων στα φαρμακεία είναι οι ακόλουθες:

- αυξημένη φορολογία
- μειώσεις στο περιθώριο κέρδους των φαρμακείων
- rebate (επιστροφές χρηματικών ποσών)
- αλληπάλληλες μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων και αντίστοιχη απομείωση της αξίας του αποθέματός τους
- αύξηση της λίστας των μη αποζημιούμενων φαρμάκων
- καθυστερήσεις πληρωμών από τον ΕΟΠΥΥ
- φτωχοποίηση της ελληνικής κοινωνίας και πτώση της αγοραστικής ικανότητας του πληθυσμού
- μεταφορά διακίνησης βρεφικών γαλάτων, συμπληρωμάτων διατροφής και φαρμάκων σε άλλα κανάλια διανομής, που οδηγεί σε φτωχή υποστήριξη της ορθής χρήσης τους
- αύξηση των άνεργων φαρμακοποιών και υπαλλήλων, λόγω της συρρίκνωσης του περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων
- οι μόνιμες τεράστιες ελλείψεις σε φάρμακα, λόγω της οικονομικής ανέχειας των φαρμακείων να χρηματοδοτήσουν τις ανάγκες των ασθενών (ιδιαίτερα για ακριβά φάρμακα) και ώθηση των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία, γεγονός που σημαίνει μείωση της εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης και αύξηση της ενδονοσοκομειακής
- αυστηρή πολιτική των φαρμακαποθηκών προς τα φαρμακεία (προμήθεια προϊόντων έναντι μετρητών, εκχωρήσεις απαιτήσεων, κατασχέσεις)
- γενικότερες οικονομικές υποχρεώσεις των φαρμακοποιών (τραπεζικά επαγγελματικά δάνεια, φόροι, ΦΠΑ, ασφαλιστικές εισφορές, αμοιβές απασχολούμενου προσωπικού, ενοίκια, ΔΕΗ, κλπ)
- κατάρρευση της 24ωρης κάλυψης του πληθυσμού (ιδιαίτερα των μεγάλων πόλεων) εξαιτίας των αλλαγών στο ωράριο λειτουργίας των φαρμακείων

Αυτές οι πολιτικές προξενούν σοβαρά προβλήματα ρευστότητας στα μικρομεσαία φαρμακεία, απειλούν τη βιωσιμότητά τους, ενώ μεγάλος αριθμός έχει διακόψει τη λειτουργία του. Αναφορικά με την απελευθέρωση των φαρμακείων (που είναι ήδη

κορεσμένο επάγγελμα), το πιθανότερο είναι να αποδειχθεί αντιπαραγωγική προκαλώντας σπατάλη κεφαλαίου (με τον πολλαπλασιασμό θνησιγενών επιχειρήσεων), παρά μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και διατηρήσιμη αύξηση της απασχόλησης. Επίσης, μια τέτοια απελευθέρωση θα οδηγήσει μάλλον σε αναδιανομές εισοδημάτων παρά σε μείωση του κόστους τους, καθώς και σε μείωση των αυτοαπασχολούμενων και αύξηση των μισθωτών φαρμακοποιών.

Συνοψίζοντας, τα μέτρα που θεσπίστηκαν για την πολιτική του φαρμάκου είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία
- ✓ Ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων
- ✓ Διαμόρφωση τιμών αναφοράς φαρμάκων για κάθε θεραπευτική κατηγορία, οι οποίες είναι οι ανώτερες τιμές αποζημίωσης από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης
- ✓ Έλεγχος της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των γιατρών
- ✓ Κατάρτιση θετικής λίστας φαρμάκων (η λίστα που περιλαμβάνει τα φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία συνταγογραφούνται και αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση), αρνητικής λίστας, καθώς και λίστας μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων
- ✓ Υποκατάσταση στο φαρμακείο των πρωτότυπων από γενόσημα φάρμακα
- ✓ Αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ γενοσήμων και πρωτότυπων φαρμάκων σε επίπεδο τιμής, με καθορισμό των τιμών των γενοσήμων στο 60% της τιμής των πρωτότυπων
- ✓ Διαβάθμιση της συμπληρωμής των ασθενών με σκοπό την ενθάρρυνση της προτίμησης για φθηνότερα γενόσημα
- ✓ Σύνταξη θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης
- ✓ Φαρμακευτικοί προϋπολογισμοί για τους γιατρούς, με βάση τους οποίους καθορίζεται το ανώτατο όριο φαρμακευτικής δαπάνης κατά περιοχή και χρονική περίοδο
- ✓ Πλήρης εφαρμογή του συστήματος τιμολόγησης με βάση τις τρεις χαμηλότερες τιμές της ΕΕ-22
- ✓ Μείωση των ποσοστών κέρδους των φαρμακείων και χονδρεμπόρων

- ✓ Μέτρα που συμβάλλουν στην αύξηση των εσόδων, όπως α) η θεσμοθέτηση του clawback, όπου καθορίζεται ανώτατη μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους υγείας, οι οποίοι οφείλουν να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ τα χρήματα που υπερβαίνουν αυτό το ανώτατο ποσό, β) η θεσμοθέτηση του rebate, που είναι η υποχρεωτική έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών και γ) η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων
- ✓ Οικονομική επιβάρυνση των ασφαλισμένων ενός ευρώ ανά συνταγή
- ✓ Δραστικός περιορισμός των απαλλαγών από τη χρέωση συν-πληρωμών στη φαρμακευτική δαπάνη για ορισμένες ομάδες νοσημάτων
- ✓ Ανάλυση από το Υπουργείο Υγείας του συνόλου ευθύνης για το φάρμακο (τιμολόγηση από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του ΥΥΚΑ)
- ✓ Ένταξη όλων των ασφαλιστικών ταμείων στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Το Υπουργείο Υγείας και ο ΕΟΠΥΥ έθεσαν ως στρατηγικό στόχο τη διασφάλιση της επάρκειας και της ποιότητας, την αύξηση της χρήσης των γενοσήμων, καθώς αυτά έχουν χαμηλότερες τιμές, ώστε να μειωθεί έτσι η δαπάνη και να αποδεσμευθούν πόροι για την πρόσβαση των πολιτών που έχουν ανάγκη, σε καινοτόμες θεραπείες ιατρικά αποτελεσματικές και οικονομικά αποδοτικές. Για τη βέλτιστη λειτουργία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, τον έλεγχο των δαπανών και την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών καθιερώθηκε η αναγραφή της διάγνωσης βάσει κωδικοποίησης ICD10 και η αντιστοίχιση συνταγογραφούμενων φαρμάκων με το σύστημα ICD10. Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα συνταγογράφησης (ΘΠΣ) του ΕΟΦ αποτελούν σημαντικό βοηθητικό εργαλείο για την ιατρική συνταγογράφηση ενώ για τη σύνταξή τους χρησιμοποιήθηκαν επικαιροποιημένες αντίστοιχες οδηγίες κρατών της ΕΕ και της Αμερικής. Τα ΘΠΣ αποτελούν επίσης εργαλείο αντιμετώπισης της υπέρμετρης συνταγογράφησης και του υψηλού κόστους που αυτή προκαλεί. Στην έννοια του κόστους συμπεριλαμβάνονται εκτός από την τιμή του φαρμάκου, η μείωση του χρόνου επέλευσης και η διάρκεια του θεραπευτικού αποτελέσματος, η μείωση των συνεπειών της πάθησης, το κόστος του τρόπου χορήγησης κλπ. Επιπλέον, τα στοιχεία που συλλέγονται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αξιοποιούνται για την

ανάλυση των δεικτών υγείας και για τον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό στοχευμένων πολιτικών, δράσεων και υπηρεσιών υγείας.

Συνάμα όμως αυτό που πρέπει να αναδειχθεί είναι και οι επιπτώσεις της πολιτικής του φαρμάκου την εποχή των μνημονίων στις θέσεις εργασίας του κλάδου. Σύμφωνα με τον Σουλιώτη η μείωση των θέσεων εργασίας ξεπέρασε τις 9.500 την περίοδο 2009-2013, που αντιστοιχεί σε υποχώρηση κατά 30% περίπου, ενώ η συνακόλουθη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών ανέρχεται στα 114 εκατ. ευρώ, των άμεσων και έμμεσων φόρων των εργαζομένων στα 87 εκατ. ευρώ, της φορολογίας των επιχειρήσεων στα 207 εκατ. ευρώ και με την επιβάρυνση από τα επιδόματα ανεργίας οι συνολικές δημοσιονομικές απώλειες ξεπερνούν τα 450 εκατ. ευρώ. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι δημοσιονομικές απώλειες έχουν αυξητική τάση, καθώς το 41% της συνολικής απώλειας στα έσοδα (περίπου 188 εκατ. ευρώ) δημιουργήθηκε μεταξύ των ετών 2012-2013 και ο σχετικός πολλαπλασιαστής βρέθηκε στα επίπεδα του 0,47. Ο πολλαπλασιαστής αυτός σημαίνει ότι από την περίοδο εκείνη και έπειτα, για κάθε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 100 εκατ. ευρώ οι απώλειες φτάνουν τα 47 εκατ. ευρώ. Καθίσταται σαφές ότι στα δεδομένα αυτά δεν έχει συνυπολογιστεί η επίπτωση που έχει καταγραφεί σε άλλους κλάδους από τη διαρκή συρρίκνωση της αγοράς του φαρμάκου, ούτε και οι οικονομικές συνέπειες από ενδεχόμενα προβλήματα πρόσβασης των ασθενών στη φροντίδα υγείας, για τα οποία υπάρχουν σχετικές μελέτες και επιστημονική τεκμηρίωση.

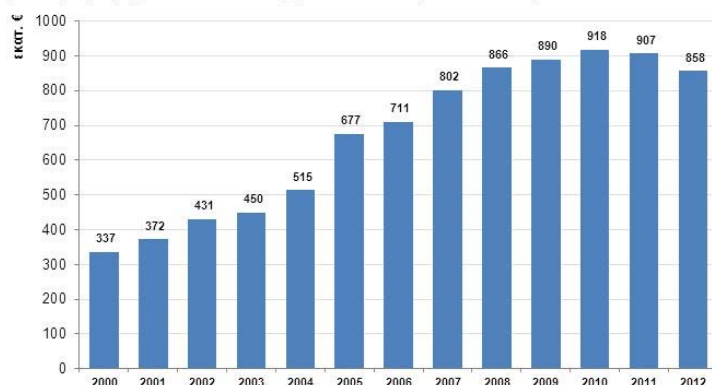
Κατανοούμε λοιπόν ότι η πολιτική του φαρμάκου κατά την εκκίνηση του εξορθολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης, είτε με διαρθρωτικές επιλογές (π.χ. ηλεκτρονική συνταγογράφηση) είτε με οριζόντιες παρεμβάσεις επί των τιμών των φαρμακευτικών ειδών, παρουσίασε σημαντικά αποτελέσματα, όμως στη συνέχεια εγκλωβίστηκε σε μια στενά δημοσιονομική οπτική, η οποία προκαλεί σημαντικές απώλειες στην ίδια την οικονομία. Εμφανής επομένως είναι η αποτυχία της πολιτικής του διαρκούς περιορισμού των δημοσίων δαπανών σε κλάδους με αναπτυξιακά χαρακτηριστικά, καθώς δεν βοηθά τη χώρα να φτάσει στους αναμενόμενους στόχους εσόδων. Ενώ η ευθύνη για τον εκτροχιασμό των δαπανών κατά την προ των μνημονίων περίοδο ανήκει αποκλειστικά και μόνο στην εσωτερική διαχείριση, για την παραπάνω αποτυχία μεγάλο μερίδιο ευθύνης φέρουν και οι δανειστές της Ελλάδας, που επέβαλαν ένα ασφυκτικό πλαίσιο ρυθμίσεων, με αποκλειστικό προσανατολισμό τη μείωση της δαπάνης. Οι περισσότερες δράσεις μέχρι σήμερα στο

πεδίο της φαρμακευτικής πολιτικής έχουν εστιάσει στον έλεγχο των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων και έχουν εξαντλήσει όλα τα περιθώρια συμπίεσης των τιμών συντελώντας στην εμφάνιση ελλείψεων και την ενίσχυση της υποκατάστασης. Αντίθετα, στο παρελθόν ελάχιστα μέτρα στόχευαν στον έλεγχο της κατανάλωσης. Σύμφωνα με το άρθρο 15 του νόμου 4346/2015 η ενδονοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη έχει καθοριστεί στα 570 εκατ. Ευρώ για το 2016, στα 550 εκατ. Ευρώ για το 2017 και στα 530 εκατ. Ευρώ για το 2018 (συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ). Η φαρμακευτική δαπάνη που υπερβαίνει τα προαναφερόμενα όρια επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες και καταβάλλεται σε ειδικό λογαριασμό που ορίζει το Υπουργείο Υγείας ή συμψηφίζεται με ισόποσες οφειλές των εταιρειών.

Όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα (3.8) ο φαρμακευτικός κλάδος της Ελλάδας μπορεί να ενισχύσει σημαντικά την οικονομία της χώρας και επίσης να συμβάλλει στην ανάδειξη της Ελλάδας σε πόλο έλξης παραγωγής γενοσήμων στην Ευρώπη. Σε αρκετές χώρες της Ευρώπης ορισμένες πολιτικές ενίσχυσης της αγοράς των γενοσήμων είναι η άρση εμποδίων στην έγκαιρη εισαγωγή τους στην αγορά, η διαμόρφωση πολιτικής για αύξηση του συνταγογραφούμενου όγκου τους, η διαρκής αναθεώρηση των πολιτικών τιμολόγησης και αποζημίωσής τους, στοχεύοντας στην ενίσχυση του ανταγωνισμού και τη διασφάλιση πρόσθετων εξοικονομήσεων. Ωστόσο, παρά τις μνημονιακές υποχρεώσεις για αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, το ποσοστό διείσδυσης των γενοσήμων στην αγορά του φαρμάκου της Ελλάδας παραμένει καθηλωμένο στο 20%, ενώ στην Γερμανία βρίσκεται στο 80% και στις ΗΠΑ στο 90%.

Ο κλάδος σημείωσε ανοδική πορεία, βάσει αξίας παραγωγής, με μικρή εξασθένηση μετά το 2010

Αξία παραγωγής του κλάδου Φαρμακευτικών Προϊόντων στην Ελλάδα, 2000-2012



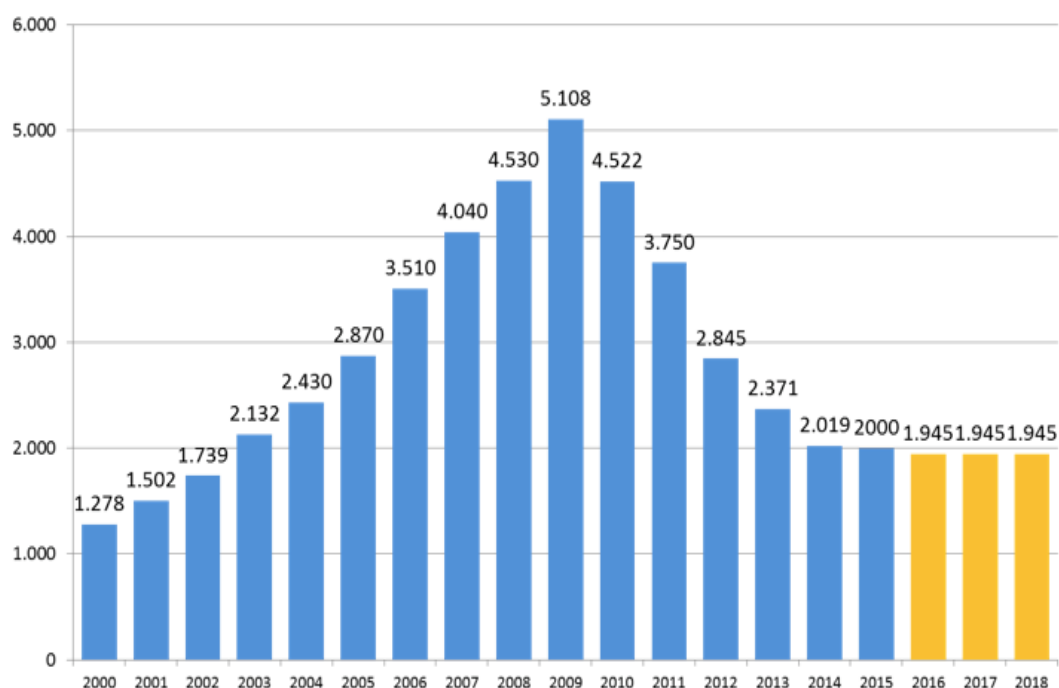
Πηγή: Eurostat (PRODCOM) Επεξεργασία στοιχείων: IOBE

- Σε όρους Προστιθέμενης Αξίας ο κλάδος τριπλασίασε τη συνεισφορά του στο σύνολο της εγχώριας Μεταποίησης την προηγούμενη δεκαετία (περίπου 9% το 2010)
- Παρά την πτώση παραμένει ο 7^{ος} υψηλότερος στο σύνολο της εγχώριας Μεταποίησης (19 βασικούς κλάδους).

13

Διάγραμμα 3.8: Αξία παραγωγής του κλάδου Φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα, 2000-2012.

Σχήμα 33: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2000-2018 (εκατ. €)



Πηγή: ΙΚΠΠ, 2015

Διάγραμμα 3.9: Εξέλιξη και πρόβλεψη δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, 2000-2018 σε εκατ. Ευρώ.

