



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΚΑ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

Οι επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης ως προς τη χρηματοδότηση, την ποιότητα και την επάρκεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ : Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.

Επιβλέπουσα: Αθανασία Γεροστάθου

Σπουδαστής : Ιωάννης Γιαννάκος

ΑΘΗΝΑ - 2017

Ιωάννης Γιαννάκος

Οι επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης ως προς τη χρηματοδότηση, την ποιότητα και την επάρκεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας

Αθήνα, 2017

Περίληψη

Η διεθνής οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις περισσότερες χώρες του κόσμου με αρνητικά αποτελέσματα σε πολλές εθνικές οικονομίες. Η Ελλάδα υφίσταται τις συνέπειες της κρίσης ιδιαίτερα έντονα, έχοντας φτάσει στα όρια της χρεοκοπίας. Το ελληνικό σύστημα υγείας δεν έχει παραμείνει αλώβητο από αυτή την κατάσταση. Διάφορες πολιτικές έχει αναπτυχθεί προκειμένου να βελτιωθεί η οικονομική του βιωσιμότητα και να επιτευχθεί δημοσιονομική ισορροπία. Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια διερεύνησης των επιπτώσεων της κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας καθώς και στο επίπεδο υγείας των πολιτών. Επιχειρείται να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης στην χρηματοδότηση, την ποιότητα και την επάρκεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, αντιμετώπιζε σοβαρά δημοσιονομικά και διαρθρωτικά προβλήματα, καθώς και την αυξανόμενη δυσαρέσκεια των πολιτών, ήδη πριν την οικονομική κρίση. Τα οικονομικά και κοινωνικά αποτελέσματα της κρίσης επιδείνωσαν την κατάσταση και κατέστησαν επιτακτικότερη την ανάγκη επίλυσης των χρόνιων αδυναμιών του. Όμως, οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν, αν και ενίοτε αναγκαίες, δεν κατάφεραν να αντιμετωπίσουν επαρκώς τα προβλήματα του συστήματος, γιατί εντασσόταν σε ένα πλαίσιο ελάττωσης του κόστους και συρρίκνωσης του κράτους, τόσο που ενίοτε λειτουργούσαν περιοριστικά ως προς τις παροχές και την πρόσβαση των ασθενών. Η κρίση επηρέασε αρνητικά την υγεία των πολιτών, ιδιαίτερα την ψυχική τους υγεία, οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώθηκαν και το σύστημα πιέστηκε έντονα, τόσο λόγω της μείωσης των πόρων όσο και λόγω της αύξησης των απαιτήσεων των πολιτών από αυτό. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ιατρική περίθαλψη, την προβληματική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, τη πτώση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, με πιο σημαντική επιβάρυνση για τα χαμηλά οικονομικά στρώματα.

Λέξεις-κλειδιά

Οικονομική κρίση, δημοσιονομική κρίση, υγεία, σύστημα υγείας,
χρηματοδότηση συστήματος υγείας, ελληνικό σύστημα υγείας

Abstract

International economic crisis has affected most world's countries and afflicted many national economies. Greece suffers intensely the consequences of the crisis, in such a level that the state was on a verge of bankruptcy. Hence the Greek healthcare system is also distressed by this situation. Diverse policies have been implemented in order to improve its economic sustainability and to achieve fiscal equilibrium. This paper tries to show the wider effects that the crisis has on the Greek healthcare system, as well as on public health. The research tries to examine the consequences of fiscal crisis in funding, quality and sufficiency of public healthcare services.

The Greek healthcare system was already dealing with severe fiscal and structural issues, as well as with growing public discontent, even before the crisis. The economic and social consequences of the crises intensified the situation, and made the need for a solution to chronic deficiencies, imperative. However the structural reforms chosen, even though necessary, couldn't address adequately the systemic problems, for they were integrated in a ambit of minimizing costs and shrinking the state, in such a degree that, in cases, those reforms were restrains in access and quality of public healthcare system. The crisis has a severe impact on public health, especially mental health, public expenditure reduced and the system suffers a significant pressure, because of the reduced funds, but also due to the increased access demand of Greek citizens. Thus, problems such as decreased medical care and access to healthcare services, abridged quality of services, and increase of private spending for healthcare, affect the Greek healthcare system and society, especially those with low income.

Keywords

Economic crisis, fiscal crisis, health, healthcare system,
financing healthcare system, Greek healthcare system

ΕΣΔΔΑ

Ιωάννης Γιαννάκος

© 2017

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, 27/10/2017

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια της φοίτησής μου στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, ως σπουδαστής της ΚΔ' Εκπαιδευτικής Σειράς "Κοσμάς Ψυχοπαίδης", στο Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας. Επιχειρεί να διερευνήσει ένα ζήτημα επίκαιρο αλλά και καίριο για την ελληνική δημόσια διοίκηση, που είναι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της χώρας. Η πραγμάτευση του θέματος επιδιώχθηκε να ανταποκριθεί ταυτόχρονα σε δύο ανάγκες, αυτή της θεωρητικής αρτιότητας αλλά παράλληλα και αυτή της άμεσης και πρακτικής σύνδεσής με τη δημόσια διοίκηση, έτσι ώστε να προκύψουν συμπεράσματα δυνητικά χρήσιμα σε επιτελικά όργανα διαμόρφωσης και ελέγχου πολιτικών.

Η εκπόνηση της εργασίας αυτής δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την πολύτιμη καθοδήγηση, την άρτια υποστήριξη και την αμέριστη ηθική συμπαράσταση της επιβλέπουσας καθηγήτριας κ. Αθανασίας Γεροστάθου, την οποία και ευχαριστώ ολόθερμα. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τα στελέχη του Υπουργείου Υγείας, για την προθυμία τους καθώς και το χρόνο και τα στοιχεία που μου διέθεσαν, τα οποία ήταν ιδιαίτερα χρήσιμα. Τέλος, ειδικές ευχαριστίες οφείλω στην οικογένειά μου, για την ανοχή, την αγάπη και την υποστήριξη που απλόχερα μου προσφέρουν, παρά το γεγονός ότι οι σπουδές μου με στερούν από αυτούς.

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Λέξεις-κλειδιά	3
Abstract	4
Keywords	4
Πρόλογος	6
Περιεχόμενα	7
Κατάλογος Πινάκων	9
Κατάλογος Γραφημάτων	10
Συνομογραφίες	12
Εισαγωγή	14
1. Η οικονομική κρίση	15
1.1. Ορισμός της οικονομικής κρίσης	15
1.2. Η παγκόσμια οικονομική ύφεση	18
1.3 Η ελληνική περίπτωση	20
1.3.1. Από την ένταξη στην ΟΝΕ μέχρι την κρίση (2000-2007)	20
1.3.2. Η κρίση στην Ελλάδα (2008-2016)	24
2. Συστήματα Υγείας	32
2.1. Τυπολογία συστημάτων υγείας	33
2.1.1. Σύστημα Beverage	38
2.1.2. Σύστημα Bismark	39
2.1.3. Φιλελεύθερο σύστημα υγείας	39
2.2. Το ελληνικό σύστημα υγείας	40
3. Πολιτικές υγείας και δαπάνες κατά τη διάρκεια της κρίσης	50
3.1. Ανθρώπινο δυναμικό	51
3.2. Αναδιοργάνωση δημόσιων υγειονομικών μονάδων	52

3.3. Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια	55
3.4. Μηχανοργάνωση νοσοκομείων	56
3.5. Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	58
3.6. Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων	60
3.7. Λειτουργικές δαπάνες και Δημόσιες Συμβάσεις	62
3.8. Φαρμακευτική δαπάνη	67
3.9. Κοινωνική Ασφάλιση	73
4. Το επίπεδο υγείας των πολιτών κατά την κρίση	76
5. Οι επιπτώσεις της κρίσης στο χώρο της υγείας	84
Συμπεράσματα	95
Βιβλιογραφία	98
Ξενόγλωσση	98
Ελληνόγλωσση	102
Τύπος	108
Πηγές δεδομένων	108
Νομοθεσία	109
Διάφορα	109

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1	Διακυμάνσεις Επιτοκίων της Fed της Νέας Υόρκης 2007-2008	20
Πίνακας 2	Ετήσιες μεταβολές (%) βασικών μακροοικονομικών μεγεθών 2001-2008	22
Πίνακας 3	Ανταγωνιστικότητα - δημοσιονομικά μεγέθη 2001-2008	23
Πίνακας 4	Αναθεώρηση ελλείμματος Γενικής Κυβέρνησης το 2004 (% του ΑΕΠ)	24
Πίνακας 5	Εξέλιξη Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος 2000-2016	27
Πίνακας 6	Εξέλιξη καταναλωτικής δαπάνης νοικοκυριών 2000-2016	28
Πίνακας 7	Ποσοστά ανεργίας ανά μήνα 2009-2017	29
Πίνακας 8	Νοσοκομεία στην Ελλάδα 2000-2015	43
Πίνακας 9	Σύγκριση δεικτών φτώχειας, ανισοτήτων και δημόσιων πολιτικών (2008)	48
Πίνακας 10	Κόστος Μισθοδοσίας Νοσοκομείων 2009-2011	52
Πίνακας 11	Κατάσταση νοσοκομείων του ΕΣΥ πριν και μετά την αναδιοργάνωση	54
Πίνακας 12	Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ 2013-2016	65
Πίνακας 13	Περικοπές συντάξεων ανά Νόμο (5/2010- 9/2015)	74
Πίνακας 14	Κάλυψη βασικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (2013)	75
Πίνακας 15	Γεννήσεις και θάνατοι στην Ελλάδα (1931-2014)	79
Πίνακας 16	Αριθμός εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές (2000 και 2010)	82
Πίνακας 17	Αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού στην Ελλάδα (2000-2015)	83
Πίνακας 18	Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (2008-2010-2013-2015)	84
Πίνακας 19	Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία (out-of-pocket money) ως ποσοστό του συνόλου των τρεχουσών δαπανών υγείας	87
Πίνακας 20	Ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που αναφέρει ακάλυπτη ανάγκη υγείας εξ αιτίας οικονομικού κόστους	90
Πίνακας 21	Εκτίμηση υπηρεσιών υγείας από τους Πολίτες (2007,2013)	93

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1	Τα κύματα Κοντράτιεφ και η ιστορία του καπιταλισμού	17
Γράφημα 2	Εξέλιξη επιτοκίων ευρώ 2000-2010	20
Γράφημα 3	Εξέλιξη της πιστοληπτικής διαβάθμισης του ελληνικού δημοσίου	25
Γράφημα 4	Πραγματική ανεργία στην Ελλάδα 2008-2016	30
Γράφημα 5	Επιτόκια δανεισμού και νέα δάνεια προς νοικοκυριά 2006-2016	30
Γράφημα 6	Επιτόκια δανεισμού και νέα δάνεια προς μη χρηματοοικονομικές επιχειρήσεις 2006-2016	31
Γράφημα 7	Εξέλιξη χρέους Γενικής Κυβέρνησης 2001-2016	31
Γράφημα 8	Δόμηση και διάρθρωση συστημάτων υγείας	34
Γράφημα 9	Βασική δομή και λειτουργίες των συστημάτων υγείας	35
Γράφημα 10	Πιθανοί τύποι συστημάτων υγείας με βάση τον τριμερή διαχωρισμό	35
Γράφημα 11	Κατηγοριοποίηση συστημάτων υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ με βάση τον τριμερή διαχωρισμό	36
Γράφημα 12	Οι τρεις διαστάσεις της καθολικής κάλυψης υγείας	37
Γράφημα 13	Τυπολογία συστημάτων υγείας	38
Γράφημα 14	Νοσοκομειακές κλίνες στην Ελλάδα 2000-2015	43
Γράφημα 15	Κρατικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο 2000-2015	44
Γράφημα 16	Φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο (αριστερά) και ως ποσοστό του ΑΕΠ (δεξιά) (2007)	44
Γράφημα 17	Ιδιωτικές δαπάνες υγείας (out-of-pocket) ως ποσοστό των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών (2007)	45
Γράφημα 18	Η αποσχόληση στους τομείς υγείας και πρόνοιας ως ποσοστό της συνολικής απασχόλησης (2008)	45
Γράφημα 19	Επαγγελματίες γιατροί ανά 1000 κατοίκους το 2007	46
Γράφημα 20	Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους το 2007	46
Γράφημα 21	Ακάλυπτες ανάγκες ιατρικών εξετάσεων ανά εισοδηματική κατηγορία στις ευρωπαϊκές χώρες (2007)	47
Γράφημα 22	Η νέα οργανωτική δομή του ΕΣΥ (από το 2011)	54

Γράφημα 23	Απογευματινά ιατρεία νοσοκομείων ΕΣΥ	62
Γράφημα 24	Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ 2009-2013	64
Γράφημα 25	Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών ανά κάτοικο σε πραγματικές τιμές (2005-2009 και 2009-2014)	68
Γράφημα 26	Ετήσια μεταβολή (%) δείκτη τιμών ανά κατηγορία αγαθών	68
Γράφημα 27	Εξέλιξη δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης 2009-2016	70
Γράφημα 28	Κατανομή μηνιαίας δαπάνης νοικοκυριών για την υγεία 2008-2015	71
Γράφημα 29	Εξέλιξη εγχώριας παραγωγής φαρμάκου 2000-2015	72
Γράφημα 30	Αριθμός εκτελούμενων κλινικών μελετών (2016)	72
Γράφημα 31	Διείσδυση φαρμακευτικών προϊόντων σε όγκο με βάση το καθεστώς προστασίας στην Ευρώπη το 2016 (μόνο λιανικές πωλήσεις)	72
Γράφημα 32	Σωρευτικές μειώσεις συντάξεων (4/2010 - 9/2015)	74
Γράφημα 33	Υπολογιζόμενος πληθυσμός της Ελλάδας (2002-2015)	79
Γράφημα 34	Προβολή του πληθυσμού της Ελλάδος 2015-2050	80
Γράφημα 35	Φυσική Μεταβολή (γεννήσεις-θάνατοι), μετανάστευση και συνολική μεταβολή πληθυσμού στην Ελλάδα 1960-2014	80
Γράφημα 36	Επιπολασμός νοσημάτων στην Ελλάδα (2009 και 2014)	82
Γράφημα 37	Ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει χρόνια πάθηση	82
Γράφημα 38	Εξέλιξη ελληνικού ΑΕΠ 2008-2016	86
Γράφημα 39	Συμμετοχή στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας 2009-2014 (%)	88
Γράφημα 40	Εξέλιξη της δαπάνης των νοικοκυριών για την υγεία 2008-2015	88
Γράφημα 41	Ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που αναφέρει ακάλυπτη ανάγκη ιατρικής εξέτασης εξ αιτίας οικονομικού κόστους ανά εισοδηματική κατηγορία	90
Γράφημα 42	Καταμερισμός μέσης ετήσιας ιδιωτικής δαπάνης για υγεία ανά εισοδηματικό δεκατημόριο πληθυσμού	92

Συντομογραφίες

DRG	Diagnoses Related Groups Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες
EFSF	European Financial Stability Facility - Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας
ESM	European Stability Mechanism - Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας
EU-SILK	European Union Statistics on Income and Living Conditions Στατιστικά Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης ΕΕ
Fed	Federal Reserve Bank of New York
GDP	Gross Domestic Product Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ICD10	International Classification of Diseases - 10 Διεθνής Κατηγοριοποίηση Ασθενειών - 10
IMF	International Monetary Fund Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
PSI	Private Sector Involvement - Συμμετοχή Ιδιωτικού Τομέα (στη μείωση του δημοσίου χρέους)
WHO	World Health Organization Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΓΣΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΔΥΠε	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
ΔΦΥ	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΕΒΕΑ	Εμπορικό και Βιομηχανικό Επιμελητήριο Αθηνών
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΠΤΥ	Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα

ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΔΥ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΚΤ	Ευρωπαϊκό Σύστημα Κεντρικών Τραπεζών
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΣΣΔ	Ένωση Σοσιαλιστικών Σοβιετικών Δημοκρατιών
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΚΠΙ	Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
ΙΝΕ ΓΣΕΕ	Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
ΙΟΒΕ	Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕΝ	Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο
ΚΜΥΥ	Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας
ΜΔΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΟΝΕ	Οικονομική και Νομισματική Ένωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΖΣΥ	Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΠΕ	Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών
ΥΠε	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΦΚΑ	Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

Εισαγωγή

Η παγκόσμια οικονομική κρίση των τελευταίων ετών έχει επηρεάσει τις περισσότερες χώρες του κόσμου και είναι αντιστοίχου μεγέθους με το οικονομικό κραχ του 1929. Η Ελλάδα υφίσταται τις συνέπειες της κρίσης ιδιαίτερα έντονα κατά την τελευταία δεκαετία περίπου και έχει φτάσει στα όρια της χρεοκοπίας. Η περίοδος αυτή είναι από τις πιο κρίσιμες της σύγχρονης ιστορίας της, καθώς έχει επιφέρει πολλαπλές επιπτώσεις τόσο στο συλλογικό, όσο και στο ατομικό επίπεδο και έχει αλλάξει τα δεδομένα στη ζωή των ανθρώπων. Η φτωχοποίηση μεγάλου μέρους του πληθυσμού και η περεταίρω επιδείνωση της κατάστασης των ευπαθών ομάδων έχουν οδηγήσει στην εμφάνιση πολλαπλών προβλημάτων, τα οποία επηρεάζουν και τη σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων καθώς και τις διαπροσωπικές και τις κοινωνικές σχέσεις. Επιπλέον, οι περιοριστικές οικονομικές πολιτικές και οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που επεβλήθησαν επηρέασαν τον τρόπο λειτουργίας και τις δομές του κράτους. Η λογική των προγραμμάτων διάσωσης βασίστηκε στην εσωτερική υποτίμηση, μέσω των πολιτικών συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους, της απορρύθμισης της αγοράς εργασίας και της μείωσης του μισθολογικού κόστους.

Στην παρούσα εργασία θα γίνει προσπάθεια προσέγγισης των επιπτώσεων της κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας καθώς και στο επίπεδο υγείας των πολιτών. Θα επιχειρηθεί να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης ως προς τη χρηματοδότηση, την ποιότητα και την επάρκεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Θα διαπιστωθεί ότι οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν επηρέασαν αρνητικά το σύστημα υγείας της χώρας, αφού μείωσαν τους ανθρώπινους, τεχνολογικούς και οικονομικούς πόρους, με αποτέλεσμα τη μείωση της ποσοτικής επάρκειας και της ποιοτικής στάθμης των υγειονομικών υπηρεσιών. Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν, οι οποίες σε αρκετές περιπτώσεις ήταν αναγκαίες, δεν ήταν ικανές να αντισταθμίσουν την ευρεία μείωση των κρατικών πόρων, ούτε να επιτύχουν ένα ικανό επίπεδο υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού. Η οικονομική κρίση έφερε στην επιφάνεια τα χρόνια προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας, αλλά ο τρόπος που αυτή επιχειρείται να αναχαιτιστεί, δεν καταφέρνει να τα αντιμετωπίσει ουσιαστικά γιατί περιορίζεται στους στόχους της δημοσιονομικής σταθερότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας χωρίς να τους συνδέει με τους στόχους της ανθρωπιστικής υπευθυνότητας και της κοινωνικής αποδοτικότητας.

1. Η οικονομική κρίση

1.1.Ορισμός της οικονομικής κρίσης

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη όπως το εθνικό προϊόν, η απασχόληση, οι τιμές και οι επενδύσεις, οι οποίες και αποτελούν βασικό δείκτη οικονομικής δραστηριότητας, αφού συμπαρασύρουν μαζί τους και τους υπόλοιπους δείκτες (Κουφάρης, 2010). Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μια από τις δύο φάσεις της αλληλουχίας των οικονομικών διακυμάνσεων, αυτή της οικονομικής συρρίκνωσης, η οποία ακολουθεί τη φάση της οικονομικής διόγκωσης.

Μετά την ολοκληρωτική επικράτηση του καπιταλιστικού συστήματος παραγωγής στις κοινωνίες της δύσης, στα μέσα του 19ου αιώνα, οι κρίσεις συνιστούν επαναληπτικό φαινόμενο. Σύμφωνα με τη θεωρία των οικονομικών κύκλων (Burns, Michel, 1946), στις χώρες που στηρίζονται κυρίως στην επιχειρηματική δραστηριότητα, υπάρχουν κάποιες μορφές διακυμάνσεων στη συνολική οικονομική δραστηριότητα οι οποίες είναι επαναλαμβανόμενες αλλά με κυμαινόμενη χρονική διάρκεια, άρα μη περιοδικές. Η διάρκειά τους είναι βραχεία, και κυμαίνεται μεταξύ ενός και δώδεκα ετών. Οι οικονομικοί αυτοί κύκλοι αποτελούνται από επεκτάσεις, που παρατηρούνται το ίδιο περίπου χρονικό διάστημα σε πολλές οικονομικές δραστηριότητες, ακολουθούμενες από επίσης γενικευμένες κάμψεις, υφέσεις και ανακάμψεις που οδηγούν στην επεκτατική φάση του επόμενου κύκλου.

Η κατεύθυνση των διάφορων οικονομικών μεταβλητών, σε σχέση με τον οικονομικό κύκλο, μπορεί να είναι προκυκλική, δηλαδή να είναι αυξανόμενη στις ανθήσεις και μειούμενη στις κάμψεις, αντικυκλική, δηλαδή να έχει αντίθετη κατεύθυνση με εκείνη της οικονομικής δραστηριότητας, ή ακυκλική, δηλαδή να μην ακολουθεί συγκεκριμένο κυκλικό πρότυπο. Η παραγωγή, η κατανάλωση και η επένδυση είναι προκυκλικές και συμπορευόμενες μεταβλητές, η απασχόληση είναι προκλυκλική ενώ το ποσοστό ανεργίας είναι αντικυκλική μεταβλητή, η μέση παραγωγικότητα της εργασίας και ο πραγματικός μισθός είναι προκυκλικές

μεταβλητές, ενώ το χρήμα και οι τιμές των μετοχών προπορεύονται του οικονομικού κύκλου.

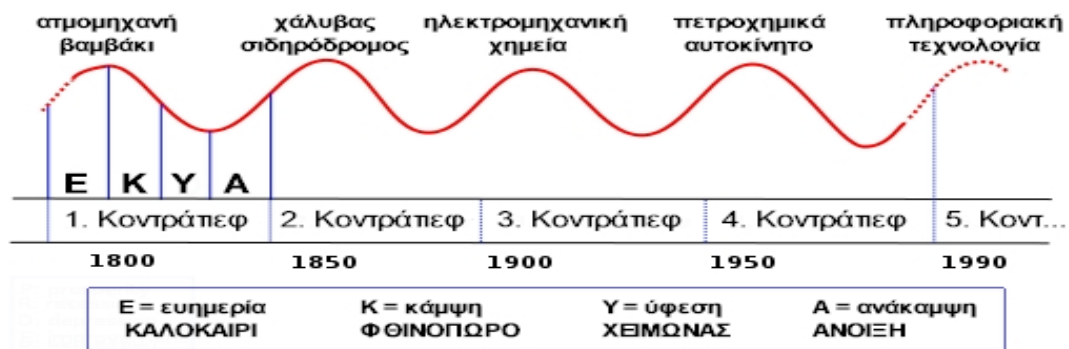
Σύμφωνα με τη μαρξική θεωρία, οι κρίσεις αποτελούν μία προσωρινή αποσταθεροποίηση της διαδικασίας διευρυμένης αναπαραγωγής του κεφαλαίου και ταυτόχρονα ένα μηχανισμό αποκατάστασης των ισορροπιών και του ύψους του ποσοστού κέρδους, οι οποίες προκαλούνται λόγω υπερπαραγωγής κεφαλαίου, τόσο ως μέσα παραγωγής όσο και ως εμπορεύματα, τέτοιου βαθμού που περιορίζεται το ποσοστό κέρδους κάτω από το συνηθισμένο του επίπεδο, πράγμα που οδηγεί τους κεφαλαιοκράτες στον περιορισμό των επιχειρήσεων και της οικονομικής δραστηριότητας εν γένει. Οι οικονομικές κρίσεις δεν αποτελούν ένα μόνιμο χαρακτηριστικό του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής αλλά δυνητικό αποτέλεσμα της οικονομικής συγκυρίας, το οποίο όμως πηγάζει από τις εγγενείς δομικές αντιφάσεις του συστήματος (Μηλιός, Δημούλης, Οικονομάκης, 2005). Έτσι, οι οικονομικές κρίσεις είναι ένα φαινόμενο διαρκώς ιστορικά επανερχόμενο.

Περαιτέρω, ο σοβιετικός οικονομολόγος Κοντράτιεφ υποστήριξε ότι η καπιταλιστική ανάπτυξη μπορεί να διαχωριστεί ιστορικά σε διαδοχικούς οικονομικούς κύκλους μακράς διάρκειας (40 έως 55 ετών) που περιλαμβάνουν μια μακρά ανοδική φάση, 25 έως 30 ετών, η οποία ακολουθείται από μια σχεδόν ισόχρονη καθοδική φάση (Γράφημα 1). Αναλύοντας τις κρίσεις εκείνες που είχαν καθολικό χαρακτήρα, μεγαλύτερο βάθος, μακρύτερη διάρκεια και ευρύτερη επίδραση, τόσο στην οικονομική βάση όσο και στο ιδεολογικοπολιτικό εποικοδόμημα, ο Κοντράτιεφ αναγνωρίζει σε κάθε κρίση τέσσερις διακριτές περιόδους, την περίοδο της πληθωριστικής αύξησης, την περίοδο του στασιμοπληθωρισμού, την περίοδο της αντιπληθωριστικής αύξησης και τέλος τη μεγάλη ύφεση. Οι καπιταλιστικές οικονομίες διάγουν τον μακροχρόνιο οικονομικό κύκλο της ανάπτυξης, του κορεσμού, της ύφεσης, της κατάρρευσης και της εκ νέου ανάπτυξης, σε μια διαρκή αλληλουχία εξέλιξης η οποία ενδυναμώνει το καπιταλιστικό σύστημα μέσω της αποβολής των προβληματικών στοιχείων και της συσσώρευσης γνώσης.

Οι ανοδικοί κύκλοι συνήθως σχετίζονται με την κυριαρχία μιας χώρας ή ομάδας χωρών στην καπιταλιστική συσσώρευση καθώς και με την επέκταση νέων τεχνολογικών καινοτομιών που έχουν κατακτηθεί κατά την προηγούμενη φάση. Παράλληλα, οι εναλλαγές που συντελούνται στην κεφαλαιοκρατική συσσώρευση,

έτσι όπως αποκρυσταλλώνονται μέσα από τις κυματικές αυτές ανοδικές και καθοδικές φάσεις, αντιστοιχίζονται σε ανάλογα ιδεολογικά, οικονομικο-θεωρητικά και πολιτικά ρεύματα καθώς και σε ανάλογες οικονομικο-πολιτικές πρακτικές του αστικού κράτους, που τις στηρίζουν (Kondratieff, 1925/1984). Το μοντέλο αυτό φαίνεται να επαληθεύεται σε γενικές γραμμές μέχρι τις μέρες μας, με την παγκόσμια οικονομική ύφεση που ξεκίνησε το 2008¹.

Γράφημα 1 : Τα κύματα Κοντράτιεφ και η ιστορία του καπιταλισμού²



Οι μακροχρόνιες αυτές οικονομικές διακυμάνσεις οφείλονται στη συγκρότηση ενός πλέγματος διαλεκτικών σχέσεων μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών παραγόντων που ενυπάρχουν στο καπιταλιστικό σύστημα (Κατσαρός, 2010:53) αλλά το κυρίαρχο στοιχείο είναι ο παράγοντας άνθρωπος. Την ευθύνη για την κρίση ή και παρακμή του συστήματος την έχει ο ίδιος ο άνθρωπος, ως άτομο, δεδομένου του έντονου ατομοκεντρισμού του καπιταλιστικού συστήματος και της ιδιαίτερης μέριμνάς του για υπέρμετρη ελευθερία της ατομικής επιλογής. Το σύστημα χρεοκοπεί γιατί κυβερνάται από ανθρώπινες ιδιότητες όπως πλεονεξία, φιλοδοξία και απληστία, οι οποίες αφήνονται ασύδοτες και ακαταλόγιστες. Οι ιδιότητες αυτές, τις οποίες η καπιταλιστική οικονομία έχει κατά τα άλλα ανάγκη, προκειμένου να αναπαραχθεί, καθιστούν το σύστημα διάτρητο και τις κρίσεις δομικό χαρακτηριστικό του.

¹ Τούτο δε συμβαίνει ασχέτως της όποιας τυχόν επαλήθευσης του μοντέλου των οικονομικών κύκλων, αφού το ένα αναφέρεται σε βραχείες περιόδους και το άλλο σε μακρές.

² "Η θεωρία των μεγάλων κύκλων του Κοντράτιεφ", *Cosmoscopio.gr*, διαθέσιμο στο: <https://kristifolia.wordpress.com/2011/11/06/η-θεωρία-των-μεγάλων-κύκλων-του-κοντ/> [προσπελάστηκε: 3 Οκτωβρίου 2017].

Έτσι οι οικονομικές κρίσεις, κατά τη μαρξιστική προσέγγιση, είναι αναπόφευκτες και δεν μπορούν να αποτραπούν. Επίσης, δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν επαρκώς, εντός του καπιταλιστικού συστήματος. Από την άλλη όμως, υπάρχει και η φιλελεύθερη θεωρητική προσέγγιση, η οποία υποστηρίζει ότι ο καπιταλισμός είναι αναγκαίος και οι οικονομικές κρίσεις είναι αντιμετωπίσιμες. Σύμφωνα με την κυρίαρχη σήμερα νεοφιλελεύθερη προσέγγιση, ο ενδεχόμενος τρόπος αντιμετώπισης των κρίσεων είναι να μην παρεμβαίνει το κράτος προκειμένου να αποκαταστήσει την ισορροπία, η οποία, έτσι και αλλιώς, επιτυγχάνεται από μόνη της (Friedman, 2012). Γενικότερα, θεωρείται ότι το κράτος είναι το πρόβλημα και όχι η λύση. Οι κρίσεις είναι σπάνια συμβάντα και οφείλονται σε λάθος χειρισμού του κράτους και όχι σε ατέλειες της αγοράς³. Απέναντι σε αυτή την πολιτικο-ιδεολογική προσέγγιση, υπάρχει μια άλλη φιλελεύθερη πρόταση αντιμετώπισης των κρίσεων, η νεο-κεϋνσιανή θεωρία (Κρούγκμαν, 2009 και 2012), η οποία υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη μπορεί να επέλθει μόνο μέσα από το δημόσιο τομέα και την αύξηση των δημοσίων δαπανών, οι οποίες θα τονώσουν και την εσωτερική ζήτηση.

1.2.Η παγκόσμια οικονομική ύφεση

Η παγκόσμια οικονομική ύφεση, η οποία ξεκίνησε το 2008 και δεν έχει ακόμα ξεπεραστεί σε όλες τις εκφάνσεις και το εύρος της, ήταν αποτέλεσμα της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2007 σε τομείς της πραγματικής οικονομίας σε διεθνές επίπεδο. Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2007 ξεκίνησε από το χρηματοπιστωτικό τομέα των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και ειδικότερα από το χώρο των στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης (Calomiris, 2011). Τα δάνεια αυτά (Sub-Prime Loans), τα οποία αποτελούσαν το 13% της συνολικής στεγαστικής πίστης των ΗΠΑ, είναι δάνεια τα οποία χορηγούνταν, λόγω ευρύτερων πολιτικών επιλογών και δομικών αντιφάσεων του αμερικανικού οικονομικού συστήματος, χωρίς εγγύηση σε οικογένειες με πολύ χαμηλή πιστοληπτική ικανότητα προκειμένου να καλύψουν τις στεγαστικές τους ανάγκες. Σε ένα οικονομικό περιβάλλον "υπέρτατης ευδαιμονίας" (O' Neill, 2011), η αισιοδοξία, ο εφησυχασμός

³ Περαιτέρω, είναι αξιοπρόσεκτο και το γεγονός ότι, οι νεοφιλελεύθερες πολιτικές δυνάμεις, προκειμένου να επιβάλουν και να εδραιώσουν τις νεοφιλελεύθερες πολιτικές, έχουν προκαλέσει ή εκμεταλλευτεί διάφορες κρίσεις, σε πολλές περιπτώσεις παγκοσμίως (Κλάιν, 2010).

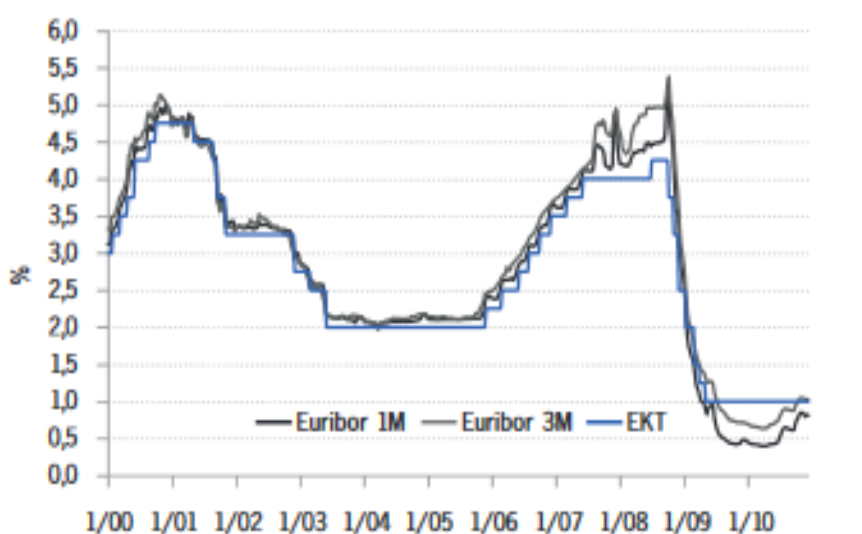
και η απουσία ελέγχων οδηγούσε σε υπερβολές και διακινδυνεύσεις, οι οποίες θεωρούνταν αποδεκτές από το στενό κύκλο της χρηματοπιστωτικής ελίτ. Η υπέρμετρη παροχή τέτοιων δανείων όμως και η αλόγιστη παραγωγή και χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων άμεσα εξαρτώμενων από την αποπληρωμή αυτών των δανείων, οδήγησαν σε αλυσιδωτές αντιδράσεις όταν τα δάνεια άρχισαν να μην εξυπηρετούνται λόγω ανόδου των επιτοκίων και πτώσης των τιμών. Η κατά τα άλλα υπερεκτιμημένη και υψηλά αμειβόμενη τραπεζική ελίτ, όντως ανεξέλεγκτη και άπληστη, καταστρατήγησε ένα βασικό κανόνα της τραπεζικής πίστης, την αναγκαιότητα αξιολόγησης της πιστοληπτικής ικανότητας των υποψήφιων δανειοληπτών καθώς και του πιστοληπτικού κινδύνου των δανειοδοτών. Στη συνέχεια, η προσπάθεια απομάκρυνσης του πιστωτικού και ασφαλιστικού κινδύνου από τις Τράπεζες, η μετατροπή στάσιμων κεφαλαίων σε εμπορεύσιμους τίτλους και η μετακίνηση των σύνθετων επενδυτικών τίτλων στις καταστάσεις ειδικών οντοτήτων, προκάλεσαν την κατάρρευση του συστήματος, και ειδικά τους φορείς εκείνους που ήταν εκτεθειμένοι σε "τοξικά" ομόλογα, οδηγώντας χρηματοπιστωτικούς Οργανισμούς σε χρεοκοπία, Τράπεζες σε πώληση με ιδιαίτερα χαμηλό αντίτιμο και γενικότερα τον αμερικανικό και ευρωπαϊκό τραπεζικό και κτηματομεσιτικό τομέα σε ύφεση (Sorkin, 2010).

Οι κεντρικές Τράπεζες παρενέβησαν, μέσω επεκτατικής νομισματικής πολιτικής, που είχε ως στόχο τη διάσωση του χρηματοπιστωτικού συστήματος και όχι τη διασφάλιση του ύψους των τιμών, όπως οφείλουν να πράττουν⁴. Μετά από μια περίοδο σαφώς μειωμένης εποπτείας, με το πρόσχημα της απελευθερωμένης ιδιωτικής οικονομίας, που οδήγησε το χρηματοπιστωτικό τομέα στην ασυδοσία, την απληστία και την υπερβολή, οι κεντρικές Τράπεζες και οι κυβερνήσεις στράφηκαν στον κρατικό παρεμβατισμό προκειμένου να σώσουν τις ιδιωτικές αυτές επιχειρήσεις, πριν η κρίση επεκταθεί στην ευρύτερη οικονομία. Οι κεντρικές Τράπεζες επενέβησαν συγχρονισμένα, προκειμένου να εξασφαλίσουν ρευστότητα με εγγυήσεις και να περιορίσουν την αστάθεια στα επιτόκια της βραχυπρόθεσμης αγοράς. Η αμερικανική Fed προέβη σε μείωση επιτοκίων (πίνακας 1) όπως επίσης και η ΕΚΤ (Γράφημα 2), ενώ οι κυβερνήσεις άρχισαν να χρηματοδοτούν ή και να αγοράζουν τράπεζες και χρηματοπιστωτικά ιδρύματα προκειμένου να μην πτωχεύσουν (Χαρδούβελης, 2011).

⁴ Η υποχρέωση αυτή των κεντρικών τραπεζών σε ευρωπαϊκό επίπεδο αντικατοπτρίζεται στο άρθρο 127 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου αναφέρεται ότι "πρωταρχικός στόχος του Ευρωπαϊκού Συστήματος Κεντρικών Τραπεζών [...] είναι η διατήρηση της σταθερότητας των τιμών".

Πίνακας 1: Διακυμάνσεις Επιτοκίων της Fed της Νέας Υόρκης 2007-2008 ⁵					
Ημερομηνία	Προεξοφλητικό	Επιτόκιο Πίστωσης	Κεφάλαια		
2007-2008	Μεταβολή	Πρωτογενούς	Δευτερογενούς	Μεταβολή	Επιτόκιο
17/8/2007	-0,50	5,75	6,25	-	-
18/9/2007	-0,50	5,25	5,75	-0,50	4,75
31/10/2007	-0,25	5,00	5,50	-0,25	4,50
11/12/2007	-0,25	4,75	5,25	-0,25	4,25
22/1/2008	-0,75%	4,00%	4,50%	-0,75%	3,50%
30/1/2008	-0,50%	3,50%	4,00%	-0,50%	3,00%
16/3/2008	-0,25%	3,25%	3,75%	-	-
18/3/2008	-0,75%	2,50%	3,00%	-0,75%	2,25%
30/4/2008	-0,25%	2,25%	2,75%	-0,25%	2,00%

Γράφημα 2: Εξέλιξη επιτοκίων ευρώ 2000-2010⁶



1.3. Η ελληνική περίπτωση

1.3.1. Από την ένταξη στην ΟΝΕ μέχρι την κρίση (2000-2007)

Τον Ιούνιο του 2000 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έκρινε ότι η Ελλάδα, με βάση τα μακροοικονομικά στοιχεία του 1999, είχε ικανοποιήσει τα κριτήρια της Συνθήκης του Μάαστριχτ και μπορούσε να γίνει δεκτή ως 12ο μέλος της Ευρωζώνης. Έτσι, από

⁵ Πηγή: Federal Reserve Bank of New York.

