
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΚΟΛΥΠΕΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΚΟΛΥΠΕΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, Α.Μ.: ΔΥ/1016

Επιβλέπων: Οικονόμου Χαράλαμπος, Επίκουρος καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας

Πάντειο Πανεπιστήμιο

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**THE IMPACT OF THE MEMORANDUM OF
UNDERSTANDING IN THE GREEK NATIONAL
HEALTH SYSTEM**

KOLYPERA VASILIKI

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 Management
Piraeus, Greece, Year 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά την διάρκεια της εκπόνησης μίας διπλωματικής εργασίας, η γνώση που αποκομίζει κανείς, εξαρτάται πέρα από την προσωπική του προσπάθεια, από την συμβολή και άλλων ανθρώπων. Η παρούσα εργασία δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την συμβολή ορισμένων ατόμων που θα ήθελα να ευχαριστήσω προσωπικά.

Έτσι, πρώτα από όλους, θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντά μου, Καθηγητή της Κοινωνιολογίας, Χαράλαμπο Οικονόμου, για την τιμή που μου έκανε να επιβλέψει την διπλωματική μου εργασία, καθώς και για την αμέριστη συμπαράστασή του.

Ένα ευχαριστώ θα ήταν λίγο στις φίλες μου Ελένη Λαζαρίδου και Ελένη Μπέλλου, χωρίς την παρότρυνση των οποίων δεν θα κατακτούσα αυτό το στόχο.

Στους γονείς μου ένα μεγάλο ευχαριστώ για την απεριόριστη αγάπη τους και για την εμπιστοσύνη που δείχνουν σε όλες μου τις επιλογές.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όσους μου συμπαραστάθηκαν και με βοήθησαν.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Οι επιπτώσεις του Μνημονίου Συνεργασίας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Σημαντικοί Όροι: οικονομική κρίση, Μνημόνιο, ΕΣΥ, μεταρρύθμιση, κοινωνική ασφάλιση, υγεία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη εξετάζει τις επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής κρίσης και των μνημονιακών μέτρων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, το οποίο από το έτος ίδρυσής του, πλήττεται από πληθώρα προβλημάτων.

Η δυσλειτουργία του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας, αυξάνεται λόγω της κρίσης. Πλέον υπάρχουν περιορισμοί στη χρήση των υπηρεσιών, μείωση της διαθεσιμότητάς τους, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού δεν έχει ασφαλιστική κάλυψη. Οι επιπτώσεις της κρίσης στο σύστημα υγείας είναι σημαντικές και ανάλογες της χρονικής διάρκειας και έντασής της.

Επιπροσθέτως, οι περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία έχουν φτάσει το 40%, σύμφωνα με τα μέτρα που όριζε το Μνημόνιο. Όπως γίνεται εύλογα αντιληπτό, το ΕΣΥ χρειάζεται διαρθρωτικές αλλαγές προκειμένου να υπερβεί την ύφεση. Τέλος, πρέπει να υποκαταστήσει τις χαμένες πηγές χρηματοδότησης, ώστε να διατηρήσει ένα υψηλό επίπεδο παροχής περίθαλψης, αλλά και υγείας του πληθυσμού.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

The impact of the Memorandum of understanding in the Greek National Health System

Keywords: economic crisis, Memorandum , NHS, reformation, social security, health

ABSTRACT

This study examines the impact of financial crisis and the measures of Memorandum in Greek NHS, which has suffered from multitude of problems, since the year of its establishment.

The impairment of the health system of our country, has increased due to the crisis. Moreover, there are restrictions on the use of services and a reduction in the availability, while most of the population has no insurance coverage. The impact of the crisis in the health system is significant and proportional to duration and intensity.

Additionally, retrenchments on health budget have reached 40%, according to the measures, as determined by the Memorandum. As it is reasonably perceptual, structural changes need to take place, so that the Greek NHS will overcome the recession. Last but not least, the lost funding sources should be substituted, so as to maintain a high level of care provision and public health.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ix
ABSTRACT	xi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	xiii
ΠΙΝΑΚΕΣ – ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	xv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	xvii

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στα Συστήματα Υγείας.....

1.1: Διεθνείς κρίσεις και οι επιπτώσεις τους στα συστήματα υγείας	1
1.2: Η αντιμετώπιση της υφιστάμενης κρίσης από τα Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας	3
1.3: Η επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην προ Μνημονίου εποχή

2.1: Οργάνωση και Διοίκηση του ΕΣΥ	7
2.2: Χρηματοδότηση και δαπάνες του ΕΣΥ	8
2.2.1 Το σύστημα χρηματοδότησης.....	9
2.2.2 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα.....	11
2.3: Η παροχή υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ	15
2.4: Τα προβλήματα που εμφάνιζε το ΕΣΥ μέχρι και το 2010	18
2.5: Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του ΕΣΥ	19
2.5.1 Γιατί αποτυγχάνουν οι μεταρρυθμίσεις	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οικονομική Κρίση και Μνημόνιο.....	27
3.1 Η Εμφάνιση της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα	27
3.2 Δανειακές Συμβάσεις της Ελλάδας	29
3.3 Πολιτικές και Στόχοι του μνημονίου	30
3.4 Τι προβλέπει το Μνημόνιο για την Κοινωνική Ασφάλιση και την Υγεία	32
3.4.1 Βασικές μεταρρυθμίσεις για το φάρμακο	33
3.4.2 Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	34
3.4.3 Δημόσια Νοσοκομεία	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Επιπτώσεις του μνημονίου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας	37
4.1 Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της Υγείας από την είσοδο του Μνημονίου και μετά.....	37
4.2 Τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων.....	44
4.3 Οι επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Κριτική των στόχων του Μνημονίου για το ΕΣΥ.	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65

ΠΙΝΑΚΕΣ – ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Πίνακας 2.2.2.1: Εξέλιξη της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.....	14
Πίνακας 4.2.1: Εξοικονόμηση συνολικής δαπάνης υγείας από μέτρα μνημονίου και κυβέρνησης.....	45
Πίνακας 4.2.2: Έσοδα από τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ανά ΔΥΠΕ.....	46
Πίνακας 4.2.3 : Εξοικονομήσεις Δαπάνης Νοσοκομείων για Φάρμακα από Μέτρα Μνημονίου & Κυβέρνησης για το 2011.....	49
Πίνακας 4.2.4: Εξοικονομήσεις Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης από Μέτρα Μνημονίου & Κυβέρνησης για το 2011.....	50
Γράφημα 2.2.2.1 : Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2010.....	11
Γράφημα 2.2.2.2: Ετήσιος ρυθμός αύξησης των κατά κεφαλή δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2009.....	12
Γράφημα 2.2.2.3: Η μεταβολή της φαρμακευτική δαπάνης 2004-2009.....	13
Γράφημα 4.2.1: Έσοδα ανά ΔΥΠΕ από τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων, Νοσοκομεία ΕΣΥ 2011.....	46
Γράφημα 4.2.2: Έσοδα ανα ΔΥΠΕ από την ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, 2011.....	47
Γράφημα 4.2.3:Ανάλυση 4 βασικών κατηγοριών,2011.....	48
Γράφημα 4.2.4: Ανάλυση δαπανών νοσοκομείων ΕΣΥ 2009-2011.....	48
Γράφημα 4.2.5: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη: Πορεία μετά το Μνημόνιο και Προβλέψεις.....	51
Γράφημα 4.2.6: Συνολική Δαπάνη 2009-2011.....	52

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια πρωτοφανούς έντασης χρηματοπιστωτική κρίση, η οποία συνεπάγεται δραματικές επιπτώσεις στην πραγματική οικονομία. Οι ρίζες της εν λόγω κρίσης βρίσκονται στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπου οι τραπεζικές επισφάλειες και η επακόλουθη αδυναμία των τραπεζών για κάλυψη των στεγαστικών δανείων οδήγησε σε μια ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση του δημόσιου χρέους. Στη συνέχεια, στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης η κρίση μετατράπηκε σε κρίση πολλαπλών κλάδων της οικονομίας με αποτέλεσμα την εμφάνιση οικονομικής ύφεσης που δεν άφησε ανεπηρέαστες τις υπόλοιπες χώρες και ειδικά τα κράτη χαμηλής και μέσης ανάπτυξης (IMF, 2009).

Η Ελλάδα τέθηκε υπό δημοσιονομική επιτήρηση τον Μάιο του 2010 και οι λόγοι ήταν προφανείς. Τα υψηλά δημόσια ελλείμματα, το υψηλό δημόσιο χρέος αλλά και η κρίση δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές αποτέλεσαν στο σύνολό τους τους λόγους για να καταφύγει σε διεθνή δημοσιονομικό έλεγχο από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Να σημειωθεί πως η υγεία και η οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελούν ένα από τα βασικότερα ζητήματα που απασχολούν τις σύγχρονες κοινωνίες, ενώ ταυτόχρονα είναι ένας από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας, συνεισφέροντας τόσο στο επίπεδο απασχόλησης, όσο και στο ΑΕΠ. Αυτό αποδεικνύει την αναγκαιότητα για άμεση ανασυγκρότησή του, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δε θα πρέπει να υπάρξει λεπτομερής σχεδιασμός και οργάνωση πριν την εφαρμογή των μέτρων. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να επιφέρει έως και την ολική κατάρρευση του συστήματος υγείας (Ferrie,2002).

Τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα ποικίλλουν και συνιστάται πλειάδα μέτρων για την αντιμετώπισή τους. Ήδη κάποια από αυτά έχουν ξεκινήσει να εφαρμόζονται, άλλα ακόμα είναι στη φάση εφαρμογής και άλλα σε εντελώς πρώιμο στάδιο. Κύριος σκοπός όλων αυτών είναι η ανασυγκρότηση του ΕΣΥ, με ταυτόχρονη μείωση των

δαπανών. Τέλος, αδιαμφισβήτητα το ΕΣΥ σήμερα διανύει ίσως την κρισιμότερη περίοδο ζωής του. Σχεδόν τα πάντα είναι επισφαλή, ρευστά και αβέβαια.

Ειδικότερα, το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στο πως επηρέασαν οι παλαιότερες κρίσεις, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας διαφόρων χωρών. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στα μέτρα που εφαρμόζουν, προς την αντιμετώπιση της υφιστάμενης κρίσης, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Επιπλέον, αναφέρεται ποια η επίδραση της οικονομικής ύφεσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας, σε θεωρητικό επίπεδο.

Εν συνεχεία, στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα προβλήματα που εμφάνιζε και συνεχίζει να εμφανίζει το σύστημα υγείας της χώρας μας. Διαγράφεται η πορεία του ΕΣΥ, από το έτος ίδρυσής του μέχρι και πριν την υποχρεωτική ένταξη της Ελλάδας στην οικονομική εποπτεία της Διεθνούς Κοινότητας. Επίσης, τονίζεται η αδυναμία του πολιτικού συστήματος της χώρας μας, στην ολοκλήρωση μεταρρυθμίσεων που αφορούν στο υγειονομικό σύστημα.

Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πώς εμφανίστηκε η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και το πως δημιούργησε πρόσθετες δυσμενείς επιπτώσεις, στις ήδη υπάρχουσες αδυναμίες της χώρας μας. Αναφέρονται οι δανειακές συμβάσεις που υποχρεώθηκε να υπογράψει η χώρας μας, με τα κράτη-μέλη της Ευρωζώνης, ενώ αναλύονται εκτενώς τα μέτρα που προέβλεπαν τα μνημόνια και οι επικαιροποιήσεις τους, για την κοινωνική ασφάλιση και την υγεία.

Ακολούθως, στο τέταρτο κεφάλαιο, καταγράφονται οι επιπτώσεις των μνημονίων στο ΕΣΥ, ξεκινώντας με την καταγραφή των μεταρρυθμίσεων που επιχειρήθηκαν από το 2010 και μετά, καθώς και των αποτελεσμάτων αυτών.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, επιχειρείται να γίνει μια κριτική στους στόχους που είχαν τα μέτρα των μνημονίων, με κύριο ερώτημα το κατά πόσο οι πολιτικές που σχεδιάστηκαν είχαν σκοπό την αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας της Ελλάδας ή απλά την περιστολή των δαπανών, για τον σημαντικό περιορισμό του δημοσίου χρέους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στα Συστήματα Υγείας

Το παρελθόν έχει δείξει, πως οι διεθνείς κρίσεις επέφεραν σοβαρές επιπτώσεις στην οικονομία των χωρών και στη συνέχεια επηρέασαν τα συστήματα υγείας αυτών. Η οικονομική ύφεση, όσο και τα προγράμματα λιτότητας που την ακολουθούν, επιφέρουν μια σειρά προβλημάτων στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς προσβάλλουν τους τρεις θεμελιώδεις στόχους αυτών:

1. Τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στον οποίο αναφέρονται
2. Την άμεση ανταπόκριση στις προσδοκίες του πληθυσμού
3. Την προστασία από το οικονομικό κόστος της νόσου ή της κακής υγείας

Η επίτευξη των στόχων αυτών, εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα των τεσσάρων κύριων λειτουργιών του, δηλαδή την παροχή των υπηρεσιών υγείας, την εξεύρεση και διάθεση των ανθρώπινων και υλικών πόρων, την εξασφάλιση και συγκέντρωση των χρηματικών πόρων για τη χρηματοδότηση του συστήματος και την καθοδήγηση όλων των εμπλεκόμενων στο σύστημα, πλευρών. Πολλές φορές οι στόχοι αυτοί δεν καλύπτονται, με αποτέλεσμα, να αλλάζει ο χαρακτήρας του συστήματος υγείας και να μην είναι πλέον προσιτό στους πολίτες (WHO 2000).

1.1: Διεθνείς κρίσεις και οι επιπτώσεις τους στα συστήματα υγείας

Κατά τη διάρκεια της Μεγάλης Ύφεσης, το 1929 προκλήθηκαν μεγάλα προβλήματα στη δημόσια υγεία των ΗΠΑ. Οι δημόσιες πολιτικές απέτυχαν να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις της ανεργίας στην παιδική και μητρική υγεία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1930, ενώ παράλληλα η κατάσταση αυτή εντάθηκε. από θέσεις που αποσκοπούσαν στην περικοπή των προϋπολογισμών υγείας, στη μείωση του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας με τον περιορισμό προγραμμάτων που αφορούσαν στη δημόσια υγεία.

Η ύφεση στα τέλη της δεκαετίας του '70 και τις αρχές της δεκαετίας του '80, όπως αναμενόταν είχε σοβαρές συνέπειες για τις χώρες του Τρίτου Κόσμου. Τα

Προγράμματα Διαρθρωτικής Προσαρμογής που εφαρμόστηκαν στα δανειζόμενα κράτη από το ΔΝΤ και την Παγκόσμια Τράπεζα, είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην τομέα της υγείας. Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες και η έμφαση στον περιορισμό του κόστους, μετέβαλλαν τον κοινωνικό χαρακτήρα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και αυτό επηρέασε τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Το πρόβλημα επιδεινώθηκε περαιτέρω με τη δημιουργία σχέσης εξάρτησης των τομέων υγείας των δανειζόμενων χωρών, με την εξωτερική υποστήριξη.

Στις αρχές της δεκαετίας του '90, η μετάβαση σε μια οικονομία της ελεύθερης αγοράς, πολλές από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, υιοθέτησαν μια διαδικασία άμεσων και ταχύρυθμων οικονομικών μεταρρυθμίσεων, η οποία έγινε γνωστή ως «θεραπεία-σοκ». Απόρροια, αυτής της στρατηγικής ήταν η υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και η συνεπαγόμενη επιδείνωση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών, η οποία αντικατοπτρίστηκε στη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας.

Η ιδιαίτερα δυσμενής εξέλιξη στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης φαίνεται από το γεγονός ότι το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών μεταξύ 1989 και 1994 μειώθηκε κατά τουλάχιστον 4 έτη. Αναφορικά με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, τα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Semashko τα οποία λειτουργούσαν στις εν λόγω χώρες, άρχισαν να αλλάζουν σε μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης υγείας τύπου Bismarck. Δυστυχώς η υπερβολική έμφαση στην αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και την επέκταση των πηγών χρηματοδότησης, υποβάθμισε τα σημαντικά προβλήματα της ισότητας στην πρόσβαση και της βελτίωσης του επιπέδου υγείας σε δευτερεύοντα ζητήματα (Figueras et al,2004).

Τέλος, ακολουθεί η κρίση των χωρών της Ανατολικής Ασίας που σημειώθηκε το 1997. Παράλληλα, την εξεταζόμενη περίοδο ορισμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής, όπως η Αργεντινή και το Μεξικό, αντιμετώπιζαν επίσης προβλήματα, ως προς τα ελλείμματα της εθνικής τους οικονομίας. Εξετάζοντας συνοπτικά τα δεδομένα για διάφορες χώρες, διαπιστώνεται ότι στην Ινδονησία μεταξύ 1997 και 1999 υπήρξε μείωση κατά 20% της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας και κατά 25% των δημόσιων δαπανών υγείας. Η υποτίμηση της ρουπίας είχε ως αποτέλεσμα να μειωθούν ακόμα περισσότερο οι πραγματικές δημόσιες δαπάνες υγείας και η

αγοραστική ικανότητα των νοικοκυριών. Μεταξύ 1996 και 1997 η πραγματική δαπάνη για φάρμακα μειώθηκε κατά 25%, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκαν οι τιμές των φαρμάκων κατά 170%, λόγω της υποτίμησης του νομίσματος. Η χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από παιδιά φτωχών οικογενειών μειώθηκε κατά 17% , ενώ η μείωση για τα παιδιά των πλουσιότερων οικογενειών ήταν 8%.. Η εμβολιαστική κάλυψη έπεσε σχεδόν κατά 25% μεταξύ 1995 και 1999. Οι δείκτες χρήσης των υπηρεσιών υγείας, από τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος μειώθηκαν από 26% έως 47%. Κατά τη διετία 1997-1998, οι επισκέψεις σε δημόσιες υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μειώθηκαν κατά 25,4% και σε ιδιωτικές υπηρεσίες κατά 9%. Η ευρύτερη κατάσταση είχε ως τελικό αποτέλεσμα, την υπονόμηση της βιωσιμότητας των προσπαθειών της κυβέρνησης, για νέες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας.

Είναι γεγονός πως καθώς η οικονομική κρίση εντείνεται, η υγεία επιδεινώνεται και η πίεση που δέχονται οι φορείς παροχής φροντίδας υγείας αυξάνεται. Οι κυβερνήσεις λαμβάνουν μέτρα, προκειμένου να επιτευχθεί η συρρίκνωση των προϋπολογισμών για την υγεία, η μείωση του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και ο περιορισμός των προγραμμάτων υγείας και ασφαλιστικής κάλυψης. Η περιστολή των δημοσίων δαπανών και η έμφαση στον περιορισμό του κόστους, καθώς και η μείωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών, καθιστούν τις υπηρεσίες υγείας απρόσιτες για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Economou,2012).

1.2: Η αντιμετώπιση της υφιστάμενης κρίσης από τα Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας.

Ανάλογα με το βαθμό της οικονομικής ύφεσης και τα συστήματα υγείας των χωρών, τα μέτρα που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης ποικίλλουν. Έτσι, παρατηρήθηκε αντίστοιχα ο σχεδιασμός ή η απουσία νέων πολιτικών, όπως και η εισαγωγή νέων μεταρρυθμίσεων ή η απουσία σχεδιασμού τους.

Χώρες όπως η Βουλγαρία, η Εσθονία, η Ισλανδία, η Ιταλία και η Ελλάδα, συμπεριέλαβαν περικοπές στον εθνικό προϋπολογισμό τους για την υγεία, ενώ κάποιες άλλες αύξησαν τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και τις δαπάνες (Αυστρία, Πολωνία). Το προαναφερθέν προήλθε ως απόρροια της προσπάθειας αναπλήρωσης των οικονομικών απωλειών από το κράτος, μέσω της δημόσιας

χρηματοδότησης, λόγω της αδυναμίας καταβολής των εισφορών από τους μη ενεργούς οικονομικά πολίτες.

Ακρογωνιαίο λίθο για την εφαρμογή των εν λόγω πολιτικών, αποτελούσε η αλλαγή του επιπέδου της άμεσης κρατικής χρηματοδότησης για τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη. Η μείωση της ζήτησης για τις υπηρεσίες υγείας, έγινε προσπάθεια να επιτευχθεί κυρίως μέσω της αύξησης των φόρων σε προϊόντα καπνού και αλκοόλ από τις περισσότερες χώρες. Σε ελάχιστες χώρες ενισχύθηκαν και εφαρμόστηκαν πολιτικές προαγωγής της υγείας.

Παράλληλα, στα πλαίσια της αντιμετώπισης της κρίσης σε πλήθος χωρών ενισχύθηκαν πολιτικές που αποσκοπούσαν κυρίως στη μείωση των τιμών των ιατρικών οργάνων και στη βελτίωση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων (Ελλάδα, Αυστρία, Βέλγιο κ.λπ.). Οι αυξημένες προσπάθειες διαπραγμάτευσης σχετικά με τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων, επήλθαν ως αποτέλεσμα της ύφεσης σε κάποιες εθνικές αγορές (Αγαπηδάκη, 2013).

Σε χώρες όπως η Δανία υπήρξε μείωση στο ρυθμό αύξησης των οικονομικών απολαβών των επαγγελματιών υγείας και σε κάποιες άλλες, όπως η Ελλάδα, η Γαλλία και η Ιρλανδία παρατηρήθηκε γενικευμένη μισθολογική μείωση.