Πίνακας 3.3: Εμφανής η πτωτική τάση στις πωλήσεις φαρμάκων (σε δις. ευρώ) στα νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες (2008-2013).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2			
ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (σε δις. ευρώ)*			
ΕΤΟΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΦΑΡΜΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
2008	1,466	6,554	8,020
2009	1,466	6,995	8,461
2010	1,312	6,029	7,341
2011	1,200	5,559	6,759
2012	1,361	4,606	5,967
2013	1,339	3,955	5,294

*Πηγή: ΕΟΦ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο ρόλος του κράτους στην αγορά των φαρμάκων εμφανίζεται διττός, διότι αφενός τα συστήματα υγείας και οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης συχνά αποτελούν τον σημαντικότερο αγοραστή φαρμακευτικών προϊόντων, σε τέτοιο βαθμό ώστε να αποκτούν μονοψωνιακή δύναμη και αφετέρου τα κράτη σχεδιάζουν και εφαρμόζουν φαρμακευτικές πολιτικές με καθοριστική σημασία για την αγορά του φαρμάκου, η οποία είναι μια από τις πιο εύκολα ελεγχόμενες στο σύνολο της οικονομίας. Τα κράτη ρυθμίζουν τη φαρμακευτική αγορά με παρεμβάσεις που ελέγχουν την προσφορά (κυρίως μέσω του καθορισμού των τιμών και της εφαρμογής πολιτικών ασφαλιστικής αποζημίωσης) και παρεμβάσεις που προσανατολίζονται στην πλευρά της ζήτησης (μέτρα ελέγχου της συνταγογράφησης και κατανάλωσης, που αφορούν σε γιατρούς, φαρμακεία και ασθενείς). Στη συνέχεια παρατίθενται τα μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης και στα δύο προαναφερόμενα επίπεδα, όπως εμφανίζονται στα κράτη μέλη της ΕΕ:

- ❖ Μέτρα ελέγχου που προσανατολίζονται στην προσφορά
- ✓ Υποχρεωτική διατίμηση: Σε όλα τα κράτη της ΕΕ πλην Γερμανίας, Η. Βασιλείου και Σουηδίας (μερικώς)
- ✓ Σύστημα εξωτερικών τιμών αναφοράς: σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ πλην Γερμανίας, Ην. Βασιλείου και Σουηδίας
- ✓ Συστήματα υποχρεωτικών επιστροφών : Ην. Βασίλειο.
- ✓ Διαπραγματεύσεις: Γαλλία, Ιταλία, Αυστρία
- ✓ Συστήματα ελέγχου της δαπάνης: Γαλλία, Πορτογαλία, Αυστρία
- ✓ Στην προστατευμένη αγορά φαρμάκου:
 - Συμφωνίες όγκου-τιμών: Γαλλία, Ιταλία, Αυστρία
 - Προμήθειες μέσω διαγνωστικών διαδικασιών σε φάρμακα πρωτοβάθμιας φροντίδας: Ολλανδία, Γερμανία
- ✓ Στην απροστάτευτη αγορά φαρμάκου:
 - Πλαφόν τιμών/τιμολόγηση ως % της τιμής των προϊόντων αναφοράς: Ιταλία, Ελλάδα, Γαλλία
 - Θετικές και αρνητικές λίστες: σε όλα τα κράτη
- ✓ Ασφαλιστική τιμή: μέλη της ΕΕ
- ✓ Σε ό,τι αφορά την αποζημίωση:
 - Σύστημα εσωτερικών τιμών αναφοράς: Γερμανία, Ολλανδία, Τσεχία, Ισπανία, Ουγγαρία, Γαλλία

- Φαρμακοοικονομική αξιολόγηση: Ην. Βασίλειο, Ολλανδία, Σουηδία, Ουγγαρία, Πολωνία, Φινλανδία, Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία, Γαλλία (μερικώς)
 - Σύνθετες μορφές τιμολόγησης και αποζημίωσης: Βασίλειο, Ιταλία, Γερμανία, Φινλανδία
- ❖ Μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης που προσανατολίζονται στη ζήτηση
- ✓ Ζήτηση
 - Συνταγολογία και κατευθυντήριες οδηγίες: Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε
 - Υποχρεωτική συνταγογράφηση γενοσήμων: Ην. Βασίλειο, Εσθονία, Δανία
 - Παροχή κινήτρων: Γαλλία, Ην. Βασίλειο
 - ✓ Ιατροί
 - Έλεγχος συνταγογράφησης Ην. Βασίλειο, Δανία, Σουηδία, Βέλγιο, Ολλανδία, Γαλλία
 - Έλεγχος κερδών(καθορισμός ποσοστών κέρδους ή αμοιβής ανά συνταγή) όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ
 - ✓ Φαρμακεία
 - Υποκατάσταση συνταγών Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία, Γαλλία
 - Συμμετοχή στο κόστος Όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ
 - ✓ Ασθενείς
 - Προώθηση της χρήσης ΜΗΣΥΦΑ Ην. Βασίλειο, Σουηδία, Γερμανία, Ολλανδία

Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ωστόσο δημιούργησε και προβλήματα, όπως μείωση ρευστότητας στα φαρμακεία, προβλήματα διαθεσιμότητας φαρμακευτικών προϊόντων και ανεπάρκεια φαρμάκων στην αγορά, στροφή ασθενών στα νοσοκομεία για την κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών τους, μείωση προσωπικού στα φαρμακεία, κλείσιμο φαρμακείων. Ωστόσο, το φάρμακο αποτελεί μόλις το 20% της συνολικής δαπάνης υγείας, που σημαίνει ότι αντιστοιχεί σε ένα μικρό μέρος του

προβλήματος της σπατάλης στον χώρο της υγείας. Συνεπώς, στην παρούσα οικονομική συγκυρία, όπου παρατηρείται αυξημένη ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες η περιστολή της δαπάνης στο υπόλοιπο 80% της δαπάνης είναι επιτακτική ανάγκη.

3.4 Μνημόνια: αποτελούν συντελεστές στην «αλλαγή υποδείγματος» για το σύστημα υγείας;

Στο πλαίσιο της θεωρίας του ιστορικού θεσμισμού μια χρονική στιγμή που προσφέρεται ως ευκαιρία για σημαντική αλλαγή αποτελεί μια κριτική στιγμή. Όταν οι δρώντες χρησιμοποιούν αυτή την ευκαιρία έτσι ώστε να δημιουργήσει μια αξιολογή μεταβολή βρισκόμαστε μπροστά σε μια κρίσιμη διασταύρωση (Λαδής,2011:13;Bulmer and Burch, 1998:605). Η τρέχουσα οικονομική κρίση που πλήττει την Ελλάδα μπορεί να θεωρηθεί ως κρίσιμη διασταύρωση, μια ιστορική στιγμή με μακροπρόθεσμες επιδράσεις πάνω στη χώρα. Για τον Pierson (2000) τα γεγονότα που δρουν ως καταλύτες για την αλλαγή μπορεί να είναι μικρότερου ή μεγαλύτερου βεληνεκούς, αλλά καθοριστική σημασία έχει να είναι σωστή η χρονική στιγμή που αυτά συμβαίνουν και να έχει διάρκεια η επίδρασή τους.

Ένα νέο «υπόδειγμα» στον τομέα της υγείας θα δημιουργούσε η προώθηση διαρθρωτικών αλλαγών μείζονος κλίμακας και μακροχρόνιας προοπτικής. Η «αλλαγή υποδείγματος» θα είχε ως αφετηρία μια νέα προσέγγιση της υγείας, της ασθένειας και της ιατρικής περίθαλψης και θα αναδείκνυε την πρωτοβάθμια φροντίδα, καθώς και τη δημόσια υγεία ως προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής υγείας. Επίσης, στο νέο «υπόδειγμα» θα ήταν διασφαλισμένη η κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού και η λειτουργία ενός συστήματος υγείας προσιτού, δίκαιου και αποτελεσματικού, αποδεκτού από όλους τους πολίτες και θεμελιωμένου στις αρχές της ισότητας και της ελευθερίας, σύμφωνα με τις αρχές και τις αξίες της Διακήρυξης της Alma Ata (Κυριόπουλος,2015). Στην ίδια κατεύθυνση προς αλλαγή υποδείγματος είναι η αλλαγή κριτηρίων της πολιτικής υγείας, που έχει στη θέση της υγείας ως ατομικού και εμπορεύσιμου αγαθού, το οποίο κατανέμεται σύμφωνα με τους κανόνες της αγοράς, την υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα με κανόνα την αλληλεγγύη και την ανταπόκριση στις ανάγκες για φροντίδα υγείας του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, στην αλλαγή προτύπου συστήματος υγείας ο ρόλος της τεχνολογίας διαφαίνεται

καταλυτικός, αφού η πληροφορική μπορεί να προσφέρει το έδαφος για σημαντικές αλλαγές, που παρουσιάζονται παρακάτω.

Στην περίοδο της κρίσης, η συστηματική απαξίωση των υπηρεσιών υγείας και η απίσχναση των οικονομικών του ΕΣΥ δεν αποτελούν αλλαγή παραδείγματος. Σε διαχειριστικό επίπεδο, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ο έλεγχος της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής δαπάνης αποτελούν μέτρα άμεσης και υψηλής απόδοσης και συντέλεσαν στον εξορθολογισμό του τομέα υγείας. Ωστόσο, αυτή η θετική συνέπεια συνοδεύτηκε από υποβάθμιση της ποιότητας και μείωση της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και όξυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες. Σε επίπεδο πολιτικών, η εισαγωγή κινήτρων για ιδιωτική ιατρική στα δημόσια νοσοκομεία είναι ένα σωστό μέτρο σε λανθασμένη χρονική στιγμή, αφού καλλιεργεί την εμπορευματοποίηση και ενθαρρύνει την ιδιωτικοποίηση σε εποχή οικονομικής δυσπραγίας. Μια θεμιτή πολιτική αναδιανομής πόρων είναι οι συγχωνεύσεις των νοσοκομείων, με την προϋπόθεση ότι βρίσκονται σε συνάρτηση με έναν ολοκληρωμένο κοινωνικό σχεδιασμό, που θα διασφαλίζει την ορθολογική ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις πραγματικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

Από την είσοδο της Ελλάδας στα μνημόνια το 2010, η χώρα παραμένει ακόμη σε καθεστώς αυστηρής επιτήρησης και οικονομικής εξάρτησης από τους δανειστές της. Παρότι η Ελλάδα κατόρθωσε να εξορθολογίσει σε μεγάλο βαθμό το τεράστιο έλλειμμα των 34 δις. ευρώ του 2009 και να εφαρμόσει ένα υπέρογκο πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής δεν κατάφερε να δημιουργήσει ένα σταθερό οικονομικό περιβάλλον και να αποκαταστήσει την εμπιστοσύνη των αγορών. Τα θεσμικά και δομικά προβλήματα οδηγούν σε πτώση της παραγωγής και των εισοδημάτων, μεγάλη ανεργία, μετανάστευση των νέων, ανασφάλεια και διάτρητα δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας, πολιτική αστάθεια. Επιπλέον, οι εγχώριες συνθήκες είναι δυσμενέστερες από εκείνες του 2010. Οι κοινωνικές αντοχές έχουν περιοριστεί σε σημαντικό βαθμό καθώς έχουν διογκωθεί η φτώχεια, η απογοήτευση και η αβεβαιότητα. Συγχρόνως, το ΑΕΠ μειώθηκε περίπου κατά 30% από το 2009 και η ανεργία διατηρείται σε υψηλά επίπεδα. Είναι επίσης γεγονός ότι η πολιτική υγείας στερείται συνέχειας λόγω της κυριαρχίας της κομματικοκρατίας και της επιδίωξης

από κάθε πολιτικό παράγοντα των δικών του συμφερόντων, ενώ παραμελείται η προώθηση συναινετικών διαδικασιών.

Σε αυτό το περιβάλλον ο δημόσιος τομέας της υγείας παραμένει υποχρηματοδοτούμενος με όλες τις συνακόλουθες επιπτώσεις στην υγεία και την περίθαλψη του πληθυσμού. Η άκριτη υποχρηματοδότηση που δεν συμβαδίζει με σχεδιασμό και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας για ορθολογική αναδιανομή πόρων, απειλεί ευθέως την ύπαρξη του ΕΣΥ. Εκτός από τη χρηματοδότηση, τα προβλήματα που δυσκολεύουν τη λειτουργία του συστήματος υγείας εντοπίζονται στην ανεπάρκεια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την άνιση κατανομή των νοσοκομείων και του προσωπικού με το οποίο στελεχώνονται, όμως είναι γεγονός ότι αυτά προϋπήρχαν των μνημονίων (Κατοστάρα, 2007). Η δημοσιονομική εξυγίανση και οι μεταρρυθμίσεις που προωθούνται δεν περιορίζονται απλά και μόνο στη διόρθωση των εξωτερικών χαρακτηριστικών του συστήματος υγείας ή του κοινωνικού κράτους, αλλά συγκρούονται με βαθύτερα ριζωμένες αξίες και εμποδωμένες συμπεριφορές. Η σύγκρουση αυτή μαζί με τις αβεβαιότητες για την εφαρμογή των μεταρρυθμιστικών μέτρων, την ανθεκτικότητα των τυπικών θεσμών και τη φύση της πολιτικής διαδικασίας δυσχεραίνουν το μεταρρυθμιστικό έργο.

Παρότι πολλά μέτρα των μνημονίων είχαν τη σωστή κατεύθυνση, κατά την εφαρμογή τους εμφανίστηκαν διάφορα προβλήματα, όπως η ενίσχυση της οικονομικής προστασίας των αδύναμων ομάδων, ο έλεγχος της συνταγογράφησης και η ενίσχυση της συγκέντρωσης των κινδύνων (risk pooling). Οι αβλεψίες αυτές στο σχεδιασμό της πολιτικής οφείλονται σύμφωνα με τον Οικονόμου σε ανεπάρκεια δεδομένων και σε ανεπάρκεια θεσμών. Η ανεπάρκεια των δεδομένων αφορά στην ασάφεια των στόχων, την έλλειψη επαρκών στοιχείων για το κόστος και το αποτέλεσμα των μέτρων, την αδυναμία μέτρησης της απόδοσης (που σημαίνει αδυναμία μετατροπής της πληροφορίας σε επιχειρησιακά εργαλεία) και τις ισορροπίες μεταξύ ισοτιμίας και αποδοτικότητας. Η ανεπάρκεια των θεσμών συνδέεται με την απουσία θεσμοθετημένων δομών κοινωνικού διαλόγου και την απουσία συναίνεσης. Σε αυτό το αβέβαιο έδαφος τεχνικών ελλείψεων και πολιτικών αποφάσεων απουσιάζει η «τεκμηριωμένη» πολιτική υγείας. Το τεχνικό έλλειμμα αντιμετωπίζεται με τη συμβολή του ΕΣΥ.net, του προγράμματος ΑΤΛΑΣ και την ολοκλήρωση εφαρμογής του συστήματος λογαριασμών υγείας του ΟΟΣΑ, ενώ για το δεύτερο έλλειμμα είναι απαραίτητη η αλλαγή πολιτικής νοοτροπίας και ήθους (Οικονόμου, 2015). Σε σχέση

με το προϋπάρχον σύστημα των ασφαλιστικών ταμείων ο ΕΟΠΥΥ προσφέρει μικρότερο φάσμα παρεχόμενων υπηρεσιών είτε περιορίζοντας τα κριτήρια που διασφαλίζουν το δικαίωμα για λήψη παροχών είτε ελαττώνοντας τις τιμές αποζημίωσης των υπηρεσιών, που συνεπάγεται αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου.

Τα μνημόνια αποτέλεσαν τον καταλύτη για την αναδιοργάνωση του δημόσιου τομέα, αφού του επέτρεψαν να προβεί στις απαραίτητες αλλαγές και σηματοδότησαν το τέλος της λεγόμενης μεταπολίτευσης, την οποία σημάδεψαν δυσλειτουργίες του πολιτικού συστήματος, που κατέληξαν σε στρεβλώσεις στην οικονομία. Τα προγράμματα των μνημονίων υπακούουν σε φιλελεύθερα προτάγματα και εφαρμόζονται υπό διεθνή επιτήρηση (Καζάκος,2011). Ο στόχος τους είναι η αλλαγή των εσωτερικών θεσμών με κριτήριο την αποτελεσματικότητα. Ουσιαστικά, τα μνημόνια υποκατέστησαν αρχές που είχαν αποδειχθεί αδύναμες να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα σταδιακών μεταρρυθμίσεων. Από τη σκοπιά αυτή παρουσιάζουν ένα σημαντικό πλεονέκτημα σε σχέση με την πολιτική που ακολουθήθηκε πριν την κρίση. Τα μνημόνια υπαγορεύουν μεταρρυθμίσεις που νομοθετούνται από την ελληνική κυβέρνηση προκειμένου να εφαρμοστούν και συνεπώς τα μνημόνια έχουν αποκτήσει θεσμικό ρόλο στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο των μνημονίων τα περιθώρια για άσκηση εθνικής αυτονομίας είναι σαφώς οριοθετημένα σε τομείς που καλύπτουν τα μνημόνια. Τα μνημόνια λειτουργούν εκσυγχρονιστικά για τη χώρα, αλλά δεν καλύπτουν πολλά από τα ιδιαίτερα προβλήματά της, η επίλυση των οποίων θα απέδιδε πολύ μακροχρόνια. Οι παραλείψεις των μνημονίων δικαιολογούνται από το γεγονός ότι οι διεθνείς επόπτες δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την εκλεγμένη κυβέρνηση της χώρας, η οποία είναι επιφορτισμένη με το μείζον έργο να επεξεργασθεί και να εφαρμόσει αναπτυξιακή πολιτική πέραν των μεταρρυθμίσεων των μνημονίων αλλά εντός των δημοσιονομικών περιορισμών του.

Η έκβαση της εφαρμογής των μνημονίων δεν ήταν σε όλους τους τομείς η βέλτιστη και η προσδοκώμενη. Συγκεκριμένα, υποτιμήθηκαν οι επιπτώσεις της δημοσιονομικής προσαρμογής στην ύφεση που τελικά ήταν μεγαλύτερη από την αναμενόμενη. Υποτιμήθηκε η επίπτωση της αύξησης της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης, όταν ταυτόχρονα μειώθηκαν οι μισθοί και οι

συντάξεις. Η οικονομική αδυναμία των ασθενών να καλύψουν το ποσοστό τους στα φάρμακα λειτούργησε αποτρεπτικά στην συνέχιση της θεραπείας τους, με επιπτώσεις στην υγεία τους και επιβάρυνση των μονάδων υγείας με πρόσθετα περιστατικά. Η συρρίκνωση των δαπανών υγείας συνδέεται με άμεσο κίνδυνο την απαξίωση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας και τη χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τα σημαντικότερα τρωτά σημεία των μνημονίων σύμφωνα με τον Πάνο Καζάκο είναι ότι (Καζάκος, 2011:143):

- παραβλέπουν τους εξωτερικούς παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η επιτυχία τους (ισοτιμία και περιορισμοί του ευρώ, πορεία της ευρωπαϊκής οικονομίας, επιπτώσεις του χρηματοπιστωτικού χώρου στη ζήτηση κεφαλαίων και στα επιτόκια)
- παραβλέπουν τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής οικονομίας (δυσμενής εξέλιξη του πληθωρισμού, δομή των επιχειρήσεων και της ελληνικής κοινωνίας)
- εμπεριέχουν υπερβολικές προσδοκίες για τις επιπτώσεις ορισμένων μεταρρυθμίσεων, ενώ υποτιμά εξ αρχής τις διαρθρωτικές υστερήσεις
- έχει εσφαλμένες δημοσιονομικές προτεραιότητες
- επιδιώκουν απότομη και μεγάλης κλίμακας δημοσιονομική προσαρμογή
- παραβλέπουν ότι το χρέος δεν μειώνεται και απειλεί την ανάπτυξη
- παραλείπουν κρίσιμα θεσμικά ζητήματα
- ενίοτε βασίζονται σε αναξιόπιστα οικονομικά στοιχεία
- η τεχνική βοήθεια που παρείχε το ΔΝΤ στην Ελλάδα και βασιζόταν σε εξωτερικούς συμβούλους από μεγαλύτερα κράτη μέλη είχε το σοβαρό μειονέκτημα ότι δεν είχε σαφείς προτεραιότητες και στόχους, ενώ αντιθέτως αυτοί άλλαζαν συνέχεια χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν η δυσκολία αφομοίωσης από την Ελλάδα

Είναι διεθνώς αποδεδειγμένο ότι οι ραγδαίες, μεγάλης έκτασης υγειονομικές μεταρρυθμίσεις δεν επιτυγχάνουν τα αποτελέσματα που μπορεί να έχουν οι σταδιακές, καλά προγραμματισμένες και σχεδιασμένες παρεμβάσεις με εισαγωγή τομεακών μέτρων που στοχεύουν στη διόρθωση συγκεκριμένων ανεπαρκειών του συστήματος υγείας (Saltman and Figueras, 1997). Επιπρόσθετα, όταν η ταχύτητα της μεταρρύθμισης προσδιορίζεται από εξωτερικά θεσμικά κέντρα που δεν γνωρίζουν ή

δεν κατανοούν τις δυνατότητες της δημόσιας διοίκησης που καλείται να υλοποιήσει αυτές τις αλλαγές (Οικονόμου,2004). Το ΕΣΥ ήταν ήδη ευάλωτο λόγω των χρόνιων προβλημάτων του, καθώς δεν είχε την αναγκαία θεσμική και λειτουργική θωράκιση ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα νέα δεδομένα που έφερε η οικονομική κρίση. Εστιάζοντας στην ελληνική πραγματικότητα συμπεραίνουμε ότι είναι περιορισμένη η δυνατότητα επιτυχούς εφαρμογής απότομων πολιτικών στην υγεία σε συνθήκες κρίσης. Αυτό καταδεικνύουν οι αστοχίες στο σχεδιασμό και την εφαρμογή, όπως στις περιπτώσεις του ΕΟΠΥΥ και των ΚΕΝ, οι καθυστερήσεις στην υλοποίηση, όπως στην περίπτωση της ανασύνταξης του νοσοκομειακού χάρτη και οι διαχειριστικές ανεπάρκειες, όπως στην περίπτωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Το κρίσιμο ερώτημα είναι αν οι μεταρρυθμίσεις στοχεύουν στην εκλογίκευση της λειτουργίας του συστήματος υγείας ή αποτελούν απλά μέσο περιορισμού του δημοσιονομικού κόστους και μηχανισμό εσωτερικής υποτίμησης και απαξίωσης του ανθρώπινου δυναμικού. Οι προσπάθειες ελέγχου του κόστους πρέπει να συνοδεύονται και από ενέργειες για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (OECD,2011). Συνεπώς, αντί της άκριτης υποχρηματοδότησης θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην καταπολέμηση της σπατάλης και της κακοδιαχείρισης, στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση για βελτίωση της απόδοσης των υπηρεσιών, καθώς και στην προληπτική ιατρική. Είναι γεγονός ότι τα μέτρα που εφαρμόστηκαν κατά την περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα περιλαμβάνουν όλα τα διαθέσιμα εργαλεία παρέμβασης τόσο στην πλευρά της ζήτησης όσο και στην πλευρά της προσφοράς, τόσο σε μακρο-όσο και σε μικροεπίπεδο. Ωστόσο, παρά την πληθώρα των μέτρων, δεν έχουν πραγματοποιηθεί ουσιαστικές και αναγκαίες δομικές μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ. Σε αυτή την κατεύθυνση σχεδιάστηκε μόνο η σύσταση του ΕΟΠΥΥ, που όμως αποδείχτηκε αβάσιμο εγχείρημα, αφού δεν οδήγησε στην αναδιοργάνωση της χρηματοδότησης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ οι παθογένειες της προηγούμενης κατάστασης συνέχισαν να υπάρχουν. Επιπρόσθετα, ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί με πιο περιορισμένη δέσμη καλύψεων. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία εξάγουμε το συμπέρασμα ότι τα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν απόρροια της υποταγής στη μνημονιακή δέσμευση για περικοπή δαπανών και περιορισμό στην πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Ο σχεδιασμός των αλλαγών δεν συνάδει με τις εσωτερικές αναγκαιότητες του συστήματος υγείας και τις ανάγκες των πολιτών, αλλά ανταποκρίνεται σε εξωτερικές επιταγές και σκοπιμότητες που επιβάλλονται από το μνημόνιο και οδηγεί σε ορισμένες αντιφάσεις στην

εφαρμοζόμενη πολιτική. Ειδικότερα, η εξαγγελία της αναμόρφωσης του νοσοκομειακού χάρτη της Ελλάδας θα μπορούσε να ακολουθήσει τη θεσμοθέτηση ενός συστήματος παραπομπής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία αποτελεί το βασικό πυλώνα κατεύθυνσης του ασθενή στο σύστημα υγείας. Επίσης, θεσμοθετήθηκε η αλλαγή της μορφής αποζημίωσης των προμηθευτών χωρίς να έχει αποσαφηνιστεί το ζήτημα των πηγών χρηματοδότησης του ΕΣΥ και της βιωσιμότητας των ασφαλιστικών ταμείων, με αποτέλεσμα την κατακόρυφη επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων.

Τα μνημόνια δρομολόγησαν την εφαρμογή τόσο θετικών μέτρων, κυρίως σε μικρο-διαχειριστικό επίπεδο, όσο και μέτρων απαξίωσης του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας και μεταβίβασης του χρηματοδοτικού βάρους στους πολίτες, με κίνδυνο η υγεία να μετατραπεί από δικαίωμα σε προνόμιο (Οικονόμου,2012). Ενώ έχουμε την εισαγωγή ενός συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης που καλύπτει όλους τους πολίτες, την ίδια στιγμή αυξάνεται η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος περίθαλψης (φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις, ιατρικές επισκέψεις). Από τη στιγμή που η κρατική χρηματοδότηση προς την υγεία μειώνεται δραστικά τίθεται το ερώτημα κατά πόσο οι πόροι θα είναι επαρκείς για να καλύψουν τις ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού, ή εάν μακροπρόθεσμα ενισχυθεί περαιτέρω ο ιδιωτικός τομέας.

Είναι γεγονός ότι ο οριζόντιος χαρακτήρας των αλλαγών διασφαλίζει την ανισότητα και η περιοριστική φύση τους υπονομεύει την ευημερία (Βενιέρης, 2011). Μολονότι, η οικονομική κρίση ευθύνεται για πολλά από τα δεινά του ελληνικού πληθυσμού, ταυτόχρονα αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα στην προώθηση αλλαγών, ενώ πριν την κρίση οι πολιτικά δρώντες, οι κοινωνικοί εταίροι και οι λήπτες αποφάσεων εμφανίζονται να διαφωνούν ριζικά μεταξύ τους για τις αξίες και τις κατευθύνσεις των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων. Συνεπώς, η οικονομική κρίση θα μπορούσε να λειτουργήσει σαν κινητήριο μοχλός για την προώθηση της αλλαγής, αν διέκοπτε την αυτοαναφορικότητα του συστήματος υγείας και ωθούσε τους πολιτικά δρώντες στην υιοθέτηση ενός κοινά συμφωνημένου ευρύτερου πλαισίου πολιτικής υγείας με αυτονομία στη λήψη των αποφάσεων και έκφραση της κοινωνίας των πολιτών (Economou,2012).

Σύμφωνα με τον Hall, όταν μια χώρα βρίσκεται σε ένα κριτικό σταυροδρόμι είναι πιθανό να συμβεί η αλλαγή παραδείγματος, καθώς το κόστος αλλαγής μονοπατιού

είναι τότε μικρότερο. Η οικονομική κρίση μπορεί να θεωρηθεί ως μια κριτική στιγμή που είναι πιθανό να εξελιχθεί σε κριτικό σταυροδρόμι και να οδηγήσει σε αλλαγή παραδείγματος. Με εφελτήριο τις μεταρρυθμίσεις που προωθούνται και την αυξάνουσα απόδοσή τους ως προς τον οικονομικό εξορθολογισμό της υγείας, είναι δυνατό να θεωρηθεί ότι η Ελλάδα βρίσκεται σε ένα κρίσιμο σταυροδρόμι. Κατά τον Hall, για να πραγματοποιηθεί αλλαγή παραδείγματος και αφού ολοκληρωθούν με επιτυχία οι μεταρρυθμίσεις, δεν αρκεί να αλλάξουν οι στόχοι και τα εργαλεία των πολιτικών που ακολουθούνται, αλλά χρειάζεται να αλλάξει ο τρόπος που αντιλαμβανόμαστε τη φύση των προβλημάτων. Οι αλλαγές όμως που σημειώθηκαν στο ελληνικό σύστημα υγείας μέχρι τώρα αφορούν στο υπάρχον υπόδειγμα και δεν δημιούργησαν ένα καινούργιο. Απλά, η οικονομική κρίση και η εξωτερική εποπτεία λειτούργησαν ως καταλύτες για μια πιο γρήγορη εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας.

Η αλλαγή υποδείγματος μπορεί να ιδωθεί ως μια πολιτική δράση όπου ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες αλληλεπιδρούν. Ο ρόλος των εξωγενών παραγόντων έχει ενισχυθεί σε μεγάλο βαθμό λόγω της οικονομικής κρίσης καθώς και με την επίδραση του εξευρωπαϊσμού (μνημόνια, διμερή δάνεια) και της παγκοσμιοποίησης (διεθνείς αγορές, μηχανισμός στήριξης του ΔΝΤ). Στην περίπτωση της Ελλάδας η δράση των εξωγενών παραγόντων υπήρξε καταλυτική, ιδιαίτερα λόγω της οικονομικής κρίσης και λιγότερο λόγω των διαδικασιών του εξευρωπαϊσμού. Η Ελλάδα βρέθηκε αντιμέτωπη με την επιθετικότητα των διεθνών αγορών ως προς την οικονομία της, που σημαίνει ότι το παγκόσμιο επίπεδο απειλεί τη χώρα με οικονομική κατάρρευση. Αντιθέτως, το ευρωπαϊκό επίπεδο παρουσιάστηκε από την κυβέρνηση ως η λύση στο πρόβλημα μέσω της υπογραφής του Μηχανισμού Στήριξης της ελληνικής οικονομίας (Λαδής, 2011:26). Ταυτόχρονα, οι ενδογενείς παράγοντες συνεχίζουν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη των αλλαγών. Η αλληλεπίδραση των ενδογενών με τους εξωγενείς παράγοντες υφίσταται τόσο στις περιπτώσεις αλλαγής παραδείγματος, όσο και στις περιπτώσεις προσαυξητικών αλλαγών.

Οι πολιτικές λιτότητας, που εφαρμόστηκαν με σκοπό τη μείωση του κόστους οδήγησαν σε αλλαγές που δεν συνιστούν αλλαγή προτύπου. Αντίθετα, με τη συρρίκνωση της κοινωνικής προστασίας οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες παρέμειναν απροστάτευτες μέσα στη δίνη της κρίσης. Η διεθνής οικονομική κρίση έχει περιγραφεί ως μια ευκαιρία για μεταρρυθμίσεις και απαλλαγή από τις παθογένειες

που οδήγησαν τη χώρα σε δυσμενή κατάσταση, αφού σε αυτό το πλαίσιο οι πολίτες μπορούν να κατανοήσουν την αναγκαιότητα για μεταρρυθμίσεις και συνεπώς το πολιτικό κόστος για την κυβέρνηση θα είναι μικρότερο. Για την Ελλάδα το κόστος των μεταρρυθμίσεων θεωρείται ότι είναι σαφώς μικρότερο από το κόστος της αδράνειας, καθώς έχει σημασία ο χρόνος, που πιέζει για προώθηση λιγότερο ή περισσότερο ριζικών μεταρρυθμίσεων (Λαδής,2011:29).

Η Ελλάδα θεωρήθηκε ο αδύναμος κρίκος της Ευρωζώνης και έγινε αντικείμενο παρακολούθησης των διεθνών αγορών και των άλλων κρατών μελών της ΕΕ, γεγονός που σηματοδοτεί τη αυξανόμενη εξωτερική πίεση για σημαντικές μεταρρυθμίσεις. Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν συντέλεσαν στον εξορθολογισμό του κόστους του συστήματος υγείας, καθώς είχαν ως πρωταρχικό στόχο την περικοπή των δαπανών υγείας και έδωσαν ιδιαίτερη βαρύτητα στην αποδοτικότητα και εν μέρει στην αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η αναμόρφωση της φαρμακευτικής πολιτικής, η οποία βασίστηκε στη συμμετοχή των ασθενών και στις επιστροφές των εταιρειών, σε μια περίοδο που ούτε οι μεν ούτε οι δε μπορούν να ανταποκριθούν σ' αυτό το βάρος, δεν είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα, αφού τα μέτρα που εφαρμόστηκαν δεν εξασφάλισαν καθολική και ισότιμη πρόσβαση στο φάρμακο. Είναι γεγονός ότι στην προσπάθεια εξορθολογισμού παραμελήθηκε η διάσταση της ισοτιμίας. Επιπλέον, οι προϋπολογισμοί δεν είναι επαρκείς, ενώ απειλούνται η σταθερότητα και η βιωσιμότητα του συστήματος. Το σύστημα υγείας βρίσκεται σε ένα κομβικό σημείο που επιτάσσει στρατηγικό σχέδιο και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, που θα μπορούσαν να εξομαλύνουν τις ανισότητες στην περίθαλψη.

Οι πολιτικές του μνημονίου για δημοσιονομική εξυγίανση, οικονομικές μεταρρυθμίσεις και θεσμικές αλλαγές υπακούουν γενικά στην οικονομική λογική, που εμμένει στην αποτελεσματική χρήση των πόρων. Η δημοσιονομική προσαρμογή μπορεί να ενισχύσει τις προοπτικές για επενδύσεις και ανάκαμψη. Από την άλλη πλευρά, οι διαρθρωτικές προσαρμογές στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργίας της οικονομίας και στην προαγωγή των ικανοτήτων της χώρας να παράγει αγαθά και υπηρεσίες. Επιπρόσθετα, οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις αποτελούν το κλειδί για μια διατηρήσιμη δημοσιονομική ισορροπία και ανάπτυξη, σύμφωνα με την οικονομική βιβλιογραφία (Lykogiannis,2010). Οι εγχώριες κυβερνήσεις αποδέχτηκαν ένα πρόγραμμα δραστικών προσαρμογών παρά το γεγονός ότι η καθίζηση των οικονομικών δραστηριοτήτων και η ανάγκη περιστολής των δημοσιονομικών

ελλειμμάτων δυσχέρανε την αλλαγή πολιτικής και κυρίως τις μεταρρυθμίσεις, διότι περιόρισε τις δυνατότητες της κυβέρνησης να αποζημιώσει όσους θίγονται από τις μεταρρυθμίσεις. Η προσήλωση της κυβέρνησης στις επιταγές των μνημονίων επιβεβαιώνει ορισμένες συγκριτικές έρευνες που έχουν δείξει ότι βαθιές αναπτυξιακές κρίσεις συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με προβεβλημένες οικονομικές μεταρρυθμίσεις φιλελεύθερου χαρακτήρα (Καζάκος 2011:207; Pitlik et al, 2003:565-581).

