

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΤΙΤΛΟΣ

**Οι επιπτώσεις των περιοριστικών πολιτικών στα επίπεδα
υγείας του γενικού πληθυσμού**

ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Επιβλέπων:

Σκαμνάκης Χριστόφορος

Σπουδαστής:

Λεγάκης Κωνσταντίνος

ΑΘΗΝΑ - 2018

**Οι επιπτώσεις των περιοριστικών πολιτικών στα
επίπεδα υγείας του γενικού πληθυσμού**

ΕΣΔΔΑ

Λεγάκης Κωνσταντίνος

© 2018

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Δήλωση

«Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής.»

Αθήνα, 12/12/2018

Υπογραφή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από το έτος 2010 κι εντεύθεν, το ελληνικό κράτος προκείμενου να εξορθολογίσει τα δημοσιονομικά και μακροοικονομικά μεγέθη του, εφάρμοσε μία σειρά από περιοριστικές οικονομικές πολιτικές με μεγάλες κοινωνικοοικονομικές συνέπειες. Η αύξηση της ανεργίας, των ανασφάλιστων πολιτών και η μείωση του εισοδήματος και της κατανάλωσης επιδείνωσαν τις συνθήκες διαβίωσης των ελληνικών νοικοκυριών. Παράλληλα, το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται διαχρονικά από στρεβλώσεις, μεταξύ των οποίων και της υποχρέωσης των πολιτών να καταβάλλουν υψηλές ίδιες πληρωμές, προκείμενου να λαμβάνουν τις αναγκαίες υγειονομικές υπηρεσίες.

Αντικείμενο της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τις επιπτώσεις των περιοριστικών πολιτικών στην εξέλιξη της υγείας του πληθυσμού της Ελλάδος. Όμως ειδικότερα, στόχος της είναι να ρίξει φως σε μία συγκεκριμένη διάστασή της, που είναι οι συνέπειες που έχουν οι περιοριστικές πολιτικές στις ίδιες πληρωμές υγείας των ελληνικών νοικοκυριών και κατ' επέκταση στον οικογενειακό προϋπολογισμό και στις επιλογές τους, για τη λήψη των απαιτούμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Προκείμενου να καταλήξουμε στα παραπάνω συμπεράσματα, ως μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, είναι η ανάλυση δευτερογενών δεδομένων από τις στατιστικές βάσεις της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat), του ΟΟΣΑ, καθώς και από τις έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών που διενεργεί ετησίως η ΕΛΣΤΑΤ. Παράλληλα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής έρευνας, κυρίως ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, για τη θεωρητική αποτύπωση των βασικών πτυχών του φαινομένου των απευθείας πληρωμών υγείας στην Ελλάδα.

Η πρακτική και επιστημονική συνεισφορά της συγκεκριμένης εργασίας έγκειται στη συμβολή της στο διεθνή επιστημονικό διάλογο σχετικά με την ανησυχητικά ανοδική τάση των απευθείας πληρωμών στα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, ενώ παράλληλα επισημάνσεις της, μπορούν να υποστηρίξουν τεκμηριωμένες προτάσεις πολιτικής.

Λέξεις – Κλειδιά: Ίδιες πληρωμές υγείας, Πολιτικές υγείας, Δαπάνη υγείας, Οικογενειακός προϋπολογισμός, Οικονομική κρίση, Περιοριστικές πολιτικές

ABSTRACT

Since 2010, the Greek State, has implemented a series of restrictive economic policies with huge socio-economic consequences, in order to rationalize its fiscal and macroeconomic aggregates. The increasing unemployment and uninsured citizens, as well as the falling incomes and consumption, have exacerbated the living conditions of Greek households. At the same time, the health system is characterized consistently by distortions, including the obligation for citizens to make out of pocket payments in order to receive the necessary health services.

The subject of this research is to examine the impact of restrictive policies on health levels of the Greek population. Particularly, the aim of this study is to make clear a specific dimension on health progress, which is the consequences of restrictive policies on out of pocket payments and, by extension, on the household budget and choices for obtaining the required health services.

The methodology which followed, in order to reach the above conclusions, was the secondary data analysis from Eurostat and OECD databases, as well as from the household budget surveys conducted annually by Hellenic Statistical Authority. Meanwhile, the method of literature research, mainly foreign-language, used for theoretical statement of the main aspects of out of pocket payments phenomenon in Greece.

The practical and scientific impact of this study is its contribution to the international scientific debate on the worrying upward trend of out of pocket payments in most European health systems, while at the same time the highlights can support valid policy proposals.

Keywords: Out of Pocket Payments, Health Policies, Health Expenditure, Household Budget, Economic Crisis, Restrictive Policies

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την αναλυτική καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές του επιβλέποντος καθηγητή κ. Σκαμνάκη Χριστόφορου, τον οποίο κι ευχαριστώ από καρδιάς.

Πίνακας περιεχομένων

Ευρετήριο Γραφημάτων	VIII
Ευρετήριο Πινάκων	X
Πίνακας Συντμήσεων και Συντομογραφιών.....	XI
Εισαγωγή	1
1 Υπόθεση Εργασίας	2
2 Βιβλιογραφική Επισκόπηση	4
3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	11
3.1 Βασικά χαρακτηριστικά του υποσυστήματος χρηματοδότησης.....	11
3.2 Μηχανισμοί και τρόποι χρηματοδότησης.....	15
3.3 Η έννοια και οι μορφές των απευθείας πληρωμών υγείας	17
4 Αιτίες και συνέπειες των υψηλών απευθείας πληρωμών υγείας στην Ελλάδα	21
4.1 Οι αιτίες των υψηλών απευθείας πληρωμών υγείας.....	21
4.2 Οι επιπτώσεις των υψηλών απευθείας πληρωμών υγείας	24
5 Περιοριστικές οικονομικές πολιτικές και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στην Ελλάδα των μνημονίων	27
5.1 Δημοσιονομικό και μακροοικονομικό πλαίσιο	27
5.2 Κοινωνικοοικονομικό κόστος.....	31
5.2.1 Αγορά εργασίας	31
5.2.2 Φτώχεια.....	34
5.2.3 Εισοδηματική Ανισότητα.....	40
6 Πολιτικές υγείας και ίδιες πληρωμές στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης...43	

6.1 Χρηματοδότηση.....	43
6.2 Ασφάλιση υγείας.....	44
6.3 Παροχή υπηρεσιών υγείας.....	47
6.4 Φαρμακευτική πολιτική.....	49
7 Η εξέλιξη της υγειονομικής δαπάνης και των απευθείας πληρωμών υγείας στην Ελλάδα.....	52
8 Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής (Αντί Επιλόγου).....	67
Βιβλιογραφία.....	71

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 3.1: Το τρίγωνο της φροντίδας υγείας	12
Γράφημα 3.2: Βασική δομή και λειτουργίες συστήματος υγείας	13
Γράφημα 3.3: Ο κύβος της καθολικής κάλυψης υγείας	15
Γράφημα 5.1: Εξέλιξη δημόσιου χρέους (2007 – 2017)	28
Γράφημα 5.2: Έσοδα, Δαπάνες και Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό ΑΕΠ (2007 – 2017)	28
Γράφημα 5.3: Έμμεσοι, Άμεσοι φόροι ως % ΑΕΠ και λόγος έμμεσων/άμεσων φόρων (2007 – 2016)	29
Γράφημα 5.4: Εξέλιξη πραγματικού ΑΕΠ κατά κεφαλή (Έτος βάσης: 2010)	30
Γράφημα 5.5: Μέση μηνιαία δαπάνη αγορών ελληνικών νοικοκυριών, σταθερές τιμές 2017 (2008 - 2017)	31
Γράφημα 5.6: Εξέλιξη ανεργίας και μακροχρόνιας ανεργίας ως ποσοστό του ενεργού πληθυσμού (2007 – 2017)	32
Γράφημα 5.7: Μερική απασχόληση ως ποσοστό της συνολικής απασχόλησης (2007 – 2017)	33
Γράφημα 5.8: Κατώτατοι μηνιαίοι μισθοί σε όρους αγοραστικής δύναμης PPS (Έτος: 2018)	34
Γράφημα 5.9: Εξέλιξη δεικτών ποσοστού φτώχειας (2008 – 2017)	35
Γράφημα 5.10: Χάσμα φτώχειας ως ποσοστό του ορίου σχετικής φτώχειας (2007 – 2017)	37
Γράφημα 5.11: Ποσοστό ατόμων στο όριο της φτώχειας στην Ελλάδα ανάλογα με	38
Γράφημα 5.12: Ύψος και διαφορά σχετικής φτώχειας πριν και μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις ως ποσοστό (2008 – 2017)	39

Γράφημα 5.13: Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού κατά ηλικιακή ομάδα (2007 – 2017)	39
Γράφημα 5.14: Εξέλιξη δείκτη Gini (%) για Ελλάδα και ευρωζώνη (2007 – 2017)	41
Γράφημα 5.15: Εξέλιξη δείκτη ανισότητας S80/S20 για Ελλάδα και Ευρωζώνη (2007 – 2017)	41
Γράφημα 7.1: Εξέλιξη συνολικής δαπάνης υγείας %ΑΕΠ (2007 – 2017)	53
Γράφημα 7.2: Διάρθρωση συνολικής δαπάνης υγείας ως ποσοστό (2009 , 2012 , 2016)	56
Γράφημα 7.3: Εξέλιξη δημόσιας δαπάνης υγείας % ΑΕΠ (2007 – 2017)	57
Γράφημα 7.4: Ίδιες πληρωμές υγείας σε τρέχουσες τιμές, (χιλ. ευρώ, 2008 - 2016)	58
Γράφημα 7.5: Ίδιες πληρωμές υγείας % ΑΕΠ (2008 - 2016)	59
Γράφημα 7.6: Ποσοστιαία κατανομή των ίδιων πληρωμών υγείας στους υγειονομικούς παρόχους (2009 και 2016)	61
Γράφημα 7.7: Ποσοστό πληθυσμού σε πεμπτημόρια εισοδήματος με ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, λόγω κόστους (2008, 2017)	62
Γράφημα 7.8: Εξέλιξη του ποσοστού πληθυσμού με ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, λόγω κόστους για το φτωχότερο και πλουσιότερο πεμπτημόριο (2008 - 2017)	63
Γράφημα 7.9: Μέση μηνιαία δαπάνη υγείας σε ευρώ και λόγος (%) μέσης δαπάνης υγείας προς μέση δαπάνη αγορών ελληνικών νοικοκυριών (2004, 2008 – 2017)	64
Γράφημα 7.10: Ζεύγη δημόσιας δαπάνης υγείας και λόγου μέσης δαπάνης υγείας προς μέση μηνιαία δαπάνη αγορών ελληνικών νοικοκυριών (2004, 2008 – 2017)	66

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 3.1: Τύποι συμμετοχής στο κόστος υπηρεσιών υγείας	19
Πίνακας 7.1: Δαπάνες υγείας σε χιλ. ευρώ και ποσοστιαία μεταβολή τους (2009 - 2016)	54
Πίνακας 7.2: Δημόσια δαπάνη υγείας και δαπάνη γενικής κυβέρνησης σε χιλ. ευρώ (2009 και 2016)	57
Πίνακας 7.3: Κατανομή ίδιων πληρωμών σε παρόχους υγείας (2009, 2012, 2016)	60
Πίνακας 7.4: Μέση μηνιαία δαπάνη αγορών και μέση μηνιαία δαπάνη υγείας ελληνικών νοικοκυριών (2004, 2008 - 2017)	64
Πίνακας 7.5: Εξέλιξη δημόσιας δαπάνης υγείας και λόγου (%) μέσης δαπάνης υγείας προς μέση δαπάνη αγορών ελληνικών νοικοκυριών (2004, 2008 – 2017)	65

Πίνακας Συντμήσεων και Συντομογραφιών

- OECD:** Organization for Economic Co-Operation and Development
- PPS:** Purchasing Power Standard
- UNESCO:** United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
-
- ΓΣΕΕ:** Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
- ΔΝΤ:** Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
- ΕΕ:** Ευρωπαϊκή Ένωση
- ΕΚΠΑ:** Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- ΕΚΠΥ:** Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας
- ΕΛΣΤΑΤ:** Ελληνική Στατιστική Αρχή
- ΕΟΠΥΥ:** Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- ΕΣΥ:** Εθνικό Σύστημα Υγείας
- ΗΠΑ:** Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
- ΙΚΑ – ΕΤΑΜ:** Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
- ΚΥΑ:** Κοινή Υπουργική Απόφαση
- ΜηΣυΦα:** Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα
- ΟΑΕΕ:** Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
- ΟΓΑ:** Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
- ΟΔΠΥ:** Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας
- ΟΟΣΑ:** Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

- ΟΠΑΔ:** Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
- ΠΕΔΥ:** Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
- ΠΕΣΥ:** Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
- ΠΟΠ:** Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής
- ΠΟΥ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- ΠΦΥ:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- ΣΕΥΥΠ:** Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας
- ΣΛΥ:** Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
- ΤΕΙ:** Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
- ΥΑ:** Υπουργική Απόφαση
- ΥΠΕ:** Υγειονομική Περιφέρεια
- ΦΚΑ:** Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης

Εισαγωγή

Η Ελλάδα εδώ και περίπου μία δεκαετία, υφίσταται τις συνέπειες μίας βαθιάς και παρατεταμένης οικονομικής κρίσης. Η περίοδος αυτή είναι από τις πιο κρίσιμες της σύγχρονης ιστορίας της, καθώς έχει επιφέρει πολλαπλές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων. Η λογική των προγραμμάτων διάσωσης βασίστηκε στην περικοπή δαπανών, με αποτέλεσμα το κοινωνικό κράτος να δέχεται έντονες πιέσεις για την επίτευξη των επιβληθέντων δημοσιονομικών στόχων. Ένας από τους πιο βασικούς και πολύπλοκους μηχανισμούς του κοινωνικού κράτους αποτελεί το σύστημα υγείας (Μπουρσανίδης, 2010, σ. 249), το οποίο αποτέλεσε πεδίο διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων κατά την εφαρμογή των ΠΟΠ. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές, μαζί με τις γενικότερες περιοριστικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν, δημιούργησαν πολλαπλές συνέπειες στα επίπεδα υγείας του πληθυσμού.

Για το λόγο αυτό η συγκεκριμένη εργασία θα εξετάσει τις επιπτώσεις των περιοριστικών πολιτικών στην εξέλιξη υγείας του πληθυσμού της Ελλάδος. Σημειώνεται όμως πως δεν θα παρουσιαστούν οι επιδράσεις στους δείκτες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών, καθώς έχει ήδη διενεργηθεί ένα μεγάλο πλήθος ερευνών σε αυτό το επιστημονικό πεδίο με ενίοτε αντικρουόμενα συμπεράσματα (Granados & Rodriguez, 2015; Chantzaras & Yfantopoulos, 2017; Νοικοκυράκης, Τασιόπουλος, & Σαράφης, 2018). Εξάλλου οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των περιοριστικών πολιτικών στην κατάσταση και στα επίπεδα υγείας του πληθυσμού ενδεχομένως να αποκαλυφθούν σταδιακά με το πέρασμα των χρόνων. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να ρίξει φως σε μία συγκεκριμένη διάσταση της εξέλιξης υγείας, που είναι οι συνέπειες που έχουν οι περιοριστικές πολιτικές στις ίδιες πληρωμές υγείας των ελληνικών νοικοκυριών και κατ' επέκταση στον οικογενειακό προϋπολογισμό και στις επιλογές τους για τη λήψη των απαιτούμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

1 Υπόθεση Εργασίας

Το ζήτημα των απευθείας πληρωμών υγείας στην Ελλάδα, βρίσκεται στο επίκεντρο του επιστημονικού διαλόγου εδώ και δεκαετίες, αποτελώντας μία από τις βασικές χρόνιες στρεβλώσεις του ΕΣΥ της χώρας μας (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005; Economou C., 2010, p. 158). Οι συγκεκριμένες καταλαμβάνουν ένα μεγάλο ποσοστό τόσο του διαθέσιμου εισοδήματος των ελληνικών νοικοκυριών, όσο και της συνολικής δαπάνης υγείας. Έρευνες έχουν δείξει πως μπορεί τα τελευταία χρόνια να υπάρχει μία σταδιακή αποκλιμάκωσή τους σε πραγματικές τιμές, ταυτόχρονα όμως έχουν καταδείξει και μία αυξανόμενη ζήτηση για αυτές από τους παρόχους υγείας (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018; Souliotis, et al., 2015).

Παράλληλα, η οικονομική κρίση που πλήττει τη χώρα μας, έχει επηρεάσει τις συνθήκες διαβίωσης των νοικοκυριών. Η φτώχεια, η ανεργία και η ανισότητα έχουν ανέβει σε υψηλά επίπεδα, ενώ το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών έχει μειωθεί, ως συνέπεια των πολιτικών λιτότητας που εφαρμόζονται εδώ και εννιά περίπου χρόνια (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2018). Όμως οι ανάγκες υγείας παραμένουν και τα ελληνικά σπιτικά αναγκάζονται να δαπανούν μέρος από το διαθέσιμο εισόδημα τους προκειμένου να λάβουν τις απαραίτητες υγειονομικές υπηρεσίες. Εύλογα επομένως μπορεί να υποθεθεί πως οι περιοριστικές οικονομικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα από το 2010 αύξησαν το βάρος των απευθείας πληρωμών υγείας στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και κατ' επέκταση περιόρισαν τις επιλογές τους των ελληνικών νοικοκυριών για τη λήψη υπηρεσιών υγείας. Προκειμένου όμως να υλοποιηθεί μία πλήρης επιστημονικά έρευνα για την ανωτέρω υπόθεση, θα πρέπει να πέσει φως σε διάφορες πτυχές της.

Αρχικά, α) πρέπει να μελετηθεί η έννοια των απευθείας πληρωμών υγείας και ο ρόλος τους στο υποσύστημα χρηματοδότησης. Ακολούθως, β) θα διερευνηθούν οι διαχρονικές αιτίες και συνέπειες του μεγάλου ύψους τους στην Ελλάδα. Σε τρίτο στάδιο γ) θα μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι περιοριστικές οικονομικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα από το 2010 και μετά, επηρέασαν το εισόδημα και την κοινωνική κατάσταση των ελληνικών νοικοκυριών, ως ένα κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο εντός του οποίου αυτά καλούνται να ικανοποιήσουν τις υγειονομικές τους ανάγκες. Στο επόμενο στάδιο δ) θα εστιάσουμε σε εκείνες τις πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα στα χρόνια των μνημονίων, οι οποίες άμεσα ή έμμεσα

μετέβαλαν το ύψος των απευθείας πληρωμών των σπιτικών. Στο τελευταίο στάδιο ε) θα αναλυθεί η εξέλιξη και η δομή της υγειονομικής δαπάνης και των απευθείας πληρωμών υγείας, ως συνέπεια των ανωτέρω πολιτικών.

2 Βιβλιογραφική Επισκόπηση

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι πληρωμές των χρηστών υγείας (Σίσκου, 2006, σ. 35) ή ίδιες (Οικονόμου, 2004, σ. 248) ή απευθείας πληρωμές (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007, σ. 126; Μπουρσανίδης, 2017, σ. 67), γνωστές και ως Out-of-Pocket Payments, ορίζονται ως εκείνες που πραγματοποιούνται από ιδιώτες σε παρόχους υγειονομικής φροντίδας κατά τη χρήση της υπηρεσίας (World Health Organization, 2018). Το ζήτημα αυτό στη χώρα μας δεν είναι καινούργιο, αντιθέτως έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα εδώ και δεκαετίες, καθώς οι συγκεκριμένες καταλαμβάνουν σημαντικό κομμάτι της συνολικής υγειονομικής δαπάνης (Economou C. , 2015, p. 117; Economou C. , 2010, p. 57), αποτελώντας προϊόν ελλιπούς θεσμικής κάλυψης (Μπουρσανίδης, 2017, σ. 70). Επιπρόσθετα, δημιουργούν ζητήματα ανισότητας ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και επιδρούν αρνητικά στην κατανομή των πόρων, στο βαθμό που οι υπηρεσίες δεν καταναλώνονται από εκείνους που τις έχουν περισσότερο ανάγκη και θα επωφεληθούν περισσότερο (Liaropoulos, Siskou, Kaitelidou, Theodorou, & Katostaras, 2008, p. 73; Economou C. , Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso, & Sissouras, 2015).

Λύση στο φαινόμενο αυτό, προσπάθησε να δώσει ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (ν.1397/1983). Με βασική αρχή πως η υγεία αποτελεί δημόσιο και όχι ιδιωτικό αγαθό, το κράτος είχε σκοπό να εγκαθιδρύσει την καθολική, δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση για τους πολίτες (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005, p. 151; Liaropoulos, Siskou, Kaitelidou, Theodorou, & Katostaras, 2008; Μπουρσανίδης, 2017, σ. 133), προς εκπλήρωση της Συνταγματικής του υποχρέωσης (άρθρο 21) σύμφωνα με την οποία «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών». Σε αυτό το πλαίσιο, η χρηματοδότηση του συστήματος ήταν ευθύνη του κράτους, με απώτερο στόχο την αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας και παράλληλα αντίστοιχη μείωση των απευθείας πληρωμών. Παρ' όλα αυτά οι ίδιες πληρωμές στην υγεία δεν μειώθηκαν (Σίσκου, 2006, σ. 80).

Ορισμένες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που έγιναν στην πορεία του χρόνου προσπάθησαν, μεταξύ άλλων, να διευθετήσουν την κατάσταση αυτή. Βασικότερη ήταν εκείνη του 2001, η οποία κατέληξε στο ν. 2889/2001. Ο συγκεκριμένος προέβλεπε μία σειρά καινοτόμων ρυθμίσεων, όπως την αποκέντρωση του ΕΣΥ με την συγκρότηση των ΠΕ.Σ.Υ., την εισαγωγή του θεσμού οικογενειακού γιατρού με ένα σύστημα ελέγχου πρόσβασης (Gate Keeping), τη συγκρότηση του ΟΔΠΥ ως μοναδικού ταμείου

υγείας, το διαχωρισμό παρόχου – αγοραστή υπηρεσιών υγείας και τη συγκρότηση ενιαίου συστήματος ΠΦΥ υπό την εποπτεία των ΠΕΣΥ (Μπουρσανίδης, 2017, σ. 140; Economou, Polyzos, & Zilidis, 2008, p. 95). Ορισμένες από τις ανωτέρω μεταρρυθμίσεις εφαρμόστηκαν, όμως άλλες δεν προχώρησαν (π.χ. το σχέδιο για τον ΟΔΠΥ) λόγω ισχυρών συμφερόντων των ομάδων πίεσης (γιατροί, ενώσεις δημοσίων υπαλλήλων) και της αντιπολίτευσης, οι οποίες απέτρεψαν τη διαμόρφωση των απαραίτητων κοινωνικών και πολιτικών συμμαχιών (Mossialos & Allin, 2005, pp. 428-441). Ως αποτέλεσμα της κατακερματισμένης και ατελούς εφαρμογής του συγκεκριμένου μεταρρυθμιστικού σχεδίου, το πρόβλημα των απευθείας πληρωμών εξακολουθούσε να υπάρχει και να είναι συνδεδεμένο και με άλλα διαρθρωτικά προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας, όπως (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005; Economou C. , 2010, p. 158):

- Ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Άδικοι για τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα, μηχανισμοί χρηματοδότησης
- Συγκέντρωση των αποφασιστικών αρμοδιοτήτων σε υψηλό ιεραρχικό επίπεδο
- Απουσία ενιαίου συστήματος ΠΦΥ κι ενός συστήματος παραπομπών στη βάση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού
- Η κατανομή των υγειονομικών πόρων γινόταν με βάση ιστορικά στοιχεία και πολιτικές πιέσεις κι όχι με βάση τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.
- Έλλειψη ενός συστήματος αποζημίωσης των παρόχων με βάση την απόδοσή τους
- Μη εφαρμογή πολιτικών στην αγορά φαρμάκου με σκοπό την καταπολέμηση της προκλητής ζήτησης (π.χ. κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης)

Το έτος 2008 η χρηματοδότηση της συνολικής υγειονομικής δαπάνης προερχόταν κατά 39,4% από ίδιες πληρωμές, κατά 26,1% από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά 32,3% από τα ασφαλιστικά ταμεία (OECD, 2018). Αφενός αυτό δείχνει τον κατακερματισμένο τρόπο χρηματοδότησης του ΕΣΥ και την αδυναμία του να ακολουθήσει τη φιλοσοφία κάποιου από τα δύο παραδοσιακά μοντέλα συστημάτων υγείας¹ αποτελώντας εντέλει ένα «σύστημα χωρίς ταυτότητα» (Μπουρσανίδης, 2017, σ.

¹ Δηλαδή σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων (μοντέλο Bismarck) ή κρατικά χρηματοδοτούμενο σύστημα (μοντέλο Beveridge)

109). Αφετέρου οι ίδιες πληρωμές καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας σε σχέση με τους υπόλοιπους μηχανισμούς χρηματοδότησης του ΕΣΥ. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε πως χαρακτηριζόταν από την επιστημονική κοινότητα ως ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας των κρατών μελών της Ε.Ε. (Siskou, Kaitelidou, Papakonstantinou, & Liaropoulos, 2008, p. 282; Yfantopoulos, 2008). Είναι ενδεικτικό πως και πριν την εφαρμογή περιοριστικών οικονομικών πολιτικών, το 2,44% των ελληνικών νοικοκυριών αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο των καταστροφικών πληρωμών για την υγεία² (Economou, Karabli, Geitona, & Kyriopoulos, 2004). Αυτό το «παράδοξο» χρηματοδότησης του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα, την αποστολή και την οργάνωσή του, καθώς το ΕΣΥ αν και είχε σκοπό να χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της φορολογίας κατέληξε να χρηματοδοτείται σε μεγάλο ποσοστό από ίδιες πληρωμές. Έτσι, παρότι ο αρχικός νόμος του ΕΣΥ έθεσε ρητά στο τραπέζι τις θεμελιώδεις αρχές της καθολικής κάλυψης και της δίκαιης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, αυτές οι αρχές στην πράξη δεν τηρήθηκαν (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005), κάτι το οποίο αποτελεί μία μόνο πτυχή της ψευδούς καθολικότητας που χαρακτηρίζει τους θεσμούς του κοινωνικού μας κράτους (Πετμεζίδου, 2003, σ. 497).

Το έτος 2009 η διεθνής οικονομική κρίση δείχνει τα πρώτα της σημάδια στη χώρα μας, και σε σύντομο χρονικό διάστημα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις συνθήκες διαβίωσης των ελληνικών νοικοκυριών. Η αγορά εργασίας είναι ένας τομέας που μεταβλήθηκε σημαντικά ως αποτέλεσμα των πολιτικών δημοσιονομικής πειθαρχίας που έχουν επιβληθεί στη χώρα μας στο πλαίσιο των ΠΟΠ (Ιωαννίδης, Παπαθεοδώρου, & Σουφτας, 2012, σ. 9). Συγκεκριμένα, η ανεργία αυξήθηκε από το 9,6% το 2009 στο 23,6% το 2016 (Eurostat, 2018a). Η αύξηση αυτή σε συνδυασμό με την ελαστικοποίηση των μορφών απασχόλησης και με δομικές αδυναμίες στο σύστημα κοινωνικής προστασίας, επέδρασαν, μεταξύ άλλων, δυσμενώς στην αύξηση του κινδύνου φτώχειας (Ιωαννίδης, Παπαθεοδώρου, & Σουφτας, 2012; Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2015, σ. 124). Συγκεκριμένα ο δείκτης σχετικής φτώχειας αυξήθηκε από το 19,7% του πληθυσμού το 2009 στο 21,2% το 2016 (Eurostat, 2018b) και ταυτόχρονα το ύψος του εισοδήματος που αποτελεί κατώφλι φτώχειας για μια τετραμελή οικογένεια με 2 παιδιά μειώνεται

² Καταστροφικές πληρωμές υγείας ορίζονται ως οι ίδιες πληρωμές υγείας ενός νοικοκυριού, οι οποίες υπερβαίνουν ένα ορισμένο ποσοστό (συνήθως 40%) του διαθέσιμου εισοδήματός του, με αποτέλεσμα τα νοικοκυριά να υποφέρουν από το βάρος της υγειονομικής περίθαλψης (Ekman, 2007).

δραματικά από 14.484 € το 2009 σε 9.540 € το 2016 (Eurostat, 2018c). Επομένως, σε αυτό το δυσμενές κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, το ελληνικό νοικοκυριό καλούνταν να εξυπηρετήσει τις υγειονομικές του ανάγκες μέσα από ένα σύστημα υγείας που όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, χαρακτηρίζονταν από χρόνιες στρεβλώσεις, μεταξύ των οποίων και το πρόβλημα των απευθείας πληρωμών υγείας.

Φυσικά ο τομέας υγείας δεν έμεινε ανεπηρέαστος από την εφαρμογή των περιοριστικών δημοσιονομικών πολιτικών. Αντιθέτως, στο πλαίσιο περικοπής των δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού προκειμένου να επιτευχθούν οι δημοσιονομικοί στόχοι των μνημονίων, η δημόσια δαπάνη υγείας ψαλιδίζεται από το 6,5% του ΑΕΠ το 2009, στο 5,1% το 2017 (OECD, 2018). Ταυτόχρονα, η πίεση που δημιουργούν οι ίδιες πληρωμές υγείας στο διαθέσιμο εισόδημα των ελληνικών νοικοκυριών εξακολουθεί να είναι μεγάλη. Αν και διαχρονικά από το 2008 έως το 2015 αυτές μειώθηκαν σε πραγματικές τιμές, παρά ταύτα λόγω πτώσης των εισοδημάτων αυξήθηκαν ως ποσοστό των οικογενειακών προϋπολογισμών από το 6,9% στο 7,8% (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Σύμφωνα με έρευνα, περίπου το 10% των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ιδιωτικές κλινικές συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ αναγκάστηκε να πληρώσει πάνω από το 25% του ετήσιου μεικτού διαθέσιμου εισοδήματός του με μέση ίδια πληρωμή περίπου 1.655 ευρώ (Grigorakis, Floros, Tsangari, & Tsoukatos, 2014).

Από τα ανωτέρω συμπεραίνεται επομένως πως τα ελληνικά νοικοκυριά έρχονται αντιμέτωπα με τον κίνδυνο φτώχειας, λόγω των απευθείας πληρωμών υγείας. Το 2015 περίπου 200.000 πολίτες στην Ελλάδα, ήταν φτωχοί λόγω των απευθείας πληρωμών υγείας, με πιο ευάλωτα νοικοκυριά εκείνα που είναι χαμηλού ή μεσαίου εισοδηματικού επιπέδου που ζουν στην επαρχία, κι έχουν ηλικιωμένα μέλη (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018).

