
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΤΑ
ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Σοφία Βασιλείου

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

Πειραιάς, 2019

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΤΑ
ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Σοφία Βασιλείου, Α.Μ.: ΟΔΥ/1705

Επιβλέπων: Χατζηδήμα Σταματίνα, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιά

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

Πειραιάς, 2019

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics & Management

**“MANAGEMENT OF HEALTH UNITS IN GREECE IN
THE YEAR OF THE CRISIS”**

Sofia Vasileiou

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, 2019

Στην οικογένεια μου...

Ευχαριστίες

Αφιερώνω την παρούσα διπλωματική εργασία σε εκείνους που με ενέπνευσαν. Συγκεκριμένα, στην Καθηγήτριά μου Χατζηδήμα Σταματίνα που με στήριξε και με επέβλεψε καθ'όλη τη χρονική διάρκεια της διπλωματικής εργασίας και τους γονείς μου που με στηρίζουν σε κάθε μου βήμα.

Διοίκηση Μονάδων Υγείας στην Ελλάδα στα χρόνια της κρίσης

Περίληψη

Σκοπός

Η συγκεκριμένη έρευνα αναλύει και παρουσιάζει τον τρόπο με τον οποίο ο τομέας της δημόσιας υγείας και περίθαλψης στην Ελλάδα, διαμορφώθηκε μέσα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Καταρχάς, η εργασία ξεκινάει με ορισμένους εισαγωγικούς ορισμούς και αιτιολογίες πάνω στην οικονομική κρίση. Στην συνέχεια, η θεματολογία εξειδικεύεται στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, μια εκ των οποίων είναι η συρρίκνωση του δημοσίου τομέα και μαζί του, και του τομέα του δημόσιου συστήματος περίθαλψης. Οι αναλύσεις του δημοσίου συστήματος υγείας γίνονται τόσο σε διοικητικό, εργασιακό, αποτελεσματικό και πρακτικό επίπεδο, μέσα από την ανάλυση ενός ερωτηματολογίου. Χρήσιμα συμπεράσματα παρουσιάζονται στο τέλος της εργασίας.

M

a

n
Purpose

Abstract

This study analyzes and illustrates how the public health and care sector in Greece was shaped in the years of the economic crisis. It begins with some introductory definitions and explains the reasons for the economic crisis. Subsequently, the study focuses on the impact of the economic crisis, especially on the contraction of the public sector followed by the public healthcare sector. The public health system analysis includes the administrative, working, effective and practical level, through the analysis of a questionnaire.

Useful conclusions are presented at the end of the paper.

f

H

e

a

l

t

h

U

n

i

t

s

i

n

G

r

e

e

c

e

i

n

Πίνακας περιεχομένων

Κ

Ε

Θ

Κ

Δ

Ε

Θ

Δ

Α

Θ

Υ

Θ

Γ

Ρ

Α

Φ

Ι

Κ

Η

Α

Ν

Α

Σ

Κ

Κ

Ε

Μ

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Υ

Α

Ν

Σ

Α

Α

Α

Α

Α

Θ

Η

Α

Θ

Δ

Π

Ι

Ε

Α

Κ

Α

Π

Ε

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κ

Α

Κατάλογος Πινάκων

Π

Π

Π

Πίνακας 3: Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση την

Πίνακας 4: Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση το επίπεδο

Πίνακας 5: Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση τα χρόνια

Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση τη θέση

Πίνακας 7: Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση τη θέση

Πίνακας 8: Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση τη σύμβαση

Πίνακας 9: Περιγραφικά στατιστικά μέσων όρων με βάση τις απαντήσεις των

Πίνακας 10: Περιγραφικά στατιστικά μέσων όρων με βάση τις απαντήσεις των

Πίνακας 14: Ανάλυση ανεξαρτήτων δειγμάτων για την σύγκριση μέσων όρων

Κατάλογος Γραφημάτων

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Εισαγωγή

Η Ελλάδα έχει επηρεαστεί βαθιά από την παγκόσμια οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση, με ευρείες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Το 2013, η χώρα εισήλθε στο πέμπτο έτος ύφεσης και λειτουργούσε σε αυστηρά περιορισμένα δημοσιονομικά όρια. Η Ελλάδα εξακολουθεί να υφίσταται μια τεράστια και άνευ προηγουμένου διαδικασία μεταρρύθμισης και διαρθρωτικής μεταρρύθμισης, η οποία σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από τους όρους της δανειακής συμφωνίας με την Τρόικα και το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής της. Η διαδικασία αυτή έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τις προηγούμενες προσπάθειες μεταρρύθμισης του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της Υγείας, οι οποίες παρεμποδίστηκαν από την ισχυρή αντιπαράθεση των ενδιαφερομένων και την αδυναμία διοικητικής ικανότητας. Πριν από την κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας υπέφερε από ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων. Ως εκ τούτου, ήταν ευάλωτη στις οικονομικές διακυμάνσεις και δεν ήταν καλά προετοιμασμένη για να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Ενώ οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν από το 2010 έχουν καθοριστεί από την Τρόικα, ορισμένες από αυτές έχουν προταθεί στο παρελθόν. Οι τρέχουσες μεταρρυθμίσεις τείνουν να επικεντρώνονται στις επιχειρησιακές, οικονομικές και διαχειριστικές διαστάσεις και τα μέτρα περιορισμού του κόστους έχουν γενικά τη μορφή περικοπών. Επιπλέον, οι μεταρρυθμίσεις έχουν συχνά εφαρμοστεί ταχέως, χωρίς να εξετάζονται επαρκώς οι ενδεχόμενες παρενέργειες. Εντούτοις, σημαντικά θετικά βήματα περιλαμβάνουν την τυποποίηση του πακέτου οφέλους για την υγεία για όλους τους πολίτες, νέα εργαλεία παρακολούθησης για τη διαχείριση νοσοκομείων, ένα μελλοντικό σύστημα πληρωμών για νοσοκομειακή περίθαλψη, εφαρμογή του συστήματος λογαριασμών υγείας του ΟΟΣΑ, ισχυρότερο και πιο διαφανές σύστημα προμηθειών και την ανάπτυξη εργαλείων διακυβέρνησης ηλεκτρονικής υγείας.

Η οικονομική κρίση εξαπλώθηκε ταχέως και παγκοσμίως μαζί με τα αποτελέσματά της, τα οποία ήταν σημαντικά, ειδικά για τις αναπτυσσόμενες χώρες που αντιμετώπισαν πρωτοφανή φαινόμενα. Μία από τις σημαντικότερες είναι οι επιπτώσεις στις τοπικές οικονομίες με αποτέλεσμα μεγάλο αριθμό ανέργων. Οι περισσότερες χώρες

προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν την καταστροφική οικονομική κρίση λαμβάνοντας μέτρα, διαφορετικά σε κάθε περίπτωση, ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούσαν και τις προκύπτουσες ανάγκες. Ο κύριος στόχος αυτών των μέτρων, παρά τις διαφορές που υπήρχαν μεταξύ τους, ήταν η προσπάθεια αναζωογόνησης της οικονομίας με την παροχή μεγαλύτερης ρευστότητας και την προσέλκυση επενδύσεων. Χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες κινήθηκαν προς το σκοπό αυτό, οι οποίες είχαν τις κατάλληλες εγκαταστάσεις και υποδομές. Η ανταπόκριση της Ευρώπης στην οικονομική κρίση ήταν επίσης προς την ίδια κατεύθυνση, αλλά επικεντρώθηκε στη ρευστότητα μέσω δανεισμού σε ορισμένες χώρες, όπως στην περίπτωση της Ελλάδας, πράγμα που σήμαινε παράλληλα μέτρα για τη μείωση του κόστους, ένα φαινόμενο που επηρέασε το σύστημα υγείας της χώρας.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα συστήματα υγείας αναπτύχθηκαν και διαρθρώθηκαν σε περιόδους όπου οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες ήταν καλές. Αυτό δημιούργησε μια αλληλεπίδραση και ανάπτυξη των δεικτών υγείας των χωρών, αφού τα καλά οργανωμένα συστήματα υγείας σήμαιναν καλύτερη φροντίδα του πληθυσμού. Παρόλα αυτά, τα παραπάνω δεν μπορούν να θεωρηθούν δεδομένα. Σε πολλές περιπτώσεις, οι χώρες με άνθηση της οικονομίας και η διαθεσιμότητα πόρων για τα συστήματα υγείας δεν διασφαλίζουν αναγκαστικά την άνοδο του δείκτη υγείας του πληθυσμού τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, οι οποίες, μολονότι η οικονομία της ακμάζει, δεν είναι καλοί δείκτες υγείας του πληθυσμού. Αυτό οφείλεται στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής και στις συνήθειες του πληθυσμού, που μπορεί να ικανοποιηθεί κυρίως με τα χρήματα (ανθυγιεινή διατροφή, φάρμακα, κατανάλωση οινοπνεύματος κλπ.). Αντίθετα, άλλες χώρες έχουν καταφέρει να αναπτύξουν τους δείκτες υγείας του πληθυσμού τους χωρίς την ύπαρξη καθολικής ευημερίας για ολόκληρο τον πληθυσμό, όπως στην περίπτωση της Κούβας. Φυσικά, υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες είναι απολύτως όμοιες με τη βελτίωση ή την επιδείνωση των δεικτών υγείας, με τις χώρες του Τρίτου Κόσμου να είναι το τυπικό παράδειγμα της δεύτερης προϋπόθεσης. Η επιδείνωση των δεικτών υγείας θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Αυτό όμως εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων, ιδιαίτερα από τα προστατευτικά μέτρα που ελήφθησαν για την πρόληψη μιας τέτοιας πιθανότητας. Αυτό σημαίνει ότι η επιδείνωση της υγείας εξαρτάται από τους κινδύνους και τη φροντίδα που παρέχεται, άτυπη ή επίσημη. Είναι σαφές ότι η οικονομική κρίση δημιουργεί σημαντικά κοινωνικά προβλήματα όπως η αυξανόμενη ανεργία, η οποία σταδιακά οδηγεί σε φτώχεια. Η

φτώχεια είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τους δείκτες υγείας και τα συστήματα υγείας. Η εκτίμηση για τους ανθρώπους που εργάζονται και θα πέσουν στη φτώχεια λόγω μαζικών απολύσεων δείχνει ανοδική τάση και αυτό αναμένεται να επηρεάσει τον τομέα της υγείας.

Για την επιβίωση των συστημάτων υγείας και την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών απαιτούνται οικονομικοί, τεχνικοί και ανθρώπινοι πόροι. Ωστόσο, οι πόροι αυτοί δεν υφίστανται πλέον, λόγω των περικοπών που προκαλούνται από τις νέες οικονομικές συνθήκες, ενώ συγχρόνως αυξάνεται το κόστος. Αυτό σημαίνει ότι οι πολιτικές για την υγεία θα πρέπει να εστιάζονται στη μείωση του κόστους ή στην πρόσθετη χρηματοδότηση, χωρίς να αποκλείεται μια τρίτη προσέγγιση ως συνδυασμός των δύο προηγούμενων. Φυσικά, πρέπει να σημειωθεί ότι το ζήτημα της μείωσης του κόστους στον τομέα της υγείας δεν είναι καινούριο, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, αλλά αποτέλεσε αντικείμενο συζητήσεων εδώ και δεκαετίες. Πράγματι, σήμερα η μείωση των πόρων είναι περισσότερο αναγκαία από ποτέ, καθώς η χρηματοδότηση που εξασφαλίζεται σε πολλές χώρες προέρχεται από δάνεια, μια διαδικασία που μπορεί να προκαλέσει στο μέλλον περισσότερα προβλήματα από αυτά που θα λύσει, δεδομένου ότι είναι μια σταθερή εισροή των πόρων που μπορούν να σταματήσουν οποιαδήποτε στιγμή δημιουργώντας έτσι κενά. Η έλλειψη ρευστότητας που προκαλείται από την οικονομική κρίση είναι γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των δαπανών για την υγεία. Ένα άλλο πρόβλημα δημιουργείται επίσης από τους όρους που θέτουν οι δανειστές των κεφαλαίων, των οποίων η μείωση των δαπανών είναι η κύρια. Η αυτοχρηματοδότηση στην περίπτωση της οικονομικής κρίσης είναι επίσης δυσλειτουργική, επειδή η ανεργία μειώνει επίσης τις συνεισφορές στην κοινωνική ασφάλιση και την εξοικονόμηση πόρων μέσω αυτής της περιοχής. Όσο πιο δύσκολο είναι να γίνουν οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, τόσο περισσότερο οι άνθρωποι, λόγω των πιέσεων που δέχονται, θα έχουν προβλήματα υγείας και αναπόφευκτα θα προσφύγουν στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Ήδη από το 2010 εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είχε αυξηθεί. Ταυτόχρονα, η κοινωνική ασφάλιση έχει επιβαρυνθεί, επειδή ο πληθυσμός δεν έχει πλέον το εισόδημα που απαιτείται από τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα. Αυτό σημαίνει ότι οι πιέσεις για αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας αυξάνονται, αντίστοιχα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας, η χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε σε ποσοστό περίπου 15%, ιδίως σε ιδιωτική μητρότητα κλινικές, οδοντιατρική περίθαλψη και χειρουργικές επεμβάσεις σε ιδιωτικά

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου μείωσης του κόστους δημόσιας υγείας λήφθηκαν μέτρα λιτότητας, με τη μείωση του μισθού όλων των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγείας, ως το κύριο μέτρο. Στη συνέχεια, υπήρχαν περικοπές στους προϋπολογισμούς όλων των δημόσιων μονάδων υγείας και κάθε είδους πρόσληψη αναστέλλεται, ακόμη και η μη αντικατάσταση των συνταξιούχων για τη μείωση του κόστους εργασίας. Αυτά επιβάρυναν ακόμα περισσότερο το υφιστάμενο υγειονομικό προσωπικό και υποτίμησαν πολλά νοσοκομεία. Σε μια προσπάθεια εξοικονόμησης χρημάτων, το τέλος συμμετοχής για φάρμακα σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων ασθενών αυξήθηκε κατά 10%, καθώς και η πληρωμή ενός ευρώ ανά συνταγή ή η πληρωμή κατά 50% για τον αγροτικό πληθυσμό και η πληρωμή για νοσηλεία, η οποία δεν έχει υλοποιηθεί ποτέ λόγω των αντιδράσεων του κοινού. Ωστόσο, παρά τις αλλαγές αυτές, οι δαπάνες δεν μειώθηκαν ή τα έσοδα αυξήθηκαν, αν και υπήρξε αποτέλεσμα στη μείωση των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών, λόγω της εισαγωγής ηλεκτρονικής συνταγής και της αλλαγής στη μέθοδο τιμολόγησης φαρμάκων. Αυτό ενισχύθηκε επίσης με την εισαγωγή και την προώθηση

γ

Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο η ελληνική κυβέρνηση ενέκρινε σε συμφωνία με την Τρόικα, δεν έχει σαφή κατεύθυνση και προκαλεί τάση για μεγαλύτερη ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας και αποκλεισμό των ανασφάλιστων. Η έλλειψη προσανατολισμού της κυβέρνησης και της τρόικας ήταν εμφανής με τη σύσταση και δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ο οποίος συγχωνεύθηκε με την αντικατάσταση των κυριότερων κεφαλαίων της ασφάλισης υγείας των πολιτών (ΙΚΑ, ΘΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ κ.α.). Είναι σημαντικό ότι, παρά τη δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, ο οποίος, ως κορυφαίος οργανισμός, θα μπορούσε να ασκήσει οικονομίες κλίμακας και φεπάνες ελέγχου, αυτό πιθανώς δεν επιτεύχθηκε επειδή τα ταμεία ασθενείας ή τα αποκαταστήματά τους εξακολουθούν μέχρι σήμερα να διατηρούν παράλληλες υπηρεσίες και διοικητικές δομές. Το κύριο μειονέκτημά του είναι ότι δεν υπήρχε ρυσιαστική πρόβλεψη για τα ανασφάλιστα, τα κυριότερα θύματα της οικονομικής κρίσης, με αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να αποκλείεται από την

κ

ω

¹Hellenic Statistical Authority, 2014

²Hellenic Statistical Authority, 2014

πρόσβαση στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Πρέπει να αναφερθεί ότι με το νόμο 4368/2016 δημιουργήθηκε για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες εγκαταστάσεις υγείας, που παρέχουν νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη σε ανασφάλιστες και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Ωστόσο, επαρκή στοιχεία για την έρευνα που αποδεικνύουν εάν το μέτρο είναι εφαρμόσιμο και ποια προβλήματα αντιμετωπίζει ήδη ένα υπερφορτωμένο σύστημα υγείας, όπως το ελληνικό, από αυτή την εξέλιξη, δεν υπάρχει ακόμα. Συμπερασματικά, η σημερινή περίοδος είναι μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδος για το σύστημα υγείας, που αντιμετωπίζει σοβαρά διαρθρωτικά και κοινωνικά προβλήματα. Προφανώς, η σημερινή οικονομική κρίση και οι πολιτικές των μνημονίων δεν προκάλεσαν τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας. Αυτά τα προβλήματα υπήρχαν και η οικονομική κρίση επιδείνωσε μόνο μερικά από αυτά και οι κυβερνητικές δεσμεύσεις έναντι των δανειστών μας ανάγκασαν να δούμε την πραγματικότητα στο πρόσωπο και να δράσουμε για την επίλυσή τους. Το κύριο πρόβλημα που πρέπει να επιλυθεί από το σύστημα υγείας είναι να εξασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από το καθεστώς του εισοδήματος και της απασχόλησης. Αυτό είναι σημαντικό, ειδικά στη δύσκολη περίοδο της οικονομικής κρίσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1. Η Οικονομική Κρίση της Ελλάδας

2.1.1. Αιτίες

Η παγκόσμια οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση εκδηλώθηκε στην Ελλάδα με τη μορφή κρίσης κρατικού χρέους, που κορυφώθηκε με το μεγαλύτερο διεθνές σχέδιο διάσωσης που συμφωνήθηκε ποτέ. Ακόμη και το 2008, η ελληνική οικονομία παρουσίαζε ήδη αρκετά οικονομικά προβλήματα. Ωστόσο, η αποκάλυψη ανακρίβειών σε στατιστικούς δείκτες που αναφέρθηκαν στην Eurostat κατέστρεψε το προσκήνιο των διεθνών χρηματοοικονομικών αγορών στη χώρα. Μέσα σε λίγους μήνες, ο προϋπολογισμός για το 2009 αναθεωρήθηκε από την αρχική πρόβλεψη 6% σε 15,7% του ΑΕΠ. Καθώς η οικονομία της χώρας άρχισε να υπόκειται σε λεπτομερέστερη εξέταση, οι οργανισμοί αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας υποβάθμιζαν επανειλημμένα την πιστοληπτική ικανότητα της Ελλάδας και το κόστος δανεισμού από τις αγορές άρχισε να αυξάνεται: η απόδοση των 10ετών ομολόγων της ελληνικής κυβέρνησης αυξήθηκε από 5,8% το Μάιο του 2009 σε ένα μέγιστο 12,1% ένα χρόνο α

Μέχρι τις αρχές του 2010, ήταν σαφές ότι η Ελλάδα θα χρειαζόταν διεθνή φερεγγυότητα για να καλύψει τις δημοσιονομικές της ανάγκες για το έτος και ξεκίνησαν οι διαπραγματεύσεις διάσωσης. Ταυτόχρονα, η ετοιμότητα των νοικοκυριών για αντιμετώπιση της σοβαρής οικονομικής κρίσης της κρίσης ήταν, στην καλύτερη περίπτωση, περιορισμένη. Η κατάσταση της οικονομίας επιδεινώθηκε σταθερά στα ρέλι του 2009, προκαλώντας την εφαρμογή του πρώτου κύματος συγκριτικά ήπιων μέτρων λιτότητας. Μετά από χρόνια σταθερής μείωσης, η ανεργία άρχισε να αυξάνεται βραδύα από το 2009 και εξής. Οι μισθοί και οι συντάξεις του δημόσιου τομέα μειώθηκαν σημαντικά και οι αποταμιεύσεις των νοικοκυριών άρχισαν επίσης να μειώνονται, από 185 δισ. ευρώ στο τέλος του 2009 σε 138 δισ. ευρώ στο τέλος του

2

0

¹Hellenic Statistical Authority, 2014
²Μπούρας & Λύκουρας, 2011

(

2.1.2. Διαδικασία

Η πρώτη συμφωνία διάσωσης υπογράφηκε τον Μάιο του 2010, τα κονδύλια που διατέθηκαν στη χώρα ήταν της τάξεως των 110 δισ. Ευρώ, με 80 δισ. Ευρώ από τις κυβερνήσεις της Ευρωζώνης και τα υπόλοιπα από το ΔΝΤ. Η συμφωνία αυτή έμοιαζε από πολλές απόψεις με τις κοινές συμφωνίες του ΔΝΤ, η εκταμίευση των δανείων πραγματοποιήθηκε σταδιακά κατά τη διάρκεια της τριετούς διάρκειας του προγράμματος και εξαρτάται από την εφαρμογή συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων

Τα προγράμματα προσαρμογής της Ελλάδας απέτυχαν να επιφέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα όσον αφορά την επίτευξη πρωτογενών πλεονασμάτων, τη μείωση του χρέους και την ενίσχυση της ανάπτυξης και οι προβλέψεις για τους οικονομικούς δείκτες της χώρας αναθεωρήθηκαν συνεχώς σε χειρότερα επίπεδα. Στο πλαίσιο αυτό, η κυβερνητική ικανότητα δημιουργίας εσόδων περιορίστηκε από την επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης, καθώς και από τη ραγδαία αύξηση της ανεργίας, η οποία έθεσε πρόσθετες απαιτήσεις για τον δημόσιο προϋπολογισμό. Οι άμεσοι φορολογικοί συντελεστές, ο ΦΠΑ και πλήθος έμμεσων φόρων αυξήθηκαν, αλλά συχνά δεν πληρούσαν τους στόχους του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής. Η Τρόικα απαιτούσε να εφαρμοστούν αντισταθμιστικά μέτρα προκειμένου να εκπληρωθούν οι στόχοι, ενώ η ύφεση εμβαθυνόταν. Ως εκ τούτου, από το 2010, η Ελλάδα βρέθηκε προχρεωμένη να εφαρμόσει εκτεταμένα μέτρα λιτότητας, με στόχο τη δραστική μείωση των δημόσιων δαπανών, ενώ το 2008 και το 2012 σημειώθηκε σωρευτική μείωση του ΑΕΠ κατά 17,4%. Δύο ακόμη μνημόνια συμφωνίας (ΜΣ) υπογράφηκαν το 2012, αναθερώντας και εδραιώνοντας τις λεπτομέρειες του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής της χώρας. Ενδεικτικά, το Φεβρουάριο του 2012, όταν η χώρα διαπραγματεύεται τη δεύτερη χρηματοοικονομική συμφωνία διάσωσης ενόψει της επικείμενης πτώχευσης, η απόδοση των 10ετών ομολόγων της κυβέρνησης ανήλθε στο πρωτοφανές ποσοστό 29,4%, καταργώντας τελικά τη νέα υπογραφή ΜΣ κατά τη διάρκεια του 2012 (τον Μάρτιο και τον Νοέμβριο) και οι εκλογές καθιέρωσαν μεγαλύτερη πολιτική ασφάλεια. Τον Ιανουάριο του 2013, η απόδοση των 10ετών ομολόγων εξακολουθούσε να είναι πολύ υψηλή (11,1%). Το ακαθάριστο χρέος της κυβέρνησης ανήλθε στο 170% του ΑΕΠ το 2011 και οι προβολές του ΔΝΤ ανήλθαν σε

ο

⁵Αναγνωστόπουλος, 2010

χ

ρ

ο

171% το 2012, 182% το 2013 και 180% το 2014. Οικονομικά, το ελληνικό πλαίσιο είναι ένα πρόβλημα βιώσιμης οικονομικής ύφεσης, με το υψηλότερο επίπεδο ανεργίας στην Ευρωζώνη και τη μαζική μείωση των δαπανών του δημόσιου τομέα. Επιπλέον, ως αποτέλεσμα των προϋποθέσεων που επιβάλλει η Διεθνής Συμφωνία Διάσωσης, οι προϋπολογισμοί λιτότητας θα ήταν ο κανόνας για το προβλέψιμο μέλλον (Hellenic

6

2.2. Επιπτώσεις στην Καθημερινότητα

2.2.1. Ανεργία

Όπως είναι γνωστό, μια χώρα που έχει επέλθει σε μακροχρόνια ύφεση, ο τομέας της αγοράς εργασίας της θα έχει δεχθεί μεγάλες αλλαγές, μιας και είναι ο βασικός τομέας π

Στα χρόνια αυτά που η Ελλάδα διανύει το φαινόμενο της κρίσης, η αγορά εργασίας έχει υποστεί μεγάλες ανατροπές, λόγω των μέτρων λιτότητας που πάρθηκαν για την έξοδο της χώρας από την κρίση. Έτσι, έχουμε φτάσει σε μια περίοδο όπου έχουν δημιουργηθεί εντελώς νέα και διαφορετικά δεδομένα στην αγορά εργασίας, που έχουν ως απόρροια την δημιουργία της καλπάζουσας ανεργίας (Kentikelenis, Karanikolos, η

Η καταγραφή αυτών των δεδομένων και ποσοστών μας υποδέχεται σε μια νέα μορφή του εργασιακού τομέα στην Ελλάδα. Παρατηρείται αλλαγή στις υπάρχουσες συμβάσεις εργασίας από πλήρη απασχόληση και σταθερή σε άλλες, νέες, μορφές εργασίας. Η εκ περιτροπής εργασία, η ανασφάλιστη εργασία και η μερική απασχόληση είναι μερικές από αυτές τις νέες μορφές εργασίας, που δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα η

Το φαινόμενο της ανεργίας και η ραγδαία αύξησή της, απόρροια της οικονομικής κρίσης, πλήττει κυρίως το γυναικείο φύλο, σε αντίθεση με τους άντρες που το ποσοστό τους είναι χαμηλότερο. Από τρίμηνο σε τρίμηνο, στα έτη, παρατηρούμε πως οι ηλικίες που πλήττει η ανεργία είναι από 25 ετών έως και 64 ετών, καθώς παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης της ανεργίας. Σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι ημιμόρφωτοι μέσης εκπαίδευσης δέχονται το μεγαλύτερο κρούσμα της ανεργίας, με α

⁶Hellenic Statistical Authority, 2014

⁷Θεοδώρου, 2009

⁸Kentikelenis, Karanikolos, Papanicolas, Basu, McKee, & Stuckler, 2011

⁹Θεοδώρου, 2009

ρ

ό

δ

ώ

τους πτυχιούχους ανωτάτων σχολών και τους πτυχιούχους ανωτάτων τεχνικών – επαγγελματικών σχολών να ακολουθούν στους ίδιους ρυθμούς, αλλά σε χαμηλότερο ποσοστό. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών δέχονται το φαινόμενο της

α

Στην δημιουργία και στην έκταση της ανεργίας παίζουν πολλοί παράγοντες ρόλο. Η διαθεσιμότητα των συντελεστών παραγωγής, η τεχνολογική πρόοδος, όπως και η ρυξημένη ζήτηση για εργασία, τα μειωμένα εισοδήματα, η υποαπασχόληση, είναι μερικές από τις αιτίες που προκαλούν το φαινόμενο της ανεργίας. Μάλιστα, σε περίοδο οικονομικής κρίσης, οι παραπάνω αιτίες είναι ικανές να εντείνουν σε τεράστιους ρυθμούς το φαινόμενο της ανεργίας, το οποίο μπορεί να φτάσει σε πολύ υψηλά επίπεδα. Η πορεία της οικονομικής ζωής μιας χώρας έχει αποδείξει πως το φαινόμενο της ανεργίας ακολουθεί ένα κυκλικό διάγραμμα, το οποίο συμβαδίζει με τον κύκλο της ύφεσης – ανάπτυξης. Στην περίοδο που διανύει η Ελλάδα, βρισκόμαστε σε ένα κρίσιμο σημείο, σε ένα σημείο καμπής, όπου η ανάπτυξη κινείται σε πολύ χαμηλούς ρυθμούς, με απόρροια την αδυναμία εξισορρόπησης του εργατικού δυναμικού που μπορεί να

π

Εν κατακλείδι, η ανεργία αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά κοινωνικά προβλήματα που μπορεί να μαστίζει μια χώρα. Έχει ανάγκη την επίδειξη σωστής διαχείρισης, με σωστή λήψη αποφάσεων και με – όσο το δυνατόν περισσότερο – αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισής της, τόσο σε επίπεδο κράτους αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο, καθότι είναι ένα φαινόμενο το οποίο επηρεάζει πλέον την νέα γενιά, χωρίς να υπάρχει αποκλεισμός της πιθανότητας να επηρεάσει και τις μελλοντικές γενιές αυτής της χώρας

ή

κ

λ

ρ

τ

θ

μ

ο

υ

φ

¹⁰Αναγνωστόπουλος, 2010

¹¹Μπούρας & Λύκουρας, 2011

¹²Κυριόπουλος, 2010

12

θ

μ

2.2.2. Εισοδήματα και Φτωχοποίηση

Η ανισότητα και η φτώχεια στην Ελλάδα κατά τα έτη πριν από την κρίση μελετήθηκαν σε ποσοτικό επίπεδο σε επαρκές βάθος, χρησιμοποιώντας αρκετά σύνολα δεδομένων, κυρίως Έρευνες για τον Προϋπολογισμό των Νοικοκυριών, την ECHP και την EU-SILC. Όσον αφορά την ανισότητα, τα κύρια ευρήματα αυτών των μελετών ήταν ότι, αντίθετα από πολλές άλλες ανεπτυγμένες χώρες τις τελευταίες δεκαετίες, στην Ελλάδα η ανισότητα σταδιακά, αλλά όχι συνεχώς, μειώνεται από τα μέσα της δεκαετίας του '70, οι ανισότητες "μέσα στις ομάδες του πληθυσμού" ανισότητα από ό, τι οι ανισότητες "μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων" ανεξάρτητα από το κριτήριο διαχωρισμού (περιφερειακή, δημογραφική, επαγγελματική ή εκπαιδευτική - με την πιθανή εξαίρεση των τελευταίων) και ότι, παρά την παρακμή, η ανισότητα στην Ελλάδα παρέμεινε υψηλότερη από ό, τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ (Μπούρας & Λύκουρας, 2011). Όσον αφορά τη φτώχεια, τα ευρήματα των υφιστάμενων μελετών υποδεικνύουν ότι όταν χρησιμοποιήθηκαν "σχετικές" (ή "κυμαινόμενες") γραμμές φτώχειας, η φτώχεια σημείωσε μικρή μείωση από τη δεκαετία του 1970 μέχρι την έκρηξη της κρίσης, ενώ η μείωση ήταν πολύ σημαντική όταν η γραμμή φτώχειας που χρησιμοποιείται ήταν "αγκυρωμένη" σε όρους πραγματικής αγοραστικής δύναμης. Τα προηγούμενα χρόνια, η φτώχεια ήταν πρωτίστως αγροτικό φαινόμενο, ενώ τα τελευταία χρόνια με την πτωτική σημασία του γεωργικού τομέα και την άνοδο των γεωργικών εισοδημάτων λόγω της Κοινής Γεωργικής Πολιτικής, οι ηλικιωμένοι έγιναν η μεγαλύτερη ομάδα της φτώχειας, δεν βιώνουν την ακραία φτώχεια. Η σχετική φτώχεια στην Ελλάδα βρέθηκε σταθερά υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ υπήρξαν ενδείξεις ότι η φτώχεια ήταν, σε κάποιο βαθμό, «εξαρτώμενη από το κράτος» και παρατηρήθηκε σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των ομάδων των «φτωχών» και των «κοινωνικά» εξαιρουμένων. Τέλος, ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους στην Ελλάδα ήταν περιορισμένος σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ, με την έμμεση φορολογία να είναι κατασταλτική, οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης σχεδόν ουδέτερες και η άμεση φορολογία και οι κοινωνικές μεταβιβάσεις προοδευτικές. Οι μεταφορές σε είδος στον τομέα της δημόσιας εκπαίδευσης και της δημόσιας υγείας είχαν ουσιαστικά π

Η «φτώχεια» και, σε μικρότερο βαθμό, η «ανισότητα» ήταν σχεδόν συνεχώς στην

ο

¹³Αναγνωστόπουλος, 2010

δ

ε

υ

πρώτη γραμμή του δημόσιου λόγου κατά τα χρόνια της κρίσης. Ο κύριος ισχυρισμός σε αυτό το λόγο ήταν ότι η φτώχεια και η ανισότητα αυξήθηκαν απότομα κατά τη διάρκεια της κρίσης και ότι οι διαδοχικές περικοπές των συντάξεων οδήγησαν στην εξαθλίωση μεγάλων τμημάτων του ηλικιωμένου πληθυσμού. Παρόλα αυτά, επιβεβαιώνουν ότι η φτώχεια αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης, ειδικά όταν χρησιμοποιούνται γραμμές αγκυροβόλησης (Kentikelenis, Karanikolos, Papanicolas, 14

Οι αλλαγές στη διάρθρωση της ανισότητας και ιδιαίτερα της φτώχειας οφείλονταν κυρίως στην τεράστια αύξηση της ανεργίας. Όσον αφορά τη δομή της, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης, η ανισότητα οφείλεται κυρίως στις διαφορές "εντός" και όχι "μεταξύ" πληθυσμιακών ομάδων. Κατά τη διάρκεια της κρίσης, η σημασία των διαφορών μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων στη διαμόρφωση της συνολικής ανισότητας αυξήθηκε, ενώ οι διαφορές μεταξύ των εκπαιδευτικών ομάδων μειώθηκαν. Όσον αφορά τη δομή της φτώχειας, οι επιπτώσεις της αύξησης της ανεργίας είναι εμφανείς σε κάθε κατανομή του πληθυσμού. Αντίθετα, παρά τη μείωση του εισοδήματός τους σε απόλυτους όρους κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι συνταξιούχοι βελτίωσαν σημαντικά τη σχετική τους θέση και η συμβολή τους στη συνολική φτώχεια μειώθηκε σημαντικά - στην άλλη πλευρά του κέρματος, αυξήθηκαν οι εισφορές των

ν

ο

ι

κ

2.2.3. Δημόσια Υγεία και Ασφάλιση

Μεταξύ των αιτιών της τρέχουσας κρίσης πρέπει να απαριθμήσουμε το ίδιο το κράτος πρόνοιας ή, ακριβέστερα, το γεγονός ότι οι κοινωνικές δαπάνες μπορούν να ξεφύγουν από τον έλεγχο και με λίγα πράγματα, για να το δείξουν από την άποψη της φτώχειας και της μείωσης των ανισοτήτων. Την ίδια στιγμή, φυσικά, η αλυσίδα της αιτιώδους συνάφειας πηγαίνει επίσης προς την αντίστροφη κατεύθυνση. Η κρίση και τα μέτρα αντιμετώπισής της πλήττουν βαθιά το κράτος πρόνοιας και με διάφορους τρόπους. Αφενός, η δημοσιονομική κρίση στερεί το κράτος πρόνοιας από πολύτιμους πόρους. Από την άλλη πλευρά, ενεργεί ως καταλύτης αλλαγής, μια κρίσιμη συγκυρία που κλασικά τις μεταρρυθμίσεις επείγουσες και θέτει σε κίνηση εκτεταμένους μετασχηματισμούς.