Προκειμένου να επιτευχθούν η αύξηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και η παράλληλη μείωση του κόστους, σε αρκετές χώρες ελαττώθηκαν οι τιμές που αφορούσαν στην παροχή υπηρεσιών υγείας ή έγινε σύνδεση των πληρωμών με τη βέλτιστη αποδοτικότητα. Προκειμένου να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να μειωθούν τα γενικά έξοδα, η αναδιάρθρωση τόσο του Υπουργείου Υγείας, όσο και των ασφαλιστικών ταμείων και άλλων φορέων έλαβε χώρα σε αρκετές κυβερνήσεις (Βουλγαρία, Κροατία, Αγγλία, Ισλανδία).

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων σε κάποιες χώρες, είχε ως απώτερο σκοπό τις συγχωνεύσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ή ακόμη και την πλήρη διακοπή της λειτουργίας τους. Οι άνωθι πολιτικές αποσκοπούσαν κατά κύριο λόγο στη μείωση του κόστους της δημόσιας χρηματοδοτούμενης υγειονομικής περίθαλψης.

Όπως γίνεται εύλογα αντιληπτό, η υφιστάμενη κρίση δεν εκδηλώθηκε με τον ίδιο βαθμό σε όλες τις χώρες, οπότε είναι λογικό να διαφέρει και ο τρόπος αντιμετώπισής

της. Τα μέτρα τα οποία πάρθηκαν από τα συστήματα υγείας ποικίλουν και σε αυτό μεγάλο ρόλο έπαιξε η κατάσταση του ήδη υπάρχοντος συστήματος υγείας.

1.3: Η επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Τα φαινόμενα απορρύθμισης της παγκόσμιας οικονομίας, αλλά και των σοβαρών διαρθρωτικών στρεβλώσεων και της δημοσιονομικής εκτροπής της χώρας μας, μεταφέρονται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία. Τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι η ύφεση και η ανεργία, οι οποίες ασκούν από τη μεριά τους δυσμενείς επιδράσεις τόσο στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Τα σημαντικά προβλήματα της εθνικής οικονομίας και της απασχόλησης, έχουν προκαλέσει, σοβαρή ανισορροπία στους προϋπολογισμούς της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία σε συνδυασμό με τη δημοσιονομική απορρύθμιση δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο ελλειμμάτων.

Είναι γεγονός ότι, τα εν λόγω δημόσια ελλείμματα, έχουν άμεσο αντίκτυπο στον τομέα του προϋπολογισμού, με συνέπεια να πλήττεται ο προϋπολογισμός τόσο της ασφάλισης υγείας, όσο και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση. Επιπρόσθετα, δυσμενείς είναι οι επιδράσεις που επέρχονται στις υπηρεσίες υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, λόγω αδυναμίας αντιμετώπισης των προβλημάτων ρευστότητας και πρόκλησης κωλύματος, όσον αφορά στην εξυπηρέτηση των δανειακών τους αναγκών. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ελλείμματα των νοσοκομείων άγγιξαν τα 6,5 δις ευρώ, ενώ των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας τα 4,5 δις ευρώ.

Επιπρόσθετα, η δημιουργία σειράς ελλειμμάτων αποτελεί τροχοπέδη στην εύρυθμη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς επηρεάζει άμεσα τη ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας, με συνέπεια τη μεταστροφή των ασθενών σε υπηρεσίες με ασφαλιστική κάλυψη, εξαιτίας της μείωσης του εισοδήματος.

Απόρροια της οικονομικής κρίσης είναι επιπλέον η δημιουργία πληθώρας αντιξοοτήτων και στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, αποτελώντας δαμόκλειο σπάθη στη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, καθώς η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας έχει τελεματωθεί, εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος που κατά συνέπεια επέφερε μείωση των ασφαλιστικών συμβολαίων.

Τα δεδομένα αυτά καταδεικνύουν την ανάγκη για διαθρωτικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας προκειμένου η ανεπάρκεια του δημόσιου τομέα στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη χρηματοδότηση, τη διαχείριση και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, να αποκλιμακωθούν (Κυριόπουλος, 2012).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην προ Μνημονίου εποχή

2.1: Οργάνωση και Διοίκηση του ΕΣΥ

Το υγειονομικό σύστημα της χώρας μας, μπορεί να χαρακτηριστεί, ως μια μίξη επιμέρους συστημάτων, με βασικό οργανωτικό άξονα την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Τα βασικά συστατικά του στοιχεία, είναι ο τομέας της ασφάλισης και ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο τομέας της παροχής υγείας συνίσταται από τις μονάδες του ΕΣΥ(κρατικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας), τις μονάδες που ανήκουν σε ασφαλιστικά ταμεία και πρωτίστως το ΙΚΑ (πολυϊατρεία, ιατρεία και ειδικά κέντρα) και τον συμβεβλημένο με ασφαλιστικά ταμεία ιδιωτικό τομέα (κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια). Αξίζει να σημειωθεί, ότι μέχρι πρόσφατα, λειτουργούσαν 30 διαφορετικοί φορείς ασφάλισης υγείας στη χώρα μας.

Το δημόσιο σύστημα προσφέρει πλήρη ιατρική κάλυψη σε ολόκληρο τον πληθυσμό, μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισης των εργαζομένων στα ταμεία υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των μελών των οικογενειών τους, που δικαιούνται ασφάλιση. Τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία είναι το ΙΚΑ (50,3% του πληθυσμού), το οποίο ασφαρίζει κυρίως τους ιδιωτικούς υπαλλήλους, ο ΟΓΑ(19,5%) που καλύπτει τους εργαζόμενους στον τομέα της γεωργίας, ο ΟΑΕΕ που απευθύνεται στους ελεύθερους επαγγελματίες και ο ΟΠΑΔ που αφορά στους δημόσιους υπαλλήλους (καλύπτουν αντίστοιχα το 12,9% και 11,7% του πληθυσμού). Όπως γίνεται αντιληπτό, τα ταμεία αποτελούσαν τα κύρια στηρίγματα στο θέμα της κάλυψης, της παροχής και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και οποιαδήποτε επιχειρούμενη αλλαγή, αντικατοπτρίζεται στο σύστημα χρηματοδότησης του ΕΣΥ και όχι στη ρύθμιση και στο σχεδιασμό του, όπως θα ήταν αναμενόμενο (OECD, 2009).

Οι συμβάσεις μεταξύ των ιατρικών φορέων παροχής υπηρεσιών και των δημόσιων δικτύων υγειονομικής περίθαλψης, είτε είναι συμβεβλημένοι με το ΕΣΥ, είτε με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο, μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές. Ωστόσο, σε οποιαδήποτε περίπτωση οι κλίμακες αποζημίωσης, έπρεπε να εγκριθούν από την

κυβέρνηση, μέσω του Υπουργείου Υγείας ή του Υπουργείου Απασχόλησης ή του Υπουργείου Οικονομικών. Οι εργαζόμενοι των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των κέντρων υγείας, ήταν πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης με την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου. Εν αντιθέσει, οι συμβασιούχοι ιδιωτικοί ιατροί, αμείβονταν κατά πράξη, σύμφωνα με σταθερές αμοιβές κλίμακας.

Η διοίκηση του συστήματος υγείας στο σύνολό της, θεωρείται πολυδιασπασμένη, καθώς αποτελείται από έναν αριθμό ξεχωριστών παραγόντων, τα οποία έχουν ήδη αναφερθεί όπως: το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, άλλα υπουργεία, τις διοικήσεις των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, τις διοικήσεις οργανισμών του ιδιωτικού τομέα κ.α. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Στις αρμοδιότητές του περιλαμβάνει, το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των πολιτικών αυτών. Είναι υπεύθυνο για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας των πολιτών, την ίση πρόσβαση των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, στην ορθολογικότερη κατανομή ανθρώπινου δυναμικού και προγραμματισμού σε νοσοκομειακές μονάδες και τέλος, στον καθορισμό του μεγέθους της χρηματοδότησης για τις προτεινόμενες κατά καιρούς μεταρρυθμίσεις (Οικονόμου, 2012).

Το Σύστημα είναι κατεξοχήν νοσοκομειοκεντρικό με έμφαση στον υπερ-ειδικευόμενο γιατρό. Επιπλέον, η κατακερματισμένη προσφορά υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο (Κέντρα υγείας, νοσοκομεία, Πολυϊατρεία ασφαλιστικών ταμείων, ιδιωτικός τομέας) έχει αποδυναμώσει τις προοπτικές για παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας (ΕΚΠ, 2002).

2.2: Χρηματοδότηση και δαπάνες του ΕΣΥ

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αποτελεί μια σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία. Κατά το σχεδιασμό του ΕΣΥ, υιοθετήθηκε η «μπερεριτζιανή» αντίληψη, σύμφωνα με την οποία, το σύστημα χρηματοδότησης είναι υποσύστημα του συνολικού δημοσιονομικού συστήματος. Χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτού του μοντέλου, είναι η κυρίαρχη μορφή της δημόσιας χρηματοδότησης μέσω του συστήματος γενικής φορολογίας, χωρίς να συνυπάρχουν φορείς κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Η ελληνική μεταρρυθμιστική πολιτική, κατά

ένα παράδοξο τρόπο δεν προσανατολίστηκε σε μια τέτοια συνολική ρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης, δηλαδή της ανάληψης ευθύνης χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο, όπως θα ήταν λογικά συνεπές με τη βασική επιλογή του «μπεβεριτζιανού» μοντέλου, αλλά επέτρεψε τη συνύπαρξη και συνυπευθυνότητα χρηματοδοτικής κάλυψης του κόστους των υπηρεσιών υγείας, από φορείς κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Οι ασφαλιστικοί φορείς όμως είναι συστατικά στοιχεία του μοντέλου του Bismarck, και ως εκ τούτου, έχουν τους δικούς τους κανόνες λειτουργίας, συγκεκριμένες αρχές διάπλασης και τη δική τους αυτόνομη εσωτερική επιχειρησιακή λογική, η οποία είναι πολύ διαφορετική της λογικής λειτουργίας ενός κρατικού δημοσιονομικού διοικητικού συστήματος (Κυριόπουλος, Σισσούρας, 1997).

2.2.1 Το σύστημα χρηματοδότησης

Ειδικότερα, όσον αφορά το ιδιότυπο αυτό σύστημα χρηματοδότησης, εντοπίζονται τρεις πηγές χρηματοδότησης: ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία), η κοινωνική ασφάλιση (ταμεία υγείας) και οι ιδιωτικές πληρωμές.

Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης, γίνεται τυπικά με βάση τις συμβάσεις που έχουν υπογραφεί με τα ταμεία υγείας τα οποία και καταβάλουν τα νοσήλια για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Ουσιαστικά όμως, επειδή τα νοσήλια που καταβάλλονται είναι μικρότερα του πραγματικού κόστους νοσηλείας, βασικότερη πηγή των εσόδων των νοσοκομείων του ΕΣΥ είναι ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω των τακτικών και εκτάκτων επιχορηγήσεων. Επομένως, αυτή η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, είναι μικτή και περιλαμβάνει α) την αποζημίωση με βάση το νοσήλιο –Αναδρομική αποζημίωση (κλειστό ημερήσιο νοσήλιο) και β) την κρατική χρηματοδότηση (επιχορηγήσεις). Δυστυχώς το αποτέλεσμα της εφαρμογής αυτού του μηχανισμού, ήταν η αδιάλειπτη και συνάμα σταθερή διόγκωση των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, αφού τα έσοδα από τα νοσήλια, αδυνατούσαν να ξεπεράσουν το 20% του συνολικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην υποχρεωτική κάλυψή τους από τις κρατικές επιχορηγήσεις, οι οποίες φθάνουν το 50%. Διαπιστώνει κανείς πως ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί ουσιαστικά την δικλίδα ασφαλείας για την κάλυψη των ελλειμμάτων, με επιχορηγήσεις που φθάνουν έως και το 74% των συνολικών εσόδων τους, αλλά και

πως η διατήρηση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων με κλειστό νοσήλιο, η απουσία άσκησης ορθολογικής πολιτικής στις αυξήσεις των τιμών, των εσόδων και των αμοιβών, σε συνδυασμό με την απόκρυψη της οικονομικής αναποτελεσματικότητας από τον κρατικό προϋπολογισμό, οδήγησαν στα σημερινά ελλείμματα (Αδαμακίδου κ.α., 2009).

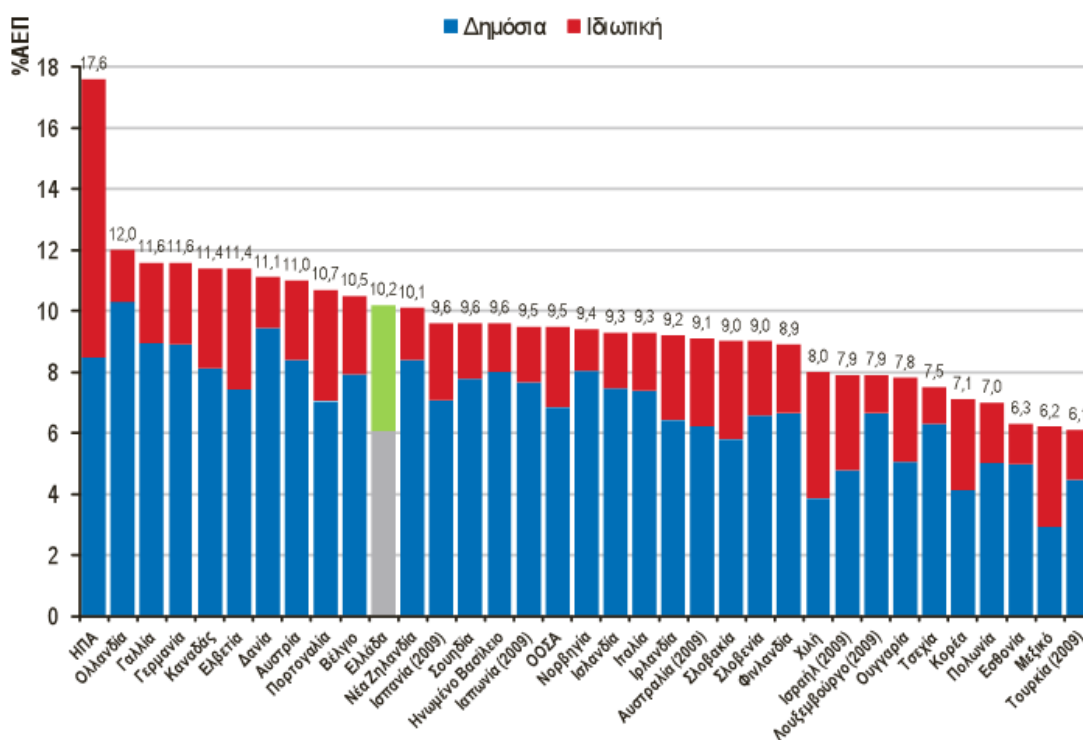
Επιπλέον, σημαντική πηγή εξασφάλισης πόρων για τον υγειονομικό τομέα, όπως ήδη έχει αναφερθεί, αποτελεί η κοινωνική ασφάλιση και συγκεκριμένα οι κλάδοι των ασφαλιστικών οργανισμών. Το ασφαλιστικό σύστημα μετέχει στη χρηματοδότηση, καταβάλλοντας το αντίτιμο των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασφαλισμένους του, στα νοσοκομεία ή στις ιδιωτικές κλινικές, σύμφωνα με ένα υποτιμημένο δημόσιο τιμολόγιο. Η διεύρυνση των ελλειμμάτων στα ασφαλιστικά ταμεία από τα μέσα της δεκαετίας του '80, συνδέονται με μία σειρά γεγονότων, όπως οι δημογραφικές εξελίξεις, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, η αύξηση των επιδομάτων και η αύξηση των εισφορών σε χαμηλότερα από τα απαραίτητα επίπεδα. Τέλος, τα ελλείμματα που εμφάνισαν οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων από το 1993 και έπειτα, οφείλονται κυρίως στην αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου. Σκοπός της εφαρμογής του, ήταν η ευρύτερη προσπάθεια μείωσης της συμμετοχής του κράτους στη νοσοκομειακή χρηματοδότηση. Η κάλυψη των ελλειμμάτων αυτών, επιδιώχθηκε μέσα από την αύξηση των εισφορών, η οποία ενίσχυε τις μεγάλες διαφοροποιήσεις στο ύψος της επιβάρυνσης των ασφαλισμένων σε διαφορετικά ταμεία (Σουλιώτης και Λιονής, 2003).

Οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, αποτελούν την τρίτη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης και αποτελούνται, είτε από άμεσες πληρωμές με βάση το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών, είτε από πληρωμές μέσω συμβολαίων με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ χρησιμοποιείται άλλοτε ως κύριο και άλλοτε ως συμπληρωματικό σχήμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Η αναλογία των δαπανών αυτών σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες είναι από τις μεγαλύτερες στην Ευρώπη (Ρεκλείτη κ.α., 2012).

2.2.2 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα

Οι δαπάνες υγείας, είναι γεγονός, ότι αποτελούν σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης και λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων κάθε χώρας. Στην Ελλάδα, η δαπάνη αυτή, την περίοδο 2000-2009 μεγεθύνθηκε σε τέτοιο βαθμό, ώστε μπορεί πλέον να χαρακτηριστεί διπλό πρόβλημα. Αφενός, είναι υπεύθυνη σε σημαντικό βαθμό για τον δημοσιονομικό εκτροχιασμό της χώρας και αφετέρου αποτελεί τροχοπέδη σε οποιαδήποτε απόφαση για αλλαγή ή μεταρρύθμιση του διασπασμένου και πεπαλαιωμένου υγειονομικού συστήματος. Στην Ελλάδα τη δεκαετία του '90, η μεγέθυνση των υλικών και ανθρώπινων πόρων του ΕΣΥ, διαμόρφωσε έναν ιδιαίτερα υψηλό ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας. Οι συνολικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό επί του ΑΕΠ υπερέβαιναν από το 2000, το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, φτάνοντας το 10,2% το 2010, όπως φαίνεται χαρακτηριστικά στο Γράφημα 1 (Σίσκου κ.α.,2008).

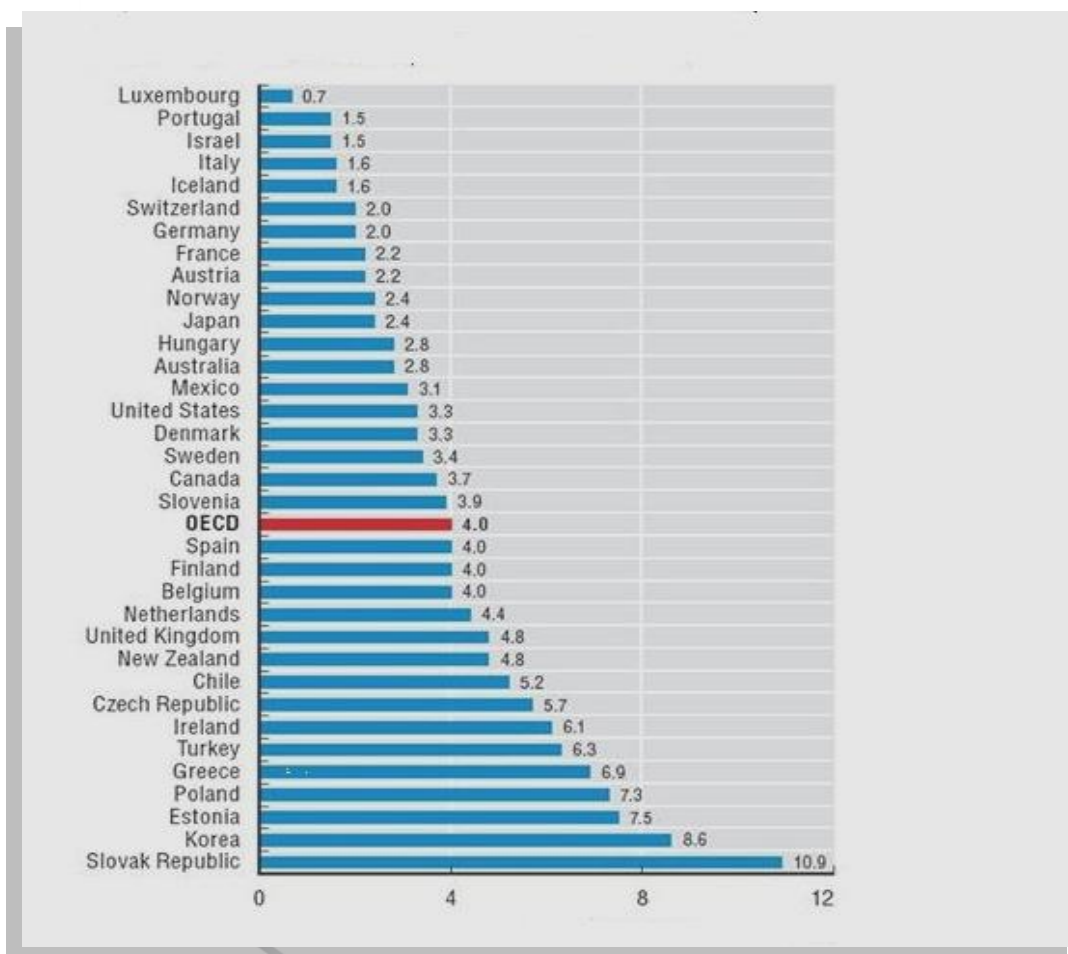
ΓΡΑΦΗΜΑ 2.2.2.1: Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2010



Πηγή: ΣφΕΕ, OECD health data 2012

Η χώρα μας ταξινομείται κάτω του μετρίου των χωρών του ΟΟΣΑ όσον αφορά τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας. Από το 2000 έως το 2009 παρατηρείται αύξηση των κατά κεφαλή δαπανών σε ποσοστό 6,9% όταν στις χώρες του ΟΟΣΑ το ποσοστό αυτό δεν ξεπερνά το 4% , όπως φαίνεται χαρακτηριστικά στο γράφημα 2.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.2.2.2: Ετήσιος ρυθμός αύξησης των κατά κεφαλή δαπανών υγείας, στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2009



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health at a Glance, 2011

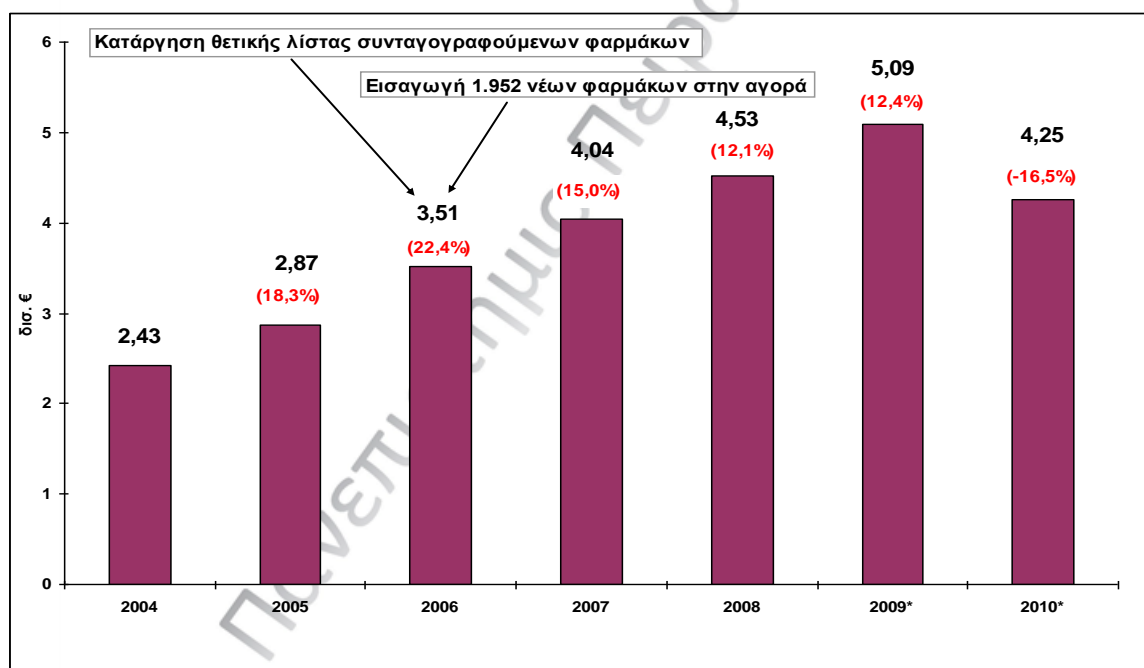
Από την άλλη οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία σημείωναν μια σταθερή άνοδο ως ποσοστό του ΑΕΠ μέχρι και την περίοδο του 2009. Αναφορικά, το έτος 2000 ανήλθαν στο 5,2% ενώ το 2009 στο 6%. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών αγγίζουν, διαχρονικά, το 60%, ενώ οι ιδιωτικές το υπόλοιπο 40%.