Τα ελληνικά νοικοκυριά που ανήκουν σε χαμηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες, πέραν του οικονομικού κινδύνου που αντιμετωπίζουν, βρίσκονται αντιμέτωπα και με ισχυρότερα εμπόδια πρόσβασης εξαιτίας των ίδιων πληρωμών υγείας (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, pp. 59,62; Karanikolos & Kentikelenis, 2016). Συγκεκριμένα, ασθενείς με χαμηλότερα εισοδήματα στους οποίους συμπεριλαμβάνονται και άνεργοι, είναι πιο πιθανό να έχουν ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες σε σχέση με εκείνους με αντίστοιχα υψηλότερα (Economou C. , Kaitelidou, Katsikas, Siskou, & Zafiropoulou, 2016). Ειδικά οι φτωχοί χρόνια ασθενείς είναι μία ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα, όπου παρατηρείται έλλειψη συμμόρφωσης με τα

συνταγογραφούμενα φάρμακα (λήψη μικρότερων ποσοτήτων, άρνηση λήψης ακριβών φαρμάκων) και μειωμένη πρόσβαση σε διαγνωστικές υπηρεσίες, λόγω οικονομικών αδυναμιών (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 135). Το 2013 το ποσοστό των οικογενειών που είχαν τουλάχιστον έναν χρόνια ασθενή και βρέθηκαν αντιμέτωπες με καταστροφικές πληρωμές έφτασε στο 7,8%, έναντι 3,6% το 2010 (Skroumpelos, Pavi, Pasaloglou, & Kygiopoulos, 2014). Ακόμη, το 2013 ένας στους δύο ασθενείς που έπασχαν από δυσπλιδαιμία, σταμάτησαν την φαρμακευτική αγωγή ή λάμβαναν μειωμένες δόσεις λόγω κόστους (Tsiligianni, et al., 2014).

Σημαντικό ποσοστό του ήδη υψηλού επιπέδου των απευθείας πληρωμών προέρχεται από άτυπες πληρωμές, δηλαδή ανεπίσημες πληρωμές για αγαθά και υπηρεσίες που θεωρητικώς προσφέρονται δωρεάν, γνωστές και ως «φακελάκι» (Σίσκου, 2006, σ. 35). Μάλιστα ο όρος “fakelaki” έχει καταχωρηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία και σε επίσημες μελέτες του ΠΟΥ (Gaál, 2018, p. 3). Βασικός προσδιοριστικός παράγοντας των επιπέδων των άτυπων πληρωμών είναι το οικονομικό πλαίσιο που επικρατεί σε ένα κράτος (Gaál, 2018, p. 11). Πολλές μελέτες επιβεβαίωσαν ότι οι ανεπίσημες πληρωμές είναι μια μακρόχρονη βαθιά ριζωμένη παράδοση στο ελληνικό σύστημα υγείας (Liaropoulos, Siskou, Kaitelidou, Theodorou, & Katostaras, 2008, p. 72; Kyriklidis, et al., 2016; Souliotis, et al., 2015). Φαίνεται όμως ότι η κλίμακα και των ανεπίσημων πληρωμών συρρικνώνεται κάπως παράλληλα με την οικονομική κρίση καθώς οι πολίτες εμφανίζουν μια αυξανόμενη ανικανότητα και απροθυμία να πληρώσουν ανεπίσημα. Ταυτόχρονα, όμως οι πάροχοι υπηρεσιών εμφανίζουν αυξανόμενη ζήτηση για τέτοιες πληρωμές (Souliotis, et al., 2015).

Το μέγεθος των ανεπίσημων πληρωμών δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας. Λόγω του συχνά επείγοντος χαρακτήρα των αναγκών υγείας, η ανάγκη για άτυπες πληρωμές μπορεί να αναγκάσει ένα άτομο να παραιτηθεί από άλλες σημαντικές δαπάνες προκειμένου να λάβει τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας (Liaropoulos, Siskou, Kaitelidou, Theodorou, & Katostaras, 2008, p. 78). Επιπρόσθετα, οι ανεπίσημες πληρωμές επηρεάζουν τους φτωχούς ακόμη περισσότερο από τις επίσημες πληρωμές, καθώς δεν επιτρέπουν τη δυνατότητα εφαρμογής πολιτικών απαλλαγής. Σύμφωνα με έρευνα, οι άτυπες πληρωμές έφτασαν το 2012 το 1,5 δις ευρώ, αποτελώντας το 28% των απευθείας πληρωμών υγείας εκείνης της χρονιάς (Souliotis, et al., 2015). Από την άλλη μεριά άλλες μελέτες διαπιστώνουν και τα θετικά αποτελέσματα αυτών, όπως ότι δημιουργούν

μία διαρκή σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και παρόχου και επιτρέπουν στους ασθενείς να δείξουν έτσι τον σεβασμό σε αυτούς (Balabanova & McKee, 2002).

Σημαντικό κομμάτι στις απευθείας πληρωμές υγείας έχουν και τα ποσά που πληρώνουν οι ασφαλισμένοι ως συμμετοχές για την αγορά φαρμάκων (Economou C. , 2015, p. 118; Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 59). Οι φαρμακευτικές μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν από το 2010 και μετά, παρουσιάζουν σαφή τάση μετακύλισης του φαρμακευτικού κόστους στους καταναλωτές με τη μορφή άμεσων πληρωμών (Yfantopoulos, Chantzaras, & Constantopoulos, 2017). Οι αυξήσεις στη συμμετοχή των ασφαλισμένων για αγορά συγκεκριμένων φαρμάκων επέδρασε αρνητικά στον οικογενειακό προϋπολογισμό, παρά ορισμένες μειώσεις στις τιμές λιανικής των φαρμάκων (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017). Σύμφωνα με έρευνα, η μέση συμμετοχή στο φάρμακο των ασφαλισμένων από το 2012 στο 2013 αυξήθηκε από 13% στο 18%, ενώ οι συνταγές που δεν απαιτούσαν συμμετοχή μειώθηκαν αντίστοιχα από 13% στο 8% (Siskou Ch., et al., 2014). Επίσης περίπου ένας στους τέσσερεις σταμάτησαν ή τροποποίησαν τη φαρμακευτική τους αγωγή για οικονομικούς λόγους (Tsiantou, et al., 2014).

Τέλος αξίζει να αναφερθεί πως οι απευθείας πληρωμές κυριαρχούν και στον τομέα οδοντιατρικής φροντίδας (Economou C. , 2015, p. 61). Το έτος 2014 το 15% αυτών αφορούσαν την οδοντιατρική περίθαλψη (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 60). Σύμφωνα με έρευνες το οικογενειακό εισόδημα και ο τύπος της ασφάλισης (συνολική ή μερική) είναι καθοριστικοί παράγοντες για τη χρήση ή μη οδοντιατρικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανισότητες (Zavras, Economou, & Kyriopoulos, 2004; Yfantopoulos, Oulis, Yfantopoulos, & Papaioannou, 2014).

Συμπερασματικά, η επιβολή μέτρων μείωσης της δημόσιας υγειονομικής δαπάνης σε συνδυασμό με την πτώση του ΑΕΠ, είχε σαν συνέπεια ο υγειονομικός τομέας να πρέπει να εξυπηρετήσει περισσότερες ανάγκες με χαμηλότερη χρηματοδότηση. Επίσης η αύξηση της ανεργίας, των ανασφάλιστων συμπολιτών και των ελαστικών μορφών απασχόλησης μείωσαν το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών. Αυτό είχε αρνητικές συνέπειες στη φτωχή οικογένεια που το διαθέσιμο εισόδημα της δεν αρκεί για να αγοράσει υπηρεσίες υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, δημιουργώντας έντονες πιέσεις σε ένα ήδη υπερφορτωμένο σύστημα υγείας (Economou C. , Kaitelidou, Kentikelenis,

Maresso, & Sissouras, 2015, p. 124). Ο συνδυασμός των ανωτέρω παραγόντων μπορεί να οδηγήσει πρακτικά στη δημιουργία ενός συστήματος υγείας δύο βαθμίδων. Στη μία θα ανήκουν αυτοί που θα έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας από τον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και στη δεύτερη θα ανήκουν τα νοικοκυριά που δεν θα έχουν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους και θα πρέπει να λάβουν υγειονομικές υπηρεσίες από ένα ιδιαίτερα βεβαρυμμένο δημόσιο σύστημα υγείας (Economou C. , Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso, & Sissouras, 2015, p. 124).

3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

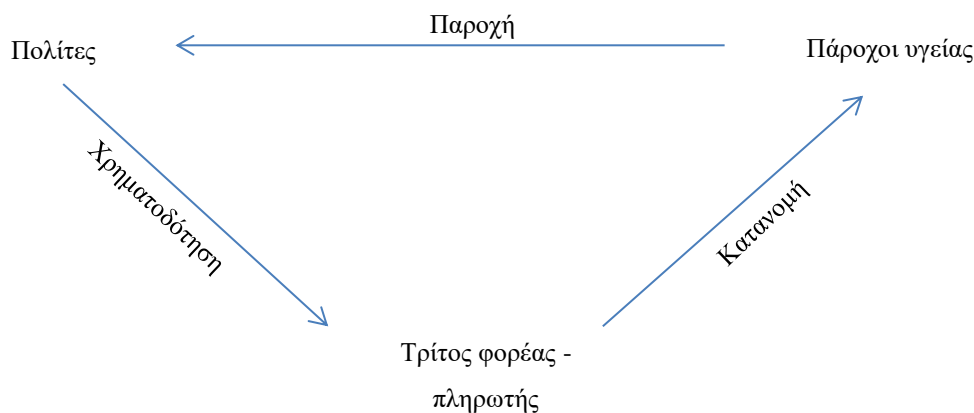
Η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας στηρίζεται εν πολλοίς στην αξιόπιστη τροφοδοσία τους με τους απαραίτητους πόρους, ανθρώπινους, τεχνολογικούς, αναλώσιμους. Για την εξασφάλιση αυτών των εισροών απαιτούνται συνεπώς οικονομικοί πόροι για την πληρωμή των επαγγελματιών υγείας, την προμήθεια ιατρικών μηχανημάτων και υγειονομικού υλικού. Το ζήτημα όμως που προκύπτει είναι από ποιές πηγές θα αντληθούν και με ποιόν τρόπο θα διαχειριστούν αυτοί οι πόροι προκειμένου να εξασφαλιστεί η βέλτιστη οικονομική και υγειονομική αποτελεσματικότητα (Mossialos & Dixon, 2003, p. 1).

Σκοπός της παρούσας ενότητας είναι να παρουσιάσει συνοπτικά το πλαίσιο και τις βασικές πτυχές που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, εστιάζοντας κυρίως στο ζήτημα των απευθείας πληρωμών.

3.1 Βασικά χαρακτηριστικά του υποσυστήματος χρηματοδότησης

Η παροχή και η χρηματοδότηση της υγειονομικής φροντίδας μπορεί απλοποιημένα να καταγραφεί ως μία συναλλαγή, με βάση την οποία οι πάροχοι υγείας μεταβιβάζουν υγειονομικούς πόρους στους ασθενείς και οι ασθενείς μεταφέρουν οικονομικούς πόρους στους παρόχους. Όμως ο οικονομικός κίνδυνος που μπορεί να επωμιστούν οι ασθενείς είναι τεράστιος, λόγω των πολύ υψηλών δαπανών και της προσωρινής απώλειας εργασίας. Για το λόγο αυτό, τα κράτη θέτοντας στο επίκεντρο τον πολίτη, προχώρησαν ή ενθάρρυναν τη σύσταση ενός τρίτου φορέα - πληρωτή στην ανωτέρω συναλλαγή, διαμορφώνοντας το τρίγωνο της υγειονομικής φροντίδας (Γράφημα 3.1). Για τη χρηματοδότησή των υπηρεσιών υγείας, ο φορέας αυτός (δημόσιος ή ιδιωτικός) συλλέγει έσοδα από τους πολίτες βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων. Έτσι ο συγκεκριμένος, έχει το ρόλο του ασφαλιστή και με τον τρόπο αυτό ο οικονομικός κίνδυνος της ασθένειας επιμερίζεται μεταξύ των ασφαλισμένων (Mossialos & Dixon, 2003, pp. 2-3).

Γράφημα 3.1: Το τρίγωνο της φροντίδας υγείας



Πηγή: (Mossialos & Dixon, 2003)

Στα σύγχρονα κράτη η λειτουργία της χρηματοδότησης αποτελεί ένα από τα τρία λειτουργικά διαφοροποιημένα υποσυστήματα ενός συστήματος υγείας³ (Γράφημα 3.2). Το υποσύστημα χρηματοδότησης, αν και βρίσκεται σε μία διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση με τα υπόλοιπα, επιτελεί μία συγκεκριμένη λειτουργία και αναπτύσσει στο εσωτερικό του τη δική του δομική και λειτουργική διαφοροποίηση και λογική με σκοπό την επίτευξη των απώτερων στόχων του συστήματος υγείας. Βέβαια, η μορφή και το περιεχόμενο των μηχανισμών χρηματοδότησης εξαρτάται και προσδιορίζεται σημαντικά από την ιστορική εξέλιξη των κοινωνικοκρατικών θεσμών και την εκάστοτε επικρατούσα κοινωνικοπολιτική αντίληψη της πολιτικής υγείας ενός κράτους (Μπουρσανίδης, 2017, σ. 25).

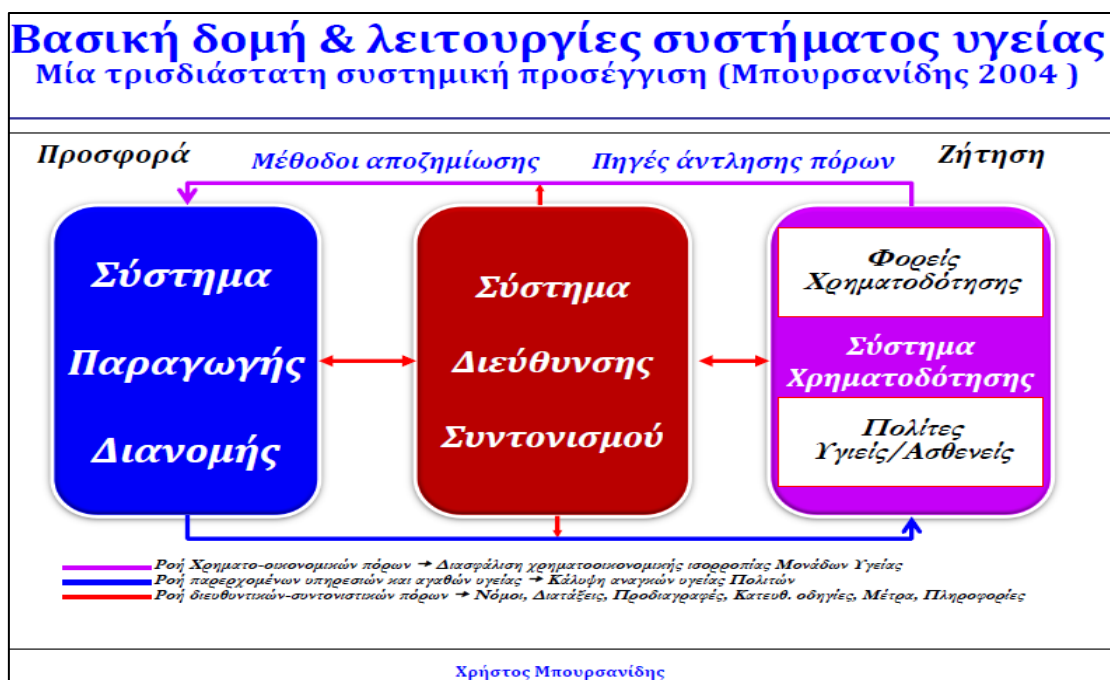
Επειδή η παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας δεν είναι δωρεάν, είναι αναγκαία η χρηματοδότησή της από συγκεκριμένους φορείς. Ως φορείς χρηματοδότησης, μπορούν να χαρακτηριστούν εκείνα τα πρόσωπα ή οι θεσμοί - οργανισμοί, που αναλαμβάνουν άμεσα ή έμμεσα, απέναντι στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, την ευθύνη κάλυψης του κόστους και των χρηματοδοτικών αναγκών και κατ' επέκταση τη διασφάλιση της χρηματοοικονομικής τους βιωσιμότητας (Μπουρσανίδης, 2017, σ. 59).

³ Τα άλλα δύο υποσυστήματα είναι το υποσύστημα παραγωγής - διανομής και το υποσύστημα - διεύθυνσης συντονισμού

Η λειτουργία χρηματοδότησης διακρίνεται από αναλυτική άποψη σε δύο επιμέρους διαστάσεις (Μπουρσανίδης, 2010, σ. 259):

- **Διάσταση εξωτερικής χρηματοδότησης:** Η διάσταση αυτή αναφέρεται στο ερώτημα των δυνατών πηγών άντλησης πόρων, προκειμένου να διασφαλίζεται αέναα η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας
- **Διάσταση εσωτερικής χρηματοδότησης:** Η διάσταση αυτή εστιάζει στην ανάπτυξη κριτηρίων και μεθόδων αποζημίωσης των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και αμοιβών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, προσδιορίζοντας τη σχέση μεταξύ ταμείων υγείας και παρόχων.

Γράφημα 3.2: Βασική δομή και λειτουργίες συστήματος υγείας



Πηγή: (Μπουρσανίδης, 2017)

Όσον αφορά τη διαδικασία χρηματοδότησης η συγκεκριμένη περιλαμβάνει τρεις επιμέρους λειτουργίες (Mossialos & Dixon, 2003, pp. 3-7):

- **Συλλογή πόρων (Revenue collection):** Η λειτουργία συλλογής των πόρων αφορά το ποιός πληρώνει, τον τύπο της πληρωμής που καταβάλλει και ποιός φορέας τις εισπράττει.
- **Συγκέντρωση πόρων (Fund pooling):** Στην ουσία πρόκειται για τη συσσώρευση των προπληρωμένων εσόδων για την υγεία, τα οποία έχουν συλλέξει τα επιμέρους ταμεία από τον πληθυσμό. Έτσι διευκολύνεται η

συγκέντρωση χρηματοοικονομικού κινδύνου σε ολόκληρο τον πληθυσμό κι επιτυγχάνεται η αναδιανομή των πόρων μεταξύ των μελών της κοινωνίας.

- **Αγορά υγειονομικών αγαθών και υπηρεσιών (Purchasing):** Σε αυτή τη λειτουργία υλοποιείται η μεταφορά των συγκεντρωμένων πόρων στους φορείς παροχής υπηρεσιών για λογαριασμό του πληθυσμού από τον οποίο συγκεντρώθηκαν οι πόροι.

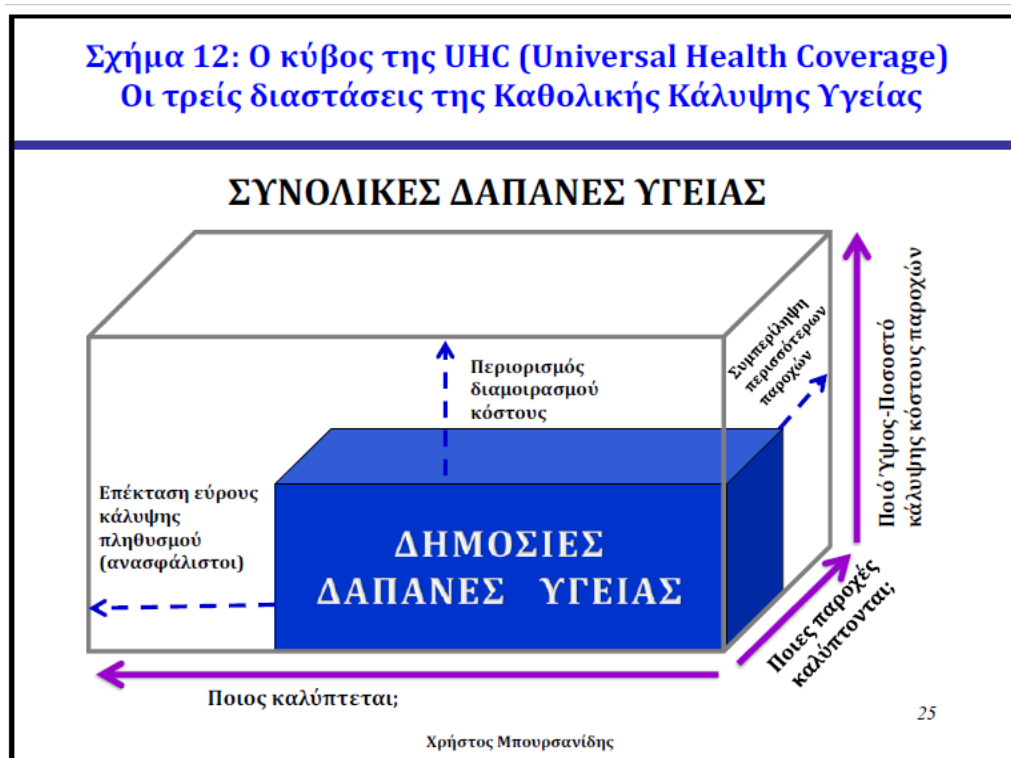
Καθεμία από τις ανωτέρω λειτουργίες μπορεί να ασκείται από έναν συγκεκριμένο φορέα, μπορεί όμως ένας φορέας να ασκεί ταυτόχρονα περισσότερες της μίας λειτουργίες.

Τέλος άμεση σχέση με τη χρηματοδότηση έχει και το θέμα της καθολικής κάλυψης στον τομέα τη υγείας, το οποίο αποτελούσε διαχρονικά τον ακρογωνιαίο λίθο στο δημόσιο διάλογο στην Ευρώπη. Η διακήρυξη μάλιστα της Alma – Ata το 1978, έθεσε στο επίκεντρο την καθολική κάλυψη υγείας για όλα τα κράτη – μέλη του ΠΟΥ και της UNICEF (World Health Organization, 2014). Ιδιαίτερα στην Ελλάδα αποτελούσε τον πυρήνα πολλών μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στο σύστημα υγείας. Το ζητούμενο όμως είναι το τι πραγματικά σημαίνει καθολική υγειονομική κάλυψη. Η συγκεκριμένη, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 3.3, μπορεί να αποτυπωθεί ως ένα προϊόν σύνθεσης τριών διαστάσεων (Μπουρσανίδης, 2017, σσ. 62-66):

- **Ποιο είναι το κομμάτι του πληθυσμού που καλύπτεται από τις υγειονομικές υπηρεσίες;** Αναφέρεται στο εύρος της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, ιδιαίτερα των ανασφάλιστων πολιτών.
- **Ποιές παροχές καλύπτονται;** Αναφέρεται στο βάθος της ασφαλιστικής κάλυψης, δηλαδή στο είδος και το μέγεθος των παροχών που συνθέτουν το πακέτο των καλυπτόμενων υπηρεσιών.
- **Πόσο καλύπτονται οι προκύπτουσες δαπάνες;** Αναφέρεται στο ύψος κάλυψης του κόστους και των δαπανών που προκύπτουν από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση το ποσό που ενδεχομένως πρέπει να πληρώσει ο πολίτης από το εισόδημά του.

Είναι προφανές πως αν η κοινωνία βρίσκεται εκτός του κύβου με μπλε χρώμα (Γράφημα 3.3), τότε εμφανίζει απώλειες ως προς την υγειονομική της κάλυψη, οι οποίες μπορεί να αφορούν είτε τον πληθυσμό, είτε τις παρεχόμενες υπηρεσίες, είτε την οικονομική τους κάλυψη έναντι των δαπανών (Financial protection), είτε συνδυασμό των προηγούμενων.

Γράφημα 3.3: Ο κύβος της καθολικής κάλυψης υγείας



Πηγή: (Μπουρσανίδης, 2017)

3.2 Μηχανισμοί και τρόποι χρηματοδότησης

Στην παρούσα υποενότητα θα γίνει μία παρουσίαση των μηχανισμών χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Αν και στην Ευρώπη η χρηματοδότηση στηρίζεται σε ένα μείγμα πηγών, εντούτοις η ανάλυση των στοιχείων κάθε μηχανισμού εσόδων, παραμένει σημαντική.

Στις χώρες της ΕΕ παρατηρούνται τέσσερεις κύριες μορφές ή μηχανισμοί χρηματοδότησης (Μπουρσανίδης, 2017, σσ. 67-70; Mossialos & Dixon, 2003, pp. 14-25):

- **Φορολογία (Taxation):** Οι φόροι για τη χρηματοδότηση ενός συστήματος υγείας μπορεί να έχουν διάφορες μορφές. Μπορεί να είναι άμεσοι φόροι (π.χ. φορολογία εισοδήματος φυσικών ή νομικών προσώπων) ή έμμεσοι φόροι (π.χ. Φόρος Προστιθέμενης Αξίας – Φ.Π.Α.). Μπορεί να προέρχονται από

διαφορετικά επίπεδα, όπως φόροι σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Επίσης μπορεί να είναι γενικοί φόροι ή στοχοδοσμευμένοι φόροι (Earmarking taxes) για την κάλυψη ειδικών κατηγοριών πολιτών, μεταξύ των οποίων και του μη οικονομικά ενεργού πληθυσμού.

- **Εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (Social Health Insurance):** Οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υπολογίζονται με βάση το εισόδημα και συλλέγονται από δημόσιο φορέα - ταμείο που μπορεί να έχει λιγότερους ή περισσότερους βαθμούς αυτονομίας από το κράτος. Οι εισφορές είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται μεταξύ του εργαζομένου και του εργοδότη. Η καταβολή των εισφορών σχετίζεται με ζητήματα που έχουν να κάνουν με τον αριθμό των ταμείων υγείας, το ποιός είναι θεσμικά υπεύθυνος για τον καθορισμό των ποσοστών εισφοράς και του επιμερισμού τους μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών, ποιό εισόδημα θα χρησιμοποιηθεί ως βάση υπολογισμού, και πώς θα καλυφθούν οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού (π.χ. άνεργοι).
- **Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας (Voluntary Health Insurance):** Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με το ρόλο που αναλαμβάνει σε σχέση με τη δημόσια ασφάλιση:
 - **Αναπληρωματική ασφάλιση υγείας**, η οποία είναι μια εναλλακτική λύση έναντι της κοινωνικής ασφάλισης για τμήματα πληθυσμού που μπορεί να είναι ελεύθερα να αποχωρήσουν από το δημόσιο σύστημα.
 - **Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας**, η οποία καλύπτει παροχές που δεν συμπεριλαμβάνονται στο δημόσιο πακέτο υπηρεσιών, προσφέρει ταχύτερη πρόσβαση και διάφορες πολυτελείς υπηρεσίες.
 - **Επικουρική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας**, η οποία καλύπτει τις ενδεχόμενες συμμετοχές του ασθενή στο κόστος που υπάρχουν στα δημόσια συστήματα υγείας.
- **Ίδιες πληρωμές (Out-of-pocket payments):** Περιλαμβάνουν την υγειονομική δαπάνη, η οποία πληρώνεται απευθείας από τους ασθενείς προς τους υγειονομικούς παρόχους. Όμως στο σημείο αυτό διατυπώνεται η κριτική άποψη πως στην ουσία αυτές δεν συνιστούν ένα στοιχείο που εμπλέκεται στη συνολική διαδικασία χρηματοδότησης, αλλά προκύπτει λογικά ως προϊόν ελλιπούς θεσμικής κάλυψης (Μπουρσανίδης, 2017, σ. 70). Στην επόμενη υποενότητα γίνεται αναλυτική παρουσίασή τους.

Τέλος πρέπει να επισημανθεί πως για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων αναγκών τόσο των αναλυτών, όσο και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, για πληροφορίες σχετικά με τις δαπάνες για την υγεία, έχει ήδη αναπτυχθεί το εγχειρίδιο ΣΛΥ 2011 του ΟΟΣΑ (OECD/Eurostat/WHO, 2017). Το συγκεκριμένο προτείνει ένα πλαίσιο για τη συστηματική περιγραφή των χρηματοοικονομικών ροών που σχετίζονται με την υγειονομική φροντίδα. Σκοπός του ΣΛΥ είναι να περιγράψει το σύστημα υπηρεσιών υγείας από την άποψη των δαπανών τόσο για διεθνείς όσο και για εθνικούς σκοπούς^{4,5}.

3.3 Η έννοια και οι μορφές των απευθείας πληρωμών υγείας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι πληρωμές των χρηστών υγείας (Σίσκου, 2006, σ. 35) ή ίδιες (Οικονόμου, 2004, σ. 248) ή απευθείας πληρωμές (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007, σ. 126; Μπουρσανίδης, 2017, σ. 67), γνωστές και ως Out-of-Pocket Payments, ορίζονται ως εκείνες που πραγματοποιούνται από ιδιώτες σε παρόχους υγειονομικής φροντίδας κατά τη χρήση της υπηρεσίας (World Health Organization, 2018).

Το ζήτημα των απευθείας πληρωμών υγείας φαίνεται πως ανησυχεί ιδιαίτερα τα κράτη, καθώς απειλούν την πρόσβαση και την καθολική κάλυψη υγείας, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μια διαχρονική ανοδική τάση σε αυτές. Για το λόγο αυτό οι κυβερνήσεις λαμβάνουν μέτρα πολιτικής για την καταπολέμηση του φαινομένου αυτού (World Health Organization, 2018).

Οι πληρωμές των χρηστών υγείας συνήθως περιλαμβάνουν τους ακόλουθους τρεις διαφορετικούς τύπους (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, pp. 58-62; Σίσκου, 2006, σ. 35):

- α) Άμεσες πληρωμές:** Στην περίπτωση αυτή, οι πολίτες επιβαρύνονται με το σύνολο του κόστους εκείνων των υπηρεσιών υγείας που είτε δεν καλύπτονται από το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα είτε η πρόσβαση είναι περιορισμένη (λόγω ανεπαρκούς προσφοράς ή μεγάλου χρόνου αναμονής). Οι πλέον συνήθεις πληρωμές αυτής της κατηγορίας αφορούν σε οδοντιάτρους, σε μη

⁴ Το νομικό πλαίσιο για την παραγωγή των στοιχείων του ΣΛΥ απορρέει από την εφαρμογή του κανονισμού (ΕΚ) αρ. 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της ΕΕ.

⁵ Σημειώνεται ότι στην Ελλάδα το ΣΛΥ υλοποιήθηκε από το ΕΚΠΑ και παραδόθηκε στην ΕΛΣΤΑΤ το 2012, με τη χώρα μας να είναι η τελευταία από τις τελευταίες χώρες του ΟΟΣΑ που το έχουν εφαρμόσει (Τούντας, και συν., 2016, σ. 220).

συνταγογραφούμενα φάρμακα, σε ιατρικές επισκέψεις και νοσήλια σε ιδιωτικά νοσοκομεία, καθώς επίσης και για τη διενέργεια εξετάσεων σε ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια.

- β) Άτυπες πληρωμές:** Οι άτυπες οικονομικές συναλλαγές (πέρα από τις θεσμοθετημένες, πληρωμές των χρηστών) εντός του δημόσιου υγειονομικού συστήματος λαμβάνουν τη μορφή, είτε εκ των υστέρων ευχαριστηρίων δώρων προς το υγειονομικό προσωπικό, είτε εκ των προτέρων χρηματικών αμοιβών, προκειμένου να εξασφαλιστούν «υψηλής ποιότητας» υπηρεσίες. Οι συγκεκριμένες συνδέονται με ανήθικες συμπεριφορές και πρακτικές των παρόχων υγείας. Καθώς αυτού του είδους οι συναλλαγές, δεν είναι φανερές, δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για το ύψος τους, όμως υπάρχουν επιστημονικές έρευνες που εκτιμούν την έκτασή τους στην Ελλάδα (Souliotis, et al., 2015).
- γ) Συμμετοχή στο κόστος:** στην περίπτωση αυτή, οι πολίτες θεσμοθετημένα καλούνται να συνεισφέρουν στο κόστος των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζονται τρεις διαφορετικοί τύποι συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος υγειονομικών υπηρεσιών.

Το ζήτημα των ίδιων πληρωμών έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα κι έχει αποτελέσει πεδίο σύγκρουσης απόψεων (Μπουρσανίδης, 2017, σσ. 65-66). Η μία άποψη που διατυπώνεται είναι πως πρόκειται για ένα μηχανισμό διαχείρισης της ζήτησης, περιορισμού του ηθικού κινδύνου (moral hazard) και αποθάρρυνσης επιπόλαιων χρήσεων. Από την άλλη μεριά επισημαίνεται πως η λήψη τέτοιων μέτρων, υψώνει τείχη στην πρόσβαση σε δομές υγείας και στην ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Επίσης διατυπώνεται η άποψη πως μπορεί να μειώνεται η χρήση περιττών υπηρεσιών υγείας, αλλά στον ίδιο βαθμό μειώνεται και η χρήση των απαραίτητων για την υγεία υπηρεσιών και ταυτόχρονα μπορεί να αποτρέψει τους ανθρώπους στο να στραφούν σε υγειονομικά κατάλληλες και οικονομικά αποδοτικές υπηρεσίες υγείας (Thomson, et al., 2014, p. 20). Τέλος διατυπώνεται και η άποψη πως αποτελούν απλώς έναν μηχανισμό εξεύρεσης πρόσθετων εσόδων μετακυλίνοντας το κόστος στους πολίτες.

Πίνακας 3.1: Τύποι συμμετοχής στο κόστος υπηρεσιών υγείας

<u>Τύπος</u>	<u>Έννοια</u>
Συν-πληρωμή (co-payment):	Ο χρήστης πληρώνει ένα προκαθορισμένο ποσό (πάγιο) ανά υγειονομικό αγαθό ή υπηρεσία, ανεξαρτήτως του συνολικού κόστους (π.χ. 1 ευρώ για κάθε εκτέλεση ιατρικής συνταγής ή 5 ευρώ για κάθε ιατρική επίσκεψη).
Συνασφάλιση (co-insurance):	Ο χρήστης πληρώνει ένα προκαθορισμένο ποσοστό επί του συνολικού κόστους, ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από το ασφαλιστικό ταμείο (π.χ. το 25% επί του συνολικού κόστους κάθε φαρμάκου).
Εκπίπτον ποσό (Deductible):	Ο χρήστης αναλαμβάνει ένα συγκεκριμένο ύψος δαπάνης και από το ύψος αυτό και μετά πληρώνεται από το ασφαλιστικό ταμείο (π.χ. τα πρώτα 100 ευρώ του κόστους νοσηλείας σε ένα νοσοκομείο).

Πηγή: (Μπουρσανίδης, 2017, σ. 65; Σίσκου, 2006, σ. 41)

Συνεπώς συμπεραίνεται πως τα κράτη του Δυτικού κόσμου θέτοντας στο επίκεντρο τον πολίτη προσπάθησαν να αναπτύξουν μεθόδους χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας οι οποίες θα προστατεύουν τα νοικοκυριά από τον οικονομικό κίνδυνο της ασθένειας. Παρά ταύτα τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία ανοδική τάση των διαφόρων τύπων απευθείας πληρωμών, ως μηχανισμού χρηματοδότησής τους. Η διεθνής επιστημονική κοινότητα κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για αυτή την εξέλιξη, εξαιτίας των δυσμενών προβλημάτων που μπορεί αυτές να έχουν στην καθολική κάλυψη των πολιτών, όμως από την άλλη μεριά υπάρχουν φωνές που υποστηρίζουν

πως οι ίδιες πληρωμές περιορίζουν κινδύνους που προκύπτουν από την παραδοσιακή χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, όπως ο ηθικός κίνδυνος (Moral hazard).

4 Αιτίες και συνέπειες των υψηλών απευθείας πληρωμών υγείας στην Ελλάδα

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν τα χρόνια προβλήματα και οι στρεβλώσεις που χαρακτηρίζουν το σύστημα υγείας της Ελλάδος και τα οποία οδήγησαν σε διαχρονικά υψηλές ίδιες πληρωμές υγείας. Επίσης θα καταγραφούν οι συνέπειες που δημιουργούν οι υψηλές απευθείας πληρωμές στον οικογενειακό προϋπολογισμό, στις συνθήκες διαβίωσης και στις επιλογές των ελληνικών νοικοκυριών για λήψη υπηρεσιών υγείας.

4.1 Οι αιτίες των υψηλών απευθείας πληρωμών υγείας

Οι υψηλές ίδιες πληρωμές υγείας αποτελούσαν πάντα ένα βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του συστήματος υγείας της χώρας μας και παρέμειναν σε υψηλά επίπεδα ακόμα και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 40). Οι αιτίες αυτού του φαινομένου είναι πολλές και πολυδιάστατες και σχετίζονται άμεσα με τον ανορθολογικό τρόπο που ήταν δομημένο και οργανωμένο το ΕΣΥ αυτά τα χρόνια.

Μία από τις βασικότερες αιτίες είναι η έλλειψη ενιαίου και αξιόπιστου συστήματος ΠΦΥ (Siskou, Kaitelidou, Papakonstantinou, & Liaropoulos, 2008). Ο κατακερματισμένος τρόπος με τον οποίο η συγκεκριμένη είναι δομημένη, η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού κι ενός συστήματος παραπομπών κι ελέγχου πρόσβασης και ροής των ασθενών (Gate Keeping) εντός του ΕΣΥ, έδιναν τη δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν απευθείας πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς οποιαδήποτε δημόσιας δομής υγείας. Συνεπώς, δημιουργούνταν λίστες αναμονής για επισκέψεις σε γιατρούς και για διαγνωστικές εξετάσεις, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναγκάζονται να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθούν άμεσα, πληρώνοντας από το εισόδημά τους (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 84; Souliotis, et al., 2015). Το φαινόμενο αυτό μάλιστα επιδεινώνονταν και από την υπερπληθώρα εξετάσεων που συνταγογραφούσαν οι γιατροί εξαιτίας της προκλητής ζήτησης που δημιουργούσαν (Σίσκου, 2006, σ. 122).

Σε συνάρτηση με το κατακερματισμένο σύστημα ΠΦΥ, ήταν και τα πακέτα παροχών υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Τα πακέτα αυτά παρουσίαζαν κενά ως προς την κάλυψη συγκεκριμένων τομέων υγειονομικής φροντίδας είτε στο σύνολό των ταμείων

είτε σε ορισμένα εξ αυτών (ανισότητα στην κάλυψη),. Αυτό ανάγκαζε όλους ή ορισμένους ασθενείς να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα για την ικανοποίηση συγκεκριμένων αναγκών πληρώνοντας από το εισόδημά τους. Με άλλα λόγια ο ιδιωτικός τομέας και οι ίδιες πληρωμές κάλυπταν τις διαχρονικές ελλείψεις του δημόσιου συστήματος υγείας ως προς την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών, λειτουργώντας συμπληρωματικά στη δημόσια χρηματοδότηση (Economou C. , 2010, p. 133; Davaki & Mossialos, 2005, p. 164). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο τομέας της οδοντιατρικής φροντίδας, η οποία καλυπτόταν σε περιορισμένο βαθμό και κατά τρόπο άνισο από τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας. Ακόμα και η ένταξη της οδοντιατρικής φροντίδας στο πακέτο παροχών του ΕΟΠΥΥ, δεν έλυσε το πρόβλημα λόγω έλλειψης επαρκούς χρηματοδότησης και αδυναμίας σύναψης συμβάσεων με τους οδοντιάτρους του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες να μην καλύπτονται και οι ασθενείς να πρέπει να πληρώσουν από το εισόδημά τους (Damaskinos, Koletsis-Kounari, Economou, Eaton, & Widström, 2016). Επίσης κενά κάλυψης παρατηρούνται και στις υπηρεσίες αποκατάστασης, όπου κυριαρχούν οι ιδιωτικές δομές, καθώς και στις εναλλακτικές θεραπείες (ομοιοπαθητική, βελονισμός κτλ.). Οι φυσικοθεραπευτές και οι λογοθεραπευτές είναι κυρίως ιδιώτες επαγγελματίες υγείας οι οποίοι πληρώνονται από τους ασθενείς κατά πράξη και αργότερα οι ασθενείς λαμβάνουν από τον ΕΟΠΥΥ ένα μικρό ποσοστό αποζημίωσης (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 67).

Άλλη αιτία ήταν η απουσία ενός μηχανισμού σύνδεσης μεταξύ των αμοιβών και της επίδοσης των γιατρών, με αποτέλεσμα να μην προσφέρονται κίνητρα για τη βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητάς τους (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005). Η εμπειρία από τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΙΚΑ επιβεβαιώνει περαιτέρω το εύρημα. Οι γιατροί του ΙΚΑ, οι οποίοι ήταν κυρίως συμβασιούχοι με μερική απασχόληση, εργάζονταν λιγότερες ώρες από τις προβλεπόμενες στις συμβάσεις τους. Παράλληλα ορισμένες φορές ζητούσαν με αθέμιτο τρόπο από τους ασθενείς τους να τους επισκεφθούν στα ιδιωτικά τους ιατρεία για να λάβουν την απαραίτητη φροντίδα εξαιτίας όπως ισχυρίζονταν του μεγάλου φόρτου εργασίας που είχαν στα πολυιατρεία του ΙΚΑ και του συνεπαγόμενου περιορισμένου χρόνου τους για την εξέταση των ασθενών (Economou C. , 2010, pp. 67-68; Mossialos, Allin, & Davaki, 2005).

Βασική πηγή υψηλών απευθείας πληρωμών υγείας στην Ελλάδα είναι και οι ελλείψεις που παρατηρούνται στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΕΣΥ (Σίσκου, 2006, σ. 122). Η

αναλογία νοσηλευτών – ασθενών είναι από τις μικρότερες στην ΕΕ, με αποτέλεσμα τα ελληνικά νοσοκομεία να είναι υποστελεχωμένα (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 69). Αυτό έχει αντίκτυπο στους εσωτερικούς ασθενείς και στους συγγενείς τους οι οποίοι αναγκάζονται να προσλάβουν ιδιώτες νοσηλευτές (αποκλειστικές νοσοκόμες και αποκλειστικοί νοσοκόμοι), ενίοτε χωρίς κάποια πιστοποίηση, προκειμένου να λάβουν την απαραίτητη φροντίδα υγείας με μεγάλες επιπτώσεις στο εισόδημά τους. Το φαινόμενο αυτό έχει όμως αντίκτυπο και στους χρόνια πάσχοντες, για τους οποίους απαιτείται η κατ' οίκον νοσηλεία ή η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας⁶ στο σπίτι.

Επίσης ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης από τις δημόσιες υγειονομικές παροχές σχετίζεται με τη διατήρηση υψηλών απευθείας πληρωμών υγείας οι οποίες ως κάποιον βαθμό αντανακλούν τις προσπάθειες των πολιτών για αναζήτηση ποιοτικότερων υπηρεσιών (Σίσκου, 2006; Souliotis, et al., 2015). Σύμφωνα με έρευνες του ευρωβαρόμετρου το 2014, η πλειοψηφία των ελληνικών νοικοκυριών υποστήριζε πως η ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας από το ΕΣΥ είναι χειρότερη σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ, ενώ ταυτόχρονα υπήρχε διάχυτος φόβος πως η υγεία τους θα επιδεινωθεί αν νοσηλευθούν σε δημόσιο νοσοκομείο (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 140). Τα ανωτέρω οδηγούν πολλές φορές τα ελληνικά νοικοκυριά να πληρώσουν από το εισόδημά τους, ατύπως τον γιατρό προκειμένου «να εξασφαλίσουν την κατάλληλη ποιότητα υγειονομικής φροντίδας», η οποία θεωρητικά καλύπτεται εξ ολοκλήρου από το ΕΣΥ (Liaropoulos, Siskou, Kaitelidou, Theodorou, & Katostaras, 2008; Souliotis, et al., 2015).

Συμπερασματικά η χρήση των απευθείας πληρωμών σε όλα εντέλει τα σημεία εξυπηρέτησης του συστήματος υγείας, προκειμένου να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής, να καλυφθούν τα κενά του και να βελτιωθεί η ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, αντικατοπτρίζει τα εμπόδια πρόσβασης που αντιμετωπίζουν οι πολίτες στο ΕΣΥ. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να θεωρούν πως οι ίδιες πληρωμές υγείας (κυρίως οι άτυπες πληρωμές) αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την υγειονομική τους κάλυψη,

⁶ Με τον όρο αυτό εννοείται μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και ανακούφισης του «υποφέρειν». Τα μέσα επίτευξης αυτού του σκοπού είναι η πρόωγη αναγνώριση, η σωστή αξιολόγηση και η θεραπεία του πόνου και των άλλων προβλημάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών (Davies & Higginson, 2004).

εγκαθιδρύοντας έτσι μία τέτοια κουλτούρα στην ελληνική κοινωνία (Souliotis, et al., 2015).

4.2 Οι επιπτώσεις των υψηλών απευθείας πληρωμών υγείας

Σε ένα σύστημα υγείας, οι υψηλές ίδιες πληρωμές υγείας έχουν ως αποτέλεσμα η υγειονομική φροντίδα να μην θεωρείται δημόσιο ή κοινωνικό αγαθό, αλλά ιδιωτικό και εμπορεύσιμο. Όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα, μπορούν να πληρώνουν περισσότερα για να την εξασφαλίσουν, ενώ τα φτωχότερα στρώματα πληθυσμού που δεν μπορούν να πληρώσουν, αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την «αγορά» (Kwon, 2011, p. 652).

Οι υψηλές ίδιες πληρωμές στο ΕΣΥ επιδρούν διαχρονικά στους προϋπολογισμούς και στις συνθήκες διαβίωσης των ελληνικών νοικοκυριών. Κατ' επέκταση επηρεάζουν και τις επιλογές των νοικοκυριών για το αν θα λάβουν και σε ποιά μορφή την απαραίτητη υγειονομική φροντίδα, υψώνοντας εμπόδια στην πρόσβασή τους στις αντίστοιχες δομές. Ταυτόχρονα προκαλούν και έμμεσες δυσμενείς συνέπειες στο σύστημα υγείας. Το ζήτημα αυτό είναι ιδιαίτερα σοβαρό καθώς οι επιπτώσεις τους απειλούν τις βασικές αρχές του ΕΣΥ για καθολική και ισότιμη κάλυψη και πρόσβαση και τη συνταγματική υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την υγεία των πολιτών κατά το αρ. 21.

Συγκεκριμένα οι ίδιες πληρωμές έχουν σημαντικές επιπτώσεις κυρίως σε νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα, καθώς είναι αναγκασμένα να πληρώνουν μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους για λήψη υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα πλουσιότερα. Ακόμα και πριν την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, το 2,44% των ελληνικών νοικοκυριών αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο των καταστροφικών πληρωμών για την υγεία, ποσοστό υψηλότερο σε σχέση με άλλα κράτη της ΕΕ (Economou, Karabli, Geitona, & Kygiopoulos, 2004, p. 4). Ιδιαίτερα όσον αφορά τη χρήση συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας, όπως η οδοντιατρική, παρατηρούνται ανισότητες και εμπόδια στην πρόσβαση που πηγάζουν από το εισόδημα των νοικοκυριών. Έρευνες καταδεικνύουν πως χαμηλότερα επίπεδα στοματικής υγείας σχετίζονται με ασθενείς που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες (Yfantopoulos, Oulis, Yfantopoulos, & Papaioannou, 2014). Ενώ άλλες δείχνουν πως το εισόδημα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη χρήση ή μη υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας (Zavras, Economou, & Kygiopoulos, 2004).

Οι υψηλές ίδιες πληρωμές υγείας (συνήθως με τη μορφή συμμετοχής του χρήστη στο κόστος) φαίνεται πως επηρεάζουν αρνητικά και τη λήψη προληπτικών υπηρεσιών υγείας, αποτελώντας και σε αυτό τον τομέα υγείας εμπόδιο. Έρευνες καταδεικνύουν πως η συμμετοχή στο κόστος των ασθενών έχει αρνητικές συνέπειες στη χρήση των συνιστώμενων προληπτικών υπηρεσιών, όπως αιματολογικές εξετάσεις, τεστ Παπανικολάου και μαστογραφία. Επομένως παρόλο που η καθιέρωση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος προληπτικών εξετάσεων θεωρείται πως μειώνει τη δημόσια υγειονομική δαπάνη, εντέλει αφενός επιδεινώνει την υγεία των πολιτών, αφετέρου μακροχρόνια αυξάνει τη δημόσια δαπάνη, καθώς τελικά στρέφει τους πολίτες σε υπηρεσίες περίθαλψης οι οποίες είναι περισσότερο κοστοβόρες για ένα σύστημα υγείας (Rezayatmand, Pavlova, & Groot, 2013).

Οι ανεπίσημες πληρωμές οι οποίες αποτελούν ένα μεγάλο κομμάτι των απευθείας πληρωμών υγείας, αποτελούν τον χειρότερο τρόπο χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα καθώς επιτείνουν περισσότερο τις ανισότητες σε σχέση με τις θεσμοθετημένες χρεώσεις των χρηστών. Επειδή οι συγκεκριμένες πληρωμές γίνονται «κάτω από τραπέζι», συνιστούν μία μαύρη οικονομία ή παραοικονομία που δεν περιορίζεται εύκολα (Economidou C. , 2015, p. 64). Συνεπώς, δεν επιτρέπουν την εφαρμογή πολιτικών εξαίρεσης από αυτές για τις φτωχότερες οικογένειες. Επίσης στρεβλώνουν την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών οι οποίες έχουν πια σκοπό αφενός να είναι περισσότερο επικερδείς, αδιαφορώντας έτσι για την αποτελεσματικότητα, αφετέρου να εστιάζουν σε ασθενείς που έχουν την οικονομική δυνατότητα να τις πληρώσουν και όχι σε ασθενείς που τις έχουν περισσότερο ανάγκη (Souliotis, et al., 2015). Αυτό βέβαια δεν είναι μόνο πρόβλημα όσον αφορά την ισότητα στην πρόσβαση, αλλά επηρεάζει επίσης αρνητικά και την κατανομή των πόρων, στο βαθμό που οι υπηρεσίες δεν καταναλώνονται από εκείνους που θα επωφεληθούν περισσότερο (Liaropoulos, Siskou, Kaitelidou, Theodorou, & Katostaras, 2008, p. 73).

Επομένως οι άτυπες πληρωμές, ειδικά όταν λαμβάνουν μία «υποχρεωτική» μορφή, ως προϋπόθεση για τη λήψη υγειονομικών υπηρεσιών, μπορεί να αποτρέψουν τους φτωχούς από τη χρήση υπηρεσιών υγείας ή να τους επιβαρύνουν δυσανάλογα με το οικονομικό κόστος. Στην καλύτερη περίπτωση και λόγω του συχνά επείγοντος χαρακτήρα των αναγκών υγείας, η δυσπραγία για να πληρώσει ατύπως μπορεί να αναγκάσει ένα άτομο να παραιτηθεί από άλλες σημαντικές δαπάνες για να λάβει τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας. Ακόμη και αν οι άτυπες πληρωμές δίδονται

οικειοθελώς, το γεγονός πως κάποιοι ασθενείς πληρώνουν και άλλοι όχι, σημαίνει άνιση πρόσβαση για την ικανοποίηση ίδιων αναγκών (Liaropoulos, Siskou, Kaitelidou, Theodorou, & Katostaras, 2008, p. 73).

Συμπερασματικά η αναγκαστικά και υποχρεωτικά ευρεία χρήση των απευθείας πληρωμών στο σύστημα υγείας της χώρας σχετίζεται με χρόνια προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτό, με αποτέλεσμα ο ιδιωτικός τομέας και οι ίδιες πληρωμές να λειτουργούν στην ουσία συμπληρωματικά στη δημόσια χρηματοδότηση. Αυτό έχει σημαντικές δυσμενείς επιπτώσεις στους προϋπολογισμούς και στις επιλογές των ελληνικών νοικοκυριών για ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών τους και κατ' επέκταση στα επίπεδα υγείας τους.

5 Περιοριστικές οικονομικές πολιτικές και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στην Ελλάδα των μνημονίων

Η παγκόσμια οικονομική κρίση, ως αποτέλεσμα της κρίσης στην αγορά ενυπόθηκων δανείων υψηλού κινδύνου στις ΗΠΑ και της διάχυσής της μέσω της τιτλοποίησής τους (United States Financial Crisis Inquiry Commission, 2011, p. 17), έγινε αισθητή στην Ελλάδα από το 2008. Η αποκάλυψη του πραγματικού δημοσιονομικού ελλείμματος της χώρας μας το 2009 στο 15% του ΑΕΠ, ανέκοψε βίαια την όποια αύξηση δημόσιων δαπανών ως εργαλείο εξισορροπητικής οικονομικής πολιτικής. Ταυτόχρονα προκάλεσε τεράστια αβεβαιότητα στις διεθνείς αγορές ομολόγων, με αποτέλεσμα τη μεγάλη αύξηση των επιτοκίων σε απαγορευτικά επίπεδα δανεισμού και ανέδειξε τον στρεβλό τρόπο με τον οποίο ήταν δομημένο το παραγωγικό μοντέλο της χώρας μας (Τσακλόγλου, Οικονομίδης, Παγουλάτος, Τριαντόπουλος, & Φιλιππόπουλος, 2016, σσ. 9-12). Για την κάλυψη των επιτακτικών αναγκών χρηματοδότησης, η χώρα μας αναγκάστηκε να προσφύγει στην ΕΕ και στο ΔΝΤ υπογράφοντας ΠΟΠ. Ο αντίκτυπος των πολιτικών στο πλαίσιο των ΠΟΠ για την κοινωνία και τα ελληνικά νοικοκυριά ήταν πολύ μεγάλος, κυρίως όσον αφορά την αγορά εργασίας, τη φτώχεια και την οικονομική ανισότητα.

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ελληνικών νοικοκυριών, κατά το διάστημα της οικονομικής κρίσης και εφαρμογής των περιοριστικών πολιτικών, ως πλαίσιο εντός του οποίου τα συγκεκριμένα καλούνται να δαπανήσουν ένα σημαντικό μέρος της αγοραστικής τους δύναμης για τη λήψη αναγκαίων υπηρεσιών υγείας.

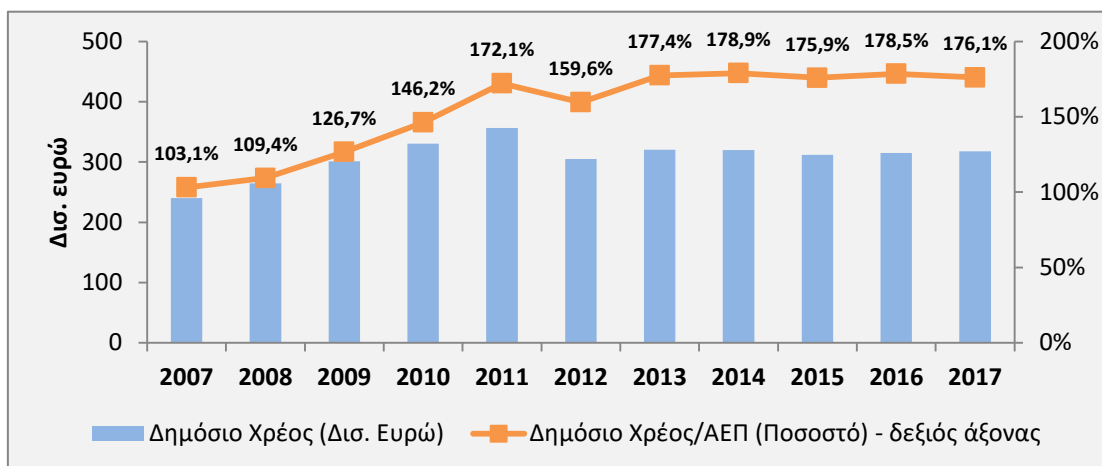
5.1 Δημοσιονομικό και μακροοικονομικό πλαίσιο

Η εφαρμογή των ΠΟΠ στην Ελλάδα καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις δημοσιονομικές και μακροοικονομικές συνθήκες της οικονομίας. Ο κυρίαρχος στόχος της ασκούμενης πολιτικής στη διάρκεια της κρίσης ήταν η εξομάλυνση των δίδυμων ελλειμμάτων, δηλαδή των ανισορροπιών στο δημοσιονομικό ισοζύγιο και στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2018, σ. 51).

Όσον αφορά τα δημοσιονομικά μεγέθη, το δημόσιο χρέος της Ελλάδας ακόμη και πριν την οικονομική κρίση, είχε ανοδική πορεία, καθώς τροφοδοτούνταν από τα συνεχόμενα

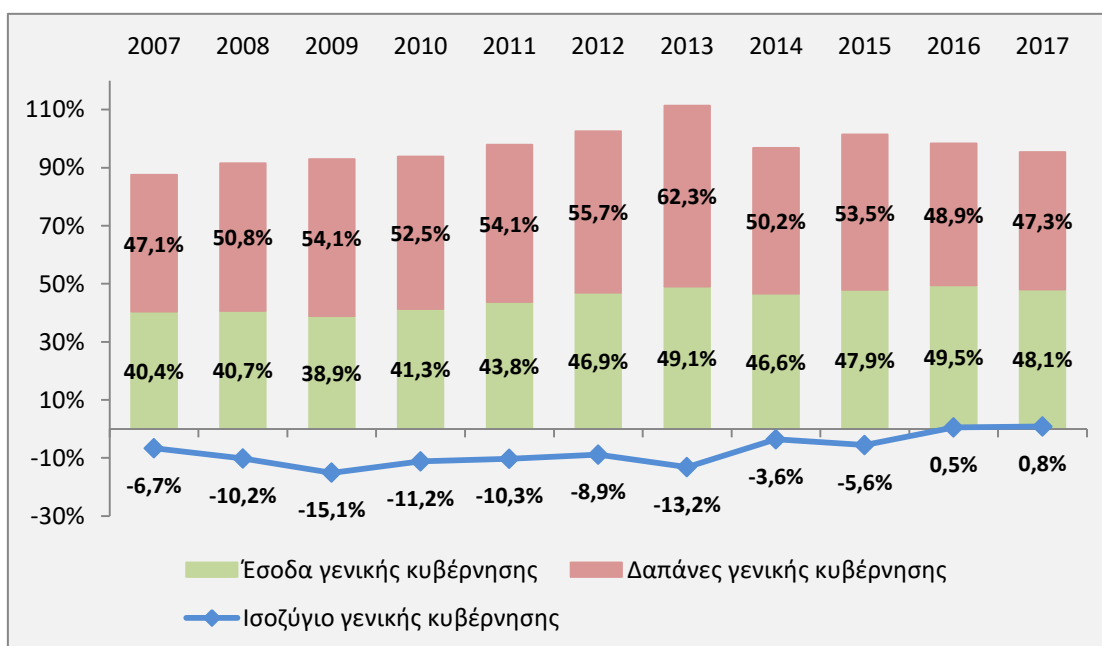
ελλείμματα της γενικής κυβέρνησης, φθάνοντας το 2009 στο 126,7% του ΑΕΠ (Γράφημα 5.1), το μεγαλύτερο μεταξύ των κρατών – μελών της ΕΕ. Το ίδιο έτος το δημοσιονομικό έλλειμμα της γενικής κυβέρνησης ήταν στο 15,1% του ΑΕΠ και το έτος 2017 μετατράπηκε σε πλεόνασμα 0,8% (Γράφημα 5.2). Αυτή η σωρευτική μεταβολή της τάξεως του 15,9% του ΑΕΠ σε οκτώ χρόνια υλοποιήθηκε με μία σειρά μέτρων, τα οποία αφορούσαν τόσο την ενίσχυση των δημόσιων εσόδων, όσο και τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών με όποιες συνέπειες υπήρχαν για την ελληνική κοινωνία

Γράφημα 5.1: Εξέλιξη δημόσιου χρέους (2007 – 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

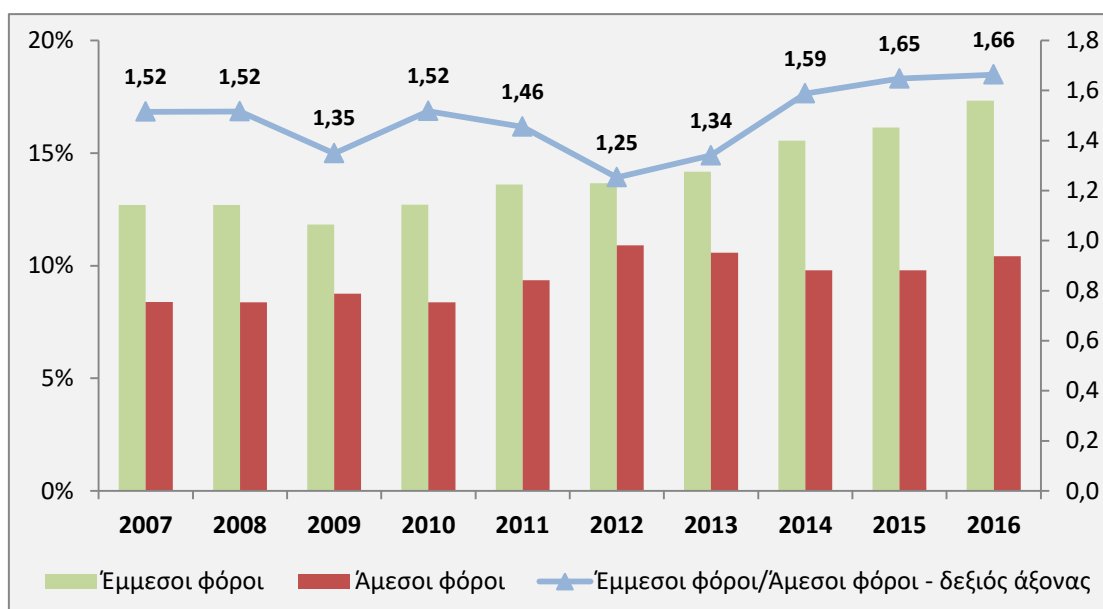
Γράφημα 5.2: Έσοδα, Δαπάνες και Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό ΑΕΠ (2007 – 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Επίσης η διάρθρωση των δημόσιων εσόδων παραμένει και στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, κοινωνικά άδικη, λόγω της μεγάλης εξάρτησης του ελληνικού φορολογικού συστήματος από τους έμμεσους φόρους (Γράφημα 5.3). Αυτό σημαίνει πως ένα φτωχό νοικοκυριό καλείται να δαπανήσει μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός του για πληρωμή έμμεσων φόρων σε σχέση με κάποιο πλουσιότερο⁷. Παρατηρείται μάλιστα μία ανησυχητική αυξητική τάση τους από το 2012 και μετά, αν και στη βελτίωση των εισπράξεων από έμμεσους φόρους τα τελευταία έτη σημαντικό ρόλο είχε και η ευρεία πλέον χρήση πλαστικού χρήματος στις συναλλαγές (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2018, σ. 32).

Γράφημα 5.3: Έμμεσοι, Άμεσοι φόροι ως % ΑΕΠ και λόγος έμμεσων/άμεσων φόρων (2007 – 2016)



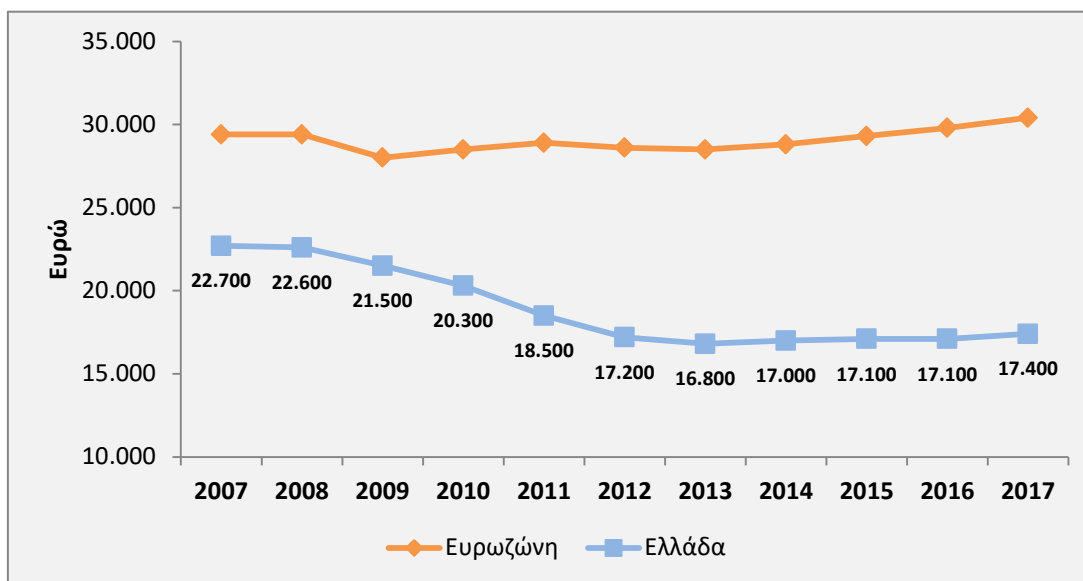
Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Όσον αφορά το μακροοικονομικό περιβάλλον, η Ελλάδα στο πλαίσιο των ΠΟΠ εφάρμοσε μία πολιτική εσωτερικής υποτίμησης για να δημιουργήσει μεγέθυνση, μέσω της βελτίωσης των επενδύσεων, της ανταγωνιστικότητας και των εξαγωγών (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2015, σ. 49). Παρά ταύτα, αν και σημείωσε αξιοσημείωτη πρόοδο στη βελτίωση του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών (Τσακλόγλου, Οικονομίδης, Παγουλάτος, Τριαντόπουλος, & Φιλιππόπουλος, 2016, σ. 25), εντέλει φαίνεται πως η ασκούμενη οικονομική πολιτική υπονόμωσε την αναπτυξιακή δυναμική της οικονομίας, τη σταθερότητα του μακροοικονομικού συστήματος και τη βιώσιμη έξοδο

⁷ Οι έμμεσοι φόροι θεωρούνται κοινωνικά άδικοι καθώς εισπράττονται από όλες τις κοινωνικές ομάδες ανεξαρτήτως εισοδήματος, αν και υποστηρίζεται από την άλλη μεριά η αναπτυξιακή προοπτική που έχουν. Στο ελληνικό φορολογικό σύστημα η υστέρηση της άμεσης φορολογίας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη φοροδιαφυγή (Ράπανος & Καπλάνογλου, 2014).

της οικονομίας από την κρίση χρέους (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2015). Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 5.4, το πραγματικό κατά κεφαλή Α.Ε.Π. της χώρας μας μεταξύ 2008 και 2013 μειώθηκε σχεδόν κατά 25%. Επίσης παρατηρείται ότι η Ελλάδα βρίσκεται σε τροχιά απόκλισης από το μέσο όρο της ευρωζώνης, η οποία τείνει να λάβει πάγιο χαρακτήρα, δεδομένης της στασιμότητας της εγχώριας οικονομίας σε σχέση με την ήπια ανάκαμψη της Ευρωζώνης (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2018, σ. 52).

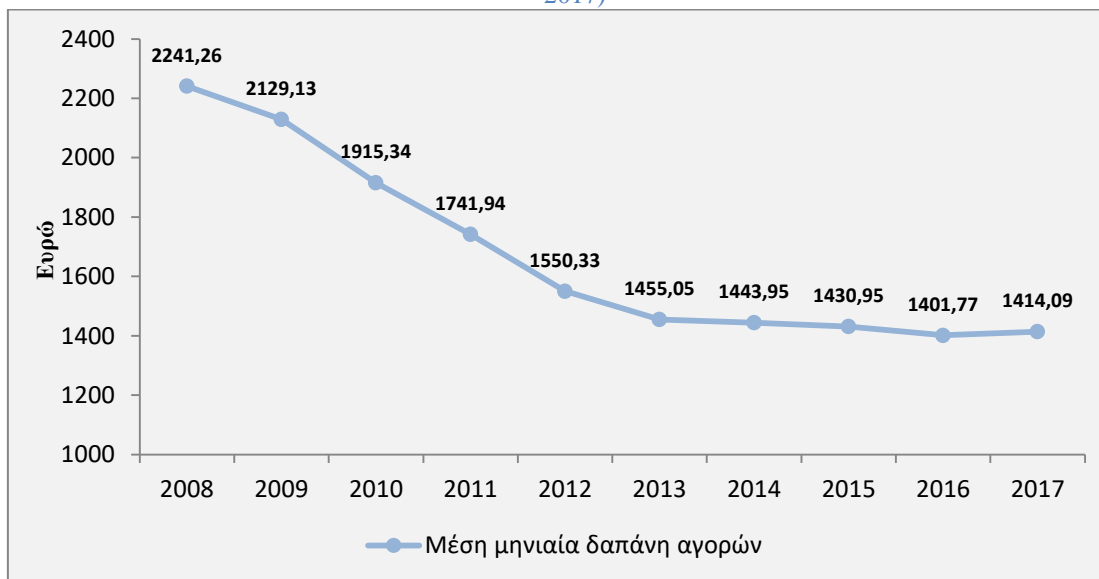
Γράφημα 5.4: Εξέλιξη πραγματικού ΑΕΠ κατά κεφαλή (Έτος βάσης: 2010)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Όσον αφορά την κατανάλωση των ελληνικών νοικοκυριών, σύμφωνα με την έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ, αυτή βαίνει συνεχώς μειούμενη από το 2008 μέχρι και το 2016, ενώ το 2017 υπάρχει πολύ μικρή αύξηση. Συγκεκριμένα η μέση μηνιαία δαπάνη αγορών το 2008 ήταν 2.241,26 ευρώ και κατέληξε το 2017 στα 1.414,09 ευρώ σημειώνοντας συνολική μείωσή περίπου 37%, μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του ΑΕΠ, όπως είδαμε παραπάνω.

Γράφημα 5.5: Μέση μηνιαία δαπάνη αγορών ελληνικών νοικοκυριών, σταθερές τιμές 2017 (2008 - 2017)



Πηγή: Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2010, 2014, 2017

5.2 Κοινωνικοοικονομικό κόστος

Στην παρούσα υποενότητα θα μελετηθούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις συνθήκες διαβίωσης των ελληνικών νοικοκυριών. Συγκεκριμένα θα διερευνηθεί η εξέλιξη των συνθηκών στην αγορά εργασίας, της φτώχειας και της οικονομικής ανισότητας.

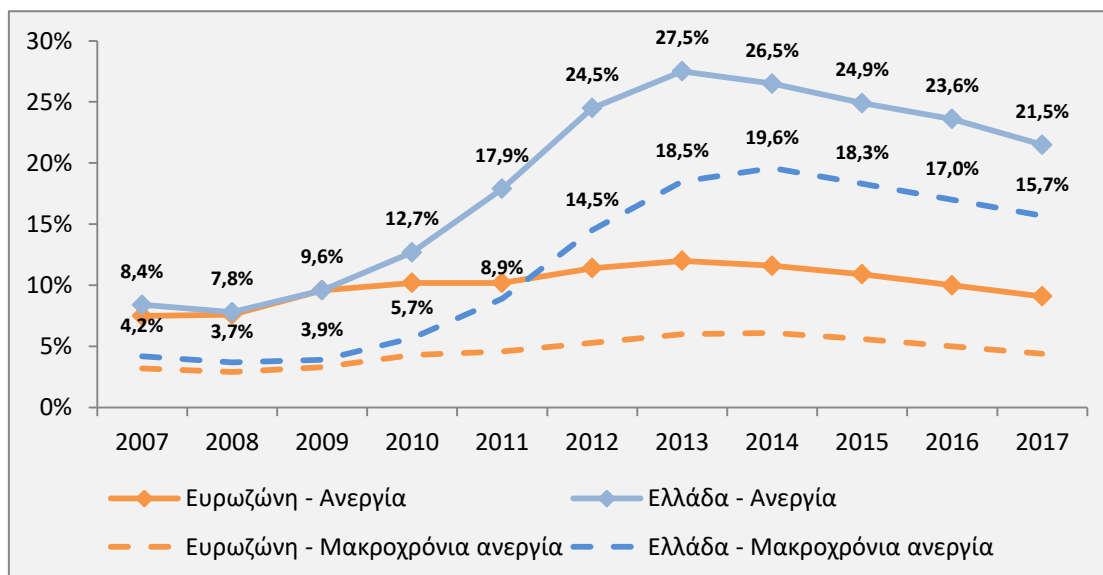
5.2.1 Αγορά εργασίας

Η οικονομική κρίση και η εφαρμογή των ΠΟΠ έχουν επιδεινώσει την κατάσταση στην αγορά εργασίας στην Ελλάδα. Η συνοχή της θυσιάστηκε στο όνομα της ανταγωνιστικότητας και της αύξησης των εξαγωγών (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2015, σ. 73). Παράλληλα η χαλάρωση της νομοθεσίας για την προστασία της απασχόλησης, ενώ η πραγματική οικονομία ήταν σε ύφεση, ενέτειναν τις επιπτώσεις της στην ανεργία⁸ (Myant, Theodoropoulou, & Piasna, 2016, pp. 15-16). Τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης που ακολουθεί δείχνουν ότι μέχρι και το έτος 2013, η αύξηση της ανεργίας απομακρύνει την Ελλάδα από τον μέσο όρο της ευρωζώνης, αλλά και από

⁸ Κατά τον Beveridge η ανεργία ήταν ένας από τους πέντε γίγαντες που έπρεπε να αντιμετωπιστούν για την ανοικοδόμηση του κοινωνικού κράτους στο Ηνωμένο Βασίλειο (Beveridge, 1942)

τους στόχους της στρατηγικής «Ευρώπη 2020»⁹, διευρύνοντας το αναπτυξιακό κενό της οικονομίας (Γράφημα 5.6). Παρά ταύτα, από το 2013 και μετά, έτος κατά το οποίο η ανεργία κορυφώθηκε στο 27,5% του ενεργού πληθυσμού, παρατηρείται σταδιακή αποκλιμάκωσή. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στο πρόβλημα των μακροχρόνια ανέργων (άνω του ενός έτους), οι οποίοι το 2014 έφτασαν το 19,6% του ενεργού πληθυσμού σε σχέση με το αντίστοιχο 6,1% της ευρωζώνης. Η μεγάλη απόκλιση που παρατηρείται αποκαλύπτει την ιδιαίτερη δυσκολία που αντιμετωπίζουν στη χώρα μας οι άνεργοι να επανέλθουν στην εργασία και συνεπώς, την ανάγκη για δομικές παρεμβάσεις προκειμένου να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της ανεργίας. Σε αντίθετη περίπτωση, οι δεξιότητες των νυν μακροχρόνια ανέργων θα απαξιωθούν πλήρως, και επομένως για την επανένταξή τους στην αγορά εργασίας θα απαιτηθεί σημαντική δαπάνη για την επανακατάρτισή τους, όσο και οι συνθήκες διαβίωσης γενικά και ο κίνδυνος φτώχειας ειδικά θα ανέρχονται σε επίπεδα πολύ υψηλότερα των κοινωνικά ανεκτών (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2018, σ. 78).

Γράφημα 5.6: Εξέλιξη ανεργίας και μακροχρόνιας ανεργίας ως ποσοστό του ενεργού πληθυσμού (2007 – 2017)



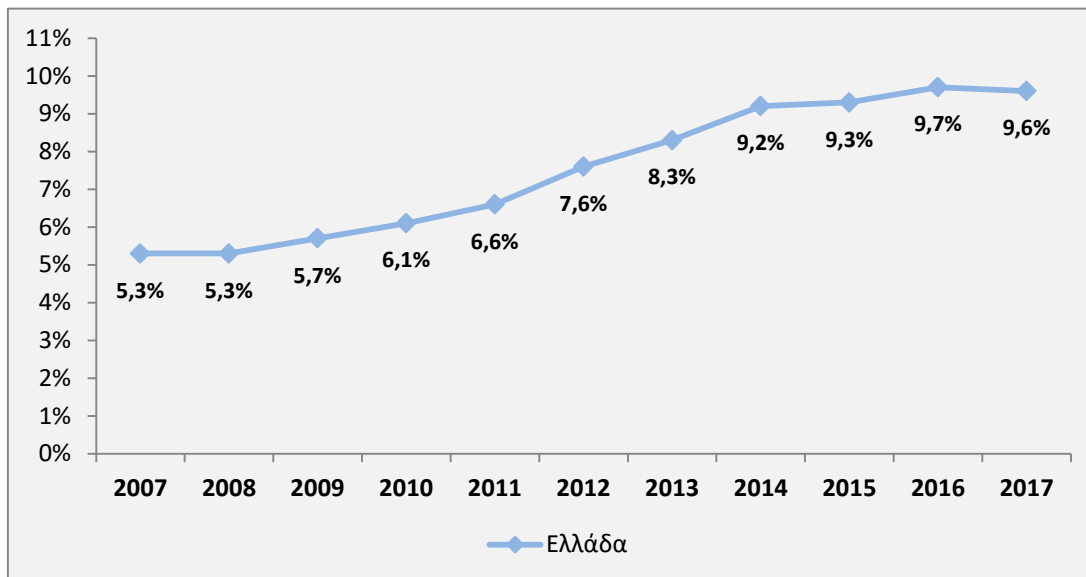
Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Μία ακόμη σημαντική εξέλιξη στην αγορά εργασίας η οποία επήλθε ως αποτέλεσμα των πολιτικών εσωτερικής υποτίμησης, είναι η αύξηση των ευέλικτων μορφών

⁹ Η στρατηγική «Ευρώπη 2020» προβλέπει ως στόχο για τον τομέα απασχόληση, να εργάζεται το 75% των ατόμων ηλικίας 20–64 ετών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2018)

απασχόλησης. Βασική μορφή των ανωτέρω είναι η μερική απασχόληση, οποία όπως βλέπουμε στο Γράφημα 5.7 σχεδόν διπλασιάστηκε μέσα σε μια δεκαετία (2007 – 2017).

Γράφημα 5.7: Μερική απασχόληση ως ποσοστό της συνολικής απασχόλησης (2007 – 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

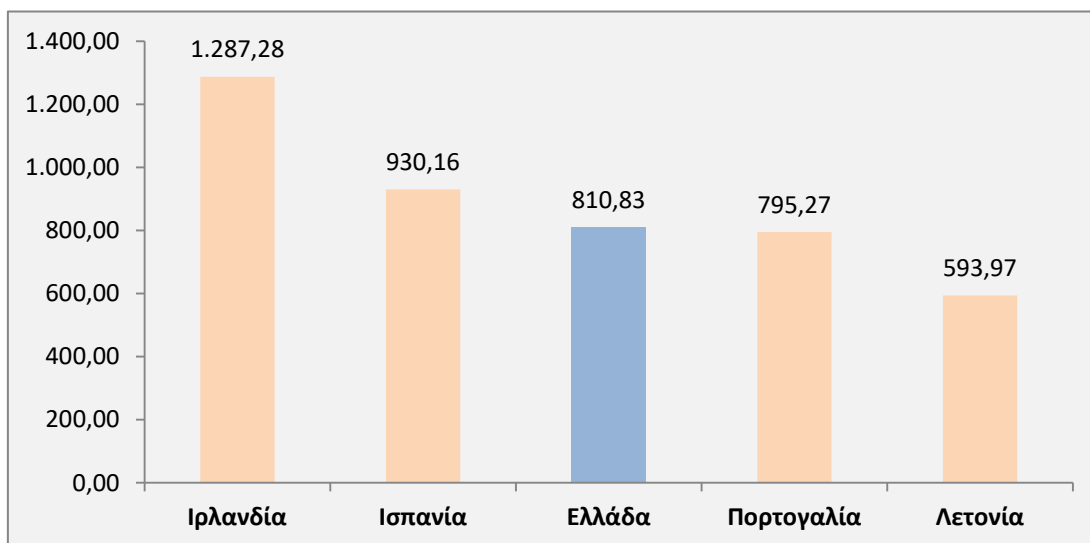
Τέλος σημαντικό είναι να αναφερθεί πως η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα της ΕΕ στην οποία επιβλήθηκε ονομαστική μείωση στον κατώτατο μισθό κατά 22% (και κατά 32% για τους νέους ηλικίας κάτω των 25 ετών) το 2012 (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2015, σ. 108) και η οποία έχει παραμείνει παγωμένη μέχρι σήμερα, χωρίς να έχει κάποια αναπροσαρμογή¹⁰. Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 5.8, ο κατώτατος μισθός της Ελλάδας σε όρους αγοραστικής δύναμης PPS το 2018 είναι ο τρίτος χαμηλότερος σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωζώνης που ζήτησαν χρηματοοικονομική βοήθεια από την ΕΕ^{11,12}. Επίσης σύμφωνα με έκθεση της διεθνούς οργάνωσης εργασίας οι πραγματικοί μισθοί στην Ελλάδα το 2013 μειώθηκαν κατά 9,3% σε σχέση με το 2012, ενώ το 2017 κατά 3,5% σε σχέση με το 2016 αποδεικνύοντας πως η αγορά εργασίας και τα ελληνικά νοικοκυριά εξακολουθούν να υφίστανται τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (International Labour Office, 2018, p. 119).

¹⁰ Μέχρι τη στιγμή συγγραφής της παρούσας εργασίας, δεν έχει γίνει ακόμα κάποια αναπροσαρμογή των κατώτατων μισθών προς τα πάνω, παρά μόνο εξαγγελίες της κυβέρνησης πως θα το πράξει στο άμεσο μέλλον.

¹¹ Οι όροι αγοραστικής δύναμης λαμβάνουν υπόψη και τις τιμές των αγαθών και υπηρεσιών στα κράτη ώστε να φανερώνεται η αγοραστική αξία του εισοδήματος (Eurostat, 2014)

¹² Ελλάδα, Κύπρος, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιρλανδία και Λετονία είναι οι χώρες της Ευρωζώνης που έλαβαν χρηματοοικονομική βοήθεια από την ΕΕ (European Commission, 2018)

Γράφημα 5.8: Κατώτατοι μηνιαίοι μισθοί σε όρους αγοραστικής δύναμης PPS¹³ (Έτος: 2018)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

5.2.2 Φτώχεια

Αν και η μείωση της φτώχειας αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα, ωστόσο δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός της, ούτε κατά συνέπεια ένα κοινά αποδεκτό μέτρο αποτύπωσής της (Σκαμνάκης, 2018, σ. 7). Με καθαρά οικονομικούς όρους, η εισοδηματική φτώχεια υφίσταται όταν το εισόδημα μιας οικογένειας δεν καταφέρνει να ξεπεράσει ένα εθνικά προσδιορισμένο όριο το οποίο διαφέρει από χώρα σε χώρα. Συνήθως μετράται σε σχέση με τις οικογένειες και όχι με το άτομο και προσαρμόζεται ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων μιας οικογένειας (UNESCO, 2017).

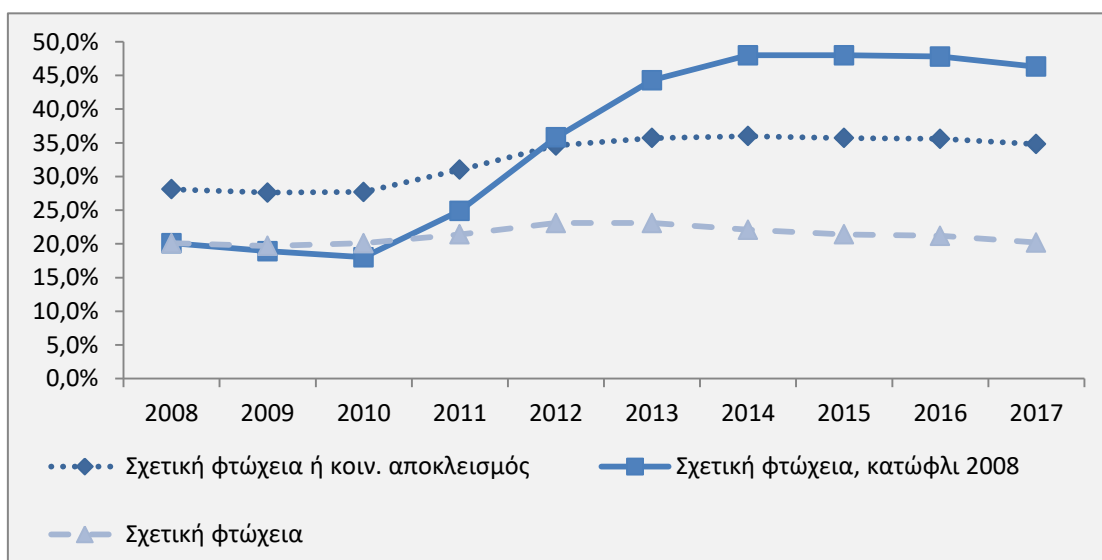
Στην Ελλάδα η μεγάλη άνοδος της ανεργίας σε συνδυασμό με τα κενά του συστήματος κοινωνικής προστασίας έχουν προκαλέσει αξιοσημείωτη αύξηση της φτώχειας (Ματσαγγάνης, Λεβέντη, Καναβιτσά, & Φλεβοτόμου, 2017). Στο Γράφημα 5.9 εμφανίζονται τρεις διαφορετικοί δείκτες φτώχειας του πληθυσμού στην Ελλάδα.

Ως σχετική φτώχεια ορίζουμε το επίπεδο διαβίωσης που είναι χαμηλότερο από αυτό που επιτρέπει στα άτομα να συμμετέχουν στη φυσιολογική ζωή της κοινωνίας στην οποία ζουν (είναι δηλαδή χαμηλότερο από αυτό που θεωρείται ως αποδεκτό επίπεδο διαβίωσης στη συγκεκριμένη κοινωνία) (Σκαμνάκης, 2018, σ. 7). Πρακτικά, ο δείκτης αυτός περιλαμβάνει τα άτομα των οποίων το εισόδημα βρίσκεται κάτω από ένα όριο, το

¹³ Από το Διάγραμμα 5.8 λείπει η Κύπρος, καθώς δεν βρέθηκαν στοιχεία σχετικά με τον κατώτατο μισθό από τη στατιστική βάση της Eurostat. Ο υπολογισμός του κατώτατου μισθού για την Ελλάδα γίνεται σε 12μηνη βάση.

οποίο ορίζεται εντελώς συμβατικά σε σχέση με το διάμεσο διαθέσιμο εισόδημα (συνήθως το 60%). Με βάση αυτό το δείκτη φαίνεται πως το επίπεδο σχετικής φτώχειας αυξήθηκε ελαφρά από το 20,1% το 2008 στο 23,1% το 2012 κι επέστρεψε στο 20,2% το 2017 δείχνοντας πως η οικονομική κρίση δεν επηρέασε τα επίπεδα φτώχειας του Ελληνικού πληθυσμού. Όμως το όριο σχετικής φτώχειας μεταβάλλεται κάθε χρόνο ανάλογα με το διάμεσο διαθέσιμο εισόδημα. Επομένως, είναι λογικό να ανεβαίνει σε εποχές γενικότερης αύξησης των διαθέσιμων εισοδημάτων (άρα νοικοκυριά και με υψηλότερα εισοδήματα μπορούν να θεωρούνται φτωχά) και αντιστοίχως να κατεβαίνει σε εποχές υποχώρησης των διαθέσιμων εισοδημάτων (επομένως είναι πιο δύσκολο να θεωρηθεί ένα νοικοκυριό φτωχό, γιατί πρέπει να έχει αρκετά χαμηλότερο εισόδημα).

Γράφημα 5.9: Εξέλιξη δεικτών ποσοστού φτώχειας (2008 – 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Η καταλληλότητα της έννοιας της σχετικής φτώχειας όπως αυτή υπολογίζεται συμβατικά, πολλές φορές τίθεται σε αμφισβήτηση. Ιδιαίτερα σε εποχές κρίσης, είναι εύλογο να υποθέσει κανείς ότι τα άτομα συγκρίνουν το βιοτικό τους επίπεδο όχι μόνο με αυτό της «μέσης οικογένειας» στη χώρα στην οποία κατοικούν, αλλά και με το δικό τους βιοτικό επίπεδο στο πρόσφατο παρελθόν (Ματσαγγάνης, Λεβέντη, Καναβιτσά, & Φλεβοτόμου, 2017). Γι αυτό το λόγο στο διάγραμμα 5.9 υπάρχει ο δείκτης σχετικής φτώχειας για τον οποίο όμως τίθεται ένα σταθερό όριο φτώχειας ενός συγκεκριμένου έτους. Το έτος που επιλέχτηκε είναι το 2008, δηλαδή χρονολογία που αφενός η ευμάρεια είναι υψηλότερη, αφετέρου συνιστά την καμπή του παγκόσμιου οικονομικού συστήματος και ξεκινά η κρίση, η οποία ήρθε στην Ελλάδα το 2010. Σύμφωνα με το

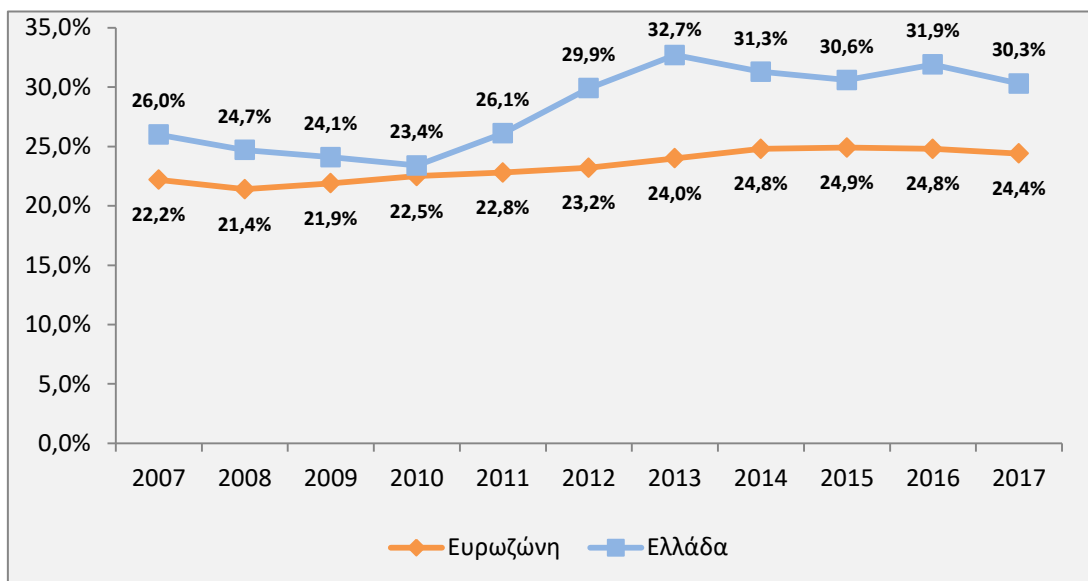
συγκεκριμένο δείκτη το ποσοστό φτώχειας από το 20,1% το 2008 σκαρφάλωσε στο 48% το 2014, ενώ το 2017 έφτασε στο 46,3%. Επομένως με όρους διαθέσιμου εισοδήματος του 2008, σχεδόν ένας στους δύο πολίτες της χώρας εξακολουθεί να βρίσκεται κάτω από το όριο της φτώχειας ως απόρροια της βαθιάς ύφεσης που έχει προσβάλει την ελληνική κοινωνία.

Ο τρίτος δείκτης είναι εκείνος της φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Ο συγκεκριμένος οποίος υιοθετήθηκε από τα ευρωπαϊκά όργανα στο πλαίσιο της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» και συνιστά μια πολυδιάστατη προσέγγιση του φαινομένου της φτώχειας, καθώς δεν περιορίζεται μόνο στα εισοδηματικά κριτήρια, αλλά λαμβάνει υπόψη κι άλλες παραμέτρους, όπως η υλική αποστέρηση και η εργασιακή ένταση (Eurostat, 2018d). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο δείκτη, το ποσοστό φτώχειας ανήλθε από το 28,1% το 2008 στο 34,8% το 2017, ποσοστό σαφώς υψηλότερο από το αντίστοιχο της σχετικής φτώχειας.

Αφότου εξετάστηκε το ποσοστό φτώχειας, δηλαδή το πόσοι είναι οι φτωχοί στην Ελλάδα, καλό θα ήταν να μελετηθεί και το χάσμα φτώχειας, δηλαδή το πόσο φτωχοί είναι οι φτωχοί στην Ελλάδα ή με άλλα λόγια την ένταση της φτώχειας. Απάντηση στο ερώτημα αυτό μας δίνει ο δείκτης χάσμα φτώχειας ο οποίος μετρά τη χρηματική απόσταση του διάμεσου εισοδήματος των φτωχών από το όριο σχετικής φτώχειας (Eurostat, 2018e). Σύμφωνα με το Γράφημα 5.10 το χάσμα φτώχειας το 2010 για την Ελλάδα ήταν στο 23,4%, κοντά στο αντίστοιχο της ευρωζώνης 22,5%. Παρ' όλα αυτά κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης το ανωτέρω σκαρφάλωσε εντέλει το 2017 για την Ελλάδα στο 30,3%, ενώ της ευρωζώνης αυξήθηκε ελαφρά στο 24,4% κάτι το οποίο σημαίνει πως η ένταση της φτώχειας στην Ελλάδα αυξήθηκε περισσότερο σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο της ευρωζώνης.

Άρα κατά τη διάρκεια εφαρμογής των ΠΟΠ ο αριθμός των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο φτώχειας αυξήθηκε, ενώ ταυτόχρονα μειώθηκε ακόμα περισσότερο το διαθέσιμο εισόδημά τους.

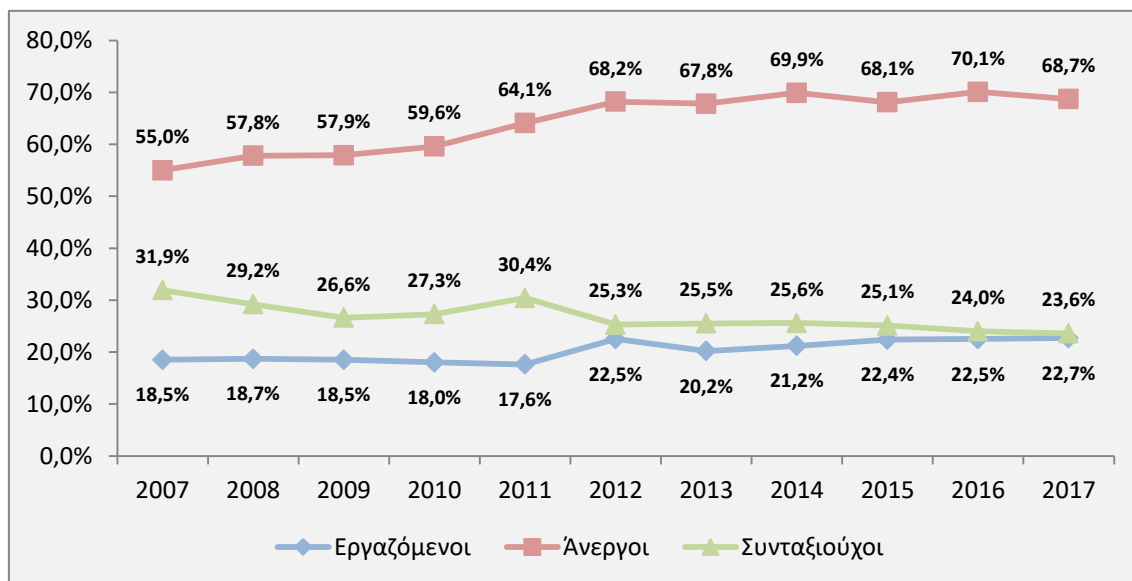
Γράφημα 5.10: Χάσμα φτώχειας ως ποσοστό του ορίου σχετικής φτώχειας (2007 – 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Επίσης στο γράφημα 5.11 παρουσιάζεται το ποσοστό των ατόμων που βρίσκεται κάτω από το όριο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού για συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες ανάλογα με την εργασιακή τους δραστηριότητα. Όπως ήταν αναμενόμενο οι άνεργοι αποτελούν μία ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα καθώς το 2017 περίπου 7 στους 10 βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Για τους εργαζόμενους υπάρχει μία ελαφριά άνοδος του ποσοστού από το 18,5% στο 22,7%, κυρίως λόγω της εσωτερικής υποτίμησης και των ελαστικών μορφών απασχόλησης (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2018, σ. 132). Από την άλλη μεριά το αντίστοιχο ποσοστό για τους συνταξιούχους βαίνει μειούμενο κατά το χρονικό διάστημα των περιοριστικών οικονομικών πολιτικών στην Ελλάδα.

Γράφημα 5.11: Ποσοστό ατόμων στο όριο της φτώχειας στην Ελλάδα ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση (2007 – 2017)

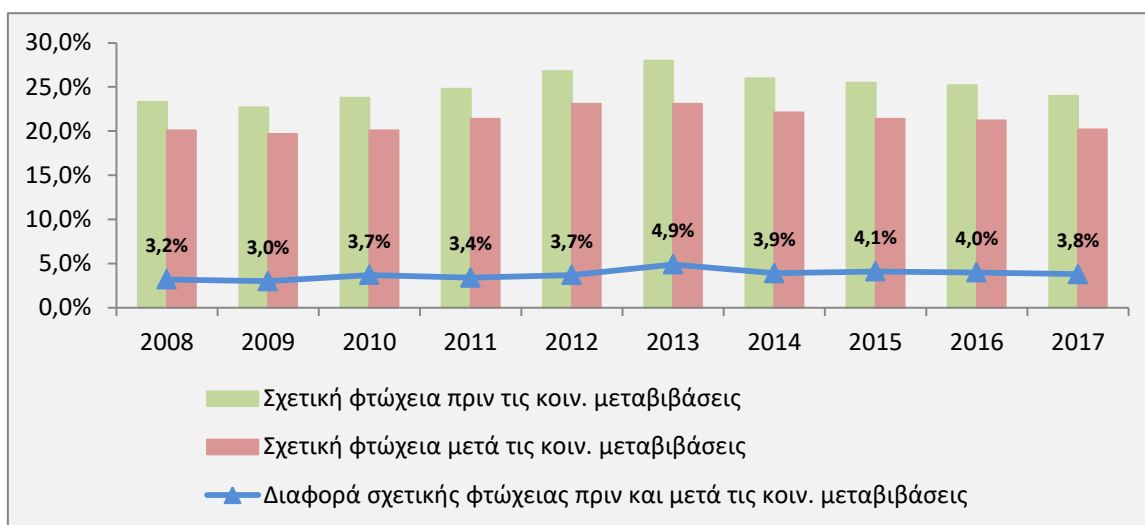


Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Στο Γράφημα 5.12 αποτυπώνεται η εξέλιξη του ύψους και της διαφοράς της σχετικής φτώχειας πριν και μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις (χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι καταβολές των συντάξεων). Με δεδομένο ότι τα μέτρα κοινωνικής προστασίας μειώνουν τον κίνδυνο φτώχειας μόλις κατά 3% - 5% καταδεικνύει την αναποτελεσματικότητα και την ανεπάρκειά τους. Επομένως, τα υψηλά επίπεδα φτώχειας δεν οφείλονται μόνο επειδή η κρίση είναι βαθιά και παρατεταμένη, αλλά και επειδή το σύστημα κοινωνικής προστασίας απέτυχε να ενεργοποιήσει μηχανισμούς στήριξης του εισοδήματος των φτωχών και των ανέργων (Ματσαγγάνης, Λεβέντη, Καναβιτσά, & Φλεβοτόμου, 2017, σ. 6).

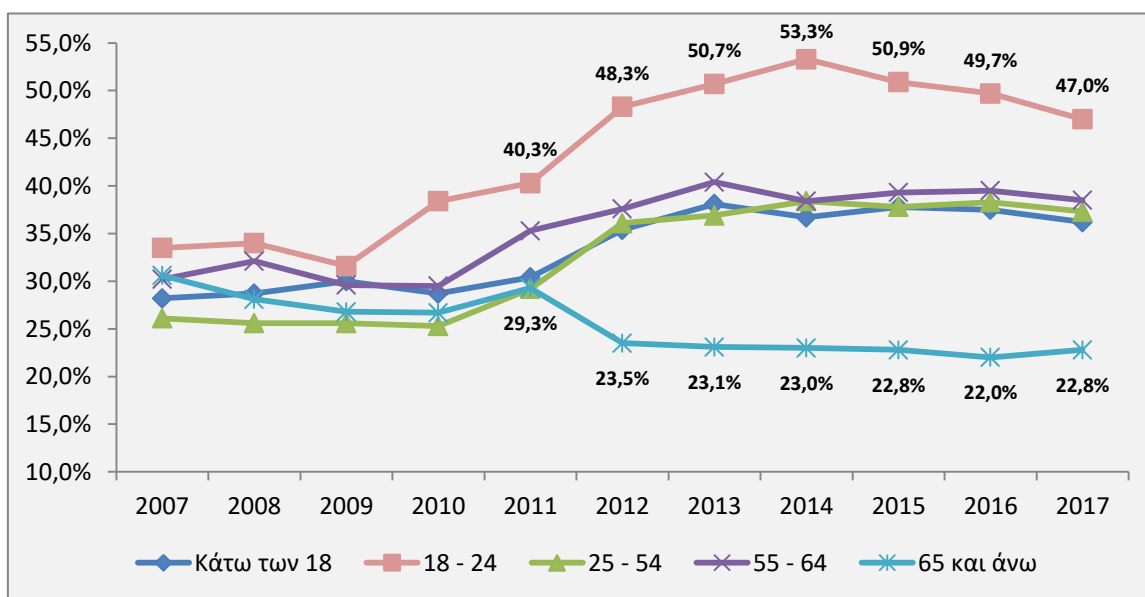
Τέλος ένα ενδιαφέρον εύρημα της έρευνας προκύπτει κατά την εξέταση του ποσοστού ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού κατά ηλικιακή ομάδα. Όπως φαίνεται στο Γράφημα 5.13 κατά τη διάρκεια εφαρμογής των περιοριστικών οικονομικών πολιτικών, υπάρχει μία γενικότερη αύξηση του κινδύνου φτώχειας για όλες τις ηλικιακές ομάδες, (μεταξύ των οποίων και για τα παιδιά κάτω των 18 ετών) εκτός από τους άνω των 65 στους οποίους περιλαμβάνονται κυρίως συνταξιούχοι. Ειδικότερα μάλιστα στην ηλικιακή ομάδα 18 – 24 ετών υπάρχει πολύ μεγάλη αύξηση, με αποτέλεσμα 1 στους 2 νέους να αντιμετωπίζει τον κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού. Στο σημείο αυτό υπενθυμίζεται πως ο κατώτατος μισθός για νέους ηλικίας κάτω των 25 ετών έχει μειωθεί κατά 32% από το έτος 2012 (βλ. ενότητα 5.2.1).

Γράφημα 5.12: Ύψος και διαφορά σχετικής φτώχειας πριν και μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις ως ποσοστό (2008 – 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Γράφημα 5.13: Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού κατά ηλικιακή ομάδα (2007 – 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

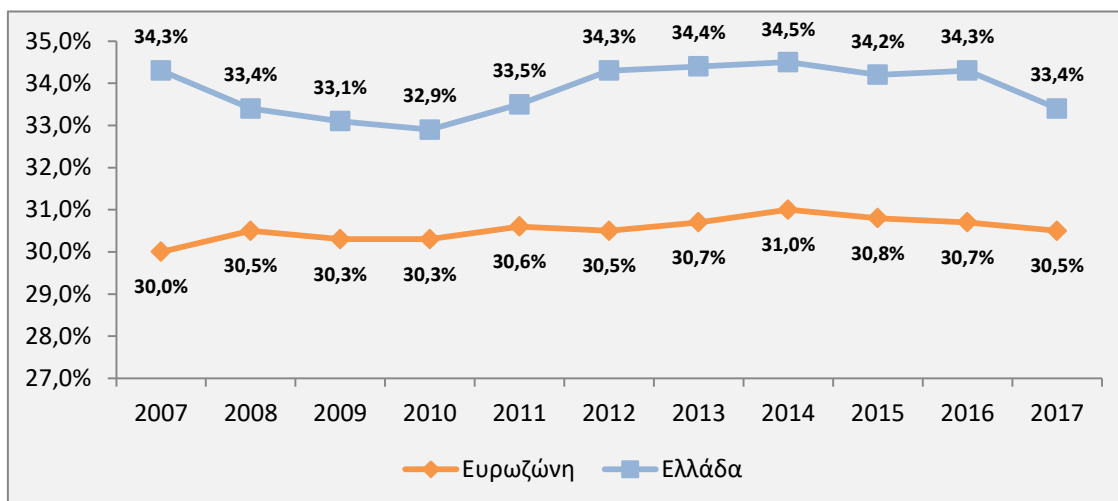
5.2.3 Εισοδηματική Ανισότητα

Το ζήτημα της εισοδηματικής ανισότητας, δηλαδή της ανομοιόμορφης κατανομής του εισοδήματος μεταξύ των μελών μιας κοινωνίας, απασχολεί τις τελευταίες δεκαετίες, έντονα την επιστημονική κοινότητα καθώς παρατηρούνται αυξητικές τάσεις. Σύμφωνα μάλιστα με έκθεση του ΟΟΣΑ, η ανισότητα αναμένεται να διευρυνθεί κατά 30% μέχρι το 2060, λαμβάνοντας υπόψη τις σημερινές τάσεις (Braconier, Nicoletti , & Westmore , 2014, p. 7).

Για την αποτύπωση της εισοδηματικής ανισότητας στην Ελλάδα θα χρησιμοποιηθεί αρχικά ο ευρέως διαδεδομένος συντελεστής *Gini* (*G*). Το εύρος των τιμών του μπορεί να κυμαίνεται από 0 (πλήρης ισότητα) έως 1 ή 100% (πλήρης εισοδηματική ανισότητα). Ακολούθως θα χρησιμοποιηθεί ο δείκτης S80/S20, ο οποίος ισούται με το λόγο του συνολικού εισοδήματος που εισπράττει το 20% του πληθυσμού με το υψηλότερο εισόδημα (ανώτατο πεμπτημόριο) προς το συνολικό εισόδημα που εισπράττει το 20% του πληθυσμού με το χαμηλότερο εισόδημα (κατώτατο πεμπτημόριο).

Ξεκινώντας από το συντελεστή *Gini*, όπως φαίνεται στο Γράφημα 5.14, η Ελλάδα διαχρονικά τόσο πριν, όσο και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρουσιάζει υψηλότερη οικονομική ανισότητα σε σχέση με το μέσο όρο της ευρωζώνης, αλλά μέχρι το 2010 έβαινε μειούμενος. Γενικότερα στην Ελλάδα, η εισοδηματική ανισότητα σταδιακά μειωνόταν από το σχετικά υψηλό επίπεδο πριν από το 1980 (Ντελής, 2017). Από το 2010 και μετά όμως, έτος που άρχιζαν να εφαρμόζονται οι περιοριστικές οικονομικές πολιτικές η εισοδηματική ανισότητα αυξάνεται ανησυχητικά. Εντέλει το 2017 εμφάνισε μία μικρή αποκλιμάκωση στο 33,4% σε σχέση με το 30,5% της ευρωζώνης.

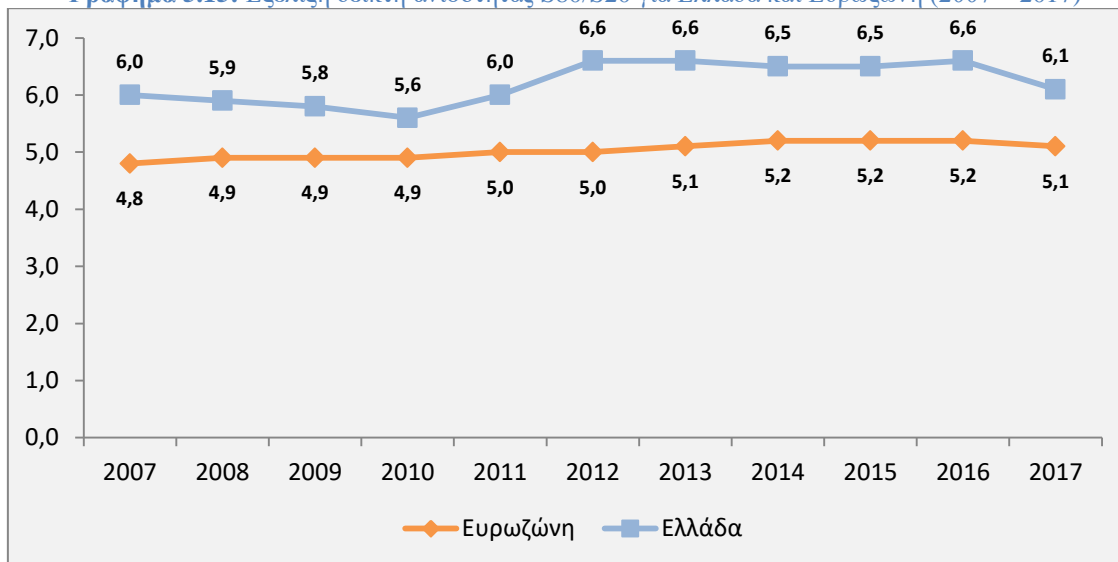
Γράφημα 5.14: Εξέλιξη δείκτη Gini (%) για Ελλάδα και ευρωζώνη (2007 – 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Παρόμοια αποτελέσματα για τη μεταβολή του επιπέδου ανισότητας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης αποτυπώνει και ο δείκτης S80/S20, με αποτέλεσμα το 2017 στην Ελλάδα το συνολικό εισόδημα που εισπράττει το 20% του πληθυσμού με το υψηλότερο εισόδημα να είναι 6,1 φορές υψηλότερο από το συνολικό εισόδημα που εισπράττει το 20% του πληθυσμού με το χαμηλότερο εισόδημα (Γράφημα 5.15).

Γράφημα 5.15: Εξέλιξη δείκτη ανισότητας S80/S20 για Ελλάδα και Ευρωζώνη (2007 – 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Συμπερασματικά από τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου διαπιστώνουμε πως οι περιοριστικές οικονομικές πολιτικές των ΠΟΠ από το 2010 και μετά, οι οποίες εφαρμόστηκαν λόγω των δυσμενών δημοσιονομικών μεγεθών του Ελληνικού κράτους είχαν ως αποτέλεσμα να επιδεινωθούν σημαντικά κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, όπως

η ανεργία, η φτώχεια, η ανισότητα, το εισόδημα, η κατανάλωση των ελληνικών νοικοκυριών και κατ' επέκταση οι συνθήκες διαβίωσής τους. Μέσα σε αυτό το αρνητικό κοινωνικοοικονομικό κλίμα και πλαίσιο που έχει διαμορφωθεί στην Ελλάδα, τα ελληνικά σπιτικά καλούνται να διαμορφώσουν τις επιλογές τους όσον αφορά την υγειονομική φροντίδα τους.

6 Πολιτικές υγείας και ίδιες πληρωμές στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης

Από το έτος 2010 κι εντεύθεν, έτος κατά το οποίο το ελληνικό κράτος αναγκάστηκε να προσφύγει στα όργανα της ΕΕ και του ΔΝΤ και να υπογράψει το πρώτο ΠΟΠ, του επιβλήθηκε μία σειρά συσταλτικών οικονομικών μέτρων, με στόχο να μειωθούν τα υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα που το χαρακτήριζαν. Τα μέτρα αυτά αφορούσαν σχεδόν το σύνολο των τομέων πολιτικής, μεταξύ των οποίων και ο τομέας υγείας. Για το λόγο αυτό αναπτύχθηκε, στο εσωτερικό του, μία σειρά πολιτικών με σκοπό αφενός τη μείωση της δημόσιας υγειονομικής δαπάνης, αφετέρου την αύξηση της αποδοτικότητας του ΕΣΥ (Νιάκας, 2014). Παρά ταύτα, οι πολιτικές αυτές που αναπτύχθηκαν είχαν μία σειρά επιπτώσεων σε ένα σύστημα υγείας που ήδη χαρακτηριζόταν από διαχρονικές στρεβλώσεις (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005; Economidou C. , 2010, p. 158), μεταξύ των οποίων και στις πληρωμές υγείας των χρηστών.

Στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει τις μεταρρυθμιστικές πολιτικές υγείας, οι οποίες εφαρμόστηκαν από το 2010 ως απόρροια των τριών ΠΟΠ, της κακής οικονομικής κατάστασης που βίωνε η χώρα μας και των προβλημάτων που κουβαλούσε το ΕΣΥ από πριν την οικονομική κρίση κι επηρέασαν άμεσα ή έμμεσα τις πληρωμές υγείας των χρηστών. Για την αρτιότερη παρουσίασή τους, οι ανωτέρω ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες:

- Χρηματοδότηση
- Ασφάλιση υγείας
- Παροχή υπηρεσιών υγείας
- Φαρμακευτική πολιτική

6.1 Χρηματοδότηση

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση ήδη από το 2010, στο πλαίσιο εφαρμογής του πρώτου ΠΟΠ, η δημόσια υγειονομική δαπάνη κρίθηκε υπερβάλλουσα και τέθηκε επί τάπητος το ζήτημα της ελάττωσής της. Ο θεμελιώδης στόχος που τελικά συμφωνήθηκε ήταν η μείωσή της από το περίπου 6,5% στο 6% του ΑΕΠ, όπως καταγράφηκε στο κείμενο της

δεύτερης αξιολόγησης (European Commission, 2010, p. 20). Η επίτευξη του στόχου αυτού αποτέλεσε τη γενεσιουργό αιτία, των περισσότερων περιοριστικών πολιτικών στον τομέα υγείας, οι οποίες παρουσιάζονται κατωτέρω. (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 115).

Ειδικότερα, σχεδιάστηκε κι εφαρμόστηκε μία σειρά πολιτικών με στόχο την αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στην υγειονομική δαπάνη. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την υπ' αριθ. Υ4α/οικ.165114 ΚΥΑ, εφαρμόστηκε αύξηση από 3 σε 5 ευρώ στο εισιτήριο για τους προσερχόμενους ασθενείς στα ΤΕΙ των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων από 1 Ιανουαρίου 2011. Το μέτρο αυτό μάλιστα ίσχυσε αργότερα και για την πρόσβαση των ασθενών στα κέντρα υγείας του νεοσυγκροτηθέντος ΠΕΔΥ (Αντωνόπουλος, 2015). Εντέλει, εφαρμόστηκε μέχρι και το Μάρτιο του 2015, οπότε και καταργήθηκε από τη νεοεκλεγείσα κυβέρνηση με την υπ' αριθμ. Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754 ΚΥΑ. Επίσης με βάση τα οριζόμενα στις διατάξεις του δεύτερου εδαφίου της περίπτωσης 12 της υποπαραγράφου ΙΒ του άρθρου πρώτου του ν. 4093/2012, προβλεπόταν από 1 Ιανουαρίου 2014, η αύξηση του ποσού από τα 5 στα 25 ευρώ για την εισαγωγή και νοσηλεία σε Νοσοκομείο του ΕΣΥ. Ωστόσο το μέτρο εφαρμόστηκε μόνο για λίγες μέρες τον Ιανουάριο του 2014 καθώς, ανακλήθηκε, με τροπολογία στο αρ. 69 του ν. 4235/2014, λόγω της έντονης αντίδρασης των πολιτών, των επαγγελματιών της υγείας και άλλων ομάδων ενδιαφερομένων και αντικαταστάθηκε με πρόσθετο φόρο στα τσιγάρα.

6.2 Ασφάλιση υγείας

Ο τομέας της ασφάλισης υγείας αποτέλεσε πεδίο μεταρρυθμιστικών σχεδίων κατά τα χρόνια εφαρμογής των περιοριστικών οικονομικών πολιτικών. Δύο σημαντικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις μπορούν να εντοπιστούν σε αυτόν: Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ως ενιαίου ταμείου υγείας και η πρωτοβουλία για την παροχή πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης.

Η δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου υγείας δεν ήταν καινούργιο εγχείρημα, αντιθέτως οι πρώτες προσπάθειες είχαν ξεκινήσει από το 1968 με το σχέδιο Πάτρα « Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής». (Economou C. , Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso, & Sissouras, 2015, p. 114; Μπουρσανίδης, 2017, σ. 132). Το 2001 το ελληνικό κράτος έφτασε μία ανάσα από τη συγκρότηση ενός ενιαίου ταμείου υγείας, με τη συγκρότηση

του ΟΔΠΥ, όμως λόγω ισχυρών συμφερόντων των ομάδων πίεσης (γιατροί, ενώσεις δημοσίων υπαλλήλων) και της τότε αντιπολίτευσης, δεν διαμορφώθηκαν οι απαραίτητες πολιτικές και κοινωνικές συμμαχίες (Mossialos & Allin, 2005, pp. 428-441; Μπουρσανίδης, 2017, σ. 141).

Το 2010, σύμφωνα με τις προβλέψεις του πρώτου ΠΟΠ και των πιέσεων των δανειστών για ταχείες αλλαγές, η κυβέρνηση εισήγαγε ένα νέο σύστημα της ασφάλισης υγείας, με επακόλουθες αλλαγές στα ποσοστά εισφορών και τη δημιουργία ενιαίου πακέτου παροχών. Συγκεκριμένα, στόχος ήταν ο διαχωρισμός των κλάδων υγείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης από τη διαχείριση των συντάξεων και τη συγχώνευση αυτών (των κλάδων υγείας), φέρνοντας όλες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την υγεία στο Υπουργείο Υγείας. Το Συμβούλιο Συντονισμού που δημιουργήθηκε με το αρ. 31 του ν. 3863/2010 για να επιβλέπει αυτή τη διαδικασία, αποσκοπούσε στην απλοποίηση του κατακερματισμένου συστήματος και στην ομαλή μετάβαση σε ένα ενιαίο σύστημα υπηρεσιών υγείας με απώτερο σκοπό την εξοικονόμηση δαπανών για αγορά ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 114).

Όλη αυτή η μεταρρυθμιστική πορεία κατέληξε το Μάρτιο του 2011 στη συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ με το κεφάλαιο Β του ν. 3918/2011. Σύμφωνα με τον ανωτέρω νόμο, οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ) μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, ενώ στη συνέχεια, έγιναν προσπάθειες για την επέκτασή του και σε κλάδους υγείας άλλων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Τα πακέτα παροχών αυτών των ταμείων ενοποιήθηκαν για να παρέχουν τις ίδιες υγειονομικές υπηρεσίες με βάση τον ΕΚΠΥ. Παρά ταύτα εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένες διαφορές ως προς το μέγεθος των εισφορών. Επίσης τα ενοποιημένα πακέτα παροχών δεν καλύπτουν μία σειρά ακριβών εξετάσεων, για τις οποίες ο ασθενής είναι αναγκασμένος να πληρώσει από το εισόδημά του (Economou C. , Kaitelidou, Katsikas, Siskou, & Zafiropoulou, 2016, p. 8).

Αρχικά, ο ΕΟΠΥΥ είχε το ρόλο τόσο του προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, όσο και του αγοραστή, αφού ήταν επιφορτισμένος τόσο με τη διαχείριση δομών ΠΦΥ (π.χ. πρώην ιατρεία του ΙΚΑ), όσο και με τη σύναψη συμβάσεων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Όμως από το 2014 και μετά με τη συγκρότηση του ΠΕΔΥ,

ο ΕΟΠΥΥ λειτουργούσε μόνο ως αγοραστής των υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους.

Ο ΕΟΠΥΥ προοριζόταν να καλύψει τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού (εργατικό δυναμικό, συνταξιούχους), όμως η δυνατότητα ασφάλισης ήταν στενά συνδεδεμένη με την εργασία. Η οικονομική κρίση που χτύπησε την Ελλάδα προκάλεσε, όπως παρουσιάστηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, μία υψηλή και παρατεταμένη ανεργία, με αποτέλεσμα στα χρόνια αυτά περίπου 2,5 εκατομμύρια πολίτες να μείνουν ανασφάλιστοι, λόγω απώλειας εργασίας (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 132). Σύμφωνα με την έως τότε νομοθεσία, ο ΕΟΠΥΥ μπορούσε να καλύψει μόνο τους ανέργους για μέγιστο διάστημα δύο ετών από την ημερομηνία απώλειας εργασίας (Economou C. , Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso, & Sissouras, 2015, p. 114), Προκειμένου να δοθεί δυνατότητα πρόσβασης στους ανασφάλιστους, το Υπουργείο Υγείας θέσπισε το Σεπτέμβριο του 2013 ένα πρόγραμμα "Voucher για την υγεία" που απευθύνεται σε άτομα που έχουν χάσει την ασφαλιστική τους κάλυψη και στα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους. Τα δελτία υγείας είχαν διάρκεια τεσσάρων μηνών και δεν μπορούσαν να ανανεωθούν. Παρά ταύτα το πρόγραμμα δεν ήταν ιδιαίτερα αποδοτικό καθώς ένα μικρός αριθμός δελτίων υγείας εκδόθηκαν (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 50).

Πρόσθετα μέτρα τέθηκαν σε ισχύ το 2014, που είχαν ως στόχο να επιτρέψουν στους ανθρώπους που δεν ήταν ασφαλισμένοι και δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις για την έκδοση βιβλιαρίου υγείας απόρων, να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα πρόκειται για τις υπ' αριθμ. Υ4α/ΓΠ/οικ.48985/3.6.2014 και Γ.Π./ΟΙΚ. 56432/28.6.2014 ΚΥΑ. Ωστόσο, για την πρόσβαση σε νοσοκομειακές υπηρεσίες, οι ανασφάλιστοι όφειλαν να περάσουν από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης σε κάθε νοσοκομείο με διαδικασίες ελέγχου ιδιαίτερα γραφειοκρατικές, που δημιουργούσαν ενίοτε στιγματισμό στους ανασφάλιστους. Παράλληλα, για την αγορά των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι ανασφάλιστοι (όπως και οι ασφαλισμένοι) έπρεπε να πληρώνουν συμμετοχή στο κόστος αγοράς, δημιουργώντας έτσι σημαντικά εμπόδια και στην πρόσβασή τους στα φάρμακα (Economou C. , 2015, p. 8).

Η αποτυχία των ανωτέρω προσπαθειών για την αποτελεσματική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού και η αλλαγή κυβέρνησης, οδήγησε εντέλει το 2016 σε ένα διαφορετικό πλαίσιο δράσης με το άρθρο 33 του ν. 4368/2016 και την Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4.4.2016

ΚΥΑ. Σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία παρέχεται πρόσβαση στην περίθαλψη των ανασφάλιστων και ευάλωτων ομάδων πληθυσμού, όπως των μεταναστών που διαμένουν νομίμως στην Ελλάδα, των παιδιών και των εγκύων γυναικών, ανεξαρτήτως ασφαλιστικού καθεστώτος. Αυτές οι ομάδες έχουν τώρα το δικαίωμα να έχουν το ίδιο επίπεδο πρόσβασης με εκείνους που ασφαλίζονται από τον ΕΟΠΥΥ και δωρεάν πρόσβαση στο φάρμακο (χωρίς συμμετοχή) αν πληρούν εισοδηματικά κριτήρια. Παρόλο που τα μέτρα αυτά θεσπίστηκαν μετά από περίπου 7 χρόνια παρατεταμένης οικονομικής κρίσης, είναι πολύ σημαντικά για την πρόσβαση του πληθυσμού στο ΕΣΥ, κυρίως των ευάλωτων ομάδων (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 117).

6.3 Παροχή υπηρεσιών υγείας

Όσον αφορά τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, οι πολιτικές εστίασαν στη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ, κάτι το οποίο αποτελούσε ένα ατελέσφορο εγχείρημα ήδη από το 1980 με το νομοσχέδιο «Δοξιάδη» (Μπουρσανίδης, 2017, σ. 132).

Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, μέχρι το 2014 ο ΕΟΠΥΥ ασκούσε το ρόλο τόσο του προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, όσο και του αγοραστή. Ωστόσο, το 2014, με το ν. 4238/2014, οι αρμοδιότητες του αγοραστή και του προμηθευτή υπηρεσιών ΠΦΥ διαχωρίζονται. Ο ΕΟΠΥΥ παραμένει αγοραστής αυτών των υπηρεσιών και παράλληλα συγκροτείται το ΠΕΔΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, το οποίο συντονίζεται από τις ΔΥΠΕ της χώρας. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή του ΠΕΔΥ και των ΔΥΠΕ. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους. Οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε οποιαδήποτε δομή ΠΦΥ του ΠΕΔΥ ή στα ΤΕΙ των νοσοκομείων χωρίς να υπάρχει ακόμα κάποιος περιορισμός ως προς την επιλογή. Μετά το νόμο, επόμενος στόχος ήταν η εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού κι ενός συστήματος ελέγχου πρόσβασης και ροής των ασθενών στο σύστημα υγείας (Gate keeping). Επίσης σκοπός ήταν οι συγκεκριμένες δομές να λειτουργούν 24 ώρες το 24ώρο και 7 ημέρες την εβδομάδα (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 86).

Παράλληλα την ίδια χρονιά, θεσπίστηκε ένα σύστημα μηνιαίων ανώτατων ορίων στις δραστηριότητες κάθε συμβεβλημένου ιατρού με τον ΕΟΠΥΥ. Συγκεκριμένα κάθε

γιατρός που έχει συνάψει σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ έχει ένα ανώτατο όριο 300 επισκέψεων μηνιαίως με βάση την υπ' αριθμ. Υ9α/οικ 37139 ΚΥΑ. Επίσης με την υπ' αριθμ. Υ9/οικ.70521 ΥΑ θεσπίστηκε ανώτατο μηνιαίο όριο για την αξία συνταγογράφησης κι εκτέλεσης εργαστηριακών εξετάσεων. Αυτό σημαίνει ότι όσοι ασφαλισμένοι με τον ΕΟΠΥΥ έπρεπε να επισκεφθούν έναν γιατρό ακόμα και μόνο για να τους συνταγογραφήσει, έπρεπε είτε να βρουν έναν συμβεβλημένο γιατρό που δεν έχει φτάσει στο ανώτατο όριο του ή θα έπρεπε να πληρώσουν από την τσέπη τους ιδιώτη γιατρό. Μάλιστα σύμφωνα με έρευνα η οποία διεξήχθη το 2015 περίπου ένας στους δύο ασθενείς ανέφερε πως αναγκάστηκε να πληρώσει από 10 έως 20 ευρώ σε συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ γιατρό προκειμένου να του συνταγογραφήσει την αναγκαία φαρμακευτική αγωγή (Kyriklidis, et al., 2016).

Από το 2015 το ζήτημα της μεταρρύθμισης ΠΦΥ τέθηκε ξανά επί τάπητος από τη νεοεκλεγείσα κυβέρνηση, καθώς αποτελούσε μία από τις προγραμματικές δεσμεύσεις. Αφετηρία της εν λόγω μεταρρύθμισης αποτέλεσε η συγκρότηση των Τοπικών Ομάδων Υγείας¹⁴ (Τ.Ο.Μ.Υ.), σύμφωνα με το άρθρο 106 του ν.4461/2017. Στη συνέχεια, η μεταρρυθμιστική προσπάθεια ολοκληρώνεται σε νομοθετικό επίπεδο, με την πρόβλεψη νέου λειτουργικού πλαισίου για τη δημόσια ΠΦΥ, με τον ν. 4486/2017, με την αναδιοργάνωση των υφιστάμενων δομών και τη δημιουργία νέων, όπως είναι οι Τοπικές Μονάδες Υγείας¹⁵ (Το.Μ.Υ.), οι οποίες στελεχώνονται από Ομάδα Υγείας¹⁶. Στόχος είναι το σύστημα αυτό να αποτελέσει την κύρια είσοδο του χρήστη στο ΕΣΥ και να μπορεί να λειτουργήσει ως «θυροφύλακας», μέσω του ελέγχου ροής των ασθενών (Gate keeping) στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η βασική καινοτομία της μεταρρύθμισης, συνίσταται στη δημιουργία δύο επιπέδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Ειδικότερα, στο πρώτο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες από τις Το.Μ.Υ., αλλά και άλλες δομές¹⁷, οι οποίες μπορούν να μετατραπούν και αυτές σε

¹⁴ Με τον όρο αυτό, νοείται η ομάδα που συγκροτείται με σκοπό την υποστήριξη του έργου των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και των αποκεντρωμένων μονάδων τους και αποτελείται από επαγγελματίες υγείας και λοιπό προσωπικό. Έργο τους είναι η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ (προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία) (παρ.1,2 & 3, άρθρο 106 του Ν.4461/2017).

¹⁵ Με τον όρο αυτό εννοείται η δημόσια μονάδα ΠΦΥ, η οποία αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο ΕΣΥ, στελεχώνεται από μία Ομάδα Υγείας και λειτουργεί στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς (παρ 3, άρθρο 2 του Ν.4486/2017).

¹⁶ Η Ομάδα Υγείας ορίζεται ως η ομάδα που αποτελείται από ιατρούς ειδικότητων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής και άλλους επαγγελματίες υγείας και λοιπό προσωπικό. Με τον όρο Ομάδα Υγείας θεωρείται και η «Τοπική Ομάδα Υγείας» (Τ.Ο.Μ.Υ.) που συγκροτείται με το άρθρο 106 του Ν.4461/2017. (άρθρο 2 του Ν. 4486/2017).

¹⁷ Τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία

Το.Μ.Υ., εφόσον στελεχώνονται κατά τρόπο αντίστοιχο με την Ομάδα Υγείας (παρ 1). Επιπρόσθετα, το πρώτο επίπεδο, περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ ως συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ (παρ 2). Στο δεύτερο επίπεδο, παρέχονται υπηρεσίες από τα Κέντρα Υγείας¹⁸ (παρ 2), τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των ΥΠΕ (άρθρο 4), ενώ οι Το.Μ.Υ., συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας (άρθρο 5). Στο πλαίσιο αυτό, αναδεικνύεται η έννοια του οικογενειακού ιατρού.

Ο εκσυγχρονισμός αυτός είναι πολύ σημαντικός καθώς θέτει τις βάσεις για ένα ενιαίο, αξιόπιστο, ποιοτικό, σύγχρονο και προσβάσιμο σε όλους, σύστημα ΠΦΥ κάτι το οποίο αποτελούσε μεταρρυθμιστικό ζητούμενο εδώ και δεκαετίες. Το ζήτημα όμως που υπάρχει είναι η βιωσιμότητα ενός τέτοιου εγχειρήματος καθώς η χρηματοδότησή του προέρχεται κατά βάση από κοινοτικούς πόρους (ΕΣΠΑ 2014 – 2020) για περιορισμένο χρονικό διάστημα.

6.4 Φαρμακευτική πολιτική

Στην παρούσα υποενότητα θα παρουσιαστούν οι πολιτικές που αναπτύχθηκαν στην αγορά φαρμάκου, εστιάζοντας σε εκείνες οι οποίες συνδέθηκαν άμεσα ή έμμεσα με τις απευθείας πληρωμές υγείας. Αν και οι πολιτικές αυτές μπορούσαν να αντιστοιχιστούν σε μία από τις ανωτέρω ομάδες πολιτικών υγείας, τελικά επιλέχτηκε να παρουσιαστούν ως αυτοτελής ομάδα, εξαιτίας των πολλών και πολυδιάστατων πολιτικών που αφορούσαν την αγορά φαρμάκου. Ο βασικός στόχος που συμφωνήθηκε στο πλαίσιο του πρώτου ΠΟΠ το 2010 ήταν η δημόσια εξω - νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη να μειωθεί από το 1,9% του ΑΕΠ που ήταν το 2009, στο 1% του ΑΕΠ που ήταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος (European Commission, 2010, p. 22). Όμως όπως παρουσιάστηκε ανωτέρω, το ΑΕΠ από το 2009 και μετά μειωνόταν συνεχώς με αποτέλεσμα για την επίτευξη του στόχου αυτού, να απαιτούνται πρόσθετα μέτρα. Έτσι οι στόχοι αναθεωρήθηκαν στα 2,44 δις ευρώ για το 2013, 2 δις ευρώ για το 2014, και 1,94 δις για τα έτη 2015 - 2017 (European Commission, 2012, p. 25).

Για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων πάρθηκαν μία σειρά από μέτρα και πολιτικές τα οποία είτε είχαν ως σκοπό άμεσα να μετακλίσουν αλλού το βάρος της δημόσιας

¹⁸ Τα Κέντρα υγείας Αστικού Τύπου και οι Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ (παρ. 3, άρθρο 2, Ν. 4238/2014) μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας, ενώ καταργείται εφεξής η ονομασία ΠΕΔΥ (παρ. 2, άρθρο 3 του Ν. 4486/2017).

φαρμακευτικής δαπάνης, είτε είχαν σκοπό να ελέγξουν τον όγκο και τις καταναλωτικές συνήθειες των ασθενών, εστιάζοντας στη ζήτηση στην αγορά φαρμάκου.

Συγκεκριμένα, το 2010 με το ν. 3892/2010 νομοθετήθηκε το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Σκοπός του είναι (σύμφωνα με την αιτιολογική του έκθεση) η ενίσχυση της διαφάνειας και ο περιορισμός της υπερσυνταγογράφησης και κατ' επέκταση των φαρμακευτικών δαπανών, καθώς το σύστημα παρακολουθεί τις συνταγογραφήσεις των ιατρών και τη χορήγησή τους από τους φαρμακοποιούς. Η εφαρμογή του συστήματος αυτού δεν επηρέασε άμεσα τις απευθείας πληρωμές υγείας των ασθενών, όμως αποτέλεσε τη βάση πάνω στην οποία εφαρμόστηκαν ορισμένες από τις ακόλουθες πολιτικές.

Ακολούθως το 2011 με το αρ. 38 του ν. 4025/2011 καθορίζεται για τους ασφαλισμένους ποσοστό συμμετοχής 25% επί της διατιμημένης αξίας του φαρμάκου για την αγορά τους, το οποίο μειώνεται στο 10% ή 0% για φάρμακα που χορηγούνται σε χρόνια πάσχοντες ή έχουν σοβαρές παθήσεις. Το 2012 η κυβέρνηση με βάση το αρ. 21 του ν.4052/2012 καθιστά υποχρεωτική τη συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία. Στο ίδιο άρθρο ορίζεται πως σε περίπτωση κατά την οποία ο ασφαλισμένος επιθυμεί να λάβει ακριβότερο φάρμακο (κι όχι το φθηνότερο) όμοιας δραστικής ουσίας με αυτή που του συνταγογραφήθηκε τότε ο ΦΚΑ αποζημιώνει την τιμή του φθηνότερου και ο ασφαλισμένος είναι αναγκασμένος να πληρώσει τη διαφορά. Με τον τρόπο αυτό η κυβέρνηση προώθησε τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων, τα οποία έχουν χαμηλότερη τιμή σε σχέση με τα πρωτότυπα σε μία προσπάθεια μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Όμως από την άλλη μεριά εμμέσως αύξησε τη συμμετοχή για την αγορά φαρμάκων σε όσους ασφαλισμένους ήθελαν ή έπρεπε να προμηθευθούν κάποιο ακριβότερο φάρμακο σε σχέση το αντίστοιχο που αποζημιωνόταν.

Επίσης το 2011 έγινε επανεισαγωγή της θετικής λίστας φαρμάκων που αποζημιώνονται, η οποία είχε καταργηθεί από το 2006. Βασικός σκοπός της δεν ήταν τόσο να ελέγξει τα πρότυπα κατανάλωσης φαρμάκων από τους ασθενείς, όσο να αυξήσει τα έσοδα, δεδομένου ότι περιλάμβανε την υποχρέωση καταβολής ειδικής αμοιβής από τις φαρμακευτικές εταιρείες κάθε φορά ήταν να προστεθεί ένα νέο

φάρμακο. Παράλληλα το 2012, εισήχθη νέα αρνητική λίστα φαρμάκων¹⁹ και η λίστα ΜηΣυΦα που περιείχε πολλά φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία ενώ προηγουμένως αποζημιωνόντουσαν από τα ασφαλιστικά ταμεία, τώρα θα έπρεπε να πληρώνονται απευθείας από τους χρήστες τους. Από την άλλη μεριά, ο ΦΠΑ στα φάρμακα μειώθηκε το 2011 από το 11% στο 6,5% κάτι το οποίο ήταν θετικό, καθώς χρήστες θα έπρεπε να καταβάλουν λιγότερα ποσά κατά την αγορά τους.

Επίσης από 1 Ιανουαρίου 2014 ορίζεται η εκ μέρους των ασθενών καταβολή υπέρ του ΕΟΠΥΥ του ποσού ενός (1) ευρώ ανά συνταγή που εκτελείται από τον εκάστοτε φαρμακοποιό, με βάση τα οριζόμενα στις διατάξεις του πρώτου εδαφίου της περίπτωσης 12 της υποπαραγράφου ΙΒ του άρθρου πρώτου του ν. 4093/2012. Το συγκεκριμένο μέτρο επιβάρυνε ιδιαίτερα τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού για τις οποίες μπορεί να απαιτούνταν η συχνή εκτέλεση ιατρικών συνταγών. Η ισχύς της συγκεκριμένης επιβάρυνσης υφίσταται μέχρι και σήμερα, αν και έχει ανακοινωθεί από το 2015 πως θα καταργηθεί (Ευθυμιάδου, 2015).

Τέλος αξίζει να σημειωθεί πως οι παραπάνω πολιτικές στον τομέα φαρμάκου δεν ήταν οι μοναδικές. Υπήρξε και μία σειρά πρόσθετων μέτρων και πολιτικών, όπως η μείωση περιθωρίου κέρδους φαρμακοποιών και χονδρεμπόρων φαρμάκων, η εφαρμογή του αυτόματου μηχανισμού claw back, καθώς κι ένα νέο σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων από τον ΕΟΦ. Παρά ταύτα δεν αναλύονται, καθώς δεν είχαν άμεση επιρροή στο ζήτημα των απευθείας πληρωμών υγείας.

Συμπερασματικά διακρίνεται πως οι περισσότερες πολιτικές και μέτρα υγείας που εφαρμόστηκαν από το 2010 και μετά ήταν περιοριστικού χαρακτήρα και είχαν στόχο τη μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας. Άλλες στόχευσαν στον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ κάτι το οποίο ήταν ζητούμενο εδώ και δεκαετίες. Ελάχιστες όμως και καθυστερημένες ήταν εκείνες που είχαν στόχο την προστασία του ελληνικού σπιτικού από τις υψηλές δαπάνες υγείας. Σημαντικό μέρος της μείωσης αυτής είχε σκοπό να μετακυλιστεί στα ελληνικά νοικοκυριά τα οποία είναι αναγκασμένα να πληρώνουν από το ήδη περιορισμένο εισόδημά τους για να λάβουν τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας.

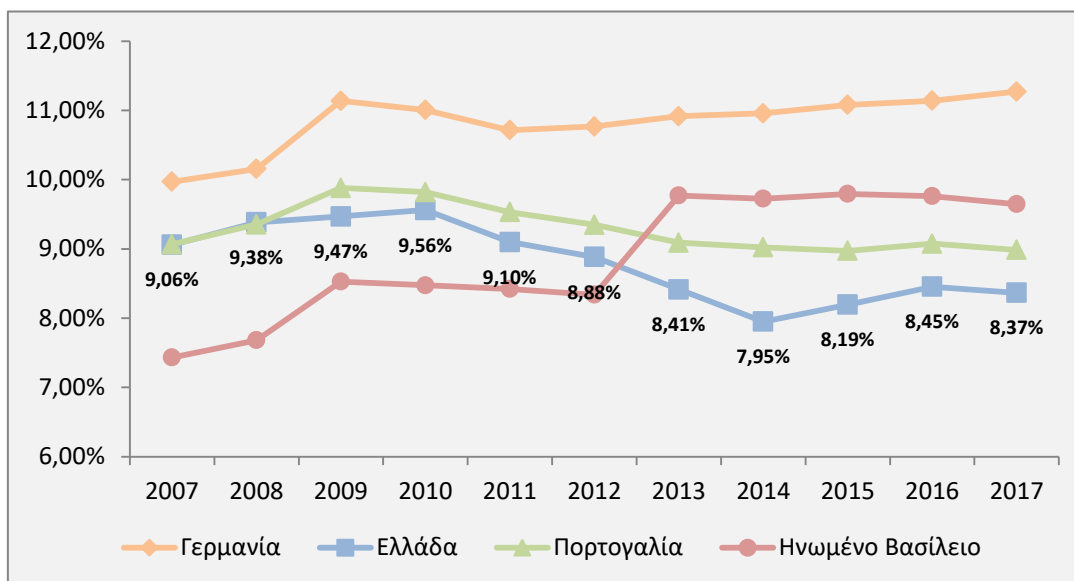
¹⁹ Αρνητική λίστα φαρμάκων: Λίστα φαρμάκων τα οποία χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης

7 Η εξέλιξη της υγειονομικής δαπάνης και των απευθείας πληρωμών υγείας στην Ελλάδα

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστεί η εξέλιξη της δαπάνης υγείας στη χώρα μας εστιάζοντας στις απευθείας πληρωμές. Προκειμένου να υπάρχει μία πληρέστερη ανάλυση ως προς τα ανωτέρω μεγέθη, προτιμήθηκε για ορισμένους δείκτες να γίνει μία συγκριτική παρουσίαση των μεγεθών της Ελλάδος με άλλα κράτη – μέλη της ΕΕ. Τα κράτη που επιλέχθηκαν είναι η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο (οι οποίες με βάση την παραδοσιακή τυπολογική διάκριση των συστημάτων υγείας αποτελούν βασικούς εκπροσώπους των τύπων συστημάτων υγείας Bismarck και Beveridge αντίστοιχα) και η Πορτογαλία ως ένα κράτος που αποτελεί βασικό εκπρόσωπο μαζί με τη χώρα μας ενός διακριτού συστήματος κοινωνικής προστασίας των χωρών της νοτίου Ευρώπης (Παπαθεοδώρου & Μισσος, 2013, σ. 15).

Από το 2010, χρονιά κατά την οποία στο πλαίσιο των ΠΟΠ επιβλήθηκε στη χώρα η μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας στο 6% του ΑΕΠ η οικονομία του υγειονομικού τομέα έχει μπει σε μία βαθιά ύφεση. Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 7.1, η συνολική δαπάνη υγείας σε τρέχουσες τιμές για την Ελλάδα μειώθηκε μεταξύ 2009 και 2016 κατά 36,5%, ποσοστό πολύ υψηλότερο από την αντίστοιχη μείωση του πραγματικού κατά κεφαλή ΑΕΠ της χώρας την αντίστοιχη οκταετία (βλ. Γράφημα 5.4) που ήταν στο 20,46%. Η μείωση αυτή προήλθε κυρίως από περικοπές στη δημόσια δαπάνη υγείας ύψους 43,9% και όχι τόσο λόγω μείωσης των ιδιωτικών δαπανών. Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 7.1 το 2007 η συνολική δαπάνη υγείας της χώρας μας και της Πορτογαλίας ήταν λίγο υψηλότερα από το 9% του ΑΕΠ, υψηλότερες από την αντίστοιχη του Ηνωμένου Βασιλείου και χαμηλότερη από την αντίστοιχη της Γερμανίας. Από το 2010 και μετά όμως παρατηρείται μία σταδιακή κάμψη της για τη χώρα μας, με αποτέλεσμα από το 2013 να αποτελεί τη χαμηλότερη μεταξύ των εξεταζόμενων χωρών.

Γράφημα 7.1: Εξέλιξη συνολικής δαπάνης υγείας %ΑΕΠ (2007 – 2017)



Πηγή: OECD, Νοέμβριος 2018

Πίνακας 7.1: Δαπάνες υγείας σε χιλ. ευρώ και ποσοστιαία μεταβολή τους (2009 - 2016)

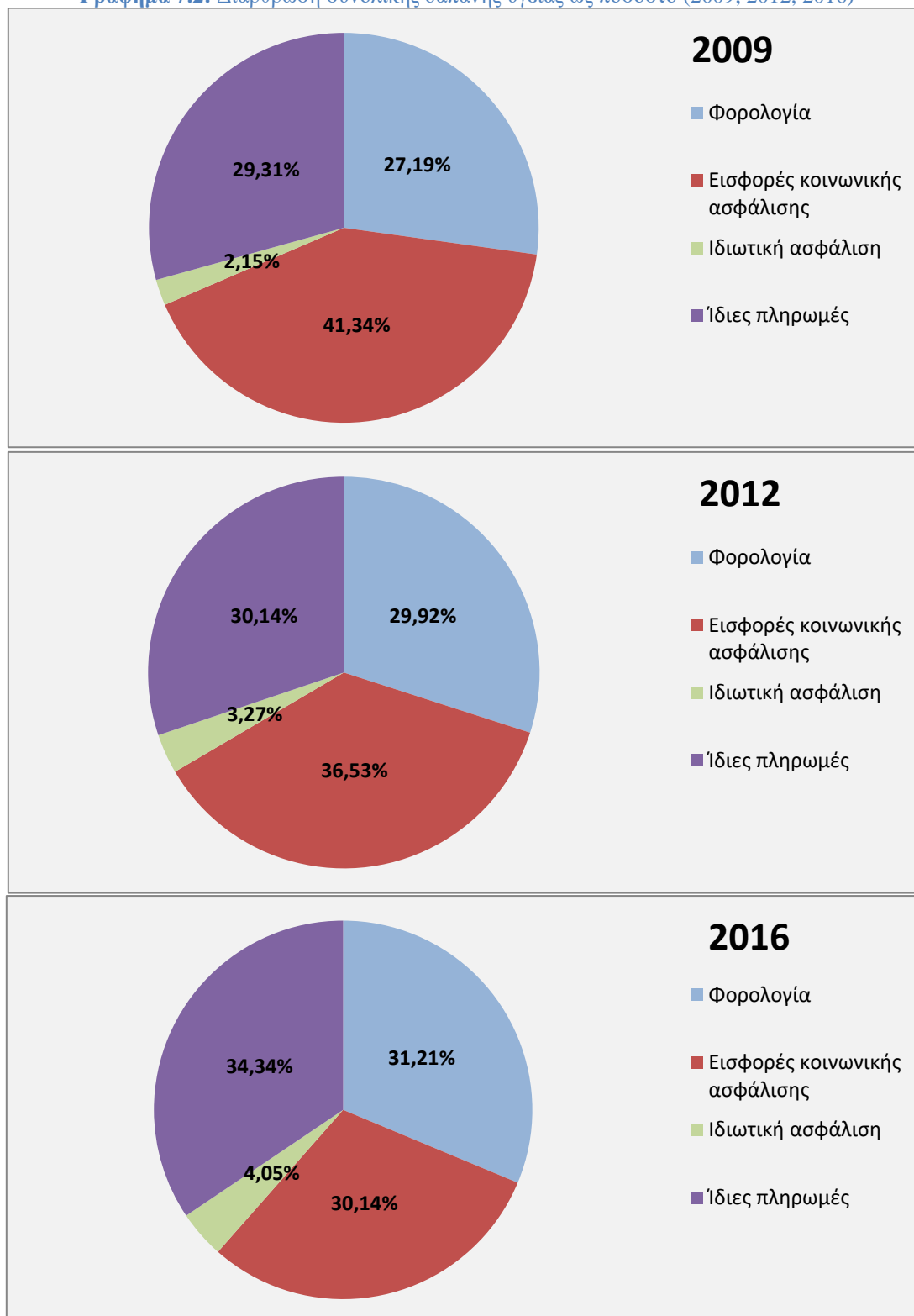
Φορέας Χρηματοδότησης/Έτος	2009	10/09 %	2010	11/10 %	2011	12/11 %	2012	13/12 %	2013	14/13 %	2014	15/14 %	2015	16/15 %	2016	16/09 %
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ασφαλιστικών Ταμείων)	6.271	-11,5%	5.548	2,2%	5.673	-10,5%	5.077	-8,6%	4.639	-9,2%	4.210	-0,4%	4.196	9,5%	4.596	-26,7%
Ασφαλιστικά ταμεία	9.836	-13,6%	8.499	4,8%	8.089	-14,0%	6.957	-30,9%	4.807	-15,6%	4.057	4,1%	4.225	5,1%	4.439	-54,9%
Δημόσια δαπάνη υγείας	16.107	-12,8%	14.047	-2,0%	13.762	-12,6%	12.034	-21,5%	9.445	-12,5%	8.267	1,9%	8.420	7,3%	9.035	-43,9%
Ιδιωτική Ασφάλιση	434	23,7%	537	-0,4%	534	-1,6%	526	-5,1%	499	7,9%	538	3,9%	559	5,2%	588	35,5%
Απευθείας πληρωμές	6.593	-7,5%	6.096	-4,7%	5.809	-12,3%	5.096	0,5%	5.121	1,6%	5.203	0,4%	5.224	-3,2%	5.058	-23,3%
Ιδιωτική δαπάνη υγείας	7.027	-5,6%	6.633	-4,4%	6.343	-11,4%	5.622	0,0%	5.620	2,2%	5.741	0,7%	5.783	-2,4%	5.646	-19,7%
Άλλα χρηματοδοτικά σχήματα (εκκλησία, ΜΚΟ)	53	39,2%	73	-28,4%	52	2,1%	54	151,9%	136	43,4%	195	25,1%	244	-80,7%	47	-11,0%
Συνολική δαπάνη υγείας	23.187	-10,5%	20.753	-2,9%	20.157	-12,1%	17.710	-14,2%	15.201	-6,6%	14.203	1,7%	14.448	1,9%	14.727	-36,5%

Πηγή: (Economou C. , Kaitelidou, Katsikas, Siskou, & Zafiropoulou, 2016) έως έτος 2012, ΕΛ.ΣΤΑΤ. έτη 2013 - 2016

Στο γράφημα 7.2 απεικονίζεται η διάρθρωση της συνολικής δαπάνης υγείας για τα έτη 2009, 2012 και 2016. Το έτος 2009 οι ασφαλιστικές εισφορές είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στη χρηματοδότηση του ΕΣΥ, όμως δεν κυριαρχούσαν, αφού και οι άλλοι φορείς χρηματοδότησης συμμετείχαν με αξιοσημείωτα ποσοστά, εκτός από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το 2012 υπάρχει μείωση των ασφαλιστικών εισφορών και αύξηση της φορολογίας και των απευθείας πληρωμών υγείας. Ενώ το 2016 φαίνεται πως βασικός πυλώνας χρηματοδότησης είναι οι ίδιες πληρωμές. Παρατηρείται πως διαχρονικά είτε πριν, είτε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στο ΕΣΥ της χώρας μας δεν κυριαρχούσε κάποιος συγκεκριμένος τύπος χρηματοδότησής του. Συνεπώς μπορούμε να καταλήξουμε στα εξής συμπεράσματα:

- Ο τρόπος με τον οποίο είναι δομημένο το υποσύστημα χρηματοδότησης του ΕΣΥ, αντικατοπτρίζει τον κατακερματισμό των φορέων του, όπου στοιχεία κοινωνικής ασφάλισης συνυπάρχουν με αντίστοιχα μπεβεριτζιανά. Αυτός έχει ως λογικό επακόλουθο την ασυντόνιστη κατάτμηση και τον καταμερισμό ανάληψης χρηματοδοτικών ευθυνών, η οποία σε διοικητικό επίπεδο μεταφράζεται σε μία χαρακτηριστική διάχυση αρμοδιοτήτων κι ευθυνών, συνθέτοντας έτσι μία κατάσταση οργανωμένης ανευθυνότητας (Μπουρσανίδης, 2000, σσ. 74-80).
- Επίσης οι ίδιες πληρωμές καλύπτουν ένα υψηλό ποσοστό χρηματοδότησης του ΕΣΥ στη χώρα μας, ακόμα και πριν την εφαρμογή των περιοριστικών οικονομικών πολιτικών, κάτι το οποίο επιβεβαιώνει παλαιότερες έρευνες, οι οποίες αναφερόντουσαν σε ένα αρκετά ιδιωτικοποιημένο ΕΣΥ σε σχέση με τα αντίστοιχα άλλων χωρών της ΕΕ (Siskou, Kaitelidou, Papakonstantinou, & Liaropoulos, 2008; Yfantopoulos, 2008).
- Τέλος το ΕΣΥ, ως προς τη χρηματοδότησή του, δεν μπορεί να ενταχτεί σε κάποιο από τα δύο παραδοσιακά μοντέλα συστημάτων υγείας, δηλαδή στο σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων (μοντέλο Bismarck) ή στο κρατικά χρηματοδοτούμενο σύστημα (μοντέλο Beveridge). Ως εκ τούτου αποτελεί ένα ιδιότυπο υβριδικό μόρφωμα χωρίς μία ενιαία εσωτερική λογική και συνοχή με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζεται, ως ένα σύστημα χωρίς ταυτότητα (Μπουρσανίδης, 2017, σ. 109).

Γράφημα 7.2: Διάρθρωση συνολικής δαπάνης υγείας ως ποσοστό (2009, 2012, 2016)

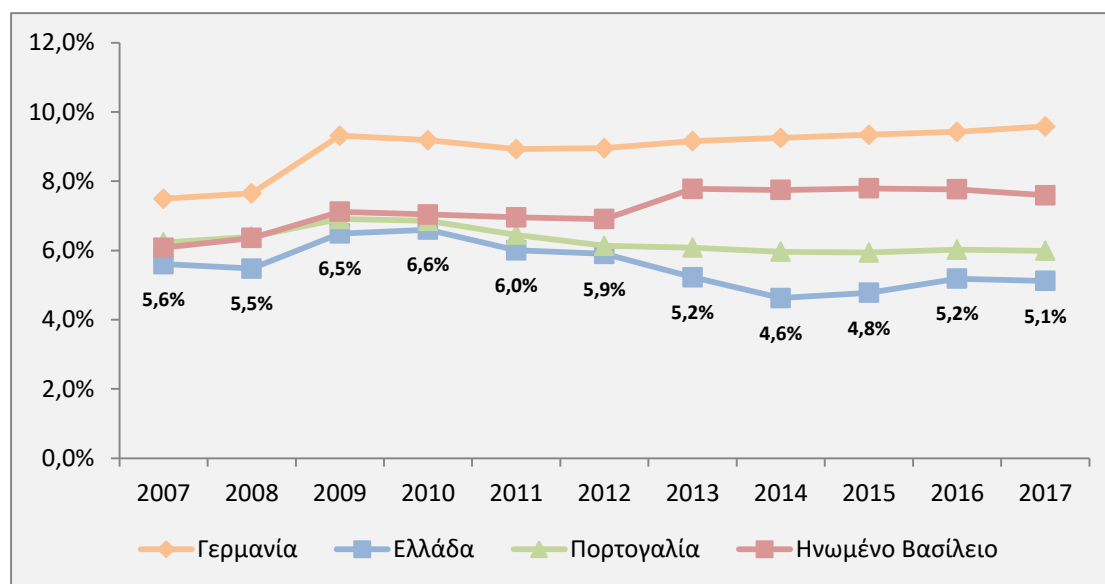


Πηγή: OECD, Νοέμβριος 2018

Όσον αφορά τη δημόσια δαπάνη υγείας, το 2010 για την Ελλάδα ανήλθε στο 6,6% του ΑΕΠ, αρκετά υψηλότερα σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Παρά ταύτα το

ποσοστό αυτό ήταν το χαμηλότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες εξεταζόμενες χώρες (Γράφημα 7.3). Όμως ήδη από το πρώτο ΠΟΠ το ύψος της κρίθηκε υπερβάλλον από τους δανειστές σε σχέση με την οικονομική κατάσταση της χώρας (European Commission, 2010, p. 20), με αποτέλεσμα την εφαρμογή μέτρων περιορισμού του. Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί πως μία υψηλή δημόσια δαπάνη υγείας ενός κράτους, δε συνιστά από μόνη της σημείο κρίσης του συστήματος υγείας. Αντιθέτως, θα μπορούσε να αποτελέσει στοιχείο ευημερίας μιας κοινωνίας η οποία διαθέτει ένα σημαντικό ποσοστό των πόρων της για τη διασφάλιση ενός τόσο σημαντικού αγαθού όπως είναι η υγεία. Όταν όμως συνδυάζεται με χρόνιες στρεβλώσεις όσον αφορά την ισότιμη πρόσβαση και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, τότε αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως ένα φαινόμενο σπατάλης ή μη άριστης κατανομής των πόρων (Μπουρσανίδης, 2017, σσ. 33-34). Εντέλει το 2017 κατέληξε στο 5,1% του ΑΕΠ, αρκετά χαμηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα μεγέθη των εξεταζόμενων χωρών και του στόχου που είχε τεθεί από τα ΠΟΠ.

Γράφημα 7.3: Εξέλιξη δημόσιας δαπάνης υγείας % ΑΕΠ (2007 – 2017)



Πηγή: OECD, Νοέμβριος 2018

Πίνακας 7.2: Δημόσια δαπάνη υγείας και δαπάνη γενικής κυβέρνησης σε χιλ. ευρώ (2009 και 2016)

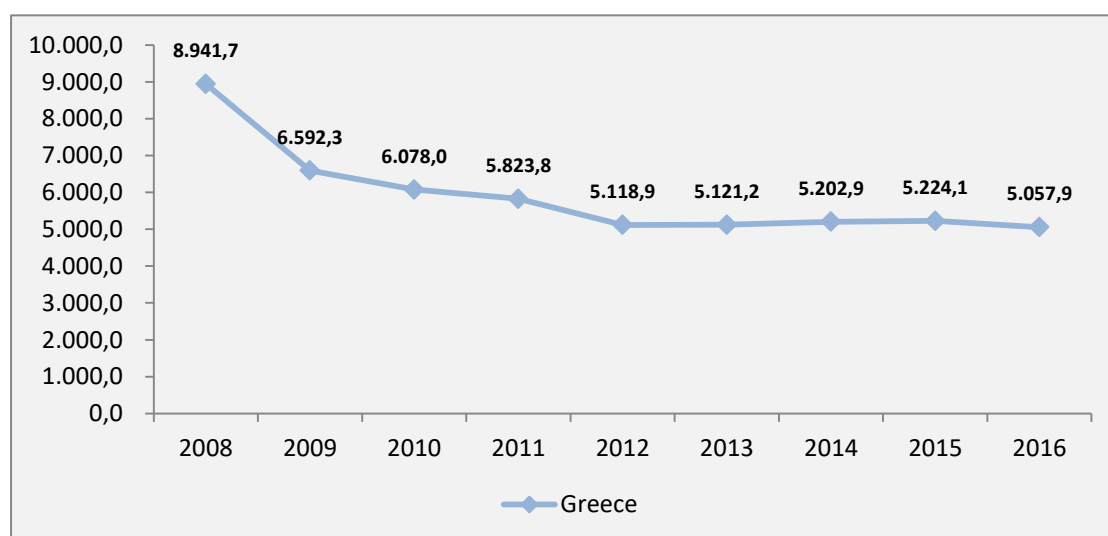
Είδος δαπάνης – Έτος	2009	2016	16/09 %
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	16.107,00	9.035,0	-43,9%
Δαπάνες Γενικής Κυβέρνησης	128.454,0	86.344,0	-32,8%

Ο Πίνακας 7.2 δείχνει τις δημόσιες δαπάνες υγείας και τις δαπάνες γενικής κυβέρνησης καθώς και την ποσοστιαία μεταβολή τους για τα έτη 2009 και 2016. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώθηκαν κατά 43,9% ενώ με βάση τα στοιχεία της

Eurostat οι δαπάνες της γενικής κυβέρνησης για το ίδιο χρονικό διάστημα μειώθηκαν κατά 32,8%. Αυτό σημαίνει πως η ποσοστιαία μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με την αντίστοιχη των δαπανών της γενικής κυβέρνησης, αντικατοπτρίζοντας την υπερβάλλουσα μείωσή τους.

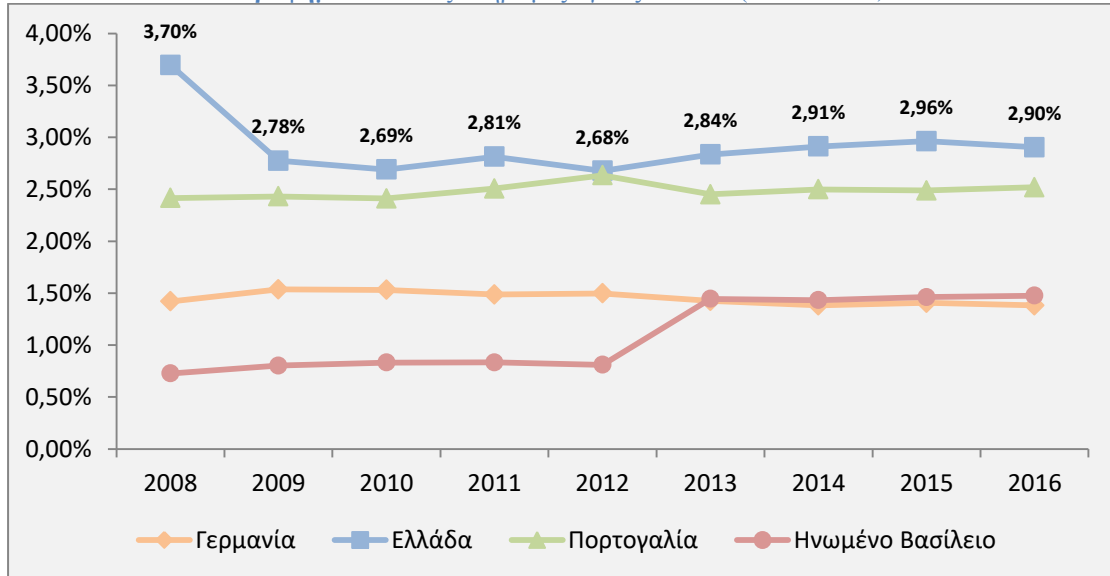
Όσον αφορά τις ίδιες πληρωμές υγείας, αυτές φαίνεται πως καταλαμβάνουν ένα σημαντικό κομμάτι της ελληνικής οικονομίας, αναδεικνύοντας το στρεβλό τρόπο με τον οποίο είναι δομημένο το ΕΣΥ. Αν και οι απευθείας πληρωμές μειώθηκαν από τα περίπου 8,9 δις ευρώ το 2008 στα περίπου 5 δις ευρώ το 2016, και αντίστοιχα από το 3,7% του ΑΕΠ στο 2,9%, εντούτοις φαίνεται να εξακολουθούν να είναι οι υψηλότερες ως ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με τις αντίστοιχες τιμές των άλλων εξεταζόμενων χωρών (Γραφήματα 7.4 και 7.5). Αυτή η εξάρτηση του ΕΣΥ της χώρας μας από τις ίδιες πληρωμές υγείας αποτελεί ένα «παράδοξο» που έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα, την αποστολή και την οργάνωσή του, καθώς το Εθνικό Σύστημα Υγείας αν και είχε σκοπό να χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της φορολογίας κατέληξε να χρηματοδοτείται σε μεγάλο ποσοστό από ιδιωτικές πληρωμές. Έτσι, παρότι ο αρχικός νόμος του ΕΣΥ έθεσε ρητά στο τραπέζι τις θεμελιώδεις αρχές της καθολικής κάλυψης και της δίκαιης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, αυτές οι αρχές στην πράξη δεν τηρήθηκαν (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005), διαμορφώνοντας στην πραγματικότητα μία ψευδή καθολικότητα (Πετμεζίδου, 2003, σ. 497). Ταυτόχρονα όπως διατυπώθηκε ανωτέρω αντικατοπτρίζει πως το ΕΣΥ είναι ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας της ΕΕ.

Γράφημα 7.4: Ίδιες πληρωμές υγείας σε τρέχουσες τιμές, (χιλ. ευρώ, 2008 - 2016)



Πηγή: OECD, Νοέμβριος 2018

Γράφημα 7.5: Ίδιες πληρωμές υγείας % ΑΕΠ (2008 - 2016)



Πηγή: OECD, Νοέμβριος 2018

Ο πίνακας 7.3 παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς αποτυπώνει την κατανομή των απευθείας πληρωμών υγείας στους υγειονομικούς παρόχους για τα έτη 2009, 2012 και 2016. Παρατηρείται σημαντική αύξηση 35,56% στις ίδιες πληρωμές των ασθενών προς τα νοσοκομεία. Η αύξηση αυτή ενδεχομένως να οφείλεται στον υψηλό αριθμό ανασφάλιστων που έπρεπε να πληρώσουν για τη νοσηλεία τους, ή στην αύξηση του εισιτηρίου στα ΤΕΙ από 3 ευρώ σε 5 ευρώ (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 60). Οι ίδιες πληρωμές για ιατρικές επισκέψεις έχουν μειωθεί κατά 56% περίπου. Η μείωση αυτή ενδεχομένως να οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε μικρότερο αριθμό επισκέψεων των ασθενών σε ιδιώτες γιατρούς, εξαιτίας του περιορισμένου εισοδήματός τους. Ανάλογη εξέλιξη παρατηρείται και στις ίδιες πληρωμές για οδοντιατρικές επισκέψεις, όπου η μείωση φτάνει στο 67%. Λαμβάνοντας υπόψη πως η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας από τις δομές ΠΦΥ ήταν πολύ περιορισμένη τουλάχιστον μέχρι το 2017 (Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017, p. 110), δείχνει πως οι πολίτες στο πλαίσιο περιορισμού της κατανάλωσής τους, αναγκάστηκαν να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό τις επισκέψεις τους σε οδοντίατρους. Επίσης η αύξηση κατά 26% περίπου στις ίδιες πληρωμές προς τους παρόχους φαρμακευτικών αγαθών, ενδεχομένως να οφείλεται στις αυξήσεις που σημειώθηκαν στη συμμετοχή των ασθενών για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων και οι οποίες περιγράφηκαν ανωτέρω.

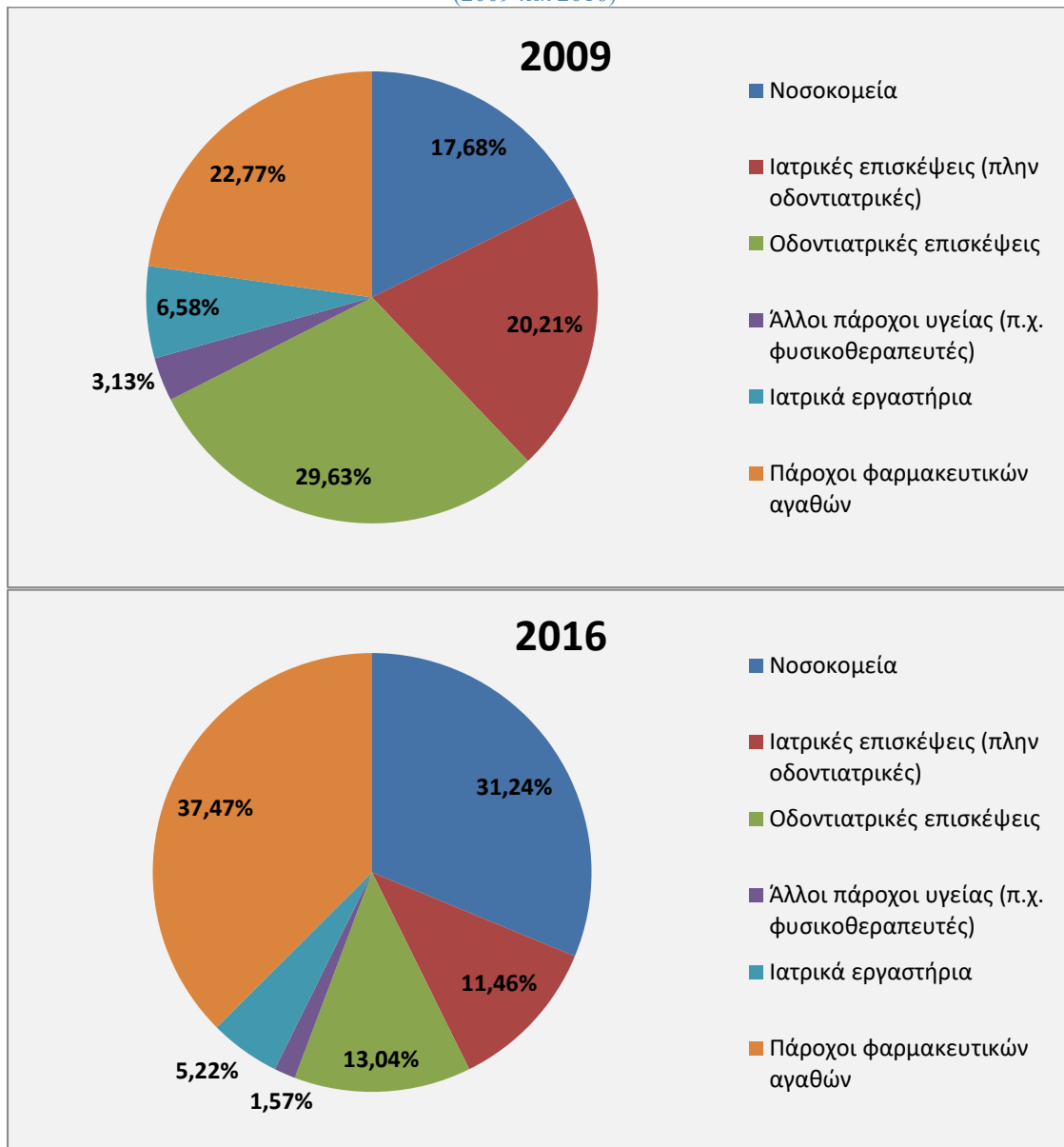
Πίνακας 7.3: Κατανομή ιδίων πληρωμών σε παρόχους υγείας (2009, 2012, 2016)

Υγειονομικοί πάροχοι / Έτος	2009	2012	2016	16/09 %
Νοσοκομεία	1.165,4	1.387,6	1.579,8	35,56%
Ιατρικές επισκέψεις (πλην οδοντιατρικές)	1.332,0	749,4	579,7	-56,48%
Οδοντιατρικές επισκέψεις	1.953,6	988,7	659,5	-66,24%
Άλλοι πάροχοι υγείας (π.χ. φυσικοθεραπευτές)	206,1	114,3	79,6	-61,36%
Ιατρικά εργαστήρια	434,0	326,2	264,0	-39,17%
Πάροχοι φαρμακευτικών αγαθών	1.501,3	1.552,7	1.895,3	26,25%
Σύνολο απευθείας πληρωμών	6.592,3	5.118,9	5.057,9	-23,28%

Πηγή: OECD, Νοέμβριος 2018

Στο Γράφημα 7.6 απεικονίζεται η ποσοστιαία κατανομή των απευθείας πληρωμών στους παρόχους υγείας για τα έτη 2009 και 2016. Το 2009 υπάρχει μία σχεδόν ισομερής κατανομή των απευθείας πληρωμών σε οδοντιατρικές και ιατρικές επισκέψεις, νοσοκομεία και για αγορά φαρμάκων με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν οι οδοντιατρικές επισκέψεις. Το 2016 όμως η μερίδα του λέοντος κατανέμεται σε αγορές φαρμακευτικών αγαθών και στα νοσοκομεία. Φαίνεται επομένως πως η οικονομική κρίση δεν επέδρασε μόνο στο ύψος των απευθείας πληρωμών υγείας των νοικοκυριών, αλλά και στην ίδια τους τη διάρθρωση.

Γράφημα 7.6: Ποσοστιαία κατανομή των ίδιων πληρωμών υγείας στους υγειονομικούς παρόχους (2009 και 2016)

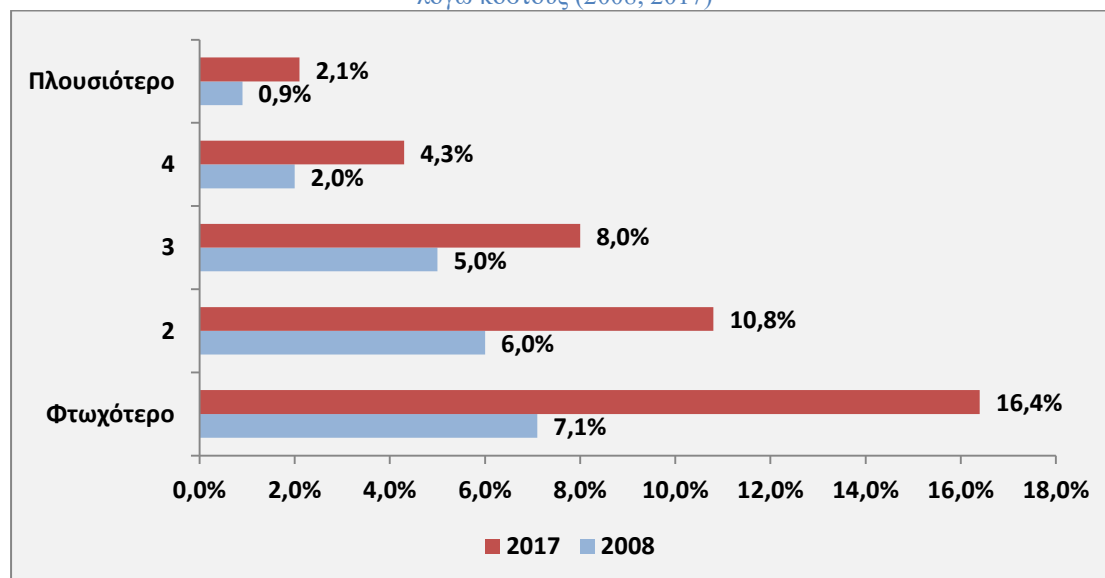


Πηγή: OECD, Νοέμβριος 2018

Τα εμπόδια και οι ανισότητες πρόσβασης προέρχονται μεταξύ άλλων από τις ίδιες πληρωμές (Economou C. , 2010, p. 148). Ειδικά κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης αυτά ισχυροποιούνται, κυρίως για τις ομάδες πληθυσμού με χαμηλότερο εισόδημα. Το Γράφημα 7.7 δείχνει το ποσοστό του πληθυσμού κατά πεμπτημόρια εισοδήματος που ενώ είχε ανάγκη για υγειονομική φροντίδα, τελικά δεν την έλαβε λόγω υψηλού κόστους. Το γράφημα 7.8 δείχνει την εξέλιξη από το 2008 έως το 2017 των αντίστοιχων μεγεθών για το φτωχότερο και πλουσιότερο πεμπτημόριο του πληθυσμού. Υπάρχει μία γενικότερη αυξητική τάση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας για όλα τα εισοδηματικά στρώματα μεταξύ των ετών 2008 και 2017. Παρά

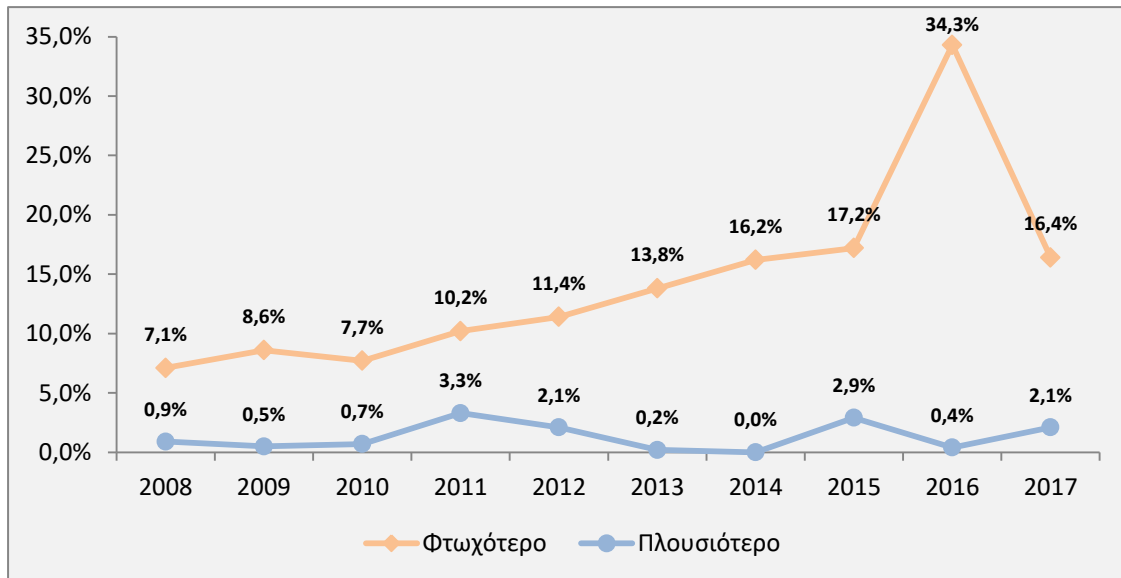
ταύτα την υψηλότερη σημειώνουν τα δύο φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού. Παράλληλα υπάρχει ένα διαρκώς αυξανόμενο χάσμα ανικανοποίητων αναγκών λόγω κόστους, μεταξύ των φτωχότερων και των πλουσιότερων νοικοκυριών. Φαίνεται επομένως πως οι ίδιες πληρωμές υγείας δημιουργούν ανισότητες ως προς την εκπλήρωση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και επηρεάζουν τις αποφάσεις των ελληνικών νοικοκυριών για λήψη υπηρεσιών υγείας, οι οποίες επιτείνονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, εντός ενός συστήματος υγείας που θεωρητικά έχει ως βασική αρχή την ισότιμη πρόσβαση. Στην ουσία το ίδιο το σύστημα περιορίζει σε μεγάλο βαθμό τις επιλογές των νοικοκυριών για κάλυψη των υγειονομικών αναγκών τους, καθώς αποκλείει ένα σημαντικό ποσοστό αυτών, ιδιαίτερα των πιο φτωχών.

Γράφημα 7.7: Ποσοστό πληθυσμού σε πεμπτημόρια εισοδήματος με ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, λόγω κόστους (2008, 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

Γράφημα 7.8: Εξέλιξη του ποσοστού πληθυσμού με ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, λόγω κόστους για το φτωχότερο και πλουσιότερο πεμπτημόριο (2008 - 2017)



Πηγή: Eurostat, Νοέμβριος 2018

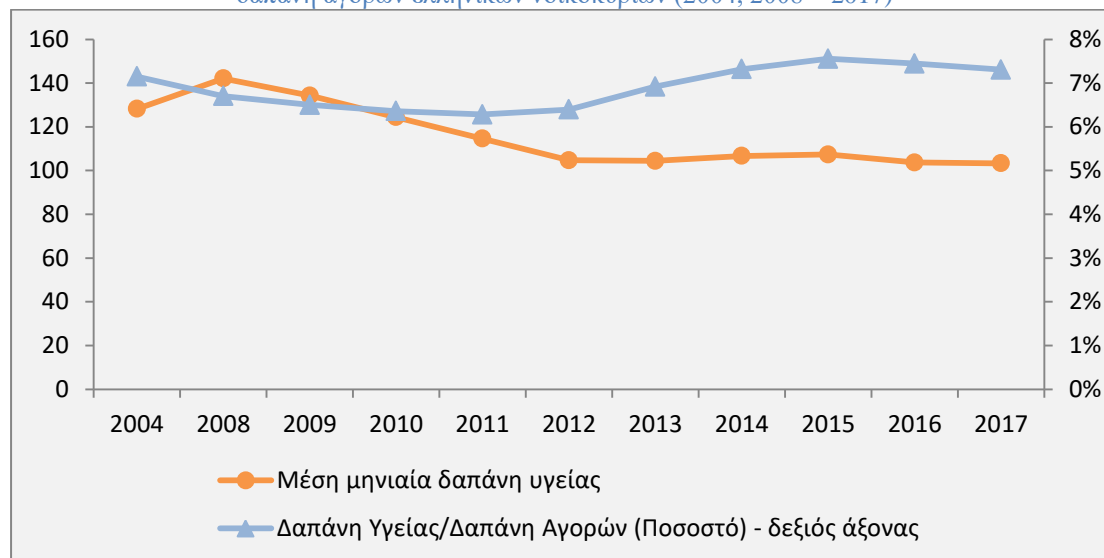
Στον πίνακα 7.4 αποτυπώνεται η μέση μηνιαία δαπάνη αγορών, η μέση μηνιαία δαπάνη υγείας καθώς και το ποσοστό των αγορών που καταλαμβάνουν οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών με βάση τις έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών που διενεργεί η ΕΛ.ΣΤΑΤ. για τα έτη 2004 και 2008 – 2017, ενώ το Γράφημα 7.9 αποτυπώνει τη διαχρονική εξέλιξή τους. Από την ανάλυσή τους, προκύπτει πως η μέση μηνιαία δαπάνη υγείας από το 2008 και μετά μειώνεται σταθερά από τα 142,10 ευρώ στα 103,33 ευρώ το 2017. Ταυτόχρονα εξαιτίας της πτώσης της κατανάλωσης των ελληνικών νοικοκυριών που παρατηρείται το αντίστοιχο χρονικό διάστημα, το ποσοστό της συνολικής κατανάλωσης που αφιερώνουν τα ελληνικά νοικοκυριά για την υγεία παρουσιάζει αυξητική τάση από το 2012. Οι τάσεις αυτές καταδεικνύουν την έντονη πίεση που δέχεται ο οικογενειακός προϋπολογισμός λόγω των περιοριστικών πολιτικών και ως εκ τούτου την απροθυμία τα ελληνικά νοικοκυριά να πληρώσουν προκειμένου καταναλώσουν υγειονομικά αγαθά και υπηρεσίες (Souliotis, et al., 2015).

Πίνακας 7.4: Μέση μηνιαία δαπάνη αγορών και μέση μηνιαία δαπάνη υγείας ελληνικών νοικοκυριών (2004, 2008 - 2017)

Έτος	Μέση μηνιαία δαπάνη αγορών	Μέση μηνιαία δαπάνη υγείας	Μέση Δαπάνη Υγείας/Μέση Δαπάνη Αγορών (%)
2004	1792,28	128,17	7,15%
2008	2120,40	142,10	6,70%
2009	2065,11	134,27	6,50%
2010	1956,41	124,43	6,36%
2011	1824,02	114,58	6,28%
2012	1637,10	104,71	6,40%
2013	1509,39	104,44	6,92%
2014	1458,54	106,72	7,32%
2015	1421,00	107,36	7,56%
2016	1392,30	103,68	7,45%
2017	1414,09	103,33	7,31%

Πηγή: Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2017, 2014, 2010

Γράφημα 7.9: Μέση μηνιαία δαπάνη υγείας σε ευρώ και λόγος (%) μέσης δαπάνης υγείας προς μέση δαπάνη αγορών ελληνικών νοικοκυριών (2004, 2008 - 2017)



Πηγή: Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2010, 2014, 2017

Τέλος θα γίνει μία προσπάθεια να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος που είχαν οι περιοριστικές πολιτικές που εφάρμοσε το ελληνικό κράτος στον τομέα της υγείας (με σκοπό να μειώσει τη δημόσια δαπάνη), στις απευθείας πληρωμές των ελληνικών νοικοκυριών. Στον πίνακα 7.5 στη δεύτερη στήλη απεικονίζεται η εξέλιξη της δημόσιας δαπάνης υγείας, στην τρίτη στήλη απεικονίζονται οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης τους για συνολικές αγορές για τα έτη 2004 και 2008 - 2017. Προκειμένου να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος που περιγράφηκε, θα εξεταστεί αν συσχετίζονται οι μεταβολές των μεγεθών του πίνακα.

Πίνακας 7.5: Εξέλιξη δημόσιας δαπάνης υγείας και λόγου (%) μέσης δαπάνης υγείας προς μέση δαπάνη αγορών ελληνικών νοικοκυριών (2004, 2008 – 2017)

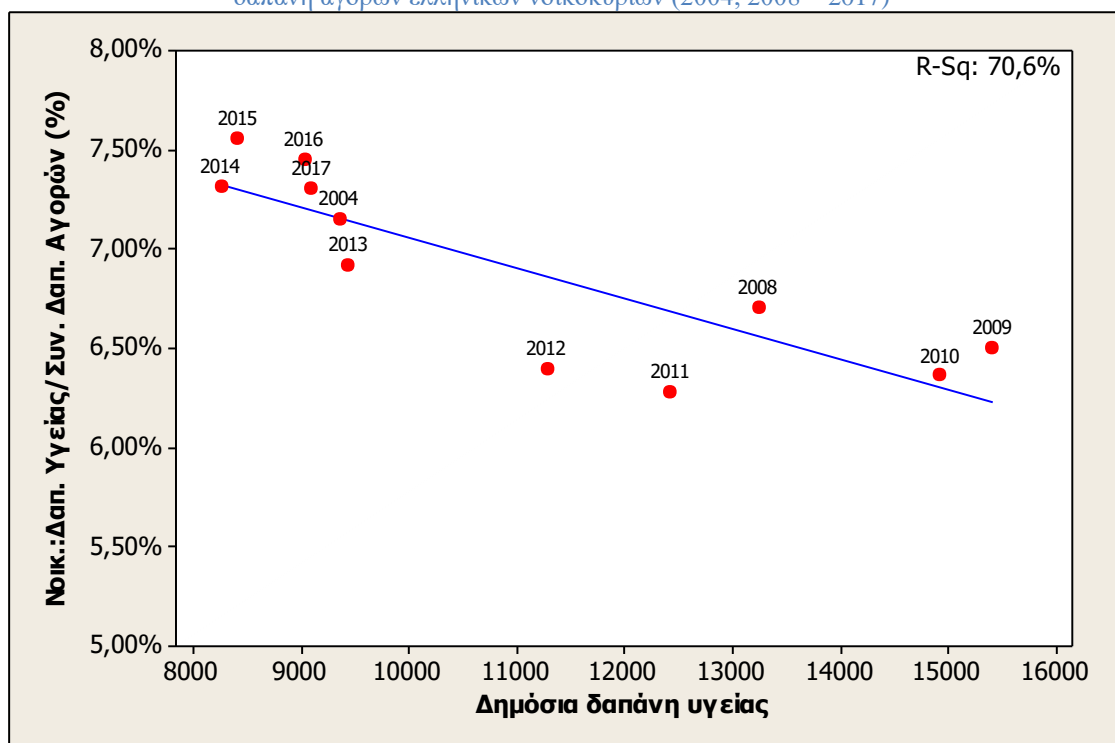
Έτος	Δημόσια Δαπάνη Υγείας	Νοικοκυριά: Μέση Δαπάνη Υγείας/Μέση δαπάνη Αγορών (%)
2004	9358,00	7,15%
2008	13247,80	6,70%
2009	15412,20	6,50%
2010	14920,90	6,36%
2011	12425,30	6,28%
2012	11286,10	6,40%
2013	9445,50	6,92%
2014	8267,00	7,32%
2015	8420,10	7,56%
2016	9034,70	7,45%
2017	9103,70	7,31%

Πηγή: OECD, Νοέμβριος 2018; Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2017, 2014, 2010

Στο γράφημα σκεδασμού 7.10 αναπαριστώνται τα ζεύγη παρατηρήσεων των ανωτέρω μεγεθών. Παρατηρείται πως μικρότερες τιμές της δημόσιας δαπάνης υγείας τείνουν να σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των νοικοκυριών και το αντίστροφο. Μάλιστα τα σημεία τείνουν να κατανέμονται γύρω από μία ευθεία γραμμή με αρνητική κλίση. Ο συντελεστής συσχέτισης R^2 είναι 70,6%, που σημαίνει πως υπάρχει μία αρκετά ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δύο μεγεθών. Επομένως φαίνεται να υπάρχει μία τάση πως όσο μειώνονται οι δημόσιες δαπάνες υγείας κάθε έτος, οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών ως ποσοστό των συνολικών αγορών τους να αυξάνονται έστω και σε μικρό βαθμό.

Συμπερασματικά οι περιοριστικές πολιτικές υγείας, όπως περιγράφηκαν στην ενότητα, φαίνεται πως πέτυχαν τον στόχο μείωσης της δημόσιας δαπάνης υγείας. Αυτό δημιούργησε μεταβολές τόσο στο ύψος, όσο και στη δομή των απευθείας πληρωμών υγείας. Ως εκ τούτου, τα ελληνικά νοικοκυριά αναγκάστηκαν να διαθέτουν ένα ακόμη υψηλότερο κομμάτι της αγοραστικής τους δύναμης για αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Ταυτόχρονα περιορίστηκαν οι επιλογές τους για υγειονομική κάλυψη, κυρίως σε συγκεκριμένους τομείς υγείας, όπως η οδοντιατρική φροντίδα, και ιδιαίτερα για τα φτωχότερα νοικοκυριά, που είναι τα πιο ευάλωτα.

Γράφημα 7.10: Ζεύγη δημόσιας δαπάνης υγείας και λόγου μέσης δαπάνης υγείας προς μέση μηνιαία δαπάνη αγορών ελληνικών νοικοκυριών (2004, 2008 – 2017)



Πηγή: OECD, Νοέμβριος 2018; Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2010, 2014, 2017

8 Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής (Αντί Επιλόγου)

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας επιχειρήθηκε να εξεταστεί αν επιβεβαιώνεται ή όχι η υπόθεση πως οι περιοριστικές οικονομικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα από το 2010 αύξησαν το βάρος των απευθείας πληρωμών υγείας στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και κατ' επέκταση περιόρισαν τις επιλογές τους για τη λήψη υπηρεσιών υγείας.

Γενικότερα όπως παρουσιάστηκε, τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη θέτοντας στο επίκεντρο τους πολίτες τους, προσπάθησαν να αναπτύξουν τρόπους χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας με σκοπό να περιορίσουν τις ίδιες πληρωμές και κατ' επέκταση τον οικονομικό κίνδυνο ασθένειας (Financial protection). Παρά ταύτα στην Ελλάδα οι ίδιες πληρωμές κάλυπταν διαχρονικά σημαντικό κομμάτι της υγειονομικής δαπάνης στο ΕΣΥ και σχετιζόνταν με χρόνια προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτό, με αποτέλεσμα ο ιδιωτικός τομέας και οι ίδιες πληρωμές να λειτουργούν στην ουσία συμπληρωματικά στη δημόσια χρηματοδότηση. Αυτό επιδρούσε αρνητικά στους προϋπολογισμούς και στις επιλογές των ελληνικών νοικοκυριών για ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών τους και κατ' επέκταση στα επίπεδα υγείας τους, ακόμα και πριν την έλευση της οικονομικής κρίσης.

Από το 2010 και μετά, η χώρα μας αναγκάστηκε να προσφύγει στην ΕΕ και στο ΔΝΤ υπογράφοντας ΠΟΠ. Οι περιοριστικές οικονομικές πολιτικές των ΠΟΠ, οι οποίες εφαρμόστηκαν λόγω των δυσμενών δημοσιονομικών και μακροοικονομικών μεγεθών είχαν ως αποτέλεσμα να επιδεινωθούν σημαντικά κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, των ελληνικών νοικοκυριών και κατ' επέκταση οι συνθήκες διαβίωσής τους. Διαμορφώθηκε επομένως στην Ελλάδα ένα αρνητικό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και πλαίσιο, μέσα στο οποίο τα ελληνικά σπιτικά καλούνται να διαμορφώσουν τις επιλογές τους όσον αφορά την υγειονομική φροντίδα τους.

Παράλληλα μνημονιακές πολιτικές εφαρμόστηκαν και στον τομέα της υγείας, οι περισσότερες εκ των οποίων είχαν στόχο τη μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας. Εντέλει φαίνεται να πέτυχαν τον στόχο αυτό, ωστόσο προκάλεσαν μεταβολές τόσο στο ύψος, όσο και στη δομή των απευθείας πληρωμών υγείας. Τα ελληνικά νοικοκυριά αναγκάστηκαν να διαθέτουν ένα ακόμη υψηλότερο κομμάτι της αγοραστικής τους δύναμης για αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα

περιορίστηκαν οι επιλογές τους για υγειονομική κάλυψη, κυρίως σε συγκεκριμένους τομείς υγείας, όπως η οδοντιατρική φροντίδα, και ιδιαίτερα για τα φτωχότερα νοικοκυριά, που είναι τα πιο ευάλωτα. Η μείωση που προέκυψε στις ίδιες πληρωμές σε χρηματικούς όρους, προήλθε από τη γενικότερη πτώση του εισοδήματος και της κατανάλωσης κι όχι εξαιτίας διορθώσεων στην πρόσβαση και στην καθολική κάλυψη στο ΕΣΥ. Ως εκ τούτου, η αρχική υπόθεση της έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνεται και συμπεραίνεται πως εντός του ΕΣΥ, οι ίδιες πληρωμές αποτελούν ένα σκληρό πυρήνα ανελαστικών δαπανών, με αποτέλεσμα ο περιορισμός τους να καθίσταται δύσκολος.

Οι επιπτώσεις των περιοριστικών πολιτικών τόσο στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση των νοικοκυριών όσο και στον τομέα της υγείας ελλοχεύει τον κίνδυνο να δημιουργηθεί ένα σύστημα υγείας δύο όψεων. Στη μία θα περιλαμβάνονται όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα να ικανοποιήσουν τις ανάγκες υγείας τους αγοράζοντας υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ στην άλλη θα περιλαμβάνονται όσοι δεν θα έχουν τους αναγκαίους πόρους και θα είναι αναγκασμένοι να λάβουν περιορισμένες υγειονομικές υπηρεσίες από ένα προβληματικό σύστημα υγείας (Economou C. , Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso, & Sissouras, 2015, p. 124).

Τα ερωτήματα επομένως που γεννώνται είναι τι γίνεται από εδώ και πέρα και ποιές πολιτικές θα μπορούσαν να συμβάλουν στη μείωση των διαρκώς υψηλών απευθείας πληρωμών υγείας. Η Ελλάδα βρίσκεται σε μία κρίσιμη καμπή εξόδου από τα ΠΟΠ, κατά συνέπεια μπορεί να ανοίξουν παράθυρα ευκαιρίας για νέες πολιτικές στο χώρο της υγείας. Για το λόγο αυτό, θα διατυπωθούν τρεις προτάσεις πολιτικής για τον περιορισμό των απευθείας πληρωμών υγείας, οι οποίες παράλληλα αποτελούν σημεία συζήτησης και προβληματισμού.

Η πρώτη πρόταση αφορά την ενίσχυση της χρηματοδότησης του ΕΣΥ, ώστε οι δημόσιες δαπάνες υγείας να αντιστοιχούν τουλάχιστον στο 6% του ΑΕΠ. Η πρόταση αυτή στηρίζεται στους εξής λόγους: Πρώτον η υποχρηματοδότηση και η υποστελέχωση αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του ΕΣΥ κυρίως κατά το διάστημα της οικονομικής κρίσης (Siskou, Kaitelidou, Papakonstantinou, & Liaropoulos, 2008; Economou C. , Kaitelidou, Katsikas, Siskou, & Zafiropoulou, 2016; Economou C. , Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017). Δεύτερον, το Ελληνικό κράτος έχει υπερβεί το στόχο που έχει τεθεί στο πλαίσιο των ΠΟΠ, για μείωση της δημόσιας

δαπάνης στο 6% του ΑΕΠ (Το 2017 ήταν 5,1%). Τρίτον, το ύψος της είναι αρκετά χαμηλότερο (ως ποσοστό του ΑΕΠ) σε σχέση με το αντίστοιχο άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Τέταρτον, η ποσοστιαία μείωσή της είναι μεγαλύτερη από τη μείωση των δαπανών της γενικής κυβέρνησης από το 2009 έως το 2016 (βλ. Ενότητα 7). Επομένως κρίνεται κοινωνικά και δημοσιονομικά δίκαιη η αύξησή τους.

Η δεύτερη πρόταση προκύπτει ως συνέχεια της πρώτης. Η αύξηση της δημόσιας υγειονομικής δαπάνης που περιγράφηκε ανωτέρω προτείνεται να κατευθυνθεί κυρίως για την οικονομική στήριξη των δύο νέων μεταρρυθμιστικών εγχειρημάτων, δηλαδή της υγειονομικής κάλυψης των ανασφαλιστών (αρ. 33 του ν. 4368/2016) και της πολιτικής για τη συγκρότηση ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ μέσω των ΤΟΜΥ (ν. 4486/2017). Και οι δύο πολιτικές κρίνονται σημαντικές, για τη μείωση των απευθείας πληρωμών και την ενίσχυση της πρόσβασης στο ΕΣΥ. Παρά ταύτα δικαίως η οικονομική βιωσιμότητα αυτών τίθεται εν αμφιβόλω, εξαιτίας είτε των περιορισμένων εθνικών πόρων που διατίθενται γι αυτές, είτε της βραχυχρόνιας χρηματοδότησης από κοινοτικούς πόρους. Για το λόγο αυτό προτείνεται η μόνιμη χρηματοδότηση τους από την αύξηση της δημόσιας δαπάνης.

Η τρίτη πρόταση αφορά την καταπολέμηση των ανεπίσημων πληρωμών οι οποίες όπως περιγράφηκε καλύπτουν ένα σημαντικό ποσοστό των απευθείας πληρωμών υγείας. Η πρόταση αυτή χωρίζεται σε ένα προληπτικό και σε ένα κατασταλτικό σκέλος. Όσον αφορά το πρώτο προτείνεται η εισαγωγή εργαλείων διασφάλισης ποιότητας στον υγειονομικό τομέα, όπως είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες²⁰. Έτσι ο γιατρός θα είναι υποχρεωμένος να προσαρμόζει την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών με βάση αυτές και κατά συνέπεια ο πολίτης θα γνωρίζει ότι λαμβάνει ένα υψηλό και ενιαίο επίπεδο ποιότητας, χωρίς να χρειάζεται να πληρώσει ατύπως για να το εξασφαλίσει. Όσον αφορά το κατασταλτικό σκέλος προτείνεται η δημιουργία μιας ηλεκτρονικής πλατφόρμας για τη διαχείριση καταγγελιών, οι οποίες θα κοινοποιούνται και στο ΣΕΥΥΠ, από πολίτες από τους οποίους ζητήθηκε να πληρώσουν ατύπως. Μία τέτοια πρωτοβουλία βρίσκεται ήδη στα σχέδια του

²⁰ Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι στρατηγικές, που ακολουθούν οι γιατροί κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους και αποτελούν επιστημονική περιγραφή του επιθυμητού επιπέδου περίθαλψης. Είναι, δηλαδή, συστηματικά αναπτυγμένες επιστημονικές τοποθετήσεις σε θέματα περίθαλψης του ασθενή, που υποβοηθούν την κλινική απόφαση του γιατρού και του ασθενή. Εάν αναπτυχθούν και χρησιμοποιηθούν κατάλληλα, θεωρούνται σοβαρό εργαλείο στη διασφάλιση της ποιότητας (Μουμτζόγλου, 2018, σ. 37).

Υπουργείου Υγείας, παρά ταύτα μέχρι σήμερα δεν έχει προχωρήσει η υλοποίησή της (Η Καθημερινή, 2017).

Κλείνοντας επισημαίνεται πως οι προτάσεις αυτές δεν αποτελούν πανάκεια, μπορούν όμως ως επισημάνσεις να αποτελέσουν πεδίο συζήτησης και απόψεων στον επιστημονικό διάλογο, ώστε να υποστηρίξουν εντέλει σε ανώτερο διοικητικό και πολιτικό επίπεδο τεκμηριωμένες προτάσεις πολιτικής.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Balabanova, D., & McKee, M. (2002, December). Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*, 62(3), pp. 243-273.
- Beveridge, W. (1942). *Social insurance and allied services: Report by Sir William Beveridge*. London.
- Braconier, H., Nicoletti, G., & Westmore, B. (2014). *Policy challenges for the next 50 years*. Retrieved from Organization for Economic Cooperation and Development: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jz18gs5fckf-en.pdf?expires=1543320472&id=id&accname=guest&checksum=79BD98660762706EEFA2C8A120F56342>
- Chantzaras, A., & Yfantopoulos, J. (2017, October). The Effects Of The Economic Crisis On Health Status And Health Inequalities In Greece. *Value in Health*, 20(9), p. A510.
- Chantzaras, A., & Yfantopoulos, J. (2018, August). Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. *Social Science & Medicine*(211), pp. 338-351.
- Damaskinos, P., Koletsi-Kounari, H., Economou, C., Eaton, K., & Widström, E. (2016, March). The healthcare system and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 4: Greece. *British Dental Journal*, 220(5), pp. 253-260.
- Davaki, K., & Mossialos, E. (2005, February). Plus ça Change: Health Sector Reforms in Greece. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), pp. 143-168.
- Davies, E., & Higginson, I. (2004). *Palliative care. The solid facts*. Retrieved December 2018, from World Health Organization: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf

- Economou, C. (2010). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 12(7), pp. 1-180.
- Economou, C. (2015). *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. WHO Regional Office for Europe.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5), pp. 1-192.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2016, April). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*, 9(2).
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. *Economic crisis, health systems and health in Europe*, pp. 103-142.
- Economou, C., Karabli, E., Geitona, M., & Kyriopoulos, J. (2004). Fairness of Health Financing in the Greek Health Care Sector. *The 8th International Conference on System Science in Health Care*, (pp. 1-5). Geneva.
- Economou, C., Polyzos, N., & Zilidis, C. (2008, January). National Health Policy In Greece: Regulations Or Reforms ? The Sisyphus Myth. *European Research Studies*, XI(3).
- Ekman, B. (2007, October). Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country. *Health Policy*, 83(2-3), pp. 301-313.
- European Commission. (2010). *The Economic Adjustment Programme for Greece Second review – autumn 2010*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2012). *The Second Economic Adjustment Programme for Greece: First Review*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2018). *Which EU countries have received assistance?* Retrieved December 2018, from <https://ec.europa.eu/info/business-economy->

euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-financial-assistance/which-eu-countries-have-received-assistance_en

Eurostat. (2014, December). *Glossary:Purchasing power standard (PPS)*. Retrieved December 2018, from Eurostat: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Purchasing_power_standard_\(PPS\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Purchasing_power_standard_(PPS))

Eurostat. (2018a, November). *Unemployment by sex and age - annual average*. Retrieved from Eurostat: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=une_rt_a&lang=en

Eurostat. (2018b, November). *At-risk-of-poverty rate by poverty threshold, age and sex - EU-SILC survey*. Retrieved from <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Eurostat. (2018c, November). *At-risk-of-poverty thresholds - EU-SILC survey*. Ανάκτηση από Eurostat: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Eurostat. (2018d, September). *People at risk of poverty or social exclusion*. Retrieved November 2018, from Eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion#Number_of_people_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion

Eurostat. (2018e, September). *Glossary:At-risk-of-poverty gap*. Retrieved November 2018, from Eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_gap

Gaál, P. (2018). *Addressing informal payments in the Greek health system*. WHO Regional Office for Europe.

Granados, J., & Rodriguez, J. (2015, April). Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland. *Health Policy*, pp. 941-953.

Grigorakis, N., Floros, C., Tsangari, H., & Tsoukatos, E. (2014, September). The Effect of Out of Pocket Payments on the Income of Hospitalized Patients. Evidence from Greece. *7th Annual Conference of the EuroMed Academy of Business*.

- International Labour Office. (2018). *Global Wage Report 2018/19: What lies behind gender pay gaps*. Geneva: ILO.
- Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016, Δεκέμβριος). Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 15(1).
- Kwon, S. (2011, September). Health Care Financing in Asia: Key Issues and Challenges. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 23(5), pp. 651-661.
- Kyriklidis, K., Kaitelidou, D., Angelopoulos, G., Samoutis, A., Konstantakopoulou, O., & Siskou, O. (2016, November). The Impact Of Cost Sharing Arrangements In The Use Of Health Care Services During The Economic Crisis In Greece And The Attitudes Of Citizens. *Value in Health*, p. A461.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., & Katostaras, T. (2008, July). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*(87), pp. 72-81.
- Mossialos, E., & Allin, S. (2005, March). Interest Groups and Health System Reform in Greece. *West European Politics*, 28(2), pp. 420-444.
- Mossialos, E., & Dixon, A. (2003). Funding health care: an introduction. In E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, & J. Kutzin, *Funding health care: options for Europe* (pp. 1-30). Buckingham: Open Univ. Press [u.a.].
- Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005, September). Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14(S1), pp. S151-S168.
- Myant, M., Theodoropoulou, S., & Piasna, A. (2016). *Unemployment, internal devaluation and labour market deregulation in Europe*. Brussels: European Trade Union Institute (ETUI).
- OECD. (2018). *Health statistics database [online database]*. Retrieved November 2018, from Organisation for Economic Co-operation and Development: <https://stats.oecd.org/#>

- OECD/Eurostat/WHO. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Paris: OECD Publishing. Retrieved from <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264270985-en>
- Rezayatmand, R., Pavlova, M., & Groot, W. (2013, February). The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: a systematic literature review. *European Journal of Public Health*, 23(1), pp. 74-79.
- Siskou Ch., O., Kaitelidou Ch., D., Litsa S., P., Georgiadou S., G., Alexopoulou A., H., Paterakis G., P., . . . Liaropoulos L., L. (2014, September). Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece: Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates. *Value in Health Regional Issues*, pp. 107-114.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., & Liaropoulos, L. (2008, December). Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins. *Health Policy*(88), pp. 282-293.
- Skroumpelos, A., Pavi, E., Pasaloglou, S., & Kyriopoulos, J. (2014). Catastrophic Health Expenditures and Chronic Condition Patients in Greece. *Value in Health*(17), σ. A501.
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2015, February). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics*, 17, pp. 159-170.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., . . . Kluge, H. (2014). Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. *Policy Summary*(12), p. 60.
- Tsiantou, V., Zavras, D., Karampli, E., Athanasakis, K., Pavi, E., & Kyriopoulos, J. (2014). Physicians Estimation Regarding The Impact Of Recession on Patient Adherence To Treatment In Diabetes Type 2 In Greece. *Value in Health*(17), σ. A357.
- Tsiligianni, I., Papadokostakis, P., Prokopiadou, D., Stefanaki, I., Tsakountakis, N., & Lionis,, C. (2014). Impact of the financial crisis on adherence to treatment of a

rural population in Crete, Greece. *Quality in Primary Care*, 22(5), pp. 238-244.

UNESCO. (2017). *Poverty*. Retrieved November 2018, from United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/poverty/>

United States Financial Crisis Inquiry Commission. (2011). *The financial crisis inquiry report: Final report of the national commission on the causes of the financial and economic crisis in the united states*. Washington, DC.

World Health Organization. (2014, September). *What is universal health coverage?* Retrieved from World Health Organization: https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/

World Health Organization. (2018). *Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure*. Retrieved November 2018, from World Health Organization: http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/

Yfantopoulos, J. (2008, March). Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. *The European Journal of Health Economics*.

Yfantopoulos, J., Chantzaras, A., & Constantopoulos, A. (2017, October). Cost Containment And Privatisation Of Pharmaceutical Care In Greece: A Review Of Policy Reforms Under The Memorandums' Requirements. *Value in Health*, p. A509.

Yfantopoulos, J., Oulis, C., Yfantopoulos, P., & Papaioannou, W. (2014). Socio-Economic Inequalities in Oral Health: The Case of Greece. *Health*, 6(16), σσ. 2227-2235.

Zavras, D., Economou, C., & Kyriopoulos, J. (2004). Factors influencing dental utilization in Greece. *Community Dental Health*(21), pp. 181-188.

Ελληνόγλωσση

- Αντωνόπουλος, Γ. (2015, Δεκέμβριος). *Πότε οι ασθενείς πληρώνουν το 5ευρο εισιτήριο σε ΠΕΔΥ και κέντρα υγείας*. Ανάκτηση Νοέμβριος 2018, από Dikaiologitika News: <https://www.dikaiologitika.gr/eidhseis/asfalish/47735/pote-oi-astheneis-plironoun-to-5evro-eisitirio-se-pedy-kai-nosokomeia>
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2012, Νοέμβριος). *Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2010*. Ανάκτηση Νοέμβριος 2018, από http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicati
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2015, Ιούλιος). *Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2014*. Ανάκτηση Νοέμβριος 2018, από http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicati
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2018, Οκτώβριος). *Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2017*. Ανάκτηση Νοέμβριος 2018, από http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicati
- Ευθυμιάδου, Δ. (2015, Δεκέμβριος). *Καταργείται και επισήμως το 1 ευρώ ανά συνταγή φαρμάκου!* Ανάκτηση Νοέμβριος 30, 2018, από Φαρμακευτικός Σύλλογος Ευβοίας: <http://www.fse.gr/index.php/sylogos/anakoinwseis/886-katargeitai-kai-episimos-to-1-evro-ana-syntagi-farmakou>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2018). *Στρατηγική «Ευρώπη 2020»*. Ανάκτηση Νοέμβριος 2018, από Ευρωπαϊκή Επιτροπή: <https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance->

monitoring-prevention-correction/european-semester/framework/europe-2020-strategy_el

Η Καθημερινή. (2017, Απρίλιος). *Τη δημιουργία ηλεκτρονικής πλατφόρμας για το «φακελάκι» ανακοίνωσε ο υπουργός Υγείας*. Ανάκτηση Δεκέμβριος 2018, από Η Καθημερινή: <http://www.kathimerini.gr/904606/article/epikairothta/ellada/th-dhmioyrgia-hlektronikh-s-platformas-gia-to-fakelaki-anakoinwse-o-yroyrgos-ygeias>

Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. (2015). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση: Ετήσια Έκθεση*. Ανάκτηση Νοέμβριος 2018, από Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος: https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2015/09/EKTHESI_2015.pdf

Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. (2018). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση. Ετήσια Έκθεση 2018*. Ανάκτηση Οκτώβριος 2018, από Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος: <https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2018/03/ETHSIA-EKTHESI-2018-INE-GSEE-H-ELLINIKH-OIKONOMIA-KAI-H-APASXOLISH.pdf>

Ιωαννίδης, Α., Παπαθεοδώρου, Χ., & Σουφτας, Δ. (2012, Ιανουάριος). *Εργαζόμενοι και όμως φτωχοί: Διαστάσεις της φτώχειας των εργαζομένων στην Ελλάδα. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ*.

Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα Χρηματοδότηση Αγορά*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Ματσαγγάνης, Μ., Λεβέντη, Χ., Καναβιτσά, Ε., & Φλεβοτόμου, Μ. (2017). *Μια Αποδοτικότερη Πολιτική για την Καταπολέμηση της Ακραίας Φτώχειας*. Διανέοσις.

Μουμτζόγλου, Α. (2018). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις*. ΕΣΔΔΑ.

Μπουρσανίδης, Χ. (2000). *Αποκεντρωμένο υπόδειγμα διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*. Στο Μ. Γείτονα, Π. Γιαννουλάτος, Α. Ζαβράς, Γ. Κυριόπουλος, Ν. Μαρουδιάς, Β. Μιχαήλ - Μερμανού, . . . Γ. Τσαλίκης, *Προτεραιότητες για την*

αναμόρφωση της διοίκησης - διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας (σσ. 71-99). Αθήνα: Θεμέλιο.

Μπουρσανίδης, Χ. (2010). Συγκριτική πολιτική υγείας: δομές διακυβέρνησης και εργαλεία μανάτζμεντ στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο Ξ. Κοντιάδης, & Κ. Σουλιώτης, *Θεσμοί και πολιτικές υγείας* (σσ. 249-297). Αθήνα: Παπαζήση.

Μπουρσανίδης, Χ. (2017). *Οργάνωση Συστημάτων Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας*. Διδακτικές Σημειώσεις, 10η Βελτιωμένη Έκδοση, ΕΣΔΔΑ, Αθήνα.

Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5(1), σσ. 3-7.

Νοικοκυράκης, Γ., Τασιόπουλος, Θ., & Σαράφης, Π. (2018, Ιούνιος). Το επίπεδο υγείας, η οικονομική κρίση και η λιτότητα: Σύγκριση μεταξύ Ελλάδας και Πορτογαλίας. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας*, 10(1), σσ. 13-26.

Ντελής, Μ. (2017, Δεκέμβριος). *Οικονομική Ανισότητα Στην Ελλάδα Της Κρίσης Και Τρόποι Αντιμετώπισης*. Ανάκτηση Νοέμβριος 2018, από Διανέοσις: <https://www.dianeosis.org/2017/12/oikonomiki-anisotita-stin-ellada-tis-krisis-kai-tropoi-antimetopisi/>

Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*. Αθήνα: Διόνικος.

Παπαθεοδώρου, Χ., & Μισσος, Β. (2013, Νοέμβριος). *Ανισότητα, φτώχεια και οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την ΕΕ*. Ανάκτηση Νοέμβριος 2018, από Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ: <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2015/07/REPORT-9.pdf>

Πετμεζίδου, Μ. (2003). Αντί Συμπερασμάτων: Σκέψεις γύρω από την κοινωνική μεταρρύθμιση. Στο Δ. Βενιέρης, Χ. Παπαθεοδώρου, & Μ. Πετμεζίδου, *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα* (σσ. 483-520). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ράπανος, Β., & Καπλάνογλου, Γ. (2014). *Φορολογία και οικονομική ανάπτυξη: Η περίπτωση της Ελλάδας*. Ανάκτηση από

<https://www.hba.gr/5Ekdosis/UplPDFs/sylltomos14/609-638%20Rapanos%202014.pdf>

Σίσκου, Ό. (2006). *Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα*. Διαδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Σκαμνάκης, Χ. (2018). *Εθνικές διαφοροποιήσεις των συστημάτων κοινωνικής προστασίας: Στοχεύσεις και αποτελέσματα. Διδακτικές Σημειώσεις*. ΕΣΔΔΑ.

Τούντας, Γ., Βαρδαβάς, Κ., Γιαννοπούλου, Κ., Γώτη, Γ., Καντζανού, Μ., Καστανιώτη, Κ., . . . Μπαρμπούνη, Α. (2016). *Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*. Αθήνα: Διανέοσις. Ανάκτηση από https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf

Τσακλόγλου, Π., Οικονομίδης, Γ., Παγουλάτος, Γ., Τριαντόπουλος, Χ., & Φιλιππόπουλος, Α. (2016). *Ένα νέο αναπτυξιακό πρότυπο για την Ελληνική οικονομία και η μετάβαση σε αυτό*. Αθήνα: Διανέοσις.

Κανόνες Δικαίου

Σύνταγμα της Ελλάδος

ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α'/1983)

ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α'/2001)

ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115/Α'/2010)

ν. 3892/2010 (ΦΕΚ 189/Α'/2010)

ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α'/2011)

ν. 4025/2011 (ΦΕΚ 228/Α'/2011)

ν. 4093/2012 (ΦΕΚ 222/Α'/2012)

ν. 4235/2014 (ΦΕΚ 32/Α'/2014)

ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α'/2014)

ν. 4461/2017 (ΦΕΚ 38/Α'/2017)

ν. 4052/2012 (ΦΕΚ 41/Α'/2012)

ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α'/2017)

ΚΥΑ Υ4α/οικ.165114 (ΦΕΚ 2080/Β'/2010)

ΚΥΑ Γ.Π./ΟΙΚ. 56432/28.6.2014 (ΦΕΚ 1753/Β'/2014)

ΚΥΑ Υ9α/οικ 37139/28.4.2014 (ΦΕΚ 1181/Β'/2014)

ΚΥΑ 4α/ΓΠ/οικ.48985/3.6.2014 (ΦΕΚ 1465/Β'/2014)

ΚΥΑ Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754 (ΦΕΚ 490/Β'/2015)

ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4.4.2016

ΥΑ Υ9/οικ.70521 (ΦΕΚ 2243/Β'/2014)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Ταμείο
Ανάπτυξης

Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάυρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr