



ΤΙΜΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΕΥΣΤΑΘΙΟ Ν. ΤΣΟΤΣΟΡΟ



Γράφουν οι:

Μ.-Γ. Αντωνοπούλου, Ι. Βαβούρας, Χ. Βαβούρα, Ε. Γιακουμάκης, Θ. Γεωργίου,
Δ. Δασκαλάκης, Ν. Θεοδοιάς, Π. Κάπρος, Μ. Κήπας, Ν. Κοταρίδης, Μ. Κοτέα, Ά. Κότιος,
Δ. Λαμπρέλης, Ν. Μαραβέγιας, Π. Μήτιας, Χ. Οικονόμου, Β. Παναγιωτόπουλος,
Ν. Παναγιωτόπουλος, Α. Παπαρίζος, Π. Παυλόπουλος, Π. Πιζάνιας, Θ. Σακελλαρόπουλος,
Λ. Σαπουνάκη-Δράκακη, Γ. Σταθάκης, Θ. Τσιάτσος, Κ. Τσουκαλάς, Ν. Farantouris,
Χ. Χρυσομαλλίδης, Μ. Ψαλιδόπουλος

Copyright © Ευστάθιος Ν. Τσοτσόρος, Αθήνα 2019

Copyright © Εκδόσεις Διώνικος, Αθήνα 2019

Τιμητικός Τόμος για τον Ευστάθιο Ν. Τσοτσόρο, Αθήνα 2019

DTP - Σχεδιασμός εξωφύλλου | Μαρία Καραμολέγκου

ISBN | 978-960-6619-88-5

Ο τόμος εκδίδεται με απόφαση και επιμέλεια του Τομέα Νεοελληνικής Κοινωνίας του Τμήματος Κοινωνιολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τα μέλη του Τομέα:

Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, Καθηγητής

Νίκος Κοταρίδης, Καθηγητής

Χαράλαμπος Οικονόμου, Καθηγητής

Μαριάνθη Κοτέα, Αν. Καθηγήτρια

Μιλτιάδης Κήπας, Αν. Καθηγητής

Μανώλης Χουμεριανός, Επίκ. Καθηγητής

Απαγορεύονται η αναδημοσίευση ή η αναπαραγωγή του παρόντος έργου στο σύνολό του ή τμημάτων του, με οποιονδήποτε τρόπο, καθώς και η μετάφραση ή η εκμετάλλευσή του με οποιονδήποτε τρόπο αναπαραγωγής έργου λόγου με τον Ν. 100/1975. Επίσης, απαγορεύεται η αναπαραγωγή της στοιχειοθεσίας, της σελιδοποίησης, του εξωφύλλου και γενικότερα της όλης αισθητικής του βιβλίου με φωτοτυπίες, ηλεκτρονικές ή οποιεσδήποτε άλλες μεθόδους, σύμφωνα με το Άρθρο 51 του Ν. 2121/1993.



Μαρία Τσακουρίδου και ΣΙΑ Ο.Ε.

Γραβιάς 9-13, Αθήνα, 106 78

Τηλ. και Fax: 210 38 01 777, e-mail: info@dionicos.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΤΣΟΥΤΣΟΡΟΣ: Ο ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, Ο ΔΑΣΚΑΛΟΣ, Ο ΦΙΛΟΣ <i>Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος</i>	11
--	----

Α' ΜΕΡΟΣ

ΙΔΕΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΑΛΘΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΛΑΘΕΥΣΗ: ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΩΚΡΑΤΙΚΟΥΣ ΩΣ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΜΑΣ <i>Προκόπης Παυλόπουλος</i>	21
Η ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ. ΠΕΡΙΠΕΤΕΙΕΣ ΜΙΑΣ ΦΟΡΤΙΣΜΕΝΗΣ ΙΔΕΑΣ <i>Κωνσταντίνος Τσουκαλάς</i>	41

Β' ΜΕΡΟΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ

ΔΙΑΛΟΓΟΣ ΜΕ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΣΤΑΘΗ ΤΣΟΥΤΣΟΡΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΓΑΙΟΠΡΟΣΟΔΟ ΣΤΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΘΩΜΑΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ <i>Πέτρος Πιζάνιας</i>	71
ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟ. ΕΠΑΝΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ Ή ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟΣ ΑΥΘΟΡΜΗΤΙΣΜΟΣ <i>Βασίλης Παναγιωτόπουλος</i>	83
ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΛΗΨΕΤΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΘΑΝΟ ΒΛΕΚΑ ΤΟΥ Π. ΚΑΛΛΙΓΑ <i>Νίκος Θεοδοκάρης - Νίκος Κοταρίδης</i>	99
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΟΥ 19ΟΥ ΑΙΩΝΑ <i>Λυδία Σαπουνάκη-Δράκακη - Μαριάνθη Κοτέα</i>	129

ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΡΑΤΟΥΣ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ
ΣΤΗΝ ΥΣΤΕΡΗ ΒΕΝΙΖΕΛΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ
Γιώργος Σταθάκης 149

Η ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΟΥ Ι. ΜΕΤΑΞΑ. ΕΝΑΣ ΙΔΙΟΤΥΠΟΣ ΑΓΡΟΤΙΣΜΟΣ
Μαρία-Γεωργία Αντωνοπούλου 157

Γ^ο ΜΕΡΟΣ **ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΚΡΙΣΗ**

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ: ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ
ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ
Ναπολέον Μαραβέγιας - Χαράλαμπος Χρυσομαλλίδης 175

ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ Ή ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ;
Άγγελος Κότιος 201

Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: ΚΡΙΣΗ ΕΝΟΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ-ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
Νίκος Παναγιωτόπουλος 215

ΕΝΑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος 223

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
Χαράλαμπος Οικονόμου 235

ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
Δημοσθένης Δασκαλάκης 261

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ 2008-2010 ΣΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ
Μιχάλης Ψαλιδόπουλος 279

Δ' ΜΕΡΟΣ:**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ**

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Εμμανουήλ Γιακουμάκης 291

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΑΤΕΛΟΥΣ
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΞΕΝΩΝ ΑΜΕΣΩΝ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ

Ιωάννης Βαβούρας - Χαρά Βαβούρα 303

HYDROCARBONS E&D POLICY IN THE EU: THE INSTITUTIONAL FRAMEWORK

Nikolaos Farantouris 321

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΜΕΤΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Παντελής Κάπρος 339

ΟΙ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΔΙΑΔΡΟΜΕΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΜΑΘΗΣΗΣ
ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΟΣ

Περικλής Μήτκας - Θρασύβουλος Τσιάτσος 357

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ, ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Μιλτιάδης Κήπας 373

Ε' ΜΕΡΟΣ**ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ**ΟΡΘΟΛΟΞΙΑ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.
Η ΑΜΥΝΤΙΚΗ ΚΑΙ ΛΑΘΑΝΟΥΣΑ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΙΚΗΣ ΟΡΘΟΛΟΞΙΑΣ
ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΝΕΩΤΕΡΙΚΟΤΗΤΑΣ

Αντώνης Παπαρίζος 395

Ο ΝΙΕΤΖΣΧΕ ΣΤΟΝ ΕΙΚΟΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΑΙΩΝΑ

Θεόδωρος Γεωργίου 415

Ο ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΝΙΤΣΣΕΪΣΜΟΣ ΚΑΙ Ο Π. ΝΙΡΒΑΝΑΣ

Δημήτρης Λαμπρέλης 423

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

*Χαράλαμπος Οικονόμου
Καθηγητής, Πάντειο Πανεπιστήμιο*

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΕ ΣΤΗΝ Ελλάδα ως απάντηση στην οικονομική κρίση θα πρέπει να προσεγγιστεί από δύο οπτικές. Η πρώτη, σχετίζεται με την εφαρμογή αναγκαίων λειτουργικών και δομικών μεταρρυθμίσεων προκειμένου να αντιμετωπιστούν αδυναμίες του συστήματος υγείας που προϋπήρχαν της κρίσης. Αυτές εντοπιζόνταν στην ξεπερασμένη οργανωτική δομή του όπου κυριαρχούσαν η κλινική ιατρική και η νοσοκομειακή περίθαλψη σε βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και της δημόσιας υγείας και στην απουσία μιας ικανής μονάδας σχεδιασμού και επαρκών δεδομένων αναφορικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τη χρησιμοποίηση και το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Αποτέλεσμα ήταν το σύστημα υγείας της χώρας να εμφανίζει πολλές ανεπάρκειες, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα (Economou and Giorno, 2009· Economou, 2010): (α) υψηλός βαθμός συγκεντρωτισμού στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων και τη διοίκηση, ανεπαρκείς δομές μάνατζμεντ και απουσία συστημάτων διαχείρισης των πληροφοριών, (β) ελλιπής σχεδιασμός και συντονισμός και άνιση και μη αποδοτική κατανομή των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων τόσο σε γεωγραφικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο υπηρεσιών και βαθμίδων περίθαλψης, (γ) κατατετμημένη κάλυψη του πληθυσμού, ανισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και απουσία συστήματος παραπομπής, (δ) υπερπροσφορά γιατρών ειδικοτήτων και ελλείψεις στους γενικούς γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, (ε) υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, χαστικό σύστημα χρηματοδότησης και αναχρονιστικές μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών που οδηγούσαν σε προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας, (στ) υπανάπτυξη μηχανισμών αποτίμησης των αναγκών του πληθυσμού, αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και

διαμόρφωσης προτεραιοτήτων. Το παλαιό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της υγείας έπασχε από την ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων και προμηθευτών υπηρεσιών που χαρακτηρίζονταν από διαφορετικές οργανωτικές και διοικητικές δομές χωρίς κανένα συντονισμό. Συνέπεια ήταν τα διαφορετικά επίπεδα εισφορών και παροχών που απολάμβαναν οι επιμέρους επαγγελματικές κατηγορίες του πληθυσμού, η μη αποδοτική λειτουργία του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος και η συσσώρευση ελλειμμάτων. Επιπροσθέτως, η βιομηχανία φαρμάκων δημιούργησε κίνητρα υπερσυνταγογράφησης από την πλευρά των γιατρών. Μέσα στο πλαίσιο που σκιαγραφήθηκε παραπάνω, οι προσπάθειες που έγιναν για αλλαγές αποδείχθηκαν ανεπαρκείς ή δεν εφαρμόστηκαν πλήρως, καθιστώντας εμφανή, την παραμονή της οικονομικής κρίσης, την αναγκαιότητα για μια ευρεία μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας.

Η προηγούμενη διαπίστωση μας μεταφέρει στη δεύτερη οπτική, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική, εάν αναλογιστεί κανείς τα αποτελέσματα των αλλαγών που σχετίζονται με μέτρα τα οποία επιβλήθηκαν από τα τρία Μνημόνια που υπέγραψε η χώρα με την Τρόικα. Βάση των Μνημονίων αυτών αποτέλεσαν νεοφιλελεύθερες προσεγγίσεις που αποσκοπούσαν στη μείωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και του χρέους, εφαρμόζοντας μέτρα αυστηρής λιτότητας, συμπεριλαμβανομένων των περικοπών στη χρηματοδότηση των τομέων της υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας, της κοινωνικής ασφάλισης και της παιδείας, της μείωσης των μισθών και του αριθμού των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα, της αύξησης των άμεσων και έμμεσων φόρων και της απορρύθμισης της αγοράς εργασίας. Υπό αυτές τις συνθήκες, το Ελληνικό σύστημα υγείας δέχθηκε σοβαρές πιέσεις και η μεταρρύθμισή του αποτέλεσε προτεραιότητα της Τρόικα. Στις ενότητες που ακολουθούν επιχειρείται μια σύντομη παρουσίαση και αποτίμηση των αλλαγών που εισήχθησαν στο σύστημα υγείας μετά το ξέσπασμα της οικονομική κρίσης και μέχρι σήμερα.

2. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

Σύμφωνα με τα Μνημόνια, η Ελλάδα ήταν υποχρεωμένη να περιορίσει τη δημόσια δαπάνη υγείας σε ποσοστό κάτω από το 6% του ΑΕΠ και τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κάτω από το 1% του ΑΕΠ. Οι περιορισμοί αυτοί και η ταυτόχρονη φθίνουσα πορεία του ΑΕΠ μετά το 2009, σήμαιναν ότι ο δημόσιος τομέας υγείας κλήθηκε να καλύψει τις αυξανόμενες

ανάγκες που παρουσιάστηκαν με λιγότερους οικονομικούς πόρους. Μεταξύ 2010 και 2014, η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας στην Ελλάδα μειώθηκε κατά 34,3%, η δημόσια τρέχουσα δαπάνη υγείας κατά 44,6% και η ιδιωτική δαπάνη κατά 13,3%, ενώ στη συνέχεια παρουσιάστηκε μια μικρή αυξητική τάση (Πίνακας 1). Την ίδια στιγμή, η ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και οι εισαγωγές, αυξήθηκαν μεταξύ 2010-2015 κατά 2,3% and 10,5% αντίστοιχα (Economou et al., 2018).

Πριν την έναρξη της κρίσης, η κοινωνική ασφάλιση κάλυπτε το 39% της τρέχουσας δαπάνης υγείας. Το 2016, το μερίδιό της μειώθηκε σε 30,1%, το οποίο αντιπροσωπεύει σχεδόν το μισό της συνολικής δημόσιας δαπάνης υγείας (Πίνακας 1). Η τάση αυτή οφείλεται στη μείωση των εσόδων από εισφορές λόγω της συρρίκνωσης του ΑΕΠ, της αύξησης της ανεργίας και της μείωσης των μισθών. Αντίθετα, η ιδιωτική τρέχουσα δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας αυξήθηκε από 30,6% το 2010 σε 38,2% το 2016. Αξίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν το 90% της ιδιωτικής δαπάνης υγείας είναι άμεσες πληρωμές και μόνο το 10% αποτελούν δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται στην αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος παροχής της φροντίδας υγείας που σημειώθηκε μετά το 2010, με σκοπό την ενίσχυση των εσόδων και τη μείωση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (Economou et al., 2014 · Economou, 2015 · Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018). Ειδικότερα, το 2011 αυξήθηκε η επιβάρυνση των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας από €3 σε €5 (καταργήθηκε το 2015) και το 2012 θεσπίστηκε η καταβολή €25 από τους ασθενείς για εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο (ανακλήθηκε το 2014), καθώς και η πληρωμή €1 για κάθε συνταγή που εκδίδεται από πάροχο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) (το 2016 θεσπίστηκαν εισοδηματικά κριτήρια απαλλαγής από την επιβάρυνση του €1 ανά συνταγή). Το 2011 αυξήθηκε και η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων. Για πολλά φάρμακα, η συμμετοχή αυτή αυξήθηκε από 0% σε 10% και για κάποια άλλα από 0% σε 25%. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς επιβαρύνονται με τη διαφορά μεταξύ της τιμής πώλησης του φαρμάκου και της ασφαλιστικής τιμής που καλύπτει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Παρά τις συνεχείς μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων και την απαλλαγή από τη συμμετοχή για συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (άτομα με χαμηλό εισόδημα, χρονίως πάσχοντες κ.λπ), το αποτέλεσμα της εφαρμοζόμενης πολιτικής φαρμάκου είναι η αύξηση

Πίνακας 1. Τρέχουσα δαπάνη υγείας 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Συνολικές (εκατ. ευρώ)	21.608,7	18.835,7	16.984,3	15.201,1	14.201,2	14.447,9	14.727,3
Συνολικές (% ΑΕΠ)	9,56	9,10	8,88	8,41	7,95	8,19	8,45
Κρατικές (εκατ. ευρώ)	6.475,4	4.202,2	5.082,1	4.638,6	4.210,5	4.195,5	4.595,9
Κρατικές (% συνολικών)	30	22,3	29,9	30,5	29,6	29	31,2
Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (εκατ. ευρώ)	8.445,4	8.223,1	6.204	4.806,9	4.056,5	4.224,6	4.438,8
Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (% συνολικών)	39	43,7	36,5	31,6	28,6	29,2	30,1
Συνολικές δημόσιες (εκατ. ευρώ)	14.920,8	12.425,3	11.286,1	9.445,5	8.267	8.420,1	9.034,7
Συνολικές δημόσιες (% συνολικών)	69%	66,0	66,5	62,1	58,2	58,3	61,3
Ιδιωτική ασφάλιση (εκατ. ευρώ)	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3	567,5
Ιδιωτική ασφάλιση (% συνολικής)	2,5	2,8	3,1	3,3	3,8	3,7	3,9
Ιδιωτικές πληρωμές (εκατ. ευρώ)	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9
Ιδιωτικές πληρωμές (% συνολικών)	28,1	30,9	30,1	33,7	36,6	36,2	34,3
Συνολικές ιδιωτικές (εκατ. ευρώ)	6.614,6	6.358	5.644,6	5.616,3	5.737,8	5.765,4	5.625,4
Συνολικές ιδιωτικές (% συνολικών)	30,6	33,8	33,2	36,9	40,4	39,9	38,2
Λοιπές (εκατ. ευρώ)	73,3	52,4	53,6	139,3	198,4	262,1	67,2
Λοιπές (% συνολικών)	0,3	0,3	0,3	0,9	1,4	1,8	0,5

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή 2017 και 2018

της μέσης μηνιαίας οικογενειακής φαρμακευτικής δαπάνης καθώς και του μέσου ποσοστού συμμετοχής των ασθενών από 9% το 2009 σε 30% το 2016 (Economou, 2015 · Economou et al., 2015 · Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018). Επιπροσθέτως, το 2014 η διαχείριση των τηλεφωνικών ραντεβού με γιατρούς του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) εκχωρήθηκε σε ιδιωτικές τηλεφωνικές εταιρείες, με τις χρεώσεις να κυμαίνονται μεταξύ €0,95 και €1,65 ανά λεπτό, αυξάνοντας έτσι ακόμα περισσότερο την επιβάρυνση των ασθενών. Από αυτή την άποψη, μια θετική εξέλιξη είναι η ανάπτυξη το 2017 από την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) της εφαρμογής e-RDV, η οποία επιτρέπει στους ασθενείς να κλείνουν ραντεβού χωρίς χρέωση.

Ένα άλλο ζήτημα που θα πρέπει να εντοπιστεί είναι οι συμπληρωμές που θεσπίστηκαν με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ το 2012. Ενώ η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία είναι δωρεάν, η νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές, με τις οποίες έχει σύμβαση ο ΕΟΠΥΥ, προϋποθέτει την πληρωμή από τους ασθενείς ποσοστού που κυμαίνεται από 30% έως 50% του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου (ΚΕΝ) και επιπλέον την πληρωμή από τους ασθενείς της αμοιβής των γιατρών. Παρομοίως, για εργαστηριακές εξετάσεις που παρέχονται δωρεάν στις δημόσιες υπηρεσίες, ο ασθενείς πρέπει να καταβάλει το 15% στην περίπτωση που επισκεφτεί ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ. Το γεγονός αυτό αναρρεί την αρχή της ισοτιμίας στην πρόσβαση, ιδιαίτερα σε περιοχές όπου η έλλειψη δημόσιων δομών αναγκάζει τους ασθενείς να προσφεύγουν σε ιδιωτικούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους (Economou, 2015 · Economou et al., 2015 · Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018). Επιπροσθέτως, ενώ στον ΕΚΠΥ προβλέπεται η κάλυψη της οδοντιατρικής φροντίδας, η στενότητα των οικονομικών πόρων του ΕΟΠΥΥ έχει ως αποτέλεσμα τη μη σύναψη συμβάσεων με οδοντιάτρους και συνεπώς ο πληθυσμός της χώρας είναι ουσιαστικά ανασφάλιστος για υπηρεσίες στοματικής υγείας.

Στον τομέα τους φαρμάκου ελήφθησαν μέτρα που αποσκοπούν στη μείωση του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας. Ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης επιδιώχθηκε με τη μείωση των τιμών, την επιβολή υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων (rebate, clawback) στις φαρμακευτικές βιομηχανίες και τα φαρμακεία, την ενίσχυση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και της χρησιμοποίησης γενόσημων και τον έλεγχο της κατανάλωσης με μεθόδους ελέγχου της συνταγογράφησης (ηλεκτρονική συνταγογράφηση) (Economou et al., 2017).

Αναφορικά με τις μεθόδους αποζημίωσης των παρόχων υπηρεσιών υγείας, στα δημόσια νοσοκομεία επιδιώχθηκε η αντικατάσταση του ημερήσιου νοσηλίου με ένα μηχανισμό πληρωμής που να βασίζεται στο σύστημα των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs), προκειμένου να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να εξορθολογιστεί η κατανομή των πόρων. Ωστόσο, η μετάβαση αυτή επιβλήθηκε από τα Μνημόνια να γίνει μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (ένα χρόνο), με αποτέλεσμα, τα ΚΕΝ (όπως ονομάστηκε η νέα μέθοδος) να εφαρμοστούν το 2013, με πολλά όμως προβλήματα στο σχεδιασμό και την εφαρμογή τους που στην ουσία αναιρέσαν τη χρηστικότητά τους. Μέχρι σήμερα έγιναν τέσσερις τροποποιήσεις τους, ενώ τη στιγμή αυτή επιχειρείται η συνολική αναμόρφωσή τους. Σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στις υπηρεσίες υγείας (διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό), η Μνημονιακή υποχρέωση μείωσης της δαπάνης υγείας οδήγησε σε περικοπές των μισθών και των επιδομάτων και πάγωμα των νέων προσλήψεων με βάση την αρχή της μίας πρόσληψης για κάθε 5 αποχωρήσεις (Economou et al., 2015· Economou et al., 2017).

3. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μια από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα ήταν η ενοποίηση το 2011 όλων των ταμείων και των κλάδων κοινωνικής ασφάλισης της υγείας και η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος λειτουργεί πλέον ως ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, προσδιορίστηκε μια κοινή δέσμη παροχών με τη θεσμοθέτηση του ΕΚΠΥ, παρά το γεγονός ότι εξακολουθούν να υφίστανται διαφοροποιήσεις όπως για παράδειγμα στο ύψος των καταβαλλόμενων εισφορών. Μέχρι σήμερα, ο ΕΚΠΥ έχει τροποποιηθεί τρεις φορές, ωστόσο τα κριτήρια στα οποία στηρίχθηκε η διαμόρφωσή του και οι προαναφερθείσες τροποποιήσεις οι οποίες οδήγησαν σε συνεχή περιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης, δεν έγιναν γνωστά. Για παράδειγμα, ορισμένες ακριβές εξετάσεις δεν καλύπτονται πλέον από τον ΕΟΠΥΥ, για κάποιες άλλες τέθηκαν περιορισμοί στον επιτρεπόμενο αριθμό τους, ενώ η εφαρμογή το 2012 της αρνητικής λίστας φαρμάκων εξαιρέσε από την αποζημίωση διάφορα φάρμακα. Επιπροσθέτως, από το 2014 τέθηκαν ανώτατα όρια στις ιατρικές πράξεις των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών, σύμφωνα με τα οποία, οι επισκέψεις σε καθένα από αυτούς δεν μπορούν να ξεπερνούν τις 200 μηνιαία, η συνταγογρά-

ψηφαρμάκων δεν μπορεί να υπερβαίνει συγκεκριμένο ύψος αξίας και οι συνταγογραφούμενες διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις υποκεινται επίσης σε αριθμητικό περιορισμό με βάση την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών, τη γεωγραφική περιφέρεια και τον μήνα του έτους. Αυτό σημαίνει ότι οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ που χρήζουν περίθαλψης θα πρέπει να βρουν ποιος από τους συμβεβλημένους γιατρούς δεν έχει συμπληρώσει κανένα από τα 3 παραπάνω όρια ή αλλιώς να καταβάλουν οι ίδιοι το κόστος παροχής της υπηρεσίας. Θετικό βήμα είναι η πρόσφατη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ (βλέπε επόμενο υποκεφάλαιο) η οποία αναμένεται να καταργήσει τους παραπάνω περιορισμούς. Σε κάποιο βαθμό, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ως μοναδικού αγοραστή συνέβαλε στον περιορισμό της κατάτμησης της ασφαλιστικής κάλυψης, της σπατάλης πόρων και του διοικητικού κόστους, συγκράτησε την αύξηση της δαπάνης και βοήθησε στην ορθολογικότερη κατανομή των πόρων. Όμως, η θεομοθέτησή του δεν υποστηρίχθηκε επαρκώς σε λειτουργικό και διαχειριστικό επίπεδο, καθώς πάσχει από υποστελέχωση και υποχρηματοδότηση, ενώ και οι περιορισμοί στην κάλυψη των κινδύνων που προαναφέρθηκαν εγείρουν ζητήματα πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας (Economou et al., 2014 · Economou, 2015 · Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018).

Η οικονομική κρίση και η πλήρης απορρύθμιση της αγοράς εργασίας αύξησε την ανεργία στη χώρα και οδήγησε, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΗΔΙΚΑ, το 2014 2,5 εκατομμύρια άτομα να χάσουν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα για υγεία. Η υιοθέτηση μέτρων για την αντιμετώπιση του προβλήματος καθυστέρησε και όσα εφαρμόστηκαν ήταν ασυντόνιστα, ανεπαρκή και στιγματιστικά για τους δικαιούχους. Τα Κουπόνια Υγείας που θεοπίστηκαν το Σεπτέμβριο του 2013 επιτρέποντας την περιορισμένη, τόσο ποσοτικά όσο και χρονικά, χρησιμοποίηση μόνο πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, εγκαταλείφθηκαν σύντομα λόγω της αναποτελεσματικότητάς τους. Πρόσθετα μέτρα λήφθηκαν το 2014 δίνοντας στους ανασφάλιστους πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, χωρίς ωστόσο να λυθεί το πρόβλημα. Οι δικαιούχοι έπρεπε να καταβάλουν την ίδια συμμετοχή με τους ασφαλισμένους για φάρμακα, αντιμετωπίζοντας έτσι οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση. Επιπρόσθετο εμπόδιο ήταν το γεγονός ότι η πρόσβαση σε νοσοκομειακές υπηρεσίες υπόκειντο σε εισοδηματικό έλεγχο ο οποίος ήταν ιδιαίτερα γραφειοκρατικός, εφαρμοζόταν με διαφορετικό τρόπο από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και εκλαμβάνονταν από τους ασθενείς ως ιδιαίτερα στιγματιστικός. Για το λόγο αυτό,

τον Αύγουστο του 2016 τέθηκε σε ισχύ νέο νομοθετικό πλαίσιο το οποίο παρέχει πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού στη φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ανασφάλιστων, των νόμιμων μεταναστών, των παιδιών, των εγκύων γυναικών και των χρονίως πασχόντων, με μόνο τη χρήση του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ή στην περίπτωση των μεταναστών της Κάρτας Υγειονομικής Περιθαλψης Ασφαλισμένων (ΚΥΠΑ). Επιπροσθέτως, άτομα και οικογένειες των οποίων το ετήσιο εισόδημα, οι καταθέσεις και η περιουσία δεν ξεπερνούν συγκεκριμένα όρια δικαιούνται φαρμακευτικής περίθαλψης χωρίς καμία οικονομική συμμετοχή στο κόστος. Αναμφίβολα η νέα νομοθεσία είναι σημαντική για την άρση των εμποδίων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και τη διασφάλιση της ισοτιμίας. Παρόλα αυτά, μπορούν να εκφραστούν ορισμένες ενστάσεις σχετικά με το γεγονός ότι οι πρόσβαση των ανασφάλιστων αφορά μόνο δημόσιες υπηρεσίες και όχι συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικούς παρόχους, ιδιαίτερα σε περιοχές όπου οι δημόσιες δομές είναι υποστελεχωμένες ή εμφανίζουν ελλείψεις σε διαγνωστική απεικονιστική τεχνολογία (Economou et al., 2014 · Economou, 2015 · Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018).

4. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τον Φεβρουάριο του 2014 επιχειρήθηκε η δομική αλλαγή της ΠΦΥ με σκοπό την αναβάθμιση της παροχής δημόσιων υπηρεσιών και τον καλύτερο συντονισμό των διαφορετικών παρόχων. Στο πλαίσιο αυτό, θεσμοθετήθηκε το ΠΕΔΥ ως ένα εθνικό δίκτυο ΠΦΥ, αποτελούμενο από τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους και υπαγόμενο στην αρμοδιότητα των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ). Οι υπηρεσίες θα λειτουργούσαν σε 24ωρη βάση όλες τις ημέρες της εβδομάδας, ενώ προβλεπόταν και η εφαρμογή συστήματος παραπομπών μέσω του θεσμού του γενικού οικογενειακού γιατρού. Ωστόσο η στελέχωση των υπηρεσιών του ΠΕΔΥ παρέμεινε προσκολλημένη στους γιατρούς ειδικοτήτων, τελικά δεν εισήχθη το σύστημα παραπομπών και η γενικότερη εφαρμογή της μεταρρύθμισης αποδείχθηκε ιδιαίτερα αργή λόγω των περιορισμών σε ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους και κυρίως της προσανατολισμένης προς την δημοσιονομική-διαχειριστική οπτική περιορισμού της δαπάνης (Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018). Ως συνέπεια, μια νέα νομοθεσία εφαρμόστηκε τον Αύγουστο του 2017, σύμφωνα με την

οποία η πρόσβαση στην ΠΦΥ είναι εντελώς δωρεάν. Οι υπηρεσίες θα παρέχονται σε ένα πρώτο επίπεδο από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) και μέχρι αυτές να αναπτυχθούν πλήρως σε όλη τη χώρα και από συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς. Οι ΤΟΜΥ θα λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής και θα είναι στελεχωμένες με ομάδες υγείας αποτελούμενες από γενικούς γιατρούς και παθολόγους, παιδίατρος, νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και διοικητικό προσωπικό. Κάθε πολίτης θα είναι υποχρεωμένος να εγγραφεί σε κάποια κοντινή στην περιοχή κατοικίας του ΤΟΜΥ την οποία θα επισκέπτεται για κάθε πρόβλημα υγείας που έχει. Σε ένα δεύτερο επίπεδο θα λειτουργούν τα κέντρα υγείας με γιατρούς ειδικοτήτων στα οποία θα παραπέμπονται οι ασθενείς από τις ΤΟΜΥ, ενώ προβλέπεται και η ίδρυση κεντρικών διαγνωστικών εργαστηρίων σε κάθε ΥΠΕ, καθώς και εξειδικευμένων κέντρων υγείας για παροχή ειδικής φροντίδας, φυσιοθεραπείας και υπηρεσιών αποκατάστασης (Economou et al., 2017· Economou et al., 2018). Σήμερα λειτουργούν 101 από τις 239 ΤΟΜΥ που προβλέπεται να συσταθούν σε όλη τη χώρα αν και ο αρχικός σχεδιασμός ήταν μέχρι το τέλος του 2018 να λειτουργούν 120 ΤΟΜΥ. Παρά το γεγονός ότι η φιλοσοφία στην οποία βασίζεται η σύλληψη του όλου εγχειρήματος κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση και ανταποκρίνεται στις κατευθυντήριες αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η μέχρι τώρα πορεία του αναδεικνύει ορισμένα σοβαρά εμπόδια υλοποίησης (Economou et al., 2017· Economou and Panteli, 2018). Ένα βασικό από αυτά είναι η απροθυμία των γιατρών, σε αντίθεση με όλες τις άλλες κατηγορίες προσωπικού, να στελεχώσουν τις νέες δομές κυρίως λόγω της αντίδρασης στη νέα πολιτική από τους ιατρικούς συλλόγους και των όχι και τόσο αποδεκτών εκ μέρους τους συνθηκών εργασίας αναφορικά με την περιορισμένη χρονική ισχύ των συμβάσεων και το ύψος της αμοιβής. Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι η απουσία σαφώς προσδιορισμένων διαδικασιών και συντονισμού μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων ΠΦΥ. Τρίτον, δεν έχουν ακόμα ολοκληρωθεί τα προαπαιτούμενα για τη σωστή λειτουργία του συστήματος παραπομπών, όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενή. Τέταρτον, τίθεται το ζήτημα της αφομοίωσης του νέου συνεργατικού ρόλου που καλείται να παίξει κάθε μέλος της ομάδας ΠΦΥ. Μια πέμπτη πρόκληση είναι η σωστή εκπαίδευση του προσωπικού στην καθημερινή εφαρμογή των νέων κλινικών πρωτοκόλλων και η μετατροπή των κατευθυντήριων οδηγιών σε φιλικές προς το χρήστη διαδικασίες.

Στο νοσοκομειακό τομέα, τον Ιούλιο του 2011 η κυβέρνηση ανακοίνωσε ένα σχέδιο για τη μείωση του αριθμού των κλινών των δημόσιων νοσοκομείων, τη συνδιοίκηση νοσοκομείων, τη συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή νοσοκομείων που γειτνιάζουν και τη συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές κ.λπ). Σύμφωνα με το σχέδιο, τα διοικητικά συμβούλια των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκαν σε 83, οι διοικητές σε 78 και οι υποδιοικητές σε 145, ο συνολικός αριθμός των κλινών των δημόσιων νοσοκομείων από 38.115 το 2009 έπεσε σε 29.550 in 2016, ο αριθμός των ιατρικών τμημάτων και μονάδων μειώθηκαν κατά 600 και ο αριθμός του νοσοκομειακού προσωπικού περιορίστηκε κατά 15.000 εργαζόμενους. Επιπροσθέτως, 500 δημόσιες κλίνες διατέθηκαν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για την ικανοποίηση αναγκών πελατών τους. Αλλαγές προβλέπονταν να γίνουν και αναφορικά με τη χρήση οκτώ μικρών νοσοκομείων τα οποία προοριζόνταν να μετατραπούν σε μονάδες ΠΦΥ ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας ή υπηρεσίες αποκατάστασης και τελικού σταδίου, χωρίς ωστόσο μέχρι σήμερα να έχουν ολοκληρωθεί οι σχετικές διαδικασίες (Economou, 2012 · Kaitelidou et al., 2016).

Αναφορικά με τα φάρμακα, το 2011 θεσπίστηκε η θετική λίστα φαρμάκων που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ με βάση συγκεκριμένες τιμές αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία και το 2012 θεσπίστηκαν η αρνητική λίστα και η λίστα Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ). Στις δύο τελευταίες λίστες, μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνονται και φάρμακα που πριν αποζημιώνονταν από την κοινωνική ασφάλιση ενώ τώρα οι ασθενείς καλούνται να καλύψουν μόνοι τους όλο το κόστος. Τα πολύ ακριβά φάρμακα χορηγούνται μόνο από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και των δημόσιων νοσοκομείων. Εκτός των παραπάνω τριών λιστών, το 2012 θεσπίστηκε η υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων με σκοπό την παρακολούθηση της συμπεριφοράς του ιατρικού σώματος και των φαρμακοποιών και τον περιορισμό της άσκοπης κατανάλωσης φαρμάκων. Την ίδια περίοδο εκδόθηκαν οδηγίες συνταγογράφησης με βάση τα διεθνή πρότυπα και ορίστηκαν προϋπολογισμοί συνταγογραφούμενων φαρμάκων για κάθε γιατρό. Επίσης, υιοθετήθηκαν μέτρα για την προώθηση της συνταγογράφησης γενοσήμων, όπως η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου, η υποχρέωση τουλάχιστον το 50% των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία να είναι γενόσημα και η υποχρεωτική υποκατάσταση των

πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα κατά την εκτέλεση των συνταγών στα φαρμακεία (Economou et al., 2015 · Economou et al., 2017).

Σε σχέση με την οδοντιατρική φροντίδα, θεωρητικά ο ΕΟΠΥΥ έπρεπε να ξεκινήσει την κάλυψη αυτής τον Ιανουάριο του 2014, προσδιορίζοντας τόσο το είδος των σχετικών υπηρεσιών στο οποίο θα είχε πρόσβαση ο ασφαλισμένος πληθυσμός όσο και το ποσοστό του κόστους που θα αποζημιώνει και συνάπτοντας συμβάσεις με τους κατάλληλους προμηθευτές. Όμως, λόγω των περιορισμών στον προϋπολογισμό του και των περικοπών των δημόσιων δαπανών υγείας κάτι τέτοιο δεν συνέβη ποτέ (Damaskinos et al., 2016). Αυτό αποτελεί στην ουσία υποβάθμιση της ασφαλιστικής προστασία της στοματικής υγείας, δεδομένου ότι πριν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ οι ασφαλισμένοι στα ταμεία που συγχωνεύτηκαν σε αυτόν είχαν πρόσβαση σε συμβεβλημένους οδοντιάτρους ή οδοντιάτρους των πολυιατρείων, αν και για σχετικά περιορισμένο εύρος υπηρεσιών. Στην πράξη, οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ οι οποίοι δεν έχουν τη δυνατότητα πληρωμής για επίσκεψη σε ιδιωτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες, μπορούν να επισκεφτούν τις μονάδες του ΕΣΥ. Όμως, οι οδοντίατροι στα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν κυρίως δευτεροβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη σε ασθενείς με σύνθετα προβλήματα υγείας (πχ φορείς του AIDS) οι οποίοι πρέπει να καταβάλουν συγκεκριμένη συμμετοχή στο κόστος ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία, ενώ οι οδοντίατροι στα κέντρα υγείας παρέχουν θεραπεία σε παιδιά μέχρι 18 ετών και μόνο επείγουσα φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό. Τα δεδομένα δείχνουν μια τάση μείωσης του αριθμού των οδοντιάτρων που απασχολούνται στο δημόσιο τομέα λόγω της οικονομικής κρίσης, των συγχωνεύσεων των ιατρικών τμημάτων των νοσοκομείων και των συνταξιοδοτήσεων χωρίς την κάλυψη των κενών θέσεων. Συνεπώς, πλέον του περιορισμένου εύρους της φροντίδας που παρέχουν τα κέντρα υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία, έχουν να αντιμετωπίσουν και την υποστελέχωση στις σχετικές ειδικότητες (Damaskinos et al., 2016).

5. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ

Η αποτίμηση των επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας που έλαβαν χώρα την περίοδο της κρίσης στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα, λόγω του γεγονότος ότι δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί εάν και σε ποιο βαθμό ένα παρατηρούμενο αποτέλεσμα μπορεί να αποδοθεί άμεσα σε δομικές και λειτουργικές αλλαγές στο σύστημα υγείας αποκλειστικά και μόνο ή σε αλλαγές στους κοινωνικούς προσ-

διοριστές της υγείας ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης. Επιπροσθέτως, η επίπτωση οποιασδήποτε αλλαγής χρειάζεται χρόνο μέχρι να γίνει ορατή ενώ θα πρέπει να επισημανθεί και η απουσία στην Ελλάδα επίκαιρων και επαρκών διαθέσιμων δεδομένων. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, στο παρόν υποκεφάλαιο εντοπίζονται ορισμένες τάσεις δεικτών υγείας μετά το 2010 και συνοψίζονται τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών.

Μεταξύ 2010 και 2016, το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης στην Ελλάδα μειώθηκε κατά 3 έτη για τις γυναίκες (από 67,7 σε 64,7 έτη) και κατά 2,3 έτη για τους άντρες (από 66,1 σε 63,8 έτη) (Eurostat, 2018α). Τα δεδομένα δείχνουν επίσης αλλαγές στην αυτοεκτιμώμενη υγεία του Ελληνικού πληθυσμού. Αν και τα ποσοστά όσων δήλωσαν πολύ κακή (από 2,9% το 2010 σε 2,8% το 2016), κακή (από 6,7% το 2010 σε 7,5% το 2016) ή μέτρια (από 14,8% το 2010 σε 15,6% το 2016) υγεία σημείωσαν μικρές μεταβολές, υπάρχει εμφανής μείωση όσων εκτίμησαν την υγεία τους ως πολύ καλή (από 50,1% το 2010 σε 45% το 2016) (Eurostat, 2018β). Επιπροσθέτως, ενώ το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα σημείωνε για δεκαετίες συνεχή πτώση και ήταν μόνιμα χαμηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 28 χωρών μελών (ΕΕ-28), μετά το 2014 η τάση αυτή αντιστράφηκε. Έτσι, ενώ το 2012 το σχετικό ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 2,9 θάνατοι ανά 1000 γεννήσεις ζώντων και ο μέσος όρος στην ΕΕ-28 ήταν 3,8, το 2016 η βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα αυξήθηκε σε 4,2 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις ζώντων και στην ΕΕ-28 ήταν 3,6 (Eurostat, 2018γ). Επιπροσθέτως και η αποφεύξιμη θνησιμότητα, δηλαδή οι θάνατοι που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με παροχή καλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και παρεμβάσεις δημόσιας υγείας επικεντρωμένων στους ευρύτερους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, αυξήθηκε από 175,85 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους το 2011 σε 182,24 το 2015 (Eurostat, 2018δ). Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί ο προβληματισμός που εγείρεται αναφορικά με τη χειροτέρευση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας λόγω των μεγάλων οικονομικών περικοπών και των επιπτώσεων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Μελέτες δείχνουν ότι η αποφεύξιμη θνησιμότητα στην Ελλάδα (Karaniolos et al., 2018) καθώς και ο αριθμός περιπτώσεων δυσμενούς έκβασης κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας (Laliotis et al., 2016), παρουσίασαν αύξηση τα χρόνια που ακολούθησαν της οικονομικής κρίσης.

Τέλος, πρόσφατη μελέτη για το συνολικό βάρος των νόσων στην Ελλάδα, η οποία διερευνά την περίοδο 2000-2016, διαπιστώνει ότι πολλές

από τις αιτίες θανάτου που αυξήθηκαν κατά την περίοδο μετά την οικονομική κρίση σχετίζονται με την κατάσταση στο σύστημα υγείας και την ποιότητα φροντίδας που αυτό παρέχει (π.χ. HIV, νεοπλάσματα, κίρρωση ήπατος, νευρολογικές διαταραχές, χρόνια νεφρική νόσο και οι περισσότεροι από τους τύπους καρδιαγγειακών παθήσεων) (GBD Greece, 2018). Σημαντικές αλλαγές στους δείκτες απώλειας υγείας από το 2010 και μετά υποστηρίζουν την ερμηνεία ότι τα μέτρα λιτότητας επιδείνωσαν το προϋπάρχον νοσολογικό βάρος της χώρας. Οι απότομες ποσοτικές μεταβολές στις τάσεις θνησιμότητας και οι ποιοτικές μεταβολές στις αιτίες θνησιμότητας με αύξηση των μεταδοτικών, μητρικών, νεογνικών και διατροφικών ασθενειών από το 2010, σχετίζονται με την απότομη και μεγάλη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας.

Εκτός από το επίπεδο υγείας, οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις επέδρασαν και στη δυνατότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και την ανταποκρισιμότητα αυτών στις ανάγκες του πληθυσμού (Εconomou, 2015). Οι οριζόντιες περικοπές στις δαπάνες υγείας και η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών οδήγησε σε μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση των ασθενών. Ταυτόχρονα, μειώθηκε η ασφαλιστική κάλυψη για σχεδόν το 25% του πληθυσμού λόγω της υψηλής ανεργίας και περιορίστηκε το εισόδημα των νοικοκυριών λόγω των μισθολογικών και συνταξιοδοτικών περικοπών και της αύξησης της άμεσης και έμμεσης φορολογίας. Είναι ενδεικτικό ότι στο διάστημα 2007-2016 η Ελλάδα κατέγραψε την υψηλότερη αναλογία φορολογίας σε σχέση με το ΑΕΠ (7,4 ποσοστιαίες μονάδες) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, ως αποτέλεσμα των Μνημονιακών επιταγών (OECD, 2018). Το συσσωρευμένο αποτέλεσμα όλων των παραπάνω ήταν η σημαντική αύξηση κατά το διάστημα 2010-2016 των δηλούμενων από τον πληθυσμό ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές εξετάσεις λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής, από 5,5% σε 13,1%. Να επισημανθεί ότι οι αντίστοιχοι μέσοι όροι για την ΕΕ-28 ήταν 3,1% και 2,5% (Eurostat, 2018ε). Μια μείωση κατά 3,1 ποσοστιαίες μονάδες παρατηρήθηκε από το 2016 στο 2017, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στα μέτρα καθολικής κάλυψης που λήφθηκαν το 2016.

Εξίσου αρνητική εικόνα δίνουν και τα αποτελέσματα μελέτης για την οικονομική προστασία στην Ευρώπη που διεξήχθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Σύμφωνα με αυτά, η επίπτωση της καταστροφικής δαπάνης για υγεία, δηλαδή της δαπάνης που ξεπερνά το 40% του

διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού, αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της κρίσης (SCUC, 2018). Ενώ το 2010, 7,2% των νοικοκυριών στην Ελλάδα αντιμετώπισε την περίπτωση καταστροφικής δαπάνης για υγεία, το ποσοστό ανήλθε σε 10,5% το 2015, για να μειωθεί σε 9,7% το 2016. Το βάρος είναι ιδιαίτερα δυσμενές για το χαμηλότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο. Το 2016, σχεδόν το ένα τρίτο των Ελληνικών νοικοκυριών που ανήκαν σε αυτό το πεμπτημόριο ξόδεψαν 1 στα 7 ευρώ από το εισόδημά τους για φροντίδα υγείας. Σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη αυτή παίζουν τα φάρμακα, όπου το 2016, το 44% των άμεσων πληρωμών των νοικοκυριών που αντιμετώπισαν καταστροφικές δαπάνες αφορούσαν φαρμακευτική περίθαλψη. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και άλλη μελέτη (Chantzaras and Yfantopoulos, 2018), σύμφωνα με την οποία οι άμεσες πληρωμές μεταξύ 2008-2015 αυξήθηκαν ως ποσοστό του προϋπολογισμού όλων των νοικοκυριών, κυρίως λόγω της αύξησης της δαπάνης για φαρμακευτική (20,2%) και νοσοκομειακή περίθαλψη (63%).

Πάνω από το 25% των άμεσων ιδιωτικών δαπανών για υγεία στην Ελλάδα συνιστούν άτυπες πληρωμές, εγείροντας έντονο προβληματισμό για την ύπαρξη ενός ακόμα εμποδίου στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Μια από τις αιτίες για αυτό είναι ο ανορθολογικός τρόπος τιμολόγησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας. Έρευνες δείχνουν ότι σχεδόν ένας στους τρεις που έχει χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχει προβεί σε τουλάχιστον μια άτυπη πληρωμή, ιδιαίτερα στον νοσοκομειακό τομέα, για αμοιβή χειρουργού, ή παράκαμψη της λίστας αναμονής ή διασφάλιση καλύτερης ποιότητας περίθαλψης (WHO Regional Office for Europe, 2018a). Ωστόσο, στην περίοδο της κρίσης προέκυψαν νέες μορφές άτυπων πληρωμών, καθώς οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ, αναζητώντας φροντίδα, αναγκάζονται να πληρώσουν «κάτω από το τραπέζι» αμοιβές ύψους μεταξύ €10 και €20 στους συμβεβλημένους γιατρούς, για υπηρεσίες που θεωρητικά παρέχονται δωρεάν, λόγω της ύπαρξης των ανώτατων ορίων πράξεων των γιατρών που συζητήθηκαν σε προηγούμενο υποκεφάλαιο (Economou, 2015· Economou et al., 2017· Economou et al., 2018).

Οι ασθενείς με χρόνιες καταστάσεις αποτελούν μια ομάδα του πληθυσμού η οποία επηρεάστηκε ιδιαίτερα αρνητικά από τις εξελίξεις, εμφανίζοντας μειωμένη συμμόρφωση ως προς την τήρηση της θεραπευτικής τους αγωγής, περιορισμένη πρόσβαση σε διαγνωστικές υπηρεσίες και φάρμακα, χαμηλή παρακολούθηση των επιπλοκών και αυξημένο κίνδυνο καταστροφικών δαπανών. Μελέτες δείχνουν ότι πολλοί ασθενείς με χρόνιες

καταστάσεις αρνούνται ακριβότερες θεραπείες ή μειώνουν τη συχνότητα και την ποσότητα λήψης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους λόγω περιορισμένου διαθέσιμου εισοδήματος και της αδυναμίας τους να καλύψουν το αναγκαίο οικονομικό κόστος και τα υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής που θεσπίστηκαν, ενώ σε πολλές περιπτώσεις αντιμετωπίζουν και το κόστος μετακίνησης λόγω μη γεωγραφικής εγγύτητας των υπηρεσιών (Polyzos and Kountouras, 2012· Aloumanis and Papanas, 2014· Tsiligianni et al., 2013 and 2014· Tsiantou et al., 2014· Apostolidis, 2013· Athanasakis et al., 2012· Skroumpelos et al., 2014).

6. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Για να αποτιμήσει κανείς τις συνέπειες του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ) της Ελλάδας στον τομέα της υγείας θα πρέπει να λάβει υπόψη του τέσσερα δεδομένα (Economou et al., 2015). Πρώτον, το ΕΣΥ δεν ήταν προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που τέθηκαν από την οικονομική κρίση, δεδομένων των πολλαπλών δομικών προβλημάτων που εμφάνιζε. Οι δομικές αυτές αδυναμίες διαμόρφωσαν ένα σύστημα ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις και ανίκανο να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού. Δεύτερον, καθίστατο επιτακτική ανάγκη η εφαρμογή οργανωτικών και λειτουργικών μεταρρυθμίσεων προκειμένου να διορθωθούν οι αδυναμίες του συστήματος. Τρίτον και ίσως σπουδαιότερο για να κατανοήσει κανείς τις επιπτώσεις των αλλαγών, τα μέτρα που προβλέφθηκαν στο ΠΟΠ ήταν κυρίως μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης και λιτότητας. Οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους που εφαρμόστηκαν έλαβαν τη μορφή οριζόντιων περικοπών. Τέλος, εξετάζοντας καθεμιά από τις μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες, είναι σημαντικό να έχει κανείς στο μυαλό του ότι το ΕΣΥ υπέστη μια «μαζική επίθεση» ταυτόχρονης επιβολής μεγάλου αριθμού αλλαγών που έπρεπε να εφαρμοστούν σε πολύ σύντομο και περιορισμένο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα βήματα που ήταν προαπαιτούμενα για τα επόμενα να μην προλαβαίνουν να ωριμάσουν και να αποδώσουν.

Οι μεταρρυθμίσεις, ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2010-2014 επικεντρώθηκαν πρωτίστως σε λειτουργικές, οργανωτικές και χρηματοδοτικές διαστάσεις. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί λογικό καθώς ο στόχος ήταν η αντιμετώπιση των χρόνιων διαρθρωτικών προβλημάτων του ΕΣΥ. Όμως, η συγκεκριμένη οπτική αγνόησε την πλευρά των πολιτών/ασθενών, μιας

και η δημιουργία ενός προσανατολισμένου προς τον ασθενή συστήματος ήταν εκτός των επιδιώξεών της. Επιπλέον, η πραγματοποίηση σημαντικών αλλαγών σε συνδυασμό με εκτεταμένες οικονομικές περικοπές αποδείχθηκε πολύ δύσκολη όσον αφορά τόσο τη δυνατότητα να λάβουν χώρα ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις όσο και τις συνέπειες για την παροχή υπηρεσιών. Συνολικά, το περιεχόμενο και η διαδικασία των μεταρρυθμίσεων είχαν κυρίως τεχνοκρατικό/διαχειριστικό χαρακτήρα, με ανεπαρκή προσοχή στην ευρύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας και στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα είναι ότι η γενική προσέγγιση των μέτρων περιορισμού του κόστους έλαβε τη μορφή οριζόντιων περικοπών αντί μιας πιο εκλεπτυσμένης και στρατηγικής προσέγγισης που να στοχεύει στην καλύτερη κατανομή των πόρων, εν μέρει λόγω της πίεσης που ασκήθηκε από το ΠΟΠ για την επίτευξη άμεσων αποτελεσμάτων στις περικοπές των δαπανών υγείας. Με τις μειώσεις του προϋπολογισμού που έγιναν, τα μερίδια των δημόσιων δαπανών ανά λειτουργία υγειονομικής περίθαλψης (υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης, εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, φαρμακευτικά προϊόντα κ.λπ.) παρέμειναν σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητα, εξαιρουμένων των φαρμακευτικών προϊόντων, υποδεικνύοντας ότι οι περικοπές ήταν οριζόντιες, με σκοπό να επιτευχθούν άμεσα συγκεκριμένοι στόχοι με κάθε θυσία, παρά να αυξηθεί η αποδοτικότητα μακροπρόθεσμα. Ακόμη και εντός του νοσοκομειακού τομέα, οι περικοπές στις προμήθειες με σημαντικό θεραπευτικό αντίκτυπο στην υγειονομική περίθαλψη (π.χ. φαρμακευτικά και ορθοπεδικά) δεν συνοδεύθηκαν ούτε από περιορισμό των δαπανών γενικών εξόδων και άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών (στην πραγματικότητα σημείωσαν αύξηση στα περισσότερα νοσοκομεία, π.χ. πάνω από το 60% των δημόσιων νοσοκομείων αύξησαν τις δαπάνες τους για καθαρισμό και το 45% αύξησαν τις δαπάνες φύλαξης) ή από προσπάθειες εξορθολογισμού της διανομής των υφιστάμενων πόρων.

Ένα τρίτο σημείο που πρέπει να συζητηθεί είναι ότι οι παρενέργειες ορισμένων μέτρων δεν λήφθηκαν επαρκώς υπόψη. Οι διαδικασίες μεταρρύθμισης ενδέχεται να προκαλέσουν απρόβλεπτες συνέπειες. Παραδείγματα στην Ελλάδα περιλαμβάνουν ο περιορισμός της πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οι αυξανόμενες απαιτήσεις για άτυπες πληρωμές λόγω περικοπών στους ήδη χαμηλούς μισθούς των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο δημόσιο σύστημα και ιδίως των γιατρών, η μετανάστευση πολλών νέων και ειδικευμένων ιατρών και άλλων επαγγελ-

ματιών υγείας σε άλλες χώρες ως αποτέλεσμα της μείωσης των αποδοχών και της χειροτέρευσης των συνθηκών εργασίας.

Συμπερασματικά, το ΠΟΠ επηρέασε άμεσα το ελληνικό σύστημα υγείας (Kentikelenis, 2017). Πρώτον, τα μέτρα λιτότητας μείωσαν τις δημόσιες δαπάνες υγείας με αρνητικές επιπτώσεις στον όγκο και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεύτερον, η ασφαλιστική κάλυψη της υγείας και η πρόσβαση στις υπηρεσίες μειώθηκαν μέσω αυξήσεων της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος της περίθαλψης, μείωσης των καλυπτόμενων κινδύνων και των παροχών και επιβολής ανώτατων ορίων στη χρήση των υπηρεσιών. Τρίτον, οι ανθρώπινοι πόροι για την υγεία επηρεάστηκαν μέσω της μείωσης των αμοιβών και της διαρροής εγκεφάλων. Τέταρτον, οι προαναφερόμενες επιπτώσεις του ΠΟΠ στο υγειονομικό σύστημα της χώρας είχαν αρνητικές συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες για περίθαλψη.

7. ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ: ΑΛΛΑΞΕ Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ;

Η πλειοψηφία των μεταρρυθμιστικών μέτρων που θεσπίστηκαν κατά το πρώτο κύμα των μεταρρυθμίσεων (2010-2014) υπονόμεισε τους στόχους του συστήματος υγείας σύμφωνα με την τυπολογία που υιοθετήθηκε από τον ΠΟΥ (επίπεδο υγείας, οικονομική προστασία, αποδοτικότητα, ισότητα, ποιότητα, ανταποκρισιμότητα, διαφάνεια και λογοδοσία) (Mladovsky et al., 2012). Αυτά περιλαμβάνουν τη μείωση του εύρους και της έκτασης της ασφαλιστικής κάλυψης βασικών υπηρεσιών υγείας, την αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος χρήσης και των χρόνων αναμονής, οριζόντιες περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας και επιβάρυνση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας που προκαλείται από περικοπές των μισθών, μείωση των επιπέδων αντικατάστασης όσων συνταξιοδοτούνται και μετανάστευση σε ξένες αγορές εργασίας. Από την άλλη πλευρά, τα μέτρα που μπορούσαν να προωθήσουν τους στόχους του συστήματος υγείας ήταν περιορισμένα και εμφάνιζαν προβλήματα ως προς το σχεδιασμό και την υλοποίησή τους. Εδώ εντάσσονται η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ ως ενιαίου αγοραστή, η εισαγωγή του συστήματος των ΚΕΝ και οι μειώσεις των τιμών των φαρμάκων σε συνδυασμό με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Τέλος, παραβλέφθηκαν ορισμένες βασικές επιλογές πολιτικής, όπως ο στρατηγικός σχεδιασμός της αγοράς υπηρεσιών και των προμηθειών που να συνδυάζει συμβάσεις με μηχανισμούς λογοδοσίας, η ενσωμάτωση της

αποτίμησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας σε μια διαφανή διαδικασία λήψης αποφάσεων, η υιοθέτηση μέτρων παρακολούθησης και διαφάνειας, καθώς και μέτρων δημόσιας υγείας για τη μείωση του βάρους της ασθένειας, η αλλαγή προσανατολισμού του συστήματος υγείας από νοσοκομειοκεντρικό σε ένα που να βασίζεται στην ΠΦΥ, ο συντονισμός πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας καθώς και των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και η μείωση του διοικητικού κόστους χωρίς όμως να υποσκάπτεται η δυνατότητα διαχείρισης του συστήματος υγείας. Επιπροσθέτως, η διάσταση των πολιτών-ασθενών ως βάση για τη διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας επικεντρωμένου στον ασθενή ήταν πέρα από το πεδίο εφαρμογής του μεταρρυθμιστικού κύματος της περιόδου 2010-2014. Επίσης, τα επιδιωκόμενα ή μη σκόπιμα αποτελέσματα των μέτρων που εισήχθησαν δεν διερευνήθηκαν ποτέ έτσι ώστε να εξαχθούν κρίσιμα συμπεράσματα για την περαιτέρω διαμόρφωση πολιτικής (Economou et al., 2015 · Economou et al., 2017).

Μετά το 2015 και την εκλογή νέας κυβέρνησης, αυτά τα παραμελημένα θέματα ήρθαν στο προσκήνιο της ατζέντας για την πολιτική υγείας, στη βάση μιας αυξανόμενης ανησυχίας για την αναγκαιότητα επίτευξης καθολικής υγειονομικής κάλυψης και μείωσης των φραγμών στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Economou and Panteli, 2018). Η νομοθεσία του 2016 για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και η κατάργηση ορισμένων μορφών συμμετοχής των ασθενών στο κόστος, οδήγησε σε μια μικρή μείωση των άμεσων πληρωμών και της αυτοαναφερόμενης μη καλυπτόμενης ανάγκης για περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής. Το νέο σύστημα ΠΦΥ που εισήχθη το 2017 αναμένεται να οδηγήσει σε καλύτερη πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και πιο ορθολογική και αποδοτική χρήση των υπάρχουσών υπηρεσιών και πόρων, ως αποτέλεσμα της μείωσης των περιττών επισκέψεων σε νοσοκομεία μέσω μιας καλά οργανωμένης διαδικασίας παραπομπών. Στα θετικά εντάσσεται και η θεσμοθέτηση το 2018 της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης ως μηχανισμού έγκαιρης αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας. Επίσης θετική είναι η νομοθεσία του 2017 η οποία ενισχύει τον ρόλο των ασθενών και θεσμοθετεί τον κοινωνικό έλεγχο των δημόσιων υπηρεσιών υγείας μέσω διαδικασιών ανοικτής δημόσιας λογοδοσίας, το αποτέλεσμα των οποίων θα λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαδικασία της λήψης αποφάσεων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών. Η δέσμευση για την ενδυνάμωση της φωνής των ασθενών αντικατοπτρίζεται επίσης σε νομοθεσία του 2016 που προβλέπει την ίδρυση γραφείου για την προστασία

των δικαιωμάτων των δικαιούχων υπηρεσιών υγείας σε κάθε νοσοκομείο. Επιπλέον, προετοιμάζονται εθνικά στρατηγικά σχέδια βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων για την αντιμετώπιση των ανισορροπιών στον ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία και την αναδιοργάνωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση, η τεχνική βοήθεια που παρέχει ο ΠΟΥ διαδραμάτισε καταλυτικό ρόλο, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται η διεξαγωγή αξιολογήσεων και η διατύπωση συστάσεων για την αντιμετώπιση ζητημάτων όπως η επαναπροσδιορισμός των υπηρεσιών επείγουσας ιατρικής (WHO Regional Office for Europe, 2017) και ο εξορθολογισμός της κατανομής και της χρήσης του ιατρικού εξοπλισμού υψηλής αξίας (WHO Regional Office for Europe, 2018b).

Παρά τα θετικά βήματα που συντελέστηκαν κατά την τελευταία τριετία, ορισμένα ζητήματα εξακολουθούν να χρήζουν περαιτέρω συζήτησης, όπως η δομή των μορφών συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, η απουσία ουσιαστικής ασφαλιστικής κάλυψης για οδοντιατρική περίθαλψη, οι περιορισμένες δημόσιες δαπάνες και το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών άμεσων τυπικών και άτυπων πληρωμών που καθιστούν τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αντίστροφα προοδευτική και ανισότιμη (Economou and Panteli, 2018).

8. ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Η Ελλάδα χρησιμεύει ως ένα ισχυρό παράδειγμα του πως οι προσεγγίσεις «από τα πάνω προς τα κάτω» (top-down) για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας μπορεί να μην είναι ο βέλτιστος δρόμος προς τα εμπρός. Παρόλο που πολλές από τις μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν από το 2010 και μετά ήταν απαραίτητες, εφαρμόστηκαν με λάθος τρόπο, ανεπαρκές χρονοδιάγραμμα και προς την λάθος κατεύθυνση, καταστρατηγώντας κάθε έννοια κοινωνικής δικαιοσύνης. Δε έγινε καμία εκτίμηση των κοινωνικών επιπτώσεων και των επιπτώσεων στο επίπεδο υγείας από την εφαρμογή των Μνημονιακών δεσμεύσεων, δεν υπήρξε ετοιμότητα για τον αντίκτυπο των μέτρων που εγκρίθηκαν στο σύστημα και το επίπεδο υγείας και απουσίαζε η έγκαιρη ανταπόκριση σε αυτά τα αποτελέσματα. Επιπλέον, δεν υπήρξε αξιολόγηση της χρονολογικής αλληλουχίας, της ακολουθίας και της εφαρμογής των μέτρων πολιτικής υγείας. Αυτή η κατάσταση εφαρμογής του νεοφιλελεύθερου «δόγματος του σοκ» υπό τους αυστηρούς μεταρρυθμιστικούς στόχους και τα χρονοδιαγράμματα που επέβαλαν οι διεθνείς πιστωτές, οδήγησε στον κίνδυνο η πολιτική υγείας

να καταστεί μία στείρα αντιπαράθεση ιδεολογικών δογματικών θέσεων αντί μιας τεκμηριωμένης πρότασης επιδίωξης της κοινωνικής ευημερίας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Η οικονομική κρίση, η εφαρμογή του ΠΟΠ και οι περιορισμοί που απορρέουν από τον γενικό κανόνα λιτότητας που επιβάλλει η ΕΕ, συνέπεσαν με αξιολογήματα αρνητικά κοινωνικά αποτελέσματα, προκαλώντας ανησυχίες σχετικά με τον αντίκτυπο των μέτρων λιτότητας στην κοινωνική φροντίδα και την υγεία και τα κοινωνικά δικαιώματα των ατόμων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού (Συμβούλιο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων (United Nations Human Rights Council, 2016).

Πριν από το 2009, η έλλειψη πολιτικής βούλησης και συνέπειας οδήγησε σε καθυστερήσεις και μη εφαρμογή αναγκαίων μεταρρυθμίσεων. Μόλις η εφαρμογή αλλαγών άρχισε ως αποτέλεσμα των απαιτήσεων του ΠΟΠ, το πλαίσιο εισαγωγής αυτών ήταν πολύ δυσμενέστερο ως προς την απουσία επαρκούς χρηματοδότησης, χρόνου και άλλων πόρων, λόγω των μέτρων λιτότητας. Αυτό επηρέασε δυσμενώς τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Η διαχείριση της αλλαγής στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης απαιτεί σταθερή δέσμευση σε βασικούς στόχους του συστήματος υγείας, όπως η διατήρηση της καθολικής κάλυψης, η εστίαση στις ανάγκες του πληθυσμού, η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων. Απαιτεί επίσης την οικοδόμηση ισχυρών υποστηρικτικών συμμαχιών με τους κοινωνικούς εταίρους και τα ενδιαφερόμενα μέρη. Δεδομένου του ιατροκεντρικού χαρακτήρα του ΕΣΥ, οποιαδήποτε μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας διαχρονικά παρεμποδίστηκε όταν έθετε σε κίνδυνο τα παγιωμένα συμφέροντα του ιατρικού σώματος (Mossialos and Allin, 2005 · Nikolentzos and Mays, 2016). Ο κίνδυνος αυτός είναι και πάλι εμφανής αναφορικά με την πρόσφατη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ. Παρόλο που οι περισσότεροι κοινωνικοί εταίροι υποστηρίζουν αυτή την προσπάθεια, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ) είναι αντίθετος, διακηρύσσοντας ότι το όλο εγχείρημα είναι μη βιώσιμο και εάν εφαρμοστεί θα υπονομεύσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και του ιατρικού επαγγέλματος (ΠΙΣ, 2018α και 2018β). Το ερώτημα είναι σε ποιο βαθμό η αντίθεση που εκφράζεται από τον ΠΙΣ μπορεί να δημιουργήσει εμπόδια στην πλήρη εφαρμογή της μεταρρύθμισης. Η απάντηση σχετίζεται με τη γενικότερη ανησυχία σχετικά με τις δυνάμεις στην πολιτική και την κοινωνία που προωθούν ενεργά ένα βιώσιμο δημόσιο σύστημα υγείας ως μέρος ενός αποτελεσματικού κράτους πρόνοιας, λαμβάνοντας υπόψη

τον αυστηρό και δεσμευτικό δημοσιονομικό συντονισμό στο πλαίσιο της οικονομικής διακυβέρνησης της ΕΕ.

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι κατά την περίοδο πριν από την κρίση, η επίδραση της ΕΕ στη διαμόρφωση των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού κράτους πρόνοιας ήταν σχετικά αδύναμη, καθώς βασιζόταν σε «ήπιους», εθελοντικούς μηχανισμούς πολιτικής, όπως η «Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού», με στόχο τη σύγκλιση προς το λεγόμενο «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο», ενώ αντίθετα ο ρόλος των εγχώριων φορέων και των εθνικών προτεραιοτήτων ήταν ισχυρός (Σακελλαρόπουλος και Οικονόμου, 2006· Sotiropoulos, 2004). Η κατάσταση μεταβλήθηκε κατά την περίοδο μετά την κρίση και η παρέμβαση της ΕΕ στη διαμόρφωση των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού κράτους πρόνοιας και συνεπώς και του τομέα της υγείας κατέστη ισχυρή, χαρακτηριζόμενη από την υιοθέτηση «σκληρών» μηχανισμών εξευρωπαϊσμού (π.χ. Μνημόνια), όπου η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις της ΕΕ συναρτήθηκε άμεσα με την απαίτηση αποπληρωμής των χορηγούμενων από την Τρόικα δανείων. Η νέα «συνταγή» μεταρρυθμίσεων της ΕΕ επιδίωξε τη δημοσιονομική λιτότητα, την εσωτερική υποτίμηση και τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, με αποτέλεσμα την αποδυνάμωση του ελληνικού κράτους πρόνοιας. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος των εθνικών φορέων μειώθηκε, ενώ η εθνική κυβέρνηση έγινε ο κύριος εγχώριος παράγοντας στις μεταρρυθμίσεις των πολιτικών (Feronas, 2018).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Aloumanis, K. and Papanas, N. (2014). Greek Financial Crisis: Consequences in the Healthcare of Diabetes and its Complications. *Hippokratia*, 18(1), pp. 4-6.
- Apostolidis, K. (2013). Access to Medicines in Greece. A Patient View from Greece. *Patient View Quarterly*, June, pp. 6-13.
- Athanasakis, K. et al. (2012). Inequalities in Access to Cancer Treatment: An Analysis of Cross-regional Patient Mobility in Greece. *Support Care Cancer*, 20, pp. 455-460.
- Chantzaras, A. and Yfantopoulos, J. (2018). Financial Protection of Households Against Health Shocks in Greece during the Economic Crisis. *Social Science and Medicine*, 211, pp. 338-351.
- Damaskinos, P., Koletsi-Kounari, H., Economou, C., Eaton, K.A. and Widstrom, E. (2016). The Healthcare System and Provision of Oral Healthcare in European Union Member States. Part 4: Greece. *British Dental Journal*, 220(5), pp. 253-260.

- Economou, C. (2010). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 12(7), pp. 1-180.
- Economou, C. (2012). The Performance of the Greek Healthcare System and the Economic Adjustment Programme: Economic Crisis versus System-specific Deficits Driven Reform. *Social Theory*, 2(2), pp. 33-69.
- Economou, C. (2015). *Barriers and Facilitating Factors in Access to Health Services in Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Economou, C. and Giorno, C. (2009). *Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (Economics Department Working Paper No. 722).
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(5), pp. 1-192.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D. and Siskou, O. (2014). Impacts of the Economic Crisis on Access to Healthcare Services in Greece with a Focus on the Vulnerable Groups of the Population. *Social Cohesion and Development*, 9(2), pp. 99-115.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A. and Sissouras, A. (2015). The Impact of the Financial Crisis on the Health System and Health in Greece. In: A. Maresso et al. (eds), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Economou, C., Kaitelidou, D. and Siskou, O. (2018). A Health System in the Era of Economic Crisis and Memoranda: Bearing Patiently the Consequences or Grabbing the Chance for Introducing Reforms? In: M. Saridi and K. Souliotis (eds). *The Impact and Implications of Crisis. A Comprehensive Approach Combining Elements of Health and Society*. New York: Nova Science Publishers.
- Economou, C. and Panteli, D. (2018). *Monitoring and Documenting the Systemic and Health Effects of Health Reforms in Greece*. WHO Regional Office for Europe (in press).
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017). Δελτίο Τύπου: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2015. Αθήνα.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2018). Δελτίο Τύπου: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2016. Αθήνα.

- European Commission (2016). *Financial Assistance to Greece*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2018a). *Healthy Life Years*. Website, accessed July 2018 at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en
- Eurostat (2018b). *Self-perceived Health Status*. Website, accessed July 2018 at: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
- Eurostat (2018γ). *Infant Mortality per 1000 Live Births*. Website, accessed July 2018 at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en
- Eurostat (2018δ). *Preventable Deaths*. Website, accessed July 2018 at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_apr&lang=en
- Eurostat (2018ε). *Unmet Health Care Needs Statistics*. Website, accessed 10 May 2018 at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics
- Feronas, A. (2018). The New Face of Europeanization in Times of Crisis: Imposing the EU “Recipe” on the Greek Welfare State Reforms. In: M. Saridi and K. Souliotis (eds), *The Impact and Implications of Crisis. A Comprehensive Approach Combining Elements of Health and Society*. New York: Nova Science Publishers.
- Flokou, A., Aletras, V. and Niakas, D. (2017). Decomposition of Potential Efficiency Gains from Hospital Mergers in Greece. *Health Care Management Science*, 20(4), pp. 467-484.
- GBD Greece (2018). The Burden of Disease in Greece, Health Loss, Risk Factors, and Health Financing, 2000-16: An Analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Public Health* 3(8), pp. e395-e406.
- Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou, O., Souliotis, K., Tsavalias, K. and Liaropoulos, L. (2016). The Impact of Economic Crisis to Hospital Sector and the Efficiency of Greek Public Hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4(10), pp. 111-125.
- Karanikolos, M., Machenbach, J., Nolte, E., Stuckler, D. and McKee, M. (2018) Amenable Mortality in the EU – Has Crisis Changed its Course? *European Journal of Public Health*, cky116, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky116>

- Kentikelenis, A. (2017). Structural Adjustment and Health: A Conceptual Framework and Evidence on Pathways. *Social Science and Medicine*, 187, pp. 296-305.
- Laliotis, I., Ioannidis, J.P.A. and Stavropoulou, C (2016). Total and Cause-specific Mortality Before and After the Onset of the Greek Economic Crisis: An Interrupted Time-series Analysis. *Lancet*, 1(2), pp. e56-e65.
- Mitropoulos, P., Kounetas, K. and Mitropoulos, I. (2015). Factors Affecting Primary Health Care Centers' Economic and Production Efficiency. *Annals of Operations Research*, 2015, pp. 1-16.
- Mladovsky, P. et al. (2012). *Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mossialos, E. and Allin, S. (2005). Interest Groups and Health System Reform in Greece. *West European Politics*, 28(2), pp. 420-444.
- Nikolentzos, A. and Mays, N. (2016). Explaining the Persistent Dominance of the Greek Medical Profession Across Successive Health Care System Reforms from 1983 to the Present. *Health Systems & Reform*, 2(2), pp. 135-146.
- OECD (2018). *Tax Policy Reforms 2018*. Paris.
- Oikonomou, N. et al. (2016). Measuring the Efficiency of the Greek Rural Primary Healthcare using a Restricted DEA Model; The Case of Southern and Western Greece. *Health Care Management and Science*, 19(4), pp. 313-332.
- ΠΙΣ (2018α). Δελτίο Τύπου: Αντίθετος με το Gatekeeping ο ΠΙΣ. Ανάκτηση από: https://www.pis.gr/Αντίθετος%20με%20το%20gatekeeping%20ο%20ΠΙΣ%20-%20Μιχαήλ%20Βλασταράκος:%20Ουδεμία%20συζήτηση%20προηγήθηκε%20της%20εφαρμογής.N_N0000000100_N0000002124_N0000002004_S0000002267, (πρόσβαση 16 Απριλίου 2018)
- ΠΙΣ (2018β). Δελτίο Τύπου: Αντίθετος ο ΠΙΣ με την Πρόσκληση Ενδιαφέροντος του ΕΟΠΥΥ για τους Οικογενειακούς Γιατρούς. Ανάκτηση από: <https://www.pis.gr/Αντίθετος%20ο%20Π.Ι.Σ.%20με%20την%20πρόσκληση%20ενδιαφέροντος%20του%20ΕΟΠΥΥ%20για%20τους%20Οικογενειακούς%20Γιατρούς>, (πρόσβαση 16 Απριλίου 2018).
- Polyzos, N. (2012). A Three-year Performance Evaluation of the NHS Hospitals in Greece. *Hippokratia*, 16(4), pp. 350-355.
- Polyzos, S.A. and Kountouras, J. (2012). Trying to Treat Diabetes in Greek Crisis. *International Journal of Clinical Practice*, 66(5), p. 515.

- Σακελλαρόπουλος, Θ. και Οικονόμου, Χ. (2006). Εθνικές Προτεραιότητες και Ευρωπαϊκές Προκλήσεις στο Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας και Απασχόλησης στην Ελλάδα. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 1(1), pp. 5-36.
- SCUC (2018). *Improving Access and Financial Protection in the Greek Health System*. (Policy brief No 22). Athens.
- Sotiropoulos, D. (2004). The EU's Impact on the Greek Welfare State: Europeanization on Paper?. *Journal of European Social Policy*, 14(3), pp. 267-284.
- Skroumpelos, A. et al. (2014). Catastrophic Health Expenditures and Chronic Condition Patients in Greece. *Value in Health*, 17(7), pp. A501-A502.
- Thanassoulis, E., Silva-Portela, M.A. and Graveney, M. (2014). Using DEA to Estimate Potential Savings at GP Units at Medical Specialty Level. *Socioeconomic Sciences*, 48(1), pp. 38-48.
- Tsiantou, V. et al. (2014). Physicians' Estimation Regarding the Impact of Recession on Patient Adherence to Treatment in Diabetes Type 2 in Greece. *Value in Health*, 17(7), pp. A357.
- Tsiligianni, I. et al. (2013). Greek Rural GPs' Opinions on How Financial Crisis Influences Health, Quality of Care and Health Equity. *Rural Remote Health*, 13(2), pp. 2528.
- Tsiligianni, I. et al. (2014). Impact of the Financial Crisis on Adherence to Treatment of a Rural Population in Crete, Greece. *Quality in Primary Care*, 22(5), pp. 238-244.
- United Nations Human Rights Council (2016). *Report of the Independent Expert on the eEffects of Foreign Debt and Other Related International Financial Obligations of States on the Full Enjoyment of all Human Rights, Particularly Economic, Social and Cultural Rights on his Mission to Greece*. New York, United Nations Human Rights Council (31st session, A/HRC/31/60/Add.2).
- WHO Regional Office for Europe (2017). Αλλάζοντας τον Χαρακτήρα των Υπηρεσιών Επείγουσας Ιατρικής στην Ελλάδα. Έκθεση Αξιολόγησης. Copenhagen.
- WHO Regional Office for Europe (2018a). *Addressing Informal Payments in the Greek Health System*. Copenhagen.
- WHO Regional Office for Europe (2018b). Εξορθολογισμός της Κατανομής και της Χρήσης του Υψηλής Αξίας Κεφαλαιουχικού Ιατρικού Εξοπλισμού στην Ελλάδα. Έκθεση Αξιολόγησης. Copenhagen.