
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΙΣ
ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΙΣΣΙΡΑ ΜΑΡΙΑ-ΕΛΕΝΗ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2018

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΙΣ
ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΙΣΣΙΡΑ ΜΑΡΙΑ-ΕΛΕΝΗ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1631

Επιβλέπων: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2018

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**THE IMPACT OF THE ECONOMIC CRISIS ON THE
MACROECONOMIC VARIABLES OF THE NATIONAL
HEALTHCARE SYSTEM**

MISSIRA MARIA-ELENI

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2018

Στη μνήμη του παππού μου

Γεωργίου Μουστάκα

Ευχαριστίες

Πρώτα απ' όλα, θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας, Καθηγητή κ. Παντελή Παντελίδη, για τη διαρκή ενθάρρυνσή του και καθοδήγησή του κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας και για τη στήριξή του από την πρώτη μέρα φοίτησης μου στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Καθώς και τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής.

Επίσης, είμαι ευγνώμων στους καθηγητές του Προγράμματος Μεταπτυχιακών σπουδών «Οικονομικά και διοίκηση της Υγείας» του Πανεπιστημίου Πειραιώς για τις γνώσεις που μου παρείχαν κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου. Πολλές ευχαριστίες οφείλω επίσης, στον υποψήφιο διδάκτορα κ. Βασίλη Καταβέλη για την καθοδήγηση και τη βοήθεια που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της μεταπτυχιακής μου πορείας.

Ευχαριστώ θερμά τους συναδέλφους μου στο Τμήμα Προσωπικού του «Γενικού-Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς Οι Άγιοι Ανάργυροι», καθώς επίσης και τους εργαζόμενους στην 1^η ΥΠΕ για την πολύτιμη βοήθειά τους αναφορικά με τις πληροφορίες που μου παρείχαν σχετικά με τη συγγραφή του Κεφαλαίου 7 «Η ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟ 2013». Καθώς και του υπαλλήλους στην αντιπροσωπεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στην Ελλάδα, για τις πληροφορίες που μου παρείχαν σχετικά με τη εκπόνηση της εν λόγω εργασίας.

Μα πάνω απ' όλα θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα άτομα που βρίσκονται πάντοτε δίπλα μου, στηρίζοντας τις επιλογές μου και παρέχοντας μου ηθική υποστήριξη, όχι μόνο κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εν λόγω εργασίας αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μου, τους γονείς μου, Γιώργο και Μαρίνα και τις αδερφές μου Βασιλική και Δήμητρα.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΙ ΟΡΟΙ: Εθνικό Σύστημα Υγείας, Κοινωνική Ασφάλιση, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής, Μνημόνιο, Ευρωομάδα, Οικονομική Εξυγίανση, Προκλητή Ζήτηση, ΑΕΠ, Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, Ανταγωνιστικότητα, Ανάπτυξη Ελληνικής Οικονομίας, Ελεγκτικοί Μηχανισμοί

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ελλάδα το 2009, βρέθηκε αντιμέτωπη με τη μεγαλύτερη ύφεση μετά τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Προκειμένου η χώρα να αποφύγει τη στάση πληρωμών και συνακόλουθα τη βέβαιη χρεοκοπία, το Μάιο του 2010 εφάρμοσε το Πρώτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής έπειτα από συμφωνία με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ)· παράλληλα υπέγραψε Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης με τα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρωζώνης.

Ο κίνδυνος εξόδου από το Ευρώ, η πολιτική αστάθεια της χώρας αλλά και μια σειρά μέτρων τα οποία προβλέπονταν στο Πρώτο Πρόγραμμα και δεν εφαρμόστηκαν, οδήγησαν στην υιοθέτηση πρόσθετων μέτρων εξυγίανσης και στην υπογραφή ακόμα δύο προγραμμάτων προσαρμογής, (Φεβρουάριος του 2012, Αύγουστος του 2015 αντίστοιχα).

Δεδομένου ότι τα προβλήματα και οι αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας ήδη από τα πρώτα χρόνια ίδρυσής του είναι αναρίθμητα, ο κλάδος της υγείας δε θα μπορούσε να απουσιάζει από το επίκεντρο των δράσεων και των πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού. Με τον τομέα, λοιπόν, της υγείας να αποτελεί έναν από τους βασικούς τομείς παρέμβασης, οι στόχοι που ορίστηκαν στα Προγράμματα Δημοσιονομικής Προσαρμογής επικεντρώθηκαν στον περιορισμό της δημόσιας δαπάνης υγείας καθώς και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, στην αναδιοργάνωση των θεραπευτικών ιδρυμάτων και στην ενίσχυση της διαφάνειας του συστήματος υγείας.

Η παρούσα διπλωματική εργασία μελετά τον αντίκτυπο και την αποτελεσματικότητα των μέτρων που εφαρμόζονται στο σύστημα της υγείας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, πραγματεύεται τα παρακάτω ερωτήματα: Κατά πόσο οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα

και συνεχίζουν να εφαρμόζονται, έχουν κάποιο ουσιαστικό αποτέλεσμα; Και εάν η οικονομική κρίση προκάλεσε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία, την ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας και την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας;

THE IMPACT OF THE ECONOMIC CRISIS ON THE MACROECONOMIC VARIABLES OF THE NATIONAL HEALTHCARE SYSTEM

KEYWORDS: National Healthcare System, Social Insurance, Primary Health Care, Programs Adjustment of Greek Economy, Memorandum, Eurogroup, Economic Adjustment, Induced Demand, GDP, International Monetary Fund, System of Health Accounts, Competitiveness, Development of Greek Economy, Audit Mechanism

ABSTRACT

In 2009 Greece experienced the deepest economic recession since World War II. In order to avoid cessation of payments and consequently bankruptcy, the country adopted in May 2010 the first Fiscal Adjustment Program enshrined in an agreement with the International Monetary Fund (IMF), the European Commission and the European Central Bank (ECB); at the same time, Greece signed a Loan Facility Agreement with the Euro Area Member States.

The risk of potential withdrawal from the Eurozone, the political instability of the country and the insufficient implementation of a series of measures foreseen in the First Program, led to the adoption of additional consolidation measures and two more economic adjustment programs (February 2012, August 2015 respectively).

Taking into consideration that the problems and weaknesses of the national health system have been innumerable since its early years, the health sector held a central role in the reform actions and the modernization and rationalization policies. Therefore, with the healthcare sector as one of the key areas of intervention, the objectives set in the Fiscal Adjustment Programs focused on reducing public health and public pharmaceutical expenditure, reorganizing therapeutic institutions and enhancing the transparency of the national health system.

This diploma thesis questions the impact and effectiveness of the measures being implemented in the healthcare system of Greece. Specifically, it addresses the following questions: Did the reform framework that was adopted and is still being implemented lead to any essential results? Did the economic crisis provoke a new approach about structural

changes with an emphasis on the areas of public health, reconstruction of health insurance, and introduction of reforms in the provision of health services?

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	3
ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1820 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ.....	3
1.1.....	ΕΙΣΑΓΩΓΗ
.....	3
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΝΕΟΤΕΡΗ ΕΛΛΑΔΑ.....	3
1.3 Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	8
1.4 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
1.5 ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....	10
1.6 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	14
1.7 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	19
ΈΝΝΟΙΕΣ-ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΘΝΙΚΩΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	19
2.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
2.3.....	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΥΚΛΩΜΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
.....	20
2.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
2.5 ΕΘΝΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ.....	22
2.5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ.....	22
2.5.2. Ορισμός Φαρμακευτικής Δαπάνης.....	23
2.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	29
ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	29

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	29
3.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	30
3.2.1. Φάσεις Του Οικονομικού Κύκλου	31
3.2.2. Κατηγορίες κρίσεων	31
3.3 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	33
ΠΡΩΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ (2010-2011)	33
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	33
4.2 ΠΡΩΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	36
4.2.1. Μέτρα Προσαρμογής	37
4.3 ΠΡΩΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	38
4.4 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	43
ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ 2012-2014	43
5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	43
5.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	44
5.3 ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	47
5.5 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	53
ΤΡΙΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ 2015-2017	55
6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	55
6.2 Μέτρα Προσαρμογής	56
6.3 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	58
6.4 Το Πολυνομοσχέδιο του Μαΐου του 2017 και ο χώρος της υγείας	60
6.5 ΠΟΛΕΜΟΣ ΣΤΗ ΣΥΡΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΣΥ	63
6.6 ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ	64
6.7 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	69
Η ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟ 2013	69

7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	69
7.2 Η ΑΝΑΔΙΑΡΘΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	69
7.3 Ο ΧΑΡΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ	70
7.3.1 Για τα Νοσοκομεία της Αττικής	70
7.3.2. Για τα Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης	73
7.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ	74
7.4.1. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΔΥΟ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	75
7.5 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	79
ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	79
8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	79
8.2 Η ΑΠΟΥΣΙΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	79
8.2.1. Ο Ν. 4486/2017 και οι μεταρρυθμίσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	80
8.2.2. Τοπικές Μονάδες Υγείας	81
8.2.3 Οικογενειακός Γιατρός	82
8.3 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ ΚΑΙ Η ΥΠΟΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	85
8.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	88
8.5 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	89
8.6 ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	90
8.7 ΥΠΕΡΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	91
8.8 ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ	92
8.9 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	94
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ/ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	99

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1 Οι δαπάνες υγείας, σύμφωνα με τη νέα μεθοδολογία ΣΛΥ 2011.....23

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Γράφημα 2.1 Η σύνθεση της τρέχουσας Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατ. €).....26

Γράφημα 4.1 Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2005-2013.....35

Γράφημα: 5.1 Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2013.....54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση που εκκίνησε το 2007 από τις ΗΠΑ, έγινε ιδιαίτερα αισθητή και στην Ελλάδα δύο έτη αργότερα, το 2009, οπότε η Ελληνική κυβέρνηση αδυνατούσε πλέον να δανεισθεί με λογικά επιτόκια προκειμένου να καλύψει τις οικονομικές της ανάγκες και υποχρεώσεις. Με υπαρκτό, λοιπόν, τον κίνδυνο της πτώχευσης και της στάσης πληρωμών, που θα οδηγούσαν τη χώρα σε επίσημη χρεοκοπία, αποφασίστηκε έπειτα από σειρά διαπραγματεύσεων, η δανειοδότησή της από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.

Η σύγχρονη οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ελληνική οικονομία και τις υπηρεσίες υγείας με πρωτοφανή δριμύτητα στα πλαίσια των δομικών αναδιαρθρώσεων σε καθεστώς οικονομικής επιτήρησης. Η οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και η υγεία εν γένει, αποτελούν κάποιους από τους βασικότερους τομείς που απασχολούν τη σύγχρονη κοινωνία, ενώ παράλληλα αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας, συνεισφέροντας στην αύξηση της απασχόλησης, τη μείωση της ανεργίας και στο ΑΕΠ.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθεί και να παρουσιαστεί ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας την τρέχουσα οικονομική συγκυρία καθώς επίσης να διερευνήσει την οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την εξέλιξη των δαπανών για την υγεία.

Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να συνεισφέρει στην ευρύτερη συζήτηση για τις επιπτώσεις της κρίσης στον τομέα της υγείας. Σκόπιμο κρίνεται στην υπό μελέτη έρευνα, να γίνει αρχικά αναφορά στην εξέλιξη της νομοθεσίας για τη νοσοκομειακή διακυβέρνηση και την υγεία εν γένει, καθώς επίσης και στα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών για την υγεία, ώστε να αποσαφηνισθούν έννοιες και όροι, που θα αναφερθούν στην ανάλυση για την Κρίση στο Ελληνικό συγκείμενο και τις επιπτώσεις που επιφέρει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Κάποια βασικά ερωτήματα τα οποία συνθέτουν ένα γενικότερο προβληματισμό γύρω από το υπό μελέτη θέμα, τα οποία θα γίνει προσπάθεια να απαντηθούν κατά την εκπόνηση της παρούσας έρευνας, είναι τα εξής:

Μπορεί η Οικονομική κρίση να αποτελέσει ένα «ΠΑΡΑΘΥΡΟ ΕΥΚΑΙΡΙΑΣ» ή είναι μια «ΑΠΕΙΛΗ» για το Εθνικό Σύστημα Υγείας;

Η οικονομική κρίση οδήγησε σε διαρθρωτικές αλλαγές με επίκεντρο τη δημόσια υγεία, την ασφάλιση υγείας και την παροχή υπηρεσιών υγείας;

Διατηρείται ο Ιατροκεντρικός χαρακτήρας του ΕΣΥ ή είμαστε κοντά στο όραμα ενός Ανθρωποκεντρικού συστήματος;

Η μεγάλη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας το 2013 απέφερε σημαντικά αποτελέσματα;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1820 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κράτος πρόνοιας και ευημερίας είναι ένας θεσμός ο οποίος έχει προκύψει στις Δυτικές χώρες τον 20^ο αιώνα, κυρίως μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο οποίος επικεντρώνεται στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη του κράτους με κύριο χαρακτηριστικό την προώθηση της ισότητας των ευκαιριών μεταξύ των ατόμων και κατ' επέκταση των κοινωνικών ομάδων, εξασφαλίζοντας τους αξιοπρεπή διαβίωση.

Παράλληλα με το κράτος πρόνοιας αναπτύχθηκαν και τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία ως αναμένεται αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του κράτους πρόνοιας. Με την πάροδο των ετών και την αύξηση των οικονομικών πόρων, ιδρύονται εξειδικευμένα θεραπευτικά συστήματα, ενισχύεται το μορφωτικό επίπεδο των λειτουργών υγείας, με αποτέλεσμα την αισθητή βελτίωση του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εξάλειψη ασθενειών όπως ο τύφος, η πανώλη, η λέπρα κ.α.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΝΕΟΤΕΡΗ ΕΛΛΑΔΑ

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα εξελίχθηκε από τα πρώτα χρόνια της ίδρυσης του Ελληνικού κράτους. Η εν λόγω εξέλιξη θα μπορούσε να χωρισθεί σε τέσσερις περιόδους: Η πρώτη περίοδος ξεκινά το 1833 έως το 1922, η δεύτερη περίοδος από το 1922 έως το 1945, η τρίτη περίοδος από το 1945 έως το 1974 και τέλος, η τέταρτη περίοδος από 1974 έως σήμερα.

Η πρώτη καταγραφή θεραπευτηρίων στον ελληνικό χώρο παρατηρείται το 1821, πριν την αναγνώριση της Ελλάδος ως ανεξάρτητου κράτους, στα εδάφη τα οποία τελούσαν υπό την προσωρινή διοίκηση της χώρας. Ιδρύθηκαν κυρίως, αλλά όχι αποκλειστικά, για την περίθαλψη των τραυματιών του αγώνα ή ασθενών, με δωρεές Ελλήνων αλλά και φιλελλήνων ιδιωτών, έπειτα από σειρά αναφορών, αιτημάτων και διαμαρτυριών από διάφορες απελευθερωμένες περιοχές της χώρας.

Με τη συνεδρία 241/22-09-1824 ψηφίστηκε από το Βουλευτικό Σώμα νόμος,¹ ο οποίος προέβλεπε τη σύσταση νοσοκομείων για ασθενείς και πληγωμένους καθώς και παρακράτηση 0,5% από τους κρατικούς μισθούς για την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων τους.

Ως πρώτα «οργανωμένα» Νοσοκομεία της νεότερης Ελλάδος θα πρέπει να θεωρηθούν αυτά του Ναυπλίου και της Σύρου τα οποία ιδρύθηκαν το 1823, με χρηματοδότηση μέσω τοπικής φορολόγησης και τελούσαν υπό τη διοίκηση της Εφορίας (επιτροπή αποτελούμενη από τρεις έως πέντε εμπόρους οι οποίοι αντικαθίσταντο κάθε έξι μήνες²).

Το 1833, όπου ξεκινάει και η πρώτη περίοδος, η Γραμματεία των Εσωτερικών Υποθέσεων αναλαμβάνει τα καθήκοντα της «Υγειονομικής Αστυνομίας» και ιδρύει την πρώτη υγειονομική υπηρεσία της χώρας. Παράλληλα, με το Διάταγμα της 30^{ης} Οκτωβρίου του 1833, θεσπίζεται ο θεσμός του νομιάτρου, ως υπεύθυνου για τα υγειονομικά θέματα κάθε νομού. Το 1845, ψηφίζεται ο «Υγειονομικός νόμος» ΚΒ'/1845, ο οποίος αποτελεί τον πρώτο ολοκληρωμένο υγειονομικό κανονισμό, ο νόμος ΚΓ'/1845 «Περί υγειονομικών αρχών εν γένει», με τον οποίο καθορίστηκε η οργάνωση των υγειονομείων και λοιμοκαθαρητηρίων στα λιμάνια της χώρας και παράλληλα, ψηφίσθηκαν οι Νόμοι ΙΑ'/1845 και ΙΓ'/1845, οι οποίοι εξασφάλιζαν έσοδα στα νοσοκομεία του Ναυπλίου και της Σύρου επί μία πενταετία.³ Όμως και τα νοσοκομεία αυτά αντιμετώπιζαν σοβαρότατα λειτουργικά προβλήματα εξαιτίας της οικονομικής αδυναμίας του κρατικού προϋπολογισμού.

Στις επόμενες δεκαετίες δεν υπήρξε κάποια αξιόλογη νομοθετική παρέμβαση σχετικά με την πολιτική της υγείας. Μέχρι τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, παρατηρείται μία μακρά περίοδος στασιμότητας όχι μόνο για τις υγειονομικές υπηρεσίες, αλλά και για την πρόοδο της υγειονομικής νομοθεσίας. Αξίζει να αναφερθεί, πως από το 1864 και έπειτα ατονεί και παραλύει ουσιαστικά η υγειονομική νομοθεσία.

¹ Υπ' αριθ ΜΘ' του Κώδικα των Νόμων

² Λειβαδάρας Ν., *Το πρώτο Νοσοκομείο της Επαναστατημένης Ελλάδας στην Ερμούπολη Σύρου*, Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2012

³ Β.Δ./1845 Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 31/07-12-1845, «*Νόμος Υγειονομικός και λοιπές διατάξεις, Περί Υγειονομικών αρχών εν γένει, Περί διατιμήσεως υγειονομικών και λοιμοκαθαρτικών δικαιωμάτων*».

Στην Αθήνα το 1836, ιδρύθηκε το Πρώτο Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών,⁴ παράλληλα επήλθε Βουλευτικό Διάταγμα σχετικά με τη διοίκηση των Αγαθοεργών Καταστημάτων, σύμφωνα με το οποίο η διοίκηση των Νοσοκομείων ανατέθηκε πλέον σε αδελφάτα,⁵ αποτελούμενα από το Δήμαρχο του Δήμου στον οποίο υπαγόταν το ίδρυμα, καθώς και από δύο έως τέσσερις δημότες εκλεγμένους από το δημοτικό συμβούλιο, με τριετή θητεία και δυνατότητα επανεκλογής. Τον ίδιο χρόνο ξεκίνησαν οι προσπάθειες δημιουργίας και Πολιτικού Νοσοκομείου, οι οποίες ολοκληρώθηκαν το 1942, με την ίδρυση του Δημοτικού Νοσοκομείου Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ»⁶.

Το 1870 υπήρχαν πλέον στην Ελλάδα 43 Νοσοκομεία τα οποία όμως αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα, νομικά αλλά και υλικοτεχνικά και δυσχέρειες εξαιτίας έλλειψης καταρτισμένου προσωπικού, με αποτέλεσμα να αποτελούν απειλή για τους ασθενείς, οδηγώντας τους έχοντας την οικονομική ευχέρεια στην κατ'οίκον νοσηλεία. Την ίδια χρονιά, ο θεσμός του νομίατρου καταργείται και ακολουθεί η σταδιακή κατάργηση των επαρχιακών γιατρών και των εμβολιαστών.

Η πρώτη αξιόλογη προσπάθεια αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών έγινε το 1915, με την ψήφιση του νόμου 346/1915,⁷ τόσο για την κεντρική υγειονομική υπηρεσία που άνηκε μέχρι τότε στην αρμοδιότητα του Υπουργείου των Εσωτερικών, όσο και για τις περιφερειακές υγειονομικές υπηρεσίες των νομών της χώρας. Ο οποίος προέβλεπε μια κεντρική υγειονομική υπηρεσία η οποία θα εγκαθίστατο πλέον στο Υπουργείο Εσωτερικών, καθώς επίσης νομαρχιακά υγειονομικά συμβούλια και νομιάτρους σε κάθε νομό.

Έως το 1917, τα Νοσοκομεία υπάγονταν στο Υπουργείο Εσωτερικών και η πολιτική υγείας υλοποιούνταν από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και Αντιλήψεως του εν λόγω Υπουργείου. Το 1917, το ελληνικό κράτος απέκτησε αρχικά ένα ειδικής σκοπιμότητας Υπουργείο Περιθάλψεως⁸ το οποίο το 1922, κατά την δεύτερη πλέον περίοδο, με το Ν.

⁴ Κωνσταντίνου Γ., *Η ιστορία των Στρατιωτικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη, 2012.

⁵ Β.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 72/Α'/06-12-1836, «Περί της διοικήσεως των αγαθοεργών καταστημάτων».

⁶ Αλεξιάδου Σ.Α., Αλεξιάδου Ε.Α., Χαμαλίδου Α., *Η Ιστορική Εξέλιξη του Νοσοκομείου στην Ελληνική Επικράτεια*, 33, Διοικητική Ενημέρωση, 2005, σσ. 23-28.

⁷ Ν. 346/1915, *Εφημερίς Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος*, Αρ., *Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας*.

⁸ Ν.Δ./1917 Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος Αρ. 112/Α/14-06-1917 «Περί Συστάσεως Υπουργείου Περιθάλψεως».

2882/1922,⁹ αναπτύχθηκε και μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας συγκεντρώνοντας όλες τις υγειονομικές δραστηριότητες, αποτελώντας σημείο αναφοράς στην εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών. Το 1926 το εν λόγω Υπουργείο καταργείται και επανιδρύεται μέσα σε οκτώ μήνες.¹⁰ Το 1928 συστάθηκε Υφυπουργείο Υγιεινής¹¹ μέσα στο Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας το οποίο αναβαθμίστηκε το 1929 σε αυτοτελές Υπουργείο Υγιεινής.¹² Το οποίο και αυτό καταργήθηκε το 1932.¹³

Το 1934 με το Ν. 6298/1934¹⁴ χαράσσεται πολιτική υγείας για την ασφάλιση μισθωτών, υπαλλήλων και εργατών του ιδιωτικού τομέα, καθώς βάσει του συγκεκριμένου νόμου δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Ένας ακόμα νόμος άξιος αναφοράς, που ψηφίστηκε στη διάρκεια της δεύτερης περιόδου είναι ο Α.Ν. 965/1937,¹⁵ με τον οποίο παρέχονταν η ευκαιρία ενιαίας οργάνωσης και λειτουργίας στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

Η τρίτη περίοδος συμπίπτει με τη Γερμανική κατοχή και τον εμφύλιο πόλεμο, που χαρακτηρίζεται από μεγάλης κλίμακας υλικές καταστροφές και ελλείψεις στις υποδομές. Ωστόσο, το 1948 έγινε το εναρκτήριο λάκτισμα του προγράμματος ανόρθωσης της χώρας που προέβλεπε ορισμένες επενδύσεις που αφορούσαν τον τομέα της υγείας. Έτσι το 1953 ψηφίστηκε το Ν.Δ. 2592/1953,¹⁶ με στόχο ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας.

Μέχρι το 1974 οπότε και εκκινεί η τέταρτη και τελευταία περίοδος, οι αλλαγές που σημειώθηκαν ήταν ήσσονος σημασίας. Παράλληλα ο προϋπολογισμός των δαπανών για την υγεία μειώθηκε. Άξιο αναφοράς είναι πως μέχρι και το 1982 καταγράφηκε ένας μεγάλος αριθμός επανασυστάσεων, μετονομασιών, διχοτομήσεων, διασπάσεων και

⁹ Ν. 2882 ΦΕΚ 122/Α'/22-07-1922, *Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως μετονομαζόμενου εις Υπουργείον Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας.*

¹⁰ Ν.Δ./1926 ΦΕΚ 11/Α'/12-01-1926 «*Περί καταργήσεως των Υπουργείων Εθνικής Οικονομίας και Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως*», Κεφ. 6 άρθ. 19 Κεφ. 7 άρθ. 15-18.

¹¹ Ν.Δ./1928 ΦΕΚ.174/Α'/25-08-1928, «*Περί συστάσεως Υφυπουργείου Υγιεινής*».

¹² Ν. 4172/1929 ΦΕΚ Αρ. 201/Α/16-06-1929, «*Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του Ν. 4046/2012, του Ν. 4093/2012 και του Ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις*».

¹³ Ν.Δ./1932 ΦΕΚ 419/Α/01-12-1932, «*Περί καταργήσεως του Υπουργείου Υγιεινής*».

¹⁴ Ν. 6298/1934 ΦΕΚ 346/Α'/10.10.1934 «*Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων*» Άρθρα 2-4 και 13-25.

¹⁵ Α.Ν. 965/1937 ΦΕΚ 476/Α'/24-11-1937 «*Περί οργάνωσης των Δημόσιων Νοσοκομειακών Ίδρυμάτων*».

¹⁶ Ν.Δ. 2592/1953 ΦΕΚ 254/Α'/1953 «*Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως*».

συγχωνεύσεων των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας,¹⁷ οι οποίες συνεχίστηκαν σε μικρότερο βαθμό τις τελευταίες δεκαετίες φτάνοντας στην πλέον πρόσφατη μετονομασία του το Σεπτέμβριο του 2015 σε Υπουργείο Υγείας.¹⁸

Από το 1917 έως το 1981 αξίζει να σημειωθεί πως στο εν λόγω Υπουργείο θήτευσαν 102 υπουργοί, κάποιοι από τους οποίους υπηρέτησαν μόλις για τρεις έως εννέα ημέρες και 38 υφυπουργοί, ενώ από το 1981 έως το 2018 έχουν διορισθεί 26 Υπουργοί και 46 αναπληρωτές υπουργοί και υφυπουργοί.¹⁹

Βασικό χαρακτηριστικό της τέταρτης περιόδου είναι η άνθηση που σημειώθηκε – σχεδόν- σε όλους τους τομείς. Φυσικά ο τομέας της υγείας δε θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση. Συγκεκριμένα, το 1983 ψηφίστηκε ο Ν. 1397/1983,²⁰ ο οποίος αποτέλεσε θεμελιώδη νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και έθεσε τη βάση για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ των βασικών αρχών του:

- *«η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας,*
- *ο κοινωνικός έλεγχος,*
- *ο ενιαίος προγραμματισμός,*
- *η έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη δημιουργία κέντρων υγείας, και*
- *η καθιέρωση του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.»*

Η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και αντίστοιχου συντονισμού ανεξαρτήτως των εναλλαγών των κυβερνήσεων από την πρώτη περίοδο έως σήμερα, δρα ως ανασταλτικός παράγοντας στις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις ενδυνάμωσης του συστήματος υγείας, προκειμένου να ανταποκριθεί στις σύγχρονες κοινωνικές και επιστημονικές προκλήσεις, καθιστώντας τη λειτουργία των πολυσύνθετων οργανισμών ακόμα πιο δύσκολη.

¹⁷ Ν. 2882/1922 Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 122/Α/22-07-1922, «Νόμος 2882 περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως μετονομαζομένου σε Υπουργείο υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας».

¹⁸ Ν. 4325/2015 ΦΕΚ 47/Α' /11-05-2015 «Εκδημοκρατισμός της διοίκησης - Καταπολέμηση γραφειοκρατίας και ηλεκτρονική διακυβέρνηση. Αποκατάσταση αδικιών και άλλες διατάξεις», Μέρος Β', Άρθρο 27.

¹⁹ Βλ. Δαρβέσης Θ. Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981), Ιατρικό Βήμα, 2008 115 σελ. 50-61

²⁰ Ν. 1397/1983 ΦΕΚ 143/Α/07-10-1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

1.3 Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσμοθετήθηκε, όπως προαναφέρθηκε, με το με το Ν. 1397/1983²¹ και οριστικοποίησε τη νομική μορφή των νοσοκομείων ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου ΝΠΔΔ,²² απαγορεύοντας την ίδρυσή τους υπό άλλο νομικό καθεστώς. Ακολούθησε μία σειρά προεδρικών διαταγμάτων, με τα οποία η συγκεκριμένη νομική μορφή αποκτήθηκε και από τα ήδη υπάρχοντα νοσοκομεία Αθηνών και Θεσσαλονίκης.

Ο Ν. 2071/1992²³ επαναφέρει τη δυνατότητα ίδρυσης νοσηλευτικών ιδρυμάτων με οποιαδήποτε μορφή, χωρίς όμως να εφαρμόζεται στην πράξη, με εξαίρεση την ίδρυση Νοσοκομείων με καθεστώς Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) με θέσπιση ειδικής νομοθεσίας, για εκείνα που χρηματοδοτήθηκαν από δωρεές, όπως το «Ονάσειο καρδιολογικό κέντρο²⁴» και το «Νοσοκομείο Παπαγεωργίου της Θεσσαλονίκης²⁵».

Με το Ν. 2889/2001²⁶ όλα τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας ορίστηκαν ως ανεξάρτητες υγειονομικές μονάδες των ΠεΣΥ, ενώ με το Ν. 3329/2005²⁷ ορίστηκαν εκ νέου ως αυτόνομα ΝΠΔΔ και ισχύει έως σήμερα.

Η μισθοδοσία του προσωπικού των νοσοκομείων, το οποίο έχει πλέον την ιδιότητα των δημοσίων υπαλλήλων, γίνεται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, όπως και η κάλυψη των λειτουργικών ελλειμμάτων των νοσοκομείων εν γένει.

Στον υγειονομικό τομέα, κατά τη διάρκεια ίδρυσης του ΕΣΥ, είχε ήδη διαπιστωθεί η αντιοικονομική λειτουργία του, με χαμηλή αποδοτικότητα, σπατάλη πόρων και ανεξέλεγκτες δαπάνες. Καθώς επίσης οι συντάκτες του Ν. 1397/83 γνώριζαν ότι η νομική μορφή των νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ, απέκλειε την εκ των έσω τεχνοκρατική διεύθυνση των νοσοκομείων, εφόσον υπήρχε έλλειψη ανώτερων στελεχών στο χώρο της δημόσιας

²² Η πρώτη σαφής αναφορά στα νοσηλευτικά ιδρύματα ως νομικά πρόσωπα καταγράφεται στο Ν. 346/1915, Εφημερίς Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 2/Α/02-01-1915, *Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας*.

²³ Ν. 2071/1992 ΦΕΚ 123/Α/15-07-1992, Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.

²⁴ Ν. 2072 ΦΕΚ 125/Α/23-07-1992 «Ρύθμιση επαγγέλματος ειδικού τεχνικού προθετικών και ορθωτικών κατασκευών και λοιπών ειδών αποκατάστασης και άλλες διατάξεις», άρθ. 11-12.

²⁵ Ν. 1964 ΦΕΚ 146/Α/26-09-1991 «Κύρωση σύμβασης μεταξύ του ελληνικού δημοσίου και του ιδρύματος ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ».

²⁶ Ν. 2889/2001 ΦΕΚ 37/Α/02-03-2001 Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ.

²⁷ Ν. 3329/2005 ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005 Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.

διοίκησης, με ειδικές επιστημονικές γνώσεις στα θέματα οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Την περίοδο εκείνη από τους νομοθέτες εκφράστηκε έντονα η ανάγκη πρόσληψης επαγγελματιών συντονιστών στα νοσοκομεία, κάτι το οποίο δεν υλοποιήθηκε ποτέ, συνεχίζοντας έτσι την κατασπατάληση υλικών και οικονομικών πόρων, καθώς και το διορισμό πληθώρας προσωπικού.

1.4 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το Υπουργείο Υγείας, όπως προαναφέρθηκε, από το Σεπτέμβριο του 2015 έως και σήμερα, είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας στην Ελλάδα.²⁸ Το οποίο έχει ως κύρια αποστολή του: «την προάσπιση, την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών Δημόσιας Υγείας, καθώς επίσης τη διασφάλιση καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στην παροχή ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά και τη ρύθμιση της λειτουργίας και την άσκηση εποπτείας στους φορείς υγειονομικής φροντίδας του ιδιωτικού τομέα²⁹.»

Προκειμένου το Υπουργείο Υγείας να εκπληρώσει την αποστολή του, η Κεντρική Υπηρεσία είναι υπεύθυνη για:³⁰

- *«Την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.*
- *Την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων.*
- *Την εκπροσώπηση της Ελλάδος στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.*
- *Τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.»*

Μεταξύ των βασικότερων αρμοδιοτήτων του Επικεφαλής του Υπουργείου Υγείας ήτοι του Υπουργού Υγείας, συγκαταλέγονται: ο επακριβής προσδιορισμός της πολιτικής του Υπουργείου και ο συντονισμός της εφαρμογής της. Παράλληλα, έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα της νομοθετικής πρωτοβουλίας και της πρότασης έκδοσης ατομικών και

²⁸ όπως μετονομάστηκε από Υπουργείου Υγείας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε Υπουργείο Υγείας, από τον Πρωθυπουργό Αλέξη Τσίπρα το Σεπτέμβριο του 2015.

²⁹ <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry>

³⁰ Ibid.

κανονιστικών διαταγμάτων ή της συν-υπογραφής τους με άλλους Υπουργούς και Αναπληρωτές Υπουργούς.

Οι βασικές αρμοδιότητες των Αναπληρωτών Υπουργών Υγείας είναι: η άσκηση των καθηκόντων που τους μεταβιβάζονται κατά τις κείμενες διατάξεις με κοινές αποφάσεις του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας σύμφωνα πάντα με τις ισχύουσες διατάξεις.

Μετά τον Υπουργό και τους Αναπληρωτές Υπουργούς Υγείας προΐσταται ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας, ο οποίος έχει την ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία του και ασκεί οποιαδήποτε αρμοδιότητα, του παρέχει ο νόμος ή του ανατίθεται βάσει νόμου.

Ιεραρχικά ακολουθεί ο Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας, ο οποίος εισηγείται τη χάραξη και την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα της πρόνοιας, και έχει αρμοδιότητα για τις Διευθύνσεις, όπως αυτές καθορίζονται από το Νόμο. Έχει την πλήρη αρμοδιότητα για θέματα καθορισμού, συντονισμού και διαλειτουργικότητας της πολιτικής ηλεκτρονικής υγείας και ηλεκτρονικής υγείας του Υπουργείου Υγείας καθώς επίσης συντονίζει κάθε άλλο θέμα που του ανατίθεται από τον Υπουργό και προσυπογράφει όλα τα έγγραφα που υπογράφει ο Υπουργός και άπτονται των αρμοδιοτήτων του όπως ορίζεται από τις διατάξεις. Τέλος ακολουθεί ο Αναπληρωτής Γενικός Γραμματέας ο οποίος εκπροσωπεί το Υπουργείο Υγείας σε θέματα αρμοδιότητάς του και συνεργάζεται με τους αρμόδιους φορείς.

Οι Γενικές Διευθύνσεις βρίσκονται στη βάση της ιεραρχίας και είναι αρμόδιες κυρίως για την παρακολούθηση, το συντονισμό της λειτουργίας και τον έλεγχο των Διευθύνσεων, Τομέων και Υπηρεσιών που υπάγονται σε αυτές, την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας τους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων και υποθέσεων της αρμοδιότητάς τους, κατά τον αποδοτικότερο τρόπο.

1.5 ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Το νομικό πλαίσιο για τη Δημόσια Υγεία καθορίστηκε από μια σειρά νομοθετημάτων τα οποία θεσπίστηκαν τα τελευταία τριάντα χρόνια. Με βάση το περιεχόμενο, το νομικό πλαίσιο διακρίνεται σε πέντε μέρη:

Αρχικά στη νομοθεσία που αφορά στις Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, η οποία αναφέρεται στον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, στον οποίο εντάσσονται οι Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Η οποία περιλαμβάνει:

Δύο προεδρικά διατάγματα, τα οποία καθόρισαν τον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας με την εκάστοτε ονομασία του. Και είναι το Π.Δ. 138/1992 (ΦΕΚ 68/Α'/1992) «*Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων*» και το Π.Δ. 95/2000 (ΦΕΚ 76/Α'/2000) «*Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας*». Και δύο νόμους που αφορούσαν στη Δημόσια Υγεία καθώς επέφεραν εκ νέου αλλαγές στον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, με επίκεντρο τις Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Οι οποίοι είναι ο Ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197/Α'/2003) «*Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις*» και ο Ν. 3370/2005 (ΦΕΚ 196/Α'/2005) «*Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*».

Στη νομοθεσία για τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Η οποία έχει τις ρίζες της στην ίδρυση του Ελληνικού κράτους και περιλαμβάνει τους εξής νόμους και προεδρικά διατάγματα: Το Π.Δ. 544/1977 «*Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών*» (ΦΕΚ 178/Α/71977), το Π.Δ. 224/1989 «*Οργάνωση Νομαρχιακών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας*» (ΦΕΚ 104/Α/7-1989), το Ν. 2218/1994 «*Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις*» (ΦΕΚ 90/Α/7-1994), το Ν. 2503/1997 (ΦΕΚ 107/Α'/1997) «*Διοίκηση, οργάνωση, στελέχωση της περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις*», το Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α'/1997) «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις*», Την Υ.Α. Δ3α/οικ.357/1998 (ΦΕΚ 435/Β'/1998) «*Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας*», την Υ.Α. Δ3α/οικ.509/1999 (ΦΕΚ 1593/Β'/1999) «*Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας*», το Ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197/Α'/2003) «*Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις*» και το Ν. 3370/2005 (ΦΕΚ 196/Α'/2005) «*Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις*».

Στη νομοθεσία για τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Η οποία επιχειρήσει να επιλύσει το πρόβλημα που δημιουργήθηκε με την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, διότι ο Ν. 2218/1994, μεταβίβαζε όλες τις υπηρεσίες και τις αρμοδιότητες των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγείας και Πρόνοιας στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Με αποτέλεσμα το Υπουργείο Υγείας να παραμείνει χωρίς εκτελεστικό μηχανισμό στον τομέα

της Δημόσιας Υγείας. Τα νομοθετήματα που περιλαμβάνει είναι τα εξής: Το Π.Δ. 544/1977 (ΦΕΚ 178/Α'/1977) «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών», το Π.Δ. 224/1989 (ΦΕΚ 104/Α'/1989) «Οργάνωση Νομαρχιακών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας», το Ν. 2218/1994 (ΦΕΚ 90/Α'/1994) «Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις», το Ν. 2240/1994 (ΦΕΚ 153/Α'/1994) «Συμπλήρωση διατάξεων για τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις», το Π.Δ. 51/2001 (ΦΕΚ 41/Α'/2001) «Οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)», το Ν. 3172/2003(ΦΕΚ 197/Α'/2003) «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» και το Ν. 3370/2005(ΦΕΚ 196/Α'/2005) «Οργάνωση και λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις».

Στη νομοθεσία για τους Εθνικούς Οργανισμούς που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία. Η εν λόγω νομοθεσία αφορά σε όλους εκείνους τους οργανισμούς οι οποίοι ιδρύθηκαν και λειτουργούν στην Ελλάδα, καθώς επίσης εξυπηρετούν ανάγκες της Δημόσιας Υγείας, όπως είναι: η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.), τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur, Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Και τέλος στη Νομοθεσία για το Περιεχόμενο και τα μέτρα Προστασίας της Δημόσιας Υγείας η οποία επεκτείνεται σε τομείς που επηρεάζουν την υγεία. Όπως είναι ο τομέας της Υγιεινής της ύδρευσης, της προστασίας και υγιεινής του περιβάλλοντος, της ακτινοπροστασίας, της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, της υγιεινής των τροφίμων κ.α. Πολλές διατάξεις περιέχονται σε νομοθετήματα, όπως είναι για παράδειγμα οι τεχνικές προδιαγραφές ασφάλειας προϊόντων, τα οποία δεν εννοούνται ως νομοθετήματα Δημόσιας Υγείας απευθείας, αλλά κατ'επέκταση επηρεάζουν την υγεία.

Αξίζει να σημειωθεί, πως κάποια από τα ανωτέρω νομοθετήματα συνθέτουν και μία μεγάλη μεταρρύθμιση την οποία προσπάθησε να εισάγει το Υπουργείο Υγείας το 2000, αποσκοπώντας σε ένα διοικητικά αποκεντρωμένο ΕΣΥ, με στόχο την εξασφάλιση της αποδοτικής λειτουργίας των μονάδων, την ενίσχυση της διαφάνειας, καθώς και τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού σε περιφερειακό επίπεδο.

Η εν λόγω μεταρρύθμιση είχε χρονικό περιορισμό έξι χρόνια, όμως δεν κατάφερε να ολοκληρωθεί. Ωστόσο, κατάφερε να πραγματοποιήσει κάποιους στόχους, όπως είναι η μεταρρύθμιση στον τομέα της περιφερειακής συγκρότησης, με τη σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) και τον ορισμό των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας σε αποκεντρωμένες μονάδες.³¹

Αναφορικά με το σκοπό λειτουργίας των Πε.Σ.Υ.,³² ήρθε να προστεθεί η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε περιφερειακό επίπεδο. Μετονομάζοντας τα Πε.Σ.Υ. σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.). Οι υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας μετατράπηκαν σε διοικητικά και οικονομικά αυτοτελείς αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.Π., με τον ορισμό Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίστηκαν με τις δεκατρείς διοικητικές. Ωστόσο με σκοπό την ομαλή λειτουργία των μονάδων υγείας τα αντίστοιχα Πε.Σ.Υ., ανέρχονται σε δεκαεπτά.

Επόμενη νομοθεσία μετονόμασε τα Πε.Σ.Υ.Π. σε Δ.Υ.ΠΕ.³³ και εφάρμοσε αλλαγές στη δομή και οργάνωσή τους και στη συνέχεια με νέο πάλι νόμο ενσωματώθηκαν στη δομή τους αρμοδιότητες δημόσιας υγείας από την Περιφέρεια. Τέλος, με τον ίδιο νόμο συστάθηκε η Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, διευρύνοντας έτσι το πεδίο δράσης των αποκεντρωμένων θεσμών στην αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια.³⁴

Παρόλες όμως τις μεταρρυθμίσεις και τις νομοθετικές παρεμβάσεις δεν κατάφερε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η βάση δηλαδή για τη λειτουργία ενός αποκεντρωμένου συστήματος υγείας.

Μία ακόμα ρύθμιση που έλαβε χώρα την εν λόγω περίοδο ήταν η σύσταση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.),³⁵ η οποία αποτελεί μία τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στη λειτουργία της ελληνικής δημόσιας διοίκησης, καθότι συμβαδίζει με τα διεθνή πρότυπα διοίκησης. Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. αποτελεί ένα νεοσύστατο θεσμό ο οποίος υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Τέθηκε σε

³¹ Ν. 2889/2001 ΦΕΚ 37/Α'/02-03-2001 *Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.*

³² Ν.3106/2003ΦΕΚ 30/Α'/10-2-2003 αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας.

³³ Ν. 3329/2005 ΦΕΚ 81/Α'/4-4-2005, *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.*

³⁴ Ν. 3370/2005 ΦΕΚ 176/Α'/11.07.2005, *Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις*, Κεφ. ΣΤ' άρθρο 14.

³⁵ Ν. 2920/2001 ΦΕΚ 131/Α'/27-6-2001, «*Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις*».

λειτουργία στις 16 Οκτωβρίου του 2002, με κύρια αποστολή τη διεξαγωγή συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς αρμοδιότητας ή εποπτείας του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων της ελληνικής επικράτειας.

1.6 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα προβλήματα και οι αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας είναι αναρίθμητα. Το βασικότερο εξ'αυτών, το γεγονός ότι στην Ελλάδα λειτουργούν παράλληλα δύο συστήματα υγείας, ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό, δίχως να υπάρχει μεταξύ τους κάποια επικοινωνία ή ενός είδους συντονισμός. Επικοινωνία δεν υφίσταται ούτε μεταξύ των ιατρών των δύο τομέων για τη συνέχεια της ιατρικής φροντίδας των ασθενών, αλλά ούτε και μεταξύ των ιατρών του δημοσίου τομέα εν γένει. Δια της αδυναμίας αυτής του συνδυασμού των παροχών των δύο τομέων, οι ασθενείς στερούνται της δυνατότητας μεγιστοποίησης των αποτελεσμάτων των ιατρικών υπηρεσιών.

Ένα επιπλέον ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός, ότι το ελληνικό σύστημα υγείας στηρίζεται σε ξεπερασμένες δομές και μεθόδους οργάνωσης και λειτουργίας· τοιουτοτρόπος τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν υπό απαρχαιωμένα συστήματα, υποβαθμίζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αυξάνοντας τη δυσαρέσκεια των ασθενών. Στα ως άνω προστίθεται η απουσία ενός επαρκούς ρυθμιστικού πλαισίου για τη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας αυξάνονται διαχρονικά, εν αντιθέσει με την παραγωγικότητα των υπηρεσιών των κρατικών νοσοκομείων, η οποία ακολουθεί μια διαχρονικά φθίνουσα πορεία, επιφέροντας μεγαλύτερο κόστος σε βάρος των πολιτών, δημιουργώντας έτσι μία επιπλέον αδυναμία στο σύστημα υγείας. Σημαντική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι οι πολίτες με χαμηλά εισοδήματα, συγκριτικά με τα μεσαία ή υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια για τις δαπάνες υγείας ξοδεύουν ένα αναλογικά μεγαλύτερο τμήμα του εισοδήματός τους.

Παράλληλα η Ελλάδα στερείται και ενός οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συγκεκριμένα, το ελληνικό κράτος έχει καθυστερήσει την υιοθέτηση των αρχών της «*Διεθνούς Διάσκεψης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*» (“*Alma Ata*”) της 12^{ης} Σεπτεμβρίου του 1978. Η τελευταία αφορούσε στην ανάγκη άμεσης ενεργοποίησης των κυβερνήσεων, τους εργαζομένους στις υπηρεσίες υγείας, και την παγκόσμια

κοινότητα, στοχεύοντας στην πανανθρώπινη προστασία και προαγωγή της υγείας, καθιστώντας έτσι την Π.Φ.Υ. μία από τις μεγαλύτερες αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας.

Η Alma Ata, καλούσε σε άμεση και αποτελεσματική εθνική και διεθνή δράση, για την ανάπτυξη και εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παγκοσμίως, με έμφαση στις αναπτυσσόμενες χώρες, σε πνεύμα συνεργασίας. Μεταβάλλοντας, λοιπόν τον προσανατολισμό των στόχων του υγειονομικού συστήματος, τέθηκε στο επίκεντρο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Η τελευταία, αναπόσπαστο μέλος του συστήματος υγείας κάθε χώρας, έχει ως βασικές αρχές: την ισότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη, την προσπελασιμότητα, την προσβασιμότητα, την αποδοτικότητα, την ορθολογική χρήση των πόρων, τη συμμετοχή του πληθυσμού και τον αυτοπροσδιορισμός αυτού. Θεωρείται η αρχή της συνδιαλλαγής του πολίτη με το σύστημα υγείας, ταξινομώντας κάθε περιστατικό πριν προωθηθεί στα Νοσοκομεία. Περιλαμβάνει όλο το εύρος των υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας των πολιτών, καθώς και την πρόληψη και προαγωγή υγείας, στην αντιμετώπιση της νόσου και τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας μέσα από μία συντονισμένη δράση. Αποσκοπώντας στη χαμηλότερη δαπάνη, υψηλότερη ικανοποίηση, καλύτερο επίπεδο υγείας και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων.

Η Ελλάδα, όπως προαναφέρθηκε, βρισκόταν σε αδιέξοδο επί σειρά ετών, αναφορικά με την εφαρμογή της Π.Φ.Υ. εν αντιθέσει με άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, (Γερμανία, Σουηδία, Μεγάλη Βρετανία και Ολλανδία) όπου η Π.Φ.Υ. λαμβάνει ολοένα και πιο κεντρική θέση στο σύστημα τους. Λόγω της σημαντικής υστέρησης του τομέα στην Ελλάδα η συμμόρφωση του συστήματος υγείας με τις αρχές της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για την υγεία (*καθολικότητα, ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη, κοινωνική αλληλεγγύη*) είναι ελλιπής. Ωστόσο, υπάρχουν προτάσεις με σκοπό τη βελτίωση της εν λόγω πολιτικής και την ανάπτυξη ενός λειτουργικού συστήματος Π.Φ.Υ., το οποίο θα εξυπηρετεί τις πληθυσμιακές ανάγκες.

Υπεύθυνο για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα είναι το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο συντονίζεται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες Ελλάδος (Υ.Π.Ε.). Οι

Υγειονομικές Περιφέρειες δημιουργήθηκαν μέσω του Ν. 3329/2005³⁶ και ήταν στο σύνολο δεκαεπτά, ενώ στη συνέχεια, οι δεκαεπτά Υγειονομικές Περιφέρειες συγχωνεύθηκαν σε επτά, με το Ν. 3527/2007,³⁷ και είναι οι ακόλουθες: «η 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής, η 2^η Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου, η 3^η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, η 4^η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης, η 5^η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος, η 6^η Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος και τέλος η 7^η Υ.ΠΕ. Κρήτης³⁸.»

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, παρέχεται από τα 300 πολυιατρεία και μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα 193 αγροτικού τύπου Κέντρα Υγείας, τα 1.650 περιφερειακά αγροτικά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, τους 30.000 συμβαλλόμενους ιδιώτες ιατρούς και τους 13.225 οδοντιάτρους, καθώς και τα 3.527 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.³⁹

1.7 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η υγεία είναι ένα φυσικό αγαθό το οποίο προστατεύεται από το Σύνταγμα. Το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι μεικτού τύπου, δηλαδή συνυπάρχει ο δημόσιος τομέας με τον ιδιωτικό ο οποίος ολοένα διογκώνεται. Ο Ν. 1397/1983 «*Εθνικό Σύστημα Υγείας*» θεμελιώδης νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τη βάση για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Με το νόμο αυτό η Ελλάδα απέκτησε για πρώτη φορά ένα οργανωμένο σύστημα υγείας το οποίο παρέχει δωρεάν υγεία και ίση πρόσβαση σε όλους τους Έλληνες πολίτες.

Οι υπηρεσίες υγείας βάση του Εθνικού Συστήματος Υγείας διακρίνονται σε τρία επίπεδα: στην Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας, στη Δευτεροβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας και στην Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας. Η Π.Φ.Υ. ακόμα και σήμερα δεν έχει ενισχυθεί σημαντικά, αποτελώντας σημαντική αδυναμία για το ΕΣΥ, η οποία μαζί με μία πληθώρα αδυναμιών που παρουσιάστηκαν κατά την εξέλιξή του, σε συνδυασμό με την τρέχουσα οικονομική συγκυρία οδήγησαν το σύστημα σε παθογένειες οι

³⁶ Σύμφωνα με το Άρθρο 1 του Ν. 3329/2005 ΦΕΚ 81/Α'4-4-2005, *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*.

³⁷ Σύμφωνα με το Κεφ. Β, άρθρο 3, του Ν. 3527/2007 ΦΕΚ 25/Α/09-02-2007 Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.

³⁸ Τελευταία επιχειρείται ο διαχωρισμός της 4^{ης} και της 6^{ης} Υ.ΠΕ. και οι υγειονομικές περιφέρειες από επτά να γίνουν εννέα.

³⁹ Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται στην 31^η Δεκεμβρίου του 2016 σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ.

οποίες ακόμα και σήμερα δεν έχουν καταφέρει να ελεγχθούν και να περιοριστούν από το κράτος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΈΝΝΟΙΕΣ-ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΘΝΙΚΩΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική της υγείας είναι ένας από τους πολλούς κλάδους της οικονομικής επιστήμης και στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη μικροοικονομική και στη δημόσια οικονομική, αλλά και σε άλλους κλάδους όπως είναι η χρηματοοικονομική διοίκηση.

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία και του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η σπανιότητα των πόρων που καταναλώνονται από τον υγειονομικό τομέα και η αδυναμία κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού συντέλεσαν στην ανάπτυξη του εν λόγω κλάδου.

Το αντικείμενο των οικονομικών της υγείας είναι τα συστήματα υγείας και κατ' επέκταση οι υπηρεσίες υγείας. Οι οποίες θεωρούνται προϊόν, και συνεπώς θα πρέπει να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με την παραγωγή αυτών των υπηρεσιών, με τον καθορισμό της τιμής τους, καθώς και με τον τρόπο με το οποίο θα διανεμηθούν στους πολίτες. Ως γνωστόν από την οικονομική επιστήμη οι πόροι που διαθέτει η κοινωνία είναι περιορισμένοι και κατά συνέπεια θα πρέπει να παραχθούν όσο το δυνατό καλύτερες και αποδοτικότερες υπηρεσίες υγείας.

2.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οικονομική της υγείας καλείται: *«η μελέτη του τρόπου κατανομής σπάνιων πόρων μεταξύ διαφόρων δραστηριοτήτων με σκοπό την ίαση της ασθένειας και την προαγωγή, διατήρηση και βελτίωση της υγείας.»⁴⁰*

Η οικονομική της υγείας θέτει τα εξής ερωτήματα:

- Ποιες είναι οι ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας (ζήτηση), ώστε να προγραμματιστεί η παραγωγή τους;
- Με ποιο τρόπο θα γίνει η οργάνωση και η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας ώστε να παραχθούν όσο γίνεται περισσότερες και στο χαμηλότερο δυνατό κόστος;
- Πως θα διανεμηθούν αυτές οι υπηρεσίες υγείας στους πολίτες μιας χώρας;

⁴⁰ Ο ορισμός δόθηκε από: World Bank Organization

2.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΥΚΛΩΜΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το οικονομικό κύκλωμα της υγείας αποτελείται από:

- τα νοικοκυριά που προσφέρουν τους παραγωγικούς συντελεστές και είναι αφενός μεν οι επαγγελματίες υγείας γιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, αφετέρου δε επιχειρήσεις που πωλούν τα μηχανήματα, νοικιάζουν ή πωλούν τα κτίρια όπου θα στεγαστούν τα συστήματα υγείας κλπ.
- τις επιχειρήσεις που παράγουν το προϊόν και αποτελούνται από τα νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα, γενικότερα όλα τα θεραπευτήρια είτε δημόσια είτε ιδιωτικά.

Το αγαθό που τα νοικοκυριά, ζητούν είναι οι υπηρεσίες υγείας και η κατανάλωση αυτού του αγαθού συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας τους.

2.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υπάρχουν βασικές διαφορές ανάμεσα στα οικονομικά της υγείας και στην οικονομική επιστήμη που σχετίζονται με την ιδιαιτερότητα του προϊόντος υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα την οικονομική θεωρία, η λειτουργία της ελεύθερης αγοράς καθορίζεται από τη σχέση ζήτησης και προσφοράς με στόχο την όσο το δυνατό μεγαλύτερη αποδοτικότητα (Νόμος της Αγοράς). Κάτι το οποίο δε συναντάται ποτέ στην «αγορά» των υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι συμπεριφέρεται διαφορετικά από τις συνήθειες αγορές.

Αναλυτικότερα, οι ιδιαιτερότητες του χώρου της υγείας χαρακτηρίζονται από:

- Αβεβαιότητα, τόσο για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, όσο και για το αποτέλεσμα από τη χρήση τους, καθώς επίσης αβεβαιότητα τόσο για την εμφάνιση της ασθένειας όσο και για την πιθανή εξέλιξή της. Η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας είναι απρόβλεπτη. Επομένως, οι καταναλωτές αδυνατούν σε ορισμένες περιπτώσεις να προγραμματίσουν τις δαπάνες τους, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά σε περίπτωση ανάγκης για περίθαλψη. (Αυτό έχει σημασία όταν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι μεγάλο).
- Ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ γιατρών και ασθενών. Δηλαδή, ο ασθενής δε γνωρίζει επαρκώς την κατάσταση της υγείας του, πότε θα χρειαστεί υπηρεσίες υγείας, τις εναλλακτικές θεραπείες, την αποτελεσματικότητά τους ή ακόμα και τις πιθανές παρενέργειες, καθώς επίσης και την αντίστοιχη ευημερία που σχετίζεται με

το κλινικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Έτσι οι παραγωγοί, εν προκειμένω οι γιατροί, μπορούν να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη ζήτηση. Παύοντας κατά τον τρόπο αυτό να ισχύει η προϋπόθεση της ανεξαρτησίας της προσφοράς και της ζήτησης. Ο ιατρός έχει μονοπωλιακή ισχύ σε σχέση με τον ασθενή.

- Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης. Η προκλητή ζήτηση μπορεί να δημιουργηθεί λόγω της ασυμμετρίας της πληροφόρησης μεταξύ γιατρού και ασθενή, διότι η αβεβαιότητα και η έλλειψη πληροφόρησης ελαχιστοποιούν την κυριαρχία του καταναλωτή. Δεδομένου ότι λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης ο ασθενής στηρίζεται στον προμηθευτή, ο οποίος κατέχει τη γνώση και παρέχει την πληροφόρηση σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πιθανή εξέλιξη και την πρόγνωση. Για παράδειγμα, επειδή οι γιατροί αποφασίζουν οι ίδιοι για τη θεραπευτική αγωγή που χρήζουν οι ασθενείς, είναι πιθανό να ορίζεται θεραπεία μεγαλύτερης ποσότητας και υψηλότερου κόστους, από εκείνη που θα επέλεγαν οι ίδιοι αν είχαν πλήρη επίγνωση της κατάστασής τους (τέλεια πληροφόρηση). Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης προκαλεί υπερβολική κατανάλωση, πέρα από το κοινωνικά άριστο επίπεδο. Οι γιατροί, αποσκοπώντας στη διατήρηση ή την αύξηση των εισοδημάτων τους, επιδιώκουν την αύξηση της ζήτησης. Έτσι, αντί με την αύξηση της προσφοράς να μειώνονται οι τιμές, αυξάνεται η ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών η οποία με τη σειρά οδηγεί στην αύξηση των τιμών. Ένα ακόμη μεγαλύτερο πρόβλημα είναι όταν οι ασθενείς δεν πληρώνουν εκείνοι τον ιατρό απευθείας αλλά η πληρωμή γίνεται μέσω κάποιου ασφαλιστικού ή κυβερνητικού φορέα. Ο ιατρός γνωρίζοντας ότι ο ασθενής δεν πληρώνει για την παροχή υπηρεσιών υγείας μπορεί να του παρέχει υπηρεσίες υγείας σε ποσότητα μεγαλύτερη της κοινωνικά βέλτιστης.
- Βασικό χαρακτηριστικό του τέλειου ανταγωνισμού είναι η ελευθερία εισόδου και εξόδου στην παραγωγή, κάτι το οποίο δεν ισχύει στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα υπάρχουν εμπόδια στο να γίνει κανείς ιατρός, απαιτούνται σπουδές και εξειδίκευση.
- Εξωτερικές επιδράσεις-Ατελής αγορά. Δηλαδή, υπό την ευρύτερη έννοια τα περισσότερα άτομα δέχονται την ανάγκη της δίκαιης κατανομής των υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα εμβολιασμοί. Αντίθετα, ένα σύστημα αγοράς θα

κατένεμε υπηρεσίες υγείας με βάση τις προτιμήσεις (συμπεριλαμβανομένης της «ανάγκης» για φροντίδα υγείας), αλλά επίσης το εισόδημα των ατόμων. Κατά συνέπεια, άτομα χαμηλού εισοδήματος δεν θα ήταν σε θέση να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας ή να αγοράσουν ασφαλιστική προστασία.

Το σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα με αυξημένη κρατική παρέμβαση λόγω της ιδιαιτερότητας του αγαθού υγείας. Ο βαθμός και η έκτασή της καθορίζονται από τα κοινωνικοπολιτικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας. Η κρατική παρέμβαση γίνεται σε επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης, παραγωγής και διανομής, τιμολόγησης και χρηματοδότησης.

2.5 ΕΘΝΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ

Οι Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας ορίζονται ως: «μία τυποποιημένη μεθοδολογία η οποία παρακολουθεί και καταγράφει όλες τις ροές δαπανών σε ένα σύστημα υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές δαπάνες και δαπάνες στο εξωτερικό).⁴¹» Η πρώτη επίσημη παρουσίαση τους, έλαβε χώρα το 1963, σε μία συνάντηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Το 1966 οι Λογαριασμοί Υγείας υιοθετήθηκαν από τις ΗΠΑ και το 1972 από τη Γαλλία.⁴² Εν συνεχεία σχεδιάστηκε από τον ΟΟΣΑ το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας.⁴³

Η εφαρμογή του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας είναι υποχρεωτική από Κοινοτικό Κανονισμό από το 2015, για την παροχή δεδομένων υγείας προς τους οργανισμούς ΟΟΣΑ, Eurostat και ΠΟΥ.⁴⁴

2.5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

Προς αποσαφήνιση της έννοιας των εθνικών λογαριασμών υγείας, στο σημείο αυτό σκόπιμο θα ήταν να αναφερθεί ο ορισμός της υγειονομικής δαπάνης. Η Υγειονομική Δαπάνη: «είναι το σύνολο της δαπάνης σε δραστηριότητες οι οποίες, μέσω της χρήσης

⁴¹ Βλ. Κουσουλάκου Χ., Βίτσου Ε. «Η Αγορά Φαρμάκων στην Ελλάδα», στο *Ετήσια Έκθεση IOBE*, Αθήνα, 2008, σελ.8.

⁴² Glennard A.H., Hjalte F. and Hjortsberg C., *National Health Accounts –Demand and Use of Health Expenditure Data*, pub. The Swedish Institute for Health Economics, Sweden, 2007.

⁴³ Τα συστήματα ταξινόμησης, με τις έννοιες και τους ορισμούς που περιέχουν, αποτελούν εργαλεία χάρη στα οποία οι καταχωρίσεις δεδομένων γίνονται με εναρμονισμένο τρόπο, έτσι ώστε τα δεδομένα να είναι συγκρίσιμα. Με βάση τα συστήματα ταξινόμησης μπορούν να καταρτίζονται σχετικοί πίνακες. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χρησιμοποιεί τη διεθνή ταξινόμηση για να συγκεντρώνει εναρμονισμένα δεδομένα υψηλής ποιότητας.

⁴⁴ Το νομικό πλαίσιο για την παραγωγή των στοιχείων του ΣΛΥ απορρέει από την εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου και του αντίστοιχου Εφαρμοστικού Κανονισμού 359/2015.

ιατρικής, φαρμακευτικής, νοσοκομειακής και παραϊατρικής γνώσης και τεχνολογίας, αποσκοπούν:

- στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών
- στη θεραπεία νοσημάτων και τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας
- στη φροντίδα των ατόμων με ειδικές ανάγκες, ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις ή που η κατάσταση υγείας τους σχετίζεται με κάποια βλάβη ή ανικανότητα
- στη βοήθεια των ατόμων να πεθάνουν με αξιοπρέπεια
- στην παροχή και διαχείριση των προγραμμάτων υγείας, ασφάλισης και χρηματοδότησης.⁴⁵»

Οι δαπάνες για την υγεία μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

«Στις Ιατρικές Δαπάνες, στις οποίες περιλαμβάνονται οι αμοιβές γιατρών, τα έξοδα μεταφοράς ασθενών, καθώς και τα έξοδα για διάφορες θεραπείες.

Στις Νοσοκομειακές Δαπάνες στις οποίες περιλαμβάνονται τα έξοδα νοσηλείας, οι δαπάνες επεμβάσεων, οι δαπάνες νοσοκομειακών φαρμάκων και παρακλινικών εξετάσεων κ.α.

Και στις Φαρμακευτικές Δαπάνες, στις οποίες περιλαμβάνονται οι δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά είδη.

Αν σε αυτές, προστεθούν και οι δαπάνες για ιατρική της εργασίας, για σχολική ιατρική, για υγειονομικές υπηρεσίες στρατού, για κατάρτιση, για πρόληψη, για έρευνα και λειτουργικές δαπάνες, τότε το σύνολο αυτών ορίζεται ως Συνολικές Δαπάνες Υγείας.⁴⁶»

2.5.2. Ορισμός Φαρμακευτικής Δαπάνης

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει: *«τη δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, πρωτότυπα και ουσιοδώς όμοια φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς και εμβόλια, βιταμίνες, μέταλλα και από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμους, ελαστικές κάλτσες κ.ά.»*

⁴⁵ Κουσουλάκου Χ., Βίτσου Ε., *Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2008*, IOBE, Αθήνα, 2008 στο http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_022018_REP_GR.pdf, σελ. 8.

⁴⁶ Ibid.

Πίνακας 2.1 Οι δαπάνες υγείας, σύμφωνα με τη νέα μεθοδολογία ΣΛΥ 2011 επιμερίζονται σε⁴⁷:

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
HC.1	Ενδονοσοκομειακή δημόσια και ιδιωτική και εξωνοσοκομειακή π.χ. υπηρεσίες γιατρών, οδοντιάτρων
HC.2	Υπηρεσίες Αποκατάστασης
HC.3	Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Νοσηλευτικής Φροντίδας επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας
HC.4	Επικουρικές Υπηρεσίες Υγειονομικής Φροντίδας (π.χ υπηρεσίες εργαστηρίων κλινικών και διαγνωστικής απεικόνισης, υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης)
ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	
HC.5	Διάθεση ιατρικών προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς (π.χ. φάρμακα, γυαλιά οράσεως, ακουστικά βαρηκοΐας, ορθοπεδικές ζώνες κ.ά.)
ΆΛΛΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΛΠ	
HC.6	Υπηρεσίες Πρόληψης και Δημόσιας Υγείας
HC-7	Διοίκηση του τομέα Υγείας και Ασφάλιση Υγείας
HC-9	Μη εξειδικευμένες υπηρεσίες κατ' είδος
HC.6 + HC.7 Συνολική δαπάνη για συλλογική υγεία	
HC.1-HC.7 Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη	
HC.R.1 Επενδύσεις (ακαθάριστος σχηματισμός κεφαλαίου) στην υγεία	
HC.1-HC.7 + HC.R.1 ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ	

Επομένως, στη φαρμακευτική δαπάνη συγκαταλέγονται μόνο τα φάρμακα εκείνα που χορηγούνται από τα φαρμακεία της χώρας, εν αντιθέση με τη νοσοκομειακή δαπάνη στην οποία περιλαμβάνεται η κατανάλωση φαρμάκων εντός των νοσοκομείων και θεωρείται ενδιάμεση ανάλωση.

Η φαρμακευτική δαπάνη αναλύεται περαιτέρω σε δημόσια και ιδιωτική. Η πρώτη περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα. Ενώ η ιδιωτική, την ίδια δαπάνη, τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

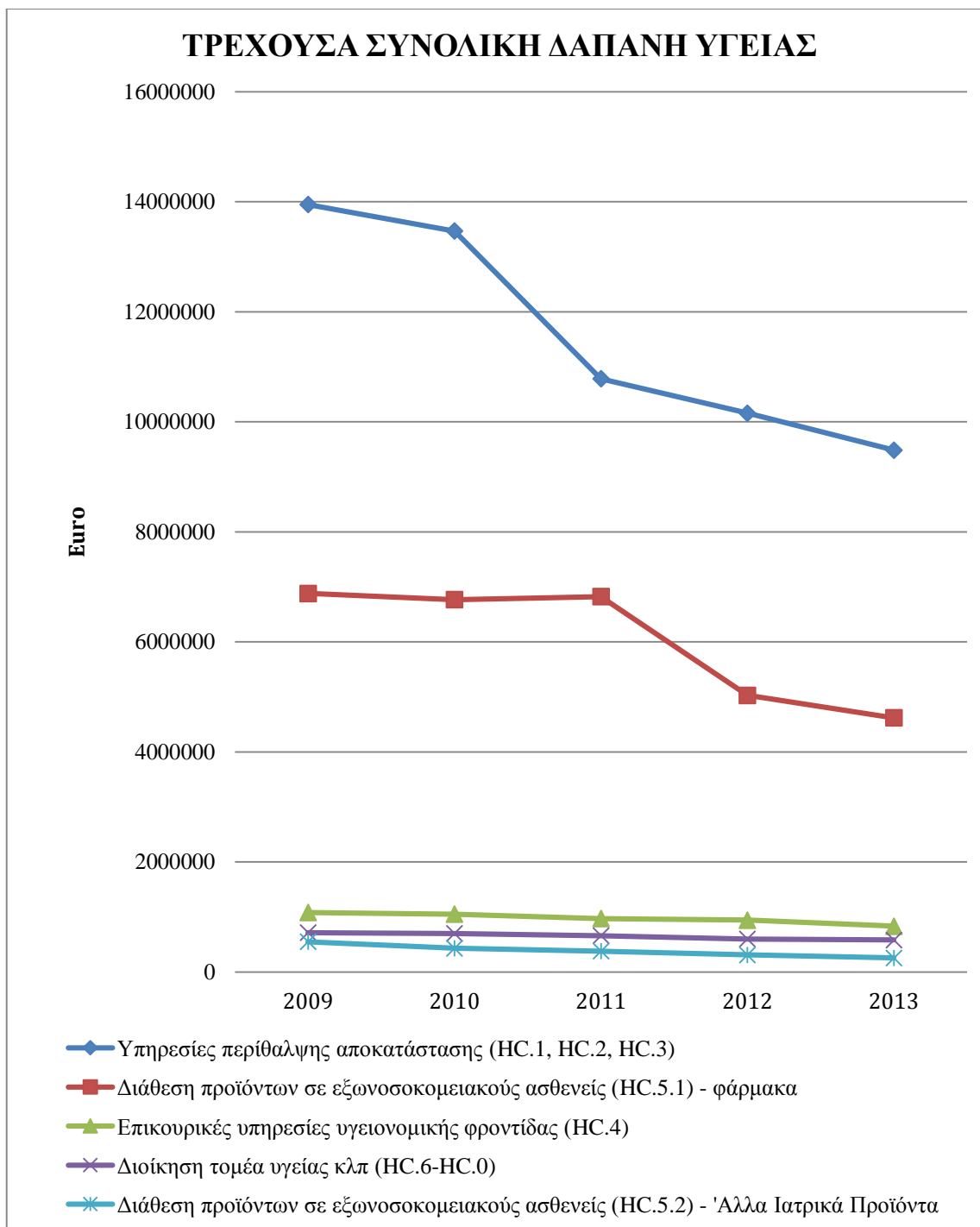
⁴⁷ Πηγή: OECD Health Data, 2007 Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ, η φαρμακευτική δαπάνη εμπίπτει στην κατηγορία HC.5 της Διεθνούς Ταξινόμησης Λογαριασμών Υγείας (International Classification of Health Accounts-ICHA) η συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνει τα αγαθά υγείας που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων.

Σκόπιμο είναι να προσδιοριστούν οι έννοιες της φαρμακευτικής δαπάνης και των φαρμακευτικών πωλήσεων, με σκοπό την αποφυγή τυχόν σύγχυσης.

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) καταγράφει τις πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα νοσοκομεία και τα φαρμακεία. Τούτο αποτελεί ένα μέγεθος που αφορά την πλευρά της προσφοράς. Ενώ την πλευρά της ζήτησης την αποτελεί η φαρμακευτική δαπάνη των χορηγούμενων εντός νοσοκομείου φαρμάκων. Το οποίο αποτελεί ενδιάμεση ανάλωση.⁴⁸

⁴⁸ Βλ. ενδεικτικά Σουλιώτης Κ., Βίτσου Ε., *Ανάλυση της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα: το πλαίσιο, τα δεδομένα και οι τάσεις (1998-2008)*, Εκδόσεις ΙΟΒΕ, Αθήνα, 2010

Γράφημα 2.1 Η σύνθεση της τρέχουσας Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατ. €)⁴⁹



⁴⁹ Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, ΕΛ. ΣΤΑΤ, 2015 Επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Οι κατηγορίες HP παραπέμπουν στην ταξινόμηση των επιμέρους κατηγοριών με βάση τους ΣΛΥ.

2.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Αξιοσημείωτο είναι πως στην Ελλάδα από το 2007 μέχρι το 2010, δε δημοσιεύθηκαν επίσημα στοιχεία δαπάνης υγείας και φαρμάκου με βάση τους Εθνικούς Λογαριασμούς της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και, ως εκ τούτου, τα διαθέσιμα στοιχεία δαπάνης υγείας και φαρμάκου καλύπτουν τα έτη μέχρι και το 2007. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα βαίνει αυξανόμενη από το 2000 κι έπειτα όπως προκύπτει, από τα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ. αγγίζοντας τα €20,9 δις. το 2007.

Ενδιαφέρον είναι το πώς κατανέμεται η δαπάνη ανάμεσα στον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα στην Ελλάδα. Με την ιδιωτική δαπάνη να φτάνει το 40%, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ φτάνει το 28% της συνολικής υγειονομικής δαπάνης. Αξίζει να σημειωθεί πως το 2008 οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα αυξήθηκαν κατά 10,9% συγκριτικά με το 2004 με το μεγαλύτερο ποσοστό να αποτελεί δαπάνη για οδοντιατρική περίθαλψη. Αντίθετα η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη την περίοδο από το 2000 έως το 2007 αποτελούσε το 87%.

Ο βασικός στόχος των πολιτικών υγείας διεθνώς είναι εξορθολογισμός των δαπανών υγείας και φαρμάκου. Συγκεκριμένα, η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει διαχρονική αύξηση, γεγονός που συνδέεται με την αλλαγή του δημογραφικού προτύπου και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής αλλά και με τη χρήση εξελιγμένης, ακριβότερης ιατρικής τεχνολογίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ετυμολογικά η «Κρίση» προέρχεται από το ρήμα «κρίνω» και αποτελείται από το θέμα κριν- και το επίθημα –σις. Στα ελληνικά η λέξη «κρίση» περιλαμβάνει δύο μεγάλες κατηγορίες νοημάτων. Αφενός, παραπέμπει στις έννοιες της απόφασης, της άποψης ή της γνώμης και, σε στενή συνάφεια με αυτές, στις έννοιες της κριτικής, της αξιολόγησης και της δίκης. Αφετέρου, παραπέμπει στις καταστάσεις εκείνες, στις οποίες η αναπαραγωγή της προηγούμενης, της κανονικής ή ομαλής συνθήκης είναι δύσκολη ή αδύνατη.⁵⁰

Η πρώτη σημασία προκύπτει από το αρχαιοελληνικό ρήμα «κρίνω», το οποίο αρχικά σήμαινε «διαχωρίζω», αλλά αρκετά νωρίς από τα ομηρικά χρόνια και «αποφασίζω». Η δεύτερη σημασία, η οποία είναι και μεταφορική, προκύπτει ως μεταφραστικό δάνειο από τα λατινικά ως *crisis, crise* στη γαλλική γλώσσα, *crisi* στην ιταλική και κατόπιν κρίση. Ενώ λοιπόν, τα λατινικά, οι λατινογενείς γλώσσες και τα αγγλικά έχουν δύο όρους για να αποτυπώνουν τις δύο διαφορετικές οικογένειες σημασιών, όπως *iudicium, judgement*, για την πρώτη και *crisis, crise* για τη δεύτερη, τα ελληνικά περιορίζονται σε μία και μόνη λέξη, την κρίση.

Όπως προαναφέρθηκε η λέξη «Κρίση», παράγωγο του ρήματος «κρίνω», χαρακτηρίζει μια μη κανονική κατάσταση. Ήτοι μια κατάσταση κρίσιμη, δύσκολη και επικίνδυνη.⁵¹ Συγκεκριμένα είναι «*μια εκτροπή από την κατάσταση της κανονικότητας και μπορεί να προσλάβει διαβαθμίσεις αντικανονικότητας, από μια κατάσταση απλής διαταραχής, μέχρι την κατάσταση μη ελεγχόμενων εκρηκτικών γεγονότων και την κατάσταση του χάους και του πανικού.*⁵²»

Οι Rosenthal και Rijnenburg (1991) πιστεύουν ότι: «*η κρίση σχετίζεται με τις καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από σοβαρή απειλή, αβεβαιότητα και την αίσθηση του*

⁵⁰ <http://e-krisi.gr/teyxos/?issue=teyxos-3>

⁵¹ Βλ. ενδεικτικά: Πανηγυράκης Γ., *Σύγχρονη διοικητική δημοσίων σχέσεων*, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 2001.

⁵² Ibid

επείγοντος.»⁵³ Ο Barton (2004), ορίζει την κρίση ως: «Ένα μεγάλο, ξαφνικό γεγονός, το οποίο πιθανώς έχει αρνητικά αποτελέσματα.»⁵⁴»

3.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Αν η κρίση συνδεθεί με την αισθητή επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης της οικονομικής δραστηριότητας μίας χώρας, τότε γίνεται λόγος για Οικονομική Κρίση. Με τον όρο «οικονομική δραστηριότητα» νοούνται μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας στο σύνολό τους (απασχόληση, εθνικό προϊόν, τιμές, επενδύσεις κ.α.).

Στο παρελθόν ο όρος οικονομική κρίση σήμαινε μόνο, ότι οι οικονομικές προσπάθειες των ανθρώπων ματαιώνονταν, επί παραδείγματι εξαιτίας ενός πολέμου, ή ότι τα αγαθά που παρήγαν καταστρέφονταν ή χάνονταν, λόγω δυσμενών καιρικών συνθηκών ή λεηλασιών.

Μετά όμως την ανάπτυξη της βιομηχανίας και της διαρκούς εξέλιξης της τεχνολογίας, ως οικονομική κρίση νοείται η παραγωγή ή υπερπαραγωγή προϊόντων, χωρίς όμως την αντίστοιχη ζήτηση από τους καταναλωτές, για λόγους όπως η ανεργία, η ανεπάρκεια εισοδήματος ή από οποιαδήποτε άλλη αιτία.

Λαμβανομένης υπόψη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η Οικονομική Κρίση αποτελεί «τη μία από τις δύο φάσεις των Οικονομικών Διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση.»⁵⁵ Η οικονομία δεν παραμένει στάσιμη ποτέ. Όλα τα σημαντικά μεγέθη της (το επίπεδο του εισοδήματος, της απασχόλησης, της ανεργίας, των τιμών, των εξαγωγών) μεταβάλλονται διαχρονικά. Οι μεταβολές αυτές καλούνται οικονομικοί κύκλοι.⁵⁶

Σύμφωνα με τους οικονομολόγους Arthur Burns και Mitchell Wesley, Ο κλασικός ορισμός των οικονομικών κύκλων είναι: «Οικονομικός-επιχειρηματικός κύκλος είναι ο τύπος των διακυμάνσεων που εντοπίζεται στη συνολική οικονομική δραστηριότητα των εθνών, και εκφράζεται μέσα από τη δραστηριότητα των επιχειρήσεων. Ο κύκλος αποτελείται από διαστολές που συμβαίνουν περίπου την ίδια χρονική στιγμή σε πολλές οικονομικές

⁵³ Βλ. Rosenthal U., Pijnenburg B., “Crisis management and decision making Simulation oriented scenarios”, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 1991. Σελ. 22

⁵⁴ Βλ. Barton L., “Management: Master the Skills to Prevent Disasters”, Harvard Business School, Boston, 2004. σελ 31

⁵⁵ European Commission, (2009), Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. European Economy, Brussels.

⁵⁶ Λιανός Θ., Παπαβασιλείου, Α., Χατζηανδρέου Α., *Αρχές Οικονομικής Θεωρίας*, εκδ. ΙΤΥΕ-Διόφαντος, Αθήνα, 2013, σελ. 163-165.

δραστηριότητες, και ακολουθείται από παρόμοιες γενικές συστολές και υφέσεις, που οδηγούν στη φάση της ανόδου του επόμενου οικονομικού κύκλου. Αυτή η σειρά των αλλαγών είναι επαναλαμβανόμενη, αλλά όχι περιοδική. Η διάρκεια του οικονομικού κύκλου ποικίλει από περισσότερο του ενός χρόνου, μέχρι δέκα ή δώδεκα χρόνια, και δεν διαιρείται σε μικρότερους κύκλους με παρόμοια χαρακτηριστικά.⁵⁷»

3.2.1. Φάσεις Του Οικονομικού Κύκλου

Όταν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στη συνολική ζήτηση και προσφορά της οικονομίας, τότε δημιουργείται ο οικονομικός κύκλος, ο οποίος χαρακτηρίζεται από δύο βασικές φάσεις, μια φάση ανόδου της οικονομικής δραστηριότητας και μια φάση καθόδου της οικονομικής δραστηριότητας.

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, μια αγορά λειτουργεί φυσιολογικά, όταν οτιδήποτε παράγεται πωλείται. Όταν όμως οι επιχειρήσεις μειώνουν την προσφορά και κατ' επέκταση τις επενδύσεις, και οι καταναλωτές δεν είναι σε θέση να απορροφήσουν το παραγόμενο προϊόν λόγω περιορισμού του εισοδήματός τους, τότε επέρχεται η κρίση. Τούτο μακροπρόθεσμα οδηγεί τις επιχειρήσεις στη μείωση της παραγωγής τους και στη συνέχεια στη μείωση προσωπικού, σε λιγότερες πρώτες ύλες και λιγότερους παραγωγικούς συντελεστές. Κατά συνέπεια αυξάνεται η ανεργία, και επομένως μειώνεται η αγοραστική δύναμη, με αποτέλεσμα τάση προς την ύφεση. Συναφώς, ο φαύλος κύκλος που δημιουργείται διευρύνεται και συνεχίζεται, εκτός αν επινοηθούν άλλοι τρόποι εξόδου από τον κύκλο της οικονομικής κρίσης.

3.2.2. Κατηγορίες κρίσεων

- Κρίσεις πρώτης γενιάς. Οι αιτίες εντοπίζονται στις επιμέρους δημοσιονομικές και νομισματικές πολιτικές των εθνικών κυβερνήσεων (πχ. Λατινική Αμερική τις δεκαετίες '60 και '70).

- Κρίσεις δεύτερης γενιάς. Προέρχονται από τις αντικυκλικές πολιτικές των ανεπτυγμένων χωρών. (π.χ. κρίση του Ευρωπαϊκού νομισματικού συστήματος κατά τις αρχές της δεκαετίας του '90).

⁵⁷ Burns A., Mitchell W., *Measuring Business Cycle, 1946*.στο: <http://www.nber.org/chapters/c2980.pdf>

- Κρίσεις τρίτης γενιάς. Οφείλονται σε ασύμμετρη πληροφόρηση, ηθικό κίνδυνο και σε εξάρσεις του διεθνούς δανεισμού. (π.χ. κρίσεις στο Μεξικό το '94).⁵⁸

3.3 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Μία οικονομική κρίση μπορεί να επιφέρει μία σειρά απρόβλεπτων συνεπειών. Αρχικά, ενέχει κινδύνους σχετικά με τα «πτωχευμένα» χρηματοπιστωτικά ιδρύματα και τους συναλλασσόμενους. Εν συνεχεία, η εν λόγω οικονομική κρίση ενδέχεται να εισχωρήσει και στην πραγματική οικονομία. Και ακολουθεί ένα ντόμινο συνεπειών· όπως για παράδειγμα οι ζημιωμένοι πολίτες μειώνουν την κατανάλωση οδηγώντας σε αντίστοιχη μείωση της ζήτησης για προϊόντα και υπηρεσίες, το οποίο συνεπάγεται μείωση της παραγωγής από τις επιχειρήσεις. Ταυτόχρονα, ακολουθεί παύση παροχής δανείων, δεδομένου πως το χρηματοπιστωτικό σύστημα τελεί υπό κρίση, μειώνοντας τις επενδύσεις.

Τοιουτοτρόπως, η κρίση επεκτείνεται σε ολόκληρη την οικονομία, προκαλώντας ύφεση. Η ύφεση με τη σειρά της πιθανότητα να διογκώσει την κρίση οδηγώντας σε ένα φαύλο κύκλο με περαιτέρω μειώσεις εισοδημάτων, αύξηση της αβεβαιότητας, μείωση της κατανάλωσης και των επενδύσεων, αύξηση των μη εξυπηρετούμενων δανείων και ου το καθεξής.

Συμπερασματικά, μία οικονομική κρίση μπορεί να επιφέρει δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι μία σημαντική μείωση ή ακόμα και η πλήρης απουσία του εισοδήματος οδηγεί μία σεβαστή μερίδα του πληθυσμού στα όρια της ανέχειας καθώς και στην απώλεια της ευημερίας.⁵⁹

⁵⁸ Βλ. Θεοδώρου Θ, *Η οικονομική κρίση*, στο: http://www.alfavita.gr/artra/art13_7_9_0703.php.

⁵⁹ Βλ. Marmot MG. & Bell R., *How will the financial crisis affect health?*, pub. BMJ, London, 2009, σελ. 201

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΩΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ (2010-2011)

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ΕΣΥ από την ίδρυση του με το Ν.1397/1983,⁶⁰ ανεξάρτητα από τις μεταρρυθμίσεις, τους επικαιροποιημένους νόμους και τη μορφή που έχει λάβει μέσα στα χρόνια, δεν έχει καταφέρει να αντιμετωπίσει βασικά του προβλήματα. Τα τελευταία εστιάζουν σε πέντε άξονες, με κυριότερο την ανύπαρκτη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την ξεπερασμένη διοικητική λειτουργία, τα απαρχαιωμένα συστήματα αποζημιώσεων των προμηθευτών, την απουσία μηχανισμού αξιολόγησης και την ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής.

Το βασικό ερώτημα που συναντάται εδώ και δεκαετίες είναι, κατά πόσο οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα κατά καιρούς στοχεύουν στον εξορθολογισμό του τρόπου λειτουργίας του συστήματος. Η ανεξέλεγκτη σπατάλη στον τομέα της υγείας πρέπει να τεθεί υπό έλεγχο και, ταυτόχρονα, να τεθούν τα θεμέλια για ένα νέο σύστημα υγείας το οποίο θα αποθαρρύνει την αυξητική τάση των δαπανών στο μέλλον.

Το 2009, σύμφωνα με τον Δείκτη Οικονομικής Ελευθερίας⁶¹ η Ελλάδα κατείχε τη δεύτερη χαμηλότερη θέση στην ΕΕ, μετά την Πολωνία, και την 81^η στην Παγκόσμια κατάταξη. Τη χρονιά εκείνη η χώρα χαρακτηριζόταν από υψηλά διαφθοράς σε πολιτικό και οικονομικό επίπεδο, καθώς και χαμηλή ανταγωνιστικότητα εν συγκρίση με τους Ευρωπαίους εταίρους της.

Ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης το 2009, ο ρυθμός μεγέθυνσης της οικονομίας αποκτά για πρώτη φορά από το 1993, αρνητικό πρόσημο. Ενώ, το δημόσιο έλλειμμα κυρίως λόγω ανεξέλεγκτης σπατάλης αγγίζει το 15,4% του ΑΕΠ.

Κατά την ίδια περίοδο, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία και η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν αύξηση, προσεγγίζοντας το 10% του ΑΕΠ, (ποσοστό

⁶⁰ Ν. 1397 ΦΕΚ Α'143/07-10-83, Εθνικό Σύστημα Υγείας.

⁶¹ Ο Δείκτης Οικονομικής Ελευθερίας είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για μια ποικιλία παροχής οικονομικών πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένων των ακαδημαϊκών, των πολιτικών, των δημοσιογράφων, των φοιτητών, των εκπαιδευτικών και των επιχειρήσεων και των οικονομικών. Ο Δείκτης θεωρείται ένα αντικειμενικό στοιχείο μεθοδολογίας για την ανάλυση 186 οικονομιών σε ολόκληρο τον κόσμο και κάθε χώρας αντίστοιχα (The Heritage Foundation, 2017).

υψηλότερο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ). Το παραπάνω συνδέθηκε με τους κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες που ίσχυαν σε διεθνές επίπεδο.

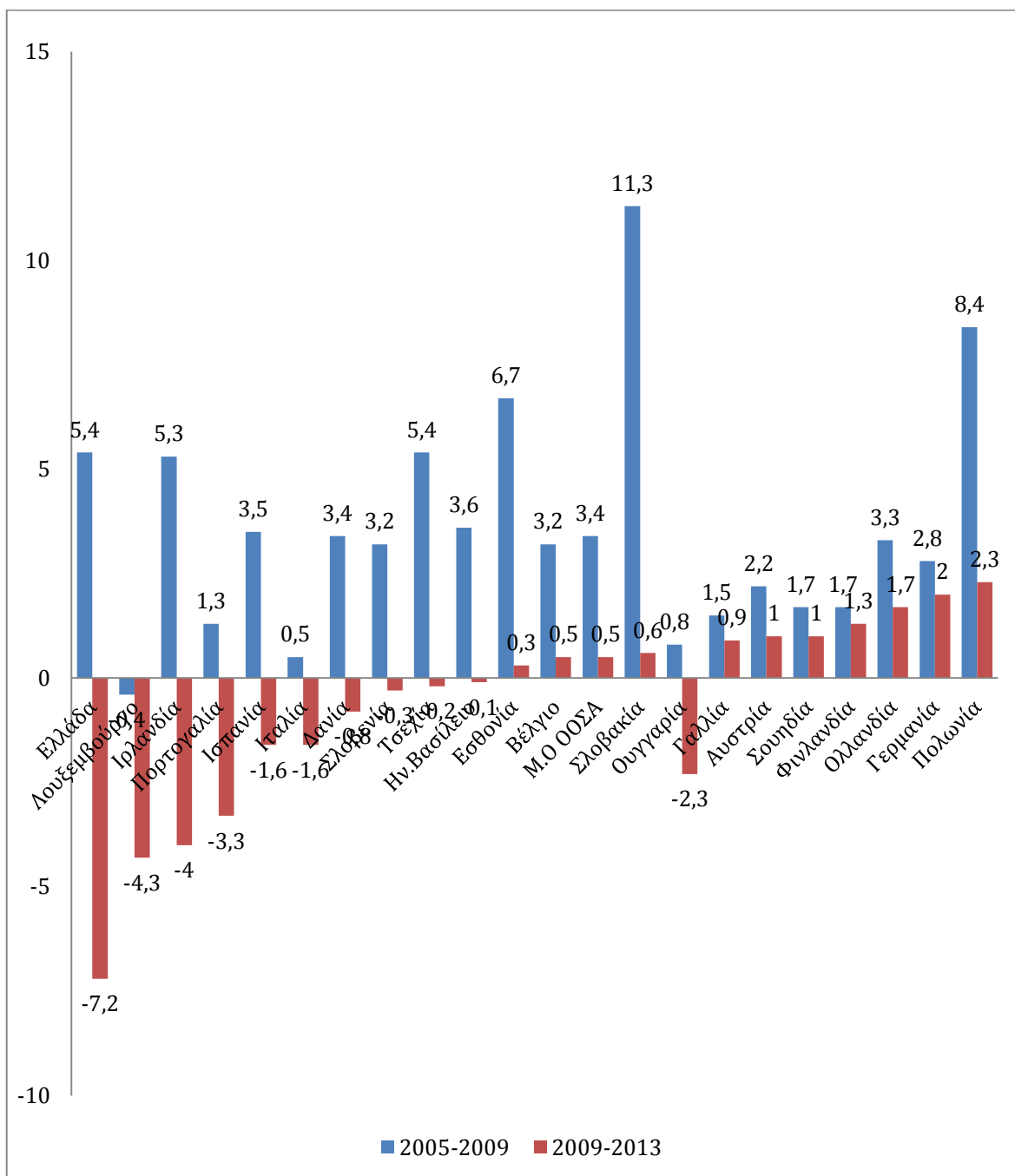
Στην Ελλάδα, η αύξηση της υγειονομικής δαπάνης οφείλεται κυρίως στην αναποτελεσματικότητα του συστήματος, καθώς και στην απουσία ελεγκτικών μηχανισμών. Νεότερη μελέτη του ΟΟΣΑ κατέδειξε ότι σύστημα υγείας στην Ελλάδα, θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους, περιορίζοντας τις σπατάλες και βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητά του.⁶²

Στο σημείο αυτό, να σημειωθεί ότι η διεθνής εμπειρία έχει δείξει πως οι οικονομικές κρίσεις οδηγούν σε μείωση των δαπανών για την υγεία, με ταυτόχρονη επιδείνωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού, με μεγαλύτερη επίπτωση στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Τα ανωτέρω, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι, το δημοσιονομικό έλλειμμα και το δημόσιο χρέος της Ελλάδος είχαν φτάσει σε επίπεδα –τα υψηλότερα εντός της Ευρωζώνης- που δεν ήταν πλέον βιώσιμα και η αδυναμία δανεισμού με χαμηλό επιτόκιο, οδήγησαν στα μέσα του 2010, τη χώρα σε μια σοβαρή οικονομική κρίση.

⁶² OECD, *Health spending continues to outpace economic growth in most OECD countries*, Newsroom, 2011
Διαθέσιμο στο: http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html.

Γράφημα 4.1 Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2005-2013⁶³



⁶³ OECD, Health Statistics, 2015.

4.2 ΠΡΩΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Έχοντας αυτά ως δεδομένα, στις 21 Απριλίου έως τις 3 Μαΐου του 2010, επισκέφθηκε την Αθήνα, μετά την υποβολή αιτήματος από την Ελλάδα για διεθνή χρηματοδοτική συνδρομή, Κοινό κλιμάκιο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Δ.Ν.Τ. και την Ε.Κ.Τ.. Την 2^η Μαΐου, η αποστολή κατέληξε στη σύναψη συμφωνίας σε υπηρεσιακό επίπεδο, με την οποία συμφωνήθηκε να παρασχεθεί στην Ελλάδα ένα κοινό πακέτο χρηματοδοτικής βοήθειας ύψους €110 δισ., εκ των οποίων τα €80 δισ. προέρχονταν από την ΕΕ και τα €30 δισ. από το ΔΝΤ (αξιοποιήθηκαν τα €73 δισ.⁶⁴).

Την ίδια μέρα, το Eurogroup (Ευρωομάδα)⁶⁵ συμφώνησε να ενεργοποιήσει τη στήριξη οικονομικής σταθερότητας υπέρ της Ελλάδος, με τη μορφή διμερών δανείων μεταξύ της Ελλάδος και των κρατών-μελών της Ευρωζώνης. Η εκταμίευση των οποίων θα γίνονταν βάσει τριμηνιαίων αξιολογήσεων. Στις 18 Μαΐου, οι χώρες της ευρωζώνης εκταμίευσαν την πρώτη δόση του δανείου ύψους €14,5 δισ., κατόπιν εκταμίευσης €5,5 δισ. από το ΔΝΤ.

Το Μάιο του 2010, εφαρμόστηκε στην Ελλάδα το Πρώτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής, αφού προηγήθηκε η υπογραφή του Μνημονίου Συνεννόησης από την ελληνική κυβέρνηση. Το τελευταίο προσαρτήθηκε ως παράρτημα στο Ν. 3845/2010⁶⁶ και συμπεριλάμβανε τους στόχους του Προγράμματος.

Το πρώτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής καταρτίστηκε κατόπιν συνεννόησης με την Τρόικα, από τις ελληνικές αρχές και αποτελείται από τρία επιμέρους έγγραφα. Πρώτον, το «*Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής*» (Memorandum of Economic και Financial Policies), βάση του οποίου καθορίστηκαν οι στρατηγικοί στόχοι του Προγράμματος, καθώς επίσης τα δημοσιονομικά, χρηματοπιστωτικά και διαρθρωτικά μέτρα, που έπρεπε να ληφθούν. Δεύτερον, το «*Μνημόνιο για τις συγκεκριμένες προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής*» (Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality), στο οποίο περιγράφονται λεπτομερώς τα μέτρα καθώς και το χρονοδιάγραμμα για την υλοποίησή τους και τέλος, το «*Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης*» (Technical Memorandum Of Understanding), στο οποίο,

⁶⁴ Βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή-Γενική Διεύθυνση Οικονομικών και Νομισματικών Υποθέσεων, *Το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής για την Ελλάδα*, Βρυξέλλες, 26 Μαΐου 2010, σελ. 1.

⁶⁵ Το Eurogroup (ή Ευρωομάδα, όπως είναι η επίσημη ονομασία του) είναι ένα άτυπο όργανο στους κόλπους του οποίου οι υπουργοί των **κρατών μελών της ευρωζώνης** συζητούν θέματα που σχετίζονται με τις κοινές τους ευθύνες όσον αφορά το ευρώ.

⁶⁶ Ν. 3845/2010 ΦΕΚ Α'65/06-05-2010, *Μέτρα για την εφαρμογή του μηχανισμού στήριξης της ελληνικής οικονομίας από τα κράτη-μέλη της Ζώνης του ευρώ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο*.

γίνεται αποσαφήνιση των χρησιμοποιούμενων όρων, ο ορισμός των δεικτών που υπόκεινται σε ποσοτικούς στόχους (κριτήρια απόδοσης και ενδεικτικοί στόχοι). Καθορίζονται τα ποσοτικά κριτήρια απόδοσης, όπως και τα λοιπά κριτήρια αναφοράς, οι μέθοδοι που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της απόδοσης του προγράμματος. Παρέχονται οι απαραίτητες πληροφορίες, προκειμένου να διασφαλιστεί η επαρκής παρακολούθηση των στόχων, καθώς και άλλες, τεχνικού χαρακτήρα, λεπτομέρειες.

Η Ελλάδα, όπως προαναφέρθηκε, το Μάιο του 2010 σύναψε ένα διακανονισμό χρηματοδότησης με το ΔΝΤ και υπέγραψε Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης με τα κράτη μέλη της Ευρωζώνης. Οι όροι του εν λόγω προγράμματος, προβλέπουν την υποχρεωτική εφαρμογή ενός πενταετούς προγράμματος περιοριστικής δημοσιονομικής προσαρμογής, καθώς και μία σειρά διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Με αρχικούς στόχους, τον περιορισμό του δημοσιονομικού ελλείμματος το 2010 κατά 5% του ΑΕΠ, την επαναφορά της δημοσιονομικής σταθερότητας και της βιωσιμότητας τους ελληνικού χρέους, την κάλυψη των χρηματοδοτικών αναγκών της χώρας, και την επανένταξή της στις διεθνείς χρηματοπιστωτικές αγορές από το 2012 και εντεύθεν.

4.3 Μέτρα Προσαρμογής

Από τον Σεπτέμβριο του 2010, η κυβέρνηση θέτει σε εφαρμογή μερικές από τις σκληρότερες απαιτήσεις του Πρώτου Μνημονίου, όπως η αύξηση του Φ.Π.Α. και ορισμένων ειδικών φόρων κατανάλωσης. Συγκεκριμένα, αυξήθηκε ο ειδικός φόρος κατανάλωσης, σε ποτά, τσιγάρα και καύσιμα, καθώς και ο υψηλός συντελεστής ΦΠΑ, από 21% σε 23%, ο μεσαίος από 10% σε 11%, και στη συνέχεια από 11% σε 13%, και ο χαμηλός στο 6,5%.

Η μνημονιακή πολιτική προχωρεί σε βάθος χρόνου κι έχει σκοπό να αποτρέψει πιθανές υποχωρήσεις σε παλαιότερες οικονομικές πολιτικές, ενώ φτάνει να θίξει μερικά από τα σημαντικότερα κεκτημένα του Εργασιακού Δικαίου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι μεταρρυθμίσεις που αφορούσαν στην αλλαγή του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης, στη μείωση των δαπανών για μισθούς και συντάξεις, στην αύξηση του ορίου των απολύσεων, στην πρόσληψη ενός ατόμου για κάθε πέντε δημοσίους υπαλλήλους που αποχωρούν, στη μείωση του κατώτατου μισθού, στην καθιέρωση ενιαίου συστήματος συνταξιοδότησης, καθώς και το πάγωμα των αυξήσεων για όλες τις συντάξεις.

Για την εφαρμογή των εν λόγω μεταρρυθμίσεων το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο σε συνεργασία με τα ελληνικά Υπουργεία Εργασίας και Οικονομικών, προσαρμόσαν τα όρια ηλικίας προς συνταξιοδότηση, ανάλογα με το φυσικό προσδόκιμο ζωής, το οποίο τείνει να αυξηθεί ελαφρώς έως το 2020. Έτσι, το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης των γυναικών που εργάζονται στο δημόσιο, αυξήθηκε στα 65 έτη.

Με σκοπό τη μείωση των δαπανών του δημοσίου τομέα, αντικαταστάθηκε ο 13^{ος} και 14^{ος} μισθός των δημοσίων υπαλλήλων που είχαν αποδοχές μέχρι €3.000, με επίδομα €500, ενώ καταργήθηκαν πλήρως για αποδοχές από €3.000 και πάνω. Επίσης για συντάξεις ως €2.500 δόθηκε επίδομα €800 αντικαθιστώντας τη 13^η και 14^η σύνταξη.

Επιπλέον ρυθμίσεις του Πρώτου Προγράμματος αποτελούν, η συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων και ο περιορισμός της λίστα των επαγγελμάτων που έχουν κριθεί ως «βαρέα και ανθυγιεινά». Τα εν λόγω μέτρα επηρεάζουν και τον κλάδο της υγείας, διότι θίγονται κυρίως επαγγέλματα του χώρου, τα οποία απολαύουν τις αντίστοιχες παροχές.

4.4 ΠΡΩΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Την περίοδο εκείνη, η υγείας αποτελώντας έναν από τους βασικούς τομείς παρέμβασης, βρίσκονταν στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και τον εξορθολογισμό. Οι στόχοι του Πρώτου Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής, αναφορικά με το ύψος της δημόσιας δαπάνης υγείας και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσαν το γνώμονα για τις ως άνω δράσεις.

Η Ελλάδα θα πρέπει έως το 2012, να μειώσει τη δημόσια δαπάνη στο χώρο της υγείας στο 6% του ΑΕΠ. Παράλληλα η δημόσια δαπάνη φαρμάκου θα πρέπει να ισούται με το 1% του ΑΕΠ, προσεγγίζοντας έτσι τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ταυτόχρονα, σε ό,τι αφορά τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, το Πρώτο Ελληνικό Πρόγραμμα θέτει ως στόχο για τη διετία 2011 έως 2012 την εξοικονόμηση €2 δις, το €1 δις εκ των οποίων θα πρέπει να έχει εξοικονομηθεί μέχρι το τέλος του 2011.

Με την προσυπογραφή του Μνημονίου, η Ελλάδα προέβη σε σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές προκειμένου να ξεπεράσει την οικονομική ύφεση και να επανέλθει σε τροχιά ανάπτυξης. Ένα μεγάλο ποσοστό των μέτρων που υιοθετήθηκαν, αφορούσε στον κλάδο υγείας, τους λειτουργούς της και τους εμπλεκόμενους φορείς.

Πιο συγκεκριμένα:

- Επιβολή ειδικού τέλους σε επιχειρήσεις που εξαιρούνται του αντικαπνιστικού νόμου (€10 εκατ.⁶⁷).
- Ετέθη στόχος αύξησης εσόδων των νοσοκομείων μέσω, ειδικής συμφωνίας για παροχή υπηρεσιών σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες.
- Χρέωση των αλλοδαπών που επισκέπτονται τα Νοσοκομεία
- Περιορισμός των υπηρεσιών για ανασφάλιστους
- Εφαρμογή νέου χάρτη υγείας⁶⁸
- Λειτουργία κεντρικού συστήματος προμηθειών στα νοσοκομεία
- Τιμολόγηση των ιατρικών πράξεων
- Ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων. Συγκρότηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)

Όσον αφορά τον εξορθολογισμό της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης, προβλέπονται:

- η επέκταση της λίστας φαρμάκων που δεν απαιτούν συνταγογράφηση (ΜΗ. ΣΥ. ΦΑ)⁶⁹
- η νέα τιμολογιακή πολιτική για το φάρμακο
- και η επέκταση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θέτοντας υπό έλεγχο τις χειρόγραφες συνταγές

Ειδικότερα, ο Ν.3868/2010⁷⁰ για την αναβάθμιση του ΕΣΥ, επιδιώκει μέσω της καθιέρωσης της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων, τη διευκόλυνση των πολιτών αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθιστώντας τα δημόσια Νοσοκομεία πιο προσιτά στο κοινό, στην αντιστάθμιση των υψηλών δαπανών του ιδιωτικού τομέα και στην αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

⁶⁷ Ν. 3868/2010 Φ.Ε.Κ. 129/Α'/2010, «Περί αναβάθμισης του Ε.Σ.Υ., απαγόρευση του καπνίσματος και άλλων διατάξεων» ΚΕΦ Ζ' άρθρο 17 «Μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους-Τροποποίηση των Ν. 3730/2008 και 3370/2015».

⁶⁸ Υγειονομικός Χάρτης: Ένα σύστημα ομοιογενούς καταγραφής, επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων, που παρέχει χωροταξικά κατανοημένη και έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος υγείας, καθώς και την τεκμηριωμένη πρόβλεψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού .στο:

<http://www.keelpno.gr/elgr/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82%CF%87%CE%AC%CF%81%CF%84%CE%B7%CF%82.aspx>

⁶⁹ Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗ. ΣΥ. ΦΑ.)

⁷⁰Ν. 3868/2010 ΦΕΚ 129/Α'/03-08-2010, Περί αναβάθμισης του Ε.Σ.Υ., Απαγόρευση του καπνίσματος και άλλων διατάξεων, ΚΕΦ Ζ', άρθρο 17, Μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους-Τροποποίηση των Ν. 3730/2008 και 3370/2015.

Επιπλέον, η επέκταση των ωραρίων λειτουργίας των Νοσοκομείων και την παράλληλη διενέργεια διαγνωστικών θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων, επέρχονται σημαντικά οικονομικά οφέλη στο σύνολο των εργαζομένων και στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Και αυτό διότι προβλέπεται ειδική ποσόστωση για τη διάθεση των εσόδων κατά την ολοήμερη λειτουργία του νοσοκομείου στους εργαζομένους, στο Νοσοκομείο και στην αρμόδια ΥΠΕ ευθύνης.⁷¹

Σαρωτικές αλλαγές επέφερε και ο Ν. 3918/2011⁷² στην οργάνωση του συστήματος υγείας μέσω της αναδιαμόρφωσης του συστήματος προμηθειών υγείας, και στην κοινωνική ασφάλιση μέσω της συγκρότησης του ΕΟΠΥΥ. Αναφορικά με το σύστημα προμηθειών, συγκεντρώθηκαν στο Υπουργείο Υγείας όλες οι δράσεις και αρμοδιότητες που άπτονται του υγειονομικού τομέα, οι οποίες ήταν διασκορπισμένες μέχρι πρότινος σε αναρμόδια Υπουργεία και υπηρεσίες.⁷³ Και αναφορικά με την κοινωνική ασφάλιση, συγκροτήθηκε ο ΕΟΠΥΥ με στόχο τον διαχωρισμό των κλάδων υγείας και τον διαχωρισμό των συντάξεων, την ένταξη του υγειονομικού τμήματος του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων στο Υπουργείο Υγείας, καθώς επίσης την έκδοση του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας.

Ο ΕΟΠΥΥ είναι «*Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου το οποίο αποτελεί αγοραστή υπηρεσιών υγείας, και όχι πάροχο*⁷⁴» σύμφωνα με την έκθεση που εγκρίθηκε τη 12^η Δεκεμβρίου του 2013 από το Κυβερνητικό Συμβούλιο Μεταρρύθμισης, στην Ελλάδα. Ο Οργανισμός ξεκίνησε τη λειτουργία του την 1^η Ιανουαρίου του 2012, αρχικά υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Στη συνέχεια, τέθηκε αποκλειστικά υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Αναφορικά ως προς τον τρόπο οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας του ΕΣΥ, η θεσμική ανασυγκρότηση και η μεταρρυθμιστική διαδικασία, που έλαβε χώρα την τρέχουσα περίοδο, επέφερε σημαντικές αλλαγές στο μισθολογικό και βαθμολογικό καθεστώς του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και στο ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον.

⁷¹ Σύμφωνα με την υπ' αριθ. Υπ' αριθ. Υ4α/147881 ΦΕΚ 1851/Β'/2011, Υπουργική Απόφαση «*Ολοήμερη λειτουργία Νοσοκομείων*».

⁷² Ν. 3918/2011 ΦΕΚ 31/Α'/02-03-2011, *Διορθωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις-Εθνικός Οργανισμός Υπηρεσιών Υγείας-Ένταξη Νοσοκομείων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο Ε.Σ.Υ.*

⁷³ Ν. 3918/2011 ΦΕΚ 31/ Α'/02-03-2011 Κεφ. Α' άρθ. 1-10

⁷⁴ Ibid.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα το άρθρο 55 του Ν. 3918/2011, έφερε εκ νέου στο προσκήνιο το ζήτημα των απολαβών των ιατρών του ΕΣΥ και προσδιόρισε το ύψος των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών.

Βασική επίπτωση της μισθολογικής αντιμετώπισης των ιατρών του ΕΣΥ ήταν η «επινόηση» μηχανισμών ρύθμισης και συμπλήρωσης του χαμηλού εισοδήματός τους, έχοντας πάντα ως δεδομένο τις κατά πολύ υψηλότερες μισθολογικές απολαβές των ιατρών των άλλων χωρών, είτε μέσω παραπληρωμών γνωστών ως «φακελάκι», είτε μέσω της διενέργειας ψεύτικων εφημεριών. Συγκεκριμένα για τις παραπληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, τέσσερις στους δέκα ασθενείς που εισήχθησαν στο ΕΣΥ κατά το έτος 2007, κατέβαλαν χρηματικό ποσό στο ιατρικό προσωπικό.⁷⁵

Τη δεδομένη περίοδο, ιδιαίτερα υψηλή παρουσιάζεται και η μετανάστευση των Ελλήνων ιατρών στο εξωτερικό, είτε για να αποφύγουν τις μακροχρόνιες λίστες αναμονής για ειδικότητα, είτε για να διασφαλίσουν υψηλότερες απολαβές. Ως προς τις αμοιβές του νοσηλευτικού προσωπικού, εφαρμόζονται οι γενικότερες διατάξεις που προβλέπονται για τις αμοιβές των δημοσίων υπαλλήλων, δίχως να έχει καθιερωθεί ειδικό μισθολόγιο νοσηλευτών του ΕΣΥ. Οι τακτικές αποδοχές τους υπάγονται και αυτές στο ενιαίο μισθολόγιο και στις ρυθμίσεις του Ν.3845/2010, επιχειρείται η κατάργηση των δεκαπέντε συνολικά ειδικών μισθολογίων μεταξύ των οποίων και αυτό των γιατρών του ΕΣΥ, στοχεύοντας στην καθιέρωση της αρχής της ισότητας στον εργασιακό χώρο και στην εφαρμογή του κανόνα «ίση αμοιβή για δουλειά ίσης αξίας» και στην κατάργηση του υφιστάμενου καθεστώτος το οποίο συντηρεί υπαλλήλους πολλαπλών ταχυτήτων.⁷⁶ Έτσι, μέσα στο γενικότερο πνεύμα εξοικονόμησης δαπανών και μείωσης των αποδοχών του προσωπικού που εφαρμόστηκε στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, υπέστησαν περικοπές οι τακτικές αποδοχές και τα επιδόματα των εν λόγω επαγγελματιών.

⁷⁵ Διεθνής Διαφάνεια Ελλάς, Εθνική Έρευνα για τη Διαφθορά στην Ελλάδα, Αθήνα 2013 σελ. 14 <https://www.publicissue.gr/wp-content/uploads/2014/04/corruption-survey-2013.pdf>

⁷⁶ Ν. 3845/2010 ΦΕΚ 65/Α'06-05-2010, Μέτρα για την εφαρμογή του μηχανισμού στήριξης της ελληνικής οικονομίας από τα κράτη-μέλη της Ζώνης του ευρώ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.

4.5 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Το Μάιο του 2010, και μετά την αποκάλυψη πως το δημοσιονομικό έλλειμμα της χώρας ήταν σε επίπεδα πολύ υψηλά, καθιστώντας το δημοσιονομικό χρέος μη βιώσιμο, εφαρμόστηκε στην Ελλάδα το Πρώτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής, προκειμένου να αποφευχθεί η στάση πληρωμών και η επίσημη πλέον χρεοκοπία. Κάτι το οποίο θα είχε ανεξέλεγκτες συνέπειες όχι μόνο για την Ελλάδα, αλλά για ολόκληρη την Ευρωζώνη. Μέσα σε όλο αυτό το κλίμα η Ελλάδα υποχρεώθηκε να λάβει σκληρά μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής, θίγοντας κυρίως τους μισθωτούς και τους συνταξιούχους. Μέτρα τα οποία αποσκοπούσαν στην εξυγίανση του ελληνικού χρέους και παράλληλα θα βοηθούσαν τη χώρα να ανακτήσει την αξιοπιστία της απέναντι στους ευρωπαίους εταίρους της και κατά συνέπεια να επιτύχει την επανένταξή της στις αγορές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ 2012-2014

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις 17 Ιανουαρίου του 2012, το Κοινό κλιμάκιο ΕΕ/ΔΝΤ/ΕΚΤ επισκέφτηκε εκ νέου την Αθήνα και παρέμεινε ως την 9^η Φεβρουαρίου, με κύρια αποστολή την αξιολόγηση της Ελλάδος ως προς τη συμμόρφωσή της με τους όρους και τις προϋποθέσεις του Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής, καθώς και τη συζήτηση για το νέο πακέτο πολιτικής το οποίο αποτέλεσε τη βάση ενός διαδοχικού προγράμματος.

Η Ελλάδα δε συμμορφώθηκε ουσιαστικά με τους κανόνες του Πρώτου Προγράμματος. Ο κίνδυνος εξόδου από το Ευρώ, η ραγδαία επιδείνωση των οικονομικών δεικτών, οι συστημικοί κίνδυνοι για την Ευρωζώνη, η πολιτική αστάθεια της χώρας, αλλά και μια σειρά μέτρων τα οποία δεν εφαρμόστηκαν κατά τη διάρκεια του πρώτου προγράμματος, οδήγησαν στην υιοθέτηση πρόσθετων μέτρων εξυγίανσης. Από την άλλη, η Ελλάδα πέτυχε μία σημαντική μείωση του ελλείμματος από 15,7% του ΑΕΠ το 2009 σε 9,4% το 2011, η οποία ήταν αναγκαία λόγω του εξαιρετικά υψηλού ελλείμματος που σημειώθηκε το 2009.

Η συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση και το συμφωνηθέν σχέδιο ιδιωτικοποιήσεων ήταν σημαντικές θεσμικές αλλαγές οι οποίες μεσοπρόθεσμα θα απέδιδαν. Η χρηματοπιστωτική σταθερότητα υποστηρίχθηκε από τα έκτακτα μέτρα που ελήφθησαν, τα οποία συνέβαλαν στη χρηματοδότηση του ελληνικού τραπεζικού συστήματος και στη βελτίωση της ελληνικής οικονομίας.

Ωστόσο, αναφορικά με τον εκσυγχρονισμό της διαχείρισης των εσόδων και του ελέγχου των δαπανών δεν επετεύχθη επαρκής πρόοδος, καθώς τα μέτρα που ελήφθησαν για την καταπολέμηση της φοροδιαφυγής και της έγκαιρης διευθέτησης των πληρωμών προς τους προμηθευτές παρέμειναν πολύ δειλά.

Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι, από το δεύτερο τρίμηνο του 2010, πραγματοποιήθηκε ένα σύνολο διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων με σκοπό την ενίσχυση της ανάπτυξης, στην πραγματικότητα δεν κατάφερε να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα αναφορικά με τη

διασφάλιση της βιωσιμότητας του ελληνικού χρέους καθώς και την επιστροφή της χώρας στις αγορές.⁷⁷

5.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Μέσα σε όλο αυτό το κλίμα, το Φεβρουάριου του 2012 υπογράφηκε με την Τρόικα το Δεύτερο Ελληνικό Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής,⁷⁸ μαζί με τη νέα Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης για την περίοδο 2012-2014, ενώ στη συνέχεια ακολούθησε και το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής.

Η νέα Δανειακή Σύμβαση Διευκόλυνσης κινήθηκε στους ίδιους κύριους άξονες της προσαρμογής (επαναφορά της δημοσιονομικής σταθερότητας, επαναφορά της βιωσιμότητας του ελληνικού χρέους, αποκατάσταση της ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας και σταθεροποίηση του εγχώριου χρηματοπιστωτικού συστήματος), καθιερώνοντας παράλληλα τις τριμηνιαίες αξιολογήσεις.⁷⁹

Το ύψος των πόρων χρηματοδότησης του 2^{ου} Μνημονίου (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που δεν απορροφήθηκαν κατά την περίοδο εφαρμογής του Πρώτου Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής) ανήλθε σε €164,5 δισ., εκ των οποίων τα €130 δισ. αποτελούσαν νέα χρηματοδότηση, από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF), και το Διεθνές Νομισματικό ταμείο (ΔΝΤ). Προκειμένου να βελτιωθεί η βιωσιμότητα του ελληνικού χρέους, επετεύχθη συμφωνία για το «κούρεμα» των ιδιωτικών δανείων (PSI) καθώς και η αναδιάρθρωσή τους. Έτσι, από το συνολικό ποσό των €205,6 δισ. σε ομόλογα επιλέξιμα για την προσφορά ανταλλαγής, ανταλλάχθηκαν περίπου €197 δισ., δηλαδή το 95,7%.⁸⁰

Στις 13 Φεβρουαρίου του 2012, ψηφίστηκε στην Ελληνική Βουλή το Δεύτερο Μνημόνιο.⁸¹ Και το Νοέμβριο του 2012, ψηφίστηκε το πολυνομοσχέδιο⁸² το οποίο

⁷⁷ European Commission, General Economic and Financial Affairs, *The Second Economic Adjustment Programme for Greece*, Brussels, March 2012, σελ. 1-2.

⁷⁸ Ν. 4046 ΦΕΚ 28/Α'/14-02-2012) Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας.

⁷⁹ Ν. 4127/2013 ΦΕΚ 50/Α'/2013, Έγκριση της επικαιροποίησης του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016.

⁸⁰ http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/greek_loan_facility/index_el.htm

⁸¹ Ν. 4046/2012, ΦΕΚ 28/Α'/2012: Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της

περιλάμβανε το Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής 2013-2016, αλλά και μια σειρά σημαντικών παρεμβάσεων για την υποστήριξη της δημοσιονομικής προσαρμογής.

Οι εσωτερικές αναταραχές που προέκυψαν εξαιτίας του αισθήματος απογοήτευσης που δημιούργησε η υπερψήφιση του Μνημονίου και του Μεσοπρόθεσμου, μείωσαν κατά πολύ την επενδυτική πρωτοβουλία των εξωτερικών δυνάμεων και έκαναν πιο έντονη την ανάγκη για επιπλέον οικονομική στήριξη από τις δυνάμεις της Ευρώπης.

Ωστόσο, το Δεύτερο Ελληνικό Πρόγραμμα υπερψηφίστηκε από μια κυβέρνηση εθνικής ενότητας η οποία δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα του γενικότερου κλίματος απογοήτευσης και της λαϊκής δυσαρέσκειας.⁸³ Μερικά από τα αυστηρότερα μέτρα που επιβλήθηκαν με αναδρομική εφαρμογή από την 1^η Ιανουαρίου του 2012, είναι τα εξής: Επιπρόσθετες μειώσεις σε μισθούς και συντάξεις κύριες και επικουρικές, επιπλέον περικοπές και καταργήσεις επιδομάτων με στόχο την εξοικονόμηση ποσού ύψους 1,5% του ΑΕΠ, για την περίοδο ισχύος του προγράμματος (2013-2015). Διατηρήθηκαν γενικά επιδόματα όπως, θέσης, παιδιών, εκπαίδευσης, επικινδυνότητας.

Θεσπίστηκε ο νόμος πλαίσιο για τα επικουρικά ταμεία, στοχεύοντας στη μείωση της ασφαλιστικής δαπάνης κατά 4% του ΑΕΠ, σχεδόν €600 εκ. μείωση. Πιο συγκεκριμένα μειώσεις της τάξεως του 15% των κυρίων ταμείων ασφάλισης ΔΕΗ, ΟΤΕ, Τραπεζών και 7% στο ΝΑΤ.⁸⁴ Μείωση κατά 22%, του κατώτατου μισθού σε όλα τα κλιμάκια του βασικού μισθού, (από €751 σε €586), ενώ στους νεοεισερχόμενους στον εργασιακό χώρο μέχρι 25 ετών, κατά 32%. Επανεξέταση όλων των ειδικών μισθολογίων και των

Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας.

⁸² Ν. 4093/2012 ΦΕΚ Α 222/12-11-2012: Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του Ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016.

⁸³ Η Κυβέρνηση Εθνικής Ενότητας σχηματίστηκε στις 11 Νοεμβρίου του 2011 και η θητεία της έληξε στις 17 Μαΐου του 2012 με την παραίτησή της. Σχηματίστηκε ως συνέχεια της ανακοίνωσης της παραίτησης του έως τότε Πρωθυπουργού Γεώργιου Παπανδρέου και της Κυβέρνησής του έτσι, ώστε να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις σύστασης Κυβέρνησης ευρείας αποδοχής. Έπειτα από συμφωνία τριών κοινοβουλευτικών κομμάτων, του κυβερνώντος κόμματος του ΠΑΣΟΚ, του κόμματος της αξιωματικής αντιπολίτευσης της Νέας Δημοκρατίας και του Λαϊκού Ορθόδοξου Συναγερμού, διορίστηκε από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας Κároλο Παπούλια Πρωθυπουργός ο Λουκάς Παπαδήμος, πρώην Αντιπρόεδρος της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και πρώην Διοικητής της Τράπεζας της Ελλάδος.

⁸⁴ Ν. 4051/2012 ΦΕΚ 40/Α'29-2-2012, Ρυθμίσεις συνταξιοδοτικού περιεχομένου και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις εφαρμογής του Μνημονίου Συνεννόησης του Ν. 4046/2012.

μισθολογικών κλιμακίων, με πάγωμα μισθών⁸⁵ μέχρι το 2015, στοχεύοντας στην εξοικονόμηση ποσού 0,2% του ΑΕΠ σε ετήσια βάση.

Διατήρηση προσλήψεων στη μία για κάθε πέντε αποχωρήσεις στο δημόσιο τομέα με ταυτόχρονη μείωση συμβασιούχων, απολύσεις και άρση μονιμότητας. Απαιτείται κατάργηση 150.000 θέσεων εργασίας έως το 2015, εκ των οποίων 15.000 εντός του 2012 και άρση της μονιμότητας, σε ΔΕΚΟ και Τράπεζες που τελούσαν υπό κρατικό έλεγχο. Περιορισμός εισαγωγών σε στρατιωτικές και αστυνομικές σχολές και γενικά σε σχολές που εξασφαλίζουν αυτόματη πρόσληψη στο δημόσιο.

Σαρωτικές ανατροπές επήλθαν και στα εργασιακά. Μέσω της κατάργησης των κλαδικών συμβάσεων εργασίας και αντί αυτών σύναψη ατομικών ή συλλογικών συμβάσεων, με μέγιστη διάρκεια τα τρία έτη. Ενώ η πρόβλεψη για τις ισχύουσες συμβάσεις ήταν λήξη ένα χρόνο μετά τη νομοθέτηση του προγράμματος. Στο προσκήνιο επανήρθε η εφεδρεία.

Επιπλέον μέτρα:

- Αναθεώρηση της μεθόδου συλλογής εισφορών, μέσω της εισαγωγής συστήματος συλλογής ασφαλιστικών εισφορών.
- Παύση των Οργανισμών Εργατικής Κατοικίας και Εστίας.
- Αύξηση των αντικειμενικών αξιών των ακινήτων, καθώς και ενοποίηση των φόρων τους.
- Κλείσιμο διακοσίων Εφοριών.
- Αύξηση του κομίστρου των εισιτηρίων κατά 25% στις αστικές συγκοινωνίες και στον ΟΣΕ.
- Κατάργηση φοροαπαλλαγών και του χαμηλού ΦΠΑ στα νησιά.
- Πλήρες άνοιγμα είκοσι κλειστών επαγγελματιών,⁸⁶ αποσκοπώντας στην ευελιξία της αγοράς.
- Επιπρόσθετες περικοπές σε επιδόματα, σε δαπάνες για την υγεία, την άμυνα, για λειτουργία του Κράτους και Εκλογών.

⁸⁵ Τροπολογία με την οποία αναστέλλεται έως και το 2018 κάθε μισθολογική ωρίμανση και προαγωγή των λειτουργών και υπαλλήλων που αμείβονται.

⁸⁶ Ν 4038/2012 ΦΕΚ 14/Α'2-2-2012, *Επείγουσες ρυθμίσεις που αφορούν την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012–2015*.

Το Νοέμβριο του 2012, με το πολυνομοσχέδιο ψηφίζονται και μία σειρά μέτρων μεταξύ των οποίων ήταν: η σύσταση της θέσης του Γενικού Γραμματέα Δημοσίων Εσόδων, ο επιπλέον περιορισμός των συντάξεων και των κοινωνικών δαπανών, η νέα μείωση των μισθολογικών δαπανών μέσω της κατάργησης των επιδομάτων εορτών και αδείας, καθώς και των «ειδικών μισθολογίων» του Δημοσίου και τέλος, η τροποποίηση διαφόρων φορολογικών διατάξεων.

Έχοντας όλα αυτά υπόψη, οι υπουργοί Οικονομικών της Ευρωζώνης και το ΔΝΤ, κατέληξαν σε συμφωνία σχετικά με την παράταση της δημοσιονομικής προσαρμογής κατά δύο έτη, καθώς και σε δέσμη μέτρων για τη μείωση του χρέους της Ελλάδος στο 124% του ΑΕΠ, μέχρι το 2020.

5.3 ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Το Δεύτερο Ελληνικό Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής σάρωσε και το χώρο της υγείας, περιλαμβάνοντας τεράστιες αλλαγές, οι οποίες αφορούσαν κυρίως στον τομέα του φαρμάκου. Πρωταρχικός στόχος ήταν οι φαρμακευτικές δαπάνες να προσεγγίσουν τα επίπεδα των λοιπών κρατών της Ε.Ε.. Έτσι, τέθηκε σε εφαρμογή ένας αυτόματος μηχανισμός επανείσπραξης, ο οποίος εγγυόταν ότι η δαπάνη για εξωνοσοκομειακά φάρμακα την περίοδο 2012 έως 2015, δε θα μπορούσε να ξεπεράσει τα όρια του προϋπολογισμού, αποσκοπώντας στη μείωση της αναφερόμενης δαπάνης από το 1.9% στο 1% του ΑΕΠ μέχρι το τέλος του 2014. Ένας ακόμα στόχος ήταν η μείωση των δημόσιων υγειονομικών δαπανών στο 6% του ΑΕΠ ή και χαμηλότερα, μέσω της συνέχισης των μεταρρυθμίσεων σχετικά με τη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας.

Τα κυριότερα μέτρα πολιτικής που ελήφθησαν στα πλαίσια του Δεύτερου Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής, επιδιώκοντας τον εξορθολογισμό των δαπανών για την υγεία, ήταν τα εξής:⁸⁷

Έγινε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος Υγείας, μέσω ρύθμισης θεμάτων του ΕΣΥ και των εποπτευόμενων φορέων, καθώς και αναδιοργάνωσης των Υπουργείων

⁸⁷ Ν. 4052/2012 ΦΕΚ 41/Α'1-3-2012, *Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.*

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.⁸⁸ Πιο συγκεκριμένα, το Δεύτερο Πρόγραμμα προέβλεπε σειρά μέτρων, με σκοπό τη βελτίωση της συνοχής της πολιτικής της υγείας, τη μείωση του κατακερματισμού της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και των διοικητικών δαπανών, την ενίσχυση της δομής διακυβέρνησης του συστήματος υγείας, την ανάπτυξη μιας ισχυρής ικανότητας παρακολούθησης, αξιολόγησης και μιας ικανότητας ηλεκτρονικής υγείας (e-health), την ενίσχυση και την ενοποίηση του δικτύου πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τέλος μέτρα για τον εξορθολογισμό του νοσοκομειακού δικτύου (νέος χάρτης υγείας).

Όσον αφορά τις προμήθειες των νοσοκομείων, επιχειρήθηκε ενίσχυση των κεντρικών προμηθειών μέσω της ρύθμισης θεμάτων της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ).⁸⁹ Αναλυτικότερα, ανατέθηκε η κεντρική διαχείριση των προμηθειών στην ΕΠΥ και η περιφερειακή διαχείρισή τους στις Περιφερειακές Αρχές Υγείας, στοχεύοντας στην ουσιαστική αύξηση του αριθμού των δαπανών, και συνεπώς του μεριδίου των δαπανών που καλύπτονταν από τις κεντρικές διαγωνιστικές διαδικασίες. Η ΕΠΥ ανέλαβε μία σημαντική προσπάθεια αξιοποίησης των διαγωνιστικών διαδικασιών για τις συμβάσεις πλαίσιο που αφορούσαν στα πλέον ακριβά φάρμακα που χρησιμοποιούνταν εξωνοσοκομειακά, αποσκοπώντας στη σημαντική μείωση της τιμής που πληρώνονταν από τον ΕΟΠΥΥ.

Καθιερώθηκε μηχανισμός παρακολούθησης των προμηθειών. Προς τούτο συστάθηκε ανεξάρτητη ομάδα κρούσης από εμπειρογνώμονες πολιτικής υγείας. Η Ανεξάρτητη Ομάδα Εμπειρογνομώνων Πολιτικής Υγείας, περισσότερο συμβουλευτική ομάδα, έχει ως κύρια αρμοδιότητα την κατάρτιση μία ετήσιας έκθεσης για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων. Παράλληλα, τοποθετήθηκαν σε όλα τα νοσοκομεία εσωτερικοί ελεγκτές,⁹⁰ με σκοπό τον έλεγχο της απόδοσης των οργανισμών αναφορικά με την εκτέλεση του προϋπολογισμού και τη συσσώρευση καθυστερούμενων καταβολών. Οι οποίοι προτείνουν επανορθωτικές ενέργειες σε εκείνα που αθετούν τις υποχρεώσεις τους.

⁸⁸ Ν. 4052/2012 ΦΕΚ 41/Α' /1-03-2012, Κεφ. Α', Β', Γ'.

⁸⁹ Ν. 4052/2012 ΦΕΚ 41/Α' /01-03-2012, Κεφ. Ε'

⁹⁰ Με την εφαρμογή του Ν. 3871 ΦΕΚ 141/Α' /17-8-2010, Άρθρο 6, Δημοσιονομική Διαχείριση και Ευθύνη

Καθιερώθηκαν σε όλα τα νοσοκομεία τα μητρώα ανάληψης δεσμεύσεων,⁹¹ καθιστώντας εφικτή τη λεπτομερή παρακολούθηση της εκτέλεσης του προϋπολογισμού, περιλαμβάνοντας τόσο τις δεσμεύσεις που έχουν αναληφθεί για τις δαπάνες.

Ως προς την αγορά του φαρμάκου, γίνονται ρυθμίσεις που αφορούν: σε θέματα του ΕΟΦ, σε φαρμακεία και σε φάρμακα.⁹²

Αναφορικά με τα φαρμακεία, δόθηκε η δυνατότητα στους ιδιοκτήτες φαρμακείων, επέκτασης του ωραρίου λειτουργίας τους κατά τις απογευματινές ώρες, από Δευτέρα έως Παρασκευή, καθώς και το Σάββατο. Το διευρυμένο νέο ωράριο θα συμπίπτει απόλυτα με αυτό των εφημεριών όπως το ορίζει ο οικείος φαρμακευτικός σύλλογος και θα πρέπει να τηρείται για όλο το χρονικό διάστημα που καλείται να δηλώσει εξ αρχής ο φαρμακοποιός. Η μη τήρηση του διευρυμένου ωραρίου θα επιφέρει τις προβλεπόμενες κυρώσεις ως ίσχυαν από τη σχετική με τις εφημερίες νομοθεσία.⁹³

Ως προς την αγορά του φαρμάκου, έγινε περικοπή €1δισ. στις εξωνοσοκομειακές φαρμακευτικές δαπάνες κατά τη διάρκεια του 2012. Εισήχθη ένα προοδευτικά μειούμενο περιθώριο κέρδους για τους φαρμακοποιούς, με κατ' αποκοπή ποσού €30 επί των φαρμάκων με τιμή πάνω από €200, στοχεύοντας στη μείωση του συνολικού ποσοστού κέρδους κάτω από το 15%, και περιορισμό του κέρδους των χονδρεμπόρων έως το 5%.

Έγινε αναθεώρηση του συστήματος συμμετοχής στη δαπάνη για φάρμακα, με επέκταση της κάλυψης των φαρμάκων για εκείνα που ισχύει η συμμετοχή και αποζημιώνονται μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, με εξαίρεση ενός περιορισμένου αριθμού σκευασμάτων. Επιβλήθηκε κλειστός προϋπολογισμός στον ΕΟΠΥΥ για εν λόγω φάρμακα, τα οποία διατίθενται από τα ιδιωτικά φαρμακεία με ιατρική συνταγή. Δηλαδή όταν το όριο που έχει οριστεί για τον ΕΟΠΥΥ και τα δημόσια νοσοκομεία ξεπεραστεί, με βάση το ύψος των

⁹¹ Ν. 4270/2014 ΦΕΚ 143/Α/28-06-2014 *Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας Άρθρο 66 παρ. 1 και 2, Ανάληψη υποχρέωσης είναι η διοικητική πράξη με την οποία γεννάται ή βεβαιώνεται υποχρέωση του Δημοσίου και των λοιπών φορέων της Γενικής Κυβέρνησης έναντι τρίτων (νομική δέσμευση). Προκειμένου να αναληφθεί εγκύρως οποιαδήποτε δέσμευση ή να εκτελεσθεί οποιαδήποτε δαπάνη, εκδίδεται απόφαση ανάληψης υποχρέωσης η οποία περιέχει βεβαίωση του αρμόδιου, κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου, οργάνου περί ύπαρξης και δέσμευσης της αναγκαίας πίστωσης (δημοσιονομική δέσμευση). Η απόφαση ανάληψης υποχρέωσης υπογράφεται από τον διατάκτη και περιέχει βεβαίωση του προϊστάμενου οικονομικών υπηρεσιών του φορέα, ότι το ποσό της δαπάνης που αφορά, βρίσκεται εντός των ορίων της σχετικής πίστωσης, και ειδικά για την Κεντρική Διοίκηση εντός του διαθέσιμου ποσοστού αυτής, και ότι έχει δεσμευθεί από τον προϋπολογισμό του φορέα. Το ποσό παραμένει δεσμευμένο μέχρι την καταβολή του ή μέχρι την ανάκληση της δέσμευσης της πίστωσης κατόπιν αιτήματος του διατάκτη.*

⁹² Ν. 4052/2012 ΦΕΚ 41/Α'/1-3-2012, Κεφ.ΣΤ' και Ζ'.

⁹³ Η παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 3918/2011 ΦΕΚ 31/Α'/02-03-2011 όπως αντικαταστάθηκε από το Ν. 4052/2012 ΦΕΚ 41/Α'/1-3-2012, Κεφ.ΣΤ', άρθ. 15.

ιατρικών συνταγών για τα αποζημιούμενα σκευάσματα, η επιπλέον δαπάνη θα καλύπτεται από τις φαρμακευτικές και θα παρακρατείται από τις πληρωμές τους μέσω του μηχανισμού του claw back (μηχανισμός αυτόματων επιστροφών). Ταυτόχρονα, οι φαρμακοβιομηχανίες υποχρεώνονται σε αναγκαστικές εκπτώσεις στα σκευάσματα που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά και είναι στη λίστα αποζημίωσης (rebate).

Επιλέχθηκε ένας αριθμός των πιο ακριβών φαρμάκων, που πωλούνταν μέχρι τότε στα φαρμακεία, με σκοπό τη διάθεση τους από τα νοσοκομεία ή τα φαρμακεία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Έγινε προσπάθεια προώθησης της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων, έχοντας ως στόχο την αύξηση της χρήσης τους στο 35% έως το τέλος του 2012 και στο 60% έως το τέλος του 2013. Μέσω της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με βάση την ενεργό ουσία, αντί για το επώνυμο όνομα, δίνοντας εντολή για υποκατάσταση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων από προϊόν με τη χαμηλότερη τιμή της ίδιας δραστικής ουσίας. Της μείωσης της μέγιστης τιμής του γενόσημου στο 40% της τιμής του πατενταρισμένου φαρμάκου, κατά τη λήξη της πατέντας και της αυτόματης μείωσης των τιμών των φαρμάκων προέλευσης, όταν η πατέντα τους λήγει για ένα ανώτατο όριο 50% της τιμής του κατά το χρόνο λήξης της πατέντας. Και τέλος μέσω της κάλυψης πρωτοτύπων φαρμάκων, μόνον όταν αυτά καλύπτονται στα δύο τρίτα των χωρών της ΕΕ.

Στα πλαίσια της μείωσης του λειτουργικού κόστους των νοσοκομείων έγινε αναθεώρηση της τιμολόγησης και για τις διαγνωστικές εξετάσεις που εκτελούνταν από συμβεβλημένους ιδιώτες στοχεύοντας στη μείωση των σχετικών δαπανών κατά €45 εκ. εντός του 2012. Και στην περίπτωση των διαγνωστικών εξετάσεων η κυβέρνηση δημοσιεύει τριμηνιαίες εκθέσεις για τη συνταγογράφηση και δαπάνη των διαγνωστικών εξετάσεων.

Μία σειρά ρυθμίσεων σχετικά με τη συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ περιλαμβάνονται και στο Δεύτερο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής.⁹⁴ Μέσω του νέου ταμείου υγείας ΕΟΠΥΥ, η κυβέρνηση δεσμεύτηκε για την εξάλειψη ανισοτήτων όσον αφορά στην αγορά των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα για τον εξορθολογισμό του συστήματος και την

⁹⁴Ν. 4052/2012 ΦΕΚ Α'41/1-3-2012, Κεφ.Δ'

εκμετάλλευση των οικονομιών κλίμακας⁹⁵ προωθείται η συγχώνευση όλων των ταμείων υγείας με το ΕΟΠΥΥ.

Ο ΕΟΠΥΥ και τα υπόλοιπα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, έως ότου ολοκληρωθεί η ενοποίησή τους, υποχρεώθηκαν να δημοσιεύουν μία ετήσια έκθεση για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων. Η ετήσια έκθεση καθώς και οι επί μέρους εκθέσεις συνταγογράφησης αναλύουν τη συνταγογραφική δραστηριότητα, με ιδιαίτερη έμφαση στα πλέον ακριβά και πλέον χρησιμοποιούμενα φάρμακα.

Το Δεύτερο Ελληνικό πρόγραμμα προέβλεπε μείωση κατά 8% του λειτουργικού κόστους των νοσοκομείων, έτσι από την πλευρά της Ελλάδος έλαβαν χώρα μια σειρά οργανωμένων προσπαθειών προκειμένου να επιτευχθεί η εν λόγω μείωση. Το σχέδιο εκσυγχρονισμού, αναδιοργάνωσης και αναδιάρθρωσης του συστήματος Υγείας, υλοποιήθηκε βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα στοχεύοντας πάντα στη μείωση των υφιστάμενων ανεπαρκειών, στην αξιοποίηση των οικονομιών κλίμακας,⁹⁶ και τέλος στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς.

Αρχικά δόθηκε η δυνατότητα κινητικότητας του προσωπικού των Νοσοκομείων και των γιατρών εντός και μεταξύ ιδρυμάτων, υγειονομικών περιφερειών και νοσοκομείων που βρίσκονται στην ίδια περιοχή και υγειονομική περιφέρεια. Τον Αύγουστο του 2013 καταργήθηκαν οι οργανικές θέσεις⁹⁷ 1.618 εργαζομένων, οκτώ νοσοκομείων της Αθήνας και Θεσσαλονίκης καθώς και του Ινστιτούτου Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΙΕΝΘΥΑΕ), οι οποίοι τέθηκαν σε διαθεσιμότητα⁹⁸ και στη

⁹⁵ Οικονομίες κλίμακας είναι η τάση του μακροχρόνιου μέσου συνολικού κόστους να μειώνεται όταν αυξάνεται η ποσότητα της παραγωγής.

⁹⁷ Κ.Υ.Α. 2322/Β/17-9-2013, για το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας (ΙΚΑ ΕΤΑΜ, Κεντρική Υπηρεσία, ΣΕΠΕ, Γεν. Γραμματεία Κοιν. Ασφαλίσεων, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΕΤΕΑ, ΟΑΕΔ).

⁹⁸ Ν. 4172 ΦΕΚ 167/Α' /23-07-2013 Τμ Β' κεφ. Δ' Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012, του ν. 4093/2012 και του ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις.

Στις διατάξεις του Κεφαλαίου 4 του ν. 4325/2015 «Αποκατάσταση αδικιών - Επαναφορά προσωπικού - Κινητικότητα», εμπίπτουν μόνιμοι και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου υπάλληλοι οι οποίοι τελούν σε καθεστώς διαθεσιμότητας βάσει του παρόντος νόμου, ακόμη και εάν έχει παρέλθει ο χρόνος της διαθεσιμότητας χωρίς να έχει λυθεί η υπαλληλική τους σχέση. Με την ολοκλήρωση των διαδικασιών του Κεφαλαίου 4 του ν. 4325/2015, καταργείται ο θεσμός της διαθεσιμότητας των άρθρων 80, 81, 82, 90, 91 και 93 του παρόντος νόμου.

Σύμφωνα με το άρθρο 39 του ν. 4369/2016, για όσους υπάλληλους τέθηκαν σε καθεστώς διαθεσιμότητας με βάση τις διατάξεις του παρόντος νόμου, ο χρόνος της διαθεσιμότητας θεωρείται ως χρόνος πραγματικής υπηρεσίας και λαμβάνεται υπόψη για τη μισθολογική και βαθμολογική εξέλιξη. Σύμφωνα με το άρθρο 70 του ν. 4369/2016 υπάλληλοι οι οποίοι έχουν περιληφθεί σε οριστικούς πίνακες διάθεσης του παρόντος νόμου, δεν έχουν μεταφερθεί/μεταταχθεί μέχρι και τη δημοσίευση του ν. 4369/2016, σε συσταθείσες θέσεις, που δεν έχουν καλυφθεί πλήρως, δύνανται, κατόπιν αιτήσεώς τους, η οποία θα κατατεθεί

συνέχεια σε κινητικότητα. Το Νοέμβριο του ίδιου έτους ολοκληρώθηκε η τοποθέτηση των εργαζομένων στις νέες οργανικές τους θέσεις.

Στόχος ήταν να τεθεί σε εφαρμογή ο νέος υγειονομικός χάρτης, μέσω της αναθεώρησης της δραστηριότητας των μικρότερων νοσοκομείων με κατεύθυνση την εξειδίκευση σε τομείς όπως: η αντιμετώπιση καρκινοπαθών ή ασθενών τελικού σταδίου, η αποκατάσταση αναπήρων και χρονίων πασχόντων. Επιπλέον στόχος ήταν η αναδιοργάνωση των δομών των επειγόντων περιστατικών και εφημεριών, η βελτιστοποίηση της κατανομής των πόρων βαρέως ιατρικού εξοπλισμού (τομογράφοι, ακτινοθεραπευτικά μηχανήματα κλπ) αναλόγως των αναγκών, της τιμολόγησης και της χρήσης διαγνωστικών υπηρεσιών.

Οι υγειονομικές μονάδες που άλλαξαν χαρακτήρα ήταν οι εξής: στην Αθήνα, τα θεραπευτήρια του ΙΚΑ 1^ο, 6^ο και 7^ο, η Πολυκλινική Αθηνών, το Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων, το Νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμινγκ», το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο «Η Αγία Ελένη» και το Γενικό Νοσοκομείο «Αγία Βαρβάρα». Και στη Θεσσαλονίκη, το Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων, το Νοσοκομείο Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων, το Γενικό Νοσοκομείο «Παναγία» και το ΙΕΝΘΥΑΕ.

Όσον αφορά τις αμοιβές και τη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας, επικαιροποιήθηκε στα πλαίσια της όλης μεταρρύθμισης, έκθεση για τους ανθρώπινους πόρους, η οποία εκπονήθηκε από το Υπουργείο Υγείας με σκοπό την παρουσίαση της διάρθρωσης του προσωπικού ανά ειδικότητα. Η εν λόγω έκθεση θα επικαιροποιείται ετησίως και θα χρησιμοποιείται ως εργαλείο για το σχεδιασμό των ανθρώπινων πόρων. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι την περίοδο εκείνη συντελείται για πρώτη φορά και ο έλεγχος των πτυχίων των δημοσίων υπαλλήλων.

5.4 Εφαρμογή των KEN-DRG's στα Νοσοκομεία της Ελλάδος

Το 2010, με απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκκίνησε η διερεύνηση εφαρμογής των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων KEN-DRG's στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ μέσω μιας επιτροπής η οποία ορίστηκε με την ίδια απόφαση.

στη Διεύθυνση Διοικητικού/Προσωπικού του φορέα που ανήκαν οργανικά, να επανέλθουν σε συνιστώμενες προσωποπαγείς θέσεις της ειδικότητας που κατείχαν στον ως άνω φορέα με τον ίδιο βαθμό και στο ίδιο μισθολογικό κλιμάκιο το οποίο κατείχαν κατά τη θέση τους σε διαθεσιμότητα βάσει του παρόντος νόμου.

Η πρόταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τα 700 Κ.Ε.Ν., με συντελεστή κόστους μόνο για το ΕΣΥ, διαβιβάστηκε στο Κεντρικό Συμβούλιο της Υγείας (ΚΕΣΥ) το Μάρτιο του 2011 λαμβάνοντας θετική γνωμοδότηση από την ολομέλεια του τον Μάιο του 2011. Στη συνέχεια, εκδόθηκε η σχετική Κοινή Υπουργική Απόφαση Υπουργού Οικονομικών, ΥΥΚΑ και Υπουργού Εργασίας⁹⁹ για την εφαρμογή και τις κατηγορίες των ΚΕΝ και συστάθηκε ομάδα εργασίας ΚΕΝ προς παρακολούθηση της εφαρμογής τους.

Τον Αύγουστο του 2011, σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ εφαρμόστηκε ένα πιλοτικό πρόγραμμα Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων, με σκοπό την προσαρμογή των πληροφοριακών συστημάτων και την εκπαίδευση του προσωπικού για την οριστική εφαρμογή τους.

Στόχος ήταν η εφαρμογή ενός σύγχρονου συστήματος κοστολόγησης για τη σύναψη συμβάσεων μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ. Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, όπως έχει αναφερθεί και στα πλαίσια της παρούσης, βασιζόταν σε ένα προβληματικό μοντέλο που αδυνατούσε όχι μόνο να ανταποκριθεί επαρκώς στις εξελίξεις αλλά και να υποστηρίξει κατά τρόπο αποτελεσματικό τη λειτουργία των σύγχρονων υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τις επιταγές των μνημονίων, τα ΚΕΝ-DRGs χρησιμοποιήθηκαν ως ένα εξορθολογισμένο σύστημα αποζημίωσης των Νοσοκομείων. Με σκοπό την αποδοτικότερη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.

Στις 27 Σεπτεμβρίου του 2011 ολοκληρώθηκε η αντιστοίχιση ΚΕΝ – ICD10 διαγνώσεων. Από την 1^η Οκτωβρίου του ίδιου έτους ξεκίνησε η τιμολόγηση σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Με στόχο μέχρι τέλος του 2011 να ολοκληρωθούν οι τυχόν προσαρμογές¹⁰⁰ ώστε από 1^η Δεκεμβρίου του 2012 να τεθούν σε εφαρμογή, αποτελώντας ένα χρήσιμο εργαλείο ως προς τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων.

Ένα από τα βασικά οφέλη από την εφαρμογή των ΚΕΝ ήταν ότι οι ασθενείς δεν θα επωμίζονται το βάρος της δαπάνης, εάν παραμένουν περισσότερο από την καθορισμένη μέση διάρκεια νοσηλείας, αλλά τα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία είναι ασφαλισμένοι. Επισημαίνεται ότι βάσει του πορίσματος του πρώτου ελέγχου για την εφαρμογή των ΚΕΝ

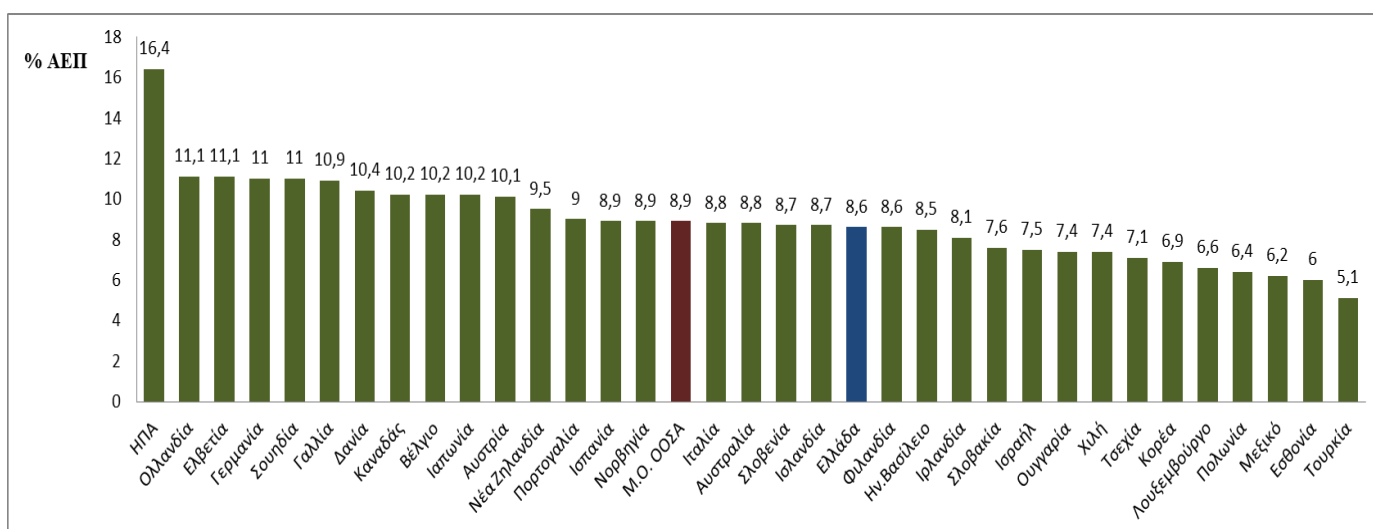
⁹⁹ Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.85649/2011 ΦΕΚ 1702/Β'/01-08-2011, «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ».

¹⁰⁰Ο υποστηρικτικός μηχανισμός παρέχεται από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), μέσω ενταγμένου έργου στο ΕΣΠΑ, και την επιστημονική ευθύνη του καθηγητή Γ. Κυριόπουλου.

στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, το σύνολο των εκτιμώμενων εσόδων των εσωτερικών ασθενών παραμένει το ίδιο με αυτό του προηγούμενου συστήματος.¹⁰¹

Το δεύτερο τρίμηνο του 2012 έγινε μία ανάλυση του τρόπου με τον οποίο τα λογιστικά προγράμματα των νοσοκομείων ενσωμάτωσαν τα ΚΕΝ σε νοσοκομειακό επίπεδο εν όψει της μελλοντικής αναφοράς κόστους, με βάση τις ιατρικές πράξεις και του προϋπολογισμού πληρωμών βάσει προοπτικής δαπάνης των νοσοκομείων.

Γράφημα: 5.1 Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2013¹⁰²



5.5 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Λόγω του ότι η Ελλάδα δε συμμορφώθηκε ουσιαστικά με τους κανόνες του Πρώτου Προγράμματος, καθώς υπήρξε σειρά μέτρων τα οποία δεν εφαρμόστηκαν, και σε συνδυασμό με την πολιτική αστάθεια της χώρας, τον κίνδυνο εξόδου από το Ευρώ ο οποίος ελλόχευε και τη ραγδαία επιδείνωση των οικονομικών δεικτών, οδηγήθηκε στην υιοθέτηση πρόσθετων μέτρων εξυγίανσης το Φεβρουάριο του 2012 και στην υπογραφή του Δεύτερου Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής με διάρκεια έως το 2021. Το δεύτερο πρόγραμμα συνοδεύτηκε και από την υποχρέωση δημιουργίας μηχανισμού μόνιμης εποπτείας της χώρας για τον έλεγχο της εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων.

¹⁰¹ Γραφείο Τύπου Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης δελτίο τύπου Τρίτη 18 Οκτωβρίου 2011.

¹⁰² Πηγή: OECD Health Data 2015, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας ΣΛΥ 2013

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΤΡΙΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ 2015-2017

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις 19 Αυγούστου του 2015, η ελληνική κυβέρνηση προέβη στην υπογραφή του Τρίτου Μνημονίου και των Δανειακών Συμβάσεων,¹⁰³ το περιεχόμενο των οποίων κινείται στην ίδια κατεύθυνση με εκείνη των προηγούμενων Συμφωνιών. Η νέα Δανειακή Συμφωνία προέβλεπε την εκταμίευση του ποσού των €86 δισ., εκ των οποίων τα €25 δισ. προορίζονταν για την ανακεφαλαίωση των Ελληνικών Τραπεζών, και αυτό διότι, το πρώτο εξάμηνο του 2016, έχασαν περίπου €45 δισ., ποσό το οποίο αποτελούσε σημαντικό μέρος των καταθέσεών τους. Η κατάσταση αυτή στις Ελληνικές Τράπεζες δημιουργήθηκε λόγω του πανικού των καταθετών, μετά την ανακοίνωση του δημοψηφίσματος τον Ιούνιο του 2016, αλλά και λόγω του επικείμενου κινδύνου ενός GREXIT.

Η επί έξι ολόκληρους μήνες αδυναμία διαπραγμάτευσης με την Τρόικα για την υπογραφή νέας συμφωνίας, λίγο πριν τη λήξη της προθεσμίας της 30^{ης} Ιουνίου του 2016, η πολιτική αστάθεια της χώρας, σε συνδυασμό με το πρόβλημα ρευστότητας και της αβεβαιότητας της Ελληνικής Οικονομίας, καθώς και το Δημοψήφισμα του Ιουνίου του 2016, που οδήγησε τις Τράπεζες, λόγω του πανικού των καταθετών, στο ουσιαστικό κλείσιμο τους¹⁰⁴ και στην έναρξη των capital controls,¹⁰⁵ είναι οι βασικοί λόγοι που δημιούργησαν τον κίνδυνο ενός GREXIT.

¹⁰³ Ν. 4336/2015 ΦΕΚ 94/Α'/14-08-2015: *Συνταξιοδοτικές διατάξεις – Κύρωση του Σχεδίου Σύμβασης Οικονομικής Ενίσχυσης από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και ρυθμίσεις για την υλοποίηση της Συμφωνίας Χρηματοδότησης.*

Ν. 4387/2016 ΦΕΚ 85/Α'/2016: *Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού – συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις.*

Ν. 4389/2016 ΦΕΚ 94/Α'/27-5-2016: *Επείγουσες διατάξεις για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις.*

¹⁰⁴ ΠΝΠ ΦΕΚ 65/Α'/28-06-2015, Τραπεζική Αργία Βραχείας Διάρκειας

¹⁰⁵ ΠΝΠ ΦΕΚ 79/Α'/14-07-2015 Συμπλήρωση της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου της 28ης Ιουνίου 2015 «Τραπεζική αργία βραχείας διάρκειας», όπως τροποποιήθηκε με την από 30 Ιουνίου 2015 Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου και ισχύει, αναφορικά με την παράταση διάρκειας τραπεζικής αργίας, ρύθμιση θεμάτων συναλλαγών κατά τη διάρκεια αυτής, περιοριστικών μέτρων, αναστολή πράξεων αναγκαστικής

Η κατάσταση αυτή είχε ως συνέπεια την αύξηση του χρέους της χώρας, λόγω των νέων δανείων, από τον Μηχανισμό Έκτακτης Ρευστότητας (ELA). Το τρίτο Μνημόνιο έθεσε τέσσερις βασικούς στόχους. Ο πρώτος αποσκοπούσε στην αποκατάσταση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας, μέσω της επίτευξης πρωτογενούς πλεονάσματος στο 3,5% του ΑΕΠ το 2018, θέτοντας ως ενδιάμεσους στόχους, την επίτευξη πρωτογενούς πλεονάσματος, στο 0,25% του ΑΕΠ, για το έτος 2015, στο 0,5% του ΑΕΠ για το έτος 2016, και τέλος στο 1,75% του ΑΕΠ για το έτος 2017.

Ο δεύτερος στόχος αφορούσε στη διασφάλιση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας, μέσω της ανακεφαλαιοποίησης των Τραπεζών εντός του 2015, αλλά και μέσω της αντιμετώπισης των μη εξυπηρετούμενων δανείων. Ο τρίτος στόχος, εφαρμόζοντας μία σειρά μεταρρυθμίσεων στις αγορές εργασίας και προϊόντων, αποσκοπούσε στην ανάπτυξη, στην ανταγωνιστικότητα και στις επενδύσεις, καθώς και στην κατάρτιση προγράμματος ιδιωτικοποιήσεων, ενώ ο τέταρτος, αφορούσε στη μεταρρύθμιση της δημόσιας διοίκησης (επί παραδείγματι καταπολέμηση της διαφθοράς), διά της ενίσχυσης της θεσμικής και λειτουργικής ανεξαρτησίας των Ανεξάρτητων Αρχών.

6.2 Μέτρα Προσαρμογής

Το τρίτο Μνημόνιο πλήττει κυρίως τους συνταξιούχους, με μία σειρά μέτρων που ελήφθησαν και στόχευαν στη μείωση των κύριων και επικουρικών συντάξεων, στην κατάργηση του Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ),¹⁰⁶ στη μείωση της κατώτατης σύνταξης από τα €486 στα €345, αλλά και των αναπηρικών συντάξεων κατά τουλάχιστον 25%. Και τέλος μείωση του εφάπαξ των δημόσιων υπαλλήλων και των αυτοαπασχολούμενων.

Επιπροσθέτως, κάποια από τα βασικά μέτρα, που ελήφθησαν ήταν τα εξής: Πολλαπλασιασμός των φόρων, με αύξηση του φόρου εισοδήματος των νομικών προσώπων, αύξηση του φόρου από ενοίκια αναλογικά με το εισόδημα, καθώς και αύξηση

εκτέλεσης, καταβολής εγγυοδοσιών και πάσης φύσεως παραβόλων καθώς και παράτασης της λύσης και εκκαθάρισης του ΟΔΙΕ.

ΠΝΠ ΦΕΚ 85/Α/18-07-2015 Επείγουσες ρυθμίσεις για τη θέσπιση περιορισμών στην ανάληψη μετρητών και τη μεταφορά κεφαλαίων και τις τροποποιήσεις των νόμων 4063/2012, 4172/2013, 4331/2015 και 4334/2015.

¹⁰⁶ Ν. 3996/2011 ΦΕΚ 170/Α/05-08-2011 άρθρο 34: Αναμόρφωση του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας, ρυθμίσεις θεμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης και άλλες διατάξεις.

της φορολογίας στα επενδυτικά οχήματα (UCITS funds, εταιρείες Real Estate και Portfolio Management Companies).

Αύξηση του ΦΠΑ, με μετακίνηση των περισσότερων αγαθών και υπηρεσιών, από το 6,5% και το 13% στο 23%, ενώ καταργήθηκε η έκπτωση που ίσχυε για τα Δωδεκάνησα. Ταυτόχρονα, αυξήθηκαν οι ειδικόι φόροι κατανάλωσης σε βενζίνη, ντίζελ για κίνηση και θέρμανση, LPG, κηροζίνη και αέριο, καθώς και σε τσιγάρα και καπνό.¹⁰⁷ Αύξηση του ειδικού φόρου κατανάλωσης στην μπίρα και κατάργηση της έκπτωσης 50% στα αλκοολούχα ποτά που ίσχυε στα Δωδεκάνησα. Συγχρόνως, μειώθηκε στο μισό το επίδομα πετρελαίου θέρμανσης, ενώ καταργήθηκε η επιστροφή Ειδικού Φόρου Κατανάλωσης στο αγροτικό πετρέλαιο κίνησης (diesel).

Αξίζει να σημειωθεί πως από το καλοκαίρι του 2015 μέχρι το φθινόπωρο του 2016 ψηφίσθηκαν, και εφαρμόστηκαν, αυστηρά μέτρα φορολόγησης και περικοπής μισθών και συντάξεων, τα οποία ξεπέρασαν τα €9 δισ.

Στις 27 Μαΐου του 2016, λόγω ελλειπύς εμπιστοσύνης στην αποτελεσματική εφαρμογή του Τρίτου Μνημονίου, και έπειτα από πίεση των δανειστών, συμφωνείται η θεσμοθέτηση ενός Μηχανισμού Δημοσιονομικής Προσαρμογής,¹⁰⁸ του λεγόμενου «Κόφτη» δημοσιονομικών δαπανών, μισθών και συντάξεων, ο οποίος θα ενεργοποιείται σε περίπτωση μη επίτευξης των δημοσιονομικών στόχων, προκειμένου να ολοκληρωθεί η Συμφωνία και να εκταμιευτεί η δόση.¹⁰⁹

Οι νέες ρυθμίσεις, είχαν ως αποτέλεσμα την αντικατάσταση της Συμφωνίας του Αυγούστου του 2015, από μία νέα επικαιροποιημένη, η οποία προέβλεπε τη λήψη επιπλέον μέτρων. Στο πλαίσιο αυτό, έλαβε χώρα μία νέα αύξηση του συντελεστή ΦΠΑ, έχοντας ως στόχο έσοδα ύψους €450 εκατ.. Αυτό σημαίνει ότι τα προϊόντα και οι υπηρεσίες που βρίσκονταν στον συντελεστή 23% αυξήθηκαν κατά μία ποσοστιαία μονάδα στο 24%.

Συμφωνήθηκε αναπροσαρμογή των συντελεστών του ενιαίου φόρου ιδιοκτησίας ακινήτων (ΕΝΦΙΑ), με στόχο την κάλυψη των απωλειών από τη μείωση των αντικειμενικών τιμών. Επιβλήθηκε, φόρος 35% στα έσοδα από τυχερά παιχνίδια, αλλά και

¹⁰⁷ Επίσης, από την 1η Ιανουαρίου 2017 επιβλήθηκε φόρος και στα ηλεκτρονικά τσιγάρα.

¹⁰⁸ Ν. 4389/2016 ΦΕΚ 94/Α'27-5-2016, *Επείγουσες διατάξεις για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις. Άρθρο 233, Αυτόματος Μηχανισμός Δημοσιονομικής Προσαρμογής Προϋπολογισμού της Γενικής Κυβέρνησης.*

¹⁰⁹ European Commission, Μάιος 2016.

φόρος διανυκτέρευσης σε ξενοδοχεία άνω των δύο αστέρων και ενοικιαζόμενων άνω των δύο κλειδιών.

Στο νέο σχέδιο νόμου του Ιουνίου προστέθηκαν διατάξεις για την εθελοντική αποκάλυψη εισοδημάτων. Στο πλαίσιο αυτό και έχοντας ως στόχο τον εντοπισμό όσων έχουν αποκρύψει εισοδήματα, η Γενική Γραμματεία Δημοσίων Εσόδων ζήτησε από τα κράτη μέλη της Ε.Ε. την παροχή στοιχείων σχετικά με τα περιουσιακά στοιχεία από Ελλήνων πολιτών.

6.3 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όσον αφορά το χώρο της υγείας, αξίζει να σημειωθεί πως το 2015 οι δημόσιες δαπάνες για την Υγεία έκλεισαν στο 4% του ΑΕΠ (ενώ αντίστοιχα ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρισκόταν στο 6,9% του ΑΕΠ), με ότι αυτό συνεπάγονταν για τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων και την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, ασφαλισμένους και μη. Έτσι, το Τρίτο μνημόνιο δεν άφησε ανεπηρέαστο το συγκεκριμένο χώρο επιφέροντας μια σειρά σκληρών μέτρων. Χαρακτηριστικό δε είναι πως τίτλοι εφημερίδων που κυκλοφόρησαν στην Ελλάδα τη συγκεκριμένη περίοδο αναφέρουν χαρακτηριστικά πως «το Τρίτο μνημόνιο στέλνει το σύστημα υγείας στη εντατική.¹¹⁰»

Ο πανελλήνιος ιατρικός σύλλογος αναφέρει πως «οι διατάξεις που περιλαμβάνονται στο τρίτο μνημόνιο και αφορούν στο χώρο της Υγείας θα δώσουν το τελειωτικό χτύπημα στους ασθενείς, αλλά και στους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Η κατάσταση θα είναι εξαιρετικά δύσκολη για τους ασθενείς που θα αναγκαστούν να πληρώσουν περισσότερα για την υγεία τους, αλλά και για το σύνολο των επαγγελματιών της υγείας και ειδικότερα για όσους έχουν ιατρείο, εργαστήριο ή άλλη μικρομεσαία επιχείρηση¹¹¹».

Τα κυριότερα μέτρα που ελήφθησαν και αφορούσαν στο χώρο της υγείας ήταν τα εξής:

Αύξηση του ΦΠΑ στα νοσήλεια και στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, από το 13% στο 23%, όχι μόνο για το δημόσιο αλλά και τον ιδιωτικό τομέα της υγείας, καθώς στις ιδιωτικές μονάδες υγείας, όπως γενικές και ψυχιατρικές κλινικές, θεραπευτήρια,

¹¹⁰ Πηγή: Πρώτο Θέμα: 19/09/2015

¹¹¹ Τις παραπάνω διαπιστώσεις έκαναν τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ), κατά τη συνεδρίαση της 28^{ης} Αυγούστου 2015, μετά την ενημέρωση που είχαν από τον Πρόεδρο του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλασταράκο, για τις εξελίξεις στο χώρο της Υγείας, με την ψήφιση του τρίτου μνημονίου.

μαιευτήρια, γηροκομεία, αλλά και στα κέντρα φιλοξενίας ασθενών με άνοια και νόσο Alzheimer.¹¹²

Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός, πως ο ιδιωτικός τομέας έχει αναλάβει την περίθαλψη και τη νοσηλεία πληθώρας Ελλήνων, κυρίως λόγω της ιδιωτικής ασφάλισης των ασθενών, υποκαθιστώντας το ΕΣΥ και τούτο διότι την τρέχουσα περίοδο οι δημόσιες δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και του ΕΣΥ αδυνατούσαν σε πολλές περιπτώσεις να ανταπεξέλθουν στον ρόλο τους. Μετάβαση δηλαδή σε μια «οιονεί ιδιωτικοποίηση». Η ανασφάλεια των πολιτών, σχετικά με τη δυνατότητα του ΕΣΥ να καλύψει τις ανάγκες τους για υγεία, οδήγησε στην κατά 489,8% αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης για ασθενείς, γεγονός που αποδεικνύει την απόσταση που πρέπει να διανυθεί ώστε να δημιουργηθεί ένα πιο ασθενοκεντρικό-ανθρωποκεντρικό δημόσιο σύστημα υγείας.¹¹³

Αλλαγές στην τιμολόγηση των φαρμάκων¹¹⁴, στοχεύοντας σε μείωση των τιμών των offpatent¹¹⁵ φαρμάκων στο 50%, αλλά και όλων των γενόσημων στο 32,5% της τιμής που είχαν πριν χάσουν την πατέντα τους. Οι μειώσεις αφορούσαν το σύνολο των σκευασμάτων και όχι μόνο όσα κυκλοφόρησαν ή έχασαν την πατέντα μετά το 2012, όπως ίσχυε με προγενέστερες αποφάσεις. Στην υπουργική απόφαση, ωστόσο, τίθεται άλλη προστατευτική διάταξη για τα φάρμακα καθώς εισάγεται η διευκρίνιση πως οι μειώσεις στις τιμές των offpatent αφορούν σε φάρμακα με Λιανική Τιμή άνω των €12 και αντίστοιχα στα γενόσημα με Λιανική Τιμή άνω των €7,8.

Και τέλος, όπως προαναφέρθηκε στα γενικότερα μέτρα, όμως επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το συγκεκριμένο χώρο, φορολόγηση των ελεύθερων επαγγελματιών με 29% από το πρώτο ευρώ επιπλέον του φόρου επιτηδεύματος των €600, με προκαταβολή φόρου 75% για το έτος 2015 και 100% για το έτος 2016, ωθώντας έτσι πλήθος ιατρών στην

¹¹² Παρά το γεγονός ότι στη χώρα μας απουσιάζουν παντελώς κρατικές δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων και ιδίως ατόμων με άνοια και οι οικογένειες των ηλικιωμένων και των ασθενών επιβαρύνονται σημαντικά με τη νοσηλεία τους σε ειδικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, η αύξηση του ΦΠΑ σε αυτόν τον ευαίσθητο χώρο συμφωνήθηκε με περισσή ευκολία. (Με ανακοίνωσή της η Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών επισημαίνει πως η αύξηση του ΦΠΑ είναι καταστροφική για τις οικογένειες των ασθενών με άνοια που διαβιών στα νομίμως λειτουργούντα γηροκομεία της χώρας και τις οδηγεί σε οικονομικό αδιέξοδο).

¹¹³ Στο πρώτο δίμηνο του 2016 και σε σύγκριση με το αντίστοιχο του 2015, σύμφωνα με δηλώσεις της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ) Ε. Οικονομάκη «Το κραχ στο ΕΣΥ σπρώχνει τους πολίτες στην ιδιωτική ασφάλιση», 24-04-2016.

¹¹⁴ ΥΑ Αριθ. Γ5α Οικ. 90552 ΦΕΚ 3890/Β'02-12-2016, «Διατάξεις τιμολόγησης Φαρμάκων» άρθρο 2, Τιμές Φαρμάκων.

¹¹⁵ Offpatent φάρμακα: τα φάρμακα που έχουν χάσει την πατέντα προστασίας τους, στο τέλος της εικοσαετίας (10 έτη έρευνας και 10 έτη εμπορίας).

καταστροφή και μαζί με άλλους επαγγελματίες υγείας στην αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό και συνεπώς στη μετανάστευση.

6.4 Το Πολυνομοσχέδιο του Μαΐου του 2017 και ο χώρος της υγείας

Το Μάιο του 2017 κατατέθηκε στη Βουλή το Πολυνομοσχέδιο, όπου ψηφίσθηκε και δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα της κυβερνήσεως στις 19 Μαΐου του 2017.¹¹⁶ Το Πολυνομοσχέδιο περιλάμβανε, εκτός των άλλων, μία σειρά μέτρων που στόχευαν στον περαιτέρω εξορθολογισμό των δαπανών για την υγεία και το φάρμακο.

Όσον αφορά τον τομέα του φαρμάκου, στόχος ήταν και πάλι η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών. Επομένως, ελήφθησαν μία σειρά επιπλέον μέτρων ως εξής: Μέτρα τα οποία αποσκοπούσαν στη βελτίωση της διείσδυσης των γενοσήμων στην αγορά, στο 40% μέχρι το Δεκέμβριο του 2017, και στη συνέχεια στο 60% μέχρι τον Δεκέμβριο του 2018. Τα μέτρα αυτά, παρείχαν κίνητρα στους φαρμακοποιούς, εστιάζοντας στο κέρδος, ενθαρρύνοντας έτσι την πώληση των γενοσήμων.

Πρωταρχικός στόχος ήταν, η αύξηση της διείσδυσης των γενοσήμων φαρμάκων στην αγορά έως τον Ιούνιο του 2017, μέσω εκστρατείας ενημέρωσης του κοινού. Και μέχρι το τέλος του ίδιου έτους, θα πρέπει να έχει γίνει επανακαθορισμός των συνταγογραφικών στόχων για τους γιατρούς. Προς την εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού, εδόθησαν άμεσα κατευθυντήριες οδηγίες για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, σχετικά με τις επιλογές περίθαλψης που έχουν τις μεγαλύτερες θεραπευτικές και οικονομικές συνέπειες, τροφοδοτώντας έτσι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Η Κυβέρνηση ενέκρινε νομοθεσία για την απελευθέρωση των ΜΗΣΥΦΑ (Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων), εξαιρώντας την προμήθειά τους από δημόσια νοσοκομεία. Χωρίς να θέσει περιορισμούς τιμών, ανεξαρτήτως του σημείου πώλησης, αποσκοπώντας έτσι στην αύξηση του ανταγωνισμού και στη μείωση των μέσων τιμών φαρμακείου. Μέχρι το τέλος Ιουλίου του 2017, η κυβέρνηση αναθεώρησε τη διαφήμιση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

¹¹⁶ Ν. 4472/2017 ΦΕΚ 74/Α/19-5-2017: "Συνταξιοδοτικές διατάξεις Δημοσίου και τροποποίηση διατάξεων του ν. 4387/2016, μέτρα εφαρμογής των δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων, μέτρα κοινωνικής στήριξης και εργασιακές ρυθμίσεις, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018-2021 και λοιπές διατάξεις"

Στα πλαίσια του προγράμματος, προβλέπεται περαιτέρω μείωση των τιμών στα φάρμακα, περιορισμός της ζήτησης διαγνωστικών εξετάσεων και ανάπτυξη θεραπευτικών πρωτοκόλλων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης για τις θεραπείες με τα μεγαλύτερα αποτελέσματα θεραπείας-κόστους. Τα πρωτόκολλα αυτά θα υλοποιούνται μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Επίσης, προβλέπεται αναθεώρηση με ορίζοντα εξαμήνου της «θετικής» και «αρνητικής» λίστας φαρμάκων, καθώς και των δελτίων τιμών στα φάρμακα.¹¹⁷

Το Σεπτέμβριο του ίδιου έτους, η κυβέρνηση αντικατέστησε την προηγούμενη έγκριση επιστημονικών εκδηλώσεων και συνεδρίων που οργανώνονται ή χρηματοδοτούνται από φαρμακευτικές εταιρείες. Με κοινοποίηση και εισαγωγή στη νομοθεσία ενός εκ των υστέρων μηχανισμού που θα συνοδεύει την υποχρέωση κοινοποίησης. Την 1η Σεπτεμβρίου του 2017, εγκύκλιος της πρόεδρου του ΕΟΦ Αικατερίνης Αντωνίου, έθεσε περιορισμούς σε επιστημονικές εταιρείες, φαρμακευτικές εταιρείες και γιατρούς σε ό,τι αφορά τον αριθμό των συνεδρίων και εκδηλώσεων στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν αλλά και τους όρους συμμετοχής.¹¹⁸

Αναφορικά με τις προμήθειες των Νοσοκομείων, τέθηκε σε εφαρμογή ο νόμος για τις κεντρικές προμήθειες στον τομέα της υγείας.¹¹⁹ Και θεσπίστηκε ο Ν. 4472/2017¹²⁰ ο

¹¹⁷ Σύμφωνα με την υπ'αριθ. Υ.Α. ΔΥΓ3(α)/Οικ.104744 ΦΕΚ 2912/Β/30-10-2012 Διαδικασία εφαρμογής συστήματος τιμών αναφοράς για την κατάρτιση, αναθεώρηση και συμπλήρωση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

¹¹⁸ Η υπ'αριθ. 17702/19-02-2016 Εγκύκλιος για τις επιστημονικές εκδηλώσεις, στην οποία αναφέρεται ό,τι: «Σύμφωνα με το άρθρο 31 παρ. 3 του Ν. 1316/83 «Οργάνωση ή χρηματοδότηση συνεδρίων ή σεμιναρίων και οποιουδήποτε αντιστοίχου μέσου ενημέρωσης πάνω σε θέματα αρμοδιότητας του ΕΟΦ από φαρμακευτικές βιομηχανίες ή επιχειρήσεις ή μέσω οποιασδήποτε διαφημιστικής ή άλλης επιχείρησης παροχής υπηρεσιών, μπορεί να επιτρέπεται μετά από προηγούμενη έγκριση του ΕΟΦ. Η δαπάνη για παρόμοια συνέδρια ή σεμινάρια δεν επιβαρύνει το κόστος των προϊόντων». Στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του αυτής και λαμβάνοντας υπόψη την μεγάλη εμπειρία από την παρακολούθηση και έγκριση επιστημονικών εκδηλώσεων, ο ΕΟΦ εκδίδει την παρούσα Εγκύκλιο, η οποία αποσκοπεί: α) Στην παροχή των αναγκαίων διευκρινίσεων για την άσκηση της αρμοδιότητας του ΕΟΦ, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. β) Στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των εταιρειών προϊόντων αρμοδιότητας του ΕΟΦ. γ) Στη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης και της λοιπής δαπάνης προϊόντων αρμοδιότητας του ΕΟΦ. δ) Στη διαπίστωση του επιστημονικού χαρακτήρα των εγκρινόμενων εκδηλώσεων και στον έλεγχο της χρηστής κατάρτισης και εκτέλεσης του προϋπολογισμού τους».

¹¹⁹ Ν. 4412/2016 ΦΕΚ 147/Α'/08-08-2016 Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ).

¹²⁰ Ν. 4472/2017 ΦΕΚ 74/Α/19-05-2017 Συνταξιοδοτικές διατάξεις Δημοσίου και τροποποίηση διατάξεων του Ν. 4387/2016, μέτρα εφαρμογής των δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων, μέτρα κοινωνικής στήριξης και εργασιακές ρυθμίσεις, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018-2021 και λοιπές διατάξεις.

οποίος τροποποιούσε το άρθρο 147 του 4412/2016,¹²¹ και προέβλεπε συν τοις άλλοις, την ίδρυση της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ), η οποία προέκυψε από τη συνένωση δύο ανεξάρτητων φορέων, της Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) και του Εθνικού Κέντρου Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία Α.Ε. (ΕΚΑΠΤΥ Α.Ε.).¹²² Αποσκοπώντας στη δημιουργία ενός ευέλικτου, αποκεντρωμένου συστήματος προμηθειών, το οποίο θα κατευθύνεται και θα ελέγχεται από το ΕΚΑΠΥ. Επιπροσθέτως, οι αρχές έλαβαν, συγκεκριμένα μέτρα για την αύξηση του ποσοστού των κεντρικών προμηθειών στο 30% των συνολικών δαπανών νοσοκομείων έως το Δεκέμβριο του 2017 και στο 60% τον Δεκέμβριο του 2018.

Τα επιπλέον μέτρα που ελήφθησαν αναφορικά με τον ΕΟΠΥΥ, αποσκοπούσαν στη βελτίωση της χρηματοοικονομικής διαχείρισης και αποτελεσματικότητας του κόστους των νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να ελέγχουν κάθε μήνα τον ιδιωτικό τομέα και να συντάσσουν σχετική έκθεση που θα ανακοινώνεται ανά εξάμηνο, αρχής γενομένης το Δεκέμβριο του 2016. Από τον Ιούνιο έως το Δεκέμβριο του ίδιου έτους, θα πρέπει να έχει αναπτυχθεί ένας «χάρτης Υγείας» με τους παρόχους υγείας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Όπως και ένας πλήρης ηλεκτρονικός φάκελος για κάθε ασθενή. Ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να αντισταθμίσει τις εκκρεμότητες για την περίοδο από το 2013 έως το 2015, με συσσωρευμένες καθυστερήσεις κατά 30% μέχρι τον Ιούνιο του 2017 και κατά 50% μέχρι τον Οκτώβριο του 2017.

¹²¹ Άρθρο 47. Τροποποίηση διατάξεων του ν. 4412/2016 ΦΕΚ 147/Α' /08-08-2016.

¹²² Το Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε.) είναι ΔΕΚΟ εποπτευόμενη από το Υπουργείο Υγείας.

Δραστηριοποιείται στο χώρο της υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα και την ιατρική τεχνολογία. Παρέχει υπηρεσίες σε όλο το φάσμα των επιχειρήσεων και οργανισμών που δραστηριοποιούνται στον ευρύτερο χώρο της υγείας, στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα, λειτουργώντας ταυτόχρονα ως:

- Οργανισμός Πιστοποίησης, διαπιστευμένος από το ΕΣΥΔ
- Κοινοποιημένος Οργανισμός για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, σύμφωνα με την Οδηγία 93/42/ΕΟΚ
- Κέντρο Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας
- Φορέας υποστήριξης του Υπουργείου Υγείας σε θέματα Κωδικοποιήσεων, Μητρώων και Προμηθειών
- Οργανισμός Παροχής Εκπαίδευσης

Σήμερα, το Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία παρέχει υπηρεσίες στο μεγαλύτερο μέρος της αγοράς ιατροτεχνολογικών προϊόντων, πιστοποιεί πλήθος νοσοκομειακών τμημάτων, έχει δημιουργήσει και τηρεί Μητρώα Προϊόντων, Προμηθευτών και Προδιαγραφών και εκπονεί εξειδικευμένες μελέτες για λογαριασμό φορέων που δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Βασική αρχή του ΕΚΑΠΤΥ, αλλά και φιλοσοφία κάθε στελέχους του, είναι να παρέχει στους πελάτες του υπηρεσίες που να καλύπτουν πλήρως τις τεχνικές τους ανάγκες, σύμφωνα με τις ισχύουσες νομοθετικές, κανονιστικές και τυποποιητικές απαιτήσεις, με υπευθυνότητα, αξιοπιστία και ακεραιότητα, από προσωπικό με υψηλά κριτήρια τεχνικής και επιστημονικής επάρκειας.

Τέλος, η θέσπιση του Ν. 4486/2017,¹²³ ο οποίος αποτέλεσε την πύλη εισόδου των διαρθρωτικών αλλαγών για την υγεία, και αφορούσε στη μεταρρύθμιση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθόρισε τον ρόλο των Μονάδων Υγείας ΠΕΔΥ και των Κέντρων Υγείας αγροτικού τύπου, και εισήγαγε την έννοια των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤοΜΥ). Καθώς, προέβλεπε το νέο λειτουργικό πλαίσιο για τη Δημόσια Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

6.5 ΠΟΛΕΜΟΣ ΣΤΗ ΣΥΡΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΣΥ

Μέσα σε όλο αυτό το πλαίσιο των γενικότερων μεταρρυθμίσεων, του τρίτου Ελληνικού Προγράμματος και της πολιτικής αστάθειας που χαρακτήριζε τη συγκεκριμένη περίοδο, έρχεται να προστεθεί ένα ακόμα ζήτημα το οποίο έχει αποτελέσει πληγή για το εθνικό σύστημα υγείας, το μεταναστευτικό. Πληθώρα μεταναστών και προσφύγων που αναζητούν σημείο εισόδου στην ΕΕ εισέρχεται καθημερινά στην Ελλάδα από τη Συρία. Το 2015, η Ελλάδα χειρίστηκε περίπου 870.000 νέες αφίξεις, παρέχοντας καταφύγιο, τροφή και την απαιτούμενη ιατρική στήριξη, με αποτέλεσμα το Υπουργείο Υγείας να μην μπορεί να ανταπεξέλθει, στις καλύψεις των αναγκών τους σε υγειονομική περίθαλψη, εμβολιασμούς και φάρμακα.

Παράλληλα, ο δημόσιος τομέας της υγείας βρίσκονταν υπό κατάρρευση, διότι, η Π.Φ.Υ. ήταν ανύπαρκτη και τα Νοσοκομεία σε πλήρη τροχιά απορρύθμισης. Κλινικές αιχμής τίθενται εκτός λειτουργίας εξαιτίας των σοβαρών ελλείψεων προσωπικού, καθώς και λόγω των σοβαρών ελλείψεων σε πόρους, υλικοτεχνική υποδομή και υπηρεσίες, οι οποίες προκύπτουν εξαιτίας των ολοένα μειούμενων προϋπολογισμών, μη μπορώντας πλέον να καλυφθούν οι στοιχειώδεις ανάγκες του πληθυσμού.

Τα δημόσια θεραπευτικά ιδρύματα, με έμφαση σε εκείνα που λειτουργούσαν στις πύλες εισόδου προσφύγων-μεταναστών, δοκιμάστηκαν εντόνως, διότι κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν την πρωτοφανή έξαρση του μεταναστευτικού κύματος τη συγκεκριμένη περίοδο. Ο Υπουργός Υγείας τον Ιανουάριο του 2016, δήλωσε στο Ελληνικό Κοινοβούλιο ότι «το 2015 ήταν μία χρονιά όπου το σύστημα υγείας ήταν σε αστάθεια ενώ οι παρεμβάσεις της Κυβέρνησης δεν έχουν ακόμα δημιουργήσει αισθητά βελτιωμένα

¹²³ Ν. υπ' αριθ. 4486/2017 ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».

εικόνα».¹²⁴ Η Ελλάδα υπήρξε το κύριο σημείο διέλευσης, όμως όταν τα σύνορα των Βαλκανίων από τις αρχές του 2016 έκλεισαν, με αποτέλεσμα να διακοπεί η δίοδος προς την κεντρική Ευρώπη. Έτσι, πάνω από 62.000 άτομα να φιλοξενούνται μέχρι και σήμερα σε προσφυγικούς καταυλισμούς σε ολόκληρη τη χώρα.

6.6 ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

Η Ελλάδα κατάφερε να ολοκληρώσει επιτυχώς και το Τρίτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Σταθερότητας (ΕΜΣ) διάρκειας τριών ετών. Όπου σηματοδοτείται για τη χώρα το τέλος ενός κεφαλαίου και την αρχή ενός άλλου. Με τον τρόπο αυτό, εξασφάλισε τη θέση της στην Ευρωζώνη και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αποδεικνύοντας τις προσπάθειες του ελληνικού λαού, την προσήλωση της χώρας στις μεταρρυθμίσεις, καθώς και την αλληλεγγύη των Ευρωπαίων εταίρων της. Κάτι το οποίο επετεύχθει μέσω μιας συντονισμένης προσπάθειας και προσέγγισης για την αντιμετώπιση των μακροχρόνιων και βαθιά ριζωμένων διαρθρωτικών προβλημάτων που συνέβαλαν στην έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

Ο πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής κ. Ζαν-Κλώντ Γιούνκερ δήλωσε ότι: «Η ολοκλήρωση του προγράμματος στήριξης σηματοδοτεί μια σημαντική στιγμή για την Ελλάδα και την Ευρώπη. Ενώ οι Ευρωπαίοι εταίροι απέδειξαν την αλληλεγγύη τους, ο ελληνικός λαός αντιμετώπισε όλες τις προκλήσεις με αξιοσημείωτο θάρρος και αποφασιστικότητα. Όλο αυτό το διάστημα αγωνίστηκα για να παραμείνει η Ελλάδα στον πυρήνα της Ευρώπης. Καθώς ο ελληνικός λαός ξεκινά ένα νέο κεφάλαιο στη μακραίωνη ιστορία του, θα βρίσκει πάντοτε σε μένα έναν σύμμαχο, εταίρο και φίλο».

Ο κ. Πιερ Μοσκοβισί, Επίτροπος Οικονομικών και Δημοσιονομικών Υποθέσεων, Φορολογίας και Τελωνείων, δήλωσε ότι: «Η ολοκλήρωση του προγράμματος στήριξης είναι μια καλή είδηση τόσο για την Ελλάδα όσο και για τη ζώνη του ευρώ. Για την Ελλάδα και τους πολίτες της, σηματοδοτεί την έναρξη ενός νέου κεφαλαίου, ύστερα από οκτώ ιδιαίτερα δύσκολα χρόνια. Για τη ζώνη του ευρώ, χαράζει μια συμβολική γραμμή κάτω από μια υπαρξιακή κρίση. Με τις εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν από την Ελλάδα, έχουν τεθεί οι βάσεις για βιώσιμη ανάκαμψη: πρόκειται για ένα πεδίο που πρέπει να καλλιεργηθεί και να συντηρηθεί ώστε να μπορέσει ο ελληνικός λαός να

¹²⁴ Υπουργός Υγείας: Ανδρέας Ξανθός-Ουσιαστικές παρεμβάσεις στο χώρο της Υγείας το 2015.

αποκομίσει τα οφέλη των προσπαθειών και των θυσιών του. Η Ευρώπη θα εξακολουθήσει να στέκεται στο πλευρό της Ελλάδος».

Από το 2010, την έναρξη της κρίσης μέχρι και την ολοκλήρωση του Τρίτου Προγράμματος Στήριξης τον Αύγουστο 2018, στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Στήριξης, χορηγήθηκαν στην Ελλάδα €288,7 δισεκατομμύρια υπό μορφή δανείων, εκ των οποίων τα €256,6 δισεκατομμύρια από τους Ευρωπαίους εταίρους της και τα €32,1 δισεκατομμύρια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Με προαπαιτούμενο τη δέσμευση για την υλοποίηση μιας ολοκληρωμένης και άνευ προηγουμένου σειράς μεταρρυθμίσεων.

Η Ελλάδα προκειμένου να διασφαλίσει τη δημοσιονομική βιωσιμότητα έλαβε πολύ σκληρά μέτρα, με τις πρώτες προσπάθειες ήδη να αποδίδουν, με αποτέλεσμα το σημαντικό έλλειμμα του ισοζυγίου να μετατραπεί σε πλεόνασμα το 2017, το οποίο και αναμένεται να διατηρηθεί. Οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα, καθώς και η προσπάθεια εξυγίανσης, θα έχουν μακροπρόθεσμα συνολικά αποτελέσματα, και αναμένεται να συνεχίσουν να συμβάλλουν θετικά στη δημοσιονομική βιωσιμότητα, ακόμα και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα της διοίκησης του δημοσίου τομέα, έχει βελτιωθεί, κυρίως μέσω της καθιέρωσης νέων κανόνων για το διορισμό, την αξιολόγηση και την κινητικότητα των εργαζομένων του συγκεκριμένου τομέα, μέσω της σύστασης της Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Εσόδων, της θέσπισης μέτρων ώστε να καταστεί το δικαστικό σύστημα πιο αποτελεσματικό συν μιας πληθώρας μέτρων.

Ο χρηματοπιστωτικός τομέας της χώρας είναι πλέον ισχυρότερος, χάρη στην αναμόρφωση της διακυβέρνησης των τραπεζών, στις επιτυχείς πράξεις ανακεφαλαιοποίησης, και στην εφαρμογή στρατηγικής, οι οποίες στο σύνολό τους στόχευαν στη μείωση των μη εξυπηρετούμενων δανείων, και πρέπει οπωσδήποτε να συνεχιστούν.

Τέλος, ως προς τη βελτίωση του επιχειρηματικού περιβάλλοντος και της ανταγωνιστικότητας της Ελλάδος, έχουν ληφθεί μία σειρά μεταρρυθμιστικών μέτρων, ώστε να καταστεί η Ελλάδα ελκυστική για επενδύσεις, επιπλέον οι ήδη υπάρχουσες επιχειρήσεις να μπορέσουν να επεκταθούν, να καινοτομήσουν και να δημιουργήσουν θέσεις εργασίας, καθώς και να διαμορφώσουν, βιώσιμα συστήματα συντάξεων για όλους, υγειονομική περίθαλψη και κοινωνική πρόνοια, καθώς και εγγυημένο εισόδημα.

6.7 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Οι ανωτέρω διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, καθώς και όσες αναφέρθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, έχουν θέσει στο σύνολό τους τις βάσεις για βιώσιμη ανάκαμψη, μέσω της δημιουργίας των απαραίτητων βασικών προϋποθέσεων για σταθερή ανάπτυξη, δημιουργία θέσεων εργασίας και υγιή δημόσια οικονομία για τα επόμενα έτη.

Οι προσπάθειες που έχουν καταβληθεί έχουν αρχίσει ήδη να αποδίδουν καρπούς και αυτό αποφαίνεται από τη βελτίωση των οικονομικών δεικτών, όπως: η αποκατάσταση της ισορροπίας στα οικονομικά της χώρας, η μείωση της ανεργίας και η οικονομική ανάπτυξη. Η οποία ανέκαμψε από το -5,5% το 2010 στο 1,4 % το 2017, και αναμένεται να παραμείνει γύρω στο 2% το 2018 και το 2019. Το δημοσιονομικό ισοζύγιο έχει προοδευτικά εξελιχθεί από ένα τεράστιο έλλειμμα 15,1% το 2009 σε πλεόνασμα 0,8% το 2017 (που αντιστοιχεί σε πρωτογενές πλεόνασμα της τάξης του 4,2 % σύμφωνα με το πρόγραμμα). Παρόλο που η ανεργία παραμένει σε απαράδεκτα υψηλά επίπεδα, σύμφωνα με τα αριθμητικά στοιχεία που δημοσιεύθηκαν πρόσφατα από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, το ποσοστό ανεργίας μειώθηκε στο 19,5 % τον Μάιο του 2018, φθάνοντας σε επίπεδο χαμηλότερο από το 20% για πρώτη φορά από τον Σεπτέμβριο του 2011.¹²⁵

Αποτελεί ζωτική σημασίας το πώς η Ελλάδα θα αντιμετωπίσει τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες τις οποίες επέφεραν τα χρόνια της κρίσης, προκειμένου να εδραιωθεί η εμπιστοσύνη των αγορών και να ενισχυθεί η οικονομική ανάκαμψη της Ελλάδος, ιδίως κατά την αμέσως μετά το πρόγραμμα περίοδο.

Στη συνεδρίαση της 22^{ης} Ιουνίου του 2018, δεσμεύτηκαν οι ελληνικές αρχές να συνεχίσουν τη σταθερή εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων, οι οποίες θα συνεχίσουν να επιβλέπονται από το ήδη υπάρχον πλαίσιο εποπτείας. Στη συνέχεια η Ελλάδα θα ενσωματωθεί πλήρως στο Ευρωπαϊκό Εξάμηνο προκειμένου να συντονιστεί η πολιτική που θα εφαρμόσει, ώστε να εξασφαλιστεί ότι η χώρα και ο λαός της αποκομίζουν όλα τα οφέλη των προσπαθειών που έχουν καταβάλει τα τελευταία έτη.

¹²⁵ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση των χωρών που δικαιούνται το Ευρωπαϊκό Ταμείο Στρατηγικών Επενδύσεων (ΕΤΣΕ),¹²⁶ σε σχέση με το ΑΕΠ της. Και συνεπώς, αναμένεται το ΕΤΣΕ να χρηματοδοτήσει πάνω από €10 δισ. σε επενδύσεις στην στηρίζοντας έτσι περισσότερες από 20.000 μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις στην Ελλάδα.

¹²⁶ Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Στρατηγικών Επενδύσεων (ΕΤΣΕ) είναι ο κεντρικός πυλώνας του Επενδυτικού Σχεδίου για την Ευρώπη. Στόχος του είναι η αντιμετώπιση της έλλειψης εμπιστοσύνης και επενδύσεων που είχε ως συνέπεια η οικονομική και δημοσιονομική κρίση, και η αξιοποίηση των ρευστών διαθέσιμων των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, των επιχειρήσεων και των ιδιωτών σε μια εποχή κατά την οποία οι δημόσιοι πόροι σπανίζουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟ 2013

7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προσπάθεια για αναδιάρθρωση και αναδιοργάνωση των Νοσοκομείων σε πολλές χώρες της Ευρώπης όπως είναι η Βρετανία, η Γαλλία, η Ολλανδία, η Γερμανία, η Αυστρία, το Βέλγιο, η Ιταλία, η Ρουμανία, η Ιρλανδία, η Ισπανία και οι Σκανδιναβικές χώρες, εκκίνησε από τις αρχές της δεκαετίας του '90 και φτάνει ως και τις μέρες μας.

Λαμβανομένης υπόψη της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι αναδιαρθρώσεις σκοπό έχουν τη μείωση των δαπανών, τη βελτίωση της χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας, την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και την εξασφάλιση της διαφάνειας. Τούτη η προσπάθεια τίθεται υπό αμφισβήτηση από ορισμένους, γι' αυτό και διάφορες χώρες υιοθετούν τη μέθοδο της σταδιακής εφαρμογής του μέτρου, αφού έχει προηγηθεί δημόσιος διάλογος επί του θέματος.

Η εφαρμογή των αναδιαρθρώσεων διαπιστώνεται πως αποτελεί μια ιδιαίτερα προσφιλή και αποδοτική μέθοδο στις Ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής η συνεκτίμηση όλων των παραμέτρων που συμβάλουν στη διαμόρφωση των συγχωνεύσεων. Επί παραδείγματι, οι ενδεχόμενες καθυστερήσεις στην απόδοση των νέων συγχωνευμένων υπηρεσιών, οι πιθανές αντιδράσεις των εργαζομένων, η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια των ασθενών.

7.2 Η ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα το σχέδιο εκσυγχρονισμού, αναδιοργάνωσης και αναδιάρθρωσης του συστήματος Υγείας, υλοποιήθηκε βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα στοχεύοντας πάντα στη μείωση των υφιστάμενων ανεπαρκειών, στην αξιοποίηση των οικονομιών κλίμακας, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς.

Η μεγάλη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας, έλαβε χώρα τον Αύγουστο του 2013 και επέφερε σημαντικές αλλαγές στις υγειονομικές μονάδες της χώρας.¹²⁷ Η μορφή αναδιάρθρωσης που εφαρμόστηκε ήταν κυρίως η απλούστερη, με την τοποθέτηση κοινής διοίκησης σε δύο ή περισσότερες μονάδες, σκοπεύοντας στην κοινή λειτουργία, χωρίς

¹²⁷ Κ.Υ.Α Αριθμ. Υ4α/οικ.123895 ΦΕΚ Β' 3515/31.12.2012, ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ

αλλαγή του Νομικού καθεστώτος.¹²⁸ Ενώ, σε αρκετές περιπτώσεις εφαρμόστηκε και η ενδιάμεση μορφή η οποία περιελάμβανε δράσεις που αποσκοπούσαν στην επαρκέστερη αξιοποίηση των νοσοκομείων πόρων, με κοινές υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως είναι η σίτιση των ασθενών και ιατρών, η καθαριότητα και η φύλαξη των χώρων του νοσοκομείου κτλ, η συστέγαση υπηρεσιών και η συγχώνευση κλινικών.

7.3 Ο ΧΑΡΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

Ο νέος χάρτης υγείας, ο οποίος είχε στο επίκεντρο την ενίσχυση του Βόρειου Άξονα της Αττικής, με τη δημιουργία μιας ομάδας νοσοκομείων hospital trust, μέσω της αναθεώρησης των δραστηριοτήτων των μικρών νοσοκομείων, διαμορφώθηκε ως εξής:

7.3.1 Για τα Νοσοκομεία της Αττικής

Το Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων στεγαζόταν σε δύο κτίρια, ένα ιδιόκτητο και ένα μισθωμένο. Το ιδιόκτητο κτίριο συγχωνεύτηκε με το Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «Αγία Όλγα» και λειτουργεί πλέον ως οφθαλμολογική κλινική,¹²⁹ εξυπηρετώντας έτσι κάποιες από τις πολυάριθμες ανάγκες του Κωνσταντοπουλείου Νοσοκομείου. Καθώς συνέβαλε ταυτόχρονα, στην αποσυμφόρση του εν λόγω Νοσοκομείου, λόγω των σοβαρών προβλημάτων που αντιμετώπιζε, από την έλλειψη κτιριακής υποδομής, τα οποία προέκυψαν από την ενσωμάτωση σε αυτό, των πολυάριθμων ιατρικών και διοικητικών υπηρεσιών του πρώην 7^{ου} Νοσοκομείου ΙΚΑ.

Αναφορικά με το μισθωμένο κτίριο, το οποίο από το 2013 μέχρι και σήμερα παραμένει «κλειστό», αναμένεται μέχρι το τέλος του 2018 να λειτουργήσει ως σύγχρονο και άρτια εξοπλισμένο κέντρο παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σύμφωνα με δήλωση της διοικήτριας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας, Ιωάννας Διαμαντοπούλου στις 11 Σεπτεμβρίου του 2018.

Η κα Διαμαντοπούλου τόνισε: «ότι με την ολοκλήρωση των απαραίτητων εργασιών διαμόρφωσης των χώρων του τέως νοσοκομείου και τη μεταφορά εκεί του Κέντρου Υγείας, το οποίο στεγάζεται σήμερα σε μισθωμένο κτίριο επί της Δροσοπούλου στην Κυψέλη, θα βοηθήσει σημαντικά στη μείωση των λειτουργικών εξόδων και θα

¹²⁸ Η πιο σύνθετη είναι η συγχώνευση δυο ή περισσότερων Νοσοκομείων σε ένα νέο Νομικό πρόσωπο.

¹²⁹ Στο Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων πραγματοποιούνται και τα οφθαλμολογικά χειρουργεία.

αξιοποιηθούν οι κτηριακές υποδομές, καθώς το κτίριο του μέχρι πρότινος κλειστού νοσηλευτικού ιδρύματος, βρίσκεται επί της οδού Χαλκίδος, μόλις λίγα μέτρα από τον σταθμό του ΗΣΑΠ Άνω Πατήσια, και αυτό διευκολύνει ιδιαίτερα το κοινό (ασθενείς, γιατρούς, συνοδούς κ.ά.)». Όπως τονίζει η διοικήτρια: «η λειτουργία του Κέντρου Υγείας στο πρώην Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων, θα εξυπηρετήσει τις υγειονομικές ανάγκες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας, των κατοίκων σε μια από τις πιο πυκνοκατοικημένες συνοικίες της Αθήνας με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες, αλλά και μεγάλου αριθμού διερχόμενων ατόμων.¹³⁰»

Η Πολυκλινική Αθηνών διασυνδέθηκε υπό ενιαία διοίκηση, μαζί με το ειδικό Νοσοκομείο «Οφθαλμιατρείο Αθηνών», με το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ». Ενώ η Ουρολογική Κλινική της Πολυκλινικής μεταφέρθηκε και συγχωνεύθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο». Το συγκρότημα της Πολυκλινικής μετετράπη σε Αστικού Τύπου Κέντρο Υγείας στο κέντρο της Αθήνας, στο οποίο λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία, σχεδόν όλων των ειδικοτήτων, τις πρωινές ώρες καθώς και απογευματινά ιατρεία, θέτοντας την εν λόγω υγειονομική μονάδα σε ολόημερη λειτουργία. Επιπλέον, η Πολυκλινική λειτουργεί ως σημείο εξυπηρέτησης πολιτών για έκδοση πιστοποιητικών υγειονομικής φύσεως. Υποστηρίζεται με προσωπικό, ιατρικό και λοιπό, από το Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός».

Το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο «Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ» μετετράπη σε Παθολογικό Ξενώνα ανακουφιστικής φροντίδας (Palliative Care-Hospice), καλύπτοντας το κενό που υπήρχε μέχρι τότε στα Δημόσια Νοσοκομεία. Περιλαμβάνει εξωτερικά ιατρεία και παθολογικό τομέα και αναλαμβάνει πλήθος βασικών διαγνωστικών εξετάσεων (αιματολογικών, βιοχημικών, μικροβιολογικών και ακτινολογικών).

Στηρίζοντας την πρόταση περί ενίσχυσης του Βόρειου Άξονα της Αττικής, το Νοσοκομείο «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ» ενσωματώθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ». Το ΓΝΑ Αμαλία Φλέμιγκ συγκαταλέγεται στα νοσοκομεία δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, παρέχοντας εξειδικευμένες υπηρεσίες πρόληψης. Πλέον λειτουργεί σε καθεστώς μερικής εφημερίας.

Η πρόταση διαμορφώθηκε ως εξής:

- «Λειτουργία Τμημάτων στα πλαίσια υποστήριξης του Σισμανογλείου

¹³⁰ Πηγή: <http://www.avgi.gr/article/10840/9154409/> Δημοσίευση: 11 Σεπτεμβρίου 2018 12:28.

- *Δημιουργία Κλινικής Ημερήσιας Νοσηλείας (one day clinic)*
- *Λειτουργία Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων*
- *Λειτουργία Μονάδα Αποκατάστασης¹³¹»*

Προς την υλοποίηση των ανωτέρω, συγχωνεύτηκαν τα Α' και Β' Παθολογικά Τμήματα σε ένα Τμήμα, ομοίως και τα Α' και Β' Καρδιολογικά Τμήματα. Η Καρδιολογική Μονάδα διατηρήθηκε ως είχε. Το Ορθοπαιδικό, Ουρολογικό, Ενδοκρινολογικό Τμήμα, η Μονάδα Ενδοσκοπήσεων, η Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης και η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού μεταφέρθηκαν στο Σισμανόγλειο (χωροταξική διευθέτηση με απόφαση της 1ΗΣ ΥΠΕ). Το Πνευμονολογικό Τμήμα μεταφέρθηκε στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς (ΓΟΝΚ) «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ». Ο εργαστηριακός Τομέας και η Αιμοδοσία συγχωνεύτηκαν και συνλειτουργούν με τα αντίστοιχα του Σισμανογλείου. Ομοίως και τα τμήματα ΩΡΛ και Νεφρολογικό, η Μονάδα Ενδοσκομοειακών Λοιμώξεων και όλες οι Διοικητικές, Οικονομικές και Τεχνικές Υπηρεσίες.

Η 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και τους Δήμους Αγίας Βαρβάρας, Αιγάλεω, Χαϊδαρίου και Νίκαιας-Ρέντη, σχεδιάσαν την αναβάθμιση του Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα», παράλληλα με την επαναλειτουργία του, το οποίο παραμένει «κλειστό» από το 2013. Έχουν ήδη μεταφερθεί σε αυτό και λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία όλων των ειδικοτήτων με λειτουργία δύο βαρδιών, καθώς επίσης το φυσικοθεραπευτήριο από το Κέντρο Οδοντοπροσθητικής (ΚΟΠ) Νίκαιας, μαζί με το σταθμό προστασίας Μάνας Παιδιού και Εφήβου και το οδοντοπροσθητικό του ΚΟΠ Νίκαιας. Επίσης, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, προγραμματίζεται η ενδυνάμωση του Σταθμού Προστασίας Μάνας-Παιδιού με τη μεταστέγαση σε αυτόν και του Σταθμού Προστασίας Μάνας-Παιδιού του Αιγάλεω.

Αξιοσημείωτο δε, είναι το γεγονός πως μέρος του ακινήτου του Νοσοκομείου Αγία Βαρβάρα, αξιοποιήθηκε για την μεταστέγαση της 2^{ης} ΥΠΕ στοχεύοντας στην ετήσια εξοικονόμηση €110.000 ανά έτος. Καθώς και ένα ακόμα μέρος του αξιοποιήθηκε μέσω της παραχώρησης του στον ΕΟΠΥΥ, για τη δημιουργία πολυϊατρείου με όλες τις ειδικότητες.

Το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» βάσει των νέων ενοποιημένων οργανισμών συγχωνεύτηκε διοικητικά με το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων

¹³¹ Βλ. Επίσημος ιστότοπος: http://www.flemig-hospital.gr/#Diasyndeomena_Nosokomeia

Πεντέλης. Ομοίως, το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ» με το «Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης». Το προσωπικό ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό του 1^{ου} και 7^{ου} θεραπευτηρίου υγείας του ΙΚΑ, τα οποία έκλεισαν στα πλαίσια του νέου χάρτη υγείας, μοιράστηκαν στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» και στο Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ».

7.3.2. Για τα Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης

Προτάθηκε από την Διοίκηση της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης η ενίσχυση Νοσοκομείων της περιοχής. Ο στόχος της 4^{ης} Υ ΠΕ, στον άξονα των Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, ήταν η βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού και η αύξηση παροχής υπηρεσιών στα μεγάλα νοσοκομειακά συγκροτήματα.

Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων, το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» συγχωνεύτηκε με το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης, το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς» με το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος» και τέλος το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Μεταφέρθηκαν 91 άτομα από το Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης στο ΓΝΘ «Ιπποκράτειο» και στο ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», 37 άτομα από το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης στο ΓΝΘ «Ιπποκράτειο» και 107 άτομα από το ΓΝΘ «Άγιος Παύλος» - παράρτημα «Παναγία» εκ των οποίων τα 87 άτομα μεταφέρθηκαν στο Πανεπιστημιακό ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ και 20 άτομα στο ΓΝΘ «Ιπποκράτειο». Πέραν της μετακίνησης του προσωπικού ακολούθησε και αντίστοιχη μεταφορά των κλινικών, όχι όμως με τη μορφή της διαθεσιμότητας-κινητικότητας, καθώς το ιατρικό προσωπικό του ΕΣΥ και οι ειδικευόμενοι δεν emίπτουν στη διαδικασία της κινητικότητας.

Σχετικά με το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος, Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας (ΙΕΝΘΥΑΕ), λόγω του ότι ήταν ένα ΝΠΔΔ, του οποίου η παροχή υπηρεσιών, την περίοδο εκείνη είχε περιορισθεί σημαντικά, σχετικά με το ρόλο του, το προσωπικό του μεταφέρθηκε σε δομές του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία» και στο Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Άγιος Σάββας», παρέχοντας τις αντίστοιχες υπηρεσίες και ενισχύοντας σημαντικά τμήματα των νοσοκομείων αυτών. Το

κτίριο του ΙΕΝΘΥΑΕ είναι ιδιοκτησία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και αναμένεται από το Υπουργείο Υγείας η επανεξέταση της χρήσης του.

7.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ

Η εξέλιξη αυτή είναι αποτέλεσμα μιας συντονισμένης προσπάθειας μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Εργασίας, για την καλύτερη αξιοποίηση της δημόσιας περιουσίας και του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Όπως διαπιστώνεται, από τις ανωτέρω μεταρρυθμίσεις προκύπτουν σημαντικά οφέλη για το σύστημα υγείας, όπως: Αποσυμφόρηση κάποιων Νοσοκομείων με παράλληλη ποιοτική αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Κατεύθυνση προς την εξειδίκευση σε τομείς όπως η αποκατάσταση, η αντιμετώπιση καρκινοπαθών ή ασθενών τελικού σταδίου. Αναθεώρηση των δομών επειγόντων περιστατικών και εφημεριών. Βελτιστοποίηση και εξισορρόπηση της κατανομής του προσωπικού. Βελτιστοποίηση της κατανομής των πόρων αλλά και του βαρέως ιατρικού και μη, εξοπλισμού των Νοσοκομείων που έκλεισαν. Βελτίωση της κλινικής αξιολόγησης των υπηρεσιών και του ελέγχου. Δημιουργία σημαντικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Αλλά και μειονεκτήματα, όπως για παράδειγμα ο χρόνος ολοκλήρωσης της ανασυγκρότησης. Πιο συγκεκριμένα η έναρξη της διαδικασίας συγχώνευσης των Νοσοκομείων έλαβε χώρα τον Αύγουστο του 2013, για κάποια όμως Νοσοκομεία και θεραπευτικά ιδρύματα δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα. Με καθυστέρηση τουλάχιστον πέντε ετών στην εξέλιξη και κατανομή των υπηρεσιών. Κάτι που υποδηλώνει υποεκτίμηση του σχεδιασμού για το χρονικό διάστημα που απαιτείτο.

Ο πρόχειρος σχεδιασμός ήταν αποτέλεσμα της έντονης πίεσης που ασκήθηκε λόγω του περιορισμένου χρόνου, στα πλαίσια της επερχόμενης επίσκεψης της Τρόικα στην Αθήνα. Όμως, θα ήταν άδικο να μην αναφερθεί πως η μετακίνηση και επανατοποθέτηση του προσωπικού, που είχαν τεθεί υπό καθεστώς διαθεσιμότητας και εν συνεχεία κινητικότητας, στις νέες οργανικές θέσεις, έγινε τάχιστα και σε πρωτοφανή για τη βιβλιογραφία δεδομένα, σε διάστημα μόλις δυόμιση μηνών. Το νέο καθεστώς όμως, προκάλεσε εντάσεις μεταξύ του νεοεισερχόμενου με το παλιό προσωπικό, δημιουργώντας διχαστικές τάσεις. Η κατανομή του προσωπικού έγινε μέσω του ΑΣΕΠ, όμως όχι βάσει των πραγματικών αναγκών του εκάστοτε Νοσοκομείου/Οργανισμού, αλλά αντιθέτως έγινε ανισοκατανομή

από το προσωπικό των Νοσοκομείων που έκλεισαν, κοινώς το «περισσευόμενο» προσωπικό. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελεί η τοποθέτηση του προσωπικού στο ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», όπου μετακινήθηκαν 10 καρδιολόγοι από το πλεονάζον προσωπικό των θεραπευτηρίων του ΙΚΑ, ενώ οι οργανικές θέσεις στην πραγματικότητα ήταν τρεις. Καθώς και 27 μαίες σε ένα νοσοκομείο το οποίο δε διαθέτει καμία οργανική θέση μαιών.

Σε αυτό το σημείο αναλύοντας την τοποθέτηση του προσωπικού στις νέες οργανικές θέσεις, αξίζει να αναφερθεί, πως έχοντας ως δεδομένο ότι στην Ελλάδα, διαχρονικά, καταγράφεται αυξητική τάση στο ποσοστό του ανθρώπινου δυναμικού το οποίο απασχολείται στο χώρο της υγείας, τάση η οποία αποτυπώνεται από τη μεταβολή του αριθμού των εργαζομένων του υγειονομικού τομέα προς το σύνολο του εργατικού δυναμικού της χώρας, κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια οφείλει να εξετάζει τον ανθρώπινο παράγοντα υπό την οπτική της επάρκειας, της ορθολογικής κατανομής του και της ποιοτικής λειτουργίας του με στόχο την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και αποδοτικότερου συστήματος υγείας.

Αξιοσημείωτο δε, είναι και το γεγονός πως καταγράφηκαν σοβαρές απώλειες σε υλικά, κατά το διάστημα που μεσολάβησε από την ημέρα ανακοίνωσης του κλεισίματος των ανωτέρω Νοσοκομείων μέχρι την έναρξη απογραφής του υλικού που είχαν στην ιδιοκτησία τους.

7.5 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΔΥΟ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Το Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς (ΓΟΝΚ) «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ενισχύθηκε σημαντικά, καθώς μέχρι το 2013 λειτουργούσαν μόνο, οι τρεις ογκολογικές κλινικές οι οποίες διέθετε, το χειρουργείο και μία χειρουργική κλινική. Το Νοσοκομείο εφημέρευε μόνο για ογκολογικά περιστατικά, κατά τις εργάσιμες μόνο ημέρες από τις 8:00 έως τις 14:30.

Με την κινητικότητα ενσωματώθηκαν σε αυτό αυτούσια τα εξής τμήματα: το τμήμα πλαστικής χειρουργικής από το 6^ο θεραπευτήριο του ΙΚΑ, το τμήμα καρδιολογικής από το 7^ο θεραπευτήριο του ΙΚΑ, το τμήμα ορθοπαιδικής από το 1^ο θεραπευτήριο του ΙΚΑ, καθώς και πληθώρα ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων από τα θεραπευτήρια του ΙΚΑ που έκλεισαν. Έτσι, εν έτη 2018 το ΓΟΝΚ έχει τεθεί σε ενεργό εφημερία, για το ογκολογικά περιστατικά ως ίσχυε αλλά σε καθημερινή πλέον βάση, και για τα γενικά περιστατικά κάθε 4^η ημέρα

από τις 8:00 έως τις 14:30, αλλάζοντας έτσι το καθεστώς στο οποίο υπαγόταν από μερικής εφημερίας σε Νοσοκομείο γενικής εφημερίας.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως την ίδια περίοδο και συγκεκριμένα από το Μάρτιο του 2013, άλλαξε η διάρθρωση του εν λόγω Νοσοκομείου,¹³² καθότι προσαρτήθηκαν σε αυτό τρεις Πανεπιστημιακές Κλινικές και Εργαστήρια της Νοσηλευτικής σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, συγκεκριμένα η κλινική Εντατικής Νοσηλείας, η Παθολογική Κλινική, η Ψυχιατρική κλινική και το Ηπατογαστρεντερολογικό εργαστήριο.¹³³

Με τον τρόπο αυτό βελτιώθηκαν και κατά συνέπεια αυξήθηκαν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τους κατοίκους της περιοχής. Το βασικό μειονέκτημα όμως εξακολουθεί να είναι, πως παρόλες τις μεταρρυθμίσεις και προσπάθειες που έλαβαν χώρα, μέχρι σήμερα το συγκεκριμένο Νοσοκομείο υπολειτουργεί, καθότι δεν έχει καταφέρει να ενταχθεί στην 24ωρη εφημερία. Έγινε προσπάθεια ένταξης του σε εφημερία 24ωρης βάσης, πιλοτικά για διάστημα δύο μηνών το Μάιο του 2014, αλλά δεδομένου ότι συνέπεσε με τη διαθεσιμότητα των Ιατρών του ΙΚΑ απέβη άκαρπη.

Επιπροσθέτως, στα βασικά μειονεκτήματά του πρέπει να προστεθεί και το γεγονός πως, παρόλο που πλέον έχει δημιουργηθεί ένα Νοσοκομείο Ευρωπαϊκών προδιαγραφών, το οποίο απαρτίζεται σχεδόν από όλες τις ιατρικές ειδικότητες, εξειδικευμένο στα ογκολογικά περιστατικά, δεδομένου ότι εξυπηρετεί πληθώρα καρκινοπαθών από όλη σχεδόν τη χώρα, στερείται πρόσβασης για δύο βασικούς λόγους.

Ο πρώτος λόγος είναι η απουσία οδικού δικτύου για τη σύνδεση του Νοσοκομείου με κύριες οδικές αρτηρίες. Και ο δεύτερος η σοβαρή έλλειψη σε μέσα μαζικής μεταφοράς, καθότι συνδέεται μόνο με το σταθμό του ΗΣΑΠ της Κηφισιάς μέσω μίας λεωφορειακής γραμμής η οποία εκτελεί δρομολόγια κάθε μία ώρα, δυσχεραίνοντας έτσι την πρόσβαση σε προσωπικό, ασθενείς και επισκέπτες.

Το Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων, από τη συγχώνευσή του με το Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο, προέκυψε η δυνατότητα λειτουργίας νέων εξειδικευμένων εξωτερικών

¹³² Υπ' αριθ. Υ4α/20074 ΦΕΚ 557/Β'/11-03-2013, «*Οργανισμός του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς -ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ-*».

¹³³ Υπ' αριθ. Υ4α/77048/2007 ΦΕΚ 1088/Β'/2007, «*Μετεγκατάσταση – Εγκατάσταση Πανεπιστημιακών Κλινικών και Εργαστηρίων της Νοσηλευτικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, μετά των Ειδικών Μονάδων τους, στο Γενικό. Ογκολογικό. Νοσοκομείο. Κηφισιάς ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ*».

ιατρείων από τους ιατρούς των δύο Νοσοκομείων, η εξοικονόμηση πόρων από την λειτουργία κοινής σύγχρονης μονάδας πλύσης και σιδερώματος του ακαθάρτου ματισμού, καθώς και από την μεταφορά του αρχείου σε ιδιόκτητο κτήριο.

Όπως προαναφέρθηκε, το Γ.Ν. Πατησίων πρόκειται να τεθεί ξανά σε λειτουργία, ένα αναμενόμενο όφελος από την επαναλειτουργία του είναι η αύξηση του αριθμού των γιατρών και των ειδικοτήτων που θα το στελεχώσουν, με την παράλληλη εξυπηρέτηση των ασθενών η οποία θα γίνεται καλύτερα και αποδοτικότερα, διότι θα λειτουργεί με διευρυμένο ωράριο. Κάτι όμως, που ισχύει όχι μόνο για το Γ. Ν. Πατησίων αλλά για όλα τα Νοσοκομεία και θεραπευτικά ιδρύματα που αναβαθμίσθηκαν με την εν λόγω μεταρρύθμιση.

7.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η αναβαθμισμένη λειτουργία των εν λόγω νοσοκομείων, θα συμβάλει βραχυπρόθεσμα σημαντικά στην ανακούφιση της λειτουργίας των λοιπών νοσοκομείων. Και αυτό λόγω της αποδοτικότερης διαχείρισης των υπηρεσιών εξαιτίας του μεγαλύτερου αριθμού κλινών. Αλλά κυρίως όσα ιδρύματα θα λειτουργήσουν ως κέντρα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τα Κέντρα Υγείας,¹³⁴ θα αποσυμφορίσουν τον όγκο ασθενών που συνοστίζονται καθημερινά στα επείγοντα των εφημερευόντων Νοσοκομείων επιβαρύνοντας τη λειτουργία τους, μιας και πολλοί ασθενείς που χρήζουν υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας θα μπορούν να απευθύνονται σε αυτά. Αξίζει να σημειωθεί πως η πλειοψηφία των περιστατικών που επισκέπτονται τα νοσοκομεία μέχρι σήμερα είναι περιστατικά που χρήζουν πρωτοβάθμια φροντίδα.

Ένα ακόμα σημαντικό όφελος για τα Νοσοκομεία αποτελεί η ενσωμάτωση της ολόημερης λειτουργίας των Νοσοκομείων μέσω των απογευματινών ιατρείων. Η οποία επιφέρει πολλαπλά οικονομικά οφέλη στα Νοσοκομεία τα οποία την ενσωμάτωσαν. Κι από διότι οι ασθενείς πριν από την επίσκεψη τους στο εκάστοτε ιατρείο, καλούνται να καταβάλλουν στο ταμείο της γραμματείας των απογευματινών ιατρείων τα παρακάτω ποσά, ανάλογα με τον γιατρό που θα επισκεφθούν: €64 για επίσκεψη σε Συντονιστές Διευθυντές, €60 για Διευθυντές Τμημάτων, €48 για Επιμελητές Α΄ και €36 για επιμελητές

¹³⁴ Ν. 4486/2017 ΦΕΚ 115/Α΄/07-08-2017 ΚΕΦ Β ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, Άρθ 4 Φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρ. 2 τα κέντρα υγείας πόλης, όπως ονομάζονται εφ' εξής τα κέντρα υγείας αστικού τύπου.

Β'. Όμως μέχρι σήμερα ελάχιστα Νοσοκομεία έχουν ενσωματωθεί στην ολόημερη λειτουργία.

Ολοκληρώνοντας τη μελέτη των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα το 2013, αξίζει να αναφερθεί πως ο «Υγειονομικός Χάρτης» βρίσκεται σε φάση επανεξέτασης και συγκρίνει ανά γεωγραφική περιοχή, τα δημογραφικά στοιχεία, τα στοιχεία για την κατάσταση της υγείας των πολιτών, τη διαθεσιμότητα και τη χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτό το σημείο επισημαίνεται, ότι η αγορά της υγείας δεν είναι ομοιογενής και η Π.Φ.Υ. προσφέρεται και έχει δυναμικά ανταγωνιστικό χαρακτήρα κάτι που ενισχύει τη θέση των χρηστών και τη θέση της ασφάλισης υγείας.

Ο σχεδιασμός των νοσοκομειακών κλινών αποτελεί πολιτική μείζονος σημασίας για την «επιβίωση» των συστημάτων υγείας, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια τάση μείωσης τους. Στην πράξη, οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν προς την εξυπηρέτηση αυτού, διαφέρουν σε κάθε σύστημα υγείας ανάλογα με την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας του και ποικίλλουν από τη συγχώνευση νοσοκομείων και τη μείωση της χρηματοδότησης έως την ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από το 2010, η Ελλάδα βρίσκεται σε καθεστώς επιτήρησης και από την υπογραφή του πρώτου προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής το Μάιο του 2010, επιτέλεσε μια άνευ προηγουμένου μακροοικονομική προσαρμογή, η οποία οδήγησε στην αποκατάσταση της ανταγωνιστικότητας σε όρους μισθολογικού κόστους, έναντι των κύριων εμπορικών της εταίρων, καθώς κατάφερε και την επανένταξή της στις αγορές. Το ερώτημα που τίθεται σήμερα είναι κατά πόσο η κρίση και οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα μέσα σε όλα αυτά τα χρόνια, στα πλαίσια της μνημονιακής πολιτικής που χαρακτήριζε, έχουν συμβάλει στη βελτίωση της λειτουργίας του ΕΣΥ αλλά και στον εξορθολογισμό των δαπανών για την υγεία.

Στην ανάλυση που θα ακολουθήσει επιχειρείται να απαντηθεί το ως άνω ερώτημα. Παράλληλα εξετάζεται ο βαθμός κατά τον οποίο έχουν επιλυθεί ή όχι τα προβλήματα του ΕΣΥ, έτσι όπως αναλύθηκαν στα πλαίσια της παρούσης.

8.2 Η ΑΠΟΥΣΙΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όπως προαναφέρθηκε, το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ από την ημέρα ίδρυσής του μέχρι και σήμερα, είναι η ανύπαρκτη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η οποία αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενούς με τον ιατρό, ούτως ώστε να αντιμετωπιστούν κατάλληλα οι υγειονομικές του ανάγκες. Αν επιχειρηθεί μία διάκριση μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης, προκύπτει ότι η πρώτη καλύπτει τον μεγαλύτερο όγκο των πράξεων ιατροασφαλιστικής διαχείρισης του ασθενούς και της νόσου, ενώ η δεύτερη είναι επεισοδιακού και ευκαιριακού χαρακτήρα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την ίδρυση του ΕΣΥ δεν αποτέλεσε πολιτική προτεραιότητα, καθώς δεν έτυχε της απαραίτητης υποστήριξης και συνεπώς της αναγκαίας μεταφοράς πόρων.

Ωστόσο, βάσει βιβλιογραφίας, ήδη από την πρώτη περίοδο λειτουργίας τους τα πολυιατρεία του ΙΚΑ καθώς και μέρος των κέντρων υγείας του ΕΣΥ, επέδειξαν

υποδειγματική λειτουργία, ως προς την κλινικής πρακτικής και την ιατροασφαλιστική διαχείριση.¹³⁵

Αξίζει να σημειωθεί, πως η Ελλάδα διαθέτει ένα από τα πιο πυκνά δίκτυα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, περιλαμβάνοντας 200 κέντρα υγείας, 350 σημεία των ασφαλιστικών οργανισμών και 100 περίπου της τοπικής αυτοδιοίκησης και άλλων φορέων, με δυνητικά πολλαπλές επιλογές στο επίπεδο του χρήστη.

8.2.1. Ο Ν. 4486/2017 και οι μεταρρυθμίσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τελευταία μεταρρύθμιση σχετικά με την Π.Φ.Υ.¹³⁶ αποτελεί ο Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017). Σύμφωνα με τον οποίο, ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) ορίζεται: *«το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής»*. Την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο πληθυσμό εν συνόλο, την έχει αποκλειστικά το Κράτος, δείχνοντας πάντα σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του πληθυσμού.

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνουν:

«τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας, τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας-παιδιού, την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Φροντίδα, την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας, την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού, τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες

¹³⁵ Roberts E, Mays N. "Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A&E) department?". Health Policy. 1998 Jun;44(3):191-214 και Fortney, J.C., SteC ck, D.E., Burgess Jr, J.F., Maciejewski, M.L., Petersen, L.A. (2005): "Are Primary Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services". Health Services Research 40, 1422-1442.

¹³⁶ Νόμος 4486/2017 ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017 Άρθρο 1: Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη, τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς, την κατ'οίκον φροντίδα υγείας και την κατ'οίκον νοσηλεία.¹³⁷»

«Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν, σύμφωνα με τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της ειδικής μέριμνας για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος ή κάθε άλλου επαγγέλματος υγείας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών.¹³⁸»

8.2.2. Τοπικές Μονάδες Υγείας

Με τον ίδιο νόμο, στα πλαίσια της μεταρρύθμισης για την Π.Φ.Υ., ορίστηκε η έννοια των Τοπικών Μονάδων Υγείας ΤΟΜΥ και με εγκύκλιο που εκδόθηκε στη συνέχεια δόθηκαν διευκρινήσεις σχετικά με τον κατάλογο των Οικογενειακών Ιατρών και τη διαδικασία εγγραφής σε Οικογενειακό Ιατρό και σε ΤΟΜΥ.

Ως Τοπική Μονάδα Υγείας, ορίζεται: «η δημόσια μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και λειτουργεί στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ. και στελεχώνεται από μία Ομάδα Υγείας.¹³⁹»

¹³⁷ Ibid.

¹³⁸ Ibid, σελ 85.

¹³⁹ Νόμος 4486/2017 ΦΕΚ 115/Α'/7-8-2017 Άρθρο 2 παρ. 3

Ως Ομάδα Υγείας, ορίζεται: «η ομάδα που αποτελείται από ιατρούς ειδικότητων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλευτή, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο.¹⁴⁰» Ως Ομάδα Υγείας, θεωρείται και η «Τοπική Ομάδα Υγείας» που συγκροτείται.¹⁴¹

Η κύρια αποστολή της διεπιστημονικής ομάδας που συγκροτείται, για τη λειτουργία των ΤοΜΥ, είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στον πληθυσμό ευθύνης τους. Πιο συγκεκριμένα, η διασφάλιση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες και της συνέχειας της φροντίδας, σύμφωνα πάντοτε με τις ανάγκες του πληθυσμού και η παροχή ολιστικής και ποιοτικής ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας.

Βασική τους μέριμνα αποτελεί «η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής υγείας στον υγιή πληθυσμό, η ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών, με έμφαση στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και η παροχή υπηρεσιών που άπτονται της δημόσιας υγείας, όπως οι εμβολιασμοί, η κατ' οίκον φροντίδα και άλλες.¹⁴²»

Δεδομένου ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν παρέχεται αποκλειστικά και μόνο από ιατρικούς επιστήμονες, προκειμένου να καταστεί αποτελεσματική, θα πρέπει να παρέχεται από επαρκώς στελεχωμένες και καλά καταρτισμένες ομάδες επαγγελματιών υγείας, οι οποίες θα χαρακτηρίζονται από γνώσεις που αφορούν στη δημόσια υγεία, στο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο και στον οικογενειακό προγραμματισμό.

Πιο συγκεκριμένα οι ΤοΜΥ θα στελεχωθούν από δωδεκαμελείς διεπιστημονικές ομάδες οι οποίες θα απαρτίζονται από: τέσσερις Γενικούς Γιατρούς ή Παθολόγους, ένα Παιδίατρο, δύο Νοσηλευτές, δύο Επισκέπτες Υγείας, ένα Κοινωνικό Λειτουργό και δύο διοικητικούς Υπαλλήλους.

8.2.3 Οικογενειακός Γιατρός

Πριν όμως από την είσοδο των ασθενών στα ΤοΜΥ, θα πρέπει να έχει προηγηθεί επίσκεψη στον οικογενειακό Ιατρό. Ο τελευταίος αποτελεί το αρχικό στάδιο επαφής του πολίτη με το δημόσιο σύστημα υγείας παρέχοντας ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στον ασθενή, με σκοπό την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της καλής υγείας.

¹⁴⁰ Νόμος 4486/2017 ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017 Άρθρο 2 παρ. 1

¹⁴¹ Σύμφωνα με το άρθρο 106 του Ν. 4461/2017 ΦΕΚ 38 /Α' /28-03-2017.

¹⁴² Βλ. Νόμος 4486/2017, ό.π., Άρθρο 5

Λειτουργεί ως Gatekeeper, κατευθύνοντας τους ασθενείς στα συμβεβλημένα δημόσια ή ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, καθώς και στα νοσοκομεία. Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας γίνεται μέσω ηλεκτρονικού συστήματος ιατρικών επισκέψεων, μέσω της νεοσυσταθείσας γραμμής ραντεβού για την υγεία 1535.

Αναλυτικότερα, βάσει της εγκυκλίου που εκδόθηκε προς αποσαφήνιση του Ν. 4486/2017, ως Οικογενειακός Ιατρός ορίζεται: «*ιατρός ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδίατρος για τον παιδικό πληθυσμό.*¹⁴³» Ο ανώτατος πληθυσμός ευθύνης (εγγεγραμμένος) ορίζεται σε αναλογία ένας ιατρός ανά δύο χιλιάδες διακόσιους πενήντα (2.250) εγγεγραμμένους ενήλικες και ένας παιδίατρος ανά χίλια πεντακόσια (1.500) παιδιά. Κατά το μεταβατικό στάδιο, ρόλο Οικογενειακού Ιατρού αναλαμβάνουν: οι Οικογενειακοί Ιατροί των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.), οι ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας ή παιδιατρικής των Κέντρων Υγείας, τα οποία μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας εγγραφής του συνόλου του πληθυσμού της χώρας, συνεχίζουν την λειτουργία τους με τον ίδιο ως τώρα τρόπο, χωρίς εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης, παρέχοντας υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο λοιπό πληθυσμό, οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιώτες ιατροί,¹⁴⁴ κάτοχοι τίτλου γενικής ιατρικής ή παθολογίας ή παιδιατρικής.

Με ευθύνη των Υ.Π.Ε. και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατ' αναλογία των ανωτέρω, καταρτίζονται ηλεκτρονικοί κατάλογοι με τους εν ενεργεία Οικογενειακούς Ιατρούς, όπως ορίζονται. Στους καταλόγους αυτούς καταγράφονται τα προσωπικά στοιχεία και τα στοιχεία επικοινωνίας των Οικογενειακών Ιατρών, η μονάδα στην οποία παρέχουν τις υπηρεσίες τους και η ιατρική ειδικότητά τους. Οι ηλεκτρονικοί κατάλογοι τηρούνται στον φορέα εποπτείας και αποστέλλονται, στη Διεύθυνση Π.Φ.Υ. του Υπουργείου Υγείας για την ενημέρωση κάθε ενδιαφερόμενου φορέα. Η επικαιροποίηση των ανωτέρω καταλόγων βαρύνει τους Οικογενειακούς Ιατρούς, τις κατά τόπο αρμόδιες Υ.Πε. και τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατ' αναλογία, οι οποίοι υποχρεούνται να ενημερώνουν άμεσα και με κάθε πρόσφορο τρόπο την Διεύθυνση Π.Φ.Υ. του Υπουργείου Υγείας.¹⁴⁵

¹⁴³ Ibid Άρθρο 6.

¹⁴⁴ Σύμφωνα με το άρθρ. 11 του ν. 4486/2017 ΦΕΚ 115/Α'/07-08-2017

¹⁴⁵ Η υπ' αριθ. Γ1α/Γ.Π.Οικ.93380/14-12-2017 εγκύκλιος «Διαδικασία εφαρμογής του ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ(115/τ.Α') – Διευκρινήσεις για τον κατάλογο Οικογενειακών Ιατρών και την διαδικασία εγγραφής σε Οικογενειακό Ιατρό και σε ΤΟΜΥ».

Ο πληθυσμός εγγράφεται, στο πρώτο στάδιο εφαρμογής, στον Οικογενειακό Ιατρό, ο οποίος τον καλύπτει εντός των ορίων του Δήμου στον οποίο διαμένει. Η εγγραφή στον Οικογενειακό Ιατρό γίνεται κατόπιν αίτησης/υπεύθυνης δήλωσης του ενδιαφερόμενου. Ο πληθυσμός που έχει τη δυνατότητα να εγγραφεί σε μια Το.Μ.Υ. είναι το σύνολο του γενικού πληθυσμού εντός του Δήμου στον οποίο συγκροτείται η Το.Μ.Υ. και μέχρι του ορίου των 12.000 ατόμων.¹⁴⁶

Με τις διατάξεις του ίδιου νόμου επαναπροσδιορίζεται και η έννοια των Κέντρων Υγείας, των οποίων η λειτουργία βάσει της εν λόγω μεταρρύθμισης αναβαθμίζεται. Χαρακτηρίζονται πλέον ως: *«αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Δ.Υ.Πε. και έχουν σκοπό την παροχή υπηρεσιών ιδίως: ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες Π.Φ.Υ., εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών, εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου, οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών, φροντίδας μητέρας και παιδιού, φροντίδας παιδιών και εφήβων, εξειδικευμένης πρόληψης, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας, ιατρικής της εργασίας, κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, προαγωγής υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., μπορεί να προστίθενται και άλλες συναφείς αρμοδιότητες στα Κέντρα Υγείας, ανάλογα με τις πληθυσμιακές και υγειονομικές ανάγκες.»*¹⁴⁷

Σημειώνεται ότι βάση στοιχείων του υπουργείου Υγείας, το 70% των περιστατικών που επισκέπτονται τα νοσοκομεία είναι περιστατικά Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, οπότε η αναβαθμισμένη λειτουργία των Κέντρων Υγείας αλλά και των ΤΟΜΥ που είναι σε εξέλιξη η δημιουργία τους, αναμένεται σημαντικά να ανακουφίσουν και να ελαφρύνουν τη λειτουργία τους.

¹⁴⁶Όπως ορίζεται στο άρθρ. 106 του ν.4461/2017.

¹⁴⁷ Ν. 4486/2017 ΦΕΚ 115/Α'07-08-2017 Κεφ. 2° Άρθ. 4° παρ. 2-Η παρ. 5 του άρθρου 3 του ν. 4238/2014 (Α' 38), αντικαθίσταται ως εξής:«5. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε.. Εντός του Το.Π.Φ.Υ. οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ., τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, καθώς και τα δημοτικά ιατρεία συνιστούν το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ.. Οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι, τα δημοτικά ιατρεία, καθώς και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, μπορεί να συμμετέχουν σε δράσεις προαγωγής υγείας και πρόληψης, υπό την εποπτεία της οικείας Δ.Υ.Πε.. Η περιοχή ευθύνης των Δ.Υ.Πε. διαιρείται σε Το.Π.Φ.Υ.. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. ή άλλη δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ.. Ο αριθμός των Το.Π.Φ.Υ. και των αντίστοιχων Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κάθε Δ.Υ.Πε. μπορεί να ανακαθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.».

Συμπερασματικά, η δημιουργία ενός αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την επίτευξη της αποτελεσματικότητας, της πρόσβασης και της ανθεκτικότητας. Μεσοπρόθεσμα η υλοποίηση των αλλαγών θα συμβάλλει στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, και στη σημαντική μείωση της σπατάλης, η οποία ανέρχεται σε τουλάχιστον €2,5 με €3 δισ..

Ωστόσο, την τρέχουσα περίοδο μόνο μια μικρή μερίδα γιατρών είναι γενικοί γιατροί. Επίσης απουσιάζει το σύστημα παραπομπών προκειμένου να ρυθμίζονται οι τυχόν μετακινήσεις των ασθενών προς τα υπόλοιπα επίπεδα περίθαλψης. Ενώ η πρόληψη και προαγωγή της υγείας θεωρείται μη επαρκής.

Βεβαίως, όπως διαπιστώνεται από τα ανωτέρω έχει ήδη γίνει κάποια προσπάθεια ή τουλάχιστον κάποια αρχή, από το 2017 με την κατάρτιση του νέου ελληνικού σχεδίου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο έχει ξεκινήσει με δειλά βήματα να εφαρμόζεται και αναμένεται να τεθεί σε λειτουργία τα επόμενα έτη.

8.3 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ ΚΑΙ Η ΥΠΟΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ

Ένα ακόμη βασικό πρόβλημα που συνέβαλε στην υπολειτουργία του ΕΣΥ, ήταν τα απαρχαιωμένα συστήματα αποζημιώσεων των προμηθευτών, καθώς και ο απαρχαιωμένος τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των τμημάτων προμηθειών των Νοσοκομείων. Από το 2010 πληθώρα μεταρρυθμίσεων έλαβαν χώρα σχετικά με την οργάνωση των εν λόγω τμημάτων. Τελευταία μεταρρύθμιση αποτελεί ο Ν. 4412/2016 «*Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών*». Οι αρχές έλαβαν πληθώρα μέτρων για την αύξηση του ποσοστού των κεντρικών προμηθειών στο 30% των συνολικών δαπανών των νοσοκομείων έως το Δεκέμβριο του 2017 και στο 60% τον Δεκέμβριο του 2018.

Οι αλλαγές στο συγκεκριμένο χώρο ήταν θεαματικές, καθότι μέσω του παραπάνω νόμου θεσπίστηκαν κανόνες για τις διαδικασίες προγραμματισμού, σύναψης συμβάσεων και διαγωνισμών οι οποίοι πραγματοποιούνται πλέον από αναθέτουσες αρχές, ανεξαρτήτως εκτιμώμενης αξίας.

Το δυναμωμένο σύστημα αγορών εισάγεται πλέον ως μια εξ ολοκλήρου ηλεκτρονική διαδικασία. Η οποία διεξάγεται μέσω της Ηλεκτρονικής πλατφόρμας «ΕΣΗΔΗΣ» και «ΚΗΜΔΗΣ» από τους χρήστες. Η υποχρεωτική χρήση του εν λόγω συστήματος ξεκίνησε

το Μάιο του 2017. Ως «Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων (ΕΣΗΔΗΣ)» νοείται: «το Ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει όλα τα αναγκαία στοιχεία για τον προγραμματισμό και τη σύναψη δημοσίων συμβάσεων, με τη χρήση και εφαρμογή Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ)», ως «χρήστες ΕΣΗΔΗΣ» νοούνται: «οι αναθέτουσες αρχές/αναθέτοντες φορείς και οι οικονομικοί φορείς που χρησιμοποιούν το ΕΣΗΔΗΣ.» Ως «Κεντρικό Ηλεκτρονικό Μητρώο Δημοσίων Συμβάσεων (ΚΗΜΔΗΣ)» νοείται: «το πληροφοριακό σύστημα, που αποτελεί μέρος του Ε.Σ.Η.Δ.Η.Σ. και έχει ως σκοπό τη συλλογή, επεξεργασία και δημοσιοποίηση στοιχείων που αφορούν στις δημόσιες συμβάσεις.¹⁴⁸»

Οι ηλεκτρονικές δημόσιες συμβάσεις ενισχύονται περισσότερο καθώς το ΕΣΗΔΗΣ προβλέπεται ως ενιαία ηλεκτρονική πλατφόρμα και υποστηρίζει το σύνολο των δημοσίων συμβάσεων άνω των €60.000, για είδη και υπηρεσίες. Στοχεύοντας στην επιτάχυνση και στην απλοποίηση των διαδικασιών αλλά και στην ελάττωση του διοικητικού φόρτου εργασίας.

Η νέας ηλεκτρονική διαγωνιστική διαδικασία, επιτρέπει στις Αναθέτουσες Αρχές, να έχουν πρόσβαση έναν μεγάλο αριθμό προσφορών, μέσω των οποίων αυξάνεται ο ανταγωνισμός. Τοιουτοτρόπος, εξασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των δημόσιων πόρων.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί πως για πρώτη φορά θεσπίζονται διατάξεις για τη ρύθμιση των διαδικασιών ανάθεσης για συμβάσεις κάτω των €60.000, και πιο συγκεκριμένα για τους συνοπτικούς διαγωνισμούς και τις απευθείας αναθέσεις, καθώς και για την ανάθεση και εκτέλεση συμβάσεων παροχής υπηρεσιών, ανεξαρτήτως αξίας.

Ειδικότερα μέσω του συγκεκριμένου πλαισίου προωθούνται οι εξής αλλαγές:

- Τροποποίηση του τρόπου κατάρτισης των τεχνικών προδιαγραφών ώστε να διασφαλίζεται το δημόσιο συμφέρον.¹⁴⁹
- Μειώθηκε σημαντικά ο φόρτος εργασίας των διοικητικών υπαλλήλων, καθώς και των υπαλλήλων εκείνων που απαρτίζουν την επιτροπή αξιολόγησης του εκάστοτε διαγωνισμού, μέσω της αντικατάστασης σημαντικού αριθμού πιστοποιητικών ή άλλων εγγράφων που σχετίζονται με τα κριτήρια αποκλεισμού και επιλογής, από το

¹⁴⁸ Ν. 4412/2016 ΦΕΚ Α' 147/08-08-2016, Άρθρο 2, παρ. 32,33,34.

¹⁴⁹ Ν.4412/2016 ΦΕΚ Α' 147/08-08-2016, Άρθ 46 και 47.

«Ευρωπαϊκό Ενιαίο Έγγραφο Σύμβασης και το Τυποποιημένο Έντυπο Υπεύθυνης Δήλωσης» τα οποία αποτελούν επικαιροποιημένη υπεύθυνη δήλωση, ως προκαταρκτική απόδειξη προς αντικατάσταση των πιστοποιητικών που εκδίδουν δημόσιες αρχές ή τρίτα μέρη προς όφελος τόσο των Αναθετουσών Αρχών όσο και των οικονομικών φορέων.¹⁵⁰

- Περιορίστηκε σημαντικά ο χρόνος διενέργειας της εκάστοτε διαγωνιστικής διαδικασίας, μέσω της σύντμησης των προθεσμιών.¹⁵¹
- Για τη διαδικασία ανάθεσης και εκτέλεσης της σύμβασης εντάσσονται για πρώτη φορά περιβαλλοντικές, κοινωνικές και εργατικές απαιτήσεις.
- *«Παρέχεται η δυνατότητα στις Αναθέτουσες Αρχές να παραχωρούν κατ' αποκλειστικότητα, υπό ειδικότερους όρους, το δικαίωμα συμμετοχής σε διαδικασίες σύναψης δημοσίας σε: (α) Προστατευμένα Παραγωγικά Εργαστήρια (β) Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (γ) Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Ένταξης και δ) κάθε άλλο οικονομικό φορέα που έχει ως κύριο σκοπό, δυνάμει του καταστατικού του, την επαγγελματική και κοινωνική ένταξη ατόμων με αναπηρία ή μειονεκτούντων προσώπων¹⁵².»*
- Ενισχύεται η δημιουργία κεντρικού συστήματος δημοσίων συμβάσεων. Στοχεύοντας στην επίτευξη οικονομίων κλίμακας.

Ως προς το σύστημα αποζημίωσης των προμηθευτών, τοποθετήθηκαν σε όλα τα νοσοκομεία εσωτερικοί ελεγκτές, με σκοπό τον έλεγχο της απόδοσης των οργανισμών αναφορικά με την εκτέλεση του προϋπολογισμού και τη συσσώρευση καθυστερούμενων καταβολών. Οι οποίοι προτείνουν επανορθωτικές ενέργειες σε εκείνα που αθετούν τις υποχρεώσεις τους.

Καθώς επίσης καθιερώθηκαν από όλα τα νοσοκομεία τα μητρώα ανάληψης δεσμεύσεων, κάνοντας εφικτή τη λεπτομερή παρακολούθηση της εκτέλεσης του προϋπολογισμού, περιλαμβάνοντας τόσο τις δεσμεύσεις που έχουν αναληφθεί για τις δαπάνες.

Τέλος, η τρέχουσα οικονομική συγκυρία αποτέλεσε το έναυσμα των μεταρρυθμίσεων του συστήματος χρηματοδότησης των προμηθευτών υγείας, αποσκοπώντας στην επίτευξη

¹⁵⁰ Ν.4412/2016 ΦΕΚ 147/Α'08-08-2016, Άρθ 79

¹⁵¹ Ν.4412/2016 ΦΕΚ 147/Α'08-08-2016, Άρθ 117, 118 και 121

¹⁵² Ν.4412/2016 ΦΕΚ 147/Α'08-08-2016, Άρθ 20

μεγαλύτερης οικονομικής αποδοτικότητας και παραγωγικότητας των προμηθευτών, και παράλληλα βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της βιωσιμότητας των νοσοκομείων.

Επί της ουσίας με τον νέο νόμο υιοθετείται ένα πλέγμα καινοτόμων ρυθμίσεων, με σκοπό την εξυγίανση, τον εξορθολογισμό και τη συνεχή βελτίωση του συστήματος δημοσίων συμβάσεων, την απλοποίηση και επιτάχυνση της διαδικασίας ανάθεσης των δημοσίων συμβάσεων, την αύξηση της αποδοτικότητας των δημόσιων δαπανών, την ενίσχυση του ανταγωνισμού, την ανάπτυξη και παραγωγική ανασυγκρότηση, τη διασφάλιση του δημοσίου και κοινωνικού συμφέροντος και τέλος στην εξοικονόμηση χρόνου αλλά κυρίως χρήματος.

Συμπερασματικά, τα μέτρα που ελήφθησαν έχοντας ως στόχο την εύρυθμη και απρόσκοπτη λειτουργία των τμημάτων προμηθειών συνέβαλλαν σημαντικά στον εξορθολογισμό των δαπανών για την υγεία. Και αναμένεται δε να βοηθήσουν σημαντικά στην αντιμετώπιση της διαφθοράς, κατά τη σύναψη δημοσίων συμβάσεων αλλά και στη διαδικασία υποβολής προσφορών, η οποία, παρότι αντιμετωπίζεται, δεν έχει εξαλειφθεί πλήρως.

8.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Ως προς τον τομέα του φαρμάκου, από το 2010 και έπειτα έγινε μία σειρά συντονισμένων προσπαθειών σκοπεύοντας στην εξοικονόμηση της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς και στην ενίσχυση της αποδοτικότητας. Η Ελλάδα από την πλευρά της έθεσε μια σειρά στόχων για τη μείωση της εν λόγω δαπάνης, από €5 δισ. το 2009, σε €2 δισ. και κάτω κατά την περίοδο από το 2015 έως το 2017.

Οι μεταρρυθμίσεις στο χώρο του φαρμάκου εστιάζουν κυρίως σε δύο άξονες, στην Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και το Παρατηρητήριο Τιμών των Φαρμάκων, και στην προώθηση της χρήσης των γενοσήμων.

Η τιμολόγηση των φαρμάκων μέχρι το 2010, γινόταν χωρίς να έχει προηγηθεί σύγκριση τιμών των φαρμάκων με όλες τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαιτέρως εκείνων με τις χαμηλότερες τιμές, και βέβαια ούτε σε ηλεκτρονικό επίπεδο. Πλέον, η αρμοδιότητα τιμολόγησης των φαρμάκων ανατίθεται στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και αναφέρεται πως όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς θα λαμβάνουν γνώση εξ' αρχής ότι το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι πεπερασμένο και όχι απεριόριστο, ενώ ενδεχόμενη

υπέρβασή του δεν θα καταβάλλεται. Ενδεχόμενη καταβολή δε, θα συνιστά σοβαρό πειθαρχικό παράπτωμα των αρμόδιων οργάνων που ενέκριναν τη σχετική δαπάνη.

Στις μεταρρυθμίσεις περιλαμβάνεται η καθιέρωση της ολόημερης λειτουργίας των φαρμακείων των δημόσιων νοσοκομείων προς εξυπηρέτηση των εξωτερικών ασθενών και την εκτέλεση συνταγών φαρμάκων ειδικών παθήσεων. Κάτι το οποίο συνέβαλε στην αύξηση των εσόδων των Νοσοκομείων, καθώς και στη διευκόλυνση των ασθενών.

Συμπερασματικά, παρά τη σειρά μεταρρυθμίσεων που αφορούσαν στον τομέα του φαρμάκου και τις τεράστιες μειώσεις που έλαβαν χώρα, η τρέχουσα δαπάνη για συνταγογραφούμενα φάρμακα και ΜΗ.ΣΥΦΑ, υπερβαίνει το ένα τέταρτο (26%) της συνολικής δαπάνης για την υγεία και είναι μεταξύ των υψηλότερων στην ΕΕ.

8.5 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Από το 2010 και μετά οι κύριες χρηματοδοτικές πηγές του εθνικού συστήματος υγείας έχουν περιοριστεί σημαντικά με αντίκτυπο στη λειτουργία του. Υπήρξε γενικότερος εξορθολογισμός των δαπανών προς όλους τους τομείς του συστήματος υγείας. Οι πιέσεις αυτές, σε συνδυασμό με τις ήδη υψηλές ιδιωτικές δαπάνες οι οποίες κατά πάσα πιθανότητα δεν δύνανται να διευρυνθούν περαιτέρω, δημιουργούν ορατές ανησυχίες για την επάρκεια χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, ιδίως μακροπρόθεσμα.

Κύρια αιτία ανησυχίας αποτελεί το γεγονός αν επαρκεί και σε τι βαθμό η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Επιπλέον λόγοι ανησυχίας είναι η μείωση των εσόδων του συστήματος ασφάλισης υγείας, καθώς και το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών.

Στο πλαίσιο των σοβαρών δημοσιονομικών περιορισμών ολοένα και αυξανόμενο ποσοστό νοικοκυριών, των οποίων ο οικογενειακός προϋπολογισμός συρρικνώνεται, σε τέτοιο βαθμό που να αδυνατούν όλο και περισσότερο να πληρώνουν για ιδιωτικές υπηρεσίες, στρέφονται στις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας. Βασική αιτία συρρίκνωσης του προϋπολογισμού αποτελεί το γεγονός των διαρκών μειώσεων στους μισθούς των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα, ανάμεσα τους και οι επαγγελματίες υγείας.

Παρόλο που η χρήση των υπηρεσιών του ΕΣΥ αυξάνεται, τα έσοδά του μειώνονται λόγω του υψηλού ποσοστού ανεργίας, της συνεχούς αύξησης της ημιαπασχόλησης, καθώς και όπως προαναφέρθηκε της διαρκούς μείωσης των ημερομισθίων. Ταυτόχρονα, ο κατά έτος μειούμενος προϋπολογισμός του ΕΣΥ, που αποτελεί τη δεύτερη πηγή εσόδων του,

λειτουργεί εντός αυστηρών ορίων, τα οποία επιβάλλονται επιδιώκοντας δημοσιονομική βιωσιμότητα.

8.6 ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Η πολυετής οικονομική κρίση αύξησε τις ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδος. Οι μεγάλες περικοπές στον ετήσιο προϋπολογισμό είχαν ως αποτέλεσμα ελλείψεις σε φάρμακα και υλικοτεχνική υποδομή, και συσσώρευση πληθώρας χαλασμένων μηχανημάτων στα νοσοκομεία. Η ταυτόχρονη αύξηση του αριθμού των ασθενών που επισκέπτεται τα νοσοκομεία επιτείνει το πρόβλημα.

Η έλλειψη προσωπικού πλήττει τον ευρύτερο δημόσιο τομέα εστιάζοντας στα συστήματα υγείας, διαπιστώνεται πως, παρά τη συνολική υπερπροσφορά γιατρών, είναι υποστελεχωμένα, κατά συνέπεια λειτουργούν υπό το όριο της επιχειρησιακής τους ικανότητας. Επιπροσθέτως, η ανεργία πλήττει τον υπό μελέτη κλάδο, ενώ πληθώρα γιατρών εγκαταλείπει την Ελλάδα (brain drain).

Υπολογίζεται ότι 17.500 Έλληνες γιατροί εργάζονται πλέον στο εξωτερικό. Την τελευταία δεκαετία (2009-2015) 7.480 ειδικευόμενοι μετανάστευσαν σύμφωνα με τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών ενώ εκδόθηκαν 1.168 πιστοποιητικά το 2016, για να φύγουν στο εξωτερικό, εκ των οποίων τα 306 αφορούσαν ανειδίκευτους ιατρούς. Κάτι αντίστοιχο ισχύει και για νοσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, οι γιατροί και οι νοσηλευτές βρίσκονται στην κορυφή των επαγγελμάτων που μεταναστεύουν στην ΕΕ, με τις ροές να κινούνται από τα φτωχότερα στα πλουσιότερα κράτη της Ένωσης.

Το πρόβλημα εντείνεται λόγω του παγώματος των προσλήψεων προσωπικού σε όλο τον δημόσιο τομέα από το 2010, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών υγείας. Η ανάγκη επαρκούς στελέχωσης των δημοσίων υπηρεσιών αυξάνεται, το πρόβλημα επεκτείνεται, ιδίως κατά την εφαρμογή του νέου συστήματος Π.Φ.Υ., διότι θα πρέπει να διασφαλιστούν επαρκή επίπεδα στελέχωσης.

Ταυτοχρόνως, η χώρα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα αναφορικά με το σχεδιασμό και την ορθολογική κατανομή των υγειονομικών πόρων, το οποίο έχει αντίκτυπο στην αποδοτικότητα και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το πρόβλημα προκύπτει από την άνιση κατανομή υλικών πόρων και ιατρικού προσωπικού μεταξύ

αστικών κέντρων και αγροτικών περιοχών, όπως επίσης μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Μεταρρυθμίσεις σχετιζόμενες με το νέο χάρτη υγείας οι οποίες έχουν λάβει χώρα ή πρόκειται να εφαρμοσθούν, όπως αυτή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αναμένεται να έχουν άμεσο αντίκτυπο στα θέματα αυτά.

8.7 ΥΠΕΡΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Η Ελλάδα κατέχει στην ΕΕ ένα από τα υψηλότερα επίπεδα ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Σοβαρό πρόβλημα για καιρό αποτελούσε και η δημόσια αγορά υπηρεσιών από ιδιωτικούς παρόχους, όπως οι ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα. Πριν από το 2010, η αυξανόμενη δυναμική του ιδιωτικού τομέα, σε συνδυασμό με τη μειούμενη διαπραγματευτική δύναμη των ασφαλιστικών ταμείων, τις ανεπαρκείς διαδικασίες πληρωμής, την έλλειψη κλινικών πρωτοκόλλων και την αδυναμία παρακολούθησης της χρήσης των διαγνωστικών εξετάσεων, δημιούργησαν κίνητρα που ευνοούσαν την υπερκατανάλωση και τη σπατάλη. Κυριότερο πρόβλημα αποτέλεσε η αλόγιστη συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων. Αξίζει να αναφερθεί πως το 2010 σύμφωνα με πληροφορίες γράφονταν κατά μέσο όρο περίπου €4,5 εκατ. συνταγές το μήνα.

Παραδοσιακά, η προκλητή ζήτηση από την πλευρά της προσφοράς αποτελούσε ανέκαθεν σημαντικό πρόβλημα στον ιδιωτικό τομέα, διότι οδηγούσε σε υπερκατανάλωση υπηρεσιών άνευ λόγου. Προς των περιορισμό των συγκεκριμένων δαπανών, τέθηκαν ανώτατα όρια (πλαφόν) στον αριθμό των επισκέψεων που μπορεί να δεχτεί μηνιαίως ένας γιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ, στον αριθμό των παραπεμπτικών για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, καθώς και στο σύνολο της αξίας των φαρμάκων που μπορούν να συνταγογραφήσουν μηνιαίως, αναλόγως ειδικότητας, αριθμού ασθενών, περιοχής και τον μήνα του έτους.

Ένα ακόμη μέτρο που αποσκοπούσε στον περιορισμό των εν λόγω δαπανών, είναι η επιβολή της συμμετοχής του ασφαλισμένου στις ιδιωτικά παρεχόμενες διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, στα φάρμακα που χορηγούνται εκτός νοσοκομείου, καθώς και στις επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Με ελάχιστες εξαιρέσεις για ορισμένες παθήσεις όπως οι χρόνιες ασθένειες και ευάλωτες ομάδες, όπως αυτές με χαμηλό εισόδημα ώστε να διασφαλίζεται η προστασία της πρόσβασης.

Η δημιουργία δηλαδή ενός μηχανισμού επιστροφής, διά του οποίου θα απαιτείται από τους ιδιωτικούς παρόχους η επιστροφή οποιασδήποτε δαπάνης υπερβαίνουσας του πλαφόν του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ. Με βασικό στόχο να μπορεί ο ΕΟΠΥΥ να καλύπτει της ανάγκες του πληθυσμού.

Σημειώνεται πως, το υψηλότερο μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία το κατέχουν οι άμεσες πληρωμές των ασθενών και όχι η συμμετοχή των ασφαλισμένων στη δαπάνη. Τούτο συνάγεται, διότι υπάρχει ανισορροπία μεταξύ των ποσοστών επίσημης αποζημίωσης και των πραγματικών καταβαλλόμενων σε συμβεβλημένους παρόχους αμοιβών (επιπλέον χρέωση), μεγάλη επισκεψιμότητα στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων στα οποία καταβάλλεται άμεση αμοιβή, μεγάλες λίστες αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες, καθώς και το όριο που τίθεται στον αριθμό επισκέψεων σε γιατρούς, κάτι που ίσως στρέψει τους ασθενείς στην αναζήτηση πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ιδιωτικές δομές, οι κατακερματισμένες δημόσιες υπηρεσίες, και τέλος, η εκτεταμένη χρήση άτυπων πληρωμών.

Μία ακόμη μεταρρύθμιση που αφορά στον τομέα της διάγνωσης, ήταν μείωση των τιμών που καταβάλλονται από το δημόσιο σύστημα υγείας. Έτσι, οι σχετικές δαπάνες περιορίστηκαν σημαντικά καθώς μειώθηκε και η υπερβολική χρήση μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών.

8.8 ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ

Το σημείο που χρήζει προσοχής και απαιτεί παρακολούθηση είναι το κατά πόσο και αν, τα εν λόγω μέτρα οδήγησαν στην αύξηση της αποδοτικότητας του ΕΣΥ, με το να στρέψουν τους χρήστες υπηρεσιών υγείας προς τη δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη.

Στο σημείο αυτό καλό θα ήταν να αναφερθεί πως οι άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς είναι στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλές συγκριτικά με τις λοιπές χώρες της ΕΕ και τείνουν να αυξάνονται. Γεγονός που αποτελεί αυξανόμενη οικονομική επιβάρυνση για τους χρήστες, κυρίως λόγω της προκλητής ζήτησης από την πλευρά της προσφοράς.

Χαρακτηριστικό δε είναι η δημιουργία ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας. Βασικός στόχος λοιπόν είναι η καταπολέμηση των εκτεταμένων άτυπων αμοιβών, της φοροδιαφυγής μέσω της παροχής υπηρεσιών υγείας χωρίς την καταβολή απόδειξης, καθώς και άλλων μορφών σπατάλης και διαφθοράς στο χώρο της υγείας.

Προς τούτο, και στην προσπάθεια ενίσχυσης της διαφάνειας εισήχθησαν νέα πληροφοριακά εργαλεία και συστήματα. Πιο συγκεκριμένα, επετεύχθη η παρακολούθηση της υπερκατανάλωσης φαρμακευτικών προϊόντων και των παραπεμπτικών για κλινικές εξετάσεις και ελέγχους, μέσω του συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.

Μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος ESYnet συλλέγονται προς ανάλυση τα μηνιαία οικονομικά και διοικητικά στοιχεία, αλλά και τα στοιχεία για τη δραστηριότητα των δημοσίων παρόχων. Καθώς και μέσω της ενσωμάτωσης του Συστήματος Επιχειρηματικής Ευφυΐας στα νοσοκομεία, καταγράφονται με διαφανή τρόπο οι πηγές εσόδων καθώς και οι χρηματοδοτικές ροές.

Η ηλεκτρονική πλατφόρμα δια μέσου της οποίας διεξάγονται οι διαγωνιστικές διαδικασίες, καθώς και το Παρατηρητήριο Τιμών (Observe Net), αποτελούν τα βασικά μέσα παρακολούθησης και ελέγχου των δαπανών για τις υγειονομικές προμήθειες που δημοσιεύουν τα νοσοκομεία.

Αναφορικά με την ισότητα στην πρόσβαση για τη χρήση υπηρεσιών υγείας, σημαντικό επίτευγμα αποτελεί η επίλυση του προβλήματος της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας, η οποία επηρέαζε περίπου το ένα τέταρτο του πληθυσμού, λόγω της απουσίας καθολικής κάλυψης. Ένα ακόμη πρόβλημα αποτελούσε το γεγονός πως η κάλυψη σταματούσε για μεγάλη μερίδα ανέργων ή μη εχόντων τη δυνατότητα να καταβάλλουν πλέον τις εισφορές, μετά το πέρας ενός διαστήματος, που μπορούσε να φτάσει το πολύ τα δύο έτη.

Καταβλήθηκε πληθώρα προσπαθειών από το 2011 και έπειτα, στη διάρκεια των οποίων η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ήταν ιδιαίτερα περιορισμένη για τους ανέργους καθώς και άλλες ευάλωτες κατηγορίες χωρίς κάλυψη. Οι νομοθετικές προσπάθειες για την αντιμετώπιση αυτού του κενού το 2013 και το 2014 απέβησαν άκαρπες, κυρίως λόγω διοικητικών εμποδίων. Το 2015, έπειτα από ανησυχίες που προκλήθηκαν από τον αντίκτυπο που είχε η καταβολή των πέντε ευρώ¹⁵³ ως συμμετοχή του ασφαλισμένου κατά

¹⁵³ Σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754 ΦΕΚ 490/Β' /01-04-2015 Κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξέταστρου πέντε (5) ευρώ στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

την επίσκεψή του στα εξωτερικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας του δημοσίου τομέα, ανακλήθηκε.

Στη συνέχεια η θεσμοθέτηση του Ν. 4486/2017 κάλυψε σημαντικά κενά, καθιστώντας δικαίωμα όλων των Ελλήνων πολιτών στην πρόσβαση για υγειονομική περίθαλψη. Σημαντικό επίτευγμα το οποίο δεν αφορά μόνο στους Έλληνες καθώς παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη και στους παράτυπους μετανάστες και πρόσφυγες.

8.9 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Συνοψίζοντας, παρά τις δυσχέρειες που προέκυψαν από τη δυσμενή οικονομική συγκυρία, την περίοδο από το 2010 μέχρι σήμερα, σημαντικές μεταρρυθμίσεις έλαβαν χώρα οι οποίες στράφηκαν προς τις δομές, τη δαπάνη, την αποτελεσματικότητα και τη διαφάνεια του συστήματος υγείας, στοχεύοντας στην αντιμετώπιση των μακροχρόνιων αδυναμιών.

Στις επιτυχείς μεταρρυθμίσεις περιλαμβάνονται η σημαντική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, η αναδιάρθρωση της λειτουργίας των κεντρικών προμηθειών, ο εξορθολογισμός των δαπανών του ΕΟΠΥΥ και η τυποποίηση των παροχών που αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση.

Σε εξέλιξη βρίσκονται οι προσπάθειες για την αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων, ενώ αναφορικά με τα θεραπευτικά ιδρύματα, η βελτίωση της διοίκησής τους, η ανάπτυξη και η αναδιοργάνωση τους και τέλος η παροχή κινήτρων στις μονάδες του ΕΣΥ.

Παρέμειναν όμως και αρκετά προβλήματα άλυτα τα οποία σχετίζονται με τη δομή, την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγείας, όπως ο ολοένα μειούμενος προϋπολογισμός των νοσοκομείων, η ανισοκατανομή των πόρων, καθώς και η υποανάπτυκτη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Καταλήγοντας, αξίζει να αναφερθεί πως, σε διεθνές επίπεδο σκοπός της πολιτικής υγείας είναι η ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα, μέσω της αποτελεσματικής αξιοποίησης των πόρων, έχοντας πάντοτε στο επίκεντρο τη μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους και τη δημόσια υγεία και ως στόχο την άρση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο τομέας του ΕΣΥ υπήρξε στο επίκεντρο των αναδιαρθρώσεων και προσπαθειών μείωσης των δαπανών, εξαιτίας των σοβαρών και συνεχών ελλειμμάτων, αλλά και της αναποτελεσματικής διοίκησης. Έτσι, προκειμένου βελτιωθεί και να αναδιοργανωθεί το σύστημα υγείας αναπτύχθηκε ένα σχέδιο δράσης, αποσκοπώντας κυρίως στην καθολική πρόσβαση και στην ποιοτική περίθαλψη, στη διαφάνεια και στον εκσυγχρονισμό της διοίκησης του συστήματος υγείας καθιστώντας τη πιο αποτελεσματική, και τέλος στη δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση. Το σχέδιο εφαρμόστηκε ταυτόχρονα με μία σειρά μέτρων που ελήφθησαν και αφορούσαν στον τομέα της υγείας.¹⁵⁴

Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις ξεκίνησαν το 2010, με την προσυπογραφή του Πρώτου Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής. Και δρομολογήθηκαν το 2013, με την εφαρμογή του νέου χάρτη υγείας, μία μεγάλη μεταρρύθμιση που σάρωσε το χώρο της υγείας. Η οποία στόχευε στον περιορισμό των κλινών, των κλινικών και των εξειδικευμένων μονάδων. Η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση όμως ήταν ιδιαίτερα χρονοβόρα καθότι δεν έχει μέχρι σήμερα εφαρμοσθεί πλήρως και επίσης η δράση της ήταν περιορισμένη. Καθώς επίσης, δεν εξετάστηκε το ενδεχόμενο της ορθολογικής κατανομής του προσωπικού, υπό την οπτική της επάρκειας, με σκοπό την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και αποδοτικότερου συστήματος υγείας.

Στους υγειονομικούς στόχους εντάσσεται και η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων στο χώρο της υγείας, πιο συγκεκριμένα, η ορθολογική διαχείριση των ασκούντων επαγγέλματα υγείας. Και τούτο εξαιτίας του διττού ρόλου του ιατρικού δυναμικού κατά την παραγωγή και παροχή υπηρεσιών, αλλά και λόγω της κυριαρχίας τους έναντι στους ασθενείς κυρίως εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης και της σχέσης αντιπροσώπευσης.

Η «αγορά» των υπηρεσιών υγείας λειτουργεί υπό ένα ιδιόμορφο πλαίσιο και τούτο διότι παρέχεται πληθώρα εξειδικευμένων ιατρών με ταυτόχρονη έλλειψη σε γενικούς ιατρούς καθώς και σε νοσηλευτικό προσωπικό, υπάρχουν γεωγραφικές ανισότητες και σχεδόν ανύπαρκτη Π.Φ.Υ.. Το εν λόγω ιδιόμορφο πλαίσιο έχει σοβαρές επιπτώσεις στην αποτελεσματική και αποδοτική χρήση του συστήματος υγείας, αλλά και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και στην ισότιμη πρόσβαση σε αυτές. Η εισαγωγή

¹⁵⁴ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf p.g.15

μηχανισμών σχετικά με τον περιορισμό του δυναμικού που ασχολείται με την ιατρική επιστήμη, καθώς και η παροχή κινήτρων στο παραϊατρικό προσωπικό θα μπορούσε να αποτελέσει λύση.

Ένα ακόμη σοβαρό πρόβλημα που πλήττει το δημόσιο τομέα και προέκυψε λόγω του ιδιόμορφου μισθολογικού καθεστώτος κυρίως των ιατρών, είναι η εύρεση τρόπων συμπλήρωσης του χαμηλού εισοδήματός τους, όπως είναι για παράδειγμα οι παραπληρωμές και οι εικονικές εφημερίες. Δεδομένου μάλιστα, ότι ο τρόπος αποζημίωσης των εργαζομένων στο χώρο της υγείας αποτελεί βασική συνιστώσα της λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος και έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την εμφάνιση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης.

Στο επίκεντρο τίθεται η αναζήτηση ενός εναλλακτικού τρόπου αποζημίωσης του προσωπικού που απασχολείται στο χώρο της υγείας, με σκοπό την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και τη διασφάλιση άσκησης τεκμηριωμένης ιατρικής. Η ευρεία χρήση άτυπων πληρωμών, οι οποίες καταλαμβάνουν ένα μεγάλο ποσοστό της ελληνικής παραοικονομίας, σε ιατρικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό θέτει φραγμούς στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, επηρεάζοντας σε μεγαλύτερο βαθμό τις φτωχές και ευάλωτες ομάδες. Η αντιμετώπιση του εν λόγω προβλήματος είναι απαραίτητη καθότι αποτελεί ένα βήμα προς τη διαφάνεια και την ακεραιότητα.

Αναφορικά με τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας της Ελλάδος, το βασικό πρόβλημα αποτελούν η προκλητή ζήτηση και όπως προαναφέρθηκε οι προκαλούμενες δαπάνες. Επομένως, είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός εργασιακού περιβάλλοντος, από το οποίο θα απουσιάζουν τα κίνητρα αύξησης της δαπάνης προς ίδιο όφελος από τους λειτουργούς της υγείας. Τα αξιόπιστα συστήματα πληροφοριών και τα εργαλεία παρακολούθησης αποτελούν λύσεις προς την επίτευξη διαφάνειας στους πόρους.

Όμως, οι μεταρρυθμίσεις που αφορούν στη φορολόγηση των ελεύθερων επαγγελματιών και δη των λειτουργών υγείας, πλήττουν σε μεγάλο βαθμό τους ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας οδηγώντας τους στην καταστροφή και στη μετανάστευση, καθώς επίσης αποτελούν ένα επιπλέον κίνητρο για την αύξηση της δαπάνης προς ίδιο όφελος, διότι ωθούν στην ενίσχυση της παραοικονομίας, μέσω της μη έκδοσης αποδείξεων για το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Από την άλλη, οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα και αποσκοπούσαν στην αύξηση της διαφάνειας, στη μείωση του κόστους για τις προμήθειες και την αλλαγή του συστήματος πληρωμών των νοσοκομείων στέφθηκαν με επιτυχία. Οι εν λόγω μεταρρυθμίσεις βοήθησαν τα νοσοκομεία αναφορικά με τον εξορθολογισμό των δαπανών, αλλά δεν πέτυχαν την πλήρως αποδοτική κατανομή των πόρων.

Οι μακροπρόθεσμες εκτιμήσεις για τις εξελίξεις στον τομέα των δαπανών υγείας, δεν είναι καθόλου αισιόδοξες. Και αυτό διότι οι δαπάνες υγείας παρουσιάζουν έντονα αυξητικές τάσεις ως αποτέλεσμα της εμφάνιση νέων παραγόντων σε διεθνές επίπεδο. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται: η καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος, οι κακές διατροφικές συνήθειες, η αυξημένη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και καπνίσματος, και η γήρανση του πληθυσμού. Η αγνόηση του ήδη υπάρχοντος προβλήματος σε συνάρτηση με τις αναμενόμενες εξελίξεις πολύ πιθανό να επιφέρει για στη χώρα μας τις ίδιες οδυνηρές συνέπειες.

Επομένως, όπως προκύπτει από την ανωτέρω μελέτη, ενδεχομένως η οικονομική κρίση οδήγησε σε διαρθρωτικές αλλαγές με επίκεντρο τη δημόσια υγεία, την ασφάλιση υγείας και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, απαντώντας στο αρχικό ερώτημα, η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να οράται ως μία απειλή, αλλά μάλλον ως μια ευκαιρία αναδιοργάνωσης και βελτίωσης των υγειονομικών, κοινωνικών και ασφαλιστικών συστημάτων. Υπάρχει ανάγκη για επιπλέον δομικές αλλαγές όπως και ενός βιώσιμου συστήματος υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ/ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Αντωνοπούλου Λ., «Ρύθμιση και Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα-Συγκρίσεις με την Ευρωπαϊκή Εμπειρία», στο *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, Τόμος 3, Τεύχος 2, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2008, σσ. 109-120.

Αλεξιάδου Σ.Α., Αλεξιάδου Ε.Α., Χαμαλίδου Α., *Η Ιστορική Εξέλιξη του Νοσοκομείου στην Ελληνική Επικράτεια*, 33, Διοικητική Ενημέρωση, 2005, σσ. 23-28.

Δαρδαβέσης Θ., «Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981)», στο *Ιατρικό Βήμα*, (4), 2008, σσ. 50-61.

Δεδούκου Ξ., Γουργούλης Γ.Μ., Κοντοπίδου Φ., Τσώνου Π., Παπαδήμα Κ., Φτίκα Λ., Μαραγκός Α., Μαλτέζου Έ., «Νοσοκομειακές λοιμώξεις: Εθνικό σχέδιο δράσης ‘Προκρούστης’». *Τα πρώτα αποτελέσματα και το επόμενο βήμα*, ΚΕΕΛΠΝΟ E-bulletin, 2011 στο <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1016>

Διεθνής Διαφάνεια Ελλάς, *Εθνική Έρευνα για τη Διαφθορά στην Ελλάδα-2013*, Αθήνα, 2014 στο <https://www.publicissue.gr/wp-content/uploads/2014/04/corruption-survey-2013.pdf>

Δολγέρας Α, Κυριόπουλος Γ., *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 2006.

Ζηλίδης Χ., *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000-4*, εκδ. Mediforce, Αθήνα, 2005.

Gosta E. A., *Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της εφημερίας*, εκδ. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 2006.

Σούλης Σ., Σαρρής Μ., Θεοδώρου Μ., *Συστήματα υγείας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2001.

Κοντιάδης Ι.Ξ., Σουλιώτης Ν.Κ., *Πολιτική φαρμάκου στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Νομικές και οικονομικές ενστάσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2017.

Κουσουλάκου Χ., Βίτσου Ε., *Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2008*, IOBE, Αθήνα, 2008 στο http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_022018_REP_GR.pdf

Κυριακόπουλος Γ., *Τα οικονομικά της τρόικα στην υγεία*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2010.

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1994 στο [http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/New%20folder%20\(1\)/Θέματα%20Οικονομικών%20της%20Υγείας.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/New%20folder%20(1)/Θέματα%20Οικονομικών%20της%20Υγείας.pdf)

Κυριόπουλος, Γ., *Τα Οικονομικά της Υγείας. Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2007 στο [http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/New%20folder%20\(1\)/οικονομικά%20υγείας%20αρχές.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/New%20folder%20(1)/οικονομικά%20υγείας%20αρχές.pdf)

Κωνσταντίνου Γ., *Η ιστορία των Στρατιωτικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη, 2012.

Λειβαδάρας Ν., *Το πρώτο Νοσοκομείο της Επαναστατημένης Ελλάδας στην Ερμούπολη Σύρου*, Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2012 στο <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/28340#page/1/mode/2up>

Λιανός Θ., Παπαβασιλείου, Α., Χατζηανδρέου Α., *Αρχές Οικονομικής Θεωρίας*, εκδ. ΙΤΥΕ-Διόφαντος, Αθήνα, 2013.

Λιαρόπουλος Λ., *Η υγεία την εποχή της κρίσης*, Βήτα ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2010.

Λιαρόπουλος Λ., *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, Βήτα ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2007.

Mayer, Th., «Διδάγματα από την κρίση χρέους στην Ελλάδα», Άρθρο Δ.1, *Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδος: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον;*, Καραμούζης Β.Ν., Χαρδούβελης Α.Γ., εκδ. Λιβάνη, Αθήνα, 2011.

Ξαφά Μ., «Το μέλλον της διαχείρισης των αποταμιεύσεων», Άρθρο Β.1, *Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδος: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον;*, Καραμούζης Β.Ν., Χαρδούβελης Α.Γ., εκδ. Λιβάνη, Αθήνα, 2011.

Οικονομάκη Ε., *Το κραχ στο ΕΣΥ σπρώχνει τους πολίτες στην ιδιωτική ασφάλιση*, 2016.

Πανηγυράκης Γ., Βεντούρα-Νεοκοσμίδη Ζ., *Σύγχρονη διοικητική δημοσίων σχέσεων*, εκδ. Μπένου, Αθήνα, 2001.

Πολύζος Ν., *Διοίκηση και οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, εκδ. Κριτική, Αθήνα, 2014.

Ράπανος, Β., Καπλάνογλου Γ., «Οικονομική κρίση και δημοσιονομική πολιτική: Η περίπτωση της Ελλάδος», Άρθρο Β.3, *Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδος: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον;*, Καραμούζης Β.Ν., Χαρδούβελης Α.Γ., εκδ. Λιβάνη, Αθήνα, 2011, σσ. 229-266.

Rice, T., *Τα οικονομικά της υγείας σε εξέταση*, εκδ. Κριτική, Αθήνα, 2006.

Σούλης, Σ., *Οικονομική της Υγείας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1999.

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

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

Σφακιανάκης Μ.Κ., *Διοικητική κρίσεων*, εκδ. Έλλην, 1998.

Τριαντόπουλος Χρ., «Πλαίσιο στήριξης του ελληνικού τραπεζικού συστήματος: Μία πρώτη προσέγγιση» στο *Οικονομικές Εξελίξεις*, Τεύχος 26, ΚΕΠΕ, Αθήνα, 2015, σσ. 72-81.

Τράπεζα της Ελλάδος, Κέντρο Πολιτισμού, Έρευνας και Τεκμηρίωσης, *Το χρονικό της μεγάλης κρίσης: Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013* στο <https://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/To%20χρονικό%20της%20μεγάλης%20κρίσης.pdf>

Τράπεζα της Ελλάδος, *Νομισματική Πολιτική. Ενδιάμεση Έκθεση 2015*, Αθήνα, 2015 στο https://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/Inter_NomPol2015.pdf

Υφαντόπουλος Ν. Γ., *Τα Οικονομικά της Υγείας*, εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα, 2003.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Abel-Smith V., *Value for money in health services: A comparative study*, Heinemann, London, 1976.

Burns A., Mitchell W., *Measuring Business Cycle*, 1946. στο: <http://www.nber.org/chapters/c2980.pdf>

Marmot MG. & Bell R., *How will the financial crisis affect health?*, pub. BMJ, London, 2009.

European Commission, *General Economic and Financial Affairs, The Second Economic Adjustment Programme for Greece*, Brussels, 2012.

Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A., Maresso A., *The impact of the financial crisis on health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications. WHO Europe-Euro-observatory on Health Systems and Policies*, 2014.

Economou C., “Greece: Health System Review”, *Health Systems in Transition*, Vol. 12, No. 7, World Health Organization, Denmark, 2010, pp. 1-80 in http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf

Fortney, J.C., SteC ck, D.E., Burgess Jr, J.F., Maciejewski, M.L., Petersen, L.A., *Are Primary Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Service*, pub. Health Services Research, 2005.

Glenngard A.H., Hjalte F. and Hjortsberg C., *National Health Accounts –Demand and Use of Health Expenditure Data*, pub. The Swedish Institute for Health Economics, Sweden, 2007.

Barton L., “Management: Master the Skills to Prevent Disasters”, *The Harvard business essentials series*, Harvard Business School Press, Boston MA, 2004.

Roberts E., Mays N., “Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A&E) department?”, *Health Policy*, 44(3), Netherlands, 1998, pp. 191-214.

Rosenthal U., Pijnenburg B., *Crisis management and decision making Simulation oriented scenarios*, Kluwer Academic Publishers, 14:4, 1991.

Sinn H.W., “The euro Trap: On bursting bubbles, budgets and beliefs”, *Oxford University Press*, Oxford, 2014.

Visvizi A., “*The crisis in Greece and the EU-IMF rescue package: determinants and pitfalls*”, in *Acta Oeconomica*, Akademiai Kiado, Budapest, 2012.

Wonderling, D., Gruen, R., Black, N., “Introduction to Health Economics”, *Open University Press*, McGraw – Hill, London, 2005.

ΈΓΓΡΑΦΑ ΕΝΩΣΙΑΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Γενική Διεύθυνση Οικονομικών και Νομισματικών Υποθέσεων, *To Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής για την Ελλάδα*, Βρυξέλλες, 2010.

European Commission, *Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. European Economy*, Brussels, 2009.

ΛΟΙΠΑ ΈΓΓΡΑΦΑ

European Centre for Disease Prevention and Control, *Antimicrobial Resistance surveillance in Europe*, Stockholm, 2017 in <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-europe-2015.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control, *Systematic Review on Hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA*, Stockholm, 2016 in <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/systematic-review-hepatitis-B-C-prevalence.pdf>

OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, Paris, 2016 in <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Organisation for Economics Co-operation and Development, *Competition Assessment Reviews: Greece Competition Assessment of Laws and regulations in Greece*, pub. OECD, Paris, 2013.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Υπουργείο Υγείας: <http://www.moh.gov.gr>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή: <https://ec.europa.eu>

Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης: <http://resources.ekdd.gr>

Η εφοδιαστική λειτουργία στο Δημόσιο Ελληνικό Νοσοκομείο.
<http://www.logistics.teithe.gr>

ΚΕΕΛΠΝΟ: <http://www2.keelpno.gr>

Κοινωνία της Πληροφορίας: <http://www.ktpae.gr>

Νέα Εθνική Στρατηγική για την Υγεία: <http://www.iatrikionline.gr>

Εφημερίδα «Το Βήμα»: <http://www.tovima.gr/>

Εφημερίδα «Τα Νέα»: <http://www.tanea.gr/>

International Monetary Fund: <http://www.imf.org>

Νοσοκομείο Αμαλία Φέμινγκ: www.flemig-hospital.gr.

Θεοδώρου Θ, Η οικονομική κρίση: <http://www.alfavita.gr>

NOMOI

A.N. 965/1937 ΦΕΚ 476/Α΄/24-11-1937, *Περί οργάνωσης των Δημόσιων Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων.*

Β.Δ./1845 Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 31/07-12-1845, *«Νόμος Υγειονομικός και λοιπές διατάξεις, Περί Υγειονομικών αρχών εν γένει, Περί διατιμήσεως υγειονομικών και λοιμοκαθαρτικών δικαιωμάτων».*

Β.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 72/Α΄/06-12-1836, *«Περί της διοικήσεως των αγαθοεργών καταστημάτων».*

Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.85649/2011 ΦΕΚ 1702/Β/01-08-2011, *«Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ».*

Κ.Υ.Α Αριθμ. Υ4α/οικ.123895 ΦΕΚ Β΄ 3515/31-12-2012, *Ενοποιημένος Οργανισμός.*

Κ.Υ.Α. 2322/Β/17-9-2013, *για το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας (ΙΚΑ ΕΤΑΜ, Κεντρική Υπηρεσία, ΣΕΠΕ, Γεν.Γραμματεία Κοιν.Ασφαλίσεων, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΕΤΕΑ, ΟΑΕΔ).*

Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου και του αντίστοιχου Εφαρμοστικού Κανονισμού 359/2015.

Ν.Δ./1917 Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος Αρ. 112/Α/14-06-1917 *«Περί Συστάσεως Υπουργείου Περιθάλψεως».*

Ν.Δ./1926 ΦΕΚ 11/Α΄/12-01-1926 *«Περί καταργήσεως των Υπουργείων Εθνικής Οικονομίας και Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως».*

Ν.Δ./1928 ΦΕΚ 174/Α΄/25-08-1928, *«Περί συστάσεως Υφυπουργείου Υγιεινής».*

- Ν.Δ./1932 ΦΕΚ 419/Α/01-12-1932, *«Περί καταργήσεως του Υπουργείου Υγιεινής»*.
- Ν.Δ. 2592/1953 ΦΕΚ 254/Α'/1953, *Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως*.
- Ν. 346/1915, Εφημερίς Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 2/Α/02-01-1915, *Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας*.
- Ν. 1397/1983 ΦΕΚ 143/Α'/07-10-1983, *Εθνικό Σύστημα Υγείας*.
- Ν. 1964 ΦΕΚ 146/Α'/26-09-1991. *«Κύρωση σύμβασης μεταξύ του ελληνικού δημοσίου και του ιδρύματος ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»*.
- Ν. 2071/1992 ΦΕΚ 123/Α'/15-07-1992, *Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*.
- Ν. 2072 ΦΕΚ 125/Α'/23-07-1992. *«Ρύθμιση επαγγέλματος ειδικού τεχνικού προθετικών και ορθωτικών κατασκευών και λοιπών ειδών αποκατάστασης και άλλες διατάξεις»*.
- Ν. 2882/1922 Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 122/Α/22-07-1922, *«Νόμος 2882 περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάψεως μετονομαζομένου σε Υπουργείο υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας»*.
- Ν. 2889/2001 ΦΕΚ 37/Α'/02-03-2001, *Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ.*
- Ν. 2920/2001 ΦΕΚ 131/Α'/27-6-2001, *«Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις»*.
- Ν.3106/2003 ΦΕΚ 30/Α'/10-2-2003, *Αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας*.

Ν. 3329/2005 ΦΕΚ 81/Α΄/4-4-2005, Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.

Ν. 3370/2005 ΦΕΚ 176/Α΄/11.07.2005, *Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις.*

Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25/Α΄/9-2-2007), «*Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*».

Ν. 3845/2010 ΦΕΚ 65/Α΄/06-05-2010, *Μέτρα για την εφαρμογή του μηχανισμού στήριξης της ελληνικής οικονομίας από τα κράτη-μέλη της Ζώνης του ευρώ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.*

Ν. 3868/2010 Φ.Ε.Κ 129/Α΄/03-08-2010, *Περί αναβάθμισης του Ε.Σ.Υ., Απαγόρευση του καπνίσματος και άλλων διατάξεων, ΚΕΦ Ζ΄, άρθρο 17, Μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους-Τροποποίηση των Ν. 3730/2008 και 3370/2015.*

Ν. 3871/2010 ΦΕΚ 141/Α΄/17-8-2010, Άρθρο 6, *Δημοσιονομική Διαχείριση και Ευθύνη.*

Ν. 3918/2011 ΦΕΚ 31/Α΄/02-03-2011, *Περιγραφή: Διορθωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις- Εθνικός Οργανισμός Υπηρεσιών Υγείας-Ένταξη Νοσοκομείων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο Ε.Σ.Υ.*

Ν. 3996/2011 ΦΕΚ 170/Α΄/05-08-2011, άρθρο 34, *Αναμόρφωση του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας, ρυθμίσεις θεμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης και άλλες διατάξεις.*

Ν. 4038/2012 ΦΕΚ 14/Α΄/2-2-2012, *Επείγουσες ρυθμίσεις που αφορούν την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012–2015.*

Ν. 4046/2012 ΦΕΚ 28/Α΄/2012, *Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας*

(Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας.

Ν. 4051/2012 ΦΕΚ 40/Α΄/29.2.2012, Ρυθμίσεις συνταξιοδοτικού περιεχομένου και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις εφαρμογής του Μνημονίου Συνεννόησης του Ν. 4046/2012.

Ν. 4052/2012 ΦΕΚ 41/Α΄/1-3-2012, Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.

Ν. 4093/2012 ΦΕΚ 222/Α΄/12-11-2012, Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του Ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016.

Ν. 4127/2013 ΦΕΚ 50/Α΄/2013, Έγκριση της επικαιροποίησης του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016.

Ν. 4172 ΦΕΚ 167/Α΄/23-07-2013, «Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012, του ν. 4093/2012 και του ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις».

Ν. 4270/2014 ΦΕΚ 143/Α΄/28-06-2014, άρθρο 66, παρ. 1 και 2, Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας.

Ν. 4320/2015 ΦΕΚ 29/Α'/19-03-2015 Μέρος Β', Άρθρο 27. «Ρυθμίσεις για τη λήψη άμεσων μέτρων για την αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης, την οργάνωση της κυβέρνησης και των κυβερνητικών οργάνων και λοιπές διατάξεις».

Ν. 4325/2015 ΦΕΚ 47/Α'/11-05-2015 «Εκδημοκρατισμός της διοίκησης - Καταπολέμηση γραφειοκρατίας και ηλεκτρονική διακυβέρνηση. Αποκατάσταση αδικιών και άλλες διατάξεις».

Ν. 4336/2015 ΦΕΚ 94/Α'/14-08-2015, Συνταξιοδοτικές διατάξεις – Κύρωση του Σχεδίου Σύμβασης Οικονομικής Ενίσχυσης από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και ρυθμίσεις για την υλοποίηση της Συμφωνίας Χρηματοδότησης.

Ν. 4369/2016 ΦΕΚ 23/Α'/27-02-2016, «Εθνικό Μητρώο Επιτελικών Στελεχών Δημόσιας Διοίκησης, Βαθμολογική Διάρθρωση θέσεων, Συστήματα αξιολόγησης, προαγωγών και επιλογής προϊστάμενων (διαφάνεια - αξιοκρατία και αποτελεσματικότητα της δημόσιας διοίκησης) και άλλες διατάξεις».

Ν. 4387/2016 ΦΕΚ 85/Α'/12-05-2016, Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού – συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις.

Ν. 4389/2016 ΦΕΚ 94/Α'/27-5-2016, Επείγουσες διατάξεις για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις. Άρθρο 233, Αυτόματος Μηχανισμός Δημοσιονομικής Προσαρμογής Προϋπολογισμού της Γενικής Κυβέρνησης.

Ν. 4412/2016 ΦΕΚ 147/Α'/08-08-2016, Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ).

Ν. 4461/2017 ΦΕΚ 38/Α'/28.03.2017, «Μεταρρύθμιση της διοικητικής οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κέντρα εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων

νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του Ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις».

Ν. 4472/2017 ΦΕΚ 74/Α'/19-05-2017, *Συνταξιοδοτικές διατάξεις Δημοσίου και τροποποίηση διατάξεων του Ν. 4387/2016, μέτρα εφαρμογής των δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων, μέτρα κοινωνικής στήριξης και εργασιακές ρυθμίσεις, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018-2021 και λοιπές διατάξεις.*

Ν. 4486/2017 ΦΕΚ 115/Α'/7-8-2017, *Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.*

Ν. 6298/1934 ΦΕΚ 346/Α'/10-10-1934, *Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων.*

ΠΝΠ ΦΕΚ 65/Α'/28-06-2015, *Τραπεζική Αργία Βραχείας Διάρκειας.*

ΠΝΠ ΦΕΚ 79/Α'/14-07-2015, *Συμπλήρωση της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου της 28ης Ιουνίου 2015 «Τραπεζική αργία βραχείας διάρκειας», όπως τροποποιήθηκε με την από 30 Ιουνίου 2015 Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου και ισχύει, αναφορικά με την παράταση διάρκειας τραπεζικής αργίας, ρύθμιση θεμάτων συναλλαγών κατά τη διάρκεια αυτής, περιοριστικών μέτρων, αναστολή πράξεων αναγκαστικής εκτέλεσης, καταβολής εγγυοδοσιών και πάσης φύσεως παραβόλων καθώς και παράτασης της λύσης και εκκαθάρισης του ΟΔΙΕ.*

ΠΝΠ ΦΕΚ 84/Α'/18-07-2015, *Επείγουσες ρυθμίσεις για τη θέσπιση περιορισμών στην ανάληψη μετρητών και τη μεταφορά κεφαλαίων και τις τροποποιήσεις των νόμων 4063/2012, 4172/2013, 4331/2015 και 4334/2015.*

Υπ' αριθ ΜΘ' του Κώδικα των Νόμων.

Υπ' αριθ. Υ4α/77048/2007 ΦΕΚ 1088/Β'/2007, *«Μετεγκατάσταση – Εγκατάσταση Πανεπιστημιακών Κλινικών και Εργαστηρίων της Νοσηλευτικής Σχολής του Εθνικού*

Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, μετά των Ειδικών Μονάδων τους, στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ».

Υπ' αριθ. Υ4α/147881 ΦΕΚ 1851/Β'/2011, Υπουργική Απόφαση «Ολοήμερη λειτουργία Νοσοκομείων».

Υ.Α. ΔΥΓ3(α)/οικ.104744 ΦΕΚ 2912/Β/30.10.2012, «Διαδικασία εφαρμογής συστήματος τιμών αναφοράς για την κατάρτιση, αναθεώρηση και συμπλήρωση του καταλόγου συνταγογραφουμένων φαρμάκων».

Υπ' αριθ. Υ4α/20074 ΦΕΚ 557/Β'/11-03-2013, Οργανισμός του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ».

Υπ' αριθμ. Α3γ/Γ.Π.Οικ.23754 ΦΕΚ 490/Β'/01-04-2015, Κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξέταστρου πέντε (5) ευρώ στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Υπ' αριθ. 17702/19-02-2016, «Εγκύκλιος για τις επιστημονικές εκδηλώσεις».

ΥΑ Αριθ. Γ5α Οικ. 90552 ΦΕΚ 3890/Β'/02-12-2016, «Διατάξεις τιμολόγησης Φαρμάκων».

Υπ' αριθ. Γ1α/Γ.Π.Οικ.93380/14-12-2017, Εγκύκλιος «Διαδικασία εφαρμογής του ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ(115/Α') – Διευκρινήσεις για τον κατάλογο Οικογενειακών Ιατρών και την διαδικασία εγγραφής σε Οικογενειακό Ιατρό και σε ΤΟΜΥ».