Ένας άλλος όρος που θα πρέπει να αποσαφηνιστεί είναι αυτός της φαρμακευτικής δαπάνης. Η «φαρμακευτική δαπάνη» όπως υπολογίζεται στη βάση δεδομένων του

ΟΟΣΑ, συμπεριλαμβάνει τη δαπάνη για συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα (over-the-counter) φάρμακα. Συμπεριλαμβάνει επίσης την αμοιβή του φαρμακοποιού όταν αυτή δεν περιλαμβάνεται στην τιμή του φαρμάκου, με εξαίρεση τα φάρμακα που καταναλώνονται στο νοσοκομείο. Η φαρμακευτική δαπάνη μπορεί να διακριθεί σε δημόσια και ιδιωτική.

Ενδεικτική είναι η κάτωθι εικόνα, που παρουσιάζει τη συνεχώς αυξανόμενη τάση των δαπανών των φαρμάκων, την τελευταία δεκαετία. Αξίζει να σημειωθεί ότι το έτος 2004 οι δαπάνες έφτασαν τα 2,4 δις ευρώ, ενώ το 2009 τα 5,09 δις ευρώ. Πρόκειται για ραγδαία αύξηση των δαπανών, οι οποίες κατά προσέγγιση διπλασιάστηκαν το έτος 2009 (Σουλιώτης, 2010).

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.2.2.3: Η μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης 2004-2009



Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Διεύθυνση Φαρμακευτικής Οίκου του Ναύτου)

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αποτελούσε το 2000 το 67,8% της συνολικής δαπάνης για το φάρμακο και περίπου το 95% το 2009. Ο ΠΙΝΑΚΑΣ 1 αποτυπώνει την εξέλιξη της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα και σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατά την περίοδο 1990-2010, τόσο ως ποσοστό του ΑΕΠ και της συνολικής δαπάνης υγείας, όσο και σε απόλυτους όρους. Είναι προφανές ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στη χώρα μας, υπερβαίνει κατά πολύ

το μέσο όρο στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά το 2010, διπλασιάζοντας το ποσοστό συμμετοχής στο ΑΕΠ από το προηγούμενο σημείο αναφοράς, δηλαδή το 2000. Είναι αξιοσημείωτο, επίσης, το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό συμμετοχής της δημόσιας δαπάνης, για φάρμακα στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη το 2010, το οποίο υπερβαίνει κατά 50% περίπου τον μέσο όρο της Ευρώπης, προσεγγίζοντας το αντίστοιχο στο Ηνωμένο Βασίλειο. Από την άλλη πλευρά, η συνολική δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι χαμηλότερη όχι μόνο από το μέσο ευρωπαϊκό όρο, αλλά και από αντίστοιχες, ως προς το μέγεθος και το επίπεδο οικονομίας, ευρωπαϊκές χώρες (ΚΕΠΕ, 2013).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.2.1: Εξέλιξη της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης

	Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ			Δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης)			Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως % της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης			Δημόσια δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Ελλάδα*	0,5	0,9	1,8	61	150	495	56	60	89	3,5	4,7	5,6
Βέλγιο	0,5	...	1,1	89	...	305	45	...	63	...	6,6	8,0
Βουλγαρία	...	...	0,4	...	...	48	...	...	18	5,2	3,7	4,4
Γαλλία	0,9	1,1	1,3	136	245	334	65	65	68	6,4	8,0	9,0
Δανία	0,2	0,4	0,4	35	65	134	33	57	53	6,9	6,8	9,5
Ιρλανδία	0,5	0,6	1,3	...	...	403	71	67	76	4,4	4,6	6,4
Ισπανία	0,8	1,1	1,3	101	210	312	67	73	72	5,1	5,2	7,1
Ιταλία	0,9	0,8	0,8	150	176	190	56	44	48	6,1	5,8	7,2
Κύπρος	...	...	0,3	...	...	75	...	...	24	1,8	2,4	3,1
Ολλανδία	0,5	0,5	0,9	81	138	292	63	56	79	5,4	5,0	9,5
Πορτογαλία	0,9	1,1	1,2	86	165	243	60	55	62	3,8	6,4	7,1
Ηνωμένο Βασίλειο	0,5	0,8	0,9	78	...	255	63	80	90	4,9	5,6	8,2
Ευρωπαϊκή Ένωση 27 (μη σταθμισμένος μέσος)	0,6	0,8	1,1	92	159	223	61	65	60	4,9	5,3	6,6

Σημείωση: ... Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.
* Προσωρινά στοιχεία για το 2010.

Πηγή: Eurostat, OECD Health Data 2012, Commission services (DG ECFIN).

Πηγή: PHARMA TEAM: Σημαντική μελέτη του ΚΕΠΕ για τη φαρμακευτική δαπάνη

Από ότι αποδεικνύεται το ΕΣΥ πάσχει τόσο στο σύστημα χρηματοδότησης του όσο και στη σωστή διαχείριση των δαπανών για την υγεία. Έτσι από τη μία φαίνεται η αναποτελεσματική χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της χώρας μας, η οποία

εκφράστηκε από την αδυναμία αντιστοίχισης του κόστους νοσηλίου, με το πραγματικό κόστος και οδήγησε στη δημιουργία σοβαρών ελλειμμάτων, για την κάλυψη των οποίων δίνονταν πρόσθετες κρατικές επιχορηγήσεις, με αποτέλεσμα την εμφάνιση φαινομένων παραοικονομίας. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει λοιπόν και στο φαινόμενο αυτό, το οποίο ολοένα και αυξάνεται στον τομέα της υγείας. Οι άτυπες πληρωμές εντός του δημόσιου συστήματος υγείας, αποτελούν ζοφερή πραγματικότητα στη χώρα μας. Συναλλαγές τέτοιου είδους, διενεργούνται με διάφορους τρόπους. Ειδικότερα, λαμβάνουν τη μορφή είτε εκ των υστέρων ευχαριστήριων δώρων προς το υγειονομικό προσωπικό, είτε εκ των προτέρων χρηματικών αμοιβών, προκειμένου να εξασφαλιστούν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Σύμφωνα με έρευνες, το 2% του ΑΕΠ υπολογίζεται ότι αποτελεί η παραοικονομία στην υγεία, με αποτέλεσμα να αφαιρούνται από το ελληνικό κράτος φόροι από έσοδα που πλησιάζουν τα 5 δις ευρώ (Λιαρόπουλος, 2007).

Ταυτόχρονα, η χρήση των διαθέσιμων οικονομικών πόρων για την υγεία, χαρακτηρίζεται μη αποδοτική, λόγω της ανορθολογικής και καταχρηστικής διαχείρισής τους. Αποτέλεσμα όλων αυτών των πολιτικών είναι να οδηγηθεί ο τομέας της υγείας στο επίκεντρο της «επιχείρησης» εξορθολογισμού των δαπανών με τις συνακόλουθες παρεμβάσεις που επιβλήθηκαν από τη Τρόικα.

2.3: Η παροχή υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ

Πρωταρχική αρχή που διέπει το Εθνικό σύστημα υγείας είναι η επίτευξη ενός επιπέδου υγείας, που θα επιτρέπει στους πολίτες να διάγουν μια παραγωγική ζωή, κοινωνικά και οικονομικά. Στόχος του συστήματος, είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, καθώς και η άμεση πρόσβασή του σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και τις αντίστοιχες δομές του.

Οι δομές των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αποτελούν ένα «μωσαϊκό» υπηρεσιών, το οποίο επιτρέπει ή αποκλείει ομάδες του πληθυσμού να μετέχουν ή όχι σε αυτό. Στη χώρα μας, η παροχή των υπηρεσιών χωρίζεται σε τρία επίπεδα, την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αποσαφηνιστούν οι όροι αυτοί. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (ΠΦΥ) υπάγονται οι δραστηριότητες, ιατρικές και νοσηλευτικές, οι οποίες μετέχουν στην διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόληψη και την προαγωγή υγείας. Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη συμπεριλαμβάνεται το σύνολο των ιατρικών

παρεμβάσεων, οι οποίες εφαρμόζονται εντός του νοσοκομείου, με απαραίτητη προϋπόθεση, τη νοσηλεία του ασθενή. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε νοσοκομεία του ΕΣΥ, στρατιωτικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, καθώς επίσης και σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Επισημαίνεται, ότι το επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης, υφίσταται σωρεία προβλημάτων, που αφορούν στην ποσοτική ανεπάρκεια του παραϊατρικού προσωπικού, στην ανισοκατανομή του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού στις περιφέρειες, στη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών, στην αύξηση του χρόνου αναμονής(λίστα αναμονής) και στην αύξηση της παραοικονομίας (ΟΚΕ,2009). Τέλος, για την παροχή τριτοβάθμιας περίθαλψης απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις, άριστος ιατρο-τεχνολογικός εξοπλισμός και σύγχρονες εγκαταστάσεις. Οι υπηρεσίες αυτές στοχεύουν στην ίαση σπάνιων ή σύνθετων παθήσεων και καταστάσεων και μπορούν να παραχθούν μόνο σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη χώρα μας, η τριτοβάθμια περίθαλψη βρίσκεται εδώ και πολλά χρόνια σε πρώιμο στάδιο (Μανιού κ.α., 2009).

Περαιτέρω ανάλυση χρήζει ο τομέας της ΠΦΥ, καθώς αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί τον κύριο άξονα χάραξης πολιτικής υγείας στη χώρα μας. Η ΠΦΥ μέσα στα πλαίσια του ΕΣΥ εξυπηρετείται από ένα πλέγμα υγειονομικών σχηματισμών όπως, τα αγροτικά ιατρεία, τα περιφερειακά ιατρεία, καθώς και τα κέντρα υγείας αγροτικού και αστικού τύπου. Επίσης, στον ευρύτερο χώρο της ΠΦΥ υπάγονται τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, το ΕΚΑΒ και μονάδες κοινωνικής πρόνοιας. Αναφορικά με τα κέντρα υγείας, τα οποία αποτελούν το βασικό πυλώνα της ΠΦΥ, φιλόδοξο σχέδιο κατά την ίδρυση τους αποτέλεσε, αυτά να έχουν τέτοια οργανωτική δομή, ώστε να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη, τη διαχείριση έκτατων περιστατικών, τον καταμερισμό ασθενών που έχρηζαν δευτεροβάθμιας περίθαλψης, την αποκατάστασή τους, καθώς και στην εκπαίδευση των πολιτών (OECD,2009). Το σχέδιο αυτό ποτέ δεν απέδωσε, λόγω της ανεπαρκούς κάλυψης οργανικών θέσεων των κέντρων υγείας, της έλλειψης χρηματοδότησης, ώστε αυτοί οι οργανισμοί να γίνουν αποδοτικοί, αποτελεσματικοί και βιώσιμοι, της ασυνέχειας της φροντίδας υγείας, η οποία εκφράστηκε με την ύπαρξη ενός στοιχειώδους συστήματος παραπομπών σε ειδικούς γιατρούς και νοσοκομεία και είχε ως αποτέλεσμα ,την ανεπαρκή διασύνδεση της ΠΦΥ, με τη νοσοκομειακή περίθαλψη (Ελληνας,2011). Επιπλέον, η στελέχωση τόσο των κέντρων υγείας, όσο και των περιφερειακών τους ιατρείων στηρίχθηκε κυρίως σε ιατρικό προσωπικό το οποίο δεν ήταν

προσανατολισμένο στην ΠΦΥ ή αποτελούνταν από ανειδίκευτους γιατρούς, οι οποίοι εκτελούσαν το αγροτικό τους. Συνεπώς, οι τοπικές κοινωνίες παρέμειναν προσανατολισμένες στη νοσοκομειακή περίθαλψη, καταφεύγοντας στα κέντρα υγείας, κυρίως για δευτερεύουσες υπηρεσίες, παρότι η υποδομή τους μπορούσε να στηρίξει πολλά παραπάνω (Βραχάτης κ.α., 2012).

Όσον αφορά στην παροχή της ΠΦΥ μέσω των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών, κυρίως μέσω του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) το οποίο περιλαμβάνει το 50% του πληθυσμού, καταγράφονται διαφορετικού είδους προβλήματα όπως: η έλλειψη της 24ωρης κάλυψης, ο προσανατολισμός τους στην αντιμετώπιση της ασθένειας και η έλλειψη πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, οι συχνές εναλλαγές του προσωπικού και η ασυνέχεια της φροντίδας υγείας.

Πέρα από τις δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα, πρωτοβάθμια περίθαλψη προσφέρουν ιδιωτικά ιατρεία και διαγνωστικά κέντρα, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με ένα ή περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία. Απόρροια της κατακερματισμένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι το άνοιγμα πολλών διαγνωστικών κέντρων, της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών οι οποίες δεν ελέγχονταν και κερδοσκοπούσαν εις βάρος του δημοσίου και η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μανιού και Ιακωβίδου, 2009).

Επομένως, γίνεται εύλογα αντιληπτό ότι, η ΠΦΥ στην Ελλάδα οικοδομήθηκε σε σαθρά θεμέλια, ενώ είναι έκδηλη η αναγκαιότητα, για τη λειτουργική ανασυγκρότησή της. Η ανισότητα στις παροχές, στις δυνατότητες πρόσβασης και στην ποιότητα των υπηρεσιών, η υπανάπτυξη, η ανεπάρκεια και η έλλειψη οργάνωσης, αποτελούν μόνο ένα μέρος του προβλήματος των παροχών υγείας στη χώρα μας. Είναι πλέον κάτι παραπάνω από αναγκαίο, να σταματήσει ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η διαφορετική χρηματοδότηση τους ανά τομέα, ούτως ώστε να υπάρχει μία ενιαία πολιτική υγείας, η οποία θα μπορεί να εστιάζει σε διαφορετικούς τομείς υγείας κατά συνθήκη και αναγκαιότητα. Είναι προφανές ότι όλες αυτές οι αλλαγές απαιτούν σταθερή πολιτική βούληση, γνώση, καθώς και τόλμη για να συγκρουστούν με τις παγιωμένες και αναχρονιστικές καταστάσεις που επικρατούν στη χώρα μας (Κακαλέτσης κ.α., 2013).

2.4: Τα προβλήματα που εμφάνιζε το ΕΣΥ μέχρι και το 2010

Η είσοδος του μνημονίου στην ελληνική πραγματικότητα, την τελευταία τριετία επέφερε ριζικές αλλαγές σε όλες τις εκφάνσεις του οικονομικού τομέα. Αναπόφευκτα, το μνημόνιο έπρεπε να παρέμβει και στο ελληνικό σύστημα υγείας που επί σειρά ετών παρουσίαζε σημαντικά προβλήματα στη λειτουργία του, τα οποία γιγαντώθηκαν από την οικονομική κρίση.

Παρότι το Ε.Σ.Υ δημιουργήθηκε με σκοπό να προσφέρει ένα πολύ υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας και παρουσιάστηκε από την πολιτική ηγεσία ως ένα πολλά υποσχόμενο σύστημα, εντούτοις απέτυχε να ανταποκριθεί στις παραπάνω προσδοκίες. Όσον αφορά τις δαπάνες, παρουσιάστηκε αδυναμία συγκράτησης, εξαιτίας της έλλειψης σαφών κριτηρίων χρηματοδότησης. Αυτό με τη σειρά του πυροδότησε την δημιουργία ελλείμματος στον προϋπολογισμό των ταμείων ασφάλισης. Επιπλέον, το σύστημα υγείας, παρότι συγκεντρωτικό, είναι ανεπαρκές ως προς την κατανομή των πόρων. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού και συντονισμού, στη χαμηλή διοικητική και οργανωτική ικανότητα των εμπλεκομένων, καθώς και στην ύπαρξη υποτυπωδών μηχανισμών, για την εκτίμηση των αναγκών και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων. Συμπληρωματικά, η υπερπληθώρα ειδικευμένων γιατρών, που συνυπάρχει με έλλειψη γενικών γιατρών και νοσηλευτών, οδήγησε σε κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου συστήματος παραπομπής, σε συνδυασμό με την απουσία κοστολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ανεπάρκεια των μηχανισμών αποζημίωσης, δημιούργησε ένα φαινόμενο στην ελληνική κοινωνία γνωστό ως «φακελάκι» και μία ευμεγέθη παραοικονομία (Kentikelenis and Papanicolas, 2012). Σε ότι αφορά στην ποσοτική μεγέθυνση και στην ποιοτική αναβάθμιση του υγειονομικού συστήματος αλλά και στην πορεία της υγείας του πληθυσμού, το σύστημα υγείας εξακολουθούσε να παρουσιάζει προβλήματα και δυσλειτουργίες στα τέλη της δεκαετίας του '90, ενώ παράλληλα, σύμφωνα με μετρήσεις, οι Έλληνες πολίτες εμφάνιζαν την υψηλότερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση δυσαρέσκεια αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '90, κάποια από τα μεγαλύτερα προβλήματα που παρουσίαζε το Ε.Σ.Υ ήταν, η αδιαφάνεια στις συναλλαγές με το προσωπικό, οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και σε υποδομές και ο μεγάλος χρόνος αναμονής για επεμβάσεις και εξετάσεις. Ταυτόχρονα, οι απαιτήσεις των πολιτών αυξήθηκαν και το θέμα της

ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης ήρθε στο προσκήνιο. Το 1994 συστάθηκε μια επιτροπή ξένων εμπειρογνομόνων, με επικεφαλής τον Brian Adel-Smith, με σκοπό το σχεδιασμό προτάσεων για την αναμόρφωση του Ε.Σ.Υ. Στο πόρισμα της επιτροπής επισημάνθηκε ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από έλλειψη σχεδιασμού και οργάνωσης, υπανάπτυκτη δημόσια υγεία, αντιδεοντολογικές συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας, με δωροδοκίες του προσωπικού, εξαιρετικά υψηλές κατά τα πρότυπα του ΟΟΣΑ, ενώ το σύστημα χρηματοδότησης κρίθηκε αναχρονιστικό και πολυκερματισμένο. Επιπλέον, παρουσιάστηκαν σημαντικά προβλήματα στη νοσοκομειακή χρηματοδότηση, αφού τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έπασχαν από την έλλειψη σαφών οδηγιών, σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης εξόδων ή επιλογής των προμηθευτών (Ballas,2004).

Στο κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο, οι συνέπειες όλων αυτών των προβλημάτων παίρνουν άλλες διαστάσεις. Η ταλαιπωρία του ασθενή, η μη ανταπόκριση του συστήματος υγείας στις προσδοκίες του και η περιορισμένη ικανοποίηση δημιουργούν κλίμα δυσπιστίας και ανασφάλειας στον πολίτη και παράλληλα ακυρώνουν τις βασικές αρχές του ΕΣΥ.

2.5: Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του ΕΣΥ

Αξιόλογη προσπάθεια καθολικής μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας, αποτέλεσε η θέσπιση του νόμου 1397/1983, που αφορούσε στη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, με στόχο να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στα υγειονομικά δρώμενα. Οι κεντρικές πολιτικές επιλογές και οι βασικοί άξονες ανάπτυξης του Ε.Σ.Υ. ήταν:

- Η ισότητα στην πρόσβαση και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών,
- Η αποκέντρωση (κέντρα υγείας αγροτικού τύπου)
- Ο κοινωνικός έλεγχος (με την ασφάλιση όλου του πληθυσμού)
- Ο ενιαίος προγραμματισμός
- Η δικαιότερη κατανομή των πόρων για την υγεία
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και

- Η καθιέρωση στο ΕΣΥ ιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (Ζηλίδης,2005).

1. **Νόμος 1397/1983**-« Εθνικό Σύστημα Υγείας». Καθιερώνονται οι εξής θεσμικές παρεμβάσεις: Περιορίζεται η ανάπτυξη και λειτουργία των ιδιωτικών μονάδων περίθαλψης, ενώ προωθείται η μετατροπή των επιδοτούμενων από τον κρατικό προϋπολογισμό νοσοκομείων ΝΠΔ σε ΝΠΔΔ και τα θέτει υπό το διοικητικό έλεγχο του Κράτους. Προβλέπεται η συμμετοχή εκπροσώπων των εργαζομένων και της τοπικής αυτοδιοίκησης στη διοίκηση των νοσοκομείων. Προωθούνται τα περιφερειακά συμβούλια υγείας, ως όργανα γνωμοδοτικά, εποπτικά και παρακολούθησης των υγειονομικών μονάδων της περιφέρειάς τους. Επιβάλλεται ένας ενιαίος τρόπος οργάνωσης των νοσοκομείων, προσδιορίζοντας ότι κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τρεις υπηρεσίες την ιατρική, τη νοσηλευτική και τη διοικητική. Προσδιορίζεται η ανάπτυξη των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα κέντρα υγείας ευρίσκονται σε επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται διοικητικά και οργανικά. Οι βαθμίδες περίθαλψης, διακρίνονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Καθιερώνεται ο θεσμός των ιατρών εργασίας ΕΣΥ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (ΦΕΚ 143/Α/1983).

Μετά το πέρας της πρώτης δεκαετίας λειτουργίας του ΕΣΥ, ήταν έκδηλη η αναγκαιότητα άμεσων μεταρρυθμίσεων για τον εκσυγχρονισμό και την αναδιοργάνωσή του, καθώς άρχισαν να διαφαίνονται οι δυσλειτουργίες και οι ελλείψεις στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του. Οι μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν ήταν πολλές, όμως οι πιο καθοριστικές για την εξέλιξη του ΕΣΥ ήταν οι ακόλουθες :

2. **Νόμος 2071/1992**- « Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του συστήματος υγείας». Επιχειρήθηκε αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος, με έμφαση στην αποδοτικότητα και τη συγκράτηση του κόστους. Πιο συγκεκριμένα επαναπροσδιορίστηκε ο ρόλος της ιδιωτικής περίθαλψης και καταργήθηκαν οι υφιστάμενοι περιορισμοί όσον αφορά τη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα.

Η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχονται τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Αντικαθίσταται ο θεσμός της πλήρους απασχόλησης των γιατρών του ΕΣΥ με αυτόν της μερικής απασχόλησης και τα κέντρα υγείας αναγνωρίζονται ως αυτόνομες διοικητικές και οικονομικές μονάδες. Επίσης ιδρύεται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), σκοπός του οποίου είναι η παροχή υπηρεσιών επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας και δημιουργείται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων. Παρατηρείται μια μεταστροφή του κράτους προς την συνύπαρξη δημοσίων- ιδιωτικών οργανισμών, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους πολίτες. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην πραγματικότητα ελάχιστες από τις νομοθετικές αλλαγές έγιναν πράξη (ΦΕΚ123/Α/1992).

3. **Νόμος 2194/1994** –« Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις». Επανήλθαν σε ισχύ οι αρχές και οι στόχοι του Ν. 1397/83. Τα κέντρα υγείας συνδέονται ξανά διοικητικά και οικονομικά με τα νοσοκομεία και λειτουργούν σαν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού στον οποίο ανήκουν. Στη συνέχεια συγκροτήθηκαν δύο επιτροπές, Ελλήνων και ξένων εμπειρογνομόνων, υπό την προεδρία του καθηγητή Brian Abel Smith, με σκοπό την πρόταση μέτρων για την αναμόρφωση του συστήματος, με την οριοθέτηση ενός νέου πλαισίου λειτουργίας του ΕΣΥ. Ανάμεσα στις προτάσεις που διατυπώθηκαν ήταν αυτή της δημιουργίας ενός ενοποιημένου ταμείου, στο οποίο η κυβέρνηση θα πρέπει να διοχετεύσει όλους τους οικονομικούς πόρους, ενώ το Υπουργείο Υγείας θα αναλάβει το ρόλο του επόπτη. Η προσπάθεια αυτή ποτέ δεν έγινε πράξη (ΦΕΚ: 34/Α/1994).
4. **Νόμος 2519/1997** – « Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις». Ο νόμος αυτός, περιείχε καινοτόμες ρυθμίσεις, με έμφαση στη λειτουργική αναδιοργάνωση του συστήματος και την αποδοτικότητα. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην πρόληψη των νόσων, την προαγωγή της υγείας, την επίτευξη της κοινωνικής ισότητας στον τομέα της υγείας και στο σχεδιασμό, στην οργάνωση και στη διοίκηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ο νόμος 2519 όριζε τη διαμόρφωση «Δικτύων

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», που είχαν ως στόχο το συντονισμό των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων και των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών σε ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος 2519 θεωρήθηκε ως ένα σημαντικό βήμα για τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, παρόλα αυτά έτυχε περιορισμένης εφαρμογής (ΦΕΚ 165 Α/1997).

Στα μέσα του 2000, ο τότε υπουργός Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος, με την εξαγγελία των 200 μέτρων της μεταρρύθμισης στην υγεία πρότεινε μεταξύ άλλων τις ακόλουθες βασικές αλλαγές: την περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ με τη δημιουργία των ΠΕΣΥ, την ένταξη των μονάδων υγείας του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, τη δημιουργία Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ) των μεγάλων ταμείων της κοινωνικής ασφάλισης, την κατάργηση των Δ.Σ. των νοσοκομείων και τον διορισμό διοικητών- manager, την Οργάνωση της ΠΦΥ με τη δημιουργία Αστικών Κέντρων Υγείας και την ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Τα μέτρα αυτά έτυχαν θετικής αποδοχής από τη συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων του ΕΣΥ και από την ελληνική κοινωνία, που προσδοκούσε τη βελτίωση των υποβαθμισμένων υπηρεσιών του ΕΣΥ (Ζηλίδης, 2005).

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων κρίθηκε σκόπιμη η βαθμιαία υλοποίηση της μεταρρύθμισης, όπου το πρώτο στάδιο υλοποίησής της αποτέλεσε ο νόμος 2889. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι και σήμερα, μόνον ο νόμος για τη δημιουργία των ΠΕΣΥ έχει ολοκληρωθεί.

5. **Νόμος 2889/2001-** « Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις». Απώτερος σκοπός της μεταρρύθμισης ήταν η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη, για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση αυτή είχε καταλυτικές συνέπειες στη διοίκηση και λειτουργία των Νοσοκομείων. Η χώρα μας διαιρέθηκε σε 17 υγειονομικές περιφέρειες. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τα κέντρα υγείας αποτελούν αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες του ΠΕ.Σ.Υ.Π στο οποίο υπάγονται. Το νοσοκομείο διοικείται από Διοικητή (manager), ο οποίος έχει τη γενική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας του. Με την εφαρμογή του νόμου 2889 έγινε ένα ουσιαστικό βήμα για τη γεωγραφική αποκέντρωση των

υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Οι επιμέρους στόχοι περιελάμβαναν μεταξύ άλλων την καταχώριση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας, τη διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, την ανάδειξη της ΠΦΥ και της δημόσιας υγείας, τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και την ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων (ΦΕΚ 37/Α/2001).

6. **Νόμος 3329/2005** –« Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις». Σύμφωνα με το νόμο 3329, η επικράτεια εξακολουθεί να διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Εν συνεχεία, καταργούνται τα ΠΕΣΥΠ και αντικαθίστανται από τη Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ). Τα νοσοκομεία επαναλειτούργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας στην οποία ανήκουν. Τα κέντρα υγείας και τα Περιφερειακά τους ιατρεία καθίστανται αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων. Επιπροσθέτως, ιδρύονται το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας και η Συντονιστική Επιτροπή αυτού, με γνωμοδοτικές κυρίως αρμοδιότητες (ΦΕΚ 81/Α/4.4.2005).
7. **Νόμος 3457/2006**-« Μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης». Ο νόμος αυτός στόχευσε στην κατάργηση της «λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων» και καθόρισε το λεγόμενο rebate, δηλαδή την επιστροφή χρημάτων στα ασφαλιστικά ταμεία από τα κέρδη των φαρμακευτικών εταιρειών (ΦΕΚ Α'93,08/05/2006).
8. **Νόμος 3580/2007**-« Προμήθειες Φορέων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και άλλες διατάξεις». Η ρύθμιση αυτή, προδιέγραψε ένα νέο σύστημα προμηθειών με τη λειτουργία της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) (ΦΕΚ 134/Α'/18.6.2007).

Αποτέλεσμα των παραπάνω, ήταν η περίοδος αυτή λειτουργίας του ΕΣΥ, να χαρακτηρίζεται από αποτυχημένες, ημιτελείς, αναποτελεσματικές και επαναλαμβανόμενες πολιτικές μεταρρύθμισης.

2.5.1 Γιατί αποτυγχάνουν οι μεταρρυθμίσεις

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, πλήττεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, από τη διαρκή και συνεχιζόμενη κρίση, γεγονός που επιφέρει, πληθώρα αρνητικών επιδράσεων σε ένα ευρύ φάσμα τομέων, συμπεριλαμβανομένου του κατακερματισμένου διοικητικού πλαισίου του ΕΣΥ, των χαμηλών επιπέδων της δημόσιας δαπάνης, του ιδιωτικού τομέα, του ιδιόμορφου τομέα των ανθρώπινων πόρων και των χαμηλών επιπέδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Απόρροια των προαναφερθέντων, είναι η αδυναμία εφαρμογής οποιασδήποτε καινοτόμας, μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, διότι η αλληλεπίδραση πλήθους κοινωνικο-οικονομικοπολιτικών παραγόντων, συμβάλλει στη δημιουργία δυσμενών συνθηκών (Notara et al.,2010).

Παρακάτω, συνοψίζονται ορισμένες από τις αιτίες αναχαίτισης του εκσυγχρονισμού της πολιτικής της υγείας, εξαιτίας της παρεμπόδισης εισαγωγής και εφαρμογής νέων νομικών πλαισίων.

1. Οι οικονομικές δυσκολίες: Η μείωση του κόστους παροχής υπηρεσιών περίθαλψης, βρίσκεται στον άμεσο διεθνή σχεδιασμό, σχετικά με τη μείωση δαπανών στη χώρα μας. Ωστόσο, προκειμένου να αποβεί πρόσφορος ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των νέων πολιτικών υγείας,, η αύξηση των οικονομικών πόρων είναι επιτακτική. Στην Ελλάδα , πληθώρα υγειονομικών μεταρρυθμίσεων, δεν απέβησαν γόνιμες, καθώς στάθηκε αδύνατη η εύρεση επαρκών πόρων ή εξαιτίας της υπέρβασης του μεταρρυθμιστικού προϋπολογισμού ή λόγω αδυναμίας υπολογισμού του κόστους, γεγονός που οδήγησε στην αυτοαναίρεσή τους.

2. Η ασυνέχεια της πολιτικής υγείας: Οι διαρκείς αλλαγές στο Υπουργείο Υγείας συντελούν στην πρόκληση αστάθειας όσον αφορά στο σχεδιασμό, στο ψήφισμα και στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων. Η πάροδος μεγάλου χρονικού διαστήματος και η συνέχιση της ίδιας πολιτικής, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο προκειμένου να καταστεί εφικτή η εφαρμογή των εν λόγω μεταρρυθμίσεων.

3. Η αδυναμία της κοινωνικής συναίνεσης: Η ευρεία κοινωνική συναίνεση αποτελεί το εφαλτήριο για τη δημιουργία και υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων ευρείας κλίμακας (λ.χ. μεταρρυθμίσεις που αφορούν την υγεία). Η καταγραφή των

ουσιαστικών προβλημάτων, στον τομέα της υγείας μέσω της επικοινωνίας, τόσο με τους πολίτες όσο και με τους επαγγελματίες υγείας απέβη ατελέσφορη, καθώς στη χώρα μας δεν υπήρξε ποτέ η προαπαιτούμενη προσπάθεια. Απόρροια των παραπάνω, ήταν η ύπαρξη αδυναμίας στο να συμπεριληφθούν απόψεις εμπειρίες, προσδοκίες και ουσιαστικές ανάγκες, επαγγελματιών και χρηστών και επομένως η αδυναμία εξασφάλισης κοινωνικής συναίνεσης σε κάθε προσπάθεια διαμόρφωσης νέας πολιτικής (Κουρής κ.α.,2012).

Εν κατακλείδι, προκειμένου να επιτύχει ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα, θα ήταν σκόπιμο να γίνει ένα πλήθος διαδραστικών αλλαγών. Οι κρατικοί φορείς, σε συνεργασία με τους φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, οφείλουν να δραστηριοποιηθούν άμεσα και να προτείνουν καινοτόμες λύσεις, διατηρώντας παράλληλα τις δομές του συστήματος που έχουν αποδειχθεί δόκιμες. Με αυτόν τον τρόπο, θα επιτύχουν τη διασφάλιση της ύπαρξης κοινωνικής συναίνεσης και τη δυνατότητα αύξησης των οικονομικών πόρων.

Πανεπιστήμιο Πατρών

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Οικονομική Κρίση και Μνημόνιο

3.1 Η Εμφάνιση της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα

Η περίοδος μετά το 1974 υπήρξε περίοδος μεγάλου δανεισμού για την Ελλάδα, με συνέπεια τη γρήγορη διόγκωση του χρέους. Μεταξύ του 1980 και 1993 το χρέος εκτινάχτηκε από 28,6% σε 111,6% του ΑΕΠ. Την τριετία 2004-2007 το χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξάνεται, ενώ σημειώνονται υψηλοί ρυθμοί ανάπτυξης με το εθνικό εισόδημα να αυξάνεται κατά 12-15 δις. τον χρόνο. Από το φθινόπωρο του 2008 όμως, λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, που ξέσπασε τότε, η ελληνική οικονομία εκτροχιάζεται και το έλλειμμα άλλα και το χρέος αρχίζουν να αυξάνονται με γρήγορους ρυθμούς. Τον Οκτώβριο του 2009, η ελληνική κυβέρνηση προσδιόρισε το έλλειμμα στο 12,7% του ΑΕΠ. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέδωσε έκθεση σχετικά με τα Στατιστικά Στοιχεία του Χρέους και του Ελλείμματος της Ελληνικής Κυβέρνησης, στην οποία επισημάνθηκαν προβλήματα «σκόπιμης εσφαλμένης αναφοράς δεδομένων», ενώ το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδας έκλεισε για το 2009 στο 15,4% του ΑΕΠ. Έκτοτε, άρχισε μια συνεχής επιτήρηση της ελληνικής οικονομίας, που ξεκίνησε επίσημα με την απόφαση του Συμβουλίου Υπουργών Οικονομικών της Ε.Ε (Ecofin) (European Commission, 2010).

Ακολούθως, το έτος 2010 αποτέλεσε το κρισιμότερο έτος για την ελληνική οικονομία. Η διεθνής κρίση των ετών 2008-2009, όπως προαναφέρθηκε, οδήγησε στην εξωπραγματική αύξηση του δημόσιου χρέους, ως ποσοστό του ΑΕΠ σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες από 78% το 2007 σε 98% το 2009. Στην ελληνική οικονομία, όπου το δημόσιο χρέος βρισκόταν ήδη στα υψηλότερα επίπεδα ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, η διεθνής κρίση δημιούργησε πρόσθετες δυσμενείς επιπτώσεις, από τις ήδη υπάρχουσες χρόνιες διαρθρωτικές αδυναμίες της χώρας μας. Ως εκ τούτου, το 2010 η ελληνική οικονομία βρέθηκε αντιμέτωπη με τρεις ταυτόχρονα μεγάλες ανισορροπίες, καθώς και με ιδιαίτερα υψηλά επιτόκια για δανεισμό και αναχρηματοδότηση του χρέους από τις διεθνείς αγορές. Οι ανισορροπίες ήταν:

- Το δημοσιονομικό έλλειμμα, το οποίο στο τέλος του 2009, ήταν το υψηλότερο στην ευρωζώνη (15,4% του ΑΕΠ ή 36,2 δις ευρώ)
- Το ύψος του δημόσιου χρέους, το οποίο έφτασε 126,8% του ΑΕΠ και το οποίο, σε συνδυασμό με το έλλειμμα αξιοπιστίας που προκάλεσε η πλημμυρής παροχή δημοσιονομικών στατιστικών στοιχείων, προκάλεσε κρίση τόσο στην αναχρηματοδότηση του χρέους, όσο και στη ρευστότητα του δημοσίου, αλλά και του ιδιωτικού τομέα και ιδιαίτερα του τραπεζικού συστήματος, καθώς και σημαντική αύξηση στο κόστος εξυπηρέτησης του δημόσιου χρέους, γεγονός που επιτάχυνε τις εξελίξεις.
- Το έλλειμμα ανταγωνιστικότητας, το οποίο κυρίως αντανάκλα τις αδυναμίες, τις υστερήσεις και τις στρεβλώσεις του αναπτυξιακού προτύπου της ελληνικής οικονομίας (Παπακωνσταντίνου, 2011).

Η κυβέρνηση προσπαθώντας να ανακτήσει την αξιοπιστία της χώρας στις διεθνείς αγορές και να πετύχει μείωση των επιτοκίων κατέφυγε σε λήψη μέτρων περιστολής των δαπανών, τα οποία αποδείχτηκαν ανεπαρκή για να ανατραπεί το ήδη υπάρχον αρνητικό κλίμα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, η Ελλάδα να επικαλεστεί τη βοήθεια του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας, προκειμένου να συγκροτηθεί από κοινού, μηχανισμός βοήθειας για τη χώρα μας. Η χρηματοδότηση από τον μηχανισμό στήριξης έγινε υπό συγκεκριμένους όρους. Έτσι, η Ελλάδα δεσμεύτηκε για τη λήψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής και, ειδικότερα, για τη λήψη μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης. Με τη χρηματοδότηση από το μηχανισμό αποφεύχθηκε ο άμεσος κίνδυνος χρεοκοπίας της Ελλάδας, που θα είχε πιθανές ανεξέλεγκτες συνέπειες και για όλη τη ζώνη του ευρώ. Τα πρώτα μέτρα ανακοινώθηκαν τον Μάιο του 2010. Η Ελληνική Οικονομία παρέμεινε σε κατάσταση δημοσιονομικής ανισορροπίας, ενώ ένα χρόνο μετά, τον Ιούνιο του 2011, η κυβέρνηση κατέφυγε στην ψήφιση του μεσοπρόθεσμου προγράμματος, με νέα μέτρα λιτότητας και περικοπές. Επίσης, τέθηκε θέμα αξιοποίησης της δημόσιας περιουσίας και αναδιάρθρωσης ή «κουρέματος» του χρέους αποσκοπώντας στη μακροπρόθεσμη μείωση του χρέους σε βιώσιμα επίπεδα. Ήδη είναι εμφανές, ότι η κρίση στη χώρα μας αναμένεται να έχει μεγαλύτερο βάθος και διάρκεια σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτό είναι αποτέλεσμα κυρίως της ιδιαιτερότητας τη δομής και των διαρθρωτικών

της προβλημάτων, τα οποία όχι μόνο διατηρούνται, αλλά καθημερινά γίνονται μεγαλύτερα και οξύτερα, αντί να αμβλύνονται κάτω από τις συνθήκες της διεθνούς κρίσης (Ο.Ε.Ε, 2010).

3.2 Δανειακές Συμβάσεις της Ελλάδας

Στις 23 Απριλίου του 2010, η χώρα μας υπέβαλε αίτηση για διμερή δάνεια από τα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρωζώνης. Στις 2 Μαΐου οι εκπρόσωποι των κρατών-μελών συμφώνησαν στη χρηματοδότηση και στις 8 Μαΐου του 2010, η Ελλάδα προχώρησε στη σύναψη Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης ύψους 80 δις ευρώ με τα κράτη μέλη της Ευρωζώνης (πλην της Γερμανίας) και τη γερμανική τράπεζα KFW και αιτήθηκε 30δις από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Μαριάς, 2010). Οι επιπτώσεις της αναφερόμενης σύμβασης περικλείουν το ευρύ φάσμα του κοινωνικο-οικονομικού-πολιτικού τομέα και ακολουθείται αυτόματα από τρία συνημμένα μνημόνια: Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής πολιτικής (ΜΟΧΠ), Μνημόνιο για τις συγκεκριμένες προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής (ΣΠΟΠ) και Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης (ΤΜΣ). Αρμόδια για την τρίμηνη αξιολόγηση της προόδου του προγράμματος εφαρμογής των όρων του Μνημονίου και για θέματα λήψεων αποφάσεων εκταμίευσης της αντίστοιχης δόσης του δανείου, είναι η ομάδα εκπροσώπων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (ΕΕ), της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (ΕΚΤ) και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ), γνωστή και ως "Τρόικα". Στην ικανότητα άντλησης των δόσεων του δανείου συντελούν δύο συνιστώσες: αφενός η επίτευξη δημοσιονομικής πειθαρχίας και αφετέρου η επίτευξη σημαντικών διαρθρωτικών αλλαγών (Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης, 2010). Έτσι, η ταυτόχρονη επιβολή των μέτρων μακροοικονομικής εξυγίανσης εμπεριέχεται στο Μνημόνιο και δεν αποτελεί μέρος κάποιου διαρθρωτικού προγράμματος του Ταμείου, καθώς στο Μνημόνιο περιλαμβάνονται οι όροι δανειοδότησης από το ΔΝΤ και την ΕΕ. Επομένως, με την πρώτη δανειακή σύμβαση των 110 δις. ευρώ και την εφαρμογή του Μνημονίου Ι, άρχισαν να εφαρμόζονται τα προγράμματα σταθεροποίησης και λιτότητας του ΔΝΤ.

Ως προς τη φιλοσοφία του, το μνημόνιο είναι ένα νεοφιλελεύθερο πακέτο, συμβατό με τη φιλοσοφία του ΔΝΤ, που έχει βασικούς πυλώνες τη δημοσιονομική προσαρμογή της οικονομίας και την απορρύθμιση της αγοράς εργασίας (Μιχοπούλου,2012).

Η κατ' επανάληψη αναπροσαρμογή των δημοσιονομικών στόχων που συνοδεύονται με τη λήψη πρόσθετων μέτρων αποτελεί αναπόσπαστο χαρακτηριστικό των δημοσιονομικών πολιτικών. Τα αποτελέσματα αυτών είναι η επιδείνωση της εισοδηματικής κατάστασης και τελικά το πλήγμα στο βιοτικό επίπεδο των πολιτών. Το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ) που συνόδευε το Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής (Μάιος 2010), απέτυχε στην επίτευξη των δημοσιονομικών στόχων που έθετε και είχε ως αποτέλεσμα να αντικατασταθεί από το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015 (Ιούνιος 2011), του οποίου οι στόχοι αναθεωρήθηκαν εκ νέου με το κείμενο του Κρατικού Προϋπολογισμού (Δεκέμβριος 2011). Τελικά, η προσήλωση σε μέτρα και παρεμβάσεις που εμβαθύνουν την ύφεση, οδήγησαν στην ανάγκη νέας δανειακής σύμβασης (Μνημόνιο 2 – Μάρτιος 2012) και στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Προσαρμογής 2013-2016 (Οκτώβριος 2012). Με την νέα αυτή δανειακή σύμβαση ύψους 130 δισ. ευρώ, επιτεύχθηκε αναδιάρθρωση του δημόσιου χρέους μέσω της ανταλλαγής ομολόγων, η οποία έγινε με βάση τους όρους συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα (διαδικασία PSI). Προϋπόθεση για την έγκριση και της νέας δανειακής σύμβασης ήταν επιπλέον μέτρα και παρεμβάσεις που χαρακτηρίζονται και αυτά από την υφεσιακή προσήλωση των προηγούμενων και οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια σε οικονομικό και κοινωνικό αδιέξοδο. Επιπλέον, συντελούν στην μη επίτευξη των δημοσιονομικών στόχων καθώς δεν δημιουργούν πρωτογενή πλεονάσματα για την συγκράτηση και διαχείριση του δημόσιου χρέους (INE, 2013).

3.3 Πολιτικές και Στόχοι του μνημονίου

Το Πρόγραμμα Οικονομικής Πολιτικής που εφαρμόστηκε στη χώρα μας είχε ως αρχικό στόχο την εφαρμογή σε βάθος τριετίας. Η εκπόνηση του προγράμματος αφορούσε κυρίως στην επικαιροποίηση και ένταξη των στόχων και των πολιτικών του Προγράμματος Σταθερότητας και Ανάπτυξης, στην αποτύπωση των μεσοπρόθεσμων δημοσιονομικών και οικονομικών στόχων της χώρας, καθώς και στο πλαίσιο δράσεων και πολιτικών για την επίτευξή τους.

Οι κύριοι στόχοι του Προγράμματος είναι :

- η διάρθρωση των δημοσιονομικών και εξωτερικών ανισορροπιών,

- η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας και της ανάπτυξης, με μείωση του εξωτερικού ελλείμματος και χρέους, καθώς και η αύξηση της παραγωγής και των εξαγωγών,
- η σταθερότητα του χρηματοπιστωτικού συστήματος, ώστε να διασφαλίζεται η χρηματοδότηση της οικονομίας, των επιχειρήσεων και των νοικοκυριών.

Τα μέτρα που περιέχονταν στο μνημόνιο, βασίζονταν σε πολιτικές επίτευξης των προαναφερθέντων στόχων και συνοψίζονταν στα κάτωθι:

A) στην εντονότατη μείωση των δημοσιονομικών δαπανών και συνολικά του κρατικού τομέα της οικονομίας

B) στην απορρύθμιση της αγοράς εργασίας

Γ) στην αύξηση της έμμεσης φορολογίας

Δ) στην ενίσχυση του ανταγωνισμού στις αγορές προϊόντων και υπηρεσιών (Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης, 2010).

Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και της αποτελεσματικότητας του δημόσιου τομέα, ακολουθήθηκε συγκεκριμένη πολιτική που στόχευε στην υλοποίηση των στόχων του προγράμματος, μέσω πέντε βασικών πυλώνων. Αυτοί οι στόχοι πολιτικής ήταν:

- Η Δημοσιονομική Προσαρμογή, που είχε ως στόχο τη μείωση του ελλείμματος στο 3% του ΑΕΠ, τη μείωση του χρέους ως ποσοστό του ΑΕΠ και τη δημιουργία πρωτογενών πλεονασμάτων ύψους 5% μέχρι το 2020.
- Η Εισοδηματική Πολιτική και οι πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης, με κύριο στόχο τη μείωση του πληθωρισμού κάτω από το μέσο όρο στην ευρωζώνη, την αύξηση της ανταγωνιστικότητας σε όρους τιμών και κόστους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.
- Η Σταθεροποίηση του χρηματοπιστωτικού συστήματος, με στόχο την προετοιμασία και την ενίσχυση της ρευστότητας των ελληνικών τραπεζών.

- Οι Διαρθρωτικές αλλαγές, με στόχο τον εκσυγχρονισμό του δημόσιου τομέα, την ευελιξία στις αγορές προϊόντων και εργασίας, τη δημιουργία συνθηκών για την εισροή ξένων επενδύσεων, τη μείωση της κρατικής συμμετοχής στη λειτουργία των εγχώριων βιομηχανικών μονάδων
- Οι Κοινωνικές πολιτικές, με στόχο την προστασία των ευπαθών ομάδων, τη διατήρηση και ενίσχυση των κοινωνικών επιδομάτων (Μιχοπούλου,2012).

3.4 Τι προβλέπει το Μνημόνιο για την Κοινωνική Ασφάλιση και την Υγεία

Ο τομέας της Υγείας υπόκειται στις στρεβλώσεις του ελληνικού δημοσίου, καθώς στις παρεχόμενες υπηρεσίες απουσιάζει τόσο η μέτρηση, όσο και η αξιολόγηση. Κάτι τέτοιο είχε ως απόρροια την αδυναμία εφαρμογής πολιτικής κινήτρων και ανταγωνισμού και εντός του δημόσιου τομέα (π.χ. μεταξύ των νοσοκομείων). Η απουσία χρήσης του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος από μεγάλους δημόσιους οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομείων, έως πρότινος, καθώς επίσης και η έλλειψη στην καταγραφή των συναλλαγών σε όλο το φάσμα του υγειονομικού τομέα, συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στην εμφάνιση διογκωμένων δαπανών στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ.

Τα τελευταία χρόνια οι πολιτικές υγείας των αναπτυγμένων χωρών εστιάζουν τόσο στη δημόσια ασφάλιση υγείας, όσο και στον περιορισμό των δαπανών. Βασίζομενη στην άνωθι πολιτική, η χώρα μας έθεσε συγκεκριμένους στόχους με τη συνεχιζόμενη επικαιροποίηση του Μνημονίου και το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής, το οποίο βρίσκεται σε εξέλιξη. Οι εν λόγω στόχοι αφορούν στο ανώτατο ύψος των δημοσίων δαπανών υγείας, φαρμάκου και ασφάλισης και η προσπάθεια πραγμάτωσής τους βασίζεται στην ανακοίνωση ή και εφαρμογή μιας σειράς μέτρων με στόχο την περιστολή τους (IOBE, ΕΣΔΥ, 2011).

Οι κατευθυντήριες γραμμές των μνημονίων και οι επικαιροποιήσεις αυτών, προέβλεπαν τις παρακάτω βασικές μεταρρυθμίσεις στους τομείς του φαρμάκου, του ΕΟΠΥΥ και του νοσοκομείου.

3.4.1 Βασικές μεταρρυθμίσεις για το φάρμακο

Όσον αφορά τις τιμές αναφοράς των φαρμάκων ορίσθηκαν τα εξής:

Εισήχθηκε νέος θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων και με τον τρόπο αυτό έγιναν πλέον διακριτές οι διαδικασίες τιμολόγησης και αποζημίωσης. Ο θετικός κατάλογος κατηγοριοποιεί στην ουσία, τα σκευάσματα σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (ATC) του ΠΟΥ. Επίσης εισάγεται σύστημα τιμών αναφοράς (ΤΑ) ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων. Η Τιμή Αναφοράς κάθε θεραπευτικής κατηγορίας ορίσθηκε ως το χαμηλότερο ΚΗΘ ανάμεσα στο σύνολο όλων των φαρμάκων αναφοράς και το μέσο όρο όλων των γενοσήμων της κατηγορίας.

Όσον αφορά τη συνταγογράφηση προβλέφθηκαν τα παρακάτω:

Καθίσταται υποχρεωτικό στους γιατρούς να συνταγογραφούν από διεθνή μη κατοχυρωμένη ονομασία (INN), αντί για το επώνυμο όνομα. Δίνοντας εντολή για υποκατάσταση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων από προϊόν με τη χαμηλότερη τιμή, της ίδιας δραστικής ουσίας. Οι φαρμακοποιοί κατά την εκτέλεση της συνταγής θα λαμβάνουν υπόψη τη δραστική ουσία (πλην των συγκεκριμένων περιπτώσεων που προβλέπεται η αναγραφή εμπορικής ονομασίας) χορηγώντας το φθηνότερο σκεύασμα χωρίς να επηρεάζονται στην επιλογή από πιθανές σημειώσεις στα σχόλια της συνταγής για εμπορικό σκεύασμα ή από αναγραφή εμπορικού σκευάσματος στο βιβλιάριο του ασφαλισμένου. Εισάγεται και επεκτείνεται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Εάν η μηνιαία παρακολούθηση της δαπάνης δείξει ότι η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών δεν παράγει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, θα πρέπει άμεσα να ληφθούν πρόσθετα μέτρα ώστε η φαρμακευτική κατανάλωση να διατηρηθεί υπό έλεγχο. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν τον προϋπολογισμό συνταγογράφησης για κάθε ιατρό, το στόχο του μέσου κόστους συνταγογράφησης ανά ασθενή και, εάν χρειαστεί, οριζόντιες περαιτέρω περικοπές τιμών και περιθωρίων κέρδους και αυξήσεις των συμμετοχών. (νόμος 4046 / 2012).

Για τον προϋπολογισμό των φαρμάκων υπολογίστηκαν τα παρακάτω:

Εισάγεται ένας αυτόματος μηχανισμός έμμεσης επανείσπραξης (τριμηνιαίο rebate) επί του κύκλου εργασιών των φαρμακευτικών παραγωγών, ο οποίος εγγυάται ότι η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη δεν υπερβαίνει τα όρια του

προϋπολογισμού. Το ποσό υπέρβασης που υποχρεούνται να επιστρέψουν οι φαρμακευτικές εταιρίες υπολογίζεται με βάση τα πραγματικά στοιχεία πωλήσεων που καταθέτουν στον ΕΟΦ κάθε μήνα. Το ποσό της επιστροφής υπολογίζεται σε εξαμηνιαία βάση, σύμφωνα με το ποσό που προκύπτει από τη διαφορά της προβλεπόμενης από την πραγματική μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη κάθε φορέα, αφού προηγουμένως αφαιρεθούν τα ποσά επιστροφής (rebate), οι επιστροφές που προβλέπει η κείμενη νομοθεσία καθώς και οι εκπτώσεις. Βάσει του Clawback (μηχανισμός αυτόματων επιστροφών), προβλέπεται πως η μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών φορέων δεν μπορεί να υπερβαίνει το 1/12 του κονδυλίου του προϋπολογισμού που αντιστοιχεί στην οικεία φαρμακευτική περίθαλψη.

3.4.2 Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Όλα τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας συγχωνεύθηκαν στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ αγοράζει υπηρεσίες, με οικονομικά αποδοτικό τρόπο, από τις μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και ιδιωτικούς παρόχους, μέσω συμβάσεων. Όλοι οι άλλοι φορείς πρόνοιας / κοινωνικής αρωγής του Υπουργείου Υγείας μετακινήθηκαν στο Υπουργείο Εργασίας.

Ο ΕΟΠΥΥ εξορθολογεί τον αριθμό των συμβάσεων με ιδιώτες ιατρούς, έτσι ώστε να μειωθεί η αναλογία ιατρών- ασθενών, κοντά στον πολύ χαμηλότερο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον, προβλέφθηκε η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ . Όσον αφορά στις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας το μνημόνιο προέβλεπε τη μείωση των αποδοχών τους, καθώς και την αναλογία 1/5 ανάμεσα σε προσλήψεις και συνταξιοδοτήσεις στο ΕΣΥ. Το αναθεωρημένο σύστημα πληρωμών που χρησιμοποιείται από τον ΕΟΠΥΥ, για τη σύναψη συμβάσεων με ιατρούς, και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας από την αξιοποίηση του προσωπικού (περιλαμβανομένης της μείωσης του κόστους των υπερωριών) θα οδηγούσαν σε εξοικονόμηση τουλάχιστον 100 εκ. ευρώ στο συνολικό κόστος κοινωνικής ασφάλισης που συνδέεται με τους μισθούς και τις αμοιβές των ιατρών το 2012.

3.4.3 Δημόσια Νοσοκομεία

Σκοπός των Μνημονίων με τα Νοσοκομεία ήταν να συμπεριλάβει συνοπτικά και με χρονοπρογραμματισμό, μια στοχοθεσία αντίστοιχη των στόχων των Μνημονίων με τη

Τρόικα, ώστε η δέσμευση και η προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων να αποτελέσει κοινό τόπο στο χώρο των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας.

Έτσι όρισε, την πλήρη εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος λογιστικής σε όλα τα Νοσοκομεία, με όσα αυτό περιλαμβάνει, όπως άμεση ενημέρωση λογαριασμών αγορών, εισπράξεων και απαιτήσεων, παρακολούθηση λογιστικών αποθηκών, έγκαιρη τιμολόγηση νοσηλίων, λογιστικοποιημένη ενιαία κωδικοποίηση υλικών και φαρμάκων, συμφωνία ισοζυγίων δημόσιου λογιστικού και γενικής λογιστικής, κ.λπ. Ορισε τη βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης. Σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, η Κυβέρνηση εφάρμοσε πιλοτικά ένα πρόγραμμα Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων KEN - DRG, με στόχο την ανάπτυξη ενός σύγχρονου συστήματος κοστολόγησης στα νοσοκομεία για τη σύναψη συμβάσεων.

Το μνημόνιο όριζε την εφαρμογή συστήματος για την αύξηση των εσόδων του νοσοκομείου μέσω: ενός συστήματος πληρωμής αρχικά τριών ευρώ από τους εξωτερικούς ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία (μετέπειτα αυξήθηκε σε 5 ευρώ), της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων, της αναδιοργάνωσης και των συγχωνεύσεων των νοσοκομειακών μονάδων.

Μετέπειτα, για να μειωθούν περαιτέρω τα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων κατά 8% οι επικαιροποιήσεις των μνημονίων όρισαν μέτρα που αφορούσαν: την αύξηση της κινητικότητας του προσωπικού υγείας (περιλαμβανομένων των ιατρών) εντός και μεταξύ ιδρυμάτων και υγειονομικών περιφερειών, την προσαρμογή, την παροχή υπηρεσιών από τα δημόσια νοσοκομεία εντός και μεταξύ νοσοκομείων που βρίσκονται στην ίδια περιοχή και υγειονομική περιφέρεια, την αναθεώρηση των δραστηριοτήτων των μικρών νοσοκομείων προς την κατεύθυνση της εξειδίκευσης σε τομείς όπως η αποκατάσταση, η αντιμετώπιση καρκινοπαθών ή ασθενών τελικού σταδίου, όπου χρειάζεται, την αναθεώρηση των δομών επειγόντων περιστατικών και εφημεριών, την βελτιστοποίηση και εξισορρόπηση της κατανομής των πόρων βαρέως ιατρικού εξοπλισμού ανάλογα με τις ανάγκες. (Αθανασάκης, 2013)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Επιπτώσεις του μνημονίου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

4.1 Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της Υγείας από την είσοδο του Μνημονίου και μετά

Η είσοδος του μνημονίου το 2010, με σκοπό την άμεση δημοσιονομική εξυγίανση της χώρας, επέφερε μια σειρά νέων μέτρων που εφαρμόστηκαν σε όλους τους τομείς. Ειδικά στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίοι ήταν σε δυσμενή θέση και πριν την οικονομική κρίση, η κυβέρνηση, προκειμένου να αντιμετωπίσει τη σωρεία των προβλημάτων, προέβη σε ριζικές μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ, που αφορούν τόσο στην δομή και την οργάνωσή του αλλά και στην οικονομική διαχείριση.

- 1. Νόμος 3868/2010** *«Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».* Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 3868, ενισχύονται οι ρυθμίσεις του νόμου 2889/2001 που αφορούν στην απογευματινή λειτουργία των νοσοκομείων. Επιπροσθέτως, ορίζεται η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία τους. Στο νόμο προβλέπεται η οικονομική επιβάρυνση του ασφαλιστικού φορέα του ασθενούς σε περίπτωση ιατρικής επισκέψεως, διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων που δεν πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια του τακτικού ωραρίου. Με την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων επιδιώκεται η άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα προβλέπεται σημαντική αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων, τα οποία θα διατίθενται για την κάλυψη των αναγκών τους.
- 2. Νόμος 3892/2010** *«Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων».* Με το νόμο αυτό ορίζεται η ίδρυση και τήρηση διαδικτυακής βάσης δεδομένων, για την ηλεκτρονική καταχώριση συνταγών από τους γιατρούς, την εκτέλεση από τους φαρμακοποιούς και την εκκαθάρισή τους από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. Συγκεκριμένα, οι

γιατροί και οι φαρμακοποιοί, που συμβάλλονται με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που διαχειρίζεται ο Φορέας «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στόχος του νόμου 3892 είναι ο εκσυγχρονισμός και η διαφάνεια των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, ο καλύτερος έλεγχος της δαπάνης, ο περιορισμός της υπερβολικής συνταγογράφησης, καθώς και η άντληση αξιόπιστων στοιχείων κατανάλωσης για τη ρύθμιση των επιστροφών (rebate).

- 3. Νόμος 3918/2011** *«Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»*. Στις διατάξεις του νόμου γίνεται εκτενής αναφορά στη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με το νέο νομοθέτημα επιτυγχάνεται η ενοποίηση των τεσσάρων μεγαλύτερων κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ. Σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι: Πρώτον, η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων. Δεύτερον, ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ, καθώς και άλλων οργανισμών ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ. Η συνεργασία πραγματοποιείται με βάση τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Συμβουλίου Συντονισμού. Με αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού διαρρυθμίζεται επίσης και ο χάρτης της ΠΦΥ, με σκοπό την καλύτερη και πιο σωστή εξυπηρέτηση των δικαιούχων. Τρίτον, η οργάνωση της λειτουργίας των παραπάνω φορέων, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Τέλος, ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων

σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται. Επιπλέον, προβλέπεται η σύνταξη ενιαίου κανονισμού παροχών για όλους τους ασφαλισμένους. Με τον ΕΟΠΥΥ γίνεται μια προσπάθεια να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, με τη βέλτιστη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, καθώς επίσης και στη βελτίωση της προσβασιμότητας, της διαθεσιμότητας και της μείωσης του κόστους.

Μερικές ακόμη σημαντικές ρυθμίσεις που εντάσσονται στο νόμο 3918, είναι η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, οι ρυθμίσεις σχετικά με φάρμακα, φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες, καθώς και ρυθμίσεις για το σύστημα προμηθειών. Αναφορικά με το σύστημα προμηθειών, κάθε νοσοκομείο του ΕΣΥ και κάθε αποκεντρωμένη μονάδα που υπάγεται σε αυτό, οφείλει στις αρχές κάθε έτους να υποβάλει στην οικεία Υγειονομική Περιφέρεια, Σχέδιο Προγράμματος Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΣΠΠΥ), με βάση τις πραγματικές και αιτιολογημένες ανάγκες του και τον ετήσιο προϋπολογισμό δαπανών που ενέκρινε ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιπρόσθετα, στο ΥΥΚΑ συνιστάται Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ), η οποία έχει ως κύριο στόχο την ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών, τόσο σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών, όσο και σε εθνικό επίπεδο. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται η μέγιστη δυνατή οικονομία κλίμακας. Όσον αφορά τις ρυθμίσεις για τα φάρμακα, γίνεται καθορισμός μείωσης στο ποσοστό κέρδους των φαρμακευτικών, καθορισμός του ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης και θεσπίζεται η «τιμή κοινωνικής ασφάλισης» που ορίζεται η τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα μειωμένη κατά 4% και θεωρείται «επιστροφή» (rebate), του ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιριών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, τον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου και τα Νοσοκομεία και η μεταφορά του Τμήματος Τιμών Φαρμάκων στο ΥΥΚΑ.

- 4. Νόμος 3984/2011 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις».** Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όσον αφορά τον τομέα του φαρμάκου, παρουσιάζουν τα

άρθρα 69 και 71 του νόμου 3984. Καθιερώνονται οι τιμές των πρωτοτύπων φαρμακευτικών προϊόντων, μετά την πιστοποίηση της λήξης της ισχύος του Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων προϊόντων που μειώνονται κατ' ελάχιστον σε ποσοστό 30%. Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακευτικής μορφής καθορίζονται κατά μέγιστο σε ποσοστό 90% της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου του φαρμακευτικού προϊόντος. Η τιμή κάθε φαρμακευτικού προϊόντος που σκευάζεται ή συσκευάζεται ή εισάγεται στη χώρα προκύπτει από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων αντίστοιχων τιμών των προϊόντων στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Καθορίζεται επίσης, ανακοστολόγηση όλων των φαρμάκων δύο φορές το χρόνο. Επαναδιατυπώνονται τα περί νέων ποσοστών κέρδους και καθαρών τιμών αντίστοιχα για τους φαρμακέμπορους και τα Φαρμακεία.

- 5. Νόμος 4052/2012** *«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 (ΕΤΧΣ), 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*». Σύμφωνα με τον νόμο 4052, η Επικράτεια διαιρείται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες, τα γεωγραφικά όρια των οποίων ταυτίζονται με τα όρια των 7 Αποκεντρωμένων Διοικήσεων της χώρας, με στόχο να υπάρχει καλύτερη χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας. Επιπλέον, για λόγους ενιαίας και αποτελεσματικότερης λειτουργίας ενοποιούνται τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ σε 82 Ν.Π.Δ.Δ και τα υπόλοιπα προσαρτώνται ως παραρτήματα των 82. Εν συνεχεία, ο ΕΟΠΥΥ τελεί πλέον μόνο υπό την εποπτεία του ΥΥΚΑ, ενώ καθορίζεται επίσης, η μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη του ΕΟΠΥΥ και των ΦΚΑ, η οποία δεν μπορεί να υπερβαίνει το 1/12 του κονδυλίου που είναι εγγεγραμμένο στον ετήσιο Κοινωνικό Προϋπολογισμό και αντιστοιχεί στην φαρμακευτική περίθαλψη.

Όσον αφορά στον τομέα του φαρμάκου, ο εν λόγω νόμος περιλαμβάνει μια σειρά από νέες ρυθμίσεις. Αναφορικά με την τιμολόγηση των φαρμάκων, ορίζεται μείωση τιμών των εκτός πατέντας και γενοσήμων φαρμάκων στο 50% και 40% αντίστοιχα της τιμής των εντός πατέντας. Κάθε επόμενη τριάδα γενοσήμων που θα παίρνει άδεια κυκλοφορίας, θα τιμολογείται 10% πιο κάτω από την προηγούμενη τριάδα. Για τα φάρμακα της θετικής λίστας το κέρδος του φαρμακέμπορου μειώνεται στα 4,9%, ενώ για το φαρμακείο το περιθώριο κέρδους υποχωρεί στα 32,4% (από 35%) και μέχρι χονδρικής τιμής φαρμάκου 200 ευρώ, ενώ από εκεί και πάνω κλιμακωτά θα προσφέρεται περιθώριο από 6–8% συν 30 ευρώ για κάθε φάρμακο. Αντίστοιχα για τα Φάρμακα Υψηλού Κόστους (ΦΥΚ) του Ν.3816/2010, καθιερώνεται κλιμακωτό περιθώριο πάνω στην ειδική χονδρική τιμή τους και ειδικότερα από 15.6.2012 και πέρα θα ισχύει μόνο ένα πάγιο ποσό των 30 Ευρώ ανά φάρμακο. Τέλος προβλέπεται και η έκδοση Δελτίων Τιμών μέχρι τέσσερις φορές το χρόνο.

Επιπλέον, καθορίζεται η υποχρεωτική συνταγογράφηση με δραστική ουσία, ενώ η εκτέλεση της συνταγής στο φαρμακείο γίνεται υποχρεωτικά με το φθηνότερο φάρμακο σε κάθε δραστική ουσία (χωρίς όμως δυνατότητα αντικατάστασης της δραστικής). Σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ καθιερώνεται η υποχρέωση από 1ης Απριλίου 2012 αναγραφής στη συνταγογράφηση της χημικής ουσίας του φαρμάκου (δραστική ουσία). Τα μηχανογραφικά συστήματα των νοσοκομείων οφείλουν να παρέχουν τη σχετική πληροφορία στους ιατρούς. Από 1ης Απριλίου 2012 όλοι οι ιατροί θα συνταγογραφούν τους ασφαλισμένους των ΦΚΑ κάνοντας αποκλειστικά χρήση της χημικής ονομασίας (δραστική ουσία) των φαρμάκων των δέκα μεγαλύτερων σε κατανάλωση δραστικών ουσιών, για τις οποίες υπάρχουν φάρμακα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και γενόσημα, εξαιρουμένων αυτών για τις χρόνιες παθήσεις. Από 1ης Ιουνίου 2012 η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία καθίσταται υποχρεωτική και καθολική. Αν ο ασφαλισμένος ζητήσει ακριβότερο φάρμακο της ίδιας δραστικής πληρώνει τη διαφορά. Όλα τα παραπάνω αποτελούν συντονισμένες προσπάθειες εξοικονόμησης της φαρμακευτικής δαπάνης σε όλες τις κατηγορίες των φαρμάκων. Επιπροσθέτως, αυξάνεται το ποσό επιστροφής (rebate) από τις εταιρίες προς

την κοινωνική ασφάλιση από 4% σε 9% και διαφοροποιείται η αναλογία δημόσιας προς ιδιωτική δαπάνη από 65%-35% σε 80%-20%.

- 6. Νόμος 4118/2012** *«Κύρωση της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου: Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των εξαιρετικά επειγουσών και απρόβλεπτων αναγκών του κοινωφελούς, μη κερδοσκοπικού ιδρύματος με την επωνυμία “ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ” και άλλες διατάξεις»*. Ο νόμος αυτός ορίζει τη μετονομασία των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (ΚΕΝ). Λόγω της άμεσης ανάγκης βελτίωσης της οικονομικής θέσης του ΕΟΠΥΥ, προβλέπει ότι οι κοινές υπουργικές αποφάσεις, με τις οποίες καθορίζονται τα νοσήλια που καταβάλλονται προς τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (ημερήσια νοσήλια, κλειστά ελληνικά νοσήλια και συνολικά νοσήλια), εκδίδονται πλέον ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ και δύναται να έχουν αναδρομική ισχύ. Μέσω της νομοθετικής ρύθμισης αυτής, θα καταστεί δυνατή η παροχή έκπτωσης 30% επί των ΚΕΝ στον ΕΟΠΥΥ, ώστε να βελτιωθεί η οικονομική του κατάσταση.
- 7. Νόμος 4132/2013** *«Κατεπείγουσες ρυθμίσεις του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»*. Ο νόμος αυτός ορίζει τον τρόπο εξόφλησης των ληξιπρόθεσμων οφειλών του ΕΟΠΥΥ. Δίνεται, έτσι η δυνατότητα στον Οργανισμό να εκχωρεί προς τα νοσοκομεία, απαιτήσεις του, έναντι των φαρμακευτικών εταιριών ή Κατόχων Άδειας Κυκλοφορίας (ΚΑΚ) από τα ποσά επιστροφής. Τα νοσοκομεία συμψηφίζουν υποχρεωτικά το ποσό των ανωτέρω εκχωρούμενων προς αυτά απαιτήσεων, με οφειλές τους προς τις φαρμακευτικές εταιρίες και τους ΚΑΚ φαρμακευτικών σκευασμάτων. Το ποσό που προκύπτει ως εναπομένουσα οφειλή του ΕΟΠΥΥ, ύστερα από εφαρμογή των οριζόμενων εκπτώσεων, δύναται να καταβάλλεται ως προκαταβολή μετά την αφαίρεση κρατήσεων. Η καταβολή γίνεται με έκδοση χρηματικού εντάλματος ύστερα από λογιστικό έλεγχο. Εάν μετά τη χορήγηση της προκαταβολής προκύψει κατά τον έλεγχο οφειλόμενο ποσό μικρότερο από αυτό που έχει προκαταβληθεί, η διαφορά παρακρατείται από τους επόμενους λογαριασμούς των προμηθευτών. Σε περίπτωση μη υποβολής νεότερου λογαριασμού εντός τριμήνου από την εκκαθάριση, η διαφορά αναζητείται από τον ΕΟΠΥΥ. Επιπροσθέτως, προβλέπεται η χρηματοδότηση των χρεών των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό, έτσι ώστε να

διαγραφούν οι απαιτήσεις αυτών κατά του Οργανισμού και τούμπαλιν. Επίσης, στον νόμο 4132 ορίζεται ότι, για την απόδοση του πρόσθετου ποσού επιστροφής λαμβάνονται υπόψη οι πωλήσεις του προηγούμενου τριμήνου βάσει των στοιχείων που αντλεί ο ΕΟΠΥΥ από την ΗΔΙΚΑ και το σύστημα σάρωσης συνταγών. Στόχος του νόμου αυτού είναι να διασφαλιστεί η είσπραξη των ποσών επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρίες και τους ΚΑΚ, να επιταχυνθεί η καταβολή των οφειλόμενων ποσών στους προμηθευτές του Οργανισμού και έτσι να αποπληρωθούν άμεσα οι ληξιπρόθεσμες οφειλές.

8. **Νόμος 4238/2014** « *Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*». Ο εν λόγω νόμος μετατρέπει τον ΕΟΠΥΥ σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας και εντάσσει τις Μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο ΕΣΥ. Προβλέπει μεταξύ άλλων το προσωρινό κλείσιμο των πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ και τη μετατροπή τους σε κέντρα υγείας αστικού τύπου, καθώς και την ένταξη 8.500 εργαζομένων στις Μονάδες του ΕΟΠΥΥ σε καθεστώς διαθεσιμότητας-κινητικότητας. Επίσης, θεσπίζεται ο οικογενειακός γιατρός. Θα έχει σημαντικό ρόλο στο σύστημα, αφού μαζί με τους γιατρούς των Κέντρων Υγείας και των πολυιατρείων θα λειτουργούν σαν φίλτρο των προσερχόμενων περιστατικών ώστε να μη συνωστίζονται άπαντες στα νοσοκομεία. Στα τρία αυτά σημεία θα αξιολογούνται τα περιστατικά που χρήζουν ανάγκη περίθαλψης σε νοσοκομείο. Ως οικογενειακοί γιατροί μπορούν να εργαστούν όσοι έχουν είναι γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι. Επίσης, σύμφωνα με το νομοσχέδιο, οι συμβάσεις γιατρών και οδοντιάτρων που δεν είναι μόνιμοι ή αορίστου χρόνου (ΙΔΑΧ) και υπογράφηκαν οποτεδήποτε στο παρελθόν παύουν να ισχύουν. Σημειώνεται, ότι μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία κινητικότητας του προσωπικού του ΕΟΠΥΥ προς τις ΔΥΠΕ, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα παρέχονται στους ασφαλισμένους του Οργανισμού από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα Κέντρα Υγείας και τους συμβεβλημένους γιατρούς.

Για άλλη μια φορά φαίνεται ότι το ΕΣΥ βρίσκεται υπό μεταρρυθμιστικό καταιγισμό, με σκοπό την αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό του. Αν και είναι δύσκολο να

εκτιμηθούν με ακρίβεια οι συνέπειες όλων αυτών των αλλαγών, ήδη αρχίζουν να διαφαίνονται αποσπασματικά κάποιες αλλαγές.

4.2 Τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων

Το έτος 2009 οι ετήσιες λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων έφτασαν τα 3 δις ευρώ, ενώ τα χρέη τα 6 δις ευρώ, οδηγώντας το μνημόνιο στη λήψη αυστηρών μέτρων ειδικά για τον τομέα της υγείας, με πρωταρχικό του στόχο η συνολική δαπάνη της υγείας να μην υπερβαίνει το 6% του ΑΕΠ. Συνεπώς, οι τομείς της υγείας, καθώς και του φαρμάκου κλήθηκαν να προσφέρουν τα μέγιστα στην προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας μας. Τα μέτρα και οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν από το ΥΥΚΑ το 2010, έφεραν μια σειρά από θετικά αποτελέσματα μέσα στο 2011, όσον αφορά στις δαπάνες του ΕΣΥ και ειδικότερα στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης, δημιουργήθηκαν μηχανισμοί ελέγχου και εφαρμόστηκαν πολιτικές με στόχο στην παροχή και ενοποίηση της χρηματοδότησης και της ΠΦΥ, καθώς και πολιτικές διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού (ΥΥΚΑ,2011).

Ειδικότερα, ο ΙΟΒΕ σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, επιχείρησε μια προσπάθεια ποσοτικοποίησης των μέτρων του μνημονίου και της κυβέρνησης, τα οποία αναλύθηκαν εκτενώς στο προηγούμενο κεφάλαιο, έτσι ώστε να υπολογιστεί η συνολική εξοικονόμηση που προκύπτει για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το έτος 2011. Τα μέτρα αυτά ήταν:

- Διαγωνισμοί προμηθειών και λειτουργία του Παρατηρητηρίου Τιμών
- Ολοήμερη λειτουργία Νοσοκομείων
- Μείωση αποδοχών και αναλογία 1/5 σε συνταξιοδοτήσεις- προσλήψεις του ΕΣΥ
- Είσπραξη και αύξηση αντιτίμου στο εξωτερικά ιατρεία από 3 σε 5 ευρώ
- Τιμολόγηση των ΚΕΝ- DRGs
- Συγχωνεύσεις νοσοκομείων- μείωση λειτουργικών εξόδων.

Η συνολική εξοικονόμηση, όπως φαίνεται χαρακτηριστικά στον παρακάτω πίνακα, εκτιμήθηκε στα 888,3 εκατομμύρια ευρώ.

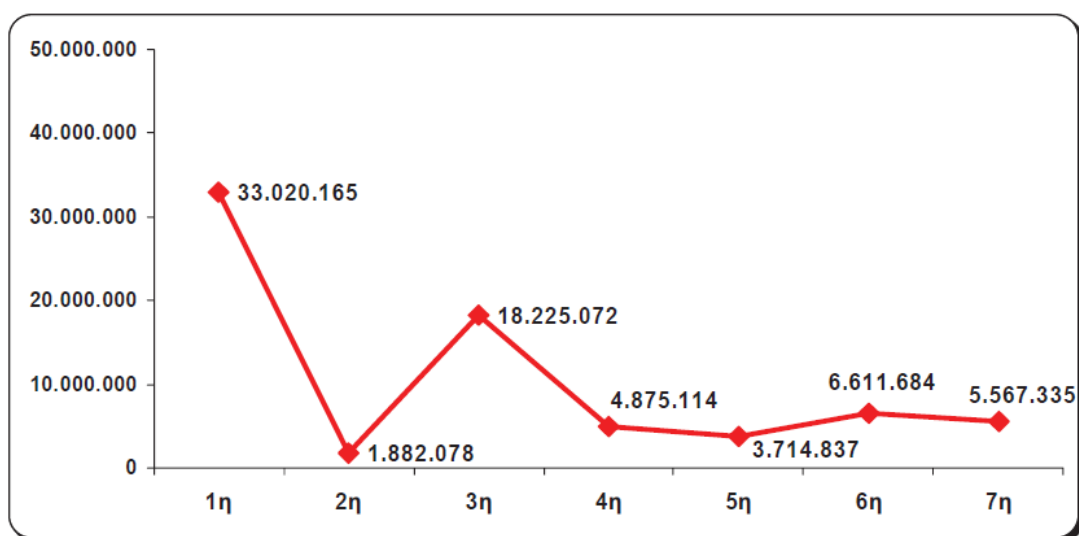
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2.1: Εξοικονόμηση συνολικής δαπάνης υγείας από μέτρα μνημονίου και κυβέρνησης

Μέτρο	Εξοικονόμηση 2011 (εκατ. €)
Διενέργεια διαγωνισμών για προμήθειες	266,4 εκατ.
Περικοπές αποδοχών στο ΕΣΥ	460,6 εκατ.
Συνταξιοδοτήσεις 1:5 στο ΕΣΥ	85 εκατ.
Απογευματινή λειτουργία νοσοκομείων	46,6 εκατ.
Αύξηση εισιτηρίου από €3 σε €5 στα νοσοκομεία	12,7 εκατ.
Τιμολόγηση κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου (DRGs) (09/2011)	12,5 εκατ.
Μείωση λειτουργικών εξόδων λόγω συγχωνεύσεων νοσοκομείων (09/2011)	4,5 εκατ.
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ	€ 888,3 εκατ

Πηγή : IOBE, ΕΣΔΥ

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα έσοδα των νοσοκομείων από την απογευματινή λειτουργία του ΕΣΥ, ανήλθαν για το έτος 2011 στα 73.896.284 ευρώ, ενώ συνολικά από την ολόημερη λειτουργία τους ανήλθαν στα 101.612.472 ευρώ. Επιπλέον, υπολογίστηκε ότι τα συνολικά έσοδα των νοσοκομείων από την αύξηση του αντιτίμου σε 5 ευρώ, στα εξωτερικά ιατρεία, ανήλθαν στα 27.716.187 €.

Γράφημα 4.2.1: Έσοδα ανά ΔΥΠΕ, από τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων, Νοσοκομεία ΕΣΥ, 2011



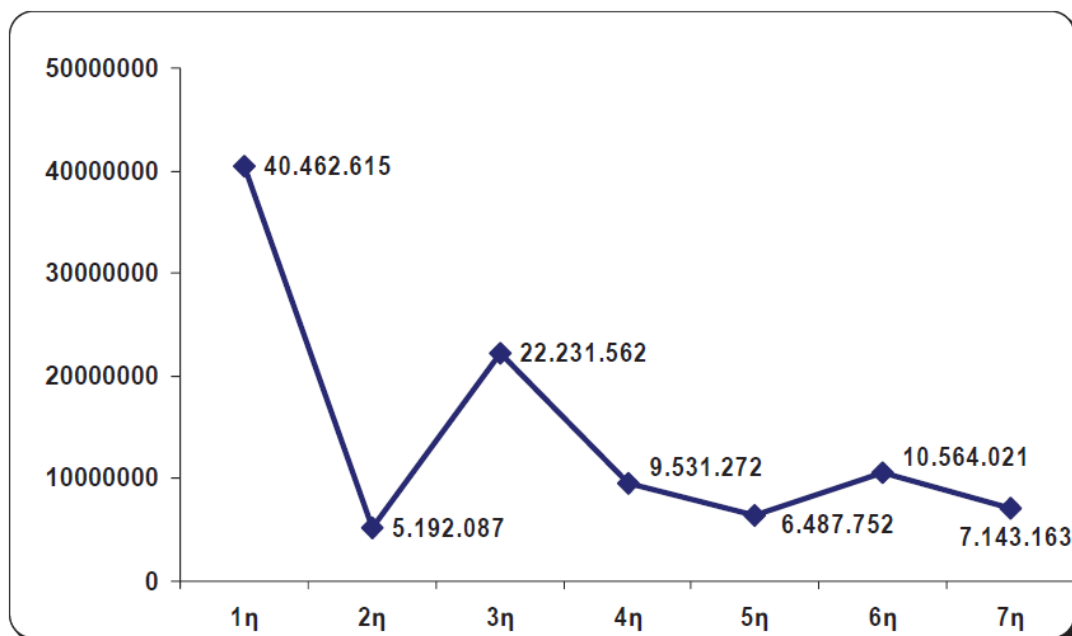
Πηγή: ΥΥΚΑ, 2011

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2.2: Έσοδα από τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, ανά ΔΥΠΕ.

ΔΥΠε	Ιατρεία	Διαγνωστικές- Απεικονιστικές Πράξεις	Θεραπευτικές Πράξεις	Επεμβατικές Πράξεις	Σύνολο
1	19.368.917	8.326.697	1.799.358	3.525.193	33.020.165
2	1.573.139	308.938	0	0	1.882.078
3	5.604.059	9.595.506	3.025.506	0	18.225.072
4	2.792.885	1.260.646	815.336	6.247	4.875.114
5	2.460.251	1.204.791	49.795	0	3.714.837
6	5.378.954	1.194.399	28.451	9.880	6.611.684
7	2.347.571	2.996.560	207.045	16.160	5.567.335
ΣΥΝΟΛΟ	39.525.776	24.887.538	5.925.491	3.557.480	73.896.284

Πηγή: ΥΥΚΑ, 2011

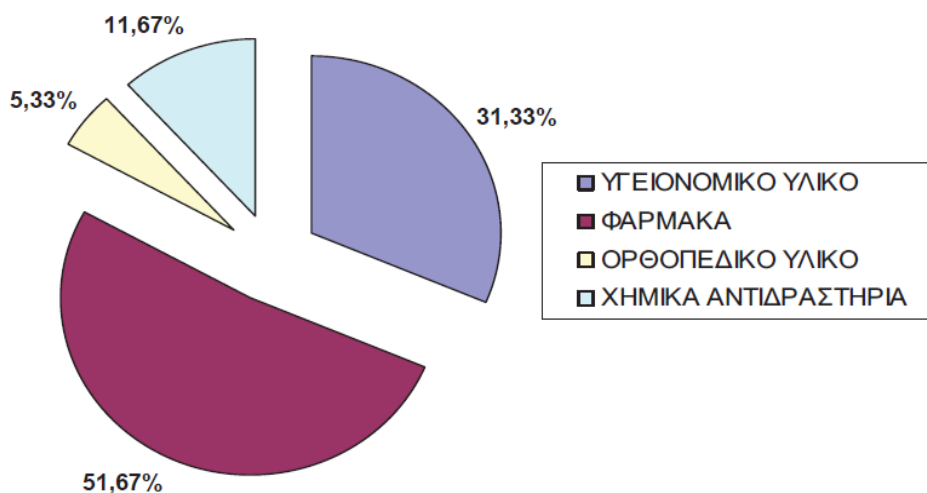
Γράφημα 4.2.2: Έσοδα ανά ΔΥΠΕ από την ολόήμερη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, 2011



Πηγή: ΥΥΚΑ, ESY.net, 2011

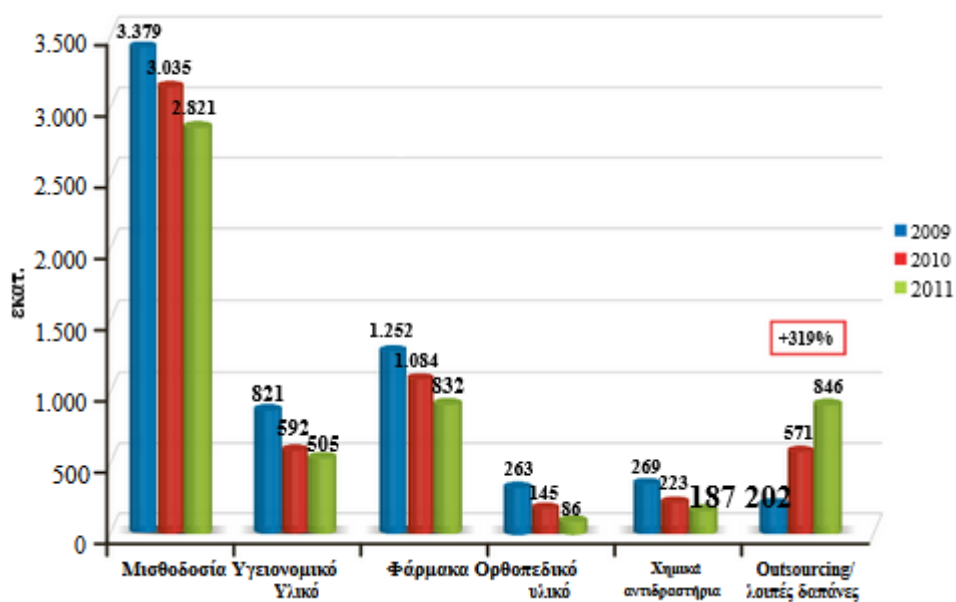
Όσον αφορά στις δαπάνες των νοσοκομείων, η μείωση των οποίων αποτελεί διαχρονικά έναν από τους κυριότερους στόχους του ΥΥΚΑ και της κυβέρνησης, σημειώθηκε μείωση της τάξης του 6%. Συγκεκριμένα, οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων ανήλθαν για το 2011, σε 2.540 εκ. ευρώ. Ειδικότερα, τα 1.610 εκ. ευρώ αφορούσαν τη δαπάνη για τα φάρμακα, το υγειονομικό υλικό, το ορθοπεδικό υλικό και τα χημικά αντιδραστήρια αφομοιώνοντας έτσι, το 66% της συνολικής δαπάνης. Αναλυτικότερα, παρουσιάζονται τα ποσοστά που καταλαμβάνουν οι δαπάνες αυτές στο παρακάτω διάγραμμα, καθώς και οι μειώσεις αυτών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.2.3: Ανάλυση 4 βασικών κατηγοριών, 2011



Πηγή: ΥΥΚΑ, 2011

Γράφημα 4.2.4: Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009-2011



Πηγή: ESYNET, 2012

Είναι σημαντικό να αναλυθεί εκτενέστερα η δαπάνη των νοσοκομείων για τα φάρμακα, διότι καταλαμβάνει το 51,67% των δαπανών των τεσσάρων κυριότερων

κατηγοριών δαπανών των νοσοκομείων. Επιπλέον, το μνημόνιο όρισε μια σειρά από αυστηρά μέτρα προκειμένου να επέλθει μείωση της εν λόγω δαπάνης, όπως η πλήρης εφαρμογή του συστήματος τιμολόγησης βάσει των 3 χαμηλότερων τιμών της ΕΕ-22, δηλαδή η άρση των πλαφόν που είχαν επιβληθεί στις μέγιστες μεταβολές των τιμών των φαρμάκων το Σεπτέμβριο του 2010, η δημοσίευση αρνητικής λίστας συνταγογράφησης καθώς και λίστας μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ γενοσήμων και πρωτοτύπων σε επίπεδο τιμής με καθορισμό της τιμής των γενοσήμων στο 60% της τιμής των πρωτοτύπων κλπ. Μετά την επιβολή των μέτρων εκτιμήθηκε από τη μελέτη του IOBE και της ΕΣΔΥ, ότι η εξοικονόμηση μόνο από τα μέτρα που αφορούν το φάρμακο μπορεί να ανέλθει στα 233 εκ. ευρώ, εφόσον ακολουθηθούν τα μέτρα της κυβέρνησης και του μνημονίου χωρίς καθυστερήσεις.

Πίνακας 4.2.3: Εξοικονομήσεις Δαπάνης Νοσοκομείων για Φάρμακα από Μέτρα Μνημονίου & Κυβέρνησης για το 2011

Μέτρο	Εξοικονόμηση 2011 (εκατ. €)
Μείωση τιμών 2010- carry over 2011	47,9 εκατ.
Μείωση κέρδους χονδρεμπόρων (05/2011)	16,9 εκατ.
Άρση πλαφόν (07/2011)	30,7 εκατ.
Μείωση όγκου κατανάλωσης στα νοσοκομεία το 2011	59,5 εκατ.
Αύξηση στη διείσδυση των γενοσήμων το 2011	8,4 εκατ.
Τιμολόγηση γενοσήμων στο 60% των πρωτοτύπων (07/2011)	15,5 εκατ.
Νοσοκομειακή συσκευασία (10/2011)	17,7 εκατ.
Επιστροφές από φαρμακευτικές επιχειρήσεις (rebate)	37,1 εκατ.
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ	€233,7 εκατ.

Πηγή: IOBE, ΕΣΔΥ, ΕΟΦ, ΥΥΚΑ, Παρατηρητήριο Τιμών Φαρμάκων

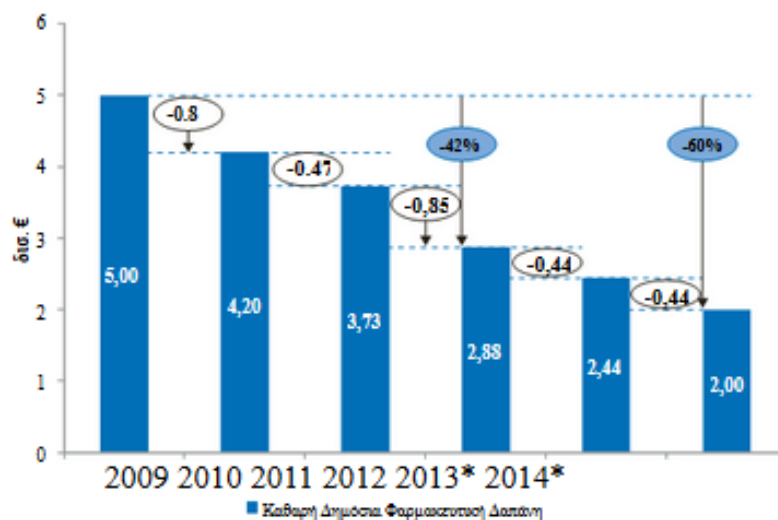
Αξίζει να σημειωθεί, ότι η επιβολή των μέτρων αφορούσε και την δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, για την οποία υπολογίστηκε ότι η εξοικονόμηση μπορεί να ανέλθει στο 1 δις ευρώ.

Πίνακας 4.2.4: Εξοικονομήσεις Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης από Μέτρα Μνημονίου & Κυβέρνησης για το 2011

Μέτρο	Εξοικονόμηση 2011 (εκατ. €)
Μείωση τιμών 2010- carry over	224 εκατ.
Άρση πλαφόν & επαναξιολόγηση τιμών (07/2011)	128,5 εκατ.
Εισαγωγή αρνητικής λίστας (04/2011)	132 εκατ.
Διεύρυνση λίστας ΜΗΣΥΦΑ (06/2011)	20,9 εκατ.
Διεύρυνση λίστας φαρμάκων για σοβαρές παθήσεις Ν.3816* (07/2011)	33,9 εκατ.
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	340,7 εκατ.
Μείωση κέρδους χονδρεμπόρων (06/2011)	47,6 εκατ.
Τιμολόγηση γενοσήμων στο 60% των πρωτοτύπων (07/2011)	35,3 εκατ.
Επιστροφές φαρμακευτικών επιχειρήσεων 2011 (rebate)	70,1 εκατ.
Επιστροφές φαρμακοποιών (rebate)	75,6 εκατ.
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ	€ 1.108,6 εκατ.

Πηγή: ΙΟΒΕ, ΕΣΔΥ, ΕΟΦ, ΥΥΚΑ, Παρατηρητήριο Τιμών Φαρμάκου

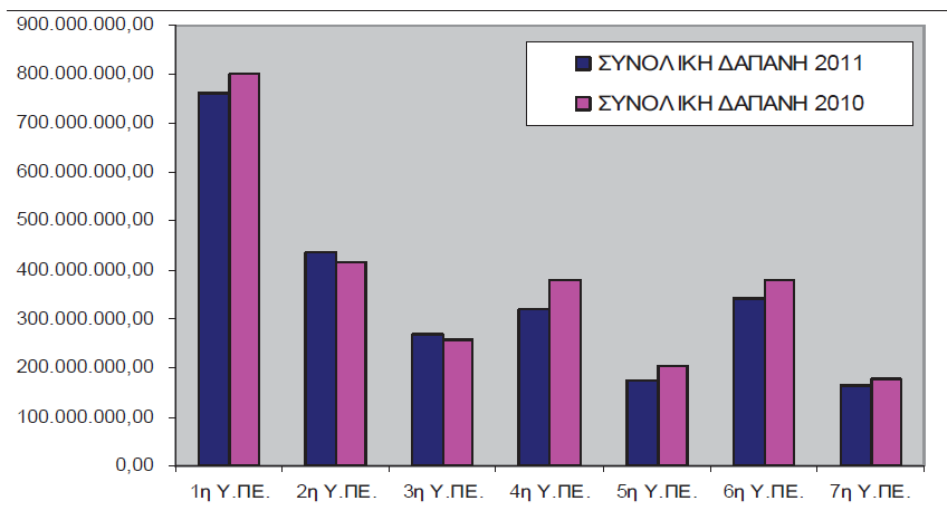
Γράφημα 4.2.5: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη: Πορεία μετά το Μνημόνιο και Προβλέψεις



Πηγή : ΣΦΕΕ

Συγκριτικά, για τα έτη 2010-2011 διαφαίνεται μια σημαντική μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία της τάξης του 6,56%, ενώ ήδη από το 2010 είχε αρχίσει να καταγράφεται η καθοδική τους πορεία με μείωση της τάξης του 5%, με έτος αναφοράς το 2009.

Γράφημα 4.2.6: Συνολική Δαπάνη 2010-2011



Πηγή: Esy net, ΥΥΚΑ, 2011

Σχετικά με τα μέσα επίτευξης της οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων, ήδη από το πρώτο έτος εφαρμογής των μνημονιακών πολιτικών, επιτεύχθηκε η 100% εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και του μητρώου δεσμεύσεων στα νοσοκομεία της επικράτειας, ενώ το 20% εξ αυτών εφάρμοζε αναλυτική λογιστική.

4.3 Οι επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων

Οι επιπτώσεις της κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς, οι οποίοι βρίσκονται υπό την απειλή της απώλειας της ασφαλιστικής τους κάλυψης, είναι πλέον κάτι παραπάνω από ορατές. Ειδικότερα, η άρρητη σχέση του υγειονομικού τομέα με τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η ομαλή και αποδοτική του λειτουργία από τις αλλαγές του οικονομικού γίνεσθαι.

Τόσο τα δημόσια ελλείμματα, όσο και η συνεχώς αυξανόμενη ανεργία αποτελούν πλήγμα στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης. Ακόμα και τα ιδρύματα παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, αλλά και οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών (Κυριόπουλος, 2010). Επιπλέον, ο κίνδυνος περαιτέρω υποβάθμισης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και ταυτόχρονα μεγιστοποίηση των ήδη μεγάλων κοινωνικών ανισοτήτων έχει αυξηθεί ραγδαία, καθώς η οικονομική κρίση απειλεί τη δυνατότητα επαρκούς

χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Ειδικότερα, οι επιπτώσεις της χρηματοοικονομικής κρίσης και των μνημονιακών πολιτικών στον τομέα της Υγείας εμφανίζονται κυρίως σε τρία επίπεδα:

α) στην μείωση της πρόσβασης των πολιτών σε ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας ,με ταυτόχρονη αύξηση της ζήτησης για αυτές

β) στην αύξηση των ψυχικών διαταραχών,

γ) στην αύξηση των κινδύνων για τη Δημόσια Υγεία

Η πρόσβαση των πολιτών σε Ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας δοκιμάζεται για πολλούς λόγους. (ΥΥΚΑ, 2012).

Αρχικά θα πρέπει να τονισθεί, ότι οι έννοιες της «προσφοράς» και της «ζήτησης» στον τομέα της υγείας βρίσκονται σε ανισορροπία, εξαιτίας των μνημονιακών πολιτικών, της μείωσης στους υγειονομικούς πόρους μετά το 2010 και της μείωσης της ιδιωτικής δαπάνης, παρά το γεγονός της εύκολης πρόσβασης με μικρό χρονικό κόστος. Ωστόσο, η αδυναμία παροχής των υπηρεσιών υγείας σε ευπαθή κοινωνικά στρώματα (φτωχοί, άνεργοι, χρόνια πάσχοντες), προκαλεί την «πλεονάζουσα ζήτηση».

Η λειτουργία των νοσοκομείων, καθώς επίσης και η οικονομική τους ανταπόκριση προς τρίτους, πλήττονται σε σημαντικό βαθμό από τις μειώσεις στους προϋπολογισμούς τους κατά 40%. Τροχοπέδη στην εύρυθμη λειτουργία τους, αποτελεί επίσης η αδυναμία ταυτόχρονης καταπολέμησης των εγγενών προβλημάτων, όπως είναι το σύστημα των προμηθειών , η ολοκλήρωση της μηχανογράφησης και η μη ολοκληρωμένη εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN). Επιπρόσθετα, την εν λόγω κατάσταση δυσχεραίνει η έλλειψη προσωπικού (κυρίως νοσηλευτικού και παραϊατρικού), εξαιτίας των αθρόων συνταξιοδοτήσεων και των μειωμένων προσλήψεων.

Ταυτόχρονα, η δυσχέρεια στην πρόσβαση της ιατρικής φροντίδας, η αδυναμία της ανάσχεσης της ζήτησης προς τα νοσοκομεία, η έλλειψη κλινικών δραστηριοτήτων όσον αφορά στη διαχείριση χρονίων νοσημάτων και στα προγράμματα πρόσληψης, αναχαιτίζουν την εύρυθμη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και του ΕΟΠΥΥ (Ενιαίος Οργανισμός παροχής Υπηρεσιών Υγείας), όπου παρατηρούνται

προβλήματα χρηματοδότησης και διοικητικών –οργανωτικών αστοχιών, παρά την αυξημένη ζήτηση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Τα δημογραφικά δεδομένα υποδεικνύουν αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία κατά το έτος 2010 κατά 24% σε σχέση με το 2009 και περαιτέρω αύξηση 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011. Επίσης, η επισκεψιμότητα στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων αυξήθηκε κατά 30%, παρουσιάζοντας ταυτόχρονη μείωση κατά 25-30% στη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Τα παραπάνω τείνουν να περιορίσουν σε σημαντικό βαθμό την πρόσβαση των πολιτών σε επαρκείς υπηρεσίες υγείας, δημιουργώντας συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού για μεγάλες μερίδες του πληθυσμού αλλά και εμφανή προβλήματα βιωσιμότητας των νοσοκομείων.

Αύξηση των Ψυχικών διαταραχών

Επομένως, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης -και κατά συνέπεια η αυξανόμενη ανεργία- είναι σοβαρότατες όσον αφορά στον τομέα της υγείας. Η απώλεια εργασίας, έχει εμφανές αντίκτυπο στον τομέα των ψυχικών διαταραχών, καθώς σύμφωνα με τα ποσοστά, το 34% των ανέργων αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικών διαταραχών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους εργαζόμενους ανέρχεται μόλις στο 16%. Αξίζει να σημειωθεί πως για κάθε αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά 1%, αυξάνεται το αντίστοιχο ποσοστό των αυτοκτονιών κατά 0.79% και ο δείκτης θνησιμότητας κατά 2,18% .

Αύξηση των κινδύνων για τη Δημόσια Υγεία

Η αύξηση της ανεργίας προκαλεί συσσωρευμένα προβλήματα, που συνοψίζονται στα κάτωθι: προβλήματα εθισμού και εξάρτησης από ουσίες, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής, αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οιοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων , ιδίως των χρονίων, από τις ήδη επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες. Όπως είναι εύλογα αντιληπτό, οι επιπτώσεις της ανεργίας δεν κατανέμονται με τον ίδιο τρόπο στα διάφορα κοινωνικά στρώματα, αλλά πλήττουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη, η οποία διατρέχει το διπλάσιο κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας (ΕΣΔΥ, 2011).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας ένας στους τρεις πολίτες αναγκάζεται να διαφοροποιήσει τη θεραπεία του ,

αραιώνοντας τη συχνότητα λήψης φαρμάκου λόγω οικονομικής δυσπραγίας, το 60% των χρονίως πασχόντων αντιμετωπίζει οικονομικούς περιορισμούς ή λίστες αναμονής στην πρόσβαση στο ΕΣΥ, οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ το επίπεδο αυτοεκτίμησης της υγείας τους έχει μειωθεί κατά 60%. Επιπλέον, σταδιακή μείωση παρατηρείται και στο προσδόκιμο ζωής, που φτάνει στα 78 έτη, σε σχέση με τα 81 που ήταν μέχρι πρόσφατα. Αύξηση προκλήθηκε και για πρώτη φορά μετά το 1950 στη βρεφική θνησιμότητα που ανήλθε στο 3,8 (ανά 1000 παιδιά ηλικίας έως ενός έτους) από 2,7 που ήταν προ κρίσης. Από το 2008 μέχρι το 2011 όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία η αύξηση των νεκρών εμβρύων είναι της τάξης του 21,1%. Οι δείκτες αυτοκτονικότητας αυξήθηκαν κατά 40%. Μόνο στην τριετία 2010 – 2013 σημειώνεται εντυπωσιακή αύξηση του αριθμού των φορέων του ιού HIV και από 5,4 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού που ήταν το 2010, φτάσαμε στα 10,7 ανά 100.000 Λοιμώδη νοσήματα, όπως η ελονοσία, επανεμφανίστηκαν στη Νότια Ελλάδα, εξαιτίας των περικοπών που έγιναν στα προγράμματα ψεκασμών, για πρώτη φορά μετά το 1970. Κατά το ίδιο διάστημα, οι εισαγωγές σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια, όπως ήδη έχει αναφερθεί, μειώθηκαν σε ποσοστό της τάξης του 30%, προκαλώντας κατά συνέπεια αντίστοιχη αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία (Kentikelenis et al.2011).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Κριτική των στόχων του Μνημονίου για το ΕΣΥ.

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία τη δεκαετία 2000-2009 αναφέρθηκε ως μείζον πρόβλημα, κυρίως με την έννοια του οικονομικού-δημοσιονομικού προβλήματος. Το μεγάλο δημόσιο έλλειμμα της Ελλάδας και η διαχείρισή του, κατέστησαν ως άμεσο υπεύθυνο τις άμετρες δαπάνες στο δημόσιο τομέα του συστήματος υγείας, λόγω της σπατάλης των οικονομικών πόρων αυτή την περίοδο, για πάνω από 2% του δημόσιου ελλείμματος. Έτσι, προέκυψε η επιτακτική ανάγκη δραστικής παρέμβασης για τη μείωση των δαπανών στην υγεία με ιδιαίτερη μνεία αυτών και στα Μνημόνια (ΕΣΔΥ,2013). Διαφαίνεται όμως ότι, τα μέτρα των Μνημονίων και οι περικοπές στη δαπάνη υγείας έχουν διογκώσει τα προβλήματα και το σύστημα υγείας δοκιμάζεται μαζί με ολόκληρο το ασφαλιστικό σύστημα, ενώ έχει προστεθεί και το μείζον πρόβλημα της αποασφάλισης του πληθυσμού. Η έλλειψη ολοκληρωμένης πολιτικής για την υγεία αποτελεί πλέον μείζον κοινωνικό και οικονομικό θέμα και μια από τις βασικότερες αιτίες της δημοσιονομικής απορρύθμισης. Το ερώτημα που τίθεται λοιπόν, είναι κατά πόσο οι πολιτικές που σχεδιάστηκαν είχαν σκοπό την αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας ή απλά το σημαντικό περιορισμό των δαπανών για την υγεία.

Γεγονός που ενισχύει τον κίνδυνο απαξίωσης του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, αλλά και υποβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι η δέσμευση της κυβέρνησης για διατήρηση των δημόσιων δαπανών υγείας κάτω από το 6% του ΑΕΠ. Στο διάστημα της δημοσιονομικής προσαρμογής, το μερίδιο του κράτους στη συνολική δαπάνη υγείας έπεσε από 26,8% το 2009 σε 23,1% το 2011. Περίπου κατά ίδιο ποσοστό αυξήθηκε η ιδιωτική δαπάνη, ενώ η δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων παρέμεινε σταθερή. Το συμπέρασμα είναι ότι το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης υγείας το αναλαμβάνουν οι εργαζόμενοι, μισθωτοί και ελεύθεροι επαγγελματίες και σε πολύ μεγάλο βαθμό τα νοικοκυριά μέσω της συμμετοχής στο κόστος και μέσω των άτυπων πληρωμών (Λιαρόπουλος, 2014).

Επιπλέον, τα μνημονιακά μέτρα που αφορούν στην αύξηση των πόρων για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, όπως η αύξηση της φορολογίας, η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών των εργαζομένων, η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας, οδηγούν στην συνεχή επιβάρυνση των πολιτών και στην αποτροπή τους από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ δημιουργεί συνθήκες άνιση πρόσβασης στις υπηρεσίες. Έτσι, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι ταυτόχρονα ακριβό, αναποτελεσματικό, εφόσον δεν καλύπτει τις ανάγκες των χρηστών, και άδικο με σημαντική επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών (Οικονόμου, 2013).

Όσον αφορά τις δομικές μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ, αξίζει να αναλυθεί το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ, που αποτέλεσε ίσως τη μεγαλύτερη μεταρρύθμιση μετά τη συγκρότηση του ΕΣΥ. Ο αρχικός γνώμονας πάνω στον οποίο στηρίχθηκε η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ήταν η ύπαρξη ενός δημοσίου μονοψηφίου. Ο ΕΟΠΥΥ είναι θεσμός μέσα από τον οποίο γίνεται η αλλαγή στον τρόπο χρηματοδότησης των μονάδων υγείας, με την ενοποίηση της χρηματοδότησης. Στην πραγματικότητα όμως, αποτελεί ένα μηχανισμό, ο οποίος παρεμβαίνει στο τρόπο είσπραξης των εσόδων και απόδοσης των πληρωμών, χωρίς να έχει τα στοιχεία εκείνα τα οποία τον καθιστούν οργανισμό που μπορεί να ασκήσει ασφαλιστική πολιτική με κριτήρια την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ισότητα. Αποτέλεσμα αυτής της δοκιμής ήταν η άμβλυνση των ήδη υπαρχόντων προβλημάτων, με άμεσο αντίκτυπο στους πολίτες. Έτσι, για ακόμη μια φορά ενισχύεται η μνημονιακή πολιτική για μείωση των δαπανών και περιορισμό στην πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών (ΕΣΔΥ, 2012).

Αναφορικά, με τις μεταρρυθμίσεις που σχεδιάστηκαν για το φάρμακο και τις προμήθειες ιατροτεχνολογικού και υγειονομικού υλικού, θα πρέπει να τονισθεί ότι οι περισσότερες εξ αυτών ήταν στη σωστή κατεύθυνση για τη μείωση των δαπανών, χωρίς όμως και εδώ να λείψουν οι δυσάρεστες παρερμηνείες, κυρίως από το ιατρικό-παραϊατρικό σώμα όπου και αυτό βρίσκεται στη δίνη του μνημονίου. Συγκεκριμένα, μέσα στα πλαίσια της μείωσης του κόστους, υπέστησαν ραγδαίες περικοπές στις αμοιβές τους, που επιβεβαιώνεται εκ του γεγονότος ότι το 51% του περιορισμού των δαπανών της υγείας οφείλεται στη μείωση αυτή.

Όσον αφορά τη μεταρρύθμιση για τα KEN- DRGs, σχεδιάστηκαν για να χρησιμοποιούνται για την αποζημίωση δημοσίων νοσοκομείων, αλλά και ιδιωτικών κλινικών, από τα Ταμεία και τους ιδιώτες. Αντικατέστησαν το «κλειστό» ημερήσιο νοσήλιο, μια απαρχαιωμένη μορφή ημερήσιας αποζημίωσης που δεν αντανακλούσε το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Τα KEN χρησιμοποιούνται στις περισσότερες προοδευμένες χώρες, κυρίως γιατί επιτρέπουν σημαντικές οικονομίες κλίμακας και δύνανται να μειώσουν δραματικά τη γραφειοκρατία. Σε γενικές γραμμές είναι μια ορθολογική μεταρρύθμιση, γιατί απλοποιεί τις διαδικασίες κοστολόγησης και εξόφλησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομειακό επίπεδο, αλλά κυρίως γιατί θέτει αντικίνητρα στα νοσηλευτικά ιδρύματα για την κατάχρηση και την υπερτιμολόγηση υλικών και φαρμάκων. Παρόλα αυτά, το βασικό μειονέκτημα της εφαρμογής των KEN στην Ελλάδα, έχει να κάνει με την σχεδόν "αναγκαστική" προχειρότητα με την οποία καταρτίστηκαν τα ελληνικά KEN. Αυτό που σε άλλες χώρες πήρε από 5 έως 10 χρόνια για να γίνει (με την ανάλογη μελέτη και προεργασία), στην Ελλάδα έγινε πιεστικά και εξ ανάγκης σε λίγους μήνες. Στην ουσία μεταφράστηκαν τα Αυστραλέζικα KEN και τιμολογήθηκαν πρόχειρα με περιπτώσεις υπερτιμολογήσεων αλλά και σημαντικών υποτιμολογήσεων, επ' αυτών δε, έγινε κατ' απαίτηση της τρόικας νέα οριζόντια μείωση (κατά περίπου 30%), ενώ δεν υπάρχουν ακόμη διαθέσιμα αξιόπιστα στοιχεία που να δείχνουν αξιόλογες μειώσεις του κόστους για τον ΕΟΠΥΥ και τα ταμεία (ΕΣΔΥ, 2011).

Συμπερασματικά, το ελληνικό σύστημα υγείας, εξακολουθεί να είναι για τον ασθενή χαοτικό, καθώς δεν έχουν αναπτυχθεί σαφείς διαδικασίες προσανατολισμού και κατεύθυνσής του προς τις υπηρεσίες υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις είναι μεν αναγκαίες και χρήσιμες με βασική προϋπόθεση όμως, η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης, να συντελείται προς τα πάνω και συνεπώς να βελτιώνεται το επίπεδο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Έτσι λοιπόν, στα πλαίσια της μακροοικονομικής εξυγίανσης που πρέπει να επιτευχθεί στη χώρα μας, η κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα που στόχο έχουν τη συρρίκνωση των προϋπολογισμών για την υγεία, τη μείωση του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και την αναχαίτιση προγραμμάτων, οι οποίες αφορούν στην πρόληψη και προαγωγή υγείας. Επιπλέον, ουκ ολίγα είναι τα μέτρα για τον περιορισμό της ασφαλιστικής

κάλυψης του πληθυσμού. Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι οι μεταρρυθμίσεις έχουν ως πρωταρχικό στόχο την περιστολή του κόστους και της υγειονομικής δαπάνης, οι οποίες, σε συνδυασμό με τη μείωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών, καθιστούν τις υπηρεσίες υγείας απρόσιτες για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Κυριόπουλος, 2011).

Είναι σαφές ότι το ΕΣΥ παρά της διαρθρωτικές παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί, εξακολουθεί να μαστίζεται από προβλήματα τα οποία, καθώς φαίνεται, επιδεινώνονται αντί να αμβλύνονται από τα μέτρα που συνοδεύουν τις δανειακές συμβάσεις. Έτσι, είναι επιτακτική η ανάγκη εύρεσης της χρυσής τομής μεταξύ της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων και της ισότητας στις υπηρεσίες και τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων.

Οι μελλοντικές μεταρρυθμίσεις δεν πρέπει να στοχεύουν μονοδιάστατα στη μείωση του κόστους και τη συρρίκνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, αλλά στην μετατροπή οφέλους από την αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων, σε διεύρυνση των δημόσιων παροχών και βελτίωση της ποιότητάς τους.

Επίσης, οι νέες στρατηγικές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις αντίστοιχες κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης ταυτόχρονα με τις ιδιαίτερα σοβαρές συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής κρίσης που διέρχεται η χώρα. Έμφαση θα πρέπει να δοθεί και στις προκλήσεις που τίθενται για ριζική αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας του συστήματος και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσα σε ένα περιβάλλον αυξημένων κοινωνικών αναγκών αλλά και δημοσιονομικών περιορισμών. Δόκιμη είναι η αντιμετώπιση των υφιστάμενων δημοσιονομικών περιορισμών στην Ελλάδα ως ευκαιρία για τη βελτίωση της σημασίας και της αποτελεσματικότητας των μεταρρυθμίσεων στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς η ορθή κατανομή των πόρων μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη εξοικονόμηση (ΥΥΚΑ,2012).

Τέλος, ο σχεδιασμός της εθνικής μακροοικονομικής πολιτικής είναι άκρως σημαντικός και στην τελική φάση θα πρέπει να εφαρμοστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να ευνοεί και να στηρίζει την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού τομέα της υγείας. Κάθε φαινόμενο διαφθοράς και η κακής κατανομής των πόρων μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη σωστή και συγκροτημένη διακυβέρνηση σε όλα τα επίπεδα, έτσι ώστε να βελτιωθεί η υγεία και να προωθηθεί η ανάπτυξη. Επιπλέον, οι ελλείψεις σε

ανθρώπινο κεφάλαιο μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη δημιουργία πόρων και τη δημιουργία θεσμών για την εκπαίδευση υγειονομικού προσωπικού, με στόχο την περαιτέρω βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το κύριο χαρακτηριστικό της εξέλιξης του ΕΣΥ κατά τη διάρκεια των 30 ετών σύστασής του είναι αδιαμφισβήτητα το φαινόμενο των επαναλαμβανόμενων και παρόμοιων σχεδόν διατάξεων, καθώς διαφαίνεται κάθε φορά η αδυναμία υλοποίησής τους.

Το μεταρρυθμιστικό έργο του ΕΣΥ αποτέλεσε αντικείμενο δράσης της εκάστοτε ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας. Αυτό ήταν και η κύρια αιτία που έχει δεχθεί πλήθος διαδοχικών μεταρρυθμίσεων, χωρίς όμως να υπάρχει σωστή διαχείριση των προτεραιοτήτων, έχοντας ως αποτέλεσμα να αφηθεί μετέωρη η θεσμική συγκρότηση του συστήματος υγείας και η όποια προσπάθεια ανασυγκρότησης, να είναι ασυνεχής. Παράλληλα, υπήρξε αδυναμία υλοποίησης και εφαρμογής των σχετικών κανόνων και μηχανισμών για την αποτελεσματική οργάνωση των υπηρεσιών και κυρίως, την αποδοτική και διαφανή διαχείριση των πόρων. Συγκεκριμένα, το σύστημα των υπηρεσιών υγείας αποτέλεσε μελανό σημείο στη διαχείριση των δαπανών και την άρτια αξιοποίηση των οικονομικών πόρων. Αφορμή της δημιουργίας του ΕΣΥ ήταν η κοινωνική ανάγκη για αλλαγή του συστήματος υγείας και για υποστήριξη της σταθερής ανάπτυξής του. Έτσι, στα χρόνια που ακολούθησαν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξάνονταν σταθερά για όλα τα χρόνια εξέλιξης του ΕΣΥ, είτε η οικονομία βρισκόταν σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, είτε σε περιόδους ανάκαμψης.

Η είσοδος του μνημονίου στην ελληνική πραγματικότητα την τελευταία τριετία επέφερε ριζικές αλλαγές σε όλες τις εκφάνσεις του οικονομικού τομέα. Αναπόφευκτα, το μνημόνιο έπρεπε να παρέμβει και στο ελληνικό σύστημα υγείας που επί σειρά ετών παρουσίαζε σημαντικά προβλήματα στη λειτουργία του και τα οποία γιγαντώθηκαν από την οικονομική κρίση. Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν από το 2010 και έπειτα, εστιάστηκαν κυρίως σε μέτρα περιστολής των δαπανών. Επιπροσθέτως, οι κύριοι στόχοι των εν λόγω πολιτικών, ήταν η άμεση επίλυση των προβλημάτων, χωρίς να έχουν προβλεφθεί πολιτικές για «βαθιές» μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις. Έτσι, ενώ η ύφεση θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί

και ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, κοινωνικών και υγειονομικών συστημάτων, αποτελεί απειλή για τη βιωσιμότητά τους.

Το καίριο συμπέρασμα πάντως, που ίσως εμπεριέχει την χαρακτηριστική αντίφαση όσον αφορά στο εγχείρημα ανάπτυξης του ΕΣΥ, είναι ότι η μη υλοποίηση των θεσμικών αλλαγών που συνθέτουν την ολοκληρωμένη δομή του δεν γινόταν τελικά στα πλαίσια μιας υγιούς πολιτικής για αναμονή των βέλτιστων συνθηκών για αλλαγές σε οικονομικό επίπεδο. Είναι απλώς το αποτέλεσμα κακών διακυβερνήσεων, καθώς και πληθώρα άλλων παραγόντων οι οποίοι στέκονται εμπόδιο.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- 1.Ιωάννης Κυριόπουλος- Άρης Σισσούρας «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη». Αθήνα,1997. Εκδόσεις Θεμέλιο.σελ.50-55.
- 2.Ν. Κακαλέτσης, Α. Ιωαννίδης, Ι. Σιγάλας, Α. Χατζητόλιος, 2013 «Η Περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα: Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις». Αρχές Ελληνικής Ιατρικής, 30(2): 233-240.
3. Ο. Σίσκου, Δ. Καϊτελίδου, Μ. Θεοδώρου, Λ. Λιαρόπουλος ,2008 « Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5):663-672.
4. Μελέτη του ΚΕΠΕ: Οικονομικές Εξελίξεις (2013), τεύχος 20:43-47.
- 5..Χρήστος Ζηλίδης «Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: Η μεταρρύθμιση 2000-4». Αθήνα 2005. Εκδόσεις Mediforce. Σελ.19-28.
- 6.Νόμος 1397/83. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143/Α/1983
- 7.Νόμος 2071/92. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας. ΦΕΚ123/Α/1992.
8. ΝΟΜΟΣ 2194/94 Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις .ΦΕΚ: 34Α
9. Νόμος 2719/97.Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 165 Α/1997.
10. Νόμος 2889/2001. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ. ΦΕΚ 37/Α/2001.
12. Νόμος 3329/2005. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 81/Α/4.4.2005.

- 13 . Θεοδούλα Αδαμακίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου,2009 : Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, ανασκόπηση-review, Νοσηλευτική , 48(1): 37-49.
- 14.Νόμος 3457/2006. Μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης. ΦΕΚ Α'93,08/05/2006.
- 15.Νόμος 3580/2007. Προμήθειες Φορέων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 134/Α'/18.6.2007.
16. Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ. , Φιλαλήθης Α., 2012 «Οι Υγειονομικές Μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού». Διοικητική Ενημέρωση, τεύχος 39: 82-90.
- 17.Παπακωνσταντίνου Γ. Προϋπολογισμός Οικονομικού Έτους 2011/ Εισηγητική Έκθεση.
- 18.Επαμεινώνδα Μαριά,2011 «Η δανειακή σύμβαση Ελλάδας-κρατών Ευρωζώνης υπό το πρίσμα των θεσμών και του δικαίου της ΕΕ». Νομικό Βήμα, τόμος 58: 2204-2222.
19. Οικονομικό Επιμελητήριο της Ελλάδας : Η Κρίση της Ελληνικής Οικονομίας και η αντιμετώπισή της.
20. Σχέδιο Νόμου/ Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης,8 Μαΐου 2010.
21. Στέλλα Μιχοπούλου,2012 «Αναπτυξιακές και κοινωνικές επιπτώσεις των πολιτικών σταθερότητας του ΔΝΤ». ΙΝΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων .
- 22.ΙΝΕ, Ετήσια Έκθεση 2013 « Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση».
23. ΙΟΒΕ, 2011. «Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου». Αθήνα.
24. Κ. Σουλιώτης, Χ. Λιονής « Λειτουργική Ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5): 466-476.
25. ΥΥΚΑ, 2011. Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ.

26. Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής, 2012.
27. Ν. 3868/2010 (ΦΕΚ, τεύχος Α, 129/3.08.2010) .
28. Αιτιολογική Έκθεση στο σχέδιο Νόμου :Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
29. Αιτιολογική Έκθεση στο σχέδιο Νόμου :Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων.
30. Νόμος 4238/2014, ΦΕΚ 38Α/2014
31. Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 31Α/2011.
32. Νόμος 3984/2011. Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 150Α/2011.
33. Νόμος 4052/2012, ΦΕΚ 41Α/2012.
34. Νόμος 4118/2013, ΦΕΚ 32Α/2013
35. Μ. Ρεκλείτη, Μ. Τανανάκη, Π. Κυλούδης (2012) «Οι δαπάνες στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία». Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 1, Τεύχος 1.
36. Νόμος 4132/2013, ΦΕΚ 59Α /2013
37. Κυριόπουλος Γ. Τσιάντου Β. 2010. «Η οικονομική κρίση και η επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5):834-840.
38. Πρόταση Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση κατευθύνσεων εθνικής αναπτυξιακής στρατηγικής 2014-2020, Οκτώβρης 2012.
39. ΕΣΔΥ, 2011 « Έρευνα αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας», στο πλαίσιο στήριξης: Σύστημα Παραγωγής Δεικτών Υγειονομικού Χάρτη.
44. ΕΣΔΥ, 2013: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «Πύλη Εισόδου» των Διαρθρωτικών Αλλαγών στην Υγεία.

40. Κυριόπουλος Γ. (2012), «Οικονομική κρίση και υγεία» Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη, 2012.
- 41.Χ. Οικονόμου , 2013 «Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία». Foreign Affairs, The Hellenic Edition: 8-14.
42. ΕΣΔΥ, 2012. Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας: Το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ.
43. Κυριόπουλος Γ, 2011. «Ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας».
44. ΕΣΔΥ, 2011. Μηχανισμός Εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα
- 45..Λ. Λιαρόπουλος : Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Αθήνα,2007. Εκδόσεις Βήτα: σελ.180-186
46. Χ. Οικονόμου (2012) “Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας”. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.
- 47.Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, (2002). Η Ελληνική Απάντηση στο Ερωτηματολόγιο σχετικά με την Υγειονομική Περίθαλψη και τη Μακροχρόνια Φροντίδα για τους Ηλικιωμένους.
- 48.Μανιού Μαρία, Ιακωβίδου Ελισάβετ « Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα». Το Βήμα του Ασκληπιού (2009), Τόμος 8, Τεύχος 4: 380-399.
49. Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος (Ο.Κ.Ε), Αθήνα 2009 : Υγεία
- 50.Δημήτριος Α. Βραχάτης, Άγγελος Παπαδόπουλος « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές». Νοσηλευτική 2012, 51(1): 10-17.
- 51.Δημήτριος Έλληνας « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το ΕΣΥ από σύστημα ασθενοείας, σε σύστημα υγείας». Αρθρογραφία (2011) ΙΘ- τεύχος 48 : 17-23.
52. Αγαπηδάκη Ειρήνη, 2013 «Οι πολιτικές Υγείας που αναπτύχθηκαν στην Ευρώπη στο πλαίσιο αντιμετώπισης της Οικονομικής Κρίσης». Νέα Υγεία, 2013. Σελ.7.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Apostolos A. Ballas, Haridimos : “Measuring nothing: the case of the Greek National Health System.” Human Relations, Volume 57(6): 661-690.
2. WHO (2010) “Key components of a well-functioning health system”.
3. Notara V., Koupidis S.A, Vaga E., Grammatikopoulos I.A. “Economic crisis and the challenges for the greek healthcare system: the emergent role of nursing management.” Journal of Nursing Management, 2010, 18: 501-504
4. European Commission, Report on Greek Government deficit and debt statistics, Brussels, 2010.
5. WHO (2000) “The world health report 2000. Health Systems: Improving performances, Geneva.
6. Charalampos Economou (2012): «The impact of the economic crisis on health care systems». Κοινωνική συνοχή και Ανάπτυξη 2012 7(1), 5-9.
7. A. Kentikelenis, M.Karanikolos, I.Papanicolas, S.Basu, M. Mckee, D.Stuckler (2011) :Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. The Lancet, Volume 378, Issue 9801
8. OECD (2009), Economic Surveys, Greece, Volume 2009/July 2009.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. International Monetary Fund (2009), Global Economic Slump Challenges Policies, διαθέσιμο στο <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf>.
2. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self -reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviors in British civil servants: the Whitehall II study, διαθέσιμο στο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732160/pdf/v056p00450.pdf>.
3. Κυριάκος Σουλιώτης, «Φαρμακευτική Δαπάνη και Πολιτική Φαρμάκου στην Ελλάδα: Το Μεθοδολογικό Πρόβλημα και η Ανάγκη για Εξορθολογισμό του Συστήματος». Διαθέσιμο στο <http://www.pharmamanage.gr>

4. Alexander Kentikelenis , Irene Papanicolas «Economic crisis, austerity and the Greek public health system» European Journal of Public Health, 2012. Διαθέσιμο στο <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2011/12/22/eurpub.ckr190.full>

5. Μνημόνιο 2: Το πλήρες κείμενο για Φάρμακα και υπηρεσίες υγείας. Διαθέσιμο στο <http://pharmamarketingexperts.blogspot.gr/2012/02/2.html>

6. Λιαρόπουλος Λυκούργος, 2014. «Εθνική Ασφάλιση Υγείας: Πρόταση Μεταρρύθμισης».

Διαθέσιμο στο : <http://62.1.43.74/5Ekdosis/UplPDFs//sylltomos14/415-434%20Liaropoulos%202014.pdf>

Πανεπιστήμιο Πειραιώς