⁶ Πηγή: Bloomberg

την 1η Ιανουαρίου 2001 η Ελλάδα συμμετείχε στο ενιαίο νόμισμα λογιστικά και από την 1η Ιανουαρίου 2002 ακολούθησε τις υπόλοιπες 11 χώρες στις οποίες το νόμισμα κυκλοφόρησε και σε φυσική μορφή. Η εξέλιξη αυτή ήταν αποτέλεσμα μίας εξαιρετικής οικονομικής πολιτικής (1994-1999) που εστιάστηκε στην ονομαστική σύγκλιση χωρίς να επιχειρήσει να άρει τις δημοσιονομικές ανισορροπίες σε μόνιμη βάση ούτε να αντιμετωπίσει ριζικά τα διαρθρωτικά προβλήματα της οικονομίας. Παράλληλα, ήταν μια περίοδος απόλυτης απελευθέρωσης του τραπεζικού συστήματος, της τραπεζικής πίστης και της μεταφοράς κεφαλαίων (Τράπεζα της Ελλάδος, χ.χ.:11-12). Πολιτικά καλλιεργήθηκε η προσδοκία ότι η ένταξη στην ΟΝΕ θα επιτάχυνε την πραγματική σύγκλιση με τις άλλες ευρωπαϊκές οικονομίες και θα αναβάθμιζε την οικονομία και τη ζωή των πολιτών. Όμως, η βελτίωση των οικονομικών δεικτών επετεύχθη με διάφορα λογιστικά τεχνάσματα⁷ και η διάρθρωσή της οικονομίας διεύρυνε ακόμα περισσότερο τις οικονομικές ανισότητες. Δεν είναι τυχαίο ότι τα διάφορα στοιχεία που ελήφθησαν υπόψη για την ένταξη στην ΟΝΕ αναθεωρήθηκαν κατ' επανάληψη έκτοτε.

Μετά την υιοθέτηση του ενιαίου νομίσματος, η ελληνική οικονομία άρχισε να λειτουργεί σε ένα πιο σταθερό μακροοικονομικό περιβάλλον, που θα μπορούσε υπό όρους να επιφέρει μακροχρόνια οικονομική ανάπτυξη, αλλά ταυτόχρονα απαιτήθηκαν αυστηροί μεσο-μακροπρόθεσμοι περιορισμοί, οι οποίοι δεν επιχειρήθηκαν ούτε επετεύχθησαν. Εξέλιπε απολύτως ο συναλλαγματικός κίνδυνος και η συνακόλουθη αβεβαιότητα στις διασυνοριακές εμπορικές και χρηματοοικονομικές συναλλαγές, περιορίστηκε ο πληθωρισμός, μειώθηκαν τα επιτόκια δανεισμού των ιδιωτών και του δημοσίου αλλά ταυτόχρονα έπαυσε η δυνατότητα άσκησης εθνικής νομισματικής πολιτικής καθώς και η δυνατότητα μείωσης του εσωτερικού χρέους μέσω του πληθωρισμού. Η ανάπτυξη ήταν ραγδαία αλλά στηρίχθηκε σχεδόν αποκλειστικά στην εγχώρια ζήτηση, η οποία τροφοδοτήθηκε κυρίως από το δανεισμό. Η παραγωγική βάση δεν προσαρμόστηκε στην ευρεία ευρωπαϊκή αγορά οπότε η ανταγωνιστικότητα περιορίστηκε και το έλλειμμα του ισοζυγίου εξωτερικών συναλλαγών χειροτέρευσε. Οι δημόσιες δαπάνες αυξάνονταν ενώ τα έσοδα αδυνατούσαν να τις ακολουθήσουν, καθιστώντας τα ελλείμματα

⁷ "Πως το εγκληματικό swap του Σημίτη έστειλε την Ελλάδα στο "δόκανο" των μνημονίων", *Newsbomb.gr*, 6 Μαΐου 2017, διαθέσιμο στο: <http://www.newsbomb.gr/oikonomia/news/story/789066/pos-to-egklimatiko-swap-toy-simiti-esteile-tin-ellada-sto-dokano-ton-mnimonion> [προσπελάστηκε: 14 Οκτωβρίου 2017].

δύσκολα διαχειρίσιμα και το δημόσιο χρέος συνεχώς διογκούμενο (Τράπεζα της Ελλάδος, χ.χ.:ν).

Κατά την επταετία 2001-2007, η ελληνική οικονομία αναπτύχθηκε με μέσο ετήσιο ρυθμό 4,2%, ο οποίος όμως τροφοδοτήθηκε σχεδόν αποκλειστικά από την ταυτόχρονη αύξηση της εγχώριας ζήτησης, με ρυθμό 4,5%, η οποία ωθούνταν από την ιδιωτική κατανάλωση, η οποία τροφοδοτούνταν με τη σειρά της από την επέκταση της καταναλωτικής πίστης, επίσης με ρυθμό 4,2%, την ίδια περίοδο (Τράπεζα της Ελλάδος, χ.χ.). Η αύξηση των επενδύσεων παγίου κεφαλαίου, 7,9% ετησίως, αφορούσε στο μεγαλύτερο μέρος της κατοικίες, οι οποίες αγοράστηκαν σχεδόν αποκλειστικά με χαμηλότοκα στεγαστικά δάνεια, τα οποία αυξήθηκαν με ρυθμό 9,7% (Πίνακας 2). Ταυτόχρονα ο πληθωρισμός παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα, περί το 3,3% ετησίως, αλλά πάλι υπολείπονταν του αντίστοιχου μέσου όρου της ζώνης του ευρώ σχεδόν κατά 1,5%, με αποτέλεσμα τη διαρκή μείωση της ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Τράπεζας της Ελλάδος, κατά την περίοδο 2001-2007 η διεθνής ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας υποχώρησε κατά 14% βάσει των σχετικών τιμών καταναλωτή και κατά 19,3% βάσει του σχετικού κόστους εργασίας (Πίνακας 3), ενώ ταυτόχρονα οι εισαγωγές αυξανόταν κατά 4,5% ετησίως.

Πίνακας 2: Ετήσιες μεταβολές (%) βασικών μακροοικονομικών μεγεθών 2001-2008⁸

Έτος	ΑΕΠ	Ιδιωτική κατανάλωση	Δημόσια κατανάλωση	Ακαθάριστες επενδύσεις κεφαλαίου	Μέσες αποδοχές στο σύνολο της οικονομίας (σε ονομαστικούς όρους)	Πληθωρισμός	Ανεργία (% εργατικού δυναμικού)
2001	4,2	5,0	0,7	4,8	4,7	3,4	10,8
2002	3,4	4,7	7,2	9,5	6,6	3,6	10,3
2003	5,9	3,3	-0,9	11,8	5,6	3,5	9,7
2004	4,4	3,8	3,5	0,4	7,2	2,9	10,5
2005	2,3	4,5	1,1	-6,3	4,4	3,5	9,9
2006	5,5	4,4	3,1	14,9	5,7	3,2	8,9
2007	3,5	3,6	7,1	22,8	5,2	2,9	7,3
2008	-0,2	4,3	-2,6	-14,3	6,2	4,2	7,6
Μέσος ετήσιος ρυθμός:							
2001-2007	4,2	4,2	3,1	7,9	5,6	3,3	9,8
2001-2008	3,6	4,2	2,4	4,8	5,7	3,4	9,5

⁸ Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος.

Πίνακας 3: Ανταγωνιστικότητα - δημοσιονομικά μεγέθη 2001-2008 (% του ΑΕΠ)⁹

Έτος	Ετήσια εκατοστιαία μεταβολή πραγματικής σταθμισμένης συναλλαγματικής ισοτιμίας (βάσει σχετικών τιμών καταναλωτή/βάσει σχετικού κόστους εργασίας)	Ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών	Εμπορικό ισοζύγιο αγαθών	Τραπεζική χρηματοδότηση νοικοκυριών (καταναλωτική πίστη)	Τραπεζική χρηματοδότηση επιχειρήσεων	Έσοδα γενικής κυβέρνησης	Δαπάνες γενικής κυβέρνησης	Καθαρός δανεισμός (έλλειμμα) γενικής κυβέρνησης	Δημόσιο χρέος
2001	1,1 / 0,7	-7,2	-14,8	5,4	34,3	40,9	45,4	-4,4	103,7
2002	2,6 / 4,0	-6,5	-14,5	6,2	35,1	40,3	45,1	-4,8	101,7
2003	5,5 / 4,0	-6,5	-13,1	7,2	35,4	39,0	44,7	-5,7	97,4
2004	1,9 / 4,3	-5,8	-13,7	9,2	38,6	38,1	45,5	-7,4	98,6
2005	-0,1 / 0,5	-7,6	-14,3	11,3	42,0	39,0	44,6	-5,6	100,0
2006	0,8 / 0,8	-11,4	-16,9	12,7	44,9	39,2	45,3	-6,0	106,1
2007	1,6 / 1,6	-14,6	-18,6	14,3	49,9	40,7	47,5	-6,8	107,4
2008	2,5 / 7,1	-14,9	-18,9	15,6	56,8	40,7	50,6	-9,9	112,9
Μέσο ετήσιο ποσοστό % του ΑΕΠ (ή ρυθμός μεταβολής):									
2001-2007	1,9* / 2,5*	9,1	-15,5	10,1	41,2	39,6	45,5	-5,8	102,2
2001-2008	2,0* / 3,1*	-9,8	-15,9	10,8	43,2	39,7	46,1	-6,3	103,5
* Σωρευτική μεταβολή οκταετίας 2001-2008: 16,9% (βάσει σχετικών τιμών καταναλωτή), 27,7% (βάσει σχετικού κόστους εργασίας)									

Αποτέλεσμα αυτής της επεκτατικής δημοσιονομικής πολιτικής ήταν να υπαχθεί η Ελλάδα στη διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος, ήδη από το 2004, λόγω ελλείμματος 6,6%. Ταυτόχρονα, άρχισε να αμφισβητείται η εγκυρότητα των στατιστικών στοιχείων που έστειλε η χώρα στους Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς και αυτά να αναθεωρούνται συνεχώς, ενίοτε και από την ίδια την Ελληνική Κυβέρνηση. Μία πρώτη αναθεώρηση έκανε η ίδια η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2002, η οποία αναθεώρησε τα ελλείμματα του 2000 και 2001 κατά 1% και 1,5% του ΑΕΠ αντίστοιχα, η μεγαλύτερη όμως αναθεώρηση έγινε τον Αύγουστο του 2004 με τη "δημοσιονομική απογραφή" που προκάλεσε η νεοεκλεγείσα ελληνική Κυβέρνηση Καραμανλή (Πίνακας 4), και η οποία πήρε πολύ μεγάλη δημοσιότητα και επέδρασε αρνητικά στη δημοσιονομική πολιτική της χώρας και στην αξιοπιστία των ελληνικών κυβερνήσεων διεθνώς. Είναι χαρακτηριστικό ότι, με βάση τα αναθεωρημένα στοιχεία, η Ελλάδα δεν πληρούσε το 1999 το κριτήριο του δημοσιονομικού ελλείμματος, το οποίο θα έπρεπε να είναι κάτω από το 3%, οπότε και τυπικά δεν έπρεπε να είχε εισαχθεί στην ΟΝΕ. Όλα αυτά, καθιστούσαν την ελληνική οικονομία, το 2008, ιδιαίτερα αδύναμη αλλά και ευάλωτη σε τυχόν δυσμενείς διεθνείς οικονομικές εξελίξεις αλλά και σε ενδεχόμενες κερδοσκοπικές πιέσεις, που θα μπορούσαν να προκαλέσουν αύξηση των επιτοκίων δανεισμού του Δημοσίου ή και δυσκολία αναχρηματοδότησης του δημοσίου χρέους.

⁹ Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος.

Πίνακας 4: Αναθεώρηση ελλείμματος Γενικής Κυβέρνησης το 2004 (% του ΑΕΠ)¹⁰

	1997*	1998*	1999*	2000	2001	2002	2003	2004
Γνωστοποίηση 27.2.2004	4,0	2,5	1,8	2,0	1,4	1,4	1,7	1,2
Γνωστοποίηση 31.8.2004	6,0	4,3	3,4	4,1	3,7	3,7	4,6	5,3

* Η αναθεώρηση των ετών 1997-1999 έγινε μονομερώς από τη Eurostat

1.3.2. Η κρίση στην Ελλάδα 2008-2016

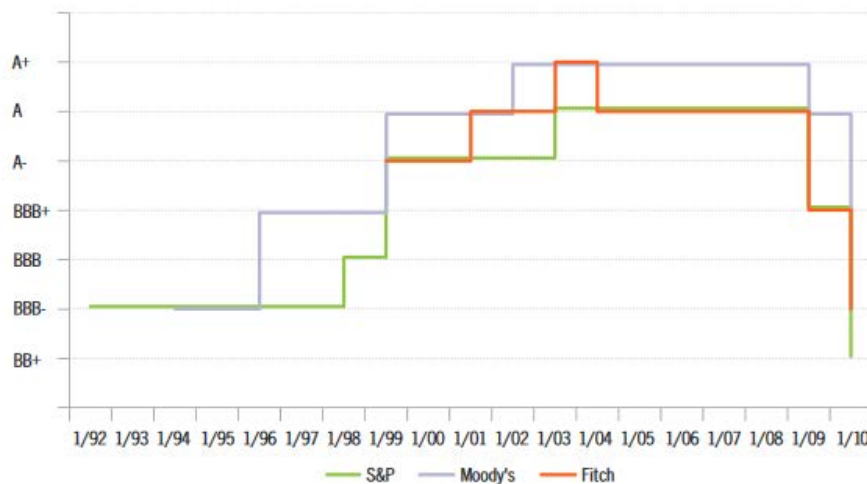
Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση άρχισε να επηρεάζει αρνητικά την ελληνική οικονομία από το 2008 και μετά. Το τότε καταγεγραμμένο έλλειμμα της Γενικής Κυβέρνησης υπερέβη το 4% του ΑΕΠ και το δημόσιο χρέος αυξήθηκε στο 97% του ΑΕΠ, με αποτέλεσμα την υπαγωγή της χώρας στη διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος. Η διεθνής τραπεζική κρίση μεταβαλλόταν σε κρίση χρέους για πολλές χώρες με υψηλά ελλείμματα και χρέη, με πιο επισφαλή περίπτωση αυτή της Ελλάδας, αλλά το ελληνικό πολιτικό σύστημα καλλιεργούσε ένα κλίμα εφησυχασμού και αμεριμνησίας. Το 2009 τα δημοσιονομικά μεγέθη βγήκαν εκτός ελέγχου και κατέστησαν τη διαχείρισή τους σχεδόν αδύνατη. Τούτο επιτάθηκε και από την επιπλέον αναθεώρηση των στατιστικών στοιχείων από τη νέα διοίκηση της ΕΛΣΤΑΤ που διόρισε η νέα κυβέρνηση του Γεωργίου Παπανδρέου, η οποία έχει πολλαπλά επικριθεί και ελέγχεται ακόμα και σήμερα από τη δικαιοσύνη. Το έλλειμμα του 2009 έφτασε σε πρώτη φάση στο 13,6% και μετά την αναθεώρηση στο 15,7% του ΑΕΠ, ενώ το δημόσιο χρέος στο 115,1% και στο 129,7% του ΑΕΠ αντίστοιχα. Το ίδιο το ΑΕΠ, μετά από μια δεκαπενταετία συνεχούς μεγέθυνσης, μειώθηκε κατά 2%, και μετά την αναθεώρηση κατά 3,2%, παρά την τεράστια δημοσιονομική επέκταση (Τράπεζα της Ελλάδος, χ.χ.:40) (Πίνακας 5).

Οι διεθνείς χρηματοπιστωτικές αγορές, στις οποίες βασιζόταν η ελληνική κυβέρνηση για την αναχρηματοδότηση του χρέους, λόγω και της ευρύτερης τραπεζικής κρίσης, άρχισαν να άρουν την εμπιστοσύνη τους και οι διεθνείς οίκοι

¹⁰ Πηγή: Υποβολή στοιχείων Ελληνικής Κυβέρνησης προς Ευρωπαϊκή Επιτροπή βάσει διαδικασίας υπερβολικού ελλείμματος (πρβλ. Τράπεζα της Ελλάδος, χ.χ.).

αξιολόγησης¹¹ να υποβαθμίζουν την πιστοληπτική ικανότητα της χώρας (Γράφημα 3), με αποτέλεσμα ο δανεισμός να γίνεται όλο και πιο ακριβός έως και απαγορευτικός και το τραπεζικό σύστημα να αντιμετωπίζει προβλήματα ρευστότητας. Σε τούτο συνετέλεσε και η άναρχη δομή του διεθνούς χρηματοπιστωτικού συστήματος η οποία επιτρέπει τις κερδοσκοπικές πιέσεις σε χώρες, με όχημα τα παράγωγα χρηματιστηριακά προϊόντα. Το 2010 άρχισε να γίνεται ευρέως αποδεκτή διεθνώς η πιθανότητα χρεωκοπίας της Ελλάδας, πράγμα που θα ήταν καταλυτικό για την αποδόμηση της ίδιας της Ευρωζώνης. Δεδομένου ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δημοσίου χρέους της Ελλάδας το κατείχαν τράπεζες της Ευρωζώνης, ήταν φυσικό επακόλουθο να επηρεαστεί αρνητικά η υπόλοιπη Ευρωζώνη, σε ενδεχόμενο χρεωκοπίας, δεδομένου του ότι δεν υπήρχε ευρωπαϊκός μηχανισμός στήριξης ούτε και πρόθεση δημιουργίας του τη δεδομένη στιγμή.

Γράφημα 3: Εξέλιξη της πιστοληπτικής διαβάθμισης του ελληνικού δημοσίου¹²



Πέρασε αρκετός καιρός μέχρι τα αρμόδια θεσμικά όργανα της ΕΕ να αποδεχθούν ότι θα έπρεπε να δημιουργηθεί ένας μηχανισμός χρηματοδοτικής στήριξης των χωρών που αντιμετωπίζουν προβλήματα, και όταν αυτό έγινε, δεν πραγματοποιήθηκε με κριτήριο την ευρωπαϊκή αλληλεγγύη, αλλά υπό το φόβο επέκτασης του προβλήματος στις υπόλοιπες χώρες και πάντα με ιδιαίτερα επαχθείς

¹¹ Για το ρόλο των διεθνών οίκων αξιολόγησης στο διεθνές χρηματοπιστωτικό σύστημα, τις κακές πρακτικές τους και τη σχετική συμπεριφορά των επενδυτών βλ. (Πανοπούλου, Τσούμας, 2011).

¹² Πηγή: Bloomberg

όρους για τις χώρες σε κατάσταση δημοσιονομικής κρίσης. Το όραμα της ευρωπαϊκής ενοποίησης κατέστη «κενό γράμμα» και οι κυβερνήσεις περιχαρακώθηκαν στα εθνικά συμφέροντα. Η δε Ευρωπαϊκή Ένωση έγινε το όχημα του κεφαλαίου των ισχυρών οικονομιών του βορρά για την «αφαίμαξη» των αδύναμων λαών του νότου. Έτσι, προέκυψε η αντικειμενική πραγματικότητα μέσα στην οποία μπορούσε να λειτουργήσει η ελληνική οικονομία εφεξής, εφόσον ήθελε να παραμείνει μέλος της Ευρωζώνης. Αφενός μεσοπρόθεσμα, η τήρηση των όρων των προγραμμάτων στήριξης είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ευρωπαϊκή «αλληλεγγύη», και αφετέρου μακροπρόθεσμα, η ελληνική οικονομία οφείλει να προσαρμόσει το πρότυπο ανάπτυξής της στην διαμορφούμενη ευρωπαϊκή πραγματικότητα (Τράπεζα της Ελλάδος, χ.χ.:62). Η ευρωπαϊκή πραγματικότητα δε, η οποία εκφράζεται με σειρά πολιτικών αποφάσεων σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, είναι η οικονομία της ελεύθερης αγοράς, του ανεξέλεγκτου ανταγωνισμού, της παγκοσμιοποίησης των πολυεθνικών επιχειρήσεων, του περιορισμού της κρατικής δραστηριότητας, της ιδιωτικοποίησης μεγάλου μέρους των κρατικών δομών, της αποδόμησης του κράτους - πρόνοιας και της αγοραιοποίησης των κρατικών λειτουργιών.

Από το 2010 και στο εξής, η ελληνική οικονομία εισήλθε στη διαδικασία του μηχανισμού στήριξης, ο οποίος προϋποθέτει και την κατάρτιση προγράμματος δημοσιονομικής πολιτικής από τις ελληνικές Αρχές, το οποίο όμως επί της ουσίας επιβάλλεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο υπό την απειλή της διακοπής της χρηματοδότησης. Ταυτόχρονα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, από τη μία δημιουργήθηκε αρχικά το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας (EFSF) και λίγο αργότερα, και μετά το συνεχιζόμενο σκεπτικισμό των αγορών, ο μόνιμος πια Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας (ESM), ο οποίος προικοδοτήθηκε με κεφάλαια που κρίθηκαν ικανά να αντιμετωπίσουν μία ενδεχόμενη γενικευμένη κρίση, αλλά, από την άλλη, δεν εισακούστηκε η εναλλακτική πρόταση της έκδοσης ευρωομολόγων, ως ο πιο αποδοτικός αλλά και αλληλέγγυος τρόπος αντιμετώπισης της κρίσης. Έτσι, η Ελλάδα πέρασε στην εποχή των "μνημονίων", με τις συνακόλουθες επιπτώσεις που επέφερε η υλοποίηση των πολιτικών επιλογών που αυτά εμπεριείχαν. Το πρώτο μνημόνιο υπεγράφη από την κυβέρνηση Παπανδρέου το Μάιο του 2010, το δεύτερο από την κυβέρνηση Παπαδήμου το Φεβρουάριο του 2012 και το τρίτο από την κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ-ΑΝΕΛ τον Αύγουστο του 2015. Και μόνο η ανάγκη ύπαρξης τριών προγραμμάτων διάσωσης της εθνικής οικονομίας, θεωρούμε ότι αποδεικνύει την

Πίνακας 5: Εξέλιξη Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος 2000-2016¹³

Τρέχουσες τιμές	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ																	
Παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών (σε βασικές τιμές)	231.451	248.815	268.007	287.061	311.799	321.498	353.965	377.760	386.427	375.814	354.633	323.261	306.893	292.476	287.081	278.009	274.352
Ενδιάμεση ανάλωση (σε αγοραίες τιμές)	105.270	113.345	122.210	126.548	137.026	142.678	160.918	172.493	172.608	163.423	154.990	141.352	137.914	132.239	129.893	122.910	120.926
Ακαθάριστη προστιθέμενη αξία (σε βασικές τιμές)	126.181	135.470	145.797	160.513	174.773	178.821	193.047	205.267	213.819	212.391	199.644	181.909	168.979	160.237	157.187	155.098	153.426
Φόροι επί των προϊόντων	17.513	18.622	20.257	20.869	21.636	22.756	25.572	28.120	28.640	25.674	26.920	25.788	23.315	22.263	22.235	22.259	24.203
Επιδοτήσεις επί των προϊόντων	2.447	1.898	2.594	2.477	2.693	2.334	758	693	468	531	532	668	1.090	1.845	1.482	1.660	1.741
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΛΑΪΠΑΝΗΣ																	
Τελική καταναλωτική δαπάνη	120.277	129.169	139.552	149.790	161.123	171.701	183.767	198.611	213.182	217.205	206.992	189.782	175.232	164.777	161.228	158.175	158.573
Νοικοκυριών	91.511	97.608	105.106	112.780	120.707	128.557	136.001	147.079	159.108	157.389	152.038	139.855	128.866	122.909	120.265	118.101	119.253
ΜΚΙΕΝ	2.974	3.077	3.017	3.091	3.310	3.256	3.854	3.783	3.931	4.449	4.765	4.823	4.801	4.944	4.822	4.732	4.779
Γενικής Κυβέρνησης	25.792	28.483	31.429	33.918	37.106	39.889	43.911	47.750	50.143	55.367	50.188	45.104	41.564	36.924	36.141	35.341	34.542
Ακαθάριστος σχηματισμός κεφαλαίου	36.478	39.101	40.456	48.975	49.024	44.031	56.975	63.133	59.315	43.559	38.534	31.271	24.480	20.958	21.046	17.270	18.494
Ακαθάριστος σχηματισμός παγίου κεφαλαίου	34.805	37.648	38.581	45.307	47.257	41.500	51.602	60.528	57.627	49.387	39.698	31.607	24.140	21.963	20.625	20.285	20.118
Μεταβολή αποθεμάτων	1.673	1.453	1.875	3.668	1.767	2.531	5.373	2.604	1.688	-5.828	-1.164	-336	340	-1.005	421	-3.015	-1.624
Εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών	33.502	34.683	32.877	33.177	40.115	42.463	46.130	52.403	56.533	45.089	49.958	52.866	54.845	54.835	57.837	56.074	53.037
Εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών	49.009	50.759	49.424	53.037	56.546	58.953	69.010	81.453	87.039	68.319	69.452	66.889	63.353	59.915	62.171	55.821	54.216
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ																	
Αμοιβές εξαρτημένης εργασίας	43.482	46.906	54.048	59.461	64.138	68.271	73.066	78.441	82.947	84.875	82.130	73.259	66.080	59.715	58.363	57.078	58.742
Ακαθάριστο λειτουργικό πλεόνασμα / μικτό εισόδημα	81.914	87.971	91.232	100.724	110.096	110.449	120.884	128.313	131.822	128.365	118.529	110.117	103.539	100.081	96.169	94.508	91.360
Φόροι επί της παραγωγής και των εισαγωγών	18.676	19.585	21.198	21.888	22.707	23.898	26.961	29.548	30.720	28.080	28.734	28.151	26.024	25.593	27.791	28.493	30.211
Επιδοτήσεις	2.824	2.268	3.017	3.169	3.225	3.375	3.050	3.607	3.499	3.786	3.362	4.499	4.439	4.735	4.382	4.382	4.425
ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΙΟΝ σε αγοραίες τιμές	141.247	152.194	163.461	178.905	193.716	199.242	217.862	232.695	241.990	237.534	226.031	207.029	191.204	180.654	177.941	175.697	175.888

¹³ Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Πίνακας 6: Εξέλιξη καταναλωτικής δαπάνης νοικοκυριών 2000-2016¹⁴

I. Τρέχουσες τιμές		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	
Τελική Καταναλωτική Δαπάνη	Σύνολο	120.277	129.169	139.552	149.790	161.123	171.701	183.767	198.611	213.182	217.205	206.992	189.782	175.232	164.777	161.228	158.175	158.573	
	Νοικοκυριά ⁽¹⁾	91.511	97.608	105.106	112.780	120.707	128.557	136.001	147.079	159.108	157.389	152.038	139.855	128.866	122.909	120.265	118.101	119.253	
	ΜΚΙΕΝ	2.974	3.077	3.017	3.091	3.310	3.256	3.854	3.783	3.931	4.449	4.765	4.823	4.801	4.944	4.822	4.732	4.779	
	Γενική Κυβέρνηση	Σύνολο	25.792	28.483	31.429	33.918	37.106	39.889	43.911	47.750	50.143	55.367	50.188	45.104	41.564	36.924	36.141	35.341	34.542
		Ατομική	12.474	14.058	15.311	17.239	17.943	20.417	21.822	23.638	25.375	27.042	24.630	22.534	19.929	16.723	15.482	15.283	15.511
	Συλλογική	13.318	14.425	16.118	16.679	19.163	19.472	22.089	24.112	24.768	28.325	25.558	22.570	21.635	20.201	20.659	20.058	19.031	
Πραγματική ατομική κατανάλωση		106.958	114.744	123.434	133.111	141.960	152.229	161.678	174.499	188.414	188.880	181.434	167.212	153.597	144.576	140.569	138.117	139.542	

II. Σταθερές τιμές προηγούμενου έτους		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	
Τελική Καταναλωτική Δαπάνη	Σύνολο	116.467	124.929	135.064	145.393	155.353	166.643	178.081	191.837	202.904	211.474	204.347	188.183	175.468	169.117	164.806	160.970	159.200	
	Νοικοκυριά ⁽¹⁾	88.656	94.932	102.896	110.038	116.835	124.872	131.744	141.880	152.494	155.922	146.735	136.783	128.239	125.238	123.494	120.033	119.798	
	ΜΚΙΕΝ	2.882	2.977	2.910	2.986	3.216	3.144	3.736	3.677	3.774	4.394	4.553	4.735	4.832	4.995	4.898	4.782	4.800	
	Γενική Κυβέρνηση	Σύνολο	24.929	27.021	29.258	32.368	35.302	38.626	42.602	46.280	46.636	51.158	53.059	46.665	42.397	38.884	36.414	36.156	34.602
		Ατομική	12.057	13.336	14.254	16.452	17.071	19.771	21.171	22.910	23.600	24.986	26.039	23.314	20.329	17.610	15.599	15.635	15.540
	Συλλογική	12.873	13.684	15.005	15.917	18.231	18.856	21.430	23.370	23.036	26.172	27.020	23.351	22.069	21.273	20.815	20.520	19.061	
Πραγματική ατομική κατανάλωση		103.594	111.245	120.059	129.476	137.122	147.787	156.651	168.467	179.869	185.302	177.327	164.832	153.399	147.844	143.991	140.450	140.138	

¹⁴ Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ουσιαστική αποτυχία τους και την εγγενή αδυναμία τους να αντιμετωπίσουν επαρκώς την κρίση χρέους της χώρας.

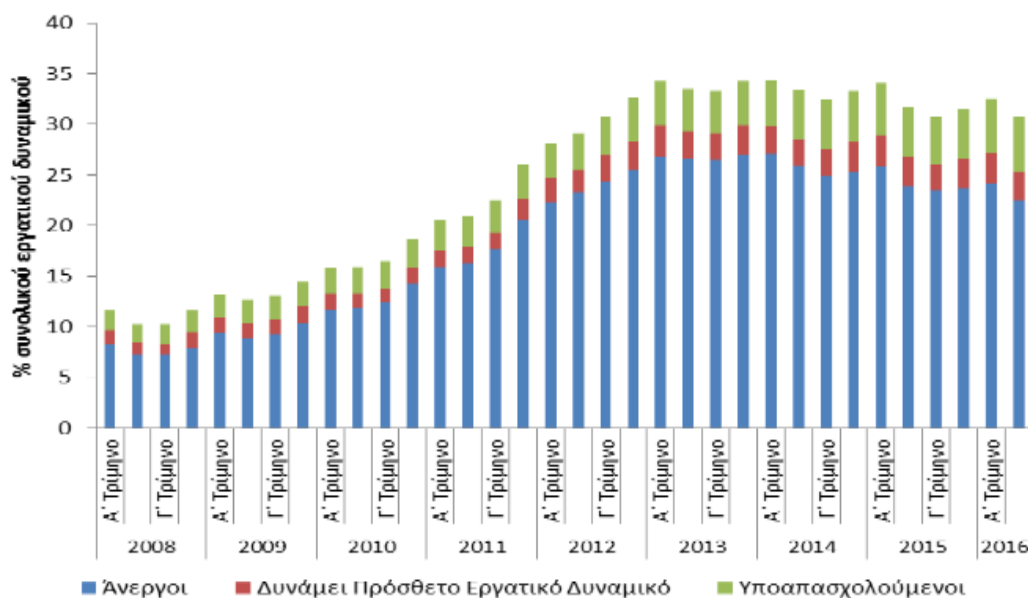
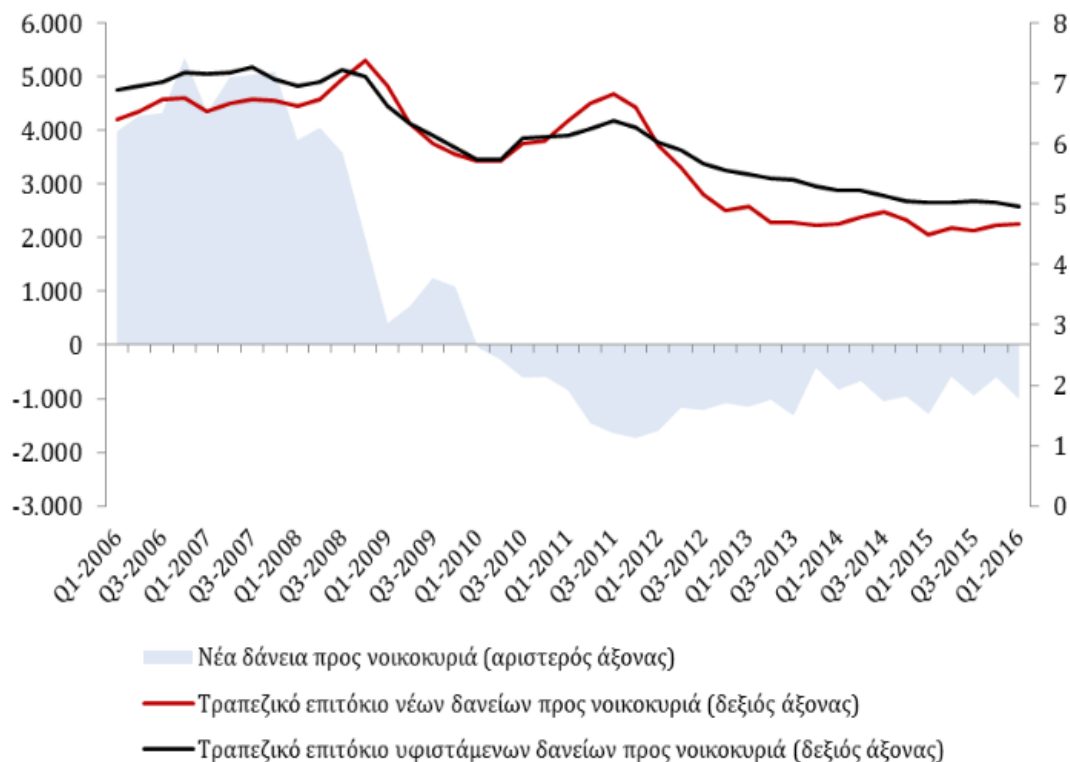
Η όλη λογική των προγραμμάτων διάσωσης βασίστηκε στην εσωτερική υποτίμηση, μέσω των πολιτικών συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους, της απορρύθμισης της αγοράς εργασίας και της μείωσης του μισθολογικού κόστους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να εκτοξευτεί η ανεργία, φτάνοντας μέχρι το επίσημο 28% (Πίνακας 7) και το πραγματικό 35% (Γράφημα 4), να μειωθεί η ιδιωτική κατανάλωση, επιστρέφοντας το 2016 σε επίπεδα 2004 (Πίνακας 6), να συρρικνωθεί το ΑΕΠ, φτάνοντας το 2016 σε επίπεδα 2002 (Πίνακας 5), ενώ οι παραγωγικές δυνατότητες της χώρας συνεχίζουν να μην παρουσιάζουν ορατή βελτίωση. Παράλληλα, ο πληθυσμός φτωχοποιήθηκε ραγδαία¹⁵, ενώ το τραπεζικό σύστημα χρηματοδοτήθηκε με τεράστια ποσά τα οποία δεν απέφεραν τη σοβαρή εξυγίανσή του, ούτε την συνεισφορά του στην παραγωγική ανασυγκρότηση της χώρας (Γράφημα 5 και Γράφημα 6). Το δε δημόσιο χρέος, δεν δείχνει σημάδια μείωσης, ειδικά ως ποσοστό του ΑΕΠ, παρά τη διαρκή λιτότητα (Γράφημα 7).

Πίνακας 7 : Ποσοστά ανεργίας ανά μήνα 2009-2017¹⁶

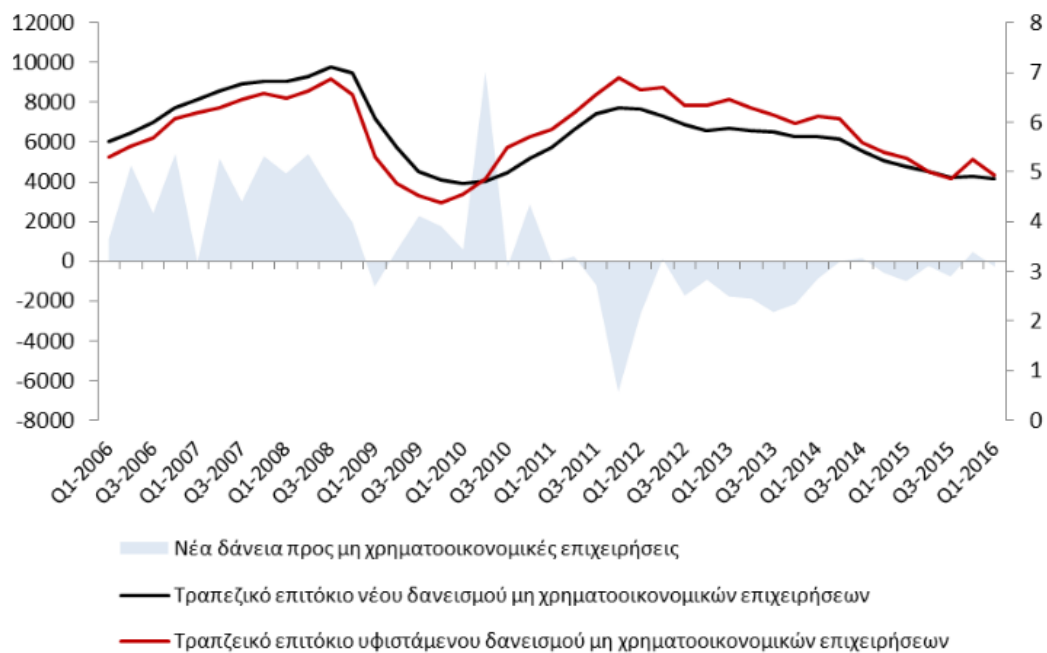
	Ιαν	Φεβρ	Μαρ	Απρ	Μαι	Ιουν	Ιουλ	Αυγ	Σεπτ	Οκτ	Νοεμ	Δεκ
2009	9,0	9,2	9,2	9,2	9,3	9,4	9,6	9,7	10,0	10,1	10,4	10,7
2010	11,1	11,4	11,7	11,9	12,3	12,5	12,7	12,9	13,3	14,0	14,3	14,8
2011	15,1	15,6	16,1	16,4	16,9	17,2	17,8	18,5	19,0	19,8	20,9	21,6
2012	22,0	22,3	22,6	23,3	24,0	24,9	25,1	25,5	26,0	26,0	26,4	26,4
2013	26,8	26,9	27,2	27,5	27,7	27,6	27,8	27,7	27,9	27,7	28,0	27,5
2014	27,2	27,1	26,9	27,1	27,0	26,6	26,3	26,2	26,1	26,1	25,9	26,0
2015	25,7	25,8	25,7	25,3	25,0	24,9	24,9	24,7	24,8	24,5	24,5	24,2
2016	24,3	24,0	23,7	23,3	23,5	22,6	22,6	23,3	22,1	22,4	23,8	23,6
2017	23,5	23,2	22,5	21,7	21,7	21,2						

¹⁵ Ο δείκτης σοβαρής υλικής αποστέρησης δείχνει ότι το ποσοστό των νοικοκυριών που αντιμετωπίζει σοβαρές ελλείψεις σε βασικά είδη αυξάνει από 11,2% του συνολικού πληθυσμού το 2008 σε 22,2% το 2015 (Πηγή INE ΓΣΕΕ). Με άλλα λόγια, έχουμε διπλασιασμό της απόλυτης φτώχειας στην Ελλάδα κατά την περίοδο αυτή. Ο δείκτης υλικής αποστέρησης, όπως υπολογίζεται από τη Eurostat αντιπροσωπεύει το ποσοστό του πληθυσμού που δεν μπορεί να πληρώσει για τουλάχιστον τέσσερις από τις παρακάτω δαπάνες: 1) Λογαριασμούς (ενοίκιο, τόκοι στεγαστικού δανείου ή λογαριασμοί ΔΕΚΟ), 2) Επαρκής θέρμανση, 3) Έκτακτα έξοδα, 4) Κατανάλωση κρέατος ή πρωτεΐνης, 5) Διακοπές, 6) Κατοχή τηλεόρασης, 7) Κατοχή πλυντηρίου, 8) Κατοχή αυτοκινήτου, 9) Κατοχή τηλεφώνου.