¹⁴Kentikelenis, Karanikolos, Papanicolas, Basu, McKee, & Stuckler, 2011

¹⁵Κυριόπουλος, 2010

α

π

Και τα δύο αποτελέσματα είναι ήδη εμφανή. Σε ό, τι αφορά τις περικοπές, τα μέτρα λιτότητας που αναφέρθηκαν νωρίτερα, παγώνουν όλες τις συντάξεις για ένα έτος, καταργούν τη 13η και 14η μηνιαία πληρωμή (αντικαθιστώντας τα με κατ'αποκοπήν επιδόματα διακοπών συνολικού ύψους 800 € για συντάξεις κάτω των 2.500 € μηνιαίως) «Συνεισφορά αλληλεγγύης των συνταξιούχων», φόρος επί των συντάξεων, με ρυθμούς σταδιακά αυξανόμενους έως 10% για τις συντάξεις που υπερβαίνουν τα 3.500 ευρώ μηνιαίως, εξαιρώντας τις συντάξεις κάτω των 1.400 ευρώ μηνιαίως. Ως αποτέλεσμα αυτών των περικοπών, όλοι οι συνταξιούχοι υπέστησαν απώλειες, κυμαινόμενοι από 7% στα € 800 το μήνα, σε 23% στα € 3.500 το μήνα - σε ονομαστικές τιμές. Ο πληθωρισμός με ρυθμό 4%, που τροφοδοτήθηκε από τις απότομες αυξήσεις του ΦΠΑ,

κ
Ξυγκεκριμένα, η μεταρρύθμιση εισάγει μια νέα δομή: από το 2015 τα οφέλη λόγω συνταξιοδότησης θα συνίστανται σε μια σχεδόν παγκόσμια βασική σύνταξη και αναλογική σύνταξη που σχετίζεται με τις εισφορές. Αυτό είναι αποφασιστικής σημασίας: απομακρύνεται από την παραδοσιακή κοινωνική ασφάλιση του Bismarck, πληρώνει παροχές που σχετίζονται με τις αποδοχές και κινείται πλησιέστερα προς ένα πολυκομματικό συνταξιοδοτικό σύστημα που διαχωρίζει σαφώς τη συνεισφορά από τα στοιχεία χωρίς συνεισφορά. Η αναλογική σύνταξη θα υπολογίζεται ως κέρδη ανά κύκλο ζωής, πολλαπλασιαζόμενα με τα ετήσια ποσοστά συσώρευσης, πολλαπλασιαζόμενα με τον αριθμό των ασφαλιστικών ετών. Για να ενισχυθούν τα κίνητρα, οι ετήσιοι συντελεστές αυτονομίας αυξάνονται με τη διάρκεια της σταδιοδρομίας, από 0,8% για τους συνεισφέροντες με λιγότερα από 15 έτη ασφάλισης, έως 1,5% ετησίως για όσους έχουν 40+ έτη ασφάλισης. Η τελική έκδοση του νομοσχεδίου για τα συνταξιοδοτικά ταμεία εξάλειψε την ασυνήθιστη (και κατάφωρα ανισόρροπη) πρόβλεψη που υπάρχει στο αρχικό σχέδιο, στο οποίο αυξήθηκαν τα ποσοστά δεδουλευμένων αποδοχών, καθώς και ο αριθμός των ασφαλιστικών ετών. Παρόλα αυτά, εξακολουθεί να υπάρχει ο κίνδυνος να παραμείνουν οι χαμηλόμισθοι εργαζόμενοι, με χαλαρή προσκόλληση στην αγορά εργασίας και αβέβαιες προοπτικές σταδιοδρομίας, να έχουν μικρή σημασία για την καταβολή εισφορών - αν και σε

λ
Η βασική σύνταξη καθορίζεται σε χαμηλά € 360 το μήνα σε τιμές 2010. Οι συνθήκες

ϕ

ό
16 Θεοδώρου, 2009
17 Θεοδώρου, 2009

ε

ρ

ο

πρόσβασης υπολείπονται της πλήρους καθολικότητας. Οι αποδέκτες πρέπει είτε να πληρούν τις προϋποθέσεις συνεισφοράς για την αναλογική σύνταξη (οπότε μια βασική σύνταξη θα καταβληθεί και χωρίς δοκιμή μέσω) ή θα αποδείξουν χαμηλό εισόδημα (προσωπικό εισόδημα κάτω των € 5.400 και 7 οικογενειακά εισοδήματα κάτω από € 10.800 ετησίως Τιμές 2010). Εξάλλου, ενώ η αποδεδειγμένη εκδοχή της βασικής σύνταξης θα καταβληθεί μόνο από την ηλικία των 65 ετών, οι δικαιούχοι αναλογικής σύνταξης θα μπορέσουν να συντάξουν τη βασική τους σύνταξη νωρίτερα, αλλά σε αυτή την περίπτωση θα μειωθούν (κατά 6% 65). Ένα μικρότερο ποσοστό θα ισχύει σε περίπτωση μερικής καταγραφής κατοικίας: όσοι πληρούν όλες τις λοιπές προϋποθέσεις, αλλά έχουν ζήσει στην Ελλάδα για λιγότερο από 35 χρόνια μεταξύ 15 και 65 ετών, θα έχει μειωθεί αναλογικά η βασική τους σύνταξη. Για να αμβλυνθούν οι φόβοι ότι η νέα δομή δεν μπορεί να ανέλθει σε μεγάλο βαθμό στην πράξη, εισήχθη μια νέα ελάχιστη σύνταξη ως ένα επιπλέον δίκτυο ασφαλείας. Ειδικότερα, για όσους συνταξιοδοτούνται με ασφαλιστικό μητρώο τουλάχιστον 15 ετών, το άθροισμα της βασικής συν αναλογικής σύνταξης δεν μπορεί να είναι μικρότερο από το αντίστοιχο των 15 ελάχιστων ημερήσιων μισθών (όπως ορίζεται στην εθνική συλλογική σύμβαση εργασίας για το 2015). Προς το παρόν, αυτό αξίζει περίπου 500 ευρώ το μήνα (Hellenic 18

Σύμφωνα με μια μικρή παρατήρηση του νόμου 3863, τα συνταξιοδοτικά επιδόματα θα αναπροσαρμόζονται στο μέσο όρο του ΑΕΠ και του δείκτη τιμών καταναλωτή, αλλά δεν μπορούν να υπερβούν τα τελευταία. Συνεπώς, η πραγματική τους αξία θα παραμείνει σταθερή όταν ο ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ υπερβεί τον πληθωρισμό, αλλά θα διαβρωθεί όταν ο πληθωρισμός υπερβεί την αύξηση του ΑΕΠ. Μέχρι στιγμής, αυτή η συσκευή δεν έχει προσελκύσει την κριτική που της αξίζει για την αδιαφανή της φύση και αδιάκριτη επίδραση σε όλες τις συντάξεις, υψηλές και χαμηλές. Τα κεκτημένα δικαιώματα των εργαζομένων κοινής ωφέλειας, των τραπεζικών υπαλλήλων και των εργαζομένων στον Τύπο που είχαν προσληφθεί πριν από το 1983 προστατεύονταν πλήρως, όπως και οι «ενωμένοι» εργαζόμενοι (αστυνομία, στρατιωτικές κ.λπ.) ανεξαρτήτως ημερομηνίας εισόδου. Τέλος, ο νόμος δεν επηρέασε τους αγρότες, των οποίων η καταβαλλόμενη σύνταξη καταβλήθηκε σταδιακά με ευνοϊκούς όρους από το 1998. Από όλες τις παραπάνω απόψεις, η μεταρρύθμιση του 2010 έχασε την ευκαιρία να ανοικοδομήσουμε τις ελληνικές συντάξεις σε μια ισότιμη βάση για όλους

(

¹⁸Hellenic Statistical Authority, 2014

2.3. Επιπτώσεις στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

2.3.1. Διοίκηση

Όταν άρχισε η παγκόσμια οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούσε μέσα σε μια ξεπερασμένη οργανωτική δομή, που κυριαρχείται από την κλινική ιατρική και τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, χωρίς την υποστήριξη μιας κατάλληλης μονάδας σχεδιασμού ή επαρκούς προσβάσιμης πληροφόρησης για την κατάσταση της υγείας, τη χρήση υπηρεσιών υγείας ή υγείας χωρίς να είναι σταδιακά και προορατικά για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού μέσω ενεργειών στον τομέα της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φ

ως αποτέλεσμα, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πάσχει από πολλές α

- ν • Υψηλός βαθμός συγκέντρωσης στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και
- ε διοικητικών διαδικασιών
- ί • Υποεπίπεδο διευθυντικές δομές, που δεν διέθεταν επαρκή συστήματα
- α διαχείρισης πληροφοριών και συχνά στελεχώνονταν από προσωπικό χωρίς
- ρ επαρκείς διαχειριστικές δεξιότητες
- ξ • Έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού, περιορισμένη διοικητική κάλυψη
- ε • Κατακερματισμένη κάλυψη του πληθυσμού
- υ • Έλλειψη συστήματος παραπομπής και αποτελεσματικών μηχανισμών φύλαξης
- φ • Ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες
- ξ • Υψηλές πληρωμές
- ί • Άνιση περιφερειακή κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των υποδομών
- α υγείας
- θ • Υποανάπτυξη της εκτίμησης των αναγκών και των μηχανισμών καθορισμού
- ρ προτεραιοτήτων
- ο • Μηχανισμούς δημοσιονομικής προσαρμογής
- π • Ένα αναχρονιστικό αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης

¹⁹Αναγνωστόπουλος, 2010

²⁰Kentikelenis, Karanikolos, Papanicolas, Basu, McKee, & Stuckler, 2011

²¹Καρακώστα, 2010

- Η απουσία τεχνολογίας υγείας και η ανεπαρκής κατανομή ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ασθενείας υπέφερε από μεγάλο αριθμό κεφαλαίων και παρόχων με ποικίλες οργανωτικές και διοικητικές δομές, που προσέφεραν υπηρεσίες που δεν ήταν συντονισμένες. Αυτό οδήγησε σε διαφορετική κάλυψη του πληθυσμού και ποσοστά εισφορών, διαφορετικά πακέτα παροχών και αναποτελεσματική λειτουργία. Όλα οδήγησαν σε μεγάλα συσσωρευμένα χρέη. Στο πλαίσιο της ευρύτερης οικονομικής κατάστασης, στο ελληνικό σύστημα υγείας ασκήθηκε πίεση και η μεταρρύθμισή του ήταν σαφώς προτεραιότητα που επέβαλε η Τρόικα. Πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι οι χρηματοοικονομικές πιέσεις προηγήθηκαν της κρίσης και ότι διαρθρωτικά προβλήματα συσσωρεύτηκαν για πολλά χρόνια. Η αδυναμία περιορισμού του κόστους είναι εμφανής από τις τάσεις των τελευταίων ετών. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000, τόσο οι δημόσιες όσο και οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξάνονταν σταθερά. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από 8,6% του ΑΕΠ το 2003 σε 9,9% το 2009, παρά το γεγονός ότι οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (ως ποσοστό του ΑΕγχΠ) στην Ελλάδα ήταν ήδη πάνω από το μέσο όρο για την ΕΕ (8,06% το 2003 και 8,92% το 2009). Οι δαπάνες της γενικής κυβέρνησης αυξήθηκαν από το 59,5% των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά την ίδια περίοδο. Τα υψηλά επίπεδα ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, ήταν πάντα χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας και συνέχισαν να είναι υψηλά. Οι φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν επίσης κατά 80% κατά τη διάρκεια της περιόδου, από 293 ευρώ κατά κεφαλήν το 2003 σε 528 ευρώ το 2010, με περισσότερο από το 77% των δαπανών που καλύπτονται από δημόσιο χρήμα. Παράλληλα, η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες ήταν σημαντικά μικρότερη (29%), ενώ η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη εκτιμάται σε 326 ευρώ το 2003 και 420 ευρώ το 2010. Η αδυναμία ελέγχου της αύξησης των δαπανών μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους λόγους, μεταξύ των οποίων η έλλειψη ελέγχου των επενδύσεων και της κατανομής πόρων, καθώς και οι συνεχείς επιδοτήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό για την κάλυψη των ελλειμμάτων στα νοσοκομεία. Επίσης συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση των ελλειμμάτων ορισμένων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Hellenic

Ο κατακερματισμός των χρηματοδοτικών μηχανισμών μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτικών ιατρών δημιούργησε κίνητρα για τη ζήτηση που προκλήθηκε από τον προμηθευτή, δεδομένου ότι οι ιατροί θα μπορούσαν να συμβληθούν από πολλά ασφαλιστικά ταμεία και να επιστραφούν σε βάση FFS. Η υπερπροσφορά υπηρεσιών τροφοδοτήθηκε από τον υψηλό αριθμό ιατρών της χώρας (η Ελλάδα έχει την υψηλότερη συγκέντρωση ιατρών μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ) και την έλλειψη ελέγχου των ιδιωτικών ιατρών, οι οποίοι δεν ήταν υποχρεωμένοι να εφαρμόζουν οποιαδήποτε μορφή φύλαξης για νοσοκομειακή περίθαλψη ή για παραπομπή σε διαγνωστικές ή άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες. Επιπλέον, η φαρμακευτική βιομηχανία δημιούργησε κίνητρα για τη ζήτηση που προκαλείται από τους προμηθευτές, επηρεάζοντας τους γιατρούς να συνταγογραφούν περισσότερα φαρμακευτικά προϊόντα από ό, τι χρειάζεται. Πράγματι, μελέτες δείχνουν ότι η υπερπροσφορά υπηρεσιών από ιδιωτικούς γιατρούς συνέβαλε σε υψηλότερο ετήσιο κατά κεφαλήν ποσοστό για ιατρικές επισκέψεις σε σύγκριση με εκείνες στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και σε σχετικά υψηλό αριθμό φαρμακευτικών συνταγών. Γενικά, η αύξηση των δαπανών για την υγεία αποτελεί ζήτημα συνεχούς ανησυχίας στις αναπτυγμένες χώρες και ο έλεγχος της ανάπτυξής της, καθώς και η καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων αποτελεί σημαντικό στόχο των πολιτικών για την υγεία. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η Ελλάδα δεν κατάφερε να ελέγξει τις δαπάνες για την υγεία: μεταξύ του 2000 και του 2009, ο δημοσιονομικός προϋπολογισμός της χώρας έφθασε τα 50 δισ. ευρώ. Κατά συνέπεια, κατά την έναρξη της κρίσης, ο τομέας της υγείας αναφέρθηκε ως «σημαντικός παράγοντας» στον οικονομικό εκτροχιασμό της χώρας και, ως εκ τούτου, εξετάστηκε

Ή παρά τον ιδιαίτερα συγκεντρωτικό τρόπο κατανομής των πόρων, το σύστημα υγείας απαιτούσε αποτελεσματικότερο προγραμματισμό και συντονισμό, διαχειριστική ικανότητα και επαρκείς μηχανισμούς για την εκτίμηση των αναγκών. Ιστορικά, τα νοσοκομεία που λειτουργούσαν από την εθνική υγειονομική υπηρεσία (NHS, γνωστό ως ΕΣΥ στα ελληνικά) δεν είχαν επιβάλει τη διαφανή και ακριβή παρακολούθηση των δαπανών τους και το κράτος έπρεπε να προχωρήσει τακτικά για να καλύψει τα συσσωρευμένα ελλείμματα. Επιπλέον, η υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών συνυπήρχε με την ανεπαρκή παροχή ιατρών και νοσοκόμων. Η έλλειψη λειτουργικού

²³Μπούρας & Λύκουρας, 2011

συστήματος παραπομπής μεταξύ πρωτοβάθμιας και ανώτερης περίθαλψης και οι προβληματικοί μηχανισμοί τιμολόγησης είχαν ως αποτέλεσμα τον ανεπαρκή συντονισμό της περίθαλψης, τις μεγάλες πληρωμές και μια μεγάλη μαύρη οικονομία, παρεμποδίζοντας την ικανότητα του συστήματος να προσφέρει δίκαιη χρηματοδότηση και πρόσβαση σε υπηρεσίες. Ταυτόχρονα, η ηλικιακή δομή της χώρας έχει αλλάξει. το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών αυξήθηκε από 16,6% το 2000 σε 18,8% στο τ

Οι συνέπειες αυτής της γήρανσης του πληθυσμού, μαζί με τα χαμηλά ποσοστά γεννήσεων, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την εξέταση της οικονομίας και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της χώρας. Μέχρι τη στιγμή που έπληξε την χώρα η κρίση και παρά τα προειδοποιητικά σημάδια, τόσο η ελληνική οικονομία όσο και το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είχαν συγκεντρώσει διάφορα δομικά προβλήματα. Οι προηγούμενες προσπάθειες μεταρρύθμισης σε τομείς όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα, η οργάνωση και η παροχή υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία και η ενισχυμένη συνεργασία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης απέτυχαν να αποδώσουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα ή δεν εφαρμόστηκαν πλήρως. Ως εκ τούτου, η ανάγκη για μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας είναι σαφής και κυριαρχεί στο πρόγραμμα των πολιτικών απαντήσεων που προκάλεσε η κρίση, ιδιαίτερα στην προσπάθεια για συγκράτηση του κόστους σε μεγάλη κλίμακα.

α

ε 2.3.2. Εργατικό Δυναμικό

Στην Ελλάδα, η αύξηση των ατόμων που ανέφεραν ότι δεν πήγαν σε γιατρό ή έδοντίατρο παρά την αίσθηση ότι ήταν απαραίτητη η επίσκεψη, δεν φαίνεται να συνδέεται σημαντικά τόσο με την αδυναμία αποπληρωμής των υπηρεσιών, όσο και με τις μεγάλες ώρες αναμονής και την απόσταση του ταξιδιού έως τον τόπο παροχής²⁴ φροντίδας. Ωστόσο, παρατηρήθηκε αύξηση των εισόδων στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24 τοις εκατό το 2010 σε σύγκριση με το 2009, και 8 τοις εκατό κατά το πρώτο ήμισυ του 2011 σε σύγκριση με την ίδια περίοδο του 2010, ενώ παράλληλα οι εισαγωγές στα ιδιωτικά νοσοκομεία το 2010 μειώθηκαν κατά 25 έως 30 τοις εκατό. Σε έρευνα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής για την Κατάθλιψη, την χρονική περίοδο, από το Μάιο του 2008 έως τον Ιούνιο του 2011, παρατηρήθηκε ότι ανάμεσα στα άτομα που εμφανίζουν κάποιες μορφές

²⁴Hellenic Statistical Authority, 2015

ψυχοπαθολογία, η συντριπτική πλειοψηφία (98,8%) έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας είτε την παρούσα στιγμή είτε κατά το παρελθόν. Συγκεκριμένα, το 43,1 τοις εκατό ανέφερε πως λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για το πρόβλημα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζει, με τα αντικαταθλιπτικά να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία των ατόμων δεν γνωρίζουν την ύπαρξη δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας κοντά στην περιοχή τους (Εξωτερικά Ιατρεία ψυχιατρικών τομέων σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας), προκειμένου να απευθυνθούν σε αυτές για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν (

Μεπίδραση της κρίσης στην υγεία δεν είναι ομοιόμορφη σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, καθώς η ύφεση έχει ένα διανεμητικό αποτέλεσμα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι δυσμενείς διανεμητικές επιπτώσεις της κρίσης στη χρήση του τομέα της υγείας παρατηρήθηκαν στην Κορέα το 1997. Ειδικότερα, η χρήση ιατρικών υπηρεσιών από ομάδες υψηλού εισοδήματος επηρεάστηκε ελάχιστα από την οικονομική κρίση, σε σύγκριση με τις ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος. Παρόλα αυτά, για όλα τα βιοκοκυριά, ο ρυθμός μείωσης των δαπανών είναι σχετικά υψηλότερος για τις δαπάνες για φάρμακα από ό, τι για τις δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες (Yang et al., 2001)²⁶. Τα

&

Λ

ό

κ

θ

λ

ρ

α 2.3.3. Αποτελεσματικότητα

Η αξιολόγηση των επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας που εισήχθησαν στην Ελλάδα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης σχετικά με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού είναι ένα δύσκολο έργο. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι είναι δύσκολο να εκτιμηθεί κατά πόσον (και σε ποιο βαθμό) ένα φαινόμενο που παρατηρείται στην υγεία οφείλεται στις διαρθρωτικές και διαδικαστικές

ω

²⁵Μπούρας & Λύκουρας, 2011

²⁶Yang et al., 2001

²⁷Waters et.al. 2003

δείχνουν ότι τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας παίζουν κρίσιμο ρόλο στην προστασία των πληθυσμών από τις δυσμενείς επιπτώσεις της ύφεσης στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη. Η κρίση στην Ανατολική Ασία το 1997 οδήγησε σε σημαντική

αλλαγές του ίδιου του συστήματος υγείας ή στις αλλαγές στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας που προκαλεί η οικονομική κρίση. Επιπλέον, ο αντίκτυπος οποιασδήποτε αλλαγής στην υγεία απαιτεί χρόνο για να γίνει εμφανής. Τέλος, στην Ελλάδα εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη έγκαιρων και σχετικών στοιχείων. Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς αυτούς, η επόμενη ενότητα παρουσιάζει τις τάσεις ορισμένων δεικτών υγείας μετά το 2010 και παρουσιάζει μια σύνοψη των στοχοθετημένων μελετών σχετικά με την υγεία, την ψυχική υγεία, τις αυτοκτονίες, τις μολυσματικές ασθένειες, την υγεία των βρεφών και τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Από το 2010 έως το 2016, η προσδοκία στην Ελλάδα μειώθηκε κατά 2,3 έτη για τους άνδρες και κατά 3 έτη για τις γυναίκες. Αντίθετα, το μέσο προσδόκιμο ζωής στην ΕΕ28 αυξήθηκε κατά 1,7 έτη για τους άνδρες και κατά 1,6 έτη για τις γυναίκες.

Η πρόληψη της θνησιμότητας, (δηλαδή οι θάνατοι που θα μπορούσαν να αποφευχθούν από την υγειονομική περίθαλψη καλής ποιότητας και τις παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας που επικεντρώνονται στους ευρύτερους περιορισμούς της δημόσιας υγείας, όπως οι παράγοντες συμπεριφοράς και τρόπου ζωής), η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, κυρίως μεταξύ των ετών του 2011 και επιδείνωση των προτύπων ιατρικής περίθαλψης λόγω των σοβαρών περικοπών και του αντίκτυπου που θα μπορούσαν να έχουν για την υγεία του πληθυσμού. Η επιδεκτική θνησιμότητα στην Ελλάδα παρουσίασε μικρή αλλά σημαντική αύξηση τα χρόνια μετά την οικονομική κρίση. Έχει επίσης παρατηρηθεί σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από τα ανεπιθύμητα συμβάντα κατά τη διάρκεια της ιατρικής περίθαλψης και εκτιμά ότι σημειώθηκε αύξηση πάνω από 200 θανάτους το μήνα μετά την έναρξη της κρίσης

28

Η θνησιμότητα από κάθε αιτία μειώθηκε κατά την περίοδο 2010-2014, αλλά αυξήθηκε και πάλι το 2015. Οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος, που παραμένουν η κύρια αιτία θανάτου στην Ελλάδα (που αντιπροσωπεύει το 37,1% όλων των θανάτων) μειώθηκαν κατά 19,9% μεταξύ 2010 και 2015. Αντιθέτως, οι άλλες δύο κύριες αιτίες θανάτου στον ελληνικό πληθυσμό, δηλαδή τα νεοπλάσματα και οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος (που αντιπροσωπεύουν το 26,1% και το 11,5% όλων των θανάτων, αντίστοιχα) παρουσίασαν ανοδική τάση στην ίδια περίοδο. Αξίζει επίσης να αναφερθούν δύο άλλες σημαντικές αυξήσεις στη θνησιμότητα που οφείλεται στην

²⁸Kentikelenis, Karanikolos, Papanicolas, Basu, McKee, & Stuckler, 2011

αιτία: θάνατοι από μολυσματικές και παρασιτικές ασθένειες, καθώς και από ψυχικές

κ

Επρόσφατες ιδέες για την Ελλάδα από τη μελέτη GlobalBurden of Disease, που διερευνά την περίοδο 2000-2016, δείχνουν ότι πολλές από τις αιτίες θανάτου που αυξήθηκαν στην περίοδο που ακολούθησε την έναρξη της κρίσης ενδέχεται να ανταποκρίνονται στην περίθαλψη (π.χ. HIV, νεοπλάσματα, κίρρωση, νευρολογικές διαταραχές, χρόνια νεφρική νόσο και περισσότερους τύπους καρδιαγγειακών παθήσεων). Σημαντικές αλλαγές στους δείκτες απώλειας υγείας από το 2010 υποστηρίζουν την ερμηνεία ότι τα μέτρα λιτότητας έχουν επιδεινώσει την προϋπάρχουσα υγειονομική επιβάρυνση της χώρας. Η μελέτη υπογραμμίζει ότι "οι ραπτόμενες ποσοτικές μεταβολές στις τάσεις θνησιμότητας και οι ποιοτικές μεταβολές της θνησιμότητας με την αύξηση των μεταδοτικών, μητρικών, νεογνών και φιατροφικών ασθενειών από το 2010 υποδηλώνουν ότι είναι πιθανό να επηρεάσει η απότομη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας την υγεία του πληθυσμού". Το σύστημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα πραγματοποιεί επιδημιολογική παρακολούθηση και έλεγχο λοιμωδών νοσημάτων, καθώς και περιβαλλοντικό υγειονομικό έλεγχο, προαγωγή της υγείας και πρόληψη ασθενειών σε κοινοτικό επίπεδο. Το σύστημα αποτελείται από μια κεντρική υπηρεσία στο Υπουργείο Υγείας, ένα πλέγμα υπηρεσιών σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και έναν αριθμό οργανισμών δημόσιας υγείας υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας που λειτουργούν ως αυτόνομοι οργανισμοί και παρέχουν εργαστηριακές, ερευνητικές, εκπαιδευτικές

υ

π

Η ευθύνη για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας βρίσκεται σε εθνικό επίπεδο στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας στο Υπουργείο Υγείας. Είναι υπεύθυνη για την παρακολούθηση, την πρόληψη και την καταπολέμηση μεταδοτικών και μη μεταδοτικών ασθενειών, την προμήθεια και τον ποιοτικό έλεγχο των εμβολίων, τη διαχείριση κινδύνων για τη δημόσια υγεία, την υγεία των παιδιών και των μητέρων, περιβαλλοντική υγεία και αποχέτευση, τον υγειονομικό έλεγχο των υδάτων και των αποβλήτων, την ατμοσφαιρική ρύπανση, τη ραδιενέργεια και την ακτινοβολία, υγεία και ασφάλεια στην εργασία, σχολική υγεία,

α

τ

²⁹Hellenic Statistical Authority, 2015

³⁰Stuckler, Basu, Suhrcke & McKee, 2009

σ

τ

α

αντιμετώπιση της παράνομης χρήσης ναρκωτικών και την εποπτεία διαφόρων οργανισμών δημόσιας υγείας (π.χ. ΚΕΕΛΠΝΟ, Εθνικού Κέντρου Διαβήτη, Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών και του Ινστιτούτου Ελλήνων Παστέρ) και ενός δικτύου εργαστηρίων και υπηρεσιών. Επιπλέον, το ανεξάρτητο ΕΣΥΔΥ είναι υπεύθυνο για το συντονισμό των οργανισμών δημόσιας υγείας που ασχολούνται με την παρακολούθηση και την προώθηση της υγείας του πληθυσμού, τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών και την εποπτεία των φαρμάκων, των ιατροτεχνολογικών π

Επίσης, το Υπουργείο παράγει φυλλάδια προώθησης της υγείας και σχετικές ραδιοφωνικές και τηλεοπτικές διαφημίσεις, ιδίως κατά της κατανάλωσης καπνού και ἄλκοόλ. Η νομοθεσία για την απαγόρευση καπνού για τους περισσότερους κλειστούς δημόσιους χώρους και τα μέσα μαζικής μεταφοράς ψηφίστηκε το 2010 (νόμος 3868/2010), αλλά η επιβολή της νομοθεσίας είναι αδύναμη, ιδίως σε μπαρ και εστιατόρια.

Η λειτουργική ευθύνη για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας εμπίπτει σε ένα πλέγμα φορέων σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Σε περιφερειακό επίπεδο, οι διευθύνσεις δημόσιας υγείας στις περιφερειακές αρχές περιλαμβάνουν τα τμήματα πρόληψης και προώθησης της υγείας, με αρμοδιότητες όπως η εφαρμογή προγραμμάτων ανοσοποίησης και προληπτικής ιατρικής, φροντίδας μητέρων και παιδιών, χρόνιων παθήσεων, ασθενειών που δεν είναι εύκολα ευαίσθητες στη θεραπεία και την αγωγή υγείας δραστηριότητες. Σε τοπικό επίπεδο, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για την εφαρμογή διαφόρων προγραμμάτων πρόληψης και προώθησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω δημοτικών κλινικών υγείας, ανοικτών κέντρων φροντίδας ηλικιωμένων και δημοσίων κέντρων βρεφικής και παιδικής φροντίδας. παρέχουν επίσης φροντίδα στις

ε

μ

έ

λ

2.4. Θεωρία Διοίκησης Μονάδων Υγείας

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι ένα μικτό σύστημα, που περιλαμβάνει στοιχεία τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Στον δημόσιο τομέα, ένα εθνικό σύστημα υγειονομικής υπηρεσίας συνυπάρχει με ένα πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης υγείας (SHI). Διάφορα κονδύλια SHI που σχετίζονται με την απασχόληση κάλυπταν

χ

³¹Μπούρας & Λύκουρας, 2011

³²Stuckler, Basu, Suhreke & McKee, 2009

ψ

φ

θ

ολόκληρο τον πληθυσμό πριν από την οικονομική κρίση. Μετά το 2011, η κάλυψη του πληθυσμού για την υγειονομική περίθαλψη πραγματοποιήθηκε από μια ενιαία οντότητα, τον Εθνικό Οργανισμό για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), η οποία καλύπτει τους ασφαλισμένους και τα εξαρτώμενα από αυτούς πρόσωπα και ενεργεί ως ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται από το δημόσιο χρηματοδοτούμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας (γνωστό ως ΕΣΥ). Ταυτόχρονα, τα πακέτα παροχών των διαφόρων κονδυλίων του SHI τυποποιήθηκαν για να παρέχουν ένα κοινό πακέτο παροχών στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα, διαγνωστικές κλινικές και ανεξάρτητες πρακτικές. Ένα μεγάλο μέρος του ιδιωτικού τομέα συνάπτει συμβάσεις με το ΕΟΠΥΥ, παρέχοντας κυρίως πρωτοβάθμια / περιπατητική περίθαλψη. Μετά το 2010, ο ρόλος των εθελοντικών πρωτοβουλιών, των μη κυβερνητικών οργανώσεων και των ανεπίσημων δικτύων υγειονομικής περίθαλψης, αυξήθηκε σημαντικά. Αυτό ήταν κυρίως μια απάντηση στην κάλυψη των αναγκών του μεγάλου μέρους του πληθυσμού που έχασε ασφαλιστική κάλυψη και πρόσβαση στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη, κυρίως λόγω παρατεταμένης ανεργίας ή άλλης αδυναμίας πληρωμής εισφορών. Η κάλυψη αποκαταστάθηκε μέσω της διορθωτικής νομοθεσίας το 2016.

Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για το σχεδιασμό και τη ρύθμιση του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ. Παρά την ίδρυση περιφερειακών αρχών υγείας και πρόνοιας, ήδη από το 2001 και την μετονομασία τους ως Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (γνωστές ως ΠΥΑ) το 2004, οι εν λόγω φορείς, οι οποίοι προορίζονταν να εκτελέσουν εκτεταμένο σχεδιασμό, οργάνωση και παροχή υγειονομικής περίθαλψης, άσκησαν περιορισμένες εξουσίες μέχρι σήμερα. Αυτό μπορεί να αλλάξει με την εφαρμογή πιο πρόσφατων μεταρρυθμίσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το 2014, η νομοθεσία μεταβίβασε επισήμως όλες τις δημόσιες εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και τις αγροτικές χειρουργικές επεμβάσεις στη δικαιοδοσία των ΠΥΑ. Αυτά αναμένεται να αναλάβουν πληρέστερα τους ρόλους συντονισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στο πλαίσιο της εφαρμογής περαιτέρω μεταρρυθμίσεων που θα ξεκινήσουν από το 2017 έως το 2020, ώστε να δημιουργηθεί ένα πιο ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης δύο βαθμίδων με ρόλο φύλαξης. Το σύστημα υγείας είναι ιδιαίτερα συγκεντρωμένο, ρυθμίζεται και υπάρχει εκτεταμένη νομοθεσία που ελέγχει τις δραστηριότητες τρίτων πληρωτών και παρόχων υπηρεσιών, τη διαδικασία αγοράς και τα επίπεδα τιμών, καθώς και την επιστροφή χρημάτων εντός του ΕΣΥ. Η εκπαίδευση και η αδειοδότηση των επαγγελματιών του

τομέα υγείας είναι επίσης εξαιρετικά ρυθμισμένη. Ωστόσο, υπάρχουν λίγοι μηχανισμοί που επιτρέπουν τον επαρκή σχεδιασμό και κατανομή των φυσικών και ανθρώπινων πόρων στην Ελλάδα, με την έλλειψη διαδικασιών καθορισμού προτεραιοτήτων, αποτελεσματικής εκτίμησης των αναγκών και επενδυτικών στρατηγικών, μεταξύ άλλων. Οι πόροι είναι άνισα κατανομημένοι σε όλη τη χώρα, με πολύ μεγαλύτερη συγκέντρωση υπηρεσιών υγείας και ιατρικού εξοπλισμού σε μεγάλες πόλεις σε σύγκριση με τις αγροτικές περιοχές. Ιδιωτικές εγκαταστάσεις βρίσκονται επίσης σε μεγάλο βαθμό σε αστικές περιοχές.

2.5. Διοίκηση Μονάδων Υγείας πριν από την Κρίση

Οι αντιδράσεις της πολιτικής για την υγεία στην κρίση και τα αποτελέσματά τους στην Ελλάδα πρέπει να διερευνηθούν από δύο οπτικές γωνίες. Η πρώτη προοπτική αφορά στην εφαρμογή των πολύ αναγκαίων επιχειρησιακών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των αδυναμιών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που προηγήθηκε της κρίσης. Όταν ξεκίνησε η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούσε μέσα σε μια ξεπερασμένη οργανωτική δομή, που κυριαρχείται από την κλινική ιατρική και τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, χωρίς την υποστήριξη μιας κατάλληλης μονάδας σχεδιασμού ή επαρκών προσβάσιμων πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας, τη χρήση υπηρεσιών υγείας ή υγείας χωρίς να είναι σταδιακά και προορατικά για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού μέσω ενεργειών στον τομέα της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ως αποτέλεσμα, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας πάσχει από πολλές ανεπάρκειες, οι οποίες συνοψίζονται ως εξής: ένας υψηλός βαθμός συγκέντρωσης στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και διοικητικών διαδικασιών, οι μη βέλτιστες διαχειριστικές δομές που δεν διέθεταν επαρκή συστήματα διαχείρισης πληροφοριών και συχνά στελεχώνονταν από προσωπικό χωρίς επαρκείς διαχειριστικές δεξιότητες, έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού και περιορισμένη διαχειριστική και διοικητική ικανότητα, άνιση και ανεπαρκής κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, κατακερματισμένη κάλυψη πληθυσμού, η απουσία ενός συστήματος παραπομπής και αποτελεσματικών μηχανισμών φύλαξης, ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες, υπερβολική προσφορά υπηρεσιών που τροφοδοτούνται από τον υψηλό αριθμό ιατρών, άνιση περιφερειακή κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των

υποδομών υγείας, η υπανάπτυξη των μηχανισμών εκτίμησης των αναγκών και των μηχανισμών καθορισμού προτεραιοτήτων, μηχανισμών χρηματοδότησης, ένα αναχρονιστικό αναδρομικό σύστημα επιστροφής χρημάτων που δημιουργεί κίνητρα για τη ζήτηση που προκαλείται από τους προμηθευτές, δεδομένου ότι οι ιατροί θα μπορούσαν να συνάψουν σύμβαση με πολλά ασφαλιστικά ταμεία και να επιστραφούν με αμοιβή για υπηρεσία και απουσία συστήματος αξιολόγησης της τεχνολογίας της υγείας. Το παλαιό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ασθενείας υπέφερε από μεγάλο αριθμό κεφαλαίων και παρόχων με ποικίλες οργανωτικές και διοικητικές δομές, που προσέφεραν υπηρεσίες που δεν ήταν συντονισμένες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα διαφορετική κάλυψη του πληθυσμού και ποσοστά εισφορών, διαφορετικά πακέτα παροχών και αναποτελεσματική λειτουργία. όλα οδηγούν σε μεγάλα συσσωρευμένα χρέη. Επιπλέον, η φαρμακευτική βιομηχανία δημιούργησε κίνητρα για τη ζήτηση που προκαλείται από τους προμηθευτές, επηρεάζοντας τους γιατρούς να συνταγογραφούν περισσότερα φαρμακευτικά προϊόντα από ό, τι χρειάζεται. Οι προηγούμενες προσπάθειες μεταρρύθμισης σε τομείς όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οργάνωση και η παροχή υπηρεσιών υγείας από νοσοκομεία και η ενισχυμένη συνεργασία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, απέτυχαν να αποδώσουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα ή δεν εφαρμόστηκαν πλήρως. Ως εκ τούτου, η ανάγκη μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας ήταν σαφής και κυριαρχούσε στην ατζέντα των πολιτικών αντιδράσεων που προκλήθηκαν από την κρίση, ιδιαίτερα στην προσπάθεια για σ

Αυτό μας οδηγεί στη δεύτερη προοπτική, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική κατά την εξέταση των επιπτώσεων των αλλαγών και σχετίζεται με τα μέτρα που προβλέπονται στα τρία διαδοχικά ΠΔΠ. Η ελληνική οικονομία εισήλθε σε μια βαθιά, διαρθρωτική και πολύπλευρη κρίση το 2010, τα κύρια χαρακτηριστικά της οποίας ήταν το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα και το δημόσιο χρέος, καθώς και η συνεχής διάβρωση της ανταγωνιστικής θέσης της χώρας. Προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, η ελληνική κυβέρνηση ενέκρινε τη διάσωση από την ΕΕ, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (και οι τρεις γνωστές ως «τρόικα»), υπογράφοντας ένα αρχικό ΠΔΠ από τον Μάιο του 2010. Η Ελλάδα ήταν έως τον Αύγουστο του 2018 στο πλαίσιο του τρίτου ΠΔΠ, με χρηματοδοτική συνδρομή για όλα τα προγράμματα ύψους 290 δισ. ευρώ. Τα ΕΑΡ, με βάση τις νεοφιλελεύθερες ο

⁸Καρακώστα, 2010

οικονομικές παραδοχές, στοχεύουν στη μείωση του δημόσιου ελλείμματος και του χρέους και εφαρμόζονται υπό αυστηρές προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση μιας σειράς μεταρρυθμίσεων στη δημοσιονομική πολιτική, την κρατική ιδιοκτησία και την απελευθέρωση της αγοράς. Αυτό απαιτεί την εφαρμογή αυστηρών μέτρων λιτότητας, συμπεριλαμβανομένων των περικοπών στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, της κοινωνικής πρόνοιας και της εκπαίδευσης, την επίτευξη εξοικονόμησης μέσω της μείωσης των μισθών και του αριθμού του προσωπικού του δημόσιου τομέα, των μειώσεων των συντάξεων, της αύξησης της άμεσης και έμμεσης φορολογίας και την εισαγωγή της απελευθέρωσης της αγοράς εργασίας και της ευελιξίας στις εργασιακές σχέσεις. Στο πλαίσιο της ευρύτερης οικονομικής κατάστασης, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν υπό πίεση και η μεταρρύθμισή του ήταν σαφώς προτεραιότητα που επέβαλε η Τρόικα (Μπούρας &

Σύμφωνα με τα μνημόνια συμφωνίας, η Ελλάδα είναι υποχρεωμένη να κρατήσει τις δαπάνες δημόσιας υγείας κάτω του 6% του ΑΕΠ και των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών κάτω του 1% του ΑΕΠ. Η επιβολή περιορισμών στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και η ταυτόχρονη μείωση του ΑΕΠ που παρατηρείται από το 2009 σημαίνει ότι ο τομέας της δημόσιας υγείας καλείται να καλύψει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με μειούμενους οικονομικούς πόρους. Από το 2010 έως το 2014, οι συνολικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα μειώθηκαν κατά 34,3%, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 44,3% και οι ιδιωτικές δαπάνες μειώθηκαν κατά 11,9%, ενώ από τότε παρατηρείται ανοδική τάση. Ταυτόχρονα, η ζήτηση για υπηρεσίες δημόσιας υγείας αυξήθηκε ως επισκέψεις σε τμήματα εξωτερικών ασθενών και ο αριθμός των νοσηλειών σε δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε μ

Μέχρι την έναρξη της οικονομικής κρίσης, το SHI κάλυψε περίπου το 40% των ημερινών δαπανών για την υγεία. Το μερίδιό του υποχώρησε στο 30,1% το 2016, το οποίο αντιπροσωπεύει περίπου το ήμισυ των συνολικών δαπανών για τη δημόσια υγεία. Οι παράγοντες που συνέβαλαν στη σημαντική επίδραση των εσόδων του SHI στο πλαίσιο της κρίσης είναι: συρρίκνωση του ΑΕγχΠ, σοβαρή ανεργία, μείωση των μισθών και μείωση πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, εν μέρει λόγω της μετανάστευσης

2

θ

³⁴Μπούρας & Λύκουρας, 2011

³⁵Hellenic Statistical Authority, 2015

0

προς τα έξω.

Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία αυξήθηκαν από 31% το 2010 σε 38,8% το 2016. Αξίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν το 90% των ιδιωτικών δαπανών είναι πληρωμές εκτός τσέπης. Ένας εξηγητικός παράγοντας αυτής της τάσης είναι η αύξηση των τελών χρήσης και των συμπληρωμών που εισήχθησαν στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά το 2010 με στόχο την αύξηση των εσόδων και τον περιορισμό της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Το 2011, η αύξηση των τελών χρήσης από € 3 σε € 5 επιβλήθηκε στις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών που παρέχονται σε δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας (καταργήθηκε το 2015) και το 2012 εισπράττεται € 25 για εισδοχή σε δημόσιο νοσοκομείο (ανακληθείσα το 2014), μαζί με πρόσθετο € 1 για κάθε συνταγή που εκδόθηκε στο πλαίσιο του ΕΣΥ (το 2016 θεσπίστηκαν εξαιρέσεις σχετικά με το τέλος συνταγής € 1 για την ανακούφιση των πρώην δικαιούχων κοινωνικής πρόνοιας, των ανασφάλιστων με χαμηλό εισόδημα και εκείνων που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες). Το 2011, εισήχθησαν επίσης αυξήσεις των συμπαραγωγών φαρμάκων. Για πολλά φάρμακα, η συγχρηματοδότηση αυξήθηκε από 0% έως 10% και για άλλα από 0% έως φαρμάκων και να αυξηθούν για τα υπόλοιπα. Επιπλέον, ο ασθενής χρεώνεται τη διαφορά μεταξύ της τιμής λιανικής και της τιμής αναφοράς που επιστρέφεται από την ασφάλιση υγείας. Παρά τις συνεχείς μειώσεις τιμών στα φαρμακευτικά προϊόντα και μολονότι υπάρχουν εξαιρέσεις στα τέλη χρήσης για όσους έχουν χαμηλό εισόδημα, άτομα που πάσχουν από χρόνια πάθηση, παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών που φιλοξενούνται στην κοινωνική φροντίδα και ορισμένες άλλες ομάδες του πληθυσμού, αποτέλεσμα της μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενης πολιτικής είναι η αύξηση των μέσων μηνιαίων φαρμακευτικών δαπανών νοικοκυριού, καθώς και του μέσου ποσοστού της συγχρηματοδότησης των φαρμάκων από 9% το 2009 σε 30% το 2016. Επιπλέον, τον Απρίλιο του 2014, οι κλήσεις για συνάντηση με οποιονδήποτε ιατρό στο πλαίσιο του εθνικού δικτύου του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής περίθαλψης ανατέθηκαν σε ιδιωτικές τηλεφωνικές εταιρείες με χρέωση που κυμαίνεται από 0,95 € έως 1,65 € ανά λεπτό, αυξάνοντας έτσι την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών. Από αυτή την άποψη, μια θετική εξέλιξη είναι η ανάπτυξη από το Κέντρο Κοινωνικής Ασφάλισης Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης της εφαρμογής e-RDV, που ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2017, επιτρέποντας στους ασθενείς να πραγματοποιούν ραντεβού δωρεάν. Ένα άλλο ζήτημα που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι τα συμπληρώματα που εισήχθησαν για

τους ασφαλισμένους ΕΟΠΥΥ το 2012 με την τροποποίηση του Ολοκληρωμένου Κ

Σύμφωνα με τις διατάξεις του ΕΚΡΥ, ενώ η περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία είναι δωρεάν, η θεραπεία σε ιδιωτικές κλινικές με ΕΟΠΥΥ προϋποθέτει χρεώσεις χρήσης, που κυμαίνονται από 30% έως 50% του DRG-KEN και 100% της πληρωμής του γιατρού. Παρομοίως, για τις κλινικές δοκιμές που παρέχονται δωρεάν στις δημόσιες εγκαταστάσεις, ο ασθενής υποχρεούται να καταβάλει 15% συνεισφορά σε περίπτωση επίσκεψης σε ιδιωτικό εργαστήριο που έχει συμφωνηθεί με το ΕΟΠΥΥ (Hellenic ³⁷). Αυτό υπονομεύει την ισότητα πρόσβασης, ιδιαίτερα σε περιοχές όπου λόγω της αδυναμίας των δημόσιων εγκαταστάσεων να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες, οι ασθενείς αναγκάζονται να χρησιμοποιούν συμβάσεις με παρόχους ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, παρά τις δημόσιες χρηματοδοτήσεις οδοντιατρικών υπηρεσιών, που αποτελούν μέρος του πακέτου παροχών ΕΟΠΥΥ, η έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης και η απουσία συμβατικών συμφωνιών με τους οδοντιάτρους του ιδιωτικού τομέα, σημαίνει ότι οι περισσότερες υπηρεσίες δεν καλύπτονται και οι ασθενείς πρέπει να πληρώσουν από

Όσον αφορά τους μηχανισμούς πληρωμής των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, το ΕΑΠ ώθησε την Ελλάδα να αντικαταστήσει τη μέθοδο χρηματοδότησης των νοσοκομείων με βάση DRG σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (ένα έτος), προκειμένου να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να εξορθολογιστεί η κατανομή των πόρων. Κατά συνέπεια, το νέο σύστημα που ονομάζεται DRG-KEN, το οποίο τέθηκε σε εφαρμογή τον Ιανουάριο του 2013, αντιμετώπισε ορισμένα προβλήματα. Η πιμολόγηση δεν βασίζεται στο πραγματικό κόστος και τα κλινικά πρωτόκολλα, αλλά σε ένα συνδυασμό κόστους βάσει δραστηριοτήτων με δεδομένα από επιλεγμένα δημόσια νοσοκομεία και των λεγόμενων σταθμισμένων συντελεστών στάθμισης. Επιπλέον, το μισθολογικό κόστος των απασχολουμένων στα νοσοκομεία δεν περιλαμβάνεται, καθώς καταβάλλονται απευθείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Μέχρι στιγμής, έγιναν τέσσερις αναθεωρήσεις του συστήματος και κατά τη στιγμή της σύνταξης του έργου έχει ολοκληρωθεί η αναδιατύπωση του συστήματος. Σε σχέση με το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο τη μείωση του κόστους εισροών του συστήματος υγείας, μειώθηκαν οι μισθολογικές αυξήσεις μετά το 2010 σε όλο το

³⁶Hellenic Statistical Authority, 2015

³⁷Hellenic Statistical Authority, 2015

³⁸Μπούρας & Λύκουρας, 2011

προσωπικό της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένου του διοικητικού προσωπικού, των ιατρών, των νοσοκόμων, των φαρμακοποιών και του παραϊατρικού προσωπικού. Επιπλέον, καταργήθηκαν σχεδόν όλες οι επιδοτήσεις για το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης. Στην πράξη, πραγματοποιήθηκαν τρεις τύποι περικοπών μισθών: οι οριζόντιες περικοπές από τις φορολογικές αυξήσεις και την ειδική εισφορά αλληλεγγύης, περικοπές μέσω της εισαγωγής ενός νέου ενοποιημένου συστήματος μισθοδοσίας για όλους τους υπαλλήλους του δημόσιου τομέα και περικοπές μέσω μειώσεων του "ειδικού μισθολογικού συστήματος" για τους γιατρούς. Ενδεικτικά, ο μέσος ετήσιος μισθός των ειδικών μειώθηκε από 58.000 ευρώ το 2009 σε 42.000 ευρώ το 2015, ενώ ο μέσος μισθός των νοσοκόμων μειώθηκε από 29.000 σε 21.000 ευρώ την ίδια περίοδο. Επιπλέον, τα προγραμματισμένα επιδόματα παραγωγικότητας βάσει επιδόσεων δεν εφαρμόστηκαν καθώς δεν καθορίστηκαν στόχοι ούτε πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις προσωπικού. Άλλα μέτρα εργατικού δυναμικού που αποσκοπούν στη μείωση του κόστους περιλαμβάνουν τη μη ανανέωση των συμβάσεων για έκτακτους υπαλλήλους με σύμβαση ορισμένου χρόνου και τη μείωση των επιπέδων

α

Τον Φεβρουάριο του 2014, αναλήφθηκε μια διαρθρωτική μεταρρύθμιση για την αναβάθμιση της παροχής δημόσιας χρηματοδότησης πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω του βελτιωμένου συντονισμού των διαφόρων φορέων παροχής υπηρεσιών. Μια κομοθεσία που ψηφίστηκε το 2014 αποσκοπεί στην ανάπτυξη μιας πανευρωπαϊκής υπηρεσίας πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, η οποία θα αποτελείται από κέντρα υγείας, κλινικές εξωτερικών ιατρείων κοινωνικής ασφάλισης και άμβεβλημένους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με το νόμο 4238/2014 όλες οι δημόσιες εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης υποβλήθηκαν στη δικαιοδοσία των ΥΕΠ. Με βάση αυτή τη μεταρρύθμιση, οι εγκαταστάσεις αυτές έπρεπε να λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα. Επιπλέον, ο νόμος εισήγαγε ένα σύστημα παραπομπής βάσει γενικών ιατρών. Γενικά, η εφαρμογή της μεταρρύθμισης ήταν αρκετά αργή, λόγω ανθρώπινων και οικονομικών περιορισμών και μάλλον της δημοσιονομικής καθοδήγησης. Ως αποτέλεσμα, μια νέα μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης άρχισε τον Αύγουστο του 2017. Σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία, η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι δωρεάν και λειτουργεί 12 ώρες την ημέρα σε περιοχές όπου υπάρχει επαρκής νοσοκομειακή κάλυψη και σε 24 σε ώρες όπου δεν

v

³⁹Stuckler, Basu, Suhrcke & McKee, 2009

σ

υ

v

υπάρχει τέτοια νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται στο πρώτο επίπεδο από τις τοπικές μονάδες υγείας και από τους επαγγελματίες υγείας που έχουν ιδιωτικές πρακτικές και συμβάλλουν με το ΕΟΠΥΥ. Στο δεύτερο επίπεδο, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται από κέντρα υγείας. Επιπλέον, σε κάθε ΥΠΕ θα δημιουργηθούν κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια που θα παρέχουν εργαστηριακές εξετάσεις και διαγνωστικές υπηρεσίες απεικόνισης στον πληθυσμό. Ως δεύτερη βαθμίδα του νέου συστήματος, ο σκοπός των κέντρων υγείας είναι να παρέχουν εξειδικευμένη περιπατητική φροντίδα σε όλους τους ασθενείς που αναφέρονται από τις τοπικές μονάδες υγείας. Η καταχώριση ασθενών σε μια τοπική μονάδα υγείας, μηχανισμούς φύλαξης και σύστημα παραπομπής αποτελούν μέρος του νέου πλαισίου παράδοσης. Αναμένεται, επίσης, να αναπτυχθεί αρχείο ηλεκτρονικής υγείας. Η συστηματική παρακολούθηση για την εξασφάλιση της ποιότητας και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων αναμένεται να επιτευχθεί με την εισαγωγή κλινικών πρωτοκόλλων, κλινικού ελέγχου και η

Ο τομέας του δημόσιου νοσοκομείου έχει στοχευθεί ως μέρος μεγάλων προσπαθειών αναδιάρθρωσης στο πλαίσιο του ΕΑΠ της χώρας. Τον Ιούλιο του 2011, η κυβέρνηση ανακοίνωσε ένα σχέδιο για τη μείωση του σημερινού αριθμού κλινών δημόσιων νοσοκομείων και τη μείωση του αριθμού των κλινικών και ειδικών μονάδων. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων αντικαταστάθηκαν από συνολικά 83 συμβούλια, που είναι υπεύθυνα για τη διοίκηση όλων των νοσοκομείων. Ο συνολικός αριθμός των κλινών στα νοσοκομεία μειώθηκε από 38.115 το 2009 σε 29.550 το 2016. Ο αριθμός των ιατρικών τμημάτων και μονάδων μειώθηκε κατά 600 και το 15.000 νοσοκομειακό προσωπικό κόπηκε. Επιπλέον, 500 δημόσια νοσοκομειακά κρεβάτια προορίζονται για χρήση από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για τους πελάτες τους. Επιπλέον, επρόκειτο να γίνουν αλλαγές στη χρήση οκτώ μικρών νοσοκομείων, τα οποία υποτίθεται ότι μετατράπηκαν σε κέντρα αστικής υγείας, μονάδες υποστήριξης και παρηγορητικής περίθαλψης και νοσοκομεία για βραχυπρόθεσμη νοσηλεία και αποκατάσταση. Ωστόσο, μέχρι στιγμής, η πρόοδος στην εφαρμογή της αναδιάρθρωσης

α

υ

η

ρ

⁴⁰Niakas, 2013

⁴¹Μπούρας & Λύκουρας, 2011

τ

ω

ω

2.6. Διοίκηση Μονάδων Υγείας μετά την Κρίση

Οι αντιδράσεις της πολιτικής για την υγεία στην κρίση και τα αποτελέσματά της πρέπει να εξεταστούν από δύο όψεις. Η πρώτη προοπτική αφορά την εφαρμογή των πολύ αναγκαίων επιχειρησιακών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, που έχουν σχεδιαστεί για την αντιμετώπιση των αδυναμιών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όπως συζητήθηκε στο προηγούμενο τμήμα. Η δεύτερη προοπτική, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική κατά την εξέταση των επιπτώσεων των αλλαγών, αφορά τα προβλεπόμενα μέτρα, τα οποία, σε γενικές γραμμές, είναι μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης (World

42

Τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία, ως ποσοστό των δαπανών της γενικής κυβέρνησης, έφθασαν το υψηλότερο σημείο της τάξης του 13,2% το 2006. Ωστόσο, μετά την εισαγωγή εκτενών μέτρων λιτότητας, η Ελλάδα είχε έναν από τους χαμηλότερους δείκτες στην ΕΕ έως το 2012, που δεν υπερβαίνει το 11,5% σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ κατά 15%. Οι συνθήκες διάσωσης που απαιτούν μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία στο 9% του ΑΕΠ και σε λιγότερο από 6% για τις δημόσιες δαπάνες το 2012, δεν πληρούνται ακόμη, αλλά πλησιάζουν τον καθορισμένο στόχο. Μεταξύ 2009 και 2012, οι συνολικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,4 δισ. Ευρώ (23,7%). Συγκεκριμένα, κατά την ίδια περίοδο τεσσάρων ετών, οι δημόσιες τρέχουσες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά

π

Συγκεκριμένα, το μνημόνιο συμφωνίας απαιτούσε σημαντικές περικοπές στις ροσοκομειακές και φαρμακευτικές δαπάνες. Οι συνολικές δαπάνες για τον δημόσιο νοσοκομειακό τομέα (μόνο για νοσηλεία, χωρίς υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών) μειώθηκαν κατά 8% από 7 δις ευρώ το 2009 σε 6,4 δισεκατομμύρια ευρώ το 2012, μέσω σημαντικών εξοικονομήσεων νοσοκομειακών προμηθειών (ιατρικές προμήθειες, κ.λπ.) και με όρους του ΜΣ που ορίζουν περικοπές στους μισθούς και τα οφέλη του

ο

Εκτιμάται, επίσης ότι σημειώθηκε πτώση κατά 32% (€ 2,1 δισ.) Στις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες (εξωτερικών ασθενών) προς όφελος των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, τα οποία χρηματοδοτούν σε μεγάλο βαθμό αυτές τις δαπάνες. Οι

ο

α

⁴²World Health Organization, 2009

⁴³Niakas, 2014

⁴⁴Niakas, 2013

ρ

ι

κ

δ

δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες (και άλλες μη διαρκείς μακροχρόνιες ανεργίες) παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση κατά 43,2% από 5,2 δισ. Ευρώ (περίπου 2,25% του ΑΕΠ) το 2009 σε 2,95 δισ. Ευρώ (ή 1,53% του ΑΕΠ) το 2012.

Τα φαρμακευτικά προϊόντα είναι ένας τομέας που έτυχε ιδιαίτερης προσοχής στα μνημόνια συμφωνίας και καθορίστηκε σκληρό ανώτατο όριο για το 2012 και τα επόμενα έτη. Σύμφωνα με το μνημόνιο συμφωνίας, οι φαρμακευτικές δαπάνες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 2,44 δισ. Ευρώ το 2013 και τα 2 δισ. Ευρώ το 2014, θέτοντας έτσι ένα σφιχτό ανώτατο όριο. Σε περίπτωση υπέρβασης των ορίων, τα μειονεκτήματα από τους παραγωγούς (φαρμακευτικές εταιρείες) θα χρησιμοποιηθούν για την εξισορρόπηση του προϋπολογισμού. Στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας παρατηρήθηκαν επίσης μειώσεις των εσόδων και των κρατικών μεταβιβάσεων. Λόγω της αύξησης της ανεργίας και της μερικής απασχόλησης, καθώς και της μείωσης του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, τα έσοδα από την κοινωνική ασφάλιση μειώθηκαν από 30,7 δισεκατομμύρια ευρώ το 2008 σε 24,4 δισεκατομμύρια ευρώ το 2013. Επιπλέον, οι όροι του ΜΣ είχαν ως στόχο να περιορίσουν τη συνεισφορά του κράτους στο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων. Στο παρελθόν, οι συνεισφορές των δημοσίων υπαλλήλων ήταν 2,55% του ακαθάριστου εισοδήματός τους και κάθε δαπάνη που υπερέβαινε τα συνολικά εισοδήματα εισφορών επιδοτήθηκε μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Από την 1η Ιανουαρίου 2011, το ποσοστό εισφορών των εργοδοτών (δηλ. το ποσοστό εισφορών του κράτους) στο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων καθορίστηκε στο 5,1% των μισθών των δημοσίων υπαλλήλων, ενώ η συνεισφορά των συνταξιούχων του ταμείου αυξήθηκε σταδιακά από 2,55 % έως 4% το 2013.

Οι κυβερνητικές δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας επίσης μειώθηκαν κατά περίπου 13%, παρόλο που ο τομέας αυτός ήταν ήδη ανεπαρκής στην Ελλάδα. Ενώ η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη για τέτοιες υπηρεσίες στα κράτη μέλη της ΕΕ ήταν € 75,8 το 2009, το ποσό για την Ελλάδα υπολογίστηκε σε € 26,2, με περαιτέρω περικοπές να μειωθούν σε € 23,1 το 2012. Ομοίως, οι δαπάνες για δημόσιες θεραπευτικές υπηρεσίες εξωτερικού ιατρείου στην Ελλάδα είναι 2,7 φορές χ

Μέχρι το 2011, το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας κάλυψε περίπου το 100% του πληθυσμού μέσω δικτύου διαφόρων ταμείων. Το σύστημα ήταν και η

⁵Niakas, 2014

εξακολουθεί να συνδέεται με το καθεστώς απασχόλησης και τον τύπο απασχόλησης. Η συγχώνευση σχεδόν όλων των ασφαλιστικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και η δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου είχε προταθεί σε αρκετές μεταρρυθμίσεις από το 1968, αλλά δεν είχε υλοποιηθεί ποτέ. Η κατάσταση αυτή άλλαξε το 2011 με τη δημιουργία τ

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ προοριζόταν να καλύψει τη μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού (εργατικό δυναμικό, εξαρτώμενα άτομα και συνταξιούχους), υποθέτοντας την ύπαρξη μόνο βραχυπρόθεσμης ανεργίας. Η βάση για το δικαίωμα είναι ασφαλιστική. Εντούτοις, στο πλαίσιο της βαθιάς κρίσης, η ανεργία αυξήθηκε ραγδαία, φθάνοντας το 27,3% το 2013. Σύμφωνα με προϋπάρχουσα νομοθεσία, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει αποτελεσματικά τους ανέργους για μέγιστο διάστημα δύο ετών, οδηγώντας έτσι σε αύξηση του ποσοστού του ανασφάλιστου πληθυσμού. Το Υπουργείο Εργασίας εκτιμά ότι περίπου 2 εκατομμύρια ανασφάλιστοι άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο μεγάλος αριθμός των ανασφάλιστων, το Υπουργείο Υγείας θέσπισε το Σεπτέμβριο του 2013 ένα πρόγραμμα που απευθύνεται σε άτομα που έχουν χάσει την ασφαλιστική τους κάλυψη και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους, γεγονός που τους παρέχει πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης επισκέψεις σε συμβεβλημένους γιατρούς, εγκαταστάσεις του NHS και υπηρεσίες που παρέχονται από συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα. Τα δελτία υγείας έχουν διάρκεια τεσσάρων μηνών και δεν μπορούν να ανανεωθούν. Το πρόγραμμα εκτιμάται ότι θα καλύψει περίπου 230.000 ανασφάλιστους πολίτες έως το τέλος του 2014. Τον Ιούνιο του 2011, τα ευεργετικά πακέτα των διαφόρων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας τυποποιήθηκαν για την παροχή των ίδιων επιστρεπτών υπηρεσιών σε όλα τα ταμεία, δημιουργώντας ένα νέο πακέτο κοινών ευεργετημάτων στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ. Η διαδικασία συνέπεσε με αυτό που είναι στην πράξη η σταδιακή διοικητική συγχώνευση των υγειονομικών τμημάτων των μεγάλων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου και ΤΑΥΤΕΚΟ), που καλύπτουν μισθωτούς, γεωργούς, αυτοαπασχολούμενους, δημόσιους υπαλλήλους, μαυτικούς και εμπορικούς ναυτικούς, αντίστοιχα στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ. Βασικό χαρακτηριστικό της κοινής δέσμης είναι η μείωση των οφελών που δικαιούται ο ασφαλισμένος. Για παράδειγμα, ορισμένες από τις δαπανηρές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων των δοκιμών αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης και των Υ

⁴⁶Niakas, 2013

δοκιμασιών για θρομβοφιλία, που καλύφθηκαν, ακόμη και εν μέρει, σε εξωτερικούς ασθενείς, αφαιρέθηκαν από το πακέτο ευεργετήματος ΕΟΡΥΥ. Επιπρόσθετα, εισήχθησαν περιορισμοί όσον αφορά τον τοκετό, την αεροθεραπεία, τη λουτροθεραπεία, τη θεραπεία της θαλασσαιμίας, τη λογοθεραπεία και τη θεραπεία της νεφροπάθειας. Επιπλέον, η εισαγωγή ενός αρνητικού καταλόγου για τα φάρμακα το 2012 οδήγησε στην απόσυρση του καθεστώτος επιστροφής των διαφόρων φαρμάκων

Από το 2011, η αύξηση των τελών χρήσης από € 3 σε € 5 επιβλήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Επιπλέον, ο νόμος εισήγαγε εισοδήματα ασθενών € 25 για εισδοχή σε κρατικό νοσοκομείο από το 2014 και ένα επιπλέον € 1 για κάθε συνταγή που εκδίδεται στο πλαίσιο του NHS (τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα, όσο και στα νοσοκομεία). Ωστόσο, το τέλος εισδοχής στο νοσοκομείο ανακλήθηκε σύντομα, λόγω της έντονης αντίδρασης των επαγγελματιών υγείας και των διαφόρων άλλων ενδιαφερομένων. Αντίθετα, υπάρχουν σχέδια να αντικατασταθεί με επιπλέον φόρο στα τσιγάρα. Οι χρεώσεις των χρηστών σε όλες τις δημόσιες εγκαταστάσεις καταργήθηκαν για ορισμένες ευάλωτες ομάδες (διαβητικοί και παραλήπτες μοσχεύματος έχουν προστεθεί στη λίστα). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μέσες μηνιαίες φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν μεταξύ του 2012 και του 2013, παρά τις μειώσεις των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Αυτό μπορεί να αποδοθεί κυρίως στην αύξηση των επιπέδων κατανομής κόστους από τον Οκτώβριο του 2012. Γενικά, ο μέσος όρος κατανομής κόστους για τα φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκε από 13,3% το 2012 σε 18% το 2013. Είναι ενδιαφέρον ότι μόνο 8% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ήταν με συνεισφορά 0% το 2013 σε σύγκριση με 13% το 2012.

Σύμφωνα με το νόμο 2883/2012, τέλη χρήσης για διαγνωστικές εξετάσεις στα δημόσια νοσοκομεία έχουν καταργηθεί καθ' όλη τη διάρκεια, ακόμη και για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που προηγουμένως χρησιμοποιούσαν το 25%.

Έχουν εισαχθεί ορισμένα μέτρα σε μια προσπάθεια βελτίωσης της αποτελεσματικότητας μέσω διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, ενώ άλλα αποσκοπούν στη βραχυπρόθεσμη μείωση των δαπανών.

η
Διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας
γ

ο

©Niakas, 2013

μ

έ

ν

Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, ιδίως αυτές που στοχεύουν στο κατακερματισμένο και ανισοκαταστατικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, αναγνωρίστηκαν ως απαραίτητες πολύ πριν από την κρίση. Με βάση τις διατάξεις του πρώτου Μνημονίου, ο Ν. 3863/2010 θέσπισε ένα νέο πλαίσιο για τη λειτουργία του συστήματος κοινωνικής

α
στο διαχωρισμό των τομέων υγείας των ευρύτερων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης από
τη διαχείριση των συντάξεων

ή συγχώνευση αυτών των ταμείων υγείας, προκειμένου να απλοποιηθεί το υπερβολικά
κατακερματισμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας

φέρνοντας όλες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την υγεία στο Υπουργείο Υγείας
και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

η

ς

Ο στόχος του Συμβουλίου, του οποίου η πραγματική ύπαρξη ήταν βραχύβια, ήταν να
απλοποιήσει το υπερβολικά κατακερματισμένο σύστημα με τη θέσπιση κριτηρίων και
φύρων για τις συμβάσεις μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και όλων των
φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να επιτευχθούν μειώσεις των
δ

βλ σημαντικότερη διαρθρωτική μεταρρύθμιση ήταν η μετέπειτα ίδρυση του ΕΟΠΥΥ
και η διοικητική συγχώνευση των κλάδων υγείας των κυριότερων ταμείων κοινωνικής
ασφάλισης σε ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ άρχισε να λειτουργεί
τον Ιούνιο του 2011 και θα ενεργεί ως ο μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και όλων των
υπηρεσιών υγείας για όλους τους ασφαλισμένους, αποκτώντας έτσι υψηλότερη
διαπραγματευτική ισχύ στους προμηθευτές. Ο ΕΟΠΥΥ είναι επίσης το κύριο νέο σώμα
της χώρας, που είναι επιφορτισμένο με τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Ο ρόλος του είναι ο συντονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η ρύθμιση των
συμβάσεων με όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και η θέσπιση
προτύπων ποιότητας και αποτελεσματικότητας, με τον ευρύτερο στόχο να μετριαστεί

ή

Μια άλλη σημαντική εξέλιξη ήταν η προσπάθεια για μεγαλύτερη αποκέντρωση των
υπηρεσιών υγείας. Τον Ιούνιο του 2010, η νέα κυβέρνηση θέσπισε νόμο για τη

π

⁴⁸World Health Organization, 2009

⁴⁹Niakas, 2013

⁵⁰Niakas, 2014

έ

β

δ

δημιουργία μιας νέας αρχιτεκτονικής για τους δήμους και τις περιφέρειες, γνωστό ως Σχέδιο Καλλικράτης. Το Σχέδιο Καλλικράτης δημιούργησε 13 περιφέρειες που αντικατέστησαν 76 νομούς και 1034 δήμοι μειώθηκαν σε λιγότερους από 370. Στο πλαίσιο της αναδιοργάνωσης, οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές αναμενόταν να διαδραματίσουν πολύ σημαντικότερο ρόλο στη διαχείριση και οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ και στην παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, οι προσπάθειες για τη δημιουργία αυτών των πιο εξουσιοδοτημένων αποκεντρωμένων περιφερειακών αρχών είτε δεν έχουν εφαρμοστεί είτε έχουν εξασθενήσει σημαντικά. Οι υφιστάμενες περιφερειακές υγειονομικές αρχές έχουν αδύναμες λειτουργίες συντονισμού και το σύστημα υγείας εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από ισχυρή συγκέντρωση. Μια πιθανή εξήγηση είναι η περιορισμένη διοικητική ικανότητα, οι περιορισμένοι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι και (επί του παρόντος) η απουσία σαφούς σχεδίου για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας

π
τον Φεβρουάριο του 2014, το ελληνικό κοινοβούλιο ψήφισε νέα νομοθεσία για την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, δημιουργώντας το Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συντονισμένο από τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές. Όλες οι εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ, τα κέντρα αγροτικής υγείας και τα χειρουργεία τους καθώς και τα λίγα κέντρα αστικής υγείας βρίσκονται πλέον στη δικαιοδοσία των περιφερειακών υγειονομικών αρχών. Ο στόχος είναι να λειτουργούν αυτές οι εγκαταστάσεις 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα. Επιπλέον, ο νόμος προβλέπει την καθιέρωση συστήματος παραπομπής βασισμένο σε GPs. Η αποτελεσματικότητα αυτού του νέου μέτρου θα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ισχυρή εφαρμογή.

Αγορές και προμήθειες

Στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ, η διαδικασία προμηθειών υγείας προγραμματίζεται σε περιφερειακό επίπεδο μέσω της ανάπτυξης περιφερειακών προγραμμάτων για αγαθά και υπηρεσίες. Τα προγράμματα αυτά εγκρίνονται από την συντονιστική επιτροπή για τις δημόσιες συμβάσεις, η οποία είναι υπεύθυνη για την δημιουργία μιας αναθέτουσας αρχής και του μηχανισμού διαγωνισμού για κάθε τύπο προμηθειών. Η Επιτροπή είναι σε θέση να επιλέξει ως αναθέτουσα αρχή είτε μια εταιρεία, είτε έναν ιδιωτικό οργανισμό, σύμφωνα με τον στόχο της να επιτύχει οικονομίες κλίμακας και γενική

⁵¹Niakas, 2013

αποδοτικότητα.

Απόδοση νοσοκομειακού τομέα

Έχουν εισέλθει ή επιχειρούνται διάφορα μέτρα στον νοσοκομειακό τομέα, που περιλαμβάνουν διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, αλλαγές στο σύστημα νοσοκομειακών πληρωμών και μείωση του κόστους των νοσοκομειακών προμηθειών. Σημαντική αναδιάρθρωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα έχει στοχευθεί ως μέρος των προσπαθειών ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας, με τον Υπουργό Υγείας να ανακοινώνει τον Ιούλιο του 2011 ένα σχέδιο για τη μείωση του σημερινού αριθμού δημόσιων νοσοκομειακών κλινών από 35000 σε 33000 και μείωση του αριθμού κλινικών και ειδικών μονάδων από 2000 έως λιγότερους από 1700, με τη συγχώνευση 330 και την κίνηση άλλων. Επιπλέον, αντί των 133 νοσοκομείων του NHS που διαθέτουν τα δικά τους διοικητικά συμβούλια, υπάρχουν συνολικά 83 συμβούλια υπεύθυνα για τη διοίκηση όλων των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ ο αριθμός των διευθυντών και αναπληρωτών διευθυντών μειώθηκε από 175 σε 145 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνική Αλληλεγγύη, 2011). Οι αλλαγές αυτές θα οδηγούσαν σε μείωση των δαπανών κατά 75 εκατ. Ευρώ έως το 2014 και 150 εκατ. Ευρώ έως το 2015. Ο πραγματικός αντίκτυπος αυτών των μέτρων και η αναμενόμενη εξοικονόμηση κόστους θα έπρεπε να επαληθευθούν το 2015. Επιπλέον, θα αυξάνονταν τα 500 δημόσια νοσοκομειακά κρεβάτια για να χρησιμοποιηθούν κατά προτεραιότητα από εταιρείες PHI για τους πελάτες τους. Επιπλέον, δεν θα προσλαμβάνονταν νέοι γιατροί σε κρατικά ιδρύματα, αλλά οι ιδιωτικοί γιατροί που έχουν συμβληθεί με τον ΕΟΠΥΥ, θα μπορούν να εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία μια μέρα την εβδομάδα. Μέχρι στιγμής, η πρόοδος στην εφαρμογή αυτής της μεγάλης αναδιάρθρωσης του τομέα είναι περιορισμένη. Από τη μία πλευρά, έχουν υλοποιηθεί οι προβλεπόμενες συγχωνεύσεις μεταξύ νοσοκομείων που ανήκουν στο ΙΚΑ, το κύριο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης πριν από την εισαγωγή του ΕΟΠΥΥ, καθώς και εκείνες που ανήκουν στο NHS, οι οποίες έχουν τεθεί υπό καθεστώς κρατικής ιδιοκτησίας. Από την άλλη πλευρά, μέχρι σήμερα, η εφαρμογή των άλλων βασικών στοιχείων που περιγράφηκαν παραπάνω περιορίστηκε στην διοικητική συγχώνευση των παρακείμενων νοσοκομείων και την ενοποίηση παρόμοιων τμημάτων στο ίδιο νοσοκομείο.

Όσον αφορά τον εξορθολογισμό του συστήματος των νοσοκομειακών πληρωμών, εγκαταλείφθηκε η προηγούμενη μέθοδος αποζημίωσης που βασίζεται σε χρέωση ανά ημερήσια δόση, δεδομένου ότι δεν αντικατέστησε το πραγματικό κόστος νοσηλείας, αποκλείοντας, μεταξύ άλλων, το κόστος των μισθών του προσωπικού. Το 2012

αναπτύχθηκε ταχέως ένα νέο σύστημα πληρωμών (το οποίο ονομάζεται KENDRG), με βάση τη γερμανική έκδοση των DRG. Το νέο σύστημα τέθηκε σε εφαρμογή τον Ιανουάριο του 2013, αλλά αντιμετώπισε ορισμένα προβλήματα. Μια πρόσφατη ανάλυση δεδομένων του KEN-DRG έδειξε ότι το 8-21% των συνολικών εσόδων από νοσοκομεία, ανάλογα με την περιοχή υγείας που εξετάστηκε, προέκυψε από τις εξωστρεφείς πληρωμές, οι οποίες κάλυπταν ως επί το πλείστον ημερήσια τέλη (δηλαδή περιπτώσεις όπου η νοσηλεία σε νοσοκομείο υπερβαίνει τη μέση διάρκεια διαμονής ειδικό KEN-DRG). Αυτό σημαίνει ότι το σημερινό σύστημα απαιτεί διορθωτικές τροποποιήσεις και, μέχρι στιγμής, έγιναν τέσσερις αναθεωρήσεις. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι το ΜΣ οδήγησε την Ελλάδα να εφαρμόσει ένα σύστημα DRG σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (ένα έτος). Ως αποτέλεσμα, η τιμολόγηση των KEN-DRG δεν βασίζεται στο πραγματικό κόστος και τα κλινικά πρωτόκολλα, αλλά επιτεύχθηκε μέσω ενός συνδυασμού κοστολόγησης βάσει δραστηριοτήτων με δεδομένα από επιλεγμένα δημόσια νοσοκομεία και "εισαγόμενων" σταθμών κόστους. Επιπλέον, δεν

Μείωση των μισθών του τομέα υγείας και αλλαγές στις συνθήκες εργασίας

Ακόμη και πριν από την κρίση, τα επίπεδα των νοσοκόμων και άλλων εργαζομένων στον τομέα της υγείας (εξαιρουμένων των ιατρών) ήταν ήδη πολύ χαμηλά στην Ελλάδα. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους στην Ευρώπη. Αυξάνοντας το πρόβλημα αυτό, μετά το μνημόνιο συμφωνίας, πολλοί επαγγελματίες του τομέα της υγείας αποφάσισαν να συνταξιοδοτηθούν προκειμένου να εξασφαλίσουν καλύτερες συντάξεις. Κατά συνέπεια, τα επίπεδα της ασφάλισης έχουν επιδεινωθεί. Οι μισθοί του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ, ακόμη και πριν από την κρίση. Ωστόσο, κατά το 2010, μειώθηκαν οι μισθολογικές μειώσεις σε όλους τους δημόσιους υγειονομικούς φορείς, συμπεριλαμβανομένου του διοικητικού προσωπικού, των ιατρών, των νοσοκόμων, των φαρμακοποιών και των παραϊατρικών ασθενών (12% τον Ιανουάριο του 2010 και κατά 8% τον Ιούνιο 2010). Επιπλέον, καταργήθηκαν σχεδόν όλες οι επιδοτήσεις για την υγειονομική περίθαλψη. Στην πράξη πραγματοποιήθηκαν τρεις τύποι μισθολογικών μειώσεων: οι οριζόντιες περικοπές από τις φορολογικές αυξήσεις και η ειδική εισφορά αλληλεγγύης, με την εισαγωγή ενός νέου ενιαίου συστήματος μισθοδοσίας για όλους τους δημόσιους φορείς

κ

©Niakas, 2013

σ

τ

ο

των εργαζομένων και περικοπές μέσω των μειώσεων του «ειδικού μισθολογικού συστήματος» για τους γιατρούς. Επιπλέον, τα προγραμματισμένα επιδόματα παραγωγικότητας με βάση την απόδοση δεν εφαρμόστηκαν, καθώς δεν καθορίστηκαν στόχοι, ούτε πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις. Άλλα μέτρα για το εργατικό δυναμικό που αποσκοπούν στη μείωση του κόστους περιλαμβάνουν τη μη ανανέωση των συμβάσεων προσωρινής απασχόλησης με σύμβαση με σύναψη συμβάσεων και τη μείωση των επιπέδων αντικατάστασης συνταξιοδοτικών υπαλλήλων (για κάθε ένα από τα άτομα που συνταξιοδοτούνται μόνο ένα).

Ενισχυμένες διαδικασίες παρακολούθησης και λογιστικής

Τα πρόσθετα μέτρα που έχουν εγκριθεί αφορούν τη διακυβέρνηση, την παρακολούθηση και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, καθώς και για τα νοσοκομεία και τα φαρμακευτικά προϊόντα. Πιο συγκεκριμένα, τα μέτρα περιλαμβάνουν:

- μεγαλύτερη δημοσιονομική και λειτουργική εποπτεία των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη από τον υπουργό Οικονομικών και δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών
- δεδομένα σχετικά με τις εκκρεμείς πληρωμές (καθυστερήσεις) του κράτους και των νοσοκομείων μηνιαίως, 30 ημέρες μετά το τέλος κάθε μήνα, που πρέπει να παρέχονται από το Υπουργείο Οικονομικών
- υποχρεωτική χρήση (από τον Ιούλιο του 2012) της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για όλες τις ιατρικές δραστηριότητες (φάρμακα, παραπομπές, διάγνωση, χειρουργική επέμβαση) σε όλες τις εγκαταστάσεις του ΕΣΥ
- την ίδρυση από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύο δικτυακών πλατφορμών, μία για τη συγκέντρωση και αξιολόγηση μηνιαίων δεδομένων από νοσοκομεία του ΕΣΥ και μία για την παρακολούθηση της κατανομής των περιφερειακών πόρων υγείας και της περιφερειακής υγείας
- την ανάπτυξη του Εργαλείου Παρακολούθησης Τιμών για τη συλλογή και ανάλυση των προσφορών και των τεχνικών προδιαγραφών που δημοσιεύονται από το νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Μεθοδολογία

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι επιχειρήσεις, ο τομέας της εκπαίδευσης και όλοι οι τομείς της επιστήμης έχουν ξεκινήσει να βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην ανάλυση δεδομένων σε υπολογιστή. Αυτή η συσχέτιση έχει γίνει τόσο μεγάλη, που δεν είναι πλέον δυνατή η κατανόηση της έρευνας για την κοινωνική, οικονομική και την

επιστήμη της υγείας χωρίς ουσιαστική γνώση των στατιστικών και χωρίς τουλάχιστον κάποια στοιχειώδη κατανόηση του στατιστικού λογισμικού. Ο αριθμός και τα είδη πακέτων στατιστικού λογισμικού που είναι διαθέσιμα συνεχίζουν να αυξάνονται κάθε χρόνο. Στην περίπτωση της συγκεκριμένης έρευνας επιλέχθηκε το SPSS για την ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου. Το SPSS επιλέχθηκε λόγω της δημοτικότητάς του, τόσο σε ακαδημαϊκούς όσο και σε επιχειρηματικούς κύκλους, καθιστώντας το το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο πακέτο του τύπου του. Το SPSS είναι επίσης ένα ευέλικτο πακέτο, που επιτρέπει πολλούς διαφορετικούς τύπους αναλύσεων, μετασχηματισμών δεδομένων και μορφών παραγωγής - με λίγα λόγια, θα εξυπηρετήσει περισσότερο από επαρκώς τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Το πακέτο λογισμικού SPSS ενημερώνεται και βελτιώνεται συνεχώς, και έτσι με κάθε σημαντική αναθεώρηση έρχεται μια νέα έκδοση αυτού του πακέτου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Ανάλυση της Έρευνας

1. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων

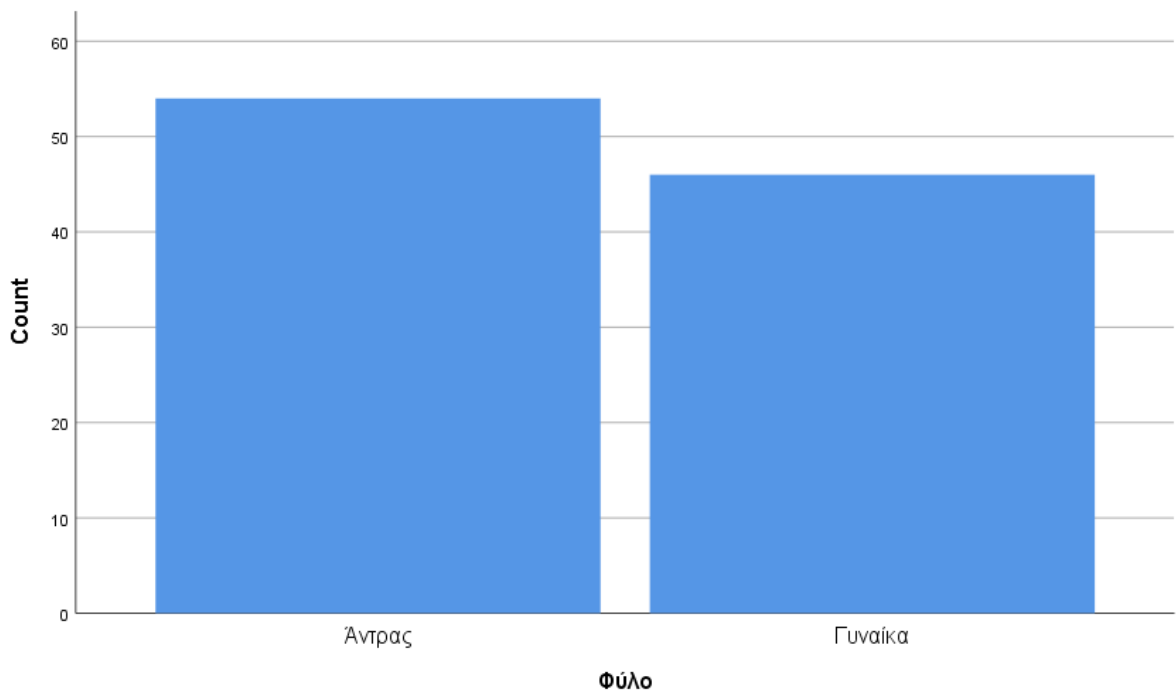
Φύλο

Άντρας			
Γυναίκα			

--	--	--	--	--

Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση το φύλο.

Από το σύνολο των 100 συμμετεχόντων, οι 54 δηλώσανε πως είναι άντρες, αποτελώντας το 54% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι υπόλοιποι 46 δηλώσανε πως είναι γυναίκες, αποτελώντας το 46% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων.



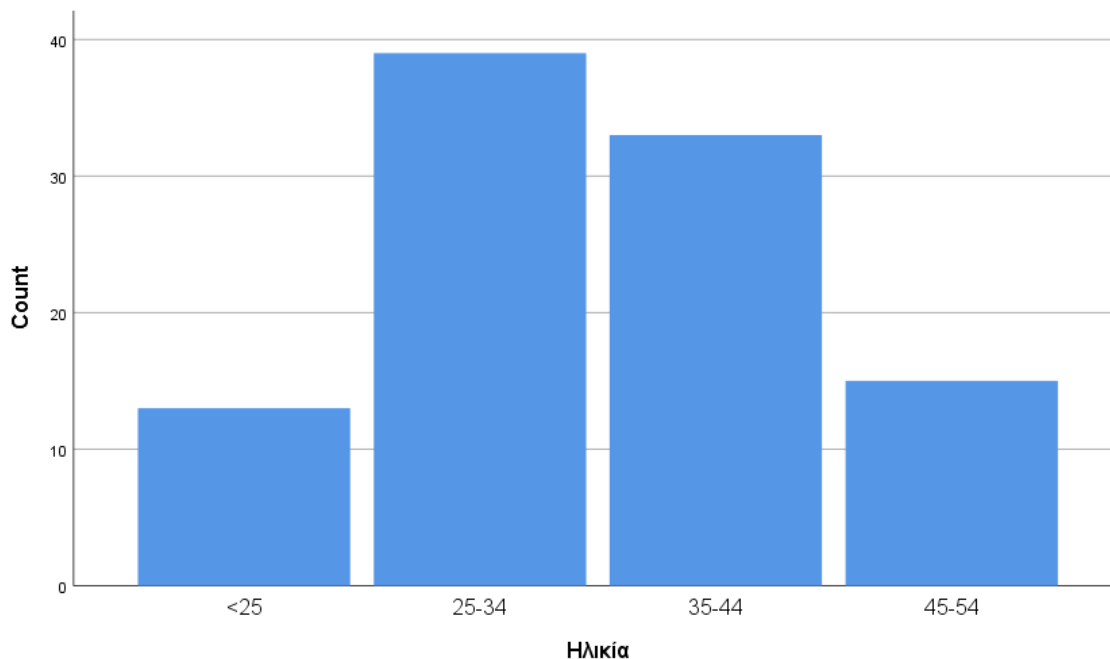
Γράφημα 1. Γραμμές κατανομής συχνότητας με βάση το φύλο.

Ηλικία

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση την ηλικία των συμμετεχόντων.

Από το σύνολο των 100 συμμετεχόντων, οι 13 συμμετέχοντες δηλώσανε ηλικία κάτω

των 25 ετών, αποτελώντας το 13% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 39 δηλώσανε ηλικία από 25 έως 34 ετών αποτελώντας το 39% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 33 δηλώσανε ηλικία από 35 έως 44 ετών, αποτελώντας το 33% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων.



Γράφημα 2. Γραμμές κατανομής συχνότητας με βάση την ηλικία των συμμετεχόντων.

Οικογενειακή Κατάσταση

Άγαμος/η			
Έγγαμος/η			
Διαζευγμένος/η			
η			

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

Από το σύνολο των 100 συμμετεχόντων οι 33 δηλώσανε άγαμος/η, αποτελώντας το 33% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 65 δηλώσανε Έγγαμος/η,

αποτελώντας το 65% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 2 δηλώσανε διαζευγμένος/η, αποτελώντας το υπόλοιπο 2% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων.

Επίπεδο Σπουδών

Τεχνολογική Εκπαίδευση			
Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση			
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος			

Πίνακας 4. Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων.

Από το σύνολο των 100 συμμετεχόντων οι 10 δηλώσανε πως ακολουθήσανε Τεχνολογική εκπαίδευση, αποτελώντας το 10% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 70 δηλώσανε Πανεπιστημιακή εκπαίδευση, αποτελώντας το 70% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι υπόλοιποι 20 δηλώσανε ότι είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, αποτελώντας το 20% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων.

Χρόνια Προϋπηρεσίας

Πίνακας 5. Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση τα χρόνια προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.

Από το σύνολο των 100 συμμετεχόντων, οι 13 συμμετέχοντες δηλώσανε λιγότερο από

5 χρόνια προϋπηρεσίας, αποτελώντας το 13% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 39 δηλώσανε 5 με 10 χρόνια προϋπηρεσίας, αποτελώντας το 39% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 33 δηλώσανε 11 έως 15 χρόνια προϋπηρεσίας, αποτελώντας το 33% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων.

Θέση Εργασίας

Ιατρός			
Νοσηλεύτης/τρια			
Διοικητικός Υπάλληλος			
Παραϊατρικό			
Προσωπικό			

Πίνακας 6. Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση τη θέση εργασίας των συμμετεχόντων.

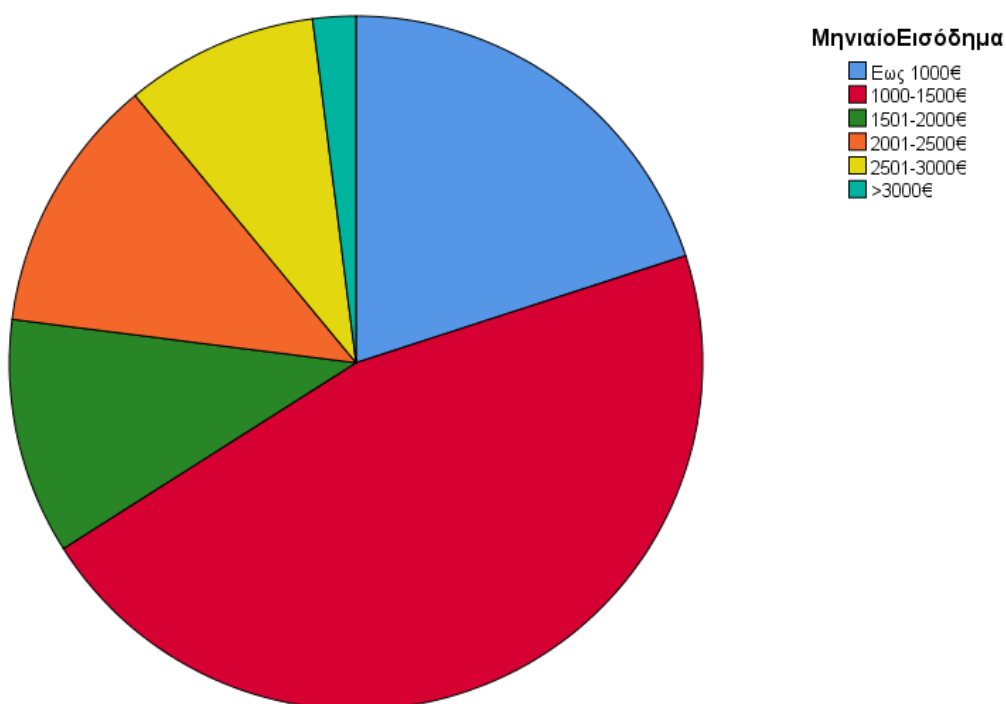
Από το σύνολο των 100 συμμετεχόντων, οι 30 ήταν ιατροί, αποτελώντας το 30% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 44 ήταν νοσηλεύτές/ριες, αποτελώντας το 44% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 21 ήταν διοικητικοί υπάλληλοι, αποτελώντας το 21% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι υπόλοιποι 5 ανήκανε στο Παραϊατρικό Προσωπικό, αποτελώντας το 5% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων.

Μηνιαίο Εισόδημα

Εως 1000€			
1000-1500€			
1501-2000€			
2001-2500€			
2501-3000€			
>3000€			

Πίνακας 7. Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα συχνότητας με βάση τη θέση εργασίας των συμμετεχόντων.

Από το σύνολο των 100 συμμετεχόντων, οι 20 δηλώσανε πως έχουν εισόδημα έως 1000€ τον μήνα, αποτελώντας το 20% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 46 δηλώσανε πως έχουν εισόδημα από 1000€ έως 1500€ τον μήνα, αποτελώντας το εισόδημα από 1501 € έως 2000€ τον μήνα, αποτελώντας το 11% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 12 δηλώσανε πως έχουν εισόδημα από 2001 € έως 2500€ τον μήνα, αποτελώντας το 9% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων. Οι 2 δηλώσανε πως έχουν εισόδημα πάνω από 3000€ τον μήνα, αποτελώντας το 2% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων.



Γράφημα 3. Πίτα κατανομής συχνότητας με βάση το μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων.

Σύμβαση Εργασίας



tailed) $>0,05$, για κάθε περίπτωση της μελέτης συσχέτισης.

4. Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της θέσης εργασίας και της αρνητικής ικανποίησης.

	Αρν	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Αρ	Θέσ
	ητικ	νητ	νητ	νητ	νητ	τικ	τικ	τικ	τικ	τικ	τικ	τικ	τικ	τικ	τικ	ηΕργ
	ή	ική	ική	ική	ική	ή	ή	ή	ή	ή	ή	ή	ή	ή	ή	ς

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

Αρνητικ
ή

ΘέσηΕρ
γασίας

Πίνακας 12. *Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ τη θέση εργασίας και την αρνητική ικανοποίηση.*

Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση συσχέτισης για την διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ τηςθέσης εργασίας και της αρνητικής ικανοποίησης. Από τα παραπάνω αποτελέσματα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση για καμία από τις ερωτήσεις της αρνητικής ικανοποίησης με το μηνιαίο εισόδημα, καθώς το Sig. (2-tailed) $>0,05$, για κάθε περίπτωση της μελέτης συσχέτισης.

5. Σύγκριση μέσων όρων ικανοποίησης μεταξύ των θέσεων εργασίας των συμμετεχόντων.

ΘέσηΕργασίας				
Αρνητική Ιατρός				

	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			
Αρνητική	Ιατρός			
	Νοσηλευτής/τρια			

Πίνακας 13. Περιγραφικά στατιστικά μέσων όρων με βάση τις θέσεις εργασίας των

Αρνητικ ή										
Αρνητικ ή										
Αρνητικ ή										
Αρνητικ ή										

Πίνακας 14. Ανάλυση ανεξαρτήτων δειγμάτων για την σύγκριση μέσων όρων ικανοποίησης μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.

Με βάση τα παραπάνω στατιστικά αποτελέσματα (βλ. Πίνακα 14), δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους αρνητικής ικανοποίησης. Αυτό εξηγείται από το ότι το Sig.(2-tailed) = >0,05 για κάθε επίπεδο (ερώτηση) στο οποίο πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των δυο ομάδων.

6. Διαφορά μέσων όρων ικανοποίησης με βάση το μηνιαίο εισόδημα.

Levene's Test for
Equality of
Variances t-test for Equality of Means

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Αρνη
τική

Πίνακας 15. Στατιστική ανάλυση ανεξαρτήτων δειγμάτων με βάση το μηνιαίο εισόδημα.

Με βάση τα παραπάνω στατιστικά αποτελέσματα (βλ. Πίνακα 14), δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους αρνητικής ικανοποίησης. Αυτό εξηγείται από το ότι το Sig.(2-tailed) = >0,05 για κάθε επίπεδο (ερώτηση) στο οποίο πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των δυο ομάδων.

7. Συμπεράσματα

Από τα παραπάνω στατιστικά αποτελέσματα, παρατηρήθηκε σε ένα γενικότερο επίπεδο πως οι συμμετέχοντες, και θέτοντάς το πιο γενικά, το προσωπικό του νοσοκομείου δεν ήταν ούτε ευχαριστημένο ούτε δυσαρεστημένο. Πιο συγκεκριμένα, υπήρχε μια «αδράνεια» ως προς την ικανοποίηση των συμμετεχόντων, δηλαδή τα επίπεδα ικανοποίησης ήταν σχετικά χαμηλά, καθώς όλοι οι μέσοι όροι σε όλα τα επίπεδα απαντήσεων τείνανε προς το 3 (διαφωνώ ελάχιστα). Ο λόγος που υπήρξε περεταίρω εστίαση στις ερωτήσεις που μετρούσανε αρνητική ικανοποίηση, ήταν διότι θα ήταν πιο εύκολο να παρατηρηθεί αν υπάρχει γενικότερη δυσαρέσκεια παρά απλή ικανοποίηση σε χαμηλά επίπεδα.

Ακόμα, δεν παρατηρήθηκε ούτε συσχέτιση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών με την ικανοποίηση, δηλαδή το μηνιαίο εισόδημα και τη θέση εργασίας, αλλά παρατηρήθηκε και στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων ικανοποίησης με βάση τη θέση εργασίας. Για αυτό το λόγο αυτό εξετάστηκε και αν υπήρχε διαφορά στους μέσους όρους ικανοποίησης με βάση το εισόδημα. Ακόμα και σε αυτή την ανάλυση, δεν παρατηρήθηκε διαφορά στο επίπεδο ικανοποίησης των συμμετεχόντων.

Βέβαια, προκύψανε κάποιοι περιορισμοί στην διαδικασία ανάλυσης του δείγματος που συλλέχθηκε. Ο πιο σημαντικός περιορισμός που προέκυψε ήταν αυτός της ίσης

κατανομής των συμμετεχόντων με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το εισόδημα, θέση εργασίας, φύλο κλπ. Αυτό δεν μας επέτρεψε να παρατηρήσουμε αν όντως δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων ικανοποίησης, καθώς οι μετρήσεις με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτά έπαιρναν μέρος σε διαφορετικά επίπεδα.

Τέλος, προτείνεται να διεξαχθεί έρευνα σε συγκεκριμένο δείγμα, όπως για παράδειγμα μόνο σε γιατρούς και να εξετασθούν διαφορές στην ικανοποίηση με βάση το εισόδημα.

Η απομόνωση τέτοιων χαρακτηριστικών θα μας βοηθήσει να αποκτήσουμε μια πιο καθαρή εικόνα ως προς την πραγματικότητα .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. Συμπεράσματα

Οι οικονομικές κρίσεις μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την κατάσταση υγείας, κυρίως λόγω της μείωσης των δημόσιων δαπανών και των εσόδων των νοικοκυριών. Και οι δύο έχουν μειωθεί αισθητά στην Ελλάδα και τα αποτελέσματα της κρίσης και της λιτότητας στην υγεία έχουν ήδη σημειωθεί, ιδιαίτερα για τις ευάλωτες ομάδες. Από την αρχή της κρίσης, έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες για τη διερεύνηση των επιπτώσεων στη δημόσια υγεία και οι τελευταίες διαθέσιμες πληροφορίες εξετάζονται εδώ. Παρόλο που θα χρειαστούν αρκετά χρόνια για να αξιολογηθούν πλήρως τα πλήρη αποτελέσματα της κρίσης για την υγεία του πληθυσμού, οι βασικοί δείκτες έχουν ήδη επιδεινωθεί σημαντικά. Όσον αφορά την υγεία του πληθυσμού, τα πρώτα αποτελέσματα της κρίσης σημειώθηκαν στην αυτοαναφερόμενη υγεία, ψυχική υγεία και λοιμώδη νοσήματα. Μελέτες αυτοτροφοδοτούμενης υγείας, χρησιμοποιώντας ένα δείκτη αναφοράς πριν από την κρίση, διαπίστωσαν αύξηση της επικράτησης των ατόμων που ανέφεραν την υγεία τους ως κακή και που συνέδεσαν αυτήν την εξέλιξη με την οικονομική κρίση. Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στους ανθρώπους που ανέφεραν μη ικανοποιημένες ιατρικές και οδοντικές ανάγκες.

Τα περισσότερα από τα μέτρα μεταρρύθμισης που εισήχθησαν μετά το 2010 στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, καθορίστηκαν από εξωτερικούς παράγοντες και προσδιορίζονται ως στόχοι στο ΜΣ. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί παράδοξο δεδομένου ότι αρκετά από τα μέτρα προτάθηκαν στο παρελθόν και δεν είναι καινούργια. Οι τομείς προτεραιότητας και τα απαραίτητα μεταρρυθμιστικά μέτρα που αφορούν την αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, τη συγκέντρωση οικονομικών πόρων, την αλλαγή του συστήματος παροχής πληρωμών, την εισαγωγή νέων διοικητικών μεθόδων, τη θέσπιση μηχανισμών κόστους-αποτελεσματικότητας και παρακολούθησης και την ανάπτυξη πολιτικών για καλύτερη κατανομή πόρων αναλύθηκε και αναπτύχθηκε επανειλημμένα από την κοινότητα των επιστημόνων. Το παράδοξο έγκειται στο γεγονός ότι, μολονότι τα διαρθρωτικά προβλήματα του συστήματος υγείας είχαν αναγνωριστεί, η έλλειψη πολιτικής βούλησης για την προώθηση αλλαγών κατέστησε τις προτάσεις μεταρρύθμισης μόνο ασκήσεις σε χαρτί.

Η εξήγηση των οδηγιών της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα δεν

είναι απλώς μια ιστορία της κυβέρνησης που ανταποκρίνεται σε εξωτερικούς κραδασμούς, αν και αυτός είναι ένας βασικός παράγοντας. Σε μια πρόσφατα δημοσιευθείσα μελέτη για την Αγγλία και την Ιταλία βγήκε το συμπέρασμα ότι οι οικονομικοί κλονισμοί παράλληλα δημιουργούν παράθυρα ευκαιριών για σημαντική αλλαγή πολιτικής και δεν παίζουν σημαντικό ρόλο ως "συγκεκριμένα συστήματα". Εντούτοις, τα άλματα του συστήματος δεν επηρεάζονται από την εξήγηση των αλλαγών στη ρύθμιση. Αντίθετα, το περιεχόμενο, το χρονοδιάγραμμα και η επιτυχής μετάβαση των μεταρρυθμίσεων εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την αποδοχή και τη διάδοση των ιδεών πολιτικής από πολιτικούς παράγοντες, οι οποίοι, με γνώμονα την πολιτική ιδεολογία, προωθούν ορισμένες λύσεις πολιτικής. Μια επιτυχημένη διαδικασία αλλαγής πρέπει να διαταράξει την αυτοδιάθεση που είναι χαρακτηριστική των κρατικών πολιτικών οργανώσεων και αυτή η διαταραχή συμβαίνει κυρίως μέσω εξωτερικά παραγόμενων πληροφοριών διαμόρφωσης συμπεριφοράς. Με βάση αυτές τις ιδέες καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι στην περίπτωση της Ελλάδας η ύπαρξη παραπλανητικών χαρακτηριστικών του συστήματος παρείχε το έδαφος για τη μεταρρύθμιση, αλλά ελλείψει πολιτικής βούλησης να οδηγήσει το πρόγραμμα εσωτερικής μεταρρύθμισης. Ο ρόλος των οικονομικών κρίσεων είναι κρίσιμος για την προώθηση αλλαγών, δεδομένου ότι οι πολιτικοί παράγοντες, οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων και οι ενδιαφερόμενοι φαίνεται να διαφωνούν θεμελιωδώς σχετικά με τις αξίες και την κατεύθυνση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας.

Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιούνται επί του παρόντος στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν επικεντρωθεί κυρίως σε επιχειρησιακές, δημοσιονομικές και διαχειριστικές διαστάσεις. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί λογικό, καθώς οι μεταρρυθμίσεις επιχειρούν να αντιμετωπίσουν σοβαρά μακροπρόθεσμα προβλήματα. Ωστόσο, αυτή η προοπτική φαίνεται να αγνοεί την πλευρά των πολιτών / ασθενών της εξίσωσης, δεδομένου ότι η διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας με επίκεντρο τον ασθενή φαίνεται ότι δεν εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της τρέχουσας δέσμης μεταρρυθμίσεων. Προκειμένου το ελληνικό σύστημα υγείας να επιτύχει τους καθορισμένους στόχους του - να παρέχει ολοκληρωμένες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες δίκαια, παγκοσμίως και δωρεάν στο σημείο παράδοσης - θα πρέπει να προσανατολίζεται προς τους πολίτες και να διευκολύνει τον προσανατολισμό των ασθενών στο σύστημα. Ωστόσο, το ελληνικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να είναι χαοτικό για τους ασθενείς, δεδομένου ότι ένα σύστημα παραπομπής που βασίζεται σε γενική ιατρική ή σε ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει παραταθεί (το 2014) και δεν έχουμε ακόμη διαπιστώσει εάν η

εφαρμογή του είναι επιτυχής. Από την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, η Ελλάδα δεν διαθέτει καθολικό, ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βασισμένο σε GP, με λειτουργίες θυροτηλεόρασης, ιδιαίτερα σε αστικές περιοχές. Άλλοι τομείς που δεν έχουν συμπεριληφθεί στην ατζέντα της μεταρρύθμισης για την υγεία είναι μέτρα για τη διασφάλιση της συνέχειας της περίθαλψης, την καθιέρωση υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας και την ενσωμάτωση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας. Κατά συνέπεια, μέχρι τώρα το περιεχόμενο και η διαδικασία αλλαγής έχουν περιοριστεί σε μια αυστηρά τεχνοκρατική / διαχειριστική άσκηση, χωρίς να ληφθούν επαρκώς υπόψη οι πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Μέρος Α: Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο : Άντρας

Γυναίκα

2. Ηλικία : < 25

25 – 34

35 – 44

45 – 54

> 55

3. Οικογενειακή Κατάσταση : Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η
Χήρος/α

4. Επίπεδο Σπουδών :

Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης

Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης

Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος

Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος

5. Χρόνια Προϋπηρεσίας :

< 5

5 – 10

11 – 15

16 – 20

> 20

6. Θέση Εργασίας :

Ιατρός

Νοσηλεύτης/τρια

Διοικητικός Υπάλληλος

Παραϊατρικό Προσωπικό

Άλλο

7. Καθαρό Μηνιαίο Εισόδημα (μετά φόρων και κρατήσεων) :

Έως 1.000 €

- 1.000 – 1.500 €
- 1.501 – 2.000 €
- 2.001 – 2.500 €
- 2.501 – 3.000 €
- > 3.000 €

8. Εργάζεστε ως :

- Μόνιμος Υπάλληλος
- Συμβασιούχος

Μέρος Β : Εργασιακή Ικανοποίηση (απαντήσεις από 1-5, κατά το οποίο

1=διαφωνώ απόλυτα και 6=συμφωνώ απόλυτα).

Ερωτήσεις						
1. Είμαι ικανοποιημένος/η από τον μισθό που παίρνω.						
2. Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τις πρόσθετες παροχές (ασφαλιστική κάλυψη, άδειες μετ' αποδοχών, συνταξιοδοτικές προοπτικές) που λαμβάνω, πέραν του μισθού.						
3. Η αμοιβή μου είναι δίκαιη για την δουλειά που προσφέρω.						
4. Υπάρχουν αρκετές ευκαιρίες για προαγωγή στην εργασία μου.						
5. Ο/η προϊστάμενος/η σας είναι ικανός/η στην εκτέλεση της εργασίας του.						

6. Θεωρείτε πως η αξιολόγησή σας από τον/την προϊστάμενο/η σας είναι αντικειμενική.						
7. Όταν κάνω καλά την δουλειά μου αναγνωρίζεται όπως πρέπει από τον/την προϊστάμενο/η μου.						
8. Ο/η προϊστάμενος/η ενδιαφέρεται ελάχιστα για τα αισθήματα των υφισταμένων του.						
9. Πολλές από τις διαδικασίες που ακολουθώ στην δουλειά, μου κάνουν την διεκπεραίωσή της πιο δύσκολη.						
10. Μερικές φορές αισθάνομαι πως η εργασία μου δεν έχει νόημα.						
11. Θεωρείτε πως υπάρχει έλλειψη προσωπικού στο τμήμα που εργάζεστε.						
12. Στα πλαίσια της εργασίας μερικές φορές θεωρείτε πως σας έχει ανατεθεί μεγάλος φόρτος εργασίας.						
13. Πιστεύετε πως δουλεύεται παραπάνω στο τμήμα σας εξαιτίας της ανικανότητας κάποιων συναδέλφων σας.						
14. Η εργασία σας επηρεάζει αρνητικά την κοινωνική σας ζωή.						
15. Στο τμήμα σας υπάρχει συνεργασία και ομαδικό πνεύμα μεταξύ των συναδέλφων.						
16. Υπάρχει εύκολη συνεργασία μεταξύ συναδέλφων διαφορετικών τμημάτων.						
17. Οι συνάδελφοί σας από την προηγούμενη βάρδια σας επιβαρύνουν με εργασία που θα έπρεπε κανονικά οι						

ίδιοι να έχουν ολοκληρώσει κατά την δική τους βάρδια.						
18. Αισθάνομαι συχνά πως δεν γνωρίζω τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσω στο τμήμα μου.						
19. Δυσκολεύομαι στην δουλειά μου λόγω των γραφειοκρατικών διαδικασιών που ακολουθώ τακτικά						
20. Υπήρξε κατάλληλη εκμάθηση και υπόδειξη των διαδικασιών που ακολουθώ στην εργασία μου πριν αναλάβω καθήκοντα.						
21. Λαμβάνω σε μεγάλο βαθμό σεβασμό και δίκαιη μεταχείριση από τον/την προϊστάμενο/η μου.						
22. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η από αυτό που έχω καταφέρει στην δουλειά μου όταν επιστρέφω σπίτι.						
23. Συμπαθώ τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύω μαζί.						
24. Νιώθω πως λαμβάνω προσωπική ανάπτυξη από την δουλειά μου.						
25. Θεωρώ πως η δουλειά μου είναι ενδιαφέρουσα.						
26. Έχω συνεχή υποστήριξη από συναδέλφους μου στην δουλειά.						
27. Ασκώ σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητη δράση και πρωτοβουλία στην δουλειά μου.						
28. Συχνά τις δουλειές που μου αναθέτουν, δεν μου τις επεξηγούν πλήρως.						

29. Δεν νιώθω ασφάλεια όσον αφορά το μέλλον μου στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.						
30. Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η διοίκηση του νοσοκομείου σας παρακινεί ώστε να γίνεται πιο αποδοτικός/ή.						
31. Η δυνατότητα που μου δίνεται ώστε να λαμβάνω μέρος στις αποφάσεις του τμήματος μου είναι υψηλή.						
32. Αισθάνεστε πως το επίπεδο της ατομικής σας παρακίνησης από την διοίκηση του νοσοκομείου είναι χαμηλό.						
33. Θεωρείτε πως σε περίοδο κρίσης ο μόνος τρόπος παρακίνησης είναι τα οικονομικά κίνητρα.						
34. Θεωρείτε πως εργάζεστε σε ευχάριστο περιβάλλον.						
35. Δέχετε συχνά φιλοφρονήσεις και επαίνους από τον/την προϊστάμενο/η σας.						
36. Υπάρχουν πολλοί διαπληκτισμοί και διαμάχες στην δουλειά σας.						

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αναγνωστόπουλος, Φ., (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Αθήνα: Νέα Υγεία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, τεύχος 70, σ. 2-3.
- Θεοδώρου, Θ., (2009). Η οικονομική κρίση. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, Εκπαιδευτικό άρθρο, σ. 1
- Καρακώστα, Ν., (2010). Ανθυγιεινές οι περικοπές δαπανών. Αθήνα: Εφημερίδα Διάγνωση, Φύλλο 198. σ. 12.
- Κυριόπουλος, Γ., (2010). Τα οικονομικά της τρόικα στην υγεία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, σ. 21-24.
- Μπούρας, Γ., Λύκουρας, Λ., (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. Αθήνα: Εγκέφαλος, Τεύχος 48, σ. 54-61
- Προβόπουλος, Γ., (2009). Ο ρόλος του πιστωτικού συστήματος στην έξοδο από την κρίση. Αθήνα: Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδας (Ο.Κ.Ε.). Ομιλία Διοικητή Τράπεζας της Ελλάδας, σ. 1-12.
- Σουλιώτης, Κ., (2010). Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή. Αθήνα: Άρθροεφημερίδας «Ημερήσια», 03/2010, σ. 14.

Αγγλική

- Appleby J. (2008). The credit crisis and health care. *BMJ* 337: a2259 - a2259.
- Dimoliatis G., Kyriopoulos G., Laggas D. &Philalithis, P. (2006). Public health in Greece. Athens: Themelio.
- Hellenic Statistical Authority. (2014). Press Release: Health Expenditure - Health Accounts System 2009-2012 (provisional estimates). Piraeus
- Hellenic Statistical Authority. (2015). Press Release: Health Survey Year 2014. Piraeus
- Ifantopoulos G., Balourdos D. & Nikolopoulos K. (2009). Economic and social dimensions of the welfarestate. Athens: Dardanos/Gutenberg.
- International labour organization. (2009). Global employment trends 2009. Geneva: ILO.
- International Monetary Fund. (2009). Global Economic Slump Challenges

policies. [Online] Available at: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01> [Access 15/12/2016].

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M. &Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378: 1457-8.

Kyriopoulos, G. (2010). The impact of the economic crisis on health and health care. In: 16th Panhellenic Congress of Internal Medicine. Athens, 12-16 October, 2010.

Manti P. &Tselepi Ch. (2000). Sociological and Psychological approach of hospitals / health services. 1st ed. Patras: Hellenic Open University.

Mossialos E. & Le Grand J. (1999). Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate: Aldershot.

Mossialos E., Dixon A., Figueras J. &Kutzin J. (2002). Funding health care: options for Europe. Philadelphia: Open University Press.

Niakas D. (2013). Mr. Minister of Health, the 52 Auxiliary Beds in the Attic hospital and not only. [Online] Available at: <http://www.ygeianet.gr/keimeno.php?id=39646>[Access, 15/12/2016].

Niakas D. (2014). Greek financial crisis and the effects on health care system. *Hellenic Journal of Nutrition - Dietetics* 5 (1): 3-7.

Prantsidou D. (2010). Connecting the economic development with the health inequalities. *Health Review* 21 (126): 10-14.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. & McKee M. (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J* 78(3): 142-145.

W

o

r

l

d

H

e

a

l

t

h

O

r