Είναι γεγονός ότι σε μια κρίσιμη συγκυρία η έκτακτη νομοθέτηση υπονομεύει τις δυνατότητες για ορθό σχεδιασμό και υλοποίηση δημόσιων πολιτικών-μεταρρυθμίσεων, που θα ήταν πράγματι αναγκαίες προκειμένου να αντιμετωπίσει η χώρα την κρίση. Αυτή η πρόχειρη νομοθετική προπαρασκευή των μεταρρυθμίσεων ενδεχομένως να υπονόμωσε την αποτελεσματικότητα των πολιτικών που περιέχονταν στα μνημόνια, ανεξάρτητα από την πολιτική τους αξιολόγηση. Όπως καταδεικνύει μια σχετική μελέτη (Κατσιμάρδος & Μπούας, 2013) τα μνημόνια σηματοδεύτηκαν από πολλές αστοχίες, μέτρα που σχεδιάστηκαν αλλά δεν εφαρμόστηκαν, είτε η εφαρμογή τους υστερούσε συγκριτικά με τον αρχικό σχεδιασμό, είτε δεν παρήγαγαν τα προβλεπόμενα αποτελέσματα. Καθώς συχνά βασίστηκαν σε ανακριβή δεδομένα, μη ρεαλιστικές παραδοχές και επισφαλείς προβλέψεις. Στο πλαίσιο των μνημονίων η παραγωγή μεταρρυθμίσεων συνδέεται άμεσα με διεθνείς υποχρεώσεις της χώρας (συνεδριάσεις Eurogroup, εκταμιεύσεις δανειακών δόσεων, εγκρίσεις κοινοβουλίων χωρών της Ευρωζώνης) και επομένως είναι αναγκαία η διασφάλιση δημοκρατικού ελέγχου, με τον καθορισμό ενός εύλογου χρονικού διαστήματος για την εισαγωγή τέτοιων νομοσχεδίων στην ελληνική Βουλή. Παρομοίως, θα ήταν θεμιτή η κατοχύρωση της υποχρέωσης της κυβέρνησης για προηγούμενη ενημέρωση της Βουλής πριν από κάθε διαπραγμάτευση που αφορά διεθνείς συμφωνίες και σοβαρά ζητήματα που σχετίζονται με τη συμμετοχή της χώρας στην ΕΕ.

Κατά τη διάρκεια της κρίσης η Ιρλανδία, που εφάρμοσε πιστά τις πολιτικές λιτότητας της Τρόικας, εμφανίζει οικονομική ανάκαμψη, χωρίς όμως σημαντική μείωση της ανεργίας, η οποία το 2014 ήταν περίπου 12%. Επιπλέον, το ποσοστό των ατόμων που διαβιούν εκεί κάτω από το όριο της φτώχειας παραμένει σχετικά υψηλό (14,1% το 2013), γεγονός που δείχνει την αποτυχία των μέτρων λιτότητας-που επιβλήθηκαν οριζόντια στο κοινωνικό σώμα- να συμβάλλουν στην

κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη. Επίσης, η Λετονία αποτελεί ένα δεύτερο παράδειγμα αποτυχίας, που καταδεικνύει ότι η στρατηγική της λιτότητας είναι εγγενώς λανθασμένη (Πετμεζίδου κ.ά., 2015:80; Blyth,2013). Σύμφωνα με μία μελέτη του IOBE και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) τα μέτρα που δρομολογήθηκαν και υλοποιήθηκαν έχουν κατά κύριο λόγο βραχυπρόθεσμο, ταμειακό χαρακτήρα και προσανατολίζονται σε μειώσεις μισθών και τιμών και σε χρηματικές επιστροφές. Πρόκειται για μέτρα που κρίνονται απαραίτητα για την ταχύτερη αποκλιμάκωση των δαπανών, αλλά δεν αποτελούν διαρθρωτικά και εκσυγχρονιστικά μέτρα .

Σε περίοδο οικονομικής κρίσης και κοινωνικής ανάγκης η κοινωνική πολιτική οφείλει να είναι δίκαιη και αποδοτική, να αξιοποιεί αποτελεσματικά τους κοινωνικούς πόρους, να μειώνει την ανισότητα διασφαλίζοντας τις βασικές καθολικές παροχές, να αναδιανέμει την κοινωνική ευημερία. Αν και η μείωση των κοινωνικών δαπανών δεν συνιστά αλλαγή προτύπου, οι διαρθρωτικές αλλαγές που προωθήθηκαν, ιδιαίτερα στο συνταξιοδοτικό τομέα, απομακρύνουν την Ελλάδα από το νότιο-Ευρωπαϊκό μοντέλο. Ωστόσο ακόμη είναι πολύ νωρίς για να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι η Ελλάδα έχει υιοθετήσει ένα συνολικά διαφορετικό πρότυπο οργάνωσης. Είναι γεγονός ότι αρχίζει να δημιουργείται ένα μεικτό σύστημα όπου διαφορετικοί τομείς κοινωνικής προστασίας διαμορφώνονται με βάση μια διαφορετική λογική. Η εξέλιξη αυτή συνάδει με τη τάση που παρατηρούμε εδώ και αρκετά χρόνια στις πλείστες Ευρωπαϊκές χώρες (Ζαμπαρλούκου,2014).

3.5 Μεταρρυθμίσεις που προβλέπονται στο τρίτο μνημόνιο

Το τρίτο μνημόνιο με το τμήμα του που αφορά τον τομέα της υγείας θέτει σημαντικές νέες παραμέτρους, όπως τους μηχανισμούς ελέγχου σε κάθε στάδιο και κάθε διαδικασία που ακολουθείται για την παροχή ιατρικής περίθαλψης στους ασθενείς.

Το νέο μνημόνιο προβλέπει:

- ✓ την εισαγωγή της αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας με τη δημιουργία ειδικού φορέα
- ✓ τη θεσμική βελτίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης

- ✓ Την υποστήριξη των δικαιωμάτων των ασθενών από τις αρχές. Οι αρχές θα εφαρμόσουν πλήρως την καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης, θα ενημερώνουν τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους και θα προχωρήσουν με τη σταδιακή εφαρμογή του νέου συστήματος ΠΦΥ, όπως προβλέπεται στο νόμο 4238, με την υποστήριξη της διαθέσιμης τεχνολογίας
- ✓ Τον ηλεκτρονικό έλεγχο της πορείας του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας από την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τις παραπομπές του προκειμένου να φτάσει να νοσηλευτεί, με έμφαση στο χρόνο αναμονής για νοσηλεία
- ✓ Κίνητρα για αύξηση της διείσδυσης των γενόσημων στην αγορά φαρμάκου
- ✓ Την εισαγωγή των συμφωνιών τιμής-όγκου για τα γενόσημα φάρμακα
- ✓ Διαγωνισμούς στα νοσοκομεία με δραστική ουσία για ενίσχυση της χρήσης των γενόσημων
- ✓ Μέτρα ελέγχου των ακριβών θεραπειών
- ✓ Μείωση των τιμών των ιατρικών εξετάσεων σε συνάρτηση με τα clawback και τις οροφές που θέτει ο ΕΟΠΥΥ για τις διαγνωστικές εξετάσεις
- ✓ Εφαρμογή του συστήματος των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KENDRG's) ή άλλης διεθνούς τυποποιημένης μεθοδολογίας κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας, το οποίο θα ξεκινήσει να εφαρμόζεται στα νοσοκομεία από το 2017 με πλήρη ανάπτυξη το 2018, ώστε να βελτιωθεί η δημοσιονομική διαχείριση των νοσοκομείων
- ✓ Χαρτογράφηση του δημόσιου συστήματος υγείας ως προς την ικανότητά του για κάλυψη των ασθενών, προκειμένου να αγοράζει υπηρεσίες ανά περιοχή από τον ιδιωτικό τομέα υγείας ανάλογα με τις ελλείψεις-ανάγκες του

Συγκεκριμένα, η κυβέρνηση δεσμεύτηκε να συνεχίσει τη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας στους ακόλουθους άξονες:

- έλεγχος της δημόσιας δαπάνης υγείας
- διαχείριση των τιμών των φαρμάκων
- βελτίωση της νοσοκομειακής διοίκησης με στόχο τη διαφάνεια
- διαχείριση της ζήτησης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω τεκμηριωμένων πρωτοκόλλων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
- αύξηση των κεντρικών προμηθειών των νοσοκομείων

- αγορά υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα με οικονομικά αποδοτικά τρόπο
- ανάπτυξη νέου ηλεκτρονικού συστήματος αναφοράς για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη για τη διαμόρφωση μεθόδων περίθαλψης για τους ασθενείς
- εκσυγχρονισμός των συστημάτων πληροφορικής

Επίσης πρόκειται να επανέλθουν ορισμένα στοιχεία μεταρρυθμίσεων των προηγούμενων ετών. Ειδικότερα:

- τροποποίηση του νόμου 4332/2015 για τον διορισμό των διοικητών νοσοκομείων
- κατάργηση του ΦΕΚ 1117/2015 προκειμένου να επιβάλλονται κυρώσεις για ανάρμοστη συμπεριφορά και σύγκρουση συμφερόντων στην συνταγογράφηση και για μη συμμόρφωση με τις οδηγίες του ΕΟΦ
- αποκατάσταση της πλήρους συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία, με την κατάργηση της εγκυκλίου 26225/ 04.08.2015
- μείωση των τιμών των φαρμάκων που έχουν χάσει την πατέντα προστασίας τους (off patent) στο 50%, αλλά και όλων των γενόσημων στο 32,5% της τιμής πατέντας, με κατάργηση της ρήτρας κεκτημένων δικαιωμάτων για τα φάρμακα που κυκλοφορούσαν ήδη στην αγορά το 2012.

Συνολικά, τα παραπάνω μεταρρυθμιστικά βήματα ευνοούν την πιθανότητα για θετική αποτίμηση των αλλαγών στον υγειονομικό τομέα, αφού στοχεύουν στον περαιτέρω εξορθολογισμό του υγειονομικού συστήματος και στην αντιμετώπιση των ανεπαρκειών του. Είναι αξιοσημείωτο ότι η αναδιοργάνωση της ΠΦΥ βρίσκεται στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων, ενώ ταυτόχρονα περιλαμβάνονται μέτρα που στοχεύουν στην καταπολέμηση της διαφθοράς και στη διασφάλιση διαφάνειας στη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, επιπρόσθετες αλλαγές χρειάζονται για να επιτευχθεί η λειτουργική αναβάθμιση των νοσοκομείων, η άρση των ανισοτήτων στην υγεία και η αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες όλου του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας. Η παροχή όμως ποιοτικών

υπηρεσιών υγείας που καλύπτουν τις πραγματικές ανάγκες της κοινωνίας απαιτεί αύξηση της χρηματοδότησης για την υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν στο πεδίο της υγείας πριν την κρίση δεν κατάφεραν να επιφέρουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα διότι προσέκρουσαν στην αναποτελεσματική δημόσια διοίκηση, το ελλιπές επιστημονικό υπόβαθρο, την έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού, τον πληθωρισμό εξειδικευμένων ιατρών, την έλλειψη συστήματος χρηματοδότησης και αξιολόγησης της παραγωγικότητας των νοσοκομείων με βάση το κλινικό και ερευνητικό έργο. Επιπλέον, η χρηματοδότηση δεν βασίστηκε στην ποιότητα, στην κλινική έρευνα και στην καινοτομία, ούτε εφαρμόστηκαν οι σύγχρονες μορφές ορθολογικής διαχείρισης της ασθένειας (managed care), που θα μπορούσαν να δώσουν λύσεις για τα ελλείμματα των νοσοκομείων και των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών φορέων. Η πολυπλοκότητα του συστήματος χρηματοδότησης στο εθνικό σύστημα υγείας και ο μεγάλος βαθμός καταμερισμού είναι οι αιτίες της έλλειψης συντονισμού μεταξύ των διαφόρων τομέων υγειονομικής φροντίδας, της ταχείας αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης, της διόγκωσης των ελλειμμάτων του ΕΣΥ και άλλων ανεπαρκειών. Τις δεκαετίες 1990 και 2000 σημειώθηκαν ορισμένες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, που όμως ήταν αποσπασματικές και ελάχιστα συνέβαλαν στην αντιμετώπιση των σοβαρών προβλημάτων του συστήματος υγείας.

Σε αυτό το περιβάλλον η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης έφερε ισχυρούς κλυδωνισμούς στο σύστημα υγείας. Ακόμη και στις πιο ανεπτυγμένες χώρες μια οικονομική κρίση οξύνει τις ανισότητες υγείας. Στη χώρα μας η κρίση ενισχύθηκε από τη διόγκωση του κράτους, του δημόσιου τομέα και των λειτουργικών δαπανών του, που για πολλά χρόνια ακολουθούσαν ανοδική πορεία, καθώς και από τις χρόνιες διαρθρωτικές αδυναμίες και μακρο-ανισορροπίες της οικονομίας, οι οποίες δημιούργησαν και ενίσχυσαν το δημοσιονομικό έλλειμμα και το έλλειμμα των τρεχουσών συναλλαγών. Ως αποτέλεσμα, οι στρεβλώσεις αυτές επιδείνωσαν τις συνέπειες της κρίσης, επιβάρυναν το κόστος δανεισμού και τις προσπάθειες ανάκαμψης.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα όπου οι μνημονιακές δεσμεύσεις προάγουν τον εξορθολογισμό του συστήματος είναι η συγχώνευση του πλήθους των κοινωνικο-επαγγελματικών ταμείων υγείας σε ένα ενιαίο ταμείο, τον ΕΟΠΥΥ, καθώς και οι επακόλουθες νομοθετικές αλλαγές. Πρόκειται για σημαντικές εξελίξεις με στόχο τον περιορισμό των ανισοτήτων μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων ως προς το εύρος, το ύψος και την ποιότητα των παροχών. Ωστόσο, το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ δεν στερείται αρνητικών σημείων. Μια άλλη σημαντική προσπάθεια εξορθολογισμού των δαπανών, η οποία υποκινήθηκε από τα μνημόνια είναι η εφαρμογή μέτρων μείωσης της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής δαπάνης.

Ο δημοσιονομικός εξορθολογισμός στα πλαίσια των προγραμμάτων διάσωσης περιέλαβε διαδοχικές περικοπές σε μισθούς, επιδόματα πρόνοιας και συντάξεις, επέβαλε τη σημαντική συρρίκνωση των δημοσίων δαπανών και ταυτόχρονα την αύξηση των άμεσων και έμμεσων φόρων (συμπεριλαμβανομένων των ειδικών εισφορών) και εισήγαγε μέτρα για την προώθηση των ευέλικτων σχέσεων εργασίας και τον περιορισμό των εργασιακών δικαιωμάτων (Πετμεζίδου κ.ά., 2015:93). Παρότι ήταν απαραίτητη η δημοσιονομική πειθαρχία, αποδείχτηκε ότι τα μέτρα που επιβλήθηκαν με τα μνημόνια ήταν επαχθή και οδήγησαν σε επιδείνωση των συνεπειών της κρίσης και το σύστημα υγείας σε τραγική κατάσταση. Συνεπώς, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν ένα φάσμα διαρθρωτικών αλλαγών που συντελούν στην υποβάθμιση των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιγραμματικά, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ελλήνων περιλαμβάνουν:

- Τη λήψη μειωμένης ιατρικής περίθαλψης, ειδικά για τους άνεργους και τους συνταξιούχους
- Την επιδείνωση της κατάστασης υγείας, ιδιαίτερα της ψυχικής και σε μεγαλύτερο βαθμό στα χαμηλότερα στρώματα του πληθυσμού
- Τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας
- Την δυσχέρεια πρόσβασης στο φάρμακο

Παράλληλα, ο τομέας της υγείας θα συνεχίσει να αντιμετωπίζει μια σειρά προκλήσεων στο μέλλον, οι οποίες συνοψίζονται στα εξής:

- Αύξηση του αριθμού των ασθενών με σοβαρές και χρόνιες παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, διαταραχές ψυχικής υγείας, χρόνια αναπνευστικά προβλήματα και μυοσκελετικές παθήσεις).
- Ανακάλυψη νέων θεραπειών με την εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και βιοτεχνολογίας, καθώς οι νέες θεραπείες έχουν υψηλότερο κόστος
- Δημογραφικές εξελίξεις αυξάνουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και φάρμακα.
- Οι δημογραφικές αλλαγές επηρεάζουν άμεσα και τον δείκτη εξάρτησης του πληθυσμού. Περίπου ο μισός πληθυσμός της Ελλάδας συντηρεί τον υπόλοιπο μισό και η αναλογία αυτή που εμφανίζει αυξητική τάση προοιωνίζεται αύξηση των πιέσεων στα συστήματα ασφάλισης και υγείας. Ειδικά η αυξητική τάση της μετανάστευσης των νέων (στην περίοδο της κρίσης έχει διπλασιαστεί η μετανάστευση από την Ελλάδα σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ) μειώνει το ενδεχόμενο μελλοντικής οικονομικής ανάπτυξης και επιταχύνει περισσότερο τις συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού (OECD, Society at a glance, 2014).
- Ανάπτυξη πολιτικών από την κυβέρνηση για εξορθολογισμό και μείωση των δαπανών υγείας και φαρμάκου, καθώς και έγκριση νέων θεραπειών και φαρμάκων με βάση αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-οφέλους.

Από τις παρατηρήσεις που προηγήθηκαν, μπορεί αβίαστα να προκύψει ένα πρώτο συμπέρασμα. Έχει γίνει σαφές ότι η έξοδος της οικονομίας από την κρίση δεν πρόκειται να τελεσφορήσει και να διασφαλίσει στη χώρα μας τροχιά σταθερής και βιώσιμης ανάπτυξης αν δεν προηγηθούν διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, θεσμικές και οργανωτικές αλλαγές σε διοίκηση και οικονομία, με χαρακτηριστικά την αποδοτικότητα και την ανταγωνιστικότητα της οικονομικής δράσης, την ποιότητα των αποτελεσμάτων και τη θεμελίωση της κοινωνικής συνοχής. Αν τούτο δεν συμβεί, ίσως δεν αποσοβηθεί ο κίνδυνος διαρθρωτικών δυσλειτουργιών, που θα διευκολύνουν την επανάληψη και διαιώνιση των κρίσεων. Υπό τις συνθήκες αυτές, δεν ξενίζει η επισήμανση ότι η παρούσα συγκυρία παρέχει, παραδόξως, και την καταλληλότερη ευκαιρία για δομικές αλλαγές και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε

διάφορους τομείς και όψεις λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης και της οικονομίας της χώρας. Η πολιτική ηγεσία της χώρας χαρακτηρίζεται από αδυναμία σχεδιασμού αποτελεσματικής στρατηγικής και το κενό αυτό στην προώθηση μεταρρυθμίσεων αναπλήρωσε η καθοδήγηση και η εποπτεία της ΕΕ και του ΔΝΤ. Προκειμένου να αποκτήσει η Ελλάδα αποτελεσματική συμμετοχή στην ευρωζώνη απαιτείται πραγματική σύγκλιση με την ΕΕ, η οποία δεν υπήρξε ποτέ. Επιπροσθέτως, η επιτυχία των μεταρρυθμίσεων δεν εξαρτάται μόνο από τις ευρωπαϊκές πιέσεις. Ο συνδυασμός εξωγενών πιέσεων από την ΕΕ και τον διεθνή ανταγωνισμό με εσωτερικές πιέσεις για μεταρρύθμιση από την κοινωνία των πολιτών και τα συλλογικά συμφέροντα αποτελεί το θεμέλιο για την επιτυχή μεταβολή.

Το ύψος των δημόσιων δαπανών υγείας, η χρηματοδότησή τους και οι δυνατότητες που υπάρχουν για την επίτευξη του ίδιου ή καλύτερου υγειονομικού αποτελέσματος, αναδεικνύουν τη σημασία του εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας για τη μακροχρόνια πορεία των συνολικών δαπανών του δημοσίου. Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας πρέπει να οδηγήσει στην οργανωτική και λειτουργική του ανασυγκρότηση, ώστε με δεδομένους τους υφιστάμενους πόρους να μειωθεί σταδιακά η σπατάλη και οι πόροι που εξοικονομούνται να διατεθούν σε ένα πιο αποδοτικό σύστημα αμοιβών των γιατρών και όλου του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, με στόχο τη μεγιστοποίηση της παραγωγής υγειονομικών υπηρεσιών και τη βελτίωση της ποιότητάς τους.

Το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί με την εξάλειψη της σπατάλης και της αναποτελεσματικότητας και παράλληλα με την αναδιάρθρωσή του, η οποία θα έχει ως βασικές συνιστώσες: την οργάνωση και ανάπτυξη της ΠΦΥ, τη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, τη βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, τη δημιουργία δομών και συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων, τη συγχώνευση υποστηρικτικών υπηρεσιών, ενοποιήσεις ή μετατροπές τμημάτων και κλινικών των νοσοκομείων και τη βελτίωση της αξιοποίησης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού. Είναι προφανές ότι η ανακατανομή και η αποδοτική χρήση των διατιθέμενων οικονομικών πόρων σε συνδυασμό με την δομική ανασυγκρότηση των υπηρεσιών, μπορεί να είναι η κατάλληλη απάντηση για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού τομέα (ΕΣΔΥ, 2013).

Οι μεταρρυθμίσεις που θα δεχτεί το ΕΣΥ θα πρέπει να συνάδουν με το αρχικό ιδανικό στο οποίο βασίστηκε η ίδρυσή του: την ισότητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

όλων των πολιτών, χωρίς διακρίσεις εισοδήματος ή κοινωνικής τάξης. Ο στόχος της Ελλάδας κατά την παρούσα κρίση θα πρέπει είναι ο ταχύς και δραστικός μετασχηματισμός και η ουσιαστική βελτίωση των δομών του δημόσιου τομέα υγείας με το μικρότερο δυνατό κόστος από κοινωνικής άποψης. Αναμφίβολα, η κρισιμότητα των επιπτώσεων της κρίσης στη λειτουργία του χρηματοπιστωτικού συστήματος, στην απασχόληση, στο εισόδημα και στην υγεία, ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού απαιτεί λεπτούς χειρισμούς πολιτικής. Παράλληλα, είναι σαφής η ανάγκη υλοποίησης μεταρρυθμίσεων, διότι η καθυστέρησή τους υπονομεύει την πορεία προς μια σταθερότερη ανάκαμψη της οικονομίας, επιβραδύνοντας την έξοδο από την κρίση. Η ανάγκη προώθησης και επιτάχυνσης των μεταρρυθμιστικών ενεργειών έχει επισημανθεί σε όλες τις χώρες της ΕΕ, ανεξαρτήτως επιπέδου ανάπτυξης προκειμένου οι οικονομίες τους να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις που έχουν ανακύψει. Οι μεταρρυθμιστικές ενέργειες θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις κοινωνικές απαιτήσεις ώστε να τελεσφορήσουν και να γίνουν αποδεκτές από την κοινή γνώμη.

Εκτός από δημοσιονομική εξυγίανση και πολιτική σταθερότητα, η Ελλάδα χρειάζεται ένα είδος σχεδίου Marshall για να δημιουργήσει θέσεις εργασίας, να τονώσει και να δώσει κινητικότητα στην οικονομία. Για την ανάπτυξη μιας τέτοιας στρατηγικής χρειάζεται η αλληλεγγύη της ΕΕ (Λαδής, 2011). Η Ελλάδα, όπως και κάθε ευρωπαϊκή χώρα που επιθυμεί να ευημερήσει, δεν έχει άλλον δρόμο παρά να μείνει στην ΕΕ, κάνοντας τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις των θεμελίων του θεσμικού της πλαισίου προς τη σωστή κατεύθυνση, ταυτόχρονα με μια σημαντική και υπεύθυνη προσπάθεια του Βορρά να μην ωθεί τον Νότο στην οικονομική και κοινωνική εξόντωση.

Το σύστημα περίθαλψης στην Ελλάδα έχει συγκεντρωτικό χαρακτήρα, καθώς διαμορφώθηκε εξ αρχής με βάση το ιατροκεντρικό και νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο, προκειμένου να εξυπηρετεί τον προσανατολισμό της ιατρικής εκπαίδευσης και το ιατρικό επάγγελμα καθεαυτό. Μια ουσιαστική μεταρρύθμιση για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας αποτελεί η αποκέντρωση του υγειονομικού τομέα, με τα κέντρα υγείας να διοικούνται από την τοπική αυτοδιοίκηση και με κοινωνικούς λειτουργούς που θα παρακολουθούν τις ανάγκες του πληθυσμού. Αυτός ο σκοπός μπορεί να εξυπηρετηθεί εάν οι αρμοδιότητες της ΠΦΥ μεταφερθούν στην τοπική αυτοδιοίκηση μαζί με τους αντίστοιχους πόρους (ανθρώπινο δυναμικό και χρηματοδότηση), που θα επιτρέψουν την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος. Η αποκέντρωση της δημόσιας

υγείας στην Ελλάδα έχει προωθηθεί σε κάποιο βαθμό, όμως παραμένει ατελέσφορη διαδικασία εξαιτίας της έλλειψης πόρων και της απουσίας εθνικής στρατηγικής. Η ανάληψη της διαχείρισης των δομών υγείας από τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης έχει το πλεονέκτημα ότι η τοπική αυτοδιοίκηση γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες και τα προβλήματα της περιοχής της και μπορεί να δώσει ολοκληρωμένες λύσεις. Αυτή η αλλαγή μπορεί να οδηγήσει στην βελτιωμένη πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας και στην εξοικονόμηση δαπανών. Επιπρόσθετα, τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας μπορούν να αναλάβουν οι περιφέρειες και την τριτοβάθμια η κεντρική διοίκηση. Το κράτος θα αναλάβει την ευθύνη να χαράζει πολιτικές (π.χ. κατευθυντήριες οδηγίες, ιατρικά πρωτόκολλα, παρεχόμενες υπηρεσίες), να χρηματοδοτεί και να ελέγχει τη λειτουργία του συστήματος της ΠΦΥ, ενώ στον έλεγχο θα συμμετέχουν ενεργά και οι πολίτες. Η αναγκαιότητα αυτής της μεταφοράς αρμοδιοτήτων βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση του ατόμου, με διασύνδεση των ιατρικών και κοινωνικών αναγκών του και όχι κατακερματισμό τους. Επίσης για να καταστεί εφικτή μια τέτοια πρόταση εκτός από τη θέσπιση του κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου είναι αναγκαία η επαρκής χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας αυτοδιοίκησης από τον κρατικό προϋπολογισμό, καθώς στην Ελλάδα το διαθέσιμο ποσό ανέρχεται σε ποσοστό 2,5% του ΑΕΠ, ενώ στην ΕΕ στο 11,4% του ΑΕΠ. Παράλληλα, χρήσιμη μπορεί να αποδειχτεί μια δέσμη δράσεων, όπως:

- η συγκέντρωση ερευνητικών και επιδημιολογικών δεδομένων
- η προαγωγή της έρευνας για την ανάδειξη των τοπικών προβλημάτων υγείας με χρήση των δεικτών θνησιμότητας-νοσηρότητας, ώστε να σχεδιαστούν προγράμματα πρόληψης με γνώμονα τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού
- Η προτυποποίηση διαδικασιών μέσα από την εφαρμογή πρωτοκόλλων
- Η εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα αυτοφροντίδας
- Η δικτύωση και συνεργασία των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες της τοπικής κοινότητας (π.χ. διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, δημοτικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας κλπ)

Αναφορικά ωστόσο με την αποκέντρωση του ελληνικού δημόσιου τομέα υγείας υποστηρίζεται ότι αυτή μπορεί ενδεχομένως να δημιουργήσει ανεπιθύμητες συνέπειες, όπως την επιστροφή σε ένα προβεμπεριανού τύπου κράτος με έντονη την

κομματικοκρατία, η οποία συνδέεται με διοικητικές παθογένειες του συστήματος (Ongaro,2008).

Μετά το ξέσπασμα της κρίσης ο βασικός κορμός του μετασχηματισμού του τομέα υγείας στήθηκε με την εισαγωγή των μνημονιακών μέτρων. Μελετώντας τις επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις υπό τις συνθήκες του μνημονίου μπορούμε να εκτιμήσουμε αν και κατά πόσο αντιμετωπίζονται οι στρεβλώσεις του ελληνικού συστήματος υγείας, προς την κατεύθυνση του οικονομικού εξορθολογισμού του. Στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης η συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων υπό τον ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να έχει θετικά αποτελέσματα για την αποδοτικότητα και επάρκεια του συστήματος, αν δεν ελάμβανε χώρα με τέτοια μεγάλη ταχύτητα η συρρίκνωση των παροχών προς έναν κοινό, κατώτατο παρονομαστή (ΕΟΠΥΥ) (Πετμεζίδου,2014). Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ αποτελεί μνημονιακή δέσμευση και αποσκοπεί στην συγκέντρωση όλων των οικονομικών πόρων του υγειονομικού τομέα και την ορθολογική κατανομή τους στις υπηρεσίες υγείας. Σαφώς η μεταρρύθμιση της σύστασης του ΕΟΠΥΥ είναι ικανή να βελτιώσει το ΕΣΥ, όμως το οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον της χώρας δεν είναι ευνοϊκό με αποτέλεσμα την όξυνση των χρόνιων στρεβλώσεων του συστήματος υγείας και την απορρύθμισή του.

Στον τομέα της υγείας, τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που εγκρίθηκαν από την ελληνική κυβέρνηση σε συμφωνία με την Τρόικα οδήγησαν σε μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία, σε περικοπές παρεχόμενων υπηρεσιών και σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής των ασθενών. Παρατηρείται έτσι η πορεία από ένα ανολοκλήρωτο και δαπανηρό ΕΣΥ με σταθερά υψηλή ιδιωτική δαπάνη, γύρω στο 40-50% του συνόλου των δαπανών υγείας την τελευταία δεκαετία, προς ένα εξίσου στρεβλό σύστημα μειούμενων ενιαίων παροχών. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της βίαιης μείωσης των δαπανών (ενδεικτικά, περίπου κατά 5 δις ευρώ από το 2009 έως το 2012). Αυτό που παρατηρούμε όμως είναι η δημιουργία ενός δεύτερου εθνικού οργανισμού, του ΕΟΠΥΥ, με πολλαπλές αρμοδιότητες δίπλα στο ανολοκλήρωτο και προβληματικό ΕΣΥ. Ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ως εν μέρει άμεσος πάροχος υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, (εν μέρει) χρηματοδότης του ΕΣΥ και αγοραστής υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, χωρίς όμως να έχει εγκαθιδρυθεί ένα ενιαίο σύστημα χρηματοδότησης του συνολικού φάσματος παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. από τη γενική φορολογία). Αυτό εντείνει τις στρεβλώσεις και τα οικονομικά αδιέξοδα του

συστήματος υγείας, προσανατολίζοντας τους πολίτες προς την ιδιωτική δαπάνη σε μια περίοδο όμως που ολοένα και μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού αδυνατούν να καλύψουν τις ιατρικές ανάγκες τους. Επίσης, στο πεδίο της κοινωνικής αρωγής και φροντίδας συνέβη δραματική συμπίεση των ήδη ισχνών παροχών. Επιπλέον, στη μεταρρύθμιση δεν συμπεριλαμβάνεται η γεωγραφική ανακατανομή των μονάδων πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης με βάση έναν υγειονομικό χάρτη αναγκών περίθαλψης.

Την περίοδο 2010-2015 προωθήθηκαν πολλές μεταρρυθμίσεις οι οποίες στην πλειοψηφία τους δεν έχουν ολοκληρωθεί αποτελεσματικά και χρήζουν επαναπροσέγγισης. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές σχεδιάστηκαν υπό πίεση και δεν εντάχθηκαν σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο μεσοπρόθεσμων στόχων. Πρωταρχικός στόχος των μεταρρυθμίσεων ήταν η περιστολή της δημόσιας δαπάνης την οποία έφεραν σε πολύ χαμηλά συγκριτικά επίπεδα, με μετακύλιση σημαντικού βάρους της στους πολίτες και αφήνοντας ουσιαστικά χωρίς φροντίδα υγείας μεγάλα κοινωνικά στρώματα. Η επιδίωξη της υλοποίησης μεγάλου αριθμού μεταρρυθμίσεων σε συνθήκες χρονικής πίεσης, ανυπαρξίας οικονομικών πόρων και ανθρώπινου δυναμικού (λόγω μετανάστευσης, ανεργίας, απώλειας εργασίας) από μια δημόσια διοίκηση με ελλειπείς δυνατότητες και χωρίς ουσιαστική τεχνική βοήθεια οδήγησαν σε μια πληθώρα μέτρων και πολιτικών. Η πολιτεία προχώρησε σε οριζόντια μέτρα χωρίς να έχει προβεί σε διαρθρωτικές αλλαγές λόγω πολιτικής αδυναμίας, θεσμικής αντίστασης και διοικητικής αδράνειας.

Με τα μνημόνια οι ελληνικές αρχές δεσμεύτηκαν να προωθήσουν παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας και τον έλεγχο των δημοσίων δαπανών και να υλοποιήσουν τη μεταρρύθμιση της Υγείας. Οι παρεμβάσεις που ζητήθηκαν αφορούν κυρίως τα φάρμακα, την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα και τον ΕΟΠΥΥ. Για το σκοπό αυτό, οι κυβερνήσεις δεσμεύτηκαν να μειώνουν συνεχώς τις τιμές των φαρμάκων και των ιατρικών εξετάσεων και να διαχειριστούν τη ζήτηση φαρμακευτικών προϊόντων και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μέσω τεκμηριωμένων πρωτοκόλλων ενσωματωμένων στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Επιπλέον, οι ελληνικές αρχές συμφώνησαν με τους δανειστές να εφαρμόσουν ανώτατα όρια δαπανών μέσω κλειστών προϋπολογισμών και να ζητήσουν επιστροφές από τους παρόχους υπηρεσιών και τεχνολογιών μέσα από

εκπτώσεις και διαπραγματεύσεις. Η ανασυγκρότηση της φαρμακευτικής πολιτικής συνδέεται άρρηκτα με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και την αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, που αποτελούν βασικές προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής υγείας. Για το λόγο αυτό η φαρμακευτική πολιτική εντάσσεται στην προσπάθεια μεταρρύθμισης και αναδιοργάνωσης του υγειονομικού τομέα (Κυριόπουλος,2015).

Άλλοι στόχοι που τέθηκαν ήταν η βελτίωση της διαχείρισης των νοσοκομείων, η αύξηση των νοσοκομειακών προμηθειών που διενεργούνται συγκεντρωτικά, η ανάθεση περίθαλψης προς ιδιώτες παρόχους με οικονομικά αποδοτικά τρόπο, ο εκσυγχρονισμός των συστημάτων μηχανοργάνωσης των μονάδων υγείας, η ανάπτυξη νέου συστήματος ηλεκτρονικών ιατρικών παραπεμπτικών για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων, η αξιολόγηση από τον ΕΟΠΥΥ των δαπανών και των παρόχων του σε μηνιαία βάση, καθώς και η εκτίμηση των αναγκών του οργανισμού σε επίπεδο περιφέρειας με χρήση ηλεκτρονικού μητρώου ασθενών, η κάλυψη των ανασφάλιστων, η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ και δικτύων κοινωνικής ασφάλειας. Ο ακρογωνιαίος λίθος της στρατηγικής αντιμετώπισης των στρεβλώσεων του συστήματος υγείας είναι η αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας γύρω από ένα σύγχρονο μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας με επίκεντρο μονάδες υγείας κοντά στην κοινότητα, στελεχωμένες με διεπιστημονικές ομάδες, κοινωνικά ελεγχόμενες και υπεύθυνες να παρέχουν σε συγκεκριμένο πληθυσμό ένα ολοκληρωμένο φάσμα ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας.

Τα τεράστια προβλήματα που έχουν εμφανιστεί στο σύστημα υγείας δεν οφείλονται μόνο στην παγκόσμια οικονομική κρίση και στην κυριαρχία των αγορών στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης. Για ένα μεγάλο μέρος αυτών των προβλημάτων, ίσως το μεγαλύτερο σε σχέση με όλες τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ευθύνονται ορισμένες παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγείας, οι οποίες διογκώθηκαν υπό την πίεση των διεθνών εξελίξεων. Συνεπώς, παράλληλα με την αναδιάρθρωση της οικονομίας είναι εξίσου απαραίτητη και η αναδιάρθρωση του κράτους, του οποίου η μεταρρύθμιση προβάλλει ως πρώτη προτεραιότητα με καταλύτη την κρίση. Κρίσιμος παράγοντας για την επιθυμητή αλλαγή είναι η σταδιακή εξάλειψη των κοινωνικών, θεσμικών,

υλικοτεχνικών και πολιτισμικών εμποδίων, που ιστορικά απέτρεπαν την καινοτομία και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας.

Η οικονομική κρίση πέρα από τα αρνητικά αποτελέσματά της σε οικονομία και κοινωνία, αποτελεί και μια ευκαιρία για την προώθηση καίριων αλλαγών. Η κρίση της οικονομίας μπορεί να αντιμετωπιστεί και ως πρόκληση για την αποδόμηση μιας προϋπάρχουσας ηθικής κρίσης, μιας σαθρής νοοτροπίας και συμπεριφοράς σε εθνικό επίπεδο και την ανάδειξη μιας συλλογικής συνείδησης, η οποία θα μας βοηθήσει να προοδεύσουμε. Τα λάθη του παρελθόντος μπορούν να λειτουργήσουν ως μαθήματα για τη διαμόρφωση νέων νοοτροπιών, οι οποίες θα οικοδομήσουν ένα καλύτερο σύστημα υγείας. Η οικονομική κρίση μετατράπηκε σε κρίση κοινωνική και πολιτική, δηλαδή κρίση εμπιστοσύνης στους πολιτικούς θεσμούς. Τα θέματα δημόσιας υγείας και περίθαλψης δεν μπορούν να συζητηθούν ανεξάρτητα από τα ευρύτερα πολιτικοοικονομικά δεδομένα. Αντίθετα, είναι αναγκαία μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, που σημαίνει ότι δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας χωρίς μεταλλαγές σε άλλα επίπεδα. Για παράδειγμα χωρίς την εξάλειψη του πελατειακού κράτους δεν μπορούν να γίνουν μεταρρυθμίσεις με νόημα (Λαδή,2011:10).

Μια νέα σχολή σκέψης αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια, η οποία θέτει σε αμφισβήτηση τη μακρόχρονη έμφαση στη μείωση των δαπανών του συστήματος υγείας, με βάση μελέτες που καταδεικνύουν την αλληλεπίδραση μεταξύ υγείας και ευημερίας, την αξία που αποδίδει η κοινωνία στην υγεία και τη συμβολή του συστήματος υγείας στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Figueras J, et al. 2008). Σε αυτό το θεμέλιο, το ενδιαφέρον εστιάζεται όχι στο μέγεθος των πόρων που καταναλώνει ο τομέας της υγείας, αλλά στη δυνατότητα επένδυσης στην υγεία και την οικονομική ανάπτυξη μέσω του υγειονομικού τομέα (IOBE,2011). Επιπλέον, η συνολική μείωση της δαπάνης υγείας είναι παράγοντας ανησυχίας δεδομένου ότι σε περιόδους κρίσεων μειώνονται και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με αρνητικό και σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού. Η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει ότι η μείωση των δαπανών υγείας έχει σε μεγάλο βαθμό επίπτωση στο προσδόκιμο και στην ποιότητα ζωής.

Για την έξοδο από την κρίση χρειάζεται να εγκαταλειφθεί η ιδέα της σύνδεσης των διαρθρωτικών αλλαγών με το αυστηρό δημοσιονομικό πλαίσιο και την αποδόμηση

του συστήματος υγείας, του κράτους πρόνοιας και των εργασιακών σχέσεων από της πολιτικούς θεσμούς και την κοινωνία, διότι το κεντρικό πρόβλημα της χώρας είναι οι δομικές αδυναμίες του παραγωγικού της συστήματος (π.χ. η αργή και τεχνολογικά ανεπαρκής ανάπτυξή του). Θα ήταν καλύτερη λύση οι δανειστές να επιμείνουν στην εφαρμογή διαρθρωτικών αλλαγών με αντάλλαγμα μικρότερα πλεονάσματα, που θα έδιναν ώθηση στην ανάπτυξη της οικονομίας και στην αύξηση του ΑΕΠ. Έτσι η σχέση Χρέος/ΑΕΠ θα είχε βελτιωθεί και το χρέος θα ήταν βιώσιμο, με θετικό αντίκτυπο στην ανάκαμψη της χώρας. Αντιθέτως, η συνολική πολιτική μετά την κρίση οδήγησε το εισόδημα της Ελλάδας σε μείωση κατά 26% μέσα σε έξι χρόνια, ενώ το χρέος, παρότι κυμαίνεται σχεδόν στα ίδια επίπεδα με το 2009, υπολογίζεται ότι είναι 1,8 φορές μεγαλύτερο του εθνικού εισοδήματος. Η πολιτική που ακολούθησαν οι δανειστές είχε ως στόχο τα υψηλά πλεονάσματα και τη βίαιη δημοσιονομική προσαρμογή, η οποία ισοδυναμούσε με 15% του ΑΕΠ σε διάστημα 6 ετών (ξεκινώντας από πρωτογενές έλλειμμα 10,2% το 2009 και φτάνοντας σε πλεόνασμα 4,5% το 2015). Προφανώς υπάρχει ανάγκη για νέα αναπτυξιακή στρατηγική που θα προωθεί συνολικά την παραγωγική αναδιάρθρωση της ελληνικής οικονομίας και θα βελτιώσει την τεχνολογική-βιομηχανική και δημοσιονομική πολιτική (Αργείτης, Νικολαΐδου, Eurofound).

Το δημοκρατικό έλλειμμα των αποφάσεων και των λειτουργιών της ΕΕ, η ατέλειωτη λιτότητα και η άσκηση σκληρών πιέσεων στην ελληνική κοινωνία από τις ισχυρές ηγεσίες της ΕΕ φαίνεται να υποσκάπτουν τα θεμέλια της ευρωπαϊκής ενοποίησης και να ξεθωιάζουν τα αρχικά της οράματα. Το Ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο εκτείνεται πέρα από την απλή κάλυψη, θεωρώντας την κοινωνική προστασία ως μέσο προώθησης της κοινωνικής συνοχής και ταυτόχρονα της οικονομικής ανάπτυξης. Για να επιτευχθεί αυτό απαραίτητη προϋπόθεση είναι η οργάνωση των συστημάτων υγείας να προωθεί την ισότιμη πρόσβαση σε αποτελεσματική φροντίδα. Η προσφορά των συστημάτων υγείας θα πρέπει να υπερβαίνει τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες και συγκεκριμένα να αξιολογούν τις ανάγκες υγείας των πληθυσμών τους και να διασφαλίζουν τις πολιτικές που προβλέπονται για την αντιμετώπισή τους. Ο βαθμός στον οποίο εφαρμόζεται αυτή η προσέγγιση ποικίλλει, αλλά αποτελεί πάγια φιλοδοξία σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της ΕΕ. Μια εκδήλωσή της είναι το αυξημένο ενδιαφέρον για την επίτευξη στόχων που συνδέονται με τη βελτίωση της υγείας.

Στην περίπτωση του ΕΣΥ επιβεβαιώνεται η διαπίστωση ότι ποτέ στην Ελλάδα το κράτος και η κοινωνία δεν γνώρισαν ουσιαστική μεταρρύθμιση και εκσυγχρονισμό. Μια πραγματική μεταρρύθμιση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος θα έπρεπε να δώσει έμφαση στη συγκρότηση αποτελεσματικής ΠΦΥ, στην πρόληψη από τους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και διατροφικούς κινδύνους που υπονομεύουν την υγεία των πολιτών, καθώς και στην αλλαγή της νοοτροπίας του ανθρώπινου δυναμικού του συστήματος ώστε να επιτευχθεί η κοινωνικοποίηση των ατομικών συμπεριφορών.

Το καίριο ερώτημα που προκύπτει είναι πώς θα μπορέσει η Ελλάδα να δημιουργήσει ένα καλύτερο και βιώσιμο σύστημα υγείας, όταν οι συνθήκες της τρέχουσας κρίσης προκαλούν αμφισβητούμενη ποιότητα υγειονομικών υπηρεσιών, αυξανόμενη ζήτηση και συνεπώς αυξανόμενες δαπάνες. Ένα άλλο κρίσιμο ζήτημα που χρειάζεται να αξιολογείται συνεχώς είναι οι ωφέλειες που αποκομίζει ο πληθυσμός από τη χρήση των οικονομικών πόρων που διατίθενται για την υγεία και ποιες είναι οι διαδικασίες που επιλέγονται ώστε να μεγιστοποιηθούν αυτές οι ωφέλειες. Η αναδιοργάνωση του ΕΣΥ στη βάση των αρχών της καθολικότητας στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, της ισότητας στη φροντίδα και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία ενός νέου προτύπου που θα εξυπηρετεί τη βιώσιμη εξέλιξή του. Σε αυτό το πλαίσιο, διαφαίνεται η ανάγκη να ιδωθεί ο προϋπολογισμός για την υγεία όχι ως οικονομική επιβάρυνση αλλά ως αναπτυξιακό εργαλείο, απαραίτητο για την αντιμετώπιση όχι μόνο οικονομικών παραμέτρων αλλά και για τη διασφάλιση της ευημερίας των πολιτών.

Κατευθυντήριες γραμμές της προσπάθειας αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορούν να είναι οι ακόλουθες:

- ✓ Ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- ✓ Βελτίωση της διαχείρισης και κίνητρα για μείωση του κόστους και για υψηλή ποιότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα
- ✓ Οικονομική βιωσιμότητα
- ✓ Μεγαλύτερη ενθάρρυνση των πολιτών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται και τις επιλογές θεραπείας
- ✓ Μεγαλύτερη αποκέντρωση και ενίσχυση της περιφέρειας στη λήψη αποφάσεων και προβλέψεων
- ✓ Αύξηση του αποτελεσματικού έλεγχου και της λογοδοσίας στον τομέα υγείας

- ✓ Αναδιοργάνωση του τομέα υγείας με ενίσχυση της ΠΦΥ, που θα έχει ως επίκεντρο τον ασθενή.
- ✓ Αύξηση των φόρων σε καπνό και αλκοόλ, που αποτελεί εργαλείο οικονομικής πολιτικής με στόχο την ενδυνάμωση της πρόληψης.
- ✓ Έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή υγείας και την κοινωνική φροντίδα του πληθυσμού (με κλινικά και οικονομικά οφέλη). Τα παραπάνω περιλαμβάνουν τακτική φροντίδα στο σπίτι των ασθενών, κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων, προσυμπτωματικούς ελέγχους, ενημέρωση για υγιεινή διατροφή, εμβολιασμούς, επαγγελματική υγιεινή, προληπτική εξέταση των παιδιών στο σχολείο, προγράμματα άσκησης ηλικιωμένων, ορθή διαχείριση παραγόντων κινδύνου, αποθεραπεία και αποκατάσταση
- ✓ Σχεδιασμός πολιτικής για βελτίωση των τριών πυλών φροντίδας υγείας: μακροχρόνιας, παρηγορητικής και αποκατάστασης
- ✓ Πολιτικές μείωσης του καπνού, αλκοόλ, ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών, ώστε να μειωθούν τα προβλήματα υγείας που προκαλούν και να αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής
- ✓ Βελτίωση και ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες υγείας
- ✓ Θέσπιση συμπληρωματικού ιδιωτικού συστήματος ασφάλισης
- ✓ Νέο μοντέλο διοίκησης νοσοκομείων και διορισμός διοικητών απαλλαγμένων από πολιτικές επιρροές
- ✓ Μείωση της συμμετοχής των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή
- ✓ Μεταρρυθμίσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με χρήση κονδυλίων του ΕΣΠΑ. Αναδιάρθρωση ΠΦΥ με πυρήνα τον οικογενειακό γιατρό. Διοικητική διασύνδεση μονάδων ΠΦΥ
- ✓ Καθιέρωση θεσμικού πλαισίου για την πλήρη υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων
- ✓ Εξορθολογισμός του συστήματος προμηθειών υγείας, με αύξηση του ποσοστού προμηθειών που διενεργείται κεντρικά, με στόχο την εξοικονόμηση πόρων και τη χρηστή διαχείριση
- ✓ Αναβάθμιση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για την παρακολούθηση των δαπανών σε πραγματικό χρόνο

- ✓ Εξέταση της επάρκειας, της ορθολογικής κατανομής και της ποιοτικής λειτουργίας του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας
- ✓ Μείωση των μεγάλων χρόνων αναμονής για θεραπεία
- ✓ Ανάπτυξη δράσεων για την καταπολέμηση των ναρκωτικών
- ✓ Διασφάλιση της βιωσιμότητας των μονάδων Ψυχικής Υγείας. Προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δημιουργία κοινοτικών μονάδων, διοικητική αναδιάρθρωση μονάδων Ψυχικής Υγείας
- ✓ Αποκατάσταση της ισορροπίας στην αναλογία του αριθμού γιατρών και νοσηλευτών
- ✓ Αύξηση του ποσοστού διείσδυσης των γενόσημων φαρμάκων στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς
- ✓ Πλήρης εφαρμογή του συστήματος διεθνώς τυποποιημένης διαδικασίας κοστολόγησης των δραστηριοτήτων των νοσοκομείων
- ✓ Προσλήψεις του απαραίτητου βοηθητικού και επικουρικού προσωπικού σε νοσοκομειακές μονάδες και σε Κέντρα Υγείας (ιατρικά εργαστήρια, φαρμακοποιοί, πληροφορικοί, τεχνικοί κλπ)
- ✓ Πλήρωση των κενών θέσεων ιατρών και νοσηλευτών του ΕΣΥ και προσλήψεις μόνιμου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, με έμφαση στις ανάγκες της περιφέρειας
- ✓ Πλήρωση κενών θέσεων τεχνικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού των μονάδων υγείας
- ✓ Επαρκής στελέχωση των μονάδων υγείας στις νησιωτικές και ηπειρωτικές δύσβατες περιοχές με ιατρικό προσωπικό βασικών ειδικοτήτων (π.χ. καρδιολόγους, χειρουργούς, νευροχειρουργούς κλπ), ώστε να είναι εφικτή η παροχή υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα στη θερινή περίοδο, στην οποία ο πληθυσμός λόγω τουρισμού αυξάνεται σημαντικά
- ✓ Εισαγωγή ενός εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για τα μείζονα νοσήματα (νεοπλάσματα, καρδιαγγειακά)
- ✓ Δημιουργία σύγχρονων μονάδων αποκατάστασης για τα άτομα με αναπηρία, με την απαραίτητη στελέχωση και την ανάλογη χωροταξική κατανομή
- ✓ Αναβάθμιση του συμβουλευτικού ρόλου του φαρμακοποιού και ανάδειξη του επιστημονικού του έργου στο πλαίσιο του συστήματος της ΠΦΥ
- ✓ Αναβάθμιση των υφιστάμενων Κέντρων Υγείας Αγροτικού τύπου, με ιδιαίτερη έμφαση στη νησιωτική Ελλάδα και στις δυσπρόσιτες περιοχές

- ✓ Ολοκληρωμένη ανάπτυξη και στελέχωση του ΕΚΑΒ, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η απρόσκοπτη και γρήγορη πρόσβαση στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας από οποιοδήποτε σημείο της χώρας
- ✓ Βελτίωση του συστήματος διακομιδών, ώστε να υπάρχει άμεση και λειτουργική διασύνδεση με τα δημόσια νοσοκομεία
- ✓ Διασφάλιση της επαγγελματικής, οικονομικής και επιστημονικής αναβάθμισης και εξέλιξης των επαγγελματιών υγείας και κίνητρα για τη διαβίου εκπαίδευση και ανάπτυξη ικανότητας για έρευνα και εξειδίκευση.
- ✓ Σχεδιασμός προγράμματος για την αξιολόγηση των καινοτόμων θεραπειών και νέων τεχνολογιών (HTA), βάσει χαρτογράφησης των πιο συχνά εμφανιζόμενων παθήσεων στον ελληνικό πληθυσμό
- ✓ Καλύτερη χρήση και κατανομή των πόρων στο πλαίσιο εθνικής στρατηγικής υγείας
- ✓ Διάθεση πόρων από τον κρατικό προϋπολογισμό της υγείας για την προαγωγή νέων τεχνολογιών, διαγνωστικών εργαλείων και καινοτόμων προϊόντων
- ✓ Αύξηση του κοινωνικού προϋπολογισμού, ειδικά των μεταβιβαστικών πληρωμών που χρηματοδοτούν την επάρκεια του συστήματος υπερωριών και εφημεριών στο ΕΣΥ, την ανθρωπιστική κρίση, το ΕΚΑΣ, τα επιδόματα αντιμετώπισης της ακραίας φτώχειας
- ✓ Επιχορήγηση των ανασφάλιστων υπερηλίκων
- ✓ Διεκδίκηση κοινοτικών πόρων και κοινής ευρωπαϊκής στρατηγικής για την ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση των εκατομμυρίων ανθρώπων που μετακινούνται προς την Ευρώπη από τις εστίες των πολέμων.

Η διεθνής πολιτική υγείας επιβάλλει την υλοποίηση των προαναφερόμενων μέτρων, πολλά από τα οποία αποτελούν ουσιαστικά εκκρεμείς και ανολοκλήρωτες δεσμεύσεις των προηγούμενων ετών. Υπό αυτή την οπτική, δίνεται μια τελευταία ευκαιρία στην Ελλάδα να πραγματοποιήσει μια ουσιαστική παρέμβαση προς την κατεύθυνση του εκσυγχρονισμού και της βελτίωσης του συστήματος υγείας της. Από την έκβαση αυτού του εγχειρήματος θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας αλλά και η ίδια η υγεία μας τα επόμενα χρόνια.

Η υγεία και η οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ζήτημα μείζονος σημασίας για τις σύγχρονες κοινωνίες, ενώ ταυτόχρονα είναι ένας από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας, συνεισφέροντας στην απασχόληση και στο

ΑΕΠ. Όσον αφορά την επίδραση που μπορεί να ασκήσει η αναδιαμόρφωση του συστήματος υγείας στην οικονομική ανάκαμψη της χώρας, μπορεί να υπάρξει τέτοια προοπτική εάν τα νοσοκομεία γίνουν ανταγωνιστικά, με σωστές επενδύσεις, επάρκεια, άριστη ποιότητα υποδομών και υπηρεσιών, ορθή κατανομή ανθρώπινων και υλικών πόρων και με την εδραίωση της ορθολογιστικής αξιολόγησής τους. Η αναπτυξιακή διάσταση του κλάδου της υγείας καθώς και του φαρμάκου και η δυνατότητα διενέργειας επενδύσεων προσφέρουν νέες προοπτικές στην κοινωνία και την οικονομία της Ελλάδας. Ειδικότερα, νέες επιχειρηματικές πρωτοβουλίες όπως είναι η αξιοποίηση των δομών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, μέσω της παροχής υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας σε κατοίκους του εξωτερικού με τη μορφή ιατρικού τουρισμού μπορούν να γίνουν νέες πηγές εισοδήματος και απασχόλησης στη χώρα μας. Αυτός ο στόχος θα μπορούσε να επιτευχθεί με τη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, διαγνωστικών κλινικών, ασφαλιστικών εταιρειών και τουριστικών πρακτορείων.

Ο τομέας της κλινικής έρευνας μπορεί να προσφέρει επίσης ευκαιρίες για προσέλκυση επενδύσεων, αν μπορέσει να εξελιχθεί σε κέντρο διεξαγωγής κλινικών μελετών με διεθνή απήχηση. Σ' αυτό το στόχο μπορεί να συνεισφέρει η απλοποίηση του πλαισίου οργάνωσης, διενέργειας και χρηματοδότησης κλινικών ερευνών. Είναι θετικό το γεγονός ότι η Ελλάδα διαθέτει την τεχνογνωσία και το ανθρώπινο κεφάλαιο για τη δημιουργία αξιόλογου έργου στο χώρο της βιοτεχνολογίας και της βιοϊατρικής επιστήμης. Η Ελλάδα στον τομέα της έρευνας και ανάπτυξης νέων καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων καταλαμβάνει μία από τις τελευταίες θέσεις στην Ευρώπη. Ο ΕΟΦ υπολόγισε ότι για το 2014 παραχωρήθηκαν 100-200 εκατ. ευρώ για δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης. Όσον αφορά τον αριθμό των κλινικών μελετών ανεξαρτήτως φάσης ή σταδίου στην Ελλάδα για το 2014 διεξήχθησαν 1.778 κλινικές μελέτες όσες περίπου και στη Ρουμανία και πολύ λιγότερες από Γερμανία, Γαλλία και Ηνωμένο Βασίλειο (IOBE,2015). Επίσης, η Ελλάδα θα μπορούσε να αποτελέσει κέντρο έρευνας και ανάπτυξης της διαγνωστικής τεχνολογίας. Ο κλάδος των διαγνωστικών εξετάσεων μπορεί ενδεχομένως να αναπτύξει εξαγωγική δραστηριότητα, μέσα από εργαστηριακές εξετάσεις για λογαριασμό ιατρικών κέντρων και νοσοκομείων του εξωτερικού.

Η ανάπτυξη των προαναφερόμενων τομέων μπορεί να αποτελέσει πηγή χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ. Η υλοποίηση αυτών των στόχων απαιτεί τη βέλτιστη οργάνωση και διοίκηση του συστήματος υγείας, που μπορεί να επιτευχθεί με τη συμβολή της πληροφορικής τεχνολογίας. Η συλλογή, επεξεργασία και διαχείριση του μεγάλου και ποικίλου όγκου δεδομένων του υγειονομικού τομέα (π.χ. επιδημιολογικά, κλινικά, οικονομικά, διαχειριστικά δεδομένα), και η μεταξύ τους συσχέτιση στον τομέα της κλινικής επιδημιολογίας, της μέτρησης της νοσηρότητας και της αποτίμησης των υγειονομικών αποτελεσμάτων και των παραγόντων κινδύνου προσφέρει εξαιρετικής σημασίας πληροφορίες για τον εντοπισμό των υγειονομικών στόχων και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων ανάμεσά τους. Η ιδιαίτερη σημασία αυτής της εφαρμογής αναδεικνύεται στην διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων (αυτά αφορούν παραπάνω από το 40% του ενήλικου πληθυσμού), τα οποία αντιστοιχούν σε περισσότερο από 70% της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Η ιεράρχηση των υγειονομικών στόχων σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο μπορεί να θεμελιώσει την αντιστοίχιση των ανθρώπινων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων με τους αναγκαίους προϋπολογισμούς. Τα σύγχρονα εργαλεία κλινικής και οικονομικής διαχείρισης και ελέγχου έχουν πολύτιμα οφέλη, όπως είναι η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε συνθήκες πραγματικής κλινικής πρακτικής.

4.1 Βελτίωση του ΕΟΠΥΥ

Παρά το θετικό γεγονός της ενοποίησης των ταμείων υγείας και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, καθώς και την παραχώρηση των πολυιατρείων του ΙΚΑ στο ΠΕΔΥ του ΕΣΥ, ο ΕΟΠΥΥ αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης και αποσαφήνισης του θεσμικού του ρόλου, ως αγοραστή και όχι πλέον ως παρόχου υπηρεσιών υγείας.

Τα μέτρα περιστολής της δαπάνης εκτός των πρόσκαιρων ρυθμίσεων δεν έχουν συμβάλλει στην ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα, η οποία στην παρούσα συγκυρία ταυτίζεται με τη μεταρρύθμιση και την αναδιάρθρωση του ΕΟΠΥΥ και της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας. Σ' αυτή την κατεύθυνση οι πολιτικές που μπορούν να συμβάλλουν στην υπέρβαση της κρίσης είναι η διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης του ΕΟΠΥΥ και η λειτουργία του ως φορέα που ασκεί ασφαλιστική πολιτική,

σε συνδυασμό με τη δημιουργία δικτύων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στα οποία συμμετέχει το σύνολο των δημοσίων και ιδιωτικών δομών και επαγγελματιών υγείας.

Ορισμένες προτάσεις για την βελτίωση της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ είναι οι ακόλουθες:

- 1) Ανάδειξη του ΕΟΠΥΥ σε ισχυρό διαπραγματευτή για την αγορά υπηρεσιών υγείας, με κριτήρια το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών
- 2) Αποσαφήνιση και καθορισμός του θεσμικού πλαισίου για την αγορά υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ, με δημιουργία σαφών και ενιαίων κανόνων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας
- 3) Υιοθέτηση νέων μεθόδων διαπραγμάτευσης, όπως οι συμφωνίες καταμερισμού του ρίσκου και συμφωνίες όγκου-τιμής
- 4) Σύγκλιση και αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- 5) Ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων
- 6) Ενίσχυση της χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ

4.2 Ανάπτυξη της ηλεκτρονική υγείας

Οι σύγχρονες τάσεις στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας απαιτούν μείωση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών και αναβάθμισή τους. Αυτός ο στόχος είναι εφικτός με την υποστήριξη της πληροφορικής και συγκεκριμένα με την αυτοματοποίηση και τον ανασχεδιασμό των διαδικασιών. Ο χώρος της υγείας λόγω της φύσης του εμφανίζει ιδιαίτερες απαιτήσεις, διακινεί μεγάλο όγκο δεδομένων και εμπλέκει μεγάλο αριθμό ατόμων (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, τεχνολογικό προσωπικό και ασφαλιστικούς φορείς). Επομένως, η πληροφορική στο νοσοκομείο και γενικότερα στο σύστημα υγείας διευκολύνει και επιταχύνει τις διαδικασίες και προάγει τις πολιτικές ελέγχου του κόστους (π.χ. με DRGs-ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, ηλεκτρονική συνταγογράφηση) καθιστώντας δυνατή τη σωστή διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, της τεχνολογίας και των φαρμάκων, των οικονομικών πόρων καθώς και του χρόνου. Η εισαγωγή πληροφορικών προγραμμάτων στην υγεία έφερε σημαντικά οφέλη, όπως τα ακόλουθα:

- ελαχιστοποίηση των λαθών (π.χ. στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση)
- βελτίωση της ταχύτητας εξυπηρέτησης των ασθενών

- μείωση της γραφειοκρατίας
- βελτίωση της πρόσβασης στο ιστορικό των ασθενών
- ορθολογική διαχείριση των πόρων (παρακολούθηση και έλεγχος υλικοτεχνικών πόρων)
- αποφυγή άσκοπων ιατρικών πράξεων (π.χ. της περιττής επανάληψης εξετάσεων)
- έλεγχος λανθασμένης συνταγογράφησης, αποφυγή παρενεργειών από αλληλεπιδράσεις φαρμάκων, μείωση δαπάνης (νοσοκομειακής και φαρμακευτικής)
- βελτίωση ποιότητας ιατρικής περίθαλψης
- διευκόλυνση διεξαγωγής επιδημιολογικών μελετών

Εκτός από τη συμβολή τους στη μείωση του λειτουργικού και διοικητικού κόστους, οι ηλεκτρονικές εφαρμογές μπορούν να διασφαλίσουν τη συνέχεια στη φροντίδα υγείας, καθώς και την ανάπτυξη νέων ολοκληρωμένων μοντέλων περίθαλψης και φροντίδας, πρόληψης, υποστήριξης ηλικιωμένων ατόμων και φροντίδας ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα. Επίσης, η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να αποτελέσει εργαλείο αναπτυξιακής πολιτικής, με υποστήριξη της έρευνας και της καινοτομίας, με δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και ολοκλήρωση της εσωτερικής αγοράς της ΕΕ. Όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο των νοσημάτων συνιστά πρακτική με θετική αξία σε ιατρικούς και οικονομικούς όρους, καθώς από επιδημιολογική άποψη στην Ελλάδα παρατηρούνται χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα και στην παρούσα περίοδο κρίσης είναι ανέφικτος από τους πολίτες ο αποτελεσματικός έλεγχος των νοσημάτων αυτών.

Η ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα από την οικονομική κρίση αποτελεί μια πολύπλοκη και μακρά διαδικασία, στην οποία ουσιώδη ρόλο μπορεί να διαδραματίσει η συλλογή και ο έλεγχος των ποικίλων πληροφοριών του υγειονομικού τομέα. Η βέλτιστη οργάνωση και διοίκηση του συστήματος υγείας, η ενίσχυση της θέσης του ασθενή-πολίτη και η ενδυνάμωση της συμμετοχής των γιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας είναι στόχοι που σχετίζονται με τον έλεγχο και την ποιότητα της πληροφορίας. Επίσης σε ευρωπαϊκό επίπεδο, είναι αναγκαία η χάραξη αποτελεσματικής ευρωπαϊκής πολιτικής για την υπεράσπιση του δικαιώματος των Ευρωπαίων πολιτών στην υγεία, από την πρόληψη μέχρι την επείγουσα περίθαλψη

και την αποκατάσταση, με γενναία χρηματοδότηση, παρεμβάσεων μείωσης της νοσηρότητας, αναβάθμισης της δημόσιας υγείας, καθολικού εμβολιασμού, πολιτικών για την αντιμετώπιση του συνόλου των περιβαλλοντικών, κοινωνικών, πολιτισμικών, επιδημιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια.

Η αναζωογόνηση του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου θα μπορούσε να προσφέρει μια διέξοδο από την κρίση με τη δημιουργία θέσεων εργασίας και την τόνωση της οικονομίας. Το ζητούμενο της ευρωπαϊκής πολιτικής θα πρέπει να είναι μια διευρυνόμενη ευρωπαϊκή αλληλεγγύη, που θα ενισχύσει την αναδιανεμητική επάρκεια του κοινωνικού κράτους στις συνθήκες της κρίσης (Πετμεζίδου, 2014). Οι μνημονιακές πολιτικές εξορθολογισμού του συστήματος υγείας μέσω της χρήσης κατάλληλων εργαλείων και πρακτικών έχουν επιφέρει σημαντικά οφέλη για τη λειτουργία του συστήματος, τη συγκράτηση δαπανών και την εξοικονόμηση κόστους. Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας δεν δόθηκε μέριμνα για την προστασία του πολίτη-ασθενή, ο οποίος αναγκάστηκε να επωμιστεί μεγαλύτερα οικονομικά βάρη για την υγεία του μέσα σε ένα αποδιοργανωμένο σύστημα υγείας, που αντιμετωπίζει σοβαρές ελλείψεις πόρων. Ο σκοπός της λειτουργίας όμως του εθνικού συστήματος υγείας δεν είναι άλλος από την προστασία της υγείας των πολιτών και με αυτόν θα πρέπει να εναρμονιστούν οι επόμενες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις, έτσι ώστε το ΕΣΥ και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να ικανοποιούν τις ανάγκες υγείας της κοινωνίας, με ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη και καθολικότητα.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΑΜΣ: Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού

ΔΝΤ : Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ΕΑΤ Ευρωπαϊκή Αρχή Τραπεζών

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΚΤ: Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα

ΜΚΟ : Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

ΝΑΤΟ: North Atlantic Treaty Organization

ΟΝΕ: Οικονομική και Νομισματική Ένωση

ΟΟΣΑ : Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΦΥ : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τρόικα : Τριμερής συνεργασία τριών θεσμικών οργάνων { Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Κομισιόν), Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) }

ΧΘΔ : Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγλόφωνη

Anell, A. (2011), “Choice and privatization in Swedish primary care”, *Health Economics, Policy & Law*, 6 (4): 549-569.

APhA, ASHP, AACP, ASCP et al, (2014), “Exploring Pharmacist’s role in a Changing Healthcare Environment” (<http://www.nacds.org/pdfs/comm/2014/pharmacist-role.pdf>)

Azzopardi-Muscat N., et al., (2016), “Europeanisation of health systems: a qualitative study of domestic actors in a small state”, *BMC Public Health*. Στον ιστότοπο:<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2909-0>

Beland, D. (2005), “Ideas and Social Policy: An Institutionalist Perspective”, *Social Policy and Administration*, 39 (1): 1-18.

Blyth, M. (2013), *Austerity: The History of a Dangerous Idea*, Oxford: Oxford University Press.

Bulmer, S. and Burch, M. (1998), “Organizing for Europe: Whitehall, the British State and the European Union”, *Public Administration*, Vol. 76, No4: 605.

Caroline Howard et al., (2011), “Maximizing Influence in the European Union after the Lisbon Treaty from small state policy to smart state strategy”, *Journal of European Integration*, Vol.33, No5: 523-539
(https://www.researchgate.net/publication/254230732_Maximizing_Influence_in_the_European_Union_after_the_Lisbon_Treaty_From_Small_State_Policy_to_Smart_State_Strategy)

Correia, T., Dussault G., Pontes C. (2015), “The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries”, 2015

Dec;119(12):1600-5. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.009. Epub 2015 Aug 20, Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=26319095>)

Cyprus Health system review, (2012), Health Systems in Transition, Vol.14, No6. Στον ιστότοπο: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/174041/Health-Systems-in-Transition_Cyprus_Health-system-review.pdf

Economou, Ch. (2010), *Health systems in transition: Greece. Health system review*. WHO/EURO, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Vol.12, No.7: 1-180. Στον ιστότοπο:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf

Economou, Ch. (2015), *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Economou, Ch., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A. (2014), “The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece”, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

Eurofound,(2013), *Political trust and civic engagement during the crisis*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Featherstone K., (επιμ.) (2007), “Πολιτική στην Ελλάδα: Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού”, Εκδόσεις Οκτώ, Αθήνα

Ferrera, M. (1996), “The South European model of welfare in social Europe”, *Journal of European Social Policy*, vol.6, no.1, p.17-37

Figueras J., McKee M., (eds), (2012), “Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems”, Open University Press, Maidenhead.

Hall, P. (1993), “Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain”, *Comparative Politics*, 25 (3):275-296.

Karanikolos, M., P. Mladovsky, J. Cylus, S. Thomson, S. Basu, D. Stuckler, J. P. Mackenbach, M. McKee, (2013), “Financial crisis, austerity, and health in Europe”, *Lancet* 2013; 381: 1323–31 (<http://www.thelancet.com/series/health-in-europe>)

Lykogiannis, A. (2010), *The Greek post-war economy 1945-2005*, A. bibliography, Alyco, Athens

Matsaganis, M. (2013), *The Greek Crisis: Social Impact and Social Policy*, Friedrich Ebert Stiftung

Minogiannis, P., *EUROPEAN INTEGRATION AND HEALTH POLICY The Artful Dance of Economics and History*, Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey, U.S.A., 2003.

Mossialos, E., Allin, S. (2005). “Interest groups and health system reform in Greece”, *West European Politics*, 28(2): 420-444

Mossialos E., McKee M., Palm W., Karl B., Marhold F., *The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union*. Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union, Brussels, 19 November 2001, Peter Lang Publishers. Στον ιστότοπο:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.460.1582&rep=rep1&type=pdf>

OECD (2013), *Health at a Glance: Europe 2013*, OECD Publishing, διαθέσιμο στο: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing, διαθέσιμο στο: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.

OECD (2014), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en

Ongaro, E. (2008), Introduction: the reform of public management in France, Greece, Italy, Portugal and Spain in: *International Journal of Public Sector Management*, 21(2):101-117

Pierson, P. (2000), “Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics”, *The American Political Science Review*, 94(2): 251-267.

Saltman, R. and Cahn, Z. (2013), “Restructuring health systems for a era of prolonged austerity”, *British Medical Journal*, 347:17-19.

Schafer W. LA et al., Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey, *Bull World Health Organ* 2015;93: 161–168.

Ιστότοπος: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/3/14-140368/en/>

Simou E., Koutsogeorgou E. (2014), “Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review”, *Health Policy*, NCBI, Pubmed.

Στον_ιστότοπο:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589039>

Sissouras, A. (2014), “Greek crisis fallout is an opportunity for health”, *Bull World Health Organ*, 92:8-9. Ιστότοπος:<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/1/14-030114.pdf>

Sotiropoulos, D. (2004), “The EU’s impact on the Greek welfare state: Europeanization on paper?”, *Journal of European Social Policy*, Vol 14(3):282

World Health Organization, (1994), “*The Role of the Pharmacist in the Healthcare System*”, p.82 (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2995e/1.6.2.html>)

Ελληνική

Αντωνοπούλου, Λ. (2001), Οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας. Προφάσεις και επιπτώσεις με αρνητικό κοινωνικό πρόσημο, στο: Πάντειο Πανεπιστήμιο. Διεθνές συνέδριο *Κοινωνία των 2/3. Διαστάσεις του σύγχρονου κοινωνικού προβλήματος*, σ.σ. 863-880, Αθήνα

Αντωνοπούλου, Λ. (2001α), Οργανωτικά σχήματα του Ε.Σ.Υ. σε περιφερειακή κλίμακα, σύμφωνα με τον πρόσφατο νόμο για τον εκσυγχρονισμό του, στο: 1ο Συμπόσιο Περιφερειακής Ανάπτυξης-Προβλήματα ελληνικής περιφερειακής ανάπτυξης, ΑΠΘ, 27 & 28 Μαρτίου 1998, σ.σ. 339-345, Θεσσαλονίκη

Αντωνοπούλου, Λ. (2008), “Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία”, *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3(2): 109-120

Αντωνοπούλου, Λ. (2002), “Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη”, Θεσσαλονίκη: Ζυγός.

Βενιέρης, Δ. (2011), “Κρίση οικονομίας απορρύθμιση κοινωνικής πολιτικής: Η νέα «Μικροελληνική» καταστροφή: 2010-2011”, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 134-135, Α΄-Β΄2011: 101-131.

Βενιέρης, Δ., Παπαθεοδώρου Χ., *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και προοπτικές*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2003:89-131.

Berend, I., *Οικονομική Ιστορία του Ευρωπαϊκού 20^{ου} Αιώνα. Τα οικονομικά καθεστώτα από το στην Παγκοσμιοποίηση*, Μεταφ. Βασιλείου Θ., Εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 2009.

Γεωργακόπουλος, Θ., (2016), Διανέοσις Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης, *Η Υγεία των Ελλήνων και η Κρίση. Μια έρευνα*, Μάρτιος 2016, Αθήνα.
(http://www.dianeosis.org/2016/03/greek_health_intro/)

ΕΣΔΥ ,(2010), *Μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσηλευτικών μονάδων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη*, Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

ΕΣΔΥ,(2013), “*Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «πόλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην Υγεία*”, Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Ευρωπαϊκό Πράσινο Ίδρυμα και Ίδρυμα Heinrich Boll, (2011), “*Αλληλεγγύη και δύναμη το μέλλον της Ευρωπαϊκής ένωσης*”
(http://gef.eu/fileadmin/user_upload/Publications/StrengthSolidarity/EL_Solidarity%20and%20Strength.pdf)

Ζαμπαρλούκου, Σ. (2014), “Προς ένα νέο πρότυπο οργάνωσης του κοινωνικού κράτους: Η Ελλάδα μετά την κρίση”, Επιστημονική εταιρεία κοινωνικής πολιτικής, 5^ο Διεθνές επιστημονικό συνέδριο: *Κοινωνική πολιτική την εποχή της κρίσης: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Πάντειο Πανεπιστήμιο;2014:12-15,17

Ζηλίδης, Χ., *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας, Η μεταρρύθμιση 2000 – 2004*, Αθήνα, Εκδ. Mediforce,2005

Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση,2001, σελ.79.

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Διανέοσις (Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης), *Βελτιώνοντας το Σύστημα Υγείας*, Μάρτιος 2016. (<http://www.dianeosis.org/2016/03/greek-health-proposals/>)

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Διανέοσις (Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης), *Η Υγεία των Ελλήνων στην Κρίση*, Μάρτιος 2016, Αθήνα (http://www.dianeosis.org/wpcontent/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf)

IOBE, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, (2015), “Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία”, σ.55. Στον ιστότοπο:

http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_23122015_REP_GR.pdf

Καζάκος, Π., *Μετά το «Μνημόνιο». Οικονομική πολιτική στην Ελλάδα υπό διεθνή έλεγχο*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2011,σσ. 81-84,101-104,150-152,157-161,119-127

Καϊτελίδου, Δ. (2014), «Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας»,*Νοσηλευτική*,53(2):129-132.

(<http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/5655/%CE%9F%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%9A%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9>

%20%CE%92%CE%B9%CF%89%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1.pdf?sequence=1)

Καλογεροπούλου, Μ. (2011), “Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών νοσοκομείων”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(6):794-803 (<http://www.mednet.gr/archives/2011-6/pdf/794.pdf>)

Καραλής, Δ.(2016), “Οικονομική κρίση και οικονομική ανάκαμψη”, *ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Ενημέρωση*,227,pp.13-14 (<http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/03/IANOYARIOS-FEBROYARIOS-2016.pdf>)

Κατοστάρα, Ν. (2007), “Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Η εξέλιξη, τα προβλήματα και οι προοπτικές”, *Διδακτορική Διατριβή*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,(2012), Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα,31-12-2012 (Τεύχος 27), Αθήνα 2012. Διαθέσιμο_στον_ιστότοπο: http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/HIV/%CE%95%CF%80%CE%B9%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%94%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%BF_HIV_31-12-2012_Final.pdf

Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης, Κ., *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας. Τέσσερις κρίσιμες νομοθετικές παρεμβάσεις*, Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2005.

Κούτρας, Μ.Γ. (2010), “Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ως αφετηρία του e-Health στη χώρα”. Στον ιστότοπο: <http://docplayer.gr/3286446-I-ilektroniki-syntagografisi-os-afetiria-toy-ehealth-sti-hora-m-g-koutras-md.html>

Κυριόπουλος, Γ.(2015), «BigData-ΕΣΥ», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Στον ιστότοπο:http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Big%20Data-ΕΣΥ_τελικο.pdf

Κυριόπουλος, Ι.(2015), «Φαρμακευτική πολιτική: Ψευδοπειστημονικά τεχνάσματα και ιδεολογικοπολιτικές αυταπάτες», *Χρόνος*, 27. (<http://www.chronosmag.eu/index.php/g-pls-f-pl-pseps-s-elgpl-p.html>)

Κυριόπουλος Ι, Τσιάντου Β. (2010), “ Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη”. *Αρχεία ελληνικής Ιατρικής*, 27(5): 834-840

Κυριόπουλος, Ι.(2015), “Υγεία: Για την υπεράσπιση της ισότητας και της αποδοτικότητας”, *Χρόνος*, Τεύχος 23 (<http://www.chronosmag.eu/index.php/g-pls-g-g-psps-s-pe.html>)

Κυριόπουλος, Ι.(2016), “Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, *Χρόνος*,37, Μάιος 2016.

Κυριόπουλος, Γ. (2011), «Πέραν του “Μνημονίου”»: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας», ΕΣΔΥ.

Λαδή Στέλλα, (2011), “Οικονομική κρίση και διοικητική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και στην Κύπρο: Ευκαιρίες και περιορισμοί”. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: http://www.dee.gr/mediaupload/publications/LADI_BOOKLET_POLITIC_2_2011.pdf

Λιαρόπουλος Λυκούργος, (2011), “Δημόσια και ιδιωτική υγεία”. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=384766>

Μαργαρόνη Μ., Μισσιρά Δ., Σαραβάκος Κ. (2013-2014), “Η σύγχρονη Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Κρίση, το Δημοκρατικό Έλλειμμα και η Άνοδος του Ευρωσκεπτικισμού”, Ινστιτούτο Έρευνας και Κατάρτισης Ευρωπαϊκών Θεμάτων. Στο: <http://www.irtea.gr>

Ματάκος, Α. (2012),“Η μεταρρύθμιση στη δημόσια διοίκηση μέσα από διαδικασίες εφαρμογής στρατηγικής διοίκησης με εστίαση στη μελέτη της οργανωσιακής προσαρμογής στις απαιτήσεις του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος, της εκτίμησης και του ελέγχου του αποτελέσματος της οργανωσιακής δράσης. Η περίπτωση Γενικού Νοσοκομείου”, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Ματσαγγάνης, Μ. (2011), “Μια ανορθόδοξη ερμηνεία της παρακμής του ΕΣΥ”, *Σύγχρονα Θέματα*, Τεύχος 111, Μάρτιος 2011.

Ματσαγγάνης, Μ. (2011), *Η Κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς: Οικονομική κρίση, δημοσιονομική λιτότητα και κοινωνική προστασία*, Αθήνα: Εκδ. Κριτική.

Μινογιάννης, Π. (2012), Το δημόσιο Νοσοκομείο του αύριο στην Ελλάδα: Η διαχείριση της φροντίδας υγείας στην μετά κρίση εποχή, *Κοινωνική Συνοχή και*

Ανάπτυξη 7(1):69-80.

Ξανθοπούλου, Σ., Κατσαλιάκη, Κ. (2016), “Διερεύνηση παραγόντων που επιδρούν στη στάση ασθενών και ιατρών για την υποκατάσταση πρωτοτύπων φαρμάκων με αντίστοιχα γενόσημα”, *Το βήμα του Ασκληπιού* 15 (1).

Οικονόμου, Χ., *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα, 2004.

Οικονόμου, Χ.(2013), “*Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία*”, (<http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show>)

Οικονόμου, Χ, *Κοινωνιολογία της υγείας*, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα, 2005.

Οικονόμου, Χ. (2012), *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Η λειτουργία και ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων, Επιστημονικές Εκθέσεις, 7, Αθήνα. (<http://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf>)

Πετμεζίδου, Μ. (2003), “Αντί συμπερασμάτων. Σκέψεις γύρω από την κοινωνική μεταρρύθμιση” στο: *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα*, σ.19 (http://utopia.duth.gr/mpetmes/txts_files/Petmesidou%20M.%202003.pdf)

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου Σ., Πεμπτεζόγλου Μ., Παπαθεοδώρου Χ., Πολυζωίδης, Π., “Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα”, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Μελέτες (Studies), Αθήνα: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, 2015. (<http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/09/Meleti-35.pdf>)

Πετμεζίδου, Μ. (2014), “Το κοινωνικό κράτος σε κρίσιμη καμπή”, *Κοινωνιολογική Επιθεώρηση*, 1(1):61,69. (http://utopia.duth.gr/mpetmes/txts_files/Petmesidou%20M.%202014.pdf)

Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Θωμάς Δ., Κυριαζής Σ., Φίλιοπούλου Μ, *Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου*

δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, Κοινωνικό Πολύκεντρο, Αθήνα, 2005.

Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ. (2006), “Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα, 1980-2004”, *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 1 (1):5-36 (http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/photo_1.Sakellariopoulos-Economou.pdf)

Σίσκου, Ο. (2006), “*Εκτίμηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα*”, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, Διδακτορική Διατριβή.

Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος, Λ., (2008), “Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (5)

Σισσούρας, Α., *Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ*, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2012.

Σουλιώτης, Κ., *Ο ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2000.

Σουλιώτης, Κ., Βίτσου, Ε. (2010), *Ανάλυση της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα: το πλαίσιο, τα δεδομένα και οι τάσεις (1998-2008)*, Εκδόσεις IOBE, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ., Θηραίος Ε., Καϊτελίδου Δ. κ.ά., (2013), “Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, Αθήνα. Στον ιστότοπο: <http://docplayer.gr/255132-Vasika-simeia-protasis-gia-ti-metarrythmisi-tis-protovathmias-frontidas-ygeias.html>

Σουλιώτης, Κ., Πολύζος, Ν, κ.ά, (2014), “Υγεία 2010-2014. Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων”, 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές της Υγείας, Αθήνα, 2014, ΕΣΔΥ, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Στον ιστότοπο: <https://2014.healthpolicycongress.gr/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1-2010-2014/>

Σουλιώτης, Κ. (2015), “Η πολιτική φαρμάκου στην εποχή του Μνημονίου: Δημοσιονομική προσαρμογή ή μέτρα δίχως μέτρο;”, *Οικονομική Επιθεώρηση*; Απρίλιος 2015. Στον ιστότοπο: <http://www.economia.gr/el/article/entry/3003>

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, (2013), “Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2013”.

Στην ιστοσελίδα:

http://iobe.gr/docs/research/res_05_a_21072014_rep_gr.pdf

Τούντας Γ., κ.ά, (2008), *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: 1996-2006*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.neahygeia.gr/pdf/OiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf> [Προσπελάστηκε 17/9/2016]

Τούντας, Γ., Γείτονα Μ., Σίσκου Ο., Σουλιώτης Κ., (2010), “Μελέτη της οικονομικής λειτουργίας του δημόσιου συστήματος υγείας για τον εντοπισμό των πηγών σπατάλης και για τη διατύπωση προτάσεων αντιμετώπισής τους”, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας - Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής – Ιατρική Σχολή – Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τούντας, Γ. (2001), “Ευρωπαϊκή πολιτική υγείας”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18(1), Στον ιστότοπο: <http://www.mednet.gr/archives/2001-1/pdf/13.pdf>

Τούντας, Γ. (2004), “Η Μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας: Η Διεθνής Εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα”, Εφημερίδα *Τα Νέα*.

Στον ιστότοπο: <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=788>

Τράπεζα της Ελλάδος, (2013), *Το Χρονικό της μεγάλης κρίσης: Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013*, Κέντρο Πολιτισμού, έρευνας και Τεκμηρίωσης, Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Γ. (2007), “*Ορθολογική Διαχείριση*”, Εφημερίδα: *Το Βήμα*. Στον ιστότοπο: <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=204258>

Χλέτσος, Μ. (2015), “*Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης*”, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Ιωάννινα.

Στον ιστότοπο:

<http://www.qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