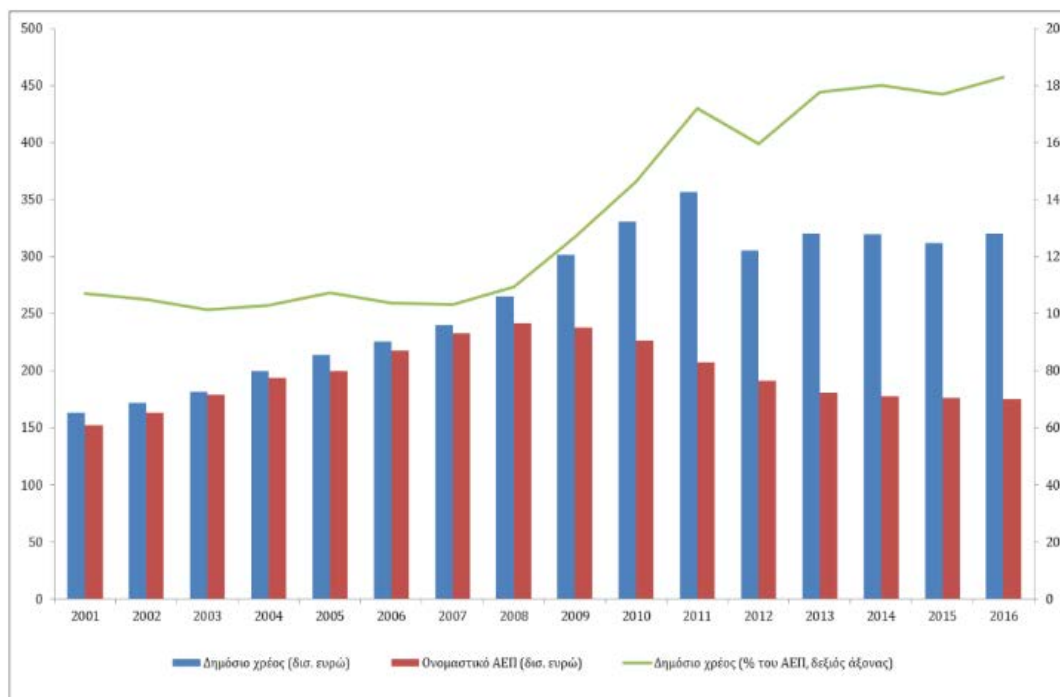
¹⁶ Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Γράφημα 4: Πραγματική ανεργία στην Ελλάδα 2008-2016¹⁷Γράφημα 5: Επιτόκια δανεισμού και νέα δάνεια προς νοικοκυριά 2006-2016¹⁸¹⁷ Πηγή: INE ΓΣΕΕ.¹⁸ Πηγή: INE ΓΣΕΕ.

Γράφημα 6: Επιτόκια δανεισμού και νέα δάνεια προς μη χρηματοοικονομικές επιχειρήσεις 2006-2016¹⁹



Γράφημα 7: Εξέλιξη χρέους Γενικής Κυβέρνησης 2001-2016²⁰



¹⁹ Πηγή: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.

²⁰ Πηγή: AMECO

2. Συστήματα υγείας

Το σύστημα υγείας σε κάθε κοινωνία αποτελεί έναν από τους κύριους θεσμούς κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής οργάνωσης και αντικατοπτρίζει την ευρύτερη δομή του πολιτικο-κοινωνικού σχηματισμού της. Στις δυτικές κοινωνίες, αποτελεί ένα βασικό θεσμό του κράτους πρόνοιας, αναπόσπαστο συστατικό στοιχείο του μοντέλου οργάνωσης των φιλελεύθερων κοινωνιών και ως εκ τούτου ενέχει τις ιδιότητες και της παθογένειας της δομής και της λειτουργίας του αστικού κράτους, όπως αυτό προέκυψε ως αποτέλεσμα του εφαρμοζόμενου οικονομικού και πολιτικού προτύπου. Η θεσμική συγκρότηση, η δομή και η λειτουργία κάθε συστήματος υγείας είναι αποτέλεσμα και προϊόν μιας μακροχρόνιας εξελικτικής διαδικασίας που επακολούθησε ή συντελέστηκε σε συνάρτηση με την παράλληλη ιστορική εξέλιξη και διαμόρφωση του πολιτικο-διοικητικού, οικονομικού και κοινωνικού συστήματος της κάθε χώρας (Μπουρσανίδης, 2017:10). Έτσι, ενώ όλα τα συστήματα υγείας των δυτικών χωρών έχουν κάποια κοινά δομικά χαρακτηριστικά, με κυριότερο την απουσία καθολικής δημόσιας κάλυψης υγείας, εν τούτοις παρουσιάζεται μια ποικιλία μορφών και επί μέρους χαρακτηριστικών, ανάλογα με την ιδιαίτερη ιστορική εξέλιξη της κάθε χώρας.

Το σύστημα υγείας θεωρείται ότι αποτελεί ένα λειτουργικά διαφοροποιημένο κοινωνικό υποσύστημα με τη δική του εσωτερική δομική και λειτουργική διαφοροποίηση και μια σχετικά αυτόνομη επιχειρησιακή-λειτουργική λογική, ενώ χαρακτηρίζεται από την αυξημένη οργανωτική του πολυπλοκότητα. Ως υποσύστημα, διατηρεί μια ποικιλία διασυνδέσεων με το ευρύτερο περιβάλλον του, το οποίο μπορεί να διακριθεί σχηματικά σε τέσσερα μεγάλα λειτουργικά υποσυστήματα, το πολιτικο-διοικητικό, το κοινωνικό, το οικονομικό και το οικολογικό-τεχνολογικό υποσύστημα (Μπουρσανίδης, 2017:10 και 16). Έτσι, τα συστήματα υγείας, εκτός από τα κύρια δομικά τους χαρακτηριστικά, τα οποία προκύπτουν κυρίως από το οικονομικό σύστημα εντός του οποίου λειτουργούν, επηρεάζονται από πολλούς επιμέρους παράγοντες, που μπορεί να εκτείνονται από τη δομή και τον τρόπο λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης, μέχρι τη διάρθρωση της απασχόλησης ή του δείκτη ανεργίας ή ακόμα και τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού ή τις φυσικές καταστροφές, παράγοντες οι οποίοι μπορεί να είναι το δυνητικό αποτέλεσμα της οικονομικής συγκυρίας. Τούτο σημαίνει ότι η δημοσιονομική κρίση, που ταλανίζει τη χώρα τα

τελευταία χρόνια, μπορεί να έχει πολλαπλά επηρεάσει το ελληνικό σύστημα υγείας, έτσι που καθίσταται αναγκαία μια σχετική επιστημονική διερεύνηση, διαδικασία στην οποία επιδιώκει να συμβάλει η παρούσα μελέτη.

Στο ελληνικό νομικό σύστημα, η υγεία αναγνωρίζεται τόσο ως κρατική υποχρέωση όσο και ως ιδιωτική αξίωση. Το Σύνταγμα κατοχυρώνει την υγεία, όχι μόνο αντικειμενικά ως αγαθό, αλλά και υποκειμενικά ως δικαίωμα (Δαγτόγλου, 1991:248). Το κράτος έχει την υποχρέωση να μεριμνά για την υγεία των πολιτών (αρ. 21 παρ. 3) αλλά και οι πολίτες έχουν το δικαίωμα της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας (αρ. 7 παρ. 2). Το δικαίωμα υγείας συγκαταλέγεται στα κοινωνικά δικαιώματα (αρ. 21 παρ. 3 και αρ. 5 παρ. 2 υποπ. 1), εφόσον στρέφεται προς το κράτος, και περιέχει υποχρέωση αυτού για λήψη θετικών μέτρων προς την προστασία της υγείας των πολιτών, στους οποίους δίνει το δικαίωμα να απαιτήσουν από την Πολιτεία την πραγμάτωση αυτής της υποχρέωσης. Ταυτόχρονα όμως, συνιστά και ατομικό δικαίωμα (αρ. 7 παρ. 2 και αρ. 5 παρ. 2), όχι με την ιστορικά φορτισμένη κλασσική έννοια, αλλά επειδή έχει ατομικό χαρακτήρα. Οι συνταγματικές διατάξεις αξιώνουν από το κράτος, όχι μόνο την οργάνωση υπηρεσιών υγείας, δηλαδή μέτρα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας, αλλά και την αποχή από ενέργειες που προσβάλλουν, αποτελούν κίνδυνο για την υγεία του πληθυσμού. Ο Ν. 1387/83, ο οποίος δημιούργησε το ΕΣΥ, διακήρυξε την ευθύνη του κράτους έναντι όλων των πολιτών καθώς και την ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

2.1.Τυπολογία συστημάτων υγείας

Προκειμένου να μελετηθούν οι επιπτώσεις της κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας, θεωρούμε ότι είναι χρήσιμη μια ευρύτερη κατηγοριοποίηση των συστημάτων υγείας και η σχετική τοποθέτηση του συστήματος της χώρας μέσα σε αυτή. Έτσι, θα καταστεί ευχερής η ανάλυση του ελληνικού συστήματος και η συγκριτική του μελέτη με άλλα ομοειδή ή και ετερογενή συστήματα. Τα συστήματα υγείας των δυτικών κοινωνιών μπορούν να τυποποιηθούν κατά διάφορους τρόπους, αν και έχουν επικρατήσει ευρέως κάποιες συγκεκριμένες τυπολογίες, οι οποίες εκκινούν από την ανάγκη λειτουργικής διαφοροποίησης των υποσυστημάτων εντός ενός πλαισίου καπιταλιστικού διαχωρισμού κράτους και ιδιωτών. Έτσι, καθίσταται αναγκαίος ο

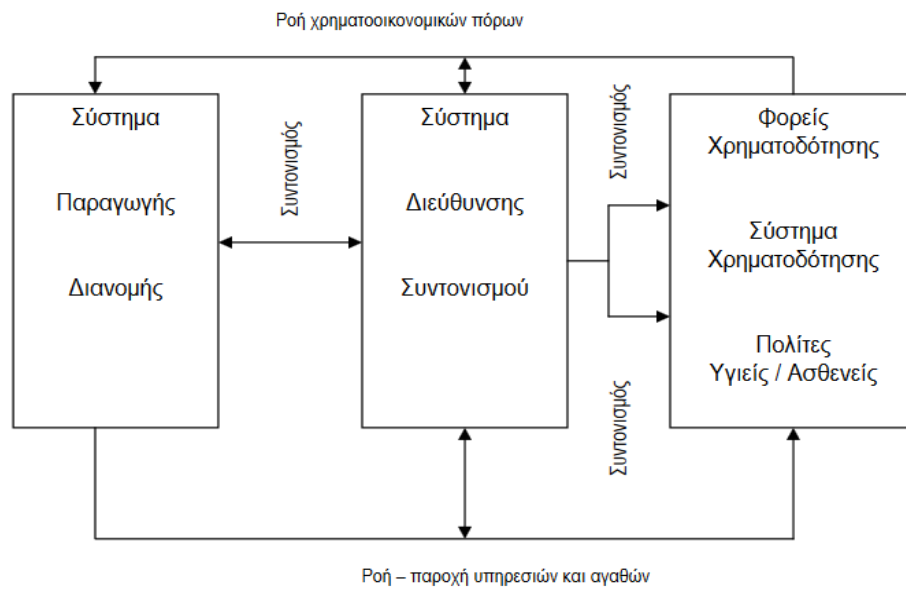
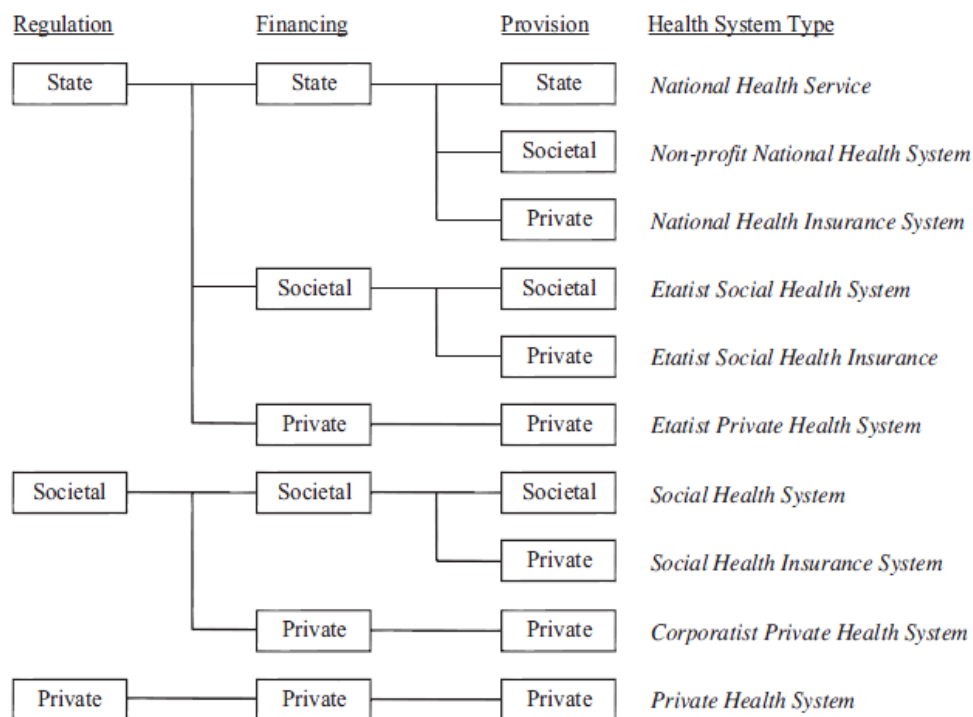
διαχωρισμός του υποσυστήματος παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας από το υποσύστημα χρηματοδότησής του (Γράφημα 8 και Γράφημα 9).

Γενικότερα, στις δυτικές καπιταλιστικές κοινωνίες, λόγω της τάσης συρρίκνωσης των λειτουργιών του κράτους και της διολίσθησής του σε ένα όλο και πιο ρυθμιστικό ρόλο, είναι πλέον ευρέως αποδεκτή η αναλυτική διάκριση τριών διαστάσεων, οι οποίες εκφράζονται και σε τρία λειτουργικά και οργανωτικά διαφοροποιημένα υποσυστήματα, της ρύθμισης (regulation), της χρηματοδότησης (financing) και της παροχής των υπηρεσιών υγείας (provision). Με αυτό τον τρόπο τα συστήματα υγείας κατηγοριοποιούνται ανάλογα με το ποιός αναλαμβάνει κάθε ένα από αυτά τα υποσυστήματα (κράτος, κοινωνική ασφάλιση ή ιδιώτες) και έτσι δίνεται η δυνατότητα για μία σειρά πιθανών τύπων συστημάτων υγείας, υπαρκτών ή μη (Γράφημα 10 και Γράφημα 11).

Γράφημα 8: Δόμηση και διάρθρωση συστημάτων υγείας²¹



²¹ Πηγή: Μπουρσανίδης (2017:50).

Γράφημα 9: Βασική δομή και λειτουργίες των συστημάτων υγείας²²Γράφημα 10: Πιθανοί τύποι συστημάτων υγείας με βάση τον τριμερή διαχωρισμό²³

²² Πηγή: Χλέτσος (χ.χ.).

²³ Πηγή: Bohm K. et al. (2013).

Γράφημα 11: Κατηγοριοποίηση των συστημάτων υγείας του ΟΟΣΑ με βάση τον τριμερή διαχωρισμό²⁴

#	Healthcare system type	R	F	P	Cases
1	National Health Service	St	St	St	Denmark, Finland, Iceland, Norway, Sweden, Portugal, Spain, UK
2	Non-profit National Health System	St	St	So	
3	National Health Insurance	St	St	Pr	Australia, Canada, Ireland, New Zealand, Italy
4	State-based mixed-type	St	So	St	
5	State-based mixed-type	St	Pr	St	
6	State-based mixed-type	So	St	St	
7	State-based mixed-type	Pr	St	St	
8	Etatist Social Health System	St	So	So	
9	Social-based mixed-type	So	St	So	
10	Social-based mixed-type	So	So	St	Slovenia
11	Social Health System	So	So	So	
12	Social Health Insurance	So	So	Pr	Austria*, Germany, Luxembourg, Switzerland*
13	Social-based mixed-type	So	Pr	So	
14	Social-based mixed-type	Pr	So	So	
15	Etatist Private Health System	St	Pr	Pr	
16	Private-based mixed-type	Pr	St	Pr	
17	Private-based mixed-type	Pr	Pr	St	
18	Corporatist Private Health System	So	Pr	Pr	
19	Private-based mixed-type	Pr	So	Pr	
20	Private-based mixed-type	Pr	Pr	So	
21	Private Health System	Pr	Pr	Pr	USA
22	Completely mixed-type	St	Pr	So	
23	Etatist Social Health Insurance	St	So	Pr	Belgium, Estonia, France, Czech Republic, Hungary, Netherlands, Poland, Slovakia, Israel*†, Japan†, Korea*
24	Completely mixed-type	Pr	St	So	
25	Completely mixed-type	Pr	So	St	
26	Completely mixed-type	So	St	Pr	
27	Completely mixed-type	So	Pr	St	

Bold/fine indicates plausible/implausible types. Black/grey indicates empirically existent/missing types.

Abbreviations: (R)egulation, (F)inancing, (S)ervice provision, (St)ate, (So)cietal actors, (Pr)ivate actors

** Only relative majority in financing;*

† Only relative majority in service provision

Chile, Greece, Mexico, and Turkey are missing due to insufficient data

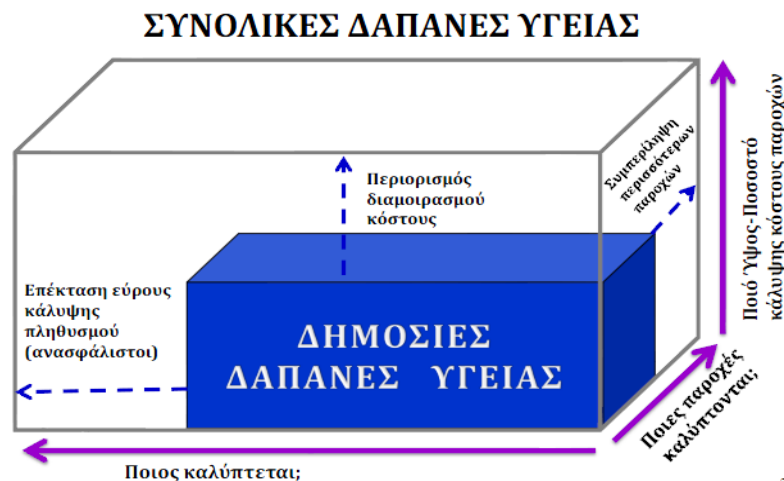
Σε κάθε περίπτωση, τα συστήματα υγείας των δυτικών καπιταλιστικών κοινωνιών, ανεξάρτητα από τους φορείς χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας, και παρά τους σχετικούς διακηρυγμένους στόχους, αδυνατούν να προσφέρουν καθολική κάλυψη υγείας στον πληθυσμό, ένα πρόβλημα που, ειδικά στην Ελλάδα που έχει πληγεί περισσότερο από τον οικονομική κρίση, καθίσταται ιδιαίτερα κρίσιμο και επιτακτικό. Η δε καθολική κάλυψη ενέχει τρεις διαφορετικές αλλά εξίσου σημαντικές διαστάσεις, αυτή του εύρους της ασφαλιστικής κάλυψης, ήτοι τον αριθμό των ασφαλισμένων και των ανασφάλιστων πολιτών, αυτή του βάθους της ασφαλιστικής κάλυψης, δηλαδή του είδους και του μεγέθους των καλυπτόμενων υπηρεσιών, και αυτή του ύψους της ασφαλιστικής κάλυψης, ή του ποσοστού κάλυψης του κόστους των υπηρεσιών (Γράφημα 12). Ο βαθμός καθολικότητας εξαρτάται από το βαθμό σύγκλισης ή απόκλισης των τριών αυτών διαστάσεων από τις εκάστοτε ανάγκες και εκφράζεται με οικονομικούς όρους από το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας. Κάθε σύστημα

²⁴ Πηγή: Bohm K. et al. (2013).

υγείας οφείλει να επιδιώκει την κάλυψη και των τριών αυτών διαστάσεων, προκειμένου να προσφέρει τη μείζονος κοινωνικοπολιτικής σημασίας, δημόσια καθολική κάλυψη υγείας. Το μοντέλο αυτό υιοθετείται τόσο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2014) όσο και από τον ΟΟΣΑ (Paris et. al., 2016). Όμως, τα δομικά χαρακτηριστικά του καπιταλιστικού οικονομικού συστήματος αποτρέπουν αυτή τη δυνατότητα, η οποία σε άλλες χώρες, με διαφορετικό οικονομικό σύστημα, είχε προσεγγιστεί σημαντικά ήδη πριν πολλά χρόνια²⁵.

Παρακάτω παρατίθενται και περιγράφονται τα τρία κύρια μοντέλα συστημάτων υγείας που αναγνωρίζονται διεθνώς επί τη βάση μιας τυπολογικής προσέγγισης που βασίζεται στο κυρίαρχο και καθοριστικό στοιχείο για κάθε μια από τις τρεις λειτουργικά διαφοροποιημένες διαστάσεις (ρύθμιση - χρηματοδότηση - παροχή υπηρεσιών), το μοντέλο Beveridge, το μοντέλο Bismark και το φιλελεύθερο μοντέλο της αγοράς (Γράφημα 13).

Γράφημα 12: Οι τρεις διαστάσεις της καθολικής κάλυψης υγείας²⁶



²⁵ Η εμπειρία από την ΕΣΣΔ και τις χώρες της ανατολικής Ευρώπης, ήδη πριν από 80 χρόνια, δείχνει ότι το στοίχημα της δημόσιας καθολικής κάλυψης υγείας μπορεί να κατακτηθεί όταν το οικονομικό σύστημα εγκολπώνει αξίες όπως η ισότητα, η αλληλεγγύη και ο κεντρικός σχεδιασμός. Αντίστοιχες προσπάθειες, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο στην Ευρώπη, όπως στη Μεγάλη Βρετανία και τις σκανδιναβικές χώρες, στα πλαίσια των σοσιαλδημοκρατικών αξιών που κυριαρχούσαν τότε, προσέγγισαν επίσης σε μεγάλο βαθμό το στόχο αυτό. Σήμερα, το παράδειγμα της Κούβας είναι ενδεικτικό της καθολικής κάλυψης υγείας. Αν και αναπτύσσεται σε ένα ιδιαίτερα εχθρικό διεθνές περιβάλλον, με εξαιρετικά περιορισμένους πόρους, το σύστημα υγείας της Κούβας έχει να επιδείξει σημαντικά επιτεύγματα εφάμιλλα ή και ανώτερα από τα αντίστοιχα των χωρών της Βόρειας Αμερικής, τα οποία μάλιστα προσφέρει δωρεάν σε φτωχές χώρες, στα πλαίσια της αλληλεγγύης μεταξύ των λαών. Σχετικά με το σύστημα υγείας της Κούβας βλ. ενδεικτικά (MacDonald, 1999) (Mason, Strug, Beder, 2010) και (Cooper, Kennelly, Ordunez-Garcia, 2006).

²⁶ Πηγή: Μπουρσανίδης (2017:62).

Γράφημα 13: Τυπολογία συστημάτων υγείας²⁷

Τύπος ή Μοντέλο Συστήματος Υγείας	Χρηματοδότηση	Μονάδες παραγωγής διανομής	Ρυθμιστικό σύστημα
Εθνικό Σύστημα Υγείας (Beveridge Model)	Δημόσια Φόροι ανάλογα με το εισόδημα	Δημόσιες Υπηρεσίες	Κρατική Ιεραρχία
Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (Bismarckian Model)	Ταμεία Υγείας Κοινωνικές εισφορές ανάλογα με το εισόδημα	Πλουραλισμός Φορέων	Διαπραγματεύσεις «οιονεί αγορά»
Σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας (Μοντέλο αγοράς)	Ασφαλιστικές Εταιρίες Ασφάλιστρα ανάλογα με το ρίσκο	Ιδιωτικές Μονάδες	Αγορά Ανταγωνισμός

2.1.1. Σύστημα Beverage

Το μοντέλο Beverage διέπεται από την αρχή της κοινωνικής πρόνοιας και εφαρμόστηκε σε χώρες με φιλελεύθερο πολιτικό σύστημα όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Ισπανία, η Σουηδία, η Ιταλία και η Πορτογαλία. Βασική ιδέα του μοντέλου αυτού είναι η καθολική και ισότιμη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, στη βάση της λογικής του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι ότι η χρηματοδότηση είναι κεντρική και ενιαία και παρέχεται κυρίως από τη φορολογία, ότι η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και ότι γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007:85). Παρόλα αυτά, δεν λείπει η οικονομική συνεισφορά των πολιτών στο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών, ούτε οι άμεσες δαπάνες υγείας (out-of-pocket expenditure). Τα πλεονεκτήματα του συστήματος είναι ότι επιτυγχάνει ισότιμη υγειονομική

²⁷ Πηγή: Μπουρσανίδης (2017:107).

κάλυψη, βελτιωμένη πρόληψη και δημόσια υγεία, ορθή επιστημονική πρακτική, δίκαιη κατανομή των πόρων και αποτελεσματική διαχείριση και έλεγχο των δαπανών (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001:89-90).

2.1.2. Σύστημα Bismark

Το μοντέλο Bismark εφαρμόστηκε κυρίως στη Γερμανία και στη Γαλλία και βασίζεται στην έννοια της κοινωνικής ασφάλισης. Η αρχή που διέπει το σύστημα είναι ότι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού γίνεται μέσω της δημιουργίας διάφορων ασφαλιστικών ταμείων, στα οποία συνεισφέρουν εργοδότες και εργαζόμενοι, επί τη βάση συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού επί τη βάση του καταμερισμού της εργασίας, η υποχρεωτική ασφάλιση, η διμερής χρηματοδότηση εργοδοτών και εργαζομένων με κριτήριο το ύψος του εισοδήματος και η κρατική παρέμβαση με σκοπό την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας του συστήματος. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο δημόσιο είτε σε ιδιώτες και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια μεικτού συστήματος (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001:87).

2.1.3. Φιλελεύθερο σύστημα

Το φιλελεύθερο σύστημα χαρακτηρίζεται από την ιδιωτική ασφάλιση και την εξαιρετικά περιορισμένη παρέμβαση του κράτους και εφαρμόζεται κυρίως στις ΗΠΑ. Οι υπηρεσίες υγείας είναι ακόμα ένα εμπόρευμα ανάμεσα σε όλα τα άλλα και οι τιμές τους διαμορφώνονται από την ελεύθερη προσφορά και ζήτηση. Παρέχονται από ιδιώτες παραγωγούς ενώ οι καταναλωτές πρέπει να διαθέτουν το σχετικό τίμημα για να έχουν πρόσβαση σε αυτές. Το ίδιο ισχύει και με την ασφάλιση η οποία παρέχεται επίσης από ιδιώτες σε τιμές που διαμορφώνει ο ελεύθερος ανταγωνισμός. Το κράτος μπορεί ενίοτε να προσφέρει υπηρεσίες υγείας σε πολύ μικρές ομάδες φτωχού πληθυσμού, τις οποίες επίσης αγοράζει από τους ιδιώτες. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι η προαιρετικότητα της ασφάλισης, ο μεγάλος πληθυσμός των ανασφαλιστών, οι μεγάλες υγειονομικές ανισότητες και η ασύμμετρη πληροφόρηση που προκαλεί προκλητή ζήτηση. Επίσης το γεγονός ότι η ζήτηση υπηρεσιών

διαμορφώνεται από τους χρήστες, ότι η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται σχεδόν αποκλειστικά από τις ιδιωτικές δαπάνες των πολιτών και ότι το κράτος διαμορφώνει μόνο το θεσμικό πλαίσιο ομαλής λειτουργίας της αγοράς. Επιπλέον, στις ΗΠΑ η παρέμβαση του κράτους συνίσταται στην χρηματοδότηση του προγράμματος Medicare, που αφορά την ακραία φτώχεια, και στη χρηματοδότηση του προγράμματος Medicaid, που αφορά την τρίτη ηλικία (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001:85). Μόλις πρόσφατα, το 2010, επιχειρήθηκε μια διεύρυνση των παροχών του συστήματος, μέσω του προγράμματος Patient Protection and Affordable Care Act, ή αλλιώς Obamacare. Το πρόγραμμα αυτό, μεταξύ άλλων, θεσπίζει την υποχρεωτικότητα της ασφάλισης υγείας, την επιδότηση του κόστους της από το κράτος και τη θέσπιση περιορισμών στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, αλλά το μέλλον του είναι μάλλον αβέβαιο μετά την πολιτική αλλαγή που έφεραν οι εκλογές του 2016.

2.2. Το ελληνικό σύστημα υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας δεν μπορεί να ενταχθεί απολύτως σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες της συγκεκριμένης τυπολογίας. Χαρακτηρίζεται ως μεικτό και έχει τυπικά στοιχεία τόσο του μοντέλου Beverige όσο και του μοντέλου Bismark, αλλά διαθέτει και κρυφά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου μοντέλου. Αν και βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, το σύστημα χρηματοδότησης τροφοδοτείται τόσο από τις ασφαλιστικές εισφορές όσο και από τη φορολογία, ενώ είναι αυξημένη και η ιδιωτική δαπάνη. Γενικά, η χρηματοδότηση του συστήματος είναι πολύπλοκη και ανορθολογική, καθότι έχει αδύνατη δομή και χαλαρή οργάνωση, και απουσιάζουν οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί (Σαρρής, 2001:161). Επίσης απουσιάζουν διαχρονικά και οι αποτελεσματικοί μηχανισμοί ελέγχου της οικονομικής διαχείρισης των μονάδων υγείας. Υπάρχει ισχυρή παρουσία του ιδιωτικού τομέα, τόσο στην παροχή όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ενώ η καθολική κάλυψη δεν έχει επιτευχθεί, ούτε καν η ισότιμη πρόσβαση, αν και αποτελούν διακηρυγμένους στόχους διαχρονικά. Η παρουσία του κράτους είναι έντονη, τόσο σε επίπεδο ρύθμισης όσο και σε επίπεδο χρηματοδότησης, αν και συνήθως αναποτελεσματική. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι επίσης πρακτικά

συνδεδεμένα με το κράτος, το οποίο διορίζει τις διοικήσεις τους και αφαιμάζει διαχρονικά τα αποθεματικά τους, οπότε φέρουν και αυτά τις παθογένειες του.

Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του συστήματος είναι αποτέλεσμα της ιστορικής εξέλιξης του ελληνικού κοινωνικού και πολιτικού σχηματισμού, με κύρια χαρακτηριστικά την υπανάπτυξη και την καθυστερημένη κοινωνική ενσωμάτωση. Η πολιτική υγείας αναπτύχθηκε ως αποσπασματική, καλύπτοντας κατά περίπτωση, συγκεκριμένα προβλήματα και όχι επί τη βάση της συνολικής κάλυψης των αναγκών του συνόλου του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Κατά το 19ο αιώνα επιχειρήθηκε αρχικά η μετατροπή των ταμείων αλληλοβοήθειας σε ασφαλιστικά ταμεία (Βενιέρης, 1997) ενώ το 1922 θεσμοθετήθηκε η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση στις αστικές περιοχές και το 1925 ιδρύθηκαν τα πρώτα αγροτικά ιατρεία, λόγω της ύπαρξης των προσφύγων από τη Μικρά Ασία. Το 1929, ήταν η πρώτη φορά που η χώρα υποχρεώθηκε να πάρει μέτρα για τη δημόσια υγεία, μετά από έκθεση ξένων εμπειρογνομόνων που την χαρακτήρισαν επικίνδυνη υγειονομικά χώρα, λόγω της επιδημίας δάγκειου πυρετού του 1928, οπότε και συγκροτήθηκαν τα πρώτα Κέντρα Υγείας (Λιάκος, 1993:327). Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης καθιερώθηκε το 1932, ενώ το ΙΚΑ ιδρύθηκε το 1934, τα αγροτικά ιατρεία θεσπίστηκαν το 1955, ο ΟΓΑ το 1961, ενώ η υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου (αγροτικό) για τους νέους ιατρούς το 1968. Η πρώτη δε συνολική και συστηματική προσπάθεια δημιουργίας ενός ενιαίου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που θα αφορά το σύνολο του πληθυσμού έγινε μεταπολιτευτικά, μόλις το 1983, με την ίδρυση του ΕΣΥ.

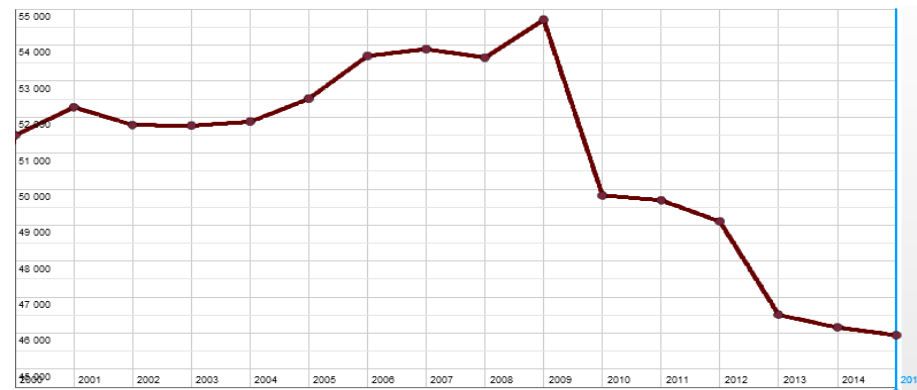
Το ελληνικό σύστημα υγείας σήμερα απαρτίζεται από τρία υποσυστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας τα οποία δεν έχουν άμεση σχέση μεταξύ τους ούτε διέπονται από τους ίδιους κανόνες οργάνωσης, λειτουργίας, χρηματοδότησης και ανάπτυξης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), δημόσιες υπηρεσίες εκτός ΕΣΥ ή με κάποια χαλαρότερη σχέση με αυτό καθώς και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007:111). Το ΕΣΥ επιδιώκεται να είναι αποκεντρωμένο, μέσω Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠε). Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας και τους ιδιώτες γιατρούς, η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, οι αμοιβές των νοσοκομειακών γιατρών είναι με μισθό ενώ των ιδιωτών γιατρών ανά υπηρεσία, το κόστος των νοσοκομείων καλύπτεται από τη φορολογία, τόσο η μισθοδοσία όσο και

τα τυχόν ελλείμματά τους, αλλά και από τους ασφαλιστικούς φορείς καθώς και από τις πληρωμές των ιδιωτών. Πριν την οικονομική κρίση, το 2008, λειτουργούσαν 146 δημόσια νοσοκομεία (Πίνακας 8), 250 κέντρα υγείας, 1400 περιφερειακά ιατρεία, 200 πολυιατρεία του ΙΚΑ και άλλων φορέων και 300 ιατρεία (δημοτικά, ΙΚΑ ή άλλων ασφαλιστικών φορέων). Στις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα λειτουργούσαν 170 νοσοκομεία, συνήθως μικρού μεγέθους, 350 διαγνωστικά κέντρα, 20000 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια, 9000 οδοντιατρεία και 8000 φαρμακεία. Οι συνολικές νοσοκομειακές κλίνες ήταν 53652 (Γράφημα 15), 38624 του δημοσίου τομέα και 15028 του ιδιωτικού τομέα. Το σύστημα ήταν πολυδαίδαλο και κατακερματισμένο, χωρίς συνέχεια μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης.

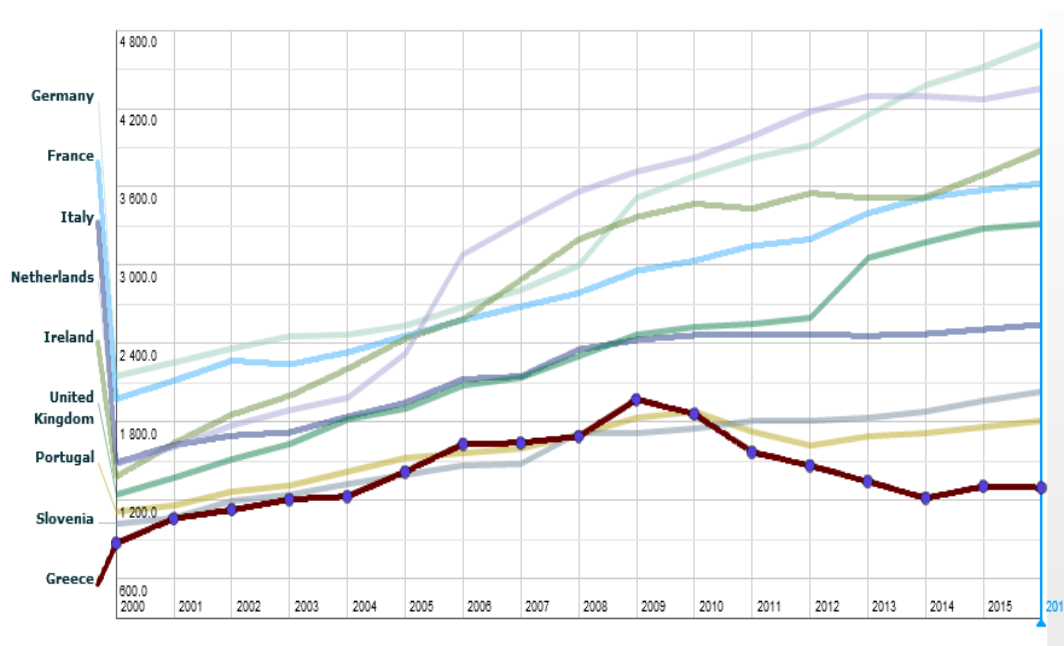
Παρά τον υποτιθέμενο ισχυρό κρατικό χαρακτήρα του, το δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας, ήταν, ήδη πριν από την κρίση, φειδωλό ως προς τις κρατικές παροχές και στρεβλό ως προς τα χαρακτηριστικά του. Οι κρατικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ήταν αρκετά χαμηλότερες από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, και περίπου όσο στην Σλοβενία και την Πορτογαλία (Γράφημα 15), ενώ οι κρατικές δαπάνες για φάρμακα ήταν οι υψηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Γράφημα 16), την ίδια στιγμή που το ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας (out-of-pocket expenditure), ως ποσοστό της συνολικής κατανάλωσης των νοικοκυριών, ήταν το δεύτερο μεγαλύτερο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Γράφημα 17). Το υψηλότερο ποσοστό δε από αυτές τις δαπάνες αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην οδοντιατρική κάλυψη και στις μη τυπικές πληρωμές (φακελάκια). Παράλληλα, η απασχόληση στους τομείς υγείας και πρόνοιας, ως ποσοστό της συνολικής απασχόλησης, ήταν από τις χαμηλότερες του ΟΟΣΑ, κάτω από την Ουγγαρία, την Πορτογαλία και την Πολωνία (Γράφημα 18), αλλά την ίδια στιγμή, η Ελλάδα ήταν η πρώτη από τις χώρες του ΟΟΣΑ σε ιατρούς ανά κάτοικο (Γράφημα 19) ενώ από τις τελευταίες σε νοσηλευτές ανά κάτοικο (Γράφημα 20). Έτσι αναδεικνύεται, εκτός από το στρεβλό χαρακτήρα του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος, και ο ισχυρός ταξικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας. Η χώρα, το 2007, ήταν ήδη δεύτερη μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών σε ακάλυπτες ανάγκες ιατρικών εξετάσεων, λόγω αδυναμίας κάλυψης του οικονομικού κόστους, στην κατηγορία των πολιτών με χαμηλά εισοδήματα (Γράφημα 21). Γενικότερα, η ελληνική πραγματικότητα είχε ήδη πριν την κρίση ισχυρά ταξικά χαρακτηριστικά, συγκρινόμενη ακόμα και με ευρωπαϊκές χώρες με ισχυρή καπιταλιστική παράδοση (Πίνακας 9).

Πίνακας 8: Νοσοκομεία στην Ελλάδα 2000-2015²⁸

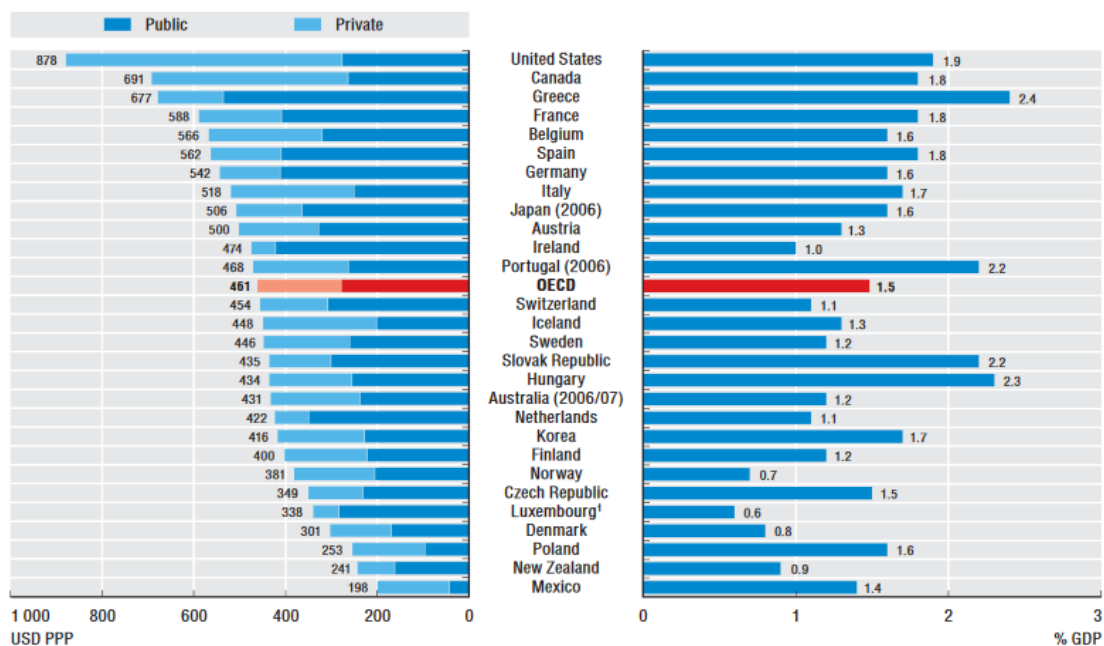
Έτος		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Νοσοκομεία (Σύνολο)																		
		Αριθμός	337	336	326	327	319	317	317	313	316	313	310	314	302	290	283	283
		Ανά εκατ. πληθυσμού	31,19	30,93	29,9	29,92	29,12	28,85	28,76	28,33	28,53	28,18	27,87	28,28	27,34	26,45	25,98	26,15
Νοσοκομεία	Δημόσια Νοσοκομεία	Αριθμός	140	139	141	142	141	141	141	140	140	142	141	141	133	125	124	124
		Ανά εκατ. πληθυσμού	12,96	12,8	12,93	12,99	12,87	12,83	12,79	12,67	12,64	12,78	12,68	12,7	12,04	11,4	11,38	11,46
	Ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά	Αριθμός	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	5	5	4	4	4
		Ανά εκατ. πληθυσμού	0,46	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55	0,54	0,54	0,54	0,45	0,54	0,45	0,45	0,36	0,37	0,37
	Ιδιωτικά κερδοσκοπικά	Αριθμός	192	191	179	179	172	170	170	167	170	166	163	168	164	161	155	155
		Ανά εκατ. πληθυσμού	17,77	17,58	16,42	16,38	15,7	15,47	15,43	15,12	15,35	14,95	14,66	15,13	14,85	14,68	14,23	14,32

Γράφημα 14: Νοσοκομειακές κλίνες στην Ελλάδα 2000-2015²⁹²⁸ Πηγή: ΟΟΣΑ²⁹ Πηγή: ΟΟΣΑ

Γράφημα 15 : Κρατικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο 2000-2015 (σημερινές τιμές)³⁰



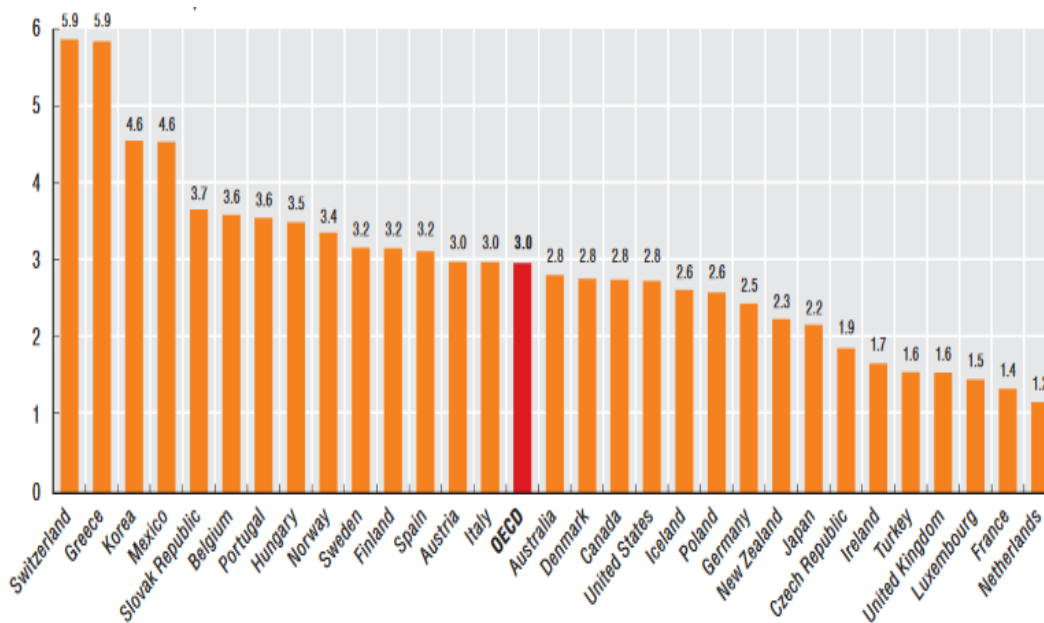
Γράφημα 16: Φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο (αριστερά) και ως ποσοστό του ΑΕΠ (δεξιά) (2007)³¹



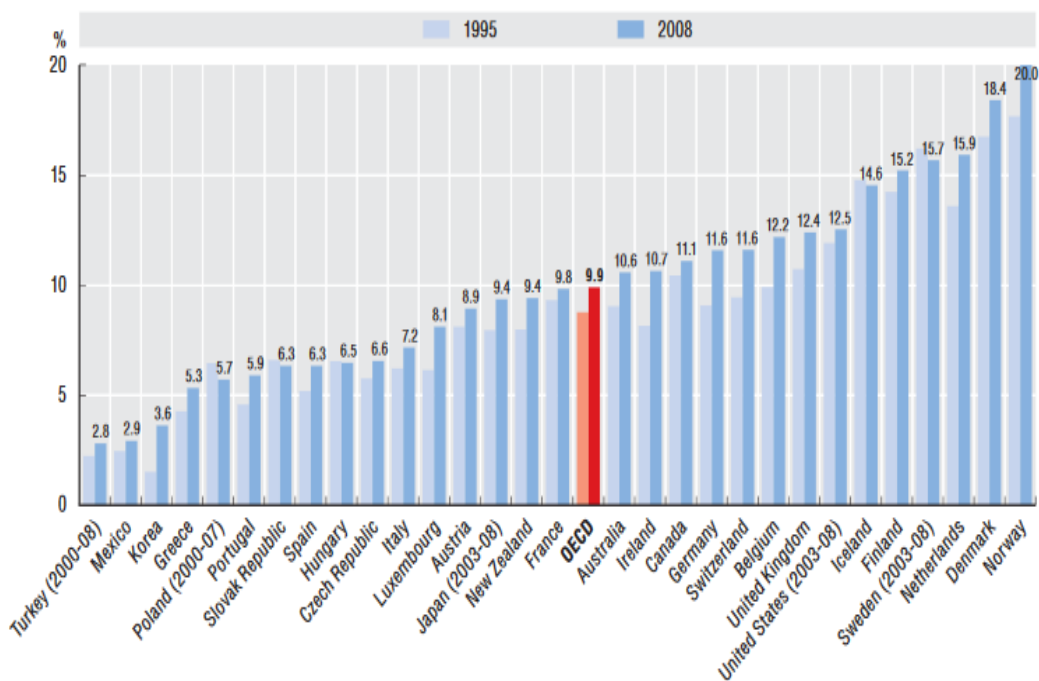
³⁰ Πηγή: ΟΟΣΑ

³¹ Πηγή: ΟΟΣΑ

Γράφημα 17: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας (out-of-pocket) ως ποσοστό των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών (2007) ³²



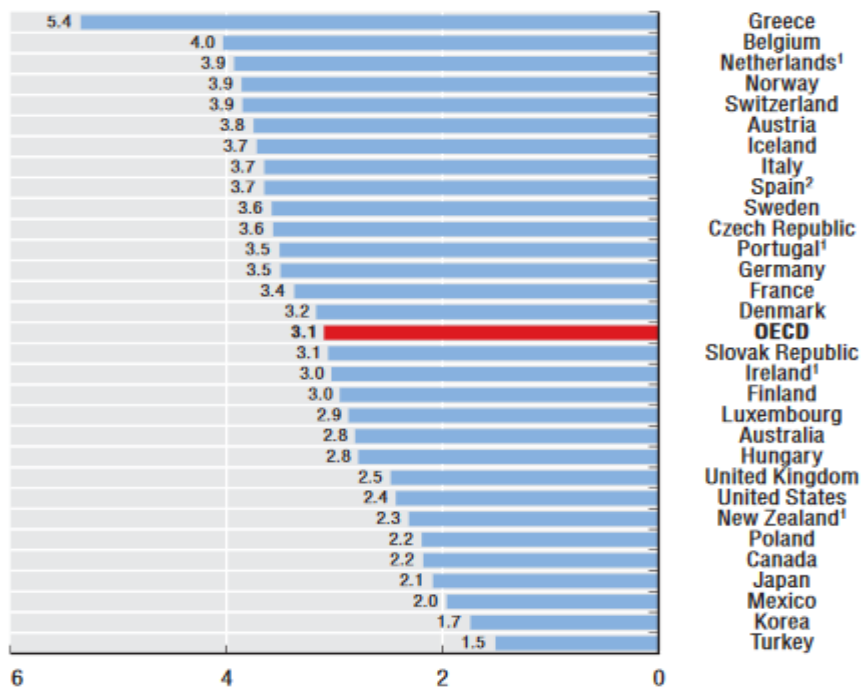
Γράφημα 18: Η αποσχόληση στους τομείς υγείας και πρόνοιας ως ποσοστό της συνολικής απασχόλησης (2008) ³³



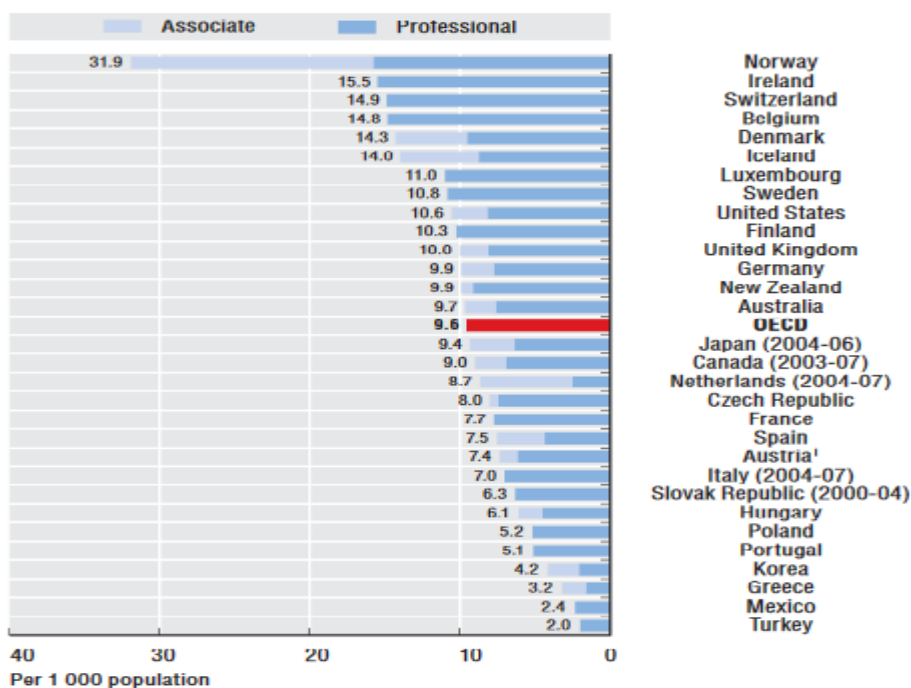
³² Πηγή: ΟΟΣΑ

³³ Πηγή: ΟΟΣΑ

Γράφημα 19: Επαγγελματίες γιατροί ανά 1000 κατοίκους (2007) ³⁴



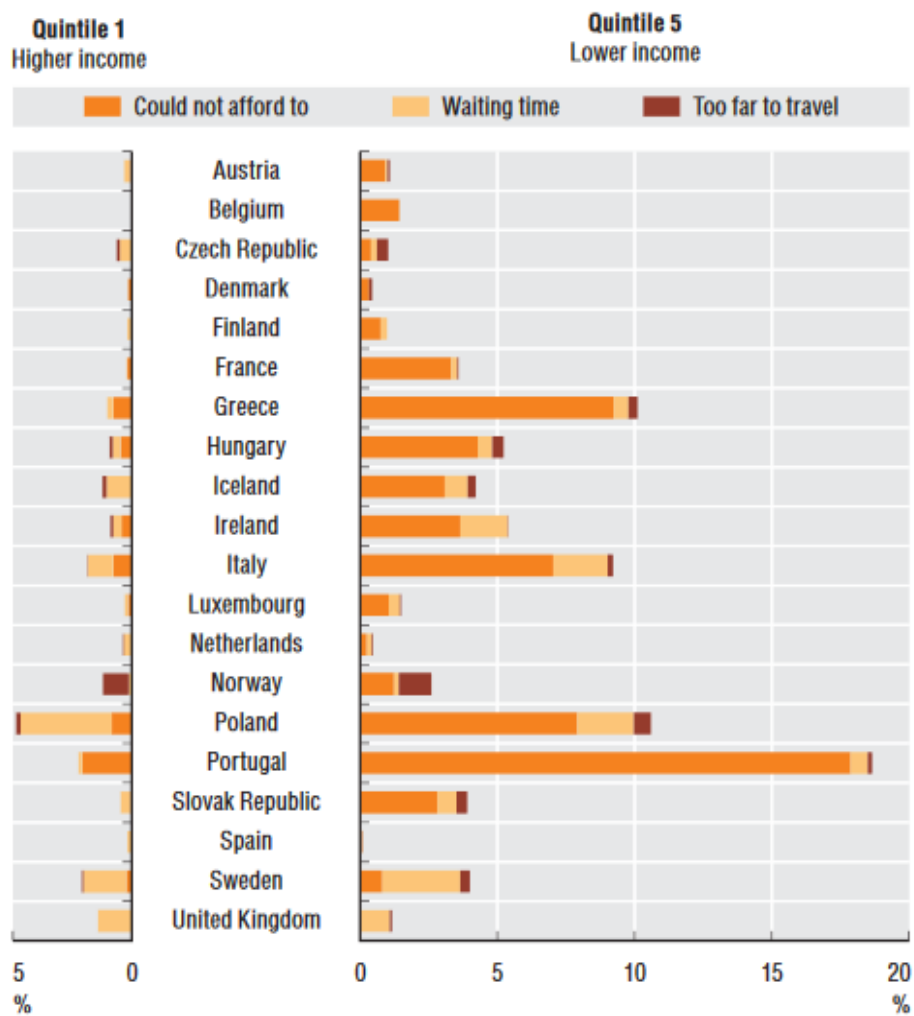
Γράφημα 20: Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους (2007) ³⁵



³⁴ Πηγή: ΟΟΣΑ

³⁵ Πηγή: ΟΟΣΑ

Γράφημα 21: Ακάλυπτες ανάγκες ιατρικών εξετάσεων ανά εισοδηματική κατηγορία στις ευρωπαϊκές χώρες (2007) ³⁶



³⁶ Πηγή: EU-SILK

Πίνακας 9: Σύγκριση δεικτών φτώχειας, ανισοτήτων και δημόσιων πολιτικών (2008) ^{37 38}

	Ποσοστό κινδύνου φτώχειας - Σύνολο πληθυσμού (EU - SILC 2006)	Ανισότητα στην διανομή του εισοδήματος: Δείκτης S80/S20 (EU-SILC 2006)	Ανισότητα στην διανομή του εισοδήματος : Δείκτης Gini (EU-SILC 2006)	Κοινωνικές Δαπάνες ως % του ΑΕΠ - 2005	Συνολική φορολογική επιβάρυνση ως % του ΑΕΠ (με κοινωνικές εισφορές) Μέσος όρος 1995 - 2004	Έμμεση φορολογία ως % της συνολικής φορολογίας Μέσος όρος 1995 - 2004	Συνολική φορολογική επιβάρυνση ως % του ΑΕΠ (με κοινωνικές εισφορές) 2006
Ολλανδία	10	3,8	26	28,2	39,7	31,9	40,4
Δανία	12	3,4	24	30,1	48,8	36	50
Σουηδία	12	3,5	24	32	51,4	33,3	49,7
Γερμανία	13	4,1	27	29,4	40,3	30,1	40,6
Γαλλία	13	4	27	31,5	43,7	36,5	46,1
Αυστρία	13	3,7	25	28,8	43,2	35,1	43,4
Φιλανδία	13	3,6	26	26,7	45,9	31,1	43,6
Λουξεμβούργο	14	4,2	28	21,9	41,1	33,6	36,4
Βέλγιο	15	4,2	28	29,7	45	29,9	46,8
ΕΕ-15	16	4,7	29	27,8	40,2	35,5	41,8
Ιρλανδία	18	4,9	32	18,2	31,1	43,4	34
Πορτογαλία	18	6,8	38	24,7	33,7	42,3	37
Ην. Βασίλειο	19	5,4	32	26,8	36,1	38,5	39
Ισπανία	20	5,3	31	20,8	33,5	34,3	37,3
Ιταλία	20	5,5	32	26,4	41,7	33,9	42,6
Ελλάδα	21	6,1	34	24,2	35,7	41,9	33,5

³⁷ Πηγή: INE ΓΣΕΕ 2008³⁸ Δείκτης S80/S20: Σχέση ανάμεσα στο εισόδημα που λαμβάνει το πλουσιότερο 20% και το φτωχότερο 20% του πληθυσμού. Δείκτης Gini: Εκφράζει τη συνολική κατανομή του εισοδήματος σε εύρος από 1 (απόλυτη ισότητα) έως 100 (απόλυτη ανισότητα).

	Ποσοστό κινδύνου φτώχειας - Σύνολο πληθυσμού (EU - SILC 2006)	Δημόσιες Δαπάνες για την Παιδεία ως % του ΑΕΠ - 2005	Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 25-64 ετών σε διαβίου μάθηση	Δημόσιες Δαπάνες για Υγεία ως % του ΑΕΠ - 2005	Δημόσιες δαπάνες επιδόματα ανεργίας & πρόωγη συνταξιοδότηση ως % του ΑΕΠ	Ελάχιστο εισόδημα (για 1 άτομο σε €/μήνα) 2007	Ελάχιστο εισόδημα (για 1 άτομο) σε Μονάδες αγοραστικής Δύναμης
Ολλανδία	10	5,19	15,9	8,1	2	588	557,8
Δανία	12	8,28	27,4	6,1	2,6	1201	881,7
Σουηδία	12	6,97	33,4	7,5	1,17	385	322,4
Γερμανία	13	4,53	7,5	7,8	2,3	345	326,3
Γαλλία	13	5,65	7,1	8,8	1,6	441	411,6
Αυστρία	13	5,44	12,9	7,1	1,5	481	466,6
Φιλανδία	13	6,31	23,1	6,7	1,9	381	327,8
Λουξεμβούργο	14	3,81	8,2	5,5	0,65	1185	1081,2
Βέλγιο	15	5,95	8,3	7,7	1,9	645	620,8
ΕΕ-15	16	5,06	11,3	7,7	1,4		
Ιρλανδία	18	4,77	7,4	6,9	0,8	805	657,1
Πορτογαλία	18	5,4	4,1	7	1,2	117	210,9
Ην. Βασίλειο	19	5,45	27,5	8,1	0,18	742	657,2
Ισπανία	20	4,23	4,7	6,4	1,4	Υπάρχει σε επίπεδο	Περιφερειών
Ιταλία	20	4,43	5,8	6,8	0,8	Υπάρχει σε επίπεδο	Τοπικό
Ελλάδα	21	3,98	1,9	6,5	0,4	Δεν υφίσταται	

3. Πολιτικές υγείας και δαπάνες κατά τη διάρκεια της κρίσης

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, εφαρμόστηκαν μέτρα, υπό την επίβλεψη και καθοδήγηση του ΔΝΤ, της ΕΕ και της ΕΚΤ, που είχαν ως κύριο αποτέλεσμα τη μείωση των ανθρώπινων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων από το σύστημα υγείας της χώρας. Τούτο σημαίνει, ότι η διασφάλιση της ποσοτικής επάρκειας και της ποιοτικής στάθμης των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας που παρέχονταν στον πληθυσμό πριν από την κρίση δεν ήταν πια εφικτή, παρά τις όποιες αλλαγές στη σύνθεση των συντελεστών ή στον τρόπο παραγωγής τους. Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν δεν ήταν ικανές να αντισταθμίσουν την ευρεία μείωση των κρατικών πόρων σε όλα τα επίπεδα, ούτε να διατηρήσουν ένα ικανό επίπεδο υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού. Επιπλέον, τόσο οι επεμβάσεις στην υγεία όσο και η οικονομική κρίση εν γένει, επηρέασαν αρνητικά κυρίως τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα, με αποτέλεσμα τα ταξικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας να ενισχυθούν περαιτέρω.

Άμεσος στόχος που επεβλήθη με το πρώτο μνημόνιο ήταν να περιοριστούν οι δαπάνες υγείας στο 6% του ΑΕΠ και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στο 1% του ΑΕΠ, μέχρι το 2013. Για την υλοποίηση αυτού του στόχου επελέγησαν προς αναδιοργάνωση δύο κύριοι τομείς του συστήματος, το Ε.Σ.Υ. και οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) (IOBE, 2011:4). Οι παρεμβάσεις στο Ε.Σ.Υ. αφορούσαν κυρίως στον περιορισμό του μισθολογικού κόστους και στη μείωση της δημόσιας νοσοκομειακής και φαρμακευτικής δαπάνης, ενώ οι παρεμβάσεις στους ΦΚΑ αφορούσαν στην εξοικονόμηση πόρων μέσω της ενοποίησης των φορέων, της ενιαίας οργάνωσης υπηρεσιών υγείας και του κεντρικού ελέγχου των δαπανών. Η ενοποίηση δε των φορέων αφορούσε τόσο στον τομέα των συνταξιοδοτικών παροχών όσο και στον τομέα των παροχών υγείας, οι οποίοι θα διαχωριζόταν λειτουργικά και χρηματοδοτικά μεταξύ τους.

Ο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος προέκυψε μετά τη συνένωση των κλάδων υγείας των δέκα μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων, που αντιστοιχούν σε ποσοστό άνω του 90% του πληθυσμού, διαπραγματεύεται και καθορίζει τις τιμές των φαρμάκων, υλικών και υπηρεσιών υγείας που αγοράζει, εφαρμόζει τις πολιτικές υγείας για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οργανώνει τις παροχές υγείας σε εθνικό επίπεδο και καθορίζει τα ποσά και ποσοστά αποζημίωσης των υπηρεσιών και των δαπανών

υγείας. Ριζική μεταβολή φιλοσοφίας και σκοπού επήλθε όταν, μετά από μια αρχική περίοδο που ο ΕΟΠΥΥ ήταν και αγοραστής και πάροχος υπηρεσιών υγείας, μετατράπηκε, μετά από απαίτηση των δανειστών, σε κεντρικό αγοραστή υλικών και υπηρεσιών υγείας, τις οποίες στη συνέχεια προσφέρει στους ασφαλισμένους των ταμείων. Τούτο αποτελεί μια σημαντική στροφή στο χαρακτήρα του συστήματος υγείας, αφού σηματοδοτεί μια προσπάθεια ιδιωτικοποίησης του συστήματος και αλλοίωσης του δημόσιου χαρακτήρα του (Niakas, 2013), απεμπολώντας ένα μεγάλο μέρος των παροχών υγείας, τις οποίες παραχωρεί σε ιδιώτες. Η αλλαγή αυτή διαθέτει επιπλέον και μία ιδεολογική «απόχρωση» περί δημιουργίας συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Χλέτσος, 2015).

3.1. Ανθρώπινο δυναμικό

Βασικός παράγοντας στην επιχειρούμενη μείωση του κόστους λειτουργίας του υγειονομικού τομέα είναι το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς απορροφά το 70-75% των συνολικών δαπανών υγείας, αλλά και λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του, που σχετίζεται άμεσα με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών παροχής υγειονομικής φροντίδας (Κτενά, 2012:41). Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν και αφορούσαν τη μείωση του μισθολογικού κόστους ήταν αφενός το «πάγωμα» των προσλήψεων και αφετέρου ο επανακαθορισμός των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών. Αναπροσαρμόστηκαν οι αποδοχές του ιατρικού προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και περιορίστηκε το κόστος των εφημεριών των γιατρών και των υπερωριών του λοιπού προσωπικού. Επιπλέον, μέσω της θέσπισης του ενιαίου μισθολογίου, μειώθηκαν δραστικά οι μισθοί του νοσηλευτικού, βοηθητικού και λοιπού προσωπικού και περιορίστηκαν δραστικά τα όποια επιδόματα ελάμβαναν.

Περαιτέρω, μέσω της θέσπισης κανόνων για την περιορισμένη αναπλήρωση του συνταξιοδοτηθέντος προσωπικού, μέσω ποσόστωσης μίας πρόσληψης προς δέκα αποχωρήσεις, κατά το 2011, ή και μίας πρόσληψης προς πέντε αποχωρήσεις, το 2012-2015, προέκυψε σημαντική μείωση προσωπικού, σε βάθος χρόνου, οπότε και συνακόλουθη μείωση κόστους. Είναι χαρακτηριστική η μείωση της δαπάνης μισθοδοσίας κατά 16.53% στη διετία 2009-2011 καθώς και η περαιτέρω μείωσή της κατά 5.08% το 2012 (Πίνακας 10). Η μείωση αυτή του προσωπικού, από τη μία

συνέβαλε στη μείωση του κόστους νοσηλείας ανά ασθενή, από την άλλη όμως δημιούργησε πολλά προβλήματα στην ποιότητα και την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας..

Πίνακας 10 : Κόστος μισθοδοσίας νοσοκομείων 2009-2011 ³⁹

ΥΠε	Κόστος Μισθοδοσίας 2009	Κόστος Μισθοδοσίας 2010	Κόστος Μισθοδοσίας 2011	Κόστος Μισθοδοσίας 2012	% Απόκλιση 2010-2011	% Απόκλιση 2009-2011	% Απόκλιση 2011-2012
1η	891.770.163	778.648.964	709.518.336		-8,88%	-20,44%	
2η	528.937.201	484.099.012	454.130.533		-6,19%	-14,14%	
3η	332.344.278	334.741.737	318.579.993		-4,83%	-4,14%	
4η	462.946.216	436.585.320	399.774.870		-8,43%	-13,65%	
5η	324.844.052	275.040.573	259.931.707		-5,49%	-19,98%	
6η	605.349.525	514.275.822	485.780.976		-5,54%	-19,75%	
7η	232.961.002	211.808.621	192.950.628		-8,90%	-17,17%	
ΣΥΝΟΛΟ	3.379.152.437	3.035.200.047	2.820.667.044	2.677.397.500	-7,07%	-16,53%	-5,08%

3.2.Αναδιοργάνωση δημόσιων υγειονομικών μονάδων

Μια σημαντική πολιτική παρέμβαση που επιχειρήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης ήταν και η διοικητική αναδιάρθρωση του υγειονομικού τομέα. Η εφαρμογή του σχεδίου «Καλλικράτης», που προέβλεπε συνενώσεις και μεταφορές αρμοδιοτήτων στο χώρο της τοπικής αυτοδιοίκησης, έδωσε τη δυνατότητα διοικητικών αλλαγών και στο χώρο της υγείας, με στόχο την επιτελική αποκέντρωση και την ενίσχυση της περιφερειακής διοίκησης, μέσω της συγχώνευσης υγειονομικών μονάδων, της αλλαγής του τρόπου χρηματοδότησης των νοσοκομείων και της ενίσχυσης της αυτοδυναμίας των Κέντρων Υγείας. Αρχικά μειώθηκαν οι ΥΠε σε επτά, και μεταβιβάστηκαν σε αυτές όλες οι αρμοδιότητες, από τις αρχές του 2013. Η

³⁹ Πηγή: Υπουργείο Υγείας

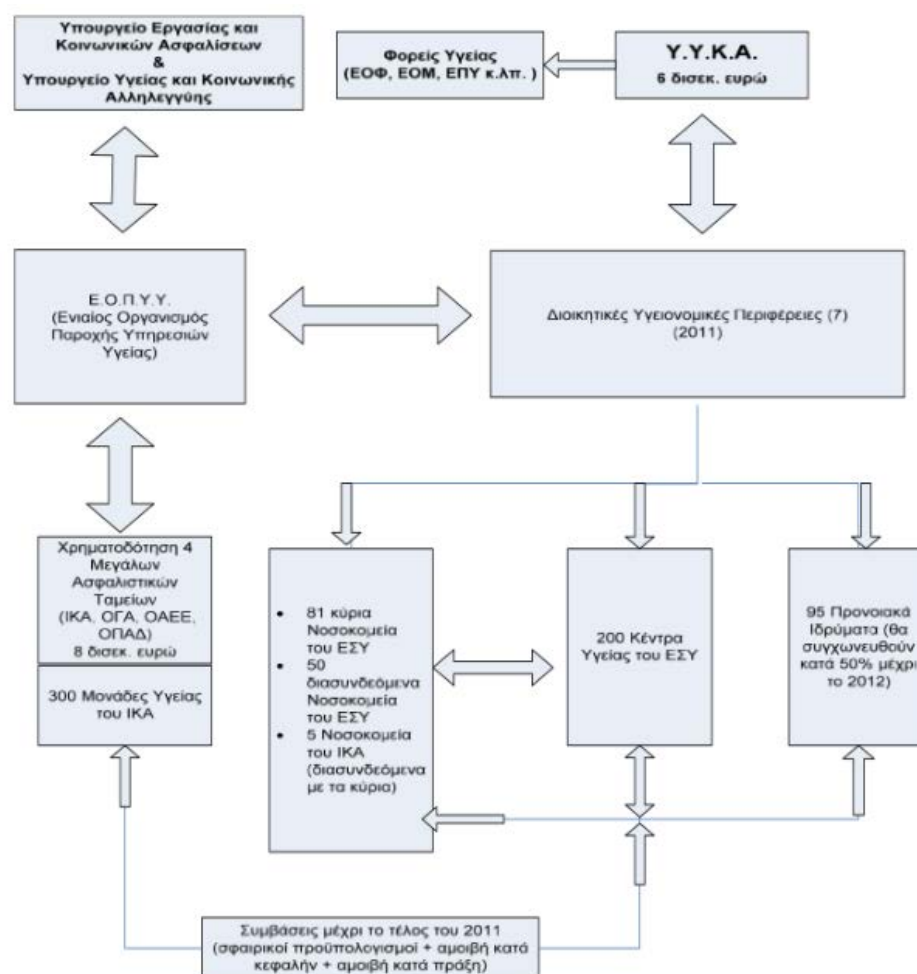
αλλαγή αυτή είχε ως σκοπό την κατάργηση αρκετών οργανικών θέσεων, την ενίσχυση με προσωπικό άλλων Μονάδων Υγείας και την εξάλειψη λειτουργικών εξόδων, οπότε και τη συνολική εξοικονόμηση πόρων.

Ταυτόχρονα, έγινε και αναδιοργάνωση του Ε.Σ.Υ., μέσω συγχωνεύσεων και καταργήσεων μονάδων του, με διακηρυγμένο στόχο τη διαμόρφωση νέας αρχιτεκτονικής για τη βέλτιστη κατανομή των εισροών, τη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων του συστήματος και την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων. Στην πράξη όμως, το κύριο αποτέλεσμα της παρέμβασης αυτής ήταν η δραστική μείωση των κλινών κατά 20 %, των οργανικών θέσεων προσωπικού κατά 13% και των ιατρικών τμημάτων και μονάδων κατά 14% (Πίνακας 11), πράγμα που οδήγησε σε σχετική εξοικονόμηση πόρων αλλά μείωσε την επάρκεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Έτσι, προέκυψαν 81 κύρια νοσοκομεία, 50 διασυνδεδεμένα, 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ και 2 ειδικής φύσης (Γ. Ν. Παπαγεωργίου και Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο), τα οποία διέθεταν συνολικά 32.840 κλίνες έναντι των 40.133 πριν από τη μεταρρύθμιση και τα οποία απαιτούσαν προσωπικό 96.485 ατόμων έναντι 111.152 ατόμων πριν τη μεταρρύθμιση⁴⁰. Με το νέο οργανωτικό σχεδιασμό του Ε.Σ.Υ. (Γράφημα 22) επιδιώχθηκε η καλύτερη οργάνωση και εξορθολογισμός των ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών υπηρεσιών του, καθώς θεσμοθετήθηκαν στα 83 κύρια νοσοκομεία ενιαία διοίκηση, ενιαίος προϋπολογισμός, ενιαία πρόγραμμα προμηθειών, ενιαίες τεχνικές και πληροφοριακές υπηρεσίες, καθώς και ενιαίος συντονισμός ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Η ομοιογένεια αυτή όμως παραμένει ακόμα και σήμερα το ζητούμενο, καθώς η όλη μεταρρύθμιση δεν σχεδιάστηκε επί τη βάση του οργανωτικού εξορθολογισμού αλλά υπό την επιδίωξη άμεσης μείωσης του λειτουργικού κόστους.

⁴⁰ Ο συγκεκριμένος αριθμός προβλεπόμενων οργανικών θέσεων δεν συνεπάγεται και την ύπαρξη του συγκεκριμένου προσωπικού στα νοσοκομεία, καθώς η συνήθης κατάσταση ήταν και είναι αυτή της μη κάλυψης όλων των αναγκών.

Πίνακας 11 : Κατάσταση νοσοκομείων του ΕΣΥ πριν και μετά την αναδιοργάνωση ⁴¹

ΥΠε	1η	2η	3η	4η	5η	6η	7η	Σύνολο
Κλίνες (παλιές)	11.850	6922	3.240	5.868	3.463	6.245	2.545	40.133
Κλίνες (νέες)	9.850	4.605	2.640	4.910	3.000	5.640	2.195	32.840
Συνολική μείωση εκ των υφισταμένων Ιατρικών Τμημάτων & Μονάδων	90	157	135	160	34	37	48	661
Οργανικές Θέσεις εργασίας (πριν)	33.753	16.432	8.486	15.777	11.894	17.495	7.315	111.152
Οργανικές Θέσεις εργασίας (μετά)	29.082	13.712	7.551	14.420	8.635	16.531	6.554	96.485
Συνολική μείωση των οργανικών θέσεων εργασίας	4.671	2.720	935	1.357	3.259	964	761	14.667

Γράφημα 22: Η νέα οργανωτική δομή του ΕΣΥ (από το 2011) ⁴²⁴¹ Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων⁴² Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

3.3.Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

Στα πλαίσια ελέγχου του κόστους και αύξησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων, εισήχθη η έννοια των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN) και κατέστη υποχρεωτική η αποζημίωση των νοσοκομείων με βάση αυτά από το 2012. Πρόκειται για μία μέθοδο αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σταθερή και προσυμφωνημένη, επί τη βάση τυποποιημένης διάγνωσης και διάρκειας νοσηλείας. Οι ασφαλιστικοί φορείς, το δημόσιο ή οι ιδιώτες που αποζημιώνουν τα νοσοκομεία για τις υπηρεσίες που προσφέρουν, πληρώνουν το ποσό που αφορά στις ημέρες νοσηλείας, οι οποίες είναι συγκεκριμένες και προκύπτουν από την τυποποιημένη διάγνωση, επί το ύψος του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου, το οποίο είναι σταθερό και προσυμφωνημένο. Έτσι, διαμορφώθηκε ένας κατάλογος KEN με μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) και κόστος, αντιστοιχιζόμενα σε κατάλογο τυποποιημένων διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων, με βάση τη διεθνή κατηγοριοποίηση ασθενειών ICD10. Σε αυτό τον υπολογισμό του κόστους δεν περιλαμβάνεται το κόστος των φαρμάκων, το οποίο καταβάλλεται από τα ταμεία εξολοκλήρου καθώς και το κόστος των βασικών αποδοχών του προσωπικού των νοσοκομείων, το οποίο καταβάλλεται απευθείας από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και δεν εμφανίζεται στους αντίστοιχους ισολογισμούς.

Όμως, επειδή η μεταρρύθμιση αυτή, όπως και οι υπόλοιπες, μάλλον δεν έγινε με κριτήριο τον εξορθολογισμό και τη συστηματοποίηση της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, αλλά τη μείωση του κόστους εντός ασφυκτικών χρονικών περιορισμών, παρουσίασε πολλά προβλήματα τα οποία φέρει μέχρι και σήμερα. Αφενός, η λίστα νοσημάτων ICD10 εισήχθη εσπευσμένα και τέθηκε σε ισχύ χωρίς να προσαρμοστεί επαρκώς στην ελληνικά ιατρικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, με αποτέλεσμα να υπάρχει πρόβλημα ουσιαστικών αντιστοιχήσεων μεταξύ πραγματικής διάγνωσης και προβλεπόμενης, και αφετέρου οι τυποποιημένοι χρόνοι νοσηλείας ανά διάγνωση καθορίστηκαν υπό το πρίσμα της εξοικονόμησης πόρων, με αποτέλεσμα να είναι αναντίστοιχοι με τους πραγματικούς. Επιπλέον, δεν ελήφθη σοβαρή μέριμνα για τους χρονίως πάσχοντες ή για τις περιπτώσεις πολλαπλών νοσημάτων, με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται δυσανάλογα τα νοσοκομεία από αυτές τις περιπτώσεις.

Γενικότερα, τα ΚΕΝ είναι ένα μέσο κοστολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών και θεραπευτικών πράξεων που μπορεί να αποφέρει σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση του κόστους, όταν ένας από τους δύο βασικούς εμπλεκόμενους στη διαδικασία της αποζημίωσης, νοσοκομείο ή ασφαλιστικός φορέας, είναι ιδιώτης, γιατί μπορεί να επιβάλει τυποποιημένες χρεώσεις που κανείς από τους δύο δεν μπορεί να υπερβεί προκειμένου να κερδοσκοπήσει. Όμως, στην περίπτωση της Ελλάδας, που και οι δύο πλευρές είναι, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, δημόσιου χαρακτήρα, μοιραία θα επιφέρει απώλειες σε έναν από τους δύο, ειδικά όταν αυτά δεν είναι καθορισμένα ορθολογικά και με ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση. Ενίοτε δε, μπορεί να λειτουργήσει προς την κατεύθυνση της "δημιουργικής" λογιστικής, εμφανίζοντας πλασματικά αποτελέσματα χρήσης στη μία ή την άλλη πλευρά, ανάλογα με τις εκάστοτε πολιτικές επιδιώξεις. Μπορούν κάλλιστα να αυξάνονται ή να μειώνονται τεχνητά τα έξοδα των ασφαλιστικών ταμείων ή αντίστοιχα να μειώνονται ή να αυξάνονται τεχνητά τα έσοδα των νοσοκομείων. Εκτιμούμε ότι όσο η ασφάλιση στην Ελλάδα παραμένει κοινωνική, και δεν είναι επαγγελματική ή ιδιωτική, δεν επιτυγχάνεται γενικότερη εξοικονόμηση, αφού το κόστος της νοσηλείας εμμέσως καταβάλλεται από το κράτος, ως επιχορήγηση προς τα ασφαλιστικά ταμεία. Τούτο βέβαια καθιστά την χρήση των ΚΕΝ ανησυχητική για το μέλλον, αφού προβλέπεται να ενισχυθεί η επαγγελματική και ιδιωτική ασφάλιση, ως αποτέλεσμα των πολιτικών που επιβάλλονται από τους πιστωτές της χώρας, οπότε και θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι αυτά δεν θα λειτουργούν εις βάρος του κράτους.

3.4.Μηχανοργάνωση νοσοκομείων

Η ανυπαρξία ενιαίου μακροχρόνιου σχεδιασμού και στοχευμένων και ουσιωδών προγραμμάτων δημοσίων επενδύσεων πριν από την κρίση, άφησε τον υγειονομικό τομέα πολύ πίσω στον τομέα της ηλεκτρονικής ομογενοποίησης και διασύνδεσης, αν και υπήρξε βελτίωση σε επίπεδο υποδομών και εξοπλισμού κατά τα τελευταία χρόνια. Έτσι, είχε διαμορφωθεί μία κατάσταση η οποία αποτελούσε τροχοπέδη για την ανάπτυξη του χώρου αλλά και για την εφαρμογή των όποιων προγραμμάτων επιδιώχθηκε να εφαρμοστούν κατά τη διάρκεια της κρίσης για την εξυγίανσή του. Τα νοσοκομεία δεν διέθεταν ολοκληρωμένα πληροφοριακά

συστήματα ή διέθεταν συστήματα τα οποία δεν μπορούσαν να είναι χρήσιμα στα πλαίσια ενός κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού. Έτσι, δεν ήταν εφικτή ούτε η συγκέντρωση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων, ούτε και ο έλεγχος σε διοικητικό και οικονομικό επίπεδο.

Η πρώτη παρέμβαση που έγινε ήταν αυτή της δημιουργίας μίας διαδικτυακής εφαρμογής, του esy.net, συγκέντρωσης λειτουργικών και οικονομικών στοιχείων από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Στόχος ήταν, μέσα από αυτή τη διασύνδεση, να καταστεί δυνατή η καταγραφή σε εθνικό επίπεδο των οικονομικών στοιχείων των φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, να δημιουργηθεί ο ηλεκτρονικός υγειονομικός χάρτης της χώρας και να υποστηριχθεί ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς. Το σχέδιο αυτό, αν και αναγκαίο, απεδείχθη μεγαλεπήβολο για τις δυνατότητες της χώρας σε περίοδο κρίσης, αφού κάποιοι στόχοι του, όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, παραμένει ακόμα και σήμερα ζητούμενο, καθότι ανολοκλήρωτος. Επιπλέον, δεν αποτελεί ηλεκτρονική διασύνδεση η είσοδος από τους υπαλλήλους σε ηλεκτρονική διαδικτυακή εφαρμογή και η χειροκίνητη καταχώρηση ζητούμενων στοιχείων αλλά η επί της ουσίας ομογενοποίηση των συστημάτων και των πληροφοριών έτσι που να γίνεται αυτόματα η άντληση των στοιχείων από τους επιτελικούς φορείς.

Μία εξίσου σημαντική παρέμβαση αποτέλεσε η επέκταση και γενίκευση του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος ως μεθόδου καταχώρησης, επεξεργασίας και εμφάνισης των στοιχείων της οικονομικής διαχείρισης⁴³, η εφαρμογή της γενικής και αναλυτικής λογιστικής και η περιοδική δημοσίευση ελεγμένων ισολογισμών από τα νοσοκομεία. Επιπλέον, εφαρμόστηκε το Μητρώο Δεσμεύσεων για την παρακολούθηση της διάθεσης των εγγεγραμμένων πιστώσεων του προϋπολογισμού (ΠΔ.113/10 και ΠΔ.80/16). Προκειμένου να καταστεί δυνατή η κατάρτιση των προϋπολογισμών, απολογισμών, ισολογισμών και λοιπών χρηματοοικονομικών καταστάσεων, επιδιώχθηκε να εφαρμοστούν επί μέρους διαδικασίες, όπως η ανάλυση και κωδικοποίηση των λογαριασμών ανά κέντρο κόστους και κατηγορία δαπάνης, η κατηγοριοποίηση του κόστους σε άμεσο, έμμεσο και λειτουργικό, επί τη βάση του ποιός το επωμίζεται και η ανάλυση του κόστους σε σταθερό και μεταβλητό, έτσι ώστε να είναι εμφανείς οι διακυμάνσεις των παραγωγικών συντελεστών. Αναφορικά

⁴³ Το κανονιστικό πλαίσιο εφαρμογής του διπλογραφικού συστήματος προβλεπόταν ήδη από το ΠΔ.146/03, αν και η εφαρμογή του στα κρατικά νοσοκομεία δεν είχε επιτευχθεί ικανοποιητικά μέχρι το 2010.

με το διπλογραφικό σύστημα και το μητρώο δεσμεύσεων, επετεύχθη η πλήρης εφαρμογή τους στο σύνολο των νοσοκομείων μέχρι το τέλος του 2011, όμως η δημοσίευση αξιόπιστων ελεγμένων οικονομικών καταστάσεων καθυστέρησε περισσότερο.

3.5.Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Μια ακόμα δέσμευση που απέρρευε από τη συμφωνία με τους πιστωτές της χώρας ήταν η ψηφιακή εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης συνταγών τόσο από τους νοσοκομειακούς ιατρούς όσο και από τους συμβεβλημένους με ταμεία ή και τους ιδιώτες. Δεδομένου ότι η παρακολούθηση και ο έλεγχος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μπορεί να γίνει ευχερώς μόνο ηλεκτρονικά, είχε διαπιστωθεί το έλλειμμα που υπήρχε σε αυτό τον τομέα, όπου υπήρχε σημαντική προκλητή ζήτηση. Η εφαρμογή του συστήματος άρχισε το 2011, μετά τη θεσμοθέτησή του με το Ν.3892/10, και ολοκληρώθηκε, με την ένταξη σχεδόν όλων των γιατρών και των φαρμακείων το 2016. Η πρόσβαση στην ηλεκτρονική αυτή εφαρμογή είναι πλέον απαραίτητη προκειμένου να συνταγογραφηθούν φάρμακα, να εκδοθούν παραπεμπτικά για διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικές πράξεις, καθώς επίσης να πιστοποιηθεί η παροχή ιατρικών υπηρεσιών από ιδιώτες ιατρούς. Παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα να επιβάλλονται κεντρικά και να εφαρμόζονται υποχρεωτικά οι διάφοροι κανόνες συνταγογράφησης, να ελέγχεται ηλεκτρονικά η ενδεχόμενη "ασυνήθης" συνταγογράφηση των ιατρών και των φαρμακείων καθώς και να γίνεται κεντρικά διαχείριση των πληρωμών προς τους παρόχους.

Πέρα όμως από το θετικά που συνεισέφερε, όπως η εξοικονόμηση πόρων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έγινε το όχημα για την ευχερή επιβολή μέτρων που λειτούργησαν εις βάρος των πολιτών, τα οποία δε μπορούν εύκολα να υπολογιστούν και να καταγραφούν, καθότι στόχευαν αφενός στη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης αλλά ταυτόχρονα μετακυλούσαν μέρος του κόστους στους ασθενείς. Τέτοια μέτρα είναι η καταβολή εισφοράς ενός ευρώ ανά συνταγή, η μέγιστη δυνατότητα συνταγογράφησης τριών φαρμάκων ανά συνταγή, ο περιορισμός στις συνταγογραφούμενες ποσότητες ανά συνταγή, ο περιορισμός των ιατρικών επισκέψεων που μπορεί να έχει ο κάθε γιατρός ανά ημέρα ή ανά μήνα καθώς και η διαφοροποίηση της οικονομικής συμμετοχής του ασθενούς ανάλογα με το αν ένα

φάρμακο είναι γενόσημο ή όχι. Αυτό το τελευταίο μέτρο, αν και πρόσφορο για την αύξηση κατανάλωσης γενοσήμων φαρμάκων, κατέστη ιδιαίτερα επιβαρυντικό για τους ασθενείς. Η πρόβλεψη ήταν να συνεισφέρει ο ασθενής το ποσοστό συμμετοχής του επί τη βάση της τιμής του φθηνότερου παρόμοιου προϊόντος, δηλαδή να υποχρεώνει τον ασθενή να καταναλώσει το γενόσημο αν ήθελε να πληρώνει λιγότερα. Το μέτρο αυτό, δεν κατέστη δυνατό να εφαρμοστεί ποτέ όπως σχεδιάστηκε, καθότι οι φαρμακευτικές εταιρείες δημιουργούν, και το Υπουργείο Υγείας μάλλον δεν μπορεί να αντιμετωπίσει, τεχνητές ελλείψεις στην αγορά γενοσήμων, με αποτέλεσμα το φθηνότερο αναφερόμενο φάρμακο να μην υπάρχει πάντα διαθέσιμο και ο ασθενής να υποχρεώνεται να αγοράσει το ακριβότερο οπότε και να πληρώνει τελικά μεγαλύτερη συμμετοχή. Με αυτό τον τρόπο το ποσοστό οικονομικής συμμετοχής του ασθενούς στα φάρμακα (π.χ. 25%) γίνεται καθαρά τυπικό και οι ασθενείς ουσιαστικά επιβαρύνονται σημαντικά.

Μια επίσης σημαντική αλλαγή που επέφερε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι το γεγονός ότι πλέον δεν απαιτείται να είναι κανείς νοσοκομειακός ή συμβεβλημένος με τον ασφαλιστικό φορέα γιατρός προκειμένου να συνταγογραφεί, αλλά μπορεί να συνταγογραφεί φάρμακα και παραπεμπτικά για διαγνωστικές εξετάσεις ο οποιοσδήποτε πιστοποιημένος στο σύστημα ιδιώτης γιατρός, αρκεί αυτό να γίνεται ηλεκτρονικά (αρ. 9 Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας ΕΟΠΥΥ). Τούτο, ενώ φαίνεται εν πρώτοις δίκαιο κοινωνικά και πλουραλιστικό ως προς τις δυνατότητες επιλογής, εν τούτοις καθίσταται προβληματικό για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, αφού τους υποχρεώνει εμμέσως να πληρώσουν την ιατρική επίσκεψη στον ιδιώτη ιατρό. Δεδομένης της διαχρονικής έλλειψης συμβεβλημένων ιατρών όλων των ειδικοτήτων, καθώς και της ύπαρξης διάφορων περιορισμών που τίθενται σε αυτούς ως προς τις ημερήσιες ή μηνιαίες ιατρικές πράξεις, είναι πολύ συχνό το φαινόμενο ανυπαρξίας άμεσα διαθέσιμου ιατρού, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να οδηγούνται εξ ανάγκης στους ιδιώτες. Περαιτέρω όμως, η πρόβλεψη αυτή καθίσταται τόσο επιβαρυντική όσο και επισφαλής και για το σύστημα, αφού αφενός προσθέτει έναν αριθμό συνταγών προς αποζημίωση, οι οποίες πριν δεν υπήρχαν, και αφετέρου δίνει τη δυνατότητα σε έναν μεγάλο αριθμό γιατρών και παρόχων, που κατά τα άλλα δεν έχουν σχέση με το σύστημα, ενδεχομένως να το απομυζούν.

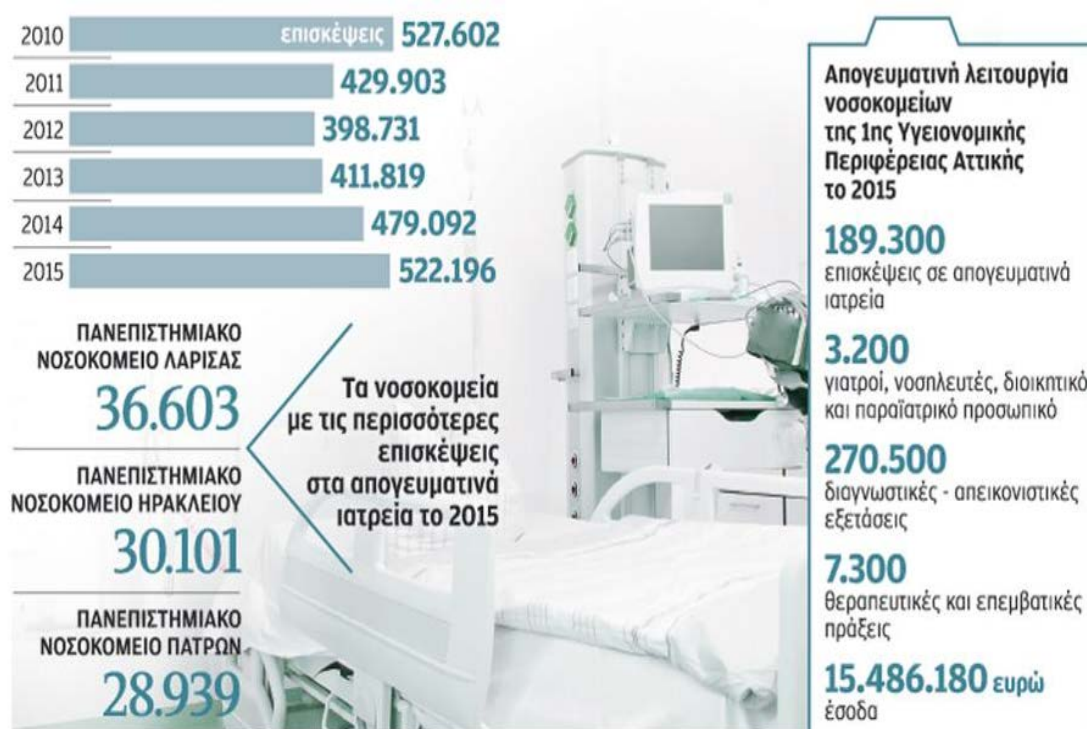
3.6. Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων

Βάσει των δεσμεύσεων του πρώτου μνημονίου, θεσμοθετήθηκε, από το 2010, η επέκταση του ωραρίου των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων πέραν του πρωινού ωραρίου και το απόγευμα. Αυτό έγινε προκειμένου να αξιοποιηθούν περαιτέρω οι δομές και το ανθρώπινο δυναμικό των δημοσίων νοσοκομείων αλλά και να προκύψουν και κάποια έσοδα για αυτά. Οι ασθενείς μπορούν να προσέρχονται στα απογευματινά ιατρεία, και καταβάλλοντας προκαθορισμένη αμοιβή, η οποία διαβαθμίζεται ανάλογα με το επιστημονικό επίπεδο του ιατρού, να εξετάζονται από τους νοσοκομειακούς ιατρούς και να υποβάλλονται σε ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις εντός των δημόσιων υποδομών. Τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν το κόστος της επίσκεψης, ωστόσο καλύπτουν το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τους ιδιώτες ιατρούς. Μέρος των εσόδων από την απογευματινή λειτουργία του νοσοκομείου εισπράττει ο ιατρός ως αποζημίωση για την παροχή των υπηρεσιών του, επιπλέον των βασικών αποδοχών του, ενώ μέρος αυτού αποτελεί έσοδο του νοσοκομείου. Πολλοί ασθενείς καταφεύγουν σε αυτή την επιλογή εξ ανάγκης λόγω των μεγάλων λιστών αναμονής που υπάρχουν για ραντεβού στα πρωινά τακτικά ιατρεία. Εξάλλου, δεν θα είχε κανένα νόημα η ύπαρξη του απογευματινού ωραρίου αν οι ανάγκες των ασθενών καλυπτόταν επαρκώς και εγκαίρως κατά το πρωινό ωράριο.

Η πολιτική αυτή εντάσσεται στα ευρύτερα πλαίσια των πολιτικών επιλογών του νεοφιλελευθερισμού που επιβάλλονται από τους πιστωτές της χώρας και υποστηρίζονται από τις περισσότερες εγχώριες πολιτικές δυνάμεις. Είναι εν πρώτοις ταξική, γιατί διευρύνει τις ανισότητες μεταξύ των κοινωνικών στρωμάτων, αλλά και αμοραλιστική, γιατί μετατρέπει μια πραγματική έλλειψη του συστήματος σε πωλούμενο αγαθό, και μάλιστα από το ίδιο το σύστημα. Όχι μόνο περιορίζει την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά μετατρέπει αυτό το δημόσιο αγαθό σε κοινό εμπόρευμα που πωλείται και αγοράζεται. Τούτο δε γίνεται δια μέσου ενός φορέα που θεωρητικά θα έπρεπε να διασφαλίζει το δημόσιο χαρακτήρα του, όπως το δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο γίνεται πλέον επιχείρηση λειτουργούσα με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια. Έτσι, αυτή η αγοραιοποίηση του δημόσιου συστήματος υγείας, ενώ επιφέρει τεχνητή αύξηση στην επάρκεια των υπηρεσιών υγείας, στην ουσία αυτές δεν προσφέρονται ως παροχές αλλά ως εμπόρευμα ανταλλάξιμο με

χρήμα, οπότε και δεν είναι διαθέσιμες για όλους. Με αυτό τον τρόπο, η καθολική κάλυψη υγείας μάλλον μετατρέπεται απλά σε μία δυνατότητα που εξαρτάται από την οικονομική ευχέρεια.. Οι κατακτήσεις της επιστήμης, της τεχνικής και της παραγωγικότητας, αντί να αξιοποιούνται για την καθολική παροχή σύγχρονων και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας σε όλους, μετατρέπονται σε εμπορεύματα, απρόσιτα σε όλο και περισσότερους.

Ειδικά σε συνθήκες δημοσιονομικής κρίσης, τέτοιου είδους μέτρα δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την πρόσβαση και αυξάνουν τις κοινωνικές ανισότητες. Σε ένα σύστημα που οι παροχές είναι ήδη περιορισμένες και ακριβές, στα πλαίσια μιας οικονομικής κατάστασης διαρκούς λιτότητας, τέτοια μέτρα λειτουργούν ακόμα πιο επιβαρυντικά για τους πολίτες και ακόμα πιο ανασταλτικά ως προς την διεύρυνση της παροχής των υπηρεσιών. Τούτο φαίνεται και από το βαθμό επιτυχίας του μέτρου στο χρόνο που αυτό λειτουργεί, ο οποίος ταυτίζεται με την περίοδο εξέλιξης της κρίσης, (Γράφημα 23). Ενώ στην αρχή το μέτρο είχε μια κάποια ικανοποιητική ανταπόκριση, με 527.602 επισκέψεις το 2010, λόγω των μεγάλων αναγκών των ασθενών και της ανεπάρκειας των υπηρεσιών υγείας εντός του κανονικού ωραρίου, όσο προχωράει και βαθαίνει η κρίση, οπότε και δυσχεραίνει η οικονομική κατάσταση ολόενα και αυξανόμενων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού, οι επισκέψεις μειώνονται, για να φτάσουν τις 398.731 το 2012, το οποίο και ήταν το έτος ισχυρότερης επέλασης της κρίσης, και στην συνέχεια αυξάνονται πάλι σταδιακά όσο η κρίση εκτονώνεται και βοηθούσης και της μείωσης των τιμών των επισκέψεων κατά 20% το 2013, φτάνοντας και πάλι το 2015 στα επίπεδα του 2010. Τούτο δε, δεν αντικατοπτρίζει τη μείωση των αναγκών κατά τη διάρκεια της κρίσης αλλά τη μείωση των οικονομικών δυνατοτήτων του πληθυσμού. Κάθε δημόσιο σύστημα υγείας οφείλει να αμβλύνει αυτή ακριβώς την κατάσταση, παρέχοντας δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες υγείας, και όχι να τη δυσχεραίνει επιβάλλοντας αμοιβή για υπηρεσίες που οφείλει να παρέχει δωρεάν..

Γράφημα 23: Απογευματινά ιατρεία νοσοκομείων ΕΣΥ ⁴⁴

3.7. Λειτουργικές δαπάνες και Δημόσιες Συμβάσεις

Μία βασική επιδίωξη των ασκούμενων πολιτικών υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης, είναι ο έλεγχος και ο περιορισμός των δαπανών για προμήθεια αναλωσίμων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Την περίοδο πριν από την κρίση, οι δαπάνες σ' αυτόν τον τομέα είχαν διογκωθεί υπέρμετρα, εντός ενός πλαισίου αδιαφάνειας, παραοικονομίας και αδυναμίας ελέγχου, με αποτέλεσμα να συσσωρεύονται χρέη προς τους προμηθευτές και ελλείμματα στα νοσοκομεία. Το εφαρμοζόμενο δίκαιο περί σύναψης και εκτέλεσης Δημοσίων Συμβάσεων, δεν είχε καταφέρει να περιορίσει τις υπερτιμολογήσεις και τις σπατάλες, ούτε να εξορθολογήσει τις δαπάνες και να περιορίσει τα ελλείμματα. Οι συνολικές δαπάνες για την προμήθεια υλικών και υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ. τη διετία 2008-2009 έφτασε στο 1.3-1.5% του ΑΕΠ, ενώ τα συσσωρευμένα χρέη των νοσοκομείων, τα οποία ήταν ανεξέλεγκτα, μεταφερόταν κατά καιρούς με νομοθετικές ρυθμίσεις στον κρατικό προϋπολογισμό, επιβαρύνοντάς τον σημαντικά.

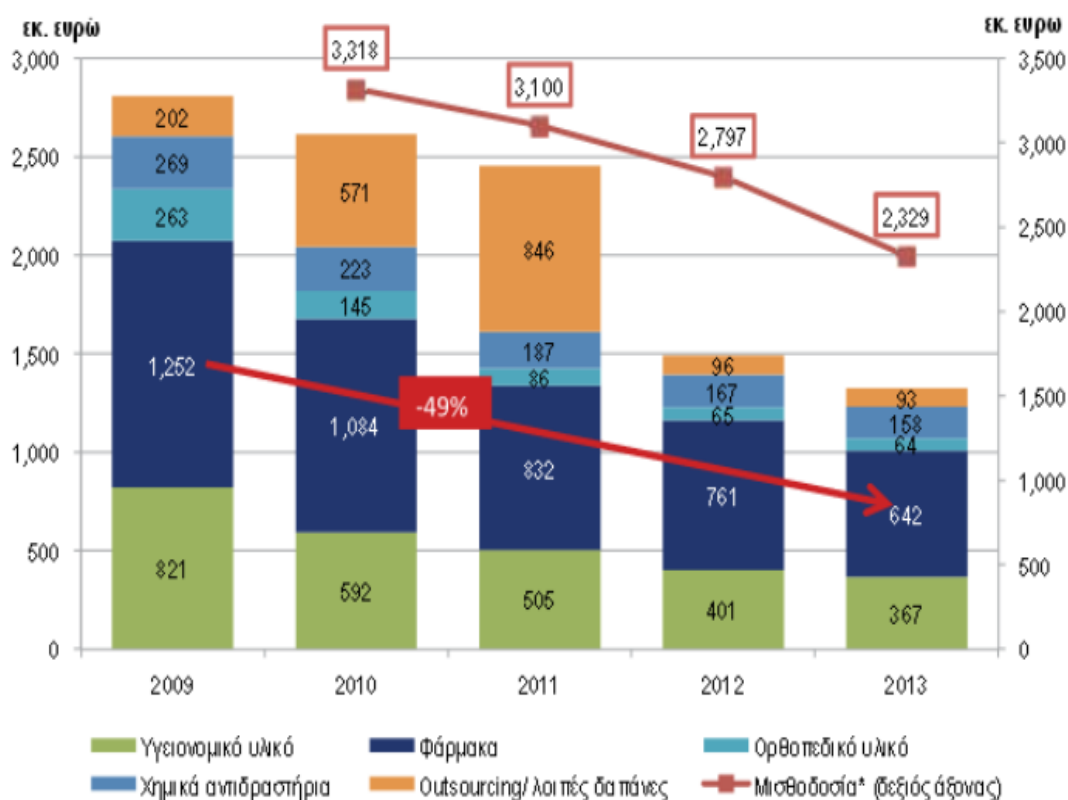
⁴⁴ Πηγή: Καθημερινή

Οι παρεμβάσεις που έγιναν προς την κατεύθυνση ελέγχου και μείωσης των δαπανών αφορούσαν στην επέκταση και γενίκευση ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης των προϊόντων, κοινού μητρώου προμήθειας ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού, παρατηρητηρίου τιμών, μέσω του οποίου προκύπτει η χαμηλότερη και μέση τιμή αγοράς του κάθε κωδικοποιημένου προϊόντος, υπολογισμού των αποθεμάτων και των ροών ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού και πρόβλεψη διενέργειας συγκεντρωτικών εθνικών διαγωνισμών. Αυτό το τελευταίο απεδείχθη και το πιο δύσκολο, καθώς δεν έχει υλοποιηθεί επαρκώς μέχρι σήμερα, χωρίς να σημαίνει ότι όλα τα προηγούμενα έχουν υλοποιηθεί πλήρως. Για την πραγμάτωση αυτών των παρεμβάσεων και τον καλύτερο συντονισμό των προμηθειών κινητοποιήθηκε η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, η οποία είχε θεσμοθετηθεί ήδη από το 2007 με το Ν.3582/07, απολαμβάνει διοικητικής και οικονομικής αυτοτέλειας, και έχει την ευθύνη του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού του συστήματος των δημοσίων προμηθειών υγείας. Στις αρμοδιότητές της περιλαμβάνονται επίσης η έγκριση των προγραμμάτων προμηθειών και υπηρεσιών υγείας, η τήρηση του παρατηρητηρίου τιμών, η εκπόνηση ενιαίων τεχνικών προδιαγραφών, η διενέργεια κεντρικών διαγωνισμών, ο έλεγχος των συμβάσεων των δημοσίων προμηθειών υγείας και η έκδοση εγκυκλίων και οδηγιών για την ορθή εφαρμογή του νομοθετικού-κανονιστικού πλαισίου.

Οι παρεμβάσεις αυτές, σε συνδυασμό με άλλες παράλληλες δράσεις, είχαν ως αποτέλεσμα το περιορισμό των εξόδων των νοσοκομείων, χωρίς όμως να μπορεί να συγκεκριμενοποιηθεί η ακριβής συνεισφορά τους σε αυτόν. Κατά τα έτη 2009-2013 παρατηρείται μια σαφής μείωση του κόστους των αγορών σε όλα τα μεγέθη (Γράφημα 24), και ειδικότερα κατά 55% περίπου στο υγειονομικό υλικό, κατά 49% στα φάρμακα, κατά 75% στα χημικά αντιδραστήρια και κατά 42% στο ορθοπεδικό υλικό. Κατά τα έτη 2013-2015 παρατηρείται μια μικρότερη μείωση του κόστους των αγορών σε όλα τα μεγέθη, ενώ κατά το 2016 παρατηρείται μικρή αύξηση (Πίνακας 12), η οποία μπορεί να εξηγηθεί από την περιορισμένη αλλαγή πολιτικής στο χώρο της υγείας από την παρούσα κυβέρνηση, που στοχεύει στην αύξηση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Σε επίπεδο συνολικού κόστους, η μείωση από το 2013 στο 2014 και από το 2014 στο 2015 είναι περίπου 10% το χρόνο, ενώ από το 2015 στο 2016 η αύξηση είναι της τάξης του 16%. Η συνεχής μείωση δε που παρατηρείται στα έτη 2009-2015 δεν μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά στις παρεμβάσεις ελέγχου των προμηθειών, αφού δεν υπάρχουν στοιχεία τέτοια που να μπορούν να συγκρίνουν

τα κόστη επί τη βάση της παροχής ίσης ποσότητας υπηρεσιών ανά έτος. Παράλληλα γεγονότα όπως οι οριζόντιοι περιορισμοί των προϋπολογισμών ή η μείωση του αριθμού των ασφαλισμένων, επηρεάζουν επίσης το διαμορφούμενο κόστος. Αυτό σημαίνει ότι ναι μεν μειώθηκε το κόστος των αναλωσίμων εξ αιτίας των παρεμβάσεων αλλά ενδεχομένως μειώθηκε και εξ αιτίας της τεχνητής μείωσης της ζήτησης που προέκυψε λόγω μείωσης του αριθμού των ασφαλισμένων.

Γράφημα 24: Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ 2009-2013 ⁴⁵



⁴⁵ Πηγή: IOBE

Πίνακας 12 : Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ 2013-2016 ⁴⁶

2013										
ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.						Αγορές Αναλώσιμων			
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΑΡΑ-ΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	237.591.126,19	113.796.920,07	20.489.789,02	54.000.805,20	32.938.142,95	458.816.783,43	3.038.497,83	2.463.213,44	13.412.725,79	18.914.437,06
2η	90.521.590,85	75.797.916,70	9.243.063,55	24.620.376,94	15.821.136,95	216.004.084,99	338.236,15	2.630.246,57	6.658.863,88	9.627.346,60
3η	56.903.371,41	35.589.040,86	8.663.766,59	12.852.009,15	13.077.205,40	127.085.393,41	1.084.762,96	4.260.021,11	3.634.342,13	8.979.126,20
4η	88.060.899,34	38.439.330,60	5.102.958,69	20.783.661,41	11.652.809,29	164.039.659,33	1.680.347,18	6.002.239,97	7.167.499,85	14.850.087,00
5η	43.923.523,26	24.919.210,52	4.438.176,84	11.390.592,22	3.988.407,69	88.659.910,53	985.565,87	5.393.160,50	4.156.281,02	10.535.007,39
6η	85.008.640,16	54.157.881,56	12.219.338,92	23.518.983,98	10.149.772,73	185.054.617,35	1.946.631,42	12.978.723,52	9.044.451,18	23.969.806,12
7η	39.862.638,43	24.397.000,58	3.540.983,27	10.689.534,66	5.150.027,98	83.640.184,92	1.816.164,99	5.008.939,01	4.427.922,17	11.253.026,17
ΣΥΝΟΛΑ	641.871.789,64	367.097.300,89	63.698.076,88	157.855.963,56	92.777.502,99	1.323.300.633,96	10.890.206,40	38.736.544,12	48.502.086,02	98.128.836,54
2014										
ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.						Αγορές Αναλώσιμων			
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΑΡΑ-ΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	201.199.420,26	110.718.445,82	21.245.061,50	52.536.705,00	32.101.045,19	417.800.677,77	3.269.308,97	973.850,57	13.994.266,05	18.237.425,59
2η	77.567.938,70	63.791.826,60	8.789.292,73	22.005.618,83	14.094.322,18	186.248.999,04	406.809,80	2.557.733,99	6.187.804,95	9.152.348,74
3η	51.216.249,57	33.239.253,42	8.765.495,43	11.573.296,87	14.177.246,65	118.971.541,94	1.199.797,20	3.574.437,37	3.379.174,58	8.153.409,15
4η	76.502.085,05	35.683.766,73	4.915.431,94	18.375.929,46	9.393.430,52	144.870.643,70	930.257,40	5.536.244,70	6.440.504,60	12.907.006,70
5η	36.480.926,48	24.551.020,36	5.253.709,19	12.195.969,67	4.407.329,66	82.888.955,36	1.485.247,41	4.579.753,45	3.977.171,65	10.042.172,51
6η	67.610.769,52	44.257.642,18	11.031.264,85	22.032.000,88	9.528.570,67	154.460.248,10	1.764.192,07	11.307.237,08	7.688.125,55	20.759.554,70
7η	32.768.487,28	24.279.808,63	3.623.364,30	10.133.882,70	5.029.965,22	75.835.508,13	1.917.847,83	5.047.592,94	3.835.520,40	10.800.961,17
ΣΥΝΟΛΑ	543.345.876,86	336.521.763,74	63.623.619,94	148.853.403,41	88.731.910,09	1.181.076.574,04	10.973.460,68	33.576.850,10	45.502.567,78	90.052.878,56

⁴⁶ Πηγή: Υπουργείο Υγείας

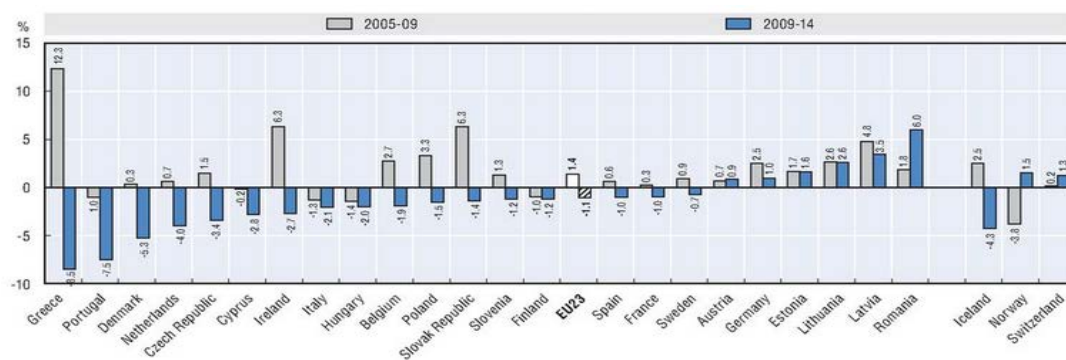
2015										
ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.						Αγορές Αναλώσιμων			
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΔΡΑ- ΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	173.861.594,62	101.859.317,04	19.575.456,39	48.264.251,47	23.587.841,23	367.148.460,75	3.035.447,44	641.815,53	13.005.151,14	16.682.414,11
2η	71.625.510,49	56.332.431,32	9.379.059,83	22.141.766,77	13.354.459,33	172.833.227,74	380.115,20	2.098.853,32	5.614.864,89	8.093.833,41
3η	44.799.675,20	31.281.514,39	7.928.885,68	10.209.429,81	17.237.071,08	111.456.576,16	599.149,36	2.361.668,29	3.062.586,71	6.023.404,36
4η	72.895.767,57	34.148.817,85	5.093.760,56	17.333.311,27	7.811.351,69	137.283.008,94	836.192,15	3.932.829,35	5.314.004,11	10.083.025,61
5η	32.686.057,26	20.681.882,99	4.524.142,10	10.978.166,81	3.865.701,13	72.735.950,29	1.361.123,85	3.416.617,04	3.126.953,47	7.904.694,36
6η	60.898.436,85	39.091.215,47	11.160.851,22	20.425.616,76	8.858.373,49	140.434.493,79	1.582.296,14	9.838.411,30	6.662.246,53	18.082.953,97
7η	32.070.798,34	20.208.648,79	3.537.798,86	9.261.267,81	4.711.009,68	69.789.523,48	1.527.413,62	4.357.529,80	3.369.721,15	9.254.664,57
ΣΥΝΟΛΑ	488.837.840,33	303.603.827,85	61.199.954,64	138.613.810,70	79.425.807,63	1.071.681.241,15	9.321.737,76	26.647.724,63	40.155.528,00	76.124.990,39
2016										
ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.						Αγορές Αναλώσιμων			
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΔΡΑ- ΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	247.666.826,46	106.268.587,35	19.765.231,27	47.447.837,97	22.641.912,09	443.790.395,14	2.803.901,68	405.513,30	12.295.160,41	15.504.575,39
2η	89.888.302,77	52.810.447,12	9.269.458,06	20.315.439,72	11.560.595,17	183.844.242,84	251.743,03	1.572.246,41	5.520.684,19	7.344.673,63
3η	54.548.135,85	30.002.728,37	7.894.891,77	10.840.564,18	15.638.072,42	118.924.392,59	481.074,24	2.033.653,85	3.272.244,12	5.786.972,21
4η	107.536.257,60	36.762.067,33	5.833.367,92	18.038.274,33	7.929.415,80	176.099.382,98	733.057,41	2.873.309,88	5.190.494,25	8.796.861,54
5η	44.016.641,79	22.022.795,53	5.332.941,37	10.833.381,53	3.963.872,74	86.169.632,96	997.341,25	2.625.102,20	3.452.751,03	7.075.194,48
6η	87.781.809,64	40.356.129,35	10.204.327,07	20.893.707,36	7.883.661,67	167.119.635,09	1.516.688,49	8.516.457,66	6.828.411,43	16.861.557,58
7η	51.116.813,80	20.017.363,42	3.801.399,69	9.904.618,96	4.741.118,43	89.581.314,30	1.405.570,55	3.226.383,40	4.184.525,00	8.816.478,95
ΣΥΝΟΛΑ	682.554.787,91	308.240.118,47	62.101.617,15	138.273.824,05	74.358.648,32	1.265.528.995,90	8.189.376,65	21.252.666,70	40.744.270,43	70.186.313,78

3.8. Φαρμακευτική δαπάνη

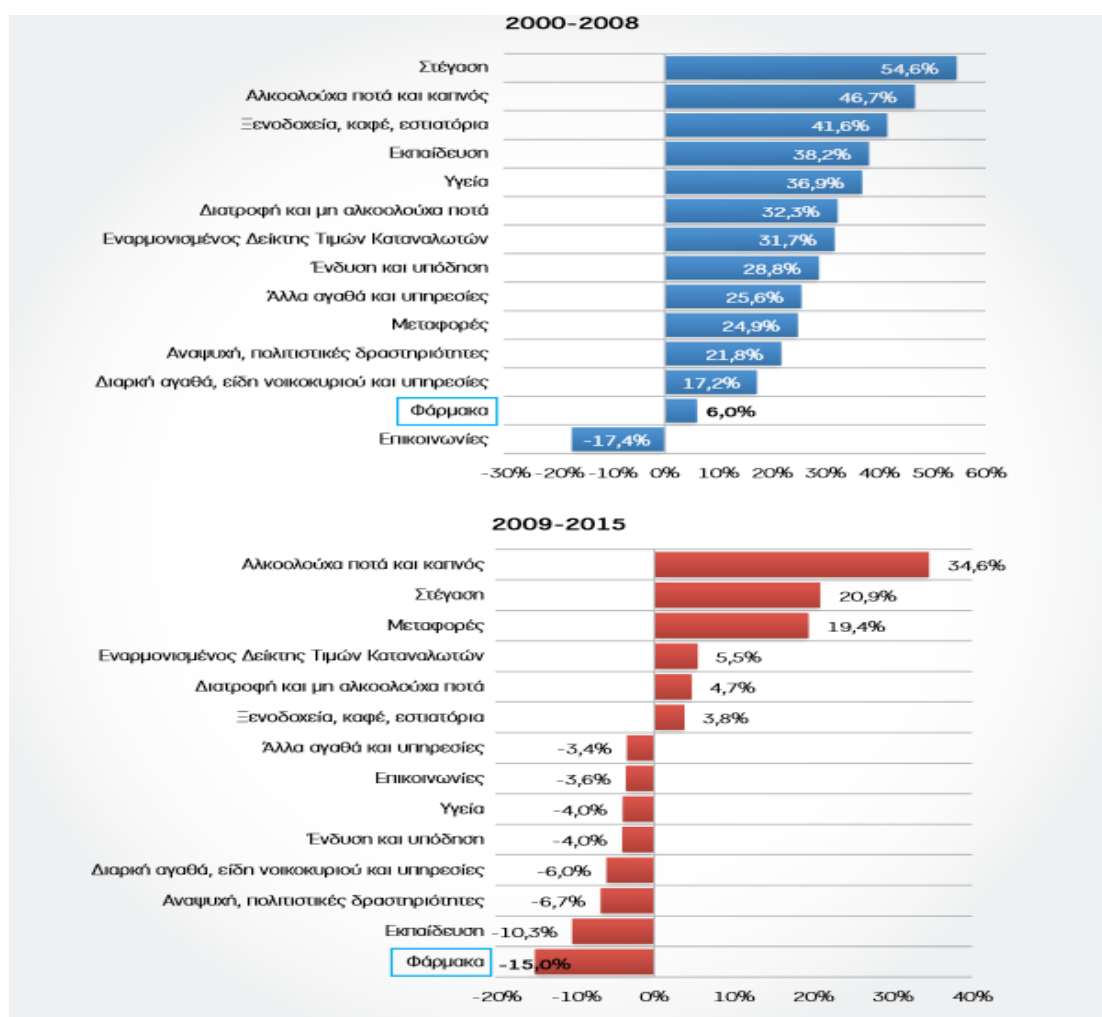
Μια από τις πλέον σημαντικές παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν, κατά τη διάρκεια της κρίσης, είναι η προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, τόσο ως νοσοκομειακό έξοδο όσο και ως κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία και τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Η δαπάνη αυτή είχε αυξηθεί σημαντικά πριν από την κρίση και είχε καταστεί ιδιαίτερα προβληματική για τους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων και τον κρατικό προϋπολογισμό. Οι κύριες αιτίες της διαχρονικής αύξησης της δαπάνης διεθνώς είναι η εξέλιξη της ιατρικής και της φαρμακευτικής, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και της γήρανσης του πληθυσμού (Δέδε, Καλογεροπούλου, 1999), η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου, η κυριαρχία της θεραπευτικής ιατρικής, η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, η αύξηση του αριθμού των γιατρών και φαρμακοποιών, η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης (Μορθανάσης, Καραμαλής, 1999), η ασυμμετρία πληροφόρησης ιατρού - ασθενούς αλλά κυρίως οι ολιγοπωλιακές συνθήκες που επικρατούν διεθνώς στην αγορά φαρμάκου, οι οποίες καθορίζουν το μηχανισμό διαμόρφωσης των τιμών, σε συσχετισμό με την πλήρη απουσία κρατικής φαρμακευτικής βιομηχανίας.

Στην ελληνική περίπτωση συνετέλεσε επιπλέον και η κατάργηση της λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία και η απελευθέρωση της επιλογής σκευάσματος, που οδήγησε σε υπέρογκη αύξηση της προκλητής ζήτησης. Έτσι, η Ελλάδα έχει το προνόμιο να είναι ταυτόχρονα η χώρα με τη μεγαλύτερη αύξηση στη φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο κατά τα έτη 2005-2009 και με τη μεγαλύτερη μείωσή της κατά τα έτη 2009-2014, μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών του ΟΟΣΑ (Γράφημα 25). Η αύξηση αυτή δε, δεν οφείλεται ουσιαστικά σε σημαντική αύξηση των τιμών αλλά σε αύξηση της κατανάλωσης και σε αλλαγή της καταναλωτικής συμπεριφοράς. Είναι χαρακτηριστικό ότι την περίοδο 2000-2008 η ετήσια μεταβολή του δείκτη τιμών στα φάρμακα ήταν μόλις 6% (Γράφημα 26), όταν η αντίστοιχη μεταβολή στην υγεία ήταν 36,9%, αλλά το συνολικό κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης συνεχώς διογκούμενο. Αυτό δείχνει ότι η αύξηση στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη σχετίζεται κυρίως με την αύξηση της ζήτησης, δηλαδή με την υπερσυνταγογράφηση, την πολυφαρμακία και τη τεχνητή μετατόπιση των ασθενών από τους γιατρούς προς ακριβότερα φάρμακα, συμπεριφορές οι οποίες σχετίζονται με τη διαφθορά και την παραοικονομία.

Γράφημα 25 : Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών ανά κάτοικο σε πραγματικές τιμές (2005-2009 και 2009-2014)⁴⁷



Γράφημα 26 : Ετήσια μεταβολή (%) δείκτη τιμών ανά κατηγορία αγαθών⁴⁸



⁴⁷ Πηγή: IOBE

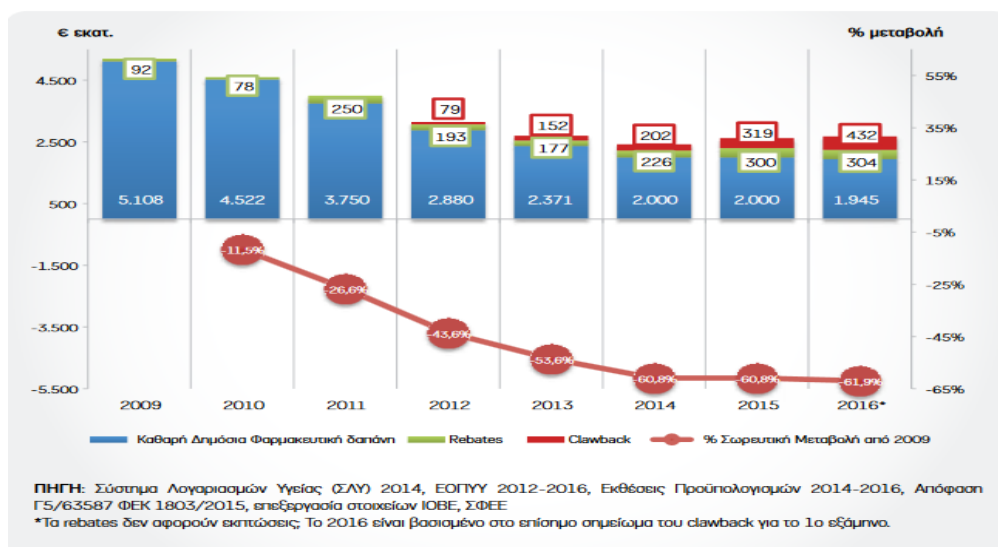
⁴⁸ Πηγή: IOBE

Η προσπάθεια μείωσης απέφερε εν πρώτοις μια θεαματική μείωση της δαπάνης για το δημόσιο της τάξης του 62% για το διάστημα 2009-2016 (Γράφημα 27), αν και δεν προέκυψε το ίδιο για τη φαρμακευτική δαπάνη των νοικοκυριών. Αυτό προκύπτει και από το γεγονός ότι, η μείωση της δημόσιας δαπάνης δεν επετεύχθη κυρίως μέσω της μείωσης των τιμών, η οποία το διάστημα 2009-2015 ήταν της τάξης 15%, των claw back και των rebate, αλλά αφενός μέσω της μεταβολής της καταναλωτικής συμπεριφοράς, η οποία επιδιώχθηκε με την επαναφορά και αυστηροποίηση της λίστας και με την προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων, και αφετέρου μέσω της μείωσης της κατανάλωσης, η οποία επεβλήθη μέσω των περιορισμών στη συνταγογράφηση. Η δε προώθηση των γενοσήμων συνδέθηκε και με την τεχνητή αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος των φαρμάκων, μέσω της υποχρεωτικής εφαρμογής του αντίστοιχου ποσοστού επί της αξίας του φθηνότερου γενοσήμου, ακόμα και αν αυτό δεν υπήρχε στην αγορά. Οι περιορισμοί στην συνταγογράφηση αφορούσαν κυρίως καθοριζόμενο ύψος ποσοτήτων και ειδών στους γιατρούς αλλά και την αφαίρεση από τη λίστα μιας σειράς ευρέως χρησιμοποιούμενων φαρμάκων τα οποία έγιναν πια μη συνταγογραφούμενα. Έτσι, η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης επετεύχθη σε μεγάλο βαθμό μέσω μετακύλησης μέρους του κόστους των φαρμάκων από το κράτος προς τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς. Είναι χαρακτηριστικό ότι, την περίοδο 2009-2015, που οι οικογενειακές δαπάνες για την υγεία μειωνόταν συνεχώς, λόγω της οικονομικής αδυναμίας, το ποσοστό αυτών των δαπανών που αντιστοιχούσε σε φάρμακα αύξανε συνεχώς (Γράφημα 28).

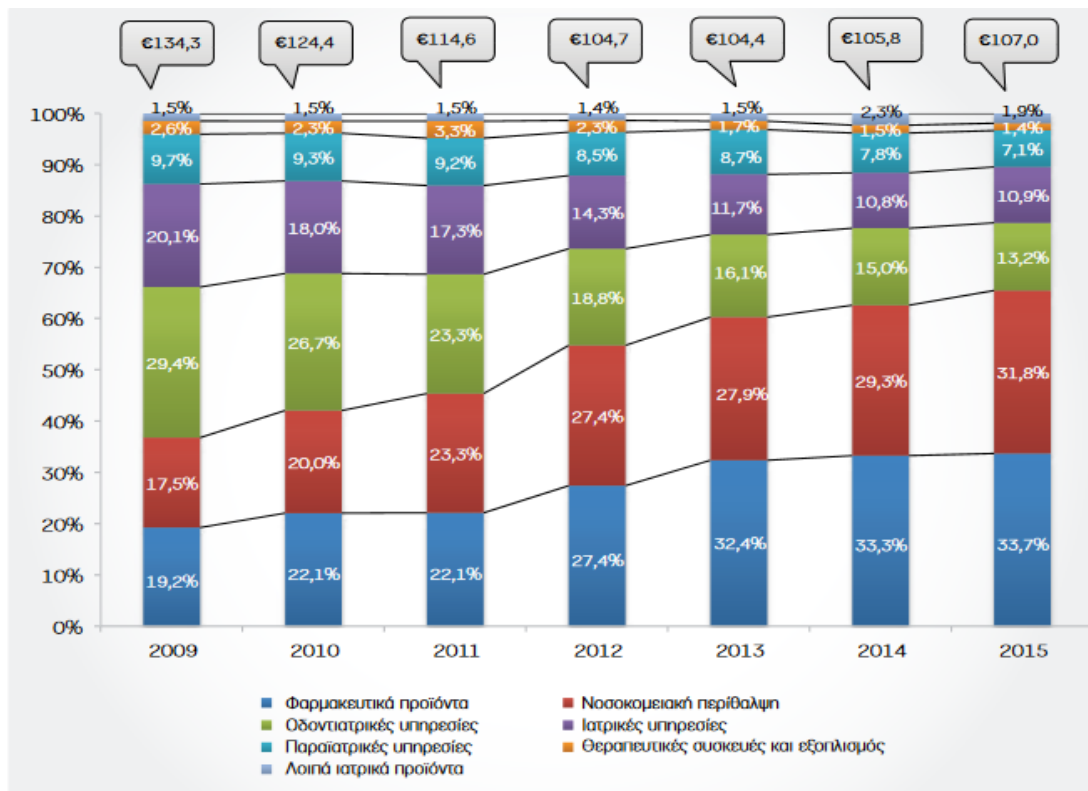
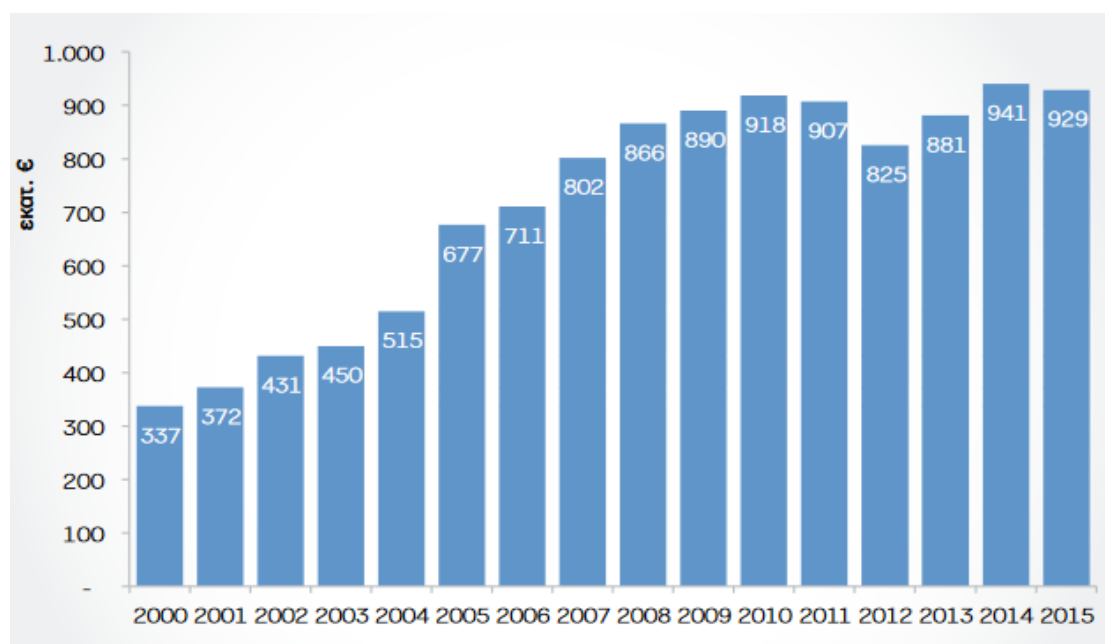
Ως προς την νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, παρατηρείται μια σημαντική μείωση, της τάξης του 49% το διάστημα 2009-2013 (Γράφημα 24), ενώ κατά την περίοδο 2013-2016, παρατηρείται μια συμπεριφορά η οποία ακολουθεί την αντίστοιχη του κόστους όλων των άλλων αναλωσίμων (Πίνακας 12). Κατά τα έτη 2013-2015 παρατηρείται μείωση του κόστους των αγορών σε όλα τα μεγέθη, ενώ κατά το 2016 αύξηση, η οποία μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από την στροφή προς μια πιο επεκτατική πολιτική στο χώρο της υγείας από την παρούσα κυβέρνηση, η οποία στοχεύει στην αύξηση της παροχής των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Σε επίπεδο φαρμακευτικής δαπάνης, η μείωση από το 2013 στο 2014 είναι 16% περίπου και από το 2014 στο 2015 το 10 %, ενώ η αύξηση από το 2015 στο 2016 είναι της τάξης του 40%, εκμηδενίζοντας την όποια εξοικονόμηση υπήρξε από τις μειώσεις των τριών προηγούμενων ετών.

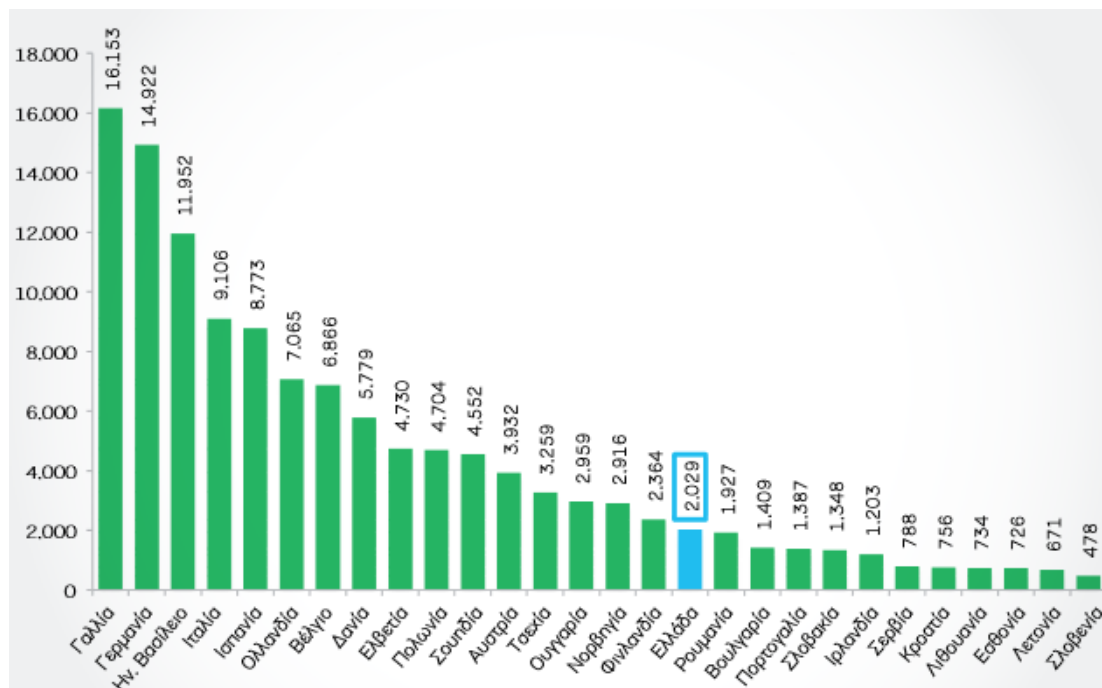
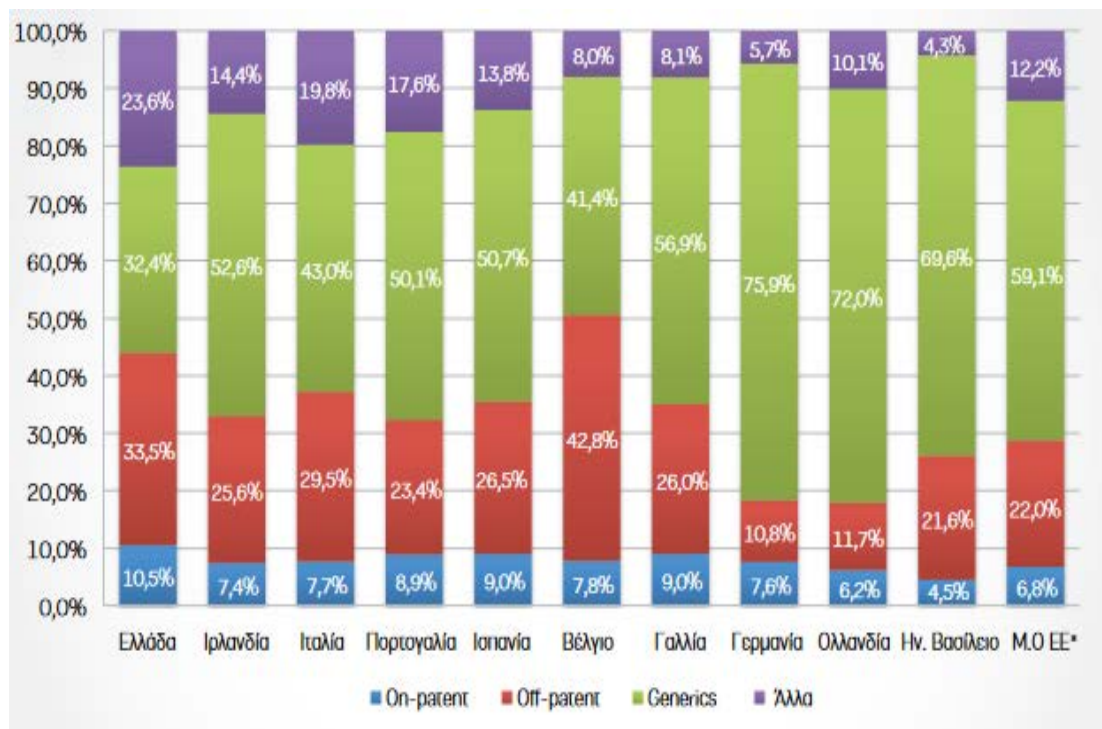
Γενικότερα πάντως, υπήρξε διαχρονικά μια πολιτική επιλογή ιδιότυπης προστασίας της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, κατά την περίοδο πριν από την κρίση, η οποία βασιζόταν στο επιχειρήμα προφύλαξης της έναντι των ξένων πολυεθνικών. Υποστηρίχθηκε από διάφορες πολιτικές δυνάμεις ότι η παροχή προστασίας στην εγχώρια φαρμακοβιομηχανία προσφέρει πολλαπλά οφέλη στην εθνική οικονομία, από θέσεις εργασίας και φαρμακευτική αυτάρκεια μέχρι επιστημονική γνώση, ενώ ο ενδεχόμενος περιορισμός της θα επέφερε την εξαφάνισή της από τους πολυεθνικούς κολοσσούς. Κάτι τέτοιο όμως δεν φαίνεται να επαληθεύεται από τη ίδια την κρίση, αφού η εξέλιξη της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου, που ήταν διαρκώς αυξανόμενη μέχρι το 2010, παρουσίασε μόνο μια μικρή κάμψη την περίοδο 2011-2013, αλλά συνεχίζει στα ίδια περίπου επίπεδα του 2010 και από το 2014 και μετά (Γράφημα 29). Η δε υποτιθέμενη συνεισφορά της στην εγχώρια επιστημονική γνώση είναι έτσι και αλλιώς περιορισμένη, αφού αυτή φαίνεται να μην βασίζεται στην έρευνα και την παραγωγή πρωτοτύπων φαρμάκων (Γράφημα 30). Οι κλινικές έρευνες που ήταν σε εξέλιξη κατά το 2016 στην Ελλάδα ήταν από τις λιγότερες στην Ευρώπη, χαμηλότερες και από αυτές της Πολωνίας, της Τσεχίας και της Ουγγαρίας, παρά την ανεπτυγμένη φαρμακοβιομηχανία της. Από την άλλη, η διείσδυση των γενοσήμων, που αποτελούν και μεγάλο μέρος της εγχώριας παραγωγής, παρά τις προσπάθειες των τελευταίων ετών, παρέμενε σε χαμηλά επίπεδα το 2016 (Γράφημα 31).

Γράφημα 27 : Εξέλιξη δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης 2009-2016 ⁴⁹



⁴⁹ Πηγή: ΙΟΒΕ

Γράφημα 28 : Κατανομή μηνιαίας δαπάνης νοικοκυριών για την υγεία 2008-2015⁵⁰Γράφημα 29: Εξέλιξη εγχώριας παραγωγής φαρμάκου 2000-2015⁵¹⁵⁰ Πηγή : ΙΟΒΕ⁵¹ Πηγή : ΙΟΒΕ

Γράφημα 30: Αριθμός εκτελούμενων κλινικών μελετών (2016) ⁵²Γράφημα 31: Διείσδυση φαρμακευτικών προϊόντων σε όγκο με βάση το καθεστώς προστασίας στην Ευρώπη το 2016 (μόνο λιανικές πωλήσεις) ⁵³⁵² Πηγή : IOBE⁵³ Πηγή : IOBE

3.9.Κοινωνική Ασφάλιση

Η Κοινωνική Ασφάλιση φαίνεται να είναι ο «μεγάλος ασθενής» του συστήματος υγείας και πρόνοιας, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης. Τα πάγια ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων καθιστούν μονίμως προβληματική τη συμμετοχή τους στη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, κατάσταση που οδηγεί στην αδυναμία πληρωμών των παρόχων υγείας, οπότε και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος ελλειμμάτων. Μόνιμη επιδίωξη των πολιτικών που εφαρμόζονται στον χώρο αυτό είναι η επίτευξη χρηματοδοτικής ισορροπίας μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων, νοσοκομείων και ιδιωτών προμηθευτών, πράγμα που φαίνεται δύσκολο, ιδιαίτερα εντός ενός πλαισίου δημοσιονομικής προσαρμογής και διαρκούς λιτότητας. Στο πλαίσιο αυτό επιχειρήθηκε τον καιρό της κρίσης και σημαντική μείωση του συνταξιοδοτικού κόστους. Εφαρμόστηκαν διαδοχικές μειώσεις (Πίνακας 13) στο ύψος των συντάξεων τόσο που κάποιες έφτασαν να είναι κάτω από το όριο της φτώχειας, πράγμα που επηρέασε δραστικά και την ικανότητα των συνταξιούχων να πληρώνουν την οικονομική συνεισφορά τους στις υγειονομικές δαπάνες. Οι μειώσεις αυτές σωρευτικά (2010-2015), είναι στις περισσότερες κατηγορίες, μεγαλύτερες ακόμα και από τη συνολική μείωση του ΑΕΠ κατά το διάστημα αυτό (Γράφημα 32).

Η έντονη προσπάθεια μείωσης του κόστους του υγειονομικού τομέα οδηγεί πολλές φορές στη τεχνητή μετατόπιση του προβλήματος στο χώρο της ασφάλισης και στην προσπάθεια μείωσης των ελλειμμάτων μέσω της αύξησης των ασφαλιστικών εισφορών ή μείωσης της ζήτησης μέσω της μείωσης των ασφαλισμένων. Είναι χαρακτηριστική η περίοδος κατά την οποία ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ήταν πλήρως ακάλυπτο για υγειονομικές παροχές, ιδιαίτερα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθότι τύγγανε ανασφάλιστο, λόγω της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας που αυτή επέφερε. Κατά το έτος 2013 η Ελλάδα είχε το μεγαλύτερο ποσοστό ανασφάλιστων (21%), μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Πίνακας 14), αισθητά μεγαλύτερο ακόμα και από τις ΗΠΑ (13,4%), που είναι διαχρονικά η χώρα με τα μεγαλύτερα ποσοστά ανισότητας στην πρόσβαση. Οι ανασφάλιστοι δεν είχαν υγειονομική κάλυψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενώ είχαν βασικά προβλήματα πρόσβασης στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, οπότε και το σύστημα υγείας απαιτούσε λιγότερους πόρους. Έτσι, μειώθηκε τεχνητά το κόστος του συστήματος δια της "εξαφάνισης" του ενός πέμπτου του πληθυσμού.

Πίνακας 13 : Περικοπές συντάξεων ανά Νόμο (5/2010- 9/2015) ⁵⁴

	Μήνας ψήφισης	Νόμος	Κύρια /επικ.	Περιγραφή
1	Μάιος 2010 (προ μνημονίου)	3845/10	Κύριες	Περικοπή δώρων και αντικατάσταση με επιδόματα (€800 συνολικά, με εξαιρέσεις). Επικουρικές παραμένουν επί 14.
2	Ιούλιος 2010 (Μνημόνιο Ι)	3863/10 3865/10	Κύριες. Μερικές επικ..	Βασική ασφαλιστική μεταρρύθμιση. Ορίζει νέο σύστημα για μετά το 2015. Μεταβατικές ρυθμίσεις και εξαιρέσεις για ώριμα δικαιώματα. «Διασφαλίζει βιωσιμότητα»
3	Σεπτ. 2011 (εφαρμογή 8/10)	3869/11	Κύριες	Ειδική Εισφορά αλληλεγγύης συνταξιούχων Μειώσεις κλιμακωτά από 3% από €1,4 χιλ ως 13% για άνω των €3,5 χιλ επί του συνόλου του ποσού ¹
4	Σεπτ. 2011 (εφαρμογή 9/11)	3869/11	Επικ	Μειώσεις κλιμακωτά από 3% >€300 ως 10% για >€650
5	Ιούλιος 2011 (μεσοπρόθεσμο)	3986/11 4002/11	Κύριες	Μεγαλύτερες μειώσεις για συνταξιούχους <60 ετών 6% > €1700 ως 10% για >€3000 επί του συνόλου ¹
6	Οκτώβριος 2011 (εφαρμογή 11/11)	4024/11	Κύριες	Περαιτέρω μειώσεις για νεότερους συνταξιούχους <55 ετών : 40% μείωση για >€1000 <60 ετών: 20% μείωση για >€1200
7	Οκτώβριος 2011 (εφαρμογή 11/11)	4024/11	Επικ.	(a) ΕΤΕΑΜ – μείωση 30% αν >€150 (b) Άλλα επικ – γενική μείωση 15%. (c) ΔΥ μείωση δεύτερης επικουρικής 20%
8	Μάρτιος 2012 (εφαρμογή 1/12) (Μνημόνιο ΙΙ)	4046/12	Κύριες	Περαιτέρω μειώσεις 12 % σε συντάξεις >€1300
9	Μάρτιος 2012 (εφαρμογή 1/12)	4046/12	Επικ	Όλες οι επικουρικές συντάξεις (a) <250 μείωση 10% ¹ (b) 250-300; μείωση 15% (c) >300κ Μείωση of 20%
10	Νοέμβριος 2012 (εφαρμογή 1/13)	4093/12	(Κύριες+επικ)	Στο σύνολο συντάξεων (Κύρια+ επικουρική) (a) €1000-1500 μείωση 5% στο σύνολο ¹ (b) 1500-2000 μείωση 10% στο σύνολο ¹ (c) 2000-3000 μείωση 15% στο σύνολο ¹ (d) > 3 000 μείωση 20% στο σύνολο ¹ Κατάργηση επιδομάτων δώρων στις κύριες και επικουρικές
11	Ιούλιος 2014	4254/12 (Ρήτρα)	Επικ. ΕΤΕΑ	-5,2% σε όλες τις επικουρικές ΕΤΕΑ (Μετοχικά ταμεία ΔΥ και ενστόλων εξαιρούνται)
12	Αύγουστος 2015 (Μνημόνιο ΙΙΙ)	4336/15	Κύριες + επικ.	Επιβολή 6% εισφοράς υγείας σε κύριες και επικουρικές Κύριες +2 % επί του ποσού προ περικοπών Επικ. +6% επί ποσού μετά περικοπών

Γράφημα 32 : Σωρευτικές μειώσεις συντάξεων (4/2010 - 9/2015) ⁵⁵⁵⁴ Πηγή : ΕΒΕΑ⁵⁵ Πηγή : ΕΒΕΑ

Πίνακας 14 : Κάλυψη βασικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (2013) ⁵⁶

Country	Automatic coverage (tax-financed)	Compulsory Insurance coverage	Voluntary coverage	Other	Not insured
Australia	100.0				
Austria		99.5			0.5
Belgium		99.0			1.0
Canada	100.0				
Chile (a)	22.5	72.2	1.9		3.5
Czech Republic		99.0	1.0		
Denmark	100.0				
Estonia	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Finland	100.0				
France		100.0			
Germany		100.0			
Greece (b)		79.0			21.0
Hungary		100.0			
Iceland	100.0				
Ireland	100.0				
Israel		100.0			
Italy	100.0				
Japan		98.5		1.5	
Korea	3.4	96.6			
Luxembourg (c)		97.6			2.4
Mexico (d)		45.5	47.4		7.1
Netherlands		100.0			
New Zealand	100.0				
Norway	100.0				
Poland		97.7			
Portugal	100.0				
Slovak Republic		100.0			
Slovenia		100.0			
Spain	99.3	0.4	0.3		
Sweden	100.0				
Switzerland		100.0			
Turkey		99.8			0.2
United Kingdom	100.0				
United States (a,e)	34.3		64.2		13.4

Notes: (a) Coverage by government program is not always automatic, people have to enrol. (b) Data for 2013 (c) A very small proportion of the population is covered on a voluntary basis, but they are included column 2, as the exact percentage is not known. (d) A proportion of citizens are covered both by insurance related to their employment, and by the *Seguro Popular*, a voluntary public health insurance scheme open to all citizens. The main source of coverage is actually *Seguro Popular*, which is state-run but voluntary. (e) The sum of percentages is higher than 100% because some people have both public and private coverage. Source: OECD Health system characteristics Survey 2012, Secretariat's estimates and U.S. Census Bureau Health Insurance Coverage in the United States 2013.

Από την άλλη, υπήρξαν προτάσεις, όπως του πρώην Γενικού Γραμματέα Κοινωνικών Ασφαλίσεων κ. Ρωμανιά⁵⁷, που υποστηρίζουν ότι η αλλαγή του μοντέλου του συστήματος, από μεικτό σε beverage, είναι αναγκαία, τόσο για τον εξορθολογισμό των δαπανών όσο και για τη επίτευξη δικαιοσύνης. Η καθολική κάλυψη υγείας είναι ένα στοίχημα που απαιτεί διεύρυνση των παροχών υγείας και προς τις τρεις κατευθύνσεις και δεν μπορεί να σχετίζεται αποκλειστικά με τη λογιστική ισορροπία. Το κάθε σύστημα υγείας δεν απαιτείται να είναι μόνο οικονομικά βιώσιμο αλλά πρωτίστως κοινωνικά αποτελεσματικό. Εξάλλου, το

⁵⁶ Πηγή : ΟΟΣΑ.

⁵⁷ "Δύο διαφορετικές προτάσεις για το ασφαλιστικό του μέλλοντος", *enikonomia.gr*, 19 Φεβρουαρίου 2015, διαθέσιμο στο: <http://www.enikonomia.gr/timeliness/14656,Dyo-diaforetik-es-protaseis-gia-to-asfalistiko-toy-mellontos-.html> [προσπελάστηκε: 13 Οκτωβρίου 2017].

κράτος έχει πολλαπλά εκμεταλλευτεί τα αποθεματικά των ασφαλιστικών ταμείων διαχρονικά, ενώ τα εξαφάνισε πρακτικά μετά τη συμφωνία "κουρέματος" του ελληνικού δημοσίου χρέους με τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα (PSI) το 2012. Όμως, το κράτος, υπό την καθοδήγηση των διεθνών πιστωτών της χώρας, αντί να αναλάβει τις ευθύνες του έναντι των ασφαλισμένων, οδηγείται σε σταδιακή αποχώρηση και από την κοινωνική ασφάλιση. Μετατρέπει την ασφάλιση από κοινωνική σε επαγγελματική και το συνταξιοδοτικό σύστημα από διανεμητικό σε κεφαλαιοποιητικό, εγγυώμενο μόνο για ένα μικρό μέρος των συντάξεων, που ονομάζεται εθνική σύνταξη και είναι πολύ κάτω από το όριο της φτώχειας. Με αυτό τον τρόπο αυξάνει ακόμα περισσότερο τις ήδη αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες και περιορίζει δραστικά την πρόσβαση στις παροχές υγειονομικής φροντίδας.

Ένα προβληματικό σύστημα υγείας και πρόνοιας με ελάχιστες παροχές μπορεί να είναι οικονομικά βιώσιμο και με ισοσκελισμένους προϋπολογισμούς, όμως δεν είναι στο απαιτούμενο ύψος κοινωνικής προσφοράς. Όταν η οικονομική βιωσιμότητα συνίσταται στη συστηματική μείωση των παροχών και ελάχιστα στην αύξηση των εσόδων, τότε η κοινωνική αποτελεσματικότητα και η αξιοπρεπής διαβίωση χάνουν το νόημά τους. Το ίδιο ισχύει όταν η αύξηση των εσόδων καλύπτεται σχεδόν αποκλειστικά από τους ασφαλισμένους ή τους ασθενείς λόγω αποχώρησης του κράτους. Στις μέρες μας, αντί να αναγνωριστεί ισομερώς ο οικονομικός στόχος και η κοινωνική του λειτουργία, λόγω των ευρύτερα εδραιωμένων πολιτικών επιλογών του νεοφιλελευθερισμού, οδηγούμαστε σε μια όλο και μεγαλύτερη υποταγή των κοινωνικών στόχων στις οικονομικές ανάγκες, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η αλληλεπίδρασή τους. Έτσι, ίσως οδηγηθούμε στο τέλος σε βιώσιμα συστήματα αλλά όχι σε μη βιώσιμη κοινωνία.

4. Το επίπεδο υγείας των πολιτών κατά την κρίση

Η οικονομική κρίση, ανεξαρτήτως των επιπτώσεών της στο σύστημα υγείας ή στο ασφαλιστικό σύστημα, έχει άμεσες επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών, αφού έχει πάρει το χαρακτήρα κοινωνικής κρίσης, με κύριο άξονα την δραστική μείωση της απασχόλησης, την κοινωνική περιθωριοποίηση ευρύτατων κοινωνικών ομάδων και την επιδείνωση της οικονομικής τους κατάστασης. Η ραγδαία μείωση της απασχόλησης έχει άμεσες επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας

που βασίζονται σε εισφορές των εργαζομένων (Λιαρόπουλος, 2010), όπως το ελληνικό, αλλά έχει επίσης και πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις στην οικονομική δυνατότητα των ασθενών να καλύψουν το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών, σε συστήματα που απαιτούν μεγάλη συμμετοχή ιδιωτικής δαπάνης, όπως το ελληνικό. Η ανεργία, η απώλεια εισοδήματος και η ανασφάλεια στην εργασία οδηγούν μεγάλες ομάδες πληθυσμού στη φτώχεια και στον κοινωνικό αποκλεισμό. Στα καπιταλιστικά συστήματα, οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης δεν κατανέμονται ομοιογενώς στις κοινωνικές τάξεις, με αποτέλεσμα τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερη στάθμη να διατρέχουν περισσότερο κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας εξ αιτίας προβλημάτων στο εισόδημα, στην εκπαίδευση, στη στέγαση, στη διατροφή και στην ιατρική περίθαλψη, αφού αυτοί είναι παράγοντες που δρουν αθροιστικά και επηρεάζουν καθοριστικά την κατάσταση υγείας του πληθυσμού (Κυριόπουλος, 2010).

Οι πολιτικές δυνάμεις, που καθορίζουν τις πολιτικές επιλογές που επιβάλλουν οι διεθνείς οργανισμοί, αγνοούν την πραγματικότητα, την οποία επαληθεύουν και εμπειρικές έρευνες (Rigby et. al., 2016), ότι προκύπτει καλύτερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού όταν υπάρχει νομική προστασία για εγγυημένο ελάχιστο μισθό ή για φορολογικές ελαφρύνσεις για τους φτωχούς και γενικά νόμοι που ευνοούν την αναδιανομή και την αύξηση των εισοδημάτων των οικονομικά ασθενέστερων κοινωνικών στρωμάτων. Έτσι, η γενικευμένη επισφάλεια που παράγουν τα καπιταλιστικά συστήματα, στην εργασία, στην κατοικία, στο εισόδημα και γενικά στις συνθήκες διαβίωσης, και που καθίσταται ανεξέλεγκτη σε περιόδους κρίσεων, οδηγεί όλο και μεγαλύτερες κοινωνικές ομάδες στον κοινωνικό αποκλεισμό και την απομόνωση, καταστάσεις που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του πληθυσμού, με μείωση της αυτοεκτίμησης, διαταραχές της διάθεσης, άγχος, κατάθλιψη και αυτοκτονίες (Chang et al., 2013) αλλά και την γενική κατάσταση υγείας, με αύξηση καρδιαγγειακών και αναπνευστικών παθήσεων (Mucci et al., 2016) .

Η φτώχεια εξάλλου, σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση ασθενειών, μολυσματικών ή μη, εξ αιτίας του υποβαθμισμένου περιβάλλοντος, της ανεπαρκούς σίτισης και του ανθυγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος (Μαλλιάρου, Σαράφης, 2012). Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας είναι πολύ σημαντικοί ως προς τη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Stuckler et. al., 2009; Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010). Έρευνα που έγινε πριν από την οικονομική κρίση σε

26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Stuckler et. al., 2009) έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%, ενώ η αύξησή της πάνω από 3% για μακρά περίοδο επιδρά στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες κατά 4 - 4.5%. Επίσης διαπιστώθηκε η σχέση μεταξύ υψηλής θνησιμότητας από κατάχρησης οινόπνευματος, διαπίστωση που αναδεικνύει τη σχέση της ανεργίας με τις ψυχικές διαταραχές. Άλλη έρευνα που έγινε σε 13 ευρωπαϊκές χώρες (Economidou et. al., 2008) κατέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της θνησιμότητας με την ανεργία. Προέκυψε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% σχετίζεται με αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2.18. Επιπροσθέτως προέκυψε θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Τέλος, η χρόνια ανεργία και η οικονομική κρίση προκαλούν υψηλή νοσηρότητα και αυξημένο κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας ιδιαίτερα σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και μειονότητες όπως μετανάστες, φορείς μολυσματικών ασθενειών και χρονίως πάσχοντες από ψυχικά νοσήματα (Wilkinson, 1996).

Ο βαθμός όμως επίπτωσης των οικονομικών κρίσεων στην υγεία εξαρτάται από το βαθμό προστασίας και κοινωνικής υποστήριξης που απολαμβάνουν οι πολίτες. Σημαντικό ρόλο παίζει ο βαθμός έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου, η κοινωνική προστασία (επίσημη πρόνοια) και η κοινωνική συνοχή (άτυπη πρόνοια). Δεδομένης της όλο και μεγαλύτερης υποβάθμισης αξιών όπως η συλλογικότητα και η αλληλεγγύη στις μετα-μοντέρνες κοινωνίες και της όλο και μεγαλύτερης ιδιώτευσης των ανθρώπων, καταστάσεις που οδηγούν στην απίσχναση της κοινωνικής συνοχής, καθίσταται ακόμα πιο καθοριστικός ο ρόλος του κράτους και της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης στη διαμόρφωση του αναγκαίου πλέγματος προστασίας του πληθυσμού. Το κοινωνικό περιβάλλον, του διαρκούς ρίσκου και της μόνιμης ανασφάλειας, όταν δεν υπάρχει κοινωνική μέριμνα καθίσταται αβίωτο και απάνθρωπο.

Στην Ελλάδα, παρατηρείται κατά τα χρόνια της κρίσης, πρώτα από όλα, μια σημαντική μείωση των γεννήσεων και μια ταυτόχρονη αύξηση της μετανάστευσης, που οδηγούν στην μείωση του πληθυσμού (Γράφημα 33) και στην αύξηση του μέσου όρου ηλικίας του. Οι γεννήσεις έχουν πέσει στο χαμηλότερο επίπεδο ιστορικά από τότε που υπάρχουν στοιχεία (Πίνακας 15), ως αποτέλεσμα της ανασφάλειας που βιώνουν οι πολίτες, ενώ μετά το 2010 υπάρχει σταθερά αρνητική φυσική μεταβολή του πληθυσμού, η οποία εκτιμάται ότι θα συνεχιστεί και θα οδηγήσει σε σημαντική

μείωση το συνολικό πληθυσμό της χώρας μέχρι το 2050 και σε σοβαρή δημογραφική γήρανσή του (Γράφημα 34). Ταυτόχρονα, ως αποτέλεσμα της κρίσης, έχει δημιουργηθεί, για πρώτη φορά μετά το 1974, ένα σημαντικό και σταθεροποιημένο πια κύμα μετανάστευσης, το οποίο τροφοδοτεί επίσης τη συνολική μείωση του πληθυσμού (Γράφημα 35).

Γράφημα 33 : Υπολογιζόμενος πληθυσμός της Ελλάδας (2002-2015) ⁵⁸



Πίνακας 15 : Γεννήσεις και θάνατοι στην Ελλάδα (1931-2014) ⁵⁹

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

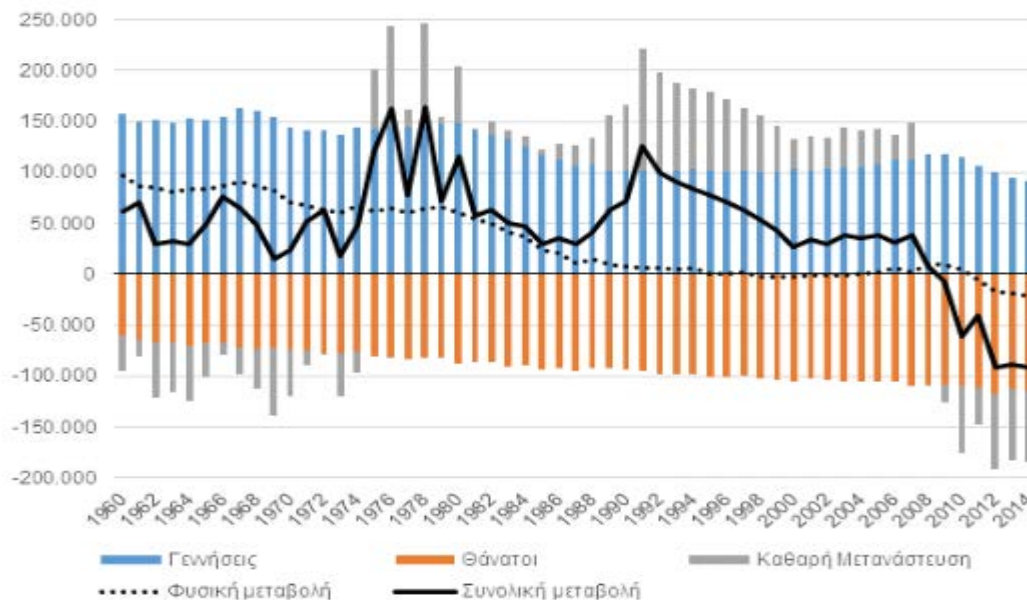
⁵⁸ Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή

⁵⁹ Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή

Γράφημα 34 : Προβολή του πληθυσμού της Ελλάδος 2015-2050 ⁶⁰



Γράφημα 35 : Φυσική Μεταβολή (γεννήσεις-θάνατοι), μετανάστευση και συνολική μεταβολή πληθυσμού στην Ελλάδα 1960-2014 ⁶¹



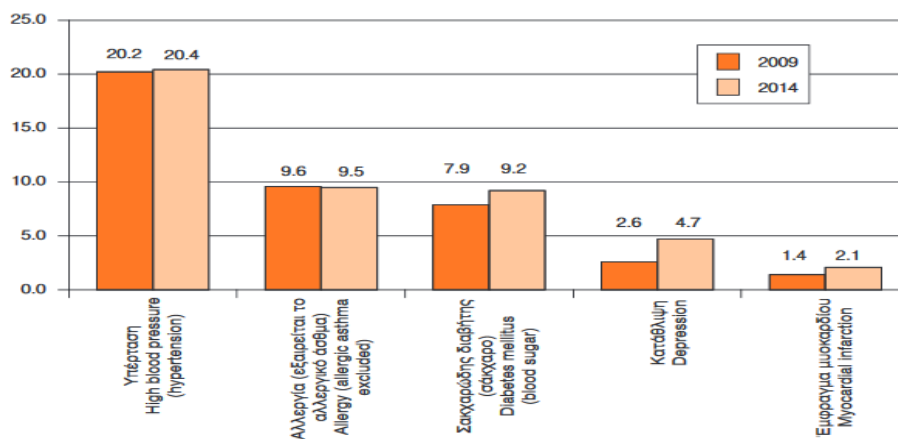
Στο τομέα της σωματικής νοσηρότητας, η μεγαλύτερη έξαρση σε περιόδους οικονομικής κρίσης παρατηρείται, τόσο διεθνώς όσο και στην περίπτωση της Ελλάδας, στα λοιμώδη νοσήματα, όπως η φυματίωση, η γρίπη και τα σεξουαλικά

⁶⁰ Πηγή : IOBE

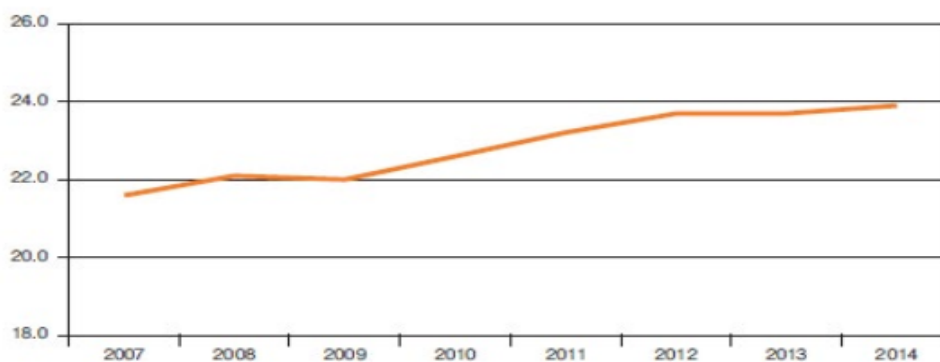
⁶¹ Πηγή : World Bank

μεταδιδόμενα νοσήματα, λόγω της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης και διατροφής και της δυσκολίας πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Στην Ελλάδα της κρίσης, το ΚΕΕΛΠΝΟ κατέγραψε, ήδη από το 2010, αύξηση κρουσμάτων φυματίωσης και θανάτων από γρίπη, καθώς και επανεμφάνιση της ελονοσίας και κρούσματα του ιού του Δυτικού Νείλου. Επίσης, χαρακτηριστικό είναι ότι, το 2011, η μόλυνση από τον ιό HIV σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, είχε αύξηση άνω του 1.000%, λόγω της διακοπής του προγράμματος διακοπής δωρεάν συριγγών (Τούντας κ.α., 2016).

Περαιτέρω, μεταξύ 2009 και 2014, παρατηρείται μια μικρή αύξηση του σακχαρώδους διαβήτη (από 7.9% σε 9.2%) και του εμφράγματος (από 1.4% σε 2.0%) στον πληθυσμό και μία σημαντική αύξηση της κατάθλιψης (από 2.6% σε 4.7%), η οποία αντιστοιχεί σε αύξηση άνω του 80% (Γράφημα 36). Επίσης, αναλύοντας τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών από τα νοσοκομεία, διαπιστώνεται ότι αυξήθηκαν σημαντικά οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, μεταξύ 2000 και 2010 (Πίνακας 16). Ειδικότερα, οι γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις αυξήθηκαν κατά 77%, οι συναισθηματικές ψυχώσεις κατά 34%, το σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης κατά 51% και το σύνδρομο φαρμακευτικής εξάρτησης κατά 33%. Σύμφωνα με έρευνα που αξιολόγησε τη συσχέτιση της ανεργίας με την αυτοαναφερόμενη υγεία και ψυχική υγεία, κατά τα έτη 2008 έως 2013 (Drydakis, 2015), διαπιστώθηκε επιδείνωση της υγείας και της ψυχικής υγείας κατά την περίοδο 2010-2013 όπου η ανεργία ήταν πολύ υψηλότερη. Σύμφωνα με άλλη έρευνα (Ευθυμίου κ.α., 2013), που πραγματοποιήθηκε το 2009-2010, βρέθηκε πως τα άτομα που αντιμετώπιζαν αυξημένες οικονομικές δυσκολίες διέτρεχαν τριπλάσιο κίνδυνο να παρουσιάσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία. Οι άνεργοι διέτρεχαν διπλάσιο κίνδυνο από τους εργαζόμενους και 2,5 φορές πιο μεγάλη πιθανότητα να αναπτύξουν ιδέες αναξιοτήτας για τη ζωή. Σημαντικά είναι επίσης τα ευρήματα έρευνας που συγκρίνει την αυτοεκτίμηση σε μαθητές λυκείου, το 2002 και το 2010 (Lazaratou et. al., 2015), όπου προκύπτει ότι οι έφηβοι είχαν σαφώς μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση κατά το 2002, η οποία μειώνεται το 2010, με ιδιαίτερα μεγαλύτερα ποσοστά στους μαθητές τεχνικών σχολών παρά γενικών λυκείων. Γενικότερα, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση, αυξάνει μεταξύ 2009 και 2014, με μεγαλύτερη αυξητική τάση τα έτη 2009-2012 (Γράφημα 37).

Γράφημα 36 : Επιπολασμός νοσημάτων στην Ελλάδα (2009 και 2014) ⁶²Πίνακας 16 : Αριθμός εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές (2000 και 2010) ⁶³

ΝΟΣΗΜΑ	ΕΤΟΣ	
	2000	2010
Σύνολο	35.789	39.113
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις	1.778	3.140
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1.796	1.729
Συναισθηματικές ψυχώσεις	6.338	8.455
Άλλες ψυχώσεις	14.143	14.101
Νευρώσεις και διαταραχές προσωπικότητας	2.680	2.445
Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης	1.509	2.283
Φαρμακευτική εξάρτηση	1.716	2.293
Διαταραχές φυσιολογικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχικούς παράγοντες	155	114
Πνευματική καθυστέρηση	645	419
Λοιπές ψυχικές διαταραχές	5.029	4.154

Γράφημα 37 : Ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει χρόνια πάθηση ⁶⁴⁶² Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή.⁶³ Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή.⁶⁴ Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Οι διάφορες έρευνες καταδεικνύουν, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, το ποιές είναι οι πιο ευάλωτες δημογραφικές ομάδες σε ψυχικές διαταραχές, καταθλιπτικά επεισόδια και αυτοκτονικό ιδεασμό. Έρευνα του 2008-2009 διαπίστωσε ότι οι ομάδες αυτές είναι οι γυναίκες, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι χήροι/-ες και οι διαζευγμένοι, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τα άτομα με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, οι άνεργοι και οι διαμένοντες στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας (Madianos et. al., 2011). Επιπλέον, καταγράφηκε σχεδόν διπλασιασμός του αυτοκτονικού ιδεασμού (από 0,6% το 2008 σε 1,1% το 2009) και περισσότερο από διπλασιασμός των συμμετεχόντων σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (από 2,4% το 2008 σε 5,2 το 2009). Σε αντίστοιχη έρευνα του 2011 (Economidou, 2013) ο επιπολασμός του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ανήλθε στο 8,2% και η πιθανότητα εμφάνισης νόσου ήταν 2,6 φορές υψηλότερη από το 2008. Αναφορικά με τον πραγματικό αριθμό των αυτοκτονιών στη χώρα, αν και είναι διαχρονικά από τους χαμηλότερους μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, παρουσιάζει αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια της κρίσης, ειδικά μεταξύ των ανδρών (Πίνακας 17).

Πίνακας 17 : Αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού στην Ελλάδα (2000-2015) ⁶⁵

Country	Sex	2015	2010	2005	2000
Greece	Both sexes	4.3	4.0	3.9	3.9
	Male	7.1	6.5	6.3	6.2
	Female	1.7	1.6	1.6	1.6

Δεδομένου ότι υγεία δεν είναι μόνο η απουσία νόσου αλλά η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, καθίσταται σημαντική η διερεύνηση, όχι μόνο των βιολογικών παραμέτρων, αλλά και της ευεξίας και της λειτουργικότητας. Έτσι, αναπτύχθηκε και διερευνάται πλέον η έννοια της "Ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία" (ΠΖσΥ), η οποία περιλαμβάνει δείκτες των νοητικών, συναισθηματικών, σωματικών, κοινωνικών και συμπεριφορικών συνιστωσών της ευεξίας και της λειτουργικότητας, λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο με τον οποίο γίνονται αντιληπτές από το ίδιο το άτομο (Τούντας, 2016). Οι μελέτες του ΙΚΠΙ Hellas Health II (2008), III (2010), V (2013), και VI (2015) διερευνούν αυτές

⁶⁵ Πηγή : ΠΟΥ.

τις συνιστώσες, κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης, και διαπιστώνεται ότι υπήρξε σημαντική μείωση του δείκτη σωματικής υγείας το διάστημα 2013-2015 και σημαντική μείωση του δείκτη ψυχικής υγείας το διάστημα 2010-2015 (Πίνακας 18).

Πίνακας 18 : Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (2008-2010-2013-2015) ⁶⁶

	ΕΤΟΣ							
	2008		2010		2013		2015	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Σωματική Υγεία*	48.9	10.9	50.4	10.2	53.6	6.9	48.4	10.2
Ψυχική Υγεία*	48.8	10.5	49.5	9.9	46.0	11.4	45.8	11.2

5. Οι επιπτώσεις της κρίσης στο χώρο της υγείας

Είναι ευρύτερα αποδεκτή η άποψη ότι η οικονομική κρίση έχει επιδράσει αρνητικά στη δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας αλλά και στην ίδια την υγεία των πολιτών. Όπως είδαμε παραπάνω, οι εφαρμοζόμενες πολιτικές επέδρασαν περιοριστικά, τόσο ως προς τη χρηματοδότηση, όσο και ως προς την επάρκεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά και εις βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στους επιδημιολογικούς δείκτες και αυξήθηκε το φορτίο νοσηρότητας του πληθυσμού, ειδικά στις ευάλωτες ομάδες, λόγω αύξησης της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού και επιδείνωσης των κοινωνικών ανισοτήτων.

Πλήθος μελετών που έγιναν ειδικά για την Ελλάδα έδειξαν ότι το επίπεδο της αυτοεκτιμούμενης υγείας του πληθυσμού επηρεάστηκε αρνητικά από την οικονομική κρίση (Zavras et. al., 2012; Vandonos et. al., 2013) και ειδικότερα το επίπεδο υγείας των ανέργων (Kentikelenis et. al., 2011; Drydakis, 2015). Η ψυχική υγεία, η οποία είναι ιδιαίτερα ευάλωτη σε ταχείες οικονομικές διακυμάνσεις (Durkheim, 1897/2006), επηρεάστηκε αρνητικά (Economou et. al., 2013) και οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν (Economou et. al., 2011; Kondilis et. al. 2013) ενώ παρατηρήθηκε δυσανάλογα μεγάλη επιβάρυνση νοσηρότητας και θνησιμότητας από μεγάλες επιδημίες, όπως του ιού της γρίπης Α (H1N1) (Bonovas, Nikolopoulos, 2012). Αν και το επίπεδο υγείας εκφράζεται μέσω δεικτών όπως είναι το προσδόκιμο ζωής και το ποσοστό θνησιμότητας, επιλέγεται ως πιο πρόσφορη η χρήση του αυτοεκτιμούμενου

⁶⁶ Πηγή : Τούντας, 2016.

επιπέδου υγείας, ως δείκτη με πιο άμεσα αποτυπούμενα αποτελέσματα (Χλέτσος, 2015). Η επιδείνωση αυτή της υγείας των πολιτών, εκτός των άλλων, οδήγησε και στην αύξηση της ζήτησης για παροχή υγειονομικής φροντίδας από το δημόσιο σύστημα υγείας. Ο βαθμός ανταπόκρισης του συστήματος σε αυτή την αυξημένη ζήτηση είναι που κρίνει και την ένταση των επιπτώσεών της σε αυτό.

Επιπροσθέτως, η κρίση βρήκε το σύστημα υγείας ήδη αντιμέτωπο με σοβαρά δημοσιονομικά και διαρθρωτικά προβλήματα καθώς και με την αυξανόμενη δυσaréσκεια των πολιτών για την κατάστασή του και για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ήδη, πριν το 2009, το σύστημα παρουσίαζε πολλαπλές αδυναμίες και παθογένειες. Η οικονομική κρίση ήρθε να επιδεινώσει την κατάσταση και να καταστήσει επιτακτικότερη την ανάγκη εξεύρεσης λύσεων στα χρόνια προβλήματα του συστήματος, άλλως οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών θα είναι δραματικές, όσο η κρίση θα βαθαίνει (Χλέτσος, 2015). Γενικότερα, είναι αδήριτη η ανάγκη για δημοσιονομική σταθερότητα και οικονομική βιωσιμότητα, η οποία όμως πρέπει πάντα να σταθμίζεται με την ανθρωπιστική υπευθυνότητα και την κοινωνική αποδοτικότητα.

Η ελληνική κυβέρνηση έχει κληθεί να μειώσει δραστικά τις δημόσιες δαπάνες για την παροχή υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης, ως ποσοστό του ΑΕΠ, κατά τα τελευταία χρόνια, λόγω των δεσμεύσεων που έχει αναλάβει έναντι των δανειστών της για δημοσιονομική βιωσιμότητα. Αν και διαχρονικά, η δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ήταν μικρότερη από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, εν τούτοις απαιτήθηκε αυτή να διαμορφωθεί σε επίπεδο χαμηλότερο του 6% του ΑΕΠ. Έτσι, αυτή μειώθηκε από 6,8% το 2009 σε 6% το 2013, ενώ ταυτόχρονα το ΑΕΠ μειωνόταν κατά 27% (Γράφημα 38). Την περίοδο 2005 - 2013 οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες για υγεία σε πραγματικές τιμές αυξήθηκαν στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ κατά 2,2% και στην Ελλάδα μειώθηκαν κατά 4,1%. Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε την περίοδο 2009 - 2010 (-13,2%) και την περίοδο 2011 - 2012 (-12,8%) (Χλέτσος, 2015).

Γράφημα 38 : Εξέλιξη ελληνικού ΑΕΠ 2008-2016 ⁶⁷

Προκειμένου να εξαλειφθούν τα χρόνια προβλήματα και δυσλειτουργίες του ελληνικού συστήματος υγείας θα έπρεπε να μειωθούν οι δαπάνες και να αυξηθούν τα έσοδα, έτσι ώστε να επιτευχθεί δημοσιονομική σταθερότητα. Όμως, ενώ η μείωση επετεύχθη, έστω βίαια και πιθανώς εις βάρος της επάρκειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα έσοδα δεν αυξήθηκαν ανάλογα, εξ αιτίας της μείωσης του εθνικού εισοδήματος και της αύξησης του αριθμού των ανέργων και των ανασφάλιστων. Επιπλέον, η οριζόντια λογική των περικοπών, αν και επέφερε μείωση των προϋπολογισμών, δεν επέφερε αύξηση της αποδοτικότητας των φορέων υγείας, όπως π.χ. τα νοσοκομεία (Kaitelidou et. al., 2012; Katharakis et. al., 2013). Ταυτόχρονα το σύστημα πιάστηκε να προσφέρει μεγαλύτερη ποσότητα υπηρεσιών υγείας, λόγω της επιδείνωσης των οικονομικών δυνατοτήτων του πληθυσμού, με αποτέλεσμα την περαιτέρω συρρίκνωση της επάρκειας και της ποιότητάς τους. Έτσι, η δημοσιονομική σταθερότητα δεν επετεύχθη, ούτε και είναι εφικτή υπό τις παρούσες συνθήκες, ενώ η επιβάρυνση των νοικοκυριών όλο και μεγαλώνει.

Το χρηματοδοτικό βάρος που υφίστανται οι πολίτες προκειμένου να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας, παρόλο που είναι ασφαλισμένοι, γίνεται όλο και πιο δυσβάσταχτο για μεγάλες ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες τείνουν να απέχουν εκουσίως από πολλές ιατρικές και θεραπευτικές πράξεις. Γενικότερα, οι μεταρρυθμίσεις με κύριο γνώμονα τη λιτότητα, αποδυναμώνουν την αρχή της καθολικότητας, η οποία βέβαια ποτέ δεν ίσχυε πλήρως στην περίπτωση του ελληνικού κοινωνικού κράτους (Πετμετζίδου κ.α., 2015). Όμως, το εισόδημα

⁶⁷ Πηγή : World Bank

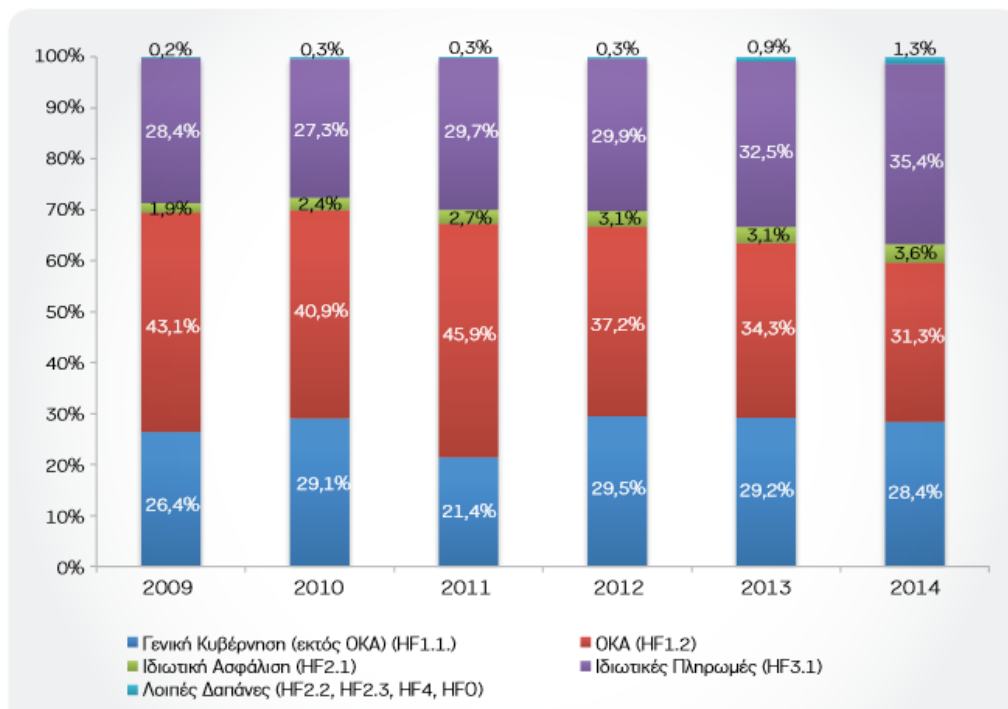
αποτελεί βασικό παράγοντα πρόσβασης σε ένα σύστημα υγείας (Χλέτσος, 2015). Η Ελλάδα, αν και έχει σχεδόν το ίδιο ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας, ως ποσοστό του ΑΕΠ με τις χώρες του ΟΟΣΑ, παρουσιάζει πολύ μεγάλες ιδιωτικές πληρωμές, ως ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών υγείας, σχεδόν 50% υψηλότερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (Πίνακας 19). Επιπροσθέτως, οι ιδιωτικές πληρωμές αυξάνουν συνεχώς, ως ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας, κατά τα χρόνια της κρίσης, αντί να μειώνονται (Γράφημα 39). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την όλο και μεγαλύτερη οικονομική συνεισφορά των νοικοκυριών, τα οποία, αν και μειώνουν τις πληρωμές τους σε πραγματικούς αριθμούς, λόγω οικονομικής αδυναμίας, ταυτόχρονα αυτές αυξάνουν ως ποσοστό επί του οικογενειακού προϋπολογισμού (Γράφημα 40), καθιστώντας το χρηματοδοτικό βάρος όλο και πιο σημαντικό για αυτούς.

Πίνακας 19 : Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία (out-of-pocket money) ως ποσοστό του συνόλου των τρεχουσών δαπανών υγείας ⁶⁸

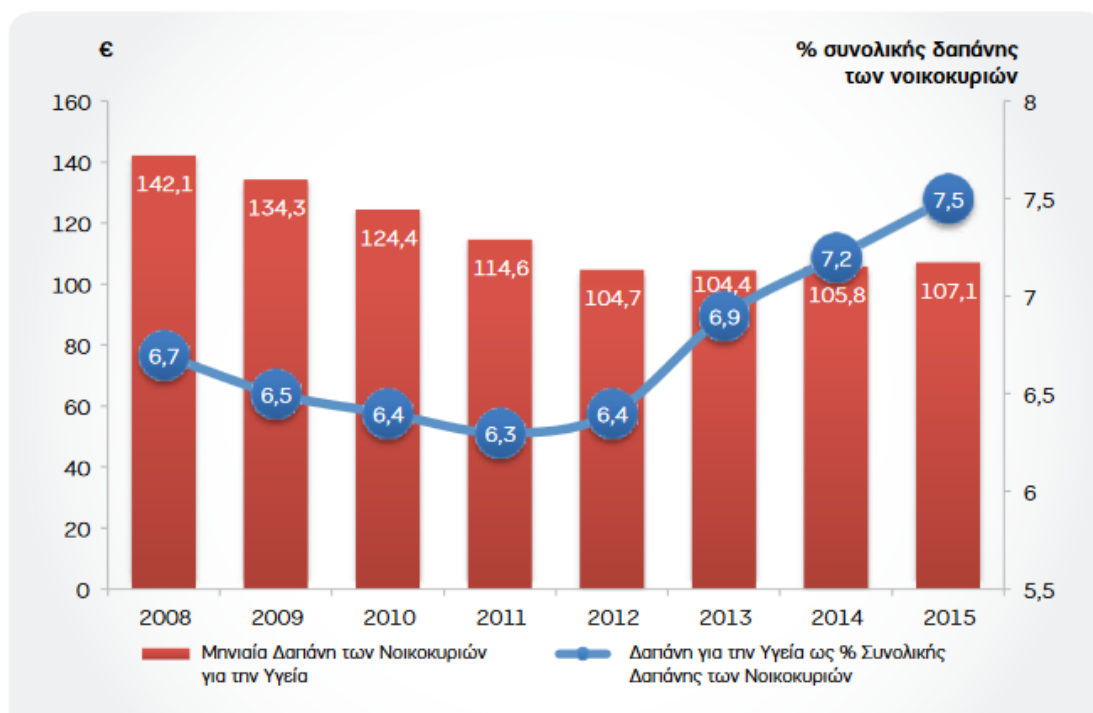
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Australia	19,0	19,1	20,4	19,2	19,9	..
Austria	17,5	17,4	17,7	17,9	17,5	17,4
Belgium	18,5	18,2	17,9	18,7	17,8	17,9
Canada	15,4	15,0	15,4	14,8	14,5	14,3
Chile	36,8	34,2	34,1	34,1	33,1	33,0
Czech Republic	16,1	15,1	15,3	15,0	15,3	14,7
Denmark	14,1	13,7	13,7	13,3	12,9	13,7
Estonia	20,5	21,2	18,7	17,8	20,7	21,8
Finland	19,9	19,8	20,3	19,7	19,1	19,3
France	7,9	7,8	7,7	7,1	6,9	6,7
Germany	14,1	13,9	14,1	14,1	14,1	13,5
Greece	37,9	28,4	29,4	28,7	28,8	30,7
Hungary	26,3	25,9	27,0	27,9	29,3	28,1
Iceland	16,0	16,6	18,2	18,0	17,9	17,8
Ireland	15,3	16,1	18,2	17,7	16,9	..
Israel	25,0	24,8	23,2	23,3	24,1	25,8
Italy	21,3	20,7	20,5	22,0	22,0	21,7
Japan	15,2	15,2	14,6	14,1	14,0	..
Korea	37,9	36,1	35,7	36,0	36,5	36,9
Luxembourg	10,1	9,9	10,2	11,2	11,6	..
Mexico	51,9	50,8	48,9	45,9	45,8	44,7
Netherlands	6,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,3
New Zealand	13,5	12,8	12,6	12,6	12,7	12,6
Norway	15,7	15,3	15,0	15,2	14,8	14,6
Poland	24,4	24,4	23,7	24,0	24,3	23,6
Portugal	25,8	24,6	24,8	26,7	28,8	28,0
Slovak Republic	26,1	26,9	22,8	23,6	23,2	23,3
Slovenia	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6
Spain	21,0	19,1	20,4	20,6	22,1	..
Sweden	16,9	16,9	17,0	14,1	14,5	14,8
Switzerland	24,8	24,7	26,4	26,4	27,2	25,8
Turkey	19,2	14,5	16,9	15,9	15,9	16,9
United Kingdom	9,7	9,5	10,2	9,7	9,9	9,9
United States	13,3	12,8	12,5	12,5	12,4	12,3
OECD AVERAGE	20,2	19,4	19,5	19,3	19,5	19,9

⁶⁸ Πηγή: Χλέτσος, 2015.

Γράφημα 39 : Συμμετοχή στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας
2009-2014 (%) ⁶⁹



Γράφημα 40 : Εξέλιξη της δαπάνης των νοικοκυριών για την υγεία 2008-2015 ⁷⁰



⁶⁹ Πηγή: ΙΟΒΕ

⁷⁰ Πηγή: ΙΟΒΕ

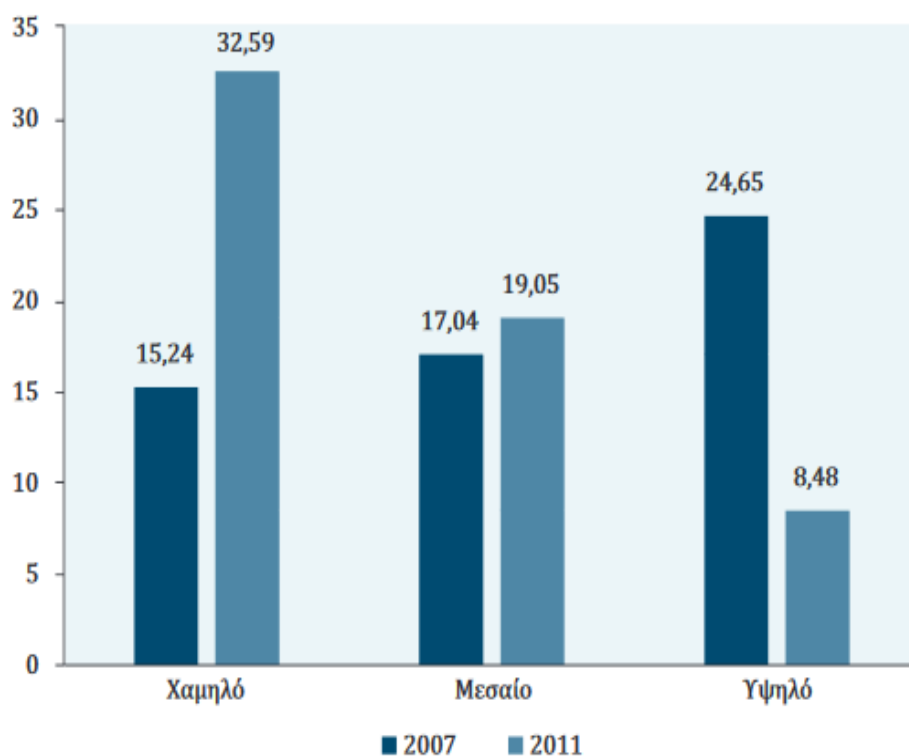
Έτσι και αλλιώς, οι ομάδες του πληθυσμού με χαμηλά εισοδήματα, μειώνουν εκούσια τα αιτήματά τους από το σύστημα. Σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, η καταβολή ασφαλιστικών εισφορών είναι η αναγκαία και ικανή συνθήκη για να έχει ένα άτομο πρόσβαση στο σύστημα υγείας και να απολαμβάνει τις παροχές του, οι οποίες είναι στην Ελλάδα ήδη συρρικνωμένες, ως αποτέλεσμα της συγχώνευσης των ασφαλιστικών ταμείων και τις προς τα κάτω ομογενοποίησης των καλυπτόμενων υπηρεσιών. Η μη καταβολή όμως των παροχών αυτών, είτε γιατί το άτομο είναι ανασφάλιστο είτε γιατί είναι φτωχό, σημαίνει και τον αποκλεισμό του από το σύστημα εκτός και αν ορίζεται διαφορετικά από το κράτος. Παρά όμως τις όποιες νομοθετικές παρεμβάσεις για την πρόσβαση των ανασφάλιστων και των ανέργων, αφενός δεν καλύπτονται ποτέ όλοι και αφετέρου απαιτείται πάλι η οικονομική συμμετοχή του πολίτη στο κόστος απόκτησης ορισμένων υπηρεσιών⁷¹, οπότε τα χαμηλά οικονομικά στρώματα αδυνατούν να τα καταβάλουν, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να λάβουν και τις σχετικές υπηρεσίες (Χλέτσος, 2015). Ένας δείκτης που μπορεί να δείξει το βαθμό πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας είναι το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του σε υπηρεσίες υγείας για οικονομικούς λόγους. Το ποσοστό αυτών των ανθρώπων υπερδιπλασιάζεται μεταξύ των ετών 2004-2013, με πιο ραγδαία αύξησή του κατά τα έτη 2009-2013 (Πίνακας 20). Επιπλέον, το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση λόγω οικονομικού κόστους αυξάνεται στο χαμηλό και μεσαίο εισοδηματικό πεμπτημόριο, από το 2007 μέχρι το 2011, ενώ αντίστοιχα μειώνεται στο υψηλό (Γράφημα 41), ένα εύρημα που αποτελεί ένδειξη ότι οι ανισότητες υγείας στην Ελλάδα έχουν διευρυνθεί ως προς την πρόσβαση και τη χρήση της ιατρικής φροντίδας αλλά επίσης υποδηλώνει ότι η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε αύξηση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης, γεγονός που αποτυπώνεται στις αυξημένες ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική εξέταση, ιδιαίτερα στη βάση, αλλά και στη μέση της εισοδηματικής κλίμακας (Πετμετζίδου κ.α., 2015).

⁷¹ Κάποια σχετικά παραδείγματα είναι η υποχρέωση καταβολής ποσού 5 ευρώ για την εξέταση ασθενούς από νοσοκομειακό ιατρό και ποσού 25 ευρώ για την εισαγωγή στο νοσοκομείο ή το απαιτούμενο ποσοστό οικονομικής συμμετοχής του ασθενούς στην αγορά των φαρμάκων ή των διαγνωστικών εξετάσεων, ανεξαρτήτως οικονομικής του κατάστασης.

Πίνακας 20 : Ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που αναφέρει ακάλυπτη ανάγκη υγείας εξ αιτίας οικονομικού κόστους ⁷²

	Self-reported unmet needs for medical examination	Self-reported unmet needs for dental examination
2004	3,1	4,1
2005	3,2	4,9
2006	4,5	5,0
2007	4,6	5,1
2008	4,2	5,6
2009	4,0	5,7
2010	4,2	5,6
2011	6,2	6,8
2012	6,5	6,9
2013	7,8	8,1

Γράφημα 41 : Ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που αναφέρει ακάλυπτη ανάγκη ιατρικής εξέτασης εξ αιτίας οικονομικού κόστους ανά εισοδηματική κατηγορία ⁷³

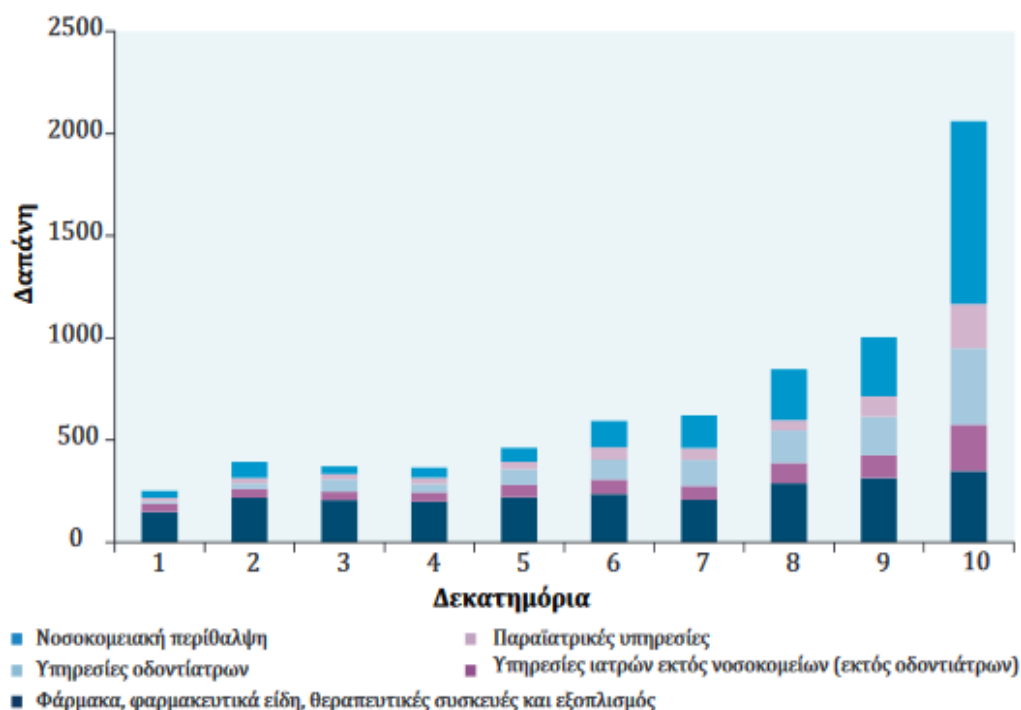


⁷² Πηγή : Eurostat

⁷³ Πηγή : Πετμετζίδου κ.α., 2015

Επιπροσθέτως, οι έντονες κοινωνικές ανισότητες που εμφανίζει η πρόσβαση στην παροχή υπηρεσιών υγείας, και η αδυναμία του να προστατεύσει τα φτωχότερα και πλέον ευάλωτα τμήματα του πληθυσμού, κατά τη διάρκεια της κρίσης, φαίνεται και από τον καταμερισμό της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, ανάλογα με το εισοδηματικό δεκατημόριο του πληθυσμού (Γράφημα 42). Για παράδειγμα, το ύψος των ιδιωτικών δαπανών για φάρμακα των φτωχότερων τμημάτων του πληθυσμού είναι σχεδόν ίσο με αυτό των πιο εύρωστων οικονομικά ατόμων. Δεδομένης της ανελαστικότητας στη ζήτηση για φάρμακα και της ανυπαρξίας εναλλακτικής επιλογής για τους ασθενείς, καθίστανται ακόμα πιο εμφανής η ανισότητα στην πρόσβαση που αυτή η ισότητα ιδρύει. Επιπλέον, παρατηρείται ότι το πλουσιότερο 10% του πληθυσμού δαπανά σε νοσοκομειακή περίθαλψη περισσότερο από ότι αντίστοιχα δαπανούν συνολικά για την υγεία τα άτομα που βρίσκονται στο 1ο έως και το 8ο δεκατημόριο, δηλαδή το 80% του πληθυσμού, ενώ το 2008 δαπανούσε ένα σημαντικό χαμηλότερο ποσό (Παπαθεοδώρου, Μωυσίδου, 2011). Αυτό είναι ενδεικτικό της μείωσης της ποιότητας των υπηρεσιών περίθαλψης που παρέχονται από τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και της επάρκειάς τους, ένεκα των δυσκολιών πρόσβασης και των χρονικών καθυστερήσεων, πράγμα που οδηγεί τα πιο εύρωστα οικονομικά στρώματα προς τη χρήση αντίστοιχων υπηρεσιών που παρέχει ο ιδιωτικός τομέας. Αξιοπρόσεκτο επίσης είναι και το ύψος των δαπανών για οδοντιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες, αναλόγως του ασφαλιστικού φορέα, είτε δεν καλύπτονται καθόλου είτε καλύπτονται μερικώς (Οικονόμου, 2012). Οι δαπάνες αυτές εμφανίζονται ιδιαίτερα χαμηλές στο φτωχότερο 20% με 40% του πληθυσμού σε σχέση με τα τμήματα με μεγαλύτερο εισόδημα. Αυτό δεν οφείλεται σε μειωμένη ανάγκη των φτωχότερων ανθρώπων για οδοντιατρική φροντίδα, αφού οι πρακτικές υγιεινής και οι συνθήκες διαβίωσής τους την καθιστούν ακόμα πιο αναγκαία για αυτούς. Μπορούμε να συμπεράνουμε όμως, ότι τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα καλύπτουν πλημμελώς τις ανάγκες τους για οδοντιατρική φροντίδα και περιορίζονται στις εντελώς απαραίτητες επεμβάσεις. Όσο δε αυξάνει η εισοδηματική κατηγορία, τόσο μεγαλώνει και η δυνατότητα των ατόμων για ολοκληρωμένη οδοντιατρική φροντίδα και για αισθητικές παρεμβάσεις.

Γράφημα 42 : Καταμερισμός μέσης ετήσιας ιδιωτικής δαπάνης για υγεία ανά εισοδηματικό δεκατημόριο πληθυσμού ⁷⁴



Οι επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης δεν είναι όμως εμφανείς μόνο στην ποσότητα και την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και στην ποιότητά τους. Παρά τις νομοθετικές παρεμβάσεις που μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα, όπως η ίδρυση του Εθνικού Κέντρου Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (ΕΚΑΠΤΥ) και οι υποχρεωτικές επιτροπές διασφάλισης ποιότητας και έρευνες ικανοποίησης των ασθενών σε όλα τα νοσοκομεία, που προβλέπει ο Ν.3868/10, υπάρχουν κάποιες μόνιμες παθογένειες του συστήματος που θέτουν εν αμφιβόλω την ποιότητα των υπηρεσιών, όπως η σημαντική έλλειψη προσωπικού, η οποία αναμένεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις και στην αποτελεσματικότητα και στην ποιότητά τους (Economou et. al., 2015). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται βάσει κάποιων κριτηρίων, τα οποία σχετίζονται με την άμεση παροχή της υπηρεσίας, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία της, την ευκολία πρόσβασης σε αυτή, αλλά και την

⁷⁴ Πηγή : Πετμετζίδου κ.α., 2015

υποστήριξη που παρέχεται κατόπιν της διάθεσής της (Μπαλάσκα, Μπιτσιώρη, 2015), παράμετροι οι οποίοι σε μεγάλο βαθμό επηρεάζονται αρνητικά από τον περιορισμό του προσωπικού και της χρηματοδότησης. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι επίσης ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια που προσδιορίζουν το βαθμό ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Αντεριώτη, Αντωνίου, 2014; Κοτσαγιώργη, Γκέκα, 2010). Μολονότι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή είναι μια υποκειμενική έννοια, συχνά διαπνεόμενη από αγοραίες αξίες που δεν προσιδιάζουν σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, εντούτοις θα πρέπει να αποτελεί κύριο μέλημα των υγειονομικών αρχών αλλά και βασικό συστατικό της θεραπείας των ασθενών.

Πίνακας 21 : Εκτίμηση υπηρεσιών υγείας από τους Πολίτες (2007 και 2013) ⁷⁵

	Νοσοκομειακή περίθαλψη			Ειδικότητες ιατρικού προσωπικού			Πρωτοβάθμια φροντίδα			Εκτίμηση της ποιότητας του συνόλου των υπηρεσιών (κακή/καλή) 2013
	Ποιότητα (κακή & αρκετά κακή)	Δυσκολία στην πρόσβαση	Δυσκολία αντιμετώπισης του οικονομικού κόστους	Ποιότητα (κακή & αρκετά κακή)	Δυσκολία στην πρόσβαση	Δυσκολία αντιμετώπισης του οικονομικού κόστους	Ποιότητα (κακή & αρκετά κακή)	Δυσκολία στην πρόσβαση	Δυσκολία αντιμετώπισης του οικονομικού κόστους	
Ισπανία	18%	16%	10%	19%	28%	22%	11%	6%	7%	22%/77%
Ιταλία	37%	31%	33%	25%	39%	49%	23%	17%	16%	42%/56%
Πορτογαλία	42%	34%	40%	41%	53%	78%	38%	33%	37%	44%/55%
Ελλάδα	52%	30%	45%	30%	34%	71%	27%	22%	43%	74%/26%
ΕΕ-27	29%	24%	21%	26%	38%	35%	16%	12%	11%	27%/71%*

Οι επιδόσεις του ελληνικού συστήματος υγείας στον τομέα της ικανοποίησης των ασθενών ήταν ήδη απογοητευτικές ακόμα και πριν από την κρίση. Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωβαρόμετρου, το 2007, διατυπώνονται σημαντικά αρνητικές εκτιμήσεις από μεγάλη μερίδα των πολιτών για την δυσκολία αντιμετώπισης του οικονομικού κόστους, τόσο σχετικά με τη δευτεροβάθμια όσο και σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς και τις υπηρεσίες που παρέχονται από ειδικούς γιατρούς (Πίνακας 21). Το ίδιο ισχύει και για τη δυσκολία στην πρόσβαση, αν και με μικρότερα ποσοστά δυσαρέσκειας. Ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών, οι πολίτες

⁷⁵ Πηγή : Petmesidou et. al, 2014

εκφράζουν αρνητικές γνώμες σε ποσοστό 52% για την νοσοκομειακή περίθαλψη, σε ποσοστό 30% για τις υπηρεσίες ειδικών ιατρών και σε ποσοστό 27% για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Όλοι σχεδόν οι δείκτες ικανοποίησης είναι πολύ χαμηλότεροι από τους αντίστοιχούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και από πολλούς των χωρών της Ισπανίας, της Ιταλίας και της Πορτογαλίας. Νεότερη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου, που διενεργήθηκε το 2013, καταγράφει εκ νέου αρνητικό δείκτη ικανοποίησης των ελλήνων πολιτών, στον τομέα της ποιότητας του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Ελλάδα ξεχωρίζει με ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό δυσαρέσκειας, από το 74% των ερωτηθέντων, τριπλάσιο του ανάλογου ευρωπαϊκού ποσοστού και αισθητά μεγαλύτερου ακόμα και από την Πορτογαλία, που επίσης επηρεάστηκε αρνητικά από την οικονομική κρίση. Φαίνεται ότι η οικονομική κρίση επιδείνωσε τα ήδη σοβαρά προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας και μείωσε αισθητά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να μειωθεί και ο σχετικός δείκτης ικανοποίησης των ασθενών. Η δημοσιονομική λιτότητα και ο εξορθολογισμός του κόστους έγιναν κεντρικές προτεραιότητες, εις βάρος της ποιότητας, της ίσης πρόσβασης και της προσιτότητας (Πετμετζίδου κ.α., 2015).

Συμπεράσματα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με την καταστατική του πράξη, που εκδόθηκε το 1946, όρισε την υγεία ως την "κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας" (WHO, 1946) διευρύνοντας την έννοια πέρα από την ιατρική της διάσταση και συσχετίζοντάς την με παράγοντες όπως το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. Στην ιστορική διακήρυξη της Alma Ata, το 1978, γίνεται σαφές ότι η υγεία αποτελεί ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου της είναι ένας πολύ σημαντικός παγκόσμιος κοινωνικός στόχος, του οποίου η υλοποίηση απαιτεί την ενεργοποίηση και σύμπραξη πολλών κοινωνικών και οικονομικών τομέων πέρα από τον τομέα της υγείας (WHO, 1978). Η ιστορική αυτή αφετηρία, παραμένει επίκαιρη και πολύτιμη, με ιδιαίτερο αξιακό φορτίο για τη βελτίωση της υγείας και την μείωση των ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας, υπό το πρίσμα της κοινωνικής δικαιοσύνης (Κυριόπουλος, 2016). Όμως φαίνεται ότι οι πολιτικές δυνάμεις σήμερα, απομακρύνονται όλο και περισσότερο από αυτό το στόχο, στα πλαίσια της παγκόσμιας επιδίωξης για δημοσιονομική ισορροπία και οικονομική βιωσιμότητα.

Οι κοινωνικοί καθοριστές της υγείας είναι μεν οι πιο σύνθετοι αλλά και οι πιο σημαντικοί παράγοντες στη διαδικασία διαμόρφωσης πολιτικών υγείας. Το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ των μελών του εξαρτώνται, εκτός από άλλους παράγοντες, κατά ένα ποσοστό (10-20%) από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών και κατά μεγαλύτερο ποσοστό (20-30%) από τους ευρύτερους κοινωνικούς - οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Οικονόμου, 2004; Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007; Καραϊσκού κ.α., 2012). Τούτο σημαίνει ότι η σχέση μεταξύ οικονομίας και υγείας είναι μεγάλη αν και δεν είναι μονοσήμαντη ούτε γραμμική. Εξάλλου αυτό διαπιστώνεται, μεταξύ άλλων, και από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, που δείχνουν ότι οι ΗΠΑ, αν και έχουν το μεγαλύτερο κατά κεφαλή ΑΕΠ, παρουσιάζουν τους χειρότερους δείκτες υγείας, ενώ κράτη όπως η Κούβα και η Κίνα, πέτυχαν υψηλά επίπεδα υγείας σε σύγκριση με το κατά κεφαλήν εισόδημα (Πραντσίδου, 2010). Οι κοινωνικές αξίες και οι πολιτικές επιλογές που καθορίζουν τους ευρύτερους

παράγοντες της ζωής των ανθρώπων είναι που καθορίζουν και το επίπεδο υγείας τους μακροπρόθεσμα.

Έτσι, έχει σημασία, προκειμένου να μελετηθεί το σύστημα υγείας κάθε χώρας, καθώς και το επίπεδο των από αυτό παρεχόμενων υπηρεσιών, τούτο να αναλυθεί στα πλαίσια του ευρύτερου οικονομικού, πολιτικού και ιδεολογικού σχηματισμού εντός του οποίου αναπτύσσεται, τη δεδομένη ιστορική περίοδο. Στην παρούσα εργασία επιδιώχθηκε να αναλυθεί το ελληνικό σύστημα υγείας υπό το πρίσμα της πολιτικής και κοινωνικής πραγματικότητας που διάγει η χώρα κατά την εποχή της δημοσιονομικής κρίσης. Έγινε μια προσπάθεια να προσεγγιστούν οι επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης ως προς τη χρηματοδότηση, την ποιότητα και την επάρκεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Διαπιστώθηκε ότι η κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά την υγεία των πολιτών, ιδιαίτερα την ψυχική τους υγεία, οι δημόσιες δαπάνες στον τομέα έχουν μειωθεί και το σύστημα έχει πιεστεί έντονα, τόσο λόγω της μείωσης των πόρων σε όλα τα επίπεδα όσο και λόγω της αύξησης των απαιτήσεων των πολιτών από αυτό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ιατρική περίθαλψη, την προβληματική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και στο φάρμακο, τη μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, με πιο σημαντική επιβάρυνση για τους ανθρώπους που βρίσκονται στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Πολλοί δε από αυτούς τείνουν να αποσύρονται εκουσίως από το σύστημα, λόγω οικονομικής αδυναμίας, διευρύνοντας έτσι ακόμα περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό. Κατά τη συγκεκριμένη λοιπόν συγκυρία που ο πληθυσμός είχε ανάγκη το σύστημα υγείας περισσότερο, λόγω της επιδείνωσης των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών, αυτό αθέτησε τις υποχρεώσεις του και περιόρισε τις παροχές του.

Η οικονομική κρίση βρήκε το σύστημα υγείας ήδη αντιμέτωπο με σοβαρά δημοσιονομικά και διαρθρωτικά προβλήματα καθώς και με την αυξανόμενη δυσaréσκεια των πολιτών για την κατάστασή του και για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα της κρίσης στο οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο επιδείνωσαν την κατάσταση και κατέστησαν επιτακτικότερη την ανάγκη επίλυσης των χρόνιων αδυναμιών και παθογενειών του. Όμως, οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν, αν και ενίοτε αναγκαίες, δεν κατάφεραν να αντιμετωπίσουν επαρκώς τα υπαρκτά προβλήματα του συστήματος,

γιατί εντασσόταν σε ένα πλαίσιο ελάττωσης του κόστους και συρρίκνωσης του κράτους, τόσο που ενίοτε λειτουργούσαν περιοριστικά ως προς τις παροχές και την πρόσβαση των ασθενών. Η ιδιωτικοποίηση ή αγοραιοποίηση του δημοσίου συστήματος υγείας ήταν το κοινό ενοποιητικό νήμα που υπέβασκε μεταξύ των περισσότερων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που έγιναν κατά τη διάρκεια της κρίσης στο χώρο της υγείας. Έτσι, όχι μόνο δεν κατάφεραν να επιτύχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού αλλά ενίοτε υπέσκαπταν το δημόσιο σύστημα υγείας και λειτούργησαν ως όχημα για την επικράτηση νεοφιλελεύθερων πολιτικών περιορισμού του.

Μετά από 8 χρόνια δημοσιονομικής κρίσης, το ελληνικό σύστημα υγείας παραμένει διεφθαρμένο, πελατειακό, ανορθολογικό, πολύπλοκο, σπάταλο και εχθρικό προς τον πολίτη. Οι υπηρεσίες που προσφέρει έχουν περιοριστεί τόσο σε επάρκεια όσο και σε ποιότητα, κυρίως λόγω της μείωσης της χρηματοδότησης. Ο στόχος της καθολικής κάλυψης υγείας δεν υπάρχει καν στο δημόσιο διάλογο και η ισότιμη πρόσβαση παραμένει ένα άπιαστο στοίχημα. Οι ανισότητες διευρύνονται και ο ταξικός χαρακτήρας του συστήματος εδραιώνεται, ενώ η κρίση δεν φαίνεται να ξεπερνιέται. Η δημοσιονομική σταθερότητα και η οικονομική βιωσιμότητα έχουν καταστεί οι υπέρτατοι στόχοι, οι οποίοι πρέπει να επιτευχθούν με οποιοδήποτε τίμημα, χωρίς αυτοί να σταθμίζονται με την ανθρωπιστική υπευθυνότητα και την κοινωνική αποδοτικότητα. Έτσι οδηγούμαστε σε βιώσιμο σύστημα αλλά σε μη βιώσιμη κοινωνία. Η χώρα βρίσκεται πλέον σε μια ιστορική στιγμή, που καθίσταται πιο αναγκαίος από ποτέ ο προσανατολισμός προς ένα νέο Παράδειγμα, με ένα πραγματικά δημόσιο σύστημα υγείας που να καλύπτει όλο τον πληθυσμό, για το σύνολο των αναγκών του, εντελώς δωρεάν.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Belloni, A., Morgan, D, Paris, V. (2016), "Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges", *OECD Health Working Papers*, No 87. Paris: OECD Publishing.
- Bohm, K. et al. (2013), "Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification", *Health Policy*, 113, p.p. 258-269.
- Bohm, K. et al. (2012), "Classifying OECD Healthcare Systems: a Deductive Approach", *Transtate Working Papers*, 165. Bremen.
- Bonovas, S., Nikolopoulos, G. (2012), "High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy", *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 53, p.p. 169-171.
- Burns, A. F., Mitchell, W. C. (1946), *Measuring Business Cycles*, New York: National Bureau of Economic Research.
- Cooper, R. S., Kennelly, J. F. και Ordunez-Garcia, P. (2006), "Health in Cuba", *International Journal of Epidemiology*, 35, p.p. 817-824.
- Durkheim, E. (1897/2006), *On suicide*, London: Penguin
- Drydakis, N. (2015), "The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis", *Social Science & Medicine*, 128, p.p. 43-51.
- Economou, M. et. al. (2011), "Increased suicidality amid economic crisis in Greece", *The Lancet*, 378, p.p. 1459-1460.
- Economou, M. et. al. (2013), "Major depression in the area of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece", *Journal of Affective Disorders*, 145 (3), p.p. 308-31.
- Economou, M. et. al. (2015), "The impact of the crisis on the health system and health in Greece", in Maresso, A. et. al. (eds.) (2015), *Economic crisis, health systems*

- and health in Europe: Country Experience*, Geneva: WHO Publications, p.p. 103-142.
- Economou, A., Nikolaou, A., Theodossiou, I. (2008), "Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union", *Journal of Economic Studies*, 35 (5), p.p. 368-384.
- Kaitelidou, D. et. al. (2012), "Efficiency of Greek hospitals: best practices of three top-performing hospitals" in *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 15th Annual European Congress*, 3-7 November 2012, Berlin.
- Katharakis, G. et. al. (2013), "Measuring hospital efficiency: comparing DEA and SFA methods", *Reviews in Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics*, 1 (27), p.p. 17-31.
- Kondilis, E. et. al. (2013), "Suicide mortality and economic crisis in Greece: men's Achilles' heel", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67 (6), p.p.
- Kondratieff, N. (1925/1984) *The Long Wave Cycle*. New York: Richardson & Snyder.
- Kentikelenis, A. et. al. (2011), "Greece's health crisis: from austerity to denialism", *The Lancet*, 378, p.p. 1457-1458.
- Lazaratou, H. et.al. (2015), "Self-esteem of Greek Adolescents: Changes in a decade of socioeconomic hardship", *Adolescent Psychiatry*, 5 (1), p.p. 3-11.
- Lorenzoni, L. et. al. (2017), "Cyclical vs structural effects on health care expenditure trends in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, No 92. Paris: OECD Publishing.
- MacDaid, D., Hewllet, E, Park, A. (2017), "Understanding Effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness", *OECD Health Working Papers*, No 97. Paris: OECD Publishing.
- MacDonald, T. H. (1999), *A developmental analysis of Cuba's health care system since 1959*. New York: Edwin Mellen Press.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C. (2011), "Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46 (10), p.p. 943-952.

- Marino, A. et. al. (2017), "Future trends in health care expenditure: A modeling framework for cross-country forecasts", *OECD Health Working Papers*, No 95. Paris: OECD Publishing.
- Mason, S. E., Strug, D. L., Beder, J. (2010), *Community health care in Cuba*. Chicago: Lyceum Books.
- Mossialos, E., Allin, S. (2005), "Interest groups and health system reform in Greece", *West European Politics*, 28 (2), p.p. 420-444.
- Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005), "Analyzing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia", *Health Economics*, 14, p.p. 151-168.
- Niakas, D. (2013), "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", *International Journal of Health Services*, 43 (4), p.p. 597 - 602.
- OECD, (2009), *OECD Economics Surveys: Greece 2009*. Paris: OECD Publishing.
- OECD, (2010), *Health at a glance: Europe 2010*. Paris: OECD Publishing.
- OECD, (2015), *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD, (2016), *OECD Economics Surveys: Greece 2016*. Paris: OECD Publishing.
- OECD/EU, (2016), *Health at a glance: Europe 2016 - State of Health in the EU cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Paris, V. et. al. (2016), "Health care coverage in OECD countries in 2012", *OECD Health Working Papers*, No 88. Paris: OECD Publishing.
- Papatheodorou, C., Papanastasiou, F. (2017), *The state of the children in Greece Report 2017 - The state of the crisis*, Athens: Hellenic National Committee of UNISEF.
- Petmesidou, M. Pavolini, E., Guillen, A. M. (2014), "South European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress-Regression Mix?", *South European Society and Politics*, 19 (3), p.p. 331-352.
- Rigby, E., Hatch, M. E. (2016), "Incorporating economic policy into a 'Health-In-All-Policies' agenda", *Health Affairs*, 35 (11), p.p. 2044-2052.
- Scherer, P., Devaux, M. (2010), "The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis", *OECD Health Working Papers*, No 49. Paris: OECD Publishing.

- Stuckler, D. et.al. (2009), "The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis", *Lancet*, 374, p.p. 315-323.
- Sorkin, A. R. (2010), *Too Big To Fail*. New York: Penguin.
- Thomson, S. et. al. (2014), *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Vandoros, S. et. al. (2013), "Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi - experimental approach", *European Journal of Public Health*, 23 (5), p.p. 727-731.
- Zavras, D. et. al. (2012) "Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self - rated health in Greece", *European Journal of Public Health*, 23 (2), p.p. 206-210.
- WHO (1946), *The Constitution of World Health Organization*, διαθέσιμο στο: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> [accessed: 22 October 2017].
- WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata USSR, 6-12 September 1978*, διαθέσιμο στο: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [accessed: 22 October 2017].
- WHO (2009), *The financial crisis and global health: Report of a high-level consultation*, Geneva: WHO Publications.
- WHO (2009b), *World Health Statistics*, Geneva: WHO Publications.
- WHO (2011), *Impact of economic crisis on mental health*, Geneva: WHO Publications.
- WHO (2014), *Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*, Geneva: WHO Publications.
- WHO (2017), *World Health Statistics: Monitoring health for the SDG's*, Geneva: WHO Publications.
- Van Gool, K., Pearson, M. (2014), "Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term impact in OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No 76. Paris: OECD Publishing.

Ελληνόγλωσση

- Αντεριώτη, Π., Αντωνίου, Γ. (2014), "Ίκανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας", *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1 (1), σ.σ. 62-68.
- Βενιέρης, Δ. (1997), "Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Η ιστορία της μεταρρύθμισης" στο Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α. (επιμ.) (1997), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Calomiris, C. W. (2011), "Αίτια της κρίσης στην αγορά ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου", στο Καραμούζης, Ν. Β., Χαρδούβελής, Γ. Α. (επιμ.) (2011), *Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: τι μας επιφυλάσσει το μέλλον;*. Αθήνα: Λιβάνη.
- Δαγτόγλου, Π. Δ. (1991), *Συνταγματικό Δίκαιο - Ατομικά Δικαιώματα, Α'*, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- ΕΒΕΑ (2013), *Κρίση και Προοπτικές Ανάκαμψης: Ανακεφαλαιοποίηση Τραπεζών και Χρηματοδότηση της Οικονομίας*. Αθήνα: Κέντρο Μελετών και Έρευνας ΕΒΕΑ.
- ΕΒΕΑ (2016), *Το ασφαλιστικό του 21ου αιώνα; Ανάγκη αναστοχασμού για μια νέα αρχή*, Αθήνα: ΕΒΕΑ.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2015), *Διερεύνηση των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας και της περιοριστικής πολιτικής στην υγεία*, *ΕΣΔΥ-GPO-MSD*, Αθήνα: ΕΣΔΥ.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017), *Ελλάς με αριθμούς, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2017*, Αθήνα: ΕΛΣΤΑΤ.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017b), *Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα - 1η Σεπτεμβρίου 2017*, Αθήνα: ΕΛΣΤΑΤ.
- Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά Ε., Μακρή Α. (2013), "Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα", *Εγκέφαλος*, 50, σ.σ. 22-30.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2008), *Hellas Health II. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*. Αθήνα: ΙΚΠΙ - ΚΜΥΥ.
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2010), *Hellas Health III. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*. Αθήνα: ΙΚΠΙ - ΚΜΥΥ.
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2013), *Hellas Health V. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*. Αθήνα: ΙΚΠΙ - ΚΜΥΥ.
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2015), *Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*. Αθήνα: ΙΚΠΙ - ΚΜΥΥ.
- Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (2008), *Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση: ετήσια έκθεση 2008 - Αύγουστος 2008*. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (2010), *Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση: ετήσια έκθεση 2010 - Αύγουστος 2010*. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (2012), *Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση: ετήσια έκθεση 2012 - Αύγουστος 2012*. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (2016), *Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση: ενδιάμεση έκθεση - Οκτώβριος 2016*. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (2017), *Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση: ετήσια έκθεση 2017 - Μάρτιος 2017*. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- ΙΟΒΕ (χ.χ.), *Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και στοιχεία - 2015-2016*. Αθήνα: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας.
- ΙΟΒΕ (2011), *Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στον Ελλάδα τον καιρό του Μνημονίου*. Αθήνα: ΙΟΒΕ.
- ΙΟΒΕ (2014), *Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και στοιχεία - 2013*. Αθήνα: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας.
- ΙΟΒΕ (2015), *Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και στοιχεία - 2014*. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, Αθήνα.
- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007), *Υπηρεσίες Υγείας*. τ. Α', Αθήνα: Κλειδάριθμος.

- Καραϊσκού, Α., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2012), "Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας", *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4 (2), σ.σ. 49-54.
- Κατσαρός, Κ. (2010), *Μεγάλοι κύκλοι της καπιταλιστικής οικονομίας και κυρίαρχα ρεύματα του αστικού φιλελευθερισμού*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κλάιν, Ν. (2010), *Το δόγμα του σοκ. Η άνοδος του καπιταλισμού της καταστροφής*. Αθήνα: Νέα Σύνορα - Λιβάνη.
- Κοτσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ. (2010), "Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας", *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9 (4), σ.σ. 398-408.
- Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ. (2007), *Δημόσια Υγεία - Θεωρία - Πράξη - Πολιτικές*, Αθήνα: Τεχνόγραμμα.
- Κουφάρης, Γ. (2010), "Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές", *Χρήμα*, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2010.
- Κρούγκμαν, Π. (2009), *Η κρίση του 2008 και η επιστροφή των οικονομικών της ύφεσης*, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Κρούγκμαν, Π. (2012), *Τέλος στην ύφεση τώρα*, Αθήνα: Πόλις.
- Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β. (2010), "Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη", *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27 (5), σ.σ. 834-840.
- Κυριόπουλος, Γ. (2016), "Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας", *Χρόνος*, 37, διαθέσιμο στο: <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata> [προσπελάστηκε: 19 Οκτωβρίου 2017].
- Κυριόπουλος, Γ. (2017), *Υγεία και Ιατρική Περίθαλψη*, Αθήνα: Παπαδόπουλος.
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008), *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα: Παπασωτηρίου.
- Λιάκος, Α. (1993), *Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*, Αθήνα: Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας Εμπορικής Τράπεζας.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2010), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Διεθνή Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Βήτα.

- Κτενά, Σ.-Η. (2012), *Αποδοτικός σχεδιασμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό μιας νοσοκομειακής μονάδας μέσω της πρόβλεψης ημερήσιων επειγόντων περιστατικών* (Διπλωματική Εργασία). Αθήνα: Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο.
- Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2012), "Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας", *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11 (1), σ.σ. 202-212.
- Μηλιός, Γ., Δημούλης, Δ., Οικονομάκης, Γ. (2005), *Η Θεωρία του Μαρξ για τον Καπιταλισμό: Πλευρές μιας θεωρητικής και πολιτικής ρήξης*. Αθήνα: Νήσος.
- Μιχαλόπουλος, Γ. (2011), "Χρηματοδότηση των ελληνικών τραπεζών στη διάρκεια της κρίσης" στο Χαρδούβελης, Γ. Α., Γκόρτζος, Χ. Β. (επιμ.) (2011), *Η διεθνής κρίση, η κρίση στην Ευρωζώνη και το ελληνικό χρηματοπιστωτικό σύστημα*. Αθήνα: Ένωση Ελληνικών Τραπεζών, σ.σ. 229-246.
- Μπαλάσκα, Δ., Μπιτσώρη, Ζ. (2015), "Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και βαθμός ικανοποίησης των ασθενών", *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4 (3), σ.σ. 106-120.
- Μπιτσιώρη, Ζ., Μπαλάσκα, Δ. (2016), "Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους", *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 5 (2), σ.σ. 113-124.
- Μπουλούτζα, Π. (2016), "Επιστρέφουν οι ασθενείς στα απογευματινά ιατρεία", *Η Καθημερινή*, 14 Αυγούστου 2016, διαθέσιμο στο: <http://www.kathimerini.gr/871039/article/epikairothta/ellada/epistrefoyn-oi-as8eneis-sta-apogeumatina-iatreia> [προσπελάστηκε: 10 Οκτωβρίου 2017].
- Μπούρα, Γ., Λύκουρα, Λ. (2011), "Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία", *Εγκέφαλος*, 48 (2), σ.σ. 54-61.
- Μπουρσανίδης, Χ. (2017), *Οργάνωση συστημάτων υγείας & Συγκριτική πολιτική υγείας - Διδακτικές σημειώσεις - Typescrript*, 10η βελτιωμένη έκδοση. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.
- Ο' Neill, J. (2011), "Κρίση και οικονομικός κύκλος: η άποψη της αγοράς", στο Καραμούζης, Ν. Β., Χαρδούβελης, Γ. Α. (επιμ.) (2011), *Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: τι μας επιφυλάσσει το μέλλον;*. Αθήνα: Λιβάνη.

- Οικονόμου, Χ. (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.
- Οικονόμου, Χ. (2012), *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Παπαθεοδώρου, Χ., Μωυσίδου, Α. (2011), *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Παπανικολάου, Β. (2007), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Πανοπούλου, Κ., Τσούμας, Χ. (2011), "Οι απόψεις των οίκων αξιολόγησης και οι αγορές" στο Χαρδούβελης, Γ. Α., Γκόρτζος, Χ. Β. (επιμ.) (2011), *Η διεθνής κρίση, η κρίση στην Ευρωζώνη και το ελληνικό χρηματοπιστωτικό σύστημα*. Αθήνα: Ένωση Ελληνικών Τραπεζών, σ.σ. 165-175.
- Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλάς, Ν. (2012), "Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της", *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29 (4), σ.σ. 480-488.
- Πετμετζίδου, Μ. κ. α. (2015), *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Πραντσιδου, Δ. (2010), "Σύνδεση οικονομικής ανάπτυξης και υγειονομικών ανισοτήτων", *Επιθεώρηση Υγείας*, 21 (126), σ.σ. 10-14.
- Ρεκλείτη, Ν., Τανανάκη, Μ., Κυλούδης, Π. (2012), "Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία" , *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1 (1), σ.σ. 3-14.
- Rice, T. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση*. Αθήνα: Κριτική.
- Σαρρής, Μ. (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τούντας, Γ. (2003), "Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας", *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20 (5), σ.σ. 532-546.
- Τούντας, Γ. κ.α. (2016), *Η υγεία των ελλήνων στην κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*, Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής - ΔιαΝΕΟσις.

- Τράπεζα της Ελλάδος (χ.χ.), *Το χρονικό της μεγάλης κρίσης: η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013*. Αθήνα: Τράπεζα της Ελλάδος.
- Τράπεζα της Ελλάδος (2016), *Επισκόπηση του ελληνικού τραπεζικού συστήματος*. Αθήνα: Τράπεζα της Ελλάδος.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), *Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2010*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2012), *Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Υπουργείο Οικονομικών (2014), *Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2015-2018*. Αθήνα: Υπουργείο Οικονομικών.
- Υπουργείο Οικονομικών (2017), *Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018-2021*. Αθήνα: Υπουργείο Οικονομικών.
- Friedman, M. (2012), *Καπιταλισμός και ελευθερία*, Αθήνα: Παπαδόπουλος.
- Χαρδούβελης, Γ. Α. (2011), "Το χρονικό της διεθνούς και της συνακόλουθης ελληνικής και ευρωπαϊκής κρίσης: Αίτια, αντιδράσεις, επιπτώσεις, προοπτική" στο Καραμούζης, Ν. Β., Χαρδούβελης, Γ. Α. (επιμ.) (2011), *Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: τι μας επιφυλάσσει το μέλλον;*. Αθήνα: Λιβάνη.
- Χλέτσος, Μ. (χ.χ.), "Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές", διαθέσιμο στο: http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_politiki_igias/ili_mathimatos/kefalaiο2.pdf [προσπελάστηκε: 5 Οκτωβρίου 2017].
- Χλέτσος, Μ. (2015), "Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης", διαθέσιμο στο: <http://www.qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou> [προσπελάστηκε: 15 Οκτωβρίου 2017].

Τύπος

"Δύο διαφορετικές προτάσεις για το ασφαλιστικό του μέλλοντος", *Enoikonomia.gr*, 19 Φεβρουαρίου 2015, διαθέσιμο στο: <http://www.enoikonomia.gr/timeliness/14656,Dyo-diaforetikes-protaseis-gia-to-asfalistiko-toy-mellontos-.html> [προσπελάστηκε: 13 Οκτωβρίου 2017].

"Η θεωρία των μεγάλων κύκλων του Κοντράτιεφ", *Cosmoscopio.gr*, διαθέσιμο στο: <https://kristifolia.wordpress.com/2011/11/06/η-θεωρία-των-μεγάλων-κύκλων-του-κοντ/> [προσπελάστηκε: 3 Οκτωβρίου 2017].

"Πως το εγκληματικό swap του Σημίτη έστειλε την Ελλάδα στο "δόκανο" των μνημονίων", *Newsbomb.gr*, 6 Μαΐου 2017, διαθέσιμο στο: <http://www.newsbomb.gr/oikonomia/news/story/789066/pos-to-egklimatiko-swap-toy-simiti-esteile-tin-ellada-sto-dokano-ton-mnimonion> [προσπελάστηκε: 4 Οκτωβρίου 2017].

Πηγές δεδομένων

AMECO

Bloomberg

ΔΑΤ

ΕΒΕΑ

ΕΚΤ

Ελληνική Στατιστική Αρχή

Eurostat

EU-SILK

Federal Reserve Bank of New York

INE ΓΣΕΕ

IOBE

ΟΟΣΑ

ΠΟΥ

Τράπεζα της Ελλάδος

Υπουργείο Υγείας

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Υπουργείο Οικονομικών

World Bank

Νομοθεσία

N.1387/83 N.3580/07 N.3582/07 N.3655/08 N.3816/10

N.3845/10 N.3863/10 N.3865/10 N.3868/10 N.3869/10

N.3892/10 N.3918/11 N.3919/11 N.3986/11 N.4002/11

N.4024/11 N.4046/12 N.4093/12 N.4254/12 N.4213/13

N.4238/14 N.4336/15 N.4412/16

ΠΔ.146/03 ΠΔ.121/08 ΠΔ.113/10 ΠΔ.80/16

ΥΑ. Φ.90380/5383/738/2012

ΥΑ. Φ.90380/25916/3294/2011

Διάφορα

Το Σύνταγμα της Ελλάδος

Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**
LONEX